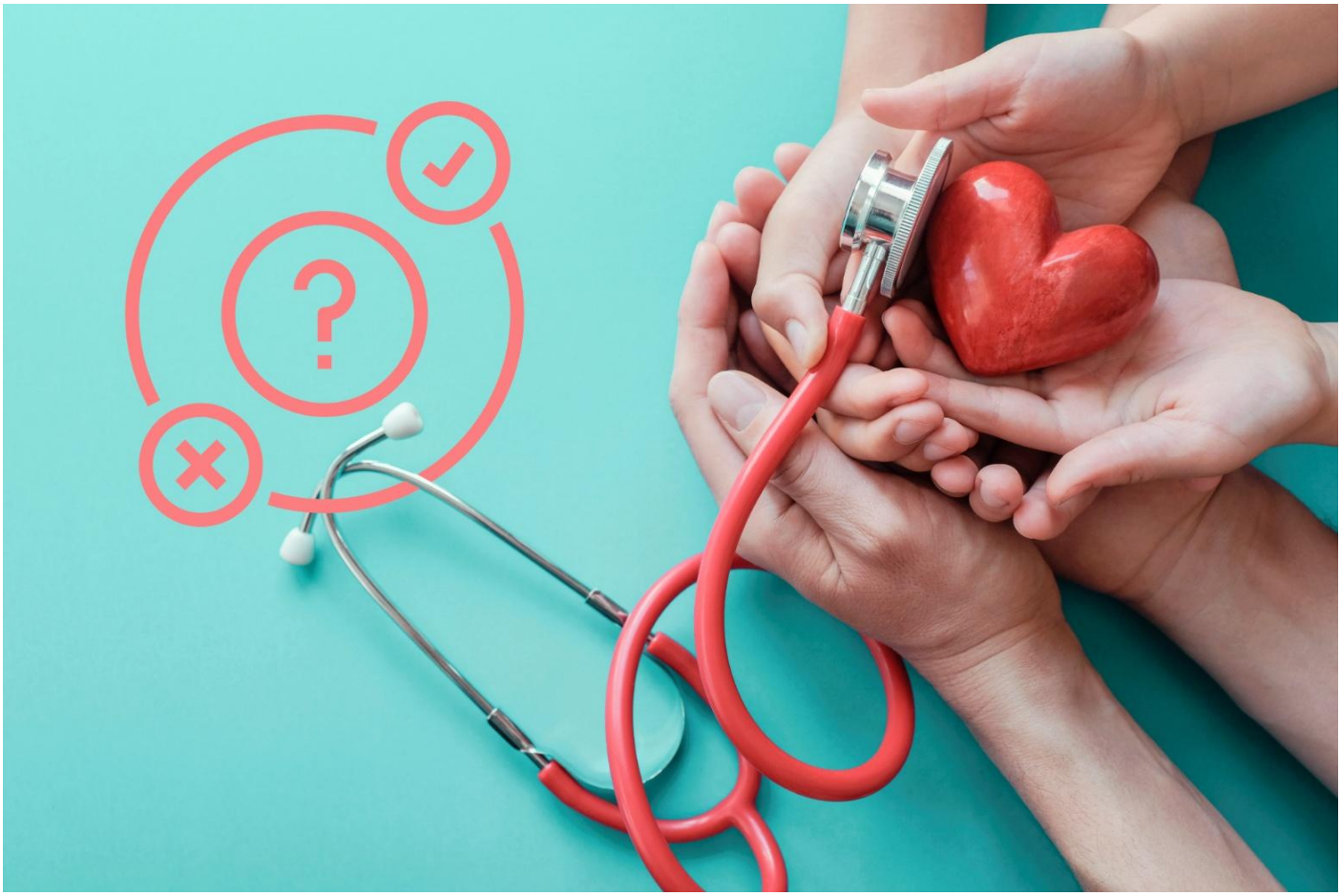


Cik vecs ir pietiekami vecs?

Ietvars bērnu līdzdalībai ar viņu veselības aprūpi saistīto lēmumu pieņemšanā Latvijā

2026. gada marts

Pētījuma galaziņojums

LATVIJAS REPUBLIKAS
SAEIMA

Par ziņojuma saturu ir atbildīga tā autore Liene Rācene-Riekstiņa un redaktore Inese Grumolte-Lerhe.

Pārpublicēšanas, citēšanas vai citādas izmantošanas gadījumā atsauce uz ziņojumu, tā autori un Latvijas Republikas Saeimu ir obligāta. Nekomerciālos nolūkos ziņojumu drīkst pārpublicēt vai citādi izmantot bez īpašas saskaņošanas ar Latvijas Republikas Saeimu un ziņojuma autori.

Atsaucoties uz ziņojumu, izmantojama šāda norāde:
Rācene-Riekstiņa, L., 2026. *Cik vecs ir pietiekami vecs? Ietvars bērnu līdzdalībai ar viņu veselības aprūpi saistīto lēmumu pieņemšanā Latvijā*. Pētījuma galaziņojums. Rīga, Latvija: Latvijas Republikas Saeimas Analītiskais dienests.

Ziņojums ietver saites uz ārējām vietnēm, un pastāv iespējamība, ka tās ar laiku vairs nefunkcionēs. Latvijas Republikas Saeima un autore neuzņemas atbildību par ārējo uzturētāju nodrošinātām tīmekļvietnēm.

Latvijas Republikas Saeima un ziņojuma autore nav atbildīgas par ziņojumā iekļautās informācijas turpmāku izmantošanu un tās sekām.

Ziņojums neatspoguļo Latvijas Republikas Saeimas kā likumdevēja viedokli.

Visas mantiskās tiesības uz ziņojumu pieder Latvijas Republikas Saeimai. Rīga, 2026

PĒTĪJUMA MĒRĶIS:

Izvērtēt tiesisko ietvaru bērnu līdzdalībai ar viņu veselības aprūpi saistīto lēmumu pieņemšanā.

UZDEVUMI:

1. Apkopot informāciju par normatīvajiem aktiem, kas regulē bērnu līdzdalību lēmumu pieņemšanā veselības aprūpes jomā.
2. Izvērtēt, kādā veidā un mērā tiek realizēta bērnu līdzdalība lēmumu pieņemšanā.
3. Sniegt ieskatu tiesību aktu piemērošanas praksē un tās trūkumos.

Satura rādītājs

GALVENIE SECINĀJUMI 2

IEVADS 5

1. "Tā ir vesela sistēma", kurā jārod telpa bērnu līdzdalībai lēmumu pieņemšanā 7

2. Bērna līdzdalības tiesiskā regulējuma ietvars 11

2.1. Tiesību akti starptautiskā un nacionālā līmenī 11

2.2. Termina "bērns" tvērums Latvijas tiesību aktos 12

2.3. Bērna vecums un briedums līdzdalības kontekstā 13

2.4. Vecums 14

2.5. Informētā piekrišana ārstniecībai un pacienta līdzestība kā īpašais līdzdalības veids veselības aprūpē 19

2.6. Briedums 21

2.7. Bērna autonomija un konfidencialitāte 23

2.8. Citi problemātiskie bērnu līdzdalības aspekti veselības aprūpes jomā 26

3. (Ne)pieejamie dati un (ne)pamanāmās politikas 29

3.1. Statistika par bērnu īpatsvaru Latvijas populācijā 29

3.2. Veselības pašvērtējums par bērniem 29

3.3. Slimību un mirstības rādītāji bērnu vidū 30

3.4. Bērna vecuma ietekme uz iesaistīšanu veselības aprūpē: esošais izpētes stāvoklis 31

3.5. Ieskats politikas plānošanas dokumentos no bērnu līdzdalības perspektīvas veselības aprūpē 32

4. Izglītības jautājumu ietekme uz bērnu līdzdalību veselības aprūpē 34

4.1. Jauno veselības aprūpes speciālistu apmācība 34

4.2. Bērnu apmācība un vecāku zināšanu trūkums 37

5. Neformālo iniciatīvu un prakšu nozīme bērna līdzdalības stiprināšanā veselības aprūpē 41

IZMANTOTĀ LITERATŪRA UN AVOTI 44

GALVENIE SECINĀJUMI

Nepilngadīga pacienta veselības aprūpē ciešā mijiedarbībā veidojas attiecības starp trim pusēm – nepilngadīgo pacientu jeb bērnu, viņa likumisko pārstāvi (visbiežāk vecākiem) un veselības aprūpes profesionāli. Šo attiecību mijiedarbība var radīt izaicinājumus, meklējot līdzsvaru starp minēto pušu kompetenci un tiesībām pieņemt lēmumus. No vienas puses, šīs attiecības pamatojas objektīvās zināšanās par cilvēka ķermeni un tā funkcionēšanu, bet, no otras puses, tās ietekmē arī katras iesaistītās puses subjektīvā attieksme, zināšanas un pieredze.

Veselības aprūpes profesionāļa un pacienta attiecības lielākoties ir hierarhiskas, ko Rietumu kultūrā ilgstoši ir noteikusi profesionālo zināšanu autoritāte. Nepilngadīga pacienta gadījumā bērns atrodas dubultās hierarhiskās attiecībās, jo arī attiecības starp bērnu un vecākiem parasti ir hierarhiskas. Viens no veidiem, kā mazināt šādu nevienlīdzību, ir bērna līdzdalības principa atzīšana un stiprināšana.

Bērnu līdzdalības princips ir nostiprināts gan starptautiskā, gan nacionālā līmenī. Apvienoto Nāciju Organizācijas Bērnu tiesību konvencijā noteikts, ka bērna viedoklim ir nozīme un bērnam ir jānodrošina tiesības brīvi to paust jautājumos, kas skar viņa intereses. Savukārt Eiropas Padomes Konvencija par cilvēktiesību un cieņas aizsardzību bioloģijā un medicīnā – Konvencija par cilvēktiesībām un biomedicīnu – nosaka autonomijas principu, saskaņā ar kuru jebkādas darbības veselības aprūpē ir pieļaujamas tikai ar attiecīgās personas brīvprātīgu un apzinātu piekrišanu, turklāt personai iepriekš jāsaņem pietiekama informācija lēmuma pieņemšanai. Šis princips attiecas arī uz bērniem ar piebildi, ka bērnu viedoklim atbilstoši viņu vecumam un brieduma pakāpei lēmuma pieņemšanā jāpiešķir arvien lielāka nozīme.

Nacionālā līmenī Latvijā šajā kontekstā īpaša nozīme ir, pirmkārt, Bērnu tiesību aizsardzības likumam. Tajā noteikts pienākums atbilstoši situācijai izvērtēt, cik lielā mērā veicamie pasākumi nodrošina bērna līdzdalību ar viņu saistītu lēmumu pieņemšanā, kā arī bērna viedokļa uzklausīšanu un ievērošanu atbilstoši vecumam, briedumam un spējai formulēt savu viedokli. Otrkārt, saskaņā ar Pacientu tiesību likumu bērna labākās intereses veselības aprūpē tiek īstenotas, paredzot, ka nepilngadīgam pacientam ir tiesības tikt uzklausītam un piedalīties ar ārstniecību saistītu lēmumu pieņemšanā atbilstoši viņa vecumam un briedumam.

Pacientu tiesību likumā ir nošķirtas bērna tiesības, attiecībā uz kurām nav noteikts bērna vecuma ierobežojums, un tiesības, attiecībā uz kurām šāds ierobežojums pastāv. Bez vecuma ierobežojuma bērnam ir tiesības tikt uzklausītam, piedalīties lēmumu pieņemšanā un paust savu viedokli. Savukārt attiecībā uz bērna tiesībām sniegt informēto piekrišanu ārstniecībai un tiesībām atteikties no informācijas saņemšanas ir noteikts konkrēts vecuma slieksnis – tas iespējams no 14 gadu vecuma. Situāciju vēl sarežģītāku padara nepieciešamība izvērtēt arī bērna brieduma pakāpi.

Vecums gan starptautiskā, gan nacionālā mērogā ir atzīts par nozīmīgu sociālā riska faktoru, kura dēļ, piemēram, bērni ir atzīti par speciālo tiesību subjektu grupu, kuras tiesību īstenošana notiek ar likumisko pārstāvju starpniecību. Tomēr vecumu ir salīdzinoši viegli interpretēt kā objektīvu un relatīvi vienkārši administrējamu kritēriju. Savukārt briedumu ir grūtāk precīzi definēt. Tas ir saistāms ar bērna spēju izprast un novērtēt konkrētā jautājuma ietekmi, kā arī ar spēju pamatoti un patstāvīgi izteikt savu viedokli. Pacienta brieduma izvērtēšanas kārtība un kritēriji veselības aprūpes jomā Latvijā nav skaidri regulēti, un vienota metodika šim nolūkam nepastāv. Tādējādi pašreizējā situācija nav uzlūkojama kā optimāla, un šajā virzienā būtu iespējama pilnveide, izstrādājot vienotu metodiku un procedūras. Vienlaikus jāatzīmē, ka arī starptautiskajā praksē pieejas šim jautājumam ir dažādas.

Pacientu tiesību likuma izpratnē briedums līdzās vecumam ir būtisks kritērijs, izvērtējot bērna viedokli un īstenojot atsevišķas viņa tiesības veselības aprūpē. Pārmērīgu vecuma kritērija akcentēšanu, to neizvērtējot kopsakarā ar citiem kritērijiem, var uzskatīt par potenciāli diskriminējošu pieeju, īpaši attiecībā uz bērniem līdz 14 gadu vecumam. Arī starptautiskās

organizācijas norāda, ka bērna vecumam nevajadzētu būt vienīgajam vai noteicošajam faktoram viņa viedokļa nozīmīguma noteikšanā. Tas, vai bērna viedoklis ir ņemams vērā un kāda nozīme tam piešķirama, galvenokārt ir atkarīgs no viņa brieduma un spējas viedokli formulēt, nevis tikai no vecuma. Neraugoties uz to, veselības aprūpes praksē šā principa īstenošana nereti ir sarežģīta.

Iespējams, ka tieši grūtības veselības aprūpes praksē skaidri nošķirt dažādo tiesību apjomu un to īstenošanai piemērojamos kritērijus veicina pieeju, atbilstoši kurai bērna viedokļa nozīme tiek vērtēta, to piesaistot vienkāršāk uztveramam un administrējamam kritērijam – 14 gadu vecumam. Tiesību normu sarežģītības un iespējamo atšķirīgo interpretāciju, kā arī dažādu objektīvo un subjektīvo apstākļu dēļ pacienti, kas jaunāki par 14 gadiem, nereti netiek pietiekami iesaistīti ar viņu veselību saistītu lēmumu apspriešanā, un komunikācija galvenokārt notiek ar pacienta vecākiem.

Saskaņā ar Pacietu tiesību likuma 13. panta otro daļu informētās piekrišanas saņemšanai no nepilngadīga pacienta ir jāizpildās gan brieduma kritērijam, gan vecuma kritērijam – no 14 gadu vecuma. Vienlaikus neprecīzs šīs normas lasījums var ietekmēt arī tā paša likuma 13. panta 2.[1] daļas korektu piemērošanu attiecībā uz bērna viedokļa nozīmi atbilstoši viņa briedumam. Tas savukārt var radīt priekšnoteikumus nevienlīdzīgai vai diskriminējošai praksei, kad bērna viedokļa nozīme nepamatoti tiek saistīta tikai ar vecuma kritēriju.

Pacientu tiesību likumā pilngadīga pacienta tiesības ir izklāstītas plašāk un skaidrotas detalizētāk, savukārt nepilngadīga pacienta tiesības ir sakoncentrētas minētā likuma 13. panta tvērumā. Šādas atšķirības tiesību normu apjomā un detalizācijas pakāpē var tikt vērtētas kā problemātiskas. Tas rada situāciju, kurā tiesību normu piemērošana prasa specifiskas juridiskas zināšanas un izpratni, lai praksē nepamatoti netiktu sašaurinātas bērnu iespējas pilnvērtīgi īstenot viņiem paredzētās tiesības.

Kopumā regulējums Latvijā demonstrē centienus līdzsvarot bērna autonomiju, kas laika gaitā pieaug, ar nepieciešamību nodrošināt viņa aizsardzību. Tomēr nepilngadīga pacienta autonomijas kontekstā būtu lietderīgi aktualizēt un precizēt šādus jautājumus:

- par bērna tiesībām patstāvīgi saņemt veselības aprūpes pakalpojumus no 14 gadu vecuma;
- par bērna tiesībām ietekmēt informācijas par viņa veselības stāvokli izpaušanu likumiskajiem pārstāvjiem;
- par regulējumu tādām situācijām veselības aprūpes jomā, kad domstarpības rodas starp 14 gadu vecumu sasniegušu bērnu un viņa likumisko pārstāvi attiecībā uz informācijas neizpaušanu vai bērna tiesībām liegt likumiskā pārstāvja klātbūtni;
- par bērna, kurš sasniedzis 14 gadu vecumu, tiesībām patstāvīgi pārstāvēt sevi dažādās iestādēs un procesos;
- par bērna tiesībām un iespējām patstāvīgi izvērtēt saņemtos veselības aprūpes pakalpojumus, izteikt viedokli par veselības aprūpi, iesniegt ierosinājumus un sūdzības, kā arī saņemt atgriezenisko saiti.

Bērnu iesaiste un līdzdalība ar veselību saistītu lēmumu pieņemšanā nav skaidri identificējama kā prioritāte galvenajos politikas plānošanas dokumentos. Tāpat tajos nav atrodami uzsvari uz nepilngadīgo pacientu tiesību stiprināšanu un aizsardzību, kā arī atbilstošu aizsardzības mehānismu nodrošināšanu.

Vienlaikus uz pierādījumiem balstītas un efektīvas politikas veidošanu un lēmumu pieņemšanu šajā jomā var kavēt tas, ka nozares politikas veidotāju rīcībā nav kopējas informācijas, turklāt netiek arī publiskoti apkopoti dati tādā griezumā, kas ļautu novērtēt bērnu iesaistes līmeni veselības aprūpes lēmumu pieņemšanā visā Latvijā. Līdzšinējās darbības, kā arī pētījumi šajā jomā ir bijuši fragmentāri un īstenoti, tostarp piesaistot starptautisko līdzfinansējumu. Neiedibinot šādas prakses kā pastāvīgas, koordinētas un sistēmiskas, pastāv risks, ka tās neradīs ilgtermiņa un noturīgu ietekmi.

Tāpat apsverams darbības virziens būtu palielināt dažādu iesaistīto pušu informētību par bērnu tiesībām uz līdzdalību un iespējām to īstenot praksē. Pirmkārt, Bērnu tiesību aizsardzības likuma 5.[1] pantā ir noteikts personu loks, kurām nepieciešamas speciālās zināšanas bērnu tiesību aizsardzības jomā un kurām tiek organizēta periodiska atkārtotā apmācība. Tomēr starp šīm personām nav minēti veselības aprūpes jomas speciālisti. Otrkārt, sabiedrībā kopumā izpratne par pacientu tiesībām un to īstenošanu joprojām nav pietiekama. Tādējādi nevar pilnībā paļauties uz pieaugušo spēju pilnvērtīgi aizstāvēt nepilngadīgo pacientu tiesības, pārstāvot viņus veselības aprūpē, kā arī uz to, ka ģimenē bērniem tiktu nodotas atbilstošas zināšanas par viņu tiesībām. Šajā kontekstā būtu apsverama mērķtiecīgāka attiecīga satura iekļaušana obligātajā pamatizglītības un vispārējās vidējās izglītības saturā, nekā tas tiek īstenots pašlaik.

IEVADS

Bērni dzīvo pasaulē, kuru veido, organizē un uztur pieaugušie. Kā īpaša sociāla grupa bērni ierasti tiek asociēta ar dažādiem mainīgiem vēsturiskiem un arī kulturāliem konceptiem (Ariès 1962), kurus caurauž dažādi pieņēmumi par bērnu spēju pilnvērtīgi tvert pasauli, pieņemt lēmumus, aizsargāt sevi, kā arī piedalīties un līdzdarboties sabiedriskajā dzīvē. Bērni nereti tiek pakļauti strukturālai nevienlīdzībai, pamatojoties uz pieņēmumiem par viņu nepietiekamo vecumu. Šī nevienlīdzība ne vienmēr tiek pamanīta un atzīta par problemātisku; bieži tā tiek normalizēta un uztverta gan kā pašsaprotama, gan nepieciešama.

Arī **Latvijas tiesību sistēmā ir paredzēts, ka bērni, kuri nav sasnieguši pilngadību, nespēj rīkoties līdzvērtīgi pilngadīgām personām.** Viņu rīcību, kā arī brīvības ierobežo dažādi pārstāvības noteikumi un nosacījumi. Ierasti bērni ir grupa, kuru pārstāv un aizstāv pieaugušie. Bērnu tiesības būt par jebkādu tiesisko attiecību dalībniekiem nav pilnīgas, un atbilstoši vadošajam diskursam tas tiek pamatots tādējādi, ka bērnu aizsardzība un drošība ir prioritāte. Gan starptautiskajā, gan nacionālajā tiesību telpā **bērni tiek atzīti par īpaši aizsargājamu personu grupu.** Tomēr **pārmērīgs aizsardzības režīms, pat ja tas radīts ar labiem nodomiem, praksē var izraisīt bērnu tiesību ierobežojumus.**

Veselības aprūpe ir sarežģīta joma, kuras izpratnei nepieciešamas īpašas zināšanas, informācija un sagatavotība, kas ne vienmēr piemīt pat pieaugušajiem, kad tie kļūst par pacientiem. Ir daudz iemeslu, kādēļ **attiecības starp veselības aprūpē iesaistītajiem, no vienas puses, un pacientiem, no otras puses, ir uzlūkojamas kā asimetriskas, nevienlīdzīgas un hierarhiskas.** Joprojām pastāv tā dēvētais hipokrātiskais paterniālisms, saskaņā ar kuru Rietumu kultūras telpā ilgstoši dominējis pieņēmums un noturīgas medicīniskās prakses, kas paredz, ka noteicošā loma veselības aprūpē attiecībās starp pacientu un ārstu pieder ārstam, un ārsta darbības būtībā ir vērstas uz pacienta autonomijas ierobežošanu (McCullough 2016). Ja runa ir par nepilngadīgu pacientu, kopaina kļūst vēl sarežģītāka, jo attiecībās starp veselības aprūpes profesionāli un pacientu nozīmīga loma tiek atvēlēta nepilngadīgā pacienta likumiskajam pārstāvim, kā arī nosacījumiem, kas izriet no pārstāvības attiecībām.

Turklāt vairāk izstrādātas ir tās tiesību normas, kas regulē bērnu pārstāvību un pārstāvju rīcību, savukārt mazāka vērība tiek veltīta pašu bērnu aģences[1] stiprināšanai. Šīs intereses nav līdzsvarotas, jo spēku samērs un **noteiktu subjektu tiesību pārākums nereti nosveras par labu jomas profesionāļiem, likumiskajiem pārstāvjiem vai valsts institūcijām, bet bērniem tiek atvēlēta pasīva loma.** Bērni tādējādi kļūst par pasīviem aizsardzības objektiem, kas ir pretrunā gan ar viņu labākajām interesēm, gan starptautiski atzītām tiesībām.

Daudzējādā ziņā problemātisko, taču joprojām ietekmīgo ideju par bērnu kā būtni, kura vēl nav izveidojusies par pienācīgu vai pilnvērtīgu pieaugušo, dažādās tās attīstības stadijās filozofi ir izsekojuši līdz pat Aristotelim. Saskaņā ar šo uzskatu bērnība tiek atklāta caur iztrūkuma konceptu, proti, bērnu iedabu raksturojot ar tādu spēju trūkumu, kas piemīt pieaugušajiem, vienlaikus ignorējot tās jomas, kurās bērni kognitīvi pārspēj pieaugušos (piemēram, jaunu svešvalodu apguvē). Jaunākie pētījumi neirozinātnē rada arvien lielāku izpratni par bērnu smadzeņu sarežģītību, kas veido gluži jaunas atziņas un cieņu pret bērnu spējām (Matthews un Mullin 2025).

Pavērsiens bērnu aģences izpratnē ir noticis salīdzinoši nesen. Viens no pirmajiem darbiem, kas mainīja pieņēmumus par bērnu spēju uztvert smagu slimību, kura viņu skārusi, publicēts 1978. gadā un rosināja pārmaiņas uztverē un praksēs, atbalstot mirstošus bērnus. Maira Blūbonda-Langnere darbā "Mirstošo bērnu privātās pasaules" (*The Private Worlds of Dying Children*) atklāj ar

[1] Ar terminu "aģence" (angļu val. *agency*) sociālajās zinātnēs apzīmē kāda indivīda spēju, darbojoties noteiktu sociālo struktūru un konkrēta sociālā konteksta ietvaros, apzināti rīkoties, pieņemt lēmumus, izdarīt izvēles un ietekmēt savu dzīves vidi, kā arī sociālos, kultūras un politiskos procesus, tostarp, ja nepieciešams tiem pretoties.

leikēmiju slimo bērnu vecumā no trim līdz deviņiem gadiem pieredzi, saskaroties ar smago slimību, un viņu izpratni par savu stāvokli un neizbēgamo nāvi. Darbā atspoguļota arī šo bērnu spēja pārvarēt vecāku, ārstu un slimnīcas personāla viņiem piešķirto pasīvo lomu, iedibinot un uzturot noteiktu sociālo kārtību savas pieredzes ietvarā (Bluebond-Langner 1980).

Savukārt jautājumu par bērnu tiesībām uz autonomiju medicīnisko lēmumu pieņemšanā, īpaši saistībā ar viņu piekrišanu operācijai, kā pirmā 1993. gadā aktualizēja Priscilla Aldersone savā darbā "Bērnu piekrišana operācijai" (*Children's Consent to Surgery*). Grāmatā, pamatojoties uz padziļinātām intervijām ar bērniem, tika meklētas atbildes uz jautājumiem, kad bērni ir pietiekami veci un spējīgi, lai izprastu medicīnisko informāciju un pieņemtu lēmumus, kas atbilst viņu labākajām interesēm (Alderson 1993).

Neraugoties uz minēto pavērsienu bērna spēju un lomas izpratnē, līdz pat šim brīdim **bērna līdzdalība, bērna balss ņemšana vērā, kā arī bērna autonomija joprojām nav pilnībā nostiprināti principi**, lai gan ir notikušas ievērojamas izmaiņas gan starptautiskā, gan nacionālā līmenī.

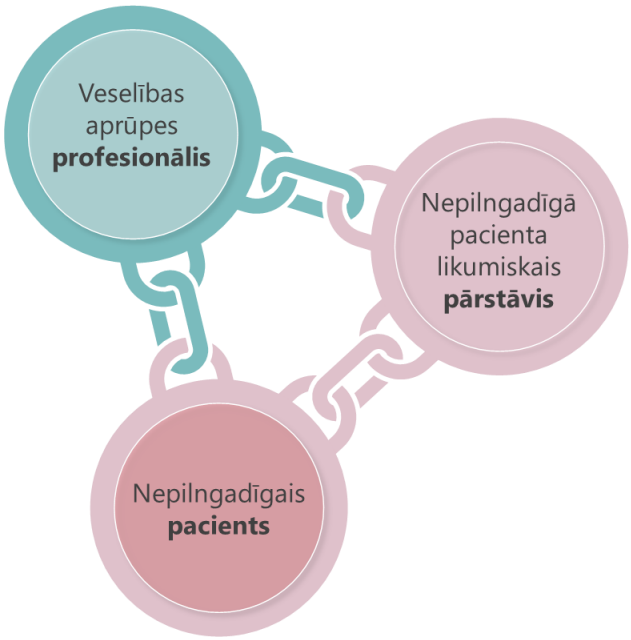
Šā pētījuma galaziņojumā termini "nepilngadīgais" un "bērns" tiek lietoti kā sinonīmi, vienlaikus apzinoties, ka šāda pieeja sašaurina termina "bērns" nozīmi, pielāgojot to speciālajos tiesību aktos nostiprinātajam regulējumam bērnu tiesību un nepilngadīga pacienta tiesību aizsardzības jomā. Arī termini "likumiskais pārstāvis" un "vecāki" tiek lietoti kā sinonīmi, vienlaikus apzinoties, ka ne vienmēr likumiskie pārstāvji ir bērna vecāki. Pētījums ir veltīts bērnu līdzdalībai ar veselības aprūpi saistīto lēmumu pieņemšanā ambulatorajā un stacionārajā veselības aprūpes vidē, neaptverot praksi primārās veselības aprūpes kontekstā. Pētījuma izstrādē izmantoti starptautiskie un nacionālie tiesību akti, starptautisko organizāciju ziņojumi un pieredzes apkopojumi, zinātniskās publikācijas, statistikas dati, atbildes uz specializētiem informācijas pieprasījumiem, kā arī daļēji strukturētās intervijas ar jomas lietpratējiem.

