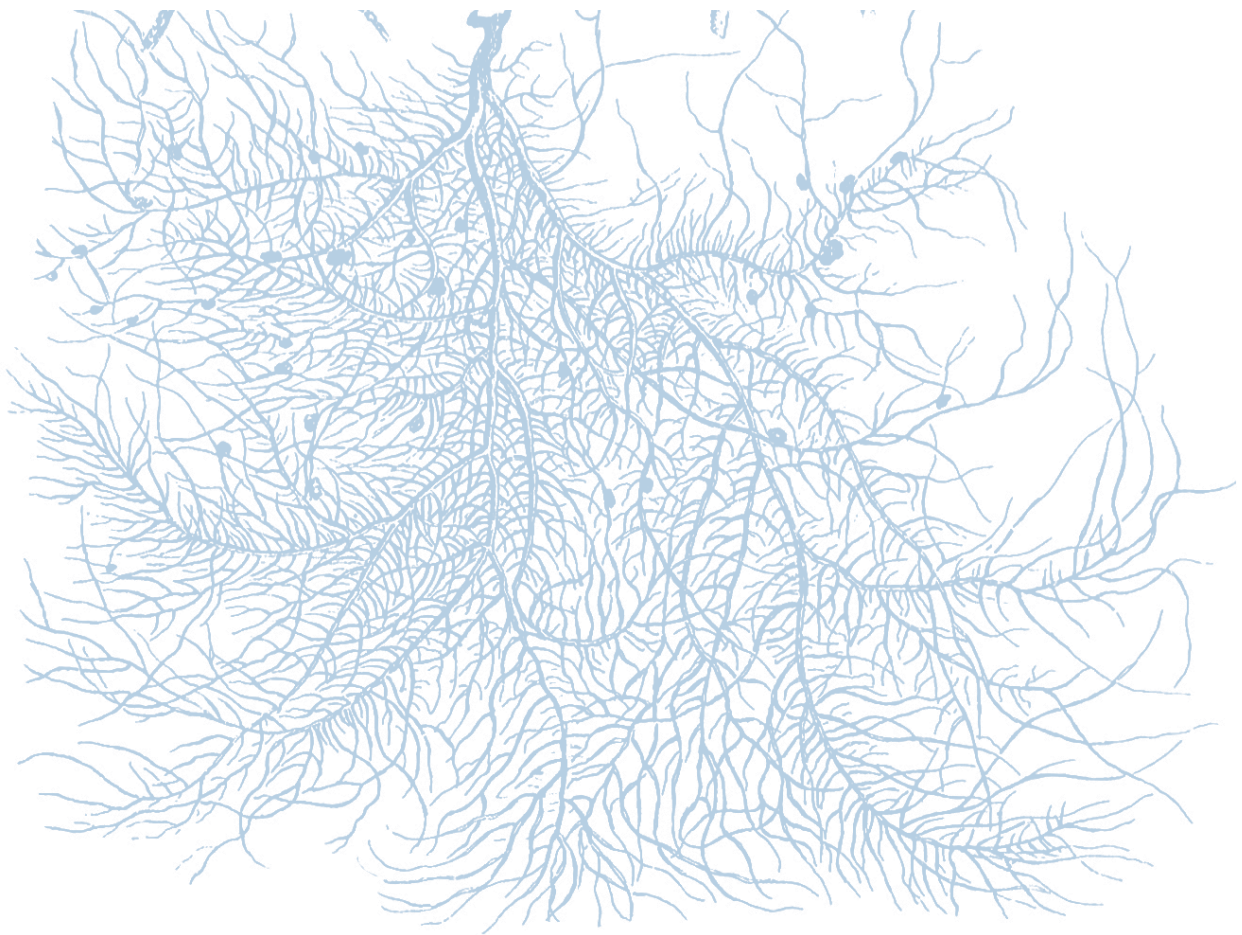


IŠŠŪKIAI ĮGYVENDINANT
LIETUVOS PSICHIKOS
SVEIKATOS POLITIKĄ

Mokslo studija

*Studijos autoriai dėkoja ekspertei **Aidai Kišūnaitei** už vertingas konsultacijas ir Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto studentei **Rūtai Papievytei**, padėjusiai rinkti ir interpretuoti duomenis, taip pat Valstybinės ligonių kasos darbuotojams už suteiktą naudingą informaciją.*



Dainius Pūras, Eglė Šumskienė,
Marija Veniūtė, Gintaras Šumskas,
Dovilė Juodkaitė, Liubovė Murauskienė,
Jurga Mataitytė-Diržienė, Dovilė Šliužaitė

IŠŠŪKIAI ĮGYVENDINANT
LIETUVOS PSICHIKOS
SVEIKATOS POLITIKĄ

Mokslo studija



Vilniaus
universiteto
leidykla

2013

Ši mokslo studija parengta 2012–2013 metais vyk-
dant nacionalinės mokslo programos „Socialiniai
iššūkiai nacionaliniam saugumui“ mokslo projektą
„Iššūkiai įgyvendinant Lietuvos psichikos sveikatos
politiką 1990–2011 metais“, kuriam finansinę para-
mą suteikė Lietuvos mokslo taryba (sutarties
Nr. SIN-16/2012)

Recenzavo:

prof. habil. dr. ŽILVINAS PADAIGA
(Lietuvos sveikatos mokslų universitetas)

dr. GIEDRĖ BALTRUŠAITYTĖ
(Vytauto Didžiojo universitetas)

ISBN 978-609-459-279-9

© Dainius Pūras, Eglė Šumskienė,
Marija Veniūtė, Gintaras Šumskas,
Dovilė Juodkaitė, Liubovė Murauskienė,
Jurga Mataitytė-Diržienė, Dovilė Šliužaitė, 2013
© Vilniaus universitetas, 2013

TURINYS

Sutrumpinimai	7
Paveikslų sąrašas	8
Lentelių sąrašas	9
SANTRAUKA	10
1. ĮVADAS	11
1.1. Tyrimo metodologija	11
1.2. Šiuolaikiniai psichikos sveikatos politikos principai.....	13
1.2.1. Psichikos sveikatos problemos ir jų sprendimo būdai Europos Sąjungoje. Psichikos sveikatos politika Europos Sąjungos plėtros ir raidos kontekste	16
1.2.2. Veiksmingų psichikos sveikatos politikos principų įgyvendinimas	18
1.2.3. Šiuolaikiniai psichikos sveikatos politikos principai ir žmogaus teisių apsauga.....	18
1.3. Lietuvos psichikos sveikatos politikos formulavimo ir įgyvendinimo situacijos apžvalga.....	20
1.3.1. Psichikos sveikatos politika ir su ja susiję įstatymai, poįstatyminiai aktai bei kiti dokumentai	20
1.3.2. Psichikos sveikatos politikos įgyvendinimas naudojant ES struktūrinių fondų paramą	23
1.3.3. Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų sistema ir jos plėtra.....	25
2. EKSPERTINIS VERTINIMAS	28
2.1. Kokybinio ekspertų tyrimo analizė.....	28
2.2. Probleminės psichikos sveikatos politikos sritys. Ekspertų interviu.....	28
2.2.1. Dalyvavimas formuojant psichikos sveikatos politiką.....	28
2.2.2. Lietuvos psichikos sveikatos sistemos sėkmės ir nesėkmės.....	29
2.2.3. Tarptautinis kontekstas.....	30
2.2.4. Visuomenės psichikos sveikatos veiksniai.....	32
2.2.5. Visuomenės psichikos sveikatos būklės rodikliai.....	35
2.2.6. Veiksniai, darantys įtaką psichikos sveikatos politikos sprendimams.....	36
2.3. Apibendrinimas.....	38
3. SVARBIAUSIŲ PSICHIKOS SVEIKATOS POLITIKOS SRIČIŲ ĮGYVENDINIMO, INVESTUOJANT Į PSICHIKOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMĄ, ANALIZĖ	39
3.1. Psichikos sveikatos stiprinimas ir prevencija.....	39
3.1.1. Psichikos sveikatos stiprinimo ir sutrikimų prevencijos svarba.....	39
3.1.2. Psichikos sveikatos stiprinimo ir prevencijos politika	40
3.1.3. Psichikos sveikatos stiprinimo ir prevencijos įgyvendinimas Lietuvoje	43
3.2. Vaikų psichikos sveikatos politikos įgyvendinimas.....	54

3.2.1.	Vaikų psichikos sveikatos problemas skatinantys rizikos veiksniai: duomenų analizė ir vertinimas.....	56
3.2.2.	Pagalbos vaikams, turintiems psichikos sveikatos sutrikimų, evoliucija.....	65
3.2.3.	Vaikų psichikos sveikatos priežiūros paslaugos: duomenų analizė ir vertinimas.....	67
3.3.	Perėjimas nuo institucine globa grįstų paslaugų prie veiksmingų bendruomeninių paslaugų	72
3.3.1.	Vakarų Europos patirtis vykdant deinstitutionalizaciją	73
3.3.2.	Deinstitutionalizacija Rytų ir Vidurio Europoje	74
3.3.3.	Deinstitutionalizacija Lietuvoje.....	78
3.4.	Apibendrinimas.....	88
4.	SVARBIAUSIŲ PERMAINŲ SIEKIMO MECHANIZMŲ ANALIZĖ	94
4.1.	Finansiniai psichikos sveikatos priežiūros sistemos mechanizmai	94
4.2.	Nepriklausomos žmogaus teisių apsaugos ir stebėsenos mechanizmų plėtra	102
4.2.1.	Nepriklausoma žmogaus teisių stebėseną Lietuvos psichikos sveikatos sistemoje	104
4.2.2.	Nevyriausybinių organizacijų veikla vykdant nepriklausomą žmogaus teisių stebėseną	107
4.3.	Psichikos sveikatos sistemos stebėseną ir vertinimas	110
4.4.	Apibendrinimas.....	112
5.	PSICHIKOS SVEIKATOS TEMŲ PATEIKIMAS ŽINIASKLAIDOJE IR POLITINIAME DISKURSE.....	116
5.1.	Žiniasklaidos poveikis politinei darbotarkei	116
5.2.	Psichikos sveikatos politikos kaita.....	117
5.3.	Žiniasklaidos poveikis psichikos sveikatos politikai.....	118
5.4.	Žiniasklaidos diskurso tyrimas.....	119
5.5.	Psichikos sveikata politiniame diskurse	128
5.6.	Apibendrinimas.....	128
6.	REZULTATŲ APTARIMAS.....	133
7.	IŠVADOS IR REKOMENDACIJOS.....	137
8.	Literatūra.....	142

Sutrumpinimai

BPD	Bendrasis programavimo dokumentas
EK	Europos Komisija
ES	Europos Sąjunga
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children (Mokyklinio amžiaus vaikų gyvenamosios ir sveikatos studija)
HFA	Health for all database (PSO Sveikata visiems duomenų bazė)
HFA-MDB	Health for all Mortality database (PSO Sveikata visiems Mirtingumo duomenų bazė)
LR	Lietuvos Respublika
NATO	North Atlantic Treaty Organization (Šiaurės Atlanto sutarties organizacija)
NST	Nacionalinė sveikatos taryba
NVO	Nevyriausybinės organizacijos
LRS	Lietuvos Respublikos Seimas
LRV	Lietuvos Respublikos Vyriausybė
SF	Struktūriniai fondai
PSO	Pasaulio sveikatos organizacija
SMR	Standartizuotas mirtingumo rodiklis
X60-X84	TLK-10 kodas, tyčiniai susižalojimai
TLK-10	Tarptautinė statistinė ligų ir sveikatos problemų klasifikacija, 10 redakcija
VPSC	Valstybinis psichikos sveikatos centras
V00-Y89	TLK-10 kodas, išorinės mirties priežastys
ASPI	Asmens sveikatos priežiūros įstaigos
ES	Europos Sąjunga
LD	Lovadienis
PSDF	Privalomasis sveikatos draudimo fondas
PSPC	Pirminės psichikos sveikatos priežiūros centrai
SAM	Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija
SGI	Socialinės globos įstaigos
SMR	Standartizuotas mirtingumo rodiklis
SP	Sveikatos priežiūra
SVEIDRA	PSDF duomenų bazė
TLK	Tarptautinis ligų klasifikatorius
VRE	Vidurio ir Rytų Europa

