

CIVITTA



SISTĒMISKIE ATBALSTA RISINĀJUMI MULTIDIMENSIONĀLĀS ĢIMENES TERAPIJAS IEVIEŠANAI LATVIJĀ

SIA "Civitta Latvija"

Rīgā, 2023



Ieslodzījuma vietu pārvalde

NACIONĀLAIS
ATTĪSTĪBAS
PLĀNS 2020



EIROPAS SAVIENĪBA

Eiropas Sociālais
fonds

SAĪSINĀJUMI

ASV	Amerikas Savienotās valstis
BTAL	Bērnu tiesību aizsardzības likums
CSP	Centrālā statistikas pārvalde
DD VSAOI	Darba devēja valsts sociālās apdrošināšanas obligātās iemaksas
ES	Eiropas Savienība
ESF+	Eiropas Sociālais fonds Plus
EUR	Eiro
IeVP	Ieslodzījumu vietu pārvalde
IZM	Izglītības un zinātnes ministrija
LM	Labklājības ministrija
MDĢT	Multidimensionālā ģimenes terapija kā terapijas veids
MDĢT programma	Multidimensionālā ģimenes terapijas programma, kas ietver terapiju un ar to īstenošanu saistītās aktivitātes
NPAIS	Nepilngadīgo personu atbalsta informācijas sistēma
NVA	Nodarbinātības valsts aģentūra
Pamatnostādnes	Bērnu, jaunatnes un ģimenes attīstības pamatnostādnes 2022.–2027. gadam
PTS	Privāto tiesību subjekts
SOPA	Sociālās palīdzības administrēšanas lietojumprogramma
SPKC	Slimību profilakses un kontroles centrs
TM	Tieslietu ministrija
VBTAI	Valsts bērnu tiesību aizsardzības inspekcija
VPD	Valsts probācijas dienests

TERMINI

Atbalsta pasākumi	Pieejamo pakalpojumu un programmu kopums, kas vērsti uz atbalsta sniegšanu noteiktu problēmu risināšanai.
Delinkventa uzvedība	Bērnu un jauniešu devianta uzvedība, ko raksturo sociāli nepieņemama uzvedība, likumpārkāpumi un krimināli sodāma rīcība.
Deviance	Uzvedības novirze no sabiedrībā pieņemtajiem standartiem un normām, tai skaitā tikumiskajām, ētiskajām un tiesiskajām normām.
Gadījums	Viena bērna un viņa ģimenes pilns MDĢT norises process no tā uzsākšanas brīža līdz tā pabeigšanai.
Ģimene	Bērns un viņa vecāki vai audžuvecāki, vai aizbildņi, kā arī brāļi un māsas, kā arī viena vecāka ģimene.
Intervence	Terapeitiska iejaukšanās ar mērķi izmainīt un uzlabot personas esošās uzvedības izpausmes un domāšanas veidu.
Privāto tiesību subjekti	Juridiskās personas, kas ir reģistrētas publiskā reģistrā. Privāto tiesību subjektu veidi ietver kapitālsabiedrības (akciju sabiedrības, sabiedrības ar ierobežotu atbildību, valsts kapitālsabiedrības, pašvaldību kapitālsabiedrības), kooperatīvās sabiedrības, biedrības un nodibinājumus.
Problemātiska uzvedība	Negatīva, nevēlama vai neatbilstoša rīcība, kas rada kaitējumu sev un (vai) citiem, un apgrūtina bērna iekļaušanos sabiedrībā.
Uzvedības problēmu smaguma pakāpe (<i>severity</i>)	Uzvedības problēmu smagums variē no vieglas pakāpes, kas ietver atsevišķu maznozīmīgu uzvedības normu pārkāpumus, kas var būt epizodiski un nav saistīti ar būtiskiem pieņemto sociālo normu pārkāpumiem, līdz smagai pakāpei, kas ietver nozīmīgus uzvedības normu pārkāpumus, kas saistīti ar savu un citu personu tiesību apdraudējumu.

SATURS

KOPSAVILKUMS	7
SUMMARY.....	12
IEVADS	18
1. VISPĀRĪGS SITUĀCIJAS APRAKSTS	20
2. PĒTĪJUMĀ IZMANTOTĀ METODOLOĢIJA	23
2.1. Izvērtējuma metodes un to pielietošana.....	23
2.2. Pētījuma mērķa grupa	30
2.3. Ierobežojumi un pieņēmumi	31
3. MDĢT RAKSTUROJUMS UN VĒSTURISKĀ ATTĪSTĪBA.....	32
3.1. MDĢT vispārējs raksturojums	32
3.2. MDĢT vēsturiskā attīstība ASV un Eiropā.....	35
3.3. Galvenās atziņas	38
4. MDĢT PROGRAMMAS IEVIEŠANAS UN ĪSTENOŠANAS PIEREDZE EIROPAS VALSTĪS	39
4.1. Nīderlandes pieredze MDĢT programmas ieviešanā	39
4.2. Igaunijas pieredze MDĢT programmas ieviešanā	48
4.3. Zviedrijas pieredze MDĢT programmas ieviešanā	62
4.4. Galvenās atziņas	69
5. MDĢT PROGRAMMAS IEVIEŠANAS POTENCIĀLS LATVIJĀ	71
5.1. MDĢT aktualitāte Latvijā	71
5.2. MDĢT ieviešanas stiprās un vājās puses	74
5.3. Normatīvais regulējums MDĢT ieviešanā	75
5.4. Galvenās atziņas	79
6. ESOŠĀS ATBALSTA SISTĒMAS VĒRTĒJUMS	81
6.1. Atbalsta sistēmā identificētās problēmas	81
6.2. MDĢT iespējamā ietekme identificēto problēmu novēršanā vai mazināšanā.....	83
6.3. Galvenās atziņas	86
7. MDĢT PROGRAMMAS LOMA ESOŠO UN PLĀNOTO ATBALSTA PASĀKUMU KLĀSTĀ	87

7.1. Labklājības ministrijas īstenotie pasākumi MDĢT kontekstā	87
7.2. Valsts bērnu tiesību aizsardzības inspekcijas īstenotie pasākumi MDĢT kontekstā	88
7.3. Labklājības ministrijas programmas	90
8. MDĢT PROGRAMMAS MĒRĶA GRUPA	92
8.1. MDĢT programmas mērķa grupas raksturojums	92
8.2. Latvijas MDĢT mērķa grupu ietekmējošo faktoru raksturojums	99
8.3. Latvijas MDĢT mērķa grupai pieejamās atbalsta sistēmas raksturojums	103
9. MDĢT IEVIEŠANAS SCENĀRIJI LATVIJĀ.....	107
9.1. MDĢT ieviešanas scenārijus vienojošie faktori	107
9.2. Ieviešanas scenārijs Nr. 1 - privāto tiesību subjekti kā MDĢT īstenotāji.....	110
9.3. Ieviešanas scenārijs Nr. 2 – Labklājības ministrija un Tieslietu ministrija kā pārraugošās iestādes	120
9.4. Ieviešanas scenārijs Nr. 3 – pašvaldību sociālie dienesti kā MDĢT īstenotāji.....	131
9.5. MDĢT programmas peļņas sliekšņa raksturojums	142
10. REKOMENDĀCIJAS LABKLĀJĪBAS MINISTRIJAI MDĢT PROGRAMMAS IEVIEŠANAI.....	146
10.1. Par MDĢT scenāriju izvēli un turpmāko īstenošanu	146
10.2. Par MDĢT komandas izveidi	147
10.3. Par MDĢT mērķa grupu	148
10.4. Par MDĢT izmaksām.....	149
IZMANTOTĀS LITERATŪRAS UN INFORMĀCIJAS AVOTU SARAKSTS.....	150
PIELIKUMS. IGAUNIJAS IESNIEGUMA PAR AUGS BĒRNA REKOMENDĒŠANAI DALĪBAI MDĢT PROGRAMMĀ	159

KOPSAVILKUMS

MDĢT programma ir visaptveroša, uz pierādījumiem balstīta multisistēmiska ģimenes terapijas programma, kas domāta bērniem un jauniešiem (un viņu ģimenes locekļiem, aizbildņiem (likumiskiem pārstāvjiem), atbalsta personām), kuri lieto atkarību izraisošās vielas, jauniešiem ar garīgās veselības traucējumiem, kā arī tiem jauniešiem, kuriem ir augsts risks ilgstošai atkarību izraisošu vielu lietošanai, uzvedības traucējumiem, un jauniešiem, kuriem novērots risks likumpārkāpumu veikšanai.

Lai veiktu pētījumu par MDĢT programmas ieviešanas sistēmiskiem atbalsta risinājumiem Latvijā, tika identificēti vairāki mērķi:

- Izpētīt MDĢT programmas ieviešanas sistēmiskos atbalsta risinājumus Latvijā, kā arī izpētīt ārvalstu pieredzi MDĢT programmas ieviešanā un īstenošanā valsts līmenī;
- Izpētīt ārvalstu pieredzi MDĢT programmas ieviešanā un īstenošanā. Sniegt detalizētu ārvalstu pieredzes salīdzinājumu, balstoties uz pētījuma darba uzdevumu sasniegto rezultātu gūtajām atziņām;
- Sniegt detalizētu novērtējumu, cik Latvija ir orientēta uz jaunas likumpārkāpuma prevencijas metodes ieviešanu, sistēmiski strādājot ar likumpārkāpēja vai likumpārkāpumu riskam pakļautās personas ģimeni un pārējo sociālo kontaktu loku;
- Sniegt izvērtējumu par MDĢT programmas lomu, ņemot vērā esošo un plānoto atbalsta pasākumu klāstu no LM;
- Sniegt priekšlikumus MDĢT programmas lomai Bērnu tiesību aizsardzības likuma 58. pantā par likumpārkāpumu profilakses darba organizāciju.

Pētījuma veikšanas procesā pielietoto kvalitatīvo metožu rezultātā iegūtā informācija, piemēram, intervijas ar ārvalstu ekspertiem, un ar ekspertiem un profesionāļiem Latvijā no pašvaldību sociālajiem dienestiem, bērnu un tiesību aizsardzības jomas, kā arī ar speciālistiem, kas profesionālās darbības ietvaros jau iepriekš bija pētījuši MDĢT programmu, skaidri iezīmēja tiešās mērķa grupas tvērumu. Par to turpmākajā izpētes procesā varēja pārliecināties no fokusgrupu diskusijām un intervijām ar potenciālo mērķa grupu, kā arī viņu vecākiem. Pētījuma veikšanai tika noteikta tiešā un netiešā mērķa grupa.

Par tiešo mērķa grupu tika noteiktas to personu grupas, uz kurām tiešā veidā turpmāk varētu attiekties MDĢT programma un kuru problēmas tā risinātu:

- BTAL 58. panta subjekti;
- Bērni, kuri cietuši no vardarbības un kuriem ir attīstījušās uzvedības, atkarības vai garīgās veselības problēmas;
- Bērni ar uzvedības, atkarību vai garīgās veselības problēmām, kuriem konstatēts augsts likumpārkāpumu izdarīšanas risks, taču vēl nav kļuvuši par BTAL 58. panta subjektiem.

Savukārt par netiešo mērķa grupu tika uzskatītas tās personu grupas, kuras varētu būt iesaistītas MDĢT programmas īstenošanā un kuras būtu saistītas ar šādas programmas norisi un tās tiešo mērķa grupu, veicot savus profesionālos pienākumus:

- Latvijas institūciju kā LM, TM, IeVP, VPD, VBTAI speciālisti, kuri pārzina situāciju Latvijā par jautājumiem, kas ir saistīti ar bērniem un jauniešiem ar atkarību problēmām, uzvedības traucējumiem, garīga rakstura traucējumiem un jauniešiem, kuriem ir novērots risks likumpārkāpumu veikšanā;
- Ārvalstu eksperti no Igaunijas, Nīderlandes, Zviedrijas un Somijas, kuri pārzina MDĢT programmas ieviešanu un īstenošanu konkrētajā valstī.

Pētījuma veikšanā ir izmantotas vairākas metodes informācijas ieguvei, kā dokumentu, zinātniski pētnieciskās literatūras un datu analīze, intervijas, fokusgrupu diskusijas, darbseminārs (*workshop*) un gadījumu izpēte.

Dokumentu, zinātniski pētnieciskās literatūras un datu analīze tika izmantota, lai identificētu MDĢT programmas vēsturisko izcelsmi un attīstību, tās mērķi, galvenos uzdevumus, sasniežamos rezultātus, vīziju, misiju un filozofiju, izmantojot gan MDĢT programmas mājaslapā pieejamo informāciju, gan citus veiktos pētījumus par MDĢT programmas efektivitāti, ilgtspēju un sasniegtajiem rezultātiem, lai sniegtu datus balstītu informāciju. Turklāt dokumentu, t.sk. normatīvo aktu, analīze tika izmantota, lai izvērtētu citu valstu pieredzi – Nīderlandes, Igaunijas, Zviedrijas un Somijas, kā arī par pamatu tālākajām daļēji strukturētām padziļinātajām intervijām ar speciālistiem no LM, TM, IeVP, VPD, VBTAI.

Kopā tika veiktas 8 daļēji strukturētas padziļinātās intervijas ar institūciju kā LM, TM, IeVP, VPD, VBTAI speciālistiem, lai noskaidrotu šo iestāžu viedokli par MDĢT programmu un potenciālo tās ieviešanu Latvijā. No 8 intervijām 2 bija daļēji strukturētas grupu intervijas ar VBTAI un LM speciālistiem, kas tika veiktas pēc šo institūciju iniciatīvas, lai nodrošinātu nepieciešamo tvērumu un iegūtu dziļāku izpratni par interviju vadlīnijās minētajiem faktoriem. Ar ārvalstu ekspertiem tika veiktas 7 daļēji strukturētas padziļinātās intervijas valstu izpētes ietvaros, lai noskaidrotu trūkstošo informāciju, piemēram, par MDĢT izmaksām, vai arī precizētu pētāmo normatīvo aktu tvērumu, kā arī validētu iegūto informāciju publiskajā telpā par šīm valstīm. Papildu iepriekš minētajām intervijām tika noorganizētas vēl 7 intervijas ar ekspertiem un profesionāļiem no pašvaldību sociālajiem dienestiem, no bērnu tiesību aizsardzības jomas, kā arī ar speciālistiem, kas profesionālās darbības ietvaros jau iepriekš bija pētījuši MDĢT programmu.

No visiem uzrunātajiem dalībniekiem abās FGD piedalījās 3 ģimeņu pārstāvji, kuriem ir bērni vecumā no 7 līdz 18 gadiem. Lai nodrošinātu, ka tiek apzinātas vajadzības identificētajai mērķa grupai, ģimenes ar bērniem un jauniešiem tika uzrunātas atsevišķi, piedāvājot sarunu daļēji strukturētas intervijas veidā tiešsaistē. Kopā pētījuma laikā tika intervētas 23 personas, tostarp bērni no 11 līdz 16 gadu vecumam, kas būtu atbilstoši mērķa grupas raksturojumam. FGD un intervijās piedalījās arī ģimenes, kuru sarunvaloda ir krievu valoda.

Pētījuma ietvaros organizētajā darbseminārā piedalījās MDĢT programmas ieviešanas plāna izstrādē iesaistīto institūciju (IeVP, VPD, TM, LM un VBTAI) speciālisti, lai diskutētu par pētījuma procesā iegūtajiem sākotnējiem rezultātiem, kā arī vienotas izpratnes gūšanai par turpmāko nepieciešamo rīcību, lai potenciāli ieviestu MDĢT programmu Latvijā.

Gadījumu izpēte tika veikta par četrām valstīm – Igauniju, Nīderlandi, Zviedriju un Somiju. Gadījumu izpētes galvenais uzdevums bija detalizēti sniegt informāciju par katras valsts MDĢT ieviešanas un īstenošanas procesu, iesaistītajām institūcijām, finansēšanas kārtību, speciālistu piesaistes sistēmu un citiem ar MDĢT īstenošanas pieredzi saistītiem jautājumiem.

NO IGAUNIJAS PIEREDZES IZRIET, ka MDĢT uzsākšana pilotprojekta veidā ļauj pārbaudīt un pielāgot MDĢT ieviešanas mehānismus; pēc pilotprojekta noslēguma īstenota efektivitātes pētījumarezultātus var izmantot, lai nodrošinātu MDĢT ilgtermiņa finansējumu no valsts budžeta līdzekļiem; sadarbība starp labklājības un tieslietu sektoru MDĢT īstenošanā atbilstoši definētajai mērķa grupai ļāva sniegt MDĢT pakalpojumu bērniem, kuri ir institucionalizēti (slēgtajā bērnu iestādē vai cietumā) un bērniem, kuri atrodas ārpus institūcijām; MDĢT finansēšana no valsts budžeta līdzekļiem pēc pilotprojekta ieviešanas sekmēja sabiedrības un citu iesaistīto institūciju uzticēšanos pakalpojumam.

NO NĪDERLANDES PIEREDZES IZRIET, ka ir iespējams daudzveidīgs iesaistīto institūciju klāsts, kuri var nosūtīt bērnu vai jauniešu dalībai MDĢT, sekmējot agrīnāku problēmu identificēšanu un atbalsta sniegšanu; bērns vai jauniešs un viņa ģimenes locekļi arī paši var pieteikties dalībai MDĢT; MDĢT ieviešanā ir iesaistīts

plašs nevalstiskā sektora un privāto iestāžu loks, kas darbojas dažādās jomās, kas sekmē pieejamo pakalpojumu dažādību reģionos.

NO ZVIEDRIJAS PIEREDZES IZRIET, ka sociālais dienests ir galvenā iestāde, kura nosūta jaunieši dalībai MDĢT programmai, tādējādi sekmējot savlaicīgāku atbalsta saņemšanu; paralēli MDĢT procesam Zviedrijā bērnam tiek piesaistīts mentors, kas atbalsta ikdienas pārmaiņu procesā un jaunu paradumu veidošanā.

NO SOMIJAS PIEREDZES IZRIET, ka MDĢT ir uzsākta pilotprojekta veidā, kura noslēgumā tika veikts efektivitātes novērtējums; MDĢT tiek izmantota kā instruments, lai bērns nenonāktu ārpusģimenes aprūpē – kad bērnam ir risks tikt institucionalizētam vai izņemtam no ģimenes; MDĢT netiek piemērota kā pirmā intervences metode, bet tiek nozīmēta tikai tajos gadījumos, kad ģimene ir jau saņēmusi citus pakalpojumus un tie nav snieguši rezultātus.

NO INTERVIJĀM AR VALSTS INSTITŪCIJU EKSPERTIEM izriet, ka viena no galvenajām problēmām, ar ko saskaras bērni, ir atkarību izraisīto vielu lietošana. Taču Latvijas bērnu problemātiskas uzvedības izpausmes ietver arī problēmas skolā, vardarbību un noziedzīgas darbības. Lielākajai daļai bērnu ar uzvedības problēmām vienlaikus ir sastopamas dažādas problemātiskas uzvedības izpausmes, tādējādi šo gadījumu risināšanai ir nepieciešama kompleksa pieeja, kas pievērštos visiem problēmu aspektiem. Šobrīd valsts nodrošinātajā atbalsta sistēmā bērniem ar uzvedības problēmām trūkst mehānismu agrīnai problēmu identificēšanai un mērķēta un sistēmiska atbalsta, un individualizētas pieejas nodrošināšana jau nopietnāku uzvedības problēmu risināšanā. Vienlaikus tiek norādīts, ka pakalpojumi, kas būtu paredzēti tieši ģimenēm, nav pieejami pietiekamā daudzumā, kā arī ir novērojamas lielas atšķirības pakalpojumu pieejamībā pašvaldību starpā. MDĢT programma potenciāli sniegtu ieguldījumu visu šo identificēto problēmu risināšanai.

Atbilstoši speciālistu viedoklim Latvijā MDĢT būtu vēlams piemērot personām vismaz no 11 gadu vecuma, vecuma augšējo sliekšni nosakot 18 gadu vecumu. MDĢT mērķis būtu risināt jau smagākas un komplicētākas uzvedības problēmas bērniem, iekļaujot arī likumpārkāpējus minētajā vecuma grupā, kā arī tos, kuriem ir risks veikt likumpārkāpumus. MDĢT ieviešana nodrošinātu efektīvu atbalsta pakalpojumu pieejamību bērniem ar uzvedības problēmām un viņu ģimenēm, kas potenciāli aizpildītu vairākus no esošajā atbalsta sistēmā identificētajiem trūkumiem, bet valstiskā mērogā MDĢT sekmētu jauniešu noziedzības recidīva mazināšanos un samazinātu ieslodzījuma vietās esošo jauniešu skaitu.

Šobrīd nav vienota redzējuma par institucionālo ietvaru MDĢT programmas ieviešanai Latvijā. MDĢT programmas ieviešana galvenokārt tiek saredzēta LM pārraudzībā, taču var iezīmēt arī TM lomu tās pārraudzībā esošā sektora ietvaros. Galvenie ar MDĢT programmas ieviešanu saistītie riski tiek identificēti attiecībā uz finansējuma ilgtspējas nodrošināšanu un nepieciešamo cilvēkresursu piesaisti MDĢT nodrošināšanai. Taču vienlaikus atzinīgi tiek novērtēta iespēja MDĢT programmu Latvijā ieviest pilotprojekta veidā. Speciālisti norāda, ka būtu laicīgi jāizstrādā plāns MDĢT programmas finansēšanai pēc pilotprojekta noslēguma un jānodrošina nepieciešamo MDĢT terapeitu kvalifikācijai atbilstoši darba apstākļi, tai skaitā nosakot motivējošu atlīdzības politiku.

NO FGD UN INTERVIJĀM AR POTENCIĀLO MĒRĶA GRUPU IZRIET, ka bērni un viņu vecāki ir sastapušies ar dažādiem izaicinājumiem, mēģinot risināt esošās bērna uzvedības problēmas. Sarunās ar mērķa grupu tiek identificēti vairāki būtiski trūkumi esošajā atbalsta sistēmā, tostarp, tiek norādīts uz sociālā atbalsta sistēmas sadrumstalotību; uz vienota un koordinēta atbalsta trūkumu bērna un ģimenes problēmu risināšanai; ģimenēm bieži nākas saskarties ar ilgu gaidīšanas laiku pakalpojumu saņemšanai, kā rezultātā ir gadījumi, kad, pienākot pakalpojuma saņemšanas iespējai, tas vairāk nav aktuāls esošo problēmu risināšanai; izpratnes trūkums un atbalsta speciālistu pieejamības problēmas izglītības iestādēs apgrūtina agrīnu problēmu identificēšanu un risināšanu; viena atbalsta speciālista trūkums, kas pārzina ģimenes apstākļus, un pie kura var vērsties krīzes situācijās. Vecāki saskata, ka MDĢT varētu risināt vairākas no kopējā atbalsta sistēmā identificētajām problēmām, tostarp, MDĢT ietvaros ģimenei tiktu nodrošināts

viens speciālists, kas pārzina ģimenes situāciju, koordinē visu terapijas procesu un kuram ar ģimenes locekļiem ir izveidojusies savstarpējā uzticēšanās; apkārtējās vides iesaiste MDĢT procesā palīdzētu uzlabot arī bērna dzīves apstākļus ārpus ģimenes (ģimenes īpaši akcentē atbalsta nepieciešamību sadarbības uzlabošanai ar izglītības iestādēm); MDĢT ietvaros tiktu nodrošināta atbalsta persona, kas varētu palīdzēt ar motivācijas uzturēšanu terapijas procesa laikā.

Galvenie riski, ko ģimenes identificē saistībā ar MDĢT pakalpojumu, ir laika plānošanas iespējas, ņemot vērā terapijas intensitāti, un ierobežotas iespējas uzņemt MDĢT terapiju savā dzīves vietā pastāvošo sadzīves apstākļu dēļ.

Kopumā vecāki ir atvērti un pozitīvi noskaņoti dalībai MDĢT, jo terapija ietver gan ģimenes, gan ārējās vides faktorus, lai pēc iespējas palīdzētu bērnam. Vienlaikus viņi saskata, ka MDĢT ietvaros varētu tikt risināti vairāki trūkumi, kas konstatēti esošajā atbalsta sistēmā un kurus minēja ģimeņu pārstāvji, piemēram, nodrošināta viena speciālista pieejamība, kā arī koordinēts atbalsts.

Balstoties uz iegūto informāciju pētījuma veikšanas laikā, tiek identificēti trīs iespējamie scenāriji MDĢT programmas ieviešanai Latvijā.

SCENĀRIJS NR. 1 | Atbildīgā iestāde par MDĢT programmas ieviešanu, uzraudzību un kvalitātes nodrošināšanu ir LM, savukārt MDĢT programmas īstenotājs būtu PTS. Šī scenārija ietvaros tiek identificētas trīs mērķa grupas MDĢT saņemšanai:

- BTAL 58. panta subjekti;
- Bērni, kuri cietuši no vardarbības un kuriem ir attīstījušās uzvedības, atkarības vai garīgās veselības problēmas;
- Bērni ar uzvedības, atkarību vai garīgās veselības problēmām, kuriem konstatēts augsts likumpārkāpumu izdarīšanas risks, taču vēl nav kļuvuši par BTAL 58. panta subjektiem.

Šis scenārijs paredz, ka viena MDĢT terapiju komanda tiktu izvietota Rīgā un divas komandas citos Latvijas reģionos. Konkrētu reģionu izvēle ir jāveic, izvērtējot mērķa grupas lielumu attiecīgajā reģionā un MDĢT īstenošanai izvēlētā PTS iespējas nodrošināt pakalpojumu un piesaistīt nepieciešamos speciālistus.

Scenārija Nr. 1 gadījumā vienas komandas izmaksu kopsumma mazliet pārsniedz 800 000 EUR trīs gadu periodā.

Potenciālie riski PTS iesaistei MDĢT pakalpojuma sniegšanā ir saistīti ar pakalpojuma ilgspējas nodrošināšanu. Izvēloties pakalpojuma sniedzēju, ir jāvērtē PTS spēja sniegt pakalpojumu ilgtermiņā. MDĢT īstenošanas procesā ir nepieciešama informācijas apmaiņa ar dažādām iestādēm un speciālistiem, taču šobrīd pieejamo informāciju sistēmu piekļuves tiesības ir noteiktas valsts vai pašvaldību iestādēm.

SCENĀRIJS NR. 2 | Atbildīgās iestādes par MDĢT programmas ieviešanu, uzraudzību un kvalitātes nodrošināšanu ir LM un TM, savukārt MDĢT programmas īstenotāji būtu VBTAI un VPD.

TM iesaiste MDĢT pārraudzībā ir saistīta ar scenārija Nr. 2 ietvaros paredzēto mērķa grupas dalījumu, kā rezultātā tiks strādāts ar bērniem ar augstu problēmu smaguma pakāpi.

Šī scenārija ietvaros tiek identificētas divas mērķa grupas MDĢT saņemšanai:

- BTAL 58. panta subjekti;
- VPD klienti.

Scenārijs Nr. 2 ļautu MDĢT programmai sniegt atbalstu plašākai klientu grupai un risināt problēmas ar augstu smaguma pakāpi, kas saistīti ar bērnu uzvedību un labklājību, kā arī likumpārkāpumiem un drošību.

Šis scenārijs paredz MDĢT pilotprojekta īstenošanu Rīgas plānošanas reģionā, nepaplašinot ģeogrāfisko tvērumu Latvijas reģionos. Rīgas plānošanas reģionā ietilpst 2 valstspilsētas un 7 novadi, kur kopumā dzīvo aptuveni 53 % no kopējā Latvijas iedzīvotāju skaita un 46 % personu no kopējā bērnu skaita Latvijā, kas ir vecuma grupā 11-18 gadi.

Scenārija Nr. 2 gadījumā vienas komandas izmaksu kopsumma mazliet pārsniedz 772 000 EUR trīs gadu periodā.

Viens no riskiem, kas saistīts ar VPD un potenciāli leVP klientu iesaisti MDĢT programmā, ir motivācijas faktors ne vien bērnu vidū, bet arī attiecībā uz viņu ģimenes locekļiem. Pastāv arī risks, ka, pārraudzības funkcijas īstenošanā iesaistot dažādu nozaru iestādes, netiks nodrošināta vienota pieeja MDĢT programmu komandu vadībā un pārraudzībā. Pilotprojekta ietvaros ir būtiski nodrošināt līdzvērtīgu pieeju, lai gūtu objektīvi salīdzināmus datus par MDĢT efektivitāti, t.sk. attiecībā uz sistēmiskā ietvara funkcionalitāti.

SCENĀRIJS NR. 3 | Atbildīgā iestāde par MDĢT programmas ieviešanu, uzraudzību un kvalitātes nodrošināšanu ir LM, savukārt MDĢT programmas īstenotāji būtu pašvaldību sociālie dienesti.

Pašvaldību sociālo dienestu iesaiste MDĢT sekmētu tās pieejamību ne tikai Rīgā, bet arī reģionos. Scenārija ietvaros ir paredzēts izveidot vienu komandu Rīgā un pa vienai komandai divos Latvijas reģionos.

Šī scenārija ietvaros MDĢT saņemšanai tiek identificētas trīs mērķa grupas līdzīgi kā šī pētījuma 1. scenārijā:

- BTAL 58. panta subjekti;
- Bērni, kuri cietuši no vardarbības un kuriem ir attīstījušās uzvedības, atkarības vai garīgās veselības problēmas;
- Bērni ar uzvedības, atkarību vai garīgās veselības problēmām, kuriem konstatēts augsts likumpārkāpumu izdarīšanas risks, taču vēl nav kļuvuši par BTAL 58. panta subjektiem.

Visu trīs mērķa grupu iekļaušana šajā scenārijā sekmēs mērķa grupas daudzveidību, nodrošinot tām MDĢT programmas atbalstu, uzlabojot bērnu un ģimenes labklājību un sniedzot tiem atbilstošu emocionālo un sociālo atbalstu.

Scenārija Nr. 3 gadījumā vienas komandas izmaksu kopsumma būtu aptuveni 790 000 EUR trīs gadu periodā.

Šim scenārijam kā identificētais risks ir vairāku pašvaldību iesaiste, kā rezultātā varētu netikt nodrošināta vienāda MDĢT kvalitāte starp reģioniem, kā arī savstarpējā koordinācija dažādu pašvaldību starpā. Šajā situācijā nozīmīga loma būtu LM kā atbildīgajai iestādei, lai uzraudzītu un kontrolētu vienādu MDĢT procesa īstenošanu. Papildu risks pašvaldību iesaistei ir saistīts arī ar MDĢT programmas ilgtspējas nodrošināšanu, līdz ar to visām iesaistītajām pusēm MDĢT programmas pilotprojekta īstenošanas laikā laicīgi ir jāparedz mehānismi, kas nodrošinātu MDĢT nepārtrauktību un ilgtspēju arī gadījumos, kad pašvaldībā varētu mainīties prioritātes, piemēram, saistībā ar pašvaldību politiskās vadības maiņu.

Lai nodrošinātu MDĢT programmas pilotprojekta ieviešanu Latvijā, šī pētījuma ietvaros ir izstrādātas rekomendācijas, kas paredzētas LM kā MDĢT programmas ieviešanai Latvijā. Galvenokārt tās izriet no pētījumā gūtajām atziņām, kas atbilst MDĢT prasībām. Plānojot un ieviešot MDĢT programmu Latvijā, būtu nepieciešams papildus stiprināt institucionālo sadarbību, valsts līmenī informācijas nodošanu un apmaiņu starp institūcijām un organizācijām, kas ir iesaistītas vai sniedz MDĢT un citus bērniem un ģimenēm piemērotus atbalsta pakalpojumus, kā arī jāveicina sabiedrības izglītošana un potenciāli tās iesaiste sabiedrībai aktuālu jautājumu risināšanā.

SUMMARY

MDFT program is a comprehensive, evidence-based, multisystemic family therapy program aimed at children and young people (and their family members, guardians (legal representatives), support persons) with substance use disorders, mental health problems, as well as those young people who are at high risk for long-term addiction, behavioural disorders, and young people who are at risk of committing offenses.

In order to do research on systemic support solutions for implementation of the MDFT programme in Latvia several objectives have been identified:

- To explore systemic support solutions for implementation of the MDFT programme in Latvia, as well as to explore foreign experience of introduction and implementation of the MDFT programme at the state level;
- To explore foreign experience of introduction and implementation of the MDFT programme and to provide a detailed comparison of experience in other countries based on the key findings that have resulted from the research tasks;
- To provide a detailed assessment on how oriented Latvia is towards introduction of a new method that is aimed at crime prevention by systematically working with the family of the offender or person at risk of committing an offense and his other social contacts;
- To provide an assessment of the role of the MDFT programme, considering the existing and planned support measures by the Ministry of Welfare (hereafter – MoW);
- To provide proposals for the role of the MDFT programme in relation to Section 58 of the Law on the Protection of the Children's Rights (hereafter – LPCR) regarding the organisation of crime prevention tasks.

Information obtained during research process by applying qualitative methods, for example, interviews with foreign experts and Latvian experts and professionals from municipalities' social services, children rights protection field, as well as experts who have previously researched MDFT programme as part of their professional activity, has clearly marked the scope of the target group. This was verified in the further research process from focus group discussions and interviews with the potential target group, as well as their parents.

A direct and indirect target group was identified for the research.

As the direct target group those groups of persons who could be directly concerned by the MDFT programme in the future and whose problems it would address are defined:

- Subjects of the section 58 of the LPCR;
- Children who have suffered from violence and who have developed behavioural, addiction or mental health problems;
- Children with behavioural, addiction or mental health problems who are at high risk of committing offences but have not yet become subjects of section 58 of the LPCR.

As the indirect target group those groups of persons who might be involved in the implementation of the MDFT programme and who would be related to the MDFT process and its direct target group within their professional activity are defined:

- Specialists of Latvian institutions such as MoW, Ministry of Justice (hereafter – MoJ), Latvian Prison administration (hereafter – LPA), State Probation service (hereafter – SPS), State Inspectorate for Protection of Children's Rights Republic of Latvia (hereafter – SIPCR), who are familiar with the

situation in Latvia regarding issues related to children and young people with addiction problems, behavioural disorders, mental disorders and young people who are at risk of delinquency;

- Foreign experts from Estonia, the Netherlands, Sweden and Finland who are familiar with the introduction and implementation of the MDFT programme in the particular country.

Several methods for obtaining information have been used in conducting the research, such as analysis of documents, scientific research and literature, and data, interviews, focus group discussions, a workshop and case studies.

To identify the historical origins and development of the MDFT programme, its purpose, key objectives, expected results, vision, mission and philosophy analysis of documents, scientific research and literature and data was carried out by using the information available on the MDFT programme's website as well as other research done on the effectiveness, sustainability and results achieved by the MDFT programme. Moreover, analysis of the documents, including legislative acts, was used to evaluate the experience of other countries – the Netherlands, Estonia, Sweden, and Finland, and it was used as the basis for conducting partially structured in-depth interviews with specialists from MoW, MoJ, LPA, SPS, SIPCR.

In total, 8 partially structured in-depth interviews were conducted with the specialists from institutions such as MoW, MoJ, LPA, SPS, SIPCR to clarify the opinion of these institutions regarding the MDFT programme and its potential implementation in Latvia. Out of 8 interviews, 2 were partially structured group interviews with the specialists from SIPCR and MoW. They were carried out by the initiative of these institutions to gain a deeper understanding of the factors mentioned in the interview guidelines. With foreign experts, 7 semi-structured in-depth interviews were conducted as part of the case studies to identify missing information, for example about the costs of MDFT, or to clarify the scope of the applicable legislative acts, as well as to validate the publicly available information on the implementation of the MDFT in these countries. In addition to the abovementioned interviews, 7 additional interviews were organised with experts and professionals from local municipalities' social services, children's rights protection specialists, as well as with specialists who had previously studied the MDFT programme as part of their professional activities.

Within the research a workshop was organized for specialists of the institutions involved in the development of implementation plan for the MDFT (LPA, SPD, MoJ, MoW and SIPCR), with the aim to discuss the initial results obtained during the research process, as well as to gain a common understanding of the further necessary actions to potentially implement the MDFT programme in Latvia.

The case study was carried out for four countries – Estonia, the Netherlands, Sweden, and Finland. The main purpose of the case studies was to provide detailed information on the introduction and implementation process of MDFT in each of these countries, the institutions involved, financing, attracting of specialists and other issues related to the experience of implementing MDFT.

FROM ESTONIA'S EXPERIENCE it is clear that the launch of the MDFT in the form of a pilot project enables the examination and adoption of mechanisms for implementing the MDFT; the results of an efficiency study after the end of the pilot project may be used to ensure long-term financing from the state budget resources; cooperation between the welfare and justice sectors in the implementation of MDFT, according to the defined target group, allowed the provision of MDFT to children who are institutionalised (in a closed children's institution or prison) and children who are not institutionalized; financing of the MDFT from the state budget resources after the completion of the pilot project facilitated the trust of the public and other institutions involved in the service.

FROM THE NETHERLANDS EXPERIENCE it is clear that it is possible to involve diverse range of institutions d in referral of a child or young person to participate in the MDFT thus facilitating earlier identification of problems and provision of support; a child or young person and members of his or her family themselves

may also apply for the MDFT; the implementation of the MDFT involves a wide range of non-governmental and private institutions operating in different areas, contributing to the diversity of services available in the regions.

FROM SWEDISH EXPERIENCE the social service is the main institution which refers the young person to participate in the programme, thus facilitating a timelier receipt of support; in parallel with MDFT therapy process, a mentor is attached to the child, who supports the change process and development of new habits.

FROM FINNISH EXPERIENCE it is clear that the MDFT was launched in the form of a pilot project, with an efficiency study done at the end of the pilot project; The MDFT is used as an instrument when the child is at risk of being institutionalised or removed from the family; MDFT is not applied as the first intervention method, but is only applied in cases where the family has already received other services and they have not been successful.

FROM INTERVIEWS WITH EXPERTS FROM STATE INSTITUTIONS the use of addictive substances is identified as one of the main problems that children are dealing with. However, problematic behaviour of children in Latvia also includes problems in school, violence, and criminal activities. Most children with behavioural problems have multiple problematic behaviours at the same time, therefore dealing with these cases requires a complex approach that addresses all aspects of the problems. Currently nationally available support for children with behavioural problems lacks mechanisms for early identification of problems and it lacks targeted and systemic support and individualised approaches to addressing more serious behavioural problems. At the same time, it has been pointed out, that there are also not enough services available specifically for families and there are significant differences in access to these services among municipalities. MDFT would potentially contribute to addressing all these identified challenges.

According to specialists, in Latvia it would be advised to apply the therapy to individuals from at least 11 years of age and to set the upper age threshold at 18 years of age. The MDFT would be applied to children with more severe and complex behavioural problems, including children who have already committed offenses or are at risk of committing them. The introduction of the MDFT would ensure the availability of effective support services for children with behavioural problems and their families, potentially addressing several of the shortcomings identified in the existing support system, while at the national level the MDFT would contribute to reducing the recidivism of youth crime and reducing the number of young people in prisons.

There currently is no common vision of the institutional framework for the introduction of MDFT in Latvia. The implementation of the MDFT is mainly seen under the supervision of the MoW, but the role of the MoJ in the implementation of the MDFT within the justice sector can also be highlighted. The main risks associated with the implementation of the MDFT are identified in regard to ensuring the sustainability of funding and attracting the necessary human resources to ensure the implementation of MDFT. Meanwhile a favourable opinion has been expressed about the introduction of the MDFT programme in Latvia in the form of a pilot project. However, according to experts, a plan for financing the MDFT after the end of the pilot project should be made in a timely manner and appropriate working conditions for MDFT therapists that would be in line with the qualification requirements, should be ensured, including determining a motivational level of remuneration.

FROM FOCUS GROUP DISCUSSIONS AND INTERVIEWS WITH THE POTENTIAL TARGET GROUP, it can be concluded that children and their parents have faced various challenges in trying to deal with existing children's behaviour problems. During the conversations with the target group several key shortcomings in the existing support system were identified, including the fragmentation of the social support system and the lack of unified, coordinated support for solving child's and family's problems; families often have to face a long waiting time for receiving services, as a result of which there are cases when the service is

no longer relevant for solving existing problems by the time an opportunity to receive a service arrives; existing problems with accessibility of support specialists and lack of understanding of children's problems in educational institutions make it difficult for early identification and solving the problems; there is a lack of one support specialist who is familiar with the family's circumstances and can be contacted in crisis situations. Parents believe that MDFT could solve several of the problems that have been identified in the support system, including that within MDFT, one specialist would be provided to the family, who is familiar with the family situation, who would coordinate the entire therapy process and has established mutual trust with family members; the involvement of the community aspects in the MDFT process would also help to improve the child's living conditions outside the family (families especially emphasize the need for support to improve cooperation with educational institutions); within MDFT the provided therapist could also help with maintaining motivation during the therapy process.

The main risks identified by families in relation to the MDFT are related to planning time for the therapy, given the intensity of the therapy, and limited opportunities to welcome an MDFT therapist in their home due to existing living conditions.

In general, parents are open and positive about participating in MDFT, as the therapy includes both family and external community factors to help the child as much as possible. In their view several shortcomings found in the existing support system that have been mentioned by family representatives could be addressed within the framework of MDFT, for example, ensuring the availability of one specialist, as well as providing coordinated support.

Based on the information obtained during the research, three possible scenarios for the implementation of the MDFT program in Latvia are identified.

SCENARIO NO. 1 | The responsible authority for the implementation, monitoring, and quality assurance of the MDFT programme is the MoW, while the implementing authority of the MDFT programme would be the subject of the private law (hereafter – SPL). Three target groups for receipt of MDF are identified within this scenario:

- Subjects of the section 58 of the LPCR;
- Children who have suffered from violence and who have developed behavioural, addiction or mental health problems;
- Children with behavioural, addiction or mental health problems who are at high risk of committing offences but have not yet become subjects of section 58 of the LPCR.

One team of MDFT therapists would be located in Riga and two teams – in other regions of Latvia. The selection of specific regions should be based on an assessment of the size of the target group in the region concerned and the capacity of the chosen SPL to provide the service and attract the necessary specialists.

In scenario 1, it is estimated that the total costs per team over a three-year period would slightly exceed 800 000 EUR.

Potential risks to the involvement of SPL in the provision of the MDFT relate to ensuring the sustainability of the service. When choosing a service provider, the ability of the SPL to provide the service in the long-term must be assessed. The process of implementing the MDFT also requires exchanging information between different authorities and specialists, but access to the available information systems currently is determined only for state or local municipality institutions.

SCENARIO NO. 2 | The responsible authority for the implementation, monitoring, and quality assurance of the MDFT programme is the MoW and the MoJ, while the implementation of the MDFT programme would be responsibility of SIPCR and the SPS.

The involvement of the MoJ as one of the responsible authorities of the MDFT is related to the breakdown of the target group within scenario 2, which will result in working with children with a high problem severity.

Two target groups for receipt of MDFT are identified within this scenario:

- Subjects of the section 58 of the LPCR;
- SPS customers.

Within this scenario support to a wider group of people would be provided and high severity problems would be addressed related to children's behaviour and well-being, as well as offences and safety.

It is planned that pilot project in scenario 2 is implemented in Riga planning region without expanding the geographical scope to other regions of Latvia. Riga planning region is comprised of 2 national cities and 7 municipalities. Approximately 53 % of the total population of Latvia and 46 % of the total number of children between 11-18 years old live in Riga planning region.

In scenario 2, it is estimated that the total costs per team over a three-year period would slightly exceed 772 000 EUR.

One of the risks associated with the involvement of SPS' customers and potentially LPA's clients in the MDFT programme is the motivation to participate in MDFT not only for adolescents and children, but also for their family members. There is also a risk that a common approach to the management and supervision of MDFT teams will not be ensured through the involvement of two responsible authorities from different sectors. As part of the pilot project, it is essential to provide an equivalent approach to obtain objectively comparable data on the effectiveness of the MDFT, also regarding the functionality of the systemic framework.

SCENARIO NO. 3 | The responsible authority for the implementation, monitoring, and quality assurance of the MDFT programme is the MoW, while the implementing authorities of the MDFT programme would be the social services of local municipalities.

The involvement of local municipalities' social services in Latvia would facilitate accessibility to MDFT not only in Riga, but also in regions. Within this scenario, it is planned to create one team in Riga and one team in two other regions in Latvia.

Three target groups for receipt of MDFT are identified within this scenario, similar to scenario 1 of this study:

- Subjects of the section 58 of the LPCR;
- Children who have suffered from violence and who have developed behavioural, addiction or mental health problems;
- Children with behavioural, addiction or mental health problems who are at high risk of committing offences but have not yet become subjects of section 58 of the LPCR.

Inclusion of all three target groups in this scenario will contribute to diversity of the target group by providing them support of the MDFT programme, improving well-being of children and families and providing them appropriate emotional and social support.

In scenario 2, it is estimated that the total costs per team over a three-year period would be slightly under 790 000 EUR.

One of the risks associated with this scenario is that the involvement of several would not ensure the same quality of service between regions and coordination between different municipalities could be difficult. In

this situation the MoW as the responsible authority, would play an important role in monitoring and controlling the implementation of the MDFT. An additional risk to local authorities' involvement lies in ensuring sustainability. All parties involved in the implementation of the pilot project in a timely manner must provide mechanisms to ensure the continuity and sustainability of the MDFT even if there would a change of priorities within the municipality, for example due to changes in the political leadership.

Within this research recommendations to the MoW as the responsible institution for implementation of MDFT in Latvia have also been developed to ensure implementation of the pilot project of the MDFT programme. Recommendations are mainly based on the findings of the research, which are in line with the requirements of the MDFT programme. While planning and implementing the MDFT programme in Latvia, it would be necessary to additionally strengthen institutional co-operation, transfer, and exchange of information at state level between the institutions and organisations involved in the provision of MDFT and other support services for children and families, as well as promote education of society and potentially also its involvement in solving issues that are important to society.

IEVADS

SIA "Civitta Latvija" veica pētījumu par multidimensionālās ģimenes terapijas (turpmāk – MDĢT) programmas ieviešanas sistēmiskiem atbalsta risinājumiem Latvijā (turpmāk – pētījums).

Pētījums ir veikts saskaņā ar Ieslodzījuma vietu pārvaldes iepirkuma dokumentāciju (iepirkums Nr. IeVP 2023/10/ESF) un 2023. gada 24. maijā noslēgto līgumu starp SIA "Civitta Latvija" un Ieslodzījuma vietu pārvaldi, ar Eiropas Sociālā fonda finansiālu atbalstu Ieslodzījuma vietu pārvaldes īstenotā projekta Nr.9.1.2.0/16/I/001 "Bijušo ieslodzīto integrācija sabiedrībā un darba tirgū" apakšdarbības Nr.6.3. "Multidimensionālās ģimenes terapijas programmas sistēmiskie atbalsta risinājumi" ietvaros.

MDĢT programma ir visaptveroša, uz pierādījumiem balstīta multisistēmiska ģimenes terapijas programma, kas domāta bērniem un jauniešiem (un viņu ģimenes locekļiem, aizbildņiem (likumiskiem pārstāvjiem), atbalsta personām), kuri lieto atkarību izraisošās vielas, jauniešiem ar garīgās veselības traucējumiem, kā arī tiem jauniešiem, kuriem ir augsts risks ilgstošai atkarību izraisošu vielu lietošanai, uzvedības traucējumiem, un jauniešiem, kuriem novērots risks likumpārkāpumu veikšanai.

Lai veiktu pētījumu par MDĢT programmas ieviešanas sistēmiskiem atbalsta risinājumiem Latvijā, tika identificēti vairāki mērķi:

- Izpētīt MDĢT programmas ieviešanas sistēmiskos atbalsta risinājumus Latvijā, kā arī izpētīt ārvalstu pieredzi MDĢT programmas ieviešanā un īstenošanā valsts līmenī;
- Izpētīt ārvalstu pieredzi MDĢT programmas ieviešanā un īstenošanā. Sniegt detalizētu ārvalstu pieredzes salīdzinājumu, balstoties uz pētījuma darba uzdevumu sasniegto rezultātu gūtajām atziņām;
- Sniegt detalizētu novērtējumu, cik Latvija ir orientēta uz jaunas likumpārkāpuma prevencijas metodes ieviešanu, sistēmiski strādājot ar likumpārkāpēja vai likumpārkāpumu riskam pakļautās personas ģimeni un pārējo sociālo kontaktu loku;
- Sniegt izvērtējumu par MDĢT programmas lomu, ņemot vērā esošo un plānoto atbalsta pasākumu klāstu no LM;
- Sniegt priekšlikumus MDĢT programmas lomai Bērnu tiesību aizsardzības likuma 58. pantā par likumpārkāpumu profilakses darba organizāciju.

Pētījuma veikšanas procesā iegūtā informācija kvalitatīvo metožu pielietošanas rezultātā, piemēram, intervijas ar ārvalstu ekspertiem, un ar ekspertiem un profesionāļiem Latvijā no pašvaldību sociālajiem dienestiem, bērnu un tiesību aizsardzības jomas, kā arī ar speciālistiem, kas profesionālās darbības ietvaros jau iepriekš bija pētījuši MDĢT programmu, skaidri iezīmēja tiešās mērķa grupas tvērumu. Par to turpmākajā izpētes procesā varēja pārliecināties no fokusgrupu diskusijām un intervijām ar potenciālo mērķa grupu, kā arī viņu vecākiem. Pētījuma veikšanai tika noteikta tiešā un netiešā mērķa grupa.

Par tiešo mērķa grupu tika noteiktas personu grupas, uz kurām tiešā veidā turpmāk varētu attiekties MDĢT programma un kuru problēmas tā risinātu :

- BTAL 58. panta subjekti;
- Bērni, kuri cietuši no vardarbības un kuriem ir attīstījušās uzvedības, atkarības vai garīgās veselības problēmas;
- Bērni ar uzvedības, atkarību vai garīgās veselības problēmām, kuriem konstatēts augsts likumpārkāpumu izdarīšanas risks, taču vēl nav kļuvuši par BTAL 58. panta subjektiem.

Savukārt, par netiešo mērķa grupu tika uzskatītas tās personu grupas, kuras varētu būt iesaistītas MDĢT programmas īstenošanā un kuras būtu saistītas ar šādas programmas norisi un tās tiešo mērķa grupu, veicot savus profesionālos pienākumus:

- Latvijas institūciju kā LM, VM, IeVP, VPD, VBTAI speciālisti, kuri pārzina situāciju Latvijā par jautājumiem, kas ir saistīti ar bērniem un jauniešiem ar atkarību problēmām, uzvedības traucējumiem, garīga rakstura traucējumiem un jauniešiem, kuriem ir novērots risks likumpārkāpumu veikšanā;
- Ārvalstu eksperti no Igaunijas, Nīderlandes, Zviedrijas un Somijas, kuri pārzina MDĢT programmas ieviešanu un īstenošanu konkrētajā valstī.

Pētījuma ietvaros ir izmantoti vairāki datu ieguves avoti kā intervijas, fokusgrupu diskusijas, dokumentu, zinātnisko pētījumu un datu analīze, darbseminārs un gadījumu izpēte.

Padziļinātās intervijas ir veiktas ar tiešo (bērniem un jauniešiem un viņu vecākiem) un netiešo mērķa grupu (iesaistīto institūciju speciālistiem), kā arī ar ekspertiem un profesionāļiem no pašvaldību sociālajiem dienestiem, no bērnu tiesību aizsardzības jomas, kā arī ar speciālistiem, kas profesionālās darbības ietvaros jau iepriekš bija pētījuši MDĢT programmu.

Pētījumā ar netiešo mērķa grupu interviju mērķis bija noskaidrot skatījumu uz MDĢT programmas aktualitāti un nepieciešamību Latvijā, tai skaitā potenciālās mērķa grupas raksturojumu un Latvijas reģionālās vajadzības un iespējas, paredzot riskus. Veikto interviju mērķis bija arī identificēt šī brīža stiprās un vājās puses Latvijas valsts līmenī MDĢT programmas ieviešanai, tai skaitā finansiālos izaicinājumus un Latvijas normatīvo aktu atbilstību MDĢT programmas aktualitātei un ieviešanai (procedūrai). Balstoties uz interviju rezultātiem, tiek raksturoti MDĢT programmas ieviešanas sistēmiskie atbalsta risinājumi Latvijā.

Fokusgrupu diskusijas un daļēji strukturētas intervijas tika organizētas ar tiešo mērķa grupu, lai noskaidrotu MDĢT programmas potenciālās mērķa grupas vajadzības, identificētu iespējamus riskus, motivāciju dalībai šajā programmā, kā arī citus būtiskus aspektus saistītus ar MDĢT programmas īstenošanu Latvijā. Lai gan sākotnēji potenciālās mērķa grupas vajadzību apzināšanai kā metode tika noteikta fokusgrupu diskusijas, tomēr, ņemot vērā šīs mērķa grupas zemo atsaucību (trīs ģimeņu pārstāvji), tika organizētas intervijas ar katru ģimeni (vecāki un bērns vai jauniešis) atsevišķi.

Gadījumu izpēte tika veikta kopā četrām valstīm, jo Igaunijas, Nīderlandes un Zviedrijas izpētes laikā pēc saņemtajiem ārvalstu ekspertu ieteikumiem izpēte tika veikta arī Somijai, iekļaujot pētījumā galvenās atziņas no šīs valsts pieredzes, kuras būtu ieteicams integrēt arī Latvijā. Valstu izpētes mērķis bija noskaidrot labās prakses piemērus, kā arī laikus identificēt potenciālos riskus MDĢT programmas ieviešanai.

Pētījuma satura struktūra ir veidota tā, lai pilnīgāk atspoguļotu pēc iespējas izsmelošāku informāciju par MDĢT programmas ieviešanas un īstenošanas aspektiem Latvijā. Pētījuma noslēgumā ir sniegtas rekomendācijas Labklājības ministrijai sekmīgai MDĢT programmas ieviešanai Latvijā.

1. VISPĀRĪGS SITUĀCIJAS APRAKSTS

Demogrāfiskie rādītāji Latvijā atspoguļo, ka 2022. gadā bija 356 864 bērni vecumā līdz 17 gadiem¹. Atbilstoši Bērnu tiesību aizsardzības likuma 10. panta pirmajai daļai “bērnām ir tiesības uz tādiem dzīves apstākļiem un labvēlīgu sociālo vidi, kas nodrošina pilnvērtīgu fizisko un intelektuālo attīstību”.² Lai arī normatīvajos aktos bērnam ir paredzētas šādas tiesības, tomēr faktiskā situācija un statistikas dati rāda, ka daudzi bērni Latvijā saskaras ar apstākļiem, kas rezultējas problemātiskas uzvedības attīstībā.

Bērnu attīstību ietekmē vairāki bioloģiskie, vides un sociālie faktori. Taču arī bērnībā piedzīvota vardarbība var būt par pamatu problemātiskas uzvedības attīstībai, piemēram, antisociālai uzvedībai, atkarībai no vielām un procesiem, un mentālās veselības traucējumiem. Turklāt, tai ir potenciāls atstāt sekas ne tikai bērnībā, bet arī bērnam kļūstot par pieaugušo.³

Problemātiska uzvedība bērniem var izpausties arī kā sociālo normu un noteikumu pārkāpšana, piemēram, neattaisnota skolas kavēšana, grūtības kontrolēt emocijas, agresija un vardarbība, kā arī rezultēties likumpārkāpumu un noziedzīgu nodarījumu veikšanā. Pēc Valsts kontroles veiktajiem aprēķiniem 2020. gadā Latvijā bija vismaz 10 360 bērni ar uzvedības problēmām un vismaz 36 545 bērni ar uzvedības problēmu iestāšanās risku.⁴

Statistikas dati par atkarību izraisošu vielu lietošanu uzrāda, ka pēdējo 30 dienu laikā vismaz reizi alkoholu ir lietojuši 47 % bērnu vecumā no 15 līdz 16 gadiem⁵, tabakas izstrādājumus lietojuši 23 % bērnu vecumā no 13 līdz 15 gadiem⁶, bet 8 % zēnu un 3 % meiteņu vecumā no 15 līdz 24 gadiem ir lietojuši nelegālās narkotikas.⁷ Tieši šai jauniešu vecuma grupai ir visaugstākais narkotisko vielu lietošanas īpatsvars, salīdzinot ar citām vecuma grupām.

Savukārt dati par bērnu un jauniešu likumpārkāpumiem norāda uz jau nopietnāku uzvedības problēmu izplatību. 2022. gadā uzsākti 5276 administratīvā pārkāpuma procesi pret nepilngadīgām personām un 5143 gadījumos pieņemti lēmumi par audziņoša rakstura piespiedu līdzekļu piemērošanu bērniem par izdarītajiem administratīvajiem pārkāpumiem.⁸ Nepilngadīgo veikti noziedzīgi nodarījumi ir konstatēti 570 gadījumos.⁹ Valsts probācijas klientu lokā 2022. gadā bija 893 bērni¹⁰, bet ieslodzījumā Cēsu Audzināšanas

¹ CSP. Iedzīvotāji pēc dzimuma un vecuma grupām reģionos, novados, pilsētās, pagastos, ciemos (atbilstoši robežām 2023. gada sākumā), apkaimēs un blīvi apdzīvotās teritorijās. Iegūts no: https://data.stat.gov.lv/pxweb/lv/OSP_PUB/START_POP_IR_IRD/RIG010/table/tableViewLayout1/

² Bērnu tiesību aizsardzības likums. Latvijas Vēstnesis, 199/200, 08.07.1998. Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/49096>

³ Ministru kabineta 2022. gada 21. decembra rīkojums Nr. 967 “Par Bērnu, jaunatnes un ģimenes attīstības pamatnostādņiem 2022.–2027. gadam”. Latvijas Vēstnesis, 252, 29.12.2022. Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/338304>

⁴ Latvijas Republikas Valsts kontrole. (2022). Revīzijas ziņojums. “Problēmbērni” – pieaugušo neizdarību spogulis”. 21.lpp. Iegūts no: https://lrvk.gov.lv/lv/getrevisionfile/29565-ikOI7xAmr_o-vESqJnas3Xw0cGVm5oS2.pdf

⁵ SPKC. Alkoholu lietojušo jauniešu (15-16 g.v.) īpatsvars, kuri alkoholu lietojuši pēdējo 30 dienu laikā, 12 mēnešu laikā un dzīves laikā. Iegūts no: <https://www.spkc.gov.lv/lv/datu-vizualizācijas-par-alkohola-lietošanu>

⁶ SPKC. Skolēnu (13-15 g.v.) īpatsvars, kuri lietojuši tabakas produktus vismaz 1 dienu pēdējo 30 dienu laikā. Iegūts no: <https://www.spkc.gov.lv/lv/datu-vizualizācijas-par-smekesanu>

⁷ SPKC. Respondentu īpatsvars, kuri nelegālās narkotiskās vielas lietojuši pēdējo 30 dienu laikā. <https://www.spkc.gov.lv/lv/narkotisko-vielu-lietosana>

⁸ Iekšlietu ministrija. (2023). Pārskats par nepilngadīgo noziedzības stāvokli un noziedzīgos nodarījumus cietušajiem bērniem 2022. gadā. 5.lpp. Iegūts no: https://www.iem.gov.lv/lv/citi-parskati?utm_source=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F

⁹ Turpat, 7.lpp.

¹⁰ VPD. 2022. gada statistikas rādītāji. Iegūts no: <https://www.vpd.gov.lv/lv/2022gada-statistikas-raditaji>

iestādē nepilngadīgajiem atradās 23 bērni.¹¹ Dati par atkārtota noziedzīga nodarījumu norāda, ka 31 % nepilngadīgo notiesāto personu ir augsts atkārtota noziedzīga nodarījuma risks, bet 69 % nepilngadīgo personu – vidējs atkārtota noziedzīga nodarījuma izdarīšanas risks. Lai bērni pirmreizēji vai atkārtoti nenonāktu sodu izpildes sistēmā, ir ļoti svarīgi, lai būtu pieejami atbalsta pakalpojumi bērnu uzvedības problēmu risināšanai.

Šādu pakalpojumu nodrošināšana ir ietverta BTAL 58. pantā, kas paredz, ka bērniem, kuri izdarījuši noziedzīgu nodarījumu vai vismaz divus administratīvos pārkāpumus, kā arī tiem, kuriem ir risks prettiesisku darbību veikšanai, pašvaldībām ir pienākums izstrādāt uzvedības sociālās korekcijas programmu.¹² Tādējādi bērniem ar uzvedības problēmām, kas saistītas ar likumpārkāpumiem vai risku tos veikt, atbilstoši likumā noteiktajam, ir jāsaņem pakalpojumi uzvedības problēmu risināšanai.

Saskaņā ar Valsts kontroles revīzijas ziņojumu ““Problēmbērni” – pieaugušo neizdarību spogulis”, kurā ir analizēta valstī pieejamā atbalsta sistēma bērniem ar uzvedības problēmām vai to iestāšanās risku, ir secināts, ka šobrīd ne valsts, ne pašvaldību līmenī nav nodrošināts pietiekams pakalpojumu līmenis ne agrīnu uzvedības problēmu risināšanai, ne jau nopietnāku problēmu risināšanai, kas ietver likumpārkāpumu risku vai jau izdarītus pārkāpumus.¹³

Valsts apmaksātie pakalpojumi bērniem ar uzvedības problēmām ietver sociālās rehabilitācijas pakalpojumus no apreibinošām vielām un procesiem atkarīgiem bērniem¹⁴, kā arī kopš 2023. gada vasaras vidēji 30 bērniem gadā tiek nodrošināts arī komplekss sociālās rehabilitācijas pakalpojums pēc dialektiski biheiviorālās terapijas principa.¹⁵ Papildu tam 2023. gadā tika īstenots valsts budžeta finansēts pilotprojekts, kura ietvaros iedzīvotājiem, tai skaitā 65 bērniem un jauniešiem, tika nodrošināts sociālā mentora pakalpojums, kā vienu no mērķiem nosakot šī pakalpojumu attīstīšanas iespēju izpēti pašvaldībās.¹⁶ Pārējie pieejamie atbalsta pakalpojumi kā, piemēram, sociālā darbinieka un dažādu speciālistu, psihologa, psihoterapeita, narkologa, konsultācijas, ģimenes asistenta atbalsts, tiek nodrošināti pašvaldību ietvaros, tādējādi pieejamo pakalpojumu klāsts dažādos reģionos ir atšķirīgs. Lielākajā daļā pašvaldību nav pieejams pilnīgs būtiskāko preventīvo pakalpojumu klāsts, kā arī sniegto pakalpojumu apjoms nav pietiekams, lai nodrošinātu esošās vajadzības.¹⁷

Bērnu uzvedības problēmas pašvaldībās lielākoties tiek risinātas, piesaistot sociālo darbinieku vai dažādu speciālistu kā, piemēram, psihologa, psihiatra vai narkologa, konsultācijas. Taču, ja bērna uzvedības problēmas nav tikušas savlaicīgi identificētas, tad šo problēmu risināšanai ir nepieciešami kompleksi un tieši šai mērķa grupai paredzēti pakalpojumi, kuri šobrīd valstī ir pieejami vien atsevišķās pašvaldībās un nepietiekamā apjomā.¹⁸ Lai sniegtais atbalsts būtu efektīvs, ir nepieciešams paplašināt pakalpojumu klāstu un to pieejamību visā Latvijā.

Valsts politikas plānošanas dokumentos ietvertie mērķi ir arī saistīti ar pieejamās atbalsta sistēmas uzlabošanu bērniem ar uzvedības problēmām. Piemēram, Latvijas Nacionālās attīstības plāna 2021.-2027.

¹¹ IeVP. (2023). Ieslodzījuma vietu pārvaldes 2022. gada publiskais pārskats. 15.lpp. Iegūts no: <https://www.ievp.gov.lv/lv/media/5616/download?attachment> ,

¹² Bērnu tiesību aizsardzības likums. Latvijas Vēstnesis, 199/200, 08.07.1998. Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/49096>

¹³ Latvijas Republikas Valsts kontrole. (2022). Revīzijas ziņojums. “Problēmbērni” – pieaugušo neizdarību spogulis”. Iegūts no: https://lrkv.gov.lv/lv/getrevisionfile/29565-ikOI7xAmr_o-vESqJnas3Xw0cGVm5oS2.pdf

¹⁴ Sociālās integrācijas valsts aģentūra. Sociālās rehabilitācijas pakalpojumi no apreibinošām vielām un procesiem atkarīgiem bērniem. Iegūts no: <https://www.siva.gov.lv/lv/pakalpojumi/socialas-rehabilitācijas-pakalpojumi-no-apreibinosam-vielam-un-procesiem-atkarīgiem-bērniem>

¹⁵ Atbilstoši LM sniegtajai informācijai – Autora piezīme.

¹⁶ Turpat.

¹⁷ Latvijas Republikas Valsts kontrole. (2022). Revīzijas ziņojums. “Problēmbērni” – pieaugušo neizdarību spogulis”. Iegūts no: https://lrkv.gov.lv/lv/getrevisionfile/29565-ikOI7xAmr_o-vESqJnas3Xw0cGVm5oS2.pdf

¹⁸ Turpat.

gadam rīcības virziena “Psiholoģiskā un emocionālā labklājība” viens no izvirzītajiem mērķiem ir “psiholoģiskās un emocionālās labklājības veicināšana cilvēku atbalstam krīzes situācijās, individuālā potenciāla attīstībai un deviantas uzvedības veidošanās risku mazināšanai, nostiprinot veselību kā vērtību”.¹⁹ Sociālo pakalpojumu pilnveidošanas un attīstības plāna 2022.–2024. gadam viens no rīcības virzieniem ir saistīts ar modernas un pieejamas sociālo pakalpojumu sistēmas attīstīšanu, kas kā vienu no uzdevumiem paredz jaunu sociālo pakalpojumu ieviešanu un pilnveidi bērniem un jauniešiem ar psihiskiem un uzvedības traucējumiem, tai skaitā atkarības vielu un procesu atkarībām un multiplām problēmām.²⁰ Savukārt, Bērnu, jaunatnes un ģimenes attīstības pamatnostādnes 2022.–2027. gadam 1. mērķis paredz “sekmēt bērnu un jauniešu drošību, attīstību, psiholoģisko un emocionālo labklājību”²¹, kas ietver pasākumus vardarbības izskaušanai, atkarības no vielām un procesiem izplatības samazināšanai, bērnu noziedzības novēršanai un ģimenes sociālās funkcionēšanas spēju uzlabošanai.

Viens no pakalpojumiem, kura ieviešana varētu sekmēt šo mērķu izpildi, ir MDĢT. Šīs terapijas programma ir ieviesta vairākās Eiropas valstīs, tai skaitā Igaunijā un Lietuvā. Tā ir pierādījumos balstīta metode, kas ir mērķēta tieši uz bērnu un jauniešu uzvedības problēmu risināšanu, kas ietver atkarību izraisošu vielu lietošanu, antisociālu uzvedību, risku veikt likumpārkāpumus, mentālās veselības un citas problēmas. MDĢT tiek nodrošināta kompleksa pieeja problēmu risināšanā, iesaistot gan bērna ģimeni, gan apkārtējo vidi, un tās efektivitāte ir pierādīta dažāda veida problēmu risināšanā un to turpmākajā novēršanā (skat. 3. nodaļu).

Šī pētījuma ietvaros tiek identificēti galvenie ieguvumi un riski MDĢT programmas ieviešanai Latvijā, kā arī piedāvāti scenāriji tās praktiskai ieviešanai Latvijas apstākļos, lai sekmētu trūkstošā atbalsta nodrošināšanu Latvijas bērniem ar problemātisku uzvedību.

¹⁹ Pārresoru koordinācijas centrs. (2020). Latvijas Nacionālās attīstības plāns 2021.–2027. gadam. 19.lpp. Iegūts no: https://www.pkc.gov.lv/sites/default/files/inline-files/NAP2027_apstiprin%C4%81ts%20saeim%C4%81_1.pdf

²⁰ Ministru kabineta 2022. gada 30. marta rīkojums Nr. 231 “Par Sociālo pakalpojumu pilnveidošanas un attīstības plānu 2022.–2024. gadam”. Latvijas Vēstnesis, 66, 04.04.2022. Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/331256>

²¹ Ministru kabineta 2022. gada 21. decembra rīkojums Nr. 967 “Par Bērnu, jaunatnes un ģimenes attīstības pamatnostādņēm 2022.–2027. gadam”. Latvijas Vēstnesis, 252, 29.12.2022. Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/338304>

2. PĒTĪJUMĀ IZMANTOTĀ METODOLOĢIJA

2.1. IZVĒRTĒJUMA METODES UN TO PIELIETOŠANA

Pētījuma veikšanai tika izmantotas gan kvantitatīvās, gan kvalitatīvās metodes, lai tiktu sasniegti izvirzītie pētījuma mērķi un izpildīti ar tiem saistītie uzdevumi.

Kvalitatīvo metožu lietošanas galvenais uzdevums bija sniegt informāciju par MDĢT programmas vēsturisko attīstību un citu valstu pieredzi, analizējot Latvijas šī brīža iespējas, praksi un gatavību īstenot MDĢT programmu, kā arī potenciālās mērķa grupas vajadzības un viedokli par programmas nepieciešamību. Kvalitatīvās metodes sniedza informāciju par problēmas “cilvēcisko” pusi – tas ir, bieži vien pretrunīgo uzvedību, uzskatiem, viedokļiem, emocijām un indivīdu attiecībām. Kvalitatīvās metodes bija efektīvas arī nemateriālo faktoru, piemēram, sociālo normu, sociālekonomiskā statusa, dzimumu lomas, etniskās piederības un reliģijas identificēšanā, kuru loma pētījuma jautājumā varēja nebūt skaidri redzama. Šī pieeja tika izmantota kopā ar kvantitatīvajām metodēm, lai kvalitatīvie pētījumi palīdzētu interpretēt un labāk izprast konkrētās situācijas sarežģīto realitāti un kvantitatīvo datu ietekmi.²² Tādējādi izpētes rezultātā gūstot skaidrojošu, padziļinātu un detalizētu informāciju par MDĢT programmas nozīmi un atbilstību MDĢT programmas mērķa grupas vajadzībām.

Savukārt kvantitatīvās metodes, kas ir statistikas dati, aprēķini, kā arī cita datos balstīta informācija, sniedza visaptverošu pārskatu par attiecīgo situāciju.²³ Pētījuma ietvaros tā ir gan statistiska informācija par potenciālo MDĢT programmas mērķa grupu, gan finanšu datu modelēšana attiecībā pret nepieciešamajiem resursiem un ieguldījumiem, lai ieviestu MDĢT programmu Latvijā.

Abu metožu kombinācija ļāva precīzāk izvērtēt un pamatot MDĢT programmas potenciālo lomu un ieviešanu Latvijā.

DOKUMENTU, NORMATĪVO AKTU UN ZINĀTNISKI PĒTNIECISKĀS LITERATŪRAS ANALĪZE

Dokumentu, normatīvo aktu un zinātniski pētnieciskās literatūras analīze bija nozīmīga visā pētījuma veikšanas procesā. Dokumentu un zinātniski pētnieciskās literatūras analīze tika izmantota, lai identificētu MDĢT programmas vēsturisko izcelsmi un attīstību, tās mērķi, galvenos uzdevumus, sasniedzamos rezultātus, vīziju, misiju un filozofiju, izmantojot gan MDĢT programmas mājaslapā pieejamo informāciju²⁴, gan citus veiktos pētījumus par MDĢT programmas efektivitāti, ilgtspēju un sasniegtajiem rezultātiem, lai sniegtu datos balstītu informāciju.

Tāpat dokumentu analīze un normatīvo aktu analīze tika izmantota, lai izvērtētu citu valstu pieredzi – Nīderlandes, Igaunijas, Zviedrijas un Somijas. Šo valstu pieejamie pētījumi un konkrētās valsts normatīvie akti, un citi dokumenti sniedza informāciju, piemēram, par nodarbinātajiem MDĢT programmā vai kritērijiem par jauniešu un ģimeņu uzņemšanu programmā.

Savukārt, Latvijas normatīvo aktu analīze un attīstības plānošanas dokumenti kalpoja par pamatu tālākajām daļēji strukturētām padziļinātajām intervijām ar speciālistiem no LM, TM, IeVP, VPD, VBTAI, lai identificētu šī brīža normatīvo regulējumu un potenciāli nepieciešamās izmaiņas tajos. Tāpat normatīvo aktu ietvaros tika analizētas esošās kvalifikācijas prasības speciālistiem, lai noteiktu atbilstošu atlīdzības politiku.

²² Mack, N., Woodsong, C., MacQueen, K., Guest, G. and Namey, E. (2005). Qualitative Research Methods: A Data Collector's Field Guide. *Family Health International (FHI)*, USA.

²³ Queirós, A., Faria, D., & Almeida, F. (2017). Strengths and Limitations of Qualitative and Quantitative Research Methods. *European Journal of Education Studies*. 3, 369-387. <http://dx.doi.org/10.46827/ejes.v0i0.1017>

²⁴ MDĢT mājas lapa – <https://www.mdft.org/>

Attīstības plānošanas dokumentos iekļautās rīcības sekmēja izpratni par identificētajām prioritātē attiecībā uz mērķa grupu un atbalsta mehānismiem tai. Dokumentu analīze tika veikta, lai apkopotu esošo situāciju Latvijā par pieejamajiem atbalsta pasākumiem, kas ir mērķēti bērniem un jauniešiem, un viņu ģimenēm.

Pētījuma ietvaros tika analizēti šādi normatīvie akti un attīstības plānošanas dokumenti:

- Bērnu tiesību aizsardzības likums;
- Jaunatnes likums;
- Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums;
- Bāriņtiesu likums;
- Administratīvās atbildības likums;
- Likums "Par audzinoša rakstura piespiedu līdzekļu piemērošanu bērniem";
- Krimināllikums;
- Resocializācijas politikas pamatnostādnes 2022.–2027. gadam;
- Bērnu, jaunatnes un ģimenes attīstības pamatnostādnes 2022.–2027. gadam;
- Sociālās aizsardzības un darba tirgus politikas pamatnostādnes 2021.-2027. gadam;
- Izglītības attīstības pamatnostādnes 2021.–2027. gadam;
- ANO Ģenerālā asamblejas 1989. gada 20. novembrī ar Rezolūciju 44/25 pieņemtā Bērnu tiesību konvencija;
- Un citi.

Pētījuma ietvaros tika analizēti un izmantoti šādi zinātniski pētnieciskās literatūras avoti:

- Kronberga, I. (2019). Promocijas darbs. Nepilngadīgo personu likumpārkāpumu prevencija kā kriminālsoda mērķis;
- Liddle, H.A., Dakof, G., Rowe, C. et al. (2023) Multidimensional Family Therapy for Justice-Involved Young Adults with Substance Use Disorders. In: The Journal of Behavioural Health Services & Research;
- Rebellow, R.M., Deva Asir S.M. (2022) Determinants of deviant behaviour among adolescents. In: Journal of Positive School Psychology, Vol. 6, No.4.;
- Nielsen P., Christensen, M., Henderson, C. (2021) Multidimensional family therapy reduces problematic gaming in adolescents: A randomised controlled trial. In: Journal of Behavioural Addictions, 10 (2);
- van der Pol, T.M., Henderson, C. E., Hendriks, V. et.al. (2018) Multidimensional Family Therapy Reduces Self-Reported Criminality Among Adolescents With a Cannabis Use Disorder. In: The International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 62 (6);
- Rigter, H. (2017) Treating cannabis-dependent adolescents with family therapy: The case of Multidimensional Family Therapy. In: V. R. Preedy (Ed.), Handbook of cannabis and related pathologies. London, UK: Academic Press;
- Legault, L. (2016) Intrinsic and Extrinsic Motivation. In: V. Zeigler-Hill, T.K. Shackelford (eds.), Encyclopedia of Personality and Individual Differences;
- Dakof, G., Henderson, C.E., Rowe, C. et.al. (2015) A randomized clinical trial of family therapy in juvenile drug court. In: The Journal of Family Psychology. 29(2);
- Rigter H., Rowe, C., Gantner, A. et. al. (2015). From Research to Practice: The International Implementation of Multidimensional Family Therapy. In: N. el-Guebalý et al. (eds.) (2015), Textbook of Addiction Treatment: International Perspectives;
- Graham, D. (2014) Multidimensional Family Therapy in Theory and in Practice. In: Child & Youth Services, vol 35.;

- Schaub, M.P., Henderson, C.E., Pelc, I. et.al. (2014) Multidimensional family therapy decreases the rate of externalising behavioural disorder symptoms in cannabis abusing adolescents: outcomes of the INCANT trial. In: BMC Psychiatry. 31;
- Rigter, H., Henderson C.E, Pelc, I. et. al. (2013) Multidimensional family therapy lowers the rate of cannabis dependence in adolescents: A randomised controlled trial in Western European outpatient settings. In: Drug and Alcohol Dependence, Volume 130, Issues 1–3;
- Wang, M.T., Dishion, T. J., Stormshak, E. A., Willet, J.B. (2011) Trajectories of Family Management Practices and Early Adolescent Behavioural Outcomes. In: Developmental Psychology, Vol. 47, No. 5;
- Liddle, H. A. (2010) Multidimensional Family Therapy: A Science-Based Treatment System. In: The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy, Vol. 31, No.2.;
- Un citi.

INTERVIJAS

Pētījuma veikšanā viens no galvenajiem informācijas ieguves veidiem bija daļēji strukturētas padziļinātās intervijas gan ar institūciju pārstāvjiem no Latvijas, gan ar ārvalstu ekspertiem. Piemērojot padziļinātās intervijas, pētījumā tika iegūta detalizēta un pilnvērtīga informācija par pētāmo objektu un iespējamo mērķa grupu, kā arī intervējamo pieredzi, citu valstu labo praksi un iespējamus riskus MDĢT programmas īstenošanā.

Lai mazinātu padziļināto interviju laika resursu ietilpīgumu un lai sarunas laikā pieturētos pie plānotās tematikas, intervijas tika daļēji strukturētas, paredzot iespēju pašam respondentam sniegt detalizētu viedokli. Tāpat pirms intervijas respondentiem tika nosūtītas vadlīnijas par aptuvenajām satura tēmām, tai skaitā par intervijas mērķi un intervijas struktūru, kā arī aprakstošu skaidrojumu par MDĢT programmu, lai nepieciešamības gadījumā respondents var sagatavot nepieciešamo papildu informāciju intervijai.

Kopā tika veiktas 8 daļēji strukturētas padziļinātās intervijas ar institūciju kā LM, TM, IeVP, VPD, VBTAI speciālistiem, lai noskaidrotu šo iestāžu viedokli par MDĢT programmu un potenciālo tās ieviešanu Latvijā. No 8 intervijām 2 bija daļēji strukturētas grupu intervijas ar VBTAI un LM speciālistiem, kas tika veiktas pēc šo institūciju iniciatīvas, lai nodrošinātu nepieciešamo tvērumu un iegūtu dziļāku izpratni par interviju vadlīnijās minētajiem faktoriem.

TABULA 1. APKOPOJUMS PAR VALSTS IESTĀŽU INSTITŪCIJU DALĪBNIEKIEM INTERVIJĀS

INTERVIJAS DATUMS	INSTITŪCIJA	SPECIĀLISTU SKAITS
17.08.2023.	IeVP	1
28.08.2023.	IeVP	1
29.08.2023.	VBTAI	3
30.08.2023.	LM	1
31.08.2023.	VPD	1
04.09.2023.	VPD	1
11.09.2023.	TM	1
15.09.2023.	LM	2

Visas intervijas tika vadītas atbilstoši iepriekš izstrādātajām interviju vadlīnijām, kuras iekļāva šādus aspektus:

- Iestādes vīzija par MDĢT programmas ieviešanu Latvijā, tai skaitā par tās aktualitāti un nepieciešamību;
- Potenciālās mērķa grupas raksturojums, tai skaitā reģionālās vajadzības un iespējas;
- Potenciālie šķēršļi un riski, ieviešot MDĢT programmu Latvijā, tai skaitā finansiālie un cilvēkresursu izaicinājumi;
- Pozitīvie faktori, kas veicinātu MDĢT programmas ieviešanu Latvijā;
- Esošais normatīvais regulējums un nepieciešamās izmaiņas tajā;
- Citas līdzīgas atbalsta aktivitātes bērniem un viņu ģimenēm, kas tiek īstenotas šobrīd;
- Iestāžu savstarpējā sadarbība.

Ar ārvalstu ekspertiem tika veiktas 7 daļēji strukturētas padziļinātās intervijas valstu izpētes ietvaros, lai noskaidrotu trūkstošo informāciju, piemēram, par MDĢT programmas izmaksām, vai arī precizētu pētāmo normatīvo aktu tvērumu, kā arī validētu iegūto informāciju publiskajā telpā par šīm valstīm.

TABULA 2. APKOPOJUMS PAR ĀRVALSTU EKSPERTIEM

INTERVIJAS DATUMS	INSTITŪCIJA	EKSPERTU SKAITS	PIEZĪMES
21.08.2023	Jaunatnes Intervences fonds (Nīderlande)	1	
23.08.2023	Marjamasā izglītības koledža (Igaunija)	1	MDĢT komandas pārraugš
24.08.2023	Sociālās Apdrošināšanas pārvalde (Igaunija)	1	MDĢT komandas pārraugš
06.09.2023	Jaunatnes Intervences fonds (Nīderlande)	1	
08.09.2023	Nodibinājums "Vecāku centrs" (Zviedrija)	1	Centra vadītājs un MDĢT komandas pārraugš
11.09.2023	Somijas MDĢT vēstniece (<i>ambassador</i>)	1	Somijas MDĢT komandas pārraugš, kas pilda arī Somijas MDĢT vēstnieka lomu
14.09.2023	Leilestades nepilngadīgo aizturēšanas iestāde	2	Viens eksperts no Jaunatnes Intervences fonda un MDĢT komandas pārraugš no Leilestades nepilngadīgo aizturēšanas iestādes

Papildu iepriekš minētajām intervijām, tika noorganizētas vēl 7 intervijas ar ekspertiem un profesionāļiem no pašvaldību sociālajiem dienestiem, no bērnu tiesību aizsardzības jomas, kā arī ar speciālistiem, kas profesionālās darbības ietvaros jau iepriekš bija pētījuši MDĢT programmu. Sniegtā informācija intervijās sekmēja padziļinātāku izpratni par šajā pētījumā iekļautajām jomām, līdzšinējo pieredzi sadarbībā ar mērķa

grupu un tās motivāciju, nodrošinot tai pakalpojumus, kā arī par iespējamajiem riskiem MDĢT programmas īstenošanā.

TABULA 3. APKOPOJUMS PAR LATVIJAS EKSPERTIEM

INTERVIJAS DATUMS	INSTITŪCIJA	PĀRSTĀVJU SKAITS	PIEZĪMES
03.08.2023.	Speciālists, kas profesionālās darbības ietvaros jau iepriekš ir pētījis MDĢT programmu	1	Speciālists no VPD
07.08.2023.	Speciālists, kas profesionālās darbības ietvaros jau iepriekš ir pētījis MDĢT programmu	1	Speciālists no IeVP
18.08.2023.	Eksperte bērnu tiesību aizsardzības jomā	1	
04.10.2023.	Jūrmalas valstspilsētas pašvaldība	2	Divas atsevišķas intervijas
09.10.2023.	LPS	1	
23.10.2023.	Rīgas valstspilsētas pašvaldība	1	

FOKUSGRUPAS DISKUSIJA

Pētījuma ietvaros tika organizētas divas FGD potenciālajiem MDĢT programmas klientiem (bērniem / jauniešiem un viņu ģimenes locekļi), konkrētie FGD dalībnieki tika atlasīti pēc noteiktām pazīmēm, ņemot vērā pētījuma veikšanas laikā iegūtos rezultātus gan no dokumentu analīzes, gan daļēji strukturētām padziļinātājām intervijām, kurās iestāžu speciālisti identificēja potenciālās mērķa grupas MDĢT programmai Latvijā.