1. "TĀ IR VESELA SISTĒMA", KURĀ JĀROD TELPA BĒRNU LĪDZDALĪBAI LĒMUMU PIEŅEMŠANĀ

Nepilngadīga pacienta veselības aprūpes jautājumu risināšanā attiecības veidojas ciešā mijiedarbībā starp trim iesaistītajām pusēm – nepilngadīgo pacientu jeb bērnu, viņa likumisko pārstāvi (visbiežāk vecākiem) un veselības aprūpes profesionāli (1. attēls). Veselības aprūpes jomā šo attiecību mijiedarbība var radīt izaicinājumus, meklējot līdzsvaru starp minēto pušu kompetenci un lēmumu pieņemšanas tiesībām.

Attiecību mijiedarbību, no vienas puses, nosaka Civillikuma normas, kas tiesiski regulē attiecības ģimenē jeb attiecības starp bērnu un vecākiem. No otras puses, to ietekmē Pacienta tiesību likuma normas, kuru likumiskais mērķis ir veicināt labvēlīgas attiecības starp pacientu un veselības aprūpes profesionāli. Savukārt trešo regulējuma dimensiju veido tiesību normas, kas reglamentē veselības aprūpes profesionāļa statusu, pienākumus un darbības.

Vienu no minēto attiecību pusēm – **bērnu kā īpašu tiesību subjektu – raksturo ne vien noteikts vecums, bet arī specifiski tiesību aizsardzības un īstenošanas mehānismi, kas paredz atsevišķu tiesību realizāciju ar likumisko pārstāvju starpniecību.** Šie pārstāvji rīkojas bērna vārdā un viņa interesēs. Tā kā nepilngadīgais pacients ir īpašs tiesību subjekts un veselības aprūpe arī atzīstama par īpaši dinamisku, strauji mainīgu un nepārtraukti attīstībā esošu zinātnes nozari un tiesību regulējuma jomu, kas turklāt cieši saistīta ar cilvēktiesību jautājumiem, šo **attiecību mijiedarbība veidojas īpaši sarežģīta** – tas vairākkārt uzsvērts izpētes vajadzībām veiktajās intervijās (no intervijas ar BKUS lietpratēju – klīnisko un veselības psihologu; no intervijas ar L. Grāveri).



1. attēls. **Attiecību mijiedarbība bērna veselības aprūpes jomā**
Balstīts uz: Saeima 2009

Veselības aprūpes jomā attiecībās starp iesaistītajām pusēm subjektīvais aspekts mijiedarbojas arī ar nosacīti objektīvo elementu, veidojot papildu attiecību slāni, ko ne vienmēr iespējams pilnībā iekļaut tiesību normu tvērumā. **No vienas puses, šīs attiecības balstās objektīvās zināšanās par cilvēka ķermeni un tā funkcionēšanu, no otras – subjektīvā attieksmē, zināšanās un pieredzē.** Turklāt gan subjektīvais, gan objektīvais elements piemīt visām

veselības aprūpes attiecībās iesaistītajām pusēm. Šajās attiecībās nozīme ir veselības aprūpes profesionāļa zināšanām par cilvēka veselību un viņa pienākumam sniegt palīdzību, kam iepretim nonāk pacienta individuālā slimības pieredze, subjektīvās izjūtas un empīriskās zināšanas par viņa veselības stāvokli. Šī pacienta rīcībā esošā informācija un pieredze savukārt nepieciešama veselības aprūpes profesionālim kvalitatīvas veselības aprūpes nodrošināšanai. **Subjektīvo un objektīvo elementu kopums, kas raksturo attiecības veselības aprūpē, veido to lauku, kura regulēšana ir Pacientu tiesību likuma uzdevums.**

Veselības aprūpes profesionāļa un pacienta attiecības lielākoties ir hierarhiskas, ko nosaka profesionālo zināšanu augstāks vērtējums un autoritāte, kas Rietumu kultūrā ilgstoši ir bijusi ierastā kārtība veselības aprūpē. Attiecību hierarhiskā būtība un **nepieciešamība mazināt hierarhijas nozīmi veselības aprūpē ir viens no būtiskajiem diskursiem** gan starptautisko veselības aizsardzības un cilvēktiesību organizāciju, gan cilvēktiesību un pacientu tiesību aktīvistu darba kārtībā.

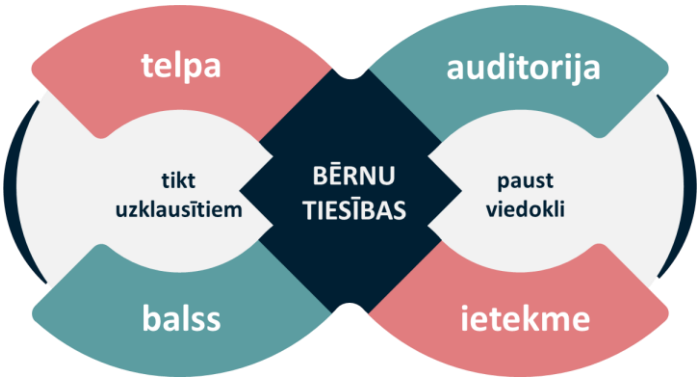
Nepilngadīga pacienta veselības aprūpē bērnu var uztvert kā iesaistīto dubultās hierarhiskās attiecībās, jo arī attiecības starp bērniem un vecākiem ierasti ir iedibinātas hierarhiski. Turklāt tiesiskais regulējums ir konstruēts tādējādi, ka šīs hierarhijas tiek saglabātas un nostiprinātas. Piemēram, saskaņā ar Civillikuma 177. un 198. pantu līdz pilngadības sasniegšanai bērns atrodas vecāku aizgādībā, kas izbeidzas, bērnam sasniedzot 18 gadu vecumu. Arī lietpratēji norāda, ka primārā atbildība un pienākums aizsargāt bērnu gulstas uz viņa vecākiem, vienlaikus uzsverot, ka tieši vecāki vislabāk spēj nodrošināt bērna labākās intereses un tiesību īstenošanu (Daugule 2021; Šķerberga un Zālīte 2022; no intervijas ar L. Grāveri). No tiesību aktu perspektīvas raugoties, **hierarhija dažādās attiecībās ir gan nepieciešama, gan zināmā mērā neizbēgama; problemātiska tā kļūst gadījumos, kad netiek pienācīgi pārvaldīta un rada negatīvas sekas**, tostarp nevienlīdzīgu pozīciju kādai no attiecībās iesaistītajām pusēm.

Viens no atzītajiem veidiem, kā līdzsvarot hierarhisko attiecību radīto nevienlīdzību, ir saistīts ar bērnu līdzdalības principa atzīšanu un spēcināšanu. Bērnu līdzdalība ir viena no komponentēm, kas veido viņu labāko interešu ievērošanu, un tā ir nostiprināta Apvienoto Nāciju Organizācijas (turpmāk arī – ANO) Bērnu tiesību konvencijas 12. pantā. Tomēr, kā norādījusi bērnu tiesību pētniece Laura Landija, prakse nereti atšķiras no regulējuma. Attiecībā uz minēto 12. pantu viņa uzskata, ka, neraugoties uz biežo tā citēšanu, pants tiekot nepareizi iztulkots, un īpaši uzsver, ka bērnu iespējas izmantot šajā pantā nostiprinātās tiesības ir atkarīgas no pieaugušajiem, viņu gribas un sadarbības prasmēm. Pētniece arī norāda uz tendenci, kas jo sevišķi skaidri konstatējama akadēmiskajā kopienā, proti, 12. pants tiekot analizēts nodalīti no pārējā konvencijas teksta. Attiecībā uz tā praktisko piemērošanu Landija pauž bažas par grūtībām, kā īstenot ar to saistītos labos nodomus un apņemšanās, jo īpaši situācijās, kad diskusijās nākas iebilst pret ierastajiem domāšanas modeļiem vai rodas nesaskaņas vai papildu izmaksas. Autores ieskatā, bažas par bērnu līdzdalību būtu iedalāmas trīs galvenajās kategorijās:

- pieaugušo skepse un pārliecības trūkums par bērnu spējām jēgpilni ietekmēt lēmumu pieņemšanu;
- rūpes par to, lai netiktu apdraudēta pieaugušo autoritāte, kas varētu notikt, bērniem lielākā mērā ļaujot kontrolēt procesus;
- bažas, ka bērnu tiesību ievērošana prasīs pārāk daudz pūļu, kuras, pēc daudzu pieaugušo uzskatiem, būtu lietderīgāk veltīt citiem aspektiem.

Bērnu tiesību pētniece aicina uzlūkot bērnu aktīvu līdzdalību nevis kā "dāvanu", ko pieaugušie pasniedz bērniem, bet kā "imperatīvu", ko nosaka bērnu tiesību kopums. Pētnieces devums jomas bērnu tiesību jautājumu analīzē guvis īpašu ievērību viņas izstrādātā modeļa dēļ, kas, kā autore pati norāda, ļauj jaunā veidā strukturēti interpretēt konvencijas 12. pantu un novērst iepriekš uzskaitītos trūkumus. Šis modelis ir guvis plašu popularitāti dažādu iesaistīto pušu vidū – uz to atsaucas gan starptautiskās bērnu tiesību aizsardzības organizācijas, gan jomas pētnieki un institūcijas. Autore, pirmkārt, sasaista konvencijas 12. pantu ar 2. pantu (diskriminācijas aizliegums), 3. pantu (labāko

interešu principu), 5. pantu (tiesības uz pieaugušo atbalstu), 13. pantu (tiesības uz informāciju), kā arī 19. pantu (tiesības uz drošību). Otrkārt, tiek definēti četri nozīmīgi elementi, kuriem lēmumu pieņēmējiem būtu jāvelta pastiprināta uzmanība, proti, telpa, balss, auditorija un ietekme (2. attēls) (Lundy 2007).



2. attēls. **Bērnu līdzdalības modelis ar viņu interesēm saistīto lēmumu pieņemšanā**
Balstīts uz: Lundy 2007

Šajā bērnu līdzdalības modelī "telpa" nozīmē drošu vidi, kurā bērnam tiek dota iespēja paust savu viedokli. Elements "balss" paredz tiesības bērnam jebkādā viņam iespējamā veidā paust savu viedokli un saņemt nepieciešamo atbalstu, lai viņš varētu izteikties. Bērnam piemīt tiesības arī uz atbilstošu "auditoriju", kas nozīmē, ka pieaugušie patiesi ieklausās bērna teiktajā. Visbeidzot ceturtais piedāvātā modeļa elements "ietekme" paredz, ka bērna viedoklis tiek ņemts vērā un ietekmē lēmumu pieņemšanas procesu (Lundy 2007).

Izmantojot Eiropas Padomes izstrādāto metodoloģiju, 2017. gadā Latvijā tika veikts Bērnu līdzdalības novērtējums, pievēršoties deviņu definēto indikatoru novērtējumam, kā arī tika apkopoti ieteikumi turpmākiem uzlabojumiem. Pētījuma uzdevums bija izvērtēt, cik lielā mērā Latvijā tiek nodrošinātas bērnu līdzdalības tiesības saskaņā ar ANO Bērnu tiesību konvencijas 12. panta prasībām. Pētījumā uzsvērts, ka bērnu līdzdalība tajā netiek skatīta kā formāla tiesību norma, tāpēc tika meklēti labās prakses piemēri nolūkā veicināt izpratni par bērnu līdzdalību. Tika izcelts līdzdalības mērķis, saskaņā ar kuru, bērnam pieaugot, ir jāspēj uzņemties atbildību par savu dzīvi un paša pieņemtajiem lēmumiem, ko iespējams panākt jau agrīnā vecumā, mudinot viņus:

- izteikt savu viedokli;
- izrādīt iniciatīvu;
- gūt pārliecību par savām spējām.

Pētījumā tika vērtētas bērnu līdzdalības iespējas dažādās jomās, tostarp veselības aprūpē, kā arī valsts un pašvaldību institūciju izveidoto mehānismu saprotamība un draudzīgums bērniem.

Pētījumā vispārīgi secināts, ka bērniem nav skaidra priekštata par līdzdalību, tās nozīmi un viņu tiesībām uz līdzdalību. Tāpat tika konstatēts, ka dažādu ar bērniem strādājošo speciālistu **izpratne par bērnu tiesībām uz līdzdalību un iespējām īstenot to praksē ir ļoti atšķirīga, tā ir atkarīga gan no speciālista pieredzes un individuālā redzējuma, gan viņa pārstāvētās nozares.** Kopumā trūkstot vienotas pieejas līdzdalības jautājumos arī tiesību aktu regulējumā, jo pastāvot neskaidrības par tiesību aktu hierarhiju un tiesību normu prioritāti, īpaši sasaistē ar Bērnu tiesību aizsardzības likumu. Lietpratēji secinājuši, ka gandrīz visās jomās trūkst bērniem saprotamas un piemērotā veidā pasniegtas informācijas. **Vērtējot šos secinājums kopsakarā ar Lauras Landijas izstrādāto bērnu līdzdalības modeli, secināms, ka tajā ietvertie elementi – telpa, balss,**

auditorija un ietekme – lielākoties nav pilnvērtīgi ņemti vērā un tas savukārt negatīvi ietekmē ANO Bērnu tiesību konvencijas 12. pantā noteikto bērnu līdzdalības tiesību sekmīgu īstenošanu.

Attiecībā tieši uz veselības aprūpes jomu secināts, ka Pacientu tiesību likumā ir izveidots bērnu līdzdalības tiesiskais ietvars, taču tā efektivitāte nav vērtēta. Līdz ar to var uzskatīt, ka attiecīgā indikatora (1. indikators "Valstu konstitūcijās un tiesību aktos ir atspoguļota bērnu un jauniešu tiesību piedalīties lēmumu pieņemšanā tiesiskā aizsardzība") novērtējums ir formāls, nevis saturisks. Kā veselības aprūpes jomas nepieciešamos pilnveidojumus kopsakarā ar attiecīgā indikatora novērtējumu (5. indikators "Pastāv bērniem draudzīgas sūdzību iesniegšanas procedūras"), lietpratēji norāda vajadzību veselības aprūpes iestādēm izstrādāt iekšējo sūdzību izskatīšanas kārtību. Tāpat viņi norāda, ka nav pieejama informācija saistībā ar nepilngadīgā pacienta viedokli par veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti. Tas savukārt sasaucas ar konstatējumu, ka nav izstrādāti atsevišķi, bērniem piemēroti atsauksmju formāti, kas vērtēti kopsakarā ar 9. indikatoru "Pašvaldību pakalpojumu sniedzēji nodrošina bērniem draudzīgus atsauksmju mehānismus" (LBLT 2017). Lai gan ir pagājuši deviņi gadi, situācija attiecībā uz norādītajiem trūkumiem veselības aprūpes jomā ir mainījusies, taču nav pilnībā atrisināta.

2. BĒRNA LĪDZDALĪBAS TIESISKĀ REGULĒJUMA IETVARS

2.1. Tiesību akti starptautiskā un nacionālā līmenī

Šā pētījuma objekts – bērnu līdzdalība ar viņu veselību saistītu lēmumu pieņemšanā – sasaista divas tiesību jomas, kuru regulējums noteikts gan starptautiskos, gan nacionālos tiesību aktos. Tās ir bērnu tiesības, kas nosaka īpašo tvērumu un definē principus noteiktas vecuma grupas personu tiesību realizācijai, un medicīnas tiesības, kuru ietvarā veidojas izpratne par pacienta tiesībām. Abas tiesību jomas ir īpašas un sarežģītas, veidojot nozīmīgus saskarsmes punktus ar citām tiesību jomām, tomēr bērnu tiesību pamatprincips ir vadošais. Tas nosaka, ka **bērnu interešu ievērošana ir svarīgākais un prioritārais uzdevums ikvienam**, kurš iesaistās jautājumu risināšanā bērnu lietās, un šī prioritāte attiecas citstarp arī uz veselības aprūpes jomu.

Pamatdokuments, kas starptautiski ir vispārīgi nostiprinājis bērnu tiesības un padarījis to ievērošanu, kā arī īstenošanu par starptautiskās sadarbības objektu, ir 1989. gada ANO Bērnu tiesību konvencija. Šajā konvencijā noteikto principu īstenošana ir cieši saistīta ar nacionālo tiesību aktu kvalitāti, efektivitāti un pienācīgu piemērošanu. Īpaši nozīmīgs pētāmā jautājuma kontekstā ir konvencijas 12. pants, kas nostiprina principu, ka **bērna viedoklim ir nozīme un bērnam ir jāgarantē tiesības brīvi to paust jautājumos, kas skar viņa intereses.**

ANO Bērnu tiesību komiteja, ņemot vērā praksi un iedibinātos procesus, kas saistīti ar līdzvērtīga un cieņpilna dialoga uzturēšanu starp bērniem un pieaugušajiem, ir sniegusi **skaidrojumu par konvencijas 12. pantu, norādot, ka tajā ir ietverta bērnu līdzdalība, lai gan pantā šāds termins nav lietots.** Dalībvalstīm noteikts pienākums ieviest mehānismus, kas bērniem nodrošina tiesības tikt uzklausītiem un sniedz atbilstošo informāciju viedokļa paušanai, pienācīgu atbalstu, atgriezenisko saiti, tostarp informāciju par veidu, kādā bērna viedoklis tiek ņemts vērā, kā arī nodrošinātu bērna tiesības uz sūdzību izskatīšanas procedūru (ANO 2009).

Nolūkā uzlabot bērnu līdzdalības procesu un nodrošināt, lai bērnu balsis tiek sadzirdētas, starptautiskā nevaldības organizācija "Glābiet bērnus" (*Save the Children*) ir izvērsusi ANO Bērnu tiesību komitejas definētās deviņas pamatprasības bērnu jēgpilnai un ētiskai līdzdalībai, paskaidrojot arī to praktisko nozīmi. Saskaņā ar šīm pamatprasībām bērnu līdzdalībai un lēmumu pieņemšanai ir jābūt pārskatāmai un informatīvai, brīvprātīgai, cieņpilnai, atbilstošai, bērnam draudzīgai, iekļaujošai, balstītai atbilstošā pieaugušo apmācībā, drošai un jutīgai pret riskiem, kā arī atbildīgai (Save the Children 2021).

Ir vairāki starptautiskie tiesību akti, kas saistāmi ar medicīnas tiesību regulējumu, tomēr Eiropas tiesību telpā īpaša nozīme ir Eiropas Padomes 1997. gada Konvencijai par cilvēktiesību un cieņas aizsardzību bioloģijā un medicīnā – Konvencija par cilvēktiesībām un biomedicīnu (turpmāk arī – Biomedicīnas konvencija). To uzlūko kā cilvēktiesību instrumentu, kura pamatmērķis ir visu cilvēku cieņas un identitātes aizsardzība un no tā izrietošā nepieciešamība nodrošināt cilvēka integritātes respektēšanu bez jebkādas diskriminācijas, kā arī citu cilvēka tiesību un pamatbrīvību aizsardzība saistībā ar bioloģijas un medicīnas zināšanu izmantošanu. Pētāmā jautājuma kontekstā īpaši nozīmīgi ir Biomedicīnas konvencijas 5. un 6. pantā ietvertie nosacījumi, kas nostiprina pacienta autonomijas principu un pacienta tiesības pieņemt lēmumus par savu veselību.

Autonomijas princips paredz, ka jebkādas darbības veselības aprūpē ir iespējamas tikai ar attiecīgās personas brīvprātīgu, apzinātu piekrišanu un personas rīcībā iepriekš jābūt atbilstošai informācijai, lai sniegtu piekrišanu. Šis princips attiecas arī uz bērniem ar piebildi, ka **bērna viedoklim atbilstoši viņa vecumam un brieduma pakāpei jāpiešķir arvien lielāka nozīme lēmuma pieņemšanā.** Personas, kuras nav spējīgas dot piekrišanu, tiek īpaši aizsargātas. Ja atbilstoši tiesību aktu regulējumam nepilngadīgā persona pati nespēj dot piekrišanu ar veselības aprūpi saistītām darbībām, tās drīkst veikt tikai ar nepilngadīgās personas pārstāvja vai likumā noteiktas iestādes, personas vai instances atļauju.

Nacionālā līmenī Latvijā īpaša nozīme ir diviem tiesību aktiem – Bērnu tiesību aizsardzības likumam un Pacientu tiesību likumam. Bērnu tiesību aizsardzības likuma 6. panta pirmajā daļā ir noteikts pienākums ikvienam ievērot bērna tiesību un interešu prioritāti visās šādās darbībās:

- novērtējot jebkuru ar bērnu saistītu gadījumu;
- rīkojoties jebkādā ar bērnu saistītā lietā;
- pieņemot jebkuru lēmumu saistībā ar bērnu.

Savukārt Bērnu tiesību aizsardzības likuma 6. panta 2.[1] daļā definēti vairāki bērna labāko interešu kritēriji, kuri jāņem vērā un jāvērtē katrā konkrētajā gadījumā, nodrošinot bērna situācijas ilgtspējīgu risinājumu. Starp šiem kritērijiem ir **pienākums atbilstoši situācijai ņemt vērā, cik lielā mērā veicamie pasākumi nodrošina bērna līdzdalību ar viņu saistītu lēmumu pieņemšanā, kā arī bērna viedokļa uzklausīšanu un ievērošanu atbilstoši viņa vecumam, briedumam un spējai viedokli formulēt.**

Bērna labāko interešu kritēriju mērķis ir preventīvi analizēt ikvienu situāciju un sniegt gan palīdzību, gan atbalstu bērnam pirms jebkādu problēmsituāciju rašanās. Neviens no nosauktajiem labāko interešu kritērijiem nav prioritārs attiecībā pret citiem kritērijiem, katrai situācijai ir jāvelta pienācīga uzmanība, gan iegūstot pietiekamu informāciju tās novērtēšanai un lēmuma pieņemšanai, gan kopsakarā izvērtējot visus labāko interešu kritērijus (Daugule 2021).

Noteiktā bērna **līdzdalība nozīmē bērna nepastarpinātu un kvalitatīvu iesaisti lēmumu pieņemšanā**, nodrošinot iespēju bērnam tieši ietekmēt procesus. Šādai **līdzdalības īstenošanai nav noteikts vecuma ierobežojums** – šis princips īpaši uzsvērts ANO Bērnu tiesību komitejas komentārā par Bērnu tiesību konvencijas 12. pantu, norādot, ka bērna tiesībām paust savu viedokli nav jābūt saistītām ar vecumu, un dalībvalstis tiek aicinātas šajā jautājumā nenoteikt vecuma slieksni ne tiesību aktos, ne praksē (ANO 2009). Lai līdzdalību realizētu visefektīvākajā veidā, process būtu jāveido abos virzienos, proti, bērns ne tikai sniedz informāciju un izsaka viedokli, bet arī atbilstoši viņa attīstības līmenim un izpratnei saņem informāciju par situāciju, izlemjamiem jautājumiem un iespējamām sekām (TM 2021). Tādējādi ir secināms, ka **par pieņemamu līdzdalības formu būtu uzskatāms tikai aktīvs dialogs un mijiedarbība starp bērnu un pieaugušo. Veselības aprūpes jomā īpaši nozīmīga loma ir tieši veidam, kādā veselības aprūpes profesionālis sniedz informāciju nepilngadīgam pacientam.**

Otrs īpašais kritērijs – bērna viedokļa uzklausīšana un ievērošana atbilstoši bērna vecumam, briedumam un spējai to formulēt –, pēc lietpratēju ieskata, attiecināms gan uz bērna tiesībām izteikt savas domas, gan uz tiesībām paust viedokli par jebkuru procesu, kurā viņš ir iesaistīts, tostarp par procesu dažādās iestādēs. Jāuzsver, ka **neviens tiesību akts nenosaka bērnam obligātu pienākumu paust viedokli**, taču, ja bērns izvēlas to darīt, ir jānodrošina iespēja šādi netraucēti rīkoties (TM 2021; Slokenberga un Strazdiņa 2019).

Arī atbilstoši Pacientu tiesību likuma 13. panta 2.[1] daļai bērna labākās intereses veselības aprūpē tiek īstenotas, paredzot, ka **nepilngadīgajam pacientam ir tiesības tikt uzklausītam un piedalīties ar ārstniecību saistīta lēmuma pieņemšanā** atbilstoši viņa vecumam un briedumam. Šim bērnu labāko interešu kritērijam nav noteikts vecuma ierobežojums, kas atbilst labajai praksei, kā arī ANO Bērnu tiesību komitejas viedoklim. Otrs mehānisms, kura īstenošanai Pacientu tiesību likuma 13. pantā ir noteikts vecuma slieksnis – līdz 14 gadu vecuma sasniegšanai un no 14 gadu vecuma –, attiecas uz pacienta piekrišanas saņemšanu ārstniecībai. ANO Bērnu tiesību komiteja šo vecuma sliekšņa noteikšanu vērtē atzinīgi, aicinot valstis **noteikt konkrētu vecumu, kuru sasniedzot bērns pats iegūst tiesības dot piekrišanu veselības aprūpei** (ANO 2009).

2.2. Termina "bērns" tvērums Latvijas tiesību aktos

Termins "bērns" ir plaši lietots Latvijas tiesību aktos, tomēr tam nav vienotas definīcijas. Termina saturs tiek atklāts un interpretēts konkrētas jomas regulējošo tiesību aktu kontekstā. Tiesību aktos ir vairāki tam radniecīgi termini, piemēram, nepilngadīgais, mazgadīgais, jaunietis, kas ne

vienmēr ir sinonīmi, lai gan noteiktos gadījumos to nozīme var pārklāties. Tāpat tiesību aktos ir norādītas vairākas bērnu kategorijas, piemēram, bāreņi; bez vecāku gādības palikušie bērni; bērni ar īpašām vajadzībām; bērni, kas stājušies laulībā līdz pilngadības sasniegšanai u. c.

Latviešu valodā termins "bērns" tiek lietots divējādi. Pirmkārt, tas apzīmē cilvēka dzīves agrīno posmu, līdz aptuveni 14 gadu vecuma sasniegšanai. Otrkārt, tas tiek lietots radniecības kontekstā, norādot uz saikni starp personām kā "dēls vai meita attieksmē pret saviem vecākiem" (Bāliņa u. c. 2006).

Latvijas tiesību aktos termina "bērns" saturs tiek noteikts, ņemot vērā vairākus kritērijus, tostarp:

- personas vecumu;
- pieņēmumus par personas morālo briedumu un uzvedību;
- personas spējas, piemēram, sevi apgādāt, aizsargāt un aizstāvēt.

Termina "bērns" tvērums atsevišķos gadījumos var būt plašāks nekā terminam "nepilngadīgais", jo tas var attiekties arī uz tām personām, kuras ir sasniegušas 18 gadu vecumu. Piemēram, saskaņā ar Augstākās tiesas judikatūrā sniegto Civillikuma normu interpretāciju bērna uzturēšanas jautājumos termins "bērns" var tikt attiecināts uz personu līdz 24 gadu vecumam (AT SKC - 1478/2015). Vienlaikus Civillikumā tiek lietots arī termins "nepilngadīgs bērns" un tajā paredzēta aizsardzība arī attiecībā uz nedzimuša bērna tiesībām. Savukārt Bērnu tiesību aizsardzības likuma 3. pantā noteikts, ka bērns ir persona, kas nav sasniegusi 18 gadu vecumu. Vienlaikus atsevišķos gadījumos šis vecuma slieksnis var tikt mainīts, ņemot vērā papildu apstākļus personas dzīvē. Piemēram, minētais likums paredz izņēmumu, saskaņā ar kuru par bērnu nav uzskatāma persona, kura likumā noteiktajā kārtībā izsludināta par pilngadīgu vai stājusies laulībā pirms 18 gadu vecuma sasniegšanas. Savukārt atbilstoši Civillikuma normām par pilngadīgu tiesas ceļā var atzīt tikai tādu personu, kura sasniegusi 16 gadu vecumu. Tādējādi secināms, ka **personas vecums nav vienīgais kritērijs, kas ļauj to kategorizēt kā bērnu.**

Krimināllikumā personas vecums tiek izmantots, lai klasificētu noziedzīgus nodarījumus un diferencētu soda veidus. Piemēram, 160. pantā "Seksuāla vardarbība" tiek nošķirts noziedzīgs nodarījums pret cietušo, kas var būt pilngadīga persona, nepilngadīgais, kā arī atsevišķi izdalīts noziedzīgs nodarījums pret personu, kura nav sasniegusi 16 gadu vecumu. Savukārt 162. pantā paredzēts nošķirums starp cietušo, kas nav sasniedzis 16 gadu vecumu un mazgadīgo, proti, personu, kura nav sasniegusi 14 gadu vecumu. Jaunatnes likumā noteikts, ka jaunieši ir personas vecumā no 13 līdz 30 gadiem. Savukārt **Pacientu tiesību likumā tiek lietots termins "nepilngadīgais pacients", ar to saprotot personas līdz 18 gadu vecumam** (Saeima 1937; Saeima 1998; Saeima 1998a; Saeima 2006; Saeima 2008; Saeima 2009).