Paveikslų sąrašas

- 1 pav.** Analizės modelis **12**
- 2 pav.** Visuomenės sveikatos ir prevencinėms programoms vykdyti tenkanti sveikatos išlaidų dalis (procentais) **43**
- 3 pav.** Psichikos sveikatos stiprinimas ir sutrikimų prevencija – visą gyvenimą apimantis požiūris **46**
- 4 pav.** SMR dėl savižudybių ir kitų tyčinių susižalojimų (TLK-10 kodas X60-X84) dinamika Lietuvoje ir ES šalyse 1990–2011 metais **49**
- 5 pav.** Mirtingumo dėl transporto įvykių sumažėjimas (proc.) 1995–2010 metais (arba artimiausiais metais) Lietuvoje ir ES šalyse **50**
- 6 pav.** SMR dėl nužudymų Lietuvoje ir ES šalyse 100 tūkst. gyventojų 1990–2011 metais **51**
- 7 pav.** Lietuvoje patyčias patyrę 11–15 metų mokiniai (1994–2010 m.) **54**
- 8 pav.** Lietuvoje tyčiojėsi iš kitų 11–15 metų mokiniai (1994–2010 m.) **54**
- 9 pav.** Tėvų globos netenkančių vaikų skaičiaus kitimas 2000–2011 metais **59**
- 10 pav.** Lietuvos kompleksinės pagalbos vaikams ir šeimoms modelis **65**
- 11 pav.** Išlaidos psichikos sveikatai 1998 ir 2010 metais (mln. Lt ir procentais) **96**
- 12 pav.** Psichikos sveikatos priežiūros išlaidos kaip visų išlaidų dalis (procentais) **97**
- 13 pav.** Išlaidos psichikos sveikatos priežiūros paslaugoms ir vaistų kompensavimui 1998, 2000, 2005, 2010 metais (mln. Lt ir procentais) **97**
- 14 pav.** Tam tikrų psichikos sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo pokyčiai lyginant 2010 ir 2000 metus **98**
- 15 pav.** Stacionarių psichikos sveikatos priežiūros paslaugų finansavimas 2000 ir 2010 metais **98**
- 16 pav.** Bendras straipsnių psichikos sveikatos temomis kontekstas. Teigiamos ir neigiamos informacijos palyginimas 2002–2011 metais **119**
- 17 pav.** Pagrindinės straipsnių, kuriuose rašoma apie psichikos sveikatą, temos 2002–2011 metais **120**
- 18 pav.** Straipsnių apie autoagresiją ir savižudybes bei smurtą ir agresiją dinamika 2002–2011 metais **121**
- 19 pav.** Straipsnių apie mediciną, mokslo populiarinimą ir psichikos sveikatos politiką dinamiką 2002–2011 metais **121**
- 20 pav.** Straipsnių psichikos sveikatos temomis dydžio kitimas 2002–2011 metais **122**
- 21 pav.** Straipsnių psichikos sveikatos temomis vidutinio teksto ilgio kitimas 2002–2011 metais **123**
- 22 pav.** Straipsnių apie kriminalinį kontekstą pavadinimuose įvardijami psichikos sveikatos temų raktiniai žodžiai (2002–2011 m.) **123**
- 23 pav.** Straipsnių smurto ir saviagresijos temomis vidutinio dydžio kitimas 2002–2011 metais **124**
- 24 pav.** Straipsnių mokslo, psichiatrijos ir psichikos sveikatos politikos temomis vidutinio dydžio kitimas 2002–2011 metais **124**
- 25 pav.** Psichikos sutrikimo kaip pagrindinės smurtą ar agresiją paaiškinančios priežasties įvardijimas 2002–2011 metais **125**
- 26 pav.** Psichikos sutrikimo kaip pagrindinės autoagresiją arba savižudybę paaiškinančios priežasties įvardijimas 2002–2011 metais **125**
- 27 pav.** Psichikos sutrikimo pateikimas kriminaliniame kontekste ir 2004–2011 metų oficiali smurtinių nusikaltimų statistika **126**
- 28 pav.** Psichikos sutrikimo pateikimas sunkių smurtinių nusikaltimų kontekste ir 2004–2011 metų oficiali sunkių smurtinių nusikaltimų statistika **127**
- 29 pav.** Psichikos sutrikimo pateikimas savižudybės kontekste ir 2002–2011 metų oficiali savižudybių statistika **127**
- 30 pav.** Psichikos sveikatos sritys ir kontekstas Lietuvos Respublikos Seimo plenariniuose posėdžiuose 1990–2010 metais **128**
- 31 pav.** Žiniasklaidos ir rezonansinių įvykių paminėjimo dinamika **130**
- 32 pav.** Psichikos temų paminėjimai žiniasklaidoje ir Lietuvos Respublikos Seimo stenogramose (proporcijos %. Visas laikotarpis = 100 %) **130**
- 33 pav.** Homicidų (žmogžudysčių) paplitimas tarp 10–29 metų amžiaus žmonių PSO Europos regiono valstybėse **135**
- 34 pav.** Ydingo rato principu veikiantis mechanizmas **139**

Lentelių sąrašas

- 1 lentelė.** Psichiatrijos ligoninių ir lovų skaičius Lietuvoje 2011 metais **25**
- 2 lentelė.** Svarbiausi 1990–2011 metų Lietuvos ir tarptautiniai psichikos sveikatos politikos dokumentai **41**
- 3 lentelė.** Visuomenės psichikos sveikatos stiprinimo ir psichikos sutrikimų prevencijos priemonių įgyvendinimas pagal Psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo 2008–2010 metų programą bei 2011–2013 metų tarpinstitucinį veiklos planą **45**
- 4 lentelė.** SMR Lietuvoje ir ES 1990–2010 metais dėl išorinių mirties priežasčių, savižudybių, transporto įvykių ir jaunuolių (15–29 m.) nužudymų 100 tūkst. gyventojų **51**
- 5 lentelė.** Pranešimų apie smurtą prieš vaikus skaičius 2005–2011 metais **58**
- 6 lentelė.** Nuo nusikalstamų veikų nukentėjusių vaikų skaičius 2005–2011 metais **58**
- 7 lentelė.** Vaikų savižudybių skaičius Lietuvoje, tenkantis 100 000 gyventojų 2005–2011 metais **63**
- 8 lentelė.** Vaikų, turinčių „F“ diganozes, kreipimosi atvejų pokyčiai 2006–2011 metais **67**
- 9 lentelė.** Vaikų, turinčių „F“ diagnozes, kreipimosi skaičiaus pokyčiai 2006–2011 metais **67**
- 10 lentelė.** Psichikos sveikatos centrų etatų sudėtis **68**
- 11 lentelė.** Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšos vaikų iki 18 metų psichikos sveikatos priežiūrai 2011 metais (mln. Lt) **70**
- 12 lentelė.** Socialinės globos įstaigose dirbančių socialinių darbuotojų ir jų padėjėjų skaičiaus pokyčiai 2002–2011 metais **78**
- 13 lentelė.** Socialinės globos įstaigų gyventojų kaitos dinamika 2002–2011 metais **79**
- 14 lentelė.** Globos įstaigų gyventojų darbingumas 2002–2011 metais **79**
- 15 lentelė.** Eilių į socialinės globos įstaigas pokyčiai 2002–2011 metais **79**
- 16 lentelė.** Socialinės globos įstaigų gyventojų skaičiaus pokyčiai 2002–2011 metais **80**
- 17 lentelė.** Socialinės globos įstaigų skaičiaus pokyčiai 2002–2011 metais **81**
- 18 lentelė.** Naujų gyventojų socialinės globos įstaigose dinamika ir jų dalies, atvykstančios iš ligoninių, pokyčiai 2002–2011 metais **81**
- 19 lentelė.** Lovų skaičiaus psichiatrijos ligoninėse pokytis nuo 1996 iki 2011 metų **82**
- 20 lentelė.** Vidutinės gydymosi psichiatrijos ligoninėse trukmės pokytis nuo 1999 iki 2011 metų **82**
- 21 lentelė.** Psichikos sveikatos centrų skaičiaus augimo dinamika **83**
- 22 lentelė.** Pagrindinės išlaidų dėl blogos psichikos sveikatos grupės **95**
- 23 lentelė.** Stacionarių psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimas 2010 ir 2012 metais **99**
- 24 lentelė.** Finansavimo šaltiniai ir metodai **100**
- 25 lentelė.** Finansavimo mechanizmų panaudojimas **101**
- 26 lentelė.** Sveikatos sistemos vertinimo matrica ir galimi stebėsenos rodikliai (sudaryta autorių) **110**
- 27 lentelė.** Paslaugų teikėjų žemėlapis **115**
- 28 lentelė.** Psichikos sveikatos sritys ir kontekstas Lietuvos Respublikos Seimo plenariniuose posėdžiuose pagal Seimo kadencijas (potemių proc. bendrame diskusijų psichikos sveikatos tema kontekste) **129**
- 29 lentelė.** Ryšys tarp skirtingų psichikos sveikatos temų nušvietimo žiniasklaidoje ir paminėjimų Seimo stenogramose **131**

Tyrimo tikslas buvo kompleksiskai išanalizuoti Lietuvos psichikos sveikatos politikos formavimo ir įgyvendinimo raidą 1990–2013 metais bei moksliskai įvertinti jos veiksmingumą.

Pasitelkus sisteminės analizės paradigmą ir realistinio vertinimo metodinę prieigą, vykdyta kompleksinė analizė (ekspertų interviu, pirminių ir antrinių dokumentų analizė, turinio ir diskurso analizė). Buvo analizuojamas tiek visuomenės psichikos sveikatos problemų sprendimu susijęs socialinis (žiniasklaidos šaltiniai) ir politinis (Lietuvos Respublikos Seimo stenogramos) diskursas, tiek psichikos sveikatos politikos ir psichikos sveikatos priežiūros sistemos veiksmingumas.

Rezultatai. Analizė atskleidė, kad Lietuvos psichikos sveikatos politikoje šiuolaikiniai mokslo žiniomis grįsti principai yra tinkamai suformuluoti, tačiau nėra įgyvendinami, todėl Lietuvos psichikos sveikatos politika negali būti laikoma veiksminga. Aptiktas visuomenės nuostatų, valdžios institucijų sprendimų ir psichikos sveikatos priežiūros sistemos veikimo bei vertinimo būdų nepalankus derinys, kuris veikia ydingo rato principu. Išsiaiškintos šios svarbiausios ydingo rato mechanizmo grandys, veikiančios tuo pačiu metu ir kaip nepalankių reiškinių bei rodiklių priežastys, ir kaip jų pasekmės:

- valstybės biudžeto, PSDF ir ES fondų lėšos daugiausia investuojamos į ankstesnių tradicijų suformuotą paslaugų sistemą, stiprinančią socialinės atskirties, stigmatizacijos ir bejėgiškumo reiškinius;
- sustabdyta arba pernelyg lėta veiksmingų visuomenės sveikatos intervencijų ir psichosocialinių bendruomeninių technologijų plėtra;
- neveikia sistemos ir jos atskirų grandžių nepriklausomo vertinimo mechanizmai;
- visuomenės psichikos sveikatos rodikliai yra nuolat prasti;
- politikų sprendimuose vyrauja prisitaikymas prie sistemos tradicijų ir visuomenėje paplitusių socialinę atskirtį ir netoleranciją palaikančių nuostatų.

Svarbiausiose psichikos sveikatos politikos srityse – siekiant įgyvendinti veiksmingą savižudybių prevenciją, vaikų psichikos sveikatos priežiūros paslaugų plėtrą ir perėjimą nuo institucinės globos prie veiksmingų bendruomeninių paslaugų, – nepavyko pasiekti paradigmos lūžio ir proveržio, nors į sistemą investuota nemažai papildomų finansinių išteklių.

Lietuvoje veikianti psichikos sveikatos priežiūros sistema yra neveiksminga ir nepakankamai skaidri. Nėra sistemos ir jos grandžių veiklos veiksmingumo kriterijų, pagal kuriuos būtų galima vertinti į sistemą investuojamų lėšų efektyvumą. Nesukurtos paskatos siekti naujovių, vykdyti nepriklausomą lėšų efektyvumo, žmogaus teisių apsaugos ir kitų sistemos veiklos rezultatų stebėseną.

Identifikuotos sisteminės Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros sistemos spragos nesusijusios su finansinių išteklių trūkumu. Sistemos ydingumo požymiai stiprėjo ne 1990–2000 metais, o 2001–2013 metais, kai ekonomika augo (2001–2007) ir buvo naudojami Europos Sąjungos fondai (2007–2013).

Žiniasklaidos ir politinio diskurso analizė atskleidė nedidelius teigiamus visuomenės psichikos sveikatos ir jos problemų suvokimo pokyčius, tačiau nepakanka politinės valios ir visuomenės narių suvokimo, kad veiksmingi sprendimai įmanomi tik tuo atveju, jei bus bendrais veiksmais įgyvendinti šiuolaikiniai principai ir atsisakoma socialinės atskirties ir stigmos tradiciją bei vienpusį biomedicininį modelį palaikančių paslaugų vyravimo. Tokia visuomenės ir politinio diskurso būseną leido pasiekti, kad modernios psichikos sveikatos politikos principai suformuluoti dokumentuose, bet trukdo šią politiką įgyvendinti. Tokios vis dar nepakankamai brandžios visuomenės ir politinio elito nuostatos palaiko ydingą ratą, stabdo veiksmingas inovacijas psichikos sveikatos priežiūros sistemoje ir kelia grėsmę sveikos visuomenės raidai bei nacionaliniam saugumui.

Nepriklausomos stebėsenos mechanizmai leistų padidinti ir psichikos sveikatos politikos įgyvendinimo, ir psichikos sveikatos priežiūros sistemos veiksmingumą, sykiu palaipsniui pakeisti visuomenės nuostatas. Kuriant psichosocialinės gerovės indeksą, siūloma įtraukti rodiklius, susijusius su visuomenės psichikos sveikata, ir rodiklius, vertinančius psichikos sveikatos priežiūros veiklą, ir nepriklausomu būdu analizuojant šių rodiklių kaitą nuolat koreguoti psichikos sveikatos politikos įgyvendinimą.

Siekiant kuo greičiau nutraukti ydingo rato mechanizmus, kurie yra tapę grėsminga kliūtimi stiprinti Lietuvos visuomenės psichikos sveikatą ir įgyvendinti moderniais principais grįstą psichikos sveikatos politiką, būtinas naujas politinės valios pasireiškimas ir platesnė negu iki šiol suinteresuotų permainingo proceso dalyvių koalicija, kartu ir įvairių mokslo kryptų akademinio sektoriaus atstovų aktyvus įsitraukimas.