Ņemot vērā, ka no intervijām ar ekspertiem tika identificēta kā potenciālā mērķa grupa BTAL 58. panta subjekti un bērni ar uzvedības, atkarību vai garīgās veselības problēmām, kuriem konstatēts augsts likumpārkāpumu izdarīšanas risks, bet kuri vēl nav kļuvuši par BTAL 58. panta subjektiem, VBTAI, pirms tam saskaņojot ar potenciālajiem FGD dalībniekiem, palīdzēja nodrošināt kontaktinformāciju dalībnieku rekrutēšanai un sniedza nepieciešamo atbalstu rekrutēšanas procesā papildu jau pētnieku pieejamajiem kontaktiem.

No visiem uzrunātajiem dalībniekiem abās FGD piedalījās 3 ģimeņu pārstāvji, kuriem ir bērni vecumā no 7 līdz 18 gadiem. Lai gan FGD tika piedāvāta laicīgi un tiešsaistē un, tika nodrošināta dalībnieka konfidencialitāte un personiskās informācijas neizpaušana, piemēram, nenorādot vārdu, neieslēdzot video kameru, tomēr dalība FGD bija kritiski zema.

Lai apzinātu vajadzības identificētajai mērķa grupai, ģimenes ar bērniem un jauniešiem tika uzrunātas individuāli, piedāvājot sarunu daļēji strukturētas intervijas veidā tiešsaistē. Kopā pētījuma laikā tika intervētas 23 personas, tostarp bērni vecumā no 11 līdz 16 gadiem, kas atbilst mērķa grupas raksturojumam. FGD un intervijās piedalījās arī ģimenes, kurām sarunvaloda ģimenē ir krievu valoda.

FGD un interviju procesā tika iekļauti vairāki aspekti:

- Informācija turpmākai diskusijai par MDĢT programmu un tās potenciālajiem ieguvumiem;

- Bērnu / jauniešu un viņu vecāku vajadzību apzināšana, situācijas noskaidrošana par pakalpojumiem, ko viņi saņem šobrīd, un kādi atbalsta veidi būtu nepieciešami (iztrūkst) jau šobrīd, attiecīgi izvērtējot, vai identificētās vajadzības atbilst MDĢT programmai;
- Bērnu / jauniešu un viņu vecāku vēlme un iespējas izmantot MDĢT programmu, kādi varētu būt galvenie trūkumi, kas atturētu piedalīties šādā programmā;
- Kas veicinātu ģimeņu iesaisti MDĢT programmā un kādi potenciālie ieguvumi būtu ģimenei, piedaloties šādā programmā;
- Validēti galvenie secinājumi, kas izrietējuši no iepriekš veiktajām intervijām, tādējādi apstiprinot vai papildinot informāciju.

Līdz ar to FGD šī pētījuma ietvaros nebija kā efektīvākā metode mērķa grupas (bērni / jaunieši un viņu ģimenes locekļi) vajadzību apzināšanai, kaut vai ņemot vērā tādu aspektu, ka nepilngadīgo dalība FGD ir jāsaskaņo ar vecākiem un jāsaņem to piekrišana. Vienlaikus to arī nosaka zinātniski pētnieciskās darbības ētika, ka pētījumos, kuros dalībnieki nav sasnieguši pilngadību, vecāku vai likumīgo aizbildņu atļauja ir obligāta.²⁵ Savukārt, ja no vecāku puses nebija atsaucība dalībai FGD, bērnu iesaiste dalībai FGD bez vecāku klātbūtnes nebūtu atbilstoša šī pētījuma MDĢT programmas galvenajam mērķim – bērna un vecāku mijiedarbībai.

Taču vienlaikus potenciālā mērķa grupa tika apzināta, fokusējoties jau konkrēti uz šī pētījuma trijos scenārijos (skatīt 9. nodaļu) identificētajām bērnu problemātiskas uzvedības izpausmēm, kā rezultātā saņemtās atbildes ir piemērotākas šī pētījuma tvērumam un scenārijiem.

DARBSEMINĀRS |

Darbseminārs tika organizēts MDĢT programmas izstrādē iesaistīto institūciju speciālistiem, lai diskutētu par pētījuma procesā iegūtajiem sākotnējiem rezultātiem, kā arī vienotas izpratnes gūšanai par turpmāko nepieciešamo rīcību, lai potenciāli ieviestu MDĢT programmu Latvijā, tai skaitā par institūciju lomām un iesaisti MDĢT programmas īstenošanā. Darbsemināra ieguldījums pētījuma ietvaros veicināja diskusiju starp dažādu jomu speciālistiem, kā arī iespēju vienoties par kopīgu redzējumu vai arī atšķirīgu viedokļu pamatošanu. Darbseminārs nodrošināja ieskatu tādos nozīmīgos jautājumos, kā atbildīgās institūcijas noteikšana, mērķa grupas identificēšana, provizorisks reģionālais tvērums, iespējamie MDĢT programmas īstenošanai.

Darbseminārā piedalījās 14 personas no tādām institūcijām, kā LM, TM, IeVP, VPD un VBTAI, un tā tika organizēta klātienē, tādējādi veicinot iespēju savstarpējai komunikācijai un informācijas apmaiņai starp iesaistītajām pusēm.

GADĪJUMA IZPĒTE |

Gadījumu izpētes galvenais uzdevums bija detalizēti sniegt informāciju par kādu noteiktu fenomenu (piemēram, individu, grupu, lēmumu u.c.). Pētījuma ietvaros gadījuma izpēte tika veikta par četrām valstīm - Igauniju, Nīderlandi, Zviedriju un Somiju, kurās jau ir ieviesta MDĢT programma. Gadījuma izpēte tika analizēti šādi aspekti:

- MDĢT programmas vajadzības identificēšana un ieviešana valstī;
- Valsts normatīvo aktu analīze, tai skaitā atbilstība MDĢT programmas aktualitātei un ieviešanai;
- Finanšu datu analīze, kādi ir finanšu līdzekļu avoti, izmaksu pozīcijas un to apjoms, tai skaitā apmācību un programmas licenču izmaksas, monitorēšanas (uzraudzības) izmaksas, efektivitātes pētījumu izmaksas un citas ar MDĢT programmas ieviešanu un īstenošanu saistītās izmaksas;

²⁵ Peterson-Sweeney K. (2005). The use of focus groups in pediatric and adolescent research. *Journal of Pediatric Health Care*, 19, 104–110. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2004.08.006>

- MDĢT programmas organizēšana – speciālistu piesaiste un atlase apmācībām, izstrādātie kritēriji bērnu un jauniešu un viņu ģimeņu uzņemšanai MDĢT programmā, tai skaitā, kādos gadījumos dalība tiek atteikta, kā arī sadarbība ar citām iesaistītajām institūcijām;
- Novērtējums par MDĢT programmas efektivitāti, priekšrocībām un izaicinājumiem;
- MDĢT programmas sasaiste ar citiem atbalsta pasākumiem, kas pieejami konkrētajā valstī.

Gadījuma izpēte tika veikta par šādām valstīm, vērtējot iespējamus ieguvumus no citu valstu pieredzes Latvijas kontekstā:

- **Igaunija** – ņemot vērā valsts vēsturisko un kulturālo līdzību ar Latviju. Tās pieredze MDĢT programmas ieviešanā varētu būt vislīdzvērtīgākā Latvijas situācijai. Igaunija sāka plānot MDĢT programmas ieviešanu kopš 2011. gada un 2015. gadā sākās pirmās speciālistu apmācības, līdz ar to valstij ir jau ilgstoša pieredze MDĢT programmas īstenošanā un izveidojies vērtējums par tās nozīmi un efektivitāti. Tāpat Igaunija ir veikusi pētījumu, salīdzinot divas programmas MDĢT programmu un multi-sistēmisko terapiju²⁶.
- **Nīderlande** – Nīderlande ir MDĢT programmas pārstāve Eiropā, kas īsteno MDĢT programmas apmācības, valstij ir ilgstoša pieredze MDĢT programmas īstenošanā, tādējādi sniedzot vērtējumu par MDĢT programmas nozīmi un efektivitāti, kā arī, iespējams, pārzinot situāciju citās valstīs (riskus / šķēršļus vai veicinošos faktoros). MDĢT programma Nīderlandē ir novērtēta kā efektīva²⁷, līdz ar to potenciāli var būt pieejami kritēriji par MDĢT programmas efektivitātes izvērtēšanu. Valsts ir veikusi pētījumu un salīdzinājusi MDĢT programmas un individuālās psihoterapijas efektivitāti atbalsta sniegšanā pusaudžiem, kuri lieto marihuānu²⁸.
- **Zviedrija** – Zviedrijā MDĢT programmu īsteno kopš 2011. gada²⁹, līdz ar to valstij ir izveidojusies ilgstoša pieredze MDĢT programmas īstenošanā, kā arī izveidojies vērtējums par tās efektivitāti un nozīmīgumu. Papildu aspekts, kas varētu būt ieguvums šīs analīzes rezultātā, ka, salīdzinot ar Igaunijas un Nīderlandes gadījumu, Latvijas pārstāvjiem ar Zviedrijas pārstāvjiem nav izveidojusies noteikta sadarbība, līdz ar to šīs valsts pieredzes analīze būtu jauna informācija Latvijas pārstāvjiem.
- **Somija** – kā valsts, kuru intervijās kā labās prakses piemēru norādīja vairāki ārvalstu eksperti. Šis valsts izpēte tika veikta visaptveroši, fokusējoties uz aspektiem, kas būtu piemērotāki Latvijai ieviešot MDĢT.

Par gadījuma analīzē konstatēto un turpmākajiem faktoriem, ko mācīties no citu valstu pieredzes, skatīt šī pētījuma ceturtajā nodaļā.

DATU ANALĪZE |

Datu analīzes veikšanai tika izmantoti trīs datu veidi:

- Statistikas dati par situāciju Latvijā, potenciālās mērķa grupas klientu raksturojums (skaits, sadalījumu pa vecuma, dzimuma grupām, nozieguma veidiem) un citi rādītāji, piemēram, reģionu

²⁶ Tartu ülikooli sotsiaalteaduslike rakendusuuringute keskus RAKE. (2014). Tõsiste käitumisprobleemidega lastele ning nende peredele suunatud tõendus põhiste programmide võrdlev uuring. Retrieved from: https://www.kriminaalpoliitika.ee/sites/krimipoliitika/files/elfinder/dokumentid/tosiste_kaitumisprobleemidega_la ste_programmide_vordlev_uuring.pdf

²⁷ Nederlands Jeugdinstuut. Multidimensionele familie therapie (MDFT). Retrieved from: <https://www.nji.nl/interventies/multidimensionele-familie therapie-mdft>

²⁸ Rigger, H., Henderson C.E, Pelc, I. et. al. (2013). Multidimensional family therapy lowers the rate of cannabis dependence in adolescents: A randomised controlled trial in Western European outpatient settings. *Drug and Alcohol Dependence*, Volume 130, Issues 1–3, 85-93. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.10.013>

²⁹ Föräldracentrum. Retrieved from: <http://mdft.se/>

statistika. Tāpat tika analizēti CSP sniegtie dati par jauniešiem valstī, par rādītājiem, kas ir saistīti ar deviantu uzvedību, mentālo veselību un vardarbības rādītājiem ģimenēs;

- Sekundārie dati, kas izriet no gada pārskatiem, bet sniedza vispārīgu, kvantitatīvu pārskatu par esošo situāciju valstī;
- Finanšu datu analīze un modelēšana ļāva identificēt potenciālās izmaksas, ieviešot MDĢT programmu Latvijā, to vērtējot attiecīgi pēc potenciālā vajadzību apjoma un nepieciešamajiem cilvēkresursiem. Kā arī tika veikta MDĢT programmas peļņas sliekšņa analīze attiecībā pret situāciju, ka MDĢT programma netiktu ieviesta.

SVID ANALĪZE |

SVID analīzes metodes lietojuma mērķis bija noteikt stiprās puses, vājās puses, iespējas un draudus MDĢT programmas ieviešanai Latvijā. Metode tika izmantota, lai novērtētu stiprās puses jeb tos iekšējos faktorus, kas varētu veicināt veiksmīgu MDĢT programmas ieviešanu; vājās puses jeb tos iekšējos faktorus, kas varētu veidot nozīmīgus šķēršļus MDĢT programmas ieviešanas procesā; iespējas jeb ārējos faktorus, kas varētu palīdzēt MDĢT programmas ieviešanas procesā; draudus jeb tos ārējos faktorus, kas varētu kavēt vai kā citādi apgrūtināt MDĢT programmas ieviešanas procesu Latvijā. SVID tika izstrādāts katram no trīs piedāvātajiem MDĢT programmas ieviešanas scenārijiem šī pētījuma ietvaros.

2.2. PĒTĪJUMA MĒRĶA GRUPA

“Jebkuras politikas stratēģijas panākumi ir atkarīgi no precīzas izpratnes par mērķa grupu. Mērķa grupu motivācijas noteikšana un politikas izstrāde šīs motivācijas izmantošanai uzlabo izredzes veiksmīgi ietekmēt mērķa grupas uzvedību. [...] Segmentēšana bieži tiek veikta, analizējot un klasificējot kvantitatīvos datus par sociāli demogrāfiskajām īpašībām un uzvedību. Diemžēl šādos datos parasti trūkst detalizētas informācijas par mērķa grupu pamatmotivāciju³⁰. Kvalitatīvie dati var sniegt papildu ieskatu cilvēku motivācijā ar augstu iekšējo derīgumu^{31,32}. Segmentācijas pieeja, kas apvieno kvantitatīvās un kvalitatīvās metodes uzvedības teoriju izstrādē, var uzlabot politikas veidotāju spējas izstrādāt stratēģijas, kas izmanto mērķa grupu motivāciju.”³³ Tādējādi iegūtā informācija kvalitatīvo metožu pielietojšanas rezultātā, piemēram, intervijas ar ārvalstu ekspertiem un ar ekspertiem un profesionāļiem Latvijā no pašvaldību sociālajiem dienestiem, bērnu un tiesību aizsardzības jomas, kā arī ar speciālistiem, kas profesionālās darbības ietvaros jau iepriekš bija pētījuši MDĢT programmu, skaidri iezīmēja tiešās mērķa grupas tvērumu. Par to turpmākajā izpētes procesā varēja pārliecināties no fokusgrupu diskusijām un intervijām ar potenciālo mērķa grupu, kā arī viņu vecākiem.

Par tiešo mērķa grupu tika noteiktas to personu grupas, uz kurām tiešā veidā turpmāk varētu attiekties MDĢT programma un kuru problēmas tā risinātu:

- BTAL 58. panta subjekti;
- Bērni, kuri cietuši no vardarbības un kuriem ir attīstījušās uzvedības, atkarības vai garīgās veselības problēmas;

³⁰ Schneider, A., Ingram, H. (1990). Behavioral assumptions of policy tools. *Journal of Politics*. 52, 510–529. <https://doi.org/10.2307/2131904>

³¹ Lincoln, Y.S., Guba, E.G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Sage Publications, Newbury Park, CA

³² Patton, M.Q. (2002). *Qualitative Research and Evaluation Methods*, Third ed. Sage Publications, Thousand Oaks, CA.

³³ A. Paige Fischer. (2013). Identifying policy target groups with qualitative and quantitative methods: The case of wildfire risk on nonindustrial private forest lands. *Forest Policy and Economics*. 28, 69-78. <https://doi.org/10.1016/j.forpol.2012.08.008>

- Bērni ar uzvedības, atkarību vai garīgās veselības problēmām, kuriem konstatēts augsts likumpārkāpumu izdarišanas risks, taču vēl nav kļuvuši par BTAL 58. panta subjektiem.

Savukārt par netiešo mērķa grupu tika uzskatītas tās personu grupas, kuras varētu būt iesaistītas MDĢT programmas īstenošanā un kuras būtu saistītas ar šādas programmas norisi un tās tiešo mērķa grupu, veicot savus profesionālos pienākumus:

- Latvijas institūciju kā LM, VM, IeVP, VPD, VBTAI speciālisti, kuri pārzina situāciju Latvijā par jautājumiem, kas ir saistīti ar bērniem un jauniešiem ar atkarību problēmām, uzvedības traucējumiem, garīga rakstura traucējumiem un jauniešiem, kuriem ir novērots risks likumpārkāpumu veikšanai;
- Ārvalstu eksperti no Igaunijas, Nīderlandes, Zviedrijas un Somijas, kuri pārzina MDĢT programmas ieviešanu un īstenošanu konkrētajā valstī.

Mērķa grupu identificēšana ir palīdzējusi precīzāk noskaidrot, uz kuru auditoriju tiek vērsts konkrētais pētījums. Vienlaikus jāņem vērā, ka MDĢT programmas ieviešanas procesā var veikt papildu analīzi un pētījumus, lai turpinātu saprast un nepieciešamības gadījumā precizēt mērķa grupas tvērumu, līdz ar to mērķa grupas identificēšana nav statistisks process.

2.3. IEROBEŽOJUMI UN PIEŅĒMUMI

Pētījuma veikšanas procesā tika konstatēti šādi ierobežojumi un pieņēmumi:

- Potenciālās mērķa grupas rekrutēšanas procesā dalībai FGD pētnieki saskārās ar šīs mērķa grupas zemu atsaucību dalībai FGD, kā rezultātā FGD metodei papildus bija jāpiemēro cita kvalitatīvās pētniecības metode – intervijas. Pētniekiem kā galvenie iemesli, kāpēc personas atteicās dalībai FGD, tika norādīts laika trūkums, gatavība dalīties ar citām personām savos dzīves stāstos un domās publiski, daži izjuta arī bailes no spiediena ģimenē par iesaistīšanos pētījumā. Taču vienlaikus atsevišķas personas no uzrunātās potenciālās mērķa grupas vidus piekrita sniegt interviju, kā rezultātā papildu divām organizētajām FGD, tika novadītas intervijas. Līdz ar to personu, kuras attiecās dalībai FGD un arī intervijās, viedoklis netiek iekļauts šajā pētījumā, kā arī nevar apgalvot, ka pētījums uzrāda pilnvērtīgu priekšstatu par visām mērķa grupas vajadzībām, kas jāņem vērā MDĢT programmas izstrādes un ieviešanas procesā;
- Pilngadīgo personu ieslodzījuma vietā pavadītais laiks nebija zināms precīzi, un tāpēc pētījuma ietvaros tika veikti aprēķini MDĢT programmas peļņas sliekšnim, izmantojot intervālus (piemēram, 1-3 gadi, 3-5 gadi) un pēc tam tika noskaidrota vidējā svērtā vērtība. Šajā gadījumā tika pieņemts kā labākais risinājums, balstoties uz pieejamajiem datiem, taču var pastāvēt neliela datu neprecizitātes iespējamība.

3. MDĢT RAKSTUROJUMS UN VĒSTURISKĀ ATTĪSTĪBA

3.1. MDĢT VISPĀRĒJS RAKSTUROJUMS

Multidimensionālā ģimenes terapija jeb MDĢT ir pierādījumos balstīta intervences metode, kas ir vērsta uz bērnu un jauniešu dažādu problēmu risināšanu, iesaistot procesā ne tikai pašu bērnu vai jauniešu, bet arī strādājot ar ģimeni un apkārtējo vidi. MDĢT mērķis ir veicināt pozitīvas izmaiņas bērna vai jaunieša dzīvē, risinot atkarību, garīgās veselības un citas uzvedības problēmas, ar kurām bērns vai jauniešu saskaras. Izmaiņu ieviešana tiek sekmēta, pateicoties vecāku iesaistei un intervences radītām izmaiņām jaunieša un vecāku uzvedībā.³⁴

MDĢT ilgums vidēji ir no trīs līdz septiņiem mēnešiem, kas ietver intensīvas terapijas sesijas gan ar jauniešu, gan viņa vecākiem vairākas reizes nedēļā.³⁵ Būtisks MDĢT aspekts ir terapijas sesiju norise dažādās vietās, tai skaitā ģimenes mājās.

MDĢT teorijas pamatā ir pieņēmums, ka jaunieša problemātiskās uzvedības cēloņi ir multidimensionāli. Respektīvi, to ietekmē dažādi faktori visās jaunieša dzīves galvenajās sfērās. Šīs sfēras ir sekojošas:

- Pats jauniešu: viņa personība, pieredze, attīstības stadija, ģenētika, kā arī jauniešu kā daļa no ģimenes un vienaudžu loka;
- Vecāki: gan atsevišķi kā indivīdi, gan katrs savā vecāku (mātes, tēva, aprūpētāja) lomā;
- Ģimene: vecāki un jauniešu savstarpējā mijiedarbībā, iespējami paplašinot to arī uz citiem ģimenes locekļiem;
- Apkārtējā vide: ārpus ģimenes esošās sociālās grupas un struktūras. Šajā sfērā ir svarīgi jaunieša draugi un vienaudži, skola, darbs, brīvā laika aktivitātes. Policija un tieslietu sistēmas darbinieki arī ir daļa no šīs sfēras, it īpaši, ja jauniešu ir veicis kādu pārkāpumu.

Atbilstoši definētajām sfērām, MDĢT terapeits vada četru veidu sesijas – ar jauniešu, ar vecākiem, kopā ar ģimeni, kā arī sesijas, kurās ir klātesoši pārstāvji no apkārtējās vides (draugiem, skolas utml.).³⁶

MDĢT mērķa grupa ir jaunieši vecumā no 10 līdz 26 gadiem, kuriem ir dažāda veida problēmas, un viņu vecāki vai likumiskie aizbildņi. MDĢT ietvaros risināmo problēmu loks ir plašs – vielu lietošana, mentālā veselība, noziedzība, antisociāla un agresīva uzvedība, problēmas skolā un ģimenē, grūtības tikt galā ar emocijām. MDĢT tiek piemērota arī darbam ar ģimenēm, kurās ir vardarbība vai vecākiem ir atkarību problēmas vai garīga rakstura traucējumi.³⁷ Mērķa grupas vecums dažādās valstīs, kurās izmanto MDĢT, var būt atšķirīgs, piemēram, Zviedrijā, MDĢT paredz darbu ar bērniem un jauniešiem vecumā no 12 līdz 24 gadiem, bet Somijā – no 12 līdz 19 gadiem.

MDĢT tiek īstenota trīs posmos. Sākotnēji tiek nostiprināta terapeitiskā sadarbība, strādājot individuāli ar jauniešu, individuāli ar vecākiem, kā arī kopā ar jauniešu un viņa vecākiem, tādējādi veicinot gan jaunieša, gan vecāku motivāciju ieviest pārmaiņas un izveidojot terapijas plānu. Teorijā var iedalīt divus motivācijas veidus – iekšējo un ārējo motivāciju. Iekšējo motivāciju veicina dažādu darbību īstenošanas laikā gūtās

³⁴ Graham, D. (2014). Multidimensional Family Therapy in Theory and in Practice. *Child & Youth Services*, vol 35, 16-34. <https://doi.org/10.1080/0145935X.2014.893742>

³⁵ Stichting Jeugdinterventies. System-based therapy for adolescents with MDFT.

³⁶ Rigter, H. (2017). Treating cannabis-dependent adolescents with family therapy: The case of Multidimensional Family Therapy. In V. R. Preedy (Ed.), *Handbook of cannabis and related pathologies*, (pp. 1047-1055). London, UK: Academic Press.

³⁷ MDFT. The Proven Family-Centered Treatment for Youth. Retrieved from: <https://www.mdft.org/what-is-mdft>

pozitīvās emocijas, gandarījums, kā arī ieinteresētība procesā, un tā nav saistīta ar materiāliem faktoriem, bet balstīta personiskajās emocijās. Savukārt, ārējā motivācija ir balstīta uz sagaidāmajiem rezultātiem, īstenojot attiecīgās darbības. Tā var būt saistīta gan ar vēlmi gūt kādus ieguvumus darbības rezultātā, gan ar vēlmi izvairīties no negatīvām sekām.³⁸ MDGT kontekstā tiek strādāts ar abiem motivācijas veidiem. Atbilstoši MDGT speciālistu pieredzei bieži vien jauniešiem un ģimenei ir tikai ārējā motivācija līdzdarboties terapijā, piemēram, lai izvairītos no jaunieša uzvedības problēmu radītajām sekām nākotnē. Taču MDGT īstenošanas laikā, redzot uzlabojumus ģimenes attiecībās, attīstās arī MDGT klientu iekšējā motivācija piedalīties terapijas procesā.

Kad pirmais MDGT posms ir pabeigts, fokuss tiek vērsts uz izmaiņu veicināšanu jaunieša un vecāku uzvedībā un ģimenes locekļu savstarpējā mijiedarbībā. Savukārt, jau trešajā posmā tiek nostiprinātas panāktās uzvedības un attiecību izmaiņas, lai nodrošinātu, ka panāktās pārmaiņas un uzlabojumi ir ilgturīgi.³⁹

Galvenie MDGT uzdevumi ir veicināt pozitīvas izmaiņas četros iepriekš minētajos aspektos:

- Bērnam vai jauniešiem – uzlabot pašapziņu, vairot pārliecību un pašvērtējumu, noteikt īstermiņa un ilgtermiņa mērķus, uzlabot emociju regulēšanas un problēmu risināšanas prasmes, atrast sev piemērotākos mehānismus, kā tikt galā ar problēmām, uzlabot komunikācijas spējas, veicināt panākumus skolā vai darbā, veicināt pozitīvu draudzību veidošanu un iesaisti sociālās aktivitātēs, mazināt vielu lietošanas, noziedzības un problemātiskas uzvedības paradumus, uzlabot un stabilizēt mentālo veselību;
- Vecākiem – stiprināt vecāku spējas sadarboties, uzlabot vecāku prasmes, atjaunot apņemšanos veidot emocionālo saiti ar jauniešu, uzlabot vecāku labsajūtu un pašaprūpi;
- Ģimenei – uzlabot ģimenes komunikācijas un problēmu risināšanas spējas, stiprināt ģimenes emocionālo saikni un spējas izpaust jūtas un mīlestību, uzlabot ģimenes ikdienas dzīvi un funkcionēšanu;
- Kopienai – uzlabot ģimenes attiecības ar skolu, tiesu, tieslietu institūcijām, darbavietu un citām sociālajām sistēmām vietējā kopienā.⁴⁰

MDGT nodrošina speciāli šai terapijai sertificētu ekspertu komanda, kura sastāv no trīs līdz sešiem terapeitiem, no kuriem viens pilda komandas pārrauga funkciju. Lai arī individuālo darbu ar katru ģimeni veic viens terapeits, MDGT ekspertu komandas darbam ir būtiska nozīme šīs metodes pielietošanā. Eksperti savā starpā vismaz reizi nedēļā organizē sanāksmes, kuru laikā izvērtē procesā esošo terapiju progresu, apmainās pieredzē un sniedz ieteikumus situāciju risināšanā.⁴¹

Lai kļūtu par MDGT terapeitu ir nepieciešams iziet speciālu apmācību procesu. Piemēram, ASV šādas apmācības organizē Starptautiskā MDGT organizācija (*MDFT International*). Lai speciālists varētu tikt uzņemts apmācību programmā, ir nepieciešama maģistra līmeņa izglītība attiecīgajā jomā (piemēram, laulības un ģimenes terapija, garīgās veselības terapeits, sociālais darbs). ASV terapeitu apmācību programma ilgst līdz sešiem mēnešiem, bet komandas pārraugu apmācību process var aizņemt līdz divpadsmit mēnešiem.⁴²

³⁸ Legault, L. (2016). Intrinsic and Extrinsic Motivation. In: V. Zeigler-Hill, T.K. Shackelford (eds.), *Encyclopedia of Personality and Individual Differences* (pp.1-4.). Springer, Cham.

³⁹ CEBC. (2021). Multidimensional Family Therapy (MDFT). Retrieved from:

<https://www.cebc4cw.org/program/multidimensional-family-therapy/detailed>

⁴⁰ MDFT. Healthy Families are the Best Medicine for Youth. Retrieved from: <https://www.mdft.org/how-does-mdft-work>

⁴¹ Turpat.

⁴² MDFT. Getting Started with MDFT. Retrieved from:

https://static1.squarespace.com/static/60469dc5522a05284a1176f8/t/60dbae650c28a06e26ee71a3/1625009771238/MDFT_GettingStartedGuide.pdf

Vienīgā sertificētā MDGT terapeitu apmācību iestāde Eiropā ir Nīderlandē bāzētais Jaunatnes Intervences fonds (*Stichting Jeugdinterventies*). Apmācību ilgums ir aptuveni deviņi mēneši gan terapeitiem, gan komandas pārraugiem. Jaunatnes Intervences fonda noteiktās minimālās kvalifikācijas prasības terapeitiem ietver iegūtu 2. līmeņa augstāko profesionālo izglītību atbilstošajā jomā (psiholoģija, psihoterapija, sociālais darbs, sociālā pedagogija u.c.) un profesionālo pieredzi darbā jaunatnes atbalsta, sociālās pedagogijas, ģimenes terapijas vai citās saistītās jomās.⁴³ Valstis un iestādes, pieņemot lēmumu par MDGT komandu izveidi, var noteikt arī augstākas kvalifikācijas prasības topošajiem MDGT speciālistiem.

Vienlaicīgi ar apmācību procesa uzsākšanu terapeitam ir jāuzsāk darbs ar jauniešu un ģimeni, tādējādi apmācību process tiek apvienots ar praktisko darbību. Šobrīd Eiropā mācības tiek organizētas tiešsaistē, un terapeitam tām ir jāvelta aptuveni astoņas stundas nedēļā. Jau papildus minētajām lekcijām un semināriem tiešsaistes formātā, apmācību laikā tiek organizētas klātienē tikšanās, komandai dodoties uz Nīderlandi un Jaunatnes Intervences fonda ekspertiem viesojoties iestādē, kurā tiek apmācīta komanda.⁴⁴

Ir veikti regulāri pētījumi par MDGT efektivitāti, lai izvērtētu tās ietekmi vairākos aspektos. Veikto pētījumu fokuss bijis uz MDGT ietekmi saistībā ar tādām problēmām, kā noziedzība, mentālā veselība, ģimenes funkcionēšana, seksuālā veselība, izglītība. Vienlaikus ir arī veikts viens pētījums par MDGT ietekmi uz problēmām, kas saistītas ar bērnu un jauniešu ārpusģimenes aprūpē. Bet visvairāk pētījumu ir veikti saistībā ar MDGT sasniegtajiem rezultātiem narkotisko vielu un alkohola lietošanas jomā.⁴⁵ MDGT ir pētīta ne tikai kā instruments atkarībām no vielām, bet arī ar dažādiem procesiem un paradumiem. Piemēram, jaunākie pētījumi rāda, ka MDGT ir labāki rezultāti saistībā ar datorspēļu atkarības risināšanu nekā standarta ģimenes terapijai.⁴⁶ Arī citos veiktajos pētījumos MDGT ir uzrādījusi augstākus rezultātus, salīdzinot ar citām bieži izmantotām metodēm, tai skaitā psihoizglītojošo multiģimeņu grupu intervenci, vienaudžu grupu terapiju un individuālo kognitīvi biheiviorālo terapiju.⁴⁷

Viena no jomām, kurā MDGT arī ir pierādīta efektivitāte, ir likumpārkāpumu prevencija. MDGT ir pierādīta ietekme uz noziedzīgu nodarījumu recidīva mazināšanu. Piemēram, pētījumā, kurā tika iekļauti jaunieši vecumā no 19 līdz 25 gadiem, kuri veikuši ar narkotikām saistītus kriminālpārkāpumus, tika novērots, ka 86 % gadījumu pēc MDGT īstenošanas jauniešiem nebija atkārtotu arestu un MDGT rezultātā ieguvumi bija arī citās dzīves jomās, piemēram, uzlabojās jauniešu nodarbinātība un ievērojami samazinājās vielu lietošana.⁴⁸ Salīdzinot ar citām terapijām, MDGT kopumā uzrāda līdzvērtīgus rezultātus, bet ir aspekti, kurās tai ir novērota augstāka efektivitāte. Salīdzinot MDGT un jauniešu grupu terapiju, MDGT uzrāda augstāku terapijas laikā sasniegto rezultātu noturību. Tai ir lielāka efektivitāte ar noziedzīgu nodarījumu veikšanu saistītu arestu un vardarbīgu noziegumu skaita mazināšanā, kā arī ārējo uzvedības simptomu⁴⁹ izpaušmju

⁴³ Stichting Jeugdinterventies. MDFT opleiding Inhoud. Retrieved from: <https://mdft.nl/#>

⁴⁴ Stichting Jeugdinterventies. Multidimensionele Familietherapie. Retrieved from: <https://www.stichtingjeugdinterventies.nl/opleidingen-trainingen/multidimensionele-familietherapie/>

⁴⁵ MDFT. Treatment Outcome Studies. Retrieved from: <https://www.mdft.org/treatment-outcome-studies>

⁴⁶ Nielsen P., Christensen, M., Henderson, C. (2021). Multidimensional family therapy reduces problematic gaming in adolescents: A randomised controlled trial. *Journal of Behavioral Addictions*, 10 (2), 234-243. <https://doi.org/10.1556/2006.2021.00022>

⁴⁷ Liddle, H. A. (2010). Multidimensional Family Therapy: A Science-Based Treatment System. *The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, Vol. 31, No.2.133-148. <https://doi.org/10.1375/anft.31.2.133>

⁴⁸ Liddle, H.A., Dakof, G., Rowe, C. et al. (2023). Multidimensional Family Therapy for Justice-Involved Young Adults with Substance Use Disorders. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*. <https://doi.org/10.1007/s11414-023-09852-5>

⁴⁹ Iekšējie simptomi var izpausties kā trauksme, nomāktība, sociāla atsvešināšanās, bet ārējie – kā problemātiska uzvedība, noteikumu pārkāpšana, agresija un tamlīdzīga izpaušmes – Autora piezīme.

uzlabošanā.⁵⁰ Savukārt, ja salīdzina MDGT ar individuālo psihoterapiju, MDGT ir būtiskāka ietekme uz vardarbīgu pārkāpumu mazināšanu.⁵¹ MDGT efektivitātes rādītāji ir līdzvērtīgi gadījumos, kad MDGT ir piemērota kā piespiedu līdzeklis jauniešiem un kad paši ir izvēlējušies piedalīties MDGT.⁵²

MDGT ir visaptveroša terapija, kura ir vērsta uz izmaiņām jauniešu problemātiskajā uzvedībā, kas saistīta gan ar vielu lietošanu, gan antisociālu uzvedību, garīgās veselības traucējumiem un citām problēmām. MDGT ir fleksibla pieeja – to ir iespējams pielāgot dažādām sabiedrības grupām un adaptēt dažādu problēmu risināšanai. Tā ir veiksmīgi tikusi ieviesta atšķirīgās kopienās, kuru ietvaros piedalījušies dažādu dzimumu bērni vai jaunieši, no dažādām etniskajām un minoritāšu, un rasu piederības grupām.⁵³

MDGT pēc tās piemērošanas mērķa un paredzamajiem rezultātiem atbilst Latvijas normatīvajos aktos sniegtajai sociālās rehabilitācijas pakalpojuma definīcijai. Atbilstoši Latvijas Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likumam⁵⁴ sociālās rehabilitācijas pakalpojums tiek definēts kā pasākumu kopums, kas vērsts uz sociālās funkcionēšanas spēju atjaunošanu vai uzlabošanu, lai nodrošinātu sociālā statusa atgūšanu un iekļaušanos sabiedrībā, un ietver sevī pakalpojumus personas dzīvesvietā vai sociālās aprūpes un sociālās rehabilitācijas institūcijā. Šo pakalpojumu sniegšanas mērķis ir novērst vai mazināt invaliditātes, darbnespējas, brīvības atņemšanas soda izciešanas, atkarības vai vardarbības un citu faktoru izraisītās negatīvās sociālās sekas personas dzīvē. Tādēļ, izvērtējot MDGT ieviešanu bērniem pieejamajā atbalsta sistēmā Latvijā, MDGT varētu tikt pielīdzināts jaunam sociālā rehabilitācijas pakalpojumam un ar to saistītajam normatīvajam regulējumam.

3.2. MDGT VĒSTURISKĀ ATTĪSTĪBA ASV UN EIROPĀ

3.2.1. MDGT ATTĪSTĪBA ASV

MDGT aizsākumi ir meklējami ASV. Programmas izstrādātājs ir Maiami Universitātes Millera Medicīnas skolas (*University of Miami Miller School of Medicine*) profesors Hovards Lidlis (*Howard Liddle*). Vēsturiski, izstrādājot MDGT, profesora Lidla pieredze ir veidojusies 20 gs. 70. gadu vidū darbā Filadelfijas Bērnu atbalsta klīnikā (*Philadelphia Child Guidance Clinic*), un 20 gs. 80. gadu laikā sadarbībā ar Braulio Montalvo (*Braulio Montalvo*), pilnveidojot klīniskās supervīzijas metodes. H. Lidla profesionālā pieredze ir bijusi saistīta ar darbu kopienās, strādājot klīnikā. Šīs pieredzes laikā profesors saprata, ka, lai sniegtu pilnvērtīgu atbalstu jauniešiem un viņu ģimenēm, ar individuālo vai ģimenes terapiju nav pietiekami. Līdz ar to MDGT rašanās ir saistīta ar H. Lidla vēlmi pārveidot jauniešiem ar vielu lietošanas un noziedzības problēmām pieejamos ārstniecības pakalpojumus, izveidojot praktisku pieeju, kura būtu personīgi saistoša, zinātnē balstīta un ar klīniski pierādītu efektivitāti.⁵⁵

⁵⁰ Dakof, G., Henderson, C.E., Rowe, C. et.al. (2015). A randomized clinical trial of family therapy in juvenile drug court. *The Journal of Family Psychology*. 29(2), 232-241. <https://doi.org/10.1037/fam0000053>

⁵¹ van der Pol, T.M., Henderson, C. E., Hendriks, V. et.al. (2018). Multidimensional Family Therapy Reduces Self-Reported Criminality Among Adolescents With a Cannabis Use Disorder. *The International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 62 (6), 1573-1588. <https://doi.org/10.1177/0306624X1668753>

⁵² Schaub, M.P., Henderson, C.E., Pelc, I. et.al. (2014). Multidimensional family therapy decreases the rate of externalizing behavioural disorder symptoms in cannabis abusing adolescents: outcomes of the INCANT trial. *BMC Psychiatry*. 31, 4-26. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-26>

⁵³ Turpat.

⁵⁴ Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums. Latvijas Vēstnesis, 168, 19.11.2002. Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/68488>

⁵⁵ MDFT. History. Retrieved from: <https://www.mdft.org/history>

MDĢT pamatā ir attīstības psiholoģijas un psihopatoloģijas, ekoloģiskās perspektīvas un ģimenes terapijas klīnisko un teorētisko tradīciju integrācija.⁵⁶ MDĢT pētniecības un ieviešanas fokuss ir bijis vērst uz vielu lietošanu un garīgās veselības aprūpi to jauniešu vidū, kuriem ir bijusi tiesvedība saistībā ar nepilngadīgo izdarītiem pārkāpumiem vai narkotiku lietošanu, kā arī uz tiem jauniešiem, kuriem ir bijusi saistība ar bērnu tiesību aizsardzības iestādēm. MDĢT pieeja ir balstīta daudzveidīgā sabiedrībā, ņemot vērā kultūras un dzimuma aspektus, kā arī pilsētvides un lauku apvidu apstākļus.⁵⁷

1985. gadā ASV Nacionālais narkomānijas institūts (*National Institute on Drug Abuse*) uzsāka finansēt MDĢT izpēti.⁵⁸ Taču MDĢT ieviešana tika uzsākta tikai 2001. gadā Konetikutas štatā sadarbībā ar Bērnu un Ģimeņu departamentu (*Department of Children of Families*) un piecām kopienā balstītām organizācijām.⁵⁹ MDĢT kļuva par jauna veida ģimenes terapiju – visaptverošu, sistemātisku un uz attīstību orientētu.

Lai atvieglotu MDĢT kvalitatīvu pārnesi dažādās iestādēs un organizācijās, 2009. gadā tika izveidota Starptautiskā MDĢT organizācija (*MDFT International*), kas sniedz atbalstu iestādēm vai organizācijām, gan uzsākot MDĢT ieviešanu, gan tālākajā tās ieviešanas posmā.⁶⁰ Starptautiskā MDĢT organizācija nodrošina arī Jaunatnes Intervences fonda uzraudzību, kas īsteno MDĢT apmācību procesu un uzrauga MDĢT komandu darbību Eiropas valstīs.

Laika gaitā H. Lids, sadarbojoties ar citiem kolēģiem, ir testējis programmas darbību dažādu randomizētu kontrolētu pētījumu ietvaros, iekļaujot individuus no demogrāfiski, etniski, kulturāli un sociālekonomiski atšķirīgām iedzīvotāju grupām.⁶¹ Vairākas ASV iestādes, ieskaitot Veselības ministrijas Vielu lietošanas un garīgās veselības pakalpojumu administrāciju (*Substance Abuse and Mental Health Services Administration of the federal Ministry of Health*) un Nacionālo tieslietu institūtu (*National Institute of Justice*), ir gan oficiāli atzinušas MDĢT, gan arī iekļāvušas to kā vienu no rekomendētajām intervencēm ASV. Turklāt Veselības ministrijas Vielu lietošanas un garīgās veselības pakalpojumu administrācija ir ne tikai atzinusi MDĢT par efektīvu, bet arī norādījusi to, kā vienīgo ģimenes terapijas veidu piecu labāko ārstniecības programmu vidū, kuru var ieviest dažādās iedzīvotāju grupās.⁶²

3.2.2. MDĢT ATTĪSTĪBA EIROPĀ

MDĢT attīstoties ASV, tā tika ieviesta arī Eiropas valstīs. 2003. gadā Beļģijas, Francijas, Vācijas, Šveices un Nīderlandes valdību pārstāvji vienojās par nepieciešamību veikt kopīgu pētījumu ārstniecības programmai jauniešiem ar marihuānas lietošanas problēmām. MDĢT tika izvēlēta kā pētāmā metode šo Rietumeiropas

⁵⁶ Graham, D. (2014). Multidimensional Family Therapy in Theory and in Practice. *Child & Youth Services*, vol 35, 16-34. <https://doi.org/10.1080/0145935X.2014.893742>

⁵⁷ MDFT. How Does MDFT Work. Healthy Families are the Best Medicine for Youth. Retrieved from: <https://www.mdft.org/how-does-mdft-work>

⁵⁸ Turpat.

⁵⁹ MDFT. History. Retrieved from: <https://www.mdft.org/history>

⁶⁰ Turpat.

⁶¹ Turpat.

⁶² Rigger, H. (2017). Treating cannabis-dependent adolescents with family therapy: The case of Multidimensional Family Therapy. In V. R. Preedy (Ed.), *Handbook of cannabis and related pathologies*, (pp. 1047-1055). London, UK: Academic Press.

valstu vidū.⁶³ Pētījums par starptautisku ārstēšanas nepieciešamību marihuānas lietošanā jeb INCANT (*International Need for Cannabis Abuse Treatment*) tika veikts no 2006. līdz 2010. gadam.⁶⁴

Sākotnēji Eiropas valstu ekspertu vidū MDĢT metodes tika uztvertas ar skepsi, norādot, ka tās ir “pārāk amerikāniskas”, lai darbotos Eiropas valstīs, kā arī bija uztraukums par to, vai netiks apdraudēta esošā terapeitiskā sistēma (piemēram, vecāko (*senior*) psihiatru loma, darbs ārsta praksē, fokuss uz psihodinamisku ārstēšanu). Tomēr, apgūstot pieejas metodes un pielietojot MDĢT praksē, speciālistu vidū tika kļiedētas sākotnējās šaubas par tās piemērotību Eiropas valstu apstākļiem.⁶⁵

INCANT pētījuma ietvaros MDĢT uzrādīja augstus efektivitātes rādītājus. MDĢT rezultātā jauniešiem ar marihuānas lietošanas problēmām, tika samazināti gan ārējie, gan iekšējie problēmas simptomi, kā arī uzlabojās ģimenes funkcionalitāte.⁶⁶ Pētījuma rezultātā MDĢT nostiprinājās kā daudzsološa metode jauniešiem ar atkarības problēmām un problemātiskas uzvedības izpausmēm.

Lai arī MDĢT jau bija akreditēta ASV, tās akreditācijai Eiropā bija nepieciešams pierādīt MDĢT efektivitāti un piemērotību Eiropas valstu apstākļiem, un INCANT pētījuma ietvaros šāda pierādījumu bāze tika sniegta. Šobrīd MDĢT ir oficiāli atzīta ārstniecības programma gan dažādās Eiropas valstīs, piemēram, Nīderlandē, gan arī Eiropas Savienības⁶⁷ līmenī.⁶⁸

Sākotnēji MDĢT terapeiti tika apmācīti Berlīnē, Briselē, Ženēvā, Hāgā un Parīzē, taču, izplatoties informācijai par šo terapijas veidu, pieauga pieprasījums pēc atsevišķa apmācību centra praktizējošiem MDĢT terapeitiem Eiropā. 2008. gadā Nīderlandē tika nodibināta MDĢT Akadēmija, kura šobrīd ir daļa no Jaunatnes Intervences fonda (turpmāk arī – Fonds).⁶⁹ Fonds ir vienīgā licencētā organizācija, kura nodrošina apmācību procesu un uzraudzību MDĢT terapeitiem Eiropas valstīs.

MDĢT ieviešanas stratēģija ir pielāgota atbilstoši katras valsts specifikai, saglabājot MDĢT pamatprincipus, struktūru un izmantotās pieejas. Tā kā Eiropas valstīs ir dažādas akreditāciju prasības šāda veida programmām, kā arī pastāv vairāki finansēšanas mehānismi un MDĢT īstenošanas iestādes – gan publiskās, gan privātās ārstniecības iestādes jauniešiem ar kompleksām uzvedības problēmām, kā arī atšķirīgais nosūtījuma process dalībai MDĢT, viena pieeja visām valstīm nav piemērojama.⁷⁰ Šobrīd MDĢT ir licencēta Beļģijā, Igaunijā, Somijā, Nīderlandē, Zviedrijā un Lietuvā.⁷¹

⁶³ Rigter, H., Henderson C.E., Pelc, I. et. al. (2013). Multidimensional family therapy lowers the rate of cannabis dependence in adolescents: A randomised controlled trial in Western European outpatient settings. *Drug and Alcohol Dependence*, Volume 130, Issues 1–3, 85-93. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.10.013>

⁶⁴ Rigter, H. (2017). Treating cannabis-dependent adolescents with family therapy: The case of Multidimensional Family Therapy. In V. R. Preedy (Ed.), *Handbook of cannabis and related pathologies*, (pp. 1047-1055). London, UK: Academic Press.

⁶⁵ Rigter H., Rowe, C., Gantner, A. et. al. (2015). From Research to Practice: The International Implementation of Multidimensional Family Therapy. In: N. el-Guebaly et al. (eds.) (2015), *Textbook of Addiction Treatment: International Perspectives*, (pp. 889-905). Springer International Publishing.

⁶⁶ Schaub, M.P., Henderson, C.E., Pelc, I. et.al. (2014). Multidimensional family therapy decreases the rate of externalising behavioural disorder symptoms in cannabis abusing adolescents: outcomes of the INCANT trial. *BMC Psychiatry*. 31, 4-26. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-26>

⁶⁷ Programma ir iekļauta Eiropas Savienības aģentūras Eiropas narkotiku un narkotiku apkarošanas uzraudzības centra (*The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*) labo prakšu datu bāzē – Autora piezīme.

⁶⁸ Rigter, H. (2017). Treating cannabis-dependent adolescents with family therapy: The case of Multidimensional Family Therapy. In V. R. Preedy (Ed.), *Handbook of cannabis and related pathologies*, (pp. 1047-1055). London, UK: Academic Press.

⁶⁹ Turpat.

⁷⁰ Turpat.

⁷¹ MDFT. Locations. Retrieved from: <https://www.mdft.org/locations>

3.3. GALVENĀS ATZIŅAS

- MDGT ir pierādījumos balstīta intervences metode, kas vērsta uz 10 - 26 gadu vecu bērnu un jauniešu dažādu problēmu risināšanu, kas ietver uzvedības problēmas, atkarību izraisošu vielu lietošanu un garīgās veselības problēmas. Tādējādi tā ir piemērota arī gadījumiem, kad bērna vai jaunieša uzvedības problēmu loks ir komplekss un ietver dažādas problemātiskas uzvedības izpausmes.
- MDGT ietvaros tiek strādāts četrās sfērās – ar bērnu vai jauniešu, ģimenes locekļiem, ģimeni kā kopumu un apkārtējo vidi. Tādējādi MDGT procesa mērķis ir arī uzlabot ģimenes savstarpējās attiecības un komunikāciju, kā arī tās mijiedarbību ar apkārtējo vidi (izglītības iestādi, sociālo dienestu, vienaudžiem un citām sociālajām sistēmām).
- Ir veikti vairāki pētījumi, kas pierāda MDGT efektivitāti dažādu problēmu risināšanā kā, piemēram, atkarību izraisošu vielu lietošana, noziedzīgu darbību recidīva mazināšana, mentālā veselība un ģimenes funkcionalitāte. Pētījumu rezultāti uzrāda, ka MDGT, salīdzinot ar citiem terapijas veidiem, dažādos aspektos uzrāda labākus rezultātus. Turklāt ir pierādīts, ka MDGT efektivitāte ir augstāka nopietnu un kompleksu problēmu risināšanā.
- Lai arī MDGT ir izveidota ASV, citu valstu pieredze ir pierādījusi, ka MDGT ir piemērojama un uzrāda vienlīdz labus rezultātus arī Eiropas valstīs.
- Eiropā vienīgā licencētā MDGT apmācību iestāde ir Nīderlandē bāzētais Jaunatnes Intervences fonds, kurš nodrošina apmācību procesu un uzraudzību MDGT terapietiņiem Eiropas valstīs.
- MDGT pēc tās mērķa un sagaidāmajiem rezultātiem atbilst Latvijas normatīvajos aktos noteiktajai sociālās rehabilitācijas pakalpojumu definīcijai.

4. MDĢT PROGRAMMAS IEVIEŠANAS UN ĪSTENOŠANAS PIEREDZE EIROPAS VALSTĪS

4.1. NĪDERLANDES PIEREDZE MDĢT PROGRAMMAS IEVIEŠANĀ

4.1.1. MDĢT PROGRAMMAS VAJADZĪBAS IDENTIFICĒŠANA UN IEVIEŠANA

Nīderlandē MDĢT ir ieviesta kopš 2005. gada, kad tika īstenots pilotpētījums programmas ieviešanai, kuru īstenoja Nīderlande, Šveice, Francija, Vācija un Beļģija, kam sekoja randomizēts pētījums INCANT (*International Cannabis Need for Treatment study*), kas tika īstenots no 2006. līdz 2010. gadam.⁷² Pētījuma fokuss tika vērsts tieši uz marihuānas lietošanas problēmu šo valstu jauniešu vidū. Pirms lēmuma pieņemšanas par pētījuma īstenošanu, lai veidotu diskusiju par problēmas nozīmi un vienotiem risinājumiem šo valstu starpā, 2002. gadā tika organizēta Starptautiskā zinātniskā konference. Tai tika sagatavots Tehniskais ziņojums⁷³, kurā tika iekļauti arī statistikas dati par marihuānas lietošanu iedzīvotāju vidū. Tajā tika konstatēts, ka 1999. gadā Nīderlandē vidusskolēnu vidū vismaz reizi dzīvē marihuānu ir lietojuši 23 % zēnu un 16 % meiteņu, bet 1996. gada dati par jauniešiem, kuri atrodas jauniešu aprūpes institūcijā un ir vecumā no 10 līdz 19 gadiem, uzrādīja, ka pēdējā mēneša laikā 55 % ir lietojuši marihuānu.⁷⁴ Publiski pieejamie statistikas dati par marihuānas lietošanu 12 – 16 gadus vecu jauniešu vidū 2003. gadā ir līdzīgi – 16,7 % no visiem jauniešiem bija vismaz kādreiz lietojuši marihuānu (15,7 % no visām meitenēm un 17,7 % no visiem zēniem).⁷⁵ Diskusiju gaitā tika meklēti risinājumi situācijas uzlabošanai, kā rezultātā nonāca pie secinājuma, ka MDĢT būtu efektīvākā pieeja šo problēmu risināšanai.⁷⁶

INCANT pētījumā tika iekļauti jaunieši vecumā no 13 līdz 18 gadiem ar marihuānas lietošanas problēmām, kuriem vismaz viens no vecākiem piekrita piedalīties ārstēšanā. Pētījuma ietvaros tika salīdzināta MDĢT un ierastā ārstēšanas metode (*treatment as usual*).⁷⁷ Tā rezultātā tika pierādīts, ka MDĢT ir efektīva terapija atkarību problēmu ārstēšanā ar potenciālu būt noderīgai arī citu problēmu risināšanā, piemēram, noziedzības mazināšanā, jauniešu vidū. Pētījumā tika iekļauti gan jaunieši, kas paši pieteicās ārstēšanai pēc kāda tuvinieka pamudinājuma, gan tie, kuriem ārstēšana tika nozīmēta no iestāžu puses. Neatkarīgi no tā,

⁷² Rigter H., Rowe, C., Gantner, A. et. al. (2015). From Research to Practice: The International Implementation of Multidimensional Family Therapy. In: N. el-Guebaly et al. (eds.) (2015), *Textbook of Addiction Treatment: International Perspectives*, (pp. 889-905). Springer International Publishing.

⁷³ Ministry of Public Health Belgium. (2002). A joint international effort at the initiative of the Ministers of Public Health of Belgium, France, Germany, The Netherlands, Switzerland. Technical Report of the International Scientific Conference. Retrieved from: https://www.stop-cannabis.ch/images/stories/documents_stop_cannabis/cannabis2002report.pdf, pp. 18-19

⁷⁴ Turpat.

⁷⁵ Trimbos Instituut. (2022). Nationale Drug Monitor. Retrieved from:

<https://www.nationaledrugmonitor.nl/cannabis-gebruik-jongeren-en-jongvolwassenen/>

⁷⁶ Rigter H., Rowe, C., Gantner, A. et. al. (2015). From Research to Practice: The International Implementation of Multidimensional Family Therapy. In: N. el-Guebaly et al. (eds.) (2015), *Textbook of Addiction Treatment: International Perspectives*, (pp. 889-905). Springer International Publishing.

⁷⁷ Rigter, H., Pelc, I., Tossmann, P. et al. (2010). INCANT: a transnational randomized trial of Multidimensional Family Therapy versus treatment as usual for adolescents with cannabis use disorder. *BMC Psychiatry*, 10; 28. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-28>

vai jauniešiem sākotnēji bija iekšējā vai ārējā motivācija dalībai MDĢT, abas jauniešu grupas uzrādīja vienlīdz labus ārstēšanās rezultātus.⁷⁸

Lai MDĢT varētu saņemt finansējumu, tai bija jābūt akreditētai. Nīderlandē Tiesu medicīnas ietvaros to apstiprina Nacionālā Tieslietu jomas uzvedības intervenču akreditācijas komiteja (*the National Accreditation Committee on Justice-Related Behavioral Interventions*), bet jauniešu aprūpes nozarē – Nīderlandes Jaunatnes institūtam (*Nederlands Jeugdinstituut*). MDĢT akadēmija ir ieguvusi programmas akreditāciju abās šajās nozarēs.⁷⁹

Kopumā laika gaitā MDĢT ir paplašinājusies gan institucionāli – palielinot iesaistīto organizāciju un tajās esošo iestāžu skaitu, gan izmantotajā metodoloģijā – paplašinot mērķa grupas tvērumu.

4.1.2. VALSTS NORMATĪVO AKTU ATBILSTĪBA MDĢT PROGRAMMAS AKTUALĪTĀTEI UN IEVIEŠANAS PAMATOJUMAM (PROCEDŪRAI)

VALSTS NORMATĪVIE AKTI, KURI SKAIDRO MDĢT PROGRAMMAS ĪSTENOŠANU LIKUMDOŠANĀ

2014. gadā Nīderlandē stājās spēkā Jaunatnes akts⁸⁰, ar kuru pašvaldībām tika nodota administratīvā un finansiālā atbildība, kas saistīta ar visām jaunatnes aprūpes⁸¹ formām, t.sk. arī jaunatnes aizsardzība, nepilngadīgo probācijas dienesti.⁸² Minētais akts arī regulē prasības, kuras jāievēro, piemēram, jaunatnes aprūpes iestādēm, sniedzot attiecīgos pakalpojumus. Pamatojoties uz Jaunatnes aktā definētajiem pienākumiem, pašvaldības patstāvīgi izdod savus regulējumus par jaunatnes atbalsta politikas programmām un to finansēšanu.⁸³ Attiecīgi katrā Nīderlandes pašvaldībā atšķiras atbalstītās programmas un intervences, kā arī to noteikšanas process atšķiras starp pašvaldībām. Tādējādi MDĢT var netikt ieviesta visās pašvaldībās un tās īstenošanai pieejamais pašvaldības finansējuma apmērs atšķiras katrā pašvaldībā.

Nīderlandē no minētā Jaunatnes akta izriet arī vecuma grupas MDĢT dalībai, un šī akta 1.1. punktā⁸⁴ tiek definēts, ka jaunatnes veselības aprūpe un jauniešu aprūpe attiecas uz jauniešiem, kuri vēl nav sasnieguši 18 gadu vecumu. Savukārt, šis vecuma ierobežojums netiek piemērots nepilngadīgajām aizturētajām personām, kurām atsevišķos gadījumos jaunatnes aprūpes pakalpojumi tiek piemēroti līdz 23 gadu vecumam. Intervijas laikā ar Lelestadē nepilngadīgo ieslodzījumu vietu tika norādīts, ka šajā iestādē atrodas jaunieši pat līdz 26 gadu vecumam, kuriem arī ir iespēja saņemt MDĢT.

⁷⁸ Schaub, M.P., Henderson, C.E., Pelc, I. et.al. (2014). Multidimensional family therapy decreases the rate of externalising behavioural disorder symptoms in cannabis abusing adolescents: outcomes of the INCANT trial. *BMC Psychiatry*. 31, 4-26. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-26>

⁷⁹ Rigter H., Rowe, C., Gantner, A. et. al. (2015). From Research to Practice: The International Implementation of Multidimensional Family Therapy. In: N. el-Guebaly et al. (eds.) (2015), *Textbook of Addiction Treatment: International Perspectives*, pp. 900. Springer International Publishing.

⁸⁰ Jeugdwet, Staatsblad 2014, 105. (2014). Retrieved from: <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stb-2014-105.html>

⁸¹ Nīderlandes Jaunatnes aktā jaunatnes aprūpes koncepts tiek definēts kā atbalsta, palīdzības un aprūpes sniegšana jauniešiem un viņu vecākiem psiholoģisku, psihosociālu un uzvedības problēmu gadījumos, kā arī atbalsta sniegšana jauniešiem ar dažādām mentālās veselības problēmām, lai veicinātu viņu pašaprūpes prasmes un iekļaušanos sabiedrībā – Autora piezīme.

⁸² Jeugdzorg Nederlan. Jeugdzorg uitgelegd. Retrieved from: <https://www.jeugdzorgnederland.nl/meer-weten/jeugdzorguitgelegd/>

⁸³ Piemēram, Roterdami - Verordening maatschappelijke ondersteuning en Jeugdhulp Rotterdam, 2018. (<https://lokaleregelgeving.overheid.nl/CVDR481751#d239380961e2125>) un Lelestadē-Verordening Jeugdhulp Lelystad, 2021. (<https://lokaleregelgeving.overheid.nl/CVDR659563/2>)

⁸⁴ Jeugdwet, Staatsblad 2014, 105. Retrieved from: <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stb-2014-105.html>

Nīderlandē MDGT īstenošanu netiešā veidā ietekmē vairāki normatīvie akti. Piemēram, attiecībā uz izglītību, Nīderlandē ir spēkā Obligātās izglītības likums⁸⁵, kas nosaka izglītības iestāžu un bērnu vecāku vai aizbildņu atbildību nodrošināt to, ka bērnam ir jāapmeklē skola un jāsaņem obligātā izglītība. Gadījumos, kad problēmas ir saistītas arī ar skolu un skolas pārstāvji nav motivēti iesaistīties MDGT procesā (darbā ar jauniešiem), šī likuma prasības var tikt izmantotas kā pamatojums tam, lai skola arī iesaistītos procesā.⁸⁶

Tāpat izglītības likumos ir ietvertas normas, kas ļauj izglītības iestādei sadarboties ar citām iestādēm, lai risinātu gadījumus, kad bērniem nepieciešama papildu palīdzība. Piemēram, Pamatizglītības likuma 4. pants nosaka, ka gadījumos, kad skolēniem nepieciešams papildu atbalsts, lai piemērotu individuālus risinājumus, izglītības iestāde var konsultēties ar dažādām iestādēm, t.sk. iestādēm, kuras nodrošina jauniešu aprūpi, sociālā atbalsta pakalpojumus, un veselības aprūpes pakalpojumus (t.sk. garīgās veselības jomā).⁸⁷

Nīderlandē ir vairākas institūcijas, kas apkopo un izvērtē katras nozares politiku. Attiecībā uz jaunatnes izglītību un attīstību šāda iestāde ir Nīderlandes Jaunatnes institūts (*Nederlands Jeugdinstytut*), kurš 2021. gadā sniedza atzinumu par MDGT, atzīstot to par efektīvu intervenci.⁸⁸ Šāda atzinuma iegūšana atvieglo publiskā finansējuma piesaistīšanu MDGT īstenošanai. Piemēram, Roterdamas Jauniešu prevencijas subsīdiu shēmai 2024. gadam kā viens no kritērijiem, lai izvērtētu, kurām no intervencēm piešķirt finansiālu atbalstu, ir kritērijs, vai ir iegūts atzinums par efektivitāti no atbilstošās institūcijas.⁸⁹

Tādējādi secināms, ka viens no galvenajiem normatīvajiem aktiem, uz kā pamata iestādes var īstenot MDGT, ir Jaunatnes akts. Taču papildus tam ir vēl citi normatīvie akti, kuri ir saistīti ar MDGT ieviešanas niansēm. Vienlaikus MDGT ieviešana Nīderlandē notiek decentralizēti, jo nacionālajā līmenī tā netiek regulēta, un tās ieviešana ir atkarīga no katras pašvaldības un tajā esošo iestāžu, kas var īstenot MDGT, darbības virzieniem. Tādēļ, lai arī Nīderlandē ir vislielākais valstī iesaistīto MDGT iestāžu un komandu skaits Eiropā, visās pašvaldībās MDGT nav pieejama.

MDGT IESAISTĪTĀS STRUKTŪRVIENĪBAS UN TO DARBA SPECIFIKA

Nīderlandē darbojas 33 organizācijas un 40 komandas, kuras ir sertificētas izmantot MDGT.⁹⁰ Organizācijas ietver vairākus veselības aprūpes centrus, profilaktiskās jauniešu aprūpes iestādes, nepilngadīgo aizturēšanas iestādes. Pēc Jaunatnes Intervences fonds (*Stichting Jeugdinterventies*) sniegtās informācijas, lielākā daļa organizāciju, kas īsteno MDGT, ir bezpeļņas organizācijas. Savukārt, attiecībā uz nepilngadīgo aizturēšanas iestādēm – puse no tām ir privātās institūcijas, bet puse – valsts finansētas. Attiecīgi lēmums par to, kādas jaunatnes intervences programmas tiks īstenotas organizācijā, ir atkarīgs no attiecīgās iestādes vadības redzējuma.

MDGT var tikt nozīmēta no vairāku institūciju puses (skat. Ilustrācija 2) – pats jauniešs vai ģimene var pieteikties uz šo terapiju, to var ieteikt izglītības iestāde, nozīmēt ģimenes ārsts, rajona komanda⁹¹, citas ārstniecības iestādes vai tieslietu sistēmas organizācijas (prokuratūra, nepilngadīgo lietu tiesneši,

⁸⁵ Leerplichtwet 1969. (2023). Retrieved from: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0002628/2023-08-01/0>

⁸⁶ Saskaņā ar Nīderlandes ekspertu sniegto informāciju interviju laikā – Autora piezīme.

⁸⁷ Wet op het primair onderwijs. (2023). Retrieved from: https://wetten.overheid.nl/BWBR0003420/2023-08-01/#Hoofdstuk1_Titeldeel1_Artikel1

⁸⁸ Nederlands Jeugdinstytut. (2021). Multidimensionele familietherapie (MDFT). Retrieved from: <https://www.nji.nl/interventies/multidimensionele-familietherapie-mdft>

⁸⁹ Subsidieregeling Jeugdpreventie Rotterdam 2024, Article 8.2.b. Retrieved from: <https://lokaleregelgeving.overheid.nl/CVDR695182/1>

⁹⁰ Stichting Jeugdinterventies. MDFT instellingen. Retrieved from: <https://mdft.nl/#instellingen>

⁹¹ Nīderlandē darbojas tādas “rajonu komandas”, kurās apvieno profesionāļus darbam ar ģimenēm, piemēram, sociālos darbiniekus un sociālos pedagogus, un iedzīvotāji var vērsties pie tām problēmu gadījumā, lai saņemtu konsultāciju - Autora piezīme.

probācijas dienests). Tāpat gadījumos, kad jauniets tiek izņemts no ģimenes aprūpes, MDĢT var nozīmēt arī ar šo procesu saistītās iestādes. Norīkojums palīdzības saņemšanai tiek nodots iestādei, kas īsteno MDĢT. Pamatojoties uz norīkojumu, tiek veikta ne tikai bērna/ jaunieša problēmsituācijas analīze, bet arī ģimenes situācijas analīze, un kāds no iestādes speciālistiem pieņem lēmumu, vai MDĢT būs risinājums attiecīgajā situācijā. Pēc pozitīva lēmuma pieņemšanas tiek uzsākta MDĢT.

Nīderlandē ir novērots, ka lielākā daļa MDĢT dalībnieku tiek norīkota dalībai tajā no citu iestāžu puses, nekā tajā iesaistās pēc pašas ģimenes vai jaunieša iniciatīvas.

ILUSTRĀCIJA 2. NĪDERLANDES MDĢT PROCESA SHĒMA



Avots: Intervijas ar Nīderlandes MDĢT ekspertiem

CITAS NOZĪMĪGAS AKTIVITĀTES, PROJEKTI UN ORGANIZĀCIJAS

Nīderlandē kā viena no nozīmīgākajām organizācijām MDĢT kontekstā ir Jaunatnes Intervences fonds (*Stichting Jeugdinterventies*). Fonds darbojas kopš 2008. gada un ir vienīgā oficiāli licencētā MDĢT apmācību iestāde Eiropā, izveidojot Nīderlandi par MDĢT centru Eiropas valstīm. Jaunatnes Intervences fonds apmāca un uzrauga visas MDĢT komandas Eiropā, tai skaitā Nīderlandē.

Jaunatnes Intervences fonds cieši sadarbojas ar MDĢT organizāciju ASV, kur esošās iestādes regulāri uzrauga dažādu procesu norisi, sniedzot rekomendācijas to uzlabošanai, kā arī organizē pieredzes apmaiņas programmas un apmācības speciālistiem. ASV speciālisti mēdz piedalīties arī pasākumos, kas tiek organizēti MDĢT komandām Eiropas valstīs.

Laika gaitā Nīderlandē MDĢT tikusi attīstīta, gan paplašinot mērķa grupu, gan risināmo problēmu loku. Ja sākotnēji MDĢT fokusējās uz jauniešiem, kas lieto marihuānu, šobrīd MDĢT jau iekļauj jauniešus ar dažādām uzvedības un atkarības problēmām. Nīderlandē MDĢT tvērums joprojām turpina attīstīties atbilstoši MDĢT ieviešanas procesā veiktajiem pētījumiem un novērojumiem. Piemēram, 2023. gada augustā tika uzsākts pētījums, ar mērķi noskaidrot MDĢT efektivitāti bērniem jaunākiem par 12 gadiem. Tādējādi tiks iegūti pierādījumos balstīti secinājumi, vai MDĢT sniedz efektīvus rezultātus arī jaunākiem bērniem, nekā šobrīd definētā mērķa grupa.⁹²

⁹² Saskaņā ar Jaunatnes Intervences fonda pārstāvju sniegto informāciju – Autora piezīme.

4.1.3. FINANŠU LĪDZEKĻU PIESAISTE UN IZMAKSAS MDĢT PROGRAMMAS IEVIEŠANAI UN ĪSTENOŠANAI.

PRIMĀRO IZMAKSU KOMPONENTI IEVIEŠANAS PROCESĀ

Primārās izmaksas MDĢT ieviešanas procesā galvenokārt ir saistītas ar apmācībām nepieciešamajām izmaksām: ceļa un uzturēšanās izmaksas, tehnoloģiskā nodrošinājuma izmaksas, kā arī personāla atlīdzības izmaksas apmācību laikā. Jāņem vērā, ka viens no apmācību pamatnoteikumiem ir – personāls paralēli apmācībām uzsāk darbu ar ģimenēm, piemērojot MDĢT.

Nīderlandē lēmums par MDĢT ieviešanu un komandu apmācību ir katras individuālās organizācijas vadības iniciatīva. Organizācijas pieņem lēmumu par MDĢT programmas ieviešanu, MDĢT komandu izveidošanu un apmācīšanu, izmantojot organizāciju pašu līdzekļus. Pašvaldību finansējums organizācijām tiek piešķirts tikai par MDĢT kā sniegtu pakalpojumu, un tikai tādā gadījumā, ja konkrētās pašvaldības jaunatnes aprūpes politika paredz MDĢT finansēšanu. Tādējādi nav pieejami statistikas dati par kopējām MDĢT ieviešanas izmaksām Nīderlandē, jo tās ir ļoti atšķirīgas organizāciju starpā.

Atbilstoši Nīderlandes MDĢT ekspertu sniegtajam vērtējumam, šāda situācija, kad iestādēm netiek piešķirts atsevišķs finansējums MDĢT uzsākšanai un komandas izveidei, ir izaicinājums MDĢT programmas iespējām paplašināties. Tā kā sākotnējās izmaksas, kas saistītas gan ar jaunas komandas apmācību, gan jau esošas komandas papildu terapiju apmācību, ir augstas, iestādēm ir īpaši rūpīgi jāplāno savs budžets, lai spētu novirzīt līdzekļus MDĢT programmas ieviešanai.

KOPĒJĀS IZMAKSAS MDĢT PROGRAMMAS ĪSTENOŠANAI VIENA GADA IETVAROS

Ņemot vērā MDĢT īstenošanas pieeju Nīderlandē, ka šāda veida programma netiek ieviesta centralizēti, bet ir katras pašvaldības un tajā esošo jaunatnes aprūpes organizāciju atbildībā, nav pieejami apkopoti dati arī par MDĢT programmas īstenošanas izmaksām. Organizācijas, kuras sniedz MDĢT, saņem finansējumu par sniegtajiem pakalpojumiem no pašvaldībām vai atsevišķos gadījumos MDĢT izmaksas sedz apdrošināšana (piemēram, garīgās veselības aprūpes iestādēm). Finansējums, ko pašvaldības sniedz organizācijām, kuras ievieš MDĢT programmu, ir ļoti atšķirīgs. Par katru MDĢT gadījumu⁹³, kas ilgst aptuveni 6-9 mēnešus, pašvaldības piešķir finansējumu, kas variē no 10 000 EUR līdz 17 000 EUR, atkarībā no katras pašvaldības šim mērķim noteiktā finansējuma apmēra. Gada laikā viens terapeits strādā ar pieciem līdz astoņiem gadījumiem, ko ietekmē klientu problēmsituācijas sarežģītība, MDĢT process un attiecīgi tās ilgums, kā arī citi faktori. Nīderlandē kopumā tiek īstenoti no 2 200 līdz 3 000 gadījumiem gadā.⁹⁴

MONITORĒŠANAS, EFEKTIVITĀTES PĒTĪJUMA IZMAKSAS UN PROCEDŪRA

Jaunatnes Intervences fonds ir atbildīgā iestāde ne tikai par MDĢT programmas speciālistu apmācību, bet arī tālāko šīs programmas uzraudzību. Pēc apmācību beigām ar katru organizāciju tiek noslēgts MDĢT licencēšanas un uzraudzības līgums, kura izmaksas ir 500 EUR gadā⁹⁵ neatkarīgi no MDĢT komandu skaita organizācijā.

Uzraudzības process paredz, ka Jaunatnes Intervences fonds uzrauga katram terapeitam vienu gadījumu gadā. Tādā veidā tiek sekots līdzī sesiju norisei un gadījumu progresam, kā arī sniegts atbalsts un ieteikumi.

⁹³ Ar jēdzienu MDĢT gadījums tiek apzīmēts viena jaunieša un viņa ģimenes pilns MDĢT norises process no tā uzsākšanas brīža līdz tā pabeigšanai – Autora piezīme.

⁹⁴ Saskaņā ar Jaunatnes Intervences fonda intervijas laikā sniegto informāciju – Autora piezīme.

⁹⁵ 2023. gada izmaksas – Autora piezīme.

Gadījumā, ja tiek konstatētas kādas nepilnības MDĢT piemērošanā, par to tiek informēts speciālists, sniedzot rekomendācijas, kā pilnveidot savu darbību, lai tā atbilstu MDĢT praksei.

MDĢT terapeiti izveido ierakstu žurnālus katram MDĢT gadījumam, kurā katrs speciālists veic pierakstus par veikto terapiju. Pirms MDĢT uzsākšanas tiek izstrādāts individuālais ārstēšanas plāns ar izmērāmiem un specifiskiem mērķiem konkrētajam jauniešim un viņa ģimenei. Terapeits pirms un pēc katras sesijas veic mērķu un sasniegumu analīzi. Vienu reizi nedēļā vai divās nedēļās visa MDĢT komanda rīko tikšanos, kurā pārrunā gan ierakstu žurnālā iekļauto informāciju, gan videoierakstus no sesijām, lai kopīgi izvērtētu gadījumu progresu. Arī starp sesijām MDĢT terapeiti nepieciešamības gadījumā sniedz atbalstu jauniešim vai viņa ģimenei.

Terapeiti svarīgākos datus par katru MDĢT gadījumu ievada vienotā datu bāzē, kurā attiecīgi tiek apkopoti dažādi dati, kurus iespējams izmantot, pētot MDĢT efektivitāti un rezultātus. 2023. gadā datu bāzes darbība ir apturēta, jo notiek darbs pie jaunas kopējas Eiropas datu platformas izveides, kuras darbība tiks uzsākta 2024. gadā.

4.1.4. MDĢT PROGRAMMAS SPECIĀLISTU PIESAISTE UN ATLASE APMĀCĪBĀM

MDĢT apmācības organizē Jaunatnes Intervences fonds, kuram ir akreditēta apmācību programma un ir tiesības organizēt MDĢT apmācības Eiropā. Apmācības ir domātas speciālistiem, kas darbojas jaunatnes aprūpes jomā, piemēram, sociālajiem pedagogiem un sistēmas/ ģimenes terapeitiem, kuri strādā ar jauniešiem ar uzvedības problēmām. Lai kvalificētos mācībām, ir nepieciešama vismaz 2. līmeņa augstākā profesionālā izglītība.⁹⁶

MDĢT komandai minimālais nepieciešamais terapeitu skaits ir vismaz 3 cilvēki, un maksimālais – ne vairāk kā 6, jo šis skaits arī atbilst MDĢT vienas komandas cilvēku sastāvam. Ja vēlas apmācīt vairākas personas, tad attiecīgi tiek veidotas divas vai vairāk komandas. Vienam no katras komandas ir jābūt izvirzītam kā galvenajam terapeitam un jāpilda komandas pārrauga (*supervisor*) loma.

Atbilstoši MDĢT programmas ekspertu viedoklim viens aspekts, kas jāvērtē terapeitu atlases gaitā, ir profesionālās kvalifikācijas un angļu valodas zināšanu līmenis, jo mācības notiek angļu valodā. Taču tikpat nozīmīgs faktors arī ir paša speciālista motivācija, attieksme un iemaņas darbam ar mērķa grupu (jauniešiem un viņu ģimenēm), nevis tikai individuālās terapijas formātā. Ja šie faktori iztrūkst, pastāv risks, ka speciālists MDĢT programmā varētu nebūt motivēts darboties ilgtermiņā.

Veidojot MDĢT komandu Lelestadē nepilngadīgo ieslodzījuma vietā (*Justitiële Jeugdinrichting Lelystad*), MDĢT personāla atlases laikā tika izmantotas lomu spēles, lai iegūtu priekšstatu, kā pretendenti reaģē uz noteiktiem apgalvojumiem vai situācijām. MDĢT komandas speciālistiem ir jāpiemīt ne tikai profesionālām kompetencēm, bet arī personiskām īpašībām kā līdzcietībai un empātijai. No MDĢT speciālista tiek sagaidīta ieinteresētība darbam ar jauniešiem un viņu ģimeni, lai būtu pēc iespējas efektīvāks sniegums no MDĢT iesaistīto speciālistu puses. Lai arī vakances tika izsludinātas gan kā Lelestadē nepilngadīgo ieslodzījuma vietas iekšējais speciālistu atlases konkurss, gan arī kā ārējais, tomēr, ņemot vērā iestādes specifiku, tika izvēlētas personas, kuras jau strādāja šajā ieslodzījuma vietā, tādējādi aiztaupot laiku un cilvēku resursus saistībā ar apmācībām un izpratnes gūšanu par nosacījumiem un sistēmu ieslodzījuma vietā, kā arī darba specifiku tajās.

⁹⁶ Stichting Jeugdinterventies. MDFT opleiding Inhoud. Retrieved from: <https://mdft.nl/#overons>

Šobrīd Leleistades nepilngadīgo ieslodzījuma vietā MDĢT komandu veido trīs speciālisti – komandas pārraugis, kas iepriekš ieguva pieredzi kā MDĢT terapeits, un divi terapeiti – viens no kuriem iepriekš jau strādāja ar vecākiem, kuru bērni atrodas ieslodzījuma vietā, bet otrs – ieslodzīto grupā ar jauniešiem.⁹⁷

4.1.5. KRITĒRIJI JAUNIEŠA UN ĢIMENES NOSŪTĪŠANAI UN UZŅEMŠANAI MDĢT PROGRAMMĀ UN PIEEJAMO METODISKO RĪKU UN INSTRUMENTU KLĀSTA RAKSTUROJUMS ⁹⁸

MDĢT programmā tiek iekļauti jaunieši ar plašu problēmu loku, un dalību tajā var nozīmēt dažādas institūcijas un organizācijas atkarībā no tā, kuras redzes lokā jauniešis ir nonācis (skatīt 5. nodaļu). Taču visiem ir vienāds priekšnoteikums dalībai MDĢT – vismaz viens no vecākiem vai aizbildņiem līdzdarbojas MDĢT.

MDĢT tiek iekļauti:

- jaunieši vecumā no 12 līdz 18 gadiem (un līdz 24 gadiem⁹⁹, ja viņi atrodas nepilngadīgo aizturēšanas centros);
- jaunieši, kuriem ir novērojamas noziedzīgas uzvedības izpausmes un/vai kuriem ir problēmas ar vienu vai vairāku atkarību izraisošu vielu lietošanu (alkohols, narkotikas), kā arī jaunieši, kuriem attīstās noziedzīga uzvedība vai problēmas ar atkarību izraisošu vielu lietošanu, un vecāku nepietiekamas audzināšanas prasmju trūkuma dēļ ir pakļauti riskam tikt izņemtiem no ģimenes.

MDĢT terapeiti, izvērtējot jauniešu atbilstību MDĢT, izmanto dažādas metodes. Pielietojamā metodes izvēle ir atkarīga no problēmām, kuru dēļ jauniešis ir ticis nosūtīts MDĢT:

1. Noziedzība:

- a. Ārpusinstitucionālas terapijas¹⁰⁰ gadījumā, ja MDĢT terapeitam nav pieejama vai trūkst informācija par jaunieša izdarītajiem pārkāpumiem, jauniešis veic noziedzības pašnovērtējumu (*self-reported delinquency scale*), aizpildot aptaujas anketu. Tas terapeitam ļauj novērtēt jaunieša veikto noziedzīgo darbību biežumu un to smaguma pakāpi noteiktā laika periodā.
- b. Ja MDĢT tiek piedāvāta jauniešim uz tiesas nolēma pamata, tiek veikts nozieguma recidīva riska izvērtējums, lai izvērtētu jaunieša atbilstību MDĢT. Jauniešis var saņemt MDĢT, ja izvērtējumā tiek konstatēts vidējs vai augsts nozieguma recidīva risks, un, ja ir klātesoši šādi faktori:
 - i. agresija;
 - ii. grūtības mājās;
 - iii. atkarības problēmas;
 - iv. problēmas skolā (kavējumi), darbā, ar draugiem, ar brīvo laiku.

2. Atkarību izraisošu vielu lietošana (alkohols, visas narkotiskās vielas). Šajā gadījumā tiek veikts izvērtējums, lai noteiktu, vai ir atkarības problēma. Metodes izvēle, ar kuras palīdzību tiek veikts izvērtējums, ir katras organizācijas pārziņā. Izvērtējumu veic ārstniecības iestādes darbinieks vai

⁹⁷ Atbilstoši Leleistades nepilngadīgo aizturēšanas iestādes MDĢT komandas pārrauga sniegtajai informācijai – Autora piezīme.

⁹⁸ Visa informācija šajā sadaļā ir no : Rigter, H. (2021). Justitieleinterventies.nl: beschrijving Multidimensionele familietherapie (MDFT). Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut, Movisie en Trimbos instituut. Retrieved from: www.justitieleinterventies.nl, kas papildināta ar interviju laikā saņemto informāciju no speciālistiem.

⁹⁹ Mēdz būt arī gadījumi, kad ieslodzījumu vietās atrodas jaunieši līdz pat 26 gadu vecumam. Šajos gadījumos arī viņiem tiek piedāvāta MDĢT, ja tā ir atbilstoša attiecīgajai situācijai – Autora piezīme.

¹⁰⁰ Ārpusinstitucionāla terapija nozīmē, ka jauniešis, lai saņemtu MDĢT, netiek stacionēts jauniešu aprūpes vai ārstniecības iestādē, kā arī neatrodas nepilngadīgo aizturēšanas iestādē – Autora piezīme.

ārstniecības iestādes uzņemšanas nodaļas atbildīgā persona, MDĢT terapeits vai speciālists, kurš specializējies darbā ar bērniem un jauniešiem ar uzvedības problēmām.

3. Risks zaudēt vecāku aprūpi (bērnam ir risks tikt izņemtam no ģimenes). Ja jauniešs tiek nozīmēts MDĢT, tad MDĢT terapeits apkopo un papildina pieejamo informāciju (t.sk. par jaunieša risku noziedzīgai uzvedībai un atkarību problēmām) par jauniešu un viņa ģimeni, lai izvērtētu ģimenes situācijas atbilstību MDĢT.

Jauniešiem un vismaz vienam no vecākiem jāpārzina nīderlandiešu valoda sarunvalodas līmenī, taču gadījumos, kad valodas zināšanu nav vai tās nav pietiekamas, lai varētu brīvi izteikties, tiek nodrošināts tulks. Komandas šādos gadījumos vispirms mēģina piesaistīt kādu no ģimenei tuviem cilvēkiem, kas varētu veikt tulka funkciju un kuram ģimene uzticas. Tāpat nepieciešamie tulka resursi tiek meklēti komandas vai iestādes vidū. Piemēram, cietuma darbinieki ir ļoti multikulturāli un daudzos gadījumos ir iespējams piesaistīt kādu, kurš pārvalda valodu, kurā runā jauniešs un ģimene. Taču gadījumos, kad tas nav iespējams, tiek piesaistīti profesionālie tulki, kas vienlaikus nozīmē, ka būs nepieciešams papildu laika ieguldījums tulku instruēšanā par MDĢT norisi un tulku funkciju.

Lai izvērtētu, vai jauniešs ir atbilstošs MDĢT mērķa grupai, ir jāaizpilda anketa. To var darīt iestādes uzņemšanas nodaļas speciālists vai MDĢT terapeits ārpusinstitucionālas terapijas gadījumā, vai probācijas dienesta darbinieks, ja MDĢT tiek nozīmēta ilgstošas uzturēšanās iestādē vai nepilngadīgo aizturēšanas centrā.