Jāpiebilst, ka **līdz pilngadības sasniegšanai, proti, līdz 18 gadu vecumam, bērnam ir noteikts īpašs tiesiskais statuss un viņš ir uzskatāms par speciālo tiesību subjektu.** Tas primāri izriet no Civillikuma regulējuma, saskaņā ar kuru bērns līdz 18 gadu vecumam atrodas vecāku aizgādībā. ANO Bērnu tiesību komiteja norāda, ka, no vienas puses, bērnam nav pieaugušajam raksturīgās autonomijas, taču, no otras puses, bērns ir patstāvīgs tiesību subjekts (ANO 2009). Tādējādi saistībā ar Pacientu tiesību likumā ietverto regulējumu lietpratēji norāda, ka **bērna tiesības veselības aprūpē ir ierobežotas caur deleģējumu, kas veselības aprūpē piešķirts nepilngadīgā pacienta likumiskajiem pārstāvjiem, veselības aprūpes profesionāļiem un bāriņtiesai.** Tas rada situāciju, kurā minētajām personām un institūcijām ir priekšrocības lēmumu pieņemšanā (Palkova 2019).

2.3. Bērna vecums un briedums līdzdalības kontekstā

Pasaules Veselības organizācija (turpmāk arī – PVO) uzsver, ka bērni ir viena no neaizsargātākajām pacientu grupām, kurai pastāv paaugstināts kaitējuma risks, īpaši ņemot vērā vecumu kā nozīmīgu riska faktoru (WHO 2024). Vecums kā sociālais riska faktors atspoguļojas arī

Satversmes tiesas judikatūrā (Satversmes tiesa 2025). Savukārt Pacientu tiesību likumā vecumam līdzās briedumam ir būtiska nozīme kā vienam no īpašajiem kritērijiem, izvērtējot bērna viedokli un īstenojot atsevišķas viņa tiesības veselības aprūpē.

Lietā par saskarsmes tiesību izmantošanas kārtības noteikšanu **Latvijas Augstākā tiesa ir atzinusi bērna viedokli par svarīgu, taču vienlaikus arī norādījusi, ka bērna subjektīvais viedoklis nav identisks viņa labāko interešu jēdzienam.** Turklāt, pēc Augstākās tiesas ieskata, bērna viedokļa uzklausīšana un respektēšana nenozīmē, ka tiesai jālemj atbilstoši bērna vēlmēm (AT SKC-[D]/2020). Pēc ANO Bērnu tiesību komitejas ieskata, **bērna vecumu nedrīkstētu izmantot kā kritēriju, lai novērtētu viņa viedokļa nozīmīgumu.** Tiek atzīts, ka brieduma pakāpi ir grūti precīzi definēt. Bērna viedoklis un briedums būtu vērtējams individuāli katrā gadījumā, jo **bērna briedums, kā arī spēja saprast un novērtēt notiekošo dažādās situācijās atšķiras un var gan atbilst, gan arī neatbilst viņa bioloģiskajam vecumam** (ANO 2009). Līdzīgas atziņas ir nostiprinātas Latvijas Augstākās tiesas judikatūrā. Norādīts, ka bērna viedokļa izvērtēšanā jāņem vērā ne tikai viņa vecums, bet arī individuālā autonomijas pakāpe, spēja būt patstāvīgam, viedokļa paušanas apstākļi, bērna uztveres īpatnības un individuālās personības iezīmes (AT SKC-[D]/2020). ANO Bērnu tiesību komiteja norāda, ka jaunākiem bērniem ir sevišķi grūti īstenot tiesības uz viedokļa izteikšanu un panākt, lai viņu paustais viedoklis tiktu pienācīgi ņemts vērā. Komiteja šajā kontekstā izsaka bažas par pastāvošo prakšu kvalitāti (ANO 2009).

2.4. Vecums

Latvijā Pacientu tiesību likumā tiek īstenota pieeja, kas paredz pacientus iedalīt, ņemot vērā viņu vecumu, tādējādi izšķirot divas galvenās grupas – pilngadīgos un nepilngadīgos pacientus. Savukārt **nepilngadīgie pacienti tiek iedalīti divās apakšgrupās, kur kā robežšķirtne noteikts vecums – 14 gadi**. Nepilngadīgajiem pacientiem daļa tiesību apjoma sakrīt un daļa no 14 gadu vecuma – atšķiras (1. tabula).

1. tabula

Nepilngadīga pacienta tiesību kopīgie un atšķirīgie aspekti atkarībā no pacienta vecuma, saskaņā ar Pacientu tiesību likuma 13. panta regulējumu

Balstīts uz: Saeima 2009

Tiesību aspekts	Nepilngadīgā pacienta vecums	
	līdz 14 gadu vecumam	no 14 gadu vecuma
Ārstniecības pieļaujamība	Ja pacienta likumiskais pārstāvis par to ir informēts un devis piekrišanu	Ja saņemta pacienta piekrišana
Piekrišana ārstniecībai	Netiek prasīta no pacienta	No pacienta tiek prasīta informētā piekrišana
Rīcība pacienta atteikuma gadījumā	Atteikuma aspekts nav definēts, jo primāri lēmumu pieņem likumiskais pārstāvis	Ja pacients atsakās dot piekrišanu ārstniecībai, bet tā ir viņa labākajās interesēs vai tās neveikšana var nodarīt būtisku kaitējumu veselībai vai dzīvībai, piekrišanu ārstniecībai sniedz pacienta likumiskais pārstāvis
Brieduma izvērtēšana un tā ietekme uz piekrišanu	Ārstniecības persona neizvērtē pacienta briedumu piekrišanas došanai, jo piekrišanu dod likumiskais pārstāvis	Ārstniecības persona izvērtē nepilngadīgā pacienta briedumu, spēju sniegt ārstniecībai nepieciešamo informāciju un spēju dot informēto piekrišanu. Ja tiek konstatēts nepietiekams briedums, piekrišanu ārstniecībai sniedz likumiskais pārstāvis

Tiesību aspekts	Nepilngadīgā pacienta vecums	
	līdz 14 gadu vecumam	**no 14 gadu vecuma**
Tiesības uz informāciju un atteikums to saņemt	Ārstniecības personas sniedz pacientam informāciju viņam saprotamā veidā, ņemot vērā pacienta veselības stāvokli, vecumu, briedumu un pieredzi	Ārstniecības personas sniedz pacientam informāciju viņam saprotamā veidā, ņemot vērā pacienta veselības stāvokli, vecumu, briedumu un pieredzi. Pacientam ir tiesības atteikties no šādas informācijas saņemšanas
Tiesības tikt uzklausītam un piedalīties lēmumu pieņemšanā	Tiesības tikt uzklausītam un piedalīties ar ārstniecību saistīta lēmuma pieņemšanā atbilstoši vecumam un briedumam	
Tiesības uz pārstāvja klātbūtni	Pacienta pārstāvim ir tiesības būt pastāvīgi klāt un sniegt pacientam atbalstu ārstniecības laikā, ja tas netraucē ārstniecības procesu un to pieļauj apstākļi	
Tiesības paust viedokli un sūdzības	Tiesības paust viedokli par veselības aprūpi, izteikt ierosinājumus un sūdzības. Ja pacients vēlas, mutvārdos izteiktais viedoklis, ierosinājumi vai sūdzības tiek noformētas rakstveidā	

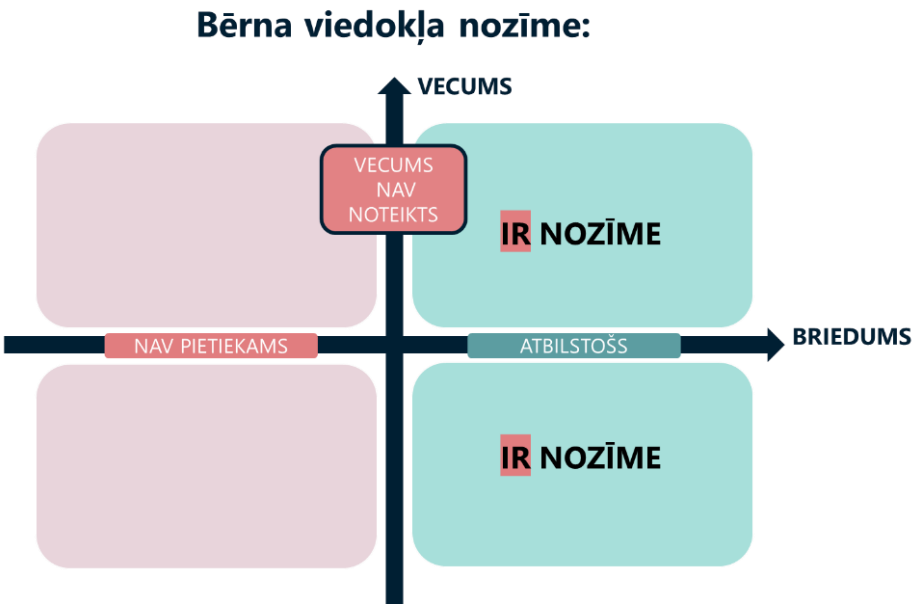
Šajā pētījumā apzinātās Eiropas valstu prakses liecina, ka izvēlētais vecuma slieksnis un nosacījumi ievērojami atšķiras. Piemēram, Apvienotajā Karalistē, Lietuvā un Nīderlandē par robežšķirtni noteikts 16 gadu vecums, Dānijā – 15 gadi, bet Somijā – 12 gadi. Savukārt Igaunijā un Zviedrijā īpašs vecuma slieksnis nepilngadīgiem pacientiem vispār nav noteikts. Piebilstams, ka atšķirībā no citām valstīm, Nīderlandē veselības aprūpe bērniem ir noteikta trijās vecuma kategorijās: līdz 11 gadu vecumam, no 12 līdz 15 gadu vecumam un no 16 gadu vecuma. Katrā vecuma grupā ir noteikts atšķirīgs tiesību sadalījums starp bērnu un vecākiem. Pirmajā grupā piekrišanu ārstēšanai sniedz vecāki, taču bērns tiek iesaistīts lēmuma pieņemšanā cik vien tas iespējams. Otrajā grupā piekrišanu ārstēšanai sniedz gan vecāki, gan bērni paši, turklāt bērnam ir pieejami visi medicīnas ieraksti, kuriem vecāki drīkst piekļūt tikai ar bērna piekrišanu. Trešajā grupā bērni paši ir tiesīgi sniegt piekrišanu ārstēšanai, bet vecāki tiek informēti par bērna ārstēšanu un var piekļūt medicīnas ierakstiem tikai ar bērna piekrišanu (ECPRD 2025). Detalizētāks ieskats citu valstu praksēs pastāvošajos īpašajos nosacījumos tiks sniegts nākamajā pētījuma sadaļā.

Latvijā Pacientu tiesību likuma 13. pantā ir nošķirtas bērna tiesības, kurām nav noteikts vecuma ierobežojums, un tiesības, kurām šāds ierobežojums pastāv. Bez vecuma ierobežojuma bērnam ir tiesības tikt uzklausītam, piedalīties lēmuma pieņemšanā un tiesības uz viedokļa paušanu. Savukārt attiecībā uz bērna tiesībām sniegt informēto piekrišanu ārstniecībai un tiesībām atteikties no informācijas saņemšanas ir noteikts konkrēts vecuma slieksnis. Pirmajā gadījumā bērna tiesību kopums ir formulēts un tiesību aktos nostiprināts kā daļa no bērna labāko interešu apjoma (uzsvars uz cilvēktiesībām, kas primāri izriet no Bērnu tiesību aizsardzības likuma), savukārt bērna informētā piekrišana ārstniecībai ir noteikta kā imperatīva daļa no ārstniecības procesa (uzsvars uz ārstniecību, kas primāri izriet no Pacientu tiesību likuma). Jāpiebilst, ka bērna labāko interešu princips ir attiecināms arī uz bērna informēto piekrišanu ārstniecībai. Situāciju vēl sarežģītāku padara nepieciešamība piemērot brieduma kritēriju.

Saskaņā ar Pacientu tiesību likuma 13. panta 2.[1] daļu bērnam ir tiesības tikt uzklausītam neatkarīgi no viņa vecuma un brieduma (3. attēls). Līdzīgs regulējums ieviests arī visās pārējās šajā pētījumā aplūkoto Eiropas valstu praksēs, un tas atbilst ANO Bērnu tiesību komitejas nostājai un ieteikumiem.

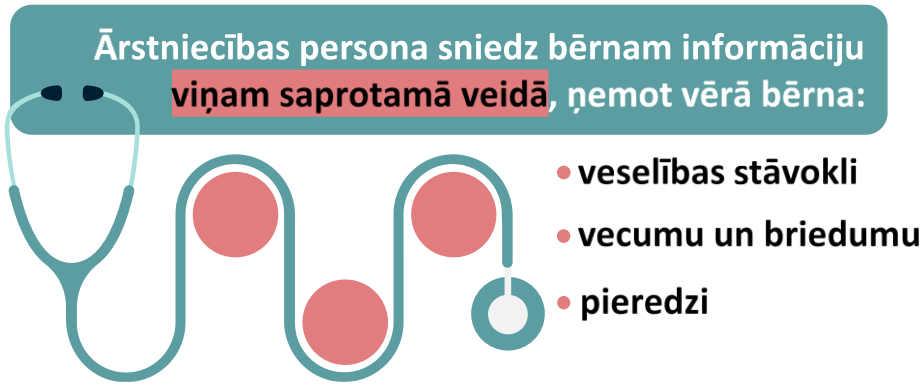
3. attēls. **Bērna tiesības tikt uzklausītam**
Balstīts uz: Saeima 2009

Bērna tiesības piedalīties ar ārstniecību saistīta lēmuma pieņemšanā nav atkarīgas no bērna vecuma un brieduma. Tomēr tas, kāda nozīme bērna viedoklim tiks piešķirta konkrētā ar ārstniecību saistītā lēmuma pieņemšanā, ir atkarīgs no bērna brieduma (4. attēls). Arī šāds regulējums ir spēkā esošs visās aplūkoto Eiropas valstu praksēs un atbilst ANO Bērnu tiesību komitejas nostājai un ieteikumiem.



4. attēls. **Bērna viedokļa nozīme ar ārstniecību saistīta lēmuma pieņemšanā**
Balstīts uz: Saeima 2009

Saskaņā ar Pacientu tiesību likuma 13. panta ceturto daļu bērnam ir tiesības saņemt informāciju par ārstniecību viņam saprotamā veidā, īpaši ņemot vērā nepilngadīgā pacienta veselības stāvokli, vecumu un briedumu, kā arī pieredzi (5. attēls). Arī šāds regulējums konstatējams citu valstu praksēs un atbilst ANO Bērnu tiesību komitejas nostājai un ieteikumiem.



5. attēls. **Bērna tiesības uz informācijas saņemšanu**
Balstīts uz: Saeima 2009

Lietpratēji šajā kontekstā uzsver – veselības aprūpes profesionālim ir jāizvērtē, kurš informācijas sniegšanas veids nepilngadīgajam pacientam būs vispiemērotākais un sarotamākais, piemēram, mutvārdos, rakstveidā, vai izmantojot vizuālos uzskates līdzekļus. Attiecīgā informācija ir jāpielāgo bērna brieduma pakāpei. **Informācijas sniegšana tādā veidā, kas pacientam ir nesaprotama, nav pieļaujama.** Tā kā mērķis ir nodrošināt, lai pacients spētu pilnvērtīgi piedalīties ārstniecības procesā, pieņemt informētu lēmumu vai sniegt savu piekrišanu, veselības aprūpes profesionālim ir pienākums dalīties ar nepieciešamo informāciju un zināšanām. Vienlaikus lietpratēji arī norāda uz skaidri definētu standartu trūkumu informācijas sniegšanā (Slokenberga un Olsena 2022).

Nepilngadīgam pacientam sniedzamās informācijas apjoms likumā nav noteikts pretstatā Pacientu tiesību likuma 4.[1] panta otrās daļas regulējuma par pilngadīga pacienta tiesībām saņemt informāciju, tostarp nosaucot dažādu veidu informāciju un minot pacienta tiesības uzdot jautājumus par savu veselības stāvokli. Gan pilngadīgam, gan nepilngadīgam pacientam – lai arī tas regulēts dažādos likuma pantos – identiski ir noteiktas tiesības saņemt informāciju saprotamā formā, ņemot vērā pacienta veselības stāvokli, vecumu un briedumu, kā arī pieredzi. Atšķirībā no nepilngadīga pacienta saskaņā ar Pacientu tiesību likuma 4.[1] panta trešā daļā noteikto pilngadīgajam pacientam ir arī tiesības saņemt medicīnisko terminu skaidrojumu.

Līdzīgs piemērs ir nepilngadīga pacienta tiesības attiekties no informācijas saņemšanas, kas nostiprinātas likuma 13. panta ceturtajā daļā. Šo tiesību īstenošana nav atkarīga no nepilngadīga pacienta brieduma, bet gan no viņa vecuma. Savukārt pilngadīga pacienta tiesības atteikties no informācijas ir nostiprinātas likuma 4.[1] panta sestajā daļā. Šāds regulējums var radīt neskaidrības tiesību normu piemērotājiem un radīt priekšstatu, ka uz nepilngadīgu pacientu tiešā veidā attiecas vienīgi likuma 13. pantā noteiktais regulējums.

Cits piemērs ir Pacientu tiesību likuma 5. panta otrās un trešās daļas regulējums kopsakarā ar šā likuma 13. panta piekto daļu. Nepilngadīgam pacientam ir tiesības uz viņa izraudzīta pārstāvja pastāvīgu klātbūtni un atbalstu, turklāt šīs tiesības viņam ir neatkarīgi no vecuma vai brieduma. Savukārt pilngadīgam pacientam ir tiesības uz savas ģimenes un citu personu atbalstu ārstniecības laikā, kā arī tiesības uz laipnu attieksmi, kvalitatīvu un kvalificētu ārstniecību neatkarīgi no viņa slimības rakstura un smaguma. Ir pamats uzskatīt, ka arī nepilngadīgam pacientam ir tiesības gan uz laipnu attieksmi, gan uz kvalitatīvu un kvalificētu ārstniecību, tomēr tas likuma 13. pantā nav tieši minēts. Vienlaikus šādas pacienta tiesības – gan pašam bērnam, gan ar viņu pārstāvošo personu starpniecību – ir nostiprinātas, piemēram, Bērnu klīniskās universitātes slimnīcas iekšējā dokumentā "Noteikumi pacientiem, viņus pārstāvošām personām un apmeklētājiem". Saskaņā ar šo dokumentu bērnam ir tiesības saņemt kvalitatīvu ārstēšanu un aprūpi, kā arī laipnu un cieņpilnu attieksmi (BKUS 2023).

Šāda tiesību normu konstrukcija neļauj nepārprotami saprast, vai atšķirības regulējumā ir radītas apzināti vai tās ir neuzmanības rezultāts. Atbilstošā pieeja Pacientu tiesību likuma lasīšanā būtu uzskatīt, ka uz nepilngadīgu pacientu attiecināms viss likuma regulējums kā pamatslānis, kam papildus tiek piemērots īpašs tiesību apjoms un nosacījumi, kas izriet no bērna statusa viņa vecuma dēļ, t. i., 13. panta regulējums veido papildslāni. Šo jautājumu būtu nepieciešams skatīt plašākā kontekstā, izvērtējot visu Pacientu tiesību likumu kopumā un sasaistot to ar problemātiku, uz ko intervijās norādīja arī jomas lietpratēji. Redzams, ka Pacientu tiesību likumā pilngadīga pacienta tiesības ir detalizētāk izvērstas un skaidrotas, savukārt nepilngadīga pacienta tiesības ir sakoncentrētas vienā likuma pantā. Šāda **apjoma un detalizācijas līmeņa atšķirības ir problemātisks aspekts, kas raisa jautājumus. Likuma piemērošanas praksē nereti bērnu tiesības veselības aprūpē tiek uztvertas šauri – tikai likuma 13. panta tvērumā.** Tomēr, interpretējot tiesību normas, juristi uzskata, ka uz nepilngadīgo pacientu attiecināms viss Pacientu tiesību likumā ietvertais regulējums. **Lietpratēji, norādot uz tiesību normu skaidrības trūkumu, uzsver, ka likuma piemērošanā nepieciešamās juridiskās zināšanas pārsniedz to, ko pamatoti varētu sagaidīt no ārstniecības personām** (Slokenberga un Strazdiņa 2019; Slokenberga un Olsena 2022; no intervijas ar S. Slokenbergu). Veselības ministrijas ieskatā (turpmāk arī – VM) "vispārīgās pacientu tiesības ir piemērojamas tiktāl, ciktāl tās nav pretrunā ar speciālajām nepilngadīgā pacienta tiesībām" (VM 2026).

Bērna vecums līdzdalībai ar veselību saistītu lēmumu pieņemšanā ir salīdzinoši viegli interpretējams kā objektīvs un relatīvi vienkārši administrējams kritērijs. Tas ierasti pamato aizsardzības pieeju, ar to saprotot lēmumu pieņemšanu bērna vietā un pamatojoties uz pieņēmumu, ka vecuma dēļ viņam var nebūt pietiekama brieduma un lemtspējas. Tomēr, **mainot paradigmu, kad bērna aizsardzību no lēmuma pieņemšanas pakāpeniski aizstāj bērna aizsardzība caur viņa iesaisti, priekšplānā kā nozīmīgs kritērijs tiek izvirzīts briedums un tā izvērtēšana.** Meklējot līdzsvaru starp bērna autonomijas atzīšanu un pienākumu nodrošināt viņa labāko interešu aizsardzību, **vecuma kritērijs no absolūtas robežšķirtnes ir kļuvis par vienu no vairākiem savstarpēji mijiedarbīgiem faktoriem, kas ietekmē bērna līdzdalību lēmuma pieņemšanā. Vecuma kritērija izolēta izmantošana vērtējama kā potenciāli diskriminējoša, salīdzinot ar pieeju, kas paredz konkrētajā situācijā balstītu, individualizētu bērna brieduma izvērtējumu.** Pacientu tiesību likuma 3. panta otrajā daļā ir noteikts diskriminācijas aizliegums, citstarp tieši pieminot pacienta vecumu, un norādot, ka nav pieļaujama atšķirīga attieksme, kas ietver gan tiešu, gan netiešu diskrimināciju. Zīmīgi, ka tiesību normu regulējumā **prioritizējot nepilngadīgos pacientus kā grupu, praksē nereti tiek ierobežota viņu aģence indivīda līmenī, īpaši attiecībā uz pacientiem, kas jaunāki par 14 gadiem.** Šā pētījuma ietvaros veselības aprūpes profesionālis norādīja, ka praksē joprojām ir situācijas, kad **dažādu objektīvu un subjektīvu apstākļu dēļ pacienti, kas jaunāki par 14 gadiem, netiek iesaistīti ar viņu veselību saistītu lēmumu apspriešanā un komunikācija galvenokārt notiek ar pacienta vecākiem** (no intervijas ar BKUS lietpratēju – virsmāsu).

Tiesību normu sarežģītības un neskaidrības dēļ, kā arī tādēļ, ka tā ir vienkāršāk un ātrāk, netiek izvērtēta bērnu līdz 14 gadu vecumam patiesā spēja piedalīties ar viņa veselību saistītu lēmumu pieņemšanā. Pacientu tiesību likuma 13. panta otrajā un 2.[1] daļā noteiktais regulējums, neprecīzi to lasot, var saplūst un tā radīt priekšnoteikumus diskriminējošai praksei.

Bērnu klīniskajā universitātes slimnīcā, uzklausot bērna viedokli, tiek ņemtas vērā šādas viedokļa noskaidrošanas pakāpes:

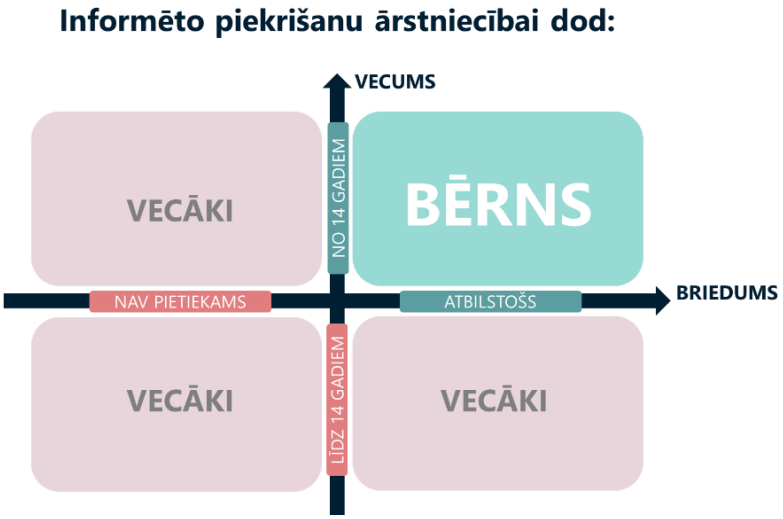
1. **Bērna viedoklis netiek ņemts vērā**:
   - indikatīvi no **0 līdz 2** gadiem;
   - bērna viedoklis netiek noskaidrots.
2. **No bērna tiek saņemta nepieciešamā informācija**:
   - indikatīvi no **3 līdz 11** gadiem;

- lēmuma pieņēmējs konsultējas ar bērnu, uzklausa viņa viedokli un iegūst lēmuma pieņemšanai nepieciešamo informāciju. Bērns pats nepiedalās svarīgāko apstākļu izvērtēšanā, kas ietekmē lēmumu.

3. **Notiek sadarbība ar bērnu**:
   - indikatīvi no **12 līdz 14** gadiem;
   - bērns līdzdarbojas ar lēmuma pieņēmēju un kopīgi tiek meklēts optimālākais risinājums.
4. **Bērna vadīta un iniciēta dalība**:
   - indikatīvi no **14 līdz 18** gadiem;
   - bērns ar pieaugušā palīdzību pats iniciē un vada savu līdzdalību (VM 2026).

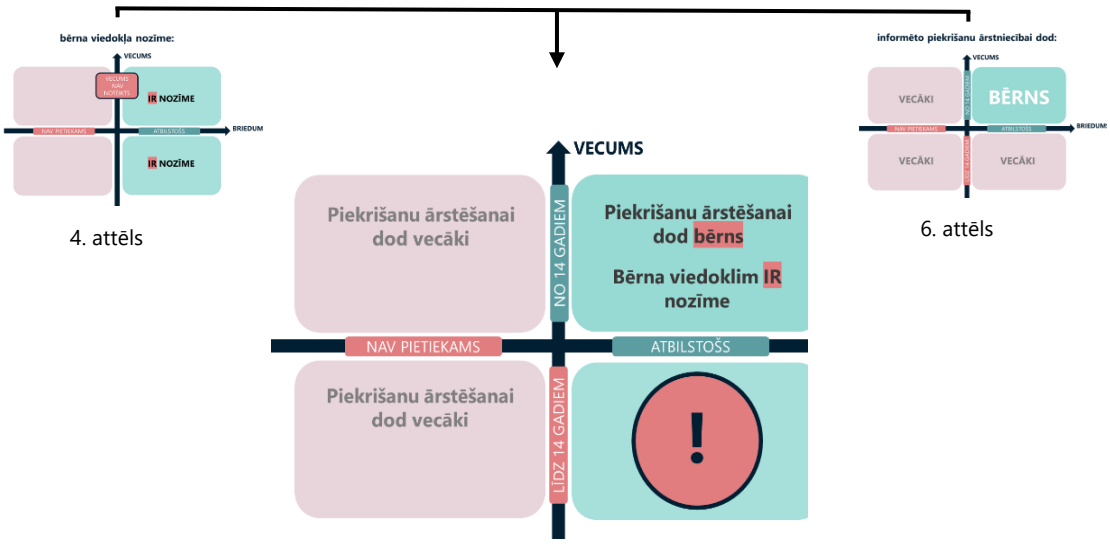
2.5. Informētā piekrišana ārstniecībai un pacienta līdzestība kā īpašais līdzdalības veids veselības aprūpē

Latvijā pienākums nodrošināt bērna līdzdalību ar viņu saistītu lēmumu pieņemšanas procesos, kā arī uzklausīt viņa viedokli ir definēts kā būtiska bērna labāko interešu principa sastāvdaļa. Tomēr veselības aprūpes praksēs šis princips nereti atklājas kā problemātisks koncepts. Bērna viedoklim nozīme tiek piešķirta tad, ja tiek konstatēts pietiekams brieduma līmenis, kas citstarp saistīts ar spēju formulēt un izteikt savu viedokli. Saskaņā ar Pacietu tiesību likuma 13. panta otrās daļas regulējumu informētās piekrišanas saņemšanai no nepilngadīga pacienta ir jāizpildās gan brieduma kritērijam, gan vecuma kritērijam, kas noteikts no 14 gadu vecuma (6. attēls). Turklāt pacientam jāpiemīt spējai sniegt ārstniecībai nepieciešamo informāciju.



