



PSICHIKOS
SVEIKATOS
PERSPEKTYVOS

**Lietuvos psichikos sveikatos strategijos ir
savižudybių prevencijos
alternatyvus priemonių planas
2016-2018 m.**

2015 m.



Išleista įgyvendinant projektą „**Psichikos sveikatos ir žmogaus teisių advokacijos Lietuvoje link: NVO rolė**“, finansuojamą Europos ekonominės erdvės finansinio mechanizmo NVO programos Lietuvoje.

Redakcinė kolegija:

Karilė Levickaitė

prof. Dainius Pūras

dr. Liubovė Murauskienė

Maketas:

Justė Kelpšaitė

Už leidinį atsakinga viešoji įstaiga „Psichikos sveikatos perspektyvos“.



Be VŠĮ „Psichikos sveikatos perspektyvos“ sutikimo šį leidinį draudžiama atgaminti bet kokia forma ar būdu, viešai skelbti, įskaitant padarymą viešai prieinamais kompiuterių tinklais (internete), išleisti ir versti, platinti jo originalą ar kopijas parduodant, nuomojant, teikiant spaudai ar kitaip perduodant nuosavybėn.

Cituojant būtina nurodyti šaltinį ir už leidinį atsakingą organizaciją – VŠĮ „Psichikos sveikatos perspektyvos“.

Turinys

| | |
|--|----|
| Santrumpos | 4 |
| Įvadas | 5 |
| 1. Vaikų psichikos sveikatos stiprinimas..... | 7 |
| 2. Bendruomeninių paslaugų plėtra..... | 15 |
| 3. Pirminės psichikos sveikatos priežiūros pertvarka | 30 |
| 4. Savižudybių prevencija | 39 |
| 5. Priemonių lentelė ir preliminarus lėšų poreikis | 46 |

Santrumpos

| | | |
|-------------|---|---|
| ASS | – | autizmo spektro sutrikimas |
| BPG | – | bendrosios praktikos gydytojas |
| ES | – | Europos Sąjunga |
| JT | – | Jungtinės Tautos |
| LSMU | – | Lietuvos sveikatos mokslų universitetas |
| NVO | – | nevyriausybinė organizacija |
| PS | – | psichikos sveikata |
| PSC | – | psichikos sveikatos centras |
| PSDF | – | privalomas sveikatos draudimo fondas |
| PSO | – | Pasaulio sveikatos organizacija |
| RVPL | – | Respublikinė Vilniaus psichiatrijos ligoninė |
| SADM | – | Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerija |
| SAM | – | Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija |
| ŠMM | – | Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministerija |
| UĮ | – | ugdymo įstaiga |

Išvadas

Šis alternatyvus priemonių planas yra parengtas grupės Lietuvos ekspertų ir nevyriausybinų organizacijų, siekiant, kad Lietuvoje būtų imtasi esminių psichikos sveikatos politikos įgyvendinimo perversmų.

Nors jau ne pirmi metai Lietuvoje diskutuojama apie neleistinai prastą situaciją psichikos sveikatos srityje (nerimą kelia blogi rodikliai ir visuomenės psichikos sveikatos būklėje, ir šią sveikatą prižiūrinčios psichikos sveikatos priežiūros sistemos būklėje), iki šiol nei įstatymų leidėjai, nei vykdomoji valdžia nesiryžta oficialiai pripažinti, kad dabartinė psichikos sveikatos priežiūros sistema yra neveiksminga ir ydinga. Tai, kad strateginio lygmens permainos šioje sistemoje kasmet atidėliojamos, trukdo spręsti daugelį įsisenėjusių problemų. Išlieka labai aukšti savižudybių rodikliai; valstybės biudžeto, ligonių kasų ir ES struktūrinių fondų lėšos naudojamos ydingai ir neracionaliai paslaugų infrastruktūrai palaikyti. Susikaupusios ir dėl nesukurtos veiksmingos paslaugų sistemos prastai sprendžiamos vaikų psichikos sveikatos problemos kelia grėsmę, kad šių problemų pasekmės ilgainiui kels vis didėjančią ekonominę ir socialinę naštą.

Būtina skubiai pradėti esmines permainas Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros sistemoje. Visiškai nepateisinama, kad svarbūs šiuolaikiniai psichikos sveikatos principai, kuriuos Seimas įtvirtino 2007 m., priėmęs Psichikos sveikatos strategiją, iki šiol yra neįgyvendinami.

Atlikta analizė atskleidė svarbiausias permainų reikalaujančias sritis ir ryškiausias egzistuojančios sistemos spragas. Šias spragas užpildytų proveržis, teikiant kompleksą veiksmingų bendruomeninio pobūdžio paslaugų vaikams ir suaugusiems su psichikos ir elgesio sutrikimais, bei asmenims, turintiems psichikos ir proto negalią, o taip pat vykdant tęstinę prevencines programas. Investavus į pasiūlytas priemones ir kasmet didinant naujo pobūdžio paslaugų apimtį, palaipsniui pavyktų sumažinti priklausomybę nuo dabartinės paslaugų infrastruktūros, kuri remiasi didelėmis uždaromis įstaigomis, pertekliniu medikamentiniu gydymu ir kuriai būdingas neracionalus išteklių naudojimas bei žmogaus teisių pažeidimai. Tai turi būti priemonės, kurių pagalba bus atsisakyta per ilgai sistemoje vyravusių institucionalizacijos bei medikalizacijos tradicijų, ir kurios sukurs paskatas veiksmingai pagalbai teikti.

Tiek vaikų, tiek ir suaugusiųjų psichikos sveikatos priežiūroje reikalingas esminis proveržis, diegiant ir plėtojant nemedikamentinius gydymo ir reabilitacijos būdus. Šiuo metu esantis prieš daugelį metų nusistovėjęs ydingas santykis tarp prioritetiškai remiamo gydymo vaistais ir neapmokamų psichologinio gydymo būdų, nulėmė nepriimtina situacija, kurioje vienintelis

prieinamas gydymo būdas yra medikamentinio gydymo ir hospitalizacijos į psichiatrijos stacionarą ar institucionalizacijos galimybė. Pirminiame lygyje kurtų psichikos sveikatos centrų plėtra neužtikrina galimybės gauti veiksmingų bendruomeninių paslaugų vaikams ir suaugusiems, ar vykdyti veiksmingą savižudybių prevenciją.

Aiškliai suformulavus, kokias užduotis vykdo ir kokių nevykdo pirminiai psichikos sveikatos centrai, pagaliau bus galima teikti ir apmokėti labiausias šiuo metu trūkstamas paslaugas - antrinio lygio nemedikamentines paslaugas (psichoterapijos, psichosocialinės reabilitacijos ir kitas veiksmingas psichosocialines intervencijas) nestacionariniame lygyje. Šias paslaugas būtina atskirti nuo pirminio lygio ir suformuoti 200.000-600.000 gyventojų apimančius sektorius (*angl. catchment area*), kuriuose (kiekviename iš jų) turi būti plėtojamoms visoms dabar trūkstamos paslaugoms. Kiekvienam tokiam sektoriui kuriamas regioninis centras galėtų būti atsakingas ir už veiksmingų paslaugų teikimą tos teritorijos gyventojams ir už teikiamos pagalbos rezultatų monitoringą. Pirmame permainų etape Lietuvai pakaktų penkių tokių regionų bei regioninių centrų, o kituose etapuose jų galėtų būti 10-15 (bet ne daugiau). Sukūrus ir įdiegus veiksmingus finansinius mechanizmus bei paskatas, šie regionai teiktų pilną spektrą bendruomeninių paslaugų gyventojams ir vis mažiau reikėtų naudotis institucinės globos bei psichiatrijos ligoninių paslaugomis. Tokiu būdu pavyktų veiksmingai spręsti problemą, kurios nespėndžia tam nepajėgus psichikos sveikatos centrų tinklas - pagaliau iš esmės modernizuoti Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros infrastruktūrą, ženkliai sumažinant didelių nuolatinės globos ir stacionarinio gydymo psichiatrijos įstaigų vaidmenį.

Suprantama, kad pereinamuoju laikotarpiu veiksmingai alternatyvių paslaugų sistemai sukurti bus reikalingos papildomos lėšos. Ilgainiui šios investicijos su kaupu atsipirks, nes turėsime žymiai veiksmingesnę psichikos sveikatos sistemą negu dabar. Tenka priminti, kad šiuo metu, nors sistema yra neveiksminga ir tinkamai nespėndžia svarbiausių laikmečio užduočių, jos išlaikymas kainuoja labai brangiai (įvairiais paskaičiavimais apie 150 milijonų eurų per metus). Todėl Lietuvoje privalome imtis esminių permainų ir sukurti tokią psichikos sveikatos priežiūros sistemą, kuri būtų veiksminga kaštų naudojimo aspektu, atliepanti visuomenės bei paslaugų vartotojų poreikiams ir draugiška žmogaus teisėms.

Prof. Dainius Pūras

1. Vaikų psichikos sveikatos stiprinimas

*Prof. Dainius Pūras
Aurelija Okunauskienė*

SANTRAUKA

Atkūrus Nepriklausomybę 1990 metais, Lietuva paveldėjo itin ydingą vaikų psichikos sveikatos priežiūros sistemą. Problema buvo ignoruojama dėl ideologinių priežasčių, todėl nebuvo nei prevencinių programų, nei bet kokių bendruomeninių paslaugų vaikams ir šeimoms. Visi ištekliai buvo sukonzentruoti uždaroje vaikų (su sutrikimais ar iš probleminių šeimų) globos ar gydymo įstaigose, skiriant jiems perteklinį medikamentinį gydymą. Pirmą Nepriklausomybės dešimtmetį vyko nemažai permainų, bet nuo maždaug 2000-ųjų metų permainos buvo sustabdytos. Nuo to laiko vyksta vien permainų imitacija, nors tiek prevencinės, tiek klinikinės programos tebėra plėtros užuomazgoje.

Konkrečios už sprendimus atsakančios institucijos - ŠMM, SAM, SADM - imituoja savo susirūpinimą vaikų psichikos sveikata, užuot vykdančios realias ir pamatuojamas permainas. ŠMM turi prisiimti atsakomybę už prevencinių programų nuoseklų įgyvendinimą ugdymo įstaigose (nenumatytas laikas bendrajame ugdymo plane; nenumatytos lėšos programų įgyvendinimui; programos akredituotos, tačiau neskatinama įgyvendinti; pedagogai aukštesiose mokyklose nėra pakankamai paruošiami). Siūloma peržiūrėti ir pakeisti bendrojo ugdymo programas, numatyti lėšas, skirtas tik prevencinių programų įgyvendinimui, mokinio krepšelyje, peržiūrėti pedagogų rengimo studijų programas. ŠMM taip pat turi užtikrinti, kad būtų panaikintos kliūtys vaikų su sunkesne proto ir psichikos negalia integracijai į ugdymo sistemą.

SAM atsakomybė – užtikrinti, kad būtų vykdoma reali vaikų psichikos sveikatos priežiūros (vaikų ir paauglių psichiatrijos, vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos paslaugų plėtra), stiprinant visus tris lygius ir ypač antrinį; panaikinant iki šiol esančias kliūtis nemedikamentinių gydymo metodų plėtrai ir tinkamam finansavimui iš PSDF lėšų.

SADM atsakomybė - plėtoti veiksmingas bendruomenines paslaugas vaikams su negalia ir su socialinės rizikos veiksniais bei socializacijos sutrikimais, ir jų šeimoms, užtikrinant sparčiai vykstantį deinstitutionalizacijos procesą.

Vaikų psichikos sveikatos stiprinimui vienodai svarbu yra vystyti dvi kryptis.

Pirmoji kryptis - tai pirminė bei antrinė vaikų psichikos sutrikimų prevencija. Ji turi būti vykdoma investuojant į įvairius prevencinių programų tęstinio finansavimo, vykdymo ir stebėsenos būdus per sveikatos apsaugos, švietimo socialinės apsaugos ir kitus sektorius.

Daugiausiai iki šiol permainų šioje srityje pavyko pasiekti per švietimo sistemą, bet ir joje lieka daug spragų.

Lietuvos švietimo sistemos strateginiai dokumentai įpareigoja ugdyti vaikų/mokinių socialines (ir kitas) kompetencijas.

Ugdymo įstaigai ir/ar pedagogui palikta spręsti, kokios šias kompetencijas ugdančios prevencinės programos bus įgyvendinamos klasėje. Tikrovėje ugdymo įstaiga pasirenka nebūtinai ŠMM akredituotas prevencines programas arba nepasirenka jokių.

Iki šiol nepriimtas sprendimas atskirti prevencinėms programoms skiriamą lėšų dalį mokinio krepšelyje.

Socialinių kompetencijų ir emocinių sunkumų įveikimo gebėjimų ugdymo svarbos akcentavimas yra deklaratyvus visuose švietimo lygmenyse. Realiai nepripažįstama socialinių gebėjimų, emocinio intelekto svarba tiek vaiko šiandienei emocinei savijautai, tiek jo raidai, tiek jo akademiniam pasiekimams.

Lietuvos aukštosiose mokyklose ruošiami busimieji pedagogai neįgyja pakankamai žinių ir įgūdžių įgyvendinti prevencines programas, nes nėra tam skiriama pakankamai kreditų.

Nėra sukurti moduliai, kurie suteiktų būsimajam pedagogui žinias, reikiamas įgyvendinti psichikos sveikatą stiprinančias programas, atpažinti vaikų rizikos elgesį, padėti tėvams išsiugdyti/įgyti pozityvios tėvystės įgūdžių.

Būtina, kad ir sveikatos apsaugos bei socialinės apsaugos sektoriai prisidėtų finansiniais bei žmogiškaisiais ištekliais prie veiksmingų prevencinių programų tęstinumo užtikrinimo, o ypač - pirkdami prevencines paslaugas iš gerą patirtį turinčių nevyriausybinų organizacijų.

Antroji kryptis - tai vaikų ir paauglių psichikos sveikatos priežiūra, kaip asmens sveikatos priežiūros dalis.

Skirtingai nuo daugumos kitų sveikatos apsaugos sričių, atkūrus Lietuvos nepriklausomybę 1990 m., vaikų psichikos sveikatos priežiūros infrastruktūrą teko kurti ir plėtoti iš naujo. 1990 m.

įsteigus Vaiko raidos centrą, kaip naujo pobūdžio įstaigą šiuolaikiniams vaikų psichikos ir raidos sutrikimų prevencijos, gydymo ir reabilitacijos metodams diegti, per keletą metų buvo pasirengta paslaugų plėtra. Tačiau 1996-1999 metais ir ypač po 2000 metų (iki šiol) parengto paslaugų modelio plėtra buvo sustabdyta. Todėl iki šiol Lietuvoje nėra veiksmingos sistemos, kuri leistų vykdyti mokslo žiniomis grįstą vaikų psichikos sveikatos priežiūrą. Egzistuojanti infrastruktūra yra fragmentuota, esantys žmogiškieji ir finansiniai ištekliai neatitinka šiuolaikinių reikalavimų. Nepakankama infrastruktūra sukuria ir stiprina ydingą ratą, ypač, kai oficialiame lygyje tvirtinama, kad sistema sukurta ir gerai veikia. Pavyzdžiui, daugumoje iš 107 psichikos sveikatos centrų nėra jokių specialistų komandų vaikų psichikos sveikatos priežiūros paslaugoms teikti, todėl nereikėtų tvirtinti, kad ta pagalba yra veiksmingai teikiama. Analizė rodo, kad daugumoje šių centrų gydytojai vaikų ir paauglių psichiatrai, psichologai ir socialiniai darbuotojai darbu su vaikais įdarbinti mažą etato dalimi, arba tokių etatų iš viso nėra. Pilnas dirbančiųjų su vaikais etatas (gydytojo, psichologo, socialinio darbuotojo) yra tik tuose psichikos sveikatos centruose, kuriuose prisirašę virš 100.000 žmonių, todėl ir juose, dėl per didelio vaikų skaičiaus, neįmanoma užtikrinti tinkamų paslaugų teikimo (ypač, jei atvejis sudėtingesnis ir reikia intensyvesnės tęstinės pagalbos). Nesant pilnaverčių paslaugų pasiūlos, negali formuotis ir paklausa. Todėl analizuojant besikreipiančių atvejų statistiką, dažnai valdžios institucijose daromos neteisingos išvados apie esančių visuomenės poreikius tenkinančią paslaugų vaikams su psichikos sutrikimais infrastruktūrą (kreipiasi palyginti nedaug tėvų dėl vaikų problemų ir sutrikimų). Tuo tarpu lyginamoji analizė (remiantis CAMHEE projekto rezultatais ir į užsienio valstybes dirbti išvykusių Lietuvos vaikų ir paauglių psichiatrų teikiama informacija) rodo, kad Lietuvos vaikų ir paauglių psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikia 5-10 kartų mažiau specialistų negu daugumoje „senųjų“ ES valstybių (šiuo atveju nekalbame apie didelius atlyginimų skirtumus). Kita rimta sisteminė problema yra ta, kad pirminiame lygyje esančių psichikos sveikatos centrų plėtra, nors ir neužtikrinanti kokybiškų paslaugų vaikams, yra užblokavusi antrinių paslaugų plėtrą (tvirtinama, kad pirminiai psichikos sveikatos centrai turi suteikti visą pilnavertę kvalifikuotą iki stacionarinę pagalbą, bet to absoliučiai neįmanoma pasiekti, kai 100 vaikų psichikos sveikatos priežiūrai skiriama 1100 litų (318,58 Eur) per metus (arba 1,1 mln. litų (0,32 mln. Eur) - 100.000 vaikų per metus) - tiek skiriama pagal nustatytą finansavimo tvarką vaikų psichikos sveikatos priežiūrai psichikos sveikatos centruose). Akivaizdu, kad būtina peržiūrėti vaikų psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sistemą ir užtikrinti šios paslaugų sistemos racionalią plėtrą.