1. ĮVADAS

Ši mokslinė studija buvo rengiama 2012–2013 metais, Lietuvos mokslo tarybos finansuojamo projekto „Iššūkiai įgyvendinant Lietuvos psichikos sveikatos politiką“ laikotarpiu. Šio projekto ir mokslo studijos tikslas – kompleksiskai išanalizuoti Lietuvos psichikos sveikatos politikos formavimo ir įgyvendinimo raidą 1990–2011 metais, moksliskai įvertinti jos veiksmingumą, mažinant grėsmes visuomenės sveikatai, gerovei ir nacionaliniam saugumui, bei šios analizės pagrindu parengti rekomendacijas psichikos sveikatos politikos tobulinimui, siekiant sukurti nuolatinės nepriklausomos šios politikos įgyvendinimo stebėsenos mechanizmą ir išvengti nepalankių raidos scenarijų visuomenės psichikos sveikatos srityje. Mokslo studijos objektas – Lietuvos psichikos sveikatos politika (jos formulavimas ir įgyvendinimas). Siekta šių uždavinių:

1. Išanalizuoti Lietuvos psichikos sveikatos politiką apibrėžiančius dokumentus, koks jų santykis su PSO, ES dokumentais ir kaip šios politikos formavimas ir įgyvendinimas atitinka šiuolaikinius visuomenės psichikos sveikatos stiprinimo principus;
2. Įvertinti Lietuvos psichikos sveikatos politiką pastarąjį dvidešimtmetį ir jos kaitos tendencijas lėmusius veiksnius;
3. Atskleisti Lietuvos psichikos sveikatos sistemos funkcionavimo sėkmes, nesėkmes ir kaitą;
4. Įvertinti pastarojo dvidešimtmečio psichikos sveikatos politikos įgyvendinimo rezultatus remiantis visuomenės psichikos sveikatos rodiklių, investavimo į ją ekonominių rodiklių analize visuomenės sampratos, nuomonių ir nuostatų kitimo plotmėje;
5. Parengti Lietuvos visuomenės psichosocialinės gerovės indekso sukūrimo rekomendacijas ir sukurti nacionalinės psichikos sveikatos politikos veiksmingumo nepriklausomos stebėsenos pagrindą.

Mokslo studiją sudaro septyni skyriai: pirmame skyriuje supažindinama su tyrimo metodologija bei psichikos sveikatos principų įgyvendinimu; antrame skyriuje pateikiama atlikto kokybinio ekspertų tyrimo analizė; trečias skyrius yra skirtas svarbiausių psichikos sveikatos politikos sričių įgyvendinimo analizei (išskiriant vaikų psichikos sveikatos politikos įgyvendinimą bei deinstitutionalizacijos proceso analizę); ketvirtame skyriuje nagrinėjami svarbiausi permainų siekimo mechanizmai; penktame skyriuje pristatomas žiniasklaidos ir politinio diskurso apie psichikos sveikatą tyrimas bei jo analizė; šeštame ir septintame skyriuose aptariami mokslo studijos rezultatai, išvados ir rekomendacijos.

1.1. TYRIMO METODOLOGIJA

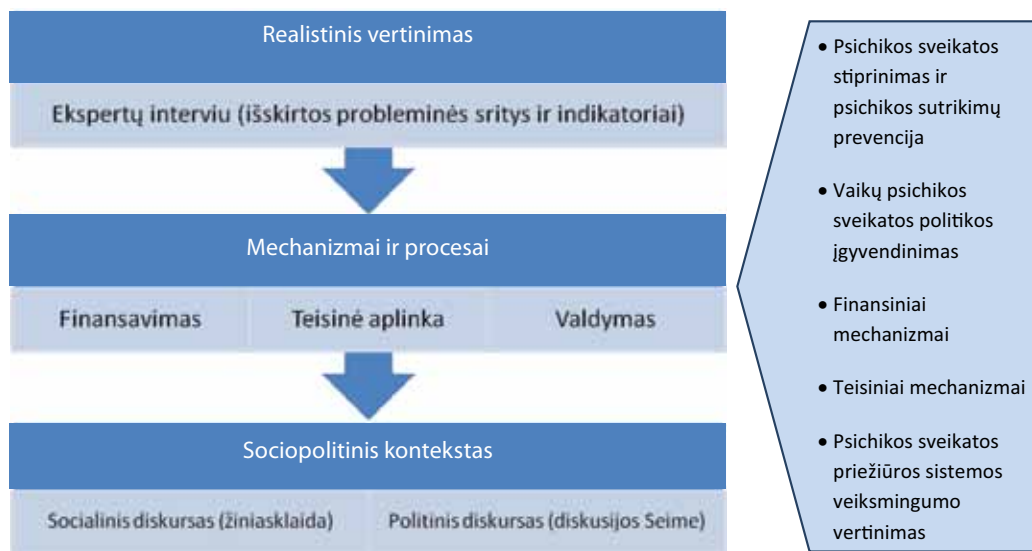
Lietuvos psichikos sveikatos politikos veiksmingumas ir kiti šios politikos formulavimo ir įgyvendinimo aspektai buvo tiriami pasitelkiant *sisteminės analizės* (angl. *system analysis*) paradigmą (Tidikis, 2003, p. 437), tinkamiausią sudėtingoms kompleksinėms sistemoms ir sistemos elementų tarpusavio ryšiams nagrinėti.

Planuojant ir vykdant tyrimus, remtasi adaptuota realistinio vertinimo (angl. *realistic evaluation*) metodine prieiga (Pawson, Tilley, 1997), kurios koncepcija geriausiai atitiko projekto keliamus uždavinius ir analizės strategiją. Studijoje išskiriamos kelios analizės kryptys: ekspertinis mechanizmų bei procesų vertinimas ir konteksto vertinimas¹.

Pirminėje analizės fazėje buvo atlikti ekspertų interviu (kokybinis pusiau struktūruotas interviu) pagrindinėms sistemos problemoms bei analizės rodikliams apibrėžti ir įvertinti. Gauti rezultatai tapo pagrindu išskirti pagrindinius tolesnės analizės kintamuosius.

Kokybiniame ekspertų tyrime dalyvavo devyni ekspertai. Vienas jų atstovauja įstatymų leidžiamajai valdžiai, du – vykdomajai (vienas jų dirba socialinėje srityje, kitas – medicinos srityje); trys – akademiniam

¹ Sąveika tarp programos ar politikos įgyvendinimo mechanizmų ir konteksto sukuria unikalų rezultatą (Context + mechanism = Outcome (Pawson, Tilley, 1997)).



1 pav. Analizės modelis

sluoksniui (vienas jų taip pat yra praktikuojantis gydytojas psichiatras, kitas yra dirbęs Vyriausybėje); du ekspertai – gydytojai psichiatrai (vienas jų taip pat aktyviai veikia NVO sektoriuje); vienas – psichikos sveikatos paslaugų vartotojas.

Vertinant sistemos veiklos rezultatus, jos finansavimo ir žmogaus teisių apsaugos mechanizmus, naudoti pirminių (Lietuvos ir tarptautiniai teisės aktai, statistiniai duomenys, finansiniai rodikliai, susiję su nagrinėjama tema) ir antrinių (tyrimų duomenys, literatūra) dokumentų analizės metodai.

Vertinant psichikos sveikatos priežiūros sistemos veiksmingumą, paslaugų plėtrą svarbiausiose psichikos sveikatos stiprinimo sutrikimų prevencijos bei gydymo srityse (savižudybių prevencija, vaikų psichikos sveikatos priežiūra, perėjimas nuo institucinės globos prie veiksmingų bendruomeninių paslaugų), naudoti pirminių ir antrinių dokumentų analizės metodai. Taip pat atlikta lyginamoji analizė tyrinėjant skirtumus ir panašumus tarp Lietuvos ir užsienio valstybių psichikos sveikatos politikos bei atskirų tos politikos komponentų.

Socialinio politinio konteksto analizės struktūra grindžiama kokybiniais ekspertų vertinimais (aktualių temų ir indikatorių išgryninimas ir pirminis vertinimas) ir kiekybiniais parametrais paremtu konteksto vertinimų modeliu – socialinio (žiniasklaidos šaltinių) ir politinio (Lietuvos Respublikos Seimo stenogramos) diskurso analize².

Žiniasklaidos ir politiniam diskursui analizuoti ir kintamiesiems operacionalizuoti pasirinkta komunikacijos moksluose naudojama įrėminimo (angl. *message framing*) koncepcija (Bucy, Page, Lance, 2011, p. 239–243). Ši teorinė prieiga leidžia žiniasklaidos informaciją bei politinių diskusijų informaciją padalinti į tam tikrus teminius rėmus (angl. *frames*), kuriuos vėliau galima klasifikuoti ir apdoroti tradiciniais statistikos metodais. Taikant turinio (*content*) analizės metodą, pagal reikšminius žodžius analizuoti kiekybiniai parametrai atsižvelgiant į pasirinktas temas ir potemes, jų dažnumą, informacijos kiekį ir informacijos pasikartojimą laike. Informacija surinkta naudojant fokusuotos tinklalapių paieškos technologiją³ (Krilavičius ir kt., 2012, p. 48–61), kuri leido itin kokybiškai išskirti ir visapusiškai išanalizuoti visą reikalingą tikslinę informaciją.

Socialinis problemos kontekstas nagrinėtas iš kelių perspektyvų. Žiniasklaidos informacijoje, kuri yra socialinio diskurso atspindys ir kartu jo formuotojas, nagrinėtas psichikos sveikatos temų⁴ kontekstas, jo kaita (akcentai), aptariamų temų dažnis laike. Dėl informacijos apimties, vientisumo ir išsamumo (publikuoja skirtingų šaltinių informaciją) žiniasklaidos analizei pasirinktas „Delfi“ informacinis portalas. Politinis diskursas pagal

² Analizės lygmenų ir metodų kaita (trianguliacija) padeda išvengti vertinimų subjektyvumo, susijusio su tiesioginiu tyrėjų įsitraukimu į vertinamo objekto lauką (situacija, kai vertintojai patys yra dalyviai, angl. *participant – observer*).

³ Techninis sprendimas – VšĮ „Baltijos pažangiųjų technologijų institutas“. Institutas projekto vykdytojų užsakymu suprojektavo ir sukūrė tyrimui naudotus informacijos rinkimo programinius sprendimus.

⁴ Būtina patekimo į analizuotų tekstų aibę sąlyga – psichikos sveikatos konteksto paminėjimas. Nagrinėtos pagrindinės temos aprašomos paminint psichikos sveikatos kontekstą: su agresija ir saviagresija, priklausomybėmis, teisėsaugos sritimi, sveikatos politikos sritimi, teisėkūra ir viešąja politika susiję tekstai. Temų (indikatorių pasirinkimas) pagrįstas ekspertiniais vertinimais (kokybiniai ekspertų interviu).

ekspertiniame interviu išskirtus pagrindinius indikatorius analizuotas nagrinėjant Lietuvos Respublikos Seimo stenogramose fiksuotus psichikos sveikatos temos paminėjimus. Kiekybine turinio analize siekta atskleisti tiriamos temos aktualumo (diskusijų dažnio) pokyčius ir konteksto kaitą. Tiriant visuomenės (per atspindėjimą žiniasklaidoje) ir politinio diskurso ryšį remtasi tako priklausomybės (angl. *path dependency*) teorija, siekiant rasti žiniasklaidoje formuojamos politinės darbotvarkės įrodymų (McCombs, Shaw, 1972).

1.2. ŠIUOLAIKINIAI PSICHIKOS SVEIKATOS POLITIKOS PRINCIPAI

Pasaulyje ir Europoje jau keli dešimtmečiai skiriama daug dėmesio psichikos sveikatos problemoms ir veiksmingiems jų sprendimo būdams. Lietuva nuo pat Nepriklausomybės atkūrimo ir ypač po to, kai 2004 metais tapo Europos Sąjungos nare, turi puikią galimybę pasinaudoti turtinga pasaulio ir Europos patirtimi šioje srityje. Todėl svarbu gerai išmanyti ir tinkamai interpretuoti bei taikyti šiuolaikinius psichikos sveikatos politikos principus, svarbiausias visuomenės psichikos sveikatos problemų tendencijas, žinoti Europos Sąjungos valstybių ir visos Europos Sąjungos vykdomas priemones psichikos sveikatos politikos ir psichikos sveikatos priežiūros paslaugų plėtros srityje, prioritetines sritis, bendrą sveikatos ir socialinės politikos kontekstą, kuriame sprendžiami visuomenės psichikos sveikatos klausimai.