6. attēls. **Informētā piekrišana bērna ārstniecībai**
Balstīts uz: Saeima 2009

Būtiski ir uzsvērt, ka jānošķir bērna tiesības, kurām nav noteikts vecuma ierobežojums, piemēram, tiesības paust savu viedokli, tikt uzklausītam un piedalīties lēmuma pieņemšanā, no tiesībām sniegt informēto piekrišanu ārstniecībai, kurai likumā ir paredzēts konkrēts vecuma slieksnis. Iespējams, ka tieši grūtības praksē skaidri nošķirt dažādo tiesību apjomus un uz tām attiecināmos kritērijus veselības aprūpē rada prakses, kurās bērna viedokļa nozīme tiek vērtēta, to piesaistot vienkāršāk uztveramam un administrējamam kritērijam – 14 gadu vecumam (7. attēls). Šāda pieeja ir diskutabla, ņemot vērā, ka tiesību norma šādu vecuma slieksni neparedz bērna līdzdalībai ar ārstniecību saistītu lēmumu pieņemšanā (skatīt 4. attēlu kopsakarā ar 6. attēlu).



4. attēls

6. attēls

7. attēls. **Dažādo bērna tiesību apjoms un to nošķiršanas grūtības praksē**
Balstīts uz: Saeima 2009

Arī VM, sniedzot atbildi uz jautājumu par ārstniecības iestāžu praksi iesaistīt bērnus lēmumu pieņemšanā, norāda: "saskaņā ar normatīvajos aktos noteikto bērni līdz 14 gadu vecumam lēmuma pieņemšanā netiek iesaistīti" (VM 2026). Tomēr no sniegtās atbildes un tās konteksta nav iespējams izdarīt skaidrus secinājumus par to, kā šajā gadījumā tiek saprasts jēdziens "lēmuma pieņemšana". Proti, netop skaidrs, – vai tas tiek interpretēts šauri, attiecinot to tikai uz informētās piekrišanas sniegšanu ārstniecībai, vai arī plašāk – attiecinot to uz bērna tiesībām paust viedokli un piedalīties arī citu ar veselības aprūpi saistītu lēmumu pieņemšanā.

Sasniedzot 14 gadu vecumu, nepilngadīgais pacients kļūst tiesīgs pieņemt ar viņa veselības aprūpi saistītus lēmumus. Daži lietpratēji ir izteikuši viedokli, ka šis vecuma slieksnis iezīmē būtisku transformāciju – bērna līdzdalība turpmāk būtu uzlūkojama kā bērna pašnoteikšanās tiesību izpausmes (Šķerberga un Zālīte 2022). Bērna informētā piekrišana ārstniecībai ir cita veida bērna tiesības, kas tiesību aktos nostiprinātas kā imperatīva procedūra un ir integrēta ārstniecības procesa sastāvdaļa. Atvērts paliek jautājums par šo imperatīvi noteikto bērnu tiesību mijiedarbību ar regulējumu par bērna labāko interešu tvērumu. Turklāt Pacientu tiesību likuma 13. panta pirmā un otrā daļa ir formulētas tādējādi, ka tās var radīt iespaidu – bērna labāko interešu princips ir attiecināms tikai uz nepilngadīgiem pacientiem līdz 14 gadu vecumam jeb kamēr viņu vietā informēto piekrišanu ārstniecībai dod likumiskie pārstāvji.

Saskaņā ar Pacientu tiesību likuma 6. panta pirmo daļu ārstniecība ir pieļaujama tikai tādā gadījumā, kad pacients ir devis tai informēto piekrišanu. Savukārt Pacientu tiesību likuma 1. panta 2. punktā noteikts, ka informētā piekrišana ir pacienta piekrišana ārstniecībai. Informētās piekrišanas iegūšanas process ietver divus savstarpēji saistītus un secīgus posmus:

1. informācijas sniegšanu konkrētajā veselības aprūpes situācijā, diskusiju par rekomendēto ārstniecību, pietiekama laika atvēlēšanu informācijas saprašanai, tostarp iespēju uzdot jautājumus, kā arī pacienta lemtspējas izvērtēšanu;
2. pacienta lēmuma pieņemšanu un informētās piekrišanas došanu (Palčeja u. c. 2017; Slokenberga un Olsena 2022).

Ar informētās piekrišanas institūtu ir cieši saistīta arī pacienta līdzestība veselības aprūpē. No Pacientu tiesību likuma 15. panta otrās daļas izriet pacieta pienākums līdzestīgi iesaistīties ārstniecības procesā. Šāda iesaiste prasa pozitīvu pacienta lēmumu, kuru savukārt ietekmē dažādi subjektīvi un objektīvi apstākļi, tostarp pieejamā informācija, pacienta vērtības un

vēlmes, veselības stāvoklis, kā arī iepriekšējā pieredze veselības aprūpes sistēmā u. tml. Pacienta līdzestību iespējams veicināt nodrošinot pacientam pieņemamu ārstniecību. Tāpat tas var ietvert arī dažādu ārstniecības alternatīvu piedāvāšanu un reālas izvēles iespēju nodrošināšanu pacientam (Mežinska 2022; Slokenberga 2024).

Lai pacients spētu līdzestīgi iesaistīties ārstniecības procesā, viņam citstarp ir nepieciešama veselības aprūpes profesionāļa sniegtā informācija un skaidrojumi, kas ir līdzvērtīgi un sasaucas ar pacienta tiesībām saņemt nepieciešamo informāciju vajadzīgajā apjomā informētās piekrišanas sniegšanai. Lietpratēju ieskatā nepilngadīgo pacientu līdzestības īstenošana primāri ir vecāku uzdevums un atbildība. Vienlaikus attiecībā uz gados vecākiem bērniem praksē nereti nākas sastapties ar izaicinājumiem centienos motivēt pusaudžus aktīvi iesaistīties ar savu veselību saistītu jautājumu risināšanā, ievērot sniegtās rekomendācijas un noteikto veselības aprūpes režīmu. Piemēram, hronisku slimību pacientiem nereti ir izveidojušās empīriskas zināšanas un personiskā pieredze par savu veselības stāvokli. Viņi labi apzinās, kas notiek, viņiem ir zināmas plānotās procedūras, kā arī to iespējamās sekas un izpausmes. Vienlaikus šie pacienti īpaši asi izjūt izraušanu no ierastās ikdienas vides, pierastās dienas kārtības maiņu, kontakta pārtrūkšanu ar vienaudžiem. Šādos gadījumos būtiski ir nodibināt uzticības pilnas attiecības ar pacientu, lai informētās piekrišanas iegūšanas nepieciešamība netiktu izmantota kā veids, kādā izvairīties no ārstniecības vai no tās atteikties (no intervijas ar BKUS lietpratēju – klīnisko un veselības psihologu). Tomēr šādiem praksē sastopamiem bērnu izaicinājumiem līdz šim tiesību aktos nav pievērsta pietiekama uzmanība.

Vēl vienu nepilngadīgā pacienta līdzdalības aspektu atklāj Seksuālās un reproduktīvās veselības likuma 27. pantā noteiktā atšķirīgā vecuma robežšķirtne – 16 gadu vecums. Saskaņā ar minētā likuma regulējumu ārstam, kurš konstatējis grūtniecību pacientei, kura ir jaunāka par 16 gadiem, ir pienākums uzklausīt pacienti un veltīt pienācīgu uzmanību viņas uzskatiem, ņemot vērā pacientes vecumu un brieduma pakāpi. Tomēr šādai pacientei nav tiesību pieņemt lēmumu par grūtniecības pārtraukšanu bez vecāku rakstveida piekrišanas. Līdz ar to atklāts paliek jautājums, vai vecāku rakstveida piekrišana ir uzskatāma par atšķirīgu piekrišanas veidu salīdzinājumā ar Pacientu tiesību likuma 13. panta pirmajā daļā noteikto piekrišanu, un tas, kā šāds regulējums ir savietojams ar nepilngadīgā pacienta pašnoteikšanās tiesībām.

2.6. Briedums

Pacienta brieduma izvērtēšanas kārtība un kritēriji veselības aprūpes jomā Latvijā nav skaidri regulēti, un vienota metodika šim nolūkam nepastāv. Šāda regulējuma trūkums radot riskus bērna līdzdalības tiesību pilnvērtīgai īstenošanai veselības aprūpes jomā (Šķerberga un Zālīte 2022). Lietpratēji intervijā atklāj, ka nepilngadīga pacienta brieduma noteikšana praksē lielā mērā ir veselības aprūpes profesionāļa iekšējs izvērtēšanas process, kas ir pamatots gan profesionālajā pieredzē, gan individuālajā situācijas izpratnē. Vienlaikus lietpratēju praksē gūtā pieredze kopumā liecina, ka gadījumos, kad bērna attīstība norit bez būtiskiem traucējumiem vai bez specifiskiem sarežģījumiem, ap 14 gadu vecumu viņa briedums būtu uzskatāms par pietiekamu dažādu lēmumu pieņemšanai (no intervijas ar BKUS lietpratēju – virsmāsu; no intervijas ar BKUS lietpratēju – klīnisko un veselības psihologu; no intervijas ar L. Grāveri). Bāriņtiesa bērna briedumu vērtē individuāli katrā konkrētajā gadījumā, ņemot vērā viņa vecumu, attīstības līmeni, spēju izprast konkrēto situāciju, kā arī pieņemtā lēmuma iespējamās sekas (LBDA 2026). Savukārt VM norāda, ka jautājums par bērna brieduma novērtēšanu ir komplicēts un konkrētajā veselības aprūpes situācijā tas ir ārsta kompetencē. Ārsts nodrošinot nepilngadīgā pacienta "labākajām interesēm iespējami labāko risinājumu" (VM 2026).

ANO Bērnu tiesību komitejas skatījumā bērna brieduma pakāpi ir grūti precīzi definēt, tomēr tā ir saistāma ar bērna spēju izprast un novērtēt konkrētā jautājuma ietekmi, kā arī spēju pamatoti un neatkarīgi izteikt savu viedokli. Šādas spējas bērnam jāattīsta ar pieaugušo atbalstu, turklāt, viņam pieaugot, palielinās arī personiskā atbildība par paša dzīvi un ar to saistīto jautājumu risināšanu (ANO 2009).

Citu Eiropas valstu prakse bērna brieduma izvērtēšanā liecina par dažādām pieejām. Igaunijā, Nīderlandē, Lietuvā un Somijā, līdzīgi kā Latvijā, nav noteikti kritēriji brieduma izvērtēšanai. Zviedrijā pieejamas vadlīnijas, kurās, lai gan specifiski brieduma kritēriji nav definēti, jo tādus esot grūti precīzi identificēt, ir ietverts pamats nepieciešamo zināšanu dialoga un diskusiju organizēšanā brieduma novērtēšanai. Vadlīnijās sniegti arī praktiski ieteikumi, kā ar bērnu sarunāties tā, lai būtu iespējams novērtēt viņa briedumu. Uzsvērts, ka veselības aprūpes profesionāļu pienākums ir nodrošināt līdzsvarotu pieeju bērna brieduma novērtēšanai, tostarp rūpējoties par to, lai bērns nebūtu spiests pieņemt tādu lēmumu, kuram viņš vēl nav gatavs. Igaunijā sadarbībā ar veselības aprūpes speciālistiem ir izstrādātas vadlīnijas "Nepilngadīga pacienta lēmumu pieņemšanas spēju novērtēšana veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanā", kurās skaidrots, kādos gadījumos nepieciešams novērtēt bērna lēmumu pieņemšanas spējas un kā šāda novērtēšana veicama. Apvienotajā Karalistē bērni, kas jaunāki par 16 gadiem, var sniegt piekrišanu ārstēšanai, ja tiek uzskatīts, ka viņiem piemīt pietiekama inteliģence, kompetence un izpratne, lai pilnībā novērtētu visu, kas saistīts ar ārstēšanu. Šo procesu dēvē par atbilstības Gilika kompetences (*Gillick competent*) izvērtēšanu. Profesionāļiem strādājot ar bērniem, Gilika kompetence kopā ar Freizera vadlīnijām (*Fraser guidlines*), kuras specifiski attiecas uz seksuālās veselības jomu, palīdz līdzsvarot bērnu uzklausīšanu ar atbildību par viņu drošību (ECPRD 2025).

Lietpratēju ieskatā, ar briedumu ir cieši saistīta prasība, lai pacientam piemistu lemtspēja. Šajā prasībā ir integrēts brieduma kritērijs, un tai ir plašāks koncepts par brieduma kritērija izmantošanu (Slokenberga 2024). Lemtspēja nozīmē spēju saprast un izmantot informāciju lēmumu pieņemšanā un spēju paziņot par pieņemto lēmumu. **Lemtspējas prasība būtu uzskatāma par vēl vienu veidu, kā risināt informētās piekrišanas sniegšanu ārstniecībai.** Piemēram, saskaņā ar Apvienotās Karalistes Nacionālā veselības dienesta publicēto informāciju, lemtspējas kapacitāte var mainīties laika gaitā, tādēļ tās novērtējums jāveic tieši brīdī, kad nepieciešams saņemt pacienta piekrišanu ārstēšanai. Šādu novērtējumu parasti veic atbilstoši apmācīts un pieredzējis veselības aprūpes speciālists, kurš iesaka konkrēto ārstēšanu vai izmeklēšanu, vai piedalās tās veikšanā. Tiek ņemts vērā, ka cilvēkiem ar noteiktām veselības problēmām lemtspēja var būt mainīga – reizēm viņi ir lemtspējīgi, bet citkārt nav. Turklāt var būt situācijas, kad pacients spēj pieņemt lēmumus par vieniem savas ārstēšanas aspektiem, bet par citiem – ne. Tiek ņemts arī vērā, ka pacienta lemtspēju pārejoši var ietekmēt šoks, panika, ārkārtējs nogurums (izsīkums) vai ārstniecībā lietotie medikamenti. Jebkurā gadījumā lemtspējas novērtējuma pamatā ir veselības aprūpes speciālista profesionālais vērtējums par spējām dot piekrišanu konkrētajā brīdī (NHS 2025).

Atgriežoties pie Latvijas tiesību sistēmas, jāuzsver, ka krimināltiesības ir vēl viena tiesību joma, kurā būtiska nozīme ir personas vecumam, briedumam un spējai izprast notiekošo. **Krimināltiesībās ir uzkrāta ievērojama pieredze un zināšanas par to, kā izvērtēt personas spēju apzināties un vadīt savu rīcību. Tādēļ būtu lietderīgi pievērst uzmanību šīm krimināltiesību atziņām un metodēm personas attieksmes izvērtēšanai**, kas tiek izmantotas vainas formu noteikšanā. Šāda pieeja varētu sniegt ierosmi konceptuāliem risinājumiem, ja rastos nepieciešamība izstrādāt priekšlikumus par procedūrām un kritērijiem bērna brieduma izvērtēšanai veselības aprūpes jomā.

Atkārtoti jāuzsver, ka Pacientu tiesību likumā noteiktais 14 gadu vecums atbilst Krimināllikuma 11. pantā noteiktajam vecumam no kura iestājas krimināltiesiskā atbildība. Kriminālprocesa ietvaros tiek vērtēti vairāki aspekti, kas veido noziedzīga nodarījuma sastāvu. Tostarp nosakot, vai persona būtu saucama pie krimināltiesiskās atbildības, tiek vērtēta vaina un nodoms. Krimināllikuma komentāros norādīts, ka jēdzienā "vaina" ir savienoti jēdzieni "nodoms" un "neuzmanība", kas noziedzīga nodarījuma gadījumā sasaistās ar kaitējuma apzināšanos, pieļaušanu vai paredzēšanu vai arī vieglprātību un nevērību pret potenciālu kaitējumu. Tas kopumā raksturo personas "psihisko attieksmi" pret savu rīcību un tās sekām, proti personas apziņu un gribu. Norādīts arī, ka **mazgadīga persona objektīvu apstākļu dēļ nespējot saprast vai vadīt savu rīcību** (Krastiņš un Liholaja 2025). Saskaņā ar Krimināllikumu īpaši ir izdalīta nepilngadīgo personu grupa – personas vecumā no 14 gadiem līdz pilngadības sasniegšanai. Nepilngadīgas personas sauc pie atbildības atšķirīgā kārtībā nekā pilngadīgas, piemērojot īpašus nosacījumus gan saistībā ar šo personu atbildību, gan

sodu. Soda primārais mērķis nepilngadīgai personai ir resocializācija, jo bez tās sods var negatīvi ietekmēt nepilngadīgā sekmīgu attīstību, identitāti un pašapziņu. Audzinoša rakstura piespiedu līdzekļus bērniem piemēro likumā Par audzinoša rakstura piespiedu līdzekļu piemērošanu bērniem noteiktajos gadījumos, tostarp bērniem, kuri vēl nav sasnieguši 14 gadu vecumu, bet ir vismaz 11 gadus veci. Piemērojot audzinoša rakstura piespiedu līdzekļus, kā tas noteikts minētā likuma 8. pantā, tiek ņemti vērā nodarījuma un pārkāpuma motīvi, raksturs un cēloņi, bērna vecums un dzīves apstākļi, viņa līdzdalības pakāpe nodarījumā, kā arī uzvedība izglītības iestādē vai sadzīvē.

2.7. Bērna autonomija un konfidencialitāte

ANO Bērnu tiesību komiteja norāda, ka autonomijas ierobežojumi biomedicīnā tiek vērtēti atbilstoši individuāliem apstākļiem. Tomēr bērnu veselības aprūpes kontekstā šie ierobežojumi tiek attiecināti vispirms uz bērniem kā īpaši aizsargājamu pacientu grupu, kā arī uz katru bērnu individuāli (ANO 2009).

Pacienta tiesības ir personiskas tiesības, kas nozīmē, ka to īstenošanu vispārīgi nevar nodot citām personām. Tomēr nepilngadīga pacienta veselības aprūpē situācija ir cita. Kā minēts, bērns ir speciālo tiesību subjekts un pieder īpaši aizsargājamai pacientu grupai. Tas, pirmām kārtām nozīmē, ka vecākiem ir pienākums un atbildība aizsargāt bērna tiesības. Lietpratēji norāda, ka šī īpašā situācija nozīmē arī to, ka likumisko pārstāvju tiesības tiek ierobežotas bērna pašnoteikšanās tiesību ietvaros un tiesību aktos noteiktajā kārtībā. Bērna līdzdalība veselības aprūpes jautājumu izlemšanā tiek īstenota ar likumisko pārstāvju klātbūtni un starpniecību lēmumu pieņemšanā par ārstniecību, atsevišķos gadījumos arī ar veselības aprūpes profesionāļu lēmumu un/vai bāriņtiesas starpniecību. Šādās attiecībās ar vairākām iesaistītajām pusēm var rasties situācijas, kad ir sarežģīti līdzsvarot konkurējošas intereses, īpaši brīžos, kad veselības aprūpes profesionāļa, vecāku un bērna paša uzskati dažādos jautājumos atšķiras. Tomēr arī sarežģītās ar veselības aprūpi saistītās situācijās pieaugušajiem jāņem vērā, ka arvien lielāka nozīme piešķirama bērna viedoklim, kura ietekme palielinās gan līdz ar bērna vecumu, gan bērna brieduma līmeņa pieaugumu (Slokenberga un Olsena 2022; Šķerberga un Zālīte 2022; Palkova 2019). Lielāka autonomija nepilngadīgam pacientam būtu jānodrošina sasniedzot noteikto 14 gadu vecuma slieksni. Tomēr **Pacientu tiesību likumā ietverta atruna, ka arī 14 gadu veca pacienta briedumu ārstam ir pienākums izvērtēt. Tiesa, šāda klauzula neatbilst ANO Bērnu tiesību komitejas viedoklim.** Tā atzinīgi vērtē valstu praksi noteikt konkrētu vecumu, no kura bērniem ir tiesības pašiem dot piekrišanu ārstēšanai, uzskatot, ka bērnu spējas vairs nav nepieciešams profesionāli novērtēt atsevišķi. Tāpat komisija iesaka ņemt vērā arī tāda mazāka bērna viedokli, kurš spēj izteikt pamatotu viedokli par savu veselības aprūpi (ANO 2009).

Kopumā regulējums Latvijā tiecas demonstrēt centienus līdzsvarot bērna pieaugošo autonomiju ar nepieciešamību nodrošināt bērna aizsardzību. Tomēr **saistībā ar nepilngadīga pacienta autonomiju būtu lietderīgi aktualizēt, apspriest un praktiskajā darbībā precizēt vairākus jautājumus.**

Pirmkārt, attiecībā uz bērna tiesībām patstāvīgi saņemt veselības aprūpes pakalpojumus no 14 gadu vecuma. Topošajiem veselības aprūpes profesionāļiem studiju procesā tiek sniegta informācija, ka "bērns no 14 gadu vecuma drīkst patstāvīgi apmeklēt ārstu". Šī informācija ir daļa no studiju satura, kas mērķtiecīgi veidots, lai apmācītu profesionāļus iekļaut bērnus veselības jautājumu izvērtēšanā un lēmumu pieņemšanā (RSU SKMK 2025). Par topošo veselības aprūpes profesionāļu izglītības saturu bērnu līdzdalības jomā iespējams uzzināt atsevišķā sadaļā pētījuma turpinājumā. Intervijas ar lietpratējiem praktiķiem, kuri šobrīd strādā veselības aprūpes jomā, atklāj, ka viņiem **nav drošu atbilžu uz jautājumu par bērna tiesībām patstāvīgi saņemt veselības aprūpes pakalpojumus.** Pēc viņu ieskata, vecāki ir nozīmīgs nepilngadīgā pacienta veselības aprūpes procesa dalībnieks, un viņu klātbūtne nepieciešama, nodrošinot atbalstu bērnam (no intervijas ar BKUS lietpratēju – virsmāsu, no intervijas ar BKUS lietpratēju – klīnisko un veselības psihologu). Līdzīgu viedokli pauž arī VM, atsaucoties uz Civillikuma normām par bērna

atrašanos vecāku aizgādībā līdz pilngadības sasniegšanai (VM 2026). Par prasību un praksi bērnam sniegt veselības aprūpes pakalpojumus, vecākiem klātesot netieši iespējams pārliecināties, iepazīstoties ar vairāku slimnīcu iekšējās kārtības noteikumiem. Tāda, piemēram, ir prasība uzrādīt bērna un vecāka dokumentus vai norāde uz pacienta tiesībām gan personiski, gan ar pārstāvošo personu starpniecību (BKUS 2023). Turklāt daļa no Bērnu klīniskās universitātes slimnīcas pakalpojumiem ir tieši vērsta uz atbalstu nepilngadīgā pacienta ģimenēm. Piemēram, projekta ietvaros iespējams saņemt plašāku emocionālo, sociālo un garīgo atbalstu bērniem ar smagām saslimšanām un viņu ģimenēm (no intervijas ar BKUS lietpratēju – virsmāsu, no intervijas ar BKUS lietpratēju – klīnisko un veselības psihologu). Savukārt pēc Nacionālā veselības dienesta ieskata, nepilngadīgais pacients ir tiesīgs vērsties pie ģimenes ārsta, kura uzdevums esot izvērtēt viņa veselības stāvokli un pieņemt lēmumu veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu (VM 2026). Pēc ANO Bērnu tiesību komitejas ieskata valstu tiesību aktiem jānodrošina, ka ikvienam bērnam neatkarīgi no vecuma ir iespēja saņemt konfidenciālu medicīnisko konsultāciju un padomus, kas tiesiski nošķirami no informētās piekrišanas sniegšanas (ANO 2009).

Otrkārt, būtisks šajā kontekstā ir jautājums par bērna tiesībām ietekmēt informācijas izpaušanu par viņa veselības stāvokli. Nepilngadīgam pacientam no 14 gadu vecuma ir tiesības gan nepieļaut informācijas sniegšanu par viņa veselības stāvokli trešajām personām, gan ietekmēt trešo personu klātbūtni viņa veselības aprūpes procesā. Šajā kontekstā trešās personas statuss attiecas arī uz bērna vecākiem. Šo jautājumu veselības aprūpes profesionāļi atzīst par problemātisku (Palčeja u. c. 2017; Šķerberga un Zālīte 2022), tādējādi par to būtu vērts izvērst plašāku diskusiju. VM norāda, ka Pacientu tiesību likuma 13. pants nesatur skaidras norādes par iespējām ierobežot bērna likumiskā pārstāvja tiesības saņemt informāciju par bērnu. Attiecībā uz bērnu līdz 14 gadiem ministrija secina, ka likumdevējs esot paredzējis likumiskā pārstāvja tiesības piekļūt informācijai. Savukārt, attiecībā uz bērnu no 14 gadu vecuma situācija tiek vērtēta kā neskaidra un problemātiska. Ministrija arī norāda, ka Nacionālais veselības dienests uzskata ārsta lēmumu par datu sniegšanu par instrumentu, ar kura palīdzību nepilngadīgais pacients varot ietekmēt savu veselības datu pieejamību likumiskajiem pārstāvjiem.

Savukārt Bērnu klīniskā universitātes slimnīca norāda, ka nav viena algoritma šāda lēmuma pieņemšanai. Situācijās, kad nepieciešams izvērtēt bērna viedokli par informācijas nesniegšanu likumiskajiem pārstāvjiem, tiekot ņemti vērā vairāki aspekti:

- konkrētā viedokļa konsekvence;
- bērna sniegtais pamatojums un iemesli;
- bērna izpratne par lēmuma iespējamām sekām;
- vai bērns ir pietiekami informēts, lai pieņemtu attiecīgo lēmumu;
- vai ir izmantoti atbilstoši procesi un pieejas, lai noskaidrotu bērna viedokli (VM 2026).

Vienlaikus jānorāda, ka slimnīcas sniegtās informācijas konteksts galvenokārt attiecas uz situācijām, kurās rodas aizdomas vai ir pamats uzskatīt, ka bērns varētu būt cietis no vardarbības, nevērības vai cita veida tiesību pārkāpuma.