Vaikų psichikos sveikatos stiprinimo ir problemų bei sutrikimų prevencijos lygmuo

Pedagogas supranta prevencinių programų įgyvendinimo svarbą, tačiau jam nesudaromos sąlygos įgyvendinti programas dirbant su vaikais: neskiriamas bendrajame ugdymo plane numatytos valandos ar laikas pamokų tvarkaraštyje; už šį darbą pedagogui nemokama; jam nesudaromos sąlygos išvykti į mokymus; neapmokamas programos dalyvio ar mokymų mokestis. Kartais pedagogui pasiūloma integruoti į dalykų pamokas prevencines programas ir jose ugdomas vaikų kompetencijas; tačiau kaip rodo ilgametė prevencinių programų įgyvendinimo patirtis - tai neapsiteisina.

Ugdymo įstaigų vadovas skeptiškai vertina prevencinių programų naudą, neskatina jų įgyvendinimo, neperduoda pedagogams informacijos apie akredituotas ar kitas moksliniais tyrimais pagrįstas programas; tad UĮ tiesiog nevykdoma jokia prevencinė programa.

Ugdymo įstaigų vadovai ir pedagogai prioritetą teikia dalykų mokymui ir drausmės palaikymui, o ne vaiko emocinei būsenai, jo psichikos sveikatai, todėl nesidomi, neįtakoja įstaigos ar pedagogo vykdyti prevencines programas, arba net yra nusistatę priešiški.

Lietuvos aukštosiose mokyklose paruošti pedagogą, gebantį įgyvendinti prevencines programas, atpažinti vaiko emocines problemas bei numatyti galimai rizikos elgesį ir teikti pagalbą, yra neįmanoma, nes nėra nei skiriama pakankamai kreditų, nei sukurta tam reikiamų modulių. Pedagogo profesinei kvalifikacijai įgyti aukštosiose mokyklos skiriama 60 kreditų, iš jų 33 kreditai praktikai ir baigiamojo darbo ruošimui (bakalauro kvalifikacinis laipsnis).

Klinikinių paslaugų lygmuo

Atlikta analizė išgrynino šias svarbiausias vaikų psichikos, elgesio ir raidos sutrikimų grupes, kurioms gydyti dažniausiai nepakanka dabar prieinamų pirminio lygio paslaugų, ir todėl reikia skirti papildomus finansinius ir žmogiškuosius išteklius labiau specializuotų (antrinio arba tretinio lygio) ambulatorinių, dienos stacionaro ir stacionaro paslaugų plėtrai:

- ✓ Sudėtingi autizmo spektro sutrikimų bei kitų raidos sutrikimų lydimų elgesio ir emocinių sutrikimų atvejai;
- ✓ Pirmasis psichozės epizodas ir po jo vykdoma psichosocialinė rehabilitacija;
- ✓ Schizofrenijos ir kitų psichozinio registro susirgimų paūmėjimo gydymas ir po to vykdoma psichosocialinė rehabilitacija;

- ✓ Valgymo sutrikimai;
- ✓ Sunkaus laipsnio ir užsitęsę depresijos bei kitų afektinių sutrikimų atvejai;
- ✓ Sunkaus laipsnio obsesinis kompulsinis sutrikimas;
- ✓ Sunkaus laipsnio emociniai sutrikimai;
- ✓ Sunkaus laipsnio aktyvumo ir dėmesio sutrikimai;
- ✓ Vidutinio ir sunkaus laipsnio psichikos ir elgesio sutrikimai, apsunkinti socialinių veiksnių šeimoje arba globos įstaigoje;
- ✓ Psichikos ir elgesio sutrikimai, apsunkinti komorbidiškumo reiškiniu;
- ✓ Emocinės krizės intervencija (vaikui patyrus prievartą ir esant indikacijai krizių intervencijos paslaugai).

Kiekvienos iš šių grupių atveju galima pateikti daug pavyzdžių, kuomet psichikos sveikatos centre dirbantis vaikų ir paauglių psichiatras, įvertinęs atvejo sudėtingumą, iš karto arba po kelių susitikimų su vaiku ir tėvais, siunčia vaiką į Vaiko raidos centrą arba į kitus Lietuvoje esančius vaikų psichiatrijos stacionarus (RVPL, LSMU, Klaipėdos, Šiaulių, Panevėžio). Nors dažniausiai reikia ne stacionarinio gydymo, o intensyvesnio ambulatorinio (dažniausiai nemedikamentinio) gydymo arba dienos stacionaro paslaugos. Šių paslaugų infrastruktūros Lietuvoje nėra.

Daugumai šių grupių reikalingos specializuotos klinikinės programos, kurias teiktų specializuotos komandos. Tačiau pirmajame paslaugų vaikams su psichikos elgesio ir raidos sutrikimais plėtros etape nėra realu iškart sukurti tokias specializuotas aukštos kokybės paslaugas. Todėl siūloma pradėti nuo pilotinių specializuotų komandų 2-3 grupėms (pvz.: autizmo spektro sutrikimams ir pirmos psichozės epizodui), atsakingai padedant šias paslaugas vystyti įvairiuose Lietuvos regionuose.

VIZIJA

Lietuvoje yra daug geros praktikos pavyzdžių tiek teikiant klinikinės paslaugas, tiek vykdant prevencines programas vaikų psichikos sveikatos srityje. Deja, dėl įvairių priežasčių šių modernių paslaugų plėtra apie 2000-uosius metus buvo sustabdyta, o kai kurios šiuolaikiškos iniciatyvos netgi nebebuvo remiamos. Kadangi per visą pastarąjį 15 metų laikotarpį nebuvo politinės valios plėtoti iki šiol labai silpną vaikų psichikos sveikatos modernių paslaugų infrastruktūrą, įsivyravo tiek prasti pačios vaikų psichikos sveikatos rodikliai, tiek prasti sistemos veiklos rodikliai (pvz.: išliekantis

didelis vaikų, gyvenančių nuolatinės globos įstaigose, pradedant nuo kūdikių namų, skaičius).

Būtinios esminės permainos šioje srityje. **Proveržis įmanomas, jei:**

- ✓ Vaikų psichikos sveikatos problemos ir būtinybė investuoti į jų sprendimą moderniais būdais bus pripažinti prioritetu Vyriausybės lygmenyje, sprendimus priimti įpareigojant kelias ministerijas, o ne permetinėti problemų sprendimą iš vieno sektoriaus kitam, bei ženkliai padidinti šiai prioritetinei sričiai skiriamą dėmesį bei investuojamus išteklius.
- ✓ Kiekviena Lietuvos švietimo įstaiga ir kiekvienas vaikas pagal savo amžiaus grupę dalyvauja akredituotoje, moksliskai ištirtoje ir patvirtintoje prevencinėje programoje. Jų dalyvavimas finansuojamas iš mokinio krepšelyje numatytų lėšų.
- ✓ Mokinio krepšelyje numatytos lėšos, užtikrinančios tęstinį mokinio dalyvavimą akredituotoje prevencinėje programoje.
- ✓ Aukštojoje mokykloje paruošti pedagogai geba: kurti visiems mokiniams palankų emocinį mikroklimatą; atpažinti vaiko emocijas ir elgesio problemas; padėti vaikui įveikti sudėtingas problemines situacijas.
- ✓ SAM atsisako psichologinių paslaugų diskriminavimo tradicijos ir pripažįsta, kad vienas iš sveikatos apsaugos sistemos prioritetų yra užtikrinti šių paslaugų plėtrą, kiekvienais metais įsipareigojant didinti šių paslaugų apimtį ir tinkamą paslaugų apmokėjimą iš PSDF lėšų.
- ✓ Nevyriausybinių šioje srityje dirbančių organizacijų bus pripažintos lygiaverčiais valdžios institucijų partneriais, o didelę dalį trūkstamų ir labai reikalingų paslaugų bus nuspręsta pirkti iš jas teikiančių nevyriausybinių organizacijų
- ✓ Nevyriausybinių organizacijų bei akademinės institucijos bus kviečiamos talkinti valdžios institucijoms vykdant pažangių paslaugų teikimo procesų bei rezultatų stebėseną, o taip pat stebint, kaip psichikos sveikatos srityje įgyvendinama JT Vaiko teisių konvencija, ir kaip įgyvendinamos JT Vaiko teisių komiteto rekomendacijos Lietuvai bei kitų tarptautinių organizacijų rekomendacijos Lietuvai.

PASIŪLYMAI

Kadangi vaikų psichikos sveikatos srityje Lietuvoje susikaupė labai daug rimtų problemų, kurios ilgą laiką nebuvo sprendžiamos, svarbu yra apsispręsti dėl prioritetinių kryptų ir trumpalaikių bei ilgalaikių tikslų bei uždavinių. **Pateikiami šie siūlymai:**

- ✓ Kreiptis į ŠMM siūlant pakeisti bendrojo ugdymo programas, jose numatant konkrečių valandų skaičių mokinių socialinių kompetencijų ugdymui/ prevencinių programų įgyvendinimui.
- ✓ Įtvirtinti nuostatą, kad prevencinės programos nebūtų integruojamos į dalykų pamokas.
- ✓ Siūlyti performuoti mokinio krepšelį taip, kad jame būtų numatytos lėšos akredituotų prevencinių programų įgyvendinimui, kuriomis turėtų būti apmokamas pedagogo darbas įgyvendinant programą ir pedagogo dalyvavimo programoje išlaidos.
- ✓ Kreiptis į ŠMM ir savivaldybes (ugdymo įstaigų steigėjus), kad jie įtakotų/formuotų nuostatą (UJ, pedagogų, tėvų, visuomenės), kad prevencinės programos būtų įgyvendinamos UJ (paliekant UJ teisę pasirinkti, kurią programą įgyvendins).
- ✓ Kreiptis į aukštąsias mokyklas, ruošiančias pedagogus, siūlant pakeisti pedagogų rengimo studijų programas (kad studentai - būsimieji pedagogai suvoktų prevencinių programų svarbą).
- ✓ Pedagogus ruošiančiose aukštosiose mokyklose prie esamų modulių reikėtų sukurti privalomus (t. y. ne pasirenkamus) naujus modulius ir įtraukti juos į studento rengimo programą bakalauro kvalifikaciniam laipsniui įgyti:
 - modulis „Emocinės sveikatos ugdymas bendrojo lavinimo mokykloje“ (3 kreditai), kuris apimtų pozityvios tėvystės įgūdžių ugdymą; ankstyvąją emocinių ir elgesio sutrikimų prevenciją; smurto apraiškų atpažinimą vaikų grupėje ir šeimoje; į užsienį išvykusių/vaikus palikusių tėvų vaiko problemas ir parama vaikui. Modulis turėtų būti skirtas ikimokyklinio ir pradinio mokyklinio ugdymo pedagogams.
 - modulis „Rizikos elgesio situacijų atpažinimas ir valdymas“ (3 kreditai): pedagogo gebėjimas atpažinti suicidines tendencijas vaiko elgsenoje; patyčių prevencija; priklausomybę sukeliančių medžiagų vartojimo prevencija; į užsienį išvykusių/vaikus palikusių tėvų vaiko problemos ir parama vaikui. Modulis turėtų būti skirtas pagrindinio ir vidurinio mokyklinio ugdymo pedagogams.
- ✓ Užtikrinti 5 metams į priekį, kad būtų tinkamai finansuojamos ir vykdomos mokliškai pagrįstos prevencinės programos – po 1-2 programos keliose svarbiausiose srityse (patyčių prevencija, savižudybių prevencija, emocinių - socialinių įgūdžių mokymas, priklausomybių prevencija, psichologinio atsparumo ugdymas, tėvystės kompetencijų ugdymas jauniems tėvams, tėvų vaikų santykių krizių prevencija paauglystėje).

- ✓ Svarbiausia – plėtoti apimtį ir užtikrinti finansavimo tęstinumą, perkant paslaugas iš NVO sektoriaus bei kitų socialinių partnerių, teikiant jau veikiančias prevencines programas „Antras žingsnis“, „Zipio draugai“, „Gyvenimo įgūdžių ugdymas“, „Iveikiame kartu“, Olweus patyčių prevencijos programa. Prioritetine tvarka remti emocinės paramos telefonu paslaugas.
- ✓ Padaryti aiškius politinius sprendimus (remiantis gerąja Europos valstybių praktika) ankstyvosios vaikystės problemų sprendime iš esmės sustiprinant prevencines paslaugas jaunoms šeimoms ir užkertant kelią vaikų iki 3 metų amžiaus institucinei globai (ilgesnei kaip 3 mėnesiai), o kituose etapuose – vaikų iki 5 metų ir vyresnių vaikų institucinei globai.
- ✓ Užtikrinti esminę vaikų ir paauglių psichikos sveikatos priežiūros paslaugų plėtrą, ypatingą dėmesį skiriant nacionalinių/universitetinių (Vilniuje ir Kaune) bei regioninių centrų (pirmame etape penkių, o antrame etape iki 10 regioninių centrų) plėtrai, artinant teikiamų paslaugų kokybę ir kiekybę iki pripažintų tarptautinių standartų.
- ✓ Preliminariais skaičiavimais šiuo metu vaikų psichikos sveikatos priežiūros paslaugoms ir vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos paslaugoms iš PSDF lėšų skiriama apie 25 mln. litų (apie 7,5 mln. eurų) per metus. Gerai veikiančiai trijų lygių paslaugų infrastruktūrai užtikrinti (visų pirma naujų specialistų atlyginimams ir jų darbo vietoms įrengti) reikėtų, kad šiai sričiai iš PSDF lėšų būtų skiriama apie 150 mln. litų (45 mln. eurų). Suprantama, kad tokia paslaugų plėtra vyktų mažiausiai 10 metų ir bent trimis etapais. Pirmasis etapas vyktų trejus metus ir iki 2018 metų būtų pasiekta, kad paslaugų būtų teikiama už 50 mln. litų (15 mln. eurų).
- ✓ Socialinės apsaugos sektoriaus vaidmuo užtikrinti veiksmingą prievartos prieš vaikus prevenciją, intervenciją ir postvenciją (kartu su sveikatos apsaugos sektoriumi teikiant pakankamai psichoterapijos paslaugų), o taip pat pertvarkant socializacijos nesėkmes patyrusių paauglių psichosocialinės reabilitacijos paslaugas.

2. Bendruomeninių paslaugų plėtra

*Ugnė Grigaitė
Prof. Arūnas Germanavičius
Kristina Radžvilaitė
Vaidotas Nikžentaitis
Vilma Šlimaitė*

SANTRAUKA

LR Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos parengtas paslaugų bendruomenėje veiksmų planas pradėjo veikti 2014 metais, tačiau akivaizdu, kad pažeidžiamos visuomenės grupės kol kas nesulaukia reikiamų permainų, o analizuojant numatomus veiksmus aiškėja, kad aiškaus plano, kaip ir kada tos permainos bus pradėtos įgyvendinti, nėra. Nepaisant galiojančių teisės aktų, juose įvardijamų prioritetų (gyvenimui šeimoje, bendruomenėje), galimybė gauti socialines paslaugas šeimoje ir bendruomenėje išlieka minimalios. Trūksta vieningos informacijos koordinavimo sistemos, išlieka dideli skirtumai tarp galimybės gauti paslaugas miestuose ir atokiose šalies vietovėse.

Šiuolaikinėje visuomenėje daug kalbame apie lygias galimybes, apie teisę gyventi bendruomenėje, apie asmenų turinčių negalią ir juos atstovaujančių organizacijų dalyvavimą visose jų gyvenimo srityse (JT Neįgaliųjų teisių konvencijos 12 str., 19 str., 33 str.). Tačiau trūksta konstruktyvumo, pasitikėjimo ir realaus šių asmenų dalyvavimo bei atspindžio priimamuose valstybiniuose sprendimuose – Lietuvoje vis dar neužtikrintas savarankiškas ir kokybiškas negalią turinčių asmenų gyvenimas.