Jaunieši nekvalificējas MDĢT, ja tiem ir nepieciešama stacionāra ārstēšana psiholoģisku blakussaslimšanu vai abstinences sindroma pazīmju dēļ. Tās nepieciešamību nosaka ārsts (parasti psihiatrs), kas sniedz medicīnisku atzinumu novērtēšanas procesa laikā ārstniecības iestādē vai institūcijā.

MDĢT galvenokārt tiek veikta ārpusinstitucionāli – terapeita kabinetā, jaunieša mājās un citās pēc speciālista ieskatiem terapijai piemērotās vietās. Taču, gadījumos, kad jauniešs atrodas, piemēram, nepilngadīgo aizturēšanas centrā vai jauniešu aprūpes iestādē, MDĢT var tikt nodrošināta arī institucionāli. Leilestades nepilngadīgo aizturēšanas iestādē MDĢT īstenošanas formāts tiek izvēlēts, pamatojoties uz jauniešiem piemēroto soda izpildes režīmu. Ja jauniešiem ir piemērots soda izpildes režīms zemākajā pakāpē, MDĢT tiek īstenota tikai ieslodzījuma vietā, ļaujot vecākiem apmeklēt jauniešu. Bet, kad uz jauniešu attiecināmie noteikumi tiek mīkstināti, MDĢT ietvaros jauniešs kopā ar MDĢT terapeitu un cietuma darbinieku arī var doties uz sesijām jaunieša vecāku dzīves vietā. Atsevišķās situācijās, piemēram, ja arī vecāks atrodas ieslodzījuma vietā, MDĢT var tikt organizēta tiešsaistē.

Attiecībā uz ieslodzījuma vietu MDĢT tiek nodrošināts tiem jauniešiem, kuriem to kā pienākumu ir noteikusi tiesa. Papildus tam MDĢT piemēro visiem, kuriem tuvojas ieslodzījuma termiņa beigas, lai sagatavotu jauniešu un ģimeni pārejai uz dzīvi atpakaļ ģimenē. Tāpat MDĢT piedāvā tiem, kuriem ir sarežģītas attiecības ar ģimeni un kuri vēlas tās atjaunot, vai tiem jauniešiem, kuriem pašiem ir bērni. Šajos gadījumos MDĢT tiek iesaistīti ne tikai jauniešu vecāki, bet arī dzīvesbiedri un bērni.

4.1.6. MDĢT PROGRAMMAS EFEKTIVITĀTES RAKSTUROJUMS

Nīderlandē MDĢT efektivitāte ir tikusi analizēta dažādu neatkarīgu universitāšu pētījumu ietvaros, piemēram, kā daļa no disertācijām. Nīderlandes Jaunatnes institūts (*Nederlands Jeugdinstuut*) 2021. gada decembrī izdeva pētījumu, kurā MDĢT tika atzīta par efektīvu intervences metodi.¹⁰¹ Pētījumu ietvaros tika veikts sistemātisks MDĢT zinātnisko publikāciju izvērtējums, taču ne visi pētījumi ir balstīti Nīderlandes pieredzē.

¹⁰¹ Rigter, H. (2021). Justitieleinterventies.nl: beschrijving Multidimensionele familietherapie (MDFT). Utrecht: Nederlands Jeugdinstuut, Movisie en Trimbos instituut. Retrieved from: www.justitieleinterventies.nl

Atbilstoši pētījumu un publikāciju datiem MDĢT uzrāda augstu efektivitāti gadījumos, kas saistīti ar jaunieša problemātisku uzvedību (noziedzīgas darbības, atkarību problēmas)¹⁰², noziedzību¹⁰³, marihuānas lietošanu¹⁰⁴. Virknē pētījumu MDĢT efektivitāte ir salīdzināta ar citiem intervenču veidiem, piemēram, individuālo terapiju (kognitīvi biheiviorālo terapiju) un grupu terapiju. MDĢT kopumā ir uzrādījusi augstākus rezultātus salīdzinājumā ar citām metodēm, taču atsevišķos gadījumos rezultāti bijuši līdzvērtīgi. Tāpat viens no aspektiem, kuru minējuši MDĢT eksperti interviju laikā un kurš izriet no pētījumu secinājumiem, MDĢT uzrāda augstākus rezultātus, kad tā tiek piemērota smagākiem un kompleksākiem gadījumiem.

Pilnīgi visi MDĢT eksperti, kuri sniedza intervijas, ir savā praksē pārliecinājušies par MDĢT programmas efektivitāti un rezultātiem, salīdzinot ar iepriekš pielietotajām citām metodēm darbā ar jauniešiem, kā arī novērojot esošo ģimeņu progresu. MDĢT speciālistu vidū ir pārliecība, ka MDĢT īstenotā pieeja strādā un palīdz ieviest izmaiņas jauniešu problemātiskajā uzvedībā. Kā norādīja Jaunatnes Intervences fonda direktore: “Ja Tu sāc nodarboties ar MDĢT, Tu esi uz mūžu tai piesaistīts.”¹⁰⁵

4.1.7. MDĢT PROGRAMMAS SAISTĪBA AR CITIEM PREVENTĪVIEM PASĀKUMIEM UN SPECIĀLISTU PIESAISTE

Atkarībā no katra gadījuma MDĢT var tikt apvienota ar citiem preventīviem pasākumiem. Vairumā gadījumu situācijas risināšanai pietiek ar MDĢT, taču ir gadījumi, kad tā tiek papildināta ar citiem terapijas veidiem. Piemēram, ja vienam no vecākiem pašam ir gūta traumatiska pieredze, tiek iesaistīta arī traumu terapija vai desensibilizācija un traumu pārstrāde ar acu kustībām (*EDMR*). Bērniem dažreiz papildus tiek izmantota spēļu terapija, t.sk. smilšu terapija. Papildu metožu izmantošana tiek vērtēta individuāli atbilstoši katram atsevišķajam gadījumam.

Arī ieslodzījumu vietā tiek izmantotas citas pieejamās terapijas papildu MDĢT, piemēram, mūzikas vai drāmas terapija. Tāpat atsevišķos gadījumos, kad bērniem ir spēcīgas traumas, tiek piemeklēti specifiski terapijas veidi šo problēmu risināšanai.

MDĢT komandas galvenokārt veido sociālie darbinieki, taču iesaistīti ir arī soda izpildes iestāžu darbinieki, sociālie pedagogi un psihologi. Attiecībā uz speciālistu piesaisti pastāv vairāki izaicinājumi nepieciešamo MDĢT speciālistu nodrošināšanai. Kā viens no faktoriem ir minams, ka lielākajā daļā gadījumu MDĢT speciālisti ir sievietes, kuras nestrādā pilna laika darbu - attiecīgi ir mazāks skaits gadījumu, kurus šie terapeiti var uzņemt. Un valstī kopumā ir izaicinājums ar nepieciešamo cilvēkresursu piesaisti dažādās jomās, t.sk. arī sociālajā darbā. Papildus tam MDĢT darba specifika prasa lielu motivāciju no pašiem speciālistiem, jo tiem nepieciešamības gadījumā ir jābūt pieejamiem jebkurā diennakts laikā. Gadījumi, kad palīdzība ir nepieciešama ārpus terapeita normētā darba laika, nav regulāri, taču ir iespējami.¹⁰⁶

Attiecībā uz apmācīto speciālistu ilgtspēju no Jaunatnes Intervences fonda nav noteikta prasība attiecīgajam speciālistam nostrādāt noteiktu laiku pēc apmācību pabeigšanas. Taču iestādēm, kuras šos

¹⁰² van der Pol, T. M., et. al. (2017). Research Review: The effectiveness of multidimensional family therapy in treating adolescents with multiple behavior problems - a meta-analysis. *J Child Psychol Psychiatry*. 2017 May; 58(5), 532-545. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12685>

¹⁰³ van der Pol, T. M., Henderson, C.E., Hendriks, V., Shaub, M.P., Rigter, H.. (2018). Multidimensional Family Therapy Reduces Self-Reported Criminality Among Adolescents With a Cannabis Use Disorder. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 62(6), 1573–1588. <https://doi.org/10.1177/0306624X166875>

¹⁰⁴ Rigter, H., Henderson C.E, Pelc, I. et. al. (2013). Multidimensional family therapy lowers the rate of cannabis dependence in adolescents: A randomised controlled trial in Western European outpatient settings. *Drug and Alcohol Dependence*, Volume 130, Issues 1–3, 85-93. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.10.013>

¹⁰⁵ *Once you start doing MDFT, you are hooked for life* – Autora piezīme.

¹⁰⁶ Atbilstoši MDĢT ekspertu interviju laikā sniegtajai informācijai – Autora piezīme.

speciālistus nodarbina un sedz viņu apmācību maksu, mēdz būt noslēgta vienošanās par minimālo laiku, piemēram, trīs gadiem, kurš ir jānostrādā pēc apmācību pabeigšanas, lai organizācijas finanšu līdzekļu ieguldījums būtu bijis lietderīgs. Vienlaikus ir jāņem vērā, ka speciālistiem ir jābūt ieinteresētiem savā darbā un tā rezultātā. Kā intervijas laikā minēja Jaunatnes Intervences fonda vadītāja, domājot par speciālistiem, ir jāņem vērā ne tikai iestādes vīzija, bet arī katra speciālista personīgais ilgtermiņa redzējums par to, ar ko viņš vēlas nodarboties tuvākajos piecos un desmit gados.

4.2. IGAUNIJAS PIEREDZE MDĢT PROGRAMMAS IEVIEŠANĀ

4.2.1. MDĢT PROGRAMMAS VAJADZĪBAS IDENTIFICĒŠANA UN IEVIEŠANA

Reaģējot uz pieaugošo satraukumu par Igaunijā dzīvojošo bērnu un jauniešu labklājību, valdība izvēlējās programmas “Riskam pakļauti bērni un jaunieši” ietvaros īstenot ambiciozu plānu, lai risinātu nopietnas uzvedības grūtības un atbalstītu dažādiem riskiem pakļautus jauniešus. Šīs programmas ietvaros tika definēti riski saistīti ar noziedzību, bērna attīstībai neatbilstošu vidi, vecāku atbalsta trūkumu, trūkumiem atbalstā bērniem ar uzvedības grūtībām un problēmām izglītības iestādēs.¹⁰⁷ Iniciatīvu vadīja Tieslietu ministrija, un tās mērķis bija izveidot pierādījumos balstītu intervenču pasākumus, kuru rezultātā tiktu uzlabota jauniešu dzīves kvalitāte, samazināta nepilngadīgo noziedzība un tiktu risināti problemātiskas uzvedības pamatcēloņi.

Priekšplānā izvirzījās virkne problēmu, ar kurām saskarās Igaunijas bērni un ģimenes. To vidū tika minētas problēmas saistītas ar skolu, piemēram, skolas neregulāra apmeklēšana un zemas sekmes mācībās. Vienlaikus tika norādīts uz problēmām, kas saistītas ar ģimenes attiecību dinamiku, piemēram, ar konfliktiem ģimenē, problemātisku vecāku uzvedību, viena vecāka ģimeni, kā arī plašākus sabiedrības sociālos izaicinājumus kā, piemēram, nabadzību, alkohola lietošanu un problemātisku uzvedību vienaudžu vidū. 2014. gadā, saprotot problēmas nopietnību, tika uzdots īstenot pētījumu, lai identificētu piemērotāko programmu¹⁰⁸ šo sarežģīto jautājumu efektīvai risināšanai.

Tika veikts plašs pētījums un rūpīga analīze, kuras mērķis bija identificēt uz pierādījumiem balstītas intervences programmas, kas atbilstu Igaunijas vajadzībām un apstākļiem. Būtisks pētījuma uzdevums bija piemērotas pieejas izvēle. Pamatojoties uz veikto izpēti, MDĢT programma izvirzījās kā piemērotākā intervence jauniešu problēmu risināšanai. Šis lēmums bija saistīts ar vairākiem faktoriem kā, piemēram, tās piemērotību Igaunijas apstākļiem, ilgtermiņa ietekmes potenciālu, kā arī vietējo terapiju apmācību kapacitāti.

Saskaņā ar pieejamo informāciju MDĢT programmas ieviešanas process Igaunijā bija sekojošs:

2014. GADS | Tika veikts visaptverošs pētījums, lai izvērtētu Igaunijas bērnu un jauniešu vajadzības un izaicinājumus, iezīmējot mērķētu intervences programmu nepieciešamību.

2015. GADS | Pamatojoties uz pētījuma rezultātiem, MDĢT programma tika izvēlēta par atbalstāmo intervences pasākumu. Tās elastīgā pieeja atbilstoši individuālajai situācijai un ilgspējīgas ietekmes potenciāls atbilda Igaunijas mērķiem. Tika īstenots visaptverošs sagatavošanās process, kas sākās ar pasaules labāko praksi un veikto pētījumu izpēti. Igaunijas valdība formāli uzsāka MDĢT programmas ieviešanu, pievēršoties jauniešiem ar nopietnām uzvedības problēmām. MDĢT programmas uzsākšana bija

¹⁰⁷ Iceland, Lihtenstein, Norway grants. Children and youth at risk. Retrieved from:

<https://eeagrants.org/archive/2009-2014/programmes/EE04>

¹⁰⁸ Tartu ülikooli sotsiaalteaduslike rakendusuringute keskus RAKE. (2014). Tõsiste käitumisprobleemidega laste ning nende peredele suunatud tõendus põhiste programmide võrdlev uuring. Retrieved from:

https://www.kriminaalpoliitika.ee/sites/krimipoliitika/files/elfinder/dokumentid/tosiste_kaitumisprobleemidega_laiste_programmide_vordlev_uuring.pdf

Izglītības un Pētniecības ministrijas, Tieslietu ministrijas, Sociālo lietu ministrijas un Igaunijas jauniešu darba centra kopējas sadarbības rezultāts, un tas iezīmēja gan jauniešu, gan ģimeņu transformācijas ceļa sākumu. MDĢT programma tika ieviesta programmas “Riskam pakļauti bērni un jaunieši” ietvaros¹⁰⁹, īstenojot projektu “Atbalsta sistēmas izveide riskam pakļautiem bērniem un jauniešiem”. Gada laikā gandrīz 100 personu / ģimeņu tika iekļauti programmā.

2017. UN 2018. GADS | Tā kā noslēdzās projekts “Atbalsta sistēmas izveide riskam pakļautiem bērniem un jauniešiem” un vairs nebija pieejams ar to saistītais finansējums, Igaunijas valdība pārņēma atbildību programmas finansēšanai no valsts budžeta līdzekļiem, tādējādi paužot ilgtermiņa atbalstu MDĢT programmai un nodrošinot tai pastāvīgu valsts finansējumu. Valsts finansējuma saņemšana ir būtiski atvieglojusi MDĢT programmas īstenošanas procesu, kā arī vairojusi sabiedrības uzticēšanos tai.¹¹⁰

ŠOBRĪD PROCESĀ | MDĢT programmas ieviešana turpinās, pieaugot jauniešu un ģimeņu skaitam, kurām MDĢT ir palīdzējusi, sekmējot to prasmes risināt sarežģītas situācijas un uzvedības problēmas. Lai nodrošinātu pakalpojuma kvalitāti, MDĢT komandām tiek nodrošinātas regulāras apmācības, posteru sesijas, meistarklases un atbalsta dienas (*booster days*). Lai sekmētu MDĢT sniegšanu, ir nepieciešams nodrošināt gadījumu vadības sistēmas ieviešanu, jābūt ieviestai MDĢT novērtējuma sistēmai (ietver gadījumu novērtējumu pirms MDĢT uzsākšanas un pēc MDĢT beigšanas), kā arī jānodrošina sistēmiskā metodoloģijā balstīta pieeja komandas pārrauga darba novērtējuma veikšanai. Igaunijā mērķis ir iesaistīt MDĢT aptuveni 200 ģimenes gadā.

Kopš MDĢT programmas izveides Igaunijā tā ir uzrādījusi daudzsoļus rezultātus, izmainot jaunu indivīdu un viņu ģimeņu dzīves. Uzsvars uz pierādījumos balstītiem intervences pasākumiem, individualizētu pieeju un pamatproblēmu risināšanu ir veicinājis nepilngadīgo noziedzības recidīva mazināšanos un stiprinājis fokusu uz atjaunojošās justīcijas līdzekļiem. 2015. gadā nepilngadīgie¹¹¹ veica aptuveni 10 000 pārkāpumus, no kuriem 1 438 bija noziegumi. Policija vairāk nekā 6 000 nepilngadīgajiem piemēroja naudas sodus, un tika arestētas 40 nepilngadīgas personas.^{112,113} 2015. gada beigās 24 nepilngadīgie atradās ieslodzījuma vietās – 11 no tiem bija notiesāti, bet 13 atradās apcietinājumā. 2018. gada beigās 14 nepilngadīgie atradās ieslodzījuma vietās, bet 2021. gadā tikai trīs nepilngadīgie bija ieslodzījumā.¹¹⁴ 2022. gadā nepilngadīgie veikuši 734 noziegumus, kas divas reizes mazāks skaits salīdzinājumā ar 2015. gada datiem.¹¹⁵

4.2.2. VALSTS NORMATĪVO AKTU ATBILSTĪBA MDĢT PROGRAMMAS AKTUALITĀTEI UN IEVIEŠANAS PAMATOJUMAM (PROCEDŪRAI)

VALSTS NORMATĪVIE AKTI, KURI SKAIDRO MDĢT PROGRAMMAS ĪSTENOŠANU LIKUMDOŠANĀ

Igaunijā esošais juridiskais ietvars nodrošina to, ka personām, kuras saskaras ar uzvedības traucējumiem, tiek nodrošināta mērķēta intervence, lai uzlabotu jaunatnes un bērnu labklājību. Likumdošana iekļauj

¹⁰⁹ Šī programma tika finansēta EEZ un Norvēģijas grantu programmas ietvaros – Autora piezīme.

¹¹⁰ Atbilstoši interviju laikā MDĢT ekspertu sniegtajam viedoklim – Autora piezīme.

¹¹¹ Nepilngadīgie tiek definēti kā bērni līdz 18 gadu vecumā, taču statistikā bieži tiek izmantots vecuma posms 14-17 gadi - Autora piezīme.

¹¹² Justiitsministere Kriminaalpolitika Osakonna. (2017). Eestis luuakse alaealiste õigusrikkujate erikohtlemise süsteem. Retrieved from: <https://www.kriminaalpolitika.ee/et/kriminaalpolitika/eestis-luuakse-alaealiste-oigusrikkujate-erikohtlemise-susteem>

¹¹³ Visa statistika par mazgadīgo pārkāpumiem iegūta no:

<https://www.kriminaalpolitika.ee/kuritegevus2022/alaealiste-oigusrikkumised/>

¹¹⁴ Liiviste, P. (2021). KÕIGE TÕHUSAM ON ENNETUSTÖÖ ENNE TEISMEIGA. Eesti noored on Euroopa tipus alkoholi ja uimastite tarvitamises. Retrieved from: <https://pealinn.ee/2021/11/09/eesti-noored-on-euroopa-tipus-alkoholi-ja-uimastite-tarvitamises/>

¹¹⁵ Jāņem vērā, ka 2015. gadā Igaunijā vecuma grupā 14-18 gadi bija 96 974 jaunieši, bet 2022. gadā - 116 250 jauniešu. Attiecīgi personu skaits vecuma grupā ir audzis par aptuveni 20 % – Autora piezīme.

vairākas tēmas, caur kurām indivīds var tikt novirzīts programmā. Tiesiskais ietvars, kurš regulē jauniešu nozīmēšanu MDĢT programmai, ietver vairākas komponentes, kuras ir iezīmētas Igaunijas likumdošanas dažādās sadaļās. Prokuratūra, policija un tiesa var nozīmēt personas, kuras ir vecākas par 14 gadiem, dalībai MDĢT, taču lēmums personai un ģimenei piedalīties MDĢT ir brīvprātīgs.

Bērnu aizsardzības akts¹¹⁶ definē galvenos principus bērnu (līdz 18 gadu vecumam) atbalstošas vides veidošanai. Tā mērķis ir arī veidot preventīvas, pierādījumos balstītas un starpdisciplināras bērnu aizsardzības pieejas un veicināt to nacionāla līmeņa uzraudzību.

Prokuratūra var ieteikt līdzdalību MDĢT programmā gadījumos, kad noteiktu apstākļu dēļ vai vienošanās rezultātā tiek pārtraukta tiesvedība. Piemēram, tiesvedība tiek pārtraukta, pamatojoties uz Kriminālprocesa kodeksa¹¹⁷ 202(7). pantu, un tiek noteikts pienākums piedalīties sociālajā programmā, vai arī gadījumā, ja tiesvedība tiek izbeigta ar samierinājuma izlīgumu, pamatojoties uz Kriminālprocesa kodeksa 203¹(6). pantu, izlīgumā var būt noteikts jauniešiem piedalīties sociālajā programmā.

Tiesa saskaņā ar Kriminālprocesa kodeksa 202(1). un 203¹(1). pantu var arī ieteikt līdzdalību programmā, kad tiesvedība ir tikusi izbeigta, ņemot vērā samierināšanas procesā panāktās vienošanās vai specifiskos noteikumus. Jaunietis tiek nosacīti atbrīvots no soda, pamatojoties uz Sodu kodeksa¹¹⁸ 74. pantu, un līdzdalība sociālajā programmā ir viens no viņam piemērojamajiem uzvedības kontroles noteikumiem atbilstoši Sodu kodeksa 75. pantam. Pamatojoties uz Sodu kodeksa 87. pantu, gadījumos, kad jauniešiem, kurš veicis noziegumu vai noziedzīgu nodarījumu, ir nozīmēts nepilngadīgo ietekmēšanas līdzeklis, tiesa var sniegt nozīmējumu līdzdalībai programmā.

Audzinoša rakstura līdzekļu piemērošana, kas paredzēta Sodu kodeksa 87. pantā, arī var rezultēties pienākumā jauniešiem piedalīties MDĢT programmā, kas ir kā daļa no intervences pasākumiem. Arī probācijas uzraudzības ietvaros var tikt ieteikta līdzdalība MDĢT programmā. Tas var tikt iekļauts personas oficiālajā plānā atbilstoši Probācijas uzraudzības akta¹¹⁹ 27. pantam. Savukārt, Administratīvo lietu akts¹²⁰ ļauj policijai sniegt ieteikumu piedalīties sociālajā programmā, tai skaitā MDĢT, gadījumos, ja lieta tiek pārtraukta, pamatojoties uz šī akta 30(1). pantu.

Šis ietvars nodrošina, ka indivīdi ar uzvedības problēmām var saņemt nepieciešamo atbalstu, veicinot daudzpusīgu pieeju viņu darbību pamatcēloņu risināšanai. Piemērojot tiesību aktos noteikto juridisko ietvaru, MDĢT kļūst par būtisku instrumentu Igaunijas jauniešu labklājības un nākotnes iespēju uzlabošanai.

MDĢT IESAISTĪTĀS STRUKTŪRVIENĪBAS UN TO DARBA SPECIFIKA

MDĢT programmu Igaunijā galvenokārt koordinē Sociālo lietu ministrijas padotībā esošā Sociālās apdrošināšanas pārvalde (*Sotsiaalkindlustusamet*), kura darbojas četrās reģionālajās komandās: Ziemeļu, Austrumu, Rietumu un Dienvidu. Terapeitisko darbu veic MDĢT terapeiti šajās četrās reģionālajās komandās, kā arī papildu komanda ir izvietota Marjamas izglītības koledžā (*Maarjama Hariduskolleegium*), kas darbojas Tieslietu ministrijas pakļautībā un kuras atbildībā ir jauniešu slēgtā tipa

¹¹⁶ Child Protection Act, RT I, 06.12.2014, 1. (2014) Retrieved from:

<https://www.riigiteataja.ee/en/eli/ee/506052015001/consolide/current>

¹¹⁷ Code of Criminal Procedure, RT I 2003, 27, 166. (2003) Retrieved from:

<https://www.riigiteataja.ee/en/eli/ee/527012016001/consolide/current>

¹¹⁸ Penal Code, RT I 2001, 61, 364 (2001). Retrieved from:

<https://www.riigiteataja.ee/en/eli/ee/522012015002/consolide/current>

¹¹⁹ Probation Supervision Act, RT I 1998, 4, 62 (1997). Retrieved from:

<https://www.riigiteataja.ee/en/eli/ee/517062014013/consolide/current>

¹²⁰ Administrative Procedure Act, RT I 2001, 58, 354 (2001). Retrieved from:

<https://www.riigiteataja.ee/en/eli/ee/527032019002/consolide/current>

iestādes (Vīru cietums¹²¹ un koledža¹²²) (skat. Ilustrācija 3). MDĢT programmas ieviešana ir sadarbības rezultāts dažādu institūciju un organizāciju starpā, lai risinātu jauniešu problēmas, kas saistītas ar uzvedības un sabiedrības izaicinājumiem.

ILUSTRĀCIJA 3. IGAUNIJAS MDĢT KOMANDU SHĒMA



Avots: Igaunijas ekspertu sniegtā informācija un dokumentu izpēte

MDĢT process sākas ar to, ka iestāde, kura nozīmē MDĢT, uzsāk komunikāciju ar MDĢT vietējās komandas pārraugu. Tiek sniegts situācijas apraksts, uz kura pamatojoties pārraugi veic riska novērtējumu par personas un ģimenes atbilstību dalībai MDĢT programmā. Ja riska novērtējuma rezultāts ir “vidējs” vai “augsts”, tad iestāde var nozīmēt šo jauniešu dalībai MDĢT programmā. Pārsvārā vietējā pašvaldība (bērnu tiesību aizsardzības darbinieks) nozīmē bērnus vecumā no 11¹²³ līdz 14 gadiem dalībai MDĢT (skat. Ilustrācija 4). Jaunieši, kuri ir vecāki par 14 gadiem, parasti tiek nozīmēti MDĢT no tiesībsargājošo iestāžu puses - tiesas, prokuratūras, probācijas uzrauga. Veidlapa Igaunijas bērnu un jauniešu nosūtījumam uz MDĢT programmu ir pieejama šī pētījuma 1. pielikumā. Dalība MDĢT ir ģimenes brīvprātīga izvēle. Dažreiz MDĢT programma tiek piedāvāta kā izvēles iespēja jeb alternatīva slēgtajai nepilngadīgo iestādei, probācijas uzraudzībai.

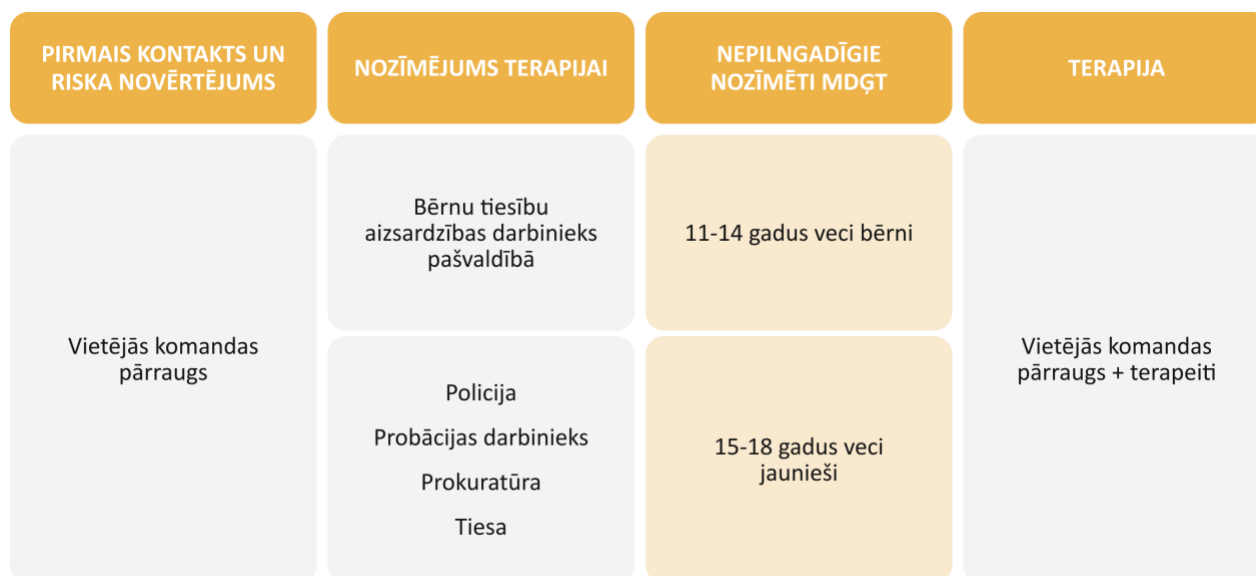
Slēgtajās bērnu un jauniešu iestādēs MDĢT programma nav obligāta, taču, ja MDĢT programma ir nepieciešama konstatēto problēmu risināšanai un persona atbilst uzņemšanas kritērijiem, tā saņems palīdzību. Turklāt šajās iestādēs MDĢT programmas laiks mēdz būt ilgāks salīdzinājumā ar laiku ārpus institūcijas – pat līdz 24 mēnešiem, atkarībā no tā, cik ilgs laiks jauniešiem jāpavada iestādē.

¹²¹ Tallmeister, B., Kapp, K. Mitmedimensiooniline pereteraapia vangla kontekstis. Retrieved from: https://www.kriminaalpoliitika.ee/sites/krimipoliitika/files/elfinder/dokumentid/mdft_vanglas_birgit_tallmeister_a_kai_kapp.pdf

¹²² Marjamā izglītības koledža ir Izglītības un pētniecības ministrijas pārraudzībā esoša pamatzglītības iestāde, kas paredzēta bērniem ar garīgiem traucējumiem un uzvedības problēmām, kuriem nepieciešama nopietna palīdzība. Skolā tiek uzņemti skolēni, kuriem nepieciešama uzņemšana slēgtā bērnu iestādē. Kopumā uz šo skolu pēc tiesas nosūtījuma vai atbilstoši citam normatīvajam regulējumam tiek nosūtīti skolēni vecumā no 12 līdz 17 gadiem. Informācijas avots: <https://mhk.edu.ee/>

¹²³ Saskaņā ar interviju laikā sniegto informāciju, terapeiti adaptējas atbilstoši katram gadījumam un dažreiz tiek uzņemti arī 10 gadus veci bērni - Autora piezīme.

ILUSTRĀCIJA 4. MDĢT SAŅEMŠANAS PROCESA SHĒMA (ĀRPUS BĒRNU UN JAUNIEŠU SLĒGTAJĀM IESTĀDĒM)



Avots: Ekspertu sniegtā informācija un dokumentu izpēte

No policijas perspektīvas process tiek īstenots sekojoši: kad jauniešs nonāk policijas redzeslokā un problēma ir kompleksa, notiek saziņa ar vietējo MDĢT terapeitu situācijas risināšanai. Ja prokurors nozīmē jauniešu dalībai MDĢT programmā, neskatoties uz iespējamo rindu uz pakalpojumu, MDĢT programma tiek uzsākta nekavējoties, ņemot vērā to, ka jauniešiem, kurus prokuratūra vai tiesa nozīmē dalībai MDĢT, parasti ir kompleksas problēmas.

Rindu uz pakalpojumu ietekmē sekojoši faktori: reģions, kurā atrodas komanda¹²⁴, šīs komandas noslodze¹²⁵ un valoda¹²⁶, kurā runā ģimene. Sociālās apdrošināšanas pārvaldē pieejamā MDĢT komanda var nodrošināt MDĢT vidēji mēneša laikā pēc MDĢT nosūtījuma saņemšanas. Garākais gaidīšanas laiks MDĢT uzsākšanai Sociālajā apdrošināšanas pārvaldē ir bijis pieci līdz seši mēneši, bet īsākais – četras dienas pēc nosūtījuma saņemšanas. Slēgtajās bērnu un jauniešu institūcijās rindu uz pakalpojumu nav – visas personas, kurām ir nepieciešamība saņemt MDĢT, to var uzsākt pēc tam, kad pēc pašu vēlēšanās ir izvērtēta viņu atbilstība programmai.¹²⁷

Pirmās darbības gada beigās jeb 2016. gada sākumā kopumā bija 18 psihologi un sociālie darbinieki, kuri bija izgājuši MDĢT terapeitu apmācības. Šobrīd, 2023. gadā, Sociālās apdrošināšanas pārvaldes pārraudzībā darbojas 14 terapeiti un četri komandu pārraugi¹²⁸, bet Marjamas izglītības koledžā ir divi terapeiti un viens komandas pārraugi.¹²⁹ Pirmajā darbības gadā kopumā programmā tika iekļautas 110 ģimenes un MDĢT

¹²⁴ Igaunijas ziemeļu komanda aptver galvaspilsētas reģionu un kopumā tai ir lielāks aptveramo iedzīvotāju skaits, bet, neskatoties uz to, tāds pats terapeitu skaits kā citos reģionos. Interviju laikā komandas pārraugi minēja, ka divas aktīvas komandas spētu atvieglot esošo noslodzi - Autora piezīme.

¹²⁵ 2022. gadā Ukrainas kara sekas ietekmē, pieaugot bēgļu plūsmas no Ukrainas, terapeiti tika noslogoti citiem ar to saistītajiem uzdevumiem, tādējādi nevarēja visu darba laiku veltīt tikai MDĢT – Autora piezīme.

¹²⁶ Piemēram, nav pieejami pietiekami daudz krievu valodā runājošu terapeitu un dažreiz tas var radīt papildu rindas – Autora piezīme.

¹²⁷ Atbilstoši intervijās ar Igaunijas MDĢT komandas pārraugiem sniegtajai informācijai – Autora piezīme.

¹²⁸ Sotsiaalkindlustusamet. Mitmedimensiooniline pereteraapia. Retrieved from: <https://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/spetsialistile-ja-koostooartnerile/laste-ja-peredega-tootavale-spetsialistile/mitmedimensiooniline#kontakt>

¹²⁹ Maarjamaa Hariduskolleeģium. Kontakt. Retrieved from: <https://mhk.edu.ee/et/kontakt>

terapeiti vienlaikus darbojās ar gandrīz 100 gadījumiem. Šiem gadījumiem bija zemi MDĢT pārtraukšanas rādītāji.¹³⁰

MDĢT programmas uzsākšanas posms bija sarežģīts, jo bija izaicinājums ne tikai atrast piemērotas ģimenes, bet arī iegūt nosūtīšanai uz MDĢT iesaistīto institūciju uzticību. Tādējādi bija nepieciešama liela komandu pārraugu iesaiste jautājumu risināšanā. Sākumā tika apmācīti pieci komandu pārraugi, kuri tika iesaistīti ne tikai MDĢT pakalpojuma sniegšanā, bet arī ģimeņu meklēšanā, programmas popularizēšanā un kontaktu veidošanā ar institūcijām un speciālistiem, kuri varētu nosūtīt jaunieši MDĢT. Programmas uzsākšana no komandas pārraugu puses tiek raksturota kā grūts un satraucošs posms. Situācija uzlabojās tikai tad, kad programmai tika nodrošināts valsts budžeta finansējums, jo līdz ar to tika nostiprināta uzticamība programmai.

2019. gada pirmajā pusē Sociālās apdrošināšanas pārvaldes komandas nodrošināja MDĢT 125 gadījumiem (2018. gadā tie bija 159 gadījumi). MDĢT 66 gadījumos no 125 gadījumiem tika uzsākta 2019. gadā un 51 gadījumam MDĢT tika noslēgta šajā gadā. 50 gadījumos nosūtījumu veica policija, 36 – prokuratūra, 24 gadījumos nosūtījums nāca no bērnu tiesību aizsardzības speciālistiem, bet piecos gadījumos nozīmējumu sniedza tiesa un trīs – probācijas darbinieks.¹³¹

Kopumā MDĢT programma Igaunijā ietver ciešu sadarbību starp dažādām iestādēm un partneriem, ieskaitot Sociālās apdrošināšanas pārvaldi, policiju, prokuratūru, bērnu tiesību aizsardzības speciālistus, tiesas, probācijas dienestus un Viru cietumu. Šīs iestādes strādā kopā, lai nodrošinātu veiksmīgu MDĢT programmas ieviešanu, tādējādi nodrošinot savlaicīgu atbalstu jauniešiem un viņu ģimenēm, kuri saskaras ar sarežģītiem izaicinājumiem.

CITAS NOZĪMĪGAS AKTIVITĀTES, PROJEKTI UN ORGANIZĀCIJAS

Papildu MDĢT programmai Sociālās apdrošināšanas pārvalde piedāvā dažādas programmas un pakalpojumus Igaunijā, kuru mērķis ir atbalstīt jauniešus. Kā viens no piemēriem ir Upuru atbalsta programma. Tā sevī ietver visaptverošu pieeju, ko izmanto institūcija, lai palīdzētu jauniešiem risināt viņu problēmas. Šo programmu ieviešana ietver sevī dinamisku sadarbību ar sociālajām sistēmām, tai skaitā tieslietu sistēmu, izglītības jomu un sociālo labklājību. Šāda veida sadarbības pieeja nodrošina, ka sniegtais atbalsts un intervences tiek piemērotas plašākā jaunieša dzīves kontekstā.

Lai izplatītu informāciju par MDĢT programmu, ir pieejami *Youtube* video, kuros tiek iepazīstināts ar MDĢT programmas galvenajiem konceptiem un pieeju. Papildus tam MDĢT programmas apraksti ir pieejami ne tikai Sociālās apdrošināšanas pārvaldes tīmekļa vietnē (mājas lapā), bet arī citu līdzīgu organizāciju tīmekļa vietnēs. MDĢT programmas publicitātes nodrošināšanai tiek izmantotas arī citas digitālās platformas kā, piemēram, viedokļu raksti vietējos laikrakstos un publikācijas. Terapeiti ir piedalījušies dažādos raidierakstos (*podcast*), kuros ir veicinājuši gan MDĢT programmas atpazīstamību, gan dalījušies galvenajās atziņās par to. Saistībā ar MDĢT programmai līdzīgu darbību tvēruma paplašināšanu atsevišķos reģionos, piemēram, Ida-Viru tiek ieviestas vairākas iniciatīvas, starp kurām ir programma vecākiem, kuriem bērni ir pirmsskolas vecumā. Tas atspoguļo MDĢT programmas spēju adaptēties un atsaukties sabiedrības grupu vajadzībām. Vienlaikus Igaunijā tiek strādāts pie MDĢT efektivitātes pētījumiem.

Kopumā Sociālās apdrošināšanas pārvaldes pieeja ietver ne tikai dažādu atbalsta programmu ieviešanu, bet arī visaptverošu stratēģiju šo programmu publicitātei, novērtēšanai un nepārtrauktai attīstībai. Šāda daudzpusīga pieeja sniedz atbalstu Igaunijā dzīvojošajiem jauniešiem.

¹³⁰ Delfi.ee. (2016). Eestis vangistatakse rohkem alaealisi kui Soomes ja Norras kokku. Retrieved from: <https://www.delfi.ee/artikkel/75891831/eestis-vangistatakse-rohkem-alaealisi-kui-soomes-ja-norras-kokku>

¹³¹ Sotsiaalkindlustusamet. (2019). MDFT 2019 poolaasta staistika. Retrieved from: <https://www.facebook.com/profile/100064679797426/search/?q=mdft>

4.2.3. FINANŠU LĪDZEKĻU PIESAISTE UN IZMAKSAS MDĢT PROGRAMMAS IEVIEŠANAI UN ĪSTENOŠANAI.

PRIMĀRO IZMAKSU KOMPONENTI IEVIEŠANAS PROCESĀ

Igaunijā sākotnējā pētījuma ietvaros, kurā tika salīdzinātas bērniem ar nopietnām uzvedības problēmām domātās atbalsta programmas, tika veiktas arī finanšu prognozes par MDĢT programmas ieviešanu. Finanšu prognozēs tika iekļautas atlīdzības izmaksas, administratīvās izmaksas, apmācību izmaksas un turpmāko mācību izmaksas (t.sk. licences atjaunošana), kā arī transporta izmaksas. MDĢT programmas gadījumā licence tiek izsniegta organizācijai uz trīs gadiem pēc apmācību programmas pabeigšanas, savukārt, terapeitu saņemtajam sertifikātam nav beigu termiņa.

Transporta izmaksās tika iekļauti nepieciešamie ceļa izdevumi terapeitiem pie klientiem un arī ceļa izdevumi MDĢT pasniedzējiem no Nīderlandes. MDĢT programmas akadēmijas pasniedzēji no Leidenes (Nīderlande) apmeklēja komandas trīs reizes pirmajā mācību gadā, divas reizes otrajā mācību gadā un vienu reizi gadā turpmākajā periodā. Piemēram, tika aprēķināts, ka apmācību izmaksas vienam MDĢT terapeitam 2013. gadā bija 6 548 EUR par pirmo mācību gadu, bet 2 167 EUR otrajā mācību gadā.

Darba spēka izmaksu aplēses tika veiktas, pieņemot, ka MDĢT programmas ieviešanas procesā Igaunijā tiks izveidotas četras komandas, kurās būs viens komandas pārraugis un divi terapeiti. Tabulā Nr. 4 uzrādītie aprēķini ir balstīti uz pieņēmumu, ka vidējais mēneša atalgojums terapeitiem 2014. gadā veidoja 1000 EUR¹³² mēnesī pirms nodokļu nomaksas un komandu pārraugiem šī summa bija 1 300 EUR mēnesī pirms nodokļu nomaksas, tādējādi kopējās atalgojuma izmaksas mēnesī ar darba devēja sociālās apdrošināšanas obligātajām iemaksām terapeitam un komandas pārraugiem būtu 1 340 EUR un 1 742 EUR. Atalgojumu izmaksu aprēķini tika veikti, pieņemot, ka terapeits nedēļā sesijām veltīja 15-20 stundas. Minimālie un maksimālie izmaksu aprēķini tika veidoti ar pieņēmumu, lai varētu piedāvāt lielāku un konkurētspējīgu atlīdzību kandidātiem, jo nebija pieejama informācija, cik būs speciālistu atbilstoši kvalifikācijas prasībām.

TABULA 4. AR PROGRAMMAS IEVIEŠANU SAISTĪTĀS IZMAKSAS, EUR

KOPĒJĀS IZMAKSAS (EUR)	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	KOPĀ 2014-2020
Apmācības	128 372	55 460	-	-	-	-	-	183 832
Pēc apmācību procesa nepieciešamās izmaksas	-	-	13 733	14 008	29 226*	14 574	14 865	86 406
					Licences atjaunošana			
Ceļa izmaksas	3 000	2 040	1 040	1 061	1 082	1 104	1 126	10 453
Algu fonds (8 terapeiti, 4 komandas pārraugi)	212 256	217 987	223 873	229 917	236 125	242 500	249 048	1 611 706
Administrēšanas izmaksas	30 000	30 810	31 642	32 496	33 374	34 275	35 200	227 797

¹³² Terapeita atalgojums 2020. gadā bija 1 300 EUR – Autora piezīme.

Pētniecība	10 000	10 270	10 547	10 832	11 125	11 425	11 733	75 932
Kopā minimālās izmaksas	383 628	316 567	280 835	288 315	310 931	303 878	311 973	2 196 126
Kopā maksimālās izmaksas	447 948	382 624	348 676	357 986	382 484	377 363	387 442	2 684 522

Avots: Salīdzinošais pētījums par bērniem ar nopietnām uzvedības problēmām domātām programmām (2014)

Galvenās atšķirības izmaksās MDĢT programmas uzsākšanas periodā un turpmākajā tās ieviešanas laikā ir saistītas ar vienreizējām izmaksām MDĢT programmas ieviešanas fāzē (piemēram, apmācību materiālu tulkošana).

Igaunijā kopš MDĢT programmas uzsākšanas līdz 2016. gada beigām izmaksas par MDĢT ieviešanu sastādīja aptuveni 1,4 miljonus EUR.¹³³ Lielākā daļa izmaksu bija saistītas ar vienreizējiem pasākumiem, piemēram, darbinieku sākotnējām apmācībām un izvērtējuma veikšanu.

KOPĒJĀS IZMAKSAS MDĢT PROGRAMMAS ĪSTENOŠANAI VIENA GADA IETVAROS

Ikgadējās izmaksas MDĢT programmas īstenošanai ir aptuveni 600 000¹³⁴- 700 000¹³⁵ EUR, kuras sevī ietver visus pastāvīgos izdevumus – terapeitu atalgojumu, ceļa izmaksas, licencēšanas izmaksas, kā arī izmaksas, kas saistītas ar pakalpojuma attīstīšanu (piemēram, jaunu terapeitu apmācīšana) un pētījumu veikšanu. Kopumā būtu nepieciešami aptuveni 800 000 EUR gadā, lai varētu veikt arī tādas darbības, kas saistītas ar mērķtiecīgāku MDĢT programmas īstenošanu, piemēram, pētījumu veikšana par MDĢT programmas efektivitāti. Taču, sākotnēji aprēķinot izmaksas, netika iekļauti visi pieļaujамie izdevumi, piemēram, ceļa izdevumi. Šādi izdevumi rodas, jo MDĢT programma tiek nodrošināta visā valstī, kā rezultātā daži terapeiti mēnesī nobrauc līdz 1 500 kilometriem, un visi ceļa izdevumi personālam tiek apmaksāti. Savukārt, MDĢT terapeitu atalgojums ir fiksēts neatkarīgi no gadījumu skaita.¹³⁶

Līdz šim nav veikti konkrēti aprēķini, cik izmaksā viens MDĢT gadījums Igaunijā, taču, atbilstoši 2017. gadā veiktajam MDĢT programmas efektivitātes izvērtējumam, izmaksas vienam jauniešim sastādīja aptuveni 4300 EUR.¹³⁷ Tas pēc aplēsēm bija 3-7 reizes lētāk, nekā viena jaunieša izmaksas gada laikā par uzturēšanos speciālajā skolā vai ieslodzījuma vietā, kur izmaksas svārstījās no 14 300 līdz pat 29 400 EUR gadā vienai personai. Pamatojoties uz pieņēmumu, ka MDĢT programma samazinās jauniešu izdarītos pārkāpumus par

¹³³ Aaben, L., Tammik, M., Kallavus, K. (2017). *Mitmedimensioonilise pereteraapia tõhususe uuring*. Tallinn: Poliitikauuringute Keskus Praxis. Retrieved from: https://www.praxis.ee/wp-content/uploads/2016/05/MDFT-raport_PRAXIS_aprill-2017.pdf

¹³⁴ 600 tūkstoši EUR bija norādīti 2017. gada MDĢT izvērtējuma pētījumā – Autora piezīme.

¹³⁵ 700 tūkstoši EUR budžets tika norādīts 2023. gada intervijā ar vienu no MDĢT komandas pārraugiem – Autora piezīme.

¹³⁶ Atbilstoši Igaunijas MDĢT pārraugu interviju laikā sniegtajai informācijai – Autora piezīme.

¹³⁷ Slēgtajās institūcijās MDĢT izmaksas par vienu gadījumu var būt lielākas, jo MDĢT var noritēt ilgāku laiku. Bērnu slēgtajās iestādēs tā lielākoties ir aptuveni 12 mēnešus, bet Viru cietumā ilgums variē no 3 līdz 24 mēnešiem (soda termiņa samazināšanās rezultātā saīsinās MDĢT īstenošanas laiks) – Autora piezīme.

30 % un samazinās izglītības procesa pārtraukšanas gadījumus par vairāk nekā 45 %, katrs MDĢT programmā investētais eiro ietaupa Igaunijas budžetā 5,3 EUR (2017. gada aprēķini).¹³⁸

Šobrīd Igaunijā notiek process, lai veiktu izmaiņas MDĢT programmas finansēšanas sistēmā, piemēram, pilnībā nodalot Sociālās apdrošināšanas pārvaldes un slēgtās jauniešu iestādes komandas budžetus, jo šobrīd daļa izmaksu ir kopējas, piemēram, izmaksas par MDĢT terapiju apmācībām, par licences uzturēšanu un tās ietvaros paredzēto pasākumu nodrošināšanu. Līdz šim tikai daļa izmaksu bija nodalītas kā, piemēram, personāla atalgojuma izmaksas.

MONITORĒŠANAS, EFEKTIVITĀTES PĒTĪJUMA IZMAKSAS UN PROCEDŪRA

MDĢT programmas turētāji nodrošina uzraudzību un konsultācijas atsevišķiem gadījumiem, kas ir daļa no MDĢT kvalitātes novērtēšanas. Galvenokārt uzraudzības pakalpojumu sniedz Jaunatnes Intervences fonds atbilstoši noslēgtajam līgumam ar MDĢT programmas ieviešanas valstīm: tiek organizētas posteru dienas, meistarklases un MDĢT gadījumu ierakstu izvērtēšana.

Tādējādi daļa no uzraudzības izmaksām tiek novirzīta no atalgojuma budžeta, jo tā ir daļa no komandas atbildības sfērām, ja specifiski šim mērķim finansējums nav paredzēts.

Izvērtējums, ko veica neatkarīgs pētniecības institūts pakalpojuma līguma ietvaros, tika nodrošināts saskaņā ar publiskā iepirkuma procedūrām, un šāda veida pakalpojuma izmaksas bija 15 500 EUR.¹³⁹ Taču, neskatoties uz to, ka 2014. gada izmaksu prognozes paredzēja arī regulāru pētījumu veikšanu, lai nodrošinātu gan pierādījumos balstītu pieeju, gan uzraudzību, kopš 2017. gada nav tikuši organizēti izvērtējumi ārpus pakalpojuma ietvaros.

4.2.4. MDĢT PROGRAMMAS SPECIĀLISTU PIESAISTE UN ATLASE APMĀCĪBĀM

Speciālisti, kuri ir atbildīgi par MDĢT programmas ieviešanu Igaunijā, tiek izvēlēti, pamatojoties uz noteiktiem atlasē kritērijiem, lai atlasītie speciālisti varētu nodrošināt bērniem un jauniešiem sniegto intervencu kvalitāti un efektivitāti. Speciālistu atlasē process ir izstrādāts, lai identificētu kandidātus ar atbilstošu kvalifikāciju, prasmēm un zināšanām un lai tie spētu veiksmīgi atrisināt sarežģītus gadījumus ar jauniešiem un viņu ģimenes locekļiem.

Viena no svarīgākajām prasībām MDĢT terapiju ir augstākā izglītība, vēlams tādās nozarēs kā psiholoģija, bērnu tiesību aizsardzība, sociālais darbs vai izglītības zinātnes. Tiek ieteikta maģistra līmeņa izglītība, taču bakalaura grāds ir noteikts kā minimālais izglītības līmenis, lai kļūtu par terapiju. No kandidātiem tiek sagaidīta vismaz trīs gadu darba pieredze attiecīgajā nozarē. Šāda prasība ir izvirzīta, lai kandidātam, kurš piesakās uz terapiju vakanci, būtu izpratne par tiem izaicinājumiem, ar kuriem saskarās jaunieši un viņu ģimenes, un lai speciālists spēj sniegt mērķētu un efektīvu atbalstu. MDĢT programmas komandas pārraugiem ir jābūt maģistra grādam un vēlāk arī sertificētiem MDĢT terapiju. MDĢT programmas veidotāji nodrošina komandu pārraugu mācības. Pirms komandu terapiju atlasē procesa uzsākšanas tiek noskaidrota MDĢT apmācību pieejamība, lai jaunie speciālisti var nekavējoties uzsākt MDĢT apmācības pēc vienošanās noslēgšanas par darba uzsākšanu.

¹³⁸Aaben, L., Tammik, M., Kallavus, K. (2017). *Mitmedimensioonilise pereteraapia tõhususe uuring*. Tallinn: Poliitikauuringute Keskus Praxis. Retrieved from: https://www.praxis.ee/wp-content/uploads/2016/05/MDFT-raport_PRAXIS_aprill-2017.pdf

¹³⁹Hanke aruanne: *Mitmedimensioonilise pereteraapia (MDFT) tõhususe uuringu läbiviimine*. (2016). Retrieved from: <https://www.mercell.com/en/tender/56719968/hanke-aruanne-mitmedimensioonilise-pereteraapia-mdft-tohususe-uuringu-labiviimine-br-hanke-voitja-sihtasutus-poliitikauuringute-keskus-praxis-90005952-br15500-eur-tender.aspx>

Lai terapeiti varētu orientēties dinamiskajos un daudzpusīgajos procesos darbā ar ģimenēm, kurām nepieciešama palīdzība, ir vitāli nepieciešamas izcilas komunikācijas, laika plānošanas un pašorganizācijas prasmes. Spēja tikt galā ar sarežģītiem gadījumiem un sadarboties ar dažādiem jauniešiem un viņu ģimenes locekļiem ir būtiska, lai spētu piemērot intervences atbilstoši specifiskajiem gadījumiem un veicinātu pozitīvu rezultātu sasniegšanu. Viena no prasībām terapeitiem ir labas angļu un krievu valodas zināšanas, ņemot vērā Igaunijā pastāvošo valodu dažādību. Tāpat terapeitiem ir nepieciešama autovadītāja apliecība, lai varētu nodrošināt efektīvu darbu ar ģimenēm atbilstoši to dzīvesvietām. Papildus tam personāla atlases procesā tiek izvērtētas kandidātu personiskās īpašības, kas ietekmē veiksmīgu MDĢT procesa iznākumu. Terapeitos tiek augsti vērtētas tādas īpašības kā empātija un rūpes par citiem, uz risinājumiem un sadarbību vērsta pieeja. Darba sludinājumos tiek iekļautas prasības arī par personiskajām īpašībām ne tikai profesionālo pieredzi un kvalifikāciju.

MDĢT komandas pārraugi atzīst, ka, lai nodrošinātu veiksmīgu MDĢT programmas ieviešanu, MDĢT terapeitiem jāpieņem ne tikai atbilstošām prasmēm, bet arī domāšanas veidam (*mindset*) – terapeitiem jāspēj pieņemt MDĢT darba laika specifiku (darbs ārpus normālā darba laika ietvara, t.sk. vakaros, pieejamība krīzes situācijās), kā arī jāpieņem un jāspēj tikt galā ar ikdienas personīgajiem izaicinājumiem, kuri ir neatņemama sastāvdaļa darbā ar ģimenēm. Terapeitam ir jāspēj bez nosodījuma saskatīt situāciju no ģimenes perspektīvas. Vienlaikus terapeitiem ir jāapzinās arī savas spējas, stiprās un vājās puses, lai varētu nodrošināt darba un privātās dzīves līdzsvaru, kā arī sekmīgi pārvarēt izaicinājumus darbā un saglabātu motivāciju un apņēmību turpināt terapeita pienākumus veikt MDĢT komandā ilgtermiņā.

Viens no lielākajiem izaicinājumiem ir darba spēka mainība, jo MDĢT programmas īstenošana nav ierastais terapeita darbs, kā arī atalgojums ir salīdzinoši zemāks nekā privātpraksēm, un reizēm ir jāstrādā darba dienu vakaros un nedēļas nogalēs. Līdz ar to šādai profesionālai darbībai jāņem vērā augsts risks attiecībā uz profesionālo izdegšanu. Ja salīdzina Viru cietumu ar Sociālās apdrošināšanas pārvaldi, kur darbinieku mainības dēļ jaunus cilvēkus jāpieņem darbā katru gadu, tur darba spēka mainība ir zemāka. Igaunijā MDĢT programmu īsteno publiskā sektora iestādes, taču arī tajās ir pieejamas dažādas motivācijas metodes, tai skaitā papildatvaļinājums, brīvdienas, ko izmantot ārstniecības pakalpojumu izmantošanai, elastīga darba organizēšana.

4.2.5. KRITĒRIJI JAUNIEŠA UN ĢIMENES NOSŪTĪŠANAI UN UZŅEMŠANAI MDĢT PROGRAMMĀ UN PIEJAMO METODISKO RĪKU UN INSTRUMENTU KLĀSTA RAKSTUROJUMS

Igaunijā MDĢT programma tika ieviesta, lai sniegtu mērķētu atbalstu noteiktai mērķa grupai – bērniem un jauniešiem vecumā no 11 līdz 18 gadiem ar augsta riska uzvedību un viņu ģimenēm. MDĢT programma risina virkni izaicinājumu, ar kuriem saskarās bērni un jaunieši, tai skaitā ar noziedzīgu uzvedību, vielu lietošanu, uzvedības traucējumiem. Lai nodrošinātu, ka MDĢT programma sasniedz jauniešus, kuriem tā būtu visvairāk nepieciešama, ir definēti dalībnieku uzņemšanas un izslēgšanas kritēriji MDĢT programmā.

Kā prioritāte ir noteikta jaunieši, kuriem ir augsts risks noziedzīgai uzvedībai, un pēc tam tiek atlasīti pārējie dalībnieki atbilstoši MDĢT programmas kritērijiem, jo MDĢT programmai ir augstas izmaksas¹⁴⁰ un tās resursi jānodrošina pēc iespējas lietderīgāk un efektīvāk.

MDĢT terapeits veic riska izvērtējumu katram nosūtītajam jauniešim dalībai MDĢT programmā saskaņā ar PACT riska novērtējuma aptaujas anketu (*PACT risk assessment*). Pēc sniegtās informācija aptaujas anketā,

¹⁴⁰ MDĢT ir bez maksas jauniešiem un viņu ģimenēm – Autora piezīme.

var noteikt jaunieša pirmreizēja vai atkārtota pārkāpuma veikšanas iespējamībai riska līmeni (zems, vidējs vai augsts), ja netiks veikta MDGT intervence.¹⁴¹

UZŅEMŠANAS KRITĒRIJI

VECUMS | Programmā uzņem jauniešus vecumā no 11 līdz 18 gadiem ieskaitot. Slēgtajās bērnu un jauniešu iestādēs šis vecums ir noteikts no 11 līdz 17 gadiem un Viru cietumā – no 14 līdz 21 gadam.¹⁴²

AUGSTA RISKA UZVEDĪBA | Sākotnēji mērķa grupa ietvēra individuus, kuri jau bija veikuši noziedzīgas darbības vai pārkāpumus, kas veikti nejauši vai negadījuma rezultātā, un kuriem ir klātesoši arī citi riski kā vielu lietošana, problēmas skolā (piemēram, regulāra skolas neapmeklēšana bez attaisnojoša iemesla), ģimenes konflikti, mentālās veselības problēmas, seksuālā uzvedība. Šobrīd, ja persona ir atbilstoša MDGT programmai un tās kritērijiem, kā arī riska novērtējumā tiek secināts par nozieguma izdarīšanas iespējamību, ja netiks veikta intervence, persona var tikt nozīmēta dalībai MDGT programmā.

ĢIMENES IESAISTE | Līdzdalība vismaz vienam pieaugušam ģimenes loceklim, biežāk vienam no vecākiem. Gadījumos, kad bērnam vai jauniešim tiek nodrošināta ārpusģimenes aprūpe, var tikt iesaistīta audžuģimene, aizbildņi. Ierobežojums dalībai MDGT programmā ir tiem dalībniekiem, kuri atrodas aprūpes iestādēs.

IEPRIEKŠ SAŅEMTI PAKALPOJUMI | Viens no sākotnējiem kritērijiem uzņemšanai dalībai MDGT programmā bija, vai jauniešis jau iepriekš ir saņēmis pakalpojumus, piemēram, psiholoģisku atbalstu, ģimenes terapiju vai atkarību ārstēšanu. Taču laika gaitā šis aspekts vairāk nav tik būtisks, jo dažos gadījumos tieši MDGT var būt kā pirmā terapija ģimenei. Papildus jāņem vērā, ka MDGT neuzrāda augstāku efektivitāti, salīdzinot ar citām ģimenes ārstēšanas metodēm, gadījumos, kad risks izdarīt pārkāpumus nav pietiekami augsts. Šo aspektu izvērtē katram gadījumam individuāli un tas sniedz plašāku ieskatu par pakalpojumiem, ko ir saņēmis jauniešis un viņa ģimene, lai risinātu problēmsituācijas, taču tas nav noteicošais faktors saņemt MDGT programmu.

PROBLĒMU DAUDZVEIDĪBA | Jaunieši, kuriem ir MDGT programmas kritērijiem atbilstošs daudzveidīgs problēmu loks un dažāda veida riskanta uzvedība, piemēram, vielu lietošana, pārkāpumu veikšana, skolas neapmeklēšana un uzvedības grūtības, ir atbilstoši dalībai MDGT programmā.

IZSLĒGŠANAS KRITĒRIJI

AKŪTAS PSIHIATRISKAS VAJADZĪBAS | Bērni un jaunieši, kuriem ir akūta nepieciešamība pēc psihiatriskas ārstēšanas, netiek iekļauti MDGT programmā.

INSTITUCIONĀLĀ PSIHIATRISKĀ APRŪPE | Bērni un jaunieši, kuri atrodas institucionālā psihiatrijas aprūpē vai tiem tiek nodrošināta cieša uzraudzība, kā arī tie, kuriem ir psihiatrisku saslimšanu diagnozes, pēc veselības stāvokļa analīzes veikšanas, smagāku stāvokļu gadījumā varētu netikt iekļauti dalībai MDGT programmā.

ABSTINENCES SINDROMS | Individīdi ar akūtas abstinences stāvokli, kurai nepieciešama ārstēšana, netiek iekļauti MDGT programmā.

¹⁴¹ Sotsiaalkindlustusamet. Mitmedimensiooniline pereteraapia. Retrieved from:

<https://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/spetsialistile-ja-koostoopartnerile/laste-ja-peredega-tootavale-spetsialistile/mitmedimensiooniline#taotlemine>

¹⁴² Vairumā gadījumu jaunieši tiek pārvietoti no nepilngadīgo aizturēšanas vietām pēc 21 gada vecuma sasniegšanas un šajos gadījumos MDGT netiek turpināta – Autora piezīme.

ĢIMENES ATBALSTA TRŪKUMS | Jaunieša uzņemšana MDĢT programmā netiek atbalstīta, ja vismaz viens no ģimenes locekļiem vai aizbildņiem nepiekrīt piedalīties MDĢT.

ZEMS IQ | Bērni un jaunieši ar intelekta koeficientu zem IQ 70 standartballēm nevar saņemt MDĢT, jo šī terapija nebūs efektīva personām ar šāda līmeņa garīgās attīstības traucējumiem.

VARDARBĪGA UZVEDĪBA AR PSIHOPĀTISKU IEZĪMJU KLĀTESAMĪBU | Ja tiek demonstrēta īpaši vardarbīga uzvedība, tiek rūpīgi izvērtēta atbilstība MDĢT programmai, jo psihopātiskas iezīmes var būt par iemeslu neiekļaušanai MDĢT programmā. Cilvēkiem ar šādām veselības iezīmēm MDĢT izmantotās metodes var sniegt pat pretēju rezultātu. Tā kā Igaunijā nav ieviesta psihopātijas novērtēšanas sistēma, lēmums par atbilstību dalībai MDĢT šādos gadījumos tiek pieņemts MDĢT komandas ietvaros, terapeitiem un komandas pārraugam kopīgi izvērtējot individuālo gadījumu vai piesaistot papildu speciālistu.¹⁴³

Igaunijā mēdz būt reti gadījumi, kad jauniešiem un ģimenei tiek pārtraukta dalība MDĢT pēc tās uzsākšanas. Ģimene pati var pieņemt lēmumu neturpināt dalību MDĢT, taču šis lēmums var tikt iniciēts arī no MDĢT komandas puses. Lielākoties šādi gadījumi tika novēroti situācijās, kad MDĢT terapeitam neizdodas izveidot uzvedības pārmaiņu ieviešanai nepieciešamo saikni ar ģimeni. Šādas situācijas izveidojas, jo ģimenes locekļi mēdz regulāri bez brīdinājuma atcelt norunātās terapijas sesijas un izvairīties no komunikācijas ar terapeitu, tai skaitā neatbildēt uz telefona zvaniem. Līdz ar to ģimenes locekļu rīcības dēļ var tikt pieņemts lēmums par MDĢT pārtraukšanu.

Gadījumos, kad MDĢT terapeitam ir grūtības nodibināt ar jauniešiem savstarpējo uzticēšanos, bet vecāki ir motivēti un atsaucīgi sadarbībai ar MDĢT terapeitu, MDĢT pārtraukšana nav nepieciešama, jo pārmaiņas iespējams arī īstenot, izmainot ģimenes locekļu uzvedību.

Pirms jebkura lēmuma pieņemšanas par MDĢT pārtraukšanu MDĢT terapeits konsultējas par radušos situāciju ar komandas pārraugu. Ja tiek secināts, ka šajā situācijā MDĢT būtu jāpārtrauc, par to tiek informēta iestāde, kura jauniešiem un ģimeni ir nosūtījusi dalībai MDĢT programmā. Tiek organizēta kopēja sanāksme ar atbalsta procesā iesaistītajām institūcijām un ģimeni, un pēc sanāksmes tiek pieņemts galīgais lēmums par MDĢT pārtraukšanu vai turpināšanu.

Lēmumam par MDĢT pārtraukšanu ir vairāki cēloņi. Pirmkārt, problēmas vecāku motivācijai līdzdarboties MDĢT ir novērotas gadījumos, kad vecākiem trūkst resursu nepieciešamo pārmaiņu veikšanai vai ir nopietnas garīgās veselības vai atkarību problēmas. Otrkārt, gadījumos, kad problēmas nav ļoti kompleksas vai smagas, ģimenei var trūkt motivācijas īstenot MDĢT pilnībā tās ilguma un intensitātes dēļ. Vecāku motivācija līdzdarboties var trūkt arī situācijās, kad bērna vai jaunieša problēmas ir ļoti smagas, piemēram, saistībā ar jaunieša garīgās veselības problēmām, kuru dēļ viņš nodara kaitējumu sev un apkārtējiem. Šādos gadījumos MDĢT var nesniegt gaidītos rezultātus, un problēmu risināšanai jauniešiem būtu nepieciešama cita veida pakalpojums, piemēram, institucionālās aprūpes ietvaros.

Profesionāļi, kuri ir iesaistīti jauniešu izpētes un uzņemšanas procesā, izmanto MDĢT programmas izstrādātās vadlīnijas un metodoloģiju, lai identificētu MDĢT programmai atbilstošos kandidātus. Izpētes un uzņemšanas process dalībai MDĢT programmā ietver gan riskantas uzvedības, gan ģimenes savstarpējo attiecību dinamikas, iepriekšējo pakalpojumu lietderības un citu situāciju ietekmējošu faktoru izvērtējumu. Šī izvērtējuma veikšana ir nozīmīgs elements, lai noteiktu, vai MDĢT būtu piemērotākais no risinājumiem jaunieša un ģimenes problēmu mazināšanai vai izskaušanai.

Igaunijā MDĢT programmai ir skaidri definēti uzņemšanas un izslēgšanas kritēriji, kā arī MDĢT terapeitiem ir pieeja vadlīnijām un metodoloģiskajam ietvaram, lai nodrošinātu, ka MDĢT programmā tiek iekļauti tie kandidāti, kuriem dalība tieši šajā programmā sniegtu vislielākos ieguvumus.

¹⁴³ Atbilstoši Igaunijas MDĢT komandas pārraugu sniegtajam skaidrojumam - Autora piezīme.

4.2.6. MDGT PROGRAMMAS EFEKTIVĪTĀTES RAKSTUROJUMS

Igaunijā atbilstoši izvērtējuma pētījumam¹⁴⁴ MDGT ir pierādījusi savu efektivitāti, un tā rezultātā ir veiktas pozitīvas izmaiņas vairumā to jauniešu un viņu ģimeņu gadījumos, kuri tika iesaistīti MDGT programmā. Pilotprogrammas izvērtējuma ietvaros tika veikts MDGT programmā iekļauto jauniešu riska līmeņa novērtējums aptaujas anketu veidā. Anketā tika vērtētas 42 pazīmes astoņās dažādās jomās, par katru klātesošu pazīmi piešķirot vienu punktu. Atbilstoši iegūtajam punktu skaitam, tika noteikts jaunieša riska līmenis – zems, vidējs, augsts vai ļoti augsts.¹⁴⁵ Desmit mēnešu laikā visu analīzē iekļauto jauniešu uzvedības problēmu veicinošie riski tika samazināti par vairāk nekā pusi – ja, uzsākot programmu, jauniešu vidējais riska līmeņa rādītājs tika novērtēts ar 19,7 punktiem, tad, veicot atkārtotu novērtējumu desmit mēnešus vēlāk, jauniešu vidējais riska līmeņa rādītājs bija 8,1 punkti.¹⁴⁶

MDGT programma bijusi efektīva gan vidēja, gan augsta riska gadījumos – riska samazinājums bija līdzvērtīgs abās grupās. Visnozīmīgākie risku uzlabojumi MDGT programmas izmantošanas rezultātā bija novēroti skolas dzīvē, ģimenes attiecībās, emociju vadīšanā un aktīvākā iesaistē brīvā laika aktivitātēs. Savukārt, atšķirīga ietekme MDGT programmas piemērošanas rezultātā bija novērota starp dalībnieku (jauniešu) vecuma grupām. Jauniešiem līdz 15 gadu vecumam MDGT rezultātā vairāk samazinājušies riski, kas saistīti ar noziedzīgu nodarījumu veikšanu, taču jauniešiem, kuri ir vecāki par 15 gadiem, lielāka ietekme uz risku samazināšanos, ir novērota jomās saistītās ar skolas dzīvi un brīvā laika aktivitātēm. Tomēr, neskatoties uz šīm atšķirībām, kopējais riska līmeņa samazinājums dažādās vecuma grupās ir līdzvērtīgs. Izvērtējuma secinājumi sniedz vērtīgu ieskatu MDGT programmas stiprajās pusēs un aspektos, kas būtu uzlabojumi, lai veicinātu nepārtrauktu attīstību.

Atbilstoši terapeitu viedoklim visnozīmīgākais veiksmīgo gadījumu faktors ir ģimenes pašas vēlme līdzdarboties, tās apzināšanās par nepieciešamajām pārmaiņām un apņemšanās uzlabot esošo situāciju, kā arī ticība pozitīvām pārmaiņām. Kā būtiskākie iemesli, kāpēc MDGT rezultāti bijuši mazāk veiksmīgi, izriet no ģimenes gribasspēka trūkuma un zemas ieinteresētības risināt situāciju, un ģimenes apstākļiem kā, piemēram, iesakņojusies vardarbība, nopietni garīgās veselības traucējumi, akūtas problēmas ar sociālo iekļaušanos. Pēc MDGT terapeitu novērojumiem meitenes ir sarežģītākā un nopietnākā mērķa grupa MDGT programmā iekļauto gadījumu vidū.

Bieži vien ģimenēm ir nepieciešami arī papildu pakalpojumi, bet tie nav pilnvērtīgi pieejami visā Igaunijā, piemēram, runas terapeits vai psihiatrs. Tāpat ir gadījumi, kad MDGT īstenošanas rezultātā terapeiti nonāk pie secinājuma, ka vecākam ir atsevišķi nepieciešama citu speciālistu palīdzība, un terapeiti palīdz piemeklēt nepieciešamo atbalstu ārpus MDGT programmas.

Viena no priekšrocībām šajā ziņā ir tā, ka MDGT komandas pārraugi cieši sadarbojas ar institūcijām, kuras novirza personas uz tām piemērotākajām atbalsta programmām, tādējādi tiek sekmēta informācijas apmaiņa starp MDGT programmas terapeitiem un institūcijām par jauniešu, kuri izgājuši MDGT, esošo situāciju.

¹⁴⁴ Aaben, L., Tammik, M., Kallavus, K. (2017). *Mitmedimensioonilise pereteraapia tõhususe uuring*. Tallinn: Poliitikauringute Keskus Praxis. Retrieved from: https://www.praxis.ee/wp-content/uploads/2016/05/MDFT-raport_PRAXIS_aprill-2017.pdf

¹⁴⁵ Atbilstoši novērtējuma metodoloģijai, ja jaunieša riska novērtējuma punktu skaits ir 0-8 punkti, tas atbilst zēmam riska līmenim, 9-22 punkti atbilst vidējam riskam, 23-34 punkti – augstam riskam, bet vairāk par 35 punktiem nozīmē ļoti augstu riska līmeni – Autora piezīme.

¹⁴⁶ Aaben, L., Tammik, M., Kallavus, K. (2017). *Mitmedimensioonilise pereteraapia tõhususe uuring*. Tallinn: Poliitikauringute Keskus Praxis. Retrieved from: https://www.praxis.ee/wp-content/uploads/2016/05/MDFT-raport_PRAXIS_aprill-2017.pdf

4.2.7. MDĢT PROGRAMMAS SAISTĪBA AR CITIEM PREVENTĪVIEM PASĀKUMIEM UN SPECIĀLISTU PIESAISTE

Igaunija ir ieviesusi virkni prevencijas programmu un aktivitāšu, kas papildina MDĢT programmu, veicinot jauniešu vispārējo labklājību un mentālo veselību. Šādas iniciatīvas atspoguļo holistisko pieeju, sadarbojoties vairākām metodēm un pieejām, lai apmierinātu bērnu un jauniešu dažādās vajadzības. Lai gan MDĢT terapeiti paši neīsteno citas terapijas ārpus MDĢT programmas, viņiem ir iespēja novirzīt ģimenes locekļus tiem atbilstošām terapijām, ja ir šāda nepieciešamība, piemēram, vecākus pāru terapijai, bērnus un ģimenes locekļus atkarības programmām, psihologa vai psihoterapeita konsultācijām. Kopumā MDĢT programma neizslēdz sadarbību ar citiem speciālistiem, jo jaunieša vide ir viens no faktoriem MDĢT, un tas palīdz labāk risināt ģimenes vajadzības.

Projekts "Riskam pakļauto bērnu un jauniešu atbalsta sistēmas uzlabošana" ir piemērs sekmīgai sadarbībai, kura ietvaros tika attīstīta starpnozaru atbalsta sistēma, lai mazinātu dažādus riskus, kas negatīvi ietekmē bērnus un jauniešus, un uzlabotu viņu labklājību. Tādējādi, ieviešot un piemērojot gan MDĢT programmu, gan pozitīvas vecāku audzināšanas programmu "Satriecošie Gadi"¹⁴⁷, Igaunijā tiek mēģināts veidot visaptverošāku un efektīvāku atbalsta tīklu bērniem vai jauniešiem un viņu ģimenēm.

Papildus tam Igaunijas skolās ir tikusi ieviesta arī KiVa programma un PAX labas uzvedības spēle¹⁴⁸. Šīs pierādījumos balstītās programmas pievēršas jautājumiem, kas saistīti ar bulinga mazināšanu vai novēršanu, sociālo un emocionālo labklājību un mācību sasniegumiem izglītībā. Šādas iniciatīvas saskan ar MDĢT programmas mērķiem, jo veicina pozitīvu vidi skolās un mentālo veselību jauniešu vidū.

Sociālās apdrošināšanas pārvaldes iesaiste pakalpojumu sniegšanā nepilngadīgiem jauniešiem, kuri veikuši pārkāpumus, vēl vairāk ilustrē koordinētas darbības mērķu sasniegšanai. Tādu pakalpojumu ietvaros kā "Ārā no apļa"¹⁴⁹ konfliktu starpniecība un konsultācijas ar vietējo pašvaldību darbojas sasaistē ar MDĢT programmu un citām iniciatīvām, lai nodrošinātu visaptverošas aprūpes nepārtrauktību jauniešiem, kuri nonākuši tieslietu sistēmā. Šāda integrēta pieeja atvieglo zināšanu un prasmju apmaiņu dažādu programmu profesionāļu starpā, tādējādi nodrošinot efektīvāku un rezultatīvāku resursu izmantošanu un uz cilvēku vērstu pieeju.

Igaunijas gadījumā ir jūtams iepriekš minēto jomu speciālistu trūkums, kas skaidrojams kā publiskā sektora izaicinājums nodrošināt konkurētspējīgu atalgojumu, kas motivētu terapeitus izvēlēties darbu šajā jomā, kā arī pastāv regulāra esošo speciālistu mainība. MDĢT speciālistu mainība nozīmē arī to, ka jaunam speciālistam, uzsākot darbu MDĢT, ir jāiziet apmācību process un jāgūst praktiskā pieredze, pielietojot MDĢT metodes praksē, un tas ir laikietilpīgs process. Lai arī Igaunijā mēdz piekopt praksi un darba līgumos norādīt atrunu par minimālo laiku, kas jānostrādā pēc apmācību pabeigšanas, tomēr praksē šīs prasības nav efektīvas un visbiežāk netiek piemērotas.¹⁵⁰

¹⁴⁷ Trakvanem.ee, Vanemlusprogramm „Imelised aastad” Retrieved from: <https://trakvanem.ee/koolitused/imelised-aastad/>

¹⁴⁸ European Commission (2021). Estonia. Health and Well-Being. Retrieved from: <https://national-policies.eacea.ec.europa.eu/youthwiki/chapters/estonia/75-mental-health>

¹⁴⁹ Sotsiaalkindlustamet. "Ringist välja" mudel. Retrieved from: <https://sotsiaalkindlustusamet.ee/spetsialistile-ja-koostoopartnerile/laste-ja-peredega-tootavale-spetsialistile/ringist-valja-mudel>

¹⁵⁰ Atbilstoši Igaunijas MDĢT supervīzoru sniegtajai informācijai interviju laikā – Autora piezīme.

4.3. ZVIEDRIJAS PIEREDZE MDĢT PROGRAMMAS IEVIEŠANĀ

4.3.1. MDĢT PROGRAMMAS VAJADZĪBAS IDENTIFICĒŠANA UN IEVIEŠANA

MDĢT programmas ieviešanas process Zviedrijā tika uzsākts kopā ar MDĢT komandas terapeitu apmācībām 2009. gadā. Zviedrijā MDĢT programmas ieviešanu iniciēja privāts nodibinājums "Vecāku centrs" (*Föräldracentrum*), kurš savu darbību bija uzsācis 1998. gadā.¹⁵¹ To izveidoja laulāts pāris, no kuriem viens ir ar psihologa un otrs - ar psihoterapeita kvalifikāciju, lai kopā darbotos ģimenes terapijas jomā.

Nodibinājuma "Vecāku centrs" motivācija ieviest MDĢT programmu tiek skaidrota ar profesionālajiem novērojumiem strādājot nozarē, ka ir iespējams labāks veids, kā risināt jauniešu problēmas. Pašvaldību sociālajiem dienestiem bija pieejamas savas ieviestās programmas, bet tās ne vienmēr bija efektīvas un pierādījumos balstītas. Papildus tam palīdzības sniegšana bija ļoti fragmentēta, piemēram, risinot atkarību problēmas tika piedāvāta viena programma, bet kriminālas uzvedības novēršanai - pilnīgi cita. Tādēļ nodibinājuma "Vecāku centrs" abi terapeiti nonāca pie secinājuma, ka ir nepieciešama visaptverošāka pieeja dažādu problēmu risināšanai.

Tādēļ nodibinājums veica izpēti par programmām, kas ir pieejamas citās valstīs, un kā piemērotākās atzina divas programmas - biheiviorālā ģimenes sistēmu terapija (BĢST) un MDĢT. Lai gan tika nodibināti kontakti ar abu programmu vadošajiem pārstāvjiem, tomēr nodibinājums "Vecāku centrs" nolēma koncentrēties uz MDĢT. Abu terapeitu vizīte ASV 2007. gadā bija kā viens no izšķirošajiem faktoriem par MDĢT programmas ieviešanu nodibinājuma "Vecāku centrs" vadībā. Šīs vizītes laikā tika gūta atziņa, ka MDĢT programmas pieeja atbilst arī pašu speciālistu redzējumam par problēmsituāciju risināšanu, kas skar jauniešus Zviedrijā. Līdz ar to terapeiti uzsāka apmācības ASV, taču vēlāk turpināja tās Nīderlandē. Zviedrijā ir ieviests arī BĢST, bet citu speciālistu vadībā.

Zviedrijā MDĢT programmas ieviešana notika pēc nodibinājuma "Vecāku centrs" iniciatīvas, kā arī izmantojot organizācijas ietvaros pieejamo finansējumu. Nodibinājuma vadītājs MDĢT ieviešanas periodu raksturo kā grūtu, jo viņiem esot bijis izaicinājums sasniegt pašvaldības, tā kā iepriekš nebija izveidoti kontakti pašvaldību politiskās vadības līmenī. Taču aptuveni trīs gadu laikā veiktā darba rezultāti, kā arī MDĢT programmas sniegtie ieguvumi, ir tikuši pamanīti, ieskaitot ekonomiskos ieguvumus, ņemot vērā, ka viena MDĢT programma ar tajā iesaistītajiem speciālistu resursiem aptver un risina dažādas problēmas.

Tādējādi secināms, ka Zviedrijā MDĢT ieviešana nav tikusi balstīta kādās specifiskās, izmērāmās problēmās attiecīgajā reģionā vai valstī kopumā. Tā attīstījies uz privātas iniciatīvas pamata, novērojot trūkumus pieejamajā atbalsta sistēmā bērniem un jauniešiem. Neskatoties uz to, ka MDĢT programma valstī darbojas vairāk nekā desmit gadus, tā joprojām tiek īstenota tikai nodibinājuma "Vecāku centrs" ietvaros un ir pieejama tikai divos Zviedrijas reģionos – Skones reģionā (*Skåne*) un Stokholmā, tai skaitā tās apkārtnē.

4.3.2. VALSTS NORMATĪVO AKTU ATBILSTĪBA MDĢT PROGRAMMAS AKTUALITĀTEI UN IEVIEŠANAS PAMATOJUMAM (PROCEDŪRAI)

VALSTS NORMATĪVIE AKTI, KURI SKAIDRO MDĢT PROGRAMMAS ĪSTENOŠANU LIKUMDOŠANĀ

Zviedrijā MDĢT programma darbojas esošās likumdošanas ietvaros un tās ieviešanai speciālas izmaiņas netika veiktas. Jauniešu aprūpe ir iekļauta sociālo dienestu kompetencē atbilstoši Sociālo pakalpojumu aktam.¹⁵² Šī akta 2.1. punkts nosaka, ka pašvaldības atbildībā ir nodrošināt indivīdiem nepieciešamā atbalsta un palīdzības saņemšanu, kā arī noteikt pieejamo pakalpojumu klāstu. Savukārt šī akta 2.5. punktā

¹⁵¹ Föräldracentrum - EN DEL AV MDFT SVERIGE. Retrieved from: <http://mdft.se/>

¹⁵² Socialtjänstlag (2001:453). (2001). Retrieved from: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453/#K16

ir dota iespēja pašvaldībām slēgt līgumus ar citām personām pašvaldības sociālo pakalpojumu uzdevumu izpildei.

Sociālo pakalpojumu aktu papildina cits akts par speciāliem noteikumiem jaunu cilvēku aprūpei¹⁵³, kurā tiek paplašināta vecuma grupa līdz 20 gadiem gadījumos, kad jaunieši pakļauj riskam savu veselību un attīstību atkarību izraisīto vielu lietošanas, kriminālas vai citas sociāli destruktīvas uzvedības dēļ. Sociālo pakalpojumu aktā bērna vecums ir noteikts līdz 18 gadiem. Kopumā abos minētajos normatīvajos aktos tiek definēti gadījumi un kārtība, kādā indivīdiem tiek sniegta palīdzība.

Šie normatīvie akti var tikt uzskatīti par pamatu MDĢT īstenošanai¹⁵⁴, jo bērni vai jaunieši tiek novirzīti pakalpojuma saņemšanai pēc sociālo dienestu rekomendācijas, kā arī MDĢT programmas īstenošanai finansējums tiek piešķirts no sociālo dienestu puses. Lai sociālo pakalpojumu sniedzējs varētu saņemt finansējumu, tiek noslēgta vienošanās starp organizāciju, kas sniedz pakalpojumu, un attiecīgo reģionu. Piemēram, nodibinājumam "Vecāku centrs" ir četru gadu ilga vienošanās¹⁵⁵ ar Skones reģionu par ārstēšanu un atbalstu bērniem vecumā no 0 līdz 17 gadiem ar vai bez ģimenēm. Šī vienošanās ir kā pamats, lai organizācija var sniegt savus pakalpojumus, tai skaitā īstenot MDĢT programmu, un par to saņemt pašvaldības finansējumu.