Jautājums par informācijas sniegšanu likumiskajiem pārstāvjiem tiesiski ir risināts Seksuālās un reproduktīvās veselības likumā. Saskaņā ar tā regulējumu ārstam, kurš konstatē grūtniecību pacientei, kura ir jaunāka par 16 gadiem, ir pienākums informēt grūtnieces vecākus vai aizbildni. Minētā likuma 27. pantā arī noteikts – ja šādai pacientei saistībā ar izlemjamiem jautājumiem rodas strīds ar vecākiem vai aizbildni, nepieciešama bāriņtiesas iesaiste. Ja grūtniecība iestājusies 16 gadus vecai pacientei, ārstam, kurš to konstatē, nav tiesību attiecīgo informāciju izpaust trešajām personām. Savukārt **Pacientu tiesību likumā nav ietvertas tiesību normas, kas regulētu situācijas veselības aprūpes jomā, ja domstarpības rodas starp bērnu, kurš sasniedzis 14 gadu vecumu, un viņa likumisko pārstāvi**, – ne attiecībā uz informācijas neizpaušanu, ne par tiesībām bērnam izvēlēties liegt vecāku klātbūtni. Turklāt, kā norāda lietpratēji, vecāku un bērnu domstarpību risināšana neietilpst veselības aprūpes profesionāļu tiešajos pienākumos (Šķerberga un Zālīte 2022). Jāpiebilst, ka Pacientu tiesību likuma 4.^{1} panta septītajā daļā ir noteiktas pilngadīga pacienta tiesības

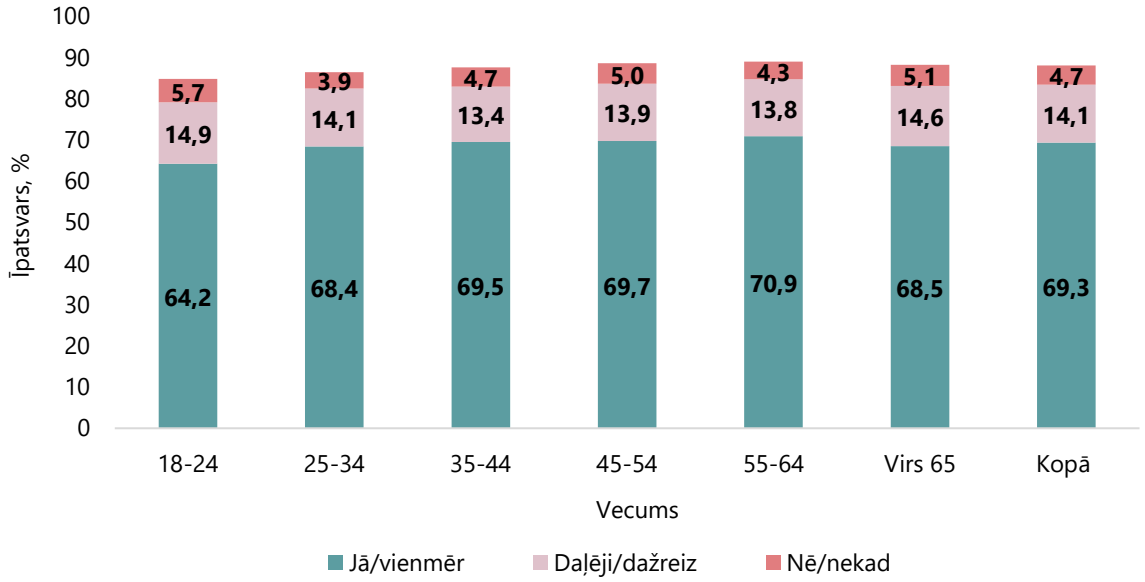
norādīt personas, kurām par viņu nav tiesību saņemt informāciju, taču bērniem šādas tiesības nav paredzētas. Arī Veselības inspekcija (turpmāk arī – VI) norāda uz dažādu interpretāciju iespējamību šajā jautājumā (VI 2026). Pēc ANO Bērnu tiesību komitejas ieskata, **šāds regulējums ir īpaši būtisks gadījumos, kad bērns piedzīvo vardarbību vai nežēlīgu izturēšanos ģimenē** vai arī ir radušās nesaskaņas ģimenē jautājumos par bērna izglītošanu reproduktīvās veselības jomā un pieejamiem šīs jomas veselības aprūpes pakalpojumiem (ANO 2009).

Treškārt, tas ir jautājums par bērna tiesībām pārstāvēt sevi dažādās iestādēs. Saskaņā ar Bērnu tiesību aizsardzības likuma 70. panta otrajā daļā noteikto regulējumu **arī bērnam pašam ir tiesības vērsties pēc palīdzības valsts pārvaldes iestādēs**, kuru pienākums ir sniegt nepieciešamo palīdzību un atbalstu, tostarp veikt visas atbilstošās darbības, ja tiek konstatēts kāds pārkāpums. Tomēr no **Veselības inspekcijas saņemtā atbilde liecina par atšķirīgu šā jautājuma izpratni.** Proti, tās ieskatā, personas līdz pilngadības sasniegšanai valsts pārvaldes iestādē pārstāv likumiskie pārstāvji. Turklāt praksē nav reģistrēti gadījumi, kad bērns pats būtu vērsies Veselības inspekcijā. VM šajā jautājumā norāda, ka, tās ieskatā būtu nošķiramas Iesniegumu likumā noteiktās tiesības ikvienam vērsties ar iesniegumu valsts pārvaldē no Administratīvā procesa likumā noteiktās procesuālās rīcībspējas, kas piemīt tikai pilngadīgai personai. Tādējādi administratīvajā procesā nepilngadīgo pacientu pārstāv likumiskais pārstāvis, jo nepilngadīgajam nav administratīvās procesuālās rīcībspējas (VM 2026). Vienlaikus VI vērš uzmanību, ka nepilngadīga pacienta tiesības var tikt aizskartas gadījumos, kad likumiskie pārstāvji pienācīgi nepilda pienākumus un nav reaģējuši uz bērna tiesību aizskārumu, piemēram, neiesniedzot prasījumu Ārstniecības riska fondā. Šādā gadījumā, sasniedzot pilngadību, var rasties situācija, kad bērns vairs nevarēs īstenot tiesības uz atlīdzību, jo likumā noteiktais pieteikuma termiņš jau būs pagājis (VI 2026).

Ceturtkārt, aktuāls ir jautājums par bērna tiesībām novērtēt saņemtos veselības aprūpes pakalpojumus, izteikt viedokli par veselības aprūpi, sniegt ierosinājumus un sūdzības, kā arī saņemt atgriezenisko saiti. Pacientu pieredzes mērījumi sniedz iespēju novērtēt gan atsevišķu iestāžu, gan visu veselības aprūpes sistēmas pakalpojumu atbilstību pacientorientētai pieejai (SPKC 2025). Savukārt saskaņā ar Bērnu tiesību aizsardzības likuma 70. panta otro daļu veselības aprūpes iestādēm ir pienākums nodrošināt bērniem pieejamu bērnu sūdzību iesniegšanas un izskatīšanas kārtību. **VM rīcībā neesot "vispārējas informācijas par nepilngadīgu pacientu personiski ziņotu pieredzi tiem sniegto veselības aprūpes pakalpojuma saņemšanā un šo datu apkopošanu".** Vienlaikus no VM saņemtā informācija liecina, ka Bērnu klīniskajā universitātes slimnīcā šāda pieredze tiek apkopota. Slimnīca ir ziņojusi par nelielu uzlabojumu jauniešu iesaistē lēmumu pieņemšanā par viņu veselības aprūpi. Proti, 2025. gadā jauniešu pašu ziņotais rezultāts esot bijis 67,5, kas ir augstāks nekā 2023. gadā reģistrētais rādītājs – 67,1 (VM 2026). Minētie rezultāti esot vidēji augsti un atspoguļo pacientu ziņotās pieredzes mērījumus (*Patient Reported Experience Measures* jeb PREM) sadaļā "Kopīga lēmuma pieņemšana". Veicot mērījumu, tostarp tiek noskaidrots vai pirms piekrišanas ārstēšanai ārstniecības persona ir sniegusi saprotamu informāciju un cik lielā mērā vecāki vai pats pacients ir tikuši iesaistīti lēmumu pieņemšanā par ārstēšanas procesu. Aptaujas aizpildīšana esot pielāgota bērna vecumam un tam, cik patstāvīgi viņš spēj paust savu pieredzi. Par bērniem līdz 14 gadu vecumam aptauju aizpilda vecāki, savukārt vecumā no 14 gadiem nepilngadīgie pacienti paši var paust viedokli, aptauju aizpildot gan patstāvīgi, gan kopā ar vecākiem. Kā norāda intervētā lietpratēja, tad iespēja bērniem vecumā no 14 gadiem paust viedokli pašiem ir atkarīga arī no tā, vai slimnīcas rīcībā ir bērnu kontaktinformācija, kuru izmantot elektroniskās aptaujas anketas nosūtīšanai. Savukārt attiecībā uz mazāku bērnu iespējām paust viedokli pašiem, tiek atzīts, ka risinājumi būtu vēl jāmeklē, un par to tiekot domāts. Slimnīcas apkopotie dati atklāj, ka 2025. gadā kopā saņemtas 4916 aizpildītas PREM anketas, un 145 no tām bija aizpildījuši 14 gadu vecumu sasniegušie bērni. No kopējā aptauju aizpildījušo bērnu skaita 20 % bija 14 gadus veci bērni, 19 % – 15 gadus veci, 27 % – 16 gadus veci un 34 % – 17 gadus veci (BKUS 2026; no intervijas ar I. E. Lāmu).

Savukārt Slimību profilakses un kontroles centra apkopotā un publicētā informācija par pacientu pieredzes mērījumiem liecina, ka **nepilngadīgo pacientu pieredze mērījumos netiek**

atspoguļota un publiskota. Mērot pilngadīgo pacientu pieredzi, tostarp tiek uzdots jautājums "vai jūs pietiekami iesaistīja lēmumu pieņemšanā par jūsu ārstēšanas procesu?" un saņemtās atbildes liecina, ka kopumā 2024. gadā visās vecuma grupās apstiprinošo atbilžu – "jā/vienmēr" – īpatsvars ir samazinājies salīdzinājumā ar 2021. – 2023. gada mērījumiem, kad rādītāji bija vēsturiski augstākie. Zīmīgi, ka 2024. gadā jaunākajā vecuma grupā (18 – 24 gadi) apstiprinošo atbilžu īpatsvars ir zemākais – 62 %. Atbildi – "daļēji/dažreiz" sniedza 15 % respondentu, bet atbildi – "nē/nekad" – 6 %, kas ir augstākais rādītājs starp visām vecuma grupām (8. attēls) (SPKC 2025).



8. attēls. **Pacientu īpatsvars procentos un atbildes pa vecuma grupām uz jautājumu "Vai Jūs pietiekami iesaistīja lēmumu pieņemšanā par Jūsu ārstēšanas procesu?" 2024. gadā**
Avots: SPKC 2025

VM rīcībā neesot arī "kopējas informācijas par to kā konkrētās ārstniecības iestādēs praktiski tiek nodrošinātas tiesības paust viedokli par veselības aprūpi, izteikt ierosinājumus un sūdzības ārstniecības iestādē, un kā tiek sniegta atbilde vai atgriezeniskā saite nepilngadīgam pacientam. Nav apkopota informācija par to, vai nepilngadīgie pacienti ir realizējuši ārstniecības iestādēs savas tiesības un kā tās realizējuši" (VM 2026). Vienlaikus Veselības ministrija, sniedzot informāciju par Bērnu klīnisko universitātes slimnīcu, norāda, ka **slimnīcā ir izstrādāta sūdzību izskatīšanas kārtība un nodrošināti vairāki sūdzību izteikšanas ceļi. Slimnīcā tiekot apkopota un analizēta informācija par saņemtajām sūdzībām**; to kopsavilkums un analīze reizi mēnesī tiekot prezentēta vadības komandai, savukārt reizi ceturksnī – arī padomei un Veselības ministrijai. Sūdzības pa atsevišķiem vecumposmiem slimnīcā netiekot uzskaitītas, bet kopumā 2025. gadā saņemtas 339 sūdzības, 2024. gadā – 313 un 2023. gadā – 227 (VM 2026). Iepazīstoties ar publiski pieejamo informāciju par Bērnu klīniskajā universitātes slimnīcā saņemtajām sūdzībām, nav iespējams atsevišķi identificēt tādas sūdzības, kas būtu tieši saistītas ar pacienta līdzdalību ar veselības aprūpi saistīto lēmumu pieņemšanā.

2.8. Citi problemātiskie bērnu līdzdalības aspekti veselības aprūpes jomā

Latvijā nav izstrādāts regulējums, kas skaidri noteiktu bērna tiesības un nosacījumus gan dalībai, gan līdzdalībai klīniskajos pētījumos un klīniskās apmācības procesā (no intervijas ar S. Mežinsku, no intervijas ar S. Slokenbergu). Pacientu tiesību likuma 11. panta trešajā daļā noteikts, ka nepilngadīga pacienta iesaistīšanai klīniskajā pētījumā piekrišana iegūstama 13. pantā

norādītajā kārtībā. Tomēr šis likuma pants ir šauri fokusēts uz piekrišanas iegūšanas nepieciešamību no vecākiem vai no bērna paša, ja viņš sasniedzis 14 gadu vecumu, bet nesniedz skaidrojumu par nosacījumiem, tiesību apjomu un to aizsardzību bērna līdzdalības jautājumos pētniecībā.

Saskaņā ar lietpratēju vērtējumu Pacientu tiesību likuma 12. pants, kas nosaka līdzdalību klīniskās apmācības procesā, ir "viena no problemātiskākajām Pacientu tiesību likuma normām gan savas konstrukcijas, gan satura dēļ". Pants paredz, ka ārstniecības iestādei jāinformē pacients par iesaisti klīniskās apmācības procesā, taču nav skaidri noteikts ne informēšanas mērķis, ne pienākums saņemt pacienta informēto piekrišanu šādai iesaistei. Šāda situācija attiecībā uz bērniem tiek vērtēta īpaši kritiski. Dalība klīniskajā pētījumā var sniegt reālu un tiešu labumu pacienta veselībai, bet dalība klīniskās apmācības procesā šādu tiešu ieguvumu nesniedz (Slokenberga un Olsena 2022).

Papildu izaicinājumus šajā jomā gan attiecībā uz pilngadīgiem, gan nepilngadīgiem pacientiem rada vienotu noteikumu, regulējuma, izpratnes un prakšu trūkums ētikas komitejās, kurām ir tiesības sniegt atļaujas akadēmisko pētījumu veikšanai veselības aprūpes jomā (no intervijas ar S. Mežinsku). Atļaujas pētījumiem tiek izskatītas un sniegtas, piemēram, Rīgas Stradiņa universitātes Pētījumu ētikas komitejā; Latvijas Universitātes Dzīvības un medicīnas zinātņu pētījumu ētikas komitejā, kas izskata akadēmiskā un zinātniskā personāla, rezidentūras, doktorantūras studējošo pētījumu pieteikumus; Latvijas Universitātes Medicīnas un dzīvības zinātņu fakultātes Medicīnas pētījumu ētikas komitejā, kas izskata studējošo zinātnisko pētījumu pieteikumus. Atsevišķas procedūras ir noteiktas arī Rīgas Austrumu klīniskajā universitātes slimnīcā, kur jautājumus koordinē, kā arī pieteikumus izskata un saskaņo Zinātnes daļas speciāliste akadēmisko pētījumu jautājumos. Arī Paula Stradiņa klīniskajā universitātes slimnīcā ir noteikta pētījumu kārtība, tāpat tāda ir iedibināta Bērnu klīniskajā universitātes slimnīcā. Ņemot vērā regulējuma un prakšu dažādību, šā jautājuma izpētei Latvijā būtu veltāms atsevišķs pētījums.

Latvijā no 2025. gada 1. jūlija stājās spēkā jauna kārtība, saskaņā ar kuru ārstniecības iestādēs pacientu tiesību aizsardzībai jābūt izstrādātam pacientu tiesību īstenošanas plānam. Atbilstoši likumprojekta anotācijā norādītajam mērķim šādam risinājumam jāuzlabo pacientu tiesību ievērošana un jāpadziļina izpratne par pacientu tiesībām. Iestādēm jāspēj uzskatāmi pierādīt pacienta tiesību ievērošanu, aizsargāšanu un īstenošanu veselības aprūpes procesā. Saskaņā ar ieceri iestādes vadītājs izstrādā un nodrošina pacientu tiesību plāna īstenošanu (MK 2023). Lai atvieglotu jaunās kārtības ieviešanu, tika izstrādātas "Vadlīnijas pacientu tiesību īstenošanas plāna ieviešanai ārstniecības iestādēs" (Palkova u. c. 2025). VM norāda, ka secinājumi par vadlīniju ieviešanas rezultātiem vēl nav apkopoti, jo kopš to ieviešanas ir pagājis salīdzinoši neilgs laika periods (VM 2026).

Likumprojekta anotācija un izstrādātās vadlīnijas liecina, ka nepilngadīgā pacienta tiesības ir pilnībā atstātas bez uzmanības, lai gan vadlīnijās norādīts, ka pacientu tiesību īstenošanas plāns jāpielāgo iestādes darba specifikai un pacientu veidam, tostarp pieminot nepilngadīgos pacientus. Vadlīnijās atrodams arī Pacientu tiesību īstenošanas plāna piemērs. Tajā aktivitātes iestādēm un uzdevumi šo aktivitāšu īstenošanai norādīti secīgi Pacientu tiesību likuma pantu numerācijai. Tomēr minētā likuma 13. pants izstrādātajā piemērā ir izlaists. Piemērā minētās aktivitātes un uzdevumi nepilngadīga pacienta veselības aprūpes organizēšanā nav izdalītas atsevišķi. Nepilngadīgie pacienti ir tikai pieminēti saistībā ar rīcību informētās piekrišanas iegūšanai un personas datu aizsardzību vai gadījumiem, kad lēmumu pieņem ārstu konsīlijs vai iesaistāma bāriņtiesa.

Turklāt vadlīniju saturs aptver tikai ārstniecības iestādes perspektīvu pacientu tiesību īstenošanā. Papildus norādāms, ka vadlīniju izstrādes darba grupas sastāvā bērni netika iekļauti, tādējādi viņi nebija iesaistīti to izstrādē. Šo faktu apstiprina arī VM sniegtā atbilde (VM 2026). Tādā veidā ir pārkāptas Latvijas uzņemtās starptautiskās saistības un bērnu kā grupas tiesības iesaistīties uz viņiem attiecināmo politiku un pakalpojumu izstrādē. Nav ievērots princips "runāt ar bērniem, nevis par bērniem", kas ir būtiska bērnu līdzdalības tiesību īstenošanas daļa jebkurā jomā. ANO Bērnu tiesību komiteja norāda, ka bērnu paustais viedoklis var atklāt būtiskas perspektīvas un

pieredzi, kas jāņem vērā gan tiesību aktu izstrādē un izvērtēšanā, gan politikas veidošanā (ANO 2009). Sākotnējās ierosmes bērnu iesaistei veselības pakalpojumu un politikas veidošanā var gūt Eiropas Padomes Ceļvedī bērnu līdzdalībai lēmumos par savu veselību (CDBIO un CDENF 2024).

Bažas rada arī tas, ka **veselības politikas veidotāju rīcībā nav kopējas informācijas un netiek publiskoti dati tādā griezumā, kas ļautu novērtēt bērnu iesaistes līmeni veselības aprūpes lēmumu pieņemšanā visā Latvijā.** Tas būtiski apgrūtina arī šā pētījuma veikšanu. Arī, piemēram, Latvijas Bāriņtiesu darbinieku asociācija norāda, ka nav iespējams sniegt kvantitatīvus datus par nepilngadīgo pacientu līdzdalību lēmumu pieņemšanā vai ar to saistītiem tiesību pārkāpumiem bāriņtiesu praksē. Iesniegumi un lietas lietvedībā tiekot klasificētas atbilstoši to ierosināšanas pamatam (piemēram, vecāku domstarpības, nepieciešamība dot atļauju ārstniecības uzsākšanai, bērna interešu aizskāruma izvērtēšana u. tml.), nevis saskaņā ar bērna vai pacienta tiesību normu iespējamiem pārkāpumiem (LBDA 2026).

Attiecībā uz sūdzībām par iespējamiem pārkāpumiem saistībā ar nepilngadīga pacienta līdzdalību veselības aprūpes pakalpojumu jomā jānorāda, ka, **analizējot vairāku dažādu līmeņu slimnīcu gada pārskatus, konstatējami vairāki problemātiski aspekti. Pirmkārt, daudzos gadījumos dati par saņemtajām pacientu sūdzībām vispār netiek publicēti. Otrkārt, tajos slimnīcu gada pārskatos, kur šādi dati ir pieejami, tie netiek apkopoti tādā griezumā, kas ļauj identificēt pacientu līdzdalības problēmas ar veselības aprūpi saistītu lēmumu pieņemšanā.** Arī Veselības ministrijas sniegtā informācija apliecina, ka vispārēja kārtība, kādā ārstniecības iestādes informē sabiedrību par dažādiem savas darbības aspektiem, tostarp par saņemtajām sūdzībām un to saturu, nav noteikta (VM 2026). Savukārt Veselības inspekcija informē, ka 2024. un 2025. gadā nav saņemti iesniegumi par nepilngadīgu pacientu tiesību pārkāpumiem piedalīties ar ārstniecību saistītā lēmuma pieņemšanā (VI 2026).

Veselības ministrija norāda, ka tās rīcībā nav apkopotas informācijas par to, vai un kā nepilngadīgie pacienti ir izmantojuši tiesības izteikt ierosinājumus un sūdzības (VM 2026). Ir pamats uzskatīt, ka **datu trūkums par pārkāpumiem nepilngadīga pacienta līdzdalībā ar viņa veselības aprūpi saistītu lēmumu pieņemšanā liecina ne tik daudz par šo tiesību pilnvērtīgu īstenošanu, bet gan drīzāk vedina domāt par tādas sistēmas trūkumu, kas spētu šādus pārkāpumus konstatēt.** Vienlaikus problematizējama arī bērnu un viņu likumisko pārstāvju nepietiekamās zināšanas un informētība pacientu tiesību jomā. Šāda norāde ir ietverta arī VM atbildē, kurā uzsvērts, ka ir nepieciešams vērtēt, vai nepilngadīgie pacienti praksē ir informēti par iespējām izteikt viedokli, vai arī tas tiek atstāts tikai vecāku ziņā (VM 2026).

Ne Pacientu tiesību likuma sākotnējā anotācijā, ne arī attiecīgo likuma grozījumu anotācijās **attiecībā uz bērnu līdzdalību veselības aprūpes jomā nav noteikti izmērāmi sasniedzamie mērķi vai mērāmie kritēriji**. Tas apgrūtina iespēju izsekot pārmaiņām, kas saistītas ar nepilngadīga pacienta tiesību īstenošanu veselības aprūpē. Vienlaikus lietpratēji praktiķi norāda, ka pēdējos gadu desmitos ievērojami ir uzlabojusies veselības aprūpes profesionāļu izpratne par nepilngadīga pacienta tiesībām. Turklāt **starp iemesliem, kas praksē kavē bērna līdzdalības īstenošanu ar viņa veselību saistītu lēmumu pieņemšanā, biežāk tiek minēts nevis atbilstošu zināšanu trūkums, bet gan personāla nepietiekamība un laika trūkums**, proti, nepieciešamība iekļauties konsultācijām vai veselības aprūpes procedūrām atvēlētajā laikā. Tas bieži izrādās nepietiekams, īpaši ņemot vērā, ka neilgajā apmeklējuma laikā veselības aprūpes speciālistam ne tikai jānodrošina pacientam nepieciešamais pakalpojums, bet vispirms jāizveido kontakts ar pacientu, jārada viņam pārliecība par drošu un draudzīgu vidi, kā arī jāsniedz informācija saprotamā un viegli uztveramā veidā (no intervijas ar BKUS lietpratēju – virsmāsu; no intervijas ar BKUS lietpratēju – klīnisko un veselības psihologu). Jāpiebilst, ka veselības aprūpes personāla trūkums kā nopietns izaicinājums Latvijā ir norādīts arī Ekonomiskās sadarbības un attīstības organizācijas (turpmāk arī – *OECD*) 2025. gada decembra ziņojumā par Veselības politikas reformas tendencēm Eiropas Savienībā (OECD 2025).

3. (NE)PIEEJAMIE DATI UN (NE)PAMANĀMĀS POLITIKAS

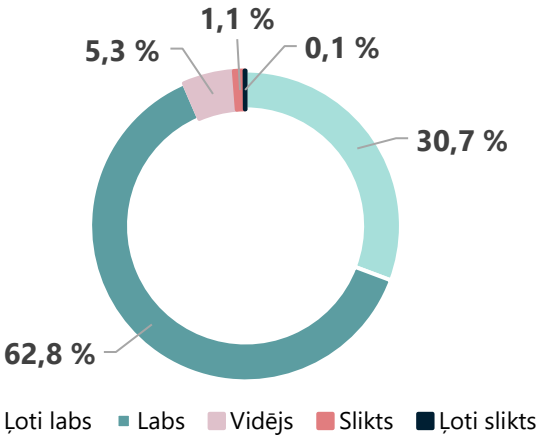
Valstī ir pieejama statistika par bērnu skaitu, veselības izaicinājumiem un veselības pašvērtējumu. Tāpat ir apkopoti dati par apstākļiem, kas traucējuši saņemt veselības aprūpes pakalpojumus. Tomēr nav publiskoti visaptveroši dati, kas ļautu novērtēt tiešo pētījuma objektu – bērnu iesaisti un līdzdalību ar veselību saistīto lēmumu pieņemšanā – un izdarīt secinājumus par to. Arī politikas plānošanas dokumentos bērnu iesaiste un līdzdalība ar veselību saistīto lēmumu pieņemšanā nav norādīti kā mērķi vai rīcības virzieni. Tādējādi var apgalvot, ka jautājums par bērnu līdzdalību ar viņu veselības aprūpi saistīto lēmumu pieņemšanā nav prioritārs uzdevums politikas veidotāju redzeslokā un darba kārtībā.

3.1. Statistika par bērnu īpatsvaru Latvijas populācijā

Saskaņā ar 2025. gada oktobra datiem no oficiālās statistikas portāla par Latvijas iedzīvotāju vecuma struktūru kopējais bērnu (līdz 18 gadiem neieskaitot) īpatsvars Latvijas populācijā bija 18,5 %. Tas nozīmē, ka gandrīz piektā daļa Latvijas iedzīvotāju bija nepilngadīgie. No kopējā nepilngadīgo skaita bērni līdz 14 gadu vecumam veidoja aptuveni 76,3 %, kas ir 14,1 % no kopējā iedzīvotāju skaita. Savukārt bērni vecuma grupā no 14 līdz 17 gadiem veidoja aptuveni 23,7 % jeb 4,4 % no kopējā iedzīvotāju skaita[2] (Oficiālās statistikas portāls 2025).

3.2. Veselības pašvērtējums par bērniem

Statistikas dati par veselības pašvērtējumu liecina, ka mājsaimniecības "optimistiski vērtē" savu bērnu (līdz 15 gadu vecumam) veselības stāvokli. Saskaņā ar 2024. gada datiem 93,5 % bērnu veselības stāvoklis tika novērtēts kā ļoti labs un labs, savukārt 1,2 % gadījumu – kā slikts vai ļoti slikts. Vēl 5,3 % bērnu veselības stāvokli vērtēja kā vidēju (9. attēls).



9. attēls. **Mājsaimniecības pašvērtējums par savu bērnu vecumā līdz 15 gadiem veselības stāvokli procentos 2024. gadā**
Balstīts uz: Centrālā statistikas pārvalde 2025

Veselības stāvokļa pašvērtējums nedaudz atšķīrās pa vecuma grupām. Dati liecina, ka jaunāko bērnu veselības stāvoklis kopumā tiek vērtēts pozitīvāk, savukārt "nedaudz kritiskāk" tika novērtēta vecāku bērnu veselība. Pusaudžu vecuma grupā no 11 līdz 15 gadiem 27,2 % veselības stāvoklis tika novērtēts kā ļoti labs, bet 64,6 % – kā labs. Turpretim bērnu grupā līdz triju gadu vecumam 34,5 % gadījumu veselības stāvoklis vērtēts kā ļoti labs un 61,5 % bērnu – kā labs (Centrālā statistikas pārvalde 2025).

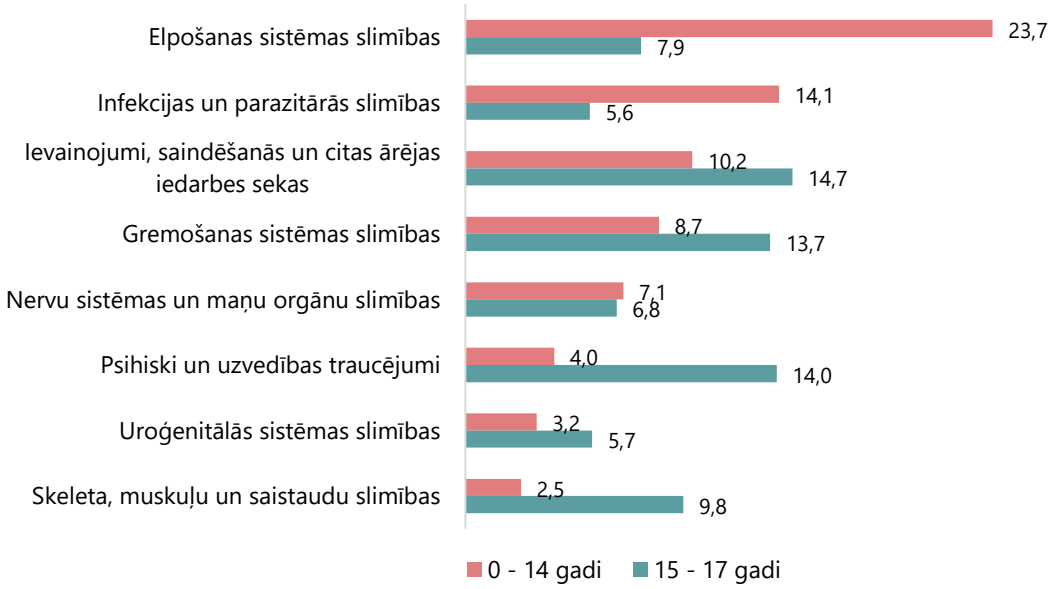
[2] Rādītāji aprēķināti, ņemot vērā statistikas datus, kas liecina, ka 2025. gadā Latvijā kopējais iedzīvotāju skaits bija 1 856 932, no kuriem 343 504 bija vecumā no 0 līdz 17 gadiem. No visiem nepilngadīgajiem 262 194 bija vecumā no 0 līdz 13 gadiem, savukārt 81 361 – vecumā no 14 līdz 17 gadiem (Oficiālās statistikas portāls 2025a).