Vaikų ir paauglių problematiška situacija ir jos sprendimo ieškojimo būdai

Šiuo metu Lietuvoje yra apie 4 tūkst. vaikų, gyvenančių vaikų globos institucijose. Tai sudaro 38 proc. visų tėvų globos netekusių vaikų. Globos institucijose gyvena apie 600 vaikų ir jaunuolių, turinčių negalią. Pagal SADM parengtą planą, iki 2020 metų institucijose globojamų vaikų turėtų sumažėti iki 20 proc., turinčių negalią - iki 40 procentų.

Šiandieninė situacija rodo, kad deinstitutionalizacijos procesui numatytos lėšos skiriamos toms pačioms globos institucijoms, o alternatyvūs sprendimai neskatinami ir neremiami. Akivaizdu, kad lėšos galėtų būti panaudojamos kur kas tikslingiau – tėvų, globėjų paieškai, jų

rėmimui ir bendruomeninių paslaugų prieinamumui. Iki šiol neišspręsta globos įstaigų licencijų gavimo ir jų pratęsimo tvarka.

Vaikams, turintiems raidos ir/ar elgesio sutrikimų, teikiama pagalba yra epizodinė, dažniausiai siejama su nustatytais sutrikimais ar diagnoze. Susiduriant su realiomis situacijomis, matome, kad nevyksta ankstyvoji intervencija be nustatytos diagnozės – kai intensyvią pagalbą gauna vaikai ar jaunuoliai patekę į rizikos grupę. Pavyzdžiui, dėl nepakankamai išvystyto tikslių diagnozė nustatyti galinčių įstaigų tinklo, raidos sutrikimus turintiems vaikams galimybės patekti į antrinio lygio stacionarą tenka laukti keletą mėnesių. PSC kompetencija diagnozuoti ir teikti pagalbą yra nepakankama.

Po diagnozės nustatymo/patikslinimo itin svarbi ankstyvoji intervencija, tačiau nėra pastovios sistemos, trūksta patvirtintų terapinių metodų. Artimieji geriausiu atveju perka brangiai kainuojančias tęstines paslaugas, kurių dalis sveikatos apsaugos sistemoje yra neįteisintos, todėl šių paslaugų kokybė valstybės lygmeniu nėra vertinama. Ypač sudėtinga situacija ir likimas laukia vaikų ir šeimų, kuriuose tėvai stokoja būtinųjų tėvystės įgūdžių, turi priklausomybių ar negalią.

Mokyklinio amžiaus vaikams pagalba dažniausiai apsiriboja medikamentiniu gydymu ar epizodine specialistų konsultacija. Raidos sutrikimus turintys vaikai ir jaunuoliai terapinę pagalbą gauna ugdymo įstaigose, kuri priklauso nuo specialistų kompetencijos ir mokyklos disponuojamų lėšų.

Vaikams, turintiems negalią, trūksta galimybių dalyvauti kultūriniame gyvenime: sporto, fizinio aktyvumo, rekreacijos veiklose. Tiek bendrojo lavinimo, tiek specialiosiose įstaigose nepakankamai užtikrinamas neformalusis ugdymas ir vaikų užimtumas mokinių atostogų metu.

Dėl paslaugų šeimoje ir bendruomenėje nebuvimo dalis vaikų ir jaunuolių atsiduria globos ar internatinėse ugdymo įstaigose, o tai pažeidžia ir vaiko teisę gyventi šeimoje – gyventi pilnavertiškai.

Suaugusiųjų probleminė situacija ir jos sprendimo ieškojimo būdai

Pilnametystės sulaukę asmenys, specifinės, jų poreikius atliepančios pagalbos bendruomenėje negauna. Pagalba būtina ne tik negalią turinčiam asmeniui, bet ir jo globėjui ar šeimai, kurioje jis nuolat gyvena. Šeimos nariui ar globėjui mirus, pasikeitus gyvenimo aplinkybėms, negalią turinčių žmonių galimybės patiems priimti sprendimus ir įtakoti situaciją būna labai ribotos. Žmonės susiduria su sunkumais pradėdami savarankišką gyvenimą, ieškodami galimybių studijuoti ir dirbti, nepakankamai užtikrinama mokymosi visą gyvenimą galimybė,

trūksta kompetentingų gydymo ir reabilitacinių paslaugų gyvenamoje vietovėje. Neretai kyla specifinių poreikių, kuriuos išspręsti galėtų padėti asistentas-pagalbininkas, padedantis nuvykti į reikiamą vietą, lydintis ir atstovaujantis susitikimuose, talkinantis tvarkant dokumentus ir t.t. Asistento pagalba yra būtina integruojant vaikus ir suaugusius, turinčius psichikos sveikatos sutrikimų, proto ir fizinę negalią, mokyklose, kolegijose ar universitetuose, praktikos ir darbo vietose. Tokia praktika jau daugelį metų remiasi Vokietija, Didžioji Britanija, JAV ir kitos Vakarų šalys. Asmeninis asistentas kai kuriose šalyse yra SADM finansuojama pozicija, o kitose – bendra finansavimo pozicija tarp SADM ir SAM.

Šių dienų Lietuvoje esantys pasirinkimai: gyventi su tėvais arba globos namuose, didina žmonių turinčių negalią socialinę atskirtį, menkina jų orumą ir iš esmės panaikina bet kokią galimybę gyventi tiek savarankiškai, kiek leidžia jų individualios galimybės.

Siekiant sudaryti sąlygas ir galimybes asmenims, turintiems psichikos sveikatos sutrikimų, negalią ar raidos sutrikimų, jaustis pilnaverčiais žmonėmis bei dalyvauti darbo rinkoje, būtina sukurti lanksčius profesinio rengimo, atėjimo į darbo rinką ir reikiamos lydimosios pagalbos teikimo mechanizmus, bei pradėti įgyvendinti savarankiško būsto ir bendruomeninių paslaugų tinklą.

Tėvų ir globėjų probleminė situacija ir jos sprendimo ieškojimo būdai

Šeimose, kuriose gyvena psichikos sveikatos ir raidos sutrikimų turintis asmuo, itin dažnai susiduriama su darbo ir vaiko/suaugusiojo priežiūros derinimo problema, negalią turinčio šeimos nario priežiūros klausimu švietimo įstaigų atostogų laikotarpiu (neretai trunkančiu iki 4 mėnesių per metus). Dažnai tai lemia vieno iš šeimos narių/globėjų pasitraukimą iš darbo rinkos. Šiandieninė situacija, kurioje net ir sunkią negalią turinčiam vaikui skiriama priežiūra, o ne slaugos tikslinė kompensacija lemia, kad vaiką nuolat prižiūrintis ir su darbu šių pareigų negalintis suderinti asmuo tampa socialiai pažeidžiamas. Tėvai ar globėjai patiria didelių sunkumų dėl bendruomeninių į paramą šeimoms nukreiptų paslaugų stokos. Būtina sukurti ir teikti pagalbą šeimai paslaugų paketą - psichologinę ir socialinę pagalbą, asmeninio asistento paslaugą, steigti laikino atokvėpio tarnybas, vystyti registruotų ir apmokytų savanorių paslaugas, tokiu būdu užtikrinant pačios šeimos išsaugojimą ir kiekvieno vaiko/suaugusiojo galimybes augti/gyventi šeimoje.

Etapinių vystymosi laikotarpių problematika/krizės

Nenumatyta, kokia pagalba, kaip ir kieno bus teikiama ištikus krizei ar pereinamaisiais laikotarpiais – kai keičiama ugdymo įstaiga, būstas, susirgus pačiam asmeniui, globėjui ar šeimos nariui, atsidūrus gydymo įstaigoje, susidūrus su teisėsaugos organų atstovais ir panašiai.

Nėra planuojama, kaip keistųsi paslaugų poreikis asmeniui sveikstant, didėjant savarankiškumo lygiui – trūksta tikslesnės informacijos, parengto socialinio paslaugų paketo dėl etapinių procesų. Taip pat trūksta atvejo vadybininko pozicijos ir paslaugų koordinavimo visais atvejais.

Deinstitucionalizacija ir paslaugos bendruomenėje

Institucinės globos naikinimas ir bendruomeninių paslaugų kūrimas reikalauja kruopštaus pasirengimo ir planavimo. Egzistuoja svarbus barjeras, dėl kurio nėra aišku, kada bendruomeninių paslaugų sistema išvys dienos šviesą – tai politinės valios trūkumas. Trumpai tariant, dar nėra nacionalinio susitarimo dėl pertvarkos socialinės globos srityje.

ANALIZĖ

Teisinės bazės analizė

Pasaulinės tendencijos rodo, kad XX am. pab. – XXI am. pr. visuomenės psichikos sveikata tapo viena iš svarbiausių visuomenės sveikatos sudedamųjų dalių, todėl atsidūrė sveikatos ir socialinės politikos centre. Nuo to, kokia bus kiekvieno piliečio ir visos visuomenės psichikos sveikata, labai priklauso kiekvienos valstybės ekonominė ir socialinė gerovė bei plėtra. Lietuvos Respublikoje svarbiausias įstatymas, kuris reglamentuoja psichikos sutrikimų turinčių žmonių teises yra Psichikos sveikatos priežiūros įstatymas. Taip pat Lietuvai esant ES nare ir prisiimant kitus tarptautinius įsipareigojimus labai svarbūs dokumentai yra Europos žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvencija ir Jungtinių Tautų neįgaliųjų teisių konvencija.

Psichikos sveikatos priežiūros įstatymo tikslas yra nustatyti asmenų, kurie naudojami psichikos sveikatos priežiūrai, teises, psichikos sveikatos priežiūros tvarką ir kontrolę. Įstatyme yra numatomi tokie aspektai, kaip priverstinė hospitalizacija, pagrindinės teisės ir jų apribojimai, tačiau šis įstatymas turi nemažai spragų.

Pirmiausia Lietuvos Respublikos Seimas 2007 m. patvirtino Psichikos sveikatos strategijos principus bei uždavinius, o 2010 m. gegužės 27 d. ratifikavo Jungtinių Tautų neįgaliųjų teisių konvenciją ir jos fakultatyvų protokolą. Šių dviejų dokumentų patvirtinimas reiškė, kad vykdydama

psichikos sveikatos politiką Lietuva įsipareigojo remtis pačiais naujausiais tarptautiniais dokumentais. Taip pat Europos Komisija 2010 m. lapkričio 15 d. patvirtino 2010-2020 m. Europos strategiją dėl negalios. Vienu iš svarbiausių strategijos tikslų buvo įvardintas neįgaliųjų savarankiško gyvenimo skatinimas, deinstitutionalizacijos ir bendruomeninių paslaugų plėtra. Todėl 2012 m. lapkričio 16 d. Lietuvos Respublikos Socialinės apsaugos ir darbo ministras pasirašė įsakymą „Dėl neįgalių vaikų, likusių be tėvų globos vaikų, suaugusių neįgalių asmenų socialinės globos namų deinstitutionalizacijos strateginių gairių patvirtinimo“. Šiame įsakyme yra aiškiai nurodyta, jog bus sudaromos sąlygos savivaldybėse teikti bendruomenines paslaugas, kuriamos alternatyvios stacionariai globai socialinės paslaugos. Tačiau pagrindinis psichikos sveikatos priežiūros įstatymas nekalba apie alternatyvas stacionarių įstaigų paslaugoms. Paskutinė įstatymo redakcija yra daryta tik 2005 m. liepos mėn. 5 d., kuomet Lietuva dar nebuvo ratifikavusi JT Neįgaliųjų teisių konvencijos ir patvirtinusi Psichikos sveikatos strategijos principų ir uždavinių. Realiai įstatymo nuostatos šiai dienai daug kur turi būti atnaujintos, nes jos neatspindi ankščiau minėtų dokumentų. Priešingai, šiandieninė tendencija rodo, kad Lietuva remiasi principais ir tradicijomis, kurie prieštarauja priimtoms įsipareigojimųms.

Pavyzdžiui - paslaugų kompleksškumo principas. Psichikos sveikatos įstatymas nenumato jokios pagalbos psichikos sutrikimų turinčio žmogaus artimiesiems. Todėl galima teigti, jog šiame įstatyme šis principas neegzistuoja. Žmonės, kurie gyvena šeimoje su psichikos sutrikimų turinčiu asmeniu, negauna jokios pagalbos. Kitas labai svarbus aspektas - priverstinio hospitalizavimo problema. Ši problema visuomenėje dažnai kelia labai daug diskusijų. Vienas iš naujausių pavyzdžių yra menininko Artūro Šaškino atvejis, kada vaidindamas „laisvę“ jis buvo uždarytas į psichiatrinę ligoninę. Lietuvos Respublikos Konstitucija tiesiogiai nenumato laisvės atėmimo procedūros: „Niekam neturi būti atimta laisvė kitaip, kaip tokiais pagrindais ir pagal tokias procedūras, kokias yra nustatęs įstatymas“ (20 str.). Kiek aiškiau pasisako JT Neįgaliųjų teisių konvencija, kur 14 straipsnyje yra nurodoma, kad pats faktas, jog asmuo turi negalią negali būti pagrindas žmogaus laisvės suvaržymui. Deja, bet Psichikos sveikatos priežiūros įstatymas numato, jog asmeniui, kuriam įtariami psichikos sveikatos sutrikimai, apžiūra atliekama vadovaujantis SAM nustatyta tvarka. Ši tvarka yra patvirtinta dar 1996 m., joje nurodoma, kad pirminį asmens psichikos būklės įvertinimą atlieka tik gydytojas-psichiatras. Vadinasi vieno žmogaus verdiktas gali nuspręsti, jog įtariamas psichikos sveikatos sutrikimais asmuo kelia pavojų sau ir aplinkiniams todėl gali būti priverstinai hospitalizuotas.

Kita vertus, ši situacija yra dualistinė. Iš vienos pusės tvarka yra labai paprasta, tačiau

neretai svarstyklės gali pakrypti į kitą pusę ir labai sunku įvardinti, ką reiškia terminai *pavojus savo sveikatai* ar *aplinkinių žmonių sveikatai*. Psichikos sveikatos priežiūros įstatymas privalo daugiau dėmesio skirti minėtos problemos konkretizavimui. Turi būti aiškiai įvardinama ką reiškia pavojus sau ir aplinkiniams, ir tuo pačiu sukuriama galimybė žmogui padėti ir be šių priežasčių. Nes labai dažnai psichikos sutrikimų turinčio žmogaus artimieji nebežino ar nebemoka gyventi su šiuo asmeniu. Todėl įstatymas turi numatyti tam tikras priemones, kaip išvengti šios teisinės kolizijos, kada be paciento sutikimo gydymas negali būti skiriamas, išskyrus atvejį, kai pacientas yra priverstinai hospitalizuotas. Įstatyme turi būti numatyta kompleksinė pagalba šeimai krizinėje situacijoje.

Apibendrinant galima teigti, jog Lietuvos teisinė bazė, kuri liečia psichikos negalią turinčius asmenis turi būti radikaliai atnaujinta ir papildyta. Lietuvos Respublikos įstatymai turi užtikrinti, kad minėtiems asmenims privalo būti prieinami visi galimi pagalbos būdai ir paslaugos, kuriais paprastai naudojasi ir kiti visuomenės nariai. Taigi turėtų būti vadovaujama vadinamuoju normalizacijos principu – žmogus su psichikos sveikatos sutrikimais ar negalia neturi būti išskirtas. Žmonės, paliesti psichosocialinės ar proto negalios, privalo turėti teisę gyventi kuo mažiau suvaržytoje socialinėje aplinkoje ir tenkinti savo individualius poreikius. Psichikos sveikatos sutrikimo diagnozės nustatymas nėra pagrindas pažeisti žmogaus teises, todėl nuostatos, kurios yra įtvirtintos JT Neįgalųjų teisių konvencijoje privalo atsispindėti ir Psichikos sveikatos priežiūros įstatyme.