Zviedrijā šobrīd ir iespējams identificēt divus trūkumus spēkā esošajā likumdošanā, ko MDĢT programmas terapeiti ir mēģinājuši risināt.¹⁵⁶ Viens no tiem attiecas uz MDĢT programmā iekļaujamajām vecuma grupām, jo sociālā palīdzība lielākoties ir paredzēta bērniem līdz 18 gadiem, un pēc šī vecuma sasniegšanas indivīds kļūst par pieaugušo un jauniešu aprūpes pakalpojumi vairs netiek finansēti. Taču nodibinājums "Vecāku centrs" komunikācijas rezultātā ar Sociālo lietu ministriju Zviedrijā ir saņēmis atļauju atsevišķos gadījumos MDĢT piemērot arī vecākiem jauniešiem, piemēram, ja jaunieši pēc 18 gadiem joprojām apmeklē izglītības iestādi, dzīvo kopā ar vecākiem.

Otrs trūkums esošajā likumdošanā ir praktiskā sadarbība ar jaunieša vidi, piemēram, skolotājiem, ārstiem, kā arī citiem iesaistītiem speciālistiem, lai iegūtu nepieciešamo informāciju un lai izvērtētu bērna vai jaunieša situāciju ārpus ģimenes pirms MDĢT programmas uzsākšanas. Līdz šim iepriekš minētie pārstāvji atteicās sniegt informāciju par bērnu vai jauniešu, jo tam trūka juridiska pamatojuma. Šo situāciju nodibinājums "Vecāku centrs" ir atrisinājis, iesaistot bērna vai jaunieša vecākus, kuri ir tiesīgi piekļūt šādai informācijai, kā arī ar vecāku iesaisti ir iespējams nodrošināt nepieciešamo informācijas apmaiņu ar citiem speciālistiem.

Tādējādi secināms, ka MDĢT programmas galvenais likumdošanas ietvars, kurā tā darbojas, ir sociālo pakalpojumu jomā. Attiecīgi no tā izriet gan finansiālie aspekti saistīti ar izmaksu pamatojumu to kompensēšanai par sniegtajiem MDĢT programmas pakalpojumiem, gan sociālās jomas atbildības sfēra par jauniešu aprūpi Zviedrijā.

MDĢT IESAISTĪTĀS STRUKTŪRVIENĪBAS UN TO DARBA SPECIFIKA

Zviedrijā MDĢT programmas īstenošanā tiešā veidā ir iesaistītas tikai divas iestādes – pašvaldības sociālais dienests un nodibinājums "Vecāku centrs". Vienīgā iestāde, kura var novirzīt jauniešu saņemt MDĢT pakalpojumu, ir sociālais dienests. Sociālā dienesta redzes lokā jaunieši var nonākt arī no citu iestāžu puses, un sociālā dienesta kompetencē ir izvērtēt iespējamus risinājumus jauniešu problēmu mazināšanai

¹⁵³ Lag (1990:52) med sarskilda bestämmelser om vård av unga. (1990). Retrieved from:

https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-199052-med-sarskilda-bestammelser-om-var_d_sfs-1990-52/

¹⁵⁴ Atbilstoši nodibinājuma "Vecāku centrs" vadītāja sniegtajai informācijai intervijas laikā – Autora piezīme.

¹⁵⁵ Ramavtal avseende Öppenvård. (2020). Skåne, Kronoberg, Halland. Kommunförbundet Skåne, Föräldracentrum. 31.08.2020. Retrieved from: <https://contracts.opic.com/Attachment/Download/1712518/9505436>

¹⁵⁶ Atbilstoši nodibinājuma "Vecāku centrs" vadītāja sniegtajai informācijai intervijas laikā – Autora piezīme.

vai novēršanai. Ja MDĢT programma tiek identificēta kā potenciālais risinājums, jaunieši un ģimene tiek norīkota dalībai MDĢT programmā. Līdzīgi kā citās valstīs MDĢT speciālisti izvērtē konkrēto gadījumu un pieņem lēmumu par MDĢT piemērotību attiecīgās situācijas risināšanā. Nodibinājuma “Vecāku centrs” terapii strādā divos reģionos Skones reģionā (Malmes pilsētā (*Malmö*) atrodas nodibinājuma “Vecāku centrs” birojs) un Stokholmā, tai skaitā tās apkārtnē.

CITAS NOZĪMĪGAS AKTIVITĀTES, PROJEKTI UN ORGANIZĀCIJAS

Zviedrijas MDĢT komanda paralēli piesaista mentoru jauniešiem, lai tas palīdzētu rast piemērotākos veidus, kā aizvietot kaitīgos ieradumus ar jaunām aktivitātēm. Mentorus jauniešiem piesaista, ņemot vērā jauniešu dzimuma aspektu, proti, meitenēm ir sievietes dzimuma mentori, bet zēniem – vīrieši. Mentori neveic terapeitisko funkciju, bet palīdz mainīt ikdienu, atrast jaunas brīvā laika aktivitātes un sniedz atbalstu sociālajā dzīvē. Mentoru viedoklis un novērojumi darbā ar jauniešiem arī var tikt izmantoti MDĢT programmas procesā.

2021. gadā Nacionālā labklājības padome ir īstenojusi pētījumu¹⁵⁷, kurā pēc vairāku dažādu intervencu izvērtēšanas, ir izcēlusi MDĢT programmu kā vienu no četrām piemērotākajām programmām bērniem vecumā no 12 līdz 17 gadiem, kuriem novērojams augsts risks ilglaicīgai problemātiskai uzvedībai. Šis ir būtisks arguments MDĢT efektivitātei, lai mēģinātu veidot diskusijas par tālāku MDĢT attīstību Zviedrijā. Jau tuvākajā laikā notiks tikšanās ar Zviedrijas citu reģionu pārstāvjiem, lai sniegtu informāciju par MDĢT programmu un tās nozīmi bērnu un jauniešu problēmu risināšanā. Šādu pasākumu mērķis ir sekmēt MDĢT programmas pieejamību visā Zviedrijā, veicinot interesi par MDĢT programmu no citu pašvaldību un reģionu puses un veidojot jaunas komandas valstī.¹⁵⁸

4.3.3. FINANŠU LĪDZEKĻU PIESAISTE UN IZMAKSAS MDĢT PROGRAMMAS IEVIEŠANAI UN ĪSTENOŠANAI.

PRIMĀRO IZMAKSU KOMPONENTI IEVIEŠANAS PROCESĀ

Galvenās primārās izmaksas, kas MDĢT komandai ir bijušas, saistītas ar apmācību maksu un ar apmācībām saistītajiem ceļā un uzturēšanās izdevumiem. Speciālisti bija mācības uzsākuši ASV un šis laiks pārklājies ar globālo ekonomisko krīzi, kā rezultātā plānotie izdevumi par apmācību procesu ļoti pieauga ASV. Tādēļ tika pieņemts lēmums apmācības turpināt Nīderlandē, kur tajā laikā jau bija izveidota apmācību iestāde Eiropā. Sākotnēji Zviedrijas komandai bijuši tikai divi speciālisti, taču pēc laika tika piesaistīts un apmācīts arī trešais speciālists.

KOPĒJĀS IZMAKSAS MDĢT PROGRAMMAS ĪSTENOŠANAI VIENA GADA IETVAROS

Nodibinājums “Vecāku centrs” nav veicis precīzus aprēķinus, cik tam izmaksā MDĢT programmas īstenošana gadā. Taču šobrīd izdevumus, kas saistīti ar MDĢT programmas ieviešanu, kompensē pašvaldības atbilstoši stundas likmei. Stundas likmes izmaksās tiek iekļauti arī tādi izdevumi, kas saistīti ar ikgadējām apmācībām, ceļa izdevumiem. Noslēgtajā līgumā ar Skones reģionu noteiktā stundas likme ir 1250 zviedru kronas¹⁵⁹ par speciālista darbu ar ģimeni¹⁶⁰, taču atsevišķa samaksa kā, piemēram, par administratīvajiem vai transporta izdevumiem, ar pašvaldību nav paredzēta līgumā.

¹⁵⁷ Socialstyrelsen. (2021). Insatser för att motverka fortsatt normbrytande beteende och återfall i brott.

Kunskapsstöd med rekommendationer för socialtjänstens arbete med barn 6–17 år. Retrieved from:

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2021-11-7626.pdf>

¹⁵⁸ Atbilstoši nodibinājuma “Vecāku centrs” vadītāja sniegtajai informācijai intervijas laikā – Autora piezīme.

¹⁵⁹ Atbilstoši 2023. gada septembra valūtas kursam tie ir aptuveni 104 EUR – Autora piezīme.

¹⁶⁰ Ramavtal avseende Öppenvård. (2020). Skåne, Kronoberg, Halland. Kommunförbundet Skåne, Föräldracentrum.

31.08.2020. Retrieved from: <https://contracts.opic.com/Attachment/Download/1712518/9505436>

Ņemot vērā finansējuma modeli, izmaksas katram MDĢT gadījumam ir ļoti atšķirīgas, ko nosaka MDĢT ilgums un tās intensitāti. Šobrīd MDĢT programma tiek ieviesta divos reģionos – Skones reģionā, kas ietver 48 pašvaldības, un Stokholmā, kā arī tās apkārtnē esošajās 12 pašvaldībās. 2023. gadā MDĢT programmu īstenoja divi terapeiti un trešais uzsāka pacientu pieņemšanu vienlaikus ar apmācībām, tāpēc esošās kapacitātes ietvaros MDĢT komanda vienlaicīgi risina aptuveni 14 gadījumus sešu mēnešu periodā.

MONITORĒŠANAS, EFEKTIVITĀTES PĒTĪJUMA IZMAKSAS UN PROCEDŪRA

Nodibinājums “Vecāku centrs” nav veicis efektivitātes pētījumus. MDĢT programmas uzsākšanas posmā nodibinājums “Vecāku centrs” bija iesaistījis studentu no Malmes universitātes, kas veiktu vienkāršotu MDĢT programmas bijušo dalībnieku aptauju, un noskaidrotu MDĢT programmas rezultātus, ko varētu turpmāk parādīt pašvaldībām.

Zviedrijā MDĢT speciālisti pēc savas profesijas ir psihologs un psihoterapeits, un viens no intervējamajiem norādīja, ka MDĢT programmas efektivitāte ir redzama viņu praksē. Visa perioda laikā kopš Zviedrijā ir ieviesta MDĢT programma, tikai divos gadījumos ģimene ir pārtraukusi dalību MDĢT. Turklāt arī sociālie dienesti, ar kuriem nodibinājums “Vecāku centrs” sadarbojas, atzinīgi novērtē MDĢT programmas ietvaros sasniegtos rezultātus.

Zviedrijā līdzīgi kā citās Eiropas valstīs Jaunatnes Intervences fonds no Nīderlandes nodrošina MDĢT uzraudzību atbilstoši noslēgtajam līgumam.

4.3.4. MDĢT PROGRAMMAS SPECIĀLISTU PIESAISTE UN ATLASE APMĀCĪBĀM

Zviedrijā 2023. gada otrajā pusē darbojās tikai viena komanda trīs cilvēku sastāva. Divi no komandas locekļiem bija pilnas slodzes MDĢT terapeiti un viens terapeits, kurš nesen uzsācis mācību procesu. Oficiālajās prasības, kuras Zviedrijā MDĢT programma ir izvirzījusi speciālistiem, ir noteikta augstākā izglītība atbilstošajā jomā (piemēram, socioloģija, psiholoģija vai līdzvērtīga), padziļināta izpratne par vardarbību, atkarībām un bērnu un jauniešu attīstību, kā arī zināšanas par ģimenes terapiju un sistēmas teoriju. Lai praktizētu MDĢT, ir jābūt saņemtai atbilstošai apmācībai šīs metodes pielietošanā.¹⁶¹

Šobrīd praksē komanda sastāv no terapeitiem ar specializāciju psihoterapijā un psiholoģijā. Pēc terapeitu ilggadējās pieredzes šajā darbā tiek akcentēta ne tikai formālās izglītības nozīme, bet arī paša cilvēka rakstura un domāšanas atbilstība MDĢT programmai. Nodibinājuma “Vecāku centrs” vadītājs uzskata, ka ir ļoti svarīgi, lai speciālistam šis darbs ir ne tikai kā darbs, bet gandrīz kā hobijs. Darba specifika paredz to, ka terapeitam ir jābūt pieejamam nepārtraukti, tādēļ šo darbu nevar ielikt normālā darba laika ietvarā.

Izaicinošs aspekts, lai palielinātu terapeitu un komandu skaitu, ir finansējuma piesaiste MDĢT terapeitu apmācībām. Šobrīd nav pieejams publiskais finansējums šādām izmaksām, tādēļ, lai piesaistītu un apmācītu jaunu terapeitu vai pat izveidotu jaunu komandu, jāmeklē līdzekļi pašas organizācijas budžetā. Tas ir viens no iemesliem, kādēļ līdz šim brīdim Zviedrijā darbojas tik neliela speciālistu komanda.

4.3.5. KRITĒRIJI JAUNIEŠA UN ĢIMENES NOSŪTĪŠANAI UN UZŅEMŠANAI MDĢT PROGRAMMĀ UN PIEJAMO METODISKO RĪKU UN INSTRUMENTU KLĀSTA RAKSTUROJUMS

Kā tika norādīts iepriekšējās nodaļās, sociālais dienests nosūta ģimeni dalībai MDĢT (skat. Ilustrācija 5). Zviedrijā līdzīgi kā citās valstīs terapeiti izvērtē gadījuma atbilstību MDĢT metodoloģijai. Būtisks faktors ir vismaz viena no vecākiem vai aizbildņiem līdzdalība MDĢT.

¹⁶¹ Socialstyrelsen. (2019). Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning, p.131 Retrieved from: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2019-1-16.pdf>

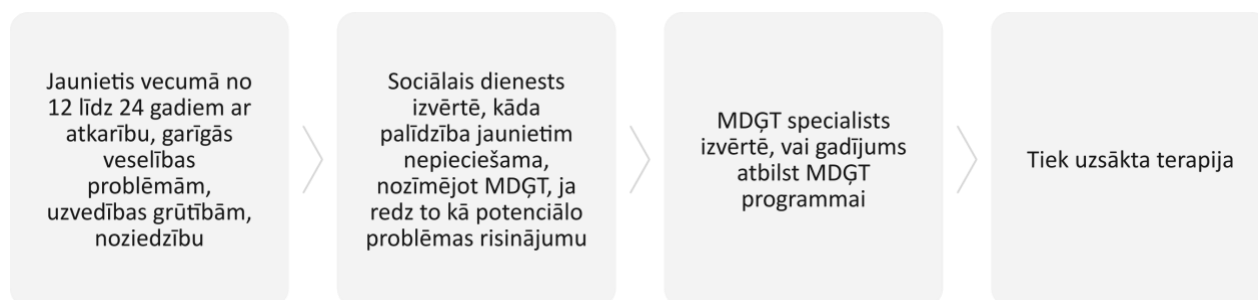
MDĢT programmā tiek uzņemti bērnu un jaunieši atbilstoši šādiem faktoriem:

VECUMA GRUPA | Zviedrijā MDĢT programma ir paredzēta jauniešiem no 12 līdz 24 gadiem.¹⁶² Atbilstoši normatīvajiem aktiem bērniem un jauniešiem domātie sociālie pakalpojumi ir pieejami līdz 18 gadu vecumam, taču, ja jaunietis ir vecāks par 18 gadiem, bet joprojām apmeklē skolu un dzīvo pie vecākiem, MDĢT var tikt piemērota jauniešiem līdz pat 24 gadiem.

MĒRĶA GRUPA | MDĢT programma ir paredzēta bērniem un jauniešiem ar daudzveidīgu problēmu klāstu, piemēram, problēmas ar narkotiku lietošanu, garīgām saslimšanām, noziedzību, neiropsihiatriju un citu problemātisku uzvedību.¹⁶³ Šobrīd Zviedrijā lielākā daļa jeb aptuveni 80 % no MDĢT gadījumiem mērķa grupa ir meitenes, kuru problēmas ir saistītas ar paškaitējumu un ar citām problēmām, tai skaitā narkotiku lietošana, iesaistīšanos nelabvēlīgos sociālos grupējumos un bandās.¹⁶⁴

IZSLĒGŠANAS KRITĒRIJI | Attiecībā uz izslēgšanas kritērijiem var pastāvēt gadījumi, kad jaunietis un ģimene netiek uzņemti dalībai MDĢT programmā. Katrs gadījums tiek vērtēts individuāli un tiek pieņemts lēmums, vai MDĢT būs piemērots risinājums jaunieša un viņa ģimenes problēmām. Praksē ir bijuši gadījumi, kad jaunieša vecākiem ir nopietni garīgās veselības traucējumi vai pašam jauniešim ir nepieciešama aprūpe psiholoģisku saslimšanu dēļ, tādās situācijās dalība MDĢT programmā tiek atteikta.

ILUSTRĀCIJA 5. MDĢT DARBĪBAS SHĒMA ZVIEDRIJĀ



Avots: Intervija ar nodibinājuma “Vecāku centrs” vadītāju

MDĢT programma ir pierādījumos balstīta terapija un tās ietvaros ir izstrādāta detalizēta metodoloģija, tāpēc uz to tiek balstīta MDĢT īstenošanas pieeja, tai skaitā darbs ar jauniešu un viņu ģimeni. Tas ir viens no galvenajiem MDĢT programmas ieguvumiem, jo tā nodrošina vienotu pieeju visā Eiropā, jau ir izstrādāta, saprotama, pierādījumos balstīta metodoloģija un ar tās īstenošanu saistītās vadlīnijas. Praktizējot MDĢT, metodoloģija neierobežo tās pielāgošanu atbilstoši individuālajam gadījumam un rezultātu sasniegšanu.¹⁶⁵

Zviedrijā viena MDĢT programmas gadījuma ilgums ir aptuveni 6 mēneši. Īstenojot MDĢT procesu praksē, tiek organizēta vismaz viena tikšanās klātienē - vai pie jaunieša un ģimenes mājās, vai kādā citā terapijas norisei piemērotā vietā. Paralēli tam tiek īstenotas tiešsaistes sesijas, kā arī telefonsarunas. Nepieciešamības gadījumā terapeits ir nepārtraukti pieejams ģimenei, lai ārkārtas situācijās sniegtu vajadzīgo atbalstu.

Rinda uz MDĢT saņemšanu pastāv, taču tā tiek organizēta pieteikšanās kārtībā, nevis izvērtējot gadījuma nopietnību. Ja tiek saņemts pieteikums un ir konstatēts, ka ir nepietiekama kapacitāte, lai tuvākajā laikā

¹⁶² Behandlingsmetoder. Retrieved from: <http://mdft.se/>

¹⁶³ Turpat.

¹⁶⁴ Atbilstoši nodibinājuma “Vecāku centrs” vadītāja sniegtajai informācijai intervijas laikā – Autora piezīme.

¹⁶⁵ Atbilstoši nodibinājuma “Vecāku centrs” vadītāja sniegtajai informācijai intervijas laikā – Autora piezīme.

pieņemtu jaunu gadījumu, dalība jauniešiem tiek atteikta MDĢT programmā. Komanda šādās situācijās vadās pēc principa, ka MDĢT, pirmkārt, tiek sniegta visiem, kam tā ir tikusi apsolīta.

Zviedrijā ir aktuāls valodas jautājums, jo valstī pieaug migrantu skaits. Lielākoties situācijās, kad ģimene nepārvalda zviedru valodu, tiek piesaistīts tulks. Taču arī paši speciālisti ir multikulturāli un zina vairākas valodas, kuras var pielietot MDĢT laikā, lai nodrošinātu pēc iespējas efektīvāku komunikāciju un sasniegtu plānotos rezultātus darbā ar ģimenēm. Gadījumos, kad jauniešiem un ģimenes locekļiem ir pietiekamas angļu valodas zināšanas, lai spētu brīvi komunicēt, tiek piedāvāts izmantot angļu valodu MDĢT laikā.

4.3.6. MDĢT PROGRAMMAS EFEKTIVĪTĀTES RAKSTUROJUMS

Zviedrija nav īstenojusi efektivitātes pētījumus, kas objektīvi novērtētu intervences rezultātus šajā valstī, taču papildu nodibinājuma "Vecāku centrs" veiktajai aptaujai par MDĢT rezultātiem, ir veikti vairāki citu valsts iestāžu pētījumi, kuros ir izvērtētas dažādas intervences un MDĢT ir novērtēta kā efektīva. Viens no šādiem pētījumiem ir Nacionālās veselības un labklājības padomes "Vadlīnijās atbalstam un aprūpei atkarību gadījumos"¹⁶⁶ iekļautā rekomendācija veselības aprūpes iestādēm un sociālajiem dienestiem piedāvāt jauniešiem ar alkohola vai narkotiku problēmām dalību MDĢT programmā.

Tāpat šī iestāde ir veikusi pētījumu "Centieni vērsties pret atkārtotu uzvedības normas pārkāpjošu uzvedību un recidīvismu. Zināšanās balstīts atbalsts ar rekomendācijām sociālajiem dienestiem darbā ar bērniem vecumā no 6 līdz 17 gadiem"¹⁶⁷, kuros ir izvērtētas dažādas intervences darbam ar bērniem un pusaudžiem ar uzvedības problēmām. Pētījuma rezultātā sociālajiem dienestiem tiek ieteikts bērniem vecumā no 12 līdz 17 gadiem, kuriem novērojams augsts risks ilgstošai problemātiskai uzvedībai, piedāvāt dalību MDĢT programmā.¹⁶⁸

Tādējādi, lai arī Zviedrijas nodibinājums "Vecāku centrs" pats nav koordinējis efektivitātes pētījumu veikšanu, tomēr valsts iestāžu mērogā MDĢT programma ir tikusi iekļauta veiktajos izvērtējumos un tiek rekomendēta kā viena no efektīvākajām metodēm jauniešiem ar dažādām problēmām.

4.3.7. MDĢT PROGRAMMAS SAISTĪBA AR CITIEM PREVENTĪVIEM PASĀKUMIEM UN SPECIĀLISTU PIESAISTE

Īstenojot MDĢT programmu, Zviedrijas komanda mēdz piemērot arī citas metodes, kas papildina MDĢT. Diviem no terapietiem ir arī specializācija kognitīvi biheiviorālajā terapijā, kuras metodes mēdz pielietot MDĢT. Tāpat arī atsevišķos gadījumos jauniešiem vienlaikus MDĢT procesam tiek aicināts īstenot arī citas programmas, piemēram, 12 soļu jeb Minesotas programmu atkarību problēmu gadījumos. Ja šāds ieteikums tiek sniegts, MDĢT speciālists jauniešiem sniedz pastāvīgu atbalstu šo pasākumu īstenošanā. Pēc nodibinājuma "Vecāku centrs" vadītāja paustās nostājas par darbu ar jauniešiem izriet, ka ir jāievēro princips "dari jebko, kas ir nepieciešams, lai sasniegtu mērķi".

Zviedrijā speciālistu piesaiste ir izaicinājums, jo problemātika galvenokārt ir saistīta ar finansējuma aspektu. Šobrīd pastāvošā finansējuma modeļa ietvaros pašvaldība sedz tikai izmaksas par sniegto pakalpojumu. Taču izmaksas, kas saistītas ar jaunu speciālistu apmācību vai papildu komandu izveidi, ir jāsedz no organizācijas pašas līdzekļiem. Ņemot vērā, ka apmācību izmaksas, īpaši komandas izveidei, ietver

¹⁶⁶ Socialstyrelsen. (2019). Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Retrieved from: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2019-1-16.pdf>

¹⁶⁷ Socialstyrelsen. (2021). Insatser för att motverka fortsatt normbrytande beteende och återfall i brott. Kunskapsstöd med rekommendationer för socialtjänstens arbete med barn 6–17 år. Retrieved from: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2021-11-7626.pdf>

¹⁶⁸ Pētījumā šai grupai minētas 4 intervences metodes un MDĢT ir viena no tām – Autora piezīme.

nozīmīgus finanšu ieguldījumus, organizācijas, kuras varētu ieviest MDĢT programmu, nav motivētas to darīt. Arī nodibinājuma “Vecāku centrs” komanda kopš 2009. gada ir strādājusi tikai divu terapeitu komandā¹⁶⁹ un tikai 2023. gada vidū tai ir radusies iespēja piesaistīt trešo speciālistu, kurš ir uzsācis apmācību procesu un praktizē MDĢT.

Lai arī Zviedrijā ir atzīta MDĢT programmas piemērotība dažādu jauniešu problēmu ārstēšanai, šobrīd esošā finansēšanas sistēma nav motivējoša MDĢT programmas ģeogrāfiskā tvēruma paplašināšanai. Zviedrijā līdzīgi kā Nīderlandē tās ieviešana ir saistīta ar atsevišķu organizāciju motivāciju šī pakalpojuma attīstīšanā un šobrīd tiešs valsts vai pašvaldību finansiāls atbalsts, lai pakalpojumu izvērstu plašāk, nav pieejams.

¹⁶⁹ Atbilstoši MDĢT programmas nosacījumiem komandā ir jābūt vismaz trīs speciālistiem – Autora piezīme.

4.4. GALVENĀS ATZIŅAS

- MDĢT programmu ir iespējams ieviest dažādās valstīs. Tā ir pielāgojama nepieciešamajiem apstākļiem valstīs ar atšķirīgu pārvaldes sistēmu un kopējo pakalpojumu sniegšanas kārtību un struktūru.
- Ieviešot MDĢT programmu, to ir iespējams pielāgot valstī pieejamajiem resursiem un bērnu un ģimenes politikas prioritātēm, nosakot šaurāku vai plašāku mērķa grupas tvērumu un iesaistīto institūciju loku.
- MDĢT programmas ieviešana var tikt organizēta gan centralizēti no valsts iestāžu puses, gan pēc privāto organizāciju iniciatīvas.
- MDĢT programmas nodrošināšanā var tikt iesaistītas dažādu nozaru iestādes, piemēram, no labklājības, tieslietu un veselības aprūpes sektora.
- Katras valsts pieredzē ir iespējams identificēt labās prakses piemērus, kurus būtu noderīgi ņemt vērā, domājot par MDĢT programmas ieviešanu Latvijā.

IGAUNIJAS PIEREDZE

- MDĢT programmas uzsākšana pilotprojekta veidā ļauj pārbaudīt un pielāgot MDĢT programmas ieviešanas mehānismus.
- Efektivitātes pētījums pēc pilotprojekta noslēguma, kura rezultātus var izmantot, lai nodrošinātu MDĢT programmas ilgtermiņa finansējumu no valsts budžeta līdzekļiem.
- MDĢT programmas ieviešana centralizēti pēc valsts pārvaldes iestāžu iniciatīvas nodrošināja vienotu pieeju MDĢT uzsākšanai.
- Sadarbība starp labklājības un tieslietu sektoru MDĢT programmas īstenošanā ļāva sniegt MDĢT pakalpojumu bērniem, kuri ir institucionalizēti (slēgtajā bērnu iestādē vai cietumā) un bērniem, kuri atrodas ārpus institūcijām.
- MDĢT finansēšana no valsts budžeta līdzekļiem pēc pilotprojekta ieviešanas sekmēja sabiedrības un citu iesaistīto institūciju uzticēšanos pakalpojumam.

NĪDERLANDES PIEREDZE

- Daudzveidīgs iesaistīto institūciju klāsts, kuri var nosūtīt bērnu vai jauniešu dalībai MDĢT programmā, sekmējot agrīnāku problēmu identificēšanu un atbalsta sniegšanu.
- Bērns vai jauniešu un viņa ģimenes locekļi var pieteikties paši dalībai MDĢT programmā.
- MDĢT ieviešanā ir iesaistīts plašs nevalstiskā sektora un privāto iestāžu loks, kas darbojas dažādās jomās, kas sekmē pieejamo pakalpojumu dažādību reģionos.
- MDĢT Leilestades nepilngadīgo aizturēšanas iestādē tiek piemērots visi, kuriem tiek plānota atbrīvošana, lai sagatavotu jauniešu un ģimeni pārejai no ieslodzījuma uz dzīvi brīvībā.

ZVIEDRIJAS PIEREDZE

- Sociālais dienests ir galvenā iestāde, kura nosūta jauniešu dalībai MDĢT programmā, tādējādi sekmējot savlaicīgāku atbalsta saņemšanu.
- Vienlaicīgi MDĢT procesam bērnam vai jauniešiem tiek piesaistīts mentors, kas ir kā viena no atbalstošām personām ikdienas pārmaiņu procesā un jaunu paradumu veidošanā.

SOMIJAS PIEREDZE¹⁷⁰

- MDĢT programma ir uzsākta pilotprojekta veidā, kura noslēgumā tika veikts efektivitātes novērtējums.
- MDĢT tiek izmantot kā instruments, lai bērns nenonāktu ārpusģimenes aprūpē – kad bērnam ir risks tikt institucionalizētam vai izņemtam no ģimenes.
- MDĢT netiek piemērota kā pirmā intervences metode, bet tiek nozīmēta tikai tajos gadījumos, kad ģimene ir jau saņēmusi citus pakalpojumus un tie nav snieguši rezultātus.

¹⁷⁰ Lai arī Somijas MDĢT ieviešanas pieredzes apraksts nav ticis iekļauts pētījuma uzdevumos, pētījuma ietvaros ir veikta arī Somijas pieredze MDĢT programmas ieviešanā – Autora piezīme.

5. MDĢT PROGRAMMAS IEVIEŠANAS POTENCIĀLS LATVIJĀ

Pētījuma ietvaros veikto interviju laikā ar Latvijas Republikas Labklājības ministrijas, Latvijas Republikas Tieslietu ministrijas, Valsts probācijas dienesta, Valsts bērnu tiesību aizsardzības inspekcijas, Ieslodzījuma vietu pārvaldes speciālistiem, kā arī ar Latvijas Pašvaldību savienības un pašvaldību sociālo dienestu pārstāvjiem, ir noskaidrots šo iestāžu redzējums par MDĢT programmas aktualitāti, ieviešanas iespējām un galvenajiem izaicinājumiem, kas jāņem vērā, plānojot MDĢT programmas ieviešanu Latvijā.

5.1. MDĢT AKTUALITĀTE LATVIJĀ

5.1.1. MDĢT NEPIECIEŠAMĪBA LATVIJĀ

Speciālisti kā vienu no galvenajām problēmām, ar ko saskaras bērni, identificē atkarību izraisošu vielu lietošanu. Taču Latvijas bērnu problemātiskas uzvedības izpausmes ietver arī problēmas skolā (skolas kavēšana bez attaisnojoša iemesla, problemātiskas attiecības ar vienaudžiem, mācīšanās grūtības), vardarbību, noziedzīgas darbības, piemēram, zādzības, un garīgās veselības problēmas. Kā norāda speciālisti, lielākajai daļai bērnu ar uzvedības problēmām vienlaikus ir sastopamas dažādas problemātiskas uzvedības izpausmes, piemēram, atkarību izraisošu vielu lietošana, problēmas skolā, mentālās veselības problēmas, kā arī antisociāla uzvedība. Tādējādi šo gadījumu risināšanai ir nepieciešama kompleksa pieeja, kas pievērštos visiem problēmu aspektiem.

Identificētās problemātiskās uzvedības izpausmes lielākoties ir sekas savlaicīgi neatrisinātiem problēmu cēloņiem, kas saistīti ar savstarpējām attiecībām ģimenē un citiem apkārtējās vides faktoriem. Lai spētu efektīvi risināt problemātiskas uzvedības izpausmes, ir nepieciešams strādāt arī ar to cēloņiem. Ģimenes ietekme šo problēmu risināšanā ir viens no galvenajiem faktoriem.

Šobrīd esošajā atbalsta sistēmā bērniem ar uzvedības problēmām un viņu ģimenēm speciālisti identificē vairākus trūkumus. Valstī kopumā trūkst atbalsta agrīnā problēmu veidošanās fāzē – lielākoties tas ir pieejams tikai tad, kad problēmas jau ir kļuvušas nopietnas un tām ir nepieciešams kompleksāks risinājums. Iztrūkst agrīnās prevencijas posms, kas nodrošinātu vecāku un pirmsskolas pedagogu izglītošanu, lai varētu identificēt problēmas sākotnējā posmā vai izvairīties no to attīstības turpmāk.

Lai arī kopumā ir pieejami gan valsts apmaksāti pakalpojumi, piemēram, bērniem ar atkarību problēmām, gan pašvaldību nodrošināti pakalpojumi bērniem ar uzvedības traucējumiem, trūkst mērķēta un sistēmiska atbalsta bērniem un ģimenēm. Pakalpojumu pieejamība ir ļoti atšķirīga katrā no pašvaldībām, jo visu nosaka pašvaldības cilvēku un finanšu resursu pieejamība. Turklāt speciālisti norāda, ka bieži vien trūkst individualizētas pieejas gadījumu risināšanā, jo ne vienmēr viens pakalpojums konkrētas problēmas risināšanai būs piemērots visiem bērniem. Taču tā kā nav pieejamas alternatīvas, bērnam piedāvā to pakalpojumu, kas ir pieejams, nevis viņam visatbilstošākais.

Latvijā pieejamajā atbalsta sistēmā iztrūkst arī tieši ģimenēm paredzēti pakalpojumi. Lai gan ir vērojama ģimenes atbildības lomas nostiprināšanās bērna problēmu cēloņu un risinājumu kontekstā, tomēr joprojām nav pieejami pakalpojumi, kas risinātu problēmas ģimenes ietvarā. Lielākoties tiek piedāvāti pakalpojumi bērniem un atsevišķi pakalpojumi vecākiem, bet iztrūkst sistēmiskas pieejas, kas strādātu ar ģimeni kā kopumu. Pakalpojumi, kas ir paredzēti bērniem, lielākoties neparedz ģimenes locekļu iesaisti, speciālistiem strādājot kopā ar visu ģimeni. Turklāt gadījumos, kad vecāks nav motivēts vai ir "izdedzis", viņa motivācija meklēt un iesaistīties vecākiem pieejamajos pakalpojumos ir zema.

Tādēļ speciālistu viedoklis vienprātīgi atbalsta MDĢT nepieciešamību Latvijā. MDĢT sniegtu atbalstu vairāku minēto problēmu risināšanā, jo tā ir piemērota darbam ar bērniem, kuriem ir speciālistu

identificētās visbiežāk sastopamās problemātiskās uzvedības izpausmes. MDĢT ietvaros tiek strādāts ar problēmu cēloņiem, galvenokārt uzmanību veltot ģimenes kā bērna atbalsta resursa stiprināšanai. MDĢT ir individualizēta pieeja – tā tiek pielāgota atbilstoši katram individuālajam gadījumam un ģimenes apstākļiem. Vienlaikus MDĢT tiek iesaistīta arī bērna vide, tādējādi atbalstot, piemēram, izglītības iestādes personālu bērna problēmu risināšanā.

5.1.2. MDĢT MĒRĶA GRUPA

Attiecībā uz potenciālo mērķa grupas vecumu lielākā daļa no speciālistiem uzskata, ka MDĢT būtu vēlams piemērot bērniem no 11 gadu vecuma. Tas tiek pamatots ar to, ka ap 11-12 gadu vecumu sāk parādīties nopietnākas uzvedības problēmas, un jaunāka vecuma bērniem ir vieglāk ieviest uzvedības pārmaiņas. Turklāt no šī vecuma normatīvie akti paredz audzinoša rakstura piespiedu līdzekļu, t.sk. probācijas novērošanas, piemērošanu likumpārkāpumu gadījumos. Par augšējo vecuma sliekšni speciālistu domas dalās. 18 gadu vecums kā augšējais vecuma sliekšnis tiek pamatots ar to, ka juridiski līdz šim vecumam persona vēl skaitās bērns. Savukārt, daļa speciālistu norādīja, ka MDĢT nevajadzētu piemērot augšējo sliekšni, vai arī tas būtu nosakāms līdz 26 gadu vecumam, vērtējot katru gadījumu individuāli – gan problēmu loku, gan ģimenes faktora nozīmi jaunieša dzīvē.

Attiecībā uz bērnu problēmu loku, kas būtu jāiekļauj MDĢT programmas atlasēs kritērijos, speciālisti ir vienprātīgi, ka MDĢT būtu piemērojama bērniem ar jau smagākām un komplicētākām uzvedības problēmām. Vienkāršākām problēmām valstī ir pieejami alternatīvi pakalpojumi, piemēram, psihologa konsultācijas, taču trūkst efektīva instrumenta tieši smagu gadījumu risināšanai. Turklāt, ņemot vērā MDĢT izmaksas, būtu racionālāk to piemērot tiem gadījumiem, kuri jau patērē valsts budžeta resursus savas uzvedības rezultātā radot kaitējumu, piemēram, īpašumam vai citas personas veselībai, un saņemot dažādus pakalpojumus, piemēram, nonākot VPD novērošanā. Atbilstoši speciālistu viedoklim MDĢT ir jābūt pieejamai gan bērniem, kas veikuši likumpārkāpumus, gan tiem, kuriem ir risks tos veikt. Vērtējot gadījuma atbilstību MDĢT programmai, viens no priekšnoteikumiem būtu ģimenes motivācija līdzdarboties un pietiekams bērna un ģimenes kognitīvo spēju līmenis, lai spētu līdzdarboties MDĢT procesā.

Speciālisti prognozē, ka ģimenes, kurās aug bērni ar uzvedības problēmām, būtu gatavas iesaistīties MDĢT programmā. Ne visās ģimenēs starp vecākiem vai citiem tuviem ģimenes locekļiem būtu jau sākotnēja motivācija līdzdarboties pakalpojumā, bet ir nepieciešama vismaz ieinteresētība, lai iesaistītos procesā. Ir ģimenes, kurām būtu nepieciešams papildu pamudinājums līdzdalībai MDĢT programmā, piemēram, ģimenēs, kurās vecāki neizrāda rūpes par bērnu vai kurās vecākiem ir izsmelti esošie resursi un motivācija, ilgstoši mēģinot risināt problēmas. Taču pat gadījumos, kad ģimenēm ir zema un lielākoties tikai ārēja motivācija iesaistīties bērna problēmu risināšanā, MDĢT procesa gaitā var attīstīties arī iekšējā motivācija to turpināt.

Attiecībā uz MDĢT piemērošanu kā brīvprātīgu vai obligātu pakalpojumu, speciālistu domas dalās. No vienas puses tiek uzsvērts, ka brīvprātīga dalība ir priekšnoteikums, lai terapijas procesam būtu rezultāti. Ģimene, kas pati nav piekritusi šo pakalpojumu saņemt, tai var pieiet formāli, atnākot uz sesijām, bet necenšoties aktīvi līdzdarboties, vai tieši otrādi – bez brīdinājuma neierasties uz norunāto sesiju vai neatrasties savā dzīves vietā, kad pie tās ierodas terapeits. Taču jau šobrīd Latvijā ir gadījumi, piemēram, kad bērns ir veicis likumpārkāpumus, līdzdalība sociālās rehabilitācijas pakalpojumos tiek nozīmēta kā obligāta. Šajos gadījumos ir būtiski pirms terapijas uzsākšanas vai terapijas sākotnējā fāzē strādāt ar motivācijas veidošanu bērnam un viņa ģimenes locekļiem. Pat, ja sākotnēji izveidojas tikai ārēja motivācija, ar laiku tai ir iespēja kļūt arī par iekšējo motivāciju.

Speciālistu vidū ir vienprātība par to, ka ģimenēm ir jānodrošina iespēja saņemt pakalpojumu arī krievu valodā. Ierobežojot pakalpojuma sniegšanu tikai personu lokam ar labām latviešu valodas zināšanām, tiks izslēgta būtiska daļa Latvijas iedzīvotāju, kurai MDĢT būtu nepieciešama. Terapija ir vērsta uz personas domāšanas veida mainīšanu, un tas nav iespējams, ja procesu neīsteno valodā, kura viņam ir labi

saprotama. Nav nepieciešams speciālistam noteikt svešvalodas zināšanas kā obligātu prasību, taču, plānojot cilvēkresursus, komandā vismaz viens no speciālistiem varētu būt ar labām krievu valodas zināšanām vai krievu valodu kā dzimto valodu, kurš varētu strādāt ar mazākumtautību pārstāvjiem.

5.1.3. MDĢT INSTITUCIONĀLAIS IETVARIS

Speciālistu vidū nav vienota un skaidra redzējuma par MDĢT programmas īstenošanai atbilstošāko institucionālo ietvaru, un ir atšķirīgs viedoklis par MDĢT procesā iesaistāmajām institūcijām. Atbilstoši vairāku speciālistu viedoklim viens no svarīgākajiem aspektiem, kas jānodrošina, ir MDĢT licences atrašanās valsts pārraudzībā. Tas ir saistīts ar ilgtspējas risku mazināšanu – licences nodošana privāto tiesību subjektiem vai pašvaldībām ietver risku, ka, mainoties finansiālajai situācijai vai organizatoriskajai un politiskajai vadībai, netiktu nodrošināta MDĢT ilgtspēja.

Lielākoties speciālisti kā atbildīgo iestādi saredz LM vai kādu no tās padotībā esošām iestādēm, norādot, ka tas ir jāvērtē kontekstā ar mērķa grupu. Ja MDĢT mērķa grupā tiek iekļauti bērni, kuriem ir uzvedības, atkarības vai garīgās veselības problēmas un kuri veikuši arī likumpārkāpumus un nonākuši sodu izpildes sistēmā, MDĢT koordinēšanā potenciāli būtu jāiesaista arī TM.

Ja tiktu virzīta TM kā vienīgā atbildīgā iestāde, būtu risks ierobežot mērķa grupu, jo TM gadījumā mērķa grupa varētu būt VPD vai leVP klienti. Tādēļ labklājības nozare ir atbilstošāka plašākam mērķa grupas tvērumam, jo ietver arī mazāk komplikētus gadījumus, bet neizslēdz no MDĢT tvēruma tos bērnus vai jauniešus, kas nonākuši sodu izpildes sistēmā.

Citi speciālistu viedokļi ieskicēja arī VARAM vai Latvijas plānošanas reģionu iesaisti reģionālā pārklājuma nodrošināšanai. IZM tika norādīta kontekstā ar izglītības iestāžu iesaisti MDĢT klientu identificēšanas procesā vai gadījumos, kad MDĢT tiktu piemērota jauniešiem, kuri atbilstu Naukšēnu mācību un pārraudzināšanas iestādes¹⁷¹ klientiem. Tādējādi var secināt, ka ir iespējami dažādi institucionālās pārraudzības scenāriji, taču biežāk MDĢT tika norādīta kā LM pārraudzībā vai LM sadarbībā ar citu nozaru ministrijām.

Arī attiecībā uz iestādēm, kurām būtu jāiesaistās MDĢT procesā, speciālistu viedokļi ir atšķirīgi. Agrīnu gadījumu identificēšanā nozīme būtu izglītības iestāžu un sociālo dienestu iesaistei. Tomēr gadījumos, kad problēmas ir jau nopietnākas un var ietvert arī likumpārkāpumus, speciālisti identificē vairākas iestādes, kas varētu tikt iesaistītas pakalpojumu sniegšanā vai rekomendēšanas procesā. Piemēram, kā potenciālie pakalpojumu sniedzēji tiek minēta VBTAI, VPD un NVO vai citi privāto tiesību subjekti, kā arī pašvaldību sociālie dienesti. Pamatojums šo iestāžu izvēlei ir galvenokārt saistīts ar pieredzi līdzvērtīgu pakalpojumu sniegšanā un darbā ar mērķa grupas jauniešiem, un speciālistu piesaistīšanā.

Atbilstoši speciālistu viedoklim vairākas iestādes būtu piemērotas rekomendēt bērnu un ģimeni dalībā MDĢT. Piemēram, bāriņtiesas un sociālie dienesti, kuru funkcijas paredz ģimeņu nosūtīšanu dažādu pakalpojumu saņemšanai, spētu identificēt gadījumus, kad bērnam ir nopietnas problēmas un risks likumpārkāpumiem, bet bērns vēl nav nonācis tiesībsargājošo iestāžu redzes lokā. Pašvaldību administratīvās komisijas varētu tikt iesaistītas, piemērojot MDĢT kā audzinoša rakstura piespiedu līdzekli, bet pašvaldību bērnu tiesību aizsardzības sadarbības grupas dalību MDĢT varētu iekļaut bērnu uzvedības sociālās korekcijas programmā. Arī VPD varētu piemērot MDĢT saviem klientiem probācijas novērošanas vai uzraudzības ietvaros, lai novērstu atkārtota noziedzīga nodarījuma izdarīšanu, un ar laiku paplašinot

¹⁷¹ Atbilstoši 14.07.2022 MK lēmumam Nr. 528 "Par sociālās korekcijas izglītības iestādes "Naukšēni" likvidāciju" ar 2022. gada 1. oktobri Izglītības un zinātnes ministrijas padotībā esošā sociālās korekcijas izglītības iestāde "Naukšēni" tika likvidēta – Autora piezīme.

tvērumu, iesaistot arī leVP klientus. Speciālisti minēja arī izglītības iestāžu un ģimenes ārstu iesaisti agrīnu problēmu identificēšanai, kā arī iespēju izveidot atsevišķu aģentūru, kuras uzdevums būtu MDĢT ieviešana.

Lai arī speciālistu vidū ir atšķirīgs redzējums par MDĢT institucionālo ietvaru, tomēr ir vienprātība par to, ka MDĢT ieviešanai ir jābūt balstītai starpinstitucionālajā sadarbībā. Galvenie sadarbības aspekti būtu saistīti ar informācijas apmaiņu, lai MDĢT komandai un citām bērna problēmu risināšanā iesaistītajām institūcijām būtu iespēja gūt pilnīgu informāciju par bērnu un ģimeni, un lai ģimenei pašai nebūtu jātērē resursi informācijas nodošanai dažādām iestādēm.

Intervējamie un darbsemināra dalībnieki esošo starpinstitūciju sadarbību kopumā vērtē kā labu. Iestādēm ar laiku ir izveidojusies laba sadarbība konkrētu gadījumu problēmu risināšanā. Atzinīgi tiek vērtēta institūciju sadarbība dažādu starpinstitucionālo grupu ietvaros, piemēram, pašvaldību bērnu tiesību aizsardzības sadarbības grupu vai VPD organizēto starpinstitucionālo grupu ietvaros. Tomēr ir novēroti trūkumi informācijas apmaiņas procesos dažādu institūciju starpā. Ne vienmēr visos gadījumos tiek nodrošināta informācijas apmaiņa par bērna situāciju un nepieciešamo vai jau saņemto atbalstu bērna problēmu risināšanā iesaistīto institūciju starpā. Arī sadarbībā ar nevalstiskā sektora iestādēm, kas sniedz pakalpojumus bērniem ar uzvedības problēmām, ir novērotas nepilnības informācijas apmaiņā ar valsts un pašvaldības iestādēm. Taču, kā norāda speciālisti, šie trūkumi ir jārisina sistēmiskā līmenī, kurā MDĢT tiktu iekļauts kā viens no pakalpojumiem. Tādējādi jautājumi, kas saistīti ar starpinstitucionālo sadarbību, nav risināmi MDĢT programmas ieviešanas kontekstā, bet jārisina plašākā mērogā.

Tā kā viedokļi dažādu iestāžu speciālistu vidū par MDĢT programmas institucionālo ietvaru ir atšķirīgi, nav iespējams izstrādāt vienu MDĢT ieviešanas modeli, kas atbilstu visu iesaistīto iestāžu vīzijai. Tādēļ pētījuma ietvaros tiek izstrādāti un piedāvāti trīs iespējamie MDĢT ieviešanas scenāriji (skat. 9. nodaļu), katram no tiem identificējot stiprās un vājās puses, riskus un potenciālos ieguvumus.

5.2. MDĢT IEVIEŠANAS STIPRĀS UN VĀJĀS PUSES

Speciālisti ir identificējuši vairākus faktorus, kas varētu veicināt MDĢT programmas ieviešanu.

MDĢT ir pierādījumos balstīta un pētīta intervences metode, un tās efektivitāte ir jau pierādīta dažādās valstīs. Tādējādi jau ir pieejama informācija, kuru izmantot lēmuma pieņemšanas procesā par MDĢT programmas ieviešanu un argumentētu tās nepieciešamību. Lai sekmētu tās ieviešanu, ir nepieciešams stiprināt iesaistīto speciālistu izpratni par MDĢT procesu, galvenajiem ieguvumiem un sagaidāmajiem rezultātiem. Tādēļ par MDĢT ir jāizglīto ne tikai paši terapeiti, bet arī iestādes un speciālisti, kas būtu iesaistīti MDĢT rekomendēšanas un pārraudzības procesā.

MDĢT programmas ieviešanas rezultātā sagaidāmie rezultāti arī ir uzskatāmi kā veicinošie faktori metodes ieviešanai gan valstiskā mērogā, gan ģimeņu līmenī. MDĢT programmas ieviešana nodrošinātu efektīvu atbalsta pakalpojumu bērniem ar uzvedības problēmām un viņu ģimenēm, kas potenciāli aizpildītu vairākus no esošajā atbalsta sistēmā identificētajiem trūkumiem. Savukārt, valstiskā mērogā MDĢT programma sekmētu jauniešu noziedzības recidīva mazināšanos un samazinātu ieslodzījuma vietās esošo jauniešu skaitu. Tādējādi tiktu mazināts finansiālais slogs valsts budžetam, ietaupot līdzekļus, kas paredzēti bērnu noziedzības problēmu risināšanai.

Riski MDĢT programmas ieviešanai, kurus identificē speciālisti, galvenokārt tiek saistīti ar finansējuma ilgtspējas nodrošināšanu un nepieciešamo cilvēkresursu piesaisti MDĢT programmas nodrošināšanai.

LM pārstāvji ir apstiprinājuši, ka LM rīcībā ir ESF+ līdzekļi MDĢT programmas ieviešanai Latvijā un šobrīd ir plānots darbs pie MDĢT programmas ieviešanas. Tādēļ par līdzekļiem MDĢT programmas darbības uzsākšanai speciālistu vidū nav diskusiju. Taču viedokļu atšķirības ir vērojamas par MDĢT programmas finansējuma avotiem pēc ieviešanas posma noslēguma. Vairums ekspertu norāda, ka MDĢT programma

būtu jāiekļauj valsts budžetā, piešķirot tam ilgtermiņa finansējumu. Tādēļ ir nepieciešama viena noteikta atbildīgā iestāde par MDĢT programmas uzraudzību un koordinēšanu, jo MDĢT programmas izmaksu iekļaušana valsts budžetā būs laikietilpīgs un komplicēts process, kas ir jāuzsāk savlaicīgi, lai nodrošinātu MDĢT nepārtrauktību. MDĢT programmas iekļaušana valsts finansēto pakalpojumu klāstā un tam sekojoša valsts finansējuma nodrošināšana veicinātu MDĢT programmas ilgtspēju. Tomēr atbilstoši dažu speciālistu viedoklim būtu jāvērtē arī iespēja iesaistīt pašvaldības MDĢT programmas finansēšanā. Lai arī tas ietver MDĢT programmas ilgtspējas riskus, mainoties pašvaldību finansiālajiem resursiem vai politiskajai vadībai, tomēr aktīvāka pašvaldību iesaiste veicinātu MDĢT programmas reģionālo pieejamību dažādu pašvaldību iedzīvotājiem.

Attiecībā uz nepieciešamo cilvēkresursu piesaisti speciālisti norāda, ka MDĢT komandā būtu svarīgi īstenot multidisciplināru pieeju, iekļaujot dažādu specializāciju profesionāļus, piemēram, sociālos darbiniekus, psihologus, sociālos pedagogus, iespējams arī profesionāļus no medicīnas jomas. MDĢT terapeitu atlases procesā ir jāvērtē ne tikai profesionālā kvalifikācija, bet arī personības iezīmes un motivācija darbam ar bērniem un viņu ģimenēm. Galvenie izaicinājumi ir saistīti ar cilvēkresursu pieejamību, it īpaši reģionos. Latvijā kopumā trūkst nepieciešamo speciālistu darbam ar bērniem, un īpaši sarežģīta situācija speciālistu piesaistei ir ārpus lielajām Latvijas pilsētām, tādēļ MDĢT programmas reģionālais tvērums ir cieši saistīts ar speciālistu pieejamības jautājumu. Šajā aspektā intervējamie norāda NVO kā labos piemērus, kam, nosakot kvalifikācijai atbilstošu atlīdzību politiku, izdodas nodrošināt speciālistus pakalpojumu sniegšanai ne tikai Rīgā, bet arī reģionos.

No intervijām un darbsemināra izriet, ka MDĢT programmai vajadzētu būt šo speciālistu pamatdarbam, nodrošinot adekvātu atlīdzību un atbilstošus darba apstākļus, lai mazinātu izdegšanas riskus. Tas nodrošinātu MDĢT terapeitu darba pārskatāmību un pašiem terapeitiem sniegtu stabilitāti.

Cilvēkresursu nodrošināšanas riski ir saistīti ne tikai ar kvalifikācijas prasībām atbilstošu MDĢT terapeitu piesaisti, bet arī ar iespējām nodrošināt motivējošu atlīdzības politiku, ja MDĢT programmu īsteno valsts vai pašvaldību iestādes. Tāpat pastāv riski, kas saistīti ar apmācīto speciālistu darba turpināšanu ilgtermiņā pēc MDĢT apmācību beigšanas. Lai gan ir iespējams darba līgumā iekļaut noteikumu par minimālo periodu, kas jānostrādā MDĢT pēc apmācību veikšanas, tas negarantē, ka speciālists nepieņems lēmumu pārtraukt darba attiecības. Turklāt, arī paredzot pienākumu atmaksāt mācību maksu, ir jāvērtē valsts un pašvaldību iestādes juridiskās iespējas šo līguma punktu piemērot praksē. Darbinieku ilgtspējas kontekstā ir jāspēj nodrošināt apstākļus, kas mazinātu izdegšanas risku – tai skaitā vienam MDĢT terapeitam piešķirto gadījumu skaits, pie ģimenēm veicamais attālums un psiholoģiska atbalsta pieejamība nepieciešamības gadījumā.

5.3. NORMATĪVAIS REGULĒJUMS MDĢT IEVIEŠANĀ

Atbilstoši BTAL 3. panta pirmajai daļai bērns ir persona, kas nav sasniegusi 18 gadu vecumu.¹⁷² Tādējādi visi pakalpojumi, kuri atbilstoši normatīvajiem aktiem tiek nodrošināti bērniem, ir paredzēti personām līdz 18 gadu vecumam. Paplašinot MDĢT programmas mērķa grupas vecumu uz personām, kas ir vecākas par 18 gadiem, tas ir jāparedz normatīvajos aktos, definējot pakalpojuma sniegšanas kārtību.

Atbilstoši Latvijas normatīvajam regulējumam MDĢT programmas mērķis un sagaidāmie rezultāti atbilst sociālās rehabilitācijas pakalpojumam (skatīt 3. nodaļu). Tiesības uz sociālo rehabilitāciju ir personām, kurām ir apgrūtināta iekļaušanās sabiedrībā, tai skaitā personām pēc brīvības atņemšanas soda izciešanas, personām, kuras cietušas no vardarbības, un personām, kurām ir izveidojusies atkarība no alkohola,

¹⁷² Bērnu tiesību aizsardzības likums. Latvijas Vēstnesis, 199/200, 08.07.1998. Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/49096>

narkotiskajām vai psihotropajām vielām.¹⁷³ Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likumā ir definēti valsts finansētie sociālās rehabilitācijas pakalpojumi. Pieņemot lēmumu par MDĢT programmas finansēšanu no valsts budžeta līdzekļiem, būs nepieciešams veikt grozījumus šajā normatīvajā aktā, papildinot valsts finansēto pakalpojumu klāstu.

Atbilstoši speciālistu viedoklim, piemērojot MDĢT programmu esošā normatīvā regulējuma ietvaros, ir iespējams iesaistīt sociālos dienestus un bāriņtiesas, kuriem ir tiesības savstarpēji sadarboties un nosūtīt bērnu vai ģimenes locekļus sociālās rehabilitācijas pakalpojumiem. Intervējamie akcentē nepieciešamību izmantot tos rīkus, kas jau ietver tiesības piemērot pakalpojumus vēršot uz uzvedības un domāšanas veida maiņu, lai veidotu MDĢT programmas normatīvo ietvaru un nodrošinātu MDĢT terapeitu juridisko aizsardzību.

Gadījumos, kad bērns ir veicis likumpārkāpumus, ir iespējams, piemērot BTAL 58. panta regulējumu un iekļaut dalību MDĢT bērnam izstrādātajā sociālās uzvedības korekcijas programmā, to piemērot kā audzināša rakstura piespiedu līdzekli vai kā daļu no probācijas novērošanas vai uzraudzības. Ir vairākas iestādes, kas atbilst speciālistu identificētajiem iespējamajiem mehānismiem bērna nosūtīšanai dalībai MDĢT programmā. Tās ir:

SOCIĀLIE DIENESTI, kuru uzdevumos ietilpst sociālā darba veikšana ar personām un ģimenēm, sociālo pakalpojumu sniegšana vai to sniegšanas organizēšana ģimenēm ar bērniem, kurās ir bērna attīstībai nelabvēlīgi apstākļi. Viens no sociālo dienestu pienākumiem ir sniegt personai psihosociālu vai materiālu, vai psihosociālu un materiālu palīdzību, lai sekmētu krīzes situācijas pārvarēšanu un veicinātu šīs personas iekļaušanos sabiedrībā.¹⁷⁴ Atbilstoši speciālistu viedoklim sociālie dienesti varētu būt gan iestādes, kuras identificē mērķa grupas jauniešus un rekomendē MDĢT saņemšanai, gan iestādes, kuru ietvaros šis pakalpojums tiek sniegts.

BĀRIŅTIESAS, kuras atbilstoši Bāriņtiesu likuma 18. pantam¹⁷⁵, aizstāvot bērna personiskās intereses attiecībā ar vecākiem, aizbildņiem un citām personām var nosūtīt speciālistu konsultācijai bērnu vai personu, ar kuru bērnam ir tiesības uzturēt personiskas attiecības vai personu, ar kuru dzīvo nedalītā mājsaimniecībā. Saskaņā ar BTAL 48. panta piekto daļu bērnam, kuram radušies psihiski vai uzvedības traucējumi alkoholisko dzērienu lietošanas dēļ, ir nodrošināma obligāta ārstēšana un sociālā rehabilitācija. Piekrišanu tai var sniegt bāriņtiesa, ja vecāki nesniedz savu piekrišanu. Atbilstoši speciālistu viedoklim bāriņtiesas varētu iesaistīties bērna un ģimenes rekomendēšanai dalībai MDĢT programmā.

PAŠVALDĪBU BĒRNU TIESĪBU AIZSARDZĪBAS SADARBĪBAS GRUPA, kuras mērķis ir pašvaldības kompetencē esošo bērnu tiesību aizsardzības jautājumu risināšana, izveidojot starpinstitucionālu sadarbības grupu, kas ietver pārstāvjus no pašvaldības policijas vai Valsts policijas, pašvaldības sociālā dienesta, pašvaldības izglītības pārvaldes vai izglītības speciālistu un bāriņtiesas.¹⁷⁶ Savukārt, BTAL 58. pants nosaka, ka pašvaldība, sadarbojoties ar citām iestādēm, veic profilakses darbu ar bērniem, iekārto bērna vai jaunieša profilakses lietu un izstrādā uzvedības sociālās korekcijas programmu šī likuma 58. panta

¹⁷³ Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums. Latvijas Vēstnesis, 168, 19.11.2002. Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/68488>

¹⁷⁴ Turpat.

¹⁷⁵ Bāriņtiesu likums. Latvijas Vēstnesis, 107, 07.07.2006. Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/139369>

¹⁷⁶ Ministru kabineta 2017. gada 12. septembra noteikumi Nr. 545 "Noteikumi par institūciju sadarbību bērnu tiesību aizsardzībā". Latvijas Vēstnesis, 183, 14.09.2017. Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/293496>

otrajā daļā minētajos gadījumos. Atbilstoši speciālistu viedoklim MDĢT programmu varētu iekļaut sociālās korekcijas programmās.

PAŠVALDĪBU ADMINISTRATĪVĀS KOMISIJAS, kuru kompetencē ietilpst audzinoša rakstura piespiedu līdzekļu piemērošana nepilngadīgajiem. Administratīvās atbildības likuma¹⁷⁷ 6. panta otrā daļa nosaka, ka nepilngadīgajiem vecumā no 14 līdz 18 gadiem par administratīvajiem pārkāpumiem piemēro audzinoša rakstura piespiedu līdzekļus, izņemot gadījumus, kad to piemērošana nav lietderīga. Ja audzinoša rakstura piespiedu līdzekļu piemērošana nepilngadīgajam konkrētajā gadījumā nav lietderīga, amatpersona lemj par administratīvā soda piemērošanu.

Atbilstoši speciālistu viedoklim esošā normatīvā regulējuma ietvaros daļību MDĢT varētu piemērot kā audzinoša rakstura piespiedu līdzekli. Šobrīd administratīvu pārkāpumu gadījumos kā vienu no audzinoša rakstura piespiedu līdzekļu veidiem bērnam var noteikt uzvedības ierobežojumus, kas ietver arī pienākumu piedalīties sociālās korekcijas un sociālās palīdzības programmās vai ierasties uz konsultāciju pie psihologa, ārsta vai cita speciālista.¹⁷⁸

PROBĀCIJAS DIENESTS, kura pilnvarās ietilpst probācijas novērošanas un probācijas uzraudzības izpilde noziedzīgu nodarījumu gadījumos. Probācijas uzraudzību piemēro bērniem no 14 gadu vecuma, nosakot to kā pamatsodu vai papildsodu. Izvērtējot noziedzīgā nodarījuma izdarīšanas apstākļus, vainu mīkstināšos gadījumos soda vietā var tikt piemēroti likumā noteiktie audzinoša rakstura piespiedu līdzekļi.¹⁷⁹ Viens no tiem ir probācijas novērošana, kuru var piemērot bērniem no 11 gadu vecuma.¹⁸⁰

Gan probācijas novērošana, gan uzraudzība ietver bērna uzvedības uzraudzību un bērna iesaistīšanu viņa vecumam, psiholoģiskajām īpašībām un attīstības līmenim piemērotos sociālās uzvedības korekcijas un sociālās rehabilitācijas pasākumos.¹⁸¹ Tādējādi MDĢT programmu būtu iespējams piemērot probācijas klientiem probācijas novērošanas vai uzraudzības ietvaros.

Tomēr speciālisti norāda, ka VPD savas darbības ietvaros atbilstoši normatīvajiem aktiem var strādāt tikai ar probācijas dienestu klientiem. Tādējādi, ja VPD būtu iestāde, kura sniegtu MDĢT pakalpojumu, tad esošā normatīvā regulējuma ietvaros tai būtu iespējams sniegt pakalpojumu tikai bērniem, kas ir sodīti par veiktu pārkāpumu vai noziedzīgu nodarījumu. Taču gadījumos, kad sociālā dienesta redzes lokā esošs bērns ir arī VPD klients, iestādes var savā starpā sadarboties, risinot jaunieša gadījumu, tai skaitā lemjot par MDĢT pakalpojuma nepieciešamību. Arī BTAL 58. panta pirmā daļa paredz pašvaldības sadarbību bērna likumpārkāpumu profilakses darbā ar VPD, ja bērns ir probācijas klients.

TIESA VAI PROKURORS, kuriem atbilstoši Krimināllikuma 35. pantam ir tiesības piespriest sodu personai, kura ir vainīga noziedzīga nodarījuma izdarīšanā, ar tiesas spriedumu vai sastādot prokurora priekšrakstu par sodu. Kā viens no soda veidiem ir probācijas uzraudzība. Savukārt atbilstoši likumam "Par audzinoša rakstura piespiedu līdzekļu piemērošanu bērniem" 5. pantam un Krimināllikuma 66. panta pirmajai daļai krimināllietās tiesa nepilngadīgai personai var piemērot audzinoša rakstura piespiedu līdzekļus. Tādējādi

¹⁷⁷ Administratīvās atbildības likums. Latvijas Vēstnesis, 225, 14.11.2018. Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/303007/redakcijas-datums/2020/07/01>

¹⁷⁸ Likums "Par audzinoša rakstura piespiedu līdzekļu piemērošanu bērniem". Latvijas Vēstnesis, 168, 19.11.2002. Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/68489>

¹⁷⁹ Krimināllikums. Latvijas Vēstnesis, 199/200, 08.07.1998. Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/88966>

¹⁸⁰ Likums "Par audzinoša rakstura piespiedu līdzekļu piemērošanu bērniem". Latvijas Vēstnesis, 168, 19.11.2002. Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/68489>

¹⁸¹ Turpat.

tiesa un prokurors varētu būt institūcijas, kas pastarpināti caur probācijas uzraudzību vai tiešā veidā ar audzinoša rakstura piespiedu līdzekļu piemērošanu var rekomendēt bērnu dalībai MDĢT.

Speciālisti norāda, ka MDĢT programmas uzsākšanai pilotprojekta ietvarā tūlītēji normatīvo aktu grozījumi nav nepieciešami. Pilotprojekta formāts paredz nepieciešamo likumdošanas izmaņu identificēšanu un grozījumu veikšanu tā ieviešanas gaitā, lai pēc pilotprojekta noslēguma varētu nodrošināt pakalpojuma turpināšanu. Tādējādi tas būtu rekomendējams formāts, kādā uzsākt pakalpojuma sniegšanu.

MDĢT programmas turpināšanai pēc pilotprojekta noslēguma ir nepieciešams pieņemt Ministru kabineta noteikumus, kas regulē tieši šī pakalpojuma sniegšanu. Noteikumos tiktu integrēti pilotprojekta ietvaros pārbaudītie sadarbības mehānismi starp iestādēm, finansēšanas kārtība, mērķa grupas tvērums, pakalpojuma saņemšanas kārtība un citi ar MDĢT norisi saistīti jautājumi. Papildus tam šobrīd esošā normatīvā regulējuma ietvaros strādājot ar bērnu nav paredzēts pakalpojumos iekļaut arī ģimenes locekļus. Tas attiecas gan uz sociālās rehabilitācijas pakalpojumiem, piemēram, bērniem, kuriem ir atkarību problēmas, gan uz VPD sniegtajiem pakalpojumiem. Speciālisti norāda uz to, ka esošā normatīvā regulējuma ietvaros darbs ar ģimenes locekļiem, ja tie nav attiecīgās iestādes klienti, nav paredzēts. Tādēļ, izstrādājot MDĢT īstenošanas kārtību, ir nepieciešams paredzēt iespēju strādāt ne tikai ar bērnu, bet arī ar ģimeni un nepieciešamības gadījumā arī ar bērna apkārtējās vides pārstāvjiem, piemēram, skolotājiem, ārpus skolas sporta nodarbību treneriem, draugiem vai atbalsta personām.

Kopumā Latvijas esošā normatīvo aktu bāze paredz iespēju integrēt MDĢT programmu jau esošajā sistēmā. Īstenojot MDĢT programmu pilotprojekta ietvaros, varētu identificēt precīzus normatīvo aktu grozījumus, kas nepieciešami MDĢT programmai ieviešanai atbilstoši mērķa grupai un iesaistītajām institūcijām. Lai MDĢT programmu varētu turpināt pēc pilotprojekta beigām, ir nepieciešams izstrādāt atsevišķus Ministru kabineta noteikumus, kas regulē MDĢT saņemšanas un īstenošanas kārtību.

5.4. GALVENĀS ATZIŅAS

- Viena no galvenajām problēmām, ar ko saskaras bērni, ir atkarību izraisošu vielu lietošana. Taču Latvijas bērnu problemātiskas uzvedības izpausmes ietver arī problēmas skolā, vardarbību un noziedzīgas darbības. Lielākajai daļai bērnu ar uzvedības problēmām vienlaikus ir sastopamas dažādas problemātiskas uzvedības izpausmes, tādējādi šo gadījumu risināšanai ir nepieciešama kompleksa pieeja, kas pievērštos visiem problēmu aspektiem.
- Valsts pieejamajā atbalstā bērniem ar uzvedības problēmām trūkst mehānismu agrīnai problēmu identificēšanai un mērķēta un sistēmiska atbalsta, un individualizētas pieejas nodrošināšanas jau nopietnāku uzvedības problēmu risināšanā. Tāpat nav pieejami pietiekami daudz ģimenēm paredzētu pakalpojumu, kā arī ir novērojamas lielas atšķirības pakalpojumu pieejamībā pašvaldību starpā. MDĢT programma potenciāli sniegtu ieguldījumu visu šo identificēto problēmu risināšanai.
- Atbilstoši speciālistu viedoklim, Latvijā MDĢT programma būtu vēlama piemērot bērniem no 11 gadu vecuma, bet vecuma augšējo sliekšni noteikt 18 gadu vecumam, vai arī pieļaut dalību MDĢT programmā jauniešiem līdz 26 gadu vecumam, proti, vērtējot katru gadījumu individuāli pēc pilngadības sasniegšanas.
- MDĢT programma būtu piemērojama bērniem ar jau smagākām un komplicētākām uzvedības problēmām, iekļaujot bērnus, kuriem jau ir veikti likumpārkāpumi vai kuriem ir risks tos veikt.
- Šobrīd nav vienota redzējuma par institucionālo ietvaru MDĢT programmas ieviešanai Latvijā. MDĢT programmas ieviešana galvenokārt tiek saredzēta LM pārraudzībā, taču var iezīmēt arī TM lomā MDĢT programmas ieviešanā tās pārraudzībā esošā sektora ietvaros.
- Var identificēt vairākas iestādes, kas varētu veikt praktisko darbu ar mērķa grupu MDĢT ietvaros. Kā potenciālie MDĢT pakalpojumu sniedzēji tiek identificēti VBTAI, VPD un NVO vai citi privāto tiesību subjekti, kā arī pašvaldību sociālie dienesti.
- MDĢT programmas ieviešanai ir jābūt balstītai starpinstitucionālajā sadarbībā, kas ietvertu informācijas apmaiņu, lai MDĢT komandai un citām bērna problēmu risināšanā iesaistītajām institūcijām būtu iespēja gūt pilnīgu informāciju par bērnu un ģimeni un lai ģimenei pašai nebūtu jāiegulda laika resursi informācijas nodošanai dažādām iestādēm.
- Galvenie ar MDĢT programmas ieviešanu saistītie riski tiek identificēti attiecībā uz finansējuma ilgtspējas nodrošināšanu un nepieciešamo cilvēkresursu piesaisti MDĢT programmas nodrošināšanai. Tādēļ ir laicīgi jāizstrādā plāns MDĢT programmas finansēšanai pēc pilotprojekta noslēguma un ir jānodrošina nepieciešamo MDĢT terapeitu kvalifikācijai atbilstoši darba apstākļi, tai skaitā nosakot saistošu atlīdzības politiku.
- MDĢT programmas ieviešana ir iespējama esošā Latvijas normatīvā regulējuma ietvaros, iesaistot sociālos dienestus un bāriņtiesas, kuriem ir tiesības savstarpēji sadarboties un nosūtīt bērnu vai ģimenes locekļus sociālās rehabilitācijas pakalpojumiem. Savukārt, gadījumos, kad bērns ir veicis likumpārkāpumus, ir iespējams piemērot BTAL 58. panta regulējumu un iekļaut bērna dalību MDĢT programmā, kas tiktu paredzēta bērnam izstrādātajā sociālās uzvedības korekcijas programmā, to piemērojot kā audzināšanas rakstura piespiedu līdzekli vai kā daļu no probācijas novērošanas vai uzraudzības.
- MDĢT programmas uzsākšanai tiek rekomendēts to īstenot pilotprojekta veidā. Uzsākot MDĢT programmu pilotprojekta ietvarā, nav nepieciešami tūlītēji normatīvo aktu grozījumi, un nepieciešamo likumdošanas izmaiņu identificēšana un grozījumu veikšana tiktu veikta pilotprojekta gaitā. Savukārt, MDĢT turpināšanai pēc pilotprojekta noslēguma ir nepieciešams pieņemt Ministru kabineta noteikumus, kas regulē tieši šī pakalpojuma sniegšanu.
- MDĢT programmas ieviešana nodrošinātu efektīvu atbalsta pakalpojumu pieejamību bērniem ar uzvedības problēmām un viņu ģimenēm, kas potenciāli aizpildītu vairākus no esošajā atbalsta

sistēmā identificētajiem trūkumiem, bet valstiskā mērogā MDGT programma sekmētu jauniešu noziedzības recidīva mazināšanos un samazinātu ieslodzījuma vietās esošo jauniešu skaitu.

6. ESOŠĀS ATBALSTA SISTĒMAS VĒRTĒJUMS

Pētījuma ietvaros tika organizētas fokusgrupu diskusijas un atsevišķas intervijas ar potenciālo mērķa grupu MDGT saņemšanai – bērniem un viņu ģimenes locekļiem. Sarunu rezultātā tika noskaidrots ģimeņu vērtējums par Latvijā esošo atbalsta sistēmu bērniem ar uzvedības problēmām, kā arī viņu viedoklis par MDGT lietderību un tās ieviešanas rezultātā potenciāli sagaidāmajiem ieguvumiem pašreizējā atbalsta sistēmā.

6.1. ATBALSTA SISTĒMĀ IDENTIFICĒTĀS PROBLĒMAS

Pētījuma ietvaros fokusgrupu diskusiju laikā, kā arī no intervijām ar potenciālo mērķa grupu tika identificēti šķēršļi, ar kurām tā visbiežāk saskaras esošajā atbalsta sistēmā bērnu un jauniešu problēmu risināšanai.

Viens no biežāk pieminētajiem traucējošajiem faktoriem esošo pakalpojumu saņemšanai ir sociālā atbalsta **SISTĒMAS SADRUMSTALOTĪBA**, jo trūkst vienota, koordinēta atbalsta bērna un ģimenes problēmu risināšanai. Lai gan kopumā ir pieejami dažādi pakalpojumi, ko piedāvā gan izglītības iestādes, piemēram, psihologs vai sociālais pedagogs, gan sociālais dienests vai uz kuriem nosūta bāriņtiesa, taču lielākoties tie nav savā starpā koordinēti un ne vienmēr ir mērķēti konkrētās problēmas risināšanai.

Vecākiem nav pieejama pilnvērtīga informācija par pašvaldībā pieejamo pakalpojumu klāstu un to piemērotību viņu bērna problēmsituācijas risināšanai. Vecāki ir norādījuši, ka par dažām programmām un pakalpojumiem informāciju ir saņēmuši citu pakalpojumu ietvaros no citiem speciālistiem, nenodrošinot saskaņotu pieeju bērna vai jaunieša un ģimenes atbalstam, bet gan izklīdētu, kas, viņuprāt, ir kavējošais faktors vēlamā rezultāta sasniegšanā.

Viens no kavējošajiem faktoriem attiecībā uz pakalpojumu saņemšanu ir **GAIDĪŠANAS LAIKS**. Ja pakalpojums netiek saņemts pēc iespējas īsākā termiņā, tas vairāk nav aktuāls iepriekš identificētās situācijas risināšanai. Piemērotā intervence vairs nebūs būtiska un ir jāmeklē citi piemērotāki risinājumi. Un gaidīšanas laiks ietekmē arī bērna vai jaunieša motivāciju.

Vienlaikus vecāki ir novērojuši, ja pakalpojums nav bijis regulārs vai salīdzinoši īsu periodu, pēc kāda laika atkal ir jāmeklē speciālistu palīdzība un iesaiste, kas būtiski var atšķirties no iepriekšējās situācijas, ņemot vērā bērna vecumposma un attīstības īpatnības.

SPECIĀLISTU MAINĪBA ir nākamais izaicinājums, ar kuru saskaras ģimenes, izmantojot valsts vai pašvaldību apmaksātos pakalpojumus. Piemēram, ne vienmēr ir iespēja atkārtoti saņemt pakalpojumu pie speciālista, ar kuru jau ir izveidojusies sadarbība un kuram bērns vai jauniešs spēj uzticēties. Kā norāda bērnu un jauniešu vecāki, uzticamības iegūšana ir būtiskākais faktors turpmākai veiksmīgai sadarbībai starp bērnu un noteikto speciālistu, kā arī mazina iespēju, ka vecākiem būs jāmeklē jauns speciālists vai cits pakalpojums. Tādēļ pakalpojumiem, ko ģimene saņem, bieži vien šīs speciālistu mainības rezultātā ir atšķirīga kvalitāte, kā arī tos sniedz speciālisti, kuriem ir dažāda attieksme, pieeja un rekomendācijas situācijas risināšanai. Mazākumtautību pārstāvji arī norāda, ka dod priekšroku saņemt pakalpojumu savā dzimtajā valodā, jo tas atvieglo pakalpojuma ietvaros sniegtās informācijas uztveršanu gan bērnam, gan vecākiem. Vecāki ir pieredzējuši situāciju, kad bērns visu terapijas konsultāciju neiesaistās sarunās un neatbild uz speciālistu uzdotajiem jautājumiem vai arī ir bijušas situācijas, kad speciālisti pievēršas vecāku attiecībām, bet bērns šajā terapijā ir kā novērotājs, kas vecākiem nav šķitis pieņemami.

Turklāt katram speciālistam, ar kuru ģimene sadarbojas, ģimene atkārtoti sniedz informāciju par esošajām problēmām, to attīstību un iepriekš saņemtajiem pakalpojumiem, kas bieži vien ir komplicēts stāsts un tam ir nepieciešams arī laika resurss. Vienlaikus jāņem vērā fakts, ka bērns vai pusaudzis var saņemt

pakalpojumu bez vecāku klātbūtnes, līdz ar to vecākiem varētu nebūt pieejama detalizēta visa nepieciešamā informācija par iepriekšējo pakalpojumu intervenci, kas kādam no speciālistiem varētu būt nozīmīga turpmākajā darbā. **TRŪKST FUNKCIONĒJOŠA DATU BĀZE VAI SISTĒMA INFORMĀCIJAS UZKRĀŠANAI**, kurā vairāku jomu institūcijas un pakalpojumu sniedzēji varētu ievadīt informāciju par bērnu un tā ģimeni, tai sniegtajiem pakalpojumiem un sasniegtajiem rezultātiem, tādējādi nodrošinot arī informācijas apmaiņu. Šāda informācijas apmaiņa starp iesaistītajām pusēm par bērnu un ģimenes situāciju sekmētu pēc iespējas precīzāku informācijas nodošanu starp speciālistiem un institūcijām.

Kopumā trūkumi ir novēroti izglītības sistēmā. Ņemot vērā, ka bērni un jaunieši izglītības iestādēs pavada lielāko dienas daļu, nozīmīga loma izglītības iestādes vides veidošanā ir pedagogiem un personālam.¹⁸² Tādu speciālistu kā sociālā pedagoga, psihologa nepieejamība nepieciešamajā laikā vai pat neesamība izglītības iestādēs¹⁸³ palielina slogu pedagogu un personāla vidū, kuru zināšanas nav pietiekamas, lai agrīni identificētu problēmas un sniegtu atbalstu un risinājumu ar bērnu un jauniešu uzvedību saistītajām problēmām.

Vecāki ir novērojuši, ka būtu **NEPIECIEŠAMA ATBALSTA PERSONA IZGLĪTĪBAS IESTĀDĒ**, kas varētu analizēt tajā radušos situāciju neatkarīgi un vienlaikus profesionāli, izprotot konkrētās izglītības iestādes sociālo vidi un bērna situāciju, lai palīdzētu ģimenei un iesaistītajiem pedagogiem pēc iespējas precīzāk identificēt nepieciešamo palīdzību un turpmāko rīcību. Līdz ar to tādu speciālistu kā sociālā pedagoga un psihologa klātesamība izglītības iestādēs, viņuprāt, būtu nozīmīga, lai agrīni identificētu problēmu un palīdzētu piemeklēt piemērotākos risinājumus tās novēršanai.

Attiecībā uz izglītības iestādēs pieejamajiem cilvēkresursiem jaunieši norādīja, ka klases audzinātāja vai skolas psihologa attieksme ne vienmēr ir tāda, kuru sagaida no atbalsta personas skolā. Atsevišķos gadījumos šīs personas ir uzspiedušas savu viedokli, nevis uzklauzījušas un izanalizējušas radušos situāciju. Vienlaikus ir piedzīvots, ka pēc kāda notikuma seko nevis jautājumi situācijas risināšanai no pedagoga vai skolas psihologa puses, bet gan pārmetumi saistībā ar izveidojušos situāciju, neiedziļinoties cēloņos. Ir novērota arī klases audzinātāju norobežošanās no audzināmās klases, neiesaistoties klases konfliktsituācijās vai citās ar uzvedību saistītās situācijās, kā arī vecāki netiek informēti par radušos situāciju klasē, lai laicīgi risinātu radušās problēmsituācijas un izskaustu tās turpmāk.

Vecāki ir novērojuši, ka bērnam būtiski pasliktinās sekmes un ieinteresētība par mācībām, kā arī biežāk ir novērota nomāktība, ja ir mazinājusies vai pat zudusi vēlme atrasties skolas vidē. Un tam ir tālākās sekas, ko ir piedzīvojuši vecāki ar saviem bērniem, kā klaiņošana, skolas neapmeklēšana, nesekmība skolā, kā rezultātā paliek uz otru gadu tajā pašā klasē un pievēršas jau sabiedriskās kārtības neievērošanai (piemēram, sīkais huligānisms).

Līdz ar to, vecākuprāt, izglītības iestādēs būtu jāveido tādi apstākļi, kas bērnu neatgrūž no izglītības iestādes un mācību procesa, tāpēc visu pušu iesaiste ir svarīga šādas vides nodrošināšanā.

Krīzes situācijās vai kompleksāku problēmsituāciju gadījumā vecākiem **TRŪKST SPECIĀLISTA**, pie kura varētu saņemt konsultāciju par piemērotāko rīcību viņu konkrētajā situācijā. Vecāki šādos gadījumos ir izmantojuši krīzes vai uzticības tālruņa konsultācijas, taču viņi būtu vēlējušies saņemt praktisku padomu

¹⁸² "Latvijā vairāk ar dzīvi apmierināti ir skolēni, kuriem ir augstāka piederības sajūta savai skolai, kuri ir orientēti uz sadarbību, vairāk izjūt skolotāju atbalstu un atgriezenisko saiti, mācās skolās ar labāku disciplināro klimatu un mazāk izjūt citu skolēnu pāridarījumus." Ministru kabineta 2021. gada 22. jūnija rīkojums Nr. 436 "Par Izglītības attīstības pamatnostādņem 2021.–2027. gadam". Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/324332-par-izglitiba-attistibas-pamatnostadnem-20212027-gadam>

¹⁸³ "Nav pietiekami pieejams atbalsta personāls pašvaldību pamata un vispārējās vidējās izglītības iestādēs (īpaši trūkst skolotāju logopēdu, izglītības psihologu un pedagoga palīgu)." Ministru kabineta 2021. gada 22. jūnija rīkojums Nr. 436 "Par Izglītības attīstības pamatnostādņem 2021.–2027. gadam". Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/324332-par-izglitiba-attistibas-pamatnostadnem-20212027-gadam>

specifiskā situācijā. Vecāku skatījumā, konsultācijas krīzes situācijā ar speciālistu, kurš pārzina ģimenes un bērna problēmu, būtu efektīvākas problēmu risināšanai, it īpaši gadījumos, kad ir uzsākts saņemt pakalpojumus. Lai gan vecāki apzinās, ka ir nepieciešams laiks, lai bērna un ģimenes situācija uzlabotos, tomēr pastāvīga atbalsta trūkums no terapeita krīzes situācijās, mazina motivāciju un ticību, ka situācija varētu uzlaboties jo īpaši gadījumos, kad problēmsituācija jau ir gadiem un attīstās līdz ar bērna vecuma īpatnībām.

Lai gan vecāki vairākkārt norādīja uz sociālo darbinieku nozīmi un pozitīvo ietekmi viņu ģimenes situācijas risināšanā un sadarbībā ar jauniem, taču sociālais darbinieks ģimenēm sniedz praktiskas konsultācijas un atbalstu, bet nenodrošina terapeitiska rakstura pakalpojumus. To saņemšanai ģimene tiek nosūtīta pie citiem speciālistiem.