Pasaulyje paskutiniiais dešimtmečiais atlikti visuomenės psichikos sveikatos ir ją prižiūrinčių sistemų bei paslaugų tyrimai suformavo šiuolaikinius visuomenės psichikos sveikatos politikos principus, kurie išdėstyti Pasaulio sveikatos organizacijos strateginiuose dokumentuose (World Health Report, 2001; World Report on Violence and Health, 2002), Europos Sąjungos institucijų rekomendacijose (Žalioji knyga, 2005; European Pact for Mental Health and Well-being, 2008). Šie principai grindžiami dviem vienodai svarbiomis argumentų grupėmis. Viena argumentų grupė skatina įgyvendinti modernius psichikos sveikatos ir emocinės gerovės stiprinimo būdus kaip universalius žmogaus teisių principus, siekiant, kad asmenys, kurie turi psichikos sutrikimų, nepatirtų diskriminacijos ir kad jų poreikiai būtų patenkinami, kaip ir visų kitų piliečių. Kita argumentų grupė pagrįsta mokslo žiniomis ir tyrimais, įrodžiusiais, kad didelę prastos psichikos sveikatos našta visuomenei galima ir įmanoma veiksmingai mažinti taikant modernius sveikatos ir gerovės stiprinimo būdus, investuojant į teigiamą socialinį kapitalą ir atsisakant istoriškai paveldėtų būdų, kuriems būdinga socialinė atskirtis, stigma, nepakanta pažeidžiamoms žmonių grupėms, sistemų priklausomybė nuo perdėm siauro biomedicininio modelio (Kickbusch, 2002; Thornicroft, Tansella, 2004).

Šie nauji principai susidūrė su dideliais iššūkiais Vidurio ir Rytų Europos (VRE) regione. Kai kurių tyrėjų duomenimis (Saraceno, 2007), psichikos sveikatos sistemų reformos, išskyrus retas išimtis, šiame regione iki šiol buvo nesėkmingos. VRE regionas ypatingas tuo, kad, skirtingai nuo besivystančio pasaulio valstybių, kuriose psichikos sveikatos problemas užgožia kitos visuomenės sveikatos problemos (aukštas kūdikių ir gimdyvių mirtingumas, infekcinių ligų epidemijos), VRE regione šios problemos jau seniai yra gana veiksmingai išspręstos. Tačiau jau trečią dešimtmetį VRE atkreipia ekspertų dėmesį kaip regionas, kuriame vyksta precedento neturinti visuomenės psichikos sveikatos krizė, susijusi su skausminga visuomenės transformacija, liguistu atsaku į užsitęsusį socialinį stresą, su savinaika susijusio elgesio epidemija ir neveiksmingu vyriausybės atsaku į šią grėsmingą krizę, vien 1990–2010 pareikalavusią 4 milijonų mirčių ir tebesitęsiančią iki šiol (Cornia, 2000).

Per pastaruosius du dešimtmečius susikaupusi kritinė masė mokslo žinių, kartu su Jungtinių Tautų konvencijose įtvirtintomis vertybėmis bei žmogaus teisių principais, suformavo paradigmos lūžį – pasikeitė požiūris į psichikos sveikatos reikšmę ir būdai stiprinti visuomenės ir individų psichikos sveikatą. Pasaulio sveikatos organizacijos 2001 metų pranešimas (World Health Organization, 2001) paskelbė valstybėms Jungtinių Tautų narėms ir tų valstybių piliečiams naują, mokslo žiniomis grįstą požiūrį į psichikos sveikatą. Apibendrinant šį požiūrį galima apibūdinti dviem svarbiausiomis žiniomis:

1. Psichikos sutrikimų ir psichikos sveikatos problemų sukelta našta yra tokia didelė, kad visuomenės psichikos sveikata ir su ja susijusios problemos bei sutrikimai XXI amžiaus pradžioje atsiduria sveikatos politikos centre.

2. Panaudojant naujas mokslo žinias ir šiuolaikinius žmogaus teisių principus bei atitinkamai sprendžiant visuomenės ir asmens psichikos sveikatos problemas, įmanoma labai sumažinti psichikos sutrikimų sukeltą naštą ir pagerinti visuomenės bei individų psichikos sveikatą.

Praėjus daugiau kaip dešimtmečiui nuo šių naujų žinių suformulavimo, pasaulio ir Europos valstybės sprendžia psichikos sveikatos problemas, vienaip ar kitaip (vienos sėkmingiau, kitos ne taip sėkmingai) įgyvendindamos šiuolaikinius principus. Tarp šių valstybių yra Lietuva, kuri per jau daugiau kaip du atkurtos valstybės dešimtmečius turėjo daug unikalių galimybių įgyvendinti šiuolaikinius psichikos sveikatos politikos principus. Kaip Lietuva pasinaudojo šiomis galimybėmis? Į šį klausimą ieškojo atsakymo mokslininkų grupė, vykdydama Lietuvos mokslo tarybos remtą projektą „Iššūkiai įgyvendinant Lietuvos psichikos sveikatos politiką“.

Pirmiausia trumpai aptarsime šiuolaikinius psichikos sveikatos politikos principus.

Pasaulio sveikatos organizacija 2001 metų pranešime suformulavo 10 svarbiausių rekomendacijų:

1. Gydyti daugumą sutrikimų pirminiame sveikatos priežiūros lygyje.
2. Padaryti prieinamus psichotropinius vaistus.
3. Teikti pagalbą bendruomenėje.
4. Šviesti visuomenę.
5. Įtraukti bendruomenę, šeimą ir paslaugų vartotojus.
6. Parengti nacionalines strategijas, programas ir teisės dokumentus.
7. Investuoti į žmogiškuosius išteklius.
8. Bendradarbiauti su kitais sektoriais.
9. Vykdyti visuomenės psichikos sveikatos stebėseną.
10. Remti ir vykdyti tyrimus psichikos sveikatos srityje.

Nors šie principai atrodo pakankamai paprasti, iš tikrųjų kiekvieno įgyvendinimas reikalauja kokybiškai naujo požiūrio ir daugeliu atveju – paradigmos lūžio. Naujieji psichikos sveikatos politikos principai buvo iššūkis visoms pasaulio valstybėms. Net ir toms labiausiai išsivysčiusioms pasaulio valstybėms (Šiaurės, Vakarų ir Pietų Europa, Šiaurės Amerika, Australija, Naujoji Zelandija), kurios pradėjo modernizuoti psichikos sveikatos priežiūros sistemas anksčiau – XX amžiaus trečiajame ketvirtyje, naujoji PSO psichikos sveikatos doktrina buvo nemenkas iššūkis. Dar didesnis jis buvo besivystančioms valstybėms bei kai kurių specifinių pasaulio regionų valstybėms. Daugelis besivystančių pasaulio valstybių (pvz., dauguma Afrikos valstybių) turėjo visiškai neišplėtotą psichikos sveikatos priežiūros paslaugų infrastruktūrą (tose valstybėse niekada nebuvo investuojama nei į psichikos sveikatos priežiūros įstaigas, nei į psichiatrus, psichologus ar kitus psichikos sveikatos specialistus), o Vidurio ir Rytų Europos regiono laukė skirtingo pobūdžio iššūkiai. Šiame regione (taip pat ir Lietuvoje) per antrąją XX amžiaus pusę buvo investuojama į psichikos sveikatos priežiūros paslaugų infrastruktūrą ir žmogiškuosius išteklius. Dabar iškilo klausimas, ar sukurta infrastruktūra su gana intensyviu psichiatrijos paslaugų tinklu ir jame įdarbintais darbuotojais (visų pirma – psichiatrais ir slaugytojais) atitinka modernius principus? Jei paaiškėtų, kad neatitinka – kaip tuomet ši infrastruktūra turi būti reformuojama, kad ji atitiktų šiuolaikinius principus?

Daugelyje išsivysčiusių pasaulio valstybių – jau minėtose Vakarų, Šiaurės ir Pietų Europos valstybėse, JAV, Kanadoje, Australijoje, Naujojoje Zelandijoje – investuoti į modernius psichikos sveikatos politikos principus pradėta jau gerokai anksčiau. Valstybėse, kuriose po Antrojo pasaulinio karto įsitvirtino demokratija, jau apie 1950–1970 metus subrendo suvokimas, kad tiek plačiosios visuomenės emocinė gerovė, tiek sutrikusios psichikos asmenų teisės yra visai visuomenei ir valstybei svarbūs rodikliai. Vakarų valstybėse prieš 50 metų prasidėjęs deinstitucionalizacijos procesas buvo palaikomas ne tik politinių partijų, bet ir pilietinės visuomenės. Vienodai svarbūs du argumentai – kad psichikos ir proto negalios kamuojami žmonės turi teisę gyventi atviroje visuomenėje ir turėti visas teises, kurias turi kiti piliečiai, ir kad investicijos į institucinę globą ir atskiras dideles psichiatrijos įstaigas yra ekonomiškai neapsimokančios, – buvo pakankamai gerai suvokti ir priimti. Todėl psichikos sveikatos priežiūros reformos liberaliose demokratijose buvo priimtos gana palankiai, nors ir nebuvo paprasta jas įgyvendinti (Barbato, 1998; Bauer et al., 2001; Becker, Vázquez-

-Barquero, 2001; Bennett, 1991; Caldas de Almeida, 1991). Kitas svarbus išsivysčiusių Vakarų pasaulio valstybių bruožas buvo tas, kad XX amžiuje šių valstybių sveikatos priežiūra, švietimas, socialinė apsauga buvo stipriai paveikti psichologinių teorijų apie žmogaus kaip asmenybės raidą nuo gimimo per visą jo gyvenimą. S. Freudo ir jo sekėjų įtaka psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimui ir individų bei visuomenės emociniam raštingumui buvo tokia didelė, kad daugelyje Vakarų pasaulio valstybių įsitvirtino suvokimas apie psichoterapijos ir kitų psichosocialinių intervencijų veiksmingumą. Tai lėmė, kad daugelyje valstybių, apmokant biudžeto ar sveikatos draudimo lėšomis psichikos sutrikimų gydymo paslaugas, išsivyravo principas psichosocialinėms paslaugoms skirti ne mažiau lėšų negu medikamentinio gydymo kompensavimui. Gausus gerai parengtų psichologų ir klinikinių socialinių darbuotojų įdarbinimas bendruomenės lygyje veikiančiose psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiose įstaigose ir šių paslaugų apmokėjimas naudojant valstybės biudžeto arba sveikatos draudimo lėšas tapo savaime suprantamu principu ir sukūrė stiprų pagrindą įgyvendinti šiuolaikinius psichikos sveikatos politikos principus.

Net kai gerai žinoma iš psichiatrijos istorijos „švytuoklė“ (perlenkimai sureikšminant tai biologinių, tai psichologinių ar socialinių veiksnių vaidmenį psichikos sutrikimų kilmei ir gydymo priemonių veiksmingumui), kaip įprasta, pradėjo slinkti į priešingą pusę ir iš JAV į Europą atėjo šikart ne psichoanalizės bumas, o „prozako era“, psichosocialinių paslaugų svarba ir dėmesys joms nė kiek nesumažėjo. Maža to, kai ėmė aiškėti, kad naujos kartos antidepresantai nėra tokie veiksmingi, kaip vienu metu atrodė (Kirsch et al., 2008), daugelis vyriausybių vėl ėmėsi papildomų investicijų į efektyvias psichosocialines paslaugas. Pavyzdžiui, Jungtinės Karalystės vyriausybė 2008 metais nusprendė skirti 170 milijonų svarų papildomai investuojant į trumpalaikių psichosocialinių paslaugų plėtrą⁵.

Taigi XX amžiaus pabaigoje, kai prie Europos laisvų tautų šeimos po ilgos pertraukos vėl prisijungė naujosios Vidurio ir Rytų Europos demokratijos ir kai netrukus buvo paskelbtas naujasis PSO požiūris į tai, kaip šiuolaikiniais būdais rekomenduojama spręsti visuomenės psichikos sveikatos problemas, valstybių „starto“ pozicija buvo nevienoda. Jau nekalbant apie didelius skirtumus žmogaus teisių apsaugos srityje, Europos vakaruose, šiaurėje ir pietuose jau buvo sukaupta nemaža bendruomeninių paslaugų, psichosocialinių intervencijų bei prevencinių programų, skirtų visuomenės ir individų psichikos sveikatai stiprinti, patirtis. Tačiau Vidurio ir Rytų Europos valstybėse tokios paslaugų plėtros patirties nebuvo, nors buvo daug entuziazmo ir ryžto kuo greičiau atsikratyti totalitarinėje sistemoje išsivyravusių požiūrių į psichikos sveikatą ir jos sutrikimus ir perimti iš Europos „senbuvų“ visas geriausias politikas ir praktikas.

Dar didesnės viltys kuo greičiau pasiekti veiksmingo psichikos sveikatos politikos įgyvendinimo buvo siejamos su Europos Sąjungos plėtra. Tuo metu, kai Lietuva rengėsi narystei ES, Suomijos iniciatyva nuo 1998 metų ES institucijos pradeda teikti vis daugiau dėmesio visuomenės psichikos sveikatai. Jau 1999 metais įvyksta strateginė konferencija Briuselyje ir pradedama formuoti ES psichikos sveikatos dienotvarkė (angl. *EU Mental Health Agenda*). 2005 metai buvo ypač vaisingi. Suvienijus PSO ir ES pajėgas, Helsinkyje (Suomija) įvyksta Europos ministrų konferencija psichikos sveikatos politikos klausimais. Šioje konferencijoje patvirtinama Europos psichikos sveikatos deklaracija ir veiksmų planas⁶. Patvirtindamos Helsinkio deklaraciją ir veiksmų planą, Europos valstybių vyriausybės įsipareigoja įgyvendinti šiuolaikinius psichikos sveikatos politikos principus. Tais pačiais 2005 metais Europos Komisija paskelbia Žaliąją knygą „Gyventojų psichikos sveikatos gerinimas. Europos Sąjungos psichikos sveikatos strategijos kūrimas“⁷. Šiame Europos Komisijos dokumente išdėstoma, kad Europos Sąjungoje psichikos sveikatos problemos turi būti sprendžiamos remiantis šiuolaikiniais visuomenės sveikatos, žmogaus teisių ir vadybos būdais, valstybės ES narės kviečiamos aktyviai vykdyti šiuolaikinę psichikos sveikatos politiką. 2008 metais Europos Komisija po konsultacijų su valstybių ES narių vyriausybėmis ir ekspertais paskelbia Europos psichikos sveikatos ir gerovės paktą (angl. *European Pact for Mental Health and Well-being*), kuris ne tik dar kartą patvirtina, kad Europos Sąjunga laikysis šiuolaikinių psichikos sveikatos politikos formulavimo ir įgyvendinimo principų, bet ir išgrynina penkis svarbiausius Europos Sąjungai ir jos narėms prioritetus:

5 £170 million boost to mental health therapies. King's College, London. October 15, 2007. Internetinė prieiga: <<http://www.kcl.ac.uk/iop/news/records/2007/10October/170-million-to-mental-health-therapies.aspx>>.