Praktinio įgyvendinimo analizė:

- ✓ LR įstatymuose įtvirtintos nuostatos, kad bendruomenėje esančių PSC specialistai privalo suteikti paslaugas visiems besikreipiantiems, dėl to nėra išskiriami pacientų srautai pagal pagalbos poreikius.
- ✓ Darbo apmokėjimas už paslaugas bendruomenės PSC yra ne už konkretų atliktą darbą, bet už prisirašiusį prie PSC gyventoją per metus (šiuo metu ši suma yra apie 3 Eur per metus, skiriama teritorinių ligonių kasų iš PSDF). Paslaugos apmokamos istoriniu principu, todėl naujoms paslaugoms bendruomenėje sukurti nėra numatomi finansavimo šaltiniai.
- ✓ Egzistuoja dideli geografiniai skirtumai tarp bendruomenėje teikiamų paslaugų (pvz.: socialinės atskirties rajonuose lyginant su urbanistiniais centrais) apimtys, prieinamumo, kokybės, veiksmingumo ir efektyvumo vertinimo, specialistų kvalifikacijos kėlimo ir jų aprėpties. Iš 5-ių modernių psichikos sveikatos priežiūros komponentų (pagal PSO, 2001) LR

1997-2014 m. buvo teikiami tik 2 (psichofarmakoterapija ir iš dalies psichoterapija). Kiti 3 paslaugų komponentai (psichosocialinė reabilitacija, profesinė reabilitacija ir būsto programos) valstybės lygmeniu nėra integruoti į esamą bendruomenės paslaugų sistemą.

- ✓ Bendruomenėje teikiamų paslaugų spragos, padidintos rizikos asmenų poreikiai nėra vertinami. Paslaugų teikiamų bendruomenėje vadyba nesiremia individualiu asmens ar šeimos poreikių įvertinimu, prioritetų analize bei pagalbos plano vykdymu ir vertinimu.
- ✓ Atskiros paslaugų teikėjų grandys nepakankamai bendradarbiauja ir komunikuoja tarpusavyje, iki galo nėra aiškios atskirų grandžių atsakomybės už problemų atpažinimą ir pagalbos teikimo paskirstymas. Tarpsektorinis bendradarbiavimas su slaugos, socialinio darbo, teisėsaugos, visuomenės sveikatos, mokslo ir švietimo, kultūros specialistais ir įstaigomis, kuriant bendruomenės pagalbos tinklą, nėra koordinuojamas sistemingai.
- ✓ Smurto ir patyčių prevencijos programos mokyklose, psichologinės pagalbos telefonu ir internetu programos yra santykinai vidutinės aprėpties, o prevencinių programų, skirtų psichikos sveikatos stiprinimui, pavyzdžiai, kurie yra vykdomi savivaldybėse, yra mažos aprėpties, neturi tęstinio finansavimo. Psichologinės gerovės išlaikymo ir didinimo (*angl. wellbeing flourishing*) tikslai nėra įtraukti į nė vieną valstybinę veiksmų programą.
- ✓ Su alkoholio vartojimu susijusių sveikatos ir socialinių bei ekonominių problemų mastai kasmet didėja, dėl to nepakanka valstybinio mastu vykdomos alkoholio prieinamumo kontrolės ir švietimo apie alkoholio žalos atpažinimą. Stinga visuotinai, sistemingai vykdomų alkoholį vartojančių asmenų informavimo ir mokymo susilaikyti visose sveikatos priežiūros ir socialinės pagalbos grandyse programų, alkoholio vartojimo stabdymo, pagalbos artimiesiems ir kt. veiksmingų programų bei politinių veiksmų apribojančių besaikį alkoholio vartojimo plitimą.

PAVYZDŽIAI

Socialinės reabilitacijos paslaugos:

1. Socialinės reabilitacijos paslaugos teikiamos asmenims siekiant:
 - a. suformuoti arba atkurti socialinius ir savarankiško gyvenimo įgūdžius,
 - b. padėti įsigyti išsilavinimą,
 - c. užtikrinti galimybes dalyvauti visuomenės gyvenime bei darbo rinkoje.
2. Skiriamos šios pagrindinės socialinės reabilitacijos paslaugos:
 - a. socialinių ir savarankiško gyvenimo įgūdžių ugdymas, palaikymas bei atkūrimas,

- b. motyvacijos įsigyti išsilavinimą ir dirbti didinimas,
 - c. meninių, sportinių bei kitų gebėjimų lavinimas.
3. Už socialinės rehabilitacijos paslaugų teikimo organizavimą ir šių paslaugų kokybės užtikrinimą atsako SADM ir savivaldybių institucijos.

Pastaba: Atsižvelgiant į Neįgalųjų socialinės integracijos įstatymo nuostatas lieka neaiškus nevyriausybinių organizacijų vaidmuo bei tarp-institucinis bendradarbiavimas ir kitų institucijų (pvz., Sveikatos apsaugos, Švietimo ir mokslo ministerijų) atsakomybė. Socialinės rehabilitacijos bendruomenėje paslaugos teikiamos per Nacionalinės neįgalųjų socialinės integracijos 2013 - 2019 m. programos finansuojamas priemonės. Socialinės rehabilitacijos paslaugų teikimą reglamentuoja „Socialinės rehabilitacijos paslaugų neįgaliesiems bendruomenėje projektų finansavimo tvarkos aprašas“ patvirtintas Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2012 m. liepos 20 d. įsakymu Nr. A1-345. Vadovaujantis aprašu, projektų remiama veikla (paslaugos) yra bendro pobūdžio, nėra aiškiai įvardintos tikslinės grupės pagal negalios pobūdį. Vykdamas projektus nėra vertinamas asmens paslaugų poreikis, asmens individuali situacija prieš teikiant paslaugas ir po to, kai jos buvo suteiktos, ataskaitose reikalaujami teikti duomenys rodo tik paslaugų gavėjų skaičių, tačiau nerodo jų situacijos pagerėjimo.

Socialinės rehabilitacijos paslaugų neįgaliesiems bendruomenėje aprašo pakeitimai, siūlomos remtinios veiklos asmenims su psichikos sveikatos sutrikimais ar negalia

1. Informavimas, konsultavimas, atstovavimas, teigiamos emocinės būsenos palaikymas. Informavimas ir konsultavimas galėtų sudaryti iki 20 proc. bendruomenių projektuose numatytų ir vykdomų veiklų (konsultavimas ir informavimas yra būtinas nukreipiant asmenis į reikalingas institucijas ir tarnybas, sprendžiant mokesčių mokėjimo ir įsiskolinimo klausimus, būsto išlaikymo ir paramos klausimus bei kt.).
2. Reikalingas savarankiško gyvenimo įgūdžių ugdymas ir palaikymas (kompiuterinio raštingumo, maisto gamybos, asmeninės higienos ir priežiūros, bendravimo įgūdžių lavinimo užsiėmimai ir pan.). Savipagalbos grupių organizavimas – asmenų turinčių negalią ir jų šeimos narių patirties sklaida, dalinimasis išgyvenimais, emocinės pusiausvyros išlaikymas, naujų tinkamesnių problemų sprendimo būdų ieškojimas, socializacijos skatinimas.

Reikalinga psichologinė pagalba asmenims turintiems negalią bei jų šeimos nariams (sliai):

- a) Suteikti informaciją apie sutrikimus ir ligų bei žalingų įpročių prevenciją, diegti sveikos

gyvensenos normas;

- b) Pagerinti bendravimo įgūdžius ir būdus šeimoje;
- c) Pagerinti psichologinio prisitaikymo strategijas;
- d) Paskatinti įtraukimą į bendruomenės veiklas už šeimos ribų;
- e) Įveikti emocines krizes, mažinti kritiškumą ir per dideles emocijas, naudojant elgesio ir kognityvinės – elgesio terapijos metodus.
- f) Tikslai pasiekiami organizuojant šeimos sesijas ar artimųjų savitarpio pagalbos grupes, atokvėpio ir aktyvaus poilsio stovyklas neįgaliųjų artimiesiems ar jų globėjams.

Reikalingas teisinės pagalbos stiprinimas neįgaliųjų NVO organizacijose:

Galimybė teikti pirminę teisinę pagalbą, atstovauti teisėsaugos institucijose, bendradarbiauti antstoliais ir spręsti įsiskolinimų ir turto valdymo klausimus, analizuoti diskriminacijos apraiškas, išnagrinėti skundus ir t.t.

VIZIJA

Vyraujantis Socialinis neįgalumo modelis (*angl. social model of disability*), į asmenį orientuotas požiūris (*angl. person-centred approach*) ir į rezultatus sukoncentruota praktika (*angl. outcomes-focused practice*). Bendruomenėje, arti žmogaus teikiamos paslaugos, atitinkančios jo asmeninius individualius poreikius ir galimybes. Atvejo vadybos metodo taikymas bendruomeninių paslaugų organizavimui, koordinavimui, peržiūrėjimui ir tęstinėms konsultacijoms teikti. Kompleksiniai finansavimo srutai ir sistemos (SADM, SAM, ŠMM). Pagarba žmogui, jo individualumui ir asmeninio orumo paisymas. Konfidencialumo principų užtikrinimas ir vykdymas visose srityse (PSO rekomendacijų sritys, reikalingų bendruomeninių paslaugų spektrui):

- ✓ Psichologinė pagalba;
- ✓ Psichosocialinė rehabilitacija;
- ✓ Psichiatrinė pagalba/medikamentinis gydymas;
- ✓ Būstas;
- ✓ Darbas;
- ✓ Užimtumas;
- ✓ Švietimas.

Konkrečios rekomenduojamos bendruomeninių paslaugų sritys vystymui:

- ✓ Atvejo vadybos metodo taikymas (asmenų individualių poreikių ir galimybių nustatymo bei peržiūrėjimo, paslaugų organizavimo, koordinavimo ir peržiūrėjimo sistema ir metodika);
- ✓ Gyvenimas namuose su lankančia pagalba (lankančios pagalbos/asmeninio asistento paslaugų tinklo kūrimas, darbuotojų kvalifikacija, mokymai, stebėseną);
- ✓ Laikinojo atokvėpio paslauga tėvams/globėjams (tėvų/globėjų poreikių ir galimybių nustatymas ir peržiūrėjimas);
- ✓ Registruotų/apmokytų savanorių paslaugos bendruomenėje ir stebėseną;
- ✓ Apsaugoto būsto modeliai, savarankiško gyvenimo namai bei kitos paslaugos teikiamos asmens namuose (*angl. supported living*);
- ✓ PS/ASS bendruomenės/paslaugų vartotojų forumai ir platformos/paslaugų vartotojų judėjimas ir savipagalbos grupės ir paslaugos;
- ✓ Pagalba įsidarbinti ir dirbti, lydimoji pagalba įsidarbinus;
- ✓ Pagalba mokytis bei integracija į bendrojo lavinimo įstaigas;
- ✓ Bendro bendruomenėje teikiamų paslaugų sistemos stebėsenos/ monitoringo mechanizmo sukūrimas ir valdymas.

Konkretūs siūlymai egzistuojančios sistemos ilgalaikei reformai:

- ✓ Psichikos sveikatos centruose teikiamas paslaugas sugrupuoti pagal gydymo programas. Gydymo programos turi būti paremtos individualiu poreikių įvertinimu bei išsamiomis sveikatos, socialinės ir psichologinės pagalbos pacientams ir jų globėjams, teisinės pagalbos pacientams, pagalbos organizuojant laisvalaikį ir užimtumą ir kt. veiksmingomis priemonėmis. Visos gydymo programos turi suteikti asmenims ir jų artimiesiems „sveikimo“ (*angl. recovery*) kryptį, kurių sudėtinė dalis yra ir pacientų bei artimųjų savitarpio pagalba (individuali ar grupėje) bei psichoedukacija;
- ✓ PSC apmokėjimas už paslaugas turi būti diferencijuojamas, t. y. kapitalizacijos modelio lėšos (kai įstaigai mokama už visus prie asmens sveikatos priežiūros įstaigos prisirašiusius asmenis apie 3 Eur per metus) naudojamos asmenų psichikos sveikatos patikroms bei pažymoms išduoti. Pacientams, kuriems reikalingos tam tikros gydymo programos pagal gydymo protokolus, gydymas turi būti apmokamas priklausomai nuo suteiktų konsultacijų skaičiaus. Alternatyvus modelis - įkainoti konkretaus gydymo protokolo kaštus ir įstaigai

mokėti už suteiktas konkretaus asmens gydymo paslaugas pagal tam tikrą protokolą (ne už kiekvieną konsultaciją);

- ✓ Psichosocialinės reabilitacijos paslaugos turi būti apmokamos arba įkainojant jas į tam tikrą gydymo protokolą, arba atskira eilute (kaip konkrečiai asmeniui suteiktos konsultacijos). Atvejo vadybos metodika, kuri apima individualių asmens ar šeimos poreikių įvertinimus, prioritetų analizę bei pagalbos plano vykdymą ir vertinimą, turi būti susieta su paslaugų kaštų apmokėjimu, kai atvejų vadybininkas valdo asmens sveikatos biudžetą, derina išlaidų biudžetus su teritorine ligonių kasa, siekiant tinkamo balanso tarp suteiktų paslaugų ir kaštų;
- ✓ Psichoterapija ir psichologinis konsultavimas, kurie apmokami iš PSDF, turi būti prieinami asmenims, kuriems diagnozuojami asmenybės sutrikimai, organiniai psichikos sutrikimai, schizofrenija, schizoafektinis ir kiti psichoziniai sutrikimai, nuotaikos (afektiniai sutrikimai), streso sukelti, nerimo, adaptacijos, somatoforminiai ir kiti nerimo sutrikimai, kiti psichikos ir elgesio sutrikimai. Apmokamos veiksmingos trumpalaikės psichoterapijos (sisteminė, dialektinė elgesio, specifinės kognityvinės elgesio terapijos ir kt.);
- ✓ Asmens sveikatos priežiūros kokybės gerinimo sistema turi būti sukurta visose ambulatorinėse įstaigose, apimanti reguliarias supervizijas ir psichikos sveikatos centrų komandų raidos strategijas, kai jas vertina ir prižiūri kitų įstaigų specialistai, profesionalų (gydytojų psichiatrų, psichologų, slaugytojų, socialinių darbuotojų, meno terapeutų ir pan.) asociacijų atstovai. GKK darbas nelaikomas tokia veikla;
- ✓ Tarpsektorinis bendradarbiavimas su slaugos, socialinio darbo, teisėsaugos, visuomenės sveikatos, mokslo ir švietimo, kultūros specialistais ir įstaigomis kuriant bendruomenės pagalbos tinklą užtikrinamas kuriant aktyvaus gydymo ir ankstyvos intervencijos komandas (pirmojo psichozės epizodo, valgymo sutrikimų, depresijos, asmenybės sutrikimų ir kt.);
- ✓ Mobilie psichologinių krizių įveikimo tarnyba sukurama prie savivaldybių švietimo įstaigas koordinuojančių organizacijų, kuri užtikrina savižudybių prevencijos ir postvencijos veiklas tam tikroje teritorijoje;
- ✓ Sunkiomis lėtinėmis psichikos sveikatos ligomis sergantieji lankomi slaugytojų namuose, jiems koordinuojama pagalba bendruomenėje (būstas, socialinė pagalba) pagal atvejo vadybos modelį.
- ✓ Asmenims, padariusiems nusikalstamą veiką ir dėl psichikos sveikatos sutrikimų pripažintiems nepakaltinamiems, priverstinis ambulatorinis gydymas vykdomas

koordinuojant veiksmus su teismų ir policijos pareigūnais. Visi priverstinio gydymo atvejai (kilę tiek dėl nusikaltimo, tiek ir dėl pavojaus aplinkiniams ar sau pačiam, stacionare ar ambulatoriškai) žinomi žmogaus teisių gynimo organizacijoms, kurios esant reikalui, padeda gauti nepriklausomas konsultacijas.

PASIŪLYMAI

1. Bendruomeninių paslaugų įteisinimas, užtikrinant NVO ir privačių teikėjų lygiateisiškumą paslaugų teikime

Turi būti parengta Bendruomeninių paslaugų koncepcija ir teisinis aprašas, reikalinga egzistuojančios teisinės bazės analizė ir teisės aktų pakeitimai, o taip pat viešosios diskusijos renginiai dėl NVO ir privačių teikėjų lygiateisiškumo įtvirtinimo, dalyvaujant užsienio ir Lietuvos ekspertams.

2. Atvejo vadybos programos įdiegimas

Kaip pirmas žingsnis, reikalingas atvejo vadybos funkcijų priskyrimas PSC socialiniams darbuotojams, egzistuojančios teisinės bazės analizė ir teisės aktų pakeitimai, atvejo vadybos finansavimo tvarkos aprašo parengimas, atvejo vadybos mokymo metodikos parengimas, PSC socialinių darbuotojų apmokymai pilotinėse vietovėse (Vilniaus m. Antakalnio seniūnijoje, Panevėžio mieste ir Kupiškio rajone).