Vecuma grupā no 16 līdz 24 gadu vecumam par 2025. gadu pieejamie dati liecina, ka 2,4 % jauniešu ir piedzīvojuši vismaz vienu gadījumu, kad netika veikta nepieciešamā pārbaude vai ārstēšanās (izņemot zobārstniecības pakalpojumus). Attiecībā uz apstākļiem, kas kavējuši nepieciešamās pārbaudes vai ārstēšanu, nosaukti šādi iemesli – nevarēja to atļauties (0,7 %), pārāk garas rindas (0,8 %), aizņemtība, veicot dažādus pienākumus (0,3 %), nogaidīšana, lai paskatītos, vai nekļūs labāk (0,6 %) (Oficiālās statistikas portāls 2025b).

3.3. Slimību un mirstības rādītāji bērnu vidū

Latvijā attiecībā uz bērnu veselības jomu ir apkopoti dati par vakcinācijas aptveri, reģistrētajām infekcijas un parazitārajām slimībām, saslimstību ar tuberkulozi, psihiskajiem un uzvedības traucējumiem, kā arī par stacionāros ārstēto pacientu diagnožu grupām. Tāpat tiek apkopota informācija par paškaitējuma gadījumiem, veiktajiem abortiem, invaliditātes noteikšanu, zobu stāvokli un zobārsta apmeklējumiem, HIV infekcijas gadījumiem, saslimšanu ar cukura diabētu u. c. rādītājiem (Centrālā statistikas pārvalde 2025).

Dati liecina, ka vecuma grupā līdz 14 gadiem 2023. gadā visbiežākais iemesls stacionārai ārstēšanai ir bijušas elpošanas sistēmas slimības. Savukārt vecuma grupā no 15 līdz 17 gadiem visbiežākie stacionārās ārstēšanas iemesli ir bijuši dažādas ārējas iedarbības sekas, gremošanas sistēmas slimības, kā arī psihiski un uzvedības traucējumi (10. attēls) (Centrālā statistikas pārvalde 2025).



10. attēls. **Stacionāros ārstētie bērni un pusaudži pēc biežākās diagnozes procentos no ārstēto kopskaita 2023. gadā**
Avots: Centrālā statistikas pārvalde 2025

Kopējie statistikas dati par populāciju Latvijā liecina, ka 2024. gadā reģistrēti 3152 medicīniski novēršamas mirstības gadījumi un 4977 profilaktiski novēršamas mirstības gadījumi (Veselības statistikas datubāze 2024). Saskaņā ar pieejamiem datiem 2024. gadā Latvijā vecuma grupā no 0 līdz 14 gadiem miruši 52 bērni, un vecuma grupā no 15 līdz 17 gadiem – 14 bērni. Biežākie nāves cēloņi jaunākajā vecuma grupā bija: ievainojumi, saindēšanās un ārēja iedarbe – 10 gadījumi; iedzimtas slimības – deviņi gadījumi; perinatālā perioda stāvokļi – septiņi gadījumi; audzēji – septiņi gadījumi; nervu sistēmas slimības – seši gadījumi; infekcijas un parazitāras slimības – pieci gadījumi; intrauterīna hipoksija un asfiksija dzemdībās – pieci gadījumi. Savukārt vecuma grupā no 15 līdz 17 gadiem biežākie nāves cēloņi bija ievainojumi, saindēšanās un ārēja iedarbe – 12 gadījumi, kā arī tīšs paškaitējums – divi gadījumi.

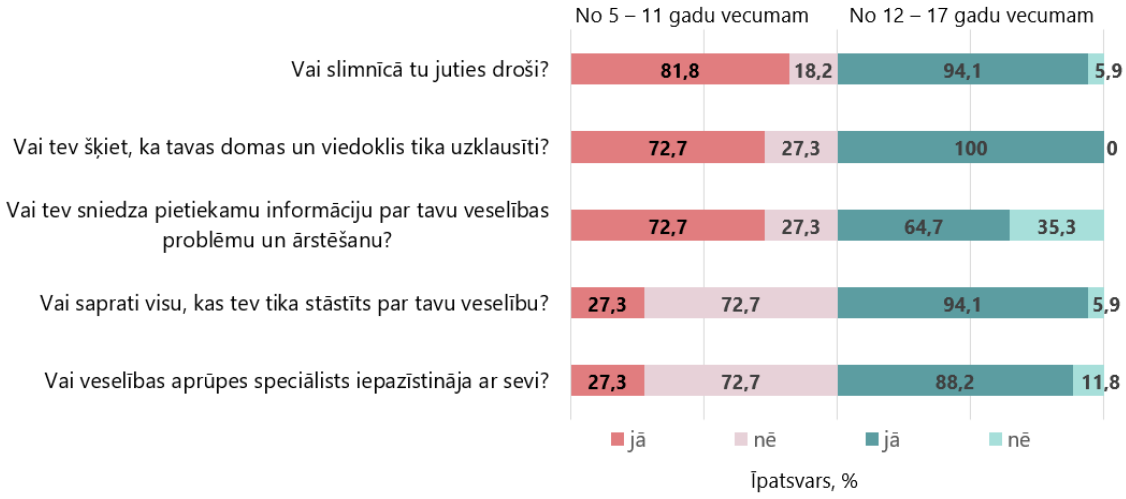
3.4. Bērna vecuma ietekme uz iesaistīšanu veselības aprūpē: esošais izpētes stāvoklis

2022. gada aprīlī un maijā vienā no nodaļām Bērnu klīniskajā universitātes slimnīcā tika veikts pētījums, lai noskaidrotu bērnu vecumā no 5 līdz 17 gadiem pieredzi un viedokli par viņu tiesību ievērošanu un līdzdalību veselības aprūpē. Pētījumā tika konstatēts, ka bērna vecumam ir nozīme tajā, kā bērni piedzīvo un vērtē saņemtos veselības aprūpes pakalpojumus. Rezultāti atklāj atšķirības veselības aprūpes praksē atkarībā no bērnu vecuma grupas. Pusaudži kopumā savu pieredzi vērtēja pozitīvāk nekā jaunākie bērni, turklāt īpaši jāizceļ, ka visi vecākie bērni jutās uzklausīti, apstiprinot, ka viņu viedoklis esot pilnībā ņemts vērā.

Pētījuma gaitā bērniem tika lūgts novērtēt savu pieredzi vairākos aspektos:

- kā veselības aprūpes speciālists iepazīstināja ar sevi;
- cik labi bērns izprata viņam sniegto informāciju;
- vai sniegtā informācija par veselības problēmu un piemēroto ārstēšanu bija pietiekama;
- cik lielā mērā bērni uzskatīja, ka viņu domas un viedoklis tika uzklausīti;
- vai viņi kā pacienti jutās droši slimnīcas vidē.

Pētījuma rezultāti liecina par būtiskām atšķirībām bērnu pieredzē atkarībā no vecuma. Jaunāko bērnu grupā (no 5 līdz 11 gadiem) gandrīz 73 % bērnu atbildēja, ka veselības aprūpes profesionālis viņus neiepazīstināja ar sevi, savukārt vecāko bērnu grupā (no 12 līdz 17 gadiem) uz šādu pieredzi norādīja vien nepilni 12 % bērnu. Aptuveni 73 % jaunāko bērnu atzina, ka viņi nesaprata visu sniegto informāciju par viņu veselību, savukārt vecāko bērnu grupā 94 % bērnu apliecināja, ka sniegto informāciju bija sapratuši. Gandrīz trešdaļa bērnu abās vecuma grupās uzskatīja, ka nav saņēmuši pietiekamu informāciju par savu veselības stāvokli. **Pilnīgi visi bērni vecākajā grupā uzskatīja, ka viņu domas un viedoklis tika uzklausīts, bet 27 % bērnu jaunākajā grupā nejutās uzklausīti.** Arī drošības izjūta slimnīcā atšķirās pēc vecuma – nedroši bija jutušies 18 % jaunākās grupas bērnu un gandrīz 6 % bērnu vecākajā grupā (11. attēls).



11. attēls. **Bērnu no 5 līdz 17 gadiem viedoklis par viņu tiesību ievērošanu un līdzdalību veselības aprūpē procentos 2022. gadā**
Balstīts uz: Popeiko u. c. 2024

Pētījuma nobeigumā autori norāda, ka, pirmkārt, ir vajadzīgi turpmāki pētījumi, lai precīzi identificētu jomas, kurās personālam nepieciešama papildu apmācība vai skaidrākas vadlīnijas. Otrkārt, pēc autoru ieskata, personalizēta komunikācija un droša vide ir būtiski faktori, kas palīdz mazināt nepilngadīgo pacientu trauksmi un veicina labākus ārstniecības rezultātus (Popeiko u. c. 2024).

3.5. Ieskats politikas plānošanas dokumentos no bērnu līdzdalības perspektīvas veselības aprūpē

Ilgtermiņa valsts stratēģijā "Latvijas ilgtspējīgas attīstības stratēģija līdz 2030. gadam" atspoguļotās prioritātes un mērķi veido vidējā termiņa politikas plānošanas dokumentu – "Nacionālā attīstības plāna 2021. – 2027. gadam" un "Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2021. – 2027. gadam" – saturisko tvērumu. Analizējot politikas plānošanas dokumentu saturu, secināms, ka pacientu tiesības tiek aptvertas un saprastas šauri – uzmanība galvenokārt ir pievērsta veselības aprūpes nodrošinājumam un pieejamībai, bet trūkst būtiska pacientu tiesību aspekta, kas veselības aprūpē vairotu pacienta iesaisti, līdzdalības tiesību realizēšanu un integritātes aizsardzību. Arī bērnu līdzdalība ar veselību saistītu lēmumu pieņemšanā kā prioritāte nav norādīta nevienā politikas plānošanas dokumentā.

Pētot "Latvijas ilgtspējīgas attīstības stratēģiju līdz 2030. gadam", secināms, ka tajā **nav ietverti mērķi un prioritātes, kas būtu attiecināmi uz bērnu iesaisti un līdzdalību veselības aprūpes vai citās jomās.**

Ilgtermiņa stratēģijā cilvēkkapitāls ir definēts kā viens no valsts ilgtspējīgas attīstības pamatresursiem un ieguldījumi tajā – kā pirmā prioritāte. Stratēģijā norādīts, ka **būtiska loma cilvēkkapitāla stiprināšanā ir arī investīcijām veselības aprūpē**, taču uzsvars nav likts uz bērnu vajadzībām. Izcelta sabiedrības novecošanās, kas būtiski ietekmēšot pakalpojumu sektoru nākotnē, īpaši veselības aprūpi un sociālos pakalpojumus. Ilgtermiņa politikas plānotāji prognozē **neizbēgamas veselības aprūpes sistēmas strukturālās pārmaiņas, tostarp ārstniecības iestāžu restrukturizāciju un specializāciju par labu citām vecuma grupām**, piemēram, pārorientējot pediatrijas nodaļas uz geriatrijas pakalpojumiem un paplašinot vecāka gadagājuma cilvēkiem raksturīgo slimību ārstēšanu. Stratēģijā ir uzsvērta sabiedrības līdzdalības nozīme, tomēr tās atspoguļojums ilgtermiņa mērķos galvenokārt ir saistīts ar politisko līdzdalību un vēlēšanu tiesību īstenošanu (Saeima 2010).

Latvijas "Nacionālā attīstības plāna 2021. – 2027. gadam" mērķis ir turpināt īstenot "Latvijas ilgtspējīgas attīstības stratēģiju līdz 2030. gadam", nosakot valsts budžeta prioritāros ieguldījumus un aptverot valsts attīstības prioritātes, mērķus, investīciju virzienus un plānotās reformas. Attīstības plānā ir noteiktas piecas valsts prioritātes. **Viena no prioritātēm – stipras ģimenes, veseli un aktīvi cilvēki**, kurai paredzēti četri rīcības virzieni:

- uz cilvēku centrēta veselības aprūpe;
- psiholoģiskā un emocionālā labklājība;
- stipras ģimenes paaudzēs;
- sociālā iekļaušana.

Šī **prioritāte paredz iekļaujošas sabiedrības veidošanu, kuru "nākotnē apgrūtinās sabiedrības novecošanās".** Dokumentā norādīts, ka jāreaģē uz sabiedrības novecošanos, mazinot šķēršļus veselības jomā un turpinot dzimstību veicinošu politiku. Kā viens no būtiskiem šķēršļiem identificēta veselības aprūpes pieejamība. Tās uzlabošana ir saistīta ar mērķi novērst priekšlaicīgu darbnespēju un mirstību, kā arī veicināt sabiedrības produktivitāti. Dokumentā paredzēta principa "veselība visās politikās" ievērošana, kā arī uzsvērts valsts pienākums mazināt veselību ietekmējošo riska faktoru izplatību sabiedrībā un veicināt veselībpratību visa mūža garumā.

Apzināta nepieciešamība palielināt gan veselības aprūpes kvalitāti, gan valsts finansēto veselības aprūpes pakalpojumu apjomu, tādējādi sekmējot attiecīgo pakalpojumu pieejamību trim īpašajām grupām – ģimenēm ar bērniem, senioriem un zemāku ienākumu mājsaimniecībām. Izpētot attiecīgos mērķa indikatorus, secināms, ka to vidū ir **maz pasākumu, kuru fokuss būtu tieši attiecināms uz bērniem.** Starp tiem minēta, piemēram, iespēja saīsināt vidējo gaidīšanas laiku uz noteiktu konsultāciju un plānveida operāciju Bērnu klīniskajā universitātes slimnīcā. Tāpat likts uzsvars uz mātes un bērna veselības aprūpes jomu. Pētījuma kontekstā kā būtisks indikators

izceļama pacientu apmierinātība ar veselības aprūpes pakalpojumiem. Tomēr, kā tiks atklāts un skaidrots turpmāk, šis progresa **rādītājs neaptver nepilngadīgo pacientu pieredzes mērījumus.** Līdz ar to nav noteikts mērķis uzlabot tieši šīs pacienta grupas pieredzi.

Dokumentā uzsvērta vecāku un bērnu ciešu un emocionāli tuvu attiecību nozīme, kā arī **paredzēts atbalsts vecāku prasmju pilnveidei un aktivitāšu kopums bērnu emocionālajai attīstībai** (PKC 2020). Šāds ietvars potenciāli ļautu aktualizēt un risināt bērnu līdzdalības jautājumus veselības aprūpē. **Vecāku izglītošana un prasmju pilnveide varētu sekmēt bērna zinātību un stiprināt viņa aģenci veselības aprūpes procesos.** Vienlaikus attiecīgā rīcības virziena mērķa indikatori, lai arī nozīmīgi, neskar būtisku pacienta tiesību dimensiju. Līdzīga situācija vērojama arī citos attīstības plānā noteiktajos rīcības virzienos, kur bērna iesaiste un līdzdalība veselības aprūpē nav definēta ne kā politikas virziens, ne kā konkrēts uzdevums.

Sabiedrības veselības politiku laikposmam no 2021. gada līdz 2027. gadam Latvijā nosaka Sabiedrības veselības pamatnostādnes kā vidējā termiņa politikas plānošanas dokuments. To uzdevums ir nodrošināt "Nacionālajā attīstības plānā 2021. – 2027. gadam" izvirzīto mērķu sasniegšanu un uzlabot Latvijas iedzīvotāju veselību, pagarinot mūžu, kas nodzīvots esot labai veselībai, novēršot priekšlaicīgu mirstību un mazinot nevienlīdzību veselības jomā. Pamatnostādnēs ir identificētas veselības aprūpes sistēmas problēmas, īpaši izceļot personāla trūkumu un neatbilstošu infrastruktūru. Kā galvenie rīcības virzieni noteikti **veselības aprūpes pakalpojumu pieejamības un kvalitātes uzlabošana, kā arī izpratnes veicināšana par indivīda atbildību attiecībā uz savu veselību.** Savukārt digitālās tehnoloģijas iecerēts attīstīt, lai veicinātu uz pacientu centrētu veselības aprūpi (VM 2022). Arī šajā politikas plānošanas dokumentā nav atrodama pacienta tiesību daļa kā indivīdam jeb tās tiesības, kas nodrošina pacienta integritāti un tiešu iesaisti viņa veselības aprūpes lēmumu pieņemšanā.

Lietpratēju veiktā analīze liecina, ka, vērtējot gan iepriekšējo periodu, gan pašlaik spēkā esošos politikas plānošanas dokumentus, būtiskas izmaiņas nav notikušas. Secinājumi par iepriekšējiem periodiem atbilst situācijai šobrīd, t. i., **dažādos politikas plānošanas dokumentos konstatējama koncentrēšanās uz veselības aprūpes sistēmas pilnveidošanu un pieejamību, taču tajos pietiekama uzmanība netiek veltīta bērnu līdzdalības jautājumiem, pacientu tiesību aizsardzībai, kā arī nepilngadīgo pacientu tiesību stiprināšanai, aizsardzībai un aizsardzības mehānismu nodrošināšanai.** Izteikts arī tāds apgalvojums, ka nacionālā līmeņa politikas plānošanas dokumenti šajā ziņā neatbilst starptautisko tiesību aktu prasībām (Palkova 2019; LBLT 2017).

4. IZGLĪTĪBAS JAUTĀJUMU IETEKME UZ BĒRNU LĪDZDALĪBU VESELĪBAS APRŪPĒ

Pasaules Veselības organizācija pacienta drošības uzlabošanas kontekstā kā vienu no stratēģiskajiem mērķiem līdztekus veselības aprūpes profesionāļu izglītībai un prasmju pilnveidei uzsver pacienta un viņa ģimenes aktīvu iesaisti veselības aprūpē (WHO 2024). Papildus speciālajām zināšanām, ko veselības aprūpes profesionāļi iegūst savas profesijas ietvaros, viņi pilnveido arī zināšanas un tiek īpaši sagatavoti darbam ar nepilngadīgiem pacientiem. Ārvalstu lietpratēju ieskatā, pēdējos gadu desmitos ir apstiprinājusies ideja, ka efektīvai veselības aprūpei nepieciešamas zināšanas arī pašam pacientam, tādēļ tādas sabiedrības veselības kampaņas, kas vērstas uz veselības riskiem un profilaksi, ir pamatotas uz informētas sabiedrības principu (Greco 2020). Vienlaikus aizvien plašāk tiek atzīts, ka pacientiem, tostarp bērniem, piemīt vērā ņemama ekspertīze un empīriskas zināšanas par savu veselības stāvokli un ķermeni kopumā, un viņi veido svarīgu informācijas avotu veselības aprūpes procesā (CDBIO un CDENF 2024). Pamatojoties uz zināšanām par līdzdalības nozīmi un apzinoties, ka Latvijā nepilngadīgos pacientus veselības aprūpes procesā ne vienmēr izdodas pilnvērtīgi iesaistīt un ne visiem iesaistītajiem ir nepieciešamās zināšanas, **ar mērķtiecīgu saturisku ieguldījumu izglītošanā iespējams pilnveidot līdzdalības izpratni un prakses.**

Bērnu izglītošanas nozīme īpaši jāuzsver arī tādēļ, ka nesen skolu beigušo jauniešu vidū zināšanas par bērnu tiesībām ir nepietiekamas – šādu secinājumu atklāj Latvijas Universitātes veiktās studentu aptaujas dati. Puse no 1209 aptaujātajiem respondentiem norādīja, ka informācija par bērnu tiesībām skolā netiek iegūta. Latvijas Universitāte šajā kontekstā norāda: "[..] tādējādi daļai ir liels pārsteigums, ka bērnu tiesības sevī ietver ne tikai to, ka bērnus nedrīkst sodīt vai likt skolā uzkopt telpas, bet teju vai visas cilvēka dzīves jomas – veselība, izglītība, vide utt., ieskaitot bērnu viedokļa apzināšanu un ņemšanu vērā jebkura lēmuma pieņemšanā, kas skar bērnus pašvaldībā vai valsts līmenī" (LU 2025).

Arī vidējā termiņa politikas plānošanas dokumentu saturs apstiprina jauniešu nepietiekamās zināšanas par veselības aprūpes sistēmu, kas savukārt liecinot par nepietiekamu ar veselību saistītu zināšanu iekļaušanu izglītības procesā (VM 2022). Turklāt lietpratēji, atskatoties uz vairāk nekā 15 gadu pieredzi pēc Pacientu tiesību likuma spēkā stāšanās, ir izteikuši kritiskus vērtējumus gan par pienācīga mehānisma trūkumu pacientu tiesību efektīvai īstenošanai, gan par to, ka nav atbilstošu izglītības iniciatīvu (Slokenberga un Olsena 2022). Šīs sadaļas mērķis līdz ar to ir aplūkot bērnu līdzdalības jautājumus veselības aprūpē tieši no izglītības perspektīvas.

4.1. Jauno veselības aprūpes speciālistu apmācība

Šīs pētījuma sadaļas pamatā ir atbildes, ko šā pētījuma vajadzībām veiktā aptaujā sniedza mācību iestādes, kuras sagatavo dažādus veselības aprūpes profesionāļus. Tika uzrunātas piecas mācību iestādes – gan universitātes, gan koledžas –, un atbildes uz izsūtītajiem jautājumiem tika saņemtas no Latvijas Universitātes, Rīgas Stradiņa universitātes un Rīgas Stradiņa universitātes Sarkanā krusta medicīnas koledžas. Šīs atbildes tiek atspoguļotas apkopotā veidā. Jānorāda, ka atbildes atsevišķos jautājumos vienas mācību iestādes ietvaros var atšķirties atkarībā no studiju līmeņa, fakultātes vai konkrētās programmas.

Studiju procesā topošajiem veselības aprūpes speciālistiem tiek nodrošināta mērķtiecīga un sistemātiska sagatavošana darbam ar bērniem. Studiju programmu saturā īpaši ir akcentēta bērna veselības aprūpes specifika, tostarp jautājumi par bērna informēto piekrišanu un tās atsaukšanu, bērnu tiesību ievērošanu, kā arī bērna līdzdalību lēmumu pieņemšanā. Uzmanība tiek pievērsta arī bērnu vecumposmu īpatnībām un to nozīmei veselības aprūpes kontekstā. Aptaujātās mācību iestādes pauda pārliecību, ka studējošie apzinās izaicinājumus bērnu veselības aprūpes jomā un uzskata tos par nozīmīgiem.

Studiju programmās ievērojams uzsvars tiek likts uz bērna iesaistes nozīmi, un saskaņā ar izglītības iestāžu pausto tās sagatavo speciālistus kompetentai, uz bērnu tiesībām balstītai veselības aprūpes nodrošināšanai. Izglītības saturs var atšķirties atkarībā no iegūstamā izglītības līmeņa un specialitātes, tomēr katrā līmenī uzsvars tiek likts uz teorētisko zināšanu un praktiskās pieredzes gūšanu bērnu tiesību un interešu ievērošanā, pielāgojot to konkrētai specialitātei. Vienlaikus mācību iestāžu atbildes arī liecina, ka jaunie speciālisti pēc studiju absolvēšanas nereti apzināti izvēlas nestrādāt ar bērniem. Tāpat studiju procesā studējošie nereti izvairās iekļaut bērnus savos pētījumos, tostarp ņemot vērā sarežģīto un laikietilpīgo pētījumam nepieciešamo atļauju un piekrišanu saņemšanas procesu. Mācību iestāžu atbildēs minēts, ka studenti izjūtot trauksmi mijiedarbībā ar nepilngadīgajiem pacientiem un viņu pavadošajām personām. Papildu šķēršļi, kas apgrūtina studējošo sagatavošanu darbam ar bērniem, jo īpaši zemākajos izglītības iegūšanas līmeņos, ir ierobežotas prakses iespējas tieši darbā ar nepilngadīgo pacientu grupu. Tāpat izkristalizējas nepieciešamība pēc papildu metodiskajiem materiāliem, vadlīnijām un citiem resursiem par bērnu tiesībām un ētiskajām dilemmām. Kā iespējamie risinājumi tiek saredzēta starpdisciplināra sadarbība, iesaistot valsts un nevaldības organizācijas, kā arī mācību iestādes, ārstus, citus veselības aprūpes darbiniekus, psihologus, juristus, sociālos darbiniekus un citus speciālistus.

Visas sniegtās atbildes apliecina, ka studiju process tiek organizēts gan lekciju, gan praktisko nodarbību formā. Tiek izmantotas dažādas mācību metodes, papildus lekcijām, semināriem un prezentācijām, ir norādītas diskusijas, situāciju modelēšana un analīze, lomu spēles, darbs individuāli un grupās, gadījumu izpētes, praktiskais darbs, izmantojot mulāžas u. tml. Studējošie piedalās arī mācību praksēs, kurās zināšanas gan tiek apgūtas, gan nostiprinātas un testētas klīniskajā vidē – slimnīcās, poliklīnikās, rehabilitācijas iestādēs un citās veselības aprūpes institūcijās.

Profesionālā ētika un saskarsme tiek apgūtas gan kā atsevišķi studiju kursi (piemēram, filozofija un medicīnas ētika, sociālā pediatrija, veselības sociālie determinanti, pedagoģija veselības aprūpē, ģimenes medicīna, saskarsmes psiholoģija un komunikācija, attīstības psiholoģija u. c.), gan kā caurviju prasme. Tādējādi tiek apgūtas bērniem pielāgotas komunikācijas prasmes, bērna uztveres īpatnību un psiholoģisko vajadzību izpratne dažādos vecumposmos, kā arī informētās piekrišanas un tās atsaukšanas aspekti. Studiju procesā studējošie apgūst gan teorētiskos, gan praktiskos aspektus darbam ar bērniem, viņu vecākiem un citiem tuviniekiem, attīstot prasmes atgriezeniskās saites veidošanā un iegūšanā, kā arī analizējot lēmumu pieņemšanas procesus un bērna līdzestības principu. Atkarībā no studiju programmas studiju saturā konstatējama diferencēta pieeja dažādu vecuma grupu pacientiem, izceļot konkrētus nepilngadīgo pacientu vecumposmus – zīdaiņus, pirmsskolas vecuma bērnus, skolas vecuma bērnus un pusaudžus. Piemēram, pusaudžu grupa tiek izdalīta kā atsevišķa pacientu kategorija, ņemot vērā specifiskās vajadzības, piemēram, atkarību profilaksi, psihiskās veselības jautājumus, tostarp anoreksiju, bulīmiju, pašsavainošanās gadījumus un vardarbību.

Atsevišķi norādāms uz rezidentūras studiju programmām, piemēram, pediatriju un tās apakšspecialitātēm vai bērnu psihiatriju. Šajās programmās rezidentu apmācībā ir integrēti Pasaules Veselības organizācijas standarti bērnu tiesību īstenošanā, akcentējot kvalitatīvu veselības aprūpi bez diskriminācijas, informētību un līdzdalību. Rezidenti, iesaistoties bērnu ārstniecībā un klīnisko gadījumu analīzē, attīsta prasmes izvērtēt bērna spējas un vēlmes, sagatavot saprotamus skaidrojumus bērnam un viņa vecākiem, kā arī veidot efektīvu, uz bērnu un ģimeni vērstu komunikāciju. Apmācībā tiek uzsvērta vecumam atbilstošas valodas lietošana, atvērto jautājumu uzdošana un aktīva klausīšanās. Atbilstoši kompetencēm rezidenti apgūstot bērna labāko interešu principa ievērošanu, lēmumu pieņemšanā integrējot bērna viedokli, brieduma pakāpi un situācijas kontekstu, vienlaikus līdzsvarojot medicīniskās indikācijas, bērna vajadzības, ģimenes iespējas un iespējamo ilgtermiņa ietekmi uz bērna attīstību. Rezidenti tiek arī apmācīti atpazīt situācijas, kurās bērna intereses varētu tikt apdraudētas, un par to informēt atbildīgo ārstu. Turklāt rezidentiem ir pieejamas videolekcijas, kurās tiek uzsvērta bērna kā pilnvērtīga veselības aprūpes procesa

dalībnieka loma, ņemot vērā viņa vecumu, briedumu un uztveres īpatnības, turklāt nobeigumā seko obligāts zināšanu tests par nepilngadīgā pacienta tiesībām.