6 Europos psichikos sveikatos veiksmų planas 2005. EUR/04/5047810/7. 2005 m. sausio 14 d., 52671.

7 Europos Bendrijų komisija (2005). *Žalioji knyga*. Gyventojų psichikos sveikatos gerinimas. Europos Sąjungos psichikos sveikatos strategijos kūrimas. Briuselis, 2005 m. spalio 14 d., KOM (2005), 484.

1. Depresijos ir savižudybių prevencija;
2. Vaikų ir jaunimo psichikos sveikata ir švietimas;
3. Psichikos sveikata darbo vietose;
4. Pagyvenusių žmonių psichikos sveikata;
5. Stigmos ir socialinės atskirties įveikimas.

2009 metais Europos Parlamentas priima Rezoliuciją dėl psichikos sveikatos⁸. Šioje rezoliucijoje pritariama Psichikos sveikatos ir gerovės pakto svarbiausioms kryptims, be to, Europos Parlamentas ypatingą dėmesį skiria stigmos, socialinės atskirties ir diskriminacijos įveikimui, kviečia valstybes nars pasinaudoti ES struktūrinių fondų parama, ypač tam, kad vietoj didelių atskirų psichiatrijos gydymo ir globos įstaigų būtų investuojama į veiksmingas bendruomenines paslaugas asmenims, turintiems psichikos sutrikimų ir psichikos bei proto negalią. Tiek šiame, tiek anksčiau minėtuose Europos Komisijos ir Europos Parlamento dokumentuose valstybės narės kviečiamos vykdyti mokslo žiniomis pagrįstą psichikos sveikatos priežiūros sistemos stebėseną, kad būtų galima nuolat vertinti pokyčius ir daryti tinkamus pakeitimus investuojant į visuomenės psichikos sveikatą ir tokiu būdu siekti pamatuojamų rezultatų.

Nuo 2008 iki 2013 metų tiek Europos Sąjungos institucijose, tiek PSO Europos regione, tiek kiekvienoje ES narėje valstybėje vyko daug įvairių priemonių ir iniciatyvų siekiant įgyvendinti principus, dėl kurių susitarta, ir gerinti visuomenės psichikos sveikatos būklę. Pavyzdžiui, Europos Komisijos iniciatyva buvo sukurtas Psichikos sveikatos ir gerovės veiklos kompasas (angl. *The EU Compass for Action in Mental Health and Well-being*), kad valstybės narės galėtų dalytis geriausia praktika bei politika psichikos sveikatos srityje. 2013 metais Kompasso tinklapyje buvo paskelbta 120 gerųjų praktikų, 25 psichikos sveikatos politikos dokumentai ir 30 studijų bei ataskaitų.

1.2.1. PSICHIKOS SVEIKATOS PROBLEMOS IR JŲ SPRENDIMO BŪDAI EUROPOS SĄJUNGOJE. PSICHIKOS SVEIKATOS POLITIKA EUROPOS SĄJUNGOS PLĖTROS IR RAIDOS KONTEKSTE

Wittchen ir kt. (2011) tyrė psichikos sutrikimų paplitimą ir naštą Europos regione. Jų tyrimai parodė, kad 38,2 proc. populiacijos (164,8 milijono žmonių) ES valstybėse per paskutinius 12 mėnesių patyrė psichikos sutrikimo epizodą. Anksčiau daryti tyrimai buvo parodę, kad psichikos sutrikimo epizodą per paskutinius 12 mėnesių patyrė 27,4 proc. gyventojų, arba 82 milijonai 18–65 metų amžiaus žmonių (Wittchen & Jacobi, 2005). Dažniausi buvo nerimo sutrikimai (14,0 proc.), nemiga (7,0 proc.), depresija (6,9 proc.), somatoforniniai sutrikimai (6,3 proc.). Tarp kitų dažnai pasitaikančių sutrikimų buvo priklausomybė nuo alkoholio ir narkotikų, aktyvumo ir dėmesio sutrikimas, demencija. Psichikos sutrikimai iš viso sudarė 26,6 proc. visų ligų sukeltos naštos.

Tik 26 proc. psichikos sutrikimų atvejais buvo konsultuojamasi su specialistais. Tai gali reikšti, kad poreikis gauti tinkamą psichikos sutrikimų gydymą dažnai nėra patenkinamas. Ši problema dar aktualesnė naujose ES valstybėse ir senyvų žmonių populiacijoje (Wittchen & Jacobi, 2005).

Psichikos sveikatos problemos sudaro daugiau kaip 20 proc. visų sveikatos sutrikimų sukeltos naštos, o savižudybės, kurių 90 proc. siejama su psichikos sutrikimais ar psichikos sveikatos problemomis, patenka tarp dešimties dažniausių priešlaikinių mirčių priežasčių (European Commission, 2010). Vyrų savižudybės daug labiau paplitusios, o 15–35 metų amžiaus vyrų jos yra dažniausia mirties priežastis PSO Europos regione. Nors savižudybių paplitimas sumažėjo per pastaruosius du dešimtmečius, tačiau išlieka dideli netolygumai tarp valstybių. Aukšti savižudybių rodikliai išlieka Estijoje, Latvijoje, Lietuvoje, Slovėnijoje, Vengrijoje, iš senųjų ES valstybių narių didesni savižudybių rodikliai (nors reikšmingai mažesni negu minėtose naujose ES narėse) yra Austrijoje, Prancūzijoje ir Suomijoje.

8 European Parliament resolution of 19 February 2009 on Mental Health (2008/2209(INI)). Internetinė prieiga: <<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P6-TA-2009-0063+o+DOC+XML+V0//EN>>.

MacKean ir kt. (2011), apžvelgdami naujausias ES valstybių PSP tendencijas, nurodo nemažai svarbių proveržių, kurie yra įvykę daugelyje Europos Sąjungos valstybių.

Autoriai pažymi, kad vis dažniau valstybės naudoja šiuolaikinius visuomenės sveikatos principus įgyvendindamos psichikos sveikatos politiką; vis dažniau psichikos sveikatos problemos susiejamos su socialiniais veiksniais ir socialine aplinka; geriau pavyksta bendradarbiavimas tarp sektorių sprendžiant svarbiausias psichikos sveikatos problemas. Psichikos sveikatos stiprinimas tampa vienu iš svarbiausių sveikatos apsaugos prioritetų kai kuriose valstybėse, pavyzdžiui, Jungtinėje Karalystėje (Anglijoje ir Škotijoje). Kiek anksčiau šis paradigmos lūžis įvyko Australijoje, Naujojoje Zelandijoje, Kanadoje, o pastaraisiais metais daugelyje ES valstybių šie procesai vyksta ne tik politikos formulavimo, bet ir įgyvendinimo lygmeniu.

IMPACT konsorciūmas įvertino preliminarius Europos psichikos sveikatos ir gerovės pakto (2008) įgyvendinimo rezultatus, kai 2009–2011 metais įvyko penkios strateginio lygmens konferencijos svarbiausių prioritetų klausimais (Impact Consortium, 2011). Buvo padaryta išvada, kad būtina stiprinti psichikos sveikatą šiose svarbiausiose srityse, kurios jau anksčiau buvo įvardytos kaip prioritetinės; kartu buvo patikslinti kiekvienos iš šių prioritetinių sričių akcentai:

- vaikų ir jaunimo psichikos sveikatos srityje – ankstyvoji vaikystė, psichikos sveikatos stiprinimas ugdymo įstaigose, palankesnis vaikų psichikos sveikatos problemų sprendimui sveikatos apsaugos sektorius, sveika bendruomenės aplinka, naujų medijų technologijų ir interneto vaidmuo;
- savižudybių ir depresijos prevencija – plėtoti strategijas ir programas, siekiant veiksmingo atsako į rizikos veiksnius, integruoti psichikos sveikatą į kitas (sveikatos, švietimo, socialinės aplinkos) sritis, skatinti partnerystę, gerinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, plėtoti e. sveikatą ir stiprinti mokslo žinių taikymą praktikoje;
- pagyvenusių žmonių psichikos sveikata – įgyvendinti psichikos sveikatos politiką stiprinant socialinį dalyvumą, skatinant sveiką gyvenseną, plėtojant veiksmingą sveikos aplinkos ir išėjimo į pensiją politiką, ypatingą dėmesį skirti pažeidžiamoms pagyvenusių žmonių grupėms bei neformaliems globėjams ir šeimos nariams;
- socialinės aprėpties skatinimas ir stigmos įveikimas – stiprinti veiksmingą socialinę apsaugą ir aprėptį, nutraukti diskriminacijos ciklą, skatinti sveikimą per įdarbinimą, užimtumą ir kitas prasmingas veiklas, aktyviai ginti psichikos sutrikimų turinčių žmonių teises ir užtikrinti gerą prieinamumą prie bendruomenės sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų;
- stiprinti psichikos sveikatą ir gerovę darbo vietose – kurti emociškai sveikas darbo vietas, teikti veiksmingas paslaugas darbuotojams, kurie priklauso rizikos grupei, teikti pagalbą tiems darbuotojams, kurie turi psichikos sutrikimų.

Psichikos sveikatos stiprinimas yra svarbus ES bendrosios politikos kontekste. ES-2020 strateginiai tikslai yra užtikrinti bendrą augimą per artimiausią dešimtmetį (European Commission, 2010c). Svarbiausi tikslai – užimtumas, švietimas, mokslas ir inovacijos, socialinė aprėptis, skurdo mažinimas ir su klimatu bei energija susijusių problemų sprendimas – jei ir ne visada tiesiogiai, bet labai siejasi su poreikiu užtikrinti gerą visuomenės ir individų psichikos sveikatą, užkirsti kelią psichikos sutrikimų sukeliama sunkiai naštai. ES Tarybos išvados apie Psichikos sveikatos ir gerovės paką patvirtina, kad visuomenės psichikos sveikatos stiprinimo vaidmens siekiant ES-2020 tikslų suvokimas yra aukšto lygmens (Council of the European Union, 2011). ES Taryba pakvietė valstybes – ES nares aktyviai dalyvauti įgyvendinant Psichikos sveikatos ir gerovės paką. Svarbu pažymėti tai, kad ši kryptis buvo patvirtinta dar kartą ir sustiprinta Vilniuje 2013 m. spalio 10–11 d. vykusioje pirmininkavimo konferencijoje „Psichikos sveikata: iššūkiai ir galimybės“⁹.

9 ES pirmininkavimo konferencija „Psichikos sveikata: iššūkiai ir galimybės“, Vilnius, 2013 m. spalio 10–11 d. Internetinė prieiga: <www.vpsc.lt>.

1.2.2. VEIKSMINGŲ PSICHIKOS SVEIKATOS POLITIKOS PRINCIPŲ ĮGYVENDINIMAS

Kas lemia, ar pavyksta konkrečiai valstybei įgyvendinti šiuolaikinius psichikos sveikatos politikos principus? Sprendimų veiksmingumą lemia ne tik politikų ir visuomenės ketinimai gauti gerus visuomenės sveikatos rezultatus, bet ir kiti veiksniai – tokie kaip politinis ir žmogaus teisių kontekstas, visuomenės nuostatos, socialinio teisingumo siekimas, išteklių prieinamumas (Jané-Llopis et al., 2011). Mokslo žiniomis grįsti sprendimai leidžia visuomenei ir politikams suprasti, kad galima pasiekti gerų rezultatų tiek ekonominėje, tiek ir socialinėje plotmėje. Mokslo žinios turi būti tinkamai pranešamos visiems proceso dalyviams – plačiajai visuomenei, politikams, visuomenės psichikos sveikatos srityje dirbantiems profesionalams (Clement & Buckley, 2011; Moher et al., 2010). Labai svarbu pagrindinius proceso dalyvius įtraukti į bendros vizijos ir bendrų tikslų siekimą, kad būtų galima užtikrinti psichikos sveikatos politikos formulavimo ir įgyvendinimo sėkmę (Barry & Jenkins, 2007).

Sukauptų mokslo žinių visuma šiuo metu leidžia teikti rekomendacijas politikams, darantiems sprendimus, kaip reikėtų veiksmingai investuoti į visuomenės ir individų psichikos sveikatą bei mažinti našta, sukliamą psichikos sutrikimų ir su psichikos sveikata susijusių problemų. Ne visada greitai pavyksta perkelti mokslo žinias į kasdienę sprendimų formulavimo ir įgyvendinimo praktiką. Tai gali nemažai priklausyti nuo konkrečios valstybės ir visuomenės kultūrinio, pilietinio ir socialinio konteksto. Mokslo žinios negali būti atsietos nuo vertybių ir visuomenėje vyraujančių nuostatų; šios vertybės ir nuostatos gali daryti didelę įtaką mokslo žinių taikymui praktikoje (Jané-Llopis et al., 2011).