Organizuojant bendruomenines paslaugas asmenims, turintiems psichikos sveikatos sutrikimų ar negalią, yra būtinas atvejo vadybos metodo taikymas, apjungiant aukščiau įvardintų būtinausių paslaugų teikimą bei numatant tokios paslaugos aprašymą, reglamentavimą bei finansavimo instrumentus. Atvejo vadybos modelis yra koordinacinis požiūris į paslaugų teikimą, pastaruoju metu susilaukęs ypač daug dėmesio globaliu mastu. Jis pasirodė esąs naudingas vaikų bei suaugusiųjų gerovės ir protinės sveikatos (ypač dirbant su psichikos sveikatos sutrikimais), vystymosi negalios ir gerontologijos srityse. Siūloma jį taikyti, kai asmeniui reikia paslaugų iš kelių socialinių ar sveikatos paslaugų teikėjų. Atvejo vadybininkas padeda asmeniui orientuotis paslaugų sistemoje, efektyviai gauti reikalingas paslaugas ir tenkinti kompleksinius jo poreikius; atvejo vadybos metodas remiasi individualiu požiūriu į klientą. Atvejo vadyba yra “procesas arba metodas užtikrinantis, kad psichikos sveikatos priežiūros paslaugų vartotojui yra suteikiamos reikalingos paslaugos. Visa pagalba klientui yra koordinuojama, efektyviai ir produktyviai (*angl.*

efficient) planuojama ir teikiama.” (Baker ir Intagliata, 1992).

Galima išskirti 4 pagrindinius, bazinius principus, kurie yra būtini sėkmingam atvejo vadybos proceso užtikrinimui (Baker ir Intagliata, 1992). Jie yra:

- ✓ *Paslaugų, priežiūros tęstinumas.* Klientas gauna nuoseklias ir visas reikalingas paslaugas tiek laiko kiek jam reikia ir tada, kada jam reikia.
- ✓ *Prieinamumas.* Klientui yra prieinamos jam reikalingos paslaugos.
- ✓ *Atsiskaitomumas.* Sistema prisiima atsakomybę už tas paslaugas, kurios yra suteikiamos klientui.
- ✓ *Produktyvumas.* Paslaugos yra teikiamos tinkamai ir taupiai.

Teikiant vartotojams reikiamas paslaugas, jas koordinuojant, efektyviai ir produktyviai planuojant, atvejo vadybininkas turi atlikti pagrindines funkcijas. Skirtingi autoriai išskiria daug įvairių funkcijų, tačiau gera atvejo vadyba turi turėti šias penkias pagrindines funkcijas:

- ✓ *Įvertinimas.* Kliento poreikių identifikavimas.
- ✓ *Planavimas.* Nuoseklaus paslaugų klientui plano sudarymas.
- ✓ *Suradimas.* Klientui reikiamų paslaugų suradimas ir užtikrinimas, kad jos būtų teikiamos.
- ✓ *Monitoringas.* Užtikrinimas, stebėjimas, kad paslaugos tikrai yra teikiamos klientui.
- ✓ *Vertinimas.* Kliento atsiliepimų apie gaunamas paslaugas vertinimas ir tolimesnės pagalbos užtikrinimas.

Mokslininkai tai pat teigia, kad gera atvejo vadyba taip pat gali turėti ir šiuos uždavinius: pasiekti tuos klientus, kurie sunkiai įsitraukia į pagalbos procesą arba netgi jai priešinasi; atstovauti klientų teises ir interesus, kad jie galėtų gauti jiems reikalingas paslaugas ir kitose institucijose ar programose; patys atvejo vadybininkai gali teikti tiesiogines paslaugas savo klientams.

Atvejo vadybos metodo taikymas ypač svarbus ir profesinėje reabilitacijoje siekiant ilgalaikių neįgaliųjų integracijos į darbo rinką rezultatų. Šiuo metu, Vilniaus psichosocialinės reabilitacijos paslaugų centro duomenimis, atvejo vadybos paslaugos įmanomos, teikiamos, finansuojamos, tol, kol klientai dalyvauja profesinės reabilitacijos programoje. Pasibaigus programai vėliau atvejo vadybos paslaugos nėra finansuojamos, o klientų palaikymas, ypač tariantis dėl darbo sąlygų, jų stebėjimas ir darbas su darbdaviais dėl kliento ilgesnio išsilaikymo darbo vietoje nutrūksta. Specialistų teigimu tokių paslaugų, lydimosios pagalbos ir tęstinumo nebuvimas neleidžia pasiekti

teigiamų rezultatų ir ilgiau išlikti asmenims turintiems negalią darbo rinkoje.

3. Nuoseklaus aprūpinimo būstu pagal asmenų, turinčių negalią, poreikius modelio parengimas

Turi būti parengtas paslaugų teikimo grandinės aprašymas, siekiant sukurti tęstinę ir racionalią asmenų, turinčių negalią, aprūpinimo tinkamu būstu, minimizuojant jų izoliavimą nuo visuomenės, sistemą.

Atkreiptinas dėmesys, kad šiuo metu šalyje neteikiamos apsaugoto būsto paslaugos asmenims, turintiems psichikos sveikatos sutrikimų ar negalią. Šios paslaugos, tai ribotam laikotarpiui (iki 3 metų) žmogui, turinčiam psichikos sveikatos sutrikimų, suteikiamas būstas su specialistų (psichikos sveikatos srities, socialinio darbo, atvejo vadybininkais) pagalba po stacionarinio gydymo ar ligos paūmėjimo, ar sprendžiant susidariusias krizines situacijas. Su asmeniu sudaroma trumpalaikė sutartis, numatomos paslaugų teikimo sąlygos bei taisyklės, grįžimo į bendruomenę ar šeimą pasibaigus programai būtinausios sąlygos ir alternatyvos. Pažymėtina, kad ES šalyse apsaugoto būsto paslaugos plačiai paplitusios, kitaip dar vadinamos „pusiaukelės namais“, kurių tikslas ne tik laikino gyvenamojo būsto suteikimas, bet ir negalią turinčio asmens savarankiško gyvenimo įgūdžių atkūrimas bei įgalinimas bendruomenėje. Šių paslaugų atsiradimas turėtų aukštą pridėtinę vertę, sprendžiant iš dalies savarankiškų asmenų trumpalaikio apgyvendinimo, savarankiškumo didinimo ir krizinių situacijų valdymo problemas, būtų viena iš alternatyvų ilgalaikiai socialinei globai, sukurtų naujas darbo vietas, įtraukiant ir pačius asmenis turinčius negalią į paslaugų teikimą, padidintų žmogaus teisių apsaugos įgyvendinimo galimybes Lietuvoje.

Atkreiptinas dėmesys, kad atskirose Vakarų valstybėse taikomi skirtingi apsaugoto būsto modeliai, todėl siūloma ekspertų komandose įvertinti tokių paslaugų poreikį, reglamentuoti paslaugų teikimą ir numatyti aiškius finansinius mechanizmus bei institucijų atsakomybę.

4. Koordinuotos pagalbos asmenims, turintiems autizmo spektro sutrikimų ir jų artimiesiems, modelio sukūrimas

Turi būti parengtos ir platinamos metodinės rekomendacijos, skirtos specialistams, kaip dirbti su asmenims, turinčiais autizmo spektro sutrikimų ir jų artimiesiems, reikalingi specialistų apmokymai pilotinėse vietovėse (Vilniaus m. Antakalnio seniūnijoje, Panevėžio mieste ir Kupiškio rajone).

Privalu įteisinti moksliskai pagrįstas elgesio terapijas, pritaikytas individualiems poreikiams ir sukurti jų kokybės kontrolės mechanizmus. Taip pat parengti įteisintų elgesio terapijų metodikas ir sukurti jų prieinamumo tinklus bendruomenėje.

3. Pirminės psichikos sveikatos priežiūros pertvarka

Dr. Robertas Povilaitis

Prof. Dainius Pūras

Robertas Petronis

SANTRAUKA

Išanalizavus pirminiame sveikatos priežiūros lygyje teikiamas psichikos sveikatos priežiūros paslaugas, matyti, kad Psichikos sveikatos centruose šiuo metu dominuoja medikamentinis gydymas, nes jis lengvai prieinamas visiems. Tuo tarpu psichologinio konsultavimo/psichoterapijos paslaugos šiame lygyje prieinamos tik 4,33 proc. psichikos sutrikimus turinčių asmenų. Todėl turi būti ženkliai plėtojamos ir apmokamos iš PSDF lėšų psichologinės paslaugos, teikiamos antriniame sveikatos priežiūros lygyje. Sunkius psichikos sutrikimus turintiems asmenims turi būti diegiamos psichosocialinę reabilitaciją teikiančios, antrinio sveikatos priežiūros lygio specialistų komandos. Pirminiame lygyje veikiančių psichikos sveikatos centrų funkcijos, atsižvelgiant į jų ribotus žmogiškuosius išteklius, turi būti patikslintos numatant jų realias galimybes teikti prevencines ir klinikines paslaugas.

ANALIZĖ

Ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugos

Ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugos Lietuvoje yra teikiamos pirminiame sveikatos priežiūros lygyje dirbančių bendrosios praktikos gydytojų ir Psichikos sveikatos centruose bei antrinės psichikos sveikatos priežiūros lygyje savivaldybėms priklausančiose ligoninėse, kuriose dažniausiai veikia konsultaciniai skyriai arba kabinetai. Taip pat analizuotas dienos stacionarų darbas, nes tai yra paslaugos teikiamos medicinos įstaigoje, tačiau pacientas gyvena savo namuose. Dienos stacionaras - tai tarpinė grandis tarp stacionarinio ir ambulatorinio gydymo arba dalinė hospitalizacija. Jame pacientai dieną gali būti gydomi psichotropiniais medikamentais, taikomos įvairios psichiatrinės reabilitacijos priemonės, psichoterapija. Tretinio lygio ambulatorinės paslaugos teikiamos trijose medicinos priežiūros įstaigose – Kauno universitetinės ligoninės poliklinikoje, Vilniaus Santariškių ligoninės poliklinikoje ir Respublikinėje Vilniaus psichiatrijos

ligoninėje. Tretinio lygio paskirtis – konsultuoti pačios sunkiausios būklės pacientus ir spręsti konfliktinius klausimus, kuriems dažnai pasitelkiamos gydytojų konsultacinės komisijos.

Psichikos sveikatos priežiūros specialistai

Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenimis 2013 m. buvo užimti 165,20 suaugusiųjų ir 29,07 vaikų psichiatrų etatai, 191,74 slaugytojų, 145,95 socialinių darbuotojų ir 98,39 psichologų etatų. Viso 630,35 etato. Į šį skaičių nėra įtraukta informacija apie dienos stacionare ar stacionare dirbančių specialistus.

Paslaugų teikimo apimtys, pacientų skaičius

Higienos instituto ataskaitoje apie sergančiuosius psichikos ligomis, yra pateikiama statistinė informacija apie dispanserinę ir konsultacinę priežiūrą pagal F kodus, kur pateikiamas asmenų įrašytų į įskaitą, išbrauktų ir esančių įskaitoje metų pabaigoje asmenų skaičius, žmonių su psichikos negalia skaičius, apsilankymų pas psichiatrą skaičius ir Psichikos sveikatos centruose esančių specialistų etatų skaičius.

Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenimis, Lietuvoje dispanserinės ir konsultacinės priežiūros įskaitoje 2011 m. pabaigoje buvo 102.874 pacientų. Ambulatoriniame lygmenyje 2011 metais užfiksuoti 600.806 suaugusiųjų apsilankymai pas psichiatrą, 9.652 paauglių ir 21.515 – vaikų, iš jų dėl ligos – 523.065. Lieka neaišku, ką reiškia žmogaus buvimas įskaitoje. Taip pat nėra aišku, ką reiškia apsilankymų pas psichiatrą skaičius. Higienos instituto duomenų bazėje galima rasti informaciją, kad 2013 m. ligotumas psichikos ligomis (F0-F99) 100.000-ių gyventojų buvo 7095. Ligtumas apibrėžiamas kaip asmenų, kuriems metų bėgyje ambulatorinėse ar stacionarinėse sveikatos priežiūros įstaigose naujai arba pakartotinai užregistruota tam tikra liga arba trauma, skaičius. Remiantis Lietuvos statistikos departamento duomenis, 2013 m. Lietuvoje gyveno 2.971.905 gyventojų. Atsižvelgiant į gyventojų skaičių Lietuvoje, galima teigti, kad ligotumas psichikos ligomis visoje Lietuvoje buvo **210.849** asmenų.

Apie teikiamas paslaugas

Pirminėje grandyje pagalbą psichikos sutrikimų turintiems žmonėms teikia šeimos gydytojai, atsakingi už pirminę fizinės ir psichikos sveikatos priežiūrą. Pagal 2005 m. gruodžio 22 d. Nr. V-1013 SAM įsakymą “Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“ šeimos gydytojai turėtų gydyti neurozinius sutrikimus, depresija sergančius pacientus, organinius psichikos sutrikimus, pradėti ir, atsižvelgus į specialistų

konsultacijas, tęsti lėtinių psichikos ligų gydymą. Viešai pateikiamos informacijos apie šeimos gydytojų gydomų pacientų, turinčių psichikos ir elgesio sutrikimų, skaičių ir gydymo būdus, nepavyko rasti.

Pagal SAM ministro įsakymą 2012 m. rugsėjo 17 d. Nr. V-861 „Dėl pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“, Psichikos sveikatos centro veikla turi apimti: būtinąją medicinos pagalbą, ambulatorinę psichikos sveikatos priežiūrą bei psichikos sveikatos stiprinimą bei psichikos sutrikimų prevenciją. Psichikos sutrikimų gydymas turėtų apimti psichofarmakoterapijos, psichologinio konsultavimo/psichoterapijos, psichosocialinės reabilitacijos paslaugas, psichikos sveikatos slaugos, socialinės pagalbos paslaugas. Pagal 1999 m. gegužės 27 d. Nr. 256SAM ministro įsakymą „Dėl pirminio, antrinio ir tretinio lygių psichiatrijos ir psichoterapijos paslaugų teikimo suaugusiems reikalavimų bei bazinių kainų tvirtinimo“, į Psichikos sveikatos centrą galima kreiptis dėl visų psichikos sutrikimų. Į aukštesnio lygio psichikos sveikatos priežiūros įstaigas rekomenduojama kreiptis, esant kai kurių sutrikimų paūmėjimui, diagnozės tikslinimui ar gydymo korekcijai.

Sugretinę informaciją, kurią galima rasti Higienos instituto pateikiamoje statistikoje ir Psichikos sveikatos centro veiklą reglamentuojantį 2012 m. rugsėjo 17 d. Nr. V-861 įsakymą „Dėl pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“, galime matyti, kad statistikoje nėra pateikiama informacija apie įvairias Psichikos sveikatos centrų teikiamas paslaugas, paslaugų turinį ir apimtis. Nėra galimybės sužinoti kokia apimtimi Psichikos sveikatos centruose yra: propaguojama sveika gyvensena (aprašo 6.2.1. punktas), vykdoma psichikos sutrikimų prevencija, ypatingą dėmesį skiriant depresijos ir savižudybių prevencijai (6.2.2.), įgyvendinamos psichikos sveikatos stiprinimo priemonės (6.2.3.), teikiamos psichiatrinių krizių intervencijos paslaugos (6.2.6.), teikiama psichologinę pagalbą asmenims, turintiems psichikos sutrikimų, ir jų artimiesiems (6.2.8.), teikiamos psichofarmakoterapijos, asmens, šeimos konsultavimo, psichiatrinės abilitacijos, psichosocialinės reabilitacijos paslaugos (6.2.10.), teikiamos psichikos sveikatos slaugos, socialinės pagalbos paslaugos (6.2.12.), kokiais atvejais siunčia pacientus gauti antrinio ar tretinio lygio ambulatorinių ar stacionarinių paslaugų (6.5.), siunčiami dėl neįgalumo, darbingumo lygio ir specialiųjų poreikių nustatymo (6.7.), kartu su socialinės globos ir rūpybos įstaigomis, organizacijomis teikiama socialinė pagalba, kaip ir su kuo yra bendradarbiaujama teikiant reabilitacijos ir abilitacijos paslaugas (6.10.).

Psichikos sveikatos centruose ženkliai trūksta psichologinio konsultavimo/psichoterapijos paslaugų. 2013 m. buvo užimta 98,39 psichologo etatų. Kadangi metuose yra 252 darbo dienos, 1

psichologas dirbtų 232 dienas (atėmus atostogas), tai sudarytų 1856 darbo valandas per metus. Padarius prielaidą, kad apie 50 proc. psichologo darbo sudaro psichologinis įvertinimas, kvalifikacijos kėlimas, psichologiniam konsultavimui/psichoterapijai liktų 928 val. Tokiu būdu, 98,39 psichologo etatų galėtų užtikrinti 91.306 konsultavimo/psichoterapijos valandas.