Ģimenes atzinīgi novērtē gadījumus, kad sociālais darbinieks ir spējis ieteikt ģimenes situācijai atbilstošus pakalpojumus, taču ir situācijas, kad ģimenēm tiek piedāvāti tie pakalpojumi, kuri ir pieejami, neizvērtējot to atbilstību ģimenes problēmām. Tādējādi ģimenes patērē laika resursus, izmantojot pakalpojumus, kas nesniedz risinājumu esošajām problēmām.

MOTIVĀCIJAS SAGLABĀŠANA ir izaicinājums gan vecākiem, gan bērniem, jo īpaši gadījumos, kad iepriekšējo pakalpojumu ietekme uz problēmu uzlabošanu ir bijusi minimāla, taču ir apmeklēti dažādi speciālisti, saņemti vairāki pakalpojumi un iesaistītas dažādas institūcijas.

Motivācijas saglabāšanu ietekmē ģimenes situācija, piemēram, biežāk vecāki norāda, ka viena vecāka ģimenē ir grūtāk saglabāt motivāciju, ja nav otras pieaugušas un līdzās pastāvošas personas, kura spētu atbalstīt.

Papildus tam biežāk viena vecāka ģimenē tā ir bijusi māte, kura ir uzņēmusies rūpēties par bērniem, taču pieaugot bērniem, pieaug arī viņu vajadzības – ne tikai materiālās, bet galvenokārt emocionālās. Faktori, ko ir minējušas mātes, ka zēnu audzināšanā ir ļoti nepieciešama pieauguša vīrieša iesaiste, kurš var dalīties ar savu dzīves pieredzi un sniegt padomus par vīriešu dzīves dažādajām jomām, iedrošināt zēnu piedalīties sportā un fiziskās aktivitātēs, kas veicina veselīgu dzīvesveidu, un arī to, kā būt pienācīgam ģimenes loceklim, partnerim un sabiedrības loceklim. Šajos gadījumos mātes novērtētu, ja sniegtajā atbalsta sistēmā būtu integrēts arī šāda veida atbalsts, piesaistot terapeitu vīrieti vai mentoru, kurš papildu terapeitiskajam procesam varētu arī atbalstīt zēnu pusaudža vecumam raksturīgās fiziskās un emocionālās pārmaiņas.

Tādējādi motivācijas noturēšanai vienmēr noder atbalsta persona, ja tā arī ir ārpus ģimenes, bet ir informēta un izprot ģimenes situāciju. Savukārt, bērniem motivāciju saglabāt ir vēl grūtāk, it īpaši, ja nav iespējas mainīt skolas un ārpus skolas vidi, piesaistīt speciālistus, kuri spēj iemantot uzticību, un saņemt pakalpojumus atbilstoši bērna vecumam. Turklāt, ja ģimenē ir vairāki bērni, tad notiekošais ar vienu no bērniem netieši ietekmē arī pārējos ģimenē esošos bērnus, it īpaši emocionālo stāvokli ģimenē.

6.2. MDĢT IESPĒJAMĀ IETEKME IDENTIFICĒTO PROBLĒMU NOVĒRŠANĀ VAI MAZINĀŠANĀ

Vecāki saskata, ka MDĢT programma varētu risināt vairākas no kopējā atbalsta sistēmā identificētajām problēmām.

PIRMKĀRT, MDĢT ietvaros ģimene strādātu ar vienu terapeitu. Tādējādi ģimenei tiktu nodrošināts viens atbalsta speciālists, kas pārzina ģimenes situāciju, koordinē visu MDĢT procesu un kuram ar ģimenes locekļiem ir izveidojusies savstarpējā uzticēšanās. Vecākuaprāt, tas ir būtisks aspekts, jo viņu ģimenei tiktu nodrošināta individuāla pieeja, un tas ietvertu arī to, ka viena persona ne tikai palīdz risināt situāciju, bet

nepieciešamības gadījumā var ieteikt papildu MDĢT saņemt citus pakalpojumus. Taču ģimenes progresu un MDĢT intervenci varētu novērtēt viens terapeits, ar kuru ir izveidojusies sadarbība.

Taču arī šajā gadījumā varētu pastāvēt risks, ka ģimenei un bērnam var neizveidoties ar terapeitu savstarpējā uzticēšanās un mijiedarbība. Ņemot vērā, ka MDĢT terapeitu skaits ir ierobežots, jāpaļaujas uz to iegūtajām kompetencēm un attieksmi, kas tos varētu sekmēt būt par tādiem terapeitiem, kuri spēj iegūt uzticēšanos no ģimenes un, jo īpaši no bērna puses.

OTRKĀRT, MDĢT programma paredz to, ka terapeits uztur regulāru komunikāciju ar ģimeni arī starp MDĢT sesijām, un krīzes situācijās ir telefoniski pieejams jebkurā diennakts laikā. Tādējādi ģimenēm – gan bērnam, gan vecākiem – vajadzības gadījumā ir iespēja saņemt nepieciešamo atbalstu no speciālista, kurš detalizēti pārzina ģimenes situāciju un ģimenes locekļu savstarpējās attiecības, kā arī izprot bērnu. Līdz ar to ģimenei, kura ir iesaistījusies MDĢT programmā, būtu pieejams terapeits, kurš sniedz ieteikumus atbilstoši konkrētās ģimenes situācijai. Tādējādi tiek sekmēta MDĢT ietekme uz bērnu un ģimenes vidi.

Kā viens no iespējamajiem riskiem, ko apzinās vecāki, ka terapeiti tāpat kā citi speciālisti sniedz atbalstu vairākām ģimenēm ar bērniem, līdz ar to būtu vēlams, ka terapeitam noslodze ir samērīga, lai viņš būtu pieejams arī krīzes situācijās.

TREŠKĀRT, vecāki atzinīgi novērtē, ka MDĢT īstenošanas laikā terapeits procesā iesaistītu ne tikai ģimeni, bet arī bērna apkārtējo vidi, it īpaši skolu, un spētu analizēt to mijiedarbību. Terapeits MDĢT ietvaros var iesaistīt izglītības iestādes darbiniekus (piemēram, klases audzinātāju, sociālo pedagogu), palīdzot viņiem rast veidus, kā atbalstīt bērnu izglītības iestādē, tādējādi uzlabojot viņa sadarbību ar pedagogiem, novēršot savstarpējo nesaprašanos, un nepieciešamības gadījumā arī ar klases biedriem, kā rezultātā uzlabotos mācīšanās process un sekmes. Vecākuprāt, izglītības vides uzlabošanās rezultātā bērnam saglabātos vēlme apmeklēt izglītības iestādi, aktīvāk iesaistīties mācību procesā, kā rezultātā mazinātos iespēja klaiņot vai pievērsties sabiedriskās kārtības neievērošanai.

Vienlaikus vecāki arī norāda uz to, ka izglītības iestādes vides uzlabošanās ir atkarīga no izglītības iestādes puses, proti, no pedagogu vai personāla ieinteresētības pārmaiņām savā attieksmē un skolas vidē, kā arī būtisks aspekts ir pedagogam vai izglītības iestādes pārstāvim pieejamais laika resurss. Reizēm paši izglītības iestāžu pārstāvji iesaka vecākiem mainīt izglītības iestādi, pārceļot bērnu no vienas skolas uz citu, nevis kopīgi risināt problēmu izglītības iestādes vidē. Līdz ar to varētu iestāties risks attiecībā uz izglītības vidi MDĢT procesā, ja pedagogi vai personāls nevar iesaistīties vai arī nevēlas iesaistīties tajā.

CETURTKĀRT, vecākiem ir nozīmīgi saglabāt motivāciju MDĢT dalības laikā, jo viņi apzinās, ka MDĢT procesā mēdz būt emocionālie pacēlumi un kritumi gan vecākiem, gan bērnam, tāpēc šādos brīžos ir ļoti nozīmīga atbalsta persona, kas spēj motivēt. Vienlaikus šādas atbalsta personas esamība ir ļoti nozīmīga viena vecāka ģimenei, jo var sniegt emocionālu, praktisku un informatīvu palīdzību, lai palīdzētu risināt problēmas.

Vecāki norādīja, ka atbalsta persona palīdzētu skaidrāk un konkrētāk noteikt bērnam veicamos uzdevumus, jo viņi kā vecāki reizēm mēdz tos uzdot, bet neprasa to pilnīgu izpildi savas emocionālās pieķeršanās dēļ, kā arī to, ka bērns mēdz neieklausīties vecāku teiktajā un arī nepildīt viņam uzdotos uzdevumus. Tāpēc atbalsta persona varētu palīdzēt izstrādāt konkrētus plānus un mērķus bērna un ģimenes attīstībai un labklājībai.

Ņemot vērā, ka viena vecāka ģimenē vecāka kapacitāte ir ierobežota, MDĢT intensitāte varētu būt izaicinājumus attiecībā uz laika plānošanu un uzmanības sadalīšanu. Viena vecāka ģimenē vecāks kā kavējošus apstākļus dalībai MDĢT ir norādījis uz darba noslodzi, citu ģimenes locekļu aprūpi, kā arī iespējams uz terapijai nepiemēroto dzīves vietas vidi, piemēram, vairāku paaudžu ģimenes locekļu kopdzīvi

mazā dzīvoklītī. Līdz ar to varētu būt risks attiecībā uz viena vecāka ģimenes iesaisti MDĢT saistībā ar tai nepieciešamo laiku un intensitāti.

Vienlaikus vecāki negribētu, ka jauniešiem ir jāpārplāno ārpus skolas aktivitātes, lai pielāgotos MDĢT laikiem. Taču, viņuprāt, šis nav būtisks risks, jo viņi saskata, ka par to var iepriekš vienoties pirms MDĢT uzsākšanas.

Kopumā vecāki ir atvērti un pozitīvi noskaņoti dalībai MDĢT, jo tā ietver gan ģimenes, gan ārējās vides faktorus, lai pēc iespējas palīdzētu bērnam. Vienlaikus viņi saskata, ka MDĢT ietvaros varētu tikt risināti vairāki trūkumi, kas konstatēti esošajā atbalsta sistēmā un kurus minēja ģimeņu pārstāvji, piemēram, nodrošināta viena speciālista pieejamība, kā arī koordinēts atbalsts.

Tas, ko vecāki saskata kā potenciālo risku - pēc MDĢT pieprasījums varētu būt lielāks nekā MDĢT komandu kapacitāte spētu nodrošināt. Taču vienlaikus vecāki norāda, ka terapija ar vienu speciālistu un noteiktu laika periodu dotu iespēju, ieilgušās problēmas atrisināt mērķtiecīgāk, iespējams, pat īsākā laika periodā. Viena kompleksa pakalpojuma pieejamība ietaupītu ģimenes laiku un arī emocionālos resursus, kas esošajā sistēmā tiek veltīti atšķirīgu pakalpojumu saņemšanai pie dažādiem speciālistiem.

6.3. GALVENĀS ATZIŅAS

- Bērni un viņu vecāki ir sastapušies ar dažādiem izaicinājumiem, mēģinot risināt esošās bērna uzvedības problēmas. Var identificēt vairākus galvenos trūkumus esošajā atbalsta sistēmā, ar kuriem saskārušies bērni un viņu ģimenes locekļi:
 - Sociālā atbalsta sistēmas sadrumstalotība un vienota, koordinēta atbalsta trūkums bērna un ģimenes problēmu risināšanai;
 - Trūkst pieejama pilnvērtīga informācija par pašvaldībā pieejamo pakalpojumu klāstu un to piemērotību viņu bērna problēmsituācijas risināšanai;
 - Ģimenēm bieži nākas saskarties ar ilgu gaidīšanas laiku pakalpojumu saņemšanai, kā rezultātā ir gadījumi, kad, pienākot pakalpojuma saņemšanas iespējai, tas vairāk nav aktuāls esošo problēmu risināšanai;
 - Speciālistu mainība apgrūtina saņemtā atbalsta nepārtrauktību un vienotu pieeju problēmu risināšanai, ko veicina arī funkcionējošas datu bāzes vai sistēmas informācijas uzkrāšanai trūkums, lai visiem pakalpojumu sniedzējiem būtu pieejama informācija par ģimenes saņemtajiem pakalpojumiem un to rezultātiem;
 - Izpratnes trūkums un atbalsta speciālistu pieejamības problēmas izglītības iestādēs apgrūtina agrīnu problēmu identificēšanu un risināšanu;
 - Viena atbalsta speciālista trūkums, kas pārzina ģimenes apstākļus, un pie kura var vērsties krīzes situācijās.
- Vecāki saskata, ka MDĢT varētu risināt vairākas no kopējā atbalsta sistēmā identificētajām problēmām:
 - MDĢT ietvaros ģimenei tiktu nodrošināts viens speciālists, kas pārzina ģimenes situāciju, koordinē visu terapijas procesu un kuram ar ģimenes locekļiem ir izveidojusies savstarpējā uzticēšanās;
 - MDĢT terapeits uzturētu regulāru komunikāciju ar ģimeni arī starp terapijas sesijām, un krīzes situācijās ir telefoniski pieejams jebkurā diennakts laikā;
 - Apkārtējās vides iesaiste MDĢT procesā palīdzētu uzlabot arī bērna dzīves apstākļus ārpus ģimenes. Ģimenes īpaši akcentē atbalsta nepieciešamību sadarbības uzlabošanai ar izglītības iestādēm;
 - MDĢT ietvaros tiktu nodrošināta atbalsta persona, kas varētu palīdzēt ar motivācijas uzturēšanu MDĢT procesa laikā.
- Galvenie riski, ko ģimenes identificē saistībā ar MDĢT pakalpojumu, ir laika plānošanas iespējas, ņemot vērā MDĢT intensitāti, un ierobežotas iespējas uzņemt MDĢT terapiju savā dzīves vietā pastāvošo sadzīves apstākļu dēļ.
- Kopumā vecāki ir atvērti un pozitīvi noskaņoti dalībai MDĢT programmā, jo tā ietver gan ģimenes, gan ārējās vides faktoros, lai pēc iespējas palīdzētu bērnam. Vienlaikus viņi saskata, ka MDĢT programmas ietvaros varētu tikt risināti vairāki trūkumi, kuri konstatēti esošajā atbalsta sistēmā un kurus minēja ģimeņu pārstāvji, piemēram, nodrošināta viena speciālista pieejamība, kā arī koordinēts atbalsts.

7. MDĢT PROGRAMMAS LOMA ESOŠO UN PLĀNOTO ATBALSTA PASĀKUMU KLĀSTĀ

Saskaņā ar pētījumā noteiktajiem mērķiem, MDĢT programmas loma tiek analizēta Labklājības ministrijas kompetencē esošo un plānoto atbalsta pasākumu ietvaros.

7.1. LABKLĀJĪBAS MINISTRIJAS ĪSTENOTIE PASĀKUMI MDĢT KONTEKSTĀ

LM ir vadošā valsts pārvaldes iestāde bērnu un ģimenes tiesību jomā¹⁸⁴. Tās atbildībā ir ar šiem jautājumiem saistīto politikas plānošanas dokumentu izstrāde un koordinācijā, kā arī ar to saistīto pakalpojumu ieviešanas pārraudzība.

LM atbildībā ir bijusi Bērnu, jaunatnes un ģimenes attīstības pamatnostādņu 2022.-2027. gadam¹⁸⁵ izstrāde, kurās ir definēti galvenie prioritārie mērķi nākamajiem gadiem. Kopumā tie ir noteikti četri:

- sekmēt bērnu un jauniešu drošību, attīstību, psiholoģisko un emocionālo labklājību;
- vienlīdzīgas iespējas īpaši atbalstāmajām bērnu un jauniešu grupām;
- jauniešu pilnvērtīga un vispusīga attīstība, dzīves kvalitātes uzlabošana un līdzdalības stiprināšana;
- tautas ataudze Latvijā.

Šie mērķi ir svarīgs pamats pasākumiem, lai uzlabotu bērnu, jauniešu un ģimenes labklājību un attīstību Latvijā, kā arī sniedz sabiedrībai izpratni par vidēja termiņa attīstības virzieniem šīs jomas politikā.

LM ietvaros ir izveidota Bērnu lietu sadarbības padome. Tā ir starpinstitucionāla, pastāvīga, konsultatīva koleģiāla institūcija, kas izveidota ar mērķi veicināt vienotu izpratni par bērna interešu prioritātes principa ievērošanu valsts un pašvaldību rīcībpolitikās, kā arī veicināt institūciju, sabiedrisko organizāciju un citu fizisku un juridisku personu, tai skaitā bērnu tiesību aizsardzības sadarbības grupu, vienotu un saskaņotu darbību bērnu tiesību aizsardzībā.¹⁸⁶ Padomes sastāvā ir ar šiem jautājumiem saistīto ministriju un citu valsts institūciju pārstāvji, kā arī nevalstiskā sektora pārstāvji. Šāda starpinstitucionāla sadarbība sekmē dažādu jomu ekspertu viedokļu apmaiņu un iesaisti kopīgu lēmumu pieņemšanā. Padomes ietvaros tiek rīkotas sēdes un ir iespējams izveidot atsevišķas darba grupas un darba apakšgrupas specifisku bērnu tiesību aizsardzības jautājumu risināšanai, iesaistot pārstāvjus no valsts, pašvaldību un nevalstiskā sektora institūcijām.

LM ir īstenojusi informatīvas kampaņas, piemēram, "Cilvēks nevis diagnoze", kuras mērķis bijis vairot līdzietību pret iedzīvotājiem, t.sk. bērniem ar garīga rakstura vai funkcionāliem traucējumiem. Turklāt ir veikti pētījumi, kas saistīti ar bērnu tiesību jomu. Piemēram, 2021. gadā ticis īstenots pētījums "Algoritms valsts finansēto sociālās rehabilitācijas pakalpojumu bērniem, kuri ir atkarīgi no apreibinošām vielām un procesiem, satura kvalitātes un efektivitātes rādītāju monitoringam", kura mērķis bija izstrādāt vienotu algoritmu, kuru izmantojot iespējams regulāri veikt sniegto pakalpojumu kvalitātes un efektivitātes

¹⁸⁴ Ministru kabineta 2004. gada 27. janvāra noteikumi Nr. 49 "Labklājības ministrijas nolikums". Latvijas Vēstnesis, 16, 30.01.2004. <https://likumi.lv/ta/id/83758>

¹⁸⁵ Ministru kabineta 2022. gada 21. decembra rīkojums Nr. 967 "Par Bērnu, jaunatnes un ģimenes attīstības pamatnostādņēm 2022.-2027. gadam". Latvijas Vēstnesis, 252, 29.12.2022. <https://likumi.lv/ta/id/338304>

¹⁸⁶ Bērnu lietu sadarbības padomes nolikums (2023). Iegūts no: <https://www.lm.gov.lv/lv/bernu-lietu-sadabibas-padome>

izvērtējumu attiecībā uz valsts finansētajiem sociālās rehabilitācijas pakalpojumiem bērniem, kuri ir atkarīgi no apreibinošām vielām un procesiem.¹⁸⁷

LM pārraudzībā ir pakalpojumi un pasākumi, kas ir svarīgi arī MDĢT kontekstā. Lai gan šos pakalpojumus pārrauga LM, tomēr to faktiskā izpilde ir deleģēta citām institūcijām. Kā viens no piemēriem ir sociālās rehabilitācijas pakalpojumi no psihoaktīvām vielām atkarīgiem bērniem, kuru saņemšanu koordinē LM pārraudzībā esošā Sociālās integrācijas valsts aģentūra. Šos pakalpojumus bērniem un jauniešiem ir iespējams saņemt dzīves vietā¹⁸⁸ vai arī institucionāli.¹⁸⁹

Tiek nodrošināts psihosociālās rehabilitācijas pakalpojums bērniem ar funkcionāliem traucējumiem un viņu likumiskajiem pārstāvjiem vai audžuģimenei¹⁹⁰, ko īsteno biedrība "Latvijas Autisma apvienība". Tā ietvaros tiek nodrošināta psihosociālā atbalsta sniegšana bērniem ar funkcionāliem traucējumiem, t.sk. autiskā spektra traucējumiem, un viņu vecākiem, kā arī sekmēta bērnu iekļaušanās sabiedrībā.¹⁹¹

Atbilstoši 09.01.2020. noslēgtajam deleģējuma līgumam starp LM un nodibinājumu "Latvijas Bērnu fonds", šai nevalstiskā sektora organizācijai ir nodota sociālās rehabilitācijas pakalpojumu sniegšanas funkcija saistīta ar bērniem, kuri cietuši no vardarbības.¹⁹² Tā ietvaros kursa veidā bērniem tiek sniegts rehabilitācijas pakalpojums, nodrošinot dažādu speciālistu konsultācijas, kā arī cita atbalsta personāla (piemēram, medicīnas māsas) pieejamību.

LM ir pieredze ar bērnu tiesību jautājumiem saistītu procesu koordinēšanā un uzraudzīšanā, kā arī tās pārziņā ir instrumenti, lai nepieciešamības gadījumā aktivizētu starpinstitucionālu sadarbību šo jautājumu risināšanai Bērnu lietu sadarbības padomes ietvaros. Lai nodrošinātu LM kompetencē esošo pakalpojumu pieejamību sabiedrībai, LM ir izveidojusies sadarbība ar citām organizācijām, piemēram, deleģējot funkcijas nevalstiskajam sektoram vai iesaistot citas iestādes pakalpojumu sniegšanā. Kā viena no šādām iestādēm var minēt VBTAI.

7.2. VALSTS BĒRNU TIESĪBU AIZSARDZĪBAS INSPEKCIJAS ĪSTENOTIE PASĀKUMI MDĢT KONTEKSTĀ

LM pārraudzībā esošā iestāde VBTAI ne tikai uzrauga bērnu tiesību aizsardzības normatīvo aktu ievērošanu un bāriņtiesu darbu, bet ir īstenojusi vairākus praktiskus pasākumus, kuros tiek sniegts atbalsts bērniem, jauniešiem un viņu ģimenēm. Tie ietver gan konsultēšanu, gan cita veida atbalsta sniegšanu bērniem, jauniešiem un viņu ģimenes locekļiem.

¹⁸⁷ Labklājības ministrija. (2022). Gada publiskais pārskats. 2021. gads. Iegūts no: <https://www.lm.gov.lv/lv/media/22005/download?attachment>

¹⁸⁸ Pakalpojumu sniedzējs dzīvesvietā ir nodibinājuma "Bērnu slimnīcas fonds", struktūrvienība SIA "Bērnu un pusaudžu resursu centrs" – Autora piezīme.

¹⁸⁹ Sociālās rehabilitācijas pakalpojumi no apreibinošām vielām un procesiem atkarīgiem bērniem (2020). <https://www.siva.gov.lv/lv/pakalpojumi/socialas-rehabilitācijas-pakalpojumi-no-apreibinosam-vielam-un-procesiem-atkarīgiem-berniem>

¹⁹⁰ Eiropas Sociālā fonda projekta Nr. 9.2.2.2./16/l/001 "Sociālo pakalpojumu atbalsta sistēmas pilnveide" ietvaros – Autora piezīme.

¹⁹¹ Latvijas Autisma biedrība. (2022). Sākotnējais ziņojums "Psihosociālās rehabilitācijas pakalpojuma bērniem ar funkcionāliem traucējumiem un viņu likumiskajiem pārstāvjiem vai audžuģimenei apraksts". Iegūts no: <https://www.lm.gov.lv/lv/1-nodevums-psihosocialas-rehabilitācijas-pakalpojuma-berniem-ar-funkcionaliem-traucejumiem-un-vinu-likumiskajiem-parstavjiem-vai-audzugimenei-apraksts-neaprobeta-versija-ar-grozijumiem-nr1>

¹⁹² Sociālo pakalpojumu sniedzēji. (2021). Iegūts no: <https://www.lm.gov.lv/lv/socialo-pakalpojumu-sniedzēji>

KUSTĪBA „DRAUDZĪGA SKOLA” | Lai arī šīs aktivitātes fokuss nav tik daudz uz individuālu gadījumu risināšanu, kā skolas vidi, tomēr pasākums ir būtisks MDĢT programmas kontekstā, jo skolas vide ir tā, kurā jauniešiem bieži izpaužas uzvedības grūtības. Kustības misija ir saistīta ar skolas psihosociālās vides pilnveidošanu, lai uzlabotu savstarpējās attiecības starp skolu, bērniem un ģimenēm. Aktivitāšu mērķi ir saistīti ar savstarpējās sadarbības un sadarbības ar citām institūcijām uzlabošanu, kā arī vardarbības profilakses skolās preventīvā darba pilnveidi.¹⁹³

VIRTUĀLĀS REALITĀTES TERAPIJAS PAKALPOJUMS PUSAUDŽIEM | VBTAI 2022. gadā ir īstenojusi pilotprojektu “Virtuālās realitātes terapija pusaudžiem, kuri ir izdarījuši likumpārkāpumus vai cietuši noziedzīgos nodarījumos”. Tā ietvaros bija paredzēts nodrošināt individuālas psihologa konsultācijas pusaudžiem virtuālajā vidē. Tā mērķa grupa ir pusaudži (bērni vecumā no 12 līdz 18 gadiem (neieskaitot)), kuri ir izdarījuši likumpārkāpumus, piemēram, zādzības, miesas bojājumus, vai cietuši noziedzīgos nodarījumos (prioritāri pusaudži no ārpusģimenes aprūpes) un kuriem ir atkarības un/ vai uzvedības traucējumi.¹⁹⁴ Tādējādi šis pakalpojums ir tiešā veidā saistīts ar MDĢT programmas mērķa grupu – gan vecuma grupa ir līdzīga tam ietvaram, kāds ir, piemēram, Igaunijā, gan problēmu loks aptver uzvedības problēmas, atkarības un likumpārkāpumu veikšanu.

Pilotprojekta ietvaros virtuālās realitātes terapijas konsultācijas saņēma 25 pusaudži. Analizējot to pusaudžu rezultātus, kuri saņēma vismaz piecas konsultācijas, tika secināts, ka pakalpojuma rezultātā uzlabojās pusaudžu emociju regulācija, tai skaitā dusmu kontrole un uzvedības vadības funkcijas.¹⁹⁵

BĒRNU UN PUSAUDŽU UZTICĪBAS TĀLRUNIS 116111 | Vēl viens pakalpojums, kas ir pieejams bērniem un jauniešiem VBTAI ietvaros ir bērnu un jauniešu uzticības tālrūnis. Tā mērķis ir sniegt bērniem un jauniešiem psiholoģiska rakstura palīdzību un atbalstu, īpaši krīzes situācijās. Uzticības tālrūņa speciālistu uzdevums ir palīdzēt un atbalstīt bērnus un jauniešus dažādos rakstura jautājumos.¹⁹⁶

Pakalpojums tiek aktīvi izmantots gan no jauniešu, gan no vecāku puses. 2022. gadā uzticības tālrūnis ir sniedzis 6 455 konsultācijas, no kurām 53 % gadījumos pēc palīdzības vērsušies bērni un pusaudži, bet 47 % gadījumos tie ir bijuši pieaugušie, vēloties konsultēties ar bērniem saistītos jautājumos.¹⁹⁷ Tādējādi secināms, ka, lai arī pakalpojums pamatā ir vairāk domāts bērniem un jauniešiem, to aktīvi izmanto arī vecāki, mēģinot risināt problēmas, ar kurām saskaras bērnu audzināšanā.

Ja aplūko 2022. gadā sniegto konsultāciju saturu, tad secināms, ka temati ir cieši saistīti ar problēmām, kuras tiek risinātas MDĢT ietvaros. Galvenās sarunu tēmas ar bērniem un vecākiem bijušas par emocionālo un fizisko vardarbību ģimenē un skolā, bērnu uzvedības problēmām mājās, izglītības iestādē un citos apstākļos, problēmām, kas saistītas ar psihosociālo, garīgo un fizisko veselību, kā arī vecāku saskarsmes grūtībām ar bērnu.¹⁹⁸

KONSULTATĪVĀ NODAĻA | Šis pakalpojums tiek ieviests Eiropas Sociālā fonda projekta¹⁹⁹ ietvaros, kurš ir ticis uzsākts 2016. gadā un tiks noslēgts 2023. gada decembrī. Projekta ietvaros izstrādāti ne tikai metodoloģiskie dokumenti darbam ar bērniem ar uzvedības problēmām, bet arī sniegts konsultāciju

¹⁹³ Kustība "Draudzīga skola". (2020). Iegūts no: <https://www.bti.gov.lv/lv/kustiba-draudziga-skola>

¹⁹⁴ Virtuālās realitātes terapijas pakalpojums pusaudžiem. (2022). Iegūts no: <https://www.bti.gov.lv/lv/virtualas-realitates-terapijas-pakalpojums-pusaudziem>

¹⁹⁵ Labklājības ministrijas Valsts bērnu tiesību aizsardzības inspekcijas 2022. gada publiskais pārskats. (2023). Iegūts no: <https://www.bti.gov.lv/lv/jaunums/valsts-bernu-tiesibu-aizsardzibas-inspekcijas-2022-gada-publiskais-parskats>

¹⁹⁶ Informācija par uzticības tālrūni. (2020). Iegūts no: <https://www.bti.gov.lv/lv/informacija-par-uzticibas-talruni>

¹⁹⁷ Labklājības ministrijas Valsts bērnu tiesību aizsardzības inspekcijas 2022. gada publiskais pārskats. (2023). Iegūts no: <https://www.bti.gov.lv/lv/jaunums/valsts-bernu-tiesibu-aizsardzibas-inspekcijas-2022-gada-publiskais-parskats>

¹⁹⁸ Turpat.

¹⁹⁹ Eiropas Sociālā fonda projekts Nr.9.2.1.3/16/l/001 “Atbalsta sistēmas pilnveide bērniem ar saskarsmes grūtībām, uzvedības traucējumiem un vardarbību ģimenē” - Autora piezīme.

pakalpojums ģimenēm un bērniem. Šī pakalpojuma ietvaros speciālisti bez maksas sniedz konsultatīvo atbalstu ģimenēm ar bērniem, bērniem ar uzvedības problēmām un saskarsmes grūtībām, bērnu likumiskajiem pārstāvjiem vai aprūpētājiem un valsts un pašvaldību speciālistiem darbam ar ģimenēm ar bērniem.²⁰⁰

Konsultatīvā atbalsta pakalpojuma ietvaros tiek izstrādātas atbalsta programmas un rekomendācijas, ko īsteno multidisciplināra komanda, kas ietver sociālo darbinieku, klīnisko psihologu, psihiatru, ģimenes psihiatru u.c. speciālistus. Programma tiek izveidota bērniem ar uzvedības problēmām un rekomendācijas tiek sagatavotas dažādiem atbalsta sniedzējiem bērna dzīvē – gan likumiskajiem pārstāvjiem, gan speciālistiem (izglītības iestādē, sociālajiem darbiniekiem u.c.).

Atbilstoši konsultatīvās nodaļas izstrādātajai metodoloģijai bērna saskarsmes un uzvedības grūtības tiek iedalītas piecās grupās: agresīva saskarsme, destruktīva uzvedība, noteikumu un prasību neievērošana, izaicinoša saskarsme, uzvedības un saskarsmes pašvaldības grūtības.²⁰¹ Arī MDĢT programmas metodoloģija paredz iesaistīt jauniešus ar līdzīgām uzvedības problēmām.

Pieprasījums šim pakalpojumam ir bijis liels. Periodā no 2016. gada līdz 2022. gadam ieskaitot, VBTAI konsultatīvā nodaļa ir saņēmusi vairāk nekā 1 400 vecāku, bērnu likumisko pārstāvju vai speciālistu iesniegumus atbalsta programmu izstrādei.²⁰² Ģimeņu lielais pieprasījums pēc šāda pakalpojuma ir rādītājs šādu vai līdzvērtīgu pakalpojumu pieejamības nepieciešamībai valstī.

Apkopojot informāciju par VBTAI īstenotajiem pasākumiem, ir secināms, ka šai iestādei ir pieredze vairāku pakalpojumu sniegšanai bērniem, jauniešiem un viņu ģimenē. Jautājumu un problēmu loks, ar kuriem saskaras VBTAI speciālisti, ir saistīts arī ar MDĢT ietvaros aptverto problemātiku. Arī konsultatīvās nodaļas ietvaros ir piesaistīti dažādu specialitāšu profesionāļi, un darbs tiek īstenots komandā, kas ir līdzīgi tam, kā darbs tiek organizēts MDĢT.

7.3. LABKLĀJĪBAS MINSITRIJAS PROGRAMMAS

Atbilstoši Bērnu, jaunatnes un ģimenes attīstības pamatnostādņem 2022.–2027. gadam, kā pirmais īstenojamās politikas mērķis ir noteikts “Sekmēt bērnu un jauniešu drošību, attīstību, psiholoģisko un emocionālo labklājību”. Šis mērķis paredz bērnu un jauniešu attīstības vajadzību apzināšanu un nodrošināšanu, speciālistu, ģimeņu, bērnu un jaunatnes izglītošanu, veidojot drošu vidi, novēršot vardarbības riskus un īstenojot agrīnu intervenci risku ietekmes novēršanai, kā arī atbalsta sniegšanu ģimenes funkcionalitātes stiprināšanai un nelabvēlīgas pieredzes ietekmes mazināšanai un tālāku kvalitatīvāku savstarpējo attiecību veidošanai.

Aplūkojot īstenojamus uzdevumus un sasniedzamos rezultātus šī mērķa sasniegšanai, var identificēt vairākas sadaļas, kurās MDĢT programma būtu piemērojama. Piemēram, politika paredz izstrādāt programmas bērnu antisociālas uzvedības novēršanai, uzlabot funkcionētspēju ģimenēm ar bērniem un mazināt to nonākšanu tiesību aizsardzības institūciju redzeslokā, kā arī jaunu atbalsta/palīdzības formu izveidi bērniem un jauniešiem ar zemu motivāciju un ilgstošu atkarību.²⁰³ Visi no šiem elementiem ir saistīti ar kādu no problēmām, kuras MDĢT programmas ietvaros tiek risinātas.

²⁰⁰ Par Konsultatīvo nodaļu. (2020). Iegūts no: <https://www.bti.gov.lv/lv/par-konsultativo-nodalu>

²⁰¹ Valsts bērnu tiesību aizsardzības inspekcijas 2022. gada publiskais pārskats. (2023). Iegūts no: <https://www.bti.gov.lv/lv/jaunums/valsts-bernu-tiesibu-aizsardzibas-inspekcijas-2022-gada-publiskais-parskats>

²⁰² Turpat, 53.lpp.

²⁰³ Ministru kabineta 2004. gada 27. janvāra noteikumi Nr. 49 "Labklājības ministrijas nolikums". Latvijas Vēstnesis, 16, 30.01.2004. <https://likumi.lv/ta/id/83758>

Taču šajos pamatnostādņu dokumentos tiek iezīmēts arī konkrēts finansiāls atbalsts tieši multidimensionālās ģimenes terapijas ieviešanai. Lai sasniegtu izvirzīto apakšmērķi par visa veida vardarbības izskaušanu, ir definēts uzdevums, kas paredz paplašināt vardarbībā cietušo personu aizsardzības un rehabilitācijas atbalsta pakalpojumus.

Tā ietvaros, piesaistot ESF+ līdzekļus, ir paredzēts ieviest jaunas pierādījumos balstītas darba metodes, kas samazina vardarbības izplatību un palīdz speciālistiem darbam ar cietušām un vardarbību veikušām personām (piemēram, multidimensionālā ģimenes terapija un uz traumu fokusēta kognitīvi biheiviorāla terapija).²⁰⁴ Tādējādi LM atbildībā ir pieejami indikatīvi finanšu līdzekļi MDĢT programmas ieviešanai, un tie ir paredzēti, lai sekmētu vardarbības izplatības mazināšanu. Tādēļ, ja MDĢT programmas ieviešanai tiek plānots piesaistīt šos līdzekļus, tad vardarbīga uzvedība ir jādefinē kā viens no galvenajiem kritērijiem jaunieša un viņa ģimenes locekļu dalībai MDĢT programmā.

²⁰⁴ Bērnu, jaunatnes un ģimenes attīstības pamatnostādnes 2022.–2027. gadam. 6.pielikums “Kopsavilkums par plānā iekļauto uzdevumu īstenošanai nepieciešamo valsts un pašvaldību budžeta finansējumu”. Iegūts no: https://tapportals.mk.gov.lv/legal_acts/0f3187f2-7c1a-485f-bb9a-e7df5acc65c5

8. MDĢT PROGRAMMAS MĒRĶA GRUPA

8.1. MDĢT PROGRAMMAS MĒRĶA GRUPAS RAKSTUROJUMS

Atbilstoši metodoloģijai MDĢT programmā var tikt uzņemti bērni un jaunieši vecumā no 10 līdz 26 gadiem. MDĢT var piemērot dažādu problēmu risināšanai kā, piemēram, uzvedības grūtības, noziedzīgas uzvedības risks, atkarību problēmas, garīgās veselības un citas problēmas. MDĢT programmas metodoloģijai atbilstošu mērķa grupas uzņemšanas kritēriju izstrāde ir katras valsts un tajā esošo MDĢT programmu iestāžu pārziņā.

Ir valstis kā, piemēram, Nīderlande, kurā MDĢT programma ir pieejama jauniešiem ar plašu problēmu spektru, kas ietver atkarību, uzvedības un garīgās veselības problēmas. Savukārt, Igaunija un Somija ir izvēlējušies sašaurināt mērķa grupu, izvirzot specifiskākus kritērijus, pēc kuriem jaunieši var tikt nosūtīti dalībai MDĢT programmā. Somijā tiek uzņemti jaunieši vecumā no 12 līdz 19 gadiem ar uzvedības vai atkarības problēmām, kuri jau ir iepriekš saņēmuši dažādus pakalpojumus, piemēram, psihologa konsultācijas vai ģimenes terapiju, un kuriem ir risks nonākt ārpusģimenes vai institucionālajā aprūpē. Igaunijā jaunieši vecumā no 11 līdz 18 gadiem²⁰⁵ var tikt nosūtīti dalībai MDĢT programmā, ja viņš ir izdarījis likumpārkāpumu vai viņam ir augsts risks pastrādāt noziegumu (skatīt 4. nodaļu).

Konkrēta uzņemšanas kritērija noteikšana neizslēdz to, ka MDĢT programmas ietvaros tiks risinātas arī citas klātesošas jaunieša problēmas, taču tas palīdz prioritizēt tos jauniešus, kuriem šis pakalpojums ir atbilstošākais risinājums un lai nepārklātos ar citiem valsts un pašvaldību piedāvātajiem pakalpojumiem, kā arī joprojām saglabātu MDĢT programmas ieviešanas mērķi atbilstoši bērnu un ģimenes politikai, sociālo pakalpojumu un veselības politikai Latvijā.

Var identificēt vairākus savstarpēji saistītus iemeslus, kādēļ tiek sašaurināti uzņemšanas kritēriji dalībai MDĢT programmā. Viens no iemesliem ir saistīts ar MDĢT programmas efektivitātes rādītājiem, bet otrs – ar finansiālo un cilvēkresursu pieejamību.

Pētījumos²⁰⁶ MDĢT, salīdzinot ar citām terapijas metodēm, piemēram, kognitīvi biheiviorālo terapiju, uzrāda līdzvērtīgu efektivitāti gadījumos, kad bērnu un jauniešu problēmu smaguma pakāpe (*severity*) nav augsta. Taču augstāku efektivitāti MDĢT uzrāda gadījumos, kad jārisina kompleksas problēmas ar augstu smaguma pakāpi. Arī praksē ir novērots, ka gadījumos, kad ģimenes problēmas nav pietiekami kompleksas, MDĢT ilgums un intensitāte var mazināt ģimenes motivāciju līdzdarboties un var tikt pieņemts lēmums pārtraukt dalību MDĢT.²⁰⁷

Ņemot vērā MDĢT īstenošanas augstās izmaksas, salīdzinot, piemēram, ar kognitīvi biheiviorālo terapiju²⁰⁸, un pētījumu datus par MDĢT efektivitāti, ierobežotu finanšu un cilvēku resursu pieejamības apstākļos, tā var tikt piemērota šaurākai mērķa grupai, piemēram, bērniem ar uzvedības problēmām, kuriem

²⁰⁵ Viru cietumā esošajiem jauniešiem MDĢT var tikt piedāvāts arī līdz 21 gada vecumam – Autora piezīme.

²⁰⁶ Piemēram, van der Pol, T. M., et. al. (2017). Research Review: The effectiveness of multidimensional family therapy in treating adolescents with multiple behavior problems - a meta-analysis. *J Child Psychol Psychiatry*. 2017 May; 58(5), 532-545. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12685>

²⁰⁷ Atbilstoši Igaunijas komandas pārraugu sniegtajai informācijai – Autora piezīme.

²⁰⁸ Goorden, M., van der Schee, E., Hendriks, V.M., Hakkaart-van Roijen, L. (2016) Cost-effectiveness of multidimensional family therapy compared to cognitive behavioral therapy for adolescents with a cannabis use disorder: Data from a randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, Vol. 162, 154-161. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.03.004>

nepieciešama akūta interence. Paplašinot mērķa grupas tvērumu, pieaug arī potenciālo MDĢT programmas klientu skaits, tāpēc, definējot mērķa grupas kritērijus, ir jāvērtē gan finanšu, gan cilvēku resursu kapacitātes iespējas nodrošināt pakalpojumu, pieaugot tā pieprasījumam.

Teorijā var izdalīt trīs bērnu likumpārkāpumu prevencijas veidus: primāro, sekundāro un terciāro prevenciju. **PRIMĀRĀ PREVENCIJA** ir vērsta uz pasākumiem, kuru mērķis ir izvairīties no normu pārkāpšanas.²⁰⁹ Atbilstoši Bērnu, jaunatnes un ģimenes attīstības pamatnostādņēs 2022.-2027.gadam ietvertajam definējumam primārā prevencija tiek saprasta, kā “vispārēja rakstura pasākumi visiem kādas sistēmas dalībniekiem bez īpašas atlasē (piem., izglītības sistēmas, veselības sistēmas u.tml.), lai samazinātu vai izslēgtu nepietiekamu bērnu un jauniešu attīstību, nodrošinot bērnu un jauniešu vecumposmam atbilstošu zināšanu, prasmju, sociālo un citu grūtību pārvarēšanas spēju attīstību”²¹⁰.

SEKUNDĀRĀS PREVENCIJAS pasākumu mērķis savukārt ir apturēt bērna jau veikto normu pārkāpumu un nevēlamās uzvedības attīstību un atkārtosanos nākotnē. Sekundārā prevencija ietver pasākumus bērniem, kas jau ir izdarījuši likumpārkāpumus un kuri jau atrodas tiesībsargājošo iestāžu redzeslokā, vai tiem ir augsts likumpārkāpumu risks.²¹¹ Šie pasākumi, salīdzinot ar primārās prevencijas pasākumiem, ir mērķēti jau uz noteikta gadījuma konkrētu problēmu risināšanu.

TERCIĀRĀ PREVENCIJA iekļauj divus galvenos virzienus. Viens no terciārās prevencijas pasākumu mērķiem ir samazināt atkārtotu noziegumu risku par noziedzīgiem nodarījumiem sodītām personām, bet otrs – strādāt ar noziedzīga nodarījuma rezultātā, piemēram, no vardarbības, cietušām personām. Terciārās prevencijas ietvaros īstenotie pasākumi var būt ilglaicīgāki kā sekundārās prevencijas ietvaros un to rezultāti ir saistīti ar cietušajām personām nodarītā kaitējuma smagumu vai noziegumu izdarījušās personas motivāciju līdzdarboties piedāvātajos pasākumos.²¹²

Ņemot vērā, ka šī pētījuma ietvaros ir secināts, ka Latvijā MDĢT programmu sākotnēji būtu vēlams ieviest kā pilotprojektu, mērķa grupas tvērumu nosakot pēc iespējas precīzāk, lai pilotprojekta īstenošanas rezultātā varētu novērtēt MDĢT programmas ietekmi uz identificēto mērķa grupu Latvijā.

MDĢT programma pilotprojekta gadījumā būtu piemērojama sekundārās un terciārās prevencijas ietvaros bērniem, kuriem uzvedības problēmas ir nopietnākas un ir nepieciešama kompleksāka pieeja to risināšanai. Tādējādi Latvijā MDĢT programma tiktu attiecināta uz gadījumiem, kad bērns ir veicis pārkāpumus vai viņam ir augsts risks tos veikt, kā arī gadījumos, kad pats bērns ir cietis no vardarbības.

Analizējot ar nepilngadīgo izdarītajiem likumpārkāpumiem saistītos statistikas datus Latvijā (skat. Ilustrācija 6), īpaši izceļas uzsākto administratīvo pārkāpumu procesu skaits un pašvaldību administratīvo komisiju pieņemtie lēmumi par audzinoša rakstura piespiedu līdzekļu piemērošanu nepilngadīgajiem.

2022. gadā atbilstoši CSP datiem Latvijā starp visiem tās iedzīvotājiem bija 77 864 bērni vecumā no 14 līdz 17 gadiem.²¹³ Ņemot vērā Ilustrācijā 5 attēloto statistiku, gandrīz 7 % no visiem bērniem šajā vecuma grupā

²⁰⁹ Kronberga, I. (2019). Promocijas darbs. Nepilngadīgo personu likumpārkāpumu prevencija kā kriminālsoda mērķis, 25.lpp. Iegūts no: https://dspace.lu.lv/dspace/bitstream/handle/7/48930/298-72904-Kronberga_Ilona_ik14159.pdf?sequence=1&isAllowed=y

²¹⁰ Ministru kabineta 2022. gada 21. decembra rīkojums Nr. 967 "Par Bērnu, jaunatnes un ģimenes attīstības pamatnostādņēm 2022.–2027. gadam". Latvijas Vēstnesis, 252, 29.12.2022. <https://likumi.lv/ta/id/338304>

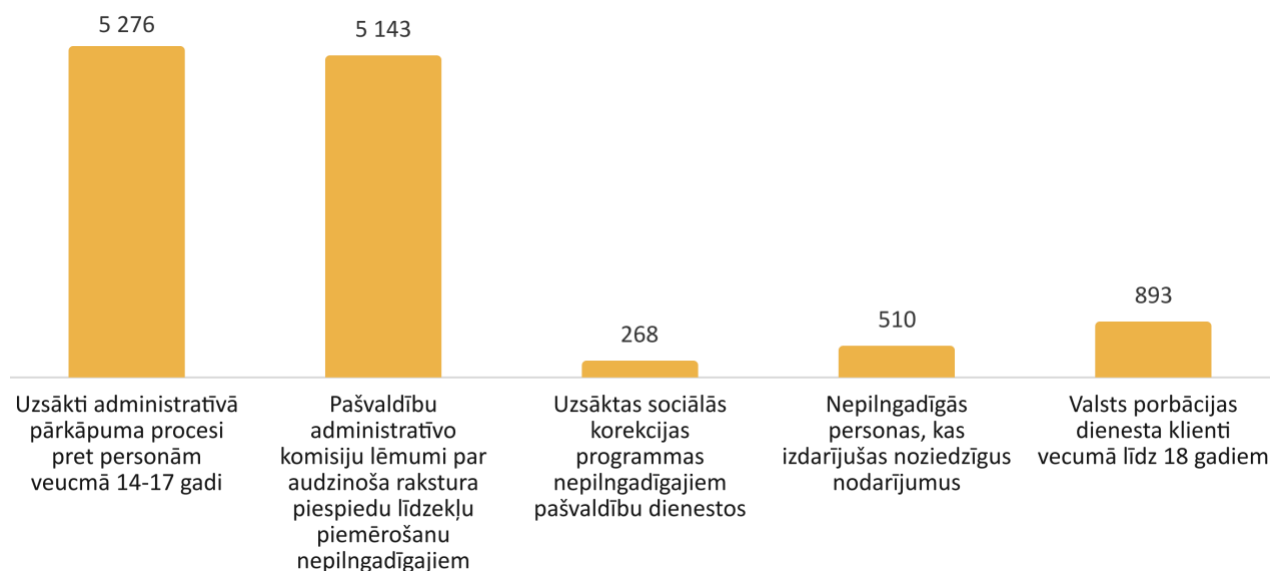
²¹¹ Kronberga, I. (2019). Promocijas darbs. Nepilngadīgo personu likumpārkāpumu prevencija kā kriminālsoda mērķis, 25-26.lpp. Iegūts no: https://dspace.lu.lv/dspace/bitstream/handle/7/48930/298-72904-Kronberga_Ilona_ik14159.pdf?sequence=1&isAllowed=y

²¹² Turpat, 26.lpp.

²¹³ Centrālā statistikas pārvalde. (2023.) Bērni Latvijā 2023. Iegūts no: https://admin.stat.gov.lv/system/files/publication/2023-08/Nr_05_Berni_Latvija_2023_%2823_00%29_LV_EN_0.pdf

ir veikusi administratīvo pārkāpumu. Statistikas datus redzams, ka administratīvos pārkāpumus veikušo bērnu skaits ir desmit reizes lielāks nekā noziedzīgus nodarījumus veikušo bērnu skaits. Savukārt, pašvaldībās uzsāktā sociālās korekcijas programmu skaits ir ievērojami zemāks par personu skaitu, kurām ir konstatēti administratīvi pārkāpumi vai noziedzīgi nodarījumi.

ILUSTRĀCIJA 6. AR LIKUMPĀRKĀPUMU IZDARĪŠANU SAISTĪTIE STATISTIKAS DATI PAR NEPIĻNGADĪGĀM PERSONĀM LATVIJĀ, 2022. GADS



Avots: IeVP un VPD

Vienlaikus no pieejamās statistikas ir secināms, ka ne visos gadījumos, kad bērns ir veicis pārkāpumus un potenciāli būtu piemērojama BTAL 58. panta otrajā daļā noteiktā prasība par sociālās korekcijas programmas sastādīšanu, šī prasība tiek piemērota. Tādēļ ir svarīgi MDGT programmas pilotprojekta ietvaros paredzēt iespēju paplašināt mērķa grupas tvērumu, iekļaujot bērnus, kas vēl nav juridiski kļuvuši par BTAL 58. panta subjektiem, bet kuriem ir risks par tādiem kļūt.

Viens no aspektiem, kas ir jāvērtē izdarīto likumpārkāpumu un noziedzīgu nodarījumu kontekstā, ir risks izdarīt atkārtotus pārkāpumus. Dati par nepilngadīgo notiesāto atkārtota noziedzīga nodarījuma izdarīšanas riskiem, liecina par atkārtota nepilngadīgo noziedzīga nodarījuma izdarīšanas riska pieauguma tendenci – 2020. gadā augsts atkārtota noziedzīga nodarījuma izdarīšanas risks tika konstatēts 27 % gadījumos un vidējs – 49 % gadījumu, bet 2022. gadā augsts atkārtota noziedzīga nodarījuma risks bija pieaudzis līdz 31 % nepilngadīgo notiesāto gadījumos un 69 % konstatēts vidējs risks.²¹⁴ Var iedalīt vairākus iemeslus, kas ietekmē atkārtota noziedzīga nodarījuma izdarīšanas riskus:

- Antisociālas uzvedības vēsture – agrīna un nepārtraukta iesaistīšanās dažādās antisociālās aktivitātēs;
- Antisociāla personība – noteiktu (antisociālu) personības iezīmju klātesamība, kas ietver uzvedības problēmas, vājas pašregulācijas prasmes, paškontroles trūkumu un citas iezīmes;
- Antisociāla attieksme- antisociālu darbību attaisnošana vai racionalizēšana tādu vērtību un uzskatu dēļ, kas atbalsta noziedzību;

²¹⁴ Iekšlietu ministrija. (2023). Pārskats par nepilngadīgo noziedzības stāvokli un noziedzīgos nodarījumos cietušajiem bērniem 2022.gadā, 20.lpp. Iegūts no: https://www.iem.gov.lv/lv/citi-parskati?utm_source=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F

- Antisociālas attiecības — ikdienas komunikācija ar personām, kuras ir likumpārkāpēji vai atbalsta noziedzīgas darbības;
- Attiecības ģimenē – nepienācīga uzraudzība un aprūpe no vecāku puses, pamešana novārtā, ģimenes nesaskaņas un vardarbība ģimenē;
- Skola/darbs – zems sasniegumu un apmierinātības līmenis skolā, skolēna izslēgšana no skolas, vājš pamatprasmju līmenis;
- Brīvā laika aktivitātes – zems iesaistes līmenis brīvā laika aktivitātēs, kurām nav krimināla rakstu;
- Atkarību izraisošu vielu lietošana – alkohola un citu atkarību izraisošu vielu lietošana, kā arī tās saistība ar plašāku antisociālu paziņu loku.²¹⁵

MDĢT programmas ietvaros tiek risināti vairāki no iepriekš minētajiem riska faktoriem. MDĢT procesā tiek strādāts ar ģimenes savstarpējām attiecībām, bērna antisociālo uzvedību un antisociālas personības iezīmju izpausmēm, apkārtējo vidi, tai skaitā ar skolu un brīvā laika aktivitāšu iespējām, atkarību problēmām, ja tādas ir klātesošas. Sagaidāms, ka MDĢT laikā notiks izmaiņas bērna attieksmē pret noziedzību un tiks rasta motivācija mainīt antisociālu uzvedību veicinošo sociālo kontaktu loku. Tādējādi, ņemot vērā datus par likumpārkāpumiem bērnu vidū un noziedzīgu nodarījumu recidīva risku nepilngadīgo vidū, MDĢT programmas ieviešana Latvijā potenciāli uzlabotu šos rādītājus.

Latvijas gadījumā ir nepieciešams noteikt Latvijas apstākļiem atbilstošus dalībnieku uzņemšanas kritērijus, lai MDĢT programma pilotprojekta posmā tiktu koncentrēta uz gadījumiem, kuriem šāda veida intervence būtu nepieciešamāka.

Tā kā MDĢT programma varētu tikt ieviesta pilotprojekta veidā Latvijā, tai noslēgumā ir jāveic efektivitātes novērtēšana par pirmo trīs gadu periodu. Izvērtējuma ietvaros tiks veikta analīze par MDĢT programmas ieviešanu Latvijā, pievēršot uzmanību MDĢT programmas ietekmei uz konkrētām mērķa grupām, par finanšu un cilvēku resursu pietiekamību, kā arī nepieciešamajām izmaiņām normatīvajos aktos sekmīgai MDĢT programmas turpināšanai. Tādēļ ir nepieciešams pilotprojekta ietvaros noteikt skaidrus mērķa grupas kritērijus un sistēmisko ietvaru, kas nodrošinātu strukturētu un vienotu pieeju MDĢT programmas pilotprojekta īstenošanai ar sekojošu izvērtējuma pētījuma veikšanu.

Latvijas MDĢT programmas pilotprojekta mērķa grupas vecums tiek noteikts atbilstoši MDĢT programmas metodoloģijai – no 11 gadu vecuma līdz 18 gadu vecumam. Šāds vecuma sliekšnis ir definēts vairāku iemeslu dēļ.

PIRMKĀRT, atbilstoši Latvijā spēkā esošajam regulējumam kriminālatbildība un administratīvā atbildība personai iestājas no 14 gadu vecuma, taču pārkāpumu gadījumā uzvedības profilakses pasākumi, piemēram, audzinoša rakstura piespiedu līdzekļi, var tikt piemēroti bērniem, sākot no 11 gadu vecuma.²¹⁶ Tādējādi jau ir spēkā esošs juridiskais ietvars, kas paredz darbu ar bērnu, kuram ir attīstījušās nopietnas uzvedības problēmas, kas rezultējušās likumpārkāpumos.

OTRKĀRT, bērnu problēmām ir novērota tendence saasināties tieši pusaudžu vecumā. Šajā vecumā bērniem kopumā ir raksturīgs individuālo pārmaiņu process, kas saistīts ar bioloģiskajām izmaiņām un personīgās autonomijas nostiprināšanu. Šim posmam ir raksturīgas arī izmaiņas vecāku un bērnu savstarpējās attiecībās un tam, kā šis process tiks īstenots un, kāda būs ģimenes attiecību kvalitāte, ir

²¹⁵ Valsts policija. (2019). Atkārtotu likumpārkāpumu novēršanas pamatprincipi, 13-14.lpp. Iegūts no: https://www.vp.gov.lv/sites/vp/files/atkartotu_likumparkapumu_noversanas_pamatprincipi_slegts1.pdf

²¹⁶ Likums "Par audzinoša rakstura piespiedu līdzekļu piemērošanu bērniem". Latvijas Vēstnesis, 168, 19.11.2002. Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/68489>

ietekme uz bērna uzvedības attīstību, tai skaitā problemātiskas uzvedības veidošanos.²¹⁷ Šajā vecumā pusaudžiem ir novērojama devianta uzvedība, it īpaši skolas vidē. Pēdējos gados, tai skaitā Covid-19 pandēmijas ierobežojumu dēļ, kopumā ir vērojams bērnu ar uzvedības problēmām skaita pieaugums, kas apgrūtina iespēju šīs problēmas risināt iesaistot tikai vecākus vai skolu pedagogus.²¹⁸

Tādēļ mērķēts atbalsts uzvedības problēmu risināšanai šajā vecuma posmā ir nozīmīgs, lai atbalstītu bērnu un viņa ģimenes locekļu savstarpējo attiecību attīstības procesu un lai nodrošinātu, ka problemātiskā uzvedība nenostiprinātos. Turklāt tās intervences, kurās tiek iesaistīts ne tikai bērns, bet arī ģimene ir sekmīgākas bērnu problemātiskajai uzvedības risināšanā.²¹⁹ Tāpat ir jāņem vērā, ka bērnam, kļūstot vecākam, uzvedības izmaiņām mērķētu pasākumu efektivitāte var mazināties. Piemēram, VBTAI, analizējot VBTA Konsultatīvās nodaļas Atbalsta programmu efektivitāti un izvērtējot bērnu uzvedības izmaiņu un bērnu vecuma mijsakāribas, konstatēja, ka ir novērojamas statistiski nozīmīgas atšķirības uzvedības uzlabošanās īpatsvarā jaunākā vecuma bērniem.²²⁰ Tādēļ vēlamo rezultātu sasniegšanai efektīva intervence būtu jāpiemēro bērniem pēc iespējas agrākā vecumā.

TREŠKĀRT, mērķa grupas vecuma augšējā robeža ir noteikta, pamatojoties uz BTAL 3. panta pirmajā daļā noteikto, ka persona ir uzskatāma par bērnu līdz 18 gadu vecumam. Vienlaikus ANO Bērnu tiesību konvencijas²²¹ 1. pants nosaka, ka bērns ir ikviens cilvēks, kurš nav sasniedzis 18 gadu vecumu, "ja vien saskaņā ar attiecīgiem tiesību aktiem pilngadība neiestājas agrāk". Līdz ar to Latvijā par bērnu tiek uzskatīta jebkura persona, kas nav sasniegusi pilngadību.

Atbilstoši citu valstu pieredzei MDĢT programmas mērķa grupas vecuma augšējais sliekšnis tiek palielināts gadījumos, kad MDĢT programma tiek nodrošināta nepilngadīgo aizturēšanas vietās, kur atrodas arī jaunieši, kuri ir vecāki par 18 gadiem. Ņemot vērā, ka Latvijai piedāvātie MDĢT programmas pilotprojekta ieviešanas scenāriji sākotnēji neparedz MDĢT programmas pieejamību ieslodzījumu vietās, Latvijas mērķa grupas vecumu attiecībā uz pilotprojekta ieviešanu netiek ieteikts palielināt.

CETURTKĀRT, Latvijā ir spēkā esošs likumiskais ietvars, kas nosaka gadījumus, kuros bērniem ir jāveic pasākumi uzvedības korekcijai. BTAL 58. pants nosaka pašvaldību pienākumu izstrādāt profilakses lietu un sociālās korekcijas programmu bērniem ar sekojošu problemātisku uzvedību:

- Izdarīts noziedzīgs nodarījums;
- Atzīts par vainīgu noziedzīga nodarījuma izdarīšanā, bet sods nav saistīts ar brīvības atņemšanu;
- Atbrīvots no kriminālatbildības;
- Atbrīvots no ieslodzījuma vai soda izciešanas vietas;
- Izdarītas Krimināllikumā paredzētās prettiesiskās darbības pirms 14 gadu vecuma sasniegšanas;
- Vairāk nekā divas reizes izdarīts administratīvais pārkāpums;

²¹⁷ Wang, M.T., Dishion, T. J., Stormshak, E. A., Willet, J.B. (2011). Trajectories of Family Management Practices and Early Adolescent Behavioral Outcomes. *Developmental Psychology*, Vol. 47, No. 5, 1324–1341. <https://doi.org/10.1037/a0024026>

²¹⁸ Rebellow, R.M., Deva Asir S.M. (2022). Determinants of deviant behaviour among adolescents. *Journal of Positive School Psychology*, Vol. 6, No.4. pp. 2785. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.645126>

²¹⁹ NSW Department of Community Services. (2009). Effective strategies and interventions for adolescents in a Cost-effectiveness of multidimensional family therapy compared to cognitive behavioral therapy for adolescents with a cannabis use disorder: Data from a randomized controlled trial protection context, pp.38. Retrieved from: http://www.community.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0016/321640/effective_adolescent_strategies.pdf ,

²²⁰ VBTAI. (2021). Labklājības ministrijas Valsts bērnu tiesību aizsardzības inspekcijas 2020. gada publiskais pārskats, 55.lpp. Iegūts no: <https://www.bti.gov.lv/lv/jaunums/valsts-bernu-tiesibu-aizsardzibas-inspekcijas-2020-gada-publiskais-parskats>

²²¹ ANO Ģenerālā asamblejas 1989. gada 20. novembrī ar Rezolūciju 44/25 pieņemtā Bērnu tiesību konvencija. Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/lv/starptautiskie-ligumi/id/1150>

- Ubago, klaiņo vai veic citas darbības, kas var novest pie prettiesiskas rīcības.²²²

BTAL 58. panta ietvaros tiek identificēti bērni ar jau izdarītiem pārkāpumiem vai risku tos veikt, un pašvaldībām tiek noteikts pienākums šiem bērniem izstrādāt sociālās korekcijas programmas. Tas veido normatīvajos aktos balstītu pamatu Latvijas MDĢT programmas mērķa grupai un pakalpojuma sniegšanai sākotnējā MDĢT programmas ieviešanas posmā. Ņemot vērā, ka BTAL 58. panta subjekti ir bērni, kuriem jau ir konstatēta problemātiska uzvedība vai (un) ir bijusi saskarsme ar tiesībsargājošām iestādēm, MDĢT būtu instruments, kuru izmantotu, lai novērstu noziedzīga nodarījuma izdarīšanu vai mazinātu atkārtotu pārkāpumu veikšanu un bērns nākotnē netiktu notiesāts ar brīvības atņemšanu.

Papildu BTAL 58. panta subjektiem mērķa grupā atsevišķos gadījumos var iekļaut arī bērnus ar uzvedības, atkarību vai garīgās veselības problēmām, kuriem konstatēts augsts likumpārkāpumu izdarīšanas risks vai (un) kuri ir cietuši no vardarbības, bet dažādu apstākļu dēļ bērns nav nonācis pašvaldības iestāžu redzes lokā, lai tiktu izstrādāta profilakses lieta un sociālās korekcijas programma. Tādējādi tiek paredzēta iespēja iekļaut MDĢT programmā arī gadījumus, kad bērna problēmu risināšanai būtu nepieciešama akūta interence, bet juridiski viņš vēl nav kļuvis par BTAL 58. panta subjektu.

Ievērojot iepriekš konstatēto, Latvijā MDĢT programmai pilotprojekta ietvaros būtu nepieciešams noteikt šādas mērķa grupas:

- BTAL 58. panta subjekti;
- no vardarbības cietušie bērni, kuriem ir attīstījušās uzvedības, atkarības vai garīgās veselības problēmas;
- bērni ar uzvedības, atkarību vai garīgās veselības problēmām, kuriem konstatēts augsts likumpārkāpumu izdarīšanas risks, taču vēl nav kļuvuši par BTAL 58. panta subjektiem.

Ieviešot MDĢT programmas pilotprojektu, ir nepieciešams to padarīt pieejamu visiem mērķa grupas bērniem, neatkarīgi no etniskās piederības vai valsts valodas prasmes. Ir pierādīts, ka MDĢT efektivitātes rādītājus neietekmē kultūras vai etniskie faktori, tādēļ tā būtu piemērojama bērniem un viņu ģimenes locekļiem neatkarīgi no šiem faktoriem.²²³ Būtu vēlams, jau īstenojot MDĢT programmas pilotprojektu, ņemt vērā Latvijas sabiedrības etnisko sastāvu, kas ietver citu nacionalitāšu pārstāvjus, kuru pašu vai viņu ģimenes locekļu latviešu valodas zināšanas var nebūt pietiekamas kvalitatīvai iesaistei MDĢT programmas procesā. Saskaņā ar statistikas datiem 62 % Latvijas iedzīvotāju ir latvieši, bet pārējie – citu tautību pārstāvji: 24 % krievi, 3 % baltkrievi, 3 % ukraiņi un 8 % citu tautību pārstāvju.²²⁴ Savukārt, 35 % Latvijas iedzīvotāju krievu valodu norāda kā valodu, kurā komunicē ģimenē.²²⁵ Atbilstoši Latvijā praktizējošo speciālistu viedoklim, kuri strādā ar jauniešiem un viņu ģimenēm, terapeitiskā procesa mērķis ir mainīt personu uzvedību un domāšanas veidu.²²⁶ Lai process būtu sekmīgs, ir svarīgi nodrošināt komunikāciju klientam saprotamā valodā. Tādēļ, lai neizslēgtu mazākumtautību iesaisti, nevajadzētu ierobežot MDĢT programmas pilotprojekta pieejamību tikai latviešu valodā.

²²² Bērnu tiesību aizsardzības likums. Latvijas Vēstnesis, 199/200, 08.07.1998. Iegūts no:

<https://likumi.lv/ta/id/49096>

²²³ MDFT. MDFT for diverse populations. Retrieved from:

<https://static1.squarespace.com/static/60469dc5522a05284a1176f8/t/60d64c843161d908246c34c2/1624657029778/MDFT+for+Diverse+Populations.pdf>

²²⁴ CSP. Iedzīvotāju skaits pēc tautības reģionos, novados, pilsētās, pagastos, apkaimēs un blīvi apdzīvotās teritorijās. Iegūts no: https://data.stat.gov.lv/pxweb/lv/OSP_PUB/START__POP__IR__IRE/RIG040/table/tableViewLayout1/

²²⁵ CSP. Valodu lietojums (dzimtā valoda un mājās lietotā valoda) sadalījumā pa reģioniem 2022. gadā (procentos no iedzīvotāju skaita attiecīgajā grupā). Iegūts no:

https://data.stat.gov.lv/pxweb/lv/OSP_OD/OSP_OD__apsekojumi__pieaug_izgl/PIA77.px/table/tableViewLayout1/

²²⁶ Atbilstoši interviju laikā ar LM, TM, VPD, VBTAI, IeVP un pašvaldību sociālo dienestu speciālistiem sniegtajai informācijai – Autora piezīme.

Arī citās valstīs MDĢT nepieciešamības gadījumā tiek sniegta mazākumtautību valodās. Piemēram, Igaunijā MDĢT tiek nodrošināta arī krievu valodā, bet Zviedrijā speciālisti piedāvā izmantot angļu valodu vai kādu no svešvalodām, kuru pārvalda MDĢT komandas locekļi, piemēram, bosniešu, serbu, kā arī arābu valodu. Svešvalodu zināšanu prasmes, izņemot angļu valodas, MDĢT speciālistiem nav jānosaka kā obligātas, taču tās var būt ieteicamas.

Gadījumos, kad komandas ietvaros svešvalodu zināšanas nav pietiekamas pakalpojuma sniegšanai, ir iespējams piesaistīt trešo personu tulka funkcijas veikšanai, taču jāņem vērā faktors par tulku kā vēl vienu personu terapijā. MDĢT ietvaros var piesaistīt kādu ģimenei tuvu cilvēku, kas var pildīt tulka funkciju, taču MDĢT terapeitam ir jābūt uzticībai, ka persona korekti veic tulkošanas funkciju un daļa no terapijas laikā pārrunātā “nepazūd tulkojumā”. Savukārt, ja piesaista profesionāla tulka pakalpojumu, riska faktors ir nepietiekama ģimenes uzticēšanās papildu personai ārpus MDĢT procesa. Turklāt MDĢT terapeitam ir jāvelta laika resurss, lai tulku iepazīstinātu ar MDĢT norisi un specifiku.

Saskaņā ar Bērnu, jaunatnes un ģimenes attīstības pamatnostādņu 2022.–2027. gadam 6. pielikumu “Kopsavilkums par plānā iekļauto uzdevumu īstenošanai nepieciešamo valsts un pašvaldību budžeta finansējumu” mērķa grupas kontekstā ir būtiski izcelt vardarbības aspektu. LM pārraudzībā esošo MDĢT programmas ieviešanai paredzēto ESF+ līdzekļu mērķis ir ieviest jaunas pierādījumos balstītas darba metodes, kas samazina vardarbības izplatību un palīdz speciālistiem darbam ar cietušām un vardarbību veikušām personām.²²⁷ Tādējādi, izmantojot šos līdzekļus MDĢT programmas pilotprojekta īstenošanai, ir jābūt pamatotai sasaistei ar MDĢT programmas ietekmi uz vardarbības izplatības mazināšanu.

Vardarbība var izpausties dažādās formās un veidos. Teorijā izdala pret sevi vērsto vardarbību, ko persona nodara pati sev, starppersonu vardarbību jeb vienas personas vai nelielas personu grupas vardarbību pret citu personu, kā arī kolektīvo vardarbību, ko veic lielākā indivīdu grupā. Vardarbība var tikt veikta dažādos veidos, tai skaitā kā fiziska, seksuāla, ekonomiska un emocionāla vardarbība, kā arī atstāšana novārtā, bulings un mobings, un vajāšana.²²⁸ Ņemot vērā mērķa grupā iekļauto BTAL 58. panta subjektu problemātiskās uzvedības izpausmes veidus, kas ietver jau veiktus pārkāpumus vai risku tos izdarīt, var prognozēt, ka šo bērnu vai viņu ģimenes locekļu vidū būs klātesošs kāds no vardarbības veidiem. Pētījumu dati rāda, ka bērniem, kuri ir piedzīvojuši vardarbību, ir lielāks risks problemātiskas un uz likumpārkāpumu izdarīšanu vērstas uzvedības attīstību.²²⁹ Turklāt vardarbības izpausmes no vecāku puses veicina vardarbīgu noziegumu veikšanu jauniešos.²³⁰ Tādējādi MDĢT programmas pilotprojekta īstenošana definētajai mērķa grupai – bērniem, kas cietuši no vardarbības, sekmētu Bērnu, jaunatnes un ģimenes attīstības pamatnostādņēs 2022.–2027. gadam noteikto mērķi par vispārēju vardarbības izskaušanu.

MDĢT programmas ieviešana šai mērķa grupai ir nozīmīga arī kopējās sabiedrības integrācijas kontekstā. Bērniem, kuriem netiks risinātas esošās uzvedības problēmas, ir risks kļūt par nabadzības un sociālās atstumtības riskam pakļautām personām. Nabadzības un sociālās atstumtības riskam pakļauto iedzīvotāju grupas ietver ieslodzītos un personas, kuras atbrīvotas no ieslodzījuma vietas, personas ar atkarības problēmām, kā arī personas ar darba tirgum nepietiekamām vai neatbilstošām zināšanām.²³¹ Piemēram,

²²⁷ Ministru kabineta 2022. gada 21. decembra rīkojums Nr. 967 “Par Bērnu, jaunatnes un ģimenes attīstības pamatnostādņēm 2022.–2027. gadam”. Iegūts no: https://tapportals.mk.gov.lv/legal_acts/0f3187f2-7c1a-485f-bb9a-e7df5acc65c5

²²⁸ Labklājības Ministrija. (2020). Metodiskais materiāls sociālajam darbam ar vardarbībā cietušām un vardarbību veikušām personām, 13-26.lpp. Iegūts no: <https://www.lm.gov.lv/lv/media/8377/download>

²²⁹ Piemēram, Lansford JE, Dodge KA, Pettit GS, et.al. (2002) A 12-year prospective study of the long-term effects of early child physical maltreatment on psychological, behavioral, and academic problems in adolescence. The Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 156(8), 824-830. doi:10.1001/archpedi.156.8.824

²³⁰ Gold J, Sullivan MW, Lewis M. (2011) The relation between abuse and violent delinquency: the conversion of shame to blame in juvenile offenders. In: Child Abuse & Neglect, 35(7), pp.459-467.

²³¹ Labklājības ministrija. Situācijas apraksts. Iegūts no: <https://www.lm.gov.lv/lv/situacijas-raksturojums-0>

jauniešu problemātiskās uzvedības izpausmes ir saistītas arī ar izglītības iestādi – sliktām sekmēm, neattaisnotu izglītības iestādes kavēšanu un konfliktiem ar vienaudžiem un personālu. Statistikas dati rāda, ka 2022. gadā nestrādāja un nemācījās 8,6 % Latvijas jauniešu vecumā no 15 līdz 24 gadiem.²³² Tas nozīmē, ka, agrīni pārtraucot mācības, jauniešiem ir problēmas ar nodarbinātību arī darbspējas vecumā, kas potenciāli atstāj ietekmi uz valsts ekonomiku.

Ekonomiskās sadarbības un attīstības organizācija, kuras dalībvalsts ir Latvija, cīņu pret sociālo atstumtību definē kā vienu no saliedētas sabiedrības pazīmēm.²³³ “ES un citos starptautiskos pētījumos sabiedrības saliedētība tiek saistīta ar kopības izjūtu, sabiedrības spēju atjaunoties un orientāciju uz kopīgu labumu. Sabiedrības saliedētība tiek cieši saistīta arī ar ekonomisko izaugsmi un valstu labklājību.”²³⁴ Tādējādi sociālās atstumtības riskam pakļauto personu skaita mazināšanai ir ietekme ne tikai uz sabiedrību un tajā valdošo noskaņojumu, bet arī uz valsts izaugsmes iespējām. Līdz ar to laicīga rīcība bērnu uzvedības problēmu risināšanā, mazinātu risku šiem bērniem nonākt nabadzības un sociālās atstumtības riskam pakļauto personu vidū.

8.2. LATVIJAS MDĢT MĒRĶA GRUPU IETEKMĒJOŠO FAKTORU RAKSTUROJUMS

Tā kā Latvijas MDĢT mērķa grupas fokuss ir vērsts uz bērniem, kuri ir veikuši likumpārkāpumus vai tiem ir paaugstināts risks tos veikt, galvenie uzvedību ietekmējošie faktori tiek identificēti šīs grupas kontekstā, koncentrējoties uz bērniem, kuriem ir delinkventa uzvedība²³⁵ vai risks delinkventas uzvedības attīstībai.

Teorijā faktoros, kuri ietekmē delinkventas uzvedības attīstību bērnos var iedalīt vairākās kategorijās (skat. Ilustrācija 7). **INDIVIDUĀLAJĀ LĪMENĪ DELINKVENTAS UZVEDĪBAS ATTĪSTĪBU IETEKMĒJOŠIE FAKTORI** ir saistīti ar grūtniecības un pēcdzemdību periodu, piemēram, dzemdību laikā gūtām traumām, un dažādām psiholoģiskām un uzvedības iezīmēm, kā piemēram, hiperaktivitāti, agresiju, grūtībām noturēt uzmanību. Tāpat nozīme ir sociālajiem faktoriem jeb ģimenei un vienaudžiem. Ja ģimenē vecākiem nav pietiekamas audzināšanas prasmes, netiek nodrošināta bērna uzraudzība, ir konflikti, tas var paaugstināt delinkventas uzvedības attīstību bērnam. Arī viena vecāka ģimenes modelis var būt uzvedības problēmu veicinošs faktors.²³⁶ Savukārt, ja vienaudžu vidū ir novērojama delinkventas uzvedības tendences, tas var sekmēt šādas uzvedības attīstību bērnam.²³⁷

Līdzīga **IETEKME IR ARĪ APKĀRTĒJAI VIDEI** (*community*). Gan izglītības iestāde, gan vietējās apkaimes vide, piemēram, rajons, kurā atrodas bērna dzīves vieta, var ietekmēt delinkventas uzvedības attīstību bērnos.²³⁸ Attiecībā uz izglītības iestādi kā problemātisku uzvedību veicinošs faktors ir norādīta neproporcionāli stingru sankciju piemērošana skolēniem pārkāpumu gadījumos, veicinot nevienlīdzīgu attieksmi pret šo skolēnu grupu. Skolās, kurās tiek piemēroti strikti soda veidi, ir novērots skolēnu veikto pārkāpumu

²³² CSP. Jauniešu, kuri nestrādā un nemācās, īpatsvars atbilstošās vecuma grupas iedzīvotāju kopskaitā, %. Iegūts no: https://data.stat.gov.lv/pxweb/lv/OSP_PUB/START__IZG__IZ__IZI/IZI041/table/tableViewLayout1/

²³³ Ministru kabineta 2021. gada 5. februāra rīkojums Nr. 72 "Par Saliedētas un pilsoniski aktīvas sabiedrības attīstības pamatnostādņiem 2021.–2027. gadam". Latvijas Vēstnesis, 28, 10.02.2021. Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/320841>

²³⁴ Turpat.

²³⁵ Delinkventa uzvedība tiek definēta kā pusaudžu un jauniešu uzvedība, ko raksturo sociāli nepieņemama uzvedība, likumpārkāpumi un krimināli sodāma rīcība – Autora piezīme.

²³⁶ Schader, M. (2003). Risk Factors for Delinquency: An Overview. Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention (OJJDP), pp.6. Retrieved from: <https://www.ojp.gov/ncjrs/virtual-library/abstracts/risk-factors-delinquency-overview>

²³⁷ Turpat.

²³⁸ Turpat, pp.7

pieaugums, nevis to mazināšanās. Savukārt, ja vietējā apkaimē ir sociāli nelabvēlīga vide, piemēram, augsts nabadzības un noziedzības līmenis, tas arī var negatīvi ietekmēt delinkventas uzvedības veidošanos.²³⁹

ILUSTRĀCIJA 7. RISKĀ FAKTORI BĒRNU UN JAUNIEŠU DELINKVENTAS UZVEDĪBAS ATTĪSTĪBAI

INDIVIDUĀLĀ LĪMEŅA FAKTORI	PRENATĀLI UN PERINATĀLI FAKTORI	Sarežģījumi grūtniecības laikā vai dzemdību un pēcdzemdību periodā gūtās traumas var paaugstināt delinkventas uzvedības risku
	PSIHOLOĢISKĀS, UZVEDĪBAS UN GARĪGĀS IEZĪMES	Agresīva uzvedība agrīnā vecumā, hiperaktivitāte, problēmas ar uzmanības noturību, impulsivitāte un kavēta valodas attīstība var paaugstināt delinkventas uzvedības risku
SOCIĀLIE FAKTORI	ĢIMENES IETEKME	Nepietiekamas vecāku audzināšanas prasmes, ģimenes konflikti, nepietiekama bērna uzraudzība, slikta izturēšanās pret bērnu, kā arī viena vecāka ģimenes modelis var paaugstināt delinkventas uzvedības risku
	VIENAUDŽU IETEKME	Ja vienaudžu vidū ir novērojama delinkvence, vienaudžu spiediens un vēlme būt pieņemtam vienaudžu vidū var paaugstināt delinkventas uzvedības risku
KOPIENAS FAKTORI	SKOLAS VIDE	Izglītības iestāžu politika, kas piemēro stingrus un izdarītajiem pārkāpumiem neproporcionālus soda mērus (izslēgšana no skolas, atstāšana uz otru gadu utml.) var paaugstināt delinkventas uzvedības risku
	VIETĒJĀS APKAIMES VIDE	Jaunieša dzīvesvietas apkaime, kurā ir augsts nabadzības un noziedzības līmenis, var paaugstināt delinkventas uzvedības risku

Avots: Schader, M. (2003)²⁴⁰

2019. gadā 40 miljoni cilvēku, tostarp bērni un pusaudži, dzīvoja ar antisociālas un traucējošas uzvedības traucējumiem, savukārt 280 miljoni cilvēku, tostarp 23 miljoni bērnu un pusaudžu, dzīvoja ar depresiju.²⁴¹ Arī Latvijā bērniem ir klātesoši minētie riska faktori delinkventas uzvedības attīstībai. Piemēram, aplūkojot, individuālā līmeņa faktoros, dati par 11-15 gadus jaunu skolēnu garīgo veselību liecina, ka uzvedības grūtības ir vairāk nekā piektajai daļai jauniešu jeb 23,3 %, savukārt hiperaktivitāte novērota 13,3 % gadījumos, bet ar emocionālām grūtībām saskārušies ir 11,2 % jauniešu.²⁴² "Grūti novērtēt, vai traucējumu parādīšanās agrīnā vecumā vairāk ir rezultāts problēmām attiecību veidošanā ar apkārtējiem vai arī pirmās

²³⁹ Schader, M. (2003). Risk Factors for Delinquency: An Overview. Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention (OJJDP), pp.6. Retrieved from: <https://www.ojp.gov/ncjrs/virtual-library/abstracts/risk-factors-delinquency-overview>

²⁴⁰ Turpat.