Dažnai praktikoje naudojamos intervencijos, kurios nėra pakankamai pagrįstos mokslo žiniomis, taip pat neretai šių intervencijų veiksmingumas nėra moksliskai vertinamas. Tai žinant reikia skatinti, kad nuolat būtų vertinamas intervencijų veiksmingumas (Jané-Llopis & Anderson, 2006).

Ypač svarbu pabrėžti tęstinių psichikos sveikatos stiprinimo ir psichikos sutrikimų prevencijos programų veiksmingumą. McDaid ir Park (2011), išsamiai apžvelgę išsivysčiusių valstybių veiksmingą investavimą į psichikos sveikatą, teigia, kad ypač veiksmingos sąnaudos yra investicijos į tėvystės įgūdžių ugdymo ir šeimų, turinčių mažų vaikų, lankymo programas – juo labiau kai veiksmingi rezultatai matuojami ir už sveikatos sektoriaus ribų.

Tirdami, kaip grįžta investicijos į psichikos sveikatos stiprinimą, Roberts ir Grimes (2011) pabrėžia, kad dažniausiai išlaidų efektyvumas išryškėja ne tiek tame pačiame, kiek kitame sektoriuje. Todėl autoriai siūlo taikyti „psichikos sveikatos visose politikose“ metodą, kai stipri sveikatos sektoriaus lyderystė ir kartu įtraukiami visi kiti tiek vyriausybės, tiek savivaldybių lygmens sektoriai.

Apibendrinami valstybių patirtį įgyvendinant šiuolaikinius psichikos sveikatos politikos principus, konstatuojame, kad svarbiausi šio sudėtingo proceso sėkmės komponentai yra politinė valia, visų proceso dalyvių įtraukimas, gera vadyba ir stebėseną siekiant pamatuojamų rezultatų ir juos vertinant, visuomenės švietimas permainų tikslų ir jų visuotinio naudingumo klausimais, racionalus išteklių planavimas ir jų skaidrus naudojimas, sektorių ir gretimoms visuomenės gyvenimo sritims atstovaujančių valstybinių programų veiksmų koordinavimas.

1.2.3. ŠIUOLAIKINIAI PSICHIKOS SVEIKATOS POLITIKOS PRINCIPAI IR ŽMOGAUS TEISIŲ APSAUGA

Siekiant užtikrinti visapusišką pasitenkinimą bei gyvenimo kokybę, asmens ir visuomenės gerovę, itin aktualus yra žmogaus teisių kontekstas apskritai visuomenėje. Per pastaruosius keletą dešimtmečių visame pasaulyje dramatiškai keičiantis psichikos sveikatos priežiūros paradigmai, buvo suvokta, kad, užtikrinant žmogaus teises psichikos sveikatos priežiūros sistemoje, galima taip transformuoti šios sistemos vertybes ir principus, kad šie skatintų pagarbą pacientams ir didintų jų integracijos į visuomenę tikimybę. Apskritai daugėja duomenų, kad tik užtikrinus aukštą visuomenės pilietiškumo lygį ir visuomenės bei valstybės pagarbą visų asmenų teisėms ir laisvėms atsiranda reali galimybė siekti geros visuomenės sveikatos (ir psichikos sveikatos).

Žmogaus teisės ir psichikos sveikatos priežiūra – dvi sritys, skirtos žmonių gerovei pagerinti. Žmogaus teisių ir psichikos sveikatos sąsajos:

- 1) psichikos sveikatos politika daro įtaką žmogaus teisėms (jų įgyvendinimui);
- 2) žmogaus teisių pažeidimai veikia psichikos sveikatą;
- 3) nuoseklus psichikos sveikatos bei žmogaus teisių stiprinimas yra abipusiškai naudingas ir įgalinantis piliečius.

Kuo labiau pažeidžiama visuomenės grupė, tuo labiau reikia prižiūrėti jos teises. Žmonės, paliesti psichikos ar proto negalios, turi teisę gyventi kuo mažiau suvaržytoje socialinėje aplinkoje ir tenkinti savo poreikius. Šie žmonės privalo turėti tokias pačias žmogaus teises, kaip visi visuomenės nariai. Ypač daug dėmesio žmogaus teisėms ir laisvėms turi būti skiriama teikiant paslaugas psichikos sutrikimų turintiems asmenims.

Bendrai tarptautiniu mastu stiprinant žmogaus teisių apsaugą bei konkrečiai įtvirtinant neįgalių asmenų teises, ypač reikšmingas yra 2006 m. Jungtinių Tautų Generalinės asamblėjos priimtas pirmas ir kol kas svarbiausias XXI amžiaus žmogaus teisių dokumentas – Neįgalių asmenų teisių konvencija ir jos Fakultatyvinis protokolas (toliau – Konvencija). Tai privalomo pobūdžio dokumentas, kuris tarptautinėje žmogaus teisių teisėje pirmą kartą pasaulio istorijoje formalizavo visus esminius neįgalių asmenų teisių užtikrinimo klausimus bei uždraudė diskriminaciją¹⁰. Nors dar prieš Konvencijos priėmimą ne kartą tarptautiniu mastu buvo akcentuojamas negalių turinčių asmenų lygių teisių užtikrinimas, t. y. kad „fizinės ar psichikos negalios asmenys, remiantis pagarbos žmogaus orumui ir vientisumui principu, turi tokias pačias teises kaip ir visi kiti asmenys“¹¹, „turi teisę į tokią pačią apsaugą, kokią žmogaus teisės numato visiems kitiems asmenims“. „Psichikos negalios asmenims užtikrinama teisė į laisvę ir asmens apsaugą, teisingą teismą ir jų kaip lygių asmenų prieš įstatymą pripažinimą, ir teisė į aukščiausią pasiekiamą fizinės ar psichinės sveikatos lygį ir atitinkamai į mokslą ir darbą.“¹² Tačiau, nepaisant tokių pasisakymų, negalių turintys asmenys ilgą laiką buvo ta „nematoma visuomenės dalis“, kuri negali tinkamai pasinaudoti teisinėmis gynybos priemonėmis, nuolat susiduria su kliūtimis dalyvauti visuomenėje kaip lygiateisiai jos nariai ir su žmogaus teisių pažeidimais daugelyje gyvenimo sričių. Siekimas apsaugoti bei užtikrinti šių asmenų žmogaus teisių realizavimą ir buvo paskata priimti Konvenciją.

Konvencija žymi požiūrio į asmenis, turinčius negalią, paradigmos pasikeitimą: nuo paramos, medicininio gydymo ir socialinės apsaugos „objektų“ prie teises turinčių ir jomis besinaudojančių „subjektų“, gebančių savarankiškai priimti su jų gyvenimu susijusius sprendimus, ir aktyvių visuomenės narių. Konvencijos įtvirtinta, jog prie neįgaliųjų priskiriami asmenys, turintys ilgalaikių fizinių, psichikos, intelekto ar jutimo sutrikimų, kurie sąveikaudami su įvairiomis kliūtimis gali trukdyti šiems asmenims visapusiškai ir veiksmingai dalyvauti visuomenėje lygiai su kitais asmenimis. Tai reiškia, kad socialinės integracijos ir dalyvavimo gyvenime aspektu ne tik ir ne tiek svarbi asmens turima negalia, kiek aplinkos veiksniai (fiziniai, aplinkos, socialiniai, požiūrio), kurie vienaip ar kitaip trukdo asmeniui visavertiškai dalyvauti ir realizuoti savo teises. Todėl pagrindinis Konvencijos tikslas – skatinti, apsaugoti ir užtikrinti visų neįgaliųjų visapusišką ir lygiateisį naudojimąsi visomis žmogaus teisėmis ir pagrindinėmis laisvėmis, taip pat skatinti pagarbą šių asmenų prigimtiniam orumui.

Svarstant ir priimant Konvencijos tekstą aktyviai dalyvavo neįgaliųjų bendruomenės atstovai, kurie itin pabrėžė negalią turinčių asmenų kaip teisės subjektų dalyvumą, įtraukimą į visus politinius procesus, negalios klausimų įtraukimą į visas kitas visuomenės, valstybių politikos sritis. Todėl pagrindinės priimtos Konvencijos vertybės yra būtent pagarba asmens prigimtiniam orumui, savarankiškumui, įskaitant laisvę rinktis, ir nepriklausomumui; visapusiškas ir veiksmingas dalyvavimas ir įtraukimas į visuomenę; lygios galimybės; nediskriminavimas; suverenumas / autonomija, įvairovė, asmens nedalumas, socialinių tinklų, pilietinių teisių išsaugojimas ir kt.

¹⁰ 2006 m. gruodžio 13 d. JT Generalinė asamblėja priėmė Neįgalių asmenų teisių konvenciją – tarptautinį dokumentą, skirtą specialiai ginti bei užtikrinti žmogaus teises vienai iš pažeidžiamiausių ir reikalingiausių apsaugos visuomenės grupių – negalių turintiems asmenims. Šis žingsnis neįgalių žmonių teisių ir interesų apsaugos istorijoje yra išskirtinis, nes pirmą kartą specialus tarptautinis privalomo pobūdžio instrumentas įtvirtina negalios asmenims visas pagrindines žmogaus teises ir laisves be diskriminacijos ir skatina pagarbą jų prigimtiniam orumui.

¹¹ Europos Tarybos žmogaus teisių komisaro išvados. *Psichikos negalės asmenų teisių skatinimas ir apsauga*, Kopenhaga, 2003.

¹² Jungtinių Tautų Generalinė asamblėja. *Pastangų užtikrinti visišką neįgalių asmenų žmogaus teisių pripažinimą ir naudojimąsi jomis progresas*: Generalinio sekretoriaus ataskaita, 2003 m. liepos 24 d., p. 4, 5.

Psichikos ir proto (kitaip Konvencijoje įvardijamos psichosocialinės) negalios asmenų atžvilgiu labai svarbios šioje Konvencijoje įtvirtintos nuostatos, kuriomis valstybės įsipareigoja:

- ginti ir užtikrinti asmenų, turinčių psichosocialinių ar intelekto sutrikimų, lygias teises kitų neįgalių asmenų atžvilgiu;
- įtvirtinti teisę savarankiškai gyventi ir dalyvauti bendruomenėje;
- užtikrinti, kad tie asmenys lygiomis teisėmis su kitais asmenimis būtų pripažįstami kaip turintys teisinį veiksnumą visose gyvenimo srityse;
- įtvirtinti teisę į informuotą medicininio gydymo sutikimą;
- uždrausti bet kokią diskriminaciją negalios pagrindu bei šiuo motyvu atimti asmens laisvę.

Psichikos sveikatos politika įgyvendinama per mokslo žiniomis grįstą psichikos sveikatos priežiūros paslaugų plėtrą.

Pastaraisiais dešimtmečiais daug pasiekta, kad būtų išvengta anksčiau darytų paslaugų planavimo bei teikimo klaidų ir sukurtos tokios psichikos sveikatos priežiūros paslaugų sistemos, kurios yra ir efektyvios, ir racionalios pagal lėšų naudojimą (Thornicroft, Tansella, 2004; Knapp et al., 2007). Pirmiausia tai pasakytina apie mokslo žiniomis pagrįstą būtinybę laikytis kelių paslaugų teikimo lygių, kad būtų galima lengvus sutrikimus gydyti mažesnėmis sąnaudomis pirminiame lygyje (tinkamai naudojant bendrosios praktikos gydytojų ir slaugytojų gebėjimus), o antriniame ir tretiniame paslaugų teikimo lygyje pasitelkti psichikos sveikatos specialistų ir jų tarpdisciplininių komandų kompetencijas. Be to, Thornicroft ir Tansella (2004) pasiūlytas matricų modelis leidžia nuolat stebėti, kaip veikia tiek visa psichikos sveikatos priežiūros sistema, tiek jos komponentai vertikaliame ir horizontaliame lygiuose. Vertikalus lygis – tai nacionalinio, regioninio ir individualių atvejų lygmens stebėseną, o horizontalus lygis – tai investavimo į sistemą, dėl investuotų išteklių vykstančių procesų ir gaunamų rezultatų nuolatinė stebėseną.

Grįžtant prie 10 rekomendacijų, kurias 2001 metais paskelbė Pasaulio sveikatos organizacija (WHO, 2001), visų jų įgyvendinimas iškelia reikalavimus valstybėms ir jų vyriausybėms bei kitiems proceso dalyviams iš esmės peržiūrėti ir prioritetus, ir būdus naujesiems principams įgyvendinti.

Kituose skyriuose bus aptariamose įvairaus pobūdžio analizės, padėjusios atskleisti, kaip Lietuvai du dešimtmečius sekėsi formuluoti ir įgyvendinti psichikos sveikatos politiką.

1.3. LIETUVOS PSICHIKOS SVEIKATOS POLITIKOS FORMULAVIMO IR ĮGYVENDINIMO SITUACIJOS APŽVALGA

Šiame skyriuje supažindinsime su oficialiuose dokumentuose bei valdžios institucijų pranešimuose atspindima Lietuvos valdžios institucijų pozicija dėl visuomenės psichikos sveikatos būklės, psichikos sveikatos priežiūros sistemos veikla bei sprendimais ir veiksmais formuluojant bei įgyvendinant psichikos sveikatos politiką.