Remiantis statistine informacija, galime teigti, kad 2013 m. psichikos ir elgesio sutrikimų turėjo 210.849 asmenų. **Esančių psichologų darbo laiko pakaktų 4,33 proc. pacientų, skiriant po 10 psichologinio konsultavimo/psichoterapijos sesijas.** Padarius prielaidą, kad tuo atveju, jeigu pusei šių pacientų (t. y. 105.425) būtų paskirtas 10 seansų psichologinis gydymas, reikėtų 1.054.245 psichologinio konsultavimo/psichoterapijos valandų. Esant dabartiniam psichologų kiekiui galima būtų užtikrinti 91.306 val., t. y. 8,7 proc. nuo reikalingo kiekio. Trūktų 962.939 val. Šiam poreikiui patenkinti reikėtų 1038 papildomų psichologų etatų (jeigu psichologai per dieną skirtų 4 psichologinio konsultavimo/psichoterapijos seansus) arba 692 papildomų psichologų etatų (jeigu psichologai per dieną skirtų 6 psichologinio konsultavimo/psichoterapijos seansus). Jeigu trūkstamos psichologinio konsultavimo/psichoterapijos paslaugos būtų perkamos iš privačių teikėjų minimalia rinkos kaina (apie 70 Lt), reikėtų **67,4 mln.** litų (**19,52 mln.** Eur). Palyginimui galime pateikti informaciją, kad psichotropinių vaistų kompensavimui 2010 m. buvo skirta 67,1 mln. litų (19,43 mln. Eur).

2013 m. gegužės 9 d. Nr. V-475 SAM įsakymas dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymo Nr. V-943 „Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“ pakeitimo numato, kad psichologo maksimalus aptarnaujamų gyventojų skaičius sumažės nuo 40.000 gyv. iki 20.000 gyv. Po tokio įsakymo įgyvendinimo, psichologo etatų skaičius išaugtų 50-ia etatų ir iš viso sudarytų apie 150. Šių psichologų galimybės teikti psichologinio konsultavimo/psichoterapijos paslaugas išaugtų nuo 92.976 val. iki 139.200 val. ir tai sudarytų **13,5 proc.** nuo reikalingo valandų kiekio. Nuo tokio etatų skaičiaus padidavimo psichologinių paslaugų prieinamumas išaugtų labai neženkliai, atsižvelgiant į ženkliai didesnį poreikį.

Antrinio lygio psichikos sveikatos priežiūros įstaigose pacientai gali nemokamai gauti tris psichiatro konsultacijas, už kurias ligonių kasos kompensuoja po 37,47 lito (10,85 Eur). Tretiniame lygyje ligonių kasos apmoka tris psichiatro konsultacijas po 64,08 lito (18,56 Eur). Psichiatrui skyrus psichoterapinį gydymą, ligonių kasos papildomai apmoka 24 psichoterapijos užsiėmimus per metus (viena valanda kainuoja 35,9 Lt (10,40 Eur)). Ekspertų teigimu, dėl neadekvačių įkainių įstaigoms,

nėra motyvacijos teikti paslaugą, prašant apmokėjimo iš ligonių kasų. Individualiems teikėjams iš viso nėra galimybės teikti šias paslaugas apmokant jas iš ligonių kasų.

Ši psichoterapinės pagalbos trūkumą iš dalies kompensuoja privačios sveikatos priežiūros įstaigos ir individualiai paslaugas teikiantys asmenys, į kuriuos vis dažniau kreipiasi pacientai, siekiantys privatumo ir galintys savarankiškai susimokėti už konsultaciją 70 litų (20,27 Eur) ar daugiau. Jeigu psichoterapijos paslaugas teikianti įstaiga turi sutartį su ligonių kasa, už tris apsilankymus bus kompensuojama po 37,47 lito (10,85 Eur). Privačios psichoterapijos paslaugos nėra tiksliai apskaitomos ir informacija apie jų kiekį ir tikrąjį šio tipo paslaugų poreikį neatsiranda oficialioje statistikoje.

Nors Psichikos sveikatos centrų veiklos apraše nurodoma, kad šie centrai turi teikti psichosocialinės reabilitacijos paslaugas, nėra galimybių rasti informacijos apie tai, kokiomis apimtimis šios paslaugos yra teikiamos. Nors Psichikos sveikatos centrų skaičius nuo 2003 m. iki 2012 m. augo nuo 62 iki 104, asmenų patekusių į socialinės globos įstaigas tuo pačiu laikotarpiu išaugo nuo 5348 (2003 m.) iki 5991 (2011 m.). Jeigu Psichikos sveikatos centrai psichosocialinės reabilitacijos paslaugas teiktų didėjančia apimtimi, tai žmonių, kuriems būtų reikalinga nuolatinė socialinė, turėtų mažėti, o ne daugėti.

Išvados

- ✓ Šeimos gydytojo (BPG) kompetencijai priklauso kai kurių psichikos sutrikimų gydymas, tačiau nėra aišku, kiek šeimos gydytojai diagnozuoja šių sutrikimų ir kokį gydymą taiko. Kai kuriuos sutrikimus gali gydyti tiek šeimos gydytojas, tiek psichiatras Psichikos sveikatos centre. Lieka **neaišku, kuo skiriasi šeimos gydytojo taikomas gydymas nuo psichiatro taikomo gydymo.**
- ✓ **Psichikos sveikatos centruose teikiamų paslaugų sąrašas yra toks platus,** kad esant dabartiniams žmogiškiesiems resursams **nėra jokios galimybės jų teikti pakankamomis apimtimis.**
- ✓ **Kai kurios** Psichikos sveikatos centrams priskirtos **funkcijos galėtų būti perduotos vykdyti kitoms institucijoms.** Pvz.: veiklą, susijusią su psichikos sveikatos stiprinimu ir psichikos sutrikimų prevencija, galėtų būti perduoti vykdyti Visuomenės sveikatos centrams.
- ✓ Psichikos sveikatos centro veiklą reglamentuojantis dokumentas nurodo, kokias veiklas ir prevencines, gydymo ir reabilitacijos paslaugas centras turi teikti, tačiau **statistikoje apie psichikos sutrikimus turinčius asmenis negalima rasti informacijos apie daugumą**

centrams priskiriamų paslaugų ir jų teikimo apimčių.

- ✓ **Nėra aprašyti standartai kaip** (kiek užsiėmimų, kokios trukmės, kiek specialistų turi dalyvauti ir pan.) **turi būti teikiamos įvairios paslaugos** – pvz.: psichologinė pagalba asmenims, turintiems psichikos sutrikimų ar bandžiusiems žudyti, jų artimiesiems, asmens, šeimos konsultavimo, psichiatrinės abilitacijos, psichosocialinės reabilitacijos paslaugos, psichikos sveikatos slaugos, socialinės pagalbos paslaugos ir kt.
- ✓ **Ženkliai trūksta psichologinio konsultavimo/psichoterapijos paslaugų. Esančių psichologų darbo laiko pakaktų 4,33 proc. pacientų skiriant po 10 psichologinio konsultavimo/psichoterapijos sesijas.** Esant dabartiniam psichologų kiekiui galima būtų užtikrinti 91.306 val., t. y. 8,7 proc. nuo reikalingo kiekio jeigu kas antram asmeniui su psichikos sutrikimų būtų paskirtas psichologinis gydymas. Trūksta 962.939 val. Šiam poreikiui patenkinti reikėtų **1038** papildomų psichologų etatų (jeigu psichologai per dieną skirtų 4 psichologinio konsultavimo/psichoterapijos seansus) arba **692** papildomų psichologų etatų (jeigu psichologai per dieną skirtų 6 psichologinio konsultavimo/psichoterapijos seansus). Jeigu psichologinio konsultavimo/psichoterapijos paslaugos būtų perkamos iš privačių teikėjų minimalia rinkos kaina (apie 70 Lt (20,27 Eur)), reikėtų **67,4 mln. litų (19,52 mln. Eur).**
- ✓ **Igyvendinus 2013 m. gegužės 9 d. Nr. V-475 SAM įsakymą,** psichologo etatų skaičius išaugtų nuo 100 iki 150. Šių **psichologų galimybės teikti psichologinio konsultavimo/psichoterapijos paslaugas išaugtų nuo 92.976 val. iki 139.200 val. ir tai sudarytų 13,5 proc. nuo reikalingo valandų kiekio.** Nuo tokio padidinimo psichologinių paslaugų prieinamumas nelabai pasikeistų.
- ✓ Skirtingai reglamentuotos ambulatorinių psichiatrijos konsultacijų ir psichoterapijos paslaugos. Psichoterapijos seanso trukmė yra aiškiai apibrėžta (1 val., 1999 m. gegužės 27 d. Nr.256), tačiau psichiatro konsultacijos trukmė nėra aiškiai reglamentuota. Tuo atveju, jeigu psichiatras priimtų 2 žmones per valandą, vienos valandos įkainis sudarytų 71,80 Lt (20,79 Eur), o psichoterapijos – 35,9 Lt (10,40 Eur). Tai reikštų, kad **vienos valandos psichiatro konsultacijos ir vienos valandos psichoterapijos įkainis gali skirtis apie 2 kartus.**

Nors Psichikos sveikatos centrų veiklos apraše nurodoma, kad **šie centrai turi teikti psichosocialinės reabilitacijos paslaugas, nėra galimybių rasti informacijos apie tai, kokiomis apimtimis šios paslaugos yra teikiamos.** Didėjant Psichikos sveikatos centrų skaičiui, asmenų

patekusių į socialinės globos įstaigas tuo pačiu laikotarpiu skaičius taip pat išaugo nuo 5348 (2003 m.) iki 5991 (2011 m.).

PAVYZDŽIAI

Pavyzdys 1

Asmuo kreipiasi į Psichikos sveikatos centrą, kur psichiatras diagnozuoja vidutinio sunkumo depresiją bei paskiria medikamentinį gydymą. Siūlomoje antrinio lygio psichikos priežiūros paslaugų sistemoje, psichiatras paskirtų psichologinio gydymo kursą, derinant su medikamentiniu gydymu.

Pavyzdys 2

Asmuo, dešimt metų serga schizofrenija. Psichiatras skiria antipsichozinį gydymą vaistais bei psichozei paūmėjus siunčia pacientą hospitalizuotis. Kartais į ligoninę pacientas kreipiasi pats arba šeimos narių iniciatyva stipriai paūmėjus būklei. Pacientas yra įrašytas eilėje į socialinės globos įstaigą. Siūlomoje antrinio lygio psichikos priežiūros paslaugų sistemoje, psichiatras skiria antipsichotinį gydymą vaistais bei psychosocialinės reabilitacijos paslaugą, kuri yra teikiama psychosocialinės reabilitacijos komandos. Ši komanda, teikdama psychosocialinės reabilitacijos paslaugą pacientui, koordinuoja veiksmus su socialinės apsaugos sektoriuje dirbančiais specialistais, besirūpinančiais užimtumo, darbinės reabilitacijos ir apsaugoto būsto (jei to reikia) klausimais. Pacientas nėra įrašomas eilę dėl patekimo į socialinės globos įstaigą.

Pavyzdys 3

Piliėtis A. kenčia nuo ūmiai prasidėjusių nerimo priepuolių su stipriomis vegetacinėmis reakcijomis. Dėl jų pasikartojimų jis negali dirbti, sutrikęs miegas, atsiranda nuolatinis nuovargis. Jis dėl esamos būsenos kreipiasi į savo apylinkės PSC ir yra užrašomas psichiatro konsultacijai. Pacientą konsultavęs psichiatras jį nukreipia PSC psichologui psichologiniam tyrimui. Atlikus tyrimą, pacientas vėl grįžta pas psichiatrą. Jam diagnozuojamas panikos sutrikimas. Skiriamas medikamentinis gydymas. Užrašomas kitam vizitui po to, kai baigs vartoti paskirtus vaistus. Maždaug po 1 mėnesio. Jei pacientui skirti medikamentai netinka, ar jis norėtų pasiklausti gydytojo dėl jų vartojimo ar kitais klausimais dėl sutrikimo, jis turi laukti kito vizito, kuris numatytas ne artimiausiu metu. Psichoterapija neskiriama arba skiriama keletas konsultacijų, kurios negali būti laikomos pilnaverte psichoterapija dėl to, kad PSC psichologas užimtas kitais darbais (tyrimais

nedarbingumui nustatyti, kitais psichologiniais tyrimais). Taigi pacientas gauna tik medikamentinį gydymą, be psichologinių pagalbos priemonių. Be to, labai ribotos galimybės operatyviam medikamentinio gydymo koregavimui.

Siūlomoje sistemoje, su pacientu pirmam vizitui susitinka gydytojas psichiatras, kuris diagnozavęs panikos sutrikimą, paskiria individualią psichoterapiją.

Kadangi psichoterapinės pagalbos galimybės PSC labai ribotos, pacientui pasiūlomas psichoterapijos paslaugas teikiančių organizacijų ir asmenų sąrašas, kurie sudarę sutartis su PSDF. Jis yra informuojamas, kad psichoterapinio gydymo kaina kompensuojama iš PSDF yra 70 Lt (20,45 Eur) ir tuo atveju, jeigu rinksis brangesnę paslaugą, dalį kainos turės apmokėti pats. Pacientas nuvykęs gauna pilnavertę psichoterapinę pagalbą, nuolatinį jo būsenos stebėjimą. Psichoterapeutas gali palaikyti ryšį su PSC psichiatru dėl esamos būsenos ir gydymo būdų derinimo.

VIZIJA

- ✓ Psichikos sveikatos centrų funkcijos yra patikslinamos, detalizuojant ir numatant aiškius tikslus bei veiklos indikatorius vienoms funkcijoms, o kitų funkcijų (kurias nėra realu atlikti su turimais ribotais žmogiškaisiais ištekliais) atsisakant. Tuo tarpu kitame (antriniame) lygyje, sukūrus atitinkamus paslaugų apmokėjimo mechanizmus, sunkesniems atvejams gydyti plėtojamos ambulatorinės psichologinių konsultacijų/psichoterapijos, psichosocialinės reabilitacijos, profesinės reabilitacijos paslaugos.
- ✓ **Psichikos sutrikimų gydyme būtų žymiai labiau prieinamos psichologinės gydymo priemonės.** Nustačius neurozinius, asmenybės ir elgesio sutrikimus, psichikos ir elgesio sutrikimus vartojant psichoaktyviasias medžiagas, psichogeninius nuotraukos sutrikimus, psichologinės konsultacijos ar psichoterapija būtina turi būti siūlomi pirmiau arba derinant su gydymu vaistais. Tuo tarpu, esant organiniams, schizofrenijos, schizotipinio ir kludiesinių sutrikimų atvejais, endogeninių nuotaikos sutrikimų, protinio atsilikimo, psichologinės raidos sutrikimų atvejais turėtų būti siūloma įvertinti psichologinių konsultacijų/psichoterapijos/šeimos konsultacijos poreikį ir galimybes.
- ✓ **Psichologinių konsultacijų/psichoterapijos paslaugų plėtra turi būti vykdoma už jas apmokant iš PSDF lėšų kaip antrinio lygio ambulatorinių paslaugas.** Šias paslaugas galėtų teikti tiek savivaldybių sveikatos priežiūros įstaigos, tiek privačiai paslaugas teikiantys specialistai. Dabar vieno psichoterapijos seanso (1 val.) įkainis apmokamas iš PSDF yra 35,90

Lt (10,40 Eur). Realybėje psichologo konsultacijos/psichoterapijos įkainis įvairios sveikatos priežiūros įstaigose kainuoja maždaug nuo 70 Lt (20,27 Eur) ir daugiau. Todėl būtina didinti psichoterapijos įkainį apmokamą iš PSDF mažiausiai iki 70 Lt (20,27 Eur).

- ✓ **Psichosocialinės rehabilitacijos ir profesinės rehabilitacijos paslaugos turi būti teikiamos kaip antrinio lygio paslaugos naujai kuriamų psichikos sveikatos specialistų komandų.**

PASIŪLYMAI

Tikslinti SAM ministro įsakymą 2012 m. rugsėjo 17 d. Nr. V-861 „Dėl pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“ bei atsisakyti kai kurių Psichikos sveikatos centrams priskirtų funkcijų (pavyzdžiui, sveikos gyvensenos propagavimą, psichikos sutrikimų prevenciją, psichikos sveikatos stiprinimo priemones, psichosocialinės rehabilitacijos paslaugas ir pan.).