²⁴¹ Pasaules Veselības organizācija. (2020). Mental disorders. Iegūts no: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders/?gclid=Cj0KCQjw4bipBhCyARIsAFsieCwPDOVzt1SAJZnE6iGg5FcP4cLM5gpPPSYK0jMQvPV2fgz-5nbptNkaAky0EALw_wcB

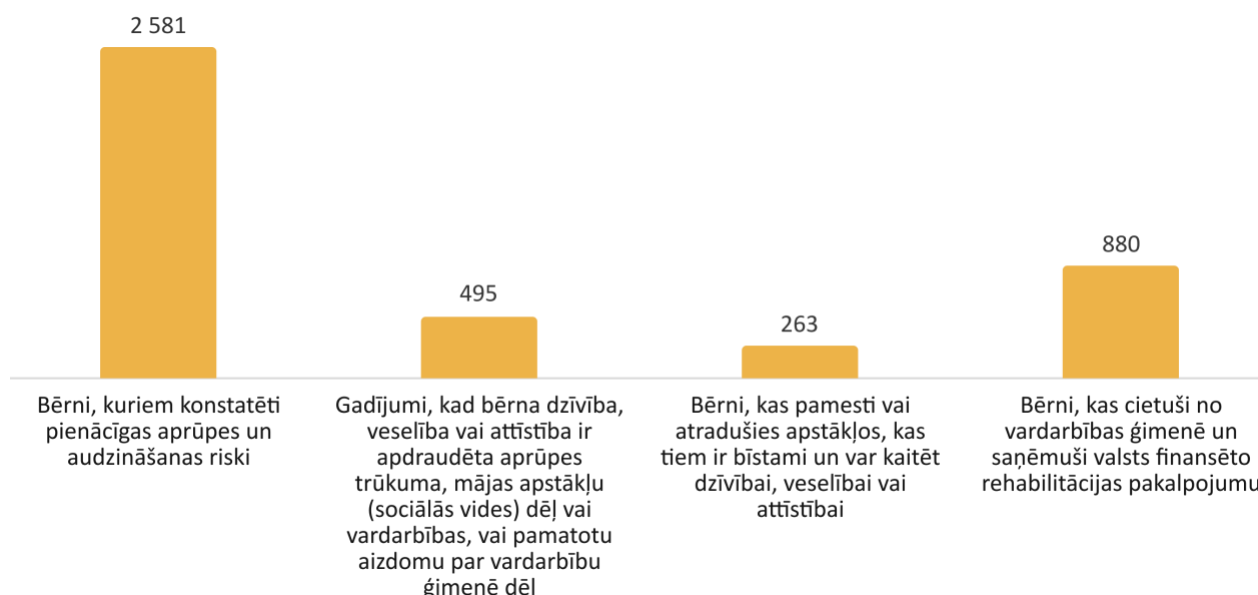
²⁴² SPKC. (2020). Latvijas skolēnu veselības paradumu pētījums 2017./2018. mācību gada aptaujas rezultāti un tendences, 57.lpp. Iegūts no: <https://www.spkc.gov.lv/lv/media/4267/download?attachment>

pazīmes individuālai psihopatoloģijai, jo gan vienā, gan otrā gadījumā traucējumi var būt novērojami īslaicīgi.”²⁴³

ATTIECĪBĀ UZ ĢIMENES VIDES IETEKMI 2022. gadā bāriņtiesas pašvaldību sociālajiem dienestiem sniegušas informāciju par 1350 ģimenēm, kurās konstatēti riski 2581 bērna pienācīgai aprūpei un audzināšanai (skat. Ilustrācija 8), no kuriem 29 % gadījumu ir bijuši bērni vecumā no 13 līdz 17 gadiem.²⁴⁴ 2021. gadā ir reģistrēti 495 gadījumi, kad bērna dzīvība, veselība vai attīstība ir apdraudēta aprūpes trūkuma, mājas apstākļu (sociālās vides) dēļ vai vardarbības, vai pamatotu aizdomu par vardarbību ģimenē rezultātā, un 263 gadījumos bērni ir tikuši pamesti vai atradušies tādos apstākļos, kas tiem ir bīstami un var kaitēt viņu dzīvībai, veselībai vai attīstībai.²⁴⁵

Savukārt 880 bērni ir cietuši no vardarbības ģimenē un saņēmuši valsts finansēto sociālās rehabilitācijas pakalpojumu no vardarbības cietušiem bērniem.²⁴⁶ Šī faktora kontekstā ietekme ir arī ģimenes modelim. Latvijā izplatītākais ģimenes tips ir vientuļā vecāka ģimene – 2021. gada sākumā 24 % ģimeņu ir viens vecāks (visbiežāk māte) ar vienu vai vairākiem nepilngadīgiem bērniem un 21,7 % - viena vecāka ģimene ar vienu vai vairākiem pilngadīgiem bērniem.²⁴⁷

ILUSTRĀCIJA 8. REĢISTRĒTIE BĒRNU TIESĪBU PĀRKĀPUMI, 2021. UN 2022. GADS



Avots: VBTAI un CSP

Vides faktoru kontekstā jāsecina, ka augstāks risks delinkventas uzvedības attīstībai bērniem ir vietās, kurās ir **AUGSTĀKS NOZIEDZĪBAS LĪMENIS UN NABADZĪBAS RISKS**. Noziedzīgu nodarījumu īpatsvara ziņā Latvijā līdere ir Rīga (skat. Ilustrācija 9), jo 2022. gadā gandrīz 43 % no visiem noziedzīgajiem nodarījumiem tikuši

²⁴³ Pārresoru koordinācijas centrs. (2018). Ziņojums par nepieciešamiem uzlabojumiem starpnozaru sadarbībā un palīdzības sniegšanā bērniem ar psihiskiem, attīstības un uzvedības traucējumiem, kā arī antisociālu uzvedību, 11.lpp. Iegūts no: https://petijumi.mk.gov.lv/sites/default/files/title_file/Atbalsts_berniem_ZINOJUMS.pdf

²⁴⁴ VBTAI. (2023). Oficiālās statistikas analīze par bāriņtiesu darbu 2023. gadā. Iegūts no: <https://www.bti.gov.lv/lv/valsts-statistikas-parskatu-par-barintiesu-darbu-2022-gada-analize>

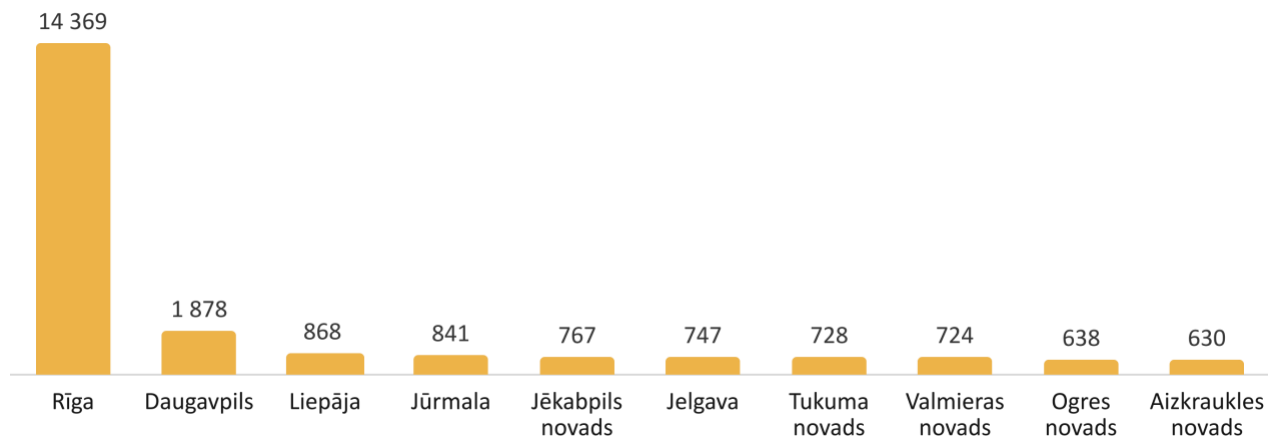
²⁴⁵ CSP. (2022). Bērni Latvijā 2022. Iegūts no: https://admin.stat.gov.lv/system/files/publication/2022-08/Nr_06_Berni_Latvija_2022_%2822_00%29_LV_EN.pdf, 97.lpp

²⁴⁶ Turpat, 100.lpp.

²⁴⁷ CSP. (2021). Mājsaimniecības un ģimenes. Iegūts no: <https://www.csp.gov.lv/lv/majsaimniecibas-un-gimenes>

fiksēti Rīgā. Citas pilsētas un reģioni, kuros ir augstākais valstī reģistrēto noziedzīgo nodarījumu skaits, ir Daugavpils, Liepāja, Jūrmala, Jēkabpils novads, Jelgava un Tukuma novads.²⁴⁸

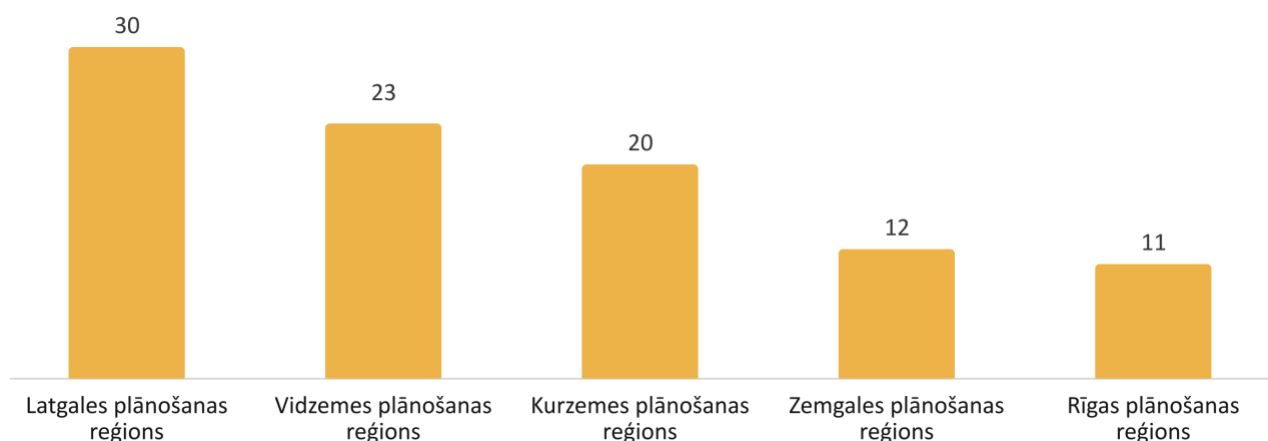
ILUSTRĀCIJA 9. REĢIONI UN VALSTSPILSĒTAS AR LIELĀKO VALSTĪ KONSTATĒTO NOZIEDZĪGU NODARĪJUMU SKAITU, 2022. GADS



Avots: CSP

Savukārt, ja analizē reģionus ar augstāko nabadzības risku bērniem līdz 17 gadu vecumam, tad Rīgas plānošanas reģionā tas ir viszemākais, bet visaugstākais – Latgales un Vidzemes plānošanas reģionā (skat. Ilustrācija 10).²⁴⁹

ILUSTRĀCIJA 10. NABADZĪBAS RISKĀ INDEKSS BĒRNIEM LĪDZ 17 GADU VECUMAM PĒC PLĀNOŠANAS REĢIONIEM, 2022. GADS



Avots: CSP

VIENAUDŽU VIDES FAKTORA IETEKMI Latvijas gadījumā atspoguļo jau iepriekš veiktā analīze par pārkāpumiem un noziedzīgiem nodarījumiem nepilngadīgo vidū (skat. Ilustrācija 5). Ir vērojams, ka jauniešu vidū ir augsti administratīvo pārkāpumu izdarīšanas radītāji, kā arī vidējs un augsts recidīva risks to jauniešu vidū, kuri jau veikuši noziedzīgus nodarījumus.

²⁴⁸ CSP. (2023). Reģistrēto noziedzīgo nodarījumu skaits valstspilsētās un novados (pēc administratīvi teritoriālās reformas 2021. gadā). Iegūts no:

https://data.stat.gov.lv/pxweb/lv/OSP_PUB/START__POP__NO__NOR/NOR022/sortedtable/tableViewSorted/

²⁴⁹ CSP. (2023). Nabadzības riska indekss Latvijas reģionos pēc vecuma un dzimuma (%). Iegūts no:

https://data.stat.gov.lv/pxweb/lv/OSP_PUB/START__POP__NN__NNR/NNR120/table/tableViewLayout1/

Statistikas dati par Latviju norāda uz pastāvošajiem apstākļiem, kas veicina delinkventas uzvedības attīstību bērniem. Individuālajā līmenī ir novērojams, ka bērniem ir tendence saskarties ar uzvedības grūtībām un hiperaktivitāti, kas var veicināt tālāku uzvedības problēmu attīstību. Latvijā dominējošais ģimenes modelis ir viena vecāka ģimene, turklāt ir augsts to gadījumu skaits, kad bērns ir nonācis bāriņtiesas redzes lokā ar bērnu aprūpi un drošību saistītu trūkumu dēļ. Arī augstie administratīvo pārkāpumu rādītāji bērniem liecina par delinkventas uzvedības izplatību nepilngadīgo vidū, kas var veicināt arī citu vienaudžu pārkāpumu izdarīšanu. Attiecībā uz apkārtējās vides faktoriem Rīga izceļas ar noziedzīgu nodarījumu īpatsvaru, bet Latgales plānošanas reģions – ar nabadzības risku. Visu šo faktoru kopums liecina par savlaicīgas un efektīvas atbalsta sistēmas bērniem nepieciešamību, lai konstatētās uzvedības problēmas tiktu risinātas valsts un pašvaldību līmenī.

8.3. LATVIJAS MDĢT MĒRĶA GRUPAI PIEEJAMĀS ATBALSTA SISTĒMAS RAKSTUROJUMS

Bērniem ar uzvedības, atkarību vai garīga rakstura problēmām un viņu ģimenes locekļiem Latvijā ir pieejami dažādi pakalpojumi šo problēmu risināšanai. Konstatējot problēmas, ģimene var vērsties pašvaldības sociālajā dienestā, lai atbilstoši problēmsituācijai un pašvaldībā pieejamajam pakalpojumu klāstam saņemtu nepieciešamo atbalstu.

Gadījumos, kad problēmas ir identificētas ārpus ģimenes, piemēram, izglītības iestādē vai no pašvaldības policijas puses, un pati ģimene nav vērsusies pēc atbalsta, arī citas iestādes var iniciēt atbalsta sniegšanas procesu. Piemēram, pēc konstatētiem pārkāpumiem pašvaldības bērnu tiesību aizsardzības sadarbības grupa izstrādā uzvedības sociālās korekcijas programmu BTAL 58. pantā minētajos gadījumos, pašvaldību administratīvā grupa lemj par audzināšanas rakstura piespiedu līdzekļu piemērošanu administratīvu pārkāpumu gadījumos. Arī policija, bāriņtiesa, izglītības iestāde un sociālais dienests var savstarpēji apmainīties ar informāciju un informēt atbildīgās pašvaldības iestādes par konstatēto situāciju. Sociālo dienestu redzes lokā ģimene var nonākt arī pēc informācijas saņemšanas no policijas, bāriņtiesas, izglītības iestādes vai fiziskām personām, kuras ziņojušas par novērotajām problēmām ģimenē.

Tā kā šos pakalpojumus galvenokārt koordinē un nodrošina pašvaldības un to sociālie dienesti, pieejamo pakalpojumu klāsts pašvaldību starpā ir atšķirīgs. Vairumā pašvaldību bērniem un ģimenēm ir pieejami šādi pakalpojumi:

- Sociālā darbinieka pakalpojumi;
- Psihologa konsultācijas;
- Atbalsta un/vai izglītojošās grupas vecākiem un jauniešiem (t.sk. “Ceļvedis audzinot pusaudzi”, “Bērna emocionālā audzināšana” nodarbības);
- Ģimenes asistenta pakalpojums;
- Ar atkarību mazināšanu un profilaksi saistīti pakalpojumi.²⁵⁰

Papildu minētajiem pakalpojumiem vairākās pašvaldībās ir pieejami sociālās rehabilitācijas pakalpojumi, piemēram, bērniem, kuri cietuši no vardarbības vai kuriem ir uzvedības traucējumi un saskarsmes grūtības, mentora atbalsts, citu speciālistu, piemēram, psihoterapeita vai psihiatra, narkologa, sociālā pedagoga konsultācijas un citi pakalpojumi.

²⁵⁰ Labklājības ministrija. (2023). Metodiskais materiāls sociālajam darbam ar jauniešiem. 3. Pielikums. Resursu karte – pieejamo sociālo pakalpojumu grozs Latvijā (uz 01.2023). Iegūts no: <https://www.lm.gov.lv/lv/media/23778/download?attachment>

Savlaicīgi konstatētu problēmu gadījumā, lielākoties nav nepieciešama kompleksa, ilglaicīga intervence, un situāciju ir iespējams atrisināt agrīni, piemēram, izglītības iestādes līmenī, ja ir pieejami atbalsta speciālisti, vai, iesaistot ģimeni primārās prevencijas līmeņa atbalsta pasākumos, piedāvājot vecākiem izglītojošus kursus par bērna emocionālo audzināšanu, attīstības īpatnībām dažādos vecuma posmos, kā arī citām ar bērnu audzināšanu saistītām tēmām. Taču esošā agrīnā preventīvā atbalsta pakalpojumu sistēma nav efektīva, to raksturo epizodiskums un akūts pakalpojumu un speciālistu trūkums un nepieejamība agrīnā vecuma bērniem.²⁵¹ Tā rezultātā agrīnās prevencijas instrumenti problēmu risināšanai daudzos gadījumos netiek savlaicīgi piemēroti un bērna uzvedības problēmas kļūst nopietnākas viņam pieaugot.

Tādējādi lielāko atbalsta pakalpojumu īpatsvaru veido pasākumi, kuri risina jau iestājušās krīzes situācijas, tai skaitā, kad bērnam ir attīstījusies delinkventa uzvedība. Sniegto atbalsta pakalpojumu sistēma ir fragmentēta un sadrumstalota “to mērķos, saturā, pieejamībā un rezultātos”, trūkst “vienota praktiskās sadarbības mehānisma klientu un gadījumu vadībā”, kā arī novērojamas krasas reģionālās atšķirības pakalpojumu kvalitātes līmenī un to pieejamībā.²⁵² Būtu nepieciešama vienota integrēta informatīvā platforma informācijas uzkrāšanai un apmaiņai dažādu institūciju starpā, jo šobrīd problēmu gadījumos var rasties situācija, kad ar vienu bērnu vairākkārt strādā dažādu iestāžu speciālisti, taču atklātā problēma nevienā no institūcijām netiek padziļināti risināta, piemērojot atbilstošu intervenci.²⁵³

Uzvedības traucējumi, kuru pamatā ir sociālās vides faktori, nereti tiek virzīti risināšanai veselības aprūpes sistēmā, piemērojot medikamentozu ārstēšanu, nevis saņem psiholoģisku atbalstu problēmu risināšanai. Esošajā situācijā nemedikamentoza terapija ambulatorajā veselības apmērā netiek piemērota pietiekamā apmērā, kā arī iztrūkst konsultatīvo centru, kur varētu vērsties visas iesaistītās puses.²⁵⁴

Atbilstoši Valsts Kontroles revīzijas ziņojumam²⁵⁵ pašvaldībās pieejamo pakalpojumu klāsts bērniem ar uzvedības problēmām ir ļoti atšķirīgs pašvaldību starpā, un vairākās pašvaldībās tas netiek nodrošināts pietiekamā apmērā. Pēc veiktās pašvaldību reformas visu būtiskāko preventīvo pakalpojumu klāsts, kas ietver psiholoģisko atbalstu, atkarību profilakses un ārstēšanas pakalpojumus, izglītojošas nodarbības vecāku prasmju attīstīšanai, ģimenes asistenta pakalpojumu un krīzes vai ģimenes atbalsta centru, ir pieejams tikai trešdaļā no visām pašvaldībām.²⁵⁶

Esošajā situācijā kompleksu atbalsta pakalpojumu pieejamība, īpaši reģionos, ir ierobežota. Tādi pakalpojumi, kas iekļauj multidisciplināru atbalstu un/vai sociālās rehabilitācijas pasākumus, galvenokārt tiek koncentrēti Rīgā un dažās no Latvijas lielākajām pilsētām, piemēram, Valmierā un Liepājā. Šādu

²⁵¹ Ministru kabineta 2022. gada 21. decembra rīkojums Nr. 967 "Par Bērnu, jaunatnes un ģimenes attīstības pamatnostādņem 2022.–2027. gadam". Latvijas Vēstnesis, 252, 29.12.2022. <https://likumi.lv/ta/id/338304>

²⁵² Turpat.

²⁵³ Konceptuālais ziņojums "Starpnozaru sadarbības un atbalsta sistēmas pilnveide bērnu attīstības, uzvedības un psihisko traucējumu veidošanās risku mazināšanai". (2019). Iegūts no: <https://tap.mk.gov.lv/mk/tap/?pid=40476836>

²⁵⁴ Turpat.

²⁵⁵ Latvijas Republikas Valsts kontrole (2022) Revīzijas ziņojums. "Problēmbērni" – pieaugušo neizdarību spoguļis". Iegūts no: https://lrvk.gov.lv/lv/getrevisionfile/29565-ikOI7xAmr_o-vESqJnas3Xw0cGVm5oS2.pdf

²⁵⁶ Turpat, 10.lpp.

pasākumu vidū ir NVO īstenotās sociālās rehabilitācijas programmas “Ceļš pie sevis”²⁵⁷ vai “DARI”²⁵⁸, VBTAI Konsultatīvās nodaļas²⁵⁹ un Pusaudžu resursu centra sniegtie pakalpojumi²⁶⁰.

Informācijas uzglabāšanai un apmaiņai par bērnam un ģimenei sniegtajiem pakalpojumiem galvenokārt tiek izmantotas divas informācijas sistēmas – Pašvaldību sociālās palīdzības un sociālo pakalpojumu administrēšanas lietojumprogramma (SOPA) un Nepilngadīgo personu atbalsta informācijas sistēma (NPAIS). SOPA tiek veikta sociālā dienesta klientu uzskaitē, veidotas vienošanās un sociālās rehabilitācijas plāni, reģistrēti sniegtie pakalpojumi, piešķirtie pabalsti un veiktas citas ar sociālās palīdzības sniegšanu saistītas darbības. Datu ievadi sistēmā var veikt sociālie dienesti vai iestādes, kam ir deleģētas sociālo dienestu funkcijas, taču skatīšanās režīmā piekļuve tiek nodrošināta arī citām iestādēm, kurām nepieciešama informācija par sociālā dienesta klientiem.²⁶¹ NPAIS informācijas sistēmā savukārt tiek uzglabāta informācija par nepilngadīgo (personas dati, veselības stāvoklis, ieradumi utml.), izdarītajiem pārkāpumiem, ierosinātajiem administratīvajām un krimināllietām, piemērotajiem sodiem, saņemtajiem sociālajiem pakalpojumiem u.c. jautājumiem. Šobrīd piekļuve informācijas sistēmai tiek nodrošināta valsts un pašvaldību iestādēm.²⁶²

Taču, neskatoties uz informācijas sistēmu pieejamību, eksperti norāda, ka detalizēta informācija par iepriekš saņemtajiem atbalsta pakalpojumiem nav pieejama. Pirmkārt, trūkumi tiek saistīti ar to, ka netiek nodrošināta datu kvalitātes kontrole vai uzraudzība, tādējādi dažādām iestādēm un speciālistiem nav vienotas pieejas informācijas ievadei un ne visos gadījumos dati sistēmās ir pieejami. Otrkārt, piemēram, eksperti, kuri strādājuši ar SOPA sistēmu arī norāda uz to, ka sistēmā nav pieejama detalizēta informācija par iepriekš saņemto pakalpojumu saturu un rezultātiem. Tādējādi esošajā atbalsta sistēmā nav pieejama vienota datu bāze, kurā dažādi pakalpojumu sniedzēji, kas strādā ar bērnu un ģimeni, varētu iepazīties ar detalizētu informāciju par iepriekš saņemtajiem pakalpojumiem, kas uzlabotu dažādu pakalpojumu savstarpējo papildinātību.

MDGT ieviešana Latvijā sniegtu **IEGULDĪJUMU TRŪKSTOŠO PAKALPOJUMU NODROŠINĀŠANAI** bērniem un esošās atbalsta sistēmas pilnveidei. Tā ir pierādījumos balstīta metode ar pierādītu efektivitāti kompleksu problēmu risināšanā, kuras darbības pamatā ir **VIENOTA ATBALSTA SNIEGŠANA BĒRNAM UN VIŅA ĢIMENES LOCEKĻIEM**, iesaistot arī apkārtējās vides elementus, piemēram, izglītības iestādi. Tādējādi ģimenei sniegtais atbalsts nebūtu fragmentārs, tas būtu **MĒRĶĒTS UZ KONKRĒTĀJAM GADĪJUMAM ATBILSTOŠA INTERVENĒCE**, un tam ir **PROGNOZĒJAMI SASNIEDZAMIE REZULTĀTI**. Šāda pakalpojuma pieejamība būtu **NEPIECIEŠAMA GAN RĪGĀ**, kur šobrīd pieejamo pakalpojumus nav iespējams nodrošināt visiem bērniem²⁶³, kuriem tas ir nepieciešams, **GAN REĢIONOS**, kur ir ierobežota pieeja kompleksu atbalsta pakalpojumu saņemšanai. Lai arī MDGT ieviešana neatrisinātu visas esošajā atbalsta sistēmā konstatētās problēmas, tomēr tā **SNIEGTU IEGULDĪJUMU KOPĒJĀ ATBALSTA SISTĒMAS PAKALPOJUMU KLĀSTĀ**, jo nepieciešamības gadījumā bērns vai ģimene var saņemt arī citus pakalpojumus, lai intervence būtu pēc iespējas efektīvāka kompleksu gadījumu risināšanā, piemēram, tādu speciālistu iesaiste kā psihologs, narkologs, atbalsta grupa. Potenciāli varētu tikt atslogoti citu pakalpojumu sniedzēji, jo pieejamie pakalpojumi tiktu piesaistīti mērķtiecīgāk, identificējot bērna un ģimenes vajadzības un

²⁵⁷ Latvijas Bērnu atbalsta fonds. Pakalpojums "Ceļš pie sevis". Iegūts no: <http://www.lbaf.lv/lv/paveiktais/cels-pie-sevis-vasaras-nometne>

²⁵⁸ Resiliences centrs. Darbības jomas un pakalpojumi. Iegūts no: <https://resilience.lv/pakalpojumi/>

²⁵⁹ VBTAI. (2020). Konsultatīvais atbalsts bērniem un vecākiem. Iegūts no:

<https://www.bti.gov.lv/lv/media/1267/download?attachment>

²⁶⁰ Pusaudžu resursu centrs. Pusaudžu konsultācijas – psiholoģiska palīdzība pusaudžiem saprotamā valodā. Iegūts no: <https://pusaudzucentrs.lv/pusaudzu-konsultacijas/>

²⁶¹ ZZ Dats. SOPA. Iegūts no: <https://www.zzdats.lv/lietojumprogrammas/sopa/>

²⁶² Latvijas Republikas Valsts kontrole. (2022). Revīzijas ziņojums. “Problēmbērni” – pieaugušo neizdarību spogulis”. Iegūts no: https://lrvk.gov.lv/lv/getrevisionfile/29565-ikOI7xAmr_o-vESqJnas3Xw0cGVm5oS2.pdf

²⁶³ Turpat.

novērojot saņemtās terapijas un citu pakalpojumu rezultātus. Šāda pieeja novērstu resursu sadrumstalotību un nodrošinātu, ka visas iesaistītās puses efektīvi sadarbojas, lai panāktu gaidītos rezultātus. Tas varētu sekmēt informācijas apmaiņu starp iesaistītajām pusēm un ietvertu gan emocionālo atbalstu, gan praktisku palīdzību bērnam un ģimenei.

9. MDĢT IEVIEŠANAS SCENĀRIJI LATVIJĀ

9.1. MDĢT IEVIEŠANAS SCENĀRIJUS VIENOJOŠIE FAKTORI

9.1.1. MDĢT IEVIEŠANA PILOTPROJEKTA VEIDĀ

MDĢT ieviešana trijos scenārijos tiek piedāvāta trīs gadus ilga pilotprojekta veidā. Pilotprojekta formātu kā atbilstošu vērtē Latvijas nozares eksperti un iestāžu pārstāvji no LM, TM, VPD, IeVP, VBTAI un citām institūcijām. Pilotprojekta ietvars ļauj MDĢT procesa laikā izdarīt secinājumus par MDĢT ieviešanas modeļa atbilstību Latvijas situācijai un nepieciešamajām izmaiņām tā funkcionalitātes un efektivitātes nodrošināšanai Latvijas gadījumā. Ieviešot pilotprojektu, nav nepieciešami tūlītēji normatīvo aktu grozījumi, kuri potenciāli būtu vajadzīgi, iekļaujot programmu valsts vai pašvaldību pieejamo pakalpojumu klāstā, paredzot konkrētu iestāžu atbildību un funkcijas tā pārraudzībā un īstenošanā.

Pilotprojekta noslēgumā ir paredzēts veikt efektivitātes pētījumu, kura laikā tiktu novērtēts MDĢT programmas sniegtais ieguvums, identificēti galvenie trūkumi, izvērtēta institucionālā ietvara funkcionalitāte un citi būtiski aspekti, piemēram, nepieciešamās izmaiņas normatīvajā regulējumā, paplašināta mērķa grupa vai gluži pretēji – sašaurināta. Efektivitātes pētījums ir nozīmīgs instruments, kuru izmantot, izstrādājot MDĢT attīstības plānu un finansēšanas mehānismus pēc pilotprojekta noslēguma un pamatojot tās nozīmi valsts kopējā atbalsta sistēmā bērniem un jauniešiem.

Gan Igaunija, gan Somija ir ieviesusi MDĢT programmu pilotprojekta veidā un abu valstu gadījumos to noslēgumā ir veikts efektivitātes pētījums. Igaunijas gadījumā efektivitātes pētījums ir bijis viens no instrumentiem, kas nodrošināja valstisku atbalstu MDĢT programmas turpināšanai, pieņemot lēmumu par programmas finansēšanu no valsts budžeta līdzekļiem.

MDĢT programmas pilotprojekta trīs gadu periods ir izvēlēts, izvērtējot apmācību ilgumu un bērnu un ģimeņu skaitu, kurus MDĢT komandas šajā laika posmā varētu iekļaut programmā. Tā kā MDĢT apmācības ilgst aptuveni deviņus mēnešus un to laikā MDĢT komandas darbība tiek uzsākta pakāpeniski, tikai pēc apmācību noslēgšanas terapieti spēs sniegt MDĢT pakalpojumu, pilnībā veltot savu kapacitāti praktiskajai darbībai ar bērniem un viņu ģimenēm. Tādēļ trīs gadu periods dotu iespēju MDĢT terapieti uzkrāt nepieciešamo pieredzi praktiskajā darbā ar Latvijas bērniem un viņu ģimenēm, identificēt nepieciešamos uzlabojumus sistēmas funkcionalitātē un iekļaut reprezentatīvu skaitu mērķa grupas pārstāvjus, lai izdarītu pamatotus secinājumus par MDĢT ietekmi un efektivitāti uz pilotprojektā identificēto mērķa grupu.

9.1.2. MDĢT IEVIEŠANAI SĀKOTNĒJI TIEK IZMANTOTI ESF+ LĪDZEKĻI

Bērnu, jaunatnes un ģimenes attīstības pamatnostādnes 2022.-2027. gadam nosaka bērnu, jaunatnes un ģimenes valsts politikas pamatprincipus, mērķi, prioritātes, rīcības virzienus un uzdevumus šajā periodā. Pamatnostādņu 6. pielikums ietver informāciju par plānā iekļauto uzdevumu īstenošanai nepieciešamo valsts un pašvaldību budžeta finansējumu atbilstoši izvirzītajiem uzdevumiem un definētajiem pasākumiem uzdevumu izpildei. Šī plāna ietvaros kā viens no pasākumiem ir paredzēts “ieviešot jaunas pierādījumus balstītas darba metodes, kas samazina vardarbības izplatību un palīdz speciālistiem darbam ar cietušām un vardarbību veikušām personām (piem. Multidimensionālā ģimenes terapija un uz traumu fokusēta kognitīvi biheiviorāla terapija)”.²⁶⁴ Šim pasākumam noteiktais finansējums ir no ESF+ projektu līdzekļiem.

²⁶⁴ Bērnu, jaunatnes un ģimenes attīstības pamatnostādnes 2022.-2027. gadam. 6.pielikums “Kopsavilkums par plānā iekļauto uzdevumu īstenošanai nepieciešamo valsts un pašvaldību budžeta finansējumu”. Iegūts no: https://tapportals.mk.gov.lv/legal_acts/0f3187f2-7c1a-485f-bb9a-e7df5acc65c5

LM ir sniegusi apstiprinājumu, ka ir plānots izmantot ESF+ līdzekļus MDĢT programmas ieviešanai. Ņemot vērā jau iezīmētus provizoriskos finanšu līdzekļu, izskatot iespējamās MDĢT programmas ieviešanas scenārijus, visos gadījumos uzsākšanas posmā tiek paredzēta pieejamo ESF+ līdzekļu izmantošana.

Taču pēc MDĢT programmas pilotprojekta noslēguma, kad nebūs pieejami ES fondu 2021.-2027. gada plānošanas periodā noteiktie ESF+ finanšu līdzekļi, būs nepieciešams izstrādāt alternatīvu finansēšanas modeli atbilstoši pieejamajiem resursiem, lai nodrošinātu MDĢT programmas ieviešanas procesā veikto ieguldījumu ilgtspēju un pakalpojuma turpmāku pieejamību mērķa grupai.

9.1.3. TRĪS MDĢT KOMANDU IZVEIDE IEVIEŠANAS POSMĀ

Šobrīd Latvijā ir plānots izveidot trīs MDĢT komandas. Katrā no komandām ir paredzēts apmācīt četrus speciālistus – trīs MDĢT terapeitus un vienu MDĢT komandas pārraugu. Šādu komandas dalībnieku skaitu rekomendē Jaunatnes Intervences fonds. Gadījumos, kad kāds no terapeitiem dodas ilgstošā prombūtnē, piemēram, slimības dēļ vai bērna kopšanas atvaļinājumā, komandas darba kvalitāte netiek būtiski ietekmēta. Taču, ja komanda tiek veidota, iekļaujot tikai trīs MDĢT speciālistus, viena speciālista zaudēšanas gadījumā cieš komandas funkcionalitāte un iespēja MDĢT īstenošanas procesā pielietot citu komandas speciālistu sniegtos ieteikumus un pieredzi.

MDĢT terapeitu darba kvalitāte un atbilstība MDĢT programmas metodoloģijai tiek uzraudzīta no Jaunatnes Intervences fonda puses apmācību laikā un pēc apmācībām. Katrai iestādei, kuras pārraudzībā ir vismaz viena MDĢT komanda, ar Jaunatnes Intervences fondu ir jāslēdz divi līgumi. Viens ir licences līgums par MDĢT īstenošanu, kura ietvaros tiek nodrošināta arī MDĢT terapeitu uzraudzība (monitorings). Katram MDĢT terapeitam no Jaunatnes Intervences fonda speciālistu puses tiek uzraudzīts viens no terapeita gadījumiem, sniedzot atbalstu un ieteikumus, ja tas ir nepieciešams. Otrs līgums, kas ir jāslēdz par katru MDĢT komandu, ir trīs gadu pakalpojuma līgums. Tā ietvaros tiek nodrošināti ikgadēji apmācību un atbalsta pasākumi, kā arī komandas audits trīs gadu perioda noslēgumā.

Trīs komandas visos gadījumos ir izvēlēts kā optimālākais scenārijs, jo trīs gadu pilotprojekta periodā tiktu nodrošināts reprezentatīvs iekļautās mērķa grupas dalībnieku skaits. Pieņemot, ka četru MDĢT speciālistu komanda trīs gadu laikā vidēji var atrisināt 120 gadījumu²⁶⁵, trīs komandas pilotprojekta laikā varētu īstenot aptuveni 360 gadījumu. Šāds iekļauto mērķa grupas gadījumu skaits ļautu izdarīt pierādījumos balstītus secinājumus par MDĢT nozīmi un efektivitāti bērnu un jauniešu uzvedības problēmu risināšanā.

Lai speciālists varētu tikt uzņemts MDĢT apmācību programmā, ir jābūt labām angļu valodas zināšanām, vismaz 2. līmeņa augstākajai profesionālajai izglītībā tādās jomās kā sociālais darbs, sociālā pedagogija, psiholoģija, kā arī citās ar atbalstu jauniešiem saistītās jomās. Papildu šīm prasībām speciālistam ir jābūt iepriekšējai profesionālajai pieredzei darbā ar bērniem un jauniešiem ar uzvedības grūtībām.²⁶⁶ Noteiktu kvalifikācijas prasību dēļ Latvijā var būt izaicinājums nepieciešamo speciālistu piesaistei. Uz speciālistu trūkumu norāda nozares eksperti – valstī kopumā trūkst sociālie darbinieki, sociālie pedagogi un citi sociālā atbalsta speciālisti.

Arī pieejamie dati norāda uz izaicinājumiem ar MDĢT terapeitu profesionālo kvalifikāciju saistīto nozaru speciālistu pieejamību. Piemēram, 2020. gadā tikai 69 % no pašvaldībām spēja nodrošināt Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likuma 10. panta pirmajā daļā noteikto normu par viena sociālā darba speciālista pieejamību pašvaldībā uz katrām tūkstoš iedzīvotājiem.²⁶⁷ Speciālistu trūkumu atspoguļo arī

²⁶⁵ Ņemot vērā, ka pirmajā gadā pilna terapeitu kapacitāte tiks nodrošināta tikai aptuveni pēc 9 mēnešiem – Autora piezīme.

²⁶⁶ Stichting Jeugdinterventies. MDFT opleiding Inhoud. Retrieved from: <https://mdft.nl/#>

²⁶⁷ Labklājības ministrija. (2021). Sociālās politikas rādītāji. Iegūts no: <https://www.lm.gov.lv/lv/nozares-statistikas-dati>

dati par neaizpildītajām darba vietām. Piemēram, NVA 2023. gada oktobrī publicētas 50 sociālo darbinieku, 13 sociālā pedagoga un 55 psihologa darba vietu vakances Latvijā.²⁶⁸

Viens no galvenajiem iemesliem, ko identificē Latvijas nozares eksperti, ir saistīts ar konkurētspējīgas atlīdzības trūkumu, īpaši valsts un pašvaldību sektorā nodarbinātajiem bērnu un jauniešu sociālā atbalsta jomas darbiniekiem. Tādēļ speciālisti ar iegūtu nepieciešamo kvalifikāciju mēdz izvēlēties strādāt privātajā sektorā vai citā nozarē ar lielāku atlīdzības apmēru.²⁶⁹ Kā vēl viens iemesls speciālistu trūkumam ir darba attiecību pārtraukšana profesionālās izdegšanas dēļ, ko rada gan lielā noslodze, gan ar darba specifiku saistītie psiholoģiskie izaicinājumi, piemēram, regulāra vardarbības gadījumu risināšana.²⁷⁰ Tādēļ MDĢT personāla atlases procesā ir svarīgi nodrošināt atlīdzību, kas ir atbilstoša ne tikai kvalifikācijai, bet arī ieguldītajam darbam, kā arī ieviest mehānismus darbinieku izdegšanas risku mazināšanai. Personāla atlases procesā ir rekomendēts izmantot vairākus atlases instrumentus, piemēram, lomu spēles, kas ļautu noteikt speciālista personības iezīmju atbilstību MDĢT specifikai.

²⁶⁸ NVA. Vakances. Iegūts no: <https://cvvp.nva.gov.lv/#/pub/>

²⁶⁹ Atbilstoši interviju laikā ar LM, TM, VPD, VBTAI, IeVP un pašvaldību sociālo dienestu speciālistiem sniegtajai informācijai – Autora piezīme.

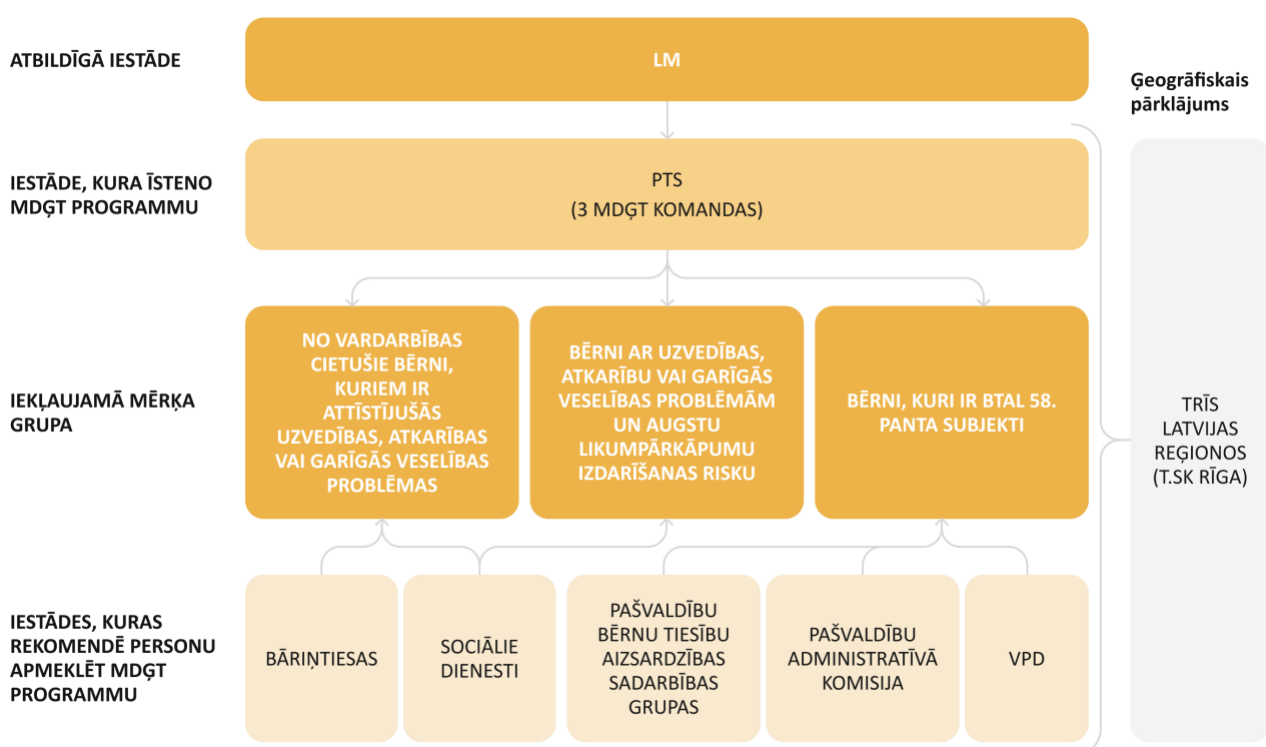
²⁷⁰ Turpat.

9.2. IEVIEŠANAS SCENĀRIJS NR. 1 - PRIVĀTO TIESĪBU SUBJEKTI KĀ MDĢT ĪSTENOTĀJI

9.2.1. MDĢT PROGRAMMAS IEVIEŠANAS SCENĀRIJA NR. 1 SISTĒMISKAIS IETVARS

MDĢT programmas ieviešanas scenārija Nr. 1 ietvaros atbildīgās iestādes funkcijas par MDĢT programmas ieviešanu un uzraudzību pildītu LM (skat. Ilustrācija 11). Tā kā LM Latvijā ir atbildīgā iestāde par sociālās aizsardzības un bērnu un ģimenes tiesību aizsardzības jomu²⁷¹, MDĢT atbilst LM pārraudzībā esošajam pakalpojumu lokam. LM atbildībā ir iezīmēti ESF+ finanšu līdzekļi MDĢT ieviešanai, un atbildīgās iestādes funkciju uzņemšanās atvieglotu finanšu līdzekļu izmantošanas plānošanu un kontroli, un pilotprojekta plānam atbilstošas MDĢT ieviešanas procesa pārraudzību.

ILUSTRĀCIJA 11. MDĢT IEVIEŠANAS SCENĀRIJA NR. 1 ĪSTENOŠANAS SHĒMA



Avots: Civitta Latvija

9.2.2. ATBILDĪGĀ INSTITŪCIJA PAR MDĢT ĪSTENOŠANU LATVIJĀ

LM kā atbildīgajai iestādei scenārija Nr. 1 ietvaros ir identificēti vairāki uzdevumi:

- 1. MDĢT IEVIEŠANAS PROCESS UN TĀ PĀRRAUDZĪBA.** Šī uzdevuma ietvaros LM būs nepieciešams noteikt skaidrus kritērijus PTS izvēlei un uzrunāt identificētajiem kritērijiem atbilstošus PTS, kas būtu potenciālie MDĢT programmas īstenotāji, lai noskaidrotu viņu interesi un kapacitāti MDĢT programmas īstenošanā ne tikai pilotprojekta ietvaros, bet arī ilgtermiņā. Ieviešanas procesā ir nepieciešams skaidri noteikt arī sadarbības mehānismu, tostarp informācijas apmaiņu, starp visām iesaistītajām pusēm - LM kā MDĢT programmas uzraugošo iestādi un MDĢT programmas īstenotāju, kā arī starp iestādēm, kuras rekomendē personu apmeklēt MDĢT programmu, un

²⁷¹ Ministru kabineta 2004. gada 27. janvāra noteikumi Nr. 49 "Labklājības ministrijas nolikums". Latvijas Vēstnesis, 16, 30.01.2004. <https://likumi.lv/ta/id/83758>

MDĢT programmas īstenošanai. Vienlaikus ir jāparedz informācijas izplatīšana starp iestādēm par MDĢT programmas pieejamību, lai tā sasniegtu bērnus un ģimenes, kas atbilst MDĢT programmas mērķa grupai.

- 2. PILOTPROJEKTA VADLĪNIJU IZSTRĀDE.** LM izstrādā vadlīnijas pilotprojekta ieviešanai, īstenošanai un uzraudzībai, kas paredz MDĢT mērķa grupu definēšanu, komandu skaitu, pilotprojekta kopējo budžetu un tā sadalījumu pa gadiem, maksimālo gadījumu skaitu, ar kuru viens terapeits var vienlaicīgi strādāt (izņemot komandas pārraugam), pilotprojekta ģeogrāfisko tvērumu attiecībā uz mērķa grupu. Izstrādājot pilotprojekta vadlīnijas, jānosaka skaidri tā uzsākšanas un noslēguma termiņi, kā arī jāiekļauj citi nozīmīgi termiņi (piemēram, ikgadējā finansējuma pieprasījums, atskaite par izlietoto finansējumu un veiktajām darbībām – uzsākto un pabeigto gadījumu skaits). Šādu vadlīniju izstrāde kalpo par pamatu MDĢT ieviešanā, tās mērķu un sasniedzamo rezultātu noteikšanā un sekmēs vienotu izpratni starp iesaistītajām pusēm MDĢT programmas īstenošanas laikā.
- 3. UZ MDĢT DARBĪBU ATTIECINĀMO NOTEIKUMU UN NORMATĪVO AKTU GROZĪJUMU SAGATAVOŠANA UN APSTIPRINĀŠANA.** Pilotprojekta īstenošanas laikā LM apkopo informāciju par konstatētajām nepieciešamajām izmaiņām normatīvajos aktos, lai sekmētu MDĢT programmas ilgtspēju Latvijā, mazinot tās šķēršļus. Pilotprojekta laikā būtu vēlams izstrādāt Ministru kabineta noteikumus, kas noteiks kārtību par MDĢT programmas īstenošanu, uzraudzību un finansēšanu turpmāk pēc pilotprojekta īstenošanas.
- 4. NAUDAS PLŪSMAS KONTROLE.** Pilotprojekta ietvaros finansējums MDĢT programmas ieviešanai Latvijā ir pieejams ESF+ ietvaros, un par MDĢT programmai pieejamo finanšu līdzekļu izlietošanu atbildīgā iestāde ir LM. Lai nodrošinātu ESF+ finansējuma izlietojamības atbilstību, kā arī naudas plūsmu un sasniedzamos rezultātus (gadījumu skaits), nepieciešams nodrošināt regulāru finanšu izpildes uzraudzību. Regulāra komunikācija un atskaišu iesniegšana mazina risku par neatbilstoši veiktajiem izdevumiem un iespējamām finanšu korekcijām ES fondu ietvaros.
- 5. UZRAUDZĪBA UN ATBILSTĪBAS KONTROLE.** LM uzdevums mijiedarbībā ar MDĢT programmas īstenošanu nodrošināt MDĢT programmas atbilstību MDĢT starptautiskajai metodoloģijai un pilotprojekta vadlīnijām, tāpēc LM ir jāveic ne tikai finanšu uzraudzība, bet arī MDĢT programmas atbilstība. Uzraudzība ietver arī efektivitātes novērtējuma nodrošināšanu pilotprojektam.
- 6. SABIEDRĪBAS UN IESAISTĪTO IESTĀŽU INFORMĒŠANA** LM arī jāiesaistās sabiedrības un iesaistīto iestāžu informēšanā, izstrādājot un izplatot informatīvos materiālus par MDĢT programmu, mērķa grupu, kā arī iesaistīto iestāžu darbinieku iespējām iekļaut bērnu un viņa ģimeni MDĢT.

Minētie uzdevumi ir būtiski, lai tiktu nodrošināta veiksmīga MDĢT programmas pilotprojekta ieviešana un īstenošana Latvijā, kas palīdzētu risināt bērnu uzvedības problēmas, iesaistot ģimeni, kas palīdzētu nodrošināt pilnvērtīgu un koordinētu atbalstu.

9.2.3. MDĢT PROGRAMMAS ĪSTENOTĀJI LATVIJĀ

Scenārijs Nr. 1 paredz, ka MDĢT programmu īsteno PTS, piemēram, nevalstiskā sektora organizācijas vai privātie uzņēmumi. Ņemot vērā, ka nevienam no šobrīd Latvijā esošajiem PTS nav spēkā esošas MDĢT licences, ir rūpīgi jānosaka kritēriji vai prasības MDĢT programmas īstenošanu identificēšanai.

Pastāv vairāki veidi, kā nodot MDĢT programmas sniegšanu PTS. Viens no tiem ir ar deleģējuma līgumu atbilstoši Valsts pārvaldes iekārtas likumam vai arī nosakot ESF+ projekta sadarbības partnera statusu, kā

arī izvēloties PTS, nepiemērojot Publiskā iepirkuma likumu, ja paredzamā līgumcena ir mazāka par 750 000 euro²⁷². Taču PTS izvēles procesa rezultātam ir jābūt argumentētam un balstītam konkrētos kritērijos.

PTS atbildībā būs:

- trīs komandām nepieciešamo speciālistu atlase;
- apmācību procesa nodrošināšana (atlasīto terapeitu dalība MDĢT apguvē);
- MDĢT sniegšana bērniem un viņu ģimenes locekļiem;
- dalībnieku atbilstības izvērtēšana MDĢT uzņemšanas kritērijiem;
- sadarbība ar citām iestādēm, kas ir iesaistītas jaunieša gadījuma risināšanā, piemēram, izglītības iestādi vai sociālo dienestu;
- MDĢT programmas ieviešana saskaņā ar MDĢT starptautisko metodoloģiju un LM izstrādātajām vadlīnijām par MDĢT programmas ieviešanu Latvijā.

9.2.4. IEGUVUMI NO PTS IESAISTES MDĢT PROGRAMMAS ĪSTENOŠANĀ

PTS iesaistei MDĢT programmas īstenošanā ir vairākas priekšrocības.

Latvijā darbojas vairāki NVO, tai skaitā arī reģionāli, kuriem ir vairāku gadu pieredze darbā ar bērniem ar uzvedības problēmām, piedāvājot dažādus pakalpojumus, kā piemēram, sociālās rehabilitācijas programmas un speciālistu konsultācijas (skat. 7. nodaļu).

PTS iesaiste provizoriski atvieglotu nepieciešamo cilvēkresursu piesaisti, piemēram, nosakot speciālistu kvalifikācijai atbilstošu un konkurētspējīgu atlīdzību. Salīdzinot ar valsts un pašvaldību iestādēm, PTS darbībā ir mazāks administratīvais slogs un lielāka elastība, nepieciešamības gadījumā pielāgojot pakalpojuma sniegšanas procesu atbilstoši situācijai.

PTS iesaiste scenārija Nr. 1 ietvaros sniegtu iespēju MDĢT ieviest Rīgā un citos Latvijas reģionos. Pakalpojuma nodrošināšana ārpus galvaspilsētas papildinātu esošās atbalsta sistēmas pakalpojumu klāstu, nodrošinot alternatīvu pakalpojumu bērna vai jaunieša uzvedības problēmu risināšanai. Latvijas mērogā MDĢT programmas pilotprojekta īstenošana ļautu izdarīt visaptverošākus secinājumus par tās efektivitāti un piemērotību ne tikai Rīgas apstākļiem, bet arī reģioniem. Šāds izvērtējums ir nozīmīgs, lai pēc pilotprojekta noslēguma pieņemtu lēmumu par MDĢT programmas attīstības iespējām Latvijas mērogā.

Šī scenārija ietvaros tiek paredzēts, ka viena MDĢT komanda būtu izveidota Rīgā un varētu sniegt pakalpojumu arī Pierīgas reģionā dzīvojošajiem bērniem, piemēram, Mārupes novadā, Ādažu novadā, Ropažu novadā. Rīga tiek identificēta kā viena no MDĢT programmas pilotprojekta īstenošanas vietām, jo tajā ir proporcionāli lielākais iedzīvotāju skaits Latvijā (32 % no Latvijas iedzīvotājiem dzīvo Rīgā²⁷³). Rīgā darbojas dažādi PTS, kuri nodrošina sociālās rehabilitācijas pakalpojumus bērniem ar uzvedības problēmām un viņu ģimenes locekļiem.²⁷⁴ Rīgā, salīdzinot ar citām pašvaldībām, ir lielāks aktīvo PTS klāsts, tādējādi būtu vienkāršāk piesaistīt PTS, kuram būtu resursi un motivācija ieviest jaunu pakalpojumu. Neskatoties uz Rīgā pieejamo mērķētu sociālo rehabilitācijas programmu klāstu, tas nespēj apmierināt visas mērķa grupas vajadzības.²⁷⁵ Tādēļ MDĢT programmas ieviešana sekmētu šādu pakalpojumu pieejamību mērķa grupai.

²⁷² Publisko iepirkumu likuma 10. panta otrā daļa. Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/287760-publisko-iekirkumu-likums>

²⁷³ CSP. Iedzīvotāju skaits un tā izmaiņas. Iegūts no: <https://stat.gov.lv/lv/statistikas-temas/iedzivotaji/iedzivotaju-skaits/247-iedzivotaju-skaits-un-ta-izmainas?themeCode=IR>

²⁷⁴ Piemēram, Biedrība „Resiliences centrs”, SIA “Bērnu un pusaudžu resursu centrs”, nodibinājums “Centrs Dardedze”, biedrība “Latvijas Samariešu apvienība” u.c. – Autora piezīme.

²⁷⁵ Latvijas Republikas Valsts kontrole (2022) Revīzijas ziņojums. “Problēmbērni” – pieaugušo neizdarību spoguļis”, 11.lpp. Iegūts no: https://lrkv.gov.lv/lv/getrevisionfile/29565-ikO17xAmr_o-vESqJnas3Xw0cGVm5oS2.pdf

Papildu Rīgas komandai tiktu izveidotas divas komandas citos Latvijas reģionos. Konkrētu reģionu izvēle ir jāveic, izvērtējot mērķa grupas lielumu attiecīgajā reģionā un MDĢT programmas īstenošanai izvēlētā PTS iespējas nodrošināt pakalpojumu un piesaistīt nepieciešamos speciālistus. Provizoriski šiem kritērijiem atbilstošākas būtu lielākās Latvijas reģionu pilsētas vai valstspilsētas, kurās ir lielāks iedzīvotāju skaits un PTS jau darbojas vai redz iespēju tur paplašināt savu darbību.

PTS ir elastīgākas iespējas piesaistīt nepieciešamos cilvēkresursus pakalpojuma sniegšanai, kā arī nodrošināt MDĢT darbību Rīgā un Latvijas reģionos. PTS ir mazāk administratīvo ierobežojumu pielāgoties klienta vajadzībām un reģionālajiem faktoriem, tādējādi tas varētu piedāvāt MDĢT programmas pakalpojumus vairākos Latvijas reģionos, kur ir nepieciešams šāda veida atbalsts bērniem un ģimenēm.

9.2.5. IEKĻAUJAMĀ MĒRĶA GRUPA

Šī scenārija ietvaros tiek identificētas trīs mērķa grupas:

- BTAL 58. panta subjekti;
- Bērni, kuri cietuši no vardarbības un kuriem ir attīstījušās uzvedības, atkarības vai garīgās veselības problēmas;
- Bērni ar uzvedības, atkarību vai garīgās veselības problēmām, kuriem konstatēts augsts likumpārkāpumu izdarīšanas risks, taču vēl nav kļuvuši par BTAL 58. panta subjektiem.

Visu trīs mērķa grupu iekļaušana šajā scenārijā sekmēs mērķa grupas daudzveidību, nodrošinot tām MDĢT programmas atbalstu, uzlabojot bērnu un ģimenes labklājību un sniedzot tiem atbilstošu emocionālo un sociālo atbalstu.

Iekļaujot visas trīs mērķa grupas šī scenārija izpildē, šāda pieeja var kalpot kā preventīvs pasākums, novēršot iespējamus likumpārkāpumus un piedzīvotās vardarbības gadījumus plašākai sabiedrības grupai, nodrošinot nepieciešamo atbalstu un resursus laikā, kad bērni un ģimenes to visvairāk vajadzētu. Tā palīdzētu veicināt sabiedrības integrāciju un uzlabot attiecības starp dažādām mērķa grupām.

PTS, nodrošinot MDĢT programmu, spētu elastīgāk reaģēt uz mainīgajiem apstākļiem un jaunajām problēmām, kas var rasties šīm mērķa grupām, jo salīdzinājumā ar valsts vai pašvaldību institūcijām tam administratīvo šķēršļu ir mazāk.

Izvērstāku pamatojumu identificētajām mērķa grupām MDĢT programmas pilotprojektam skatīt 8. nodaļā.

9.2.6. IESTĀDES, KURAS REKOMENDĒ DALĪBAI MDĢT PROGRAMMĀ

Iestādes, kuras identificētu bērnus, kuriem būtu nepieciešams MDĢT pakalpojums, un rekomendētu ģimenes dalībai MDĢT programmā, ietver valsts un pašvaldību institūcijas, kuru esošajās funkcijās ietilpst mērķa grupas nosūtīšana līdzvērtīgu pakalpojumu saņemšanai. Viena no šādām iestādēm ir pašvaldības sociālais dienests, kas var rekomendēt gan bērnu, gan ģimeni līdzdarboties sociālās rehabilitācijas programmās. Šī pētījuma 1. pielikumā ir pievienots Igaunijas iesnieguma veidlapas paraugs, kuru aizpilda tās iestādes, kuras rekomendē bērnu dalībai MDĢT programmā.

Pašvaldību sociālais dienests scenārijā Nr. 1 var identificēt bērnus, kuriem ir nopietnas uzvedības problēmas, tai skaitā atkarības un garīgās veselības problēmas, un augsts risks izdarīt likumpārkāpumus, bet, kuri vēl nav kļuvuši par BTAL 58. panta subjektiem.

Cita institūcija, kas var identificēt bērnus, kuriem ir uzvedības problēmas un kuri ir cietuši no vardarbības, un nosūtīt viņus un viņu ģimenes locekļus pie MDĢT speciālistiem, ir bāriņtiesa.

Savukārt, kad bērns ir kļuvis par BTAL 58. panta subjektu un (vai) izdarījis likumpārkāpumu, rekomendāciju dalībai MDĢT programmā sniegtu iestādes, kuras ir atbildīgas par uzvedības korekcijas līdzekļu piemērošanu. Pašvaldības bērnu tiesību aizsardzības sadarbības grupa MDĢT var iekļaut bērnam izstrādātajā uzvedības sociālās korekcijas programmā, bet pašvaldības administratīvā komisija to var piemērot kā audziņoša rakstura piespiedu līdzekli. Savukārt, VPD saviem klientiem MDĢT var piemērot sociālās rehabilitācijas pasākumu ietvaros.

Izvērstāku pamatojumu identificētajām iestādēm, kuras varētu rekomendēt bērnu un ģimeni dalībai MDĢT programmā, skatīt 5.3. apakšnodaļā.

9.2.7. IESPĒJAMIE RISKI 1. SCENĀRIJA IETVAROS

Potenciālie riski PTS iesaistei MDĢT pakalpojuma sniegšanā ir saistīti ar pakalpojuma ilgspējas nodrošināšanu. Izvēloties pakalpojuma sniedzēju, ir jāvērtē PTS spēja sniegt pakalpojumu ilgtermiņā, tādēļ būtu jāveic tā ilgspējas radītāju analīze, piemēram, izvērtējot PTS finanšu ilgspējas un organizatoriskās kapacitātes aspektus, līdz šim sniegto pakalpojumu jomu. Vienlīdz svarīga ir arī PTS reputācija, lai sekmētu gan mērķa grupas, gan citu procesā iesaistīto iestāžu uzticību pakalpojuma sniedzējam un sniegtā MDĢT pakalpojuma kvalitātei.

LM būtu nepieciešams izstrādāt mehānismu, kas paredz izvēlēto PTS atbildību par pakalpojumu turpināšanu gadījumos, kad, piemēram, kāds no MDĢT komandas terapeitiem pārtrauc darba attiecības un ir nepieciešams atvēlēt finanšu resursu jauna MDĢT speciālista apmācību procesam.

Vienlaikus PTS var iestāties ekonomiskie riski. Piemēram, NVO gadījumā²⁷⁶ tā darbība lielā mērā ir atkarīga no piesaistītā finansējuma dažādu grantu ietvaros, ziedojumiem un citiem ārējiem finansējuma avotiem. Ja šie avoti ir nepastāvīgi un var samazināties, NVO var saskarties ar finansiālām grūtībām.

No atbildīgās iestādes puses savukārt ir būtiski nodrošināt savlaicīgu MDĢT attīstības plāna izstrādi pēc pilotprojekta noslēguma, tai skaitā attiecībā uz finanšu avotu identificēšanu MDĢT programmas turpmākai finansēšanai. Šis jautājums būtu jārisina laicīgi ne tikai, lai nodrošinātu MDĢT programmas nepārtrauktību, bet arī sniegtu pārliecību PTS par MDĢT programmas ilgtermiņa darbību, kā arī par nepieciešamību iesaistīt PTS resursus arī turpmāk.

MDĢT programmas īstenošanas procesā ir nepieciešama informācijas apmaiņa ar dažādām iestādēm un speciālistiem. Piemēram, MDĢT terapeitam, izvērtējot, vai jauniešs ir atbilstošs MDĢT kritērijiem, būtu jānodrošina informācija par jaunieša veiktajiem pārkāpumiem, garīgajām saslimšanām, ja tādas ir diagnosticētas, un citiem aspektiem, kas varētu būt būtiski attiecīgajā situācijā. Līdz ar to būtu nepieciešamas piekļuves iespējas jau esošajām sistēmām sociālajā un iekšlietu jomā, piemēram, SOPA vai NPAIS. Šobrīd pastāv risks, ka PTS to juridiskā statusa dēļ, var būt ierobežotas iespējas saņemt informāciju par bērnu no minētajām sistēmām, jo, piemēram, MK noteikumi Nr. 157 "Nepilngadīgo personu atbalsta informācijas sistēmas noteikumi"²⁷⁷ paredz iespēju piekļūt NPAIS sistēmas informācijai tikai valsts vai pašvaldību iestādēm.

²⁷⁶ "Organizāciju finanšu ilgspēja lielā mērā ir saistīta ar ieņēmumu avotu diversifikāciju. Tomēr gada pārskatu dati liecina, ka lielākajai daļai organizāciju parasti ir tikai viens būtiskākais ieņēmumu avots, kamēr pārējie veido nebūtisku daļu. Šādā aspektā šobrīd secināms, ka biedrību un nodibinājumu finansiālā ilgspēja ir vāja, jo liela daļa organizāciju ir atkarīgas no kāda viena finansējuma avota." Biedrība "Latvijas Pilsoniskā alianse", (2022). Pilsoniskās sabiedrības organizāciju resursi: esošā situācija un vajadzības 2022., 11. lpp. iegūts no: https://nvo.lv/uploads/pilsoniskas_sabiedrības_organizāciju_resursi_esosa_situācija_un_vajadzības_2022946.pdf

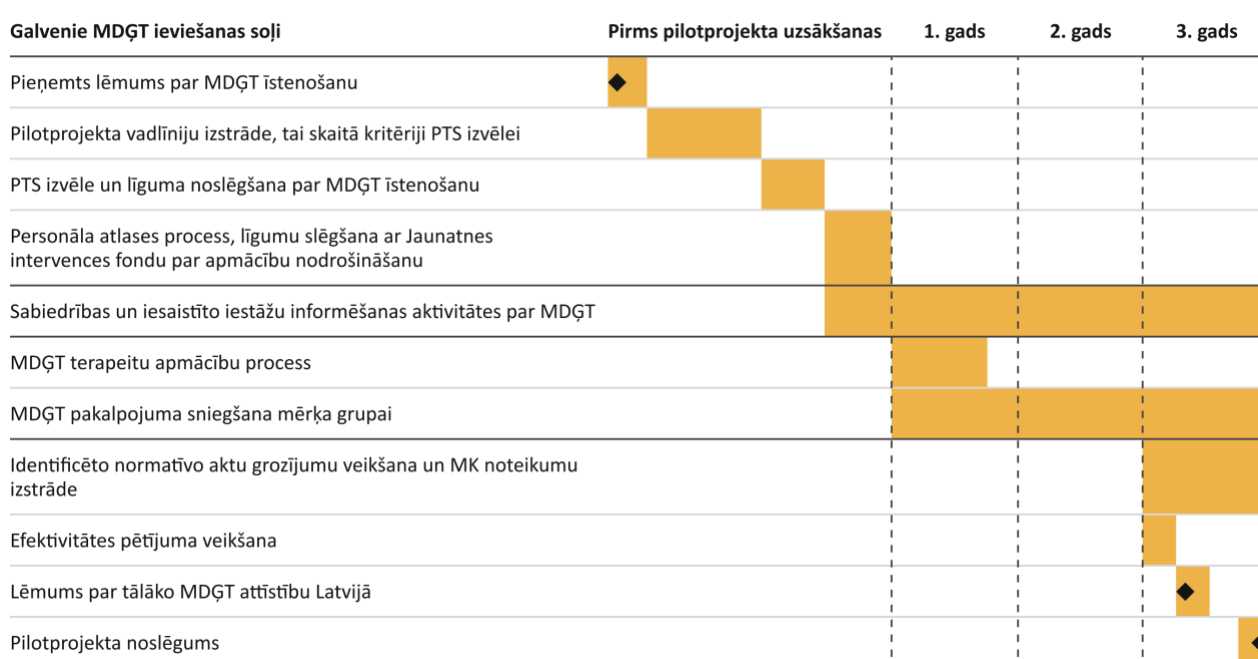
²⁷⁷ Ministru kabineta 2014. gada 25. marta noteikumi Nr. 157 "Nepilngadīgo personu atbalsta informācijas sistēmas noteikumi". Latvijas Vēstnesis, 62, 27.03.2014. Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/265255>

Latvijā MDĢT būs jauns pakalpojums, tādēļ nepieciešams dažādi resursi (laika, cilvēku un finanšu), lai informētu gan iesaistīto institūciju speciālistus, gan potenciālās mērķa grupas ģimenes par pieejamo pakalpojumu, tā saņemšanas iespējām un sagaidāmajiem rezultātiem. Tā kā pakalpojumu sniegtu PTS, pastāv risks, ka uzticības nostiprināšanās process un iestāžu gatavība pēc savas iniciatīvas rekomendēt bērnu un ģimeni MDĢT aizņemtu ilgāku laika posmu, nekā tad, ja sākotnēji to sniegtu valsts vai pašvaldību iestāde. Tādēļ, ieviešot MDĢT programmu scenārija Nr. 1 ietvaros, ir jāveic aktivitātes informētības veicināšanai par MDĢT programmu sabiedrībā un valsts un pašvaldību iestāžu vidū.

9.2.8. MDĢT IEVIEŠANAS PROCESS SCENĀRIJA NR.1 IETVAROS

Plānojot MDĢT programmas pilotprojekta ieviešanu un provizorisko laika grafiku, ir jāņem vērā galvenie soļi, kas nepieciešami pilotprojekta uzsākšanai un ieviešanai (skat. Ilustrācija 11).

ILUSTRĀCIJA 12. SCENĀRIJA NR. 1 MDĢT IEVIEŠANAS LAIKA GRAFIKS



Avots: Civitta Latvija

Atbilstoši norādītajam laika grafikam ilustrācijā Nr. 11, ir jāparedz laiks nepieciešamo darbību veikšanai pēc lēmuma par MDĢT programmas ieviešanas pieņemšanu, bet pirms pilotprojekta uzsākšanas. Tas ietver pilotprojekta vadlīniju plāna izstrādi, PTS kritēriju noteikšanu un izvēles procesa norisi, un līguma noslēgšanu ar PTS par MDĢT īstenošanu, kā arī laiku, kas nepieciešams nepieciešamo cilvēkresursu piesaistei un līguma noslēgšanai ar Jaunatnes Intervences fondu par MDĢT komandu apmācību veikšanu.

Aktivitātes, kas attiecas uz iesaistīto institūciju un mērķa grupas informēšanu par MDĢT programmu, būtu jāuzsāk pirms pilotprojekta uzsākšanas, lai nodrošinātu, ka līdz ar apmācību procesa sākumu MDĢT terapiju varētu uzsākt darbu ar pirmajām ģimenēm. Sabiedrības un iesaistīto iestāžu informēšana par MDĢT programmu ir jānodrošina visā pilotprojekta īstenošanas laikā, taču informācijas aktivitāšu intensitāte var būt mainīga.

Vienlaicīgi ar pilotprojekta sākumu MDĢT komandas uzsāktu apmācības, kā arī darbu ar MDĢT programmas mērķa grupu, pakāpeniski palielinot gadījumu skaitu, ar kuru MDĢT terapeits vienlaicīgi strādā.

Trešā pilotprojekta gada ietvaros ir jāveic darbs pie identificēto normatīvo aktu grozījumiem, tai skaitā MK noteikumu par MDĢT īstenošanu pēc pilotprojekta beigām izstrādes. Gada pirmajā daļā ir nepieciešams veikt MDĢT programmas efektivitātes izvērtējumu, kas tiktu izmantots, lai pieņemtu lēmumu par MDĢT programmas tālāko attīstību pēc pilotprojekta noslēguma. Šis lēmums ir jāpieņem pirms pilotprojekta noslēguma, paredzot laiku nepieciešamajām darbībām MDĢT nepārtrauktības nodrošināšanai, piemēram, MDĢT programmas īstenošanai nepieciešamā finansējuma iekļaušanu valsts budžetā.

9.2.9. SCENĀRIJA NR. 1 IEVIEŠANAS IZMAKSU PROGNOZE

Scenārija Nr. 1 gadījumā vienas komandas izmaksas trīs gadu periodā kopsummā veido nedaudz vairāk kā 800 000 EUR (skat. Tabula 5). Gadu griezumā izmaksas ir atšķirīgas, jo pirmajā gadā ir paredzēts finansējums darbinieku apmācībām, bet trešajā gadā – efektivitātes izvērtējumam par MDĢT programmas pilotprojekta rezultātiem. Izmaksu prognozē ir ņemtas vērā Finanšu ministrijas prognozes par inflācijas un darbaspēka atlīdzības pieauguma līmeni.²⁷⁸

TABULA 5. VIENAS MDĢT KOMANDAS IZMAKSAS PA GADIEM TRĪS GADU PERIODĀ SCENĀRIJA NR. 1 IETVAROS, EUR

Izmaksu pozīcija	1. gads	2. gads	3. gads
Atlīdzība (kopā)	174 797	187 906	197 300
<i>Viena komandas pārrauga atlīdzība (bruto)</i>	41 559	44 676	46 910
<i>Trīs MDĢT terapeitu atlīdzība (bruto)</i>	99 860	107 350	112 717
<i>DD VSAOI un riska nodeva</i>	33 378	35 880	37 673
Darbinieku bonusi (prēmijas, atvaļinājuma pabalsts, veselības apdrošināšana)	16 545	17 681	18 514
MDĢT apmācības	57 344	-	-
<i>Apmācību maksa komandai (4 cilvēki)</i>	47 840	-	-
<i>Komandējumu izmaksas klātienē apmācību dienām</i>	9 504	-	-
Pakalpojuma līgums ar Jaunatnes Intervences fondu	7 200	7 200	7 200
MDĢT licences līgums	167	167	167
Aprīkojums	4 774	-	-
Ceļošanas izdevumi Latvijā	18 218	18 619	19 085
Administratīvās izmaksas (sakarū izdevumi, biroja izdevumi, telpas un atbalsta personāls, piemēram, grāmatvedis, informatīvie pasākumi)	13 148	13 511	13 885
MDĢT efektivitātes pētījums	-	-	9 509
Kopā gadā	292 193	245 083	265 660
Kopā trīs gadu periodā			802 936

Avots: Civitta Latvija finanšu aprēķini

PERSONĀLA IZMAKSAS

Izmaksu prognozes ietvaros aprēķinot personāla atlīdzību, MDĢT komandas pārrauga un MDĢT terapeita amata atlīdzība tiek pielīdzināta publiskajā sektorā nodarbināto speciālistu iespējamajam atlīdzības līmenim (detalizētāk skatīt 9.3. un 9.4. apakšnodaļas). Atlīdzība ir aprēķināta, pieņemot, ka darbinieki ir

²⁷⁸ Finanšu ministrija. Tautsaimniecības un budžeta izpildes analīze. Iegūts no: <https://www.fm.gov.lv/lv/tautsaimniecibas-un-budzeta-izpildes-analize>

nodarbināti MDĢT pilna laika darbā (40 stundas 5 darba dienu nedēļā) jau no apmācību uzsākšanas dienas. Vienlaikus MDĢT komandas atlīdzības izmaksu prognozē ir paredzētas izmaksas par darbinieku veselības apdrošināšanas polisi un piemaksām, pieņemot, ka tādas ir paredzētas arī PTS personāla atlīdzības politikā.

Tā kā PTS nav ierobežojumu darbinieku atlīdzības līmeņa noteikšanai, MDĢT terapeitu darba samaksas apmēram scenārija Nr. 1 ietvaros ir iespējams elastīgums atbilstoši kopējam pieejamā finansējuma apmēram un PTS noteiktajai personāla atlīdzības politikai.

AR APMĀCĪBĀM UN MDĢT LICENCES UZTURĒŠANU SAISTĪTĀS IZMAKSAS

Pirmā gada ietvaros ir paredzētas izmaksas MDĢT terapeitu apmācībām. Izmaksu prognoze ir izstrādāta atbilstoši Jaunatnes Intervences fonda sniegtajai informācijai par MDĢT apmācību izmaksām 2024. gadā.²⁷⁹ Vienas komandas ietvaros tiks apmācīti četri speciālisti – trīs MDĢT terapeiti un viens MDĢT komandas pārraugis. Papildu tiešsaistes apmācību norisei ir paredzēti arī divi braucieni uz Nīderlandi klātienē apmācību dienām. Tādēļ finansējums ir paredzēts arī komandējuma izdevumiem visu MDĢT komandas dalībnieku braucieniem uz Nīderlandi.

Apmācībām paredzētā finansējuma ietvaros ir jāvērtē personāla mainības risks. Gadījumā, ja ir nepieciešams piesaistīt un apmācīt jaunus cilvēkresursus, tam būs nepieciešams papildu finanšu ieguldījums. Atbilstoši Jaunatnes Intervences fonda sniegtajai informācijai viena MDĢT terapeita apmācības izmaksā 13 250 EUR saskaņā ar 2024. gada cenām, bet komandas pārrauga – 19 200 EUR.²⁸⁰ Tāpat ir jāņem vērā, ka Jaunatnes Intervences fonds spēja sniegt informāciju par pakalpojuma izmaksām 2024. gada cenās, taču, ja MDĢT komandu apmācības tiks uzsāktas vēlāk, ir iespēja, ka pakalpojuma cenas pieaugs.

Pēc apmācību noslēguma ir jāslēdz divi papildu līgumi ar Jaunatnes Intervences fondu – licences līgums un pakalpojumu līgums. Licences līgumu slēdz iestāde, kuras atbildībā ir vismaz viena MDĢT komanda, un tā izmaksas ir fiksētas neatkarīgi no komandu skaita iestādes pārraudzībā. Licences līguma ietvaros Jaunatnes Intervences fonds nodrošina MDĢT terapeitu gadījumu uzraudzību jeb monitoringu. Izmaksu prognozes ietvaros ir paredzēts, ka licences turētājs visām komandām ir viena iestāde. Tādēļ kopējās gada licences izmaksas tiek sadalītas uz trīs komandām.

Pakalpojuma līgums tiek slēgts uz trīs gadu periodu par katru aktīvo MDĢT komandu. Pakalpojumu līgumā ietilpst dažādi ikgadēji izglītojoši pasākumi, informatīvais atbalsts, ikgadējais MDĢT izvērtējums un audits trīs gadu perioda noslēgumā. Līdzīgi kā licences līgumu, arī pakalpojuma līgumu var slēgt ar atbildīgo iestādi, taču Jaunatnes Intervences fonds līguma ietvaros paredzēto praktisko sadarbību īsteno ar iestādi, kura sniedz MDĢT pakalpojumu.

CITAS IZMAKSAS

MDĢT terapeitiem ikdienas darba pienākumu veikšanai ir jāapmeklē ģimenes to dzīvesvietā. Tiek prognozēts, ka vidēji MDĢT eksperti reģionos dienā veiktu 150 kilometru lielu distanci, apmeklējot divas ģimenes. Izmaksu prognozes ietvaros ir paredzēts, ka MDĢT terapeiti izmantos iestādes vai personīgo automašīnu. Rīgā šīs izmaksas provizoriski varētu būt zemākas, ņemot vērā mazākus MDĢT terapeitiem veicamos attālumus un iespēju atsevišķos gadījumos izmantot sabiedrisko transportu. Ceļa izmaksu aprēķinā ir iekļautas arī citas ar automašīnas uzturēšanu saistītas izmaksas, kā piemēram, izmaksas par apdrošināšanu, transportlīdzekļa ekspluatācijas nodoklis un tehniskā apkope.

Finansējuma ietvaros ir plānotas arī vienreizējas aprīkojuma izmaksas. Vienas komandas darba nodrošināšanai ir nepieciešami četri datori ar programmatūru, katram terapeitam nodrošinot savu darba

²⁷⁹ Stichting Jeugdinterventies. (2023). Information MDFT training and implementation.

²⁸⁰ Turpat.

datoru. MDĢT procesa nodrošināšanai ir nepieciešama arī video kamera terapijas sesiju ierakstīšanai. Tā kā katra komanda atradīsies citā Latvijas pilsētā, tad aprīkojumu, piemēram, videokameru, nav iespējams dalīt komandu starpā un tas katrai komandai jāiegādājas atsevišķi.

Administratīvo izmaksu ietvaros ir iekļautas izmaksas par telpu nomu. Tā kā scenārijs Nr. 1 paredz trīs komandu izvietojumu dažādās Latvijas pilsētās, izmaksu prognozē katrai komandai ir paredzētas atsevišķas izmaksas par telpu nomu un ar to saistītajiem komunālajiem maksājumiem. Papildu šiem izdevumiem ir paredzētas izmaksas par biroja nodrošinājumu, piemēram, kancelejas precēm un sakaru pakalpojumiem MDĢT komandai. Aprēķinos ir iekļautas izmaksas par atbalsta personāla – grāmatveža pakalpojumiem. Attiecībā uz informatīvajiem pasākumiem ir paredzēts, ka izmaksas tiktu dalītas visu trīs komandu starpā, piemēram, visām MDĢT komandām organizējot kopīgu informatīvo semināru par MDĢT vienu reizi gadā.

MDĢT programmas pilotprojekta trešā gada ietvaros ir paredzētas izmaksas efektivitātes pētījuma veikšanai. Efektivitātes pētījums par MDĢT pilotprojekta rezultātiem nepieciešams, lai sniegtu argumentētu pamatojumu un risinājumus tālākajai MDGT attīstībai Latvijā pēc pilotprojekta noslēguma. Tā kā izvērtējumu ir paredzēts veikts par visu trīs komandu darbu, tad izmaksu prognozes ietvaros uz katras komandas kopējām izmaksām tiek attiecināta trešā daļa no prognozētajām efektivitātes pētījuma izmaksām.

AR IZMAKSĀM SAISTĪTIE RISKI

Galvenie finansējuma riski ir saistīti ar ilgspējas nodrošināšanu pēc ESF+ projekta ietvaros pieejamo finanšu līdzekļu noslēguma. Ja tiek pieņemts lēmums par MDĢT finansēšanu no valsts budžeta līdzekļiem, tad tie būtu jāplāno līdzvērtīgi MDĢT programmas pilotprojekta laikā pieejamajam finansējumam, ņemot vērā arī provizorisko izmaksu sadārdzinājumu atbilstoši inflācijas prognozēm nākotnē. Savukārt, ja MDĢT programma tiek turpināta, piesaistot citu ārējo finansējumu, piemēram, nākamā plānošanas perioda ES fondu finansējumu, tas sniegtu risinājumu MDĢT programmas turpināšanai, taču ilgtermiņā neatrisina jautājumu par MDĢT programmas ilgspēju.

Pēc MDĢT programmas pilotprojekta izvērtējuma veikšanas, ir iespējams, ka tiek identificēta nepieciešamība paplašināt MDĢT programmas tvērumu, attīstot to citos Latvijas reģionos vai paplašinot mērķa grupu. Abos gadījumos būtu nepieciešama papildu MDĢT komandu izveide, kas prasītu finanšu ieguldījumus jaunu komandu apmācībā un tiem nepieciešamo resursu nodrošināšanā. Tādēļ, analizējot MDĢT programmas ilgtermiņa perspektīvu un finanšu resursu pieejamību, ir jāņem vērā nepieciešamie ieguldījumi un PTS iespējas stiprināt savu kapacitāti, lai paplašinātu pakalpojuma tvērumu.

Finansējuma riski pastāv arī gadījumos, kad kāds no jau esošo MDĢT komandas darbiniekiem dodas ilgstošā prombūtnē, piemēram, bērna kopšanas atvaļinājumā, vai pārtrauc darba attiecības, un ir nepieciešama jaunu MDĢT terapeitu apmācība. Šādos gadījumos būs nepieciešams rast papildu finansējumu apmācību izmaksām. Tāpat, plānojot MDĢT komandu noslodzi, jāņem vērā, ka, uzsākot apmācību procesu, MDĢT terapeits strādātu ar mazāku skaitu ģimeņu, nekā MDĢT terapeiti, kuri jau pabeiguši apmācību procesu.

MDĢT ieviešanai nepieciešamā finansējuma apmēru var ietekmēt arī dažādi ārējie faktori. Piemēram, izmaiņas ar darbaspēka nodokļa likmēm saistītajos normatīvajos aktos var ietekmēt plānotās personāla izmaksas. Savukārt, energoresursu cenu izmaiņas var ietekmēt izmaksu prognozes par transporta izdevumiem un administratīvajiem izdevumiem, kas attiecas uz MDĢT komandas telpu nodrošinājumu.

9.2.10. SCENĀRIJA NR. 1 SVID ANALĪZE

Scenārija Nr. 1 ieviešanā ir identificētas gan tā stiprās puses, gan vājās puses, kā arī iespējas un draudi. Šis analīzes process var palīdzēt izprast vairāk šo scenāriju un pieņemt turpmākos lēmumus, kas sekmētu pēc iespējas efektīvāku MDĢT programmas ieviešanu Latvijā.