Lietuvos įstatymų leidžiamoji ir vykdomoji valdžia 1991–2011 (2013) metais¹³ vykdė įvairias psichikos sveikatos formulavimo ir įgyvendinimo priemones, atitinkamai investuodama į finansinius bei žmogiškuosius išteklius.

1.3.1. PSICHIKOS SVEIKATOS POLITIKA IR SU JA SUSIJĘ ĮSTATYMAI, POĮSTATYMINIAI AKTAI BEI KITI DOKUMENTAI

1995 metais Seimas priėmė Psichikos sveikatos priežiūros įstatymą¹⁴, kuris 1999–2005 metų laikotarpiu buvo penkis kartus keičiamas priimant šio įstatymo keitimo įstatymus. Jame įtvirtinti svarbiausi psichikos

13 Projekto tyrėjai įsipareigojo vertinti psichikos sveikatos politikos veiksmingumą 1990–2011 metų laikotarpiu. Kadangi nemažai svarbių su psichikos sveikatos politika susijusių procesų vyko ir 2012–2013 metais, nutarta šį laikotarpį taip pat įtraukti į vykdomą tyrimą.

14 Psichikos sveikatos priežiūros įstatymas. Lietuvos Respublikos Seimas, 1995.

sveikatos apsaugos principai, pavyzdžiui, teisė į prieinamą psichikos sveikatos priežiūrą, bei svarbiausi psichikos negalią turinčių asmenų teisių apsaugos principai. Įstatyme numatoma užtikrinti pagalbos prieinamumą kuriant savivaldybių psichikos sveikatos centrus.

1999 metais įsteigiamas Valstybinis psichikos sveikatos centras (VPSC), pavaldus Sveikatos apsaugos ministerijai. Šio strateginę reikšmę turinčio, Sveikatos apsaugos ministerijai pavaldaus centro veikla atsispin-di jo nuostatuose ir internetiniame tinklalapyje¹⁵.

1999 metais Vyriausybė patvirtino Psichikos ligų profilaktikos 1999–2009 metų programą¹⁶. Šioje programoje buvo planuojama gerinti psichikos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą pirminiame, an-triniame ir tretiniame lygiuose. 2000 metais įkurta Valstybinė psichikos sveikatos komisija, kurios tikslas – užtikrinti veiksmingą taprsektorinį bendradarbiavimą psichikos sveikatos politikos srityje. Didesnį dėme-sį visuomenės psichikos sveikatai rodė ir patvirtinti dokumentai bei programos: Valstybinė psichikos ligų profilaktikos programa, 1999; Valstybinė narkotikų kontrolės ir narkomanijos prevencijos programa, 1999, 2004–2008, 2010–2016; Valstybinė alkoholio kontrolės programa, 1999–2011; Valstybinė tabako kontro-lės programa, 1998–2010; Valstybinė savižudybių prevencijos programa, 2003–2005; Valstybinė neigaliųjų socialinės integracijos programa 2003–2012, 2002.

Svarbiausi šių programinių dokumentų tikslai buvo sumažinti: a) sergamumą psichikos ligomis; b) sa- vižudybių paplitimą; c) alkoholio ir kitų psichoaktyviųjų medžiagų vartojimą.

Lietuvos sveikatos programa (1998–2010) daug metų buvo svarbiausias Lietuvos politikos doku- mentas. Programa turėjo keletą svarbių tikslų, tarp jų ir psichikos sveikatos srityje. Šalia kitų svarbių tikslų joje buvo numatyta gerokai sumažinti su alkoholio vartojimu susijusią žalą, savižudybių paplitimą, alkoho- linių psichozijų skaičių.

1998 metais įsteigta Seimui atskaitinga Nacionalinė sveikatos taryba (NST) nuo pat veiklos pradžios daug dėmesio skyrė visuomenės psichikos sveikatai ir modernių principų įtvirtinimui psichikos sveikatos politikoje. 1999 metais vykęs NST išplėstinis posėdis, kurio metu atsakingoms valdžios institucijoms buvo pateiktos rekomendacijos, kaip reformuoti psichikos sveikatos priežiūros sistemą¹⁷.

2001 metais NST skyrė psichikos sveikatos klausimams didelę dalį Metinio pranešimo (jį NST pirmi- ninkas skaito plenariniame Seimo posėdyje). Šiame metiniame pranešime viena iš svarbiausių dalių (p. 22– 69) skirta visuomenės psichikos sveikatos ir šią sveikatą prižiūrinčios sistemos veiklos analizei¹⁸.

Neatsitiktinai apie 2001 metus padidėja aktyvumas siekiant formuoti ir įgyvendinti naujuosius psi- chikos sveikatos politikos principus. Būtent 2001 metais buvo paskelbtas PSO metinis pranešimas, kuriame PSO apibendrino naujausias mokslo žinias, lėmusias aiškų apsisprendimą dėl dviejų svarbių žinių:

1. Psichikos sveikatos problemos ir su psichikos sveikata susiję sutrikimai atsideda vienoje gretoje pagal našta visuomenėms ir valstybėms (o kai kurias atžvilgiais ir sukelia didesnę našta) su ligšio- liniais pripažintais sveikatos politikos prioritetais – neinfekcinėmis lėtinėmis ligomis (visų pirma širdies ir kraujagyslių bei onkologinėmis).
2. Šią našta įmanoma gerokai sumažinti, jei valstybės peržiūrės investavimo į psichikos sveikatą kryp- tis, kiekybę bei kokybę ir nuosekliai įgyvendins psichikos sveikatos politikos šiuolaikinius princi- pus.

2001 metais taip pat jau buvo gerai jaučiama, kad artėja Lietuvos stojimas į Europos Sąjungą. Pavyz- džiai, tuo metu iš ES struktūrų ir kitų tarptautinių organizacijų Lietuvos Vyriausybei buvo signalizuojama apie būtinybę susirūpinti problemomis, kurios tiesiogiai susijusios su psichikos sveikatos politika, – didele socialine atskirtimi, per didele priklausomybe nuo institucinės globos naudojimo, rekordiškai aukštu savi- žudybių skaičiumi.

Kaip galimas šio proceso rezultatais – Seimo ir Vyriausybės susidomėjimas savižudybių paplitimo reiškiniu. Subrandinus idėją, kad savižudybių prevencija turi būti vykdoma nuosekliai įgyvendinant visą eilę

15 Internetinė prieiga: <www.vpsc.lt>.

16 Su šia ir kitomis valstybinėmis programomis galima susipažinti Valstybinio psichikos sveikatos centro tinklalapyje: <http://www.vpsc.lt/index.php?option=com_content&view=article&id=12&Itemid=16&lang=lt>.

17 NST posėdžio protokolas, 1999. Internetinė prieiga: <http://www3.lrs.lt/pls/inter/nst.show?p_rid=5907>.

18 Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas, 2001. Internetinė prieiga: <<http://www3.lrs.lt/owa-bin/owarepl/inter/owa/U0074457.pdf>>.

veiksmų bei priemonių ir tai darant įvairiuose sektoriuose, buvo parengta Savižudybių prevencijos 2003–2005 metų programa¹⁹. Nors šios programos įgyvendinimą sunkino labai menkas finansavimas, visgi svarbu pažymėti, kad politikos formulavimo lygiu buvo aktyviai siekiama įvardyti savižudybių reiškinį ne vien kaip medicininę psichiatrinę, bet visų pirma kaip visuomenės sveikatos problemą. Savižudybių prevencijai taip pat buvo skirtos dvi nacionalinės konferencijos 1995 ir 2000 metais.

Kita aktyvumo formuojant ir įgyvendinant Lietuvos psichikos sveikatos politiką banga kilo 2005–2007 metais. Ji iš dalies buvo susijusi su tuometinio sveikatos apsaugos ministro Ž. Padaigos pademonstruota politine valia ypatingą dėmesį skirti visuomenės psichikos sveikatos problemoms. Taip sutapo, kad Ž. Padaigai tapus ministru jo vienas iš pirmųjų tarptautinių renginių buvo vadovavimas Lietuvos delegacijai Europos ministrų konferencijoje psichikos sveikatos klausimais Helsinkyje 2005 metų sausį. Šioje konferencijoje, bendradarbiaujant PSO Europos regiono biurui ir Europos Komisijai, buvo pasirašyta Europos deklaracija ir veiksmų planas. Valstybės, priklausančios PSO Europos regionui, įsipareigojo įgyvendinti šiuolaikinius psichikos sveikatos politikos principus.

Po Helsinkio konferencijos sveikatos apsaugos ministro Ž. Padaigos iniciatyva buvo sudaryta psichikos sveikatos strategijos rengimo darbo grupė. Anksčiau vykdytų projektų (visų pirma tų projektų, kuriuos rėmė Atviros Lietuvos fondas, prioritetine paramos kryptimi laikęs šiuolaikinių visuomenės sveikatos principų įtvirtinimą Lietuvoje) rezultatai, susiję su Lietuvos psichikos sveikatos problemomis, ir psichikos sveikatos priežiūros sistemos kritinė analizė buvo panaudota rengiant šią strategiją. Parengus strategijos projektą kaip sveikatos politikos dokumentą (nedetalizavus įgyvendinimo etapų bei finansavimo), Seimas be didelių diskusijų 2007 metų balandžio 3 dieną patvirtino Psichikos sveikatos strategiją.

Psichikos sveikatos strategija buvo rengiama remiantis anksčiau vykdyta Lietuvos psichikos sveikatos politikos ir psichikos sveikatos priežiūros sistemos kritine analize. Seimo priimto dokumento pirmojoje (analitinėje) dalyje daroma išvada, kad Lietuvoje veikianti psichikos sveikatos priežiūros sistema yra neefektyvi ir todėl, siekiant veiksmingai spręsti susikaupusias gausias visuomenės psichikos sveikatos problemas, būtinos esminės tiek Lietuvos psichikos sveikatos politikos, tiek Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros sistemos permainos.

Strategija paskelbė naujus psichikos sveikatos politikos prioritetus bei kryptis, pagal kurias bus investuojama į psichikos sveikatą. Psichikos sveikatos prioritetai, įtvirtinti strategijoje, yra šie²⁰:

- užtikrinti žmogaus teisių apsaugą psichikos sveikatos priežiūros sistemoje per nepriklausomos stebėsenos mechanizmus (ypač uždaroje įstaigoje);
- plėtoti modernių į vartotojų poreikius nukreiptų bendruomeninių paslaugų spektrą;
- pasiekti biopsichosocialinio modelio plėtros pusiausvyrą (tarp biomedicininų ir psichosocialinių intervencijų);
- skatinti paslaugų vartotojų autonomiją ir dalyvumą;
- gydyti didelę dalį nesunkių psichikos sutrikimų nespecializuotame lygyje;
- teikti prioritetą efektyvioms ir tęstinėms psichikos sveikatos stiprinimo ir sutrikimų prevencijos veikloms;
- stiprinti nevyriausybinių organizacijų vaidmenį (kaip lygiaverčių paslaugų teikėjų, kaip nepriklausomų vertintojų ir kt.).

Kad šie prioritetai būtų pasiekti, Strategijoje numatyta nukreipti finansinius ir žmogiškuosius išteklius šiomis kryptimis:

- įtvirtinti psichikos sveikatos svarbą valstybės politikoje;
- investuoti į psichikos sveikatos stiprinimą ir sutrikimų prevenciją;
- užtikrinti lanksčių bendruomeninių paslaugų tinklo plėtrą;
- sukurti modernių paslaugų finansavimo mechanizmą;
- užtikrinti žmogaus teisių apsaugą ir šių teisių nepriklausomą stebėseną psichikos sveikatos priežiūros įstaigoje;

19 Valstybinio psichikos sveikatos centro svetainė: <www.vpsc.lt>.

20 Psichikos sveikatos strategija. Lietuvos Respublikos Seimas, 2007.

- vykdyti psichikos sveikatos rodiklių ir visuomenės psichikos sveikatos rodiklių nepriklausomą vertinimą ir stebėseną.

Sveikatos apsaugos ministerijai koordinuojant buvo parengti, patvirtinti ir vykdyti du Psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo planai: 2008–2010 metų²¹ ir 2011–2013 metų²². Šios strategijos įgyvendinimo vertinimas labai skiriasi priklausomai nuo vertintojų. Valdžios institucijų ataskaitose (pavyzdžiui, Valstybinio psichikos sveikatos centro 2010 metų ataskaitoje) teigiama, kad strategija palaipsniui yra įgyvendinama²³. Tačiau nevyriausybinų organizacijų ir nepriklausomų ekspertų pareiškimuose, pavyzdžiui, nevyriausybinų organizacijų 2013 m. gegužės 7 d. kreipimesi, reiškiamą pozicija, kad Strategijos svarbiausių principų ir prioritetų iki šio nepavyko pradėti iš esmės įgyvendinti²⁴.