Palapsniui didinti psichologinių konsultacijų/psichoterapijos apimtį, apmokant jas kaip ambulatorines paslaugas:

- ✓ Atsižvelgiant į tai, kad tik 4,33 proc. pacientų psichologinio konsultavimo paslaugas gautų pirminiame sveikatos priežiūros lygyje, siekti, kad 2016 m. būtų suteiktos psichologinių konsultacijų/psichoterapijos paslaugos papildomai 5-iems proc. (tuomet paslaugas gautų 4,33 pirminiame lygyje ir 5 proc. antriniame lygyje, iš viso 9,33 proc. pacientų) psichikos ir elgesio sutrikimus turintiems asmenims, tam reikėtų 105.425 val. paslaugų. **Tam reikėtų 7.379.715 Lt (70 val. X 105.425 val.).**
- ✓ Siekti, kad 2017 m. būtų suteiktos psichologinių konsultacijų/psichoterapijos paslaugos papildomai 5-iems proc. (iš viso gautų 4,33 pirminiame lygyje ir 10 proc. antriniame lygyje = 14,33 proc.) psichikos ir elgesio sutrikimus turintiems asmenims, tam papildomai reikėtų 105.425 val. paslaugų, **iš viso ambulatorinėms paslaugoms reikėtų 14.759.430 Lt.**
- ✓ Siekti, kad 2018 m. būtų suteiktos psichologinių konsultacijų/psichoterapijos paslaugos papildomai 5-iems proc. (iš viso gautų 4,33 pirminiame lygyje ir 15 proc. antriniame lygyje = 19,33 proc.) psichikos ir elgesio sutrikimus turintiems asmenims, tam papildomai reikėtų 105.425 val. paslaugų, **iš viso ambulatorinėms paslaugoms reikėtų 22.139.145 Lt.**

Psichosocialinės rehabilitacijos ir profesinės rehabilitacijos paslaugas apmokėti kaip ambulatorines antrinio lygio paslaugas.

4. Savižudybių prevencija

*Dr. Paulius Skruibis
Prof. Nida Žemaitienė*

SANTRAUKA

Lietuvos gyventojų savižudybių skaičius daugiau nei dešimtmetį išlieka didžiausiu Europoje. Tačiau šalyje iki šiol nėra nuoseklios teorija ir praktika grįstos šalies mastu įgyvendinamos savižudybių prevencijos strategijos, neužtikrintas psichologinių paslaugų prieinamumas savižudybės rizika pasižymintiems asmenims, paslaugos, kurios teikiamos padidinta savižudybės rizika pasižymintiems ar bandžiusiems nusižudyti asmenims, nėra apjungtos į vieningą sistemą.

Siūloma sukurti sklandžiai visoje šalyje veikiančią pagalbos mėginusiems nusižudyti žmonėms modelį. Taip pat siūloma apmokyti visų Lietuvos seniūnijų atstovus atpažinti savižudybės rizikos ženklus, suteikti pirminę pagalbą ir pasirūpinti pagalbos tęstinumu. Trečias siūlymas – padidinti nemokamų emocinės paramos linijų prieinamumą.

Pilnai įgyvendinus visus šiuos siūlymus savižudybių skaičius sumažėtų ir sudarytų prielaidas imtis tolimesnių veiksmų savižudybių problemai spręsti.

ANALIZĖ

Lietuvos gyventojų savižudybių skaičius daugiau nei dešimtmetį išlieka didžiausiu Europoje. Kasmet šalyje nusižudo apie tūkstantis gyventojų. Tai yra apytiksliai tris kartus daugiau nei per tą patį laiką žūsta autoįvykiuose. Didžiausia rizika mirti nuo savižudybės pasižymi vidutinio amžiaus (45-54 m.) kaimo vyrai. Pateikti faktai akivaizdžiai byloja, kad savižudybių problema šalyje yra ypatingos svarbos uždavinys, kurio sprendime esminio persilaužimo nepavyksta pasiekti daugiau nei dešimtmetį. Visa tai neabejotinai įrodo, kad šioje srityje neatidėliotinai reikia imtis kokybiškai naujų žingsnių ir sprendimų.

Priežastys, trukdančios reikšmingai sumažinti Lietuvos savižudybių rodiklius:

- ✓ Nepakankamas dėmesys savižudybių prevencijai valstybės lygmeniu. Šalyje iki šiol nėra nuoseklios teorija ir praktika grįstos šalies mastu įgyvendinamos savižudybių prevencijos strategijos. Daugelis šios problemos sprendimui numatytų priemonių neduoda apčiuopiamų

rezultatų nes nebūna numatytas jų įgyvendinimo mechanizmas. Atskiros įvairiais lygiais įgyvendinamos priemonės, yra nepakankamai koordinuojamos, stokoja mokslinio pagrįstumo ir vertinimo, yra fragmentiška bei nepilnai finansuojamos, neturi tęstinumo garantijų, jų veiksmingumas nėra sistemingai vertinamas. Šias sąlygas sukuria ir palaiko tiek bendruomenės politinės bei socialinės struktūros, tiek ekonominiai aspektai, nes pirmenybė dažniausiai suteikiama vienpusiškesnėms, pigiau kainuojančioms, tačiau didesnę populiacijos dalį apimančioms strategijoms.

- ✓ Neužtikrintas psichologinių paslaugų prieinamumas savižudybės rizika pasižymintiems asmenims. Lietuvoje veikiančiuose 107 psichikos sveikatos centruose dirbančių psichologų prieinamumas yra nepakankamas dėl didelio vienam psichologui tenkančio aptarnaujamų asmenų skaičiaus (iki 40 tūkst., nuo 2016 m. planuojama sumažinti iki 20 tūkst.) ir nepakankamo psichologiniam konsultavimui skiriamo laiko. Bendruomeninių psichosocialinių paslaugų tinklas menkai išvystytas, nevyriausybiinių ir kitų bendruomeninių organizacijų teikiamos paslaugos neįtrauktos į pagalbos savižudybės rizika pasižymintiems asmenims sistemą, jų teikiamos paslaugos nėra apmokamos iš PSDF biudžeto ir sveikatos bei socialinės paslaugoms skirto valstybės biudžeto lėšų.
- ✓ Kriziniais atvejais galima kreiptis į nemokamas emocinės paramos linijas, kai kurios iš jų veikia visą parą. Tačiau dėl nepakankamų resursų linijos sulaukia žymiai daugiau skambučių, negu yra pajėgios atsiliepti. Dėl to žmonėms tenka skambinti vidutiniškai po dešimt ir daugiau kartų, kol į jų skambutį atsiliepiama. Toks pagalbos prieinamumas yra nepatenkinamas, ypač kai kalba eina apie atvejus, kuomet yra didelė savižudybės rizika.
- ✓ Sveikatos priežiūros sistemoje neužtikrinta biopsichosocialinio paslaugų modelio pusiausvyrą. Savižudybės rizika pasižymintiems asmenims psichoterapinės paslaugos yra sunkiai prieinamos, nes jos beveik nekompensuojamos iš PSDF lėšų ir yra išstumtos į privačių paslaugų sferą.
- ✓ Paslaugos, kurios teikiamos padidinta savižudybės rizika pasižymintiems ar bandžiusiems nusižudyti asmenims, nėra apjungtos į vieningą sistemą, atskiros paslaugų teikėjų grandys menkai komunikuoja tarpusavyje, neapibrėžtos įvairių grandžių funkcijos, atsakomybė, informacijos perdavimo ir grįžtamojo ryšio užtikrinimo mechanizmai. Dėl šių priežasčių teikiama pagalba yra fragmentuota, neužtikrinamas jos tęstinumas.
- ✓ Neužtikrintas sistemingas su savižudybės rizika dažnai susiduriančių specialistų (medikų, greitosios medicinos pagalbos darbuotojų, psichikos sveikatos ir kitų sveikatos priežiūros

sistemos darbuotojų, pedagogų, policijos pareigūnų, socialinių darbuotojų) kompetencijos tobulinimas savižudybės rizikos atpažinimo, įvertinimo ir pagalbos srityse. Daugelyje savižudybių prevencijai svarbių sričių (pvz.: save žalojantis elgesys, suteikta psichosocialinė pagalba, jos poveikis) stokojama sistemingai renkamos informacijos.

PAVYZDŽIAI

Andrius yra 30 m. vyras, kuris pateko į ligoninę po to, kai bandė pasikarti, tačiau tai pastebėjo žmona ir spėjo ištraukti jį iš kilpos. Greitoji pagalba nuvežė jį į Zarasų ligoninę. Po savaitės Andrius buvo išleistas namo ir jokios pagalbos į psichikos sveikatos specialistus nesikreipė. Praėjus pusei metų Andrius pasikorė.

Sigitas (42 m.) gyvena kaime ir dirba žemės ūkyje. Pastaruoju metu Sigitas turi didelių konfliktų šeimoje, pradėjo dažniau išgėrinėti. Seniūnijos socialinė darbuotoja girdėjo, kaip jis sakė, kad „tegu visi nusigrauzia nagus, kai jo nebeliks“. Socialinei darbuotojai šis pasisakymas pasirodė keistas, tačiau ji jo nesureikšmino ir jokių veiksmų nesiėmė. Po savaitės Sigitas pasikorė.

Rūta (24 m.) po išsiskyrimo su vyru išgyveno aštrią gyvenimo krizę, kurią dar labiau pagilino problemos darbe ir konfliktiški santykiai su tėvais. Ilgainiui vienintele įmanoma išeitimi ji pradėjo laikyti savižudybe. Visgi naktį prieš nusižudydama ji nusprendė paskambinti į emocinės paramos liniją tam, kad galėtų atsisveikinti. Tačiau linija visą laiką buvo užimta ir jai nepavyko pasikalbėti. Paryčiais ji nusižudė.

VIZIJA

Kiekvienam žmogui, mėginusiam nusižudyti ir dėl to patekusiam į gydymo įstaigą, pasiūloma nemokama trumpalaikė psichologinė pagalba ir užtikrinamas pagalbos tęstinumas.

Visų 546-ių Lietuvos seniūnijų darbuotojai (seniūnai, seniūnaičiai, socialiniai darbuotojai, apylinkės inspektoriai) yra apmokyti pastebėti savižudybės riziką, įvertinti jos lygį, suteikti pirminę emocinę paramą ir nukreipti į psichikos sveikatos specialistus, palydinti ir įsitikinant, kad žmogus šios pagalbos kreipėsi.

Vietos bendruomenėse identifikuotos psichosocialinės pagalbos galimybės, įvardintas pagalbos tinklas ir užmegzti ryšiai (NVO, bendruomeninės organizacijos).

Visos emocinės paramos linijos Lietuvoje gali atsiliiepti bent į 1 iš 3 skambučių.

I. Trumpalaikė psichologinė pagalba mėginusiems nusižudyti

Siekiamas rezultatas – kiekvienam žmogui, mėginusiam nusižudyti ir dėl to patekusiam į gydymo įstaigą, pasiūloma nemokama trumpalaikė psichologinė pagalba, vaikų savižudybės grėsmės ir bandymų nusižudyti atveju pagalba teikiama vaikui ir tėvams.

Pasiūlymo aprašymas

Jeigu po mėginimo nusižudyti žmogus pateko į gydymo įstaigą ir nėra indikacijų jo gydymui psichiatrijos stacionare, gydantis gydytojas nukreipia jį psichologo konsultacijoms į psichikos sveikatos centrą. Jei pacientas gydomas stacionare, pagalba teikiama jį išrašius iš gydymo įstaigos. Nukreipimas apima: a) paciento motyvavimą; b) psichikos sveikatos centro informavimą apie paciento nukreipimą, nurodant paciento kontaktus. Psichikos sveikatos centre dirbantis psichologas, gavęs informaciją apie nukreipiamą pacientą, inicijuoja ir aktyviai palaiko su juo kontaktą, siūlydamas trumpalaikę psichologinę pagalbą. Jeigu pacientas pagalbos atsisako, psichologas pakartotinai ją siūlo bent 3 kartus: a) praėjus 1 savaitei; b) praėjus 1 mėnesiui; c) praėjus 3 mėnesiams. Pagalbos teikimo eiga dokumentuojama, visi pagalbos teikime dalyvaujantys specialistai gauna grįžtamąjį ryšį apie pagalbos teikimą ir eigą.

Trumpalaikė psichologinė pagalba – mėginusiems nusižudyti pritaikytos psichologo konsultacijos, iki 10 susitikimų. Konsultacijos finansuojamos iš PSDF lėšų.

Rodikliai:

1. Į gydymo įstaigas dėl mėginimo nusižudyti patekusių žmonių skaičius;
2. Mėginusių nusižudyti nukreiptų psichologinės pagalbos skaičius (ligoninių duomenys);
3. Mėginusių nusižudyti nukreiptų psichologinės pagalbos skaičius (psichikos sveikatos centrų duomenys);
4. Skaičius žmonių, pradėjusių konsultacijas: a) iškart po nukreipimo; b) po pakartotino siūlymo po 1 savaitės; c) po pakartotino siūlymo po 1 mėnesio; d) po pakartotino siūlymo praėjus 3 mėnesiams;
5. Vidutinis skaičius sesijų, suteiktų pacientams, kurie pradėjo konsultacijas;
6. Paciento savijautos ir funkcionavimo pokyčiai, vertinant specializuotais klausimynais;
7. Skaičius žmonių, kurie pateko į gydymo įstaigas po pakartotino mėginimo nusižudyti: a) gavusių psichologines konsultacijas; b) negavusių konsultacijų.

Sėkmingam įgyvendinimui būtinos prielaidos:

1. Pilnai įgyvendinti pasiūlymai numatyti 3-ioje šioje plano dalyje – pirminės psichikos sveikatos priežiūros pertvarka;
2. Psichikos sveikatos centruose dirbantys psichologai yra apmokyti taikyti trumpalaikės psichologinės pagalbos modelius mėginusiems nusižudyti;
3. Psichikos sveikatos centruose dirbantys psichologai, kurie teikia pagalbą mėginusiems nusižudyti, 1 kartą per pusę metų dalyvauja specialiose supervizijose, kuriose kelia savo kvalifikaciją;
4. Gydytojai ir slaugytojos gydymo įstaigose dirbantys su mėginusiais nusižudyti praeina specializuotus mokymus, kuriuos supažindinami su šiuolaikinėmis žiniomis apie mėginusiųjų nusižudyti psichologiją ir yra mokomi motyvuoti pacientą psichologinės pagalbos;
5. Gydytojai ir slaugytojos gydymo įstaigose dirbantys su mėginusiais nusižudyti 1 kartą per metus atnaujina savo žinias specializuotuose pusės dienos sesijose;
6. Yra sudarytas aiškus pagalbos teikimo ir grįžtamojo ryšio algoritmas, žinomi visi pagalbos teikimo grandinės dalyviai (įstaigos ir asmenys), visi visos pagalbos teikimo grandinės dalyviai žino savo vaidmenį ir funkcijas;
7. 2-5 punktuose nurodytas prielaidas įgyvendina Valstybinis psichikos sveikatos centras (Savižudybių prevencijos biuras); mokymai perkami vykdant viešuosius pirkimus;
8. Visus rodiklius surenka, apibendrina, analizuoja ir pagal tai koreguoja pagalbos teikimą Valstybinis psichikos sveikatos centras (Savižudybių prevencijos biuras).

II. Seniūnijų darbuotojų apmokymas pastebėti savižudybių rizikos ženklus

Siekiamas rezultatas – visų 546-ių Lietuvos seniūnijų darbuotojai (seniūnai, socialiniai darbuotojai) yra apmokyti pastebėti savižudybės riziką, įvertinti jos lygį, suteikti pirminę emocinę paramą ir nukreipti į psichikos sveikatos specialistus, palydinti ir įsitikinanti, kad žmogus šios pagalbos kreipėsi. Suformuotas tęstinę psichosocialinę pagalbą po bandymo nusižudyti teikiančių NVO ir bendruomeninių organizacijų tinklas vietos bendruomenėje, užmegzti ryšiai, įvardintos funkcijos.

Pasiūlymo aprašymas

Seniūnija yra smulkiausias administracinis-teritorinis vienetas Lietuvoje. Seniūnijų darbuotojai, ypač kaimiškose vietovėse, gerai pažįsta savo gyventojus, todėl gali laiku pastebėti savižudybės riziką ir imtis veiksmų, kad savižudybės būtų išvengta. Vietos bendruomenės per

įvairią socialinio užimtumo veiklą, NVO ir kitų bendruomeninių organizacijų bei klubų vykdomą veiklą gali aktyviau dalyvauti ir daug prisidėti teikiant tęstinę psichosocialinę pagalbą pasižymintiems padidinta savižudybės rizika ir bandžiusiems žudyti asmenims.

Rodikliai:

1. Mokymuose dalyvavusių seniūnijų skaičius;
2. Mokymuose dalyvavusių seniūnijų darbuotojų skaičius;
3. Skaičius žmonių, kuriuos seniūnijų darbuotojai dėl savižudybės rizikos nukreipė į psichikos sveikatos specialistus;
4. Procentas žmonių, kurie po nukreipimo kreipėsi pagalbos į psichikos sveikatos specialistus (seniūnijų duomenys).
5. Tęstinės psichosocialinės pagalbos teikime dalyvaujančių NVO ir kitų bendruomeninių organizacijų skaičius vietos bendruomenėje.