Studiju saturs ir pamatots spēkā esošo tiesību aktu regulējumā, kas nosaka bērna tiesības tikt uzklausītam un iesaistītam ar veselību saistītu lēmumu pieņemšanā. Šie principi tiekot integrēti gan teorētiskajās, gan praktiskajās nodarbībās. Studiju programmās atsevišķu kopumu veido kursi, kas vērsti uz juridisko zināšanu iegūšanu. Piemēram, noteikts studiju kurss ir veltīts ārsta palīga darba juridisko pamatu apgūšanai, ietverot apmācību darbam ar reglamentējošiem dokumentiem, sūdzību analīzi, padziļinātu Pacientu tiesību aizsardzības likuma prasību apguvi, tostarp 13. pantu, kas nosaka bērna tiesības piedalīties lēmumu pieņemšanā par savu veselības aprūpi. Bērna informētās piekrišanas un tās atsaukšanas izpratnei studiju procesā tiek pievērsta uzmanība tiesību pamatu, pētniecības metodoloģijas pamatu, sabiedrības psihiskās veselības un sociālā darba studiju kursos. Rezidentūras studiju programmā kā resurss darbā ar bērniem un viņu tiesību, kā arī interešu ievērošanu papildus apgūstams arī attiecīgās iestādes iekšējo normatīvo aktu regulējums.

Pētāmā jautājuma kontekstā mācību iestādes tika lūgtas norādīt biežāk konstatētās problēmsituācijas un izaicinājumus studentu sagatavošanā darbam ar bērniem. Jāatzīmē, ka attiecībā uz atsevišķām studiju programmām mācību iestādes norādīja – problēmsituācijas un izaicinājumi studējošo sagatavošanā darbam ar bērniem nav konstatēti. Apkopojot un sagrupējot saņemto informāciju, secināms, ka izaicinājumu pamatcēloņus veido šādi tematiskie loki:

- prakses ierobežojumi;
- komunikācijas un psiholoģiskās barjeras;
- sarežģīta sadarbība ar pacienta pārstāvjiem;
- tiesiskie un ētiskie aspekti.

Mācību iestādes visbiežāk norāda uz studējošo ierobežotajām iespējām studiju laikā gūt praktisku pieredzi darbā ar bērniem un pusaudžiem. Piemēram, maģistrantūras studiju programmās studiju procesā ir vērojamas atšķirības pieredzē starp tiem studējošajiem, kuri ikdienā strādājuši ar nepilngadīgiem pacientiem, un tiem, kuriem šādas pieredzes nav, lai gan šajā studiju līmenī studējošie pamatā jau ir kvalificētas un praktizējošas ārstniecības personas. Praktiskās pieredzes trūkuma dēļ darbā ar bērniem rodas grūtības saglabāt profesionālo robežu, īpaši situācijās, kad palīdzība jāsniedz bērnam ar traumatisku pieredzi vai piedzīvotām vardarbības epizodēm, kā arī nestandarta situācijās. Tāpat var rasties izaicinājumi darbā ar bērniem, kuri uzrāda aizsardzības mehānismus vai nereaģē uz tradicionālām pieejām. Attiecībā uz atsevišķām programmām tiek minēti materiāltehniskās bāzes trūkumi, piemēram, darbam ar bērniem redzes funkciju novērtēšanai nepieciešamas atšķirīgas metodes, iekārtas un testi. Starp grūtībām minētas arī studējošo bailes, tostarp satraukums par komunikāciju ar smagi slimiem bērniem, un izaicinājumi saskarsmē ar bērnu vecākiem vai citām bērnu pavadošajām personām. Tāpat norādīts uz izaicinājumiem, kas saistīti ar tiesisko un ētikas jautājumu risināšanu, – spriedumus par situāciju objektīvi veido arī subjektivitātes elements un no tā izrietošā rīcība; turklāt ne vienmēr ir pieejami skaidri algoritmi rīcībai.

Uz studējošo bailēm norādīja arī intervētā lietpratēja, daloties ar vērojumiem par studējošo pieredzi un raizēm par iespēju kļūdīties, tikt apsūdzētiem vai iekļūt tiesu procesos (no intervijas ar S. Mežinsku). Šie akcenti var liecināt par nepietiekami līdzsvarotiem mehānismiem un pasākumiem bērnu veselības aprūpes jomā, kur, no vienas puses, jāaizsargā nepilngadīgā pacienta labākās intereses, bet, no otras puses, jānodrošina atbalstoša vide un drošs ietvars veselības aprūpes profesionāļu pienākumu izpildei.

Mācību iestādes norāda gan uz studējošo izvairīšanos studiju procesā veikt pētījumus ar nepilngadīgu pacientu iesaisti, gan nevēlēšanos kļūt par pediatriem vai ģimenes ārstiem. Šo situāciju var daļēji vērtēt kā sekas pēc dažādām grūtībām un specifisko prasību dēļ, kas saistītas ar nepilngadīgo pacientu veselības aprūpi. Papildus jāuzsver, ka Sabiedrības veselības pamatnostādnēs 2021. – 2027. gadam tiek norādīts uz personāla trūkumu un nepietiekamu

ārstniecības personu paaudžu nomaiņu īpaši ģimenes ārsta, psihiatra, bērnu psihiatra, ķirurga, anesteziologa, reanimatologa, arodveselības un arodslimību ārsta, internista, neirologa, oftalmologa un pediatra specialitātēs, kā arī māsu un māsu palīga, farmaceita profesijā (VM 2022). Personāla nepietiekamība un novecošanās kā iespējami traucēkļi bērnu līdzdalības veicināšanai veselības aprūpē tika minēti arī intervijā ar jomas praktiķi (no intervijas ar BKUS lietpratēju – virsmāsu).

Mācību iestādes arī norāda, ka dažkārt tās netiek iesaistītas profesiju standartu izstrādes darba grupās, kas atbilstoši regulējumam jāaktualizē reizi piecos gados, un šis process ir samērā komplicēts. Šo procesu veic attiecīgās profesijas pārstāvji sadarbībā ar Veselības ministriju un profesionālajām asociācijām, un mācību iestāžu neiekļaušana tajā kavējot aktuālos jautājumus laikus iekļaut standartos un secīgi tos integrēt studiju programmās.

Mācību iestāžu sniegtās atbildes liecina, ka, pēc to ieskata, studējošo sagatavošanu darbam ar bērniem primāri var uzlabot, veicinot ciešāku un regulārāku sadarbību starp dažādām iesaistītajām pusēm – mācību iestādēm, Veselības ministriju, profesionālajām asociācijām, darba devējiem un nevaldības organizācijām. Šai sadarbībai un pieejai esot jābūt starpdisciplinārai ne tikai attiecībā uz iesaistītajām iestādēm un organizācijām, bet arī iesaistītajiem speciālistiem – ir būtiski procesos iesaistīt ārstus, citus veselības aprūpes darbiniekus, psihologus, juristus un sociālos darbiniekus. Kā potenciāli nozīmīgs devums minēta arī iespēja ciešāk integrēt studējošos slimnīcas ikdienas darbā, kā arī nodrošināt vairāk praktisku semināru un simulāciju sākotnējos studiju posmos ar ārstu, psihologu, sociālo darbinieku u. c. līdzdalību. Kā iespēja paplašināt praktiskās nodarbības ārpus slimnīcas tiek minēta skolas un pirmsskolas izglītības iestādes. Tāpat nepieciešams metodiskais un informatīvais atbalsts dažādu metodisko materiālu un vadlīniju izstrādē. Rezidentūras programmu organizētāji savukārt norāda, ka būtiski ir veicināt bērnu tiesību politikas dokumentu izstrādi un to ievērošanas kultūras iedzīvināšanu ārstniecības iestādēs, kam būtu arī nepieciešama īpašu speciālistu sagatavošana šajā jomā (RSU 2025, RSU SKMK 2025, LU 2025).

Speciālistu izglītošanas jomā atsevišķi jāuzsver, ka Bērnu tiesību aizsardzības likuma 5.[1] pantā ir **noteikts to personu loks, kurām nepieciešamas speciālās zināšanas bērnu tiesību aizsardzības jomā.** Šādu personu periodiska atkārtotā apmācība tiek īpaši organizēta un finansēta no valsts budžeta līdzekļiem. Tomēr **starp uzskaitītajām personām nav minētas veselības aprūpes jomā strādājošās personas.** Viens no iespējamiem izmaiņu virzieniem būtu papildināt norādīto normu ar vēl vienu subjektu un attiecīgi izstrādāt atbilstošu apmācību saturu. Šādu risinājumu atzinīgi vērtējuši arī šā pētījuma ietvaros aptaujātie lietpratēji, vienlaikus akcentējot gan nepieciešamību rūpīgi izstrādāt apmācību saturu, gan nodrošināt atbilstošu tā kvalitāti un praktisko lietderību (no intervijas ar L. Grāveri, no intervijas ar S. Mežinsku). Jānorāda, ka līdzīgs ieteikums jau 2017. gadā tika iekļauts Bērnu līdzdalības novērtējuma nacionālajā ziņojumā (LBLT 2017).

4.2. Bērnu apmācība un vecāku zināšanu trūkums

Ilgtermiņa politikas plānošanas dokumentā uzsvars tiek likts uz izglītības komponenti cilvēkkapitāla veidošanā, primāri caur izglītību skolā un papildus caur vecāku ieguldījumu bērnu izglītošanā un audzināšanā. Tajā norādīta nepieciešamība veikt ieguldījumus pamatskolas, vidusskolas, profesionālajā un augstākajā izglītībā, kā arī vispārējā sabiedrības izglītošanā (Saeima 2010). Šie uzsvari ir daļēji radījuši priekšnoteikumus dažādām valsts iniciatīvām izglītības jomā visos izglītības ieguves līmeņos.

Saskaņā ar Bērnu tiesību aizsardzības likuma 19. panta **regulējumu izglītības iestādes, kurās īsteno vispārējās izglītības programmas, ir tie bērnu tiesību aizsardzības sistēmas subjekti, kuri nodrošina iespēju katram bērnam apgūt pamatzināšanas par bērna tiesībām un pienākumiem.**

Šā pētījuma kontekstā redzams, ka politikas plānošanas dokumentos trūkstošais fokuss uz pacientu tiesību jomu atspoguļojas arī tiesību aktos nostiprinātajā izglītības programmu saturā. Valsts politikas īstenotāji izglītības jomā – Valsts izglītības attīstības aģentūra (turpmāk arī – VIAA) –

šajā kontekstā atzīst, ka **skolēniem tiešā veidā tādi sasniedzamie rezultāti, kas raksturotu zināšanas par nepilngadīga pacienta tiesībām, obligātajā pamatizglītības un vispārējās vidējās izglītības saturā nav iekļauti** (VIAA 2025). **Veicot nelielas izmaiņas un pielāgojumus jau esošajā izglītības saturā, būtu iespējams līdz šim neizmantoto potenciālu – stiprināt un pilnveidot paša nepilngadīgā pacienta zināšanas par viņa pacienta tiesībām – likt lietā, lai veicinātu bērnu izpratni par dažādām iespējām, kā īstenot savas tiesības veselības aprūpes jomā.**

Vienlaikus VIAA sniegtā informācija arī ļauj noprast, ka veselībpratības jautājumi jau ir iekļauti dažādiem vecumposmiem paredzētajā izglītības saturā. Atbilstoši vecumposmiem noteiktas arī apgūstamās prasmes un sasniedzamie rezultāti. Līdz ar to noteiktos vecumposmos skolēniem izglītības procesā jāprot:

- skaidrot, kā rūpēties par savu veselību un labsajūtu;
- atpazīt situācijas, kad nepieciešama pieaugušā vai speciālista palīdzība;
- stāstīt par savu pašsajūtu, sāpēm vai diskomfortu sev saprotamā veidā;
- zināt, pie kā vērsties pēc palīdzības (VIAA 2025).

Iepazīstoties ar noteikto izglītības saturu, redzams, ka skolā tiek iegūtas zināšanas par dažādiem ar veselību saistītiem jautājumiem, piemēram, pirmās palīdzības sniegšanu, fizisko un garīgo veselību, stresa mazināšanu, veselīgu uzturu, kustību nozīmi, kā arī sadarbības un saskarsmes veidošanu ar citiem u. tml. Piemēram, bioloģijas mācību priekšmetā 7.–9. klasē apgūstamie temati ir saistīti ar cilvēka veselību un atsevišķu orgānu sistēmu veselības veicināšanu. Mācību procesā skolēniem paredzēts apgūt gan teorētiskas zināšanas, gan praktiskas prasmes, tostarp piedaloties simulācijās un lomu spēlēs par pirmās palīdzības sniegšanu un veselības saglabāšanu. Paredzēts, ka, apgūstot mācību saturu, skolēniem veidojas ieradumi saudzīgi izturēties pret savu ķermeni ikdienas situācijās, kā arī attīstās spēja orgānu sistēmas darbības traucējumu gadījumos rīkoties atbilstoši situācijai – atpazīt risku, izvēlēties iespējamos rīcības variantus un attiecīgi rīkoties, tādējādi rūpējoties par savu veselību.

VIAA sniegtajā atbildē uzsvērts, ka mācību priekšmetos visos vecumposmos ir iekļauti sasniedzamie rezultāti par tiesībām, līdzdalību, viedokļa izteikšanu un lēmumu pieņemšanu. Vienlaikus kā caurviju prasmes tiekot attīstītas kritiskā domāšana un problēmu risināšana, jaunrade, pašvadīta mācīšanās, sadarbība, pilsoniskā līdzdalība un digitālā pratība. Tiek pamatots, ka šādu prasmju attīstīšana veidojot priekšnosacījumus bērna spējai uzdot jautājumus par savu veselību, izprast ar to saistītās situācijas un piedalīties ar ārstēšanu saistītu lēmumu apspriešanā vecumam atbilstošā līmenī.

Noteikts, piemēram, ka 1.–3. klasē skolēns mācās atpazīt un nosaukt savas vajadzības, emocijas un izjūtas, kā arī spēj par tām pastāstīt citiem. Viņš apgūst prasmi paust savu viedokli un uzklausīt citu viedokļus, ievērojot sarunas noteikumus, iesaistās kopīgu lēmumu pieņemšanā un apzinās, ka ikvienam ir tiesības uz drošību, cieņu un palīdzību. Savukārt 4.–12. klasē skolēni jau paplašina izpratni par sociālajiem un tiesību jautājumiem, tostarp apgūstot tādus jēdzienus kā valsts sociālās apdrošināšanas obligātās iemaksas, sociālās garantijas un tiesības uz veselības aprūpi. Vienlaikus tiek attīstītas prasmes pieņemt lēmumus un paust savu viedokli, ievērojot gan savas, gan citu tiesības (VIAA 2025).

Gan tiesību aktu regulējums, gan VIAA sniegtā informācija ļauj secināt, ka jau esošo **izglītības saturu būtu lietderīgi papildināt ar dažiem specifiskiem un precīzi mērķētiem akcentiem, kas veicinātu nepilngadīga pacienta tiesību apzināšanos.** Piemēram, mācību saturā varētu iekļaut:

- informētās piekrišanas sniegšanas un atsaukšanas aspektus ārstniecības procesā;
- tiesības uz pilnvērtīgu iesaisti, cieņpilnu dialogu un līdzvērtīgu informācijas apmaiņu starp nepilngadīgu pacientu un veselības aprūpes profesionāli;
- nepilngadīga pacienta viedokļa nozīmi un ietekmi, sūdzību iesniegšanas kārtību un savu interešu aizstāvību;
- nepilngadīgā pacienta lemtspējas un autonomijas aspektus.

Izpētot valsts iestāžu tīmekļvietņu struktūru un saturu, secināms, ka tajās izvietotā informācija nav pasniegta bērniem viegli uztveramā, saprotamā un viegli pieejamā veidā. Pirmām kārtām ar bērna veselības aprūpi saistītā informācija nav skaidri nodalīta no vispārējās informācijas, kas paredzēta pieaugušajiem. **Informatīvajos materiālos lietotā valoda ir sarežģīta, un bērniem to izprast varētu būt apgrūtinoši.** Turklāt, lai piekļūtu atbilstošai informācijai, lietotājiem bieži jāveic pārvietošanās un meklēšana vairākās tīmekļvietnes sadaļās, dažkārt meklēšanas ceļš aizved uz citas institūcijas tīmekļvietni. Šāda situācija ir vērojama, piemēram, Veselības ministrijas, Labklājības ministrijas, Veselības inspekcijas un Bērnu aizsardzības centra tīmekļvietnē. Jāpiebilst, ka Bērnu aizsardzības centra tīmekļvietnē ir pieejama informācija bērniem, tā ir sagatavota bērnam saprotamā valodā un veidota saistošā vizuālā noformējumā, taču šie materiāli nereti ir paslēpti garos meklēšanas ceļos un grūti atrodami. Vairāku citu institūciju tīmekļvietnēs izvietotajos materiālos **ir pieejama vispārīga informācija par bērnu tiesībām un pienākumiem, taču veselības aprūpes jomas un nepilngadīgā pacienta tiesību kontekstā tā vērtējama kā pārlieku vispārīga un abstrakta, nesniedz detalizētas zināšanas specifiski par pacienta tiesībām.**

Labklājības ministrija savā tīmekļvietnē ir publicējusi saturiski atbilstošu un lietderīgu vispārēju informāciju par bērnu līdzdalību un tās nozīmi, ko sagatavojusi nevaldības organizācija "Latvijas bērnu labklājības tīkls". Informatīvais materiāls "Bērna līdzdalības princips" satur gan padomus vecākiem, gan ieteikumus institūcijām un iestādēm. Kopumā jāpiekrīt secinājumam Bērnu līdzdalības novērtējuma nacionālajā ziņojumā – arvien dominējošais veids, kā sabiedrība tiek izglītota par bērnu līdzdalības tiesībām, ir īpaši mērķētas, taču vienreizējas aktivitātes, un bērniem adresētā informācija nav apkopota vienā resursā, kā paredzēja ekspertu izstrādātie ieteikumi (LBLT 2017).

Salīdzinoši pilnīgu materiālu zināšanu iegūšanai par bērna līdzdalības aspektiem veselības aprūpē un ar to saistīto lēmumu pieņemšanā ir sagatavojusi Eiropas Padomes Cilvēktiesību koordinācijas komiteja biomedicīnas un veselības jomā (*Steering Commitee of Human Rights in the Fields of Biomedicine and Health – CDBIO*) un Bērnu tiesību koordinācijas komiteja (*Steering Committee on the Rights of the Child – CDENF*) Ceļvedī bērnu līdzdalībai lēmumos par savu veselību, kas pieejams arī latviešu valodā. Ceļvedis veidots, lai sniegtu būtisku pamatinformāciju un piedāvātu praktiskus paņēmienus bērnu iesaistīšanai lēmumu pieņemšanā veselības aprūpes jomā. Materiāla izstrādes mērķis ir palīdzēt iesaistītajiem speciālistiem, tostarp veselības aprūpes profesionāļiem, izprast savu lomu un attīstīt praksi bērnu aktīvai līdzdalībai individuālos veselības aprūpes lēmumos. Ceļvedī apkopotā informācija ir pielāgota bērnu auditorijai. 2024. gada rudenī to paveica pusaudžu grupa no dažādām valstīm, sagatavojot bērniem viegli uztveramā un vizuāli pievilcīgā formā materiālu Tava veselība, Tavs lēmums! (Child Rights Connect 2024; CDBIO un CDENF 2024).

Divi veiktie pētījumi par pacientu apmierinātību ar veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti **Latvijā atklāj nepietiekamas pieaugušo zināšanas un prasmes saistībā ar pacientu tiesību izpratni un to izmatošanu.** 2018. gadā veiktā pētījumā tika iztaujāti respondenti vecumā no 18 līdz vismaz 74 gadiem, kuri pēdējo 12 mēnešu laikā Latvijas teritorijā bija saņēmuši valsts apmaksātus veselības aprūpes pakalpojumus. Sniegtās atbildes liecina, ka tikai puse no pētījuma dalībniekiem pārzina pacienta tiesības, bet lielākā daļa atzina, ka tās pārzina daļēji. Tikai aptuveni trešdaļa pētījuma dalībnieku zināja, kā aizsargāt savas tiesības, tostarp kur iesniegt sūdzību par nekvalitatīvu pakalpojumu. Pētījuma autori norāda uz sistemātiska valsts atbalsta trūkumu pacientu tiesību definēšanā un ievērošanā (Putniņa un Brants 2018). Situācija nav būtiski uzlabojusies arī pēc pieciem gadiem. 2023. gadā veiktais pētījums rāda, ka nepilni 54 % aptaujāto apzinās savas pacienta tiesības un tikai 13,8 % ir pārliecināti par savām zināšanām šo tiesību jomā (Batraga u. c. 2023). Šie pētījumi rāda, ka arī pieaugušajiem ir nepieciešams uzlabot zināšanas pacientu tiesību un veselības aprūpes jomā. No tā savukārt izriet, ka **nevar pilnībā paļauties uz pieaugušo spēju pilnvērtīgi aizstāvēt nepilngadīgo pacientu tiesības, pārstāvot viņus veselības aprūpē, kā arī uz to, ka ģimenē tiktu nodotas atbilstošas zināšanas.**

Kā iepriekš norādīts, ilgtermiņa politikas plānošanas dokumentā ir nostiprināta iecere, ka vecākiem jāsniedz ieguldījums bērnu izglītošanā. Tomēr šī iecere nav īstenojama, ja pieaugušajiem pašiem nav attiecīgajā jomā nepieciešamo zināšanu.

5. NEFORMĀLO INICIATĪVU UN PRAKŠU NOZĪME BĒRNA LĪDZDALĪBAS STIPRINĀŠANĀ VESELĪBAS APRŪPĒ

Līdztekus formālajām pieejām un normatīvajam regulējumam bērnu veselības aprūpē bērna iekļaušanu un līdzdalību lēmumu pieņemšanā iespējams veicināt arī ar neformālām praksēm un iniciatīvām, kas pamatotas uz bērnam saprotamām, viņa pieredzē balstītām un emocionāli drošām metodēm. Abi pētījuma ietvaros intervētie Bērnu klīniskās universitātes slimnīcas lietpratēji – praktiķi norādīja, ka bērniem pieejamie papildu atbalsta pasākumi darbojas veiksmīgi.

Piemēram, Bērnu klīniskajā universitātes slimnīcā pediatrijas spēļu kabinets jeb "Mazo dakterīšu skola" ir risinājums, kas var veicināt bērna aktīvu iesaisti veselības aprūpes procesā, mazināt trauksmi, palielināt bērna kontroli pār notiekošo un uzlabot sadarbību ar slimnīcas personālu. Papildu iniciatīvas "Drosmes kaste", "Veseļojies ar prieku" aktivitātes, kanisterapija palīdz veidot pozitīvas asociācijas ar veselības aprūpes vidi, stiprina drošības izjūtu un emocionālo labbūtību.

Savukārt Paula Stradiņa Medicīnas vēstures muzejs īsteno Bērnu muzeja iniciatīvu kā veselībpratības centru sākumskolas vecuma bērniem. Šī iniciatīva izmanto līdzdalīgās pieejas potenciālu, iesaistot bērnus satura kopradē, akcentējot bērnu izpratni un interesi kā faktorus, kas nosaka topošās ekspozīcijas saturu.

Kopumā šādas neformālas prakses apliecina, ka bērnu līdzdalība veselības aprūpē un viņu izpratnes veicināšana par to nav reducējama tikai uz formālām tiesībām. Līdzdalību ir iespējams praktiski īstenot caur radošām, empātiskām un uz bērniem vērstām iniciatīvām, kas veiksmīgi papildina institucionālos regulējumus un iespējas. Tomēr joprojām paliek atvērts jautājums par uzskaitīto iespēju pieejamību ārpus Rīgas.

Pediatrijas spēļu kabinets jeb "Mazo dakterīšu skola"

Pediatrijas spēļu kabinets ir izveidots, lai mazinātu bērnu bailes un trauksmi saistībā ar gaidāmajiem medicīniskajiem izmeklējumiem un procedūrām, vienlaikus veicinot pacienta izpratni par ārstniecības procesu. Spēļu sesijas laikā **bērnam tiek dota iespēja aktīvi iesaistīties procesā, kas palielina viņa kontroli pār situāciju** un uzlabo sadarbību ārstniecības procesā. Šāda pieeja palīdz mazināt pirmsprocedūru trauksmi, stiprina drošības izjūtu slimnīcas vidē, veido ilgtermiņa uzticēšanos medicīnas personālam un mazina tādu gadījumu skaitu, kad bērna reakcijas dēļ procedūra jāpārtrauc vai nepieciešama vispārējā anestēzija.

Pediatrijas spēļu kabinets sniedz nozīmīgu ieguldījumu pozitīvas pacientu un vecāku pieredzes veidošanā veselības aprūpē. Spēļu terapeits sagatavo bērnus un stāsta par dažādiem izmeklējumiem vai procedūrām, piemēram, magnētisko rezonansi, datortomogrāfiju, rentgenu, ultrasonogrāfiju, elektrokardiogrammu, elektroencefalogrammu, endoskopiju, kolonoskopiju, asins analīžu ņemšanu, katetra ievietošanu, pulsa oksimetra lietošanu, anestēzijas maskas lietošanu, kā arī ikdienas mērījumu veikšanu un insulīna injekcijām cukura diabēta pacientiem u. c.

Drosmes kaste

Tā dēvētās drosmes kastes mērķis ir ar nelielu dāvaniņu apbalvot bērnus par drosmīgi izturētu procedūru vai, "ja nepieciešama īpaši liela drosme", sniegt atbalstu pacientam arī pirms procedūras vai izmeklējuma. Novērots, ka drosmes kaste veido pozitīvas asociācijas ar slimnīcas vidi, vienlaikus veicinot bērna sadarbošanos un stiprinot drošības izjūtu.

Veseļojies ar prieku

Atbalsts ir paredzēts tiem pacientiem, kuri ilgstoši uzturas slimnīcā, lai nodrošinātu atpūtu starp procedūrām un novērstu domas no veselības problēmām.

Kanisterapija jeb "ķepu terapija"

Īpaši apmācīti suņi pavada laiku kopā ar pacientu, palīdzot atraisīties, justies droši vai veicinot kustību atjaunošanu.

Bērnu muzejs

Paula Stradiņa Medicīnas vēstures muzejs īsteno iniciatīvu par Bērnu muzeju kā veselībpratības centra izveidi sākumskolas vecuma bērniem. Iniciatīvas metodoloģiskais pamats ir līdzdalīga pieeja. Tas nozīmē, ka **muzeja satura izstrādē iesaistīti paši bērni, apzinot viņu pieredzi, jautājumus un priekšstatus par veselību, kā arī nodrošinot satura kopradi**. Plānots, ka veselībpratības veicināšanā uzsvars tiks likts uz izpratni un interesi kā motivējošiem faktoriem, rosinot bērnus apzināties sevi kā veselības veidotājus, nevis tikai kā pieaugušo sniegtās informācijas, brīdinājumu un norāžu saņēmējus. Plānots veidot ekspozīciju, laboratoriju, kā arī izglītojošu programmu. Projekta realizētāji skaidro, ka konceptuāli tas balstās bērniem raksturīgā nedalītā, starpdisciplinārā pasaules uztverē, vienlaikus pievēršoties gan biomedicīniskiem, gan sociāliem un individuāliem veselības aspektiem. Projekta mērķis ir savienot bērnu intereses, lietpratēju zināšanas un muzeja krājuma vērtības, aktualizējot veselību kā vēsturiski un kulturāli mainīgu priekšstatu kopumu.

Avoti: (BSF b. g.; BKUS 2023; BKUS 2025; MVM b. g.)