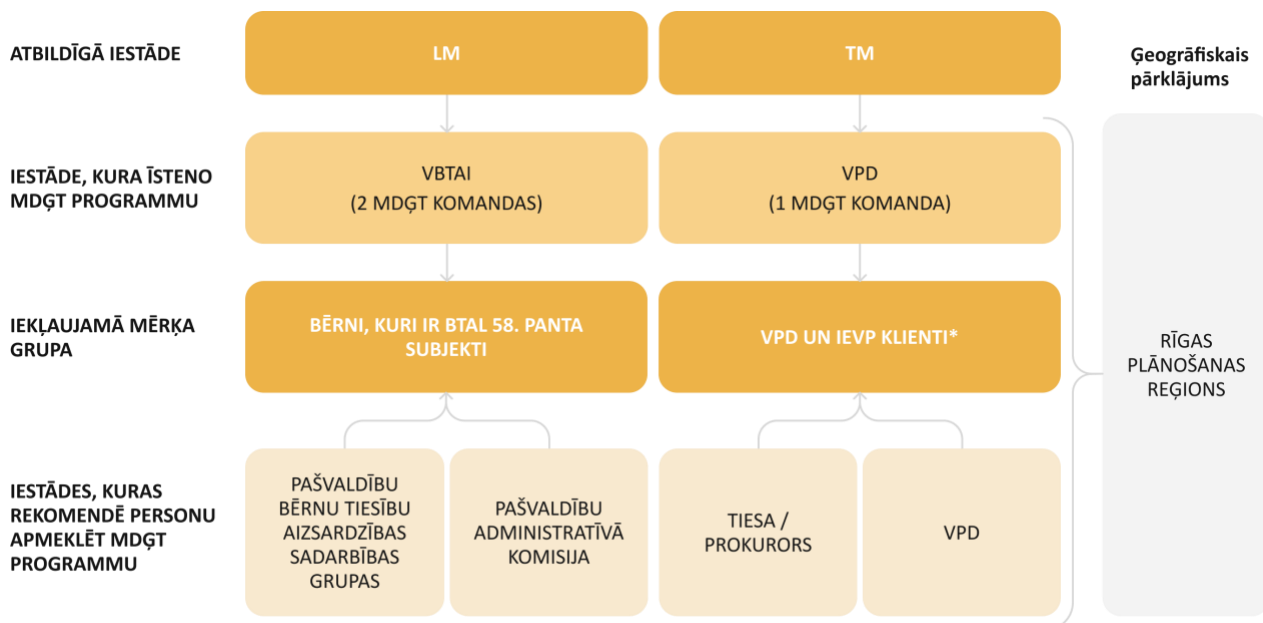
<p>STIPRĀS PUSES</p> <ul style="list-style-type: none"> • ELASTĪBA ATLĪDZĪBAS NOTEIKŠANĀ. PTS pieeja nodrošina mazāku administratīvo slogu un elastīgu atlīdzības politikas noteikšanu speciālistiem to sekmīgai piesaistei un noturēšanai • VIENOTA PIEEJA STARP MDĢT KOMANDĀM LATVIJĀ. PTS gadījumā komandas būtu vienas organizācijas ietvaros, nodrošinot vienotu pieeju MDĢT programmas sniegšanā • PAPILDU FINANŠU LĪDZEKĻU PIESAISTE. PTS var piesaistīt privāto finansējumu MDĢT programmas īstenošanai • KLIENTORIENTĒTA PIEEJA. PTS ir potenciāls pielāgoties, ātri reaģējot uz klientu vajadzībām un mainīgajiem apstākļiem 	<p>VĀJĀS PUSES</p> <ul style="list-style-type: none"> • MOTIVĀCIJAS TRŪKUMS. PTS motivācija iesaistei MDĢT programmas pilotprojektā ir atkarīga no vairākiem faktoriem, tai skaitā no savlaicīgi pieņemta lēmuma par MDĢT ilgtspējas nodrošināšanu pēc pilotprojekta noslēguma • EKONOMISKIE RISKI. PTS var iestāties ekonomiskie riski, kas var ietekmēt MDĢT programmas īstenošanu • NEPIECIEŠAMO RESURSU TRŪKUMS. MDĢT programmas īstenošana atkarīga no PTS cilvēku, laika un finanšu resursiem • MAZĀKA ATBILDĪBA PRET SABIEDRĪBU. PTS var būt mazāka atbildība salīdzinājumā ar publiskā sektora organizācijām, kas var ietekmēt programmas uzticamību un sabiedrības uzticību
<p>IESPĒJAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • MDĢT PROGRAMMAS PIEEJAMĪBA VAIRĀKOS LATVIJAS REĢIONOS. MDĢT programmu pēc pilotprojekta ieviešanas īsteno vairākos reģionos • EFEKTĪVĀKA VALSTS PĀRVALDE. Valsts pārvaldi organizēt pēc iespējas efektīvāk, apsverot deleģēšanas iespējas vai ārpakalpojuma izmantošanu MDĢT programmas ieviešanā • EFEKTĪVĀKA SADARBĪBA STARP DAŽĀDĀM INSTITŪCIJĀM. Izveidot efektīvu sadarbības modeli informācijas apmaiņai starp valsts, pašvaldību un PTS • MAZINĀT STIGMU UN DISKRIMINĀCIJU SABIEDRĪBĀ. MDĢT programmas izpilde, iesaistot bērna vidi (ģimeni, skolu, ārpus skolas sabiedrību), sekmētu kopējo sabiedrības izglītību par labklājības aspektiem un palīdzētu mazināt stigmatu un diskrimināciju. 	<p>DRAUDI</p> <ul style="list-style-type: none"> • FINANŠU UN CILVĒKU RESURSU IEROBEŽOJUMS. MDĢT programmas pārtraukšana pēc pilotprojekta ieviešanas sakarā ar finanšu un cilvēku resursu nepietiekamību vai pat nepieejamību • ES FONDU NOSACĪJUMU IETEKME. MDĢT programmas pilotprojekta ieviešana ir jāveic saskaņā ar ESF+ nosacījumiem, un jāspēj pielāgoties šī finansējuma prasībām un ar to saistītajām izmaiņām • IEROBEŽOTA PIEKĻUVE INFORMĀCIJAI. Normatīvie akti nosaka piekļuves iespējas esošajām sociālās un iekšlietu jomas informācijas sistēmām, kas ierobežo piekļuvi PTS

9.3. IEVIEŠANAS SCENĀRIJS NR. 2 – LABKLĀJĪBAS MINISTRIJA UN TIESLIETU MINISTRIJA KĀ PĀRRAUGOŠĀS IESTĀDES

9.3.1. MDĢT IEVIEŠANAS SCENĀRIJA NR. 2 SISTĒMISKAIS IETVARS

Scenārijs Nr. 2 paredz MDĢT pārraudzību divu iestāžu starpā – LM un TM, kuras būtu atbildīgās iestādes par MDĢT programmas ieviešanu, īstenošanu un uzraudzību Latvijā (skat. Ilustrācija 13).

ILUSTRĀCIJA 13. MDĢT IEVIEŠANAS SCENĀRIJA NR. 2 ĪSTENOŠANAS SHĒMA



*Attīstot MDĢT pakalpojumu, potenciāli varētu iekļaut arī leVP klientus

Avots: Civitta Latvija

9.3.2. ATBILDĪGĀS INSTITŪCIJAS PAR MDĢT ĪSTENOŠANU LATVIJĀ

Pamatojums LM kā atbildīgās iestādes izvēlei ir līdzīgi kā šī pētījuma scenārijā Nr. 1 – MDĢT programma atbilst LM pārraudzībā esošajam pakalpojumu ietvaram, un tās rīcībā ir plānoti finanšu līdzekļi programmas ieviešanai Latvijā. Turklāt scenārijs Nr. 2 paredz, ka viena no iestādēm, kas īstenotu MDĢT programmu, varētu būt LM padotībā esošā VBTAI, kura jau šobrīd sniedz Konsultatīvās nodaļas ietvaros pakalpojumus bērniem ar uzvedības problēmām un viņu ģimenēm, tai skaitā bērnu likumiskajiem pārstāvjiem.

Savukārt, TM būtu atbildīgā iestāde, kas pārraudzītu MDĢT programmas ieviešanu tieslietu sektora ietvaros, jo viena no komandām varētu tikt izveidota TM padotībā esošajā VPD, kurš jau šobrīd strādā ar klientiem no 11 gadu vecuma.

MDĢT programma varētu tikt veidots divos atsevišķos sektoros:

- sociālajā sektorā, strādājot ar BTAL 58. panta bērniem, kuriem nav piemērots ar brīvības atņemšanu vai probācijas uzraudzību/novērošanu saistīts sods;
- tieslietu sektorā, kas fokusējas uz VPD klientiem un potenciāli arī uz leVP klientiem.

Tādējādi MDĢT pakalpojuma fokuss tiktu nošķirts, proti, sociālā joma koncentrētos uz sekundārās un vieglāku pārkāpumu terciārās prevencijas ietvaros, bet tieslietu joma – uz terciāro prevenciju smagāku pārkāpumu gadījumos. Šāds dalījums MDĢT programmas pilotprojekta ietvaros ļautu izvērtēt un salīdzināt MDĢT ietekmi abās grupās un izdarīt secinājumus par MDĢT programmas mērķa grupas fokusu nākotnē.

LM un TM kā atbildīgo iestāžu uzdevumi scenārija Nr. 2 ietvaros ir:

- 1. MDĢT IEVIEŠANAS PROCESS UN TĀ PĀRRAUDZĪBA KATRA SEKTORA IETVAROS.** Šī uzdevuma ietvaros LM un TM kopīgi būs nepieciešams izstrādāt savstarpējo koordinācijas procesu MDĢT programmas pilotprojekta ieviešanā, identificējot katrai no tām paredzamo uzdevumus kā uzraugošajām iestādēm, kā arī sadarbību ar MDĢT programmas īstenotājiem, un informācijas apmaiņu starp tiem. Vienlaikus ir jāparedz informācijas izplatīšana starp iestādēm par MDĢT programmas pieejamību, lai tā sasniegtu bērnus un ģimenes, kas atbilst MDĢT programmas mērķa grupai.
- 2. PILOTPROJEKTA VADLĪNIJU KOPĪGA IZSTRĀDE.** LM sadarbībā ar TM izstrādā vadlīnijas pilotprojekta ieviešanai, īstenošanai un uzraudzībai, kas paredz MDĢT mērķa grupu definēšanu, komandu skaitu, pilotprojekta kopējo budžetu un tā sadalījumu pa gadiem, maksimālo gadījumu skaitu, ar kuru viens terapeits var vienlaicīgi strādāt (izņemot komandas pārraugam), pilotprojekta ģeogrāfisko tvērumu attiecībā uz mērķa grupu. Izstrādājot pilotprojekta vadlīnijas, jānosaka skaidri tā uzsākšanas un noslēguma termiņi, kā arī jāiekļauj citi nozīmīgi termiņi (piemēram, ikgadējā finansējuma pieprasījums, atskaite par izlietoto finansējumu un veiktajām darbībām – uzsākto un pabeigto gadījumu skaits). Šādu vadlīniju izstrāde kalpo par pamatu MDĢT programmas ieviešanā, tās mērķu un sasniežamo rezultātu noteikšanā un sekmēs vienotu izpratni starp iesaistītajām pusēm MDĢT programmas īstenošanas laikā.
- 3. UZ MDĢT DARBĪBU ATTIECINĀMO NOTEIKUMU UN NORMATĪVO AKTU GROZĪJUMU SAGATAVOŠANA UN APSTIPRINĀŠANA.** Pilotprojekta īstenošanas laikā LM un TM apkopo informāciju par konstatētajām nepieciešamajām izmaiņām normatīvajos aktos, lai sekmētu MDĢT programmas ilgtspēju Latvijā, mazinot tās šķēršļus. Pilotprojekta laikā būtu vēlams izstrādāt Ministru kabineta noteikumus, kas noteiks kārtību par MDĢT programmas īstenošanu, uzraudzību un finansēšanu turpmāk pēc pilotprojekta ieviešanas.
- 4. NAUDAS PLŪSMAS KONTROLE.** Pilotprojekta ietvaros finansējums MDĢT programmas ieviešanai Latvijā ir pieejams ESF+ ietvaros, un par MDĢT programmai pieejamo finanšu līdzekļu izlietošanu atbildīgā iestāde ir LM. Lai nodrošinātu ESF+ finansējuma izlietojuma atbilstību, kā arī naudas plūsmu un sasniežamos rezultātus (gadījumu skaits), nepieciešams nodrošināt regulāru finanšu izpildes uzraudzību. Regulāra komunikācija un atskaišu iesniegšana mazina risku par neatbilstoši veiktajiem izdevumiem un iespējamām finanšu korekcijām ES fondu ietvaros.

Kopējo MDĢT programmai pieejamā finansējuma plānošanu un kontroli nodrošinātu LM kā atbildīgā iestāde par ESF+ projekta līdzekļiem. Taču, lai šos līdzekļus varētu novirzīt arī TM pārraudzībā esošajai MDĢT komandai, ir jāizstrādā ESF+ noteikumiem atbilstošs sadarbības modelis. Līdzīgi kā Igaunijā, Labklājības ministrija būtu atbildīga par visu MDĢT speciālistu apmācības procesu finansēšanu un izdevumiem, kas saistīti ar visu komandu licencēšanu, pakalpojuma līgumu ar Jaunatnes Intervences fondu un kopējām aktivitātēm, piemēram, vietējiem pasākumiem vai informatīvām kampaņām. Atbildība par finansējuma plūsmas uzraudzību būtu nodalīta atsevišķi starp katras ministrijas pārraudzībā esošo MDĢT komandu ikdienas procesiem. Ikdienas procesu finansējums ietver terapeitu atlīdzību un ceļa izdevumus (izmaksas par degvielu, automašīnas amortizāciju), administratīvos izdevumus kā, piemēram, telpu nodrošinājumu, telefonu sakarus, kā arī citus izdevumus.
- 5. UZRAUDZĪBA UN ATBILSTĪBAS KONTROLE.** LM un TM ir uzdevums mijiedarbībā ar MDĢT programmas īstenotājiem nodrošināt MDĢT programmas atbilstību MDĢT starptautiskajai metodoloģijai un pilotprojekta vadlīnijām, tāpēc LM un TM ir jāveic ne tikai finanšu uzraudzība, bet arī MDĢT programmas atbilstības uzraudzība, kas ietver efektivitātes novērtējuma nodrošināšanu pilotprojektam.
- 6. SABIEDRĪBAS UN IESAISTĪTO IESTĀŽU INFORMĒŠANA** LM un TM būtu jāiesaistās sabiedrības un iesaistīto iestāžu informēšanā, izstrādājot un izplatot informatīvos materiālus par MDĢT

programmu, mērķa grupu, kā arī iesaistīto iestāžu darbinieku iespējām iekļaut bērnu un viņa ģimeni dalībai MDĢT programmā.

9.3.3. MDĢT PROGRAMMAS ĪSTENOTĀJI LATVIJĀ

VBTAI kā sociālā sektora iestādes un VPD kā tieslietu sektora iestādes uzdevums būtu praktiski īstenot MDĢT programmu – organizēt MDĢT komandu darbu, bērnu gadījumu izvērtēšana dalībai MDĢT programmā un praktiskā MDĢT procesa īstenošana. Paredzēts izveidot divas MDĢT komandas VBTAI ietvaros, bet vienu – VPD.

VBTAI kā institūcija, kura īsteno MDĢT, ir izvēlēta tās kompetenču loka un uzkrātās pieredzes dēļ. VBTAI ir zināšanas un izpratne par bērnu tiesību aizsardzības jomu, tai skaitā praktiska atbalsta sniegšanā bērniem un viņu vecākiem, piemēram, nodrošinot uzticības tālruņa pakalpojumu. Līdz šim īstenoto pasākumu un projektu rezultātā, piemēram, Konsultatīvās nodaļas pakalpojuma ietvaros (skat. 7. nodaļu), ir uzkrāta pieredze darbā ar multidisciplināru komandu un bērniem un jauniešiem ar uzvedības grūtībām. Tādēļ VBTAI ir priekšzināšanas un kompetences sekmīgai MDĢT programmas ieviešanai iestādē.

Ņemot vērā, ka VPD funkcijas ietver darbu ar mērķa grupas jauniešiem, tas tiek noteikts kā viens no MDĢT programmas īstenošanai tieslietu sektorā. Atbilstoši Krimināllikuma 38.¹ pantam noziedzīgu nodarījumu veikšanas gadījumos kā sodu vai papildsodu var noteikt probācijas uzraudzību.²⁸¹ Bet bērniem no 11 gadu vecuma, kuri veikuši pārkāpumus, var piemērot probācijas novērošanu kā audzinoša rakstura piespiedu līdzekli.²⁸² Probācijas novērošanas vai uzraudzības ietvaros personas tiek iesaistītas sociālās rehabilitācijas pasākumos. MDĢT būtu viens no instrumentiem, kuru VPD varētu izmantot mērķa grupas bērnu sociālajai rehabilitācijai. MDĢT ir pierādīta efektivitāte noziedzības recidīva mazināšanai²⁸³, tādēļ tās izmantošana bērniem ar jau veiktiem noziedzīgiem nodarījumiem potenciāli sekmētu jauniešu atkārtotu nenokļūšanu sodu sistēmā.

9.3.4. IEGUVUMI NO VBTAI UN VPD IESAISTES MDĢT PROGRAMMAS SNIEGŠANĀ

Scenārijs Nr. 2 paredz MDĢT programmas pilotprojekta īstenošanu Rīgas plānošanas reģionā, nepaplašinot ģeogrāfisko tvērumu Latvijas reģionos. Rīgas plānošanas reģionā ietilpst 2 valstspilsētas un 7 novadi²⁸⁴, kur kopumā dzīvo aptuveni 53 % no kopējā Latvijas iedzīvotāju skaita²⁸⁵ un 46 % no kopējā vecuma grupā 11-18 gadi Latvijā dzīvojošo bērnu skaita.²⁸⁶ Lai gan teritoriālais tvērums scenārija Nr. 2 ietvaros netiktu paplašināts reģionos, tiktu iekļauta gandrīz puse no visiem Latvijā dzīvojošajiem mērķa grupas vecumam atbilstošajiem bērniem.

Institūciju lokācija ir vēl viens faktors Rīgas plānošanas reģiona izvēlei šī scenārija ietvaros. VBTAI darbība ir bāzēta Rīgā, tādēļ reģionos tās darbības nodrošināšanai būtu jāveic papildu ieguldījumi, piemēram, telpu

²⁸¹ Krimināllikums. Latvijas Vēstnesis, 199/200, 08.07.1998. Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/88966>

²⁸² Likums "Par audzinoša rakstura piespiedu līdzekļu piemērošanu bērniem". Latvijas Vēstnesis, 168, 19.11.2002. Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/68489>

²⁸³ Piemēram, van der Pol, T.M. et.al (2017) Multidimensional Family Therapy Reduces Self-Reported Criminality Among Adolescents With a Cannabis Use Disorder. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 62 (6), 1–16. <https://doi.org/10.1177/0306624X16687536> un Liddle, H. et.al (2023) Multidimensional Family Therapy for Justice-Involved Young Adults with Substance Use Disorders. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 1–14. <https://doi.org/10.1007/s11414-023-09852-5>

²⁸⁴ Rīgas plānošanas reģions. Teritorija. Iegūts no: <https://rpr.gov.lv/teritorija/>

²⁸⁵ CSP. Iedzīvotāju skaits gada sākumā, tā izmaiņas un dabiskās kustības galvenie rādītāji reģionos, pilsētās un novados. Iegūts

no: https://data.stat.gov.lv/pxweb/lv/OSP_PUB/START__POP__IR__IRS/IRS030/table/tableViewLayout1/

²⁸⁶ CSP. Iedzīvotāji pēc dzimuma un vecuma reģionos, valstspilsētās un novados gada sākumā (pēc administratīvi teritoriālās reformas 2021. gadā). Iegūts

no: https://data.stat.gov.lv/pxweb/lv/OSP_PUB/START__POP__IR__IRD/IRD041/table/tableViewLayout1/

nodrošinājumam. Savukārt, lai arī VPD ir reģionālās pārstāvniecības dažādās Latvijas pilsētās un novados, vienas komandas izveide ierobežo iespējas darbību paplašināt reģionāli. Statistikas dati par noziedzīgu nodarījumu veikšanu liecina par to, ka 52 % no visiem Latvijā veiktajiem noziedzīgajiem nodarījumiem tiek veikti Rīgas plānošanas reģionā.²⁸⁷ Tādēļ pilotprojekta ietvaros, īstenojot MDĢT programmu tikai Rīgas plānošanas reģionā, būtu iespējams gūt reprezentatīvus datus par MDĢT ietekmi bērniem, kuri tikuši sodīti par noziedzīgu nodarījumu veikšanu.

Galvenās scenārija Nr. 2 priekšrocības ir labklājības un tieslietu nozares sadarbība, kas sniedz iespēju pakalpojumu nodrošināt mērķa grupas bērniem, izdalot divas atsevišķas grupas ar dažāda smaguma pakāpes pārkāpumiem. Pilotprojekta noslēgumā būs iespēja veikt izvērtējumu, salīdzinot MDĢT programmas ieguvumus katrā no grupām. Tiks gūti secinājumi par to, vai Latvijas gadījumā ir vērtīgāk piemērot šo pakalpojumu bērniem ar jau nopietnākām problēmām un veiktiem pārkāpumiem, vai saglabāt fokusu uz BTAL 58. panta subjektiem kopumā, neparedzot atsevišķi pieejamu pakalpojumu sodītām personām.

Īstenojot MDĢT programmu pilotprojektā, TM kā vadošā valsts pārvaldes iestāde tieslietu (tiesību sistēmas politikas, tiesu sistēmas un tiesu administrēšanas) nozarē²⁸⁸ un LM kā vadošā valsts pārvaldes iestāde darba, sociālās aizsardzības, bērnu un ģimenes tiesību jomā²⁸⁹ varēs laicīgāk novērst normatīvo aktu radītos šķēršļus MDĢT programmas īstenošanai ilgtermiņā. Ņemot vērā, ka šī scenārija ietvaros darbā ar MDĢT programmas mērķa grupas bērniem ir iesaistītas abas nozares – tieslietu un sociālā, LM un TM savstarpējās sadarbības rezultātā tiktu sekmēta visaptverošāku un efektīvāku risinājumu radīšana, lai uzlabotu valsts kopējo sistēmisko ietvaru saistībā ar atbalsta pasākumiem bērniem ar uzvedības problēmām.

MDĢT programmas īstenošanai nebūtu ierobežojumi piekļuvei informācijas sistēmām, jo abas institūcijas – VBTAI un VPD, ir valsts pārvaldes institūcijas. Nodrošināta piekļuve nepieciešamajai informācijai abām institūcijām pilotprojekta ieviešanas laikā sekmētu MDĢT programmas īstenošanu Latvijā, un šīs institūcijas nebūtu ierobežotas ar datu vai tehniskiem ierobežojumiem. Šis faktors sekmētu efektīvu darbu un sadarbību starp iesaistītajām institūcijām MDĢT programmas īstenošanai.

Šī scenārija ietvaros MDĢT licence un atbildība par ieviešanu un finansējuma pārraudzību ir tikai valsts iestāžu pārziņā, kas mazina MDĢT programmas ilgtspējas riskus, salīdzinot ar scenārijiem, kas paredz pašvaldību institūciju (piemēram, pašvaldības prioritātes atbilstoši politiskajai vadībai pašvaldībā) vai PTS organizāciju iesaisti (piemēram, monopols viena privātā tiesību subjekta ietvaros).

VBTAI un VPD ir iegūta pieredze darbā ar MDĢT mērķa grupu, kā rezultātā abas institūcijas apzinās šādas programmas kavējošos un veicinošos faktorus, kā arī izprot bērnu un ģimeņu motivāciju vai gluži pretēji tās trūkuma iemeslus, līdz ar to līdz šim iegūtā pieredze var sekmēt MDĢT programmas mērķu sasniegšanu pēc iespējas efektīvāk.

9.3.5. IEKĻAUJAMĀ MĒRĶA GRUPA

TM iesaiste MDĢT pārraudzībā ir saistīta ar scenārija Nr. 2 ietvaros paredzēto mērķa grupas dalījumu, kā rezultātā tiks strādāts ar bērniem ar augstu problēmu smaguma pakāpi.

Šī scenārija ietvaros tiek identificētas divas mērķa grupas:

²⁸⁷ CSP. Reģistrēto noziedzīgu nodarījumu skaits valstspilsētās un novados. Iegūts

no:https://data.stat.gov.lv/pxweb/lv/OSP_PUB/START__POP__NO__NOR/NOR023/table/tableViewLayout1/

²⁸⁸ Ministru kabineta 2017. gada 16. augusta noteikumi Nr. 474 "Tieslietu ministrijas nolikums". Latvijas Vēstnesis, 164, 18.08.2017. <https://likumi.lv/ta/id/292913>

²⁸⁹ Ministru kabineta 2004. gada 27. janvāra noteikumi Nr. 49 "Labklājības ministrijas nolikums". Latvijas Vēstnesis, 16, 30.01.2004. <https://likumi.lv/ta/id/83758>

- BTAL 58. panta subjekti;
- VPD klienti.

Scenārijs Nr.2 ļautu MDĢT programmai sniegt atbalstu plašākai klientu grupai un risināt problēmas ar augstu smaguma pakāpi, kas saistīti ar bērnu uzvedību un labklājību, kā arī likumpārkāpumiem un drošību.

Potenciāli, attīstot pakalpojumu VPD klientu lokam, MDĢT programmas mērķa grupu pēc pilotprojekta ieviešanas varētu paplašināt to attiecinot arī uz leVP klientiem, kas atbilst noteiktās mērķa grupas vecumam.

Izvērstāku pamatojumu identificētajām mērķa grupām MDĢT programmas pilotprojektam skatīt 8. nodaļā.

9.3.6. IESTĀDES, KURAS REKOMENDĒ DALĪBAI MDĢT PROGRAMMĀ

Atbilstoši mērķa grupas dalījumam institūciju loks, kuras var rekomendēt jaunieti līdzdarboties MDĢT, tiek iedalītas divās daļās. Bērņus, kuri ir BTAL 58. panta subjekti, bet nav kļuvuši par VPD vai leVP klientiem, pašvaldību bērnu tiesību aizsardzības sadarbības grupas var rekomendēt bērņus un ģimenes dalībai MDĢT programmā, izstrādājot sociālās korekcijas programmu.

Pašvaldības administratīvā komisija var rekomendēt MDĢT programmu bērņiem un viņu ģimenēm kā audzinoša rakstura piespiedu līdzekli.

Savukārt gadījumos, kad bērņš veicis noziedzīgu nodarījumu un tiek sodīts, tiesa vai prokurors, kas lemj par sodu, vai VPD, ja bērņš ir nonācis VPD novērošanā vai uzraudzībā, var rekomendēt dalībai MDĢT programmā.

Izvērstāku pamatojumu identificētajām iestādēm, kuras varētu rekomendēt bērņu un ģimeni dalībai MDĢT programmā, skatīt 5.3. apakšnodaļā. Šī pētījuma 1. pielikumā ir pievienots Igaunijas iesnieguma veidlapas paraugs, kuru aizpilda tās iestādes, kuras rekomendē bērņu dalībai MDĢT programmā.

9.3.7. IESPĒJAMIE RISKI 2. SCENĀRIJA IETVAROS

Viens no riskiem, kas saistīts ar VPD un potenciāli leVP klientu iesaisti MDĢT programmā, ir motivācijas faktors ne vien bērņu vidū, bet arī attiecībā uz viņu ģimenes locekļiem.

Atbilstoši Latvijas nozares ekspertu pieredzei ir regulāri sastopamas grūtības ar vecāku motivāciju. Viens no iemesliem ir vecāku izdegšana, nespējot rast risinājumu uzvedības problēmām, un cerības zudums, ka situācija ar bērņu var uzlaboties. Citos gadījumos ir novērojams vecāku intereses un rūpju trūkums par savu bērņu, kas rada nevēlēšanos piedalīties, piemēram, VPD noteiktajos pasākumos. Abos gadījumos MDĢT potenciāli varētu uzlabot ģimenes situāciju un savstarpējo komunikāciju, taču tās intensitātes un ilguma dēļ, var būt gadījumi, kad ģimenes nav gatavas iesaistīties šāda veida pakalpojumā.

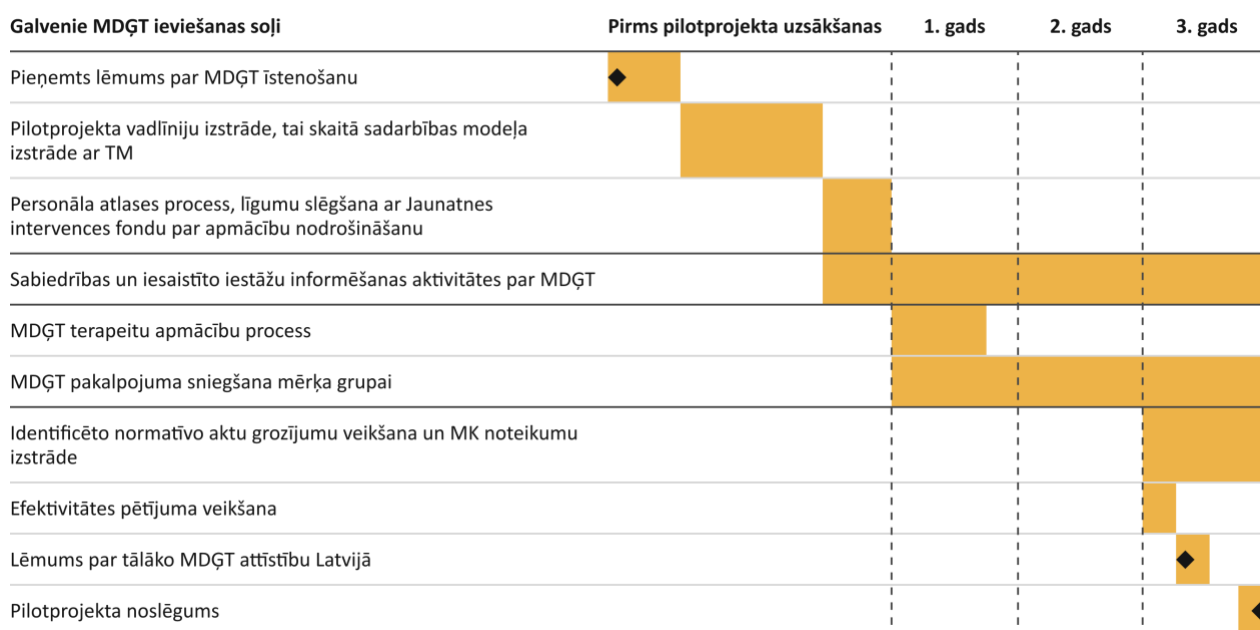
Tomēr attiecībā uz šo scenāriju pastāv risks, ka, pārraudzības funkcijas īstenošanā iesaistot dažādu nozaru iestādes, netiks nodrošināta vienota pieeja MDĢT programmu komandu vadībā un pārraudzībā. Pilotprojekta ietvaros ir būtiski nodrošināt līdzvērtīgu pieeju, lai gūtu objektīvi salīdzināmus datus par MDĢT efektivitāti, t.sk. attiecībā uz sistēmiskā ietvara funkcionalitāti. Tādēļ ir jāievieš kopējās sadarbības mehānismi starp LM un TM jau MDĢT ieviešanas procesā, kas risinātu ar MDĢT īstenošanu saistītos jautājumus un vienoti rastu risinājumus problēmsituāciju gadījumā, kas radušās MDĢT programmas īstenošanā.

Viens no iespējamajiem trūkumiem 2. scenārijā, ka MDĢT programmas īstenošanas ir valsts institūcijas, kuras darbojas noteiktu procedūru ietvaros, kas var ierobežot elastību (piemēram, atlīdzības politika speciālistiem) un spēju ātri pielāgoties mainīgajām situācijām un klientu vajadzībām (piemēram, materiāltehnisko līdzekļu iegāde).

9.3.8. MDĢT IEVIEŠANAS PROCESS SCENĀRIJA NR. 2 IETVAROS

Plānojot MDĢT pilotprojekta ieviešanu un provizorisko laika grafiku ir jāņem vērā galvenie soļi, kas nepieciešami pilotprojekta uzsākšanai un ieviešanai (skat. Ilustrācija 13).

ILUSTRĀCIJA 14. SCENĀRIJA NR. 2 MDĢT IEVIEŠANAS LAIKA GRAFIKS



Avots: Civitta Latvija

Atbilstoši norādītajam laika grafikam ilustrācijā Nr. 13, ir jāparedz laiks, kas jāvelta nepieciešamo darbību veikšanai pēc lēmuma par MDĢT ieviešanas pieņemšanu, bet pirms pilotprojekta uzsākšanas. Tas ietver pilotprojekta vadlīniju plāna izstrādi, tai skaitā LM un TM savstarpējās sadarbības modeļa izstrādi, kā arī laiku, kas nepieciešams nepieciešamo cilvēkresursu piesaistei un līguma noslēgšanai ar Jaunatnes Intervences fondu par MDĢT komandu apmācību veikšanu.

Aktivitātes, kas attiecas uz iesaistīto institūciju un mērķa grupas informēšanu par MDĢT, būtu jāuzsāk pirms pilotprojekta uzsākšanas, lai nodrošinātu, ka līdz ar apmācību procesa sākumu MDĢT terapieti varētu uzsākt darbu ar pirmajām ģimenēm. Sabiedrības un iesaistīto iestāžu informēšana par MDĢT ir jānodrošina visā pilotprojekta īstenošanas laikā, taču informācijas aktivitāšu intensitāte var būt mainīga.

Vienlaicīgi ar pilotprojekta sākumu MDĢT komandas uzsāktu apmācības, kā arī darbu ar MDĢT mērķa grupu, pakāpeniski palielinot gadījumu skaitu, ar kuru MDĢT terapeits vienlaicīgi strādā.

Trešā pilotprojekta gada ietvaros ir jāveic darbs pie identificēto normatīvo aktu grozījumiem, tai skaitā MK noteikumu par MDĢT īstenošanu pēc pilotprojekta beigām izstrādes. Gada pirmajā daļā ir nepieciešams veikt MDĢT efektivitātes izvērtējumu, kas tiktu izmantots, lai pieņemtu lēmumu par MDĢT tālāko attīstību pēc pilotprojekta noslēguma. Šis lēmums ir jāpieņem pirms pilotprojekta noslēguma, paredzot laiku nepieciešamajām darbībām MDĢT nepārtrauktības nodrošināšanai, piemēram, MDĢT nepieciešamā finansējuma iekļaušanu valsts budžetā.

9.3.9. SCENĀRIJA NR. 2 IEVIEŠANAS IZMAKSU PROGNOZE

Scenārija Nr. 2 gadījumā vienas komandas izmaksas trīs gadu periodā kopsummā veidotu nedaudz virs 772 000 EUR (skat. Tabula 6). Izmaksas pa gadiem ir atšķirīgas, jo pirmajā gadā ir nepieciešams finansējums darbinieku apmācībām, bet trešajā gadā – efektivitātes izvērtējumam par MDĢT pilotprojekta rezultātiem.

Izmaksu prognozē ir ņemtas vērā Finanšu ministrijas prognozes par inflācijas un darbaspēka algas pieauguma līmeni.²⁹⁰

TABULA 6. VIENAS MDĢT KOMANDAS IZMAKSAS PA GADIEM TRĪS GADU PERIODĀ SCENĀRIJA NR. 2 IETVAROS, EUR

Izmaksu pozīcija	1. gads	2. gads	3. gads
Atlīdzība (kopā)	174 780	187 888	197 283
<i>Viena komandas pārrauga atlīdzība (bruto)</i>	41 559	44 676	46 910
<i>Trīs MDĢT terapeitu atlīdzība (bruto)</i>	99 860	107 350	112 717
<i>DD VSAOI</i>	33 361	35 863	37 656
Darbinieku bonusi (prēmijas, atvaļinājuma pabalsts, veselības apdrošināšana)	16 545	17 681	18 514
MDĢT apmācības	57 344	-	-
<i>Apmācību maksa komandai (4 cilvēki)</i>	47 840	-	-
<i>Komandējumu izmaksas klātienē apmācību dienām</i>	9 504	-	-
Pakalpojuma līgums ar Jaunatnes Intervences fondu	7 200	7 200	7 200
MDĢT licences līgums	167	167	167
Aprīkojums	4 774	-	-
Ceļošanas izdevumi Latvijā	12 423	12 696	13 013
Administratīvās izmaksas (sakarū izdevumi, biroja izdevumi, telpas un atbalsta personāls, piemēram, grāmatvedis, informatīvie pasākumi)	8 786	9 199	9 541
MDĢT efektivitātes pētījums	-	-	9 509
Kopā gadā	282 018	234 831	255 227
Kopā trīs gadu periodā			772 076

Avots: Civitta Latvija finanšu aprēķini

PERSONĀLA IZMAKSAS

Izmaksu prognozes ietvaros aprēķinot personāla atlīdzību, MDĢT komandas pārrauga amats tiek pielīdzināts 13. amatu saimes (ekspertīze) IV līmenim²⁹¹, kas ietver speciālistus, kuri var vadīt kādu no iestādes veiktajām funkcijām (šajā gadījumā MDĢT pakalpojuma sniegšanu), veic koordinējošā eksperta funkcijas, metodisko vadību, piedalās metodiku izstrādē, organizē ekspertīžu veikšanu un pieņem ar tām saistītos lēmumus. Savukārt MDĢT terapeita amats tiek pielīdzināts 43. amatu saimes "Sociālais un psiholoģiskais atbalsts" 1. apakšsaimes "Sociālais darbs" VI A līmenim. Atbilstoši klasifikācijai šajā amatu saimes līmenī ietilpst darbinieki, kuri veic "psihosociālo darbu, sociālā gadījuma vadīšanu, tai skaitā daudzpakāpju izvērtēšanu, ģimenēm ar bērniem, strādā patstāvīgi, sadarbojas ar citiem speciālistiem klientam nepieciešamā atbalsta nodrošināšanā un viņa sociālo problēmu risināšanā".²⁹²

²⁹⁰ Finanšu ministrija. Tautsaimniecības un budžeta izpildes analīze. Iegūts no:

<https://www.fm.gov.lv/lv/tautsaimniecibas-un-budzeta-izpildes-analize>

²⁹¹ Atbilstoši Ministru kabineta 2022. gada 26. aprīļa noteikumi Nr. 262 "Valsts un pašvaldību institūciju amatu katalogs, amatu klasifikācijas un amatu apraksta izstrādāšanas kārtība". Latvijas Vēstnesis, 88, 09.05.2022. Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/332122>

²⁹² Turpat.

Tādējādi MDĢT komandas pārrauga amata atlīdzība ir noteikta atbilstoši 11. mēnešalgu grupai, bet MDĢT terapeita amats – 10. mēnešalgu grupai. Visu MDĢT komandas darbinieku atlīdzība ir aprēķināta, pieņemot, ka darbinieki ir nodarbināti MDĢT pilna laika darbā (40 h 5 darba dienu nedēļā) jau no apmācību uzsākšanas dienas. Izmaksu prognozē MDĢT speciālistu atlīdzībai ir piemērots atbilstošās mēnešalgu grupas maksimālais koeficients, tādējādi, izvērtējot pieejamo finansējumu, šo amatu grupu speciālistiem ir iespējams piemērot arī mazāku atlīdzības apmēru. Tomēr, ņemot vērā cilvēkresursu pieejamības problēmas un speciālistiem noteiktās kvalifikācijas prasības, motivējošas atlīdzības noteikšana būtu vēlama, lai sekmētu MDĢT terapiju piesaisti.

Ņemot vērā, ka valsts un pašvaldību iestādēs atbilstoši Valsts un pašvaldību institūciju amatpersonu un darbinieku atlīdzības likuma 3. panta 4. daļai un 16. pantam²⁹³ var paredzēt papildu atlīdzības izmaksas, kā piemēram, atvaļinājuma pabalstu vai naudas balvu, vai prēmijas, arī šīs izmaksas ir paredzētas scenārija Nr. 2 izmaksu prognozē. Tai skaitā ir paredzētas arī izmaksas par darbinieku veselības apdrošināšanas polisi. Šo papildu izmaksu piemērošana ir jāvērtē atbilstoši VBTAI un VPD noteiktajai atlīdzības politikai.

AR APMĀCĪBĀM UN MDĢT LICENCES UZTURĒŠANU SAISTĪTĀS IZMAKSAS

Pirmā gada ietvaros ir paredzētas izmaksas par MDĢT terapiju apmācību. Izmaksu prognoze ir veikta atbilstoši Jaunatnes Intervences fonda sniegtajai informācijai par MDĢT apmācību izmaksām 2024. gadā.²⁹⁴ Finansējuma modelī ir paredzēts, ka tiks apmācīta četru terapiju komanda, no kurām viens pilda komandas pārrauga funkciju. Lai gan apmācības lielākoties notiek attālināti, tomēr ir paredzēti arī divi braucieni uz Nīderlandi klātienē apmācību dienām. Tādēļ papildu apmācību maksai ir paredzēti arī komandējuma izdevumi visu MDĢT komandas dalībnieku braucieniem uz Nīderlandi.

Šo izmaksu kontekstā ir jāvērtē risks, ka gadījumā, ja netiek nodrošināta personāla ilgtspēja un ir nepieciešams piesaistīt un apmācīt jaunus cilvēkresursus, tam būtu jāpiesaista papildu finanšu līdzekļi. Atbilstoši Jaunatnes Intervences fonda sniegtajai informācijai viena MDĢT terapeita apmācības saskaņā ar 2024. gada cenām izmaksā 13 250 EUR, bet komandas pārrauga – 19 200 EUR.²⁹⁵ Tāpat ir jāņem vērā, ka Jaunatnes Intervences fonds spēj sniegt informāciju par pakalpojuma izmaksām 2024. gada cenās, taču, ja MDĢT komandu apmācības tiks uzsāktas vēlāk, ir iespēja, ka pakalpojuma cenas pieaugs.

Pēc apmācību noslēguma ir jāslēdz divi papildu līgumi ar Jaunatnes Intervences fondu – licences līgums un pakalpojumu līgums. Licences līgumu slēdz iestāde, kuras atbildībā ir vismaz viena MDĢT komanda, un tā izmaksas ir fiksētas neatkarīgi no komandu skaita iestādes pārraudzībā. Licences līguma ietvaros Jaunatnes Intervences fonds nodrošina MDĢT terapiju gadījumu uzraudzību jeb monitoringu. Izmaksu prognozes ietvaros ir paredzēts, ka licences turētājs ir viens. Tādējādi vienas licences gada izmaksas 500 EUR apmērā tiek dalītas trīs komandu starpā. Taču gadījumā, ja licences turētāji būs divi, tad katrai no šīm iestādēm būs jāsedz pilna licences gada maksa un licences izmaksas uz vienu MDĢT komandu pieaugs.

Savukārt pakalpojuma līgums tiek slēgts uz trīs gadu periodu par katru aktīvo MDĢT komandu. Pakalpojumu līgumā ietilpst dažādi ikgadēji izglītojoši pasākumi, informatīvais atbalsts, ikgadējais MDĢT izvērtējums un audits trīs gadu perioda noslēgumā. Scenārija Nr. 2 gadījumā šī izmaksu pozīcija saglabājas nemainīga, neatkarīgi no tā, vai pakalpojuma līgumu slēdz ar vienu vai divām dažādām iestādēm.

CITAS IZMAKSAS

Tā kā MDĢT terapiju ikdienas pienākumos ietilpst terapijas sesijas ar ģimenēm to mājvietā, tiek prognozēts, ka vidēji MDĢT eksperti Rīgas plānošanas reģiona ietvaros dienā veiktu 100 kilometru lielu

²⁹³ Valsts un pašvaldību institūciju amatpersonu un darbinieku atlīdzības likums. Latvijas Vēstnesis, 199, 18.12.2009. Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/202273>

²⁹⁴ Stichting Jeugdinterventies. (2023). Information MDFT training and implementation.

²⁹⁵ Turpat.

distanci, apmeklējot divas ģimenes. Izmaksu prognozē ir paredzēts, ka terapieti izmantos iestādes vai personīgo automašīnu, jo ģimenes var atrasties ārpus Rīgas ar ierobežotu sabiedriskā transporta pieejamību. Ceļa izmaksu aprēķinā ir iekļautas arī citas ar automašīnas uzturēšanu saistītas izmaksas, kā piemēram, izmaksas par apdrošināšanu, transportlīdzekļa ekspluatācijas nodokli un tehnisko apkopi.

Finansējuma ietvaros ir plānotas arī vienreizējas aprīkojuma izmaksas²⁹⁶. Komandas darba nodrošināšanai ir nepieciešami četri datori ar programmatūru, katram terapeitam nodrošinot savu darba datoru. MDĢT procesa nodrošināšanai ir nepieciešama arī video kamera terapijas sesiju ierakstīšanai. VBTAI komandu ietvaros ir iespējams izmaksu ietaupījums, piemēram, iegādājoties vienu videokameru abu komandu vajadzību nodrošināšanai.

Administratīvo izmaksu ietvaros ir iekļautas izmaksas par biroja nodrošinājumu, piemēram, kancelejas precēm, sakaru pakalpojumiem MDĢT komandai, iestādē esošā atbalsta personāla, piemēram, grāmatveža atvēlēto darba laiku ar MDĢT komandas darbu saistītās grāmatvedības kārtošana, kā arī komunālie izdevumi par MDĢT komandai paredzēto telpu izmantošanu. VBTAI ietvaros šīm izmaksām provizoriski ir iespējams ietaupījums, ņemot vērā, ka vieni un tie paši resursi var tikt izmantoti divu komandu vajadzībām, piemēram, komunālie izdevumi par MDĢT terapieti paredzētajām telpām var tikt dalīti divu komandu starpā. Ir paredzēts, ka telpas MDĢT komandu darbībai tiks nodrošinātas VBTAI un VPD esošo resursu ietvaros, tādēļ atsevišķa pozīcija par telpu nomu nav paredzēta. Attiecībā uz informatīvajiem pasākumiem, ir paredzēts, ka izmaksas tiktu dalītas visu trīs komandu starpā, piemēram, visām MDĢT komandām gadā organizējot kopīgu informatīvo semināru.

MDĢT pilotprojekta trešā gada ietvaros ir paredzētas izmaksas efektivitātes pētījuma veikšanai. Efektivitātes pētījums par MDĢT pilotprojekta rezultātiem nepieciešams, lai sniegtu argumentētu pamatojumu un risinājumus tālākajai MDĢT attīstībai Latvijā pēc pilotprojekta noslēguma. Tā kā izvērtējumu ir paredzēts veikts par visu trīs komandu darbu, tad katrai komandai tiek attiecināta trešā daļa no kopējām prognozējamajām efektivitātes pētījuma izmaksām.

AR FINANSĒJUMU SAISTĪTIE RISKI

Viens no galvenajiem riskiem, izvērtējot finansējuma pieejamību, ir finansējuma ilgtspējas nodrošināšana pēc pilotprojekta noslēguma. Ņemot vērā, ka scenārija Nr. 2 ietvaros atbildība par MDĢT ieviešanu tiek dalīta starp LM un TM, tad turpmāko MDĢT finansējumu varētu paredzēt valsts budžeta ietvaros. Kā alternatīvs risinājums varētu būt cita ārēja finansējuma piesaiste, piemēram, nākamā plānošanas perioda ES fondu ietvaros, taču tas ilgtermiņā neatrisinātu MDĢT ilgtspējas jautājumu, kā arī MDĢT nepārtrauktu pieejamību.

Gan pilotprojekta ietvaros, gan pēc tā noslēguma ir nepieciešams izstrādāt MDĢT programmas finansēšanas modeli abu iestāžu starpā, nodalot finanšu pozīcijas, kas ir katras iestādes pārraudzībā. Tāpat gadījumā, ja pēc pilotprojekta noslēguma MDĢT programma tiek finansēta no valsts budžeta līdzekļiem, būtu jāparedz iespēja turpināt vienlīdzīga atlīdzības apmēra nodrošināšanu MDĢT terapieti dažādu resoru ietvaros.

Pēc MDĢT pilotprojekta izvērtējuma veikšanas ir iespējams, ka tiek identificēta nepieciešamība paplašināt MDĢT programmas tvērumu, attīstot to citos Latvijas reģionos vai paplašinot mērķa grupu. Abos gadījumos būtu nepieciešama papildu MDĢT komandu izveide, potenciāli pakalpojuma sniegšanā iesaistot arī citas Latvijas reģionos pārstāvētas iestādes. Tas prasītu finanšu ieguldījumus jaunu komandu apmācībā un tiem nepieciešamo resursu nodrošināšanā, kas būtu jāņem vērā, izstrādājot MDĢT attīstības plānu pēc pilotprojekta noslēguma. Finansējuma riski pastāv arī gadījumos, kad kāds no jau esošo MDĢT komandas

²⁹⁶ Atbilstoši Ministru kabineta 2018. gada 13. februāra noteikumu Nr. 87 "Grāmatvedības uzskaites kārtība budžeta iestādēs" 2.pielikumam datortehnikas un biroja tehnikas nolietojuma termiņš ir 5 gadi – Autora piezīme.

darbiniekiem dodas ilgstošā prombūtnē, piemēram, bērna kopšanas atvaļinājumā, vai pārtrauc darba attiecības, un ir nepieciešama jaunu MDĢT terapeitu apmācība. Šādos gadījumos būs nepieciešams rast papildu finansējumu apmācību izmaksām. Tāpat, plānojot MDĢT komandu noslodzi, jāņem vērā, ka, uzsākot apmācību procesu, MDĢT terapeits strādātu ar mazāku skaitu ģimeņu, nekā MDĢT terapeiti, kuri jau pabeiguši apmācību procesu.

MDĢT ieviešanai nepieciešamā finansējuma apmēru var ietekmēt arī dažādi ārējie faktori. Piemēram, izmaiņas ar darbaspēka nodokļa likmēm saistītajos normatīvajos aktos var ietekmēt plānotās personāla izmaksas. Savukārt, energoresursu cenu izmaiņas var ietekmēt izmaksu prognozes par transporta izdevumiem un administratīvajiem izdevumiem, kas attiecas uz MDĢT komandas telpu nodrošinājumu.

9.3.10. SCENĀRIJA NR. 2 SVID ANALĪZE

Scenārija Nr.2 ieviešanā ir identificētas gan tā stiprās puses, gan vājās puses, kā arī iespējas un draudi. Šis analīzes process var palīdzēt izprast vairāk šo scenāriju un pieņemt turpmākos lēmumus, kas sekmētu pēc iespējas efektīvāku MDĢT programmas ieviešanu Latvijā.

<p>STIPRĀS PUSES</p> <ul style="list-style-type: none"> • MAZĀKS ADMINISTRATĪVAIS SLOGS MDĢT PROGRAMMAS UZSĀKŠANAI. VBTAI un VPD jau ir tiesīgas strādāt ar MDĢT programmas mērķa grupām esošo normatīvo aktu ietvaros • TM UN LM IESAISTE VEICINA NORMATĪVO AKTU ŠĶĒRŠĻU MAZINĀŠANU EFEKTĪVĀK. MDĢT programmas īstenošanas laikā pārraugošās iestādes var efektīvāk risināt nepieciešamās izmaiņas likumdošanā, ja tādas ir konstatētas • PIEREDZE DARBĀ AR MĒRĶA GRUPU. VBTAI un VPD ir pieredze darbā ar MDĢT programmā identificētajām mērķa grupām, lai izprastu darba specifiku ar šīm mērķa grupām • ILGTSPĒJAS SEKMĒŠANA MDĢT KOMANDĀM. Iegūtās licences un cilvēkresursu zināšanas ir valsts iestāžu pārziņā, kā rezultātā sekmē ilgspēju darbam ar bērniem un ģimenēm • INFORMĀCIJAS SISTĒMU PIEEJAMĪBA. VBTAI un VPD piekļuves sistēmām kā valsts institūcijām, kas neierobežo laicīgu informācijas iegūšanu un apmaiņu 	<p>VĀJĀS PUSES</p> <ul style="list-style-type: none"> • ELASTĪBAS TRŪKUMS ATLĪDZĪBAS NOTEIKŠANĀ. Elastīgas pieejas trūkums attiecībā uz atlīdzības politiku speciālistiem, kā arī jāievēro citi darbību regulējošie normatīvie akti • IEROBEŽOTAS IESPĒJAS PIESAISTĪT FINANSĒJUMU. Finansējuma avoti ir ierobežoti, līdz ar to regulāri jāseko naudas plūsmai • ELASTĪBAS TRŪKUMS PIELĀGOTIES SITUĀCIJAI. Elastīgas pieejas trūkums pielāgoties klientu vajadzībām un situācijai ārpus Rīgas • PAPILDU IZAICINĀJUMI MDĢT PROGRAMMAS ĪSTENOŠANĀ. MDĢT komandu darbība notiks divu dažādu institūciju ietvaros, kas ir būtisks izaicinājums nodrošināt vienādu pieeju visā MDĢT programmas procesā
<p>IESPĒJAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • ATBALSTA SISTĒMAS PILNVEIDOŠANA. MDĢT programmas papildinoša nozīme kopējā atbalsta sistēmā, ko īsteno iesaistītās institūcijas MDĢT programmas ieviešanā • UZTICĪBA MDĢT PROGRAMMAI. Citu iesaistīto iestāžu uzticība valsts institūcijām MDĢT programmai pilotprojekta laikā, ņemot vērā to līdzšinējo sadarbību citos līdzīgos pakalpojumos • MAZINĀT STIGMU UN DISKRIMINĀCIJU SABIEDRĪBĀ. MDĢT programmas izpilde, iesaistot bērna vidi (ģimeni, skolu, ārpus skolas sabiedrību), sekmētu kopējo sabiedrības izglītību par labklājības aspektiem un palīdzētu mazināt stigmatu un diskrimināciju. 	<p>DRAUDI</p> <ul style="list-style-type: none"> • ES FONDU NOSACĪJUMU IETEKME. MDĢT programmas pilotprojekta ieviešana ir jāveic saskaņā ar ESF+ nosacījumiem, un jāspēj pielāgoties šī finansējuma prasībām un ar to saistītajām izmaiņām • PRIORITĀŠU MAIŅA INSTITŪCIJĀM. Valsts institūciju, kuras īsteno MDĢT programmu, prioritāšu maiņa saistībā ar izmaiņām likumdošanā vai to reorganizācijā • REPUTĀCIJAS RISKS INSTITŪCIJĀM. MDĢT programmas pilotprojekta mērķu nesasniegšana var skart institūciju reputāciju un turpmāko uzticību tām, kā arī MDĢT programmas efektivitātei

9.4. IEVIEŠANAS SCENĀRIJS NR. 3 – PAŠVALDĪBU SOCIĀLIE DIENESTI KĀ MDĢT ĪSTENOTĀJI

9.4.1. MDĢT IEVIEŠANAS SCENĀRIJA NR. 3 SISTĒMISKAIS IETVARS

Scenārija Nr. 3 gadījumā atbildīgās iestādes lomu par MDĢT ieviešanu īsteno Labklājības ministrija (skat. Ilustrācija 15). Līdzīgi kā scenārija Nr. 1 un scenārija Nr. 2 gadījumā LM ir identificēta kā atbildīgā iestāde, jo tai ir pieejams ESF+ finansējums MDĢT ieviešanai un MDĢT atbilst LM pārraudzībā esošo pakalpojumu lokam.

ILUSTRĀCIJA 15. MDĢT IEVIEŠANAS SCENĀRIJA NR. 3 ĪSTENOŠANAS SHĒMA



Avots: Civitta Latvija

9.4.2. ATBILDĪGĀS INSTITŪCIJAS PAR MDĢT ĪSTENOŠANU LATVIJĀ

Šī scenārija ietvaros LM uzdevumi kā atbildīgajai institūcijai būtu līdzīgi šī pētījuma 1. scenārijam, izņemot gadījumu, kad nav jānosaka kritēriji un jāveic atlase MDĢT programmas īstenošanai.

LM kā atbildīgajai iestādei scenārija Nr. 3 ietvaros ir identificēti vairāki uzdevumi:

- MDĢT IEVIEŠANAS PROCESS UN TĀ PĀRRAUDZĪBA.** Šī uzdevuma ietvaros LM būs nepieciešams veikt pārrunas ar pašvaldību vadītājiem, lai noskaidrotu pašvaldību interesi un kapacitāti MDĢT programmas īstenošanā ne tikai pilotprojekta ietvaros, bet arī ilgtermiņā. Ņemot vērā, ka LM ir prakse sadarbībā ar pašvaldību sociālajiem dienestiem, līdz ar to sadarbības mehānisma ieviešana tikai sekmētu iesaistīto pušu efektīvu sadarbību (LM kā MDĢT programmas uzraugošo iestādi un MDĢT programmas īstenošanu).

Vienlaikus ir jāparedz informācijas izplatīšana starp iestādēm par MDĢT programmas pieejamību, lai tā sasniegtu bērnus un ģimenes, kas atbilst MDĢT programmas mērķa grupai.

2. **PILOTPROJEKTA VADLĪNIJU IZSTRĀDE.** LM izstrādā vadlīnijas pilotprojekta ieviešanai, īstenošanai un uzraudzībai, kas paredz MDĢT mērķa grupu definēšanu, komandu skaitu, pilotprojekta kopējo budžetu un tā sadalījumu pa gadiem, maksimālo gadījumu skaitu, ar kuru viens terapeits var vienlaicīgi strādāt (izņemot komandas pārraugam), pilotprojekta ģeogrāfisko tvērumu attiecībā uz mērķa grupu. Izstrādājot pilotprojekta vadlīnijas, jānosaka skaidri tā uzsākšanas un noslēguma termiņi, kā arī jāiekļauj citi nozīmīgi termiņi (piemēram, ikgadējā finansējuma pieprasījums, atskaite par izlietoto finansējumu un veiktajām darbībām – uzsākto un pabeigto gadījumu skaits). Šādu vadlīniju izstrāde kalpo par pamatu MDĢT ieviešanā, tās mērķu un sasniedzamo rezultātu noteikšanā un sekmēs vienotu izpratni starp iesaistītajām pusēm MDĢT programmas īstenošanas laikā.
3. **UZ MDĢT DARBĪBU ATTIECINĀMO NOTEIKUMU UN NORMATĪVO AKTU GROZĪJUMU SAGATAVOŠANA UN APSTIPRINĀŠANA.** Pilotprojekta īstenošanas laikā LM apkopo informāciju par konstatētajām nepieciešamajām izmaiņām normatīvajos aktos, lai sekmētu MDĢT programmas ilgtspēju Latvijā, mazinot tās šķēršļus. Pilotprojekta laikā būtu vēlams izstrādāt Ministru kabineta noteikumus, kas noteiks kārtību par MDĢT programmas īstenošanu, uzraudzību un finansēšanu turpmāk pēc pilotprojekta īstenošanas.
4. **NAUDAS PLŪSMAS KONTROLE.** Pilotprojekta ietvaros finansējums MDĢT programmas ieviešanai Latvijā ir pieejams ESF+ ietvaros, un par MDĢT programmai pieejamo finanšu līdzekļu izlietošanu atbildīgā iestāde ir LM. Lai nodrošinātu ESF+ finansējuma izlietojamības atbilstību, kā arī naudas plūsmu un sasniedzamos rezultātus (gadījumu skaits), nepieciešams nodrošināt regulāru finanšu izpildes uzraudzību. Regulāra komunikācija un atskaišu iesniegšana mazina risku par neatbilstoši veiktajiem izdevumiem un iespējamām finanšu korekcijām ES fondu ietvaros.
5. **UZRAUDZĪBA UN ATBILSTĪBAS KONTROLE.** LM uzdevums mijiedarbībā ar MDĢT programmas īstenošanu nodrošināt MDĢT programmas atbilstību MDĢT starptautiskajai metodoloģijai un pilotprojekta vadlīnijām, tāpēc LM ir jāveic ne tikai finanšu uzraudzība, bet arī MDĢT programmas atbilstība. Uzraudzība ietver arī efektivitātes novērtējuma nodrošināšanu pilotprojektam.
6. **SABIEDRĪBAS UN IESAISTĪTO IESTĀŽU INFORMĒŠANA** LM arī jāiesaistās sabiedrības un iesaistīto iestāžu informēšanā, izstrādājot un izplatot informatīvos materiālus par MDĢT programmu, mērķa grupu, kā arī iesaistīto iestāžu darbinieku iespējām iekļaut bērnu un viņa ģimeni MDĢT.

Minētie uzdevumi ir būtiski, lai tiktu nodrošināta veiksmīga MDĢT programmas pilotprojekta ieviešana un īstenošana Latvijā, kas palīdzētu risināt bērnu uzvedības problēmas, iesaistot ģimeni, kas palīdzētu nodrošināt pilnvērtīgu un koordinētu atbalstu.

9.4.3. MDĢT PROGRAMMAS ĪSTENOTĀJI LATVIJĀ

Pašvaldību sociālo dienestu iesaiste MDĢT programmas īstenošanā sekmētu tās pieejamību ne tikai Rīgā, bet arī reģionos. Scenārija ietvaros ir paredzēts izveidot vienu komandu Rīgā un pa vienai komandai divos Latvijas reģionos. Rīga tiek identificēta kā viena no pilsētām, jo tajā ir proporcionāli lielākais iedzīvotāju skaits Latvijā (32 % no Latvijas iedzīvotājiem dzīvo Rīgā²⁹⁷). Turklāt pēdējā laikā Rīgā novērots bērnu ar nopietnām uzvedības problēmām, piemēram, pašdestruktīvām izpausmēm, mentālās veselības problēmām, skaita pieaugums, kuri pēc atbalsta pakalpojumiem vērsas novēloti – kad problēmas ir jau akūti risināmas.²⁹⁸ Lai arī Rīgā jau šobrīd ir pieredze ar dažādu pakalpojumu piedāvāšanu mērķa grupas

²⁹⁷ CSP. Iedzīvotāju skaits un tā izmaiņas. Iegūts no: <https://stat.gov.lv/lv/statistikas-temas/iedzivotaji/iedzivotaju-skaits/247-iedzivotaju-skaits-un-ta-izmainas?themeCode=IR>

²⁹⁸ Atbilstoši intervijai ar Rīgas Domes Labklājības departamenta pārstāvi – Autora piezīme.

bērniem, taču tas nespēj apmierināt visas mērķa grupas vajadzības.²⁹⁹ Tādēļ MDĢT programmas ieviešana sekmētu šādu pakalpojumu pieejamību mērķa grupai.

Tā kā nepieciešamo cilvēkresursu piesaiste ir izaicinājums arī reģionālajā aspektā, izvēloties pašvaldības un reģionus, kuros ieviest MDĢT programmu, sākotnēji būtu jākoncentrējas uz lielākajām Latvijas pilsētām. Lielākajās pilsētās potenciāli būtu vienkāršāka cilvēkresursu piesaiste. Turklāt šajās pilsētās ir lielāks iedzīvotāju skaits, kas ietver lielāku mērķa grupas jauniešu skaitu, kam būtu nepieciešams MDĢT pakalpojums.

Konkrētu pašvaldību izvēle MDĢT pakalpojuma sniegšanai ir jāveic, izvērtējot pašas pašvaldības gatavību šādu pakalpojumu ieviest. Turklāt pilotprojekta izvērtējuma kontekstā būtu vēlams iesaistīt dažādu novadu pašvaldības, lai varētu izdarīt visaptverošākus secinājumus par MDĢT rezultātiem Latvijā. Kā iepriekš minēts, ir jāvērtē arī mērķa grupas bērnu daudzums attiecīgajā pašvaldībā, lai būtu iespējams pilnvērtīgi izmantot komandu kapacitāti MDĢT programmas ieviešanas gadījumā.

Pašvaldību sociālo dienestu iesaiste MDĢT īstenošanā ir izvēlēta vairāku iemeslu dēļ.

Sociālo dienestu funkcijās ietilpst sociālās rehabilitācijas pakalpojumu sniegšana, tādēļ MDĢT programmas īstenošana atbilst sociālo dienestu kompetencei un uzdevumiem. Pašvaldību sociālajos dienestos speciālistiem ir augstākā izglītība MDĢT komandai nepieciešamajās jomās.

Ne visās pašvaldībās ir aktīvi PTS, kas iesaistās sociālo pakalpojumu sniegšanā, tādēļ sociālo dienestu iesaiste sniegtu iespēju pakalpojumu ieviest pašvaldībās, kurās tas būtu nepieciešams, bet trūkst alternatīvu pakalpojuma sniedzēju, kam deleģēt tā izpildi. MDĢT ieviešana pašvaldību sociālajos dienestos uzlabotu bērniem un jauniešiem ar uzvedības problēmām reģionāli pieejamo atbalsta sistēmu.

Pašvaldību sociālo dienestu priekšrocība ir arī jau esoša sadarbība ar citām iestādēm, kā piemēram, bāriņtiesu, policiju, VPD, izglītības iestādēm. Tādējādi MDĢT komandai būtu atvieglota iespēja MDĢT procesā iesaistīt bērna apkārtējā vidē nozīmīgās iestādes, kā arī nepieciešamības gadījumā saņemt MDĢT procesam nozīmīgu informāciju. Scenārijs Nr. 3 sniedz arī iespēju sadarbībai dažādu pašvaldību starpā, vienojoties par MDĢT sniegšanu blakus esošo pašvaldību mērķa grupas jauniešiem.

Sociālajiem dienestiem iedzīvotāju vidū ir novērojama augsta uzticēšanās. 62 % Latvijas iedzīvotāju uzticas sociālajiem dienestiem, bet sociālo dienestu klientu vidū uzticēšanās līmenis ir vēl augstāks – 78 % no sociālo dienestu klientiem uzticas sociālajiem dienestiem.³⁰⁰ Tādējādi MDĢT pilotprojekta ieviešana sociālo dienestu ietvaros provizoriski sekmētu arī uzticēšanās veidošanu un atsaucību jaunajam MDĢT pakalpojumam.

Kopumā scenārija Nr. 3 ietvaros sniegtās priekšrocības ir saistītas ar bērna situācijai tuvāka atbalsta līmeņa iesaisti pakalpojuma sniegšanā. Sociālais dienests atbalsta sistēmā ir viena no primārajām iestādēm, kas uzsāk darbu ar ģimeni un bērnu. Tam ir zināšanas par attiecīgās pašvaldības iezīmēm, piemēram, iedzīvotāju struktūrā, izglītības sistēmā, citu atbalsta pakalpojumu pieejamībā, lai sniegtais atbalsts būtu samērojams ar faktisko bērna dzīves vides situāciju. Pašvaldību iesaiste sākotnējā pilotprojekta ieviešanas posmā atvieglotu iespēju MDĢT turpināšanai piesaistīt pašvaldību finansējumu.

²⁹⁹ Latvijas Republikas Valsts kontrole. (2022). Revīzijas ziņojums. "Problēmbērni" – pieaugušo neizdarību spogulis", 11.lpp. Iegūts no: https://lrvk.gov.lv/lv/getrevisionfile/29565-ikOI7xAmr_o-vESqJnas3Xw0cGVm5oS2.pdf

³⁰⁰ Nodibinājums "Baltic Institute of Social Sciences". (2023). Profesionāla sociālā darba attīstība pašvaldībās: ex-post pētījums, 13-14.lpp. Iegūts no: <https://www.lm.gov.lv/lv/petijumi-1>

9.4.4. IEGUVUMI NO PAŠVALDĪBU SOCIĀLO DIENESTU IESAISTES MDĢT PROGRAMMAS SNIEGŠANĀ

Scenārija Nr. 3 gadījumā tiktu sekmēta Valsts Kontroles sniegto ieteikumu ieviešana attiecībā uz veiktās revīzijas "Vai bērnam ar uzvedības problēmām un tā ģimenei ir iespēja saņemt nepieciešamo atbalstu?" ietvaros konstatēto problēmu risināšanu. Atbilstoši Valsts Kontroles 30.09.2022. sagatavotā grafika "Laika grafiks ziņošanai par ieteikumu un priekšlikumu ieviešanu revīzijā "Vai bērnam ar uzvedības problēmām un tā ģimenei ir iespēja saņemt nepieciešamo atbalstu?" 5. punktam, LM ir jāveicina kompleksu pakalpojumu ģimenei ieviešana pašvaldībās bērnu uzvedības problēmu risināšanai gadījumos, kad bērnam uzvedības problēmas jau ir radušās.³⁰¹ MDĢT programmas ieviešana pašvaldībās sekmētu šī uzdevuma izpildi un papildinātu reģionos pieejamo sociālo pakalpojumu grozu.

Līdz ar MDĢT pakalpojuma pieejamību, bērniem un viņu ģimenēm būtu pieejams pakalpojums, kas atbilst viņu konkrētajām vajadzībām. Šāda pakalpojuma pieejamība, kas aptver vairākas bērna ikdienas dzīves vides (ģimene, skola), iespējams, būtu saistīta ar samazinātu risku attiecībā uz delinkventu uzvedību un citām problēmām, kas saistītas ar uzvedību.

MDĢT pilotprojekta īstenošana Latvijas mērogā ļautu izdarīt visaptverošākus secinājumus par programmas efektivitāti un piemērotību ne tikai Rīgas apstākļiem, bet arī reģioniem. Šāds izvērtējums ir nozīmīgs, lai pēc pilotprojekta noslēguma pieņemtu lēmumu par MDĢT attīstības iespējām Latvijas mērogā.

Scenārijs Nr. 3 paredz pašvaldību sociālo dienestu iesaisti MDĢT pakalpojuma sniegšanā, jo tie darbojas uz vietas noteiktos Latvijas reģionos un atrodas tuvāk pakalpojuma saņēmējiem, nodrošinot tiešu kontaktu ar ģimenēm un bērniem. Šāda pieeja ļautu MDĢT pakalpojumus ieviest vietējā līmenī, nodrošinot to pieejamību konkrētajā reģionā. Pašvaldību sociālie dienesti jau sadarbojas ar citām institūcijām bērnu un jauniešu problēmu risināšanā, kā rezultātā šāda pieeja ļautu vēl efektīvāk risināt sarežģītas problēmas un uzlabot bērnu un ģimenes labklājību. Turklāt pašvaldību sociālajiem dienestiem ir piekļuve ar bērna un ģimenes gadījumu saistītajām informācijas sistēmām, kas nodrošinātu nepieciešamās informācijas ieguvu. Līdz ar to, nosakot pašvaldību sociālos dienestus par MDĢT programmas īstenošanai, nebūtu jāveic ar starpinstitucionālo sadarbību saistītas izmaiņas normatīvajos aktos.

MDĢT terapeitam darbam ar MDĢT jāvelta vismaz 20 stundas nedēļā. Atbilstoši citu valstu MDĢT speciālistu pieredzei, nav ieteicams darbu MDĢT apvienot ar citiem pienākumiem, jo tas palielina terapeitu izdegšanas risku. Tādēļ tiek rekomendēts, ka MDĢT speciālisti veic tikai ar MDĢT īstenošanu saistītos pienākumus. Lai to nodrošinātu, sociālo dienestu ietvaros būtu jāveido atsevišķa struktūrvienība, kura nodarbotos tikai ar MDĢT gadījumu risināšanu. Jaunatnes Intervences fonds MDĢT apmācību procesa laikā ne tikai izglīto jaunos speciālistus, bet arī sniedz atbalstu iestādei, kurā darbosies MDĢT komanda, lai atbalstītu MDĢT integrāciju kopējā iestādes sniegto pakalpojumu klāstā. Tādējādi MDĢT ieviešanas procesa rezultātā tiktu celta sociālo dienestu kapacitāte un papildināta darbinieku profesionālā kvalifikācija.

Lai arī sociālo dienestu darbības organizēšana ir pašvaldību atbildībā, tomēr LM uzdevumos ietilpst valsts politikas izstrāde, organizēšana un koordinēšana sociālo pakalpojumu jomā.³⁰² Attiecīgi LM, pildot MDĢT programmas atbildīgās iestādes funkcijas, ir normatīvajos aktos balstītas iespējas nodrošināt vienotu pieeju MDĢT pakalpojuma sniegšanā un ieviešanā starp dažādām pašvaldībām.

³⁰¹ Valsts Kontroles 30.09.2022 Laika grafiks ziņošanai par ieteikumu un priekšlikumu ieviešanu revīzijā "Vai bērnam ar uzvedības problēmām un tā ģimenei ir iespēja saņemt nepieciešamo atbalstu?" (revīzijas grafiks Nr.2.4.1-6/2021). Iegūts no: https://www.lrvk.gov.lv/lv/getrevisionfile/29565-UMGvfxrzGWovzFo25j3_hEbKW2Be1p-1.pdf

³⁰² Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums. Latvijas Vēstnesis, 168, 19.11.2002. Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/68488>

9.4.5. IEKĻAUJAMĀ MĒRĶA GRUPA

Šī scenārija ietvaros tiek identificētas trīs mērķa grupas līdzīgi kā šī pētījuma Nr. 1 scenārijā:

- BTAL 58. panta subjekti;
- Bērni, kuri cietuši no vardarbības un kuriem ir attīstījušās uzvedības, atkarības vai garīgās veselības problēmas;
- Bērni ar uzvedības, atkarību vai garīgās veselības problēmām, kuriem konstatēts augsts likumpārkāpumu izdarīšanas risks, taču vēl nav kļuvuši par BTAL 58. panta subjektiem.

Visu trīs mērķa grupu iekļaušana šajā scenārijā sekmēs mērķa grupas daudzveidību, nodrošinot tām MDĢT programmas atbalstu, uzlabojot bērnu un ģimenes labklājību un sniedzot tiem atbilstošu emocionālo un sociālo atbalstu.

Iekļaujot visas trīs mērķa grupas šī scenārija izpildē, šāda pieeja var kalpot kā preventīvs pasākums, novēršot iespējamus likumpārkāpumus un piedzīvotās vardarbības gadījumus plašākai sabiedrības grupai, nodrošinot nepieciešamo atbalstu un resursus laikā, kad tas visvairāk ir nepieciešams bērniem un ģimenei. Tā palīdzētu veicināt sabiedrības integrāciju un uzlabot attiecības starp dažādām mērķa grupām.

Pašvaldību sociālie dienesti var laicīgāk pamanīt problemātiskās ģimenes un bērnus, kā arī sniegt visaptverošu atbalstu, piedāvājot nepieciešamos pakalpojumus vai konsultācijas pie speciālistiem papildu MDĢT, jo pašvaldību sociālie dienesti ir kompetenti par pieejamajiem pakalpojumiem bērniem uzvedības problēmu risināšanai pašvaldībā.

Izvērstāku pamatojumu identificētajām mērķa grupām MDĢT programmas pilotprojektam skatīt 8. nodaļā.

9.4.6. IESTĀDES, KURAS REKOMENDĒ DALĪBAI MDĢT PROGRAMMĀ

Iestādes, kuras identificētu bērnus, kuriem būtu nepieciešams MDĢT pakalpojums, un rekomendētu ģimenes dalībai MDĢT programmā, ir pašvaldības sociālais dienests, bāriņtiesa, pašvaldību bērnu tiesību aizsardzības sadarbības grupa vai administratīvā komisija un VPD. Šī pētījuma 1. pielikumā ir pievienots Igaunijas iesnieguma veidlapas paraugs, kuru aizpilda tās iestādes, kuras rekomendē bērnu dalībai MDĢT programmā.

Sociālais dienests var identificēt bērnus, kuriem ir nopietnas uzvedības problēmas, tai skaitā atkarības un garīgās veselības problēmas, un augsts risks izdarīt likumpārkāpumus, bet kuri vēl nav kļuvuši par BTAL 58. panta subjektiem. Šiem bērniem un viņu ģimenei nonākot sociālo dienestu redzes lokā, sociālo dienestu rīcībā būtu tūlītējs instruments, kuru piedāvāt situācijas uzlabošanai.

Cita institūcija, kas var identificēt bērnus, kuriem ir uzvedības problēmas un kuri ir cietuši no vardarbības, un nosūtīt viņus un viņu ģimenes locekļus pie MDĢT speciālistiem, ir bāriņtiesa. Tādējādi tiktu uzlabots esošās sekundārās un terciārās prevencijas līmenis, jo bērnu problēmas tiktu risinātas savlaicīgāk, pirms bērna nonākšanas sodu izpildes sistēmā.

Savukārt, kad bērns ir kļuvis par BTAL 58. panta subjektu vai (un) izdarījis likumpārkāpumu, iestādes, kuras ir atbildīgas par uzvedības korekcijas līdzekļu piemērošanu, sniegtu rekomendāciju dalībai MDĢT programmā.

Pašvaldības bērnu tiesību aizsardzības sadarbības grupa MDĢT var iekļaut bērnam izstrādātajā uzvedības sociālās korekcijas programmā, bet pašvaldības administratīvā komisija to var piemērot kā audzināšanas rakstura piespiedu līdzekli. Šajā situācijā MDĢT komandas pieejamība sociālajā dienestā sniedz priekšrocības, jo sociālajam dienestam ir pieejama informācija par bērnu un ir tūlītēji iespējams izvērtēt gadījuma atbilstību MDĢT. Savukārt VPD saviem klientiem MDĢT var piemērot sociālās rehabilitācijas

pasākumu ietvaros, novirzot bērnu un ģimeni pakalpojuma saņemšanai attiecīgās pašvaldības sociālajā dienestā, ja tajā ir pieejams MDĢT pakalpojums.

9.4.7. IESPĒJAMIE RISKI 3. SCENĀRIJA IETVAROS

Vairāku pašvaldību iesaistei pastāv risks nenodrošināt vienādu pakalpojuma kvalitāti starp reģioniem un savstarpējo koordināciju dažādu pašvaldību starpā. Šajā situācijā nozīmīga loma būtu LM kā atbildīgajai iestādei, lai uzraudzītu un kontrolētu vienādu MDĢT procesa īstenošanu. Tas prasītu no LM jau laicīgi izstrādāt vadlīnijas MDĢT pakalpojuma nodrošināšanai dažādos Latvijas reģionos.

Papildu risks pašvaldību iesaistei ir saistīts ar ilgtspējas nodrošināšanu. Līdz ar to visām iesaistītajām pusēm MDĢT programmas pilotprojekta īstenošanā laicīgi ir jāparedz mehānismi, kas nodrošinātu MDĢT nepārtrauktību un ilgtspēju arī gadījumos, kad pašvaldībā varētu mainīties prioritātes, piemēram, saistībā ar pašvaldību politiskās vadības maiņu. Turklāt gadījumā, ja tiek pieņemts lēmums MDĢT programmas finansēšanu turpināt no pašvaldību līdzekļiem, pastāv risks, ka pašvaldības nespēs segt MDĢT programmas izmaksas līdzvērtīgā apmērā kā tas būtu bijis pilotprojekta ietvaros. Tāpat, nosakot MDĢT programmas finansēšanu kā pašvaldību atbildību, tiek ierobežotas reģionālā tvēruma paplašināšanas iespējas, jo pašvaldību finansiālās iespējas un motivācija ieviest MDĢT par saviem līdzekļiem var būt ierobežotas.

MDĢT ieviešana sociālo dienestu pakalpojumu ietvaros paredzētu jaunas struktūrvienības izveidi sociālajā dienestā, nevis sociālo darbinieku esošo funkciju papildināšanu ar MDĢT veikšanu. "Sociālie darbinieki jau tā tiek pārslogoti. Ja jāveic vēl arī (..) (citus) pienākumus, sociālajam darbiniekam neatliek laika veikt pilnvērtīgu sociālo darbu, strādāt preventīvi ar attiecīgām mērķa grupām. Laika trūkuma dēļ, iespējams, cieš darba kvalitāte, jo darbam ar gadījumu vadīšanu jābūt nepārtrauktam."³⁰³ Ņemot vērā sociālo dienestu kapacitāti, esošo cilvēkresursu ietvaros MDĢT ieviešana netiek plānota, bet ir nepieciešama jaunu darbinieku piesaiste tikai MDĢT funkcijas veikšanai.

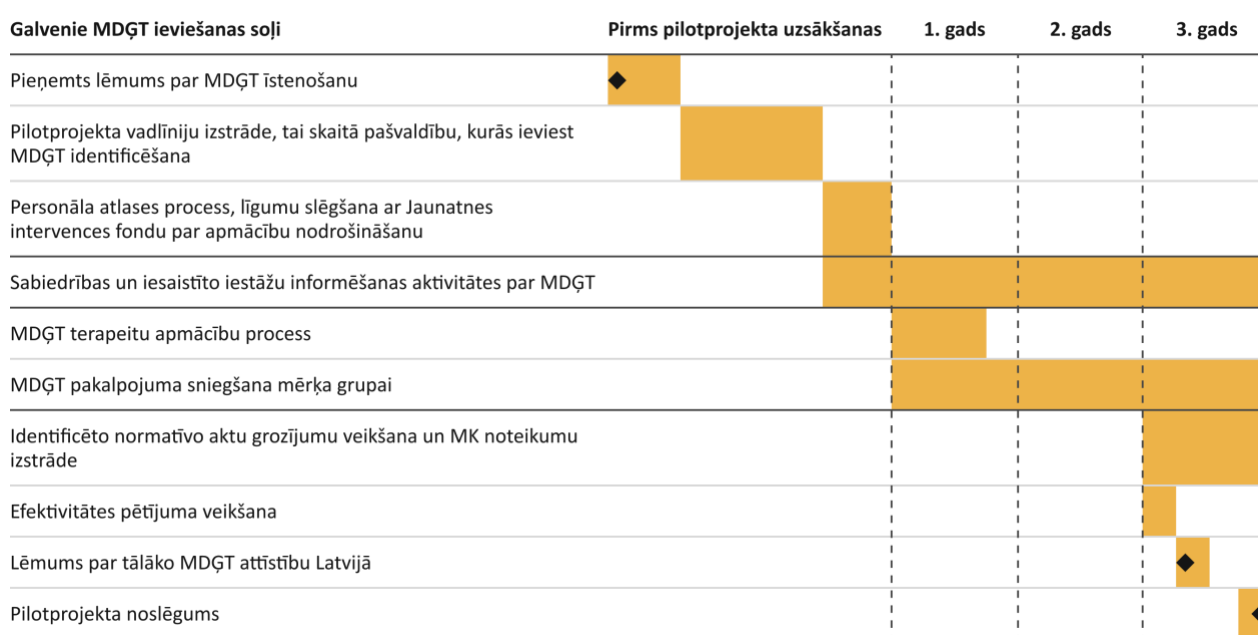
Tomēr pastāv risks, ka sociālo dienestu kapacitāte piesaistīt speciālistus ar MDĢT prasībām atbilstošu kvalifikāciju nebūs pietiekama. Viens no aspektiem ir kopējā speciālistu pieejamība reģionā, bet otrs – sociālo dienestu iespējas nodrošināt kvalifikācijas un ieguldījuma prasībām atbilstošu atlīdzību. Tāpat šīs iespējas var būt atšķirīgas pašvaldību starpā, nespējot nodrošināt līdzvērtīgu atlīdzību MDĢT terapeitiem dažādu pašvaldību komandās. Tas MDĢT speciālistu vidū var veicināt negatīvas izjūtas par viņu darba novērtējumu un ietekmēt darbinieku mainību MDĢT komandās.

9.4.8. MDĢT IEVIEŠANAS PROCESS SCENĀRIJA NR. 3 IETVAROS

Plānojot MDĢT programmas pilotprojekta ieviešanu un provizorisko laika grafiku, ir jāņem vērā galvenie soļi, kas nepieciešami pilotprojekta uzsākšanai un ieviešanai (skat. Ilustrācija 15).

³⁰³ Nodibinājums "Baltic Institute of Social Sciences". (2021). Pētījuma ziņojums "Par sociālās palīdzības organizatora darba saturu pašvaldību sociālajos dienestos un darba kvalitatīvai izpildei nepieciešamajām kompetencēm", 31.lpp. Iegūts no: <https://www.lm.gov.lv/lv/media/17361/download>

ILUSTRĀCIJA 16. SCENĀRIJA NR. 3 MDĢT IEVIEŠANAS LAIKA GRAFIKS



Avots: Civitta Latvija

Atbilstoši norādītajam laika grafikam ilustrācijā Nr.15, ir jāparedz laiks, kas jāvelta nepieciešamo darbību veikšanai pēc lēmuma par MDĢT ieviešanas pieņemšanu, bet pirms pilotprojekta uzsākšanas. Tas ietver pilotprojekta vadlīniju plāna izstrādi, tai skaitā pašvaldību, kurās ieviest MDĢT identificēšanu un savstarpējās sadarbības modeļa izstrādi, kā arī laiku, kas nepieciešams nepieciešamo cilvēkresursu piesaistei un līguma noslēgšanai ar Jaunatnes Intervences fondu par MDĢT komandu apmācību veikšanu.

Aktivitātes, kas attiecas uz iesaistīto institūciju un mērķa grupas informēšanu par MDĢT programmas iespējām, būtu jāuzsāk pirms pilotprojekta uzsākšanas, lai nodrošinātu, ka līdz ar apmācību procesa sākumu MDĢT terapiju varētu uzsākt darbu ar pirmajām ģimenēm. Sabiedrības un iesaistīto iestāžu informēšana par MDĢT programmu ir jānodrošina visā pilotprojekta īstenošanas laikā, taču informācijas aktivitāšu intensitāte var būt mainīga.

Vienlaicīgi ar pilotprojekta sākumu MDĢT komandas uzsāktu apmācības, kā arī darbu ar MDĢT mērķa grupu, pakāpeniski palielinot gadījumu skaitu, ar kuru MDĢT terapeits vienlaicīgi strādā.

Pilotprojekta trešā gada ietvaros ir jāveic darbs pie identificēto normatīvo aktu grozījumiem, tai skaitā MK noteikumu par MDĢT īstenošanu pēc pilotprojekta beigām izstrādes. Gada pirmajā daļā ir nepieciešams veikt MDĢT efektivitātes izvērtējumu, kas tiktu izmantots, lai pieņemtu lēmumu par MDĢT programmas tālāko attīstību pēc pilotprojekta noslēguma. Šis lēmums ir jāpieņem pirms pilotprojekta noslēguma, paredzot laiku nepieciešamajām darbībām MDĢT nepārtrauktības nodrošināšanai, piemēram, MDĢT nepieciešamā finansējuma iekļaušanu valsts budžetā.