Sėkmingam įgyvendinimui reikalingos prielaidos:

1. Yra sukurta vieninga mokymų programa, paremta šiuolaikinės suicidologijos žiniomis;
2. Mokymų programos parengimą pagal viešuosius pirkimus organizuoja Valstybinis psichikos sveikatos centras (Savižudybių prevencijos biuras);
3. Mokymus pagal sukurtą programą organizuoja Visuomenės sveikatos biurai, šiam tikslui pirkdami paslaugas vykdant viešuosius pirkimus;
4. Visus rodiklius surenka Visuomenės sveikatos biurai ir perduota apibendrinimui bei analizei Valstybiniam psichikos sveikatos centrui (Savižudybių prevencijos biurui).
5. Valstybinis psichikos sveikatos centras (Savižudybių prevencijos biuras) užtikrina vietos bendruomenėms informacinę pagalbą ir supervizijas rajonų specialistams, teikiantiems pagalbą pasižymintiems padidinta savižudybės rizika ir bandžiusiems nusižudyti asmenims.
6. Medicinos tarnybų teikiamos krizių intervencijos ir psichologinės pagalbos paslaugos padidinta savižudybės rizika pasižymintiems asmenims turi būti prieinamos 24 val. per parą ir suteiktos ne vėliau kaip 24 val. po kreipimosi.

III. Emocinės paramos linijų prieinamumo didinimas

Siekiamas rezultatas – visos Lietuvoje veikiančios emocinės paramos linijos („Vaikų linija“, „Jaunimo linija“, „Vilties linija“, „Pagalbos moterims linija“, „Linija Doverija“) atsiliepia ne mažiau kaip 1 iš 3 skambučių. Tai reiškia, kad skambintojams užtenka vidutiniškai trijų mėginimų, kol į jų

skambutį bus atsiliepta.

Pasiūlymo aprašymas

Kiekviena emocinės paramos linija sudaro konkrečių veiksmų planą, kuris leistų per tris metus pasiekti, kad atsiliepiamų skambučių proporcija pasiektų 1 iš 3. Veiksmų planas yra suderinamas su SADM ir yra dalinai arba pilnai finansuojamas Valstybės.

Rodikliai:

1. Mėginimų prisiskambinti ir atsilieptų skambučių skaičius;
2. Skambučių su savižudybės rizika skaičius;
3. Emocinės paramos linijų darbo valandų skaičius;
4. Emocinės paramos linijose dirbančių savanorių ir psichikos sveikatos specialistų skaičius.

Sėkmingam įgyvendinimui reikalingos prielaidos:

1. Emocinės paramos linijos užtikrina efektyvią savo veiklos vadybą;
2. Yra atliekami emocinės paramos efektyvumo tyrimai.

5. Priemonių lentelė ir preliminarus lėšų poreikis

| Tikslai | Veiksmai | Priemonės | Preliminarus lėšų poreikis |
|--|---|---|---|
| 1. Vaikų psichikos sveikatos stiprinimas | 1.1. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymo 2014 liepos 16 d. Nr. V-816 „Dėl integruotos vaikų ir paauglių psichikos sveikatos priežiūros tvarkos aprašo patvirtinimo“ vykdymas | <p>1.1.1. PSDF finansuojamos specialiosios Vaikų psichikos sveikatos stiprinimo programos parengimas, kuri užtikrintų laipsnišką pajėgumų ir paslaugų teikimo apimties didėjimą ir racionalų išteklių panaudojimą.</p> <p>1.1.2. Patvirtinto įsakymo vykdymo 2014–2016 m. kontrolės mechanizmo sukūrimas ir įgyvendinimas</p> <p>1.1.3. Išorinis proceso vertinimas atliekant ir viešai pristatant dvi įsakymo vykdymo analizės studijas, įskaitant ASPĮ atitikimą reikalavimams, pasiektų kokybės rodiklių, suteiktų konsultacinių paslaugų apimties įvertinimą.</p> | <p>2 mln. EUR 2016 m., 4 mln. EUR 2017 m., 5 mln. EUR 2018 m.</p> <p>Vertinimų paslaugų pirkimas (2016 m. ir 2018 m.): 6000 EUR</p> |

| Tikslai | Veiksmai | Priemonės | Preliminarus lėšų poreikis |
|---------|---|--|---|
| | 1.2. Koordinuoto vaikų psichikos sveikatos priežiūros ir socializacijos modelio aprašo parengimas | <p>2.1.1. Paslaugų teikimo grandinės, indikacijų ir reikalavimų aprašymas, siekiant sukurti tęstinę ir racionalią socializacijos ir pagalbos vaikams su elgesio ir emocijų sutrikimais, pagalbos sistemą.</p> <p>2.1.2. Informacijos sklaida sveikatos apsaugos ir švietimo sistemose dirbantiems specialistams, NVO, visuomenės nariams organizuojant vienos dienos viešinio renginį 100 dalyvių.</p> | <p>Ekspertinių paslaugų pirkimas: 9000 EUR</p> <p>Viešinio renginys: 1000 EUR</p> |
| | 1.3. Apsilankymų namuose programos įdiegimas sveikatos priežiūros sistemoje. | <p>1.3.1. <i>Nurse Family Partnership</i> programos įgyjimas ir adaptavimas.</p> <p>1.3.2. Finansavimo tvarkos aprašo parengimas <i>Nurse Family Partnership</i> programos vykdymui.</p> | 42 000 EUR |

| Tikslai | Veiksmai | Priemonės | Preliminarus lėšų poreikis |
|--|---|---|---|
| | | <p>1.3.3. Sveikatos priežiūros darbuotojų apmokymai pilotinėse vietovėse (Vilniaus m. Antakalnio seniūnijoje, Panevėžio mieste ir Kupiškio rajone).</p> | <p>Mokymo paslaugų pirkimas: 8 000 EUR</p> |
| <p>2. Bendruomeninių paslaugų plėtra</p> | <p>2.1. Bendruomeninių paslaugų įteisinimas, užtikrinant NVO ir privačių teikėjų lygiateisiškumą paslaugų teikime</p> | <p>2.1.1. Viešosios diskusijos renginiai dėl NVO ir privačių teikėjų lygiateisiškumo įtvirtinimo, dalyvaujant užsienio ir Lietuvos ekspertams.</p> <p>2.1.2. Bendruomeninių paslaugų koncepcijos ir teisinio aprašo parengimas, egzistuojančios teisinės bazės analizė ir teisės aktų pakeitimai.</p> | <p>5 renginiai: Organizavimas: 5 renginiai (iki 50 žmonių) 0,5 dienos su nuosekliu vertimu – 3 000 EUR 2 užsienio ekspertų dalyvavimas: 8000 EUR (kelionės išlaidos - 6000 EUR , honorarai - 2000 EUR)</p> <p>Ekspertinių paslaugų pirkimas: 9000 EUR</p> |

| Tikslai | Veiksmai | Priemonės | Preliminarus lėšų poreikis |
|---------|--|--|--|
| | <p>2.2. Atvejo vadybos programos įdiegimas Psichikos sveikatos priežiūros centruose</p> | <p>2.2.1. Atvejo vadybos funkcijų priskyrimas PSC socialiniams darbuotojams, egzistuojančios teisinės bazės analizė ir teisės aktų pakeitimai.</p> <p>2.2.2. Atvejo vadybos finansavimo tvarkos aprašo parengimas.</p> <p>2.2.3. Atvejo vadybos mokymo metodikos parengimas.</p> <p>2.2.4. PSC socialinių darbuotojų apmokymai pilotinėse vietovėse (Vilniaus m. Antakalnio seniūnijoje, Panevėžio mieste ir Kupiškio rajone).</p> | <p>Ekspertinių paslaugų pirkimas: 3000 EUR</p> <p>Ekspertinių paslaugų pirkimas: metodikos parengimas 4000 EUR mokymų organizavimas 6000 EUR</p> |
| | <p>2.3. Nuoseklaus aprūpinimo būstu pagal asmenų, turinčių negalią, poreikius modelio parengimas</p> | <p>2.3.1. Paslaugų teikimo grandinės aprašymas, siekiant sukurti tęstinę ir racionalią asmenų, turinčių negalią, aprūpinimo tinkamu būstu, minimizuojant jų izoliavimą nuo visuomenės, sistemą</p> | <p>Ekspertinių paslaugų pirkimas: 10000 EUR</p> |

| Tikslai | Veiksmai | Priemonės | Preliminarus lėšų poreikis |
|--|---|--|---|
| | | 2.3.2. Informavimas, pristatymo renginys | 1000 EUR |
| | 2.4. Koordinuotos pagalbos asmenims, turintiems autizmo spektro sutrikimų ir jų artimiesiems, modelio sukūrimas | 2.4.1. Metodinių rekomendacijų, skirtų specialistams, kaip dirbti su asmenims, turintiems autizmo spektro sutrikimų ir jų artimiesiems, parengimas ir platinimas | Ekspertinių paslaugų pirkimas: 5000 EUR |
| | | 2.4.2. Mokymų programos parengimas | Ekspertinių paslaugų pirkimas: 4000 EUR |
| | | 2.4.3. Specialistų apmokymai pilotinėse vietovėse (Vilniaus m. Antakalnio seniūnijoje, Panevėžio mieste ir Kupiškio rajone) | Mokymų organizavimas 6000 EUR |
| 3. Pirminės psichikos sveikatos priežiūros pertvarka | 3.1. Ambulatorinių antrinio lygio paslaugų prieinamumo gerinimas, didinant jų finansavimą | 3.1.1. Psichologinių intervencijų paslaugų finansavimo, atsižvelgiant į užsienio patirtį, studijos atlikimas | Ekspertinių paslaugų pirkimas: 5000 EUR |
| | | 3.1.2. Psichologinių ir psichoterapinių paslaugų aprašo parengimas | |

| Tikslai | Veiksmai | Priemonės | Preliminarus lėšų poreikis |
|---------|----------|--|---|
| | | <p>3.1.3. Psichologinių ir psichoterapinių paslaugų finansavimo tvarkos aprašo sukūrimas, sudarant prielaidas PSDF finansavimui, padidinant psichologo arba psichoterapeuto 1 val. konsultacijos įkainį iki 20 Eurų ir kompensavimas iš PSDF.</p> <p>3.1.4. Sutarčių sudarymas su privačiais psichologais / psichoterapeutais dėl finansavimo iš PSDF.</p> <p>3.1.5. Ambulatorinių antrinio lygio psichosocialinės reabilitacijos paslaugų teikimas psichikos sveikatos dienos stacionaruose prie PSC.</p> <p>3.1.6. Psichosocialinės reabilitacijos metodikos apmokymai PSC dienos stacionarų komandoms pilotinėse vietovėse (Vilniaus m. Antakalnio seniūnijoje,</p> | <p>Mažiausiai 2 mln. Eurų augimas kasmet apmokant konkrečias paslaugas. Pvz.: trumpalaikis kursas 20 Eurų x 10-15 = 200-300 EUR</p> <p>vidutinės trukmės kursas 20 Eurų x vidutiniškai 30 = 600 EUR</p> <p>+2000 vnt. kasmet = 1.6-2.7 mln. EUR</p> <p>Ir/arba psichoterapijos paslaugų pirkimas (po 20 EUR val.)</p> |

| Tikslai | Veiksmai | Priemonės | Preliminarus lėšų poreikis |
|---------------------------|--|---|--|
| | 3.2. Adekvatus pirminių PSC funkcijų nustatymas | <p>Panevėžio mieste ir Kupiškio rajone).</p> <p>3.2.1. PSC funkcijų peržiūrėjimas ir tikslinimas, paslaugų teikimo standartų parengimas (šie standartai turėtų remtis socialiniu negalios modeliu (<i>angl. social model of disability</i>) ir į asmenį orientuotu požiūriu (<i>angl. person-centred approach</i>).</p> | <p>Mokymų paslaugų pirkimas: 15 000 EUR</p> <p>Ekspertinių paslaugų ir renginių organizavimo pirkimas: 30 000 EUR</p> |
| 4. Savižudybių prevencija | 4.1. Trumpalaikės psichologinės pagalbos po mėginimo nusižudyti teikimas | <p>4.1.1. Trumpalaikės psichologinės pagalbos po mėginimo nusižudyti algoritmo parengimas.</p> <p>4.1.2. Paslaugos aprašymas, įtvirtinant ją pirminiame asmens sveikatos priežiūros lygmenyje.</p> <p>4.1.3. Paslaugos teikimas piriniame asmens sveikatos priežiūros lygmenyje.</p> | <p>Ekspertinių paslaugų pirkimas: 3000 EUR</p> <p>Papildomų lėšų nereikia, jeigu pilnai įgyvendinami 3-ioje šio plano dalyje numatyti pasiūlymai –</p> |

| Tikslai | Veiksmai | Priemonės | Preliminarus lėšų poreikis |
|---------|--|---|---|
| | | <p>4.1.4. Įvadiniai ir periodiniai PSC dirbančių psichologų apmokymai pilotinėse vietovėse (Vilniaus m. Antakalnio seniūnijoje, Panevėžio mieste ir Kupiškio rajone).</p> | <p>pirminės psichikos sveikatos priežiūros pertvarka.</p> <p>Mokymo paslaugų pirkimas: 10 000 EUR</p> |
| | <p>4.2. Savižudybės rizikos nustatymas</p> | <p>4.2.1. Savižudybės rizikos nustatymo mokymo modulio/programos parengimas.</p> <p>4.2.2. Seniūnijų darbuotojų bei pirminės prevencijos grandies specialistų (greitosios pagalbos medikų, ligoninės priėmimo skyriaus medikų, policijos pareigūnų, NVO atstovų) apmokymai pilotinėse vietovėse (Vilniaus m. Antakalnio</p> | <p>Ekspertinių paslaugų pirkimas: 3000 EUR</p> <p>Mokymo paslaugų pirkimas: 15 000 EUR</p> |

| Tikslai | Veiksmai | Priemonės | Preliminarus lėšų poreikis |
|--|---|--|---|
| | | seniūnijoje, Panevėžio mieste ir Kupiškio rajone). | |
| | 4.3. Emocinės paramos linijų teikiamų paslaugų prieinamumo didinimas | 4.3.1. Paslaugų pirkimo schemos sukūrimas ir paslaugų pirkimas | Ekspertinių paslaugų pirkimas: 3000 EUR Paslaugų pirkimas iš emocinės paramos linijų: 230 000 EUR kasmet |
| 5. Psichikos sveikatos rodiklių stebėseną ir priemonių plano įgyvendinimo monitoringas | 5.1. Naujų psichikos sveikatos priežiūros paslaugų veiksmingumą matuojančių rodiklių rinkimas ir analizė: <ul style="list-style-type: none"> - Pirmą kartą Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnybos (NDNT) pripažintų nedarbingais ir iš dalies darbingais (0-55 proc. darbingumo lygis) dėl psichikos ir elgesio sutrikimų asmenų skaičius. - Stacionare gydytų asmenų dėl panikos sutrikimo skaičius (F41.0). - Stacionare gydytų asmenų dėl mišraus nerimo ir depresijos sutrikimo skaičius | 5.1.1. Rodiklių rinkimo aprašo parengimas. Rodiklių surinkimas ir analizė. 5.1.2. Psichologinės gerovės tyrimo atlikimas (studija, atliekama kas antrus metus). | Ekspertinių paslaugų pirkimas: 5000 EUR 2016 m. 40000 EUR: Klausimyno parengimas ir validavimas, reprezentatyvios gyventojų apklausos atlikimas, rezultatų analizė ir ataskaitos parengimas. 2018 m. 35000 EUR reprezentatyvios |

| Tikslai | Veiksmai | Priemonės | Preliminarus lėšų poreikis |
|---------|--|-----------|---|
| | <p>(F41.2).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stacionare gydytų asmenų dėl neurastenijos skaičius (F48.0). - Rehospitalizacijų (per 12 mėn.) skaičius dėl schizofrenijos, schizotipinio ir kliesesinių sutrikimų (F20-F29). - Psichologinės gerovės lygis (<i>angl. psychological well-being</i>). | | <p>gyventojų apklausos atlikimas, rezultatų analizė ir ataskaitos parengimas.</p> |

IŠ VISO (EUR) PER TREJUS METUS:

| | 2016 m. | 2017 m. | 2018 m. | Iš viso |
|--|------------------|------------------|-------------------|-------------------|
| Nurodytų konkrečių priemonių finansavimas | 253 000 | 42 000 | 48 000 | 343 000 |
| Finansavimo (vaikų psichikos SP paslaugų, psichologinių/psichoterapinių paslaugų, emocinės paramos linijų) didėjimas | 5 230 000 | 8 230 000 | 11 230 000 | 24 690 000 |
| Iš viso: | 5 483 000 | 8 272 000 | 11 278 000 | 25 033 000 |