Kitas svarbus žingsnis demonstruojant politinę valią 2005–2006 metais buvo Lietuvos organizacijų paraiška vykdyti tarptautinį projektą „Vaikų ir paauglių psichikos sveikata išsiplėtusioje Europos Sąjungoje (CAMHEE)²⁵. Aktyviai remiama Sveikatos apsaugos ministerijos, grupė Lietuvos valstybinių ir nevyriausybinų organizacijų, pakvietusi partnerius iš šešiolikos ES valstybių (iš viso projekte dalyvavo 36 organizacijos), teikė paraišką Europos Sąjungos visuomenės sveikatos programai ir laimėjusi konkursą 2007–2009 metais vykdė ambicingą projektą. Šio projekto rezultatai išsamiau aptariami skyriuje „Vaikų psichikos sveikatos politikos įgyvendinimas“. Šiame skyriuje, apžvelgiant Lietuvos valdžios institucijų pastangas formuluoti ir įgyvendinti psichikos sveikatos politiką, svarbu pažymėti, kad 2005–2007 metais buvo pasiektas pats aukščiausias iki šiol lygis, formuluojant ir ketinant įgyvendinti šiuolaikinius psichikos sveikatos politikos principus Lietuvoje.

1.3.2. PSICHIKOS SVEIKATOS POLITIKOS ĮGYVENDINIMAS NAUDOJANT ES STRUKTŪRINIŲ FONDŲ PARAMĄ

2005–2006 metais, kai buvo rengiama Psichikos sveikatos strategija, Sveikatos apsaugos ministerijos siūlymu Vyriausybės lygiu priimtas sprendimas, kad šalia tradicinių Lietuvos sveikatos politikos prioritetų (širdies ir kraujagyslių bei onkologinės ligos), kitos dvi prioritetinės sritys teikiant paraiškas ES struktūrinių fondų paramai bus psichikos sveikatos priežiūros paslaugų modernizavimas ir traumų mažinimas. Vykdamas šias nuostatas, buvo parengtos ir vėliau, gavus ES paramą, 2007–2013 metais vykdomos šios priemonės²⁶:

PRIEMONĖ „DIFERENCIJUOTŲ KOMPLEKSNĖS PSICHIATRINĖS PAGALBOS VAIKUI IR ŠEIMAI CENTRŲ ĮKŪRIMAS“

Priemonės tikslas – plėtoti kompleksines vaikų ir paauglių psichikos sveikatos priežiūros paslaugas (ambulatorines-konsultacines, dienos stacionaro, krizių intervencijos, stacionaro).

Remiamos veiklos: regioninių diferencijuotų kompleksinės psichiatriinės pagalbos vaikui ir šeimai centrų įsteigimas (iki 5) – investavimas į sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūros modernizavimą: statinių ir (ar) patalpų statybą, rekonstravimą, remontą ir įrengimą, kad būtų sukurta pacientams ir personalui saugi ir patogi aplinka, kiemelių įrengimą, reikiamą įrangą ir transportą, skirtą vykti į krizės ištikimo vietą.

Įgyvendinamų projektų skaičius – 5.

Pasirašytų finansavimo ir administravimo sutarčių suma – 11 mln. Lt.

21 Valstybinis psichikos sveikatos centras, www.vpsc.lt [žiūrėta 2013 m. lapkričio 4 d.].

22 Ten pat.

23 Ten pat.

24 Kreipimasis dėl psichikos veikatos priežiūros sistemos trūkumų Lietuvoje. Internetinė prieiga: <http://gip-vilnius.lt/photos/2013/05/Kreipimasis_20130507.pdf>.

25 Internetinė prieiga: <http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/camhee_infrastructures.pdf>.

26 Internetinė prieiga: <www.esparama.lt>.

PRIEMONĖ „PSICHIATRIJOS STACIONARO MODERNIZAVIMAS“

Priemonės tikslas – modernizuoti ūmios psichiatrijos stacionariąją grandį pagal šiuolaikinius ES reikalavimus.

Remiamos veiklos: stacionariosios psichiatrijos infrastruktūros modernizavimas – investavimas į 5 įstaigų, kuriose teikiama stacionari pagalba ūmių psichikos sutrikimų atvejais ir užtikrinami būtini žmogiškieji išteklių, patalpų remontą (rekonstravimą) ir įrengimą, kad būtų sukurta saugi ir patogiai pacientams ir personalui aplinka, kiemelių įrengimą, jų aprūpinimą šiuolaikinėmis specialios priežiūros priemonėmis, reikiama medicinos įranga; teismo psichiatrijos paslaugų ir teismo psichiatrijos padalinių infrastruktūros tobulinimas – investavimas į teismo ekspertizės stacionaro modernizavimą, patalpų remontą ir gydymo sąlygų gerinimą. Įgyvendinamų projektų skaičius: 7 projektai – ūmiai psichiatrijai, 1 projektas – teismo psichiatrijos infrastruktūros modernizavimui.

Pasirašytų finansavimo ir administravimo sutarčių suma – 14,9 mln. Lt.

PRIEMONĖ „PSICHIKOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ STEBĖSENOS UŽTIKRINIMO INFRASTRUKTŪROS MODERNIZAVIMAS“

Priemonės tikslas – sudaryti galimybę efektyviai vertinti psichikos sveikatos sistemos veiklą siekiant užtikrinti geros kokybės ir prieinamas psichikos sveikatos priežiūros paslaugas pacientams.

Remiamos veiklos: įstaigos, vykdančios vertinimo ir stebėsenos veiklą, infrastruktūros atnaujinimas – investavimas į patalpų rekonstravimą (remontą), reikiamą (biuro, kompiuterinę, programinę ir kitą) įrangą, transporto, kuris užtikrintų galimybę vykti į įstaigas, teikiančias psichikos sveikatos priežiūros paslaugas, atlikti vertinimo ir stebėsenos, įsigijimas.

Įgyvendinamų projektų skaičius – 1.

Pasirašytų finansavimo ir administravimo sutarčių suma – 653 tūkst. Lt.

PRIEMONĖ „PSICHIKOS DIENOS STACIONARŲ (CENTRŲ) ĮKŪRIMAS“

Priemonės tikslas – plėtoti psichikos sveikatos priežiūros paslaugų tinklą, didinti psichikos sveikatos paslaugų prieinamumą – steigti psichikos dienos stacionarus (centrus) prie savivaldybių lygiu jau sukurtos psichikos sveikatos centrų infrastruktūros.

Remiamos veiklos: sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūros modernizavimas: statinių ir (ar) patalpų, susijusių su psichiatrijos dienos stacionaro paslaugų teikimu, statyba, rekonstravimas, remontas ir įrengimas; reikiamos įrangos ir baldų įsigijimas.

Įgyvendinamų projektų skaičius – 27.

Pasirašytų finansavimo ir administravimo sutarčių suma – 34,2 mln. Lt.

PRIEMONĖ „KRIZIŲ INTERVENCIJOS CENTRŲ ĮKŪRIMAS“

Priemonės tikslas – užtikrinti ankstyvą pagalbą esant krizinėms situacijoms, sutrikdančioms žmogaus psichinę sveikatą, įsteigti iki 5 krizių intervencijos centrų didžiuosiuose Lietuvos miestuose.

Remiamos veiklos: patalpų (kambarių, skirtų pacientams trumpą laiką stebėti ir gydyti, kabinetų, skirtų bendroms pacientų, personalo reikmėms ir psichoterapijos užsiėmimams) remontas (rekonstravimas) ir įrengimas; kitų patalpų, susijusių su psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimu esant krizinėms situacijoms, remontas (rekonstravimas) ir įrengimas; reikiamos įrangos ir baldų įsigijimas; automobilių, skirtų mobiliosioms paslaugoms teikti, įsigijimas.

Įgyvendinamų projektų skaičius – 5.

Pasirašytų finansavimo ir administravimo sutarčių suma – 8 mln. Lt.

1.3.3. PSICHIKOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ SISTEMA IR JOS PLĖTRA

Vienas iš svarbiausių psichikos sveikatos politikos formulavimo ir įgyvendinimo tikslų yra kurti tokią paslaugų sistemą, kuri galėtų užtikrinti veiksmingą atsaką į išskylančius iššūkius. Lietuvoje nuo pat Nepriklausomybės atkūrimo 1990 metais iki dabar ne kartą įvairiais lygmenimis, įskaitant ir pačius aukščiausius – Seimą, Prezidentūrą, Vyriausybę, buvo pabrėžiama, kad psichikos sveikatai bei jos tinkamai apsaugai turi būti skiriama daug dėmesio. Kaip buvo investuojama į psichikos sveikatos priežiūros sistemą ir kokios kokybės sistemą turi Lietuva dabar?

Kaip tvirtinama naujausioje tarptautinėje Europos valstybių psichikos sveikatos priežiūros sistemų studijoje, Lietuva turi gerai išplėtotą psichikos sveikatos priežiūros sistemą (Mental health systems, 2013). Psichiatrijos paslaugos teikiamos ambulatoriškai ir stacionare. Psichikos sveikatos specialistai – psichiatrai, vaikų ir paauglių psichiatrai, psichologai, socialiniai darbuotojai – yra rengiami pagal tarptautinius reikalavimus. 2011 metais stacionarinė pagalba buvo teikiama vienuolikoje specializuotų psichiatrijos stacionarų, turinčių 2 528 lovas. Tai yra beveik dvigubai mažiau, negu buvo 1991 metais (5 380 lovų psichiatrijos ligoninėse). Kaip pasiskirsto lovos psichiatrijos ligoninėse, rodo 1 lentelė.

- 5 priklausomybių gydymo centrai su 259 lovomis 2011 m. – Klaipėdoje (76 lovos), Vilniuje (90 lovų), Kaune (39 lovos), Šiauliuose (28 lovos) ir Panevėžyje (26 lovos).
- 13 psichosomatinių ir psichiatrijos stacionaro skyrių bendro profilio ligoninėse.

Savivaldybių psichikos sveikatos centrai, teikiantys ambulatorines paslaugas:

- 104 psichikos sveikatos centrai (2012 m. pradžioje). 2002 m. buvo 61 psichikos sveikatos centras. Iš jų 13 centrų yra registruoti kaip juridiniai asmenys, o visi kiti veikia kaip skyriai prie pirminių asmens sveikatos priežiūros įstaigų.
- 3 nuolatinės globos įstaigos vaikams, turintiems proto negalią, ir jose gyvena 644 vaikai (2009 m.).
- 20 nuolatinės globos įstaigų suaugusiems, turintiems psichikos ir proto negalią, ir jose gyvena 4500 asmenų.
- 10 grupinių namų asmenims, turintiems psichikos ir proto negalią, senyvo amžiaus asmenims arba asmenims, turintiems fizinę negalią (212 gyventojų).

Savivaldybių psichikos sveikatos centrai yra prienami visiems apdraustiems privalomuoju sveikatos draudimu gyventojams. Juose veikia specialistų komandos (suaugusiųjų psichiatras, vaikų ir paauglių psichiatras, socialinis darbuotojas, psichologas, psichikos sveikatos slaugytojas). Vienas psichiatras teikia pagalbą 20 000 gyventojų, vienas socialinis darbuotojas – 25 000 gyventojų, psichologas – 40 000 gyventojų, psichikos sveikatos slaugytojas – 40 000 gyventojų. Šie specialistai teikia ambulatorinę pagalbą vaikams ir suaugusiems asmenims, kurie turi lengvų ar sunkesnių psichikos sveikatos problemų ar sutrikimų. Jei prireikia stacionaro pagalbos, pacientai guldomi į stacionarius psichiatrijos ligoninių arba bendrųjų ligoninių psichiatrijos skyrius.

1 lentelė. Psichiatrijos ligoninių ir lovų skaičius Lietuvoje 2011 metais

Ligoninės pavadinimas	Lovų skaičius
Respublikinė Vilniaus psichiatrijos ligoninė	598
<i>Kauno ligoninės Marių filialas (buv. Žiegdrių psichiatrijos ligoninė)</i>	315
<i>Rokiškio psichiatrijos ligoninė</i>	340
Kauno ligoninės Psichiatrijos filialas	235
Klaipėdos ligoninės Psichiatrijos filialas	210
Vilniaus miesto Psichikos sveikatos centras (Vasaros ligoninė)	170
Šiaulių ligoninės Psichiatrijos filialas	200
Šiaulių ligoninės Šaukėnų psichiatrijos skyrius	55
Vilniaus universiteto Vaikų ligoninės Vaiko raidos centras	22
Ažuolyno klinika	26
Klaipėdos jūrininkų ligoninės Psichiatrijos filialas	215

2005 metais ambulatoriškai veikiančios savivaldybių psichikos sveikatos centrai priėmė ir suteikė pagalbą 92 466 asmenims, turėjusiems psichikos sveikatos sutrikimų ir problemų.

Pradedant nuo 1990 metų, buvo vykdoma psichikos sveikatos priežiūros paslaugų plėtra. Jau 1990 metų pabaigoje Sveikatos apsaugos ministro įsakymu įsteigta nauja modelinė sveikatos priežiūros įstaiga – Vaikų psichikos sveikatos centras (dabar žinomas kitu pavadinimu – Vaiko raidos centras). Šios įstaigos tikslas buvo diegti į praktiką naujus vaikų psichikos ir raidos sutrikimų prevencijos, gydymo ir reabilitacijos metodus, tokiu būdu prisidedant prie naujais pagrindais grįstos pagalbos vaikams sistemos sukūrimo.

Svarbūs sprendimai buvo padaryti psichikos sveikatos srityje tuo metu, kai sveikatos apsaugos finansavimo sistema perėjo iš biudžetinio finansavimo principo į privalomojo sveikatos draudimo sistemą.

Lietuva, vykdydama psichikos sveikatos reformą, 1997 metais pasuko originaliu keliu – pirminiame sveikatos priežiūros lygyje (t. y. iš pirminiam sveikatos priežiūros lygiui skirtų