9.4.9. SCENĀRIJA NR. 3 IEVIEŠANAS IZMAKSU PROGNOZE

Scenārija Nr. 3 gadījumā vienas komandas izmaksas trīs gadu periodā kopsummā veidotu nedaudz mazāk kā 790 000 EUR (skat. Tabula 7). Gadu griezumā izmaksas ir atšķirīgas, jo pirmajā gadā ir paredzēts finansējums darbinieku apmācībām, bet trešajā gadā – efektivitātes izvērtējumam par MDĢT pilotprojekta

rezultātiem. Izmaksu prognozē ir ņemtas vērā Finanšu ministrijas prognozes par inflācijas un darbaspēka algas pieauguma līmeni.³⁰⁴

TABULA 7. VIENAS MDĢT KOMANDAS IZMAKSAS PA GADIEM TRĪS GADU PERIODĀ SCENĀRIJA NR. 3 IETVAROS, EUR

Izmaksu pozīcija	1. gads	2. gads	3. gads
Atlīdzība (kopā)	174 780	187 888	197 283
<i>Viena komandas pārrauga atlīdzība (bruto)</i>	41 559	44 676	46 910
<i>Trīs MDĢT terapeitu atlīdzība (bruto)</i>	99 860	107 350	112 717
<i>DD VSAOI</i>	33 361	35 863	37 656
Darbinieku bonusi (prēmijas, atvaļinājuma pabalsts, veselības apdrošināšana)	16 545	17 681	18 514
MDĢT apmācības	57 344	-	-
<i>Apmācību maksa komandai (4 cilvēki)</i>	47 840	-	-
<i>Komandējumu izmaksas klātienē apmācību dienām</i>	9 504	-	-
Pakalpojuma līgums ar Jaunatnes Intervences fondu	7 200	7 200	7 200
MDĢT licences līgums	167	167	167
Aprīkojums	4 774	-	-
Ceļošanas izdevumi Latvijā	18 218	18 619	19 085
Administratīvās izmaksas (sakarū izdevumi, biroja izdevumi, telpas un atbalsta personāls, piemēram, grāmatvedis, informatīvie pasākumi)	8 786	9 199	9 541
MDĢT efektivitātes pētījums	-	-	9 509
Kopā gadā	287 814	240 754	261 298
Kopā trīs gadu periodā			789 866

Avots: Civitta Latvija finanšu aprēķini

PERSONĀLA IZMAKSAS

Izmaksu prognozes ietvaros aprēķinot personāla atlīdzību, MDĢT komandas pārrauga amats tiek pielīdzināts 13. amatu saimes (ekspertīze) IV līmenim³⁰⁵, kas ietver speciālistus, kuri var vadīt kādu no iestādes veiktajām funkcijām (šajā gadījumā MDĢT pakalpojuma sniegšanu), veic koordinējošā eksperta funkcijas, metodisko vadību, piedalās metodiku izstrādē, organizē ekspertīžu veikšanu un pieņem ar tām saistītos lēmumus.

Savukārt MDĢT terapeita amats tiek pielīdzināts 43. amatu saimes “Sociālais un psiholoģiskais atbalsts” 1. apakšsaimes “Sociālais darbs” VI A līmenim. Atbilstoši klasifikācijai šajā amatu saimes līmenī ietilpst darbinieki, kuri veic “psihosociālo darbu, sociālā gadījuma vadīšanu, tai skaitā daudzpakāpju izvērtēšanu, ģimenēm ar bērniem, strādā patstāvīgi, sadarbojas ar citiem speciālistiem klientam nepieciešamā atbalsta nodrošināšanā un viņa sociālo problēmu risināšanā”.³⁰⁶

³⁰⁴ Finanšu ministrija. Tautsaimniecības un budžeta izpildes analīze. Iegūts no:

<https://www.fm.gov.lv/lv/tautsaimniecibas-un-budzeta-izpildes-analize>

³⁰⁵ Atbilstoši Ministru kabineta 2022. gada 26. aprīļa noteikumi Nr. 262 “Valsts un pašvaldību institūciju amatu katalogs, amatu klasifikācijas un amatu apraksta izstrādāšanas kārtība”. Latvijas Vēstnesis, 88, 09.05.2022. Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/332122>

³⁰⁶ Turpat.

Tādējādi MDĢT komandas pārrauga amata atlīdzība ir noteikta atbilstoši 11. mēnešalgu grupai, bet MDĢT terapeita amats – 10. mēnešalgu grupai. Visu MDĢT komandas darbinieku atlīdzība ir aprēķināta, pieņemot, ka darbinieki ir nodarbināti MDĢT pilna laika darbā jau no apmācību uzsākšanas dienas.

Izmaksu prognozē MDĢT speciālistu atlīdzībai ir piemērots atbilstošās mēnešalgu grupas maksimālais koeficients, tādējādi šo amatu grupu speciālistiem ir iespējams piemērot arī mazāku atlīdzības apmēru, izvērtējot pieejamo finansējumu. Tomēr, ņemot vērā cilvēkresursu pieejamības problēmas un speciālistiem nepieciešamās kvalifikācijas prasības, motivējošas atlīdzības noteikšana būtu vēlama, lai sekmētu MDĢT terapeitu piesaisti. Gadījumā, ja valstī tiktu pieņemts lēmums par darba spēka nodokļu likmju izmaiņām, tas varētu ietekmēt personāla atlīdzībai nepieciešamā finansējuma prognozi.

Ņemot vērā, ka valsts un pašvaldību iestādēs atbilstoši Valsts un pašvaldību institūciju amatpersonu un darbinieku atlīdzības likuma 3. panta ceturtajai daļai un 16. pantam var paredzēt papildu atlīdzības izmaksas kā, piemēram, atvaļinājuma pabalstu vai naudas balvu, vai prēmijas, arī šīs izmaksas ir paredzētas scenārija Nr. 3 izmaksu prognozē. Vienlaikus ir paredzētas arī izmaksas par darbinieku veselības apdrošināšanas polisi.

AR APMĀCĪBĀM UN MDĢT LICENCES UZTURĒŠANU SAISTĪTĀS IZMAKSAS

Pirmā gada ietvaros ir paredzētas izmaksas par MDĢT terapeitu apmācību. Izmaksu prognoze ir veikta atbilstoši Jaunatnes Intervences fonda sniegtajai informācijai par MDĢT apmācību izmaksām 2024. gadā.³⁰⁷ Finansējuma modelī ir paredzēts, ka tiks apmācīta četru terapeitu komanda, no kurām viens pilda komandas pārrauga funkciju. Lai gan apmācības lielākoties notiek attālināti, tomēr ir paredzēti arī divi braucieni uz Nīderlandi klātienē apmācību dienām. Tādēļ papildu apmācību maksai ir paredzēti arī komandējuma izdevumi visu MDĢT komandas dalībnieku braucieniem uz Nīderlandi.

Šo izmaksu kontekstā ir jāvērtē risks, ka gadījumā, ja netiek nodrošināta personāla ilgtspēja un ir nepieciešams piesaistīt un apmācīt jaunus cilvēkresursus, tam būs nepieciešams papildu finanšu ieguldījums. Atbilstoši Jaunatnes Intervences fonda sniegtajai informācijai viena MDĢT terapeita apmācības izmaksā 13 250 EUR saskaņā ar 2024. gada cenām, bet komandas pārrauga – 19 200 EUR.³⁰⁸ Tāpat ir jāņem vērā, ka Jaunatnes Intervences fonds spēj sniegt informāciju par pakalpojuma izmaksām 2024. gada cenās, taču, ja MDĢT komandu apmācības tiks uzsāktas vēlāk, ir iespēja, ka pakalpojuma cenas pieaugs.

Pēc apmācību noslēguma ir jāslēdz divi papildu līgumi ar Jaunatnes Intervences fondu – licences līgums un pakalpojumu līgums. Licences līgumu slēdz iestāde, kuras atbildībā ir vismaz viena MDĢT komanda, un tā izmaksas ir fiksētas neatkarīgi no komandu skaita iestādes pārraudzībā. Izmaksu prognozes ietvaros ir paredzēts, ka licences turētājs ir viens. Tādējādi kopējās licences gada izmaksas tiek dalītas trīs komandu starpā. Taču gadījumā, ja tiek pieņemts lēmums, ka licences turētāji ir vairāki, tad katrai iestādei, kuras atbildībā ir licence par vismaz vienu MDĢT komandu, ir jāsedz pilnas licences gada izmaksas 500 EUR apmērā.

Licences līguma ietvaros Jaunatnes Intervences fonds nodrošina MDĢT terapeitu gadījumu monitoringu. Savukārt, pakalpojuma līgums tiek slēgts uz trīs gadu periodu par katru aktīvo MDĢT komandu. Pakalpojumu līgumā ietilpst dažādi ikgadēji izglītojoši pasākumi, informatīvais atbalsts, ikgadējais MDĢT izvērtējums un audits trīs gadu perioda noslēgumā. Latvijas gadījumā šos līgumus var slēgt arī atbildīgā iestāde jeb scenārija Nr. 3 gadījumā – LM, taču šīs izmaksu pozīcijas nepaaugstinātos arī gadījumā, ja pakalpojuma līgumus slēgtu katra pašvaldība atsevišķi.

³⁰⁷ Stichting Jeugdinterventies. (2023). Information MDFT training and implementation.

³⁰⁸ Turpat.

CITAS IZMAKSAS

Finansējuma ietvaros ir plānotas arī vienreizējas izmaksas par aprīkojumu³⁰⁹. Komandas darba nodrošināšanai ir nepieciešami četri datori ar programmatūru, katram terapeitam piešķirot savu darba datoru. MDĢT procesa nodrošināšanai ir nepieciešama arī video kamera terapijas sesiju ierakstīšanai.

Aprēķinot ceļa un uzturēšanās izdevumus MDĢT terapeitiem ikdienas darbam ar ģimenēm, tiek prognozēts, ka vidēji MDĢT eksperti reģionos dienā veiktu 150 kilometru lielu distanci, apmeklējot divas ģimenes. Izmaksu prognozes ietvaros ir paredzēts, ka MDĢT terapeiti izmantos iestādes vai personīgo automašīnu. Rīgā šīs izmaksas provizoriski varētu būt zemākas, ņemot vērā mazākus MDĢT terapeitiem veicamos attālumus un iespēju atsevišķos gadījumos izmantot sabiedrisko transportu. Ceļa izmaksu aprēķinā ir iekļautas arī citas ar automašīnas uzturēšanu saistītas izmaksas kā, piemēram, izmaksas par apdrošināšanu, transportlīdzekļa ekspluatācijas nodokli un tehnisko apkopi.

Administratīvo izmaksu ietvaros ir iekļautas izmaksas par biroja nodrošinājumu, t.sk. par kancelejas precēm un sakaru pakalpojumiem MDĢT komandai, iestādē esošā atbalsta personāla, piemēram, grāmatveža atvēlēto darba laiku ar MDĢT komandas darbu saistītās grāmatvedības kārtošana, kā arī komunālie izdevumi par MDĢT komandai paredzēto telpu izmantošanu. Ir paredzēts, ka telpas MDĢT komandu darbībai tiks nodrošinātas pašvaldības esošo resursu ietvaros, tādēļ atsevišķa pozīcija par telpu nomu nav paredzēta.

Attiecībā uz informatīvajiem pasākumiem, ir paredzēts, ka izmaksas tiktu dalītas visu trīs komandu starpā, piemēram, visām MDĢT komandām organizējot kopīgu informatīvo pasākumu.

MDĢT programmas pilotprojekta trešā gada ietvaros ir paredzētas izmaksas efektivitātes pētījuma veikšanai. Efektivitātes pētījums par MDĢT programmas pilotprojekta rezultātiem nepieciešams, lai sniegtu argumentētu pamatojumu un risinājumus tālākajai MDĢT programmas attīstībai Latvijā pēc pilotprojekta noslēguma. Tā kā izvērtējumu ir paredzēts veikts par visu trīs komandu darbu, katrai komandai tiek attiecināta trešā daļa no kopējām prognozējamajām efektivitātes pētījuma izmaksām.

AR FINANSĒJUMU SAISTĪTIE RISKI

Līdzīgi kā citos scenārijos arī scenārija Nr. 3 ietvaros viens no galvenajiem riskiem ir saistīts ar finansējuma ilgtspējas nodrošināšanu. Paredzot MDĢT programmas finansēšanu no valsts budžeta līdzekļiem, ir jāizstrādā atbilstoši normatīvo aktu grozījumi, kas paredz šo izdevumu segšanu pašvaldību sociālajiem dienestiem. Savukārt, piesaistot pašvaldību finansējumu MDĢT programmas turpināšanai, pastāv risks, ka pašvaldībām nebūs iespējams nodrošināt līdzekļus līdzvērtīgā apjomā kā pilotprojekta ietvaros. Turklāt, mainoties pašvaldību politiskajai vadībai, pastāv risks, ka tiktu pieņemts lēmums pārtraukt sniegt MDĢT pakalpojumu, līdzekļus novirzot citām prioritātēm.

Pēc MDĢT programmas pilotprojekta izvērtējuma veikšanas ir iespējams, ka tiek identificēta nepieciešamība paplašināt MDĢT programmas tvērumu, attīstot to citos Latvijas reģionos vai paplašinot mērķa grupu. Ja MDĢT programma tiek finansēta no valsts budžeta līdzekļiem, ir jāparedz finanšu ieguldījumi jaunu komandu apmācībā un tās darbībai nepieciešamo resursu nodrošināšanā. Taču gadījumā, ja MDĢT programmas finansēšana tiek nodota pašvaldību pārziņā, pastāv risks, ka augsto MDĢT programmas izmaksu dēļ citas pašvaldības lēmumu par MDĢT pakalpojuma ieviešanu varētu nepieņemt.

Finansējuma riski pastāv arī gadījumos, kad kāds no jau esošo MDĢT komandas darbiniekiem dodas ilgstošā prombūtnē, piemēram, bērna kopšanas atvaļinājumā, vai pārtrauc darba attiecības, un ir nepieciešama jaunu MDĢT terapeitu apmācība. Šādos gadījumos būs nepieciešams rast papildu finansējumu apmācību

³⁰⁹ Atbilstoši Ministru kabineta 2018. gada 13. februāra noteikumu Nr. 87 "Grāmatvedības uzskaites kārtība budžeta iestādēs" 2. pielikumam datortehnikas un biroja tehnikas nolietojuma termiņš ir 5 gadi – Autora piezīme.

izmaksām. Tāpat, plānojot MDĢT komandu noslodzi, jāņem vērā, ka, uzsākot apmācību procesu, MDĢT terapeits strādātu ar mazāku skaitu ģimeņu nekā MDĢT terapeiti, kuri jau pabeiguši apmācību procesu iepriekš.

MDĢT programmas ieviešanai nepieciešamā finansējuma apmēru var ietekmēt arī dažādi ārējie faktori, piemēram, izmaiņas ar darbaspēka nodokļa likmēm saistītajos normatīvajos aktos var ietekmēt plānotās personāla izmaksas.

Savukārt, energoresursu cenu izmaiņas var ietekmēt izmaksu prognozes par transporta izdevumiem un administratīvajiem izdevumiem, kas attiecas uz MDĢT komandas telpu nodrošinājumu. Tāpat pašvaldību iesaiste scenārija Nr. 3 gadījumā paredz to, ka MDĢT īstenošana attiecīgās pašvaldības sociālā dienesta ietvaros ir saistīta ar pašvaldības politiskās vadības noteiktajām prioritātēm. Tādējādi ir iespēja, ka var tikt pieņemts lēmums pārtraukt pakalpojuma sniegšanu, zaudējot veiktos ieguldījumus pakalpojuma ieviešanā.

9.4.10. SCENĀRIJA NR. 3 SVID ANALĪZE

Scenārija Nr.3 ieviešanā ir identificētas gan tā stiprās puses, gan vājās puses, kā arī iespējas un draudi. Šis analīzes process var palīdzēt izprast vairāk šo scenāriju un pieņemt turpmākos lēmumus, kas sekmētu pēc iespējas efektīvāku MDĢT programmas ieviešanu Latvijā.

STIPRĀS PUSES	VĀJĀS PUSES
<ul style="list-style-type: none"> • MAZĀKS ADMINISTRATĪVAIS SLOGS MDĢT PROGRAMMAS UZSĀKŠANAI. Pašvaldību sociālie dienesti jau ir tiesīgi strādāt ar MDĢT programmas mērķa grupām esošo normatīvo aktu ietvaros • INFORMĀCIJAS SISTĒMU PIEEJAMĪBA. Pašvaldību sociālie dienesti ir piekļuves sistēmām kā pašvaldību institūcijām, kas neierobežo laicīgu informācijas iegūšanu un apmaiņu • PAŠVALDĪBU SOCIĀLO DIENESTU PIEEJAMĪBA TUVĀK PAKALPOJUMA SAŅĒMĒJAM. Pašvaldību sociālie dienesti darbojas uz vietas noteiktos Latvijas reģionos un atrodas tuvāk pakalpojuma saņēmējiem, nodrošinot tiešu kontaktu ar ģimenēm un bērniem • IZPRATNE PAR MDĢT PROGRAMMAS MĒRĶA GRUPU. Pašvaldību sociālajiem dienestiem ir iegūta pieredze sadarbībā ar bērniem ar uzvedības traucējumiem un viņu ģimenēm • PIREDZE SADARBĪBĀ AR CITĀM INSTITŪCIJĀM BĒRNU TIESĪBU AIZRADZĪBAS JOMĀ. Izmantojot esošos sadarbības mehānismus ar citām institūcijām, kas būtu iesaistītas MDĢT programmā, tiktu sekmēta MDĢT programmas pieejamība mērķa grupai pēc iespējas īsākā laikā 	<ul style="list-style-type: none"> • ELASTĪBAS TRŪKUMS ATLĪDZĪBAS NOTEIKŠANĀ. Elastīgas pieejas trūkums attiecībā uz atlīdzības politiku speciālistiem, kā arī jāievēro citi darbību regulējošie normatīvie akti • IEROBEŽOTAS IESPĒJAS PIESAISTĪT FINANSĒJUMU. Finansējuma avoti ir ierobežoti, līdz ar to regulāri jāseko naudas plūsmai • PAPILDU IZAICINĀJUMI MDĢT PROGRAMMAS ĪSTENOŠANĀ. MDĢT komandu darbība notiks vairākās atšķirīgās pašvaldībās, kas ir būtisks izaicinājums nodrošināt vienādu pieeju visā MDĢT programmas procesā

IESPĒJAS	DRAUDI
<ul style="list-style-type: none"> • ATBALSTA SISTĒMAS UZLABOŠANA REĢIONOS. MDĢT ieviešana pašvaldību sociālajos dienestos uzlabotu bērniem un jauniešiem ar uzvedības problēmām reģionāli pieejamo atbalsta sistēmu • VISAPTVEROŠĀKI SECINĀJUMI PAR MDĢT PILOTPROJEKTA IEVIEŠANU. MDĢT pilotprojekta īstenošana Latvijas mērogā ļautu izdarīt visaptverošākus secinājumus par programmas efektivitāti un piemērotību ne tikai Rīgas apstākļiem, bet arī reģioniem • UZTICĪBA MDĢT PROGRAMMAI. Citu iesaistīto iestāžu uzticība pašvaldību sociālajiem dienestiem MDĢT programmai pilotprojekta laikā, ņemot vērā to līdzšinējo sadarbību citos līdzīgos pakalpojumos • MAZINĀT STIGMU UN DISKRIMINĀCIJU SABIEDRĪBĀ. MDĢT programmas izpilde, iesaistot bērna vidi (ģimeni, skolu, ārpus skolas sabiedrību), sekmētu kopējo sabiedrības izglītību par labklājības aspektiem un palīdzētu mazināt stigmatu un diskrimināciju 	<ul style="list-style-type: none"> • ES FONDU NOSACĪJUMU IETEKME. MDĢT programmas pilotprojekta ieviešana ir jāveic saskaņā ar ESF+ nosacījumiem, un jāspēj pielāgoties šī finansējuma prasībām un ar to saistītajām izmaiņām • PRIORITĀŠU MAIŅA PAŠVALDĪBAS POLITISKAJAI VADĪBAI. MDĢT programmas ilgtspēja konkrētā pašvaldībā ir atkarīga no pašvaldības politiskās gribas un tās prioritātēm • IZAICINĀJUMS CILVĒKRESURSU PIESAISTEI UN ILGTSPĒJAI. Sociālo dienestu iespējas piesaistīt speciālistus ar MDĢT prasībām atbilstošu kvalifikāciju un piesaistīto speciālistu motivēšana var būt izaicinājums, ņemot vērā esošo atlīdzības politiku • MDĢT PROGRAMMAS FINANSĒŠANA NO PAŠVALDĪBU BUDŽETA. Pašvaldību iespējas nodrošināt esošo MDĢT komandu finansēšanu pilotprojektam līdzvērtīgā apjomā un citu pašvaldību motivācija un finansiālā kapacitāti ieviest pakalpojumu par saviem līdzekļiem, lai paplašinātu reģionālo tvērumu

9.5. MDĢT PROGRAMMAS PEĻNAS SLIEKŠŅA RAKSTUROJUMS

Lai novērtētu MDĢT programmas sniegtos finansiālos ieguvumus, salīdzinot ar MDĢT izmaksām, tika veikta izmaksu un ieguvumu analīze balstīta uz situāciju, kad nepilngadīgai personai (bērnam līdz 18 gadu vecumam), kura nav saņēmusi MDĢT pakalpojumu, turpina attīstīties uzvedības problēmas, tai skaitā vardarbīga uzvedība, līdz pilngadības sasniegšanai, kas noved pie noziedzīga nodarījuma veikšanas, par kuru tiek piemērots sods – brīvības atņemšana. Izmaksu un ieguvumu analīzē ir iekļautas izmaksas par pilngadīgas personas uzturēšanu ieslodzījuma vietā, zaudējumi valsts budžetā nesamaksāto darba spēku nodokļu veidā³¹⁰, kā arī izmaksas par pilngadīgas personas vardarbības rezultātā cietušās personas rehabilitāciju valsts apmaksāto pakalpojumu ietvaros.

³¹⁰ Šajā rādītājā ir iekļauts valsts budžetam potenciāli nesamaksātais iedzīvotāju ienākuma nodoklis, ņemot vērā arī nodarbinātības iespējas ieslodzījuma vietā – Autora piezīme.

TABULA 8. IZMAKSU UN IEGUVUMU ANALĪZE MDĢT PROGRAMMAS IEVIEŠANAI LATVIJĀ

Rādītājs	1. gads	2. gads	3. gads	4. gads	5. gads	6. gads	7. gads
<i>Efektivitātes koeficients, %</i>	86%	86%	86%	86%	86%	86%	86%
<i>Kumulatīvais gadījumu skaits 7 gadu periodā</i>	120	240	360	480	600	720	840
<i>Vidējās MDĢT programmas izmaksas gadā, EUR</i>	862 025	720 668	782 186	808 692	804 993	811 627	801 346
<i>MDĢT izmaksas uz 1 gadījumu, EUR</i>	7 184	6 006	6 518	6 739	6 708	6 764	6 678
<i>Novērstās izmaksas, EUR</i>							
<i>Novērstās izmaksas 1 ieslodzītās personas uzturēšanai, EUR</i>	18 237	18 638	19 104	19 544	19 935	20 333	20 740
<i>Novērsti 1 personas nodokļu zaudējumi valstij, EUR</i>	2 967	3 190	3 349	3 517	3 587	3 659	3 732
<i>Kopā ilgstoši novērsti zaudējumi valsts budžetā gadā (1 personai), EUR</i>	21 204	21 828	22 454	23 061	23 522	23 992	24 472
<i>Novērstās izmaksas rehabilitācijai vardarbībā cietušajiem, EUR</i>	109 839	112 256	115 062	117 708	120 063	122 464	124 913
<i>Kopā novērsti zaudējumi valsts budžetā gadā, EUR</i>	2 654 377	5 351 035	8 198 394	11 186 781	14 233 130	17 396 858	20 681 442
<i>Kopā ieguvumi valsts budžetā gadā, EUR</i>	1 792 352	4 630 367	7 416 208	10 378 089	13 428 136	16 585 231	19 880 096
<i>Kopējie ieguvumi valsts budžetā 7 gadu periodā, EUR</i>	74 021 397						

Avots: Civitta Latvija

Izmaksu aprēķinos ir ņemtas vērā Finanšu ministrijas prognozes par inflācijas un darbaspēka atlīdzības pieauguma līmeni.³¹¹ Aprēķini ir veidoti, pamatojoties uz pieņēmumu, ka gadījumā, ja MDĢT programma būtu

³¹¹ Finanšu ministrija. Tautsaimniecības un budžeta izpildes analīze. Iegūts no: <https://www.fm.gov.lv/lv/tautsaimniecibas-un-budzeta-izpildes-analize>

īstenota, tai būtu 86 % efektivitāte noziedzīgu nodarījumu recidīva mazināšanai.³¹² Vidējās MDĢT programmas izmaksas ir balstītas uz visu trīs MDĢT ieviešanas scenāriju vidējām izmaksām. Tiek pieņemts, ka gada laikā trīs komandas varētu iekļaut MDĢT 120 ģimenes un septiņu gadu laikā MDĢT komandu skaits ir nemainīgs. Vidējās MDĢT programmas gada izmaksas septiņu gadu periodā kopsummā veido 798 791 EUR un, pieņemot, ka gada laikā tiek iekļauti 120 gadījumi, tie vidēji ir 6 657 EUR uz vienu gadījumu. Lai arī izmaksas ir augstas, tomēr MDĢT rezultātā gūtie potenciālie ieguvumi, novēršot personas nonākšanu ieslodzījuma vietā un vardarbības veikšanu pret citām personām, ir daudzkārt lielāki.

Viena gada laikā MDĢT programmas ieviešana varētu novērst valsts budžeta izmaksas 2,65 miljoni EUR apmērā (skat.Tabula Tabula 8), kas saistītas ar ieslodzītās personas uzturēšanu, vardarbībā cietušu personu rehabilitāciju, kā arī, pieņemot, ka jaunieši būtu nodarbināti ārpus ieslodzījuma vietas – darba spēka nodokļu zaudējumus. Turklāt, tā kā vidējais aprēķinātais ieslodzījuma ilgums ir aptuveni septiņi gadi³¹³, tad šiem zaudējumiem ir kumulatīvs raksturs, jo, personai atrodoties ieslodzījuma vietā, izdevumi par viņa uzturēšanu un darba spēka nodokļu zaudējumi turpinās visu brīvības atņemšanas laiku. Tādējādi ik gadu kopējā finansiālo zaudējumu summa pieaug, jo pieaug potenciāli MDĢT programmā iekļauto bērnu skaits, kas ļautu novērst nonākšanu ieslodzījuma vietā. Septītā gada ietvaros provizoriskā MDĢT programma novērsto zaudējumu kopsumma veidotu 20,68 miljonus EUR.

Ja salīdzina MDĢT programmas ieviešanas izmaksas un tās rezultātā novērsto zaudējumu kopsummu, jau viena gada ietvaros potenciālie ietaupījumi valsts budžetā būtu 1,79 miljoni EUR. Savukārt, septiņu gadu laikā kopējais ietaupījums valsts budžetam, atņemot ar MDĢT īstenošanu saistītās izmaksas, veidotu nedaudz vairāk kā 74 miljonus EUR.

TABULA 9. MDĢT IZMAKSU EFEKTIVITĀTE ATTIECĪBĀ PRET PIESPRIESTĀ CIETUMSODA ILGUMU

Rādītājs	Kopsumma
1 gada izmaksas 1 ieslodzītās personas uzturēšanai, EUR	21 206
1 personas nodokļu zaudējumi valstij gadā, EUR	3 450
Izmaksas 1 vardarbībā cietušas personas rehabilitācijai, EUR	1 064
MDĢT vidējās izmaksas 1 gadījumam, EUR	6 657
Cietumsoda ilgums, lai MDĢT izmaksu prognoze būtu līdzvērtīga ar cietumsoda izmaksām Latvijā, dienu skaits	83

Avots: Civitta Latvija aprēķini

Ņemot vērā, ka piesprieštie brīvības atņemšanas termiņi ir atšķirīgi, tad šī pētījuma ietvaros tiek vērtēts, vai visos gadījumos, kad persona nonāk ieslodzījuma vietā, MDĢT izmaksas būtu zemākas kā izdevumi par atrašanos ieslodzījuma vietā. Atbilstoši veiktajiem aprēķiniem, ir secināms, ka MDĢT izmaksas varētu tikt uzskatītas par līdzvērtīgiem izdevumiem saistībā ar izmaksām personai, kas atrodas ieslodzījuma vietā, un

³¹² Pamatojoties uz pētījuma rezultātiem atbilstoši Liddle, H.A., Dakof, G., Rowe, C. et al. (2023). Multidimensional Family Therapy for Justice-Involved Young Adults with Substance Use Disorders. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*. <https://doi.org/10.1007/s11414-023-09852-5>

³¹³ Atbilstoši SIA "Civitta Latvija" aprēķiniem, pamatojoties uz Ieslodzījumu vietu pārvaldes 2022. gada statistikas datus pieejamo informāciju par notiesāto sadalījumu atbilstoši piesprieštie brīvības atņemšanas soda termiņa ilgumam. Iegūts no: IeVP. Oficiālās statistikas pārskati. <https://www.ievp.gov.lv/lv/oficialas-statistikas-parskati>

citai personai vardarbības rezultātā nodarīto kaitējumu, ja personas ieslodzījuma termiņš būtu 83 dienas³¹⁴ (skat. Tabula 9). Tādējādi MDĢT programmas ieguvumi pārsniegtu personas izdevumus gadījumā, kad personai par izdarītajiem pārkāpumiem piespriests ieslodzījuma termiņš būtu 84 dienas un vairāk.

Ņemot vērā veikto izmaksu un ieguvumu analīzi, ir secināms, ka MDĢT programma ir efektīvs atbalsta instruments izmaksu ziņā. MDĢT programmas ieviešanas un īstenošanas izmaksas salīdzinājumā ar izmaksām, kas saistītas ar personu uzturēšanu ieslodzījuma vietā un rehabilitācijas nodrošināšanu cietušām personām, ir nozīmīgs ietaupījums valsts budžetā gan viena gada laikā, gan šajā pētījumā iekļautajā septiņu gadu periodā. Tas nozīmē, ka personas uzturēšanas izmaksas ieslodzījumu vietā un rehabilitācijas izmaksas cietušajiem daudzkārt pārsniedz izmaksas par MDĢT programmas ieviešanas izmaksām Latvijā. Tādējādi, MDĢT programmas ieviešana un īstenošana potenciāli radītu būtiskus finanšu ietaupījumus valstij, jo samazinātu tādu personu skaitu, kuras nākotnē varētu nokļūt ieslodzījuma vietā un kuras nav saņēmušas viņu uzvedības problēmām atbilstošu pakalpojumu jau bērna vai jaunieša vecumā.

³¹⁴ Aprēķins veikts no MDĢT vidējām viena gadījuma izmaksām, atņemot fiksētās izmaksas par viena cietušā rehabilitāciju un izdalot ar ieslodzītā uzturēšanas un nodokļu zaudējumu izmaksām par vienu dienu – Autora piezīme.

10. REKOMENDĀCIJAS LABKLĀJĪBAS MINISTRIJAI MDĢT PROGRAMMAS IEVIEŠANAI

Pētījums sniedz rekomendācijas, kuras pētnieki vērtē kā būtiskas, lai nodrošinātu MDĢT programmas pilotprojekta ieviešanu Latvijā. Rekomendācijas izriet no pētījumā gūtajām galvenajām atziņām, kas atbilst MDĢT prasībām. Plānojot un ieviešot MDĢT programmu Latvijā, būtu nepieciešams papildus domāt par institucionālās sadarbības stiprināšanu, valsts līmenī informācijas nodošanu un apmaiņu starp MDĢT un citu bērniem un ģimenēm piemēroto atbalsta pakalpojumu sniegšanā iesaistītajām institūcijām un organizācijām, kā arī kopējo sabiedrības izglītošanu un potenciāli arī iesaistišanu.

10.1. PAR MDĢT SCENĀRIJU IZVĒLI UN TURPMĀKO ĪSTENOŠANU

1. Šī pētījuma ietvaros ir identificēti trīs scenāriji MDĢT programmas ieviešanai, kur privāto tiesību subjekts ir kā potenciālais MDĢT programmas īstenotājs vienā no scenārijiem salīdzinājumā ar pārējiem diviem scenārijiem. Lai noskaidrotu privāto tiesību subjektu interesi, motivāciju un iespēju piesaistīt nepieciešamos cilvēkresursus MDĢT pieejamības nodrošināšanai, būtu jāveic pārrunas ar potenciālajiem MDĢT īstenotājiem, kuri atbilstu specifiskajiem MDĢT programmas īstenotāju kritērijiem, piemēram, organizācijas pieredzei darbā ar bērniem ar uzvedības traucējumiem, esošais un potenciālais ģeogrāfiskais pārklājums, kā arī citi faktori. Izvēloties pakalpojuma sniedzēju, būtu jāvērtē arī ilgtspējas aspekts, piemēram, privāto tiesību subjekta motivācija un iespējas MDĢT pakalpojumu nodrošināt arī pēc pilotprojekta noslēguma.

Pārrunas būtu nepieciešams veikt arī ar pašvaldību pārstāvjiem, lai noskaidrotu viņu interesi ieviest MDĢT programmu savā pašvaldībā ar sociālo dienestu iesaisti, kā arī viņu redzējumu par šīs programmas ilgtspēju viņu pašvaldībā saistībā galvenokārt ar iespējamajiem finanšu un cilvēku resursiem.

MDĢT programmas ieviešanas fāzē mazāks birokrātiskais slogs būtu attiecībā uz VBTAI un VPD kā MDĢT programmas īstenotājiem, taču LM arī šajā gadījumā nepieciešams noskaidrot šo institūciju cilvēku kapacitāte un to zināšanas (piemēram, svešvalodas) atbilstoši noteiktajām prasībām MDĢT terapiem.

Plānojot MDĢT programmas pilotprojekta ieviešanu, izmantojot ESF+ projekta ietvaros pieejamos finanšu līdzekļus, ir jāpievērš uzmanība prasībām un noteikumiem, kas ietverti normatīvajos aktos šo finanšu līdzekļu apgūšanai. Šajos normatīvajos aktos ietvertās prasības potenciāli var ietekmēt iespējamās sadarbības mehānismus citu iestāžu iesaistei MDĢT īstenošanā un pārraudzībā.

Visu iesaistīto pušu apzināšana sekmētu izvēles veikšanu par labu kādam no trīs scenārijiem, lai nodrošinātu MDĢT programmas ilgtspēju arī pēc pilotprojekta ieviešanas, un šajā situācijā izvēle nevarētu būt balstīta tikai uz veiktajiem aprēķiniem katram no scenārijiem, jo atšķirība starp to izmaksām ir salīdzinoši nebūtiska.

2. MDĢT programmas pilotprojekta ieviešanas trešā gada laikā nepieciešams veikt efektivitātes izvērtējumu par MDĢT programmas sniegtajiem ieguvumiem, kā arī, lai novērtētu identificētu galvenos trūkumus, izvērtētu institucionālā ietvara funkcionalitāti un citus būtiskus aspektus, piemēram, nepieciešamās izmaiņas normatīvajā regulējumā, mērķa grupas tvērumu un reģionālo pārklājumu. Efektivitātes pētījums ir nozīmīgs instruments, kuru izmantot, izstrādājot MDĢT attīstības plānu un finansēšanas mehānismus pēc pilotprojekta noslēguma un pamatojot tās nozīmi valsts kopējā atbalsta sistēmā bērniem un jauniešiem.

3. Informācijas apmaiņas sistēmai dažādu iestāžu starpā ir būtiska nozīme MDĢT programmas īstenošanas procesā. Institūcijai, kura īsteno MDĢT programmu, ir jābūt tiesībām saņemt informāciju par bērnu no citām institūcijām. Tas ir nepieciešams, lai MDĢT komandai būtu pilnvērtīga informācija par bērna problēmām un esošo situāciju un, lai spētu iesaistīt, piemēram, izglītības iestādi MDĢT procesā.
4. Ja komandā ir 4 terapeiti, MDĢT programmas ietvaros vidēji gada laikā tiek risināti 40 gadījumi. Izvērtējot nepieciešamo komandu skaitu MDĢT uzsākšanas posmā, ir jāņem vērā arī nepieciešamais iesaistīto ģimeņu skaits objektīva efektivitātes izvērtējuma veikšanai pilotprojekta noslēgumā, līdz ar to laicīgi ir jāuzsāk sabiedrības un iesaistīto institūciju, kuras var rekomendēt bērnu un ģimeni dalībai, informēšana.
5. Izstrādājot MDĢT programmas saņemšanas algoritmu Latvijā, ir jāizstrādā arī sistēma, kādā tiks organizēta rinda uz pakalpojumu saņemšanu gadījumos, kad pieprasījums pārsniedz MDĢT komandu kapacitāti. Igaunijā priekšroka tiek dota nopietnākiem gadījumiem, kad dalībai MDĢT nosūtījumu ir izsniegusi tiesa vai prokurors, jo šādos gadījumos problēmas ir kompleksākas un tām ir nepieciešama akūta palīdzība. Savukārt, Zviedrijas MDĢT komanda rindu uz pakalpojumiem organizē pieteikšanās kārtībā.
6. Lai nodrošinātu MDĢT programmas ilgtspēju pēc pilotprojekta ieviešanas, savlaicīgi ir jāveic nepieciešamās darbības finansējuma piesaistei turpmāk, piemēram, paredzot finanšu avotu no valsts budžeta līdzekļiem pēc pilotprojekta noslēguma. Tādēļ jau pilotprojekta laikā būtu jāizstrādā kārtība, kādā tiek ieviesta, īstenota un uzraudzīta MDĢT programma pēc pilotprojekta īstenošanas, lai laicīgi identificētu mērķa grupas tvērumu, iesaistītās puses, t.sk. turpmākos MDĢT programmas īstenoņājus, reģionālo tvērumu, finansējuma avotu, kā arī citus nozīmīgus aspektus saistītus ar MDĢT programmas īstenošanu un ilgtspēju.

10.2. PAR MDĢT KOMANDAS IZVEIDI

1. Veidojot MDĢT komandu, tiek rekomendēts, lai tā būtu multidisciplināra, iekļaujot dažādu jomu speciālistus, piemēram, sociālo darbinieku, psihologu, sociālo pedagogu. Taču tā nav obligāta prasība, un komanda var tikt arī veidota no vienas jomas speciālistiem.
2. MDĢT komanda sastāv no trīs līdz sešiem terapeitiem, no kuriem viens veic komandas pārrauga funkciju. Tiek rekomendēts sākotnēji komandu veidot vismaz no četriem speciālistiem, lai gadījumā, ja kādam no terapeitiem ir nepieciešams doties ilgstošā prombūtnē vai tiek pieņemts lēmums neturpināt darbu MDĢT, netiktu ietekmēta komandas darba kvalitāte.
3. Nozīmīgs riska faktors MDĢT programmas ieviešanai un ilgtspējai ir cilvēkresursu faktors. MDĢT terapeitiem ir jāatbilst vairākām specifiskām prasībām: jābūt vismaz 2. līmeņa augstākajai izglītībai, profesionālajai pieredzei darbā ar bērniem un jauniešiem un labām angļu valodas zināšanām. Tā kā Latvijā šādām prasībām atbilstošu speciālistu skaits ir ierobežots, ir jānodrošina motivējoši apstākļi, lai piesaistītu terapeitus darbam MDĢT programmā un nodrošinātu to, ka apmācītie speciālisti turpina strādāt MDĢT ilgtermiņā.

Pirmkārt, piesaistot speciālistus, ir jāspēj nodrošināt prasībām atbilstošs atlīdzības apmērs un motivējoša atlīdzības politika. Otrkārt, organizatoriskajam ietvaram, kurā MDĢT tiek ieviests, ir jābūt stabilam un ar ilgtermiņa perspektīvu. Treškārt, pēc MDĢT programmas uzsākšanas posma, piemēram, pilotprojekta ieviešanas, ir svarīgi nodrošināt MDĢT programmas finansēšanu no pastāvīga finansējuma avota.

4. Lai samazinātu cilvēkresursu profesionālās izdegšanas risku, būtu nepieciešams noteikt maksimālo gadījumu skaitu, ar kuru MDĢT terapeits var strādāt viena gada ietvaros. Pēc citu valstu pieredzes, vidēji viens MDĢT terapeits, izņemto komandas pārraugu, strādā ar 12 gadījumiem gadā. Tomēr

terapeitu maksimālā noslodze ir vērtējama gan atbilstoši katra terapeita individuālajai kapacitātei, gan gadījumu komplikētībai, tai skaitā MDĢT procesa ilgumam gadījuma ietvaros noteikto mērķu sasniegšanai.

5. Veicot MDĢT terapeitu atlasī, ir jāizstrādā metode, kā potenciālajiem kandidātiem pārbaudīt ne tikai zināšanu un kvalifikācijas līmeni, bet arī speciālistu motivāciju un rakstura iezīmju atbilstību MDĢT veikšanai. Pirmkārt, kandidātiem jābūt izpratnei par to, kas ir MDĢT un ar to saistītā darba specifika, piemēram, darbs ne tikai ar jauniešiem, bet arī ar ģimeni, darbs ārpus normālā darba laika ietvara, t.sk. par ceļā pavadīto laiku nokļūšanai pie ģimenes, pieejamība krīzes situācijās jebkurā diennakts laikā. Otrkārt, MDĢT terapeitiem ir jāpiemīt virknei personības iezīmju kā, piemēram, empātijai, spējai bez nosodījuma paraudzīties uz situāciju no ģimenes perspektīvas, labām pašaprūpes prasmēm, lai spētu tikt galā ar sarežģītām situācijām, nepakļaujot sevi izdegšanas riskam.

Kandidātu atbilstības pārbaudei interviju laikā var izmantot, piemēram, lomu spēles, lai noteiktu, kā speciālists reaģē uz konkrētiem apgalvojumiem vai noteiktās situācijās. Piemēram, Somijas gadījumā ir izstrādātas anketas, ar kuru palīdzību tiek izvērtēta terapeita atbilstība MDĢT veikšanai.

6. MDĢT komandas izveides un apmācības procesā, Jaunatnes Intervences fonds sniedz atbalstu arī iestādei, kuras ietvaros darbosies MDĢT komanda. Iestādei ir nepieciešams izveidot darba grupu, kura būs iesaistīta MDĢT integrēšanai iestādes kopējā darbībā un sniegto pakalpojumu klāstā. Šis process noris vienlaicīgi ar terapeitu apmācībām.
7. Uzsākot MDĢT apmācības, terapeitiem vienlaikus ir jāuzsāk darbs ar ģimeni. Tas nozīmē, ka, jau komandas apmācību fāzē, ir jābūt izstrādātai skaidrai sistēmai, kā jauniets un ģimene tiek nosūtīti dalībai MDĢT programmā, jābūt pieejamam tehniskajam nodrošinājumam un telpām MDĢT komandas darbam. Terapeitiem apmācībām ir jāvelta vidēji astoņas stundas nedēļā, bet pārējo darba laiku ir iespējams veltīt praktiskajam darbam ar MDĢT.
8. Atbilstoši MDĢT programmas noteikumiem terapeitam ir jāvelta darbam MDĢT ne mazāk kā 20 stundas nedēļā. Gan no citu valstu MDĢT ekspertu sniegtās informācijas, gan no Latvijas speciālistu viedokļiem izriet, ka MDĢT ir jābūt terapeita pamatdarbam, lai nodrošinātu pakalpojuma kvalitāti un mazinātu riska faktorus terapeitu izdegšanai.
9. Somijas un Zviedrijas MDĢT komandu pieredze rāda, ka terapeiti, veicot ikdienas pienākumus, var strādāt dažādās iestādēs un pilsētās. Taču, lai to īstenotu, ir jāievieš skaidra sistēma, kā tiek organizēts un pārraudzīts komandas darbs un pieņemti lēmumi, ja vienas komandas terapeiti strādā dažādās iestādēs. Komandas ikdienas darbu ir iespējams nodrošināt, izmantojot tiešsaistes komunikācijas rīkus.
10. Atbilstoši citu valstu pieredzei valodas jautājumu mēģina risināt komandas ietvaros – ja kāds no MDĢT terapeitiem spēj brīvi komunicēt attiecīgajā svešvalodā, viņš kļūst par ģimenes MDĢT terapeitu. Ja MDĢT komandas ietvaros nepieciešamo svešvalodas prasmju nav, tad tiek piesaistīts tulks. Tulka funkciju var pildīt kāds ģimenei tuvs un zināms cilvēks, cits iestādes, kura nodrošina MDĢT, darbinieks, vai arī var piesaistīt profesionāla tulka pakalpojumu. Tādējādi, pieņemot darbā MDĢT terapeitus, svešvalodas zināšanas (ne tikai angļu valoda) ir vēlamas, taču netiek noteiktas kā obligāta prasība.

10.3. PAR MDĢT MĒRĶA GRUPU

1. Ņemot vērā, ka visi trīs scenāriji paredz MDĢT programmas pilotprojekta ietvaros mērķa grupu vecumā no 11 līdz 18 gadiem, proti, nepilngadīgas personas, būtu jāparedz iespēja personai turpināt uzsāktu MDĢT, ja tai MDĢT īstenošanas laikā iestājas pilngadība. Tādējādi jau pie mērķa

grupas atlases būtu jāparedz arī šāds fakts, kas neizslēgtu personas, kurai nepieciešams atbalsts un MDĢT laikā tiek sasniegta pilngadība, dalību MDĢT programmā.

2. MDĢT būtu jānodrošina gan latviešu, gan krievu un, iespējams, arī citā valodā, kurā potenciāli varētu runāt ģimene, kura būtu nosūtīta saņemt MDĢT pakalpojumu, un kura dzīvo Latvijā. Ņemot vērā Latvijas etnisko sadalījumu, nosakot MDĢT pieejamību tikai valsts valodā, tiks ierobežots programmas tvērums. Lai ietekmētu personas domāšanas veidu, ir būtiski ar viņu strādāt valodā, kurā viņš var brīvi komunicēt un izprast terapeita teikto.
3. MDĢT ir piemērojama arī gadījumos, kad bērns vai jauniešis atrodas ārpusģimenes aprūpē. Šajā situācijā MDĢT var iesaistīties aizbildnis vai kāds no vecākiem, cenšoties atgūt bērna aprūpes tiesības. Taču MDĢT nebūs piemērojama gadījumos, kad bērnam vai jauniešim nav neviena ģimenes locekļa vai aizbildņa, kurš piekristu līdzdarboties MDĢT.

10.4. PAR MDĢT IZMAKSĀM

1. Plānojot MDĢT izmaksas, ir jāparedz izdevumi, kas saistīti ar licences un pakalpojuma līgumu starp iestādi, kurai ir piešķirta MDĢT licence, un Jaunatnes Intervences fondu. Katrai komandai ir jāslēdz atsevišķs pakalpojuma līgums, un tā darbības termiņš ir trīs gadi. Noslēdzoties trīs gadu periodam, Jaunatnes Intervences fonds veic auditu, pēc kura atkārtoti tiek noslēgts pakalpojuma līgums uz trīs gadu periodu. Līguma ietvaros ir paredzēta dažādu apmācību pasākumu organizēšana MDĢT komandām. Šo pakalpojumu izmaksas ir iekļautas līguma summā, taču atsevišķi ir jāparedz ceļa un uzturēšanās izmaksas klātienē pasākumiem, ja tie noris citā valstī, vai ēdināšanas pakalpojumu izmaksas, ja pasākumi tiek organizēti Latvijā.
2. Izmaksas uz vienu probācijas dienesta klientu dienā 2022. gadā bija 2,66 EUR. 2022. gadā Valsts probācijas dienesta klientu lokā bija 893 bērni vecumā līdz 18 gadiem. Savukārt, ieslodzījumu vietu pārvaldē Cēsu Audzināšanas iestādē nepilngadīgajiem 2022. gadā atradās 23 jaunieši. Ieslodzījumu vietu pārvaldes izdevumi par vienu ieslodzīto dienā 2022. gadā bija 51,68 EUR. MDĢT ir pierādīta efektivitāte noziedzības risku un noziedzības recidīva mazināšanā. Tas potenciāli ļautu nākotnē ietaupīt valsts budžeta līdzekļus, ja jaunieši nenonāktu probācijas dienesta uzraudzībā vai ieslodzījumu vietā.
3. MDĢT programmas pilotprojekta trešajā gadā būtu nepieciešams izstrādāt turpmāko kārtību, nostiprinot to normatīvajos aktos par MDĢT programmas ieviešanu Latvijā, nosakot arī finansējuma avotus saistībā ar izmaksām MDĢT programmas pieejamībai sabiedrībā atbilstoši tās vajadzībām.

IZMANTOTĀS LITERATŪRAS UN INFORMĀCIJAS AVOTU SARAKSTS

Aaben, L., Tammik, M., Kallavus, K. (2017). *Mitmedimensioonilise pereteraapia tõhususe uuring*. Tallinn: Poliitikauuringute Keskus Praxis. Retrieved from: https://www.praxis.ee/wp-content/uploads/2016/05/MDFT-raport_PRAXIS_aprill-2017.pdf

Administrative Procedure Act, RT I 2001, 58, 354. (2001). Retrieved from: <https://www.riigiteataja.ee/en/eli/ee/527032019002/consolide/current>

Administratīvās atbildības likums. Latvijas Vēstnesis, 225, 14.11.2018. Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/303007/redakcijas-datums/2020/07/01>

ANO Ģenerālā asamblejas 1989. gada 20. novembrī ar Rezolūciju 44/25 pieņemtā Bērnu tiesību konvencija. Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/lv/starptautiskie-ligumi/id/1150>

Bāriņtiesu likums. Latvijas Vēstnesis, 107, 07.07.2006. Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/139369>

Behandlingsmetoder. Retrieved from: <http://mdft.se/>

Bērnu lietu sadarbības padomes nolikums. (2023). Iegūts no: <https://www.lm.gov.lv/lv/bernu-lietu-sadabibas-padome>

Bērnu tiesību aizsardzības likums. Latvijas Vēstnesis, 199/200, 08.07.1998. Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/49096>

Bērnu, jaunatnes un ģimenes attīstības pamatnostādnes 2022.–2027. gadam. Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/338304-par-bernu-jaunatnes-un-gimenes-attistibas-pamatnostadnem-20222027gadam>

Bērnu, jaunatnes un ģimenes attīstības pamatnostādnes 2022.–2027. gadam. 6.pielikums “Kopsavilkums par plānā iekļauto uzdevumu īstenošanai nepieciešamo valsts un pašvaldību budžeta finansējumu”. Iegūts no: https://tapportals.mk.gov.lv/legal_acts/0f3187f2-7c1a-485f-bb9a-e7df5acc65c5

Biedrība “Latvijas Pilsoniskā alianse”. (2022). Pilsoniskās sabiedrības organizāciju resursi: esošā situācija un vajadzības 2022. Iegūts no: https://nvo.lv/uploads/pilsoniskas_sabiedribas_organizaciju_resursi_esosa_situacija_un_vajadzibas_2022946.pdf

CEBC. (2021). Multidimensional Family Therapy (MDFT). Retrieved from: <https://www.cebc4cw.org/program/multidimensional-family-therapy/detailed>

Child Protection Act, RT I, 06.12.2014, 1. (2014). Retrieved from: <https://www.riigiteataja.ee/en/eli/ee/506052015001/consolide/current>

Code of Criminal Procedure, RT I 2003, 27, 166. (2003). Retrieved from: <https://www.riigiteataja.ee/en/eli/ee/527012016001/consolide/current>

CSP. (2021). Mājsaimniecības un ģimenes. Iegūts no: <https://www.csp.gov.lv/lv/majsaimniecibas-un-gimenes>

CSP. (2022). Bērni Latvijā 2022. Iegūts no: https://admin.stat.gov.lv/system/files/publication/2022-08/Nr_06_Berni_Latvija_2022_%2822_00%29_LV_EN.pdf

CSP. (2023). Bērni Latvijā 2023. Iegūts no: https://admin.stat.gov.lv/system/files/publication/2023-08/Nr_05_Berni_Latvija_2023_%2823_00%29_LV_EN_0.pdf

CSP. (2023). Nabadzības riska indekss Latvijas reģionos pēc vecuma un dzimuma (%). Iegūts no: https://data.stat.gov.lv/pxweb/lv/OSP_PUB/START__POP__NN__NNR/NNR120/table/tableViewLayout1/

CSP. (2023). Reģistrēto noziedzīgo nodarījumu skaits valstspilsētās un novados (pēc administratīvi teritoriālās reformas 2021. gadā). Iegūts no: https://data.stat.gov.lv/pxweb/lv/OSP_PUB/START__POP__NO__NOR/NOR022/sortedtable/tableViewSorted/

CSP. Jauniešu, kuri nestrādā un nemācās, īpatsvars atbilstošās vecuma grupas iedzīvotāju kopskaitā, %. Iegūts no: https://data.stat.gov.lv/pxweb/lv/OSP_PUB/START__IZG__IZ__IZI/IZI041/table/tableViewLayout1/

CSP. Iedzīvotāji pēc dzimuma un vecuma grupām reģionos, novados, pilsētās, pagastos, ciemos (atbilstoši robežām 2023. gada sākumā), apkaimēs un blīvi apdzīvotās teritorijās. Iegūts no: https://data.stat.gov.lv/pxweb/lv/OSP_PUB/START__POP__IR__IRD/RIG010/table/tableViewLayout1/

CSP. Iedzīvotāji pēc dzimuma un vecuma reģionos, valstspilsētās un novados gada sākumā (pēc administratīvi teritoriālās reformas 2021. gadā). Iegūts no: https://data.stat.gov.lv/pxweb/lv/OSP_PUB/START__POP__IR__IRD/IRD041/table/tableViewLayout1/

CSP. Iedzīvotāju skaits gada sākumā, tā izmaiņas un dabiskās kustības galvenie rādītāji reģionos, pilsētās un novados. Iegūts no: https://data.stat.gov.lv/pxweb/lv/OSP_PUB/START__POP__IR__IRS/IRS030/table/tableViewLayout1/

CSP. Iedzīvotāju skaits pēc tautības reģionos, novados, pilsētās, pagastos, apkaimēs un blīvi apdzīvotās teritorijās. Iegūts no: https://data.stat.gov.lv/pxweb/lv/OSP_PUB/START__POP__IR__IRE/RIG040/table/tableViewLayout1/

CSP. Iedzīvotāju skaits un tā izmaiņas. Iegūts no: <https://stat.gov.lv/lv/statistikas-temas/iedzivotaji/iedzivotaju-skaitis/247-iedzivotaju-skaitis-un-ta-izmainas?themeCode=IR>

CSP. Reģistrēto noziedzīgo nodarījumu skaits valstspilsētās un novados. Iegūts no: https://data.stat.gov.lv/pxweb/lv/OSP_PUB/START__POP__NO__NOR/NOR023/table/tableViewLayout1/

CSP. Valodu lietojums (dzimtā valoda un mājās lietotā valoda) sadalījumā pa reģioniem 2022. gadā (procentos no iedzīvotāju skaita attiecīgajā grupā). Iegūts no: https://data.stat.gov.lv/pxweb/lv/OSP_OD/OSP_OD__apsekojumi__pieaug_izgl/PIA77.px/table/tableViewLayout1/

Dakof, G., Henderson, C.E., Rowe, C. et.al. (2015). A randomized clinical trial of family therapy in juvenile drug court. *The Journal of Family Psychology*. 29(2), 232-241. <https://doi.org/10.1037/fam0000053>

Delfi.ee. (2016). Eestis vangistatakse rohkem alaealisi kui Soomes ja Norras kokku. Retrieved from: <https://www.delfi.ee/artikkel/75891831/eestis-vangistatakse-rohkem-alaealisi-kui-soomes-ja-norras-kokku>

European Commission (2021) Estonia. Health and Well-Being. Retrieved from: <https://national-policies.eacea.ec.europa.eu/youthwiki/chapters/estonia/75-mental-health>

Finanšu ministrija. Tautsaimniecības un budžeta izpildes analīze. Iegūts no: <https://www.fm.gov.lv/lv/tautsaimniecibas-un-budzeta-izpildes-analize>

Föräldracentrum - En del av MDFT sverige. Retrieved from: <http://mdft.se/>

Gold J, Sullivan MW, Lewis M. (2011) The relation between abuse and violent delinquency: the conversion of shame to blame in juvenile offenders. In: *Child Abuse & Neglect*, 35(7), pp.459-467.

Goorden, M., van der Schee, E., Hendriks, V.M., Hakkaart-van Roijen, L. (2016) Cost-effectiveness of multidimensional family therapy compared to cognitive behavioral therapy for adolescents with a cannabis use disorder: Data from a randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, Vol. 162, 154-161. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.03.004>

Graham, D. (2014). Multidimensional Family Therapy in Theory and in Practice. *Child & Youth Services*, vol 35, 16-34. <https://doi.org/10.1080/0145935X.2014.893742>

Hanke aruanne: Mitmedimensioonilise pereteraapia (MDFT) tõhususe uuringu läbiviimine. (2016). Retrieved from: <https://www.mercell.com/en/tender/56719968/hanke-aruanne-mitmedimensioonilise-pereteraapia-mdft-tohususe-uuringu-labiviimine-br-hanke-voitja-sihtasutus-poliitikauuringute-keskus-praxis-90005952-br15500-eur-tender.aspx>

Iceland, Lihtenstein, Norway grants. Children and youth at risk. Retrieved from: <https://eeagrants.org/archive/2009-2014/programmes/EE04>

Iekšlietu ministrija. (2023). Pārskats par nepilngadīgo noziedzības stāvokli un noziedzīgos nodarījumus cietušajiem bērniem 2022. gadā. Iegūts no: https://www.iem.gov.lv/lv/citi-parskati?utm_source=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F, 5.lpp

Ieslodzījuma vietu pārvalde. (2023). Ieslodzījuma vietu pārvaldes 2022. gada publiskais pārskats. Iegūts no: <https://www.ievp.gov.lv/lv/media/5616/download?attachment>

Jeugdwet, Staatsblad 2014, 105. (2014). Retrieved from: <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stb-2014-105.html>

Jeugdzorg Nederland. Jeugdzorg uitgelegd. Retrieved from: <https://www.jeugdzorgnederland.nl/meer-weten/jeugdzorguitgelegd/>

Justiitsministeeriumi Kriminaalpoliitika Osakonna. (2017.) Eestis luuakse alaealiste õigusrikkujate erikohtlemise süsteem. Retrieved from: <https://www.kriminaalpoliitika.ee/et/kriminaalpoliitika/eestis-luuakse-alaealiste-ogusrikkujate-erikohtlemise-susteem>

Konceptuālais ziņojums "Starpnozaru sadarbības un atbalsta sistēmas pilnveide bērnu attīstības, uzvedības un psihisko traucējumu veidošanās risku mazināšanai". (2019). Iegūts no: <https://tap.mk.gov.lv/mk/tap/?pid=40476836>

Krimināllikums. Latvijas Vēstnesis, 199/200, 08.07.1998. Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/88966>

Kronberga, I. (2019). Promocijas darbs. Nepilngadīgo personu likumpārkāpumu prevencija kā kriminālsoda mērķis, Iegūts no: https://dspace.lu.lv/dspace/bitstream/handle/7/48930/298-72904-Kronberga_Ilona_ik14159.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Labklājības Ministrija. (2020). Metodiskais materiāls sociālajam darbam ar vardarbībā cietušām un vardarbību veikušām personām. Iegūts no: <https://www.lm.gov.lv/lv/media/8377/download>

Labklājības ministrija. (2021). Sociālās politikas rādītāji. Iegūts no: <https://www.lm.gov.lv/lv/nozares-statistikas-dati>

Labklājības ministrija. (2023). Metodiskais materiāls sociālajam darbam ar jauniešiem. 3. Pielikums. Resursu karte – pieejamo sociālo pakalpojumu grozs Latvijā (uz 01.2023). Iegūts no: <https://www.lm.gov.lv/lv/media/23778/download?attachment>

Labklājības ministrija. (2022). Gada publiskais pārskats. 2021. gads. Iegūts no: <https://www.lm.gov.lv/lv/media/22005/download?attachment>

- Labklājības ministrija. Situācijas apraksts. Iegūts no: <https://www.lm.gov.lv/lv/situacijas-raksturojums-0>
- Labklājības ministrija. Sociālo pakalpojumu sniedzēji (2021) Iegūts no: <https://www.lm.gov.lv/lv/socialo-pakalpojumu-sniedzaji>
- Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga. (1990). Retrieved from: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-199052-med-sarskilda-bestammelser-om-var_d_sfs-1990-52/
- Lansford JE, Dodge KA, Pettit GS, et.al. (2002) A 12-year prospective study of the long-term effects of early child physical maltreatment on psychological, behavioral, and academic problems in adolescence. *The Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* ,156(8), 824-830. doi:10.1001/archpedi.156.8.824
- Latvijas Autisma biedrība. (2022). Sākotnējais ziņojums "Psihosociālās rehabilitācijas pakalpojuma bērniem ar funkcionāliem traucējumiem un viņu likumiskajiem pārstāvjiem vai audzūģimenei apraksts". Iegūts no: <https://www.lm.gov.lv/lv/1-nodevums-psihosocialas-rehabilitacijas-pakalpojuma-berniem-ar-funkcionaliem-traucejumiem-un-vinu-likumiskajiem-parstavjiem-vai-audzugimenei-apraksts-neaprobeta-versija-ar-grozijumiem-nr1>
- Latvijas Bērnu atbalsta fonds. Pakalpojums "Ceļš pie sevis". Iegūts no: <http://www.lbaf.lv/lv/paveiktais/cels-pie-sevis-vasaras-nometne>
- Latvijas Republikas Valsts kontrole. (2022). Revīzijas ziņojums. "Problēmbērni" – pieaugušo neizdarību spoguļis". Iegūts no: https://lrkv.gov.lv/lv/getrevisionfile/29565-ikOI7xAmr_o-vESqJnas3Xw0cGVm5oS2.pdf
- Leerplichtwet 1969. (2023). Retrieved from: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0002628/2023-08-01/0>
- Legault, L. (2016). Intrinsic and Extrinsic Motivation. In: V. Zeigler-Hill, T.K. Shackelford (eds.), *Encyclopaedia of Personality and Individual Differences* (pp.1-4.). Springer, Cham.
- Liddle, H. A. (2010). Multidimensional Family Therapy: A Science-Based Treatment System. *The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, Vol. 31, No.2.133-148. <https://doi.org/10.1375/anft.31.2.133>
- Liddle, H. et.al (2023) Multidimensional Family Therapy for Justice-Involved Young Adults with Substance Use Disorders. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 1–14. <https://doi.org/10.1007/s11414-023-09852-5>
- Liddle, H.A., Dakof, G., Rowe, C. et al. (2023). Multidimensional Family Therapy for Justice-Involved Young Adults with Substance Use Disorders. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*. <https://doi.org/10.1007/s11414-023-09852-5>
- Liiviste, P. (2021). Kõige tõhusam on ennetustöö enne teismeiga. Eesti noored on Euroopa tipus alkoholi ja uimastite tarvitamises. Retrieved from: <https://pealinn.ee/2021/11/09/eesti-noored-on-euroopa-tipus-alkoholi-ja-uimastite-tarvitamises/>
- Likums "Par audzinoša rakstura piespiedu līdzekļu piemērošanu bērniem". Latvijas Vēstnesis, 168, 19.11.2002. Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/68489>
- Maarjamaa Hariduskolleeģium. Kontakt. Retrieved from: <https://mhk.edu.ee/et/kontakt>
- Mack, N., Woodson, C., MacQueen, K., Guest, G. and Namey, E. (2005). Qualitative Research Methods: A Data Collector's Field Guide. *Family Health International (FHI)*, USA.
- MDFT. Getting Started with MDFT. Retrieved from: https://static1.squarespace.com/static/60469dc5522a05284a1176f8/t/60dbae650c28a06e26ee71a3/1625009771238/MDFT_GettingStartedGuide.pdf

MDFT. Healthy Families are the Best Medicine for Youth. Retrieved from: <https://www.mdft.org/how-does-mdft-work>

MDFT. History. Retrieved from: <https://www.mdft.org/history>

MDFT. How Does MDFT Work. Healthy Families are the Best Medicine for Youth. Retrieved from: <https://www.mdft.org/how-does-mdft-work>

MDFT. Locations. Retrieved from: <https://www.mdft.org/locations>

MDFT. MDFT for diverse populations. Retrieved from: <https://static1.squarespace.com/static/60469dc5522a05284a1176f8/t/60d64c843161d908246c34c2/1624657029778/MDFT+for+Diverse+Populations.pdf>

MDFT. The Proven Family-Centered Treatment for Youth. Retrieved from: <https://www.mdft.org/what-is-mdft>

MDFT. Treatment Outcome Studies. Retrieved from: <https://www.mdft.org/treatment-outcome-studies>

Ministry of Public Health Belgium. (2002). A joint international effort at the initiative of the Ministers of Public Health of Belgium, France, Germany, The Netherlands, Switzerland. Technical Report of the International Scientific Conference. Retrieved from: https://www.stop-cannabis.ch/images/stories/documents_stop_cannabis/cannabis2002report.pdf, pp. 18-19

Ministru kabineta 2004. gada 27. janvāra noteikumi Nr. 49 "Labklājības ministrijas nolikums". Latvijas Vēstnesis, 16, 30.01.2004. <https://likumi.lv/ta/id/83758>

Ministru kabineta 2017. gada 12. septembra noteikumi Nr. 545 "Noteikumi par institūciju sadarbību bērnu tiesību aizsardzībā". Latvijas Vēstnesis, 183, 14.09.2017. Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/293496>

Ministru kabineta 2017. gada 16. augusta noteikumi Nr. 474 "Tieslietu ministrijas nolikums". Latvijas Vēstnesis, 164, 18.08.2017. <https://likumi.lv/ta/id/292913>

Ministru kabineta 2021. gada 22. jūnija rīkojums Nr. 436 "Par Izglītības attīstības pamatnostādņem 2021.–2027. gadam". Latvijas Vēstnesis, 124, 01.07.2021. <https://likumi.lv/ta/id/324332>

Ministru kabineta 2021. gada 5. februāra rīkojums Nr. 72 "Par Saliedētas un pilsoniski aktīvas sabiedrības attīstības pamatnostādņem 2021.–2027. gadam". Latvijas Vēstnesis, 28, 10.02.2021. Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/320841>

Ministru kabineta 2022. gada 21. decembra rīkojums Nr. 967 "Par Bērnu, jaunatnes un ģimenes attīstības pamatnostādņem 2022.–2027. gadam". Latvijas Vēstnesis, 252, 29.12.2022. <https://likumi.lv/ta/id/338304>

Ministru kabineta 2022. gada 26. aprīļa noteikumi Nr. 262 "Valsts un pašvaldību institūciju amatu katalogs, amatu klasifikācijas un amatu apraksta izstrādāšanas kārtība". Latvijas Vēstnesis, 88, 09.05.2022. Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/332122>

Ministru kabineta 2022. gada 30. marta rīkojums Nr. 231 "Par Sociālo pakalpojumu pilnveidošanas un attīstības plānu 2022.–2024. gadam". Latvijas Vēstnesis, 66, 04.04.2022. Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/331256>

Nederlands Jeugdinstituut. (2021). Multidimensionele familietherapie (MDFT). Retrieved from: <https://www.nji.nl/interventies/multidimensionele-familietherapie-mdft>

Nielsen P., Christensen, M., Henderson, C. (2021). Multidimensional family therapy reduces problematic gaming in adolescents: A randomised controlled trial. *Journal of Behavioral Addictions*, 10 (2), 234-243. <https://doi.org/10.1556/2006.2021.00022>

Nodibinājums "Baltic Institute of Social Sciences". (2021). Pētījuma ziņojums "Par sociālās palīdzības organizatora darba saturu pašvaldību sociālajos dienestos un darba kvalitatīvai izpildei nepieciešamajām kompetencēm". Iegūts no: <https://www.lm.gov.lv/lv/media/17361/download>

Nodibinājums "Baltic Institute of Social Sciences". (2023). Profesionāla sociālā darba attīstība pašvaldībās: ex-post pētījums. Iegūts no: <https://www.lm.gov.lv/lv/petijumi-1>

NSW Department of Community Services. (2009). Effective strategies and interventions for adolescents in a child protection context. Retrieved from: http://www.community.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0016/321640/effective_adolescent_strategies.pdf

NVA. Vakances. Iegūts no: <https://cvvp.nva.gov.lv/#/pub/>

Pasaules Veselības organizācija. (2020). Mental disorders. Iegūts no: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders/?gclid=Cj0KCQjw4bipBhCyARIsAFsieCwPDOVZt1SAJZnE6iGg5FcP4cLM5gpPPSYK0jMQvPV2fgz-5nbptNkaAky0EALw_wcB

Pārresoru koordinācijas centrs. (2020). Latvijas Nacionālās attīstības plāns 2021.-2027. gadam. Iegūts no: https://www.pkc.gov.lv/sites/default/files/inline-files/NAP2027_apstiprin%C4%81ts%20Saeim%C4%81_1.pdf, 19.lpp

Pārresoru koordinācijas centrs. (2018). Ziņojums par nepieciešamiem uzlabojumiem starpnozaru sadarbībā un palīdzības sniegšanā bērniem ar psihiskiem, attīstības un uzvedības traucējumiem, kā arī antisociālu uzvedību. Iegūts no: https://petijumi.mk.gov.lv/sites/default/files/title_file/Atbalsts_berniem_ZINOJUMS.pdf

Penal Code, RT I 2001, 61, 364. (2001). Retrieved from: <https://www.riigiteataja.ee/en/eli/ee/522012015002/consolide/current>

Peterson-Sweeney K. (2005). The use of focus groups in pediatric and adolescent research. *Journal of Pediatric Health Care*, 19, 104–110. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2004.08.006>

Probation Supervision Act, RT I 1998, 4, 62. (1997). Retrieved from: <https://www.riigiteataja.ee/en/eli/ee/517062014013/consolide/current>

Pusaudžu resursu centrs. Pusaudžu konsultācijas – psiholoģiska palīdzība pusaudžiem saprotamā valodā. Iegūts no: <https://pusaudzucentrs.lv/pusaudzu-konsultacijas/>

Queirós, A., Faria, D., & Almeida, F. (2017). Strengths and Limitations of Qualitative and Quantitative Research Methods. *European Journal of Education Studies*, 3, 369-387. <http://dx.doi.org/10.46827/ejes.v0i0.1017>

Ramavtal avseende Öppenvård 2020. Skåne, Kronoberg, Halland. Kommunförbundet Skåne, Föräldracentrum. 31.08.2020. Retrieved from: <https://contracts.opic.com/Attachment/Download/1712518/9505436>

Rebellow, R.M., Deva Asir S.M. (2022). Determinants of deviant behaviour among adolescents. *Journal of Positive School Psychology*, Vol. 6, No.4. pp. 2785. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.645126>

Resiliences centrs. Darbības jomas un pakalpojumi. Iegūts no: <https://resilience.lv/pakalpojumi/>

Rigter H., Rowe, C., Gantner, A. et. al. (2015). From Research to Practice: The International Implementation of Multidimensional Family Therapy. In: N. el-Guebaly et al. (eds.) (2015), *Textbook of Addiction Treatment: International Perspectives*, (pp. 889-905). Springer International Publishing.

Rigter, H. (2017). Treating cannabis-dependent adolescents with family therapy: The case of Multidimensional Family Therapy. In V. R. Preedy (Ed.), *Handbook of cannabis and related pathologies*, (pp. 1047-1055). London, UK: Academic Press.

Rigter, H. (2021). Justitieleinterventies.nl: beschrijving Multidimensionele familietherapie (MDFT). Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut, Movisie en Trimbos instituut. Retrieved from: www.justitieleinterventies.nl,

Rigter, H., Henderson C.E, Pelc, I. et. al. (2013). Multidimensional family therapy lowers the rate of cannabis dependence in adolescents: A randomised controlled trial in Western European outpatient settings. *Drug and Alcohol Dependence*, Volume 130, Issues 1–3, 85-93. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.10.013>

Rigter, H., Pelc, I., Tossman, P. et al. (2010). INCANT: a transnational randomized trial of Multidimensional Family Therapy versus treatment as usual for adolescents with cannabis use disorder. *BMC Psychiatry*, 10; 28. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-28>

Rīgas plānošanas reģions. Teritorija. Iegūts no: <https://rpr.gov.lv/teritorija/>

Schader, M. (2003). Risk Factors for Delinquency: An Overview. Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention (OJJDP). Retrieved from: <https://www.ojp.gov/ncjrs/virtual-library/abstracts/risk-factors-delinquency-overview>

Schaub, M.P., Henderson, C.E., Pelc, I. et.al. (2014). Multidimensional family therapy decreases the rate of externalising behavioural disorder symptoms in cannabis abusing adolescents: outcomes of the INCANT trial. *BMC Psychiatry*. 31, 4-26. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-26>

Socialstyrelsen. (2019). Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stöd för styrning och ledning, p.131 Retrieved from: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2019-1-16.pdf>

Socialstyrelsen. (2021). Insatser för att motverka fortsatt normbrytande beteende och återfall i brott. Kunskapsstöd med rekommendationer för socialtjänstens arbete med barn 6–17 år. Retrieved from: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2021-11-7626.pdf>

Socialtjänstlag (2001:453). (2001). Retrieved from: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453/#K16

Sociālās integrācijas valsts aģentūra Sociālās rehabilitācijas pakalpojumi no apreibinošām vielām un procesiem atkarīgiem bērniem. Iegūts no: <https://www.siva.gov.lv/lv/pakalpojumi/socialas-rehabilitacijas-pakalpojumi-no-apreibinosam-vielam-un-procesiem-atkarigiem-berniem>

Sociālo pakalpojumu un sociālās palīdzības likums. Latvijas Vēstnesis, 168, 19.11.2002. Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/68488>

Sotsiaalkindlustamet. "Ringist välja" mudel. Retrieved from: <https://sotsiaalkindlustusamet.ee/spetsialistile-ja-koostoopartnerile/laste-ja-peredega-tootavale-spetsialistile/ringist-valja-mudel>

Sotsiaalkindlustusamet. (2109). MDFT 2019 poolaasta staistika. Retrieved from: <https://www.facebook.com/profile/100064679797426/search/?q=mdft>

Sotsiaalkindlustusamet. Mitmedimensiooniline pereteraapia. Retrieved from: <https://www.sotsiaalkindlustusamet.ee/spetsialistile-ja-koostoopartnerile/laste-ja-peredega-tootavale-spetsialistile/mitmedimensiooniline#taotlemine>

SPKC. (2020). Latvijas skolēnu veselības paradumu pētījums 2017./2018. mācību gada aptaujas rezultāti un tendences. Iegūts no: <https://www.spkc.gov.lv/lv/media/4267/download?attachment> , 57.lpp

SPKC. Alkohollietojošu jauniešu (15-16 g.v.) īpatsvars, kuri alkoholu lietojuši pēdējo 30 dienu laikā, 12 mēnešu laikā un dzīves laikā. Iegūts no: <https://www.spkc.gov.lv/lv/datu-vizualizācijas-par-alkohola-lietosanu>

SPKC. Respondentu īpatsvars, kuri nelegālās narkotiskās vielas lietojuši pēdējo 30 dienu laikā. <https://www.spkc.gov.lv/lv/narkotisko-vielu-lietosana>

SPKC. Skolēnu (13-15 g.v.) īpatsvars, kuri lietojuši tabakas produktus vismaz 1 dienu pēdējo 30 dienu laikā. Iegūts no: <https://www.spkc.gov.lv/lv/datu-vizualizācijas-par-smekesanu>

Stichting Jeugdinterventies. (2023). Information MDFT training and implementation.

Stichting Jeugdinterventies. MDFT instellingen. Retrieved from: <https://mdft.nl/#instellingen>

Stichting Jeugdinterventies. MDFT opleiding Inhoud. Retrieved from: <https://mdft.nl/#overons>

Stichting Jeugdinterventies. Multidimensionele Familietherapie. Retrieved from: <https://www.stichtingjeugdinterventies.nl/opleidingen-trainingen/multidimensionele-familietherapie/>

Stichting Jeugdinterventies. System-based therapy for adolescents with MDFT.

Subsidieregeling Jeugdpreventie Rotterdam 2024, Article 8.2.b. Retrieved from: <https://lokaleregelgeving.overheid.nl/CVDR695182/1>

Tallmeister, B., Kapp, K. Mitmedimensionale pereterapia vāngla kontekstis. Retrieved from: https://www.kriminaalpolitika.ee/sites/krimipolitika/files/elfinder/dokumendid/mdft_vanglas_birgit_talmeister_ja_kai_kapp.pdf

Tartu ūlikooli sotsiaalteaduslike rakendusuuringute keskus RAKE (2014) Tõsiste kaitumisprobleemidega lastele ning nende peredele suunatud tõenduspõhiste programmide võrdlev uuring. Retrieved from: https://www.kriminaalpolitika.ee/sites/krimipolitika/files/elfinder/dokumendid/tosiste_kaitumisprobleemidega_laste_programmide_vordlev_uuring.pdf

Trakvanem.ee, Vanemlusprogramm „Imelised aastad” Retrieved from: <https://trakvanem.ee/koolitused/imelised-aastad/>

Trimbos Instituut. (2022). Nationale Drug Monitor. Retrieved from: <https://www.nationaledrugmonitor.nl/cannabis-gebruik-jongeren-en-jongvolwassenen/>

Valsts Kontroles 30.09.2022 Laika grafiks ziņošanai par ieteikumu un priekšlikumu ieviešanu revīzijā “Vai bērnam ar uzvedības problēmām un tā ģimenei ir iespēja saņemt nepieciešamo atbalstu?” (revīzijas grafiks Nr.2.4.1-6/2021). Iegūts no: https://www.lrvk.gov.lv/lv/getrevisionfile/29565-UMGvfxrzGWovzFo25j3_hEbKW2Be1p-1.pdf

Valsts policija. (2019). Atkārtotu likumpārkāpumu novēršanas pamatprincipi. Iegūts no: https://www.vp.gov.lv/sites/vp/files/atkartotu_likumparkapumu_noversanas_pamatprincipi_slegts1.pdf

Valsts un pašvaldību institūciju amatpersonu un darbinieku atlīdzības likums. Latvijas Vēstnesis, 199, 18.12.2009. Iegūts no: <https://likumi.lv/ta/id/202273>

van der Pol, T. M., et. al. (2017). Research Review: The effectiveness of multidimensional family therapy in treating adolescents with multiple behavior problems - a meta-analysis. *J Child Psychol Psychiatry*. 2017 May; 58(5), 532-545. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12685>

van der Pol, T. M., Henderson, C.E., Hendriks, V., Shaub, M.P., Rigter, H.. (2018). Multidimensional Family Therapy Reduces Self-Reported Criminality Among Adolescents With a Cannabis Use Disorder.

International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 62(6), 1573–1588.
<https://doi.org/10.1177/0306624X166875>

van der Pol, T.M. et.al (2017) Multidimensional Family Therapy Reduces Self-Reported Criminality Among Adolescents With a Cannabis Use Disorder. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 62 (6), 1–16. <https://doi.org/10.1177/0306624X16687536>

VBTAI. (2020). Konsultatīvais atbalsts bērniem un vecākiem. Iegūts no: <https://www.bti.gov.lv/lv/media/1267/download?attachment>

VBTAI. (2021). Labklājības ministrijas Valsts bērnu tiesību aizsardzības inspekcijas 2020. gada publiskais pārskats. Iegūts no: <https://www.bti.gov.lv/lv/jaunums/valsts-bernu-tiesibu-aizsardzibas-inspekcijas-2020-gada-publiskais-parskats>

VBTAI. (2023). Labklājības ministrijas Valsts bērnu tiesību aizsardzības inspekcijas 2022. gada publiskais pārskats Iegūts no: <https://www.bti.gov.lv/lv/jaunums/valsts-bernu-tiesibu-aizsardzibas-inspekcijas-2022-gada-publiskais-parskats>

VBTAI. (2023). Oficiālās statistikas analīze par bāriņtiesu darbu 2023. gadā. Iegūts no: <https://www.bti.gov.lv/lv/valsts-statistikas-parskatu-par-barintiesu-darbu-2022-gada-analize>

VBTAI. (2020). Informācija par uzticības tālrūni Iegūts no: <https://www.bti.gov.lv/lv/informacija-par-uzticibas-talruni>

VBTAI. (2020). Kustība "Draudzīga skola". Iegūts no: <https://www.bti.gov.lv/lv/kustiba-draudziga-skola>

VBTAI. (2020). Par Konsultatīvo nodaļu Iegūts no: <https://www.bti.gov.lv/lv/par-konsultativo-nodalu>

VBTAI. Virtuālās realitātes terapijas pakalpojums pusaudžiem. Iegūts no: <https://www.bti.gov.lv/lv/virtualas-realitates-terapijas-pakalpojums-pusaudziem>

VPD. 2022. gada statistikas rādītāji. Iegūts no: <https://www.vpd.gov.lv/lv/2022gada-statistikas-raditaji>

Wang, M.T., Dishion, T. J., Stormshak, E. A., Willet, J.B. (2011). Trajectories of Family Management Practices and Early Adolescent Behavioral Outcomes. *Developmental Psychology*, Vol. 47, No. 5, 1324–1341. <https://doi.org/10.1037/a0024026>

Wet op het primair onderwijs. (2023). Retrieved from: https://wetten.overheid.nl/BWBR0003420/2023-08-01/#Hoofdstukl_Titeldeell_Artikel1

PIELIKUMS. IGAUNIJAS IESNIEGUMA PARAUGS BĒRNA REKOMENDĒŠANAI DALĪBAI MDĢT PROGRAMMĀ

Nosūtījuma vēstule Multidimensionālajai ģimenes terapijas (MDĢT) programmai

GADĪJUMA VADĪTĀJA DATI	
Pašvaldība vai pilsētas pašvaldība:	
Adrese:	
Tālrunis:	
E-pasts:	

Mēs lūdzam nosūtījumu MDĢT programmai:

LIETAS INFORMĀCIJA	
Bērna vārds un uzvārds:	
Personas kods/dzimšanas datums:	
Vecāka(-u) kontaktinformācija:	
Bērnu aizsardzības speciālista kontaktinformācija lietā:	
Laiks sagatavot lietas plānu:	
Īss situācijas apraksts, veiktie pasākumi:	
Galvenās problēmas, kas jārisina:	

Pieteikumam ir pievienoti šādi dokumenti:

Paraksts

/parakstīts digitāli/

CIVITTA International

info@civitta.com

+372 735 2802

www.civitta.com

CIVITTA Estonia

info.ee@civitta.com

+372 646 448 8

www.civitta.ee

CIVITTA Romania

info.ro@civitta.com

+403 180 535 88

www.civitta.ro

CIVITTA Lithuania

info.lt@civitta.com

+370 685 266 80

www.civitta.lt

CIVITTA Armenia

info.am@civitta.com

+374 10 546 434

www.civitta.am

CIVITTA Finland

info.fi@civitta.com

+358 505 261 694

www.civitta.fi

CIVITTA Serbia

info.rs@civitta.com

+381 11 2435 489

www.civitta.rs

CIVITTA Denmark

info.dk@civitta.com

+452 762 80 83

www.civitta.com

CIVITTA Bulgaria

info.bg@civitta.com

+359 884 076 576

www.civitta.bg

CIVITTA Poland

info.pl@civitta.com

+48 690 001 286

www.civitta.pl

CIVITTA North Macedonia

info.mk@civitta.com

+389 71 391 957

www.civitta.com

CIVITTA Slovakia

info.sk@civitta.com

+421 901 700 574

www.civitta.sk

CIVITTA Kosovo

info.ks@civitta.com

+383 493 380 55

www.civitta.com

CIVITTA Ukraine

info.ua@civitta.com

+380 442 270 140

www.civitta.com.ua

CIVITTA Sweden

info.se@civitta.com

www.civitta.com

CIVITTA Belarus

info.by@civitta.com

+375 296 018 517

www.civitta.by

CIVITTA Georgia

info.ge@civitta.com

www.civitta.com

PALDIES PAR SADARBĪBU!