Kā papildu bērniem draudzīgu un nozīmīgu iespēju, intervētais lietpratējs – klīniskais un veselības psihologs izcēla projektu, kas šobrīd tiek attīstīts Bērnu klīniskajā universitātes slimnīcā ar Eiropas Savienības līdzfinansējumu (projekta īstenošanas periods: 2022. – 2027. gads) nolūkā sniegt individualizētu atbalstu smagi slimiem pacientiem un viņu ģimenes locekļiem. Projekta īstenošanā iesaistās dažādi speciālisti gan Bērnu klīniskajā universitātes slimnīcā, gan sadarbojoties ar citām institūcijām, piemēram, sociālo dienestu, lai nodrošinātu atbalsta turpinājumu pacienta dzīvesvietā. Attiecībā uz pacientiem uzsvars tiek likts uz prasmju un iemaņu apgūšanu, kas palīdz pielāgoties slimības radītajai situācijai, savukārt vecākiem palīdzība tiek veidota tādējādi, lai viņi turpmāk spētu sniegt nepieciešamo atbalstu saviem bērniem. Atbalsta sniegšana paredz komandas izveidi, kurā iesaistīts gan pats pacients un viņa ģimenes locekļi, gan multidisciplināra psihosociālā atbalsta speciālistu komanda slimnīcā (sociālais darbinieks, koordinators, psihologs, kapelāns, tā dēvētā PEP mamma jeb persona, kas sniedz emocionālu atbalstu vecākiem pēc bērna piedzimšanas, pediatrijas spēles speciālists, auklīte), kā arī institūcijas dzīvesvietā (valsts, pašvaldību un nevaldības organizāciju pakalpojumi un atbalsta grupas[3]). Šādas sadarbības mērķis ir nodrošināt atbalsta sniegšanas pēctecību. Projekta rokasgrāmatā īpaši uzsvērts, ka sadarbībā nozīme ir piešķirta horizontālajam principam "vienlīdzība, iekļaušana, nediskriminācija un pamattiesību ievērošana". Lai izvērtētu sniegtā atbalsta pietiekamību un pilnvērtīgumu, bērnu slimnīcā tiek saņemta atgriezeniskā saite gan no pašvaldību sociālajiem dienestiem, gan bērna atbilstoši viņa vecumposmam un attīstības līmenim, gan ģimenes locekļa (Bērziņa u. c. 2023).

Saistībā ar šo projektu būtiska ir intervētā lietpratēja piebilde, ka sabiedrībā joprojām saglabājušies dziļi iesakņoti aizspriedumi, bailes un neuzticība attiecībā uz sadarbību ar sociālajiem dienestiem. Dalība projektā ir brīvprātīga, slimnīcas posmā tas gūst plašu atsaucību. Tomēr brīdī, kad programmas dalībnieki atstāj slimnīcu, nereti dalība programmā tiek pārtraukta, jo tās dalībnieki nepiekrīt savu datu nodošanai dzīvesvietas pašvaldības sociālajam dienestam. Tas notiek, kaut arī aizvien vairāk pašvaldību spēj piedāvāt atbilstošus un jēgpilnus atbalsta pasākumus (no intervijas ar BKUS lietpratēju – klīnisko un veselības psihologu).

Tāpat bažas šajā kontekstā raisa apstāklis, ka šobrīd izstrādātais un labi funkcionēt sākušais atbalsta mehānisms smagi slimiem pacientiem un viņu ģimenes locekļiem projekta ietvaros tiek īstenots ar Eiropas Savienības finansiālu atbalstu. Intervētais lietpratējs nevarēja sniegt atbildi uz

[3] Pārskatāms ieskats par Jelgavas valstspilsētas pašvaldībā pieejamajiem sociālo pakalpojumu veidiem un atbalsta pasākumiem, tostarp Bērnu klīniskās universitātes slimnīcas projekta ietvaros piedāvātajām iespējām, ir sniegts materiālā CELA KARTE: Atbalsts bērnam ar invaliditāti līdz pilngadības sasniegšanai.

jautājumu par to, kā un vai šis darbs tiks turpināts un finansēts pēc projekta nobeiguma. Šī situācija uzrāda **plašāka mēroga institucionālos izaicinājumus Latvijā, kas saistīti ar dažādu iniciatīvu sistemātiskuma trūkumu, tās realizējot vien sporādiski un tādējādi radot bažas par to iespējamo pozitīvo ietekmi ilgtermiņā.** Proti, nereti sabiedrībai nozīmīgi projekti tiek attīstīti un sākotnēji īstenoti, izmantojot dažādus pieejamos ārvalstu finanšu instrumentus vai Eiropas Savienības finansējuma mehānismus, taču pēc projekta nobeiguma to turpināšanai nereti netiek nodrošināti valsts budžeta līdzekļi.

Līdzīga situācija vērojama arī izpētes jomā, kas ir sevišķi būtiska uz pierādījumiem balstītas politikas veidošanai. Piemēram, iepriekš minētais Bērnu līdzdalības novērtējums 2017. gadā tika veikts ar Eiropas Padomes līdzfinansējumu un bija iecerēts kā atskaites punkts turpmākiem mērījumiem, kuri tā arī līdz šim nav veikti. Tāpat citi pētījumi tiek veikti vienīgi tad, ja tam pieejami līdzekļi projekta ietvaros vai notikušas atsevišķas kampaņas. Rezultātā **netiek nodrošināta sistemātiska datu vākšana, mērījumu veikšana un iegūto rezultātu analīze.** Tādējādi tiek ierobežota iespēja veidot pamatotus, uz pierādījumiem balstītus priekšlikumus esošā regulējuma un prakses pilnveidošanai.

IZMANTOTĀ LITERATŪRA UN AVOTI

Alderson, P., 1993. *Children's consent to surgery*. Buckingham: Open University Press.

Apvienoto Nāciju Organizācija (ANO), 2009. *Bērnu tiesību komitejas Vispārējais komentārs Nr. 12 (2009) "Bērna tiesības tikt uzklausītam"*. Ženēva: Apvienoto Nāciju Organizācija. Pieejams: <https://www.tiesibsargs.lv/wp-content/uploads/2022/08/visparejais-komentars-nr.12_tiesibas-tikt-uzklausitam.pdf> [Sk. 2025. gada 11. decembrī].

Ariès, P., 1962. *Centuries of Childhood: A Social History of Family Life*. New York: Random House.

Batraga, A., Mieriņa, I., Brasliņa, L., Šķiltere, D., Šalkovska, J., Brasliņš, Ģ., Karss, Ģ., Danusēvičš, M., Kellerte, K., 2023. *Pētījums par pacientu apmierinātību ar veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti.* Rīga: Latvijas Universitāte un Berg Research. Pieejams: <https://ppdb.mk.gov.lv/wp-content/uploads/2024/01/F_VM_pacientu-apmierinatiba_gala-zinojums_2023.pdf> [Sk. 2025. gada 22. augustā].

Bāliņa, R., Ēdelmane, I., Grase, I., Guļevska, D., Rozenštrauha, I., Skujiņa, V., Šnē, D., 2006. *Latviešu valodas vārdnīca: 30 000 pamatvārdu un to skaidrojumu*. Red. Guļevska, D., Rozenštrauha, I., Šnē, D. Rīga: izdevniecība "Avots".

Bērnu klīniskā universitātes slimnīca (BKUS), 2023. *Noteikumi pacientiem, viņus pārstāvošām personām un apmeklētājiem*. Pieejams: <https://www.bkus.lv/noteikumi-pacientiem-vinus-parstavosam-personam-un-apmekletajiem> [Sk. 2026. gada 5. martā].

Bērziņa, L., Bubene, M., Burova, R., Būtnāre, L., Cibuļska, G., Guģe, D., Jaškova, K., Kalnupelniece, E., Kazuša, L., Krūka-Mieze, E., Lipska, V., Lorence, L., Morica, I., Romanovska, L., Šteinberga, K., Tomase, S., Zaslavska, S., Vedeņejeva, V., 2023. *Rokasgrāmata psihosociālā atbalsta sniegšanai bērniem ar smagu diagnozi un viņu ģimenes locekļiem*. Rīga: Bērnu klīniskā universitātes slimnīca. Pieejams: <https://www.veselapasaule.lv/lv/lasitava/atbalsts-berniem-ar-smagam-saslimsanam-un-vinu-gimenes-locekliem?> [Sk. 2026. gada 22. februārī].

Biedrība "Latvijas Bērnu labklājības tīkls" (LBLT), 2017. *Bērnu līdzdalības novērtējums. Latvijas nacionālais ziņojums*. Pieejams: <https://www.lm.gov.lv/sites/lm/files/data_content/bernu_lidzdaliba_zinojums_latvija_final_lv_red11.pdf?utm> [Sk. 2025. gada 6. maijā].

Bērnu klīniskā universitātes slimnīca (BKUS), 2023. Drosmes kastes. Pieejams: <https://www.bkus.lv/drosmes-kastes> [Sk. 2026. gada 18. februārī].

Bērnu klīniskā universitātes slimnīca (BKUS), 2025. Kanisterapija. Pieejams: <https://www.bkus.lv/lv/kanisterapija> [Sk. 2026. gada 18. februārī].

Bluebond-Langner, M, 1980. *The Private Worlds of Dying Children*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.

Bērnu Slimnīcas fonds (BSF), b. g. *Veseļojies ar prieku – labbūtības programmas Bērnu slimnīcas pacientiem*. Pieejams: <https://www.bsf.lv/lv/ziedot/kam-ziedot/veselojies-ar-prieku-labbutibas-programmas-bernu-slimnicas-pacientiem> [Sk. 2025. gada 17. februārī].

Centrālā statistikas pārvalde (CSP), 2025. Bērni Latvijā. Statistisko datu krājums. Rīga: Centrālā Statistikas pārvalde. Pieejams: <https://stat.gov.lv/system/files/publication/2025-08/Nr_05_Berni_Latvija_2025_%2825_00%29_LV_EN.pdf> [Sk. 2025. gada 8. oktobrī].

Child Rights Connect, 2024. *Tava veselība, Tavs lēmums! Galvenais vēstījums bērniem no Eiropas Padomes vadlīnijām par bērnu dalību lēmumu pieņemšanā par savu veselību*. Pieejams: <https://rm.coe.int/tava-veseliba-tavs-lemums-/4880299f9d> [Sk. 2026. gada 2. martā].

Daugule, D., 2021. Bērna labākās intereses. *Jurista Vārds,* 23 (1185). Pieejams: <https://m.juristavards.lv/zurnals/279011-berna-labakas-intereses/> [Sk. 2026. gada 14. janvāris].

Eiropas Padomes Cilvēktiesību koordinācijas komiteja biomedicīnas un veselības jomā (*CDBIO*) un Bērnu tiesību koordinācijas komiteja (*CDENF*), 2024. Ceļvedis bērnu līdzdalībai lēmumos par savu veselību. Eiropas Padome. Pieejams: <https://rm.coe.int/latvian-guide-child-participation-in-health-decisions/488010edc1> [Sk. 2026. gada 20. janvāris].

Freimane, I. (sast.), 2006. *Latviešu valodas vārdnīca: 30 000 pamatvārdu un to skaidrojumu*. Rīga: Izdevniecība Avots.

Greco, C., 2020. Too much information, too little power: The persistence of asymmetries in doctor-patient relationships. *Anthropology Now,* 12 (2). Pieejams: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/19428200.2020.1826178> [Sk. 2026. gada 11. janvārī].

Krastiņš, U. un Liholaja, V., 2025. *Krimināllikuma komentāri. Pirmā daļa (I–VIII nodaļa). Ceturtais papildinātais izdevums*. Rīga: Tiesu namu aģentūra.

Latvijas Republikas Ministru kabinets (MK), 2023. *Likumprojekta "Grozījumi Pacientu tiesību likumā" anotācija*. Pieejams: <https://titania.saeima.lv/LIVS14/saeimalivs14.nsf/0/758a5065711b1d55c2258a29004942ab/$FILE/346.pdf> [Sk. 2026. gada 8. martā].

Latvijas Republikas Saeima (Saeima), 2010. Latvija2030. "Latvijas ilgtspējīgas attīstības stratēģija līdz 2030. gadam". Pieejams: <https://www.mk.gov.lv/lv/media/15129/download?attachment> [Sk. 2025. gada 16. septembrī].

Lundy, L., 2007. Voice is not enough: Conceptualising Article 12 of the United Nations Convention on the Rights of the Child. *British Educational Research Journal,* 33 (6). Pieejams: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01411920701657033> [Sk. 2025. gada 13. jūlijs].

Matthews, G. and Mullin, A., 2025. The philosophy of childhood. In: Edward N. Zalta and Uri Nodelman (Eds.). *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Metaphysics Research Lab, Stanford University. Pieejams: <https://plato.stanford.edu/archives/sum2025/entries/childhood/> [Sk. 2025. gada 18. oktobrī].

McCullough, L. B., 2016. Paternalism. In: Henk ten Have (ed.) *Encyclopedia of Global Bioethics*. Pittsburgh: Springer.

Mežinska, S., 2022. Individuālā atbildība par veselību un pacienta pienākumi. Grām: Slokenberga, S. un Olsena, S. (zin. red.) *Medicīnas tiesības. Otrais papildinātais izdevums*, 296.–326. lpp. Rīga: Tiesu namu aģentūra.

National Health Service (NHS), 2025. *Assessing capacity. Consent to treatment*. Pieejams: <https://www.nhs.uk/tests-and-treatments/consent-to-treatment/capacity/> . [Sk. 2026. gada 9. martā].

Oficiālās statistikas portāls, 2025a. IRD041. *Iedzīvotāji pēc dzimuma un vecuma reģionos, valstspilsētās un novados gada sākumā 2012 – 2025*. Pieejams: <https://stat.gov.lv/lv/statistikas-temas/iedzivotaji/iedzivotaju-skaits/tabulas/ird041-iedzivotaji-pec-dzimuma-un-vecuma> [Sk. 2025. gada 8. decembrī].

Oficiālās statistikas portāls, 2025b. *IVP090. Pārbaužu veikšana vai ārstēšanās pie medicīnas speciālista (izņemot zobārstu) un apstākļi, kas traucējuši veikt pārbaudes vai ārstēšanos pēc dzimuma un vecuma grupām (procentos) 2005 – 2025*. Pieejams: <https://data.stat.gov.lv/pxweb/lv/OSP_PUB/START__VES__IV__IVP/IVP090> [Sk. 2025. gada 8. decembrī].

Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), 2025. *Synthesis Report 2025: Health Policy Reform Trends in the EU*. Pieejams: <https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/12/synthesis-report-2025-health-policy-reform-trends-in-the-eu_f661ffc5/1f6a8e9a-en.pdf> [Sk. 2026. gada 8. martā].

Palčeja, E., Ābola, Z., Čupāne, L., Damberga, I., Kalniņa, I., Lazdāne, A., Lazdiņa, D., Lielnora, A., Stūre-Stūriņa, I., Sviestiņa I., Upenieks, R., Ustinova, A., Zemniece, M., Zundāne, A., 2017. *Mācību materiāls. Pacientu drošības un veselības aprūpes kvalitātes nodrošināšana*. Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte. Pieejams: <https://www.spkc.gov.lv/lv/media/4111/download>. [Sk. 2025. gada 25. oktobrī].

Palkova, K. 2019. *Nepilngadīgo pacientu un ārstniecības personu tiesisko attiecību problemātika ārstniecības procesā*" Promocijas darbs. Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte. Pieejams: <https://dspace.rsu.lv/items/3c27611c-8bbd-44fc-9324-0865b8c78697> [Sk. 2025. gada 20. maijā].

Palkova, K., Slavinska, A., Šāberte, L., Lieljuksis, A.,Bikava, I., 2025. *Vadlīnijas pacientu tiesību īstenošanas plāna ieviešanai ārstniecības iestādēs: Pilotprojekts 2025.–2027. gadam*. Pieejams: <https://science.rsu.lv/en/publications/vadl%C4%ABnijas-pacientu-ties%C4%ABbu-%C4%ABsteno%C5%A1anas-pl%C4%81na-ievie%C5%A1anai-%C4%81rstniec/> [Sk. 2025. gada 29. septembrī].

Paula Stradiņa Medicīnas vēstures muzejs (MVM), b. g. *Par Bērnu muzeju*. Pieejams: <https://www.mvm.lv/lv/bernu-muzejs/par-bernu-muzeju> [Sk. 2026. gada 20. februārī).

Pārresoru koordinācijas centrs (PKC), 2020. Latvijas Nacionālais attīstības plāns 2021.–2027. gadam. Pieejams: <https://likumi.lv/wwwraksti/LIKUMI/NAP/NAP2027.PDF> [Sk. 2025. gada 20. septembrī].

Popeiko, P., Puķīte, I., Dāvidsone, Z., Dzīvīte-Krišāne, I., Visnevska, I.,Gardovska, D., 2024. Children's rights in healthcare: The influence of age on involvement. In: Vilka, L. and Krūmiņa, J. (Eds.). *9th International Multidisciplinary Research Conference SOCIETY. HEALTH. WELFARE*. S. *l.*: EDP Sciences. Pieejams: <https://science.rsu.lv/en/publications/childrens-rights-in-healthcare-the-influence-of-age-on-involvemen/> [Sk. 2025. gada 5. augustā].

Putniņa, A., Brants, M., 2018. *Pētījums par pacientu apmierinātību ar veselības aprūpes pakalpojumu kvalitāti. Gala ziņojums*. Pieejams: <https://www.vmnvd.gov.lv/lv/media/272/download?attachment> [Sk. 2025. gada 10. augustā].

Satversmes tiesa (ST), 2025. *Sociālās tiesības: Satversmes tiesas judikatūra par Satversmes 109. un 110. pantu. Satversmes tiesas judikatūra*. Rīga: Tiesu namu aģentūra.

Save the Children, 2021. *The nine basic requirements for meaningful and ethical children's participation*. Pieejams: <https://resourcecentre.savethechildren.net/pdf/basic_requirements-english-final.pdf> [Sk. 2025. gada 5. novembrī].

Slokenberga, S., 2024. Kurp ved iecerētie grozījumi Pacientu tiesību likumā. *Jurista Vārds*, 6 (1324), 19–26. lpp. Pieejams: <https://m.juristavards.lv/zurnals/284720-kurp-ved-ieceretie-grozijumi-pacientu-tiesibu-likuma/> [Sk. 2025. gada 16. decembrī].

Slokenberga, S. un Olsena, S., 2022. Pacientu tiesības. Grām.: Slokenberga, S. un Olsena, S. (zin. red.) *Medicīnas tiesības. Otrais papildinātais izdevums*, 215.–223. lpp. Rīga: Tiesu namu aģentūra.

Slokenberga, S. un Strazdiņa, L., 2019. 13. pants. Nepilngadīga pacienta tiesības. Grām.: Slokenberga, S. (red.) *Pacientu tiesību likuma komentāri*, 230.–240. lpp. Rīga: Latvijas Vēstnesis.

Slimību profilakses un kontroles centrs (SPKC), 2025. *Pacientu pieredze slimnīcā PREM aptauja*. Pieejams: <https://www.spkc.gov.lv/lv/kopiga-lemuma-pienemsana> [Sk. 2025. gada 13. novembrī].

Šķerberga, O. un Zālīte, N., 2022. Bērnu ārstniecība. Grām.: Slokenberga, S. un Olsena, S. (zin. red.) *Medicīnas tiesības. Otrais papildinātais izdevums*, 224.–253. lpp. Rīga: Tiesu namu aģentūra.

Tieslietu ministrija (TM), 2021. Par priekšlikumiem likumprojektam "Grozījumi Bērnu tiesību aizsardzības likumā" (Reģ. Nr.1020/Lp13) pirms otrā lasījuma. Pieejams: <https://titania.saeima.lv/LIVS13/SaeimaLIVS13.nsf/0/FB803E154DF20BF4C22586C6003529BE?OpenDocument> [Sk. 2026. gada 2. februārī].

Veselības ministrija (VM), 2022. *Sabiedrības veselības pamatnostādnes 2021.–2027. gadam*. Pieejams: <https://likumi.lv/ta/id/332751-sabiedribas-veselibas-pamatnostadnes-2021-2027-gadam> [Sk. 2025. gada 5. septembrī].

Veselības statistikas datubāze, 2024. *AVMOR010. Novēršamā mirstība sadalījumā pa dzimumiem*. Pieejams: <https://statistika.spkc.gov.lv/pxweb/lv/Health/Health__Mirstiba/AVMOR010_Noversama_mirstiba_dzimumi.px/> [Sk. 2025. gada 5. decembrī].

World Health Organization (WHO), 2024. *Global patient safety report 2024*. Geneva: World Health Organization. Pieejams: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/ae1caeae-bc04-4a71-a6b0-ab478f9a8c79/content> [Sk. 2025. gada 20. maijā].

Tiesību akti

Apvienoto Nāciju Organizācija (ANO), 1989. *Bērnu tiesību konvencija*. *20.11.1989*. Pieejama: <https://likumi.lv/ta/lv/starptautiskie-ligumi/id/1150> [Sk. 2025. gada 9. jūnijā].

Eiropas Padome (EP), 1997. *Konvencija par cilvēktiesību un cieņas aizsardzību bioloģijā un medicīnā – Konvencija par cilvēktiesībām un biomedicīnu. 04.04.1997.* Pieejams: <https://likumi.lv/ta/lv/starptautiskie-ligumi/id/1410> [Sk. 2025. gada 13. jūlijā].

Latvijas Republikas Saeima (Saeima), 1937. *Civillikums. PIRMĀ DAĻA. Ģimenes tiesības. 28.01.1937.* Pieejams: <https://likumi.lv/ta/id/175920-jaunatnes-likums> [Sk. 2025. gada 6.maijā].

Latvijas Republikas Saeima (Saeima), 1998. *Krimināllikums. 17.06.1998.* Pieejams: <https://likumi.lv/ta/id/88966-kriminallikums> [Sk. 2025. gada 4. jūnijā].

Latvijas Republikas Saeima (Saeima), 1998a. *Bērnu tiesību aizsardzības likums. 19.06.1998.* Pieejams: <https://likumi.lv/ta/id/49096-bernu-tiesibu-aizsardzibas-likums> [Sk. 2025. gada 20. decembrī].

Latvijas Republikas Saeima (Saeima), 2002. *Seksuālās un reproduktīvās veselības likums. 31.01.2002.* Pieejams: <https://likumi.lv/ta/id/58982-seksualas-un-reproduktivas-veselibas-likums> [Sk. 2026. gada 3. martā].

Latvijas Republikas Saeima (Saeima), 2002a. *Par audzinoša rakstura piespiedu līdzekļu piemērošanu bērniem. 31.10.2002.* Pieejams: <https://likumi.lv/ta/id/68489-par-audzinosa-rakstura-piespiedu-lidzeklu-piemerosanu-berniem> [Sk. 2026. gada 5. jūnijā].

Latvijas Republikas Saeima (Saeima), 2006. *Bāriņtiesu likums. 22.06.2006.* Pieejams: <https://likumi.lv/ta/id/139369-barintiesu-likums> [Sk. 2025. gada 4. jūnijā].

Latvijas Republikas Saeima (Saeima), 2008. *Jaunatnes likums. 08.05.2008.* Pieejams: <https://likumi.lv/ta/id/175920-jaunatnes-likums> [Sk. 2025. gada 3. jūnijā].

Latvijas Republikas Saeima (Saeima), 2009. *Pacientu tiesību likums. 17.12.2009.* Pieejams: <https://likumi.lv/ta/id/203008-pacientu-tiesibu-likums> [Sk. 2026. gada 3. martā].

Tiesu spriedumi

Latvijas Republikas Augstākās tiesas Civillietu departamenta spriedums (AT SKC - 1478/2015), Rīgā, 2015. gada 7. janvārī lietā Nr. SKC-1478/2015. Pieejams: <https://www.at.gov.lv/lv/tiesu-prakse/judikaturas-nolemumu-arhivs?nr=SKC-1478%2F2015&date_from=&date_to=&case_nr=&ecli_nr=&dep=&ruling=&name=&only_thesis=-1&only_thesis=1&search_phrase=-1&search_phrase=1&search_active=1> [Sk. 2025. gada 12. jūnijā].

Latvijas Republikas Senāta Civillietu departamenta spriedums (AT SKC-[D]/2020), Rīgā, 2020. gada [slēgtās lietas datums netiek norādīts] lietā Nr. C[..], SKC-[D]/2020. Pieejams: <https://www.at.gov.lv/lv/tiesu-prakse/judikaturas-nolemumu-arhivs?nr=SKC-%5BD%5D%2F2020&date_from=&date_to=&case_nr=&ecli_nr=&dep=&ruling=&name=&only_thesis=-1&only_thesis=1&search_phrase=-1&search_phrase=1&search_active=1> [Sk. 2026. gada 10. februārī].

Informācijas pieprasījums

The European Centre for Parliamentary Research and Documentation (ECPRD), 2025. *Children's Participation in Health-related Decision-making*. Request No. 6226.

Nepublicētie materiāli

Bērnu klīniskā universitātes slimnīca (BKUS), 2026. *Par atbildes sniegšanu 20.03.2026., Nr. 02-09-233/2026*.

Latvijas Bāriņtiesu darbinieku asociācija (LBDA), 2026. *Specializēts informācijas pieprasījums*. [Atbildi sagatavoja Latvijas Bāriņtiesu darbinieku asociācijas valdes priekšsēdētāja Taiga Ziemele].

Latvijas Universitāte (LU), 2025. *Par atbildes sniegšanu pētījumā par bērnu līdzdalību lēmumu pieņemšanā, kas saistīti ar viņu interešu ievērošanu 22.09.2025., Nr. 1-3/524.*

Rīgas Stradiņa universitāte (RSU), 2025. *Specializēts informācijas pieprasījums*. [Atbildi sagatavoja Rīgas Stradiņa universitātes prorektora akadēmiskajā darbā biroja vadītāja Edīte Sietiņa].

Rīgas Stradiņa universitātes Sarkanā Krusta medicīnas koledža (RSU SKMK), 2025. *Specializēts informācijas pieprasījums*. [Atbildi sagatavoja Rīgas Stradiņa universitātes Sarkanā Krusta medicīnas koledžas direktores vietniece akadēmiskajā un pētniecības darbā Sanita Litiņa].

Valsts izglītības attīstības aģentūra (VIAA), 2025. *Specializēts informācijas pieprasījums*. [Atbildi sagatavoja Valsts izglītības attīstības aģentūras Izglītības satura departamenta direktore Diāna Šavalgina un Pedagogu

profesionālā atbalsta departamenta vecākā eksperte-valsts metodiķe vispārējā izglītībā (sociālās zinātnes) Laura Joma].

Veselības inspekcija (VI), 2026. *Par informācijas sniegšanu pētījumam par bērnu līdzdalību lēmumu pieņemšanā 04.02.2026., Nr. 1.3.-5./1179.*

Veselības ministrija (VM), *2026.* *Par lūgumu sniegt informāciju pētījumam par bērnu līdzdalību lēmumu pieņemšanā, kas saistīti ar viņu interešu ievērošanu 10.03.2026., Nr. 01-11.2/1164.*

Intervijas

Intervija ar BKUS lietpratēju – virsmāsu (22.08.2025.). Anonīma* intervija ar VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" lietpratēju – virsmāsu.

Intervija ar BKUS lietpratēju – klīnisko un veselības psihologu (16.11.2025.). Anonīma* intervija ar VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" lietpratēju – klīnisko un veselības psihologu.

Intervija ar I. E. Lāmu (17.03.2026.). Intervija ar VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" Pacientu pieredzes vadības daļas vadītāju Initu Elizabeti Lāmu.

Intervija ar S. Slokenbergu (17.11.2025.). Intervija ar tiesību zinātņu doktori, docētāju Upsalas universitātē Zviedrijā Santu Slokenbergu.

Intervija ar L. Grāveri (04.02.2026.). Intervija ar Latvijas Republikas Tiesībsarga biroja Bērnu tiesību nodaļas vadītāju Lailu Grāveri.

Intervija ar S. Mežinsku (05.02.2026.). Intervija ar bioētikas speciālisti, Latvijas Universitātes Medicīnas un dzīvības zinātņu fakultātes asociēto profesori, Klīniskās un profilaktiskās medicīnas institūta vadošo pētnieci Signi Mežinsku.

Titullapas noformējumam izmantots attēls no tīmekļvietnes:

https://stock.adobe.com/lv/images/family-hands-holding-red-heart-with-stethoscope-heart-health-health-insurance-concept-world-heart-day-world-health-day/288591389

Darba noformējumam izmantoti attēli no tīmekļvietnes:

https://www.presentationgo.com/

* Pēc intervētās personas lūguma viņas personas dati netiek atklāti. Intervētā persona sniedz savu pieredzē balstīto privāto viedokli. Intervētai personai nav tiesību pārstāvēt VSIA "Bērnu klīniskā universitātes slimnīca" viedokli.

Pētījums ir izstrādāts pēc Saeimas Prezidija un Frakciju padomes pieprasījuma.

Tēmu pieteikusi Cilvēktiesību un sabiedrisko lietu komisija.

Saeimas Analītiskais dienests ir Saeimas pētnieciskā struktūrvienība, kas veic pētniecisko darbu parlamenta vajadzībām. Tas sniedz likumdevējam atbalstu lēmumu pieņemšanas procesā, normatīvā regulējuma pilnveidē un kontrolē pār izpildvaru.

Šis pētījums ir izstrādāts, lai informētu par izaicinājumiem, kas raksturo bērnu iesaisti ar viņu veselības aprūpi saistīto lēmumu pieņemšanā Latvijā.

ISBN 978-9934-658-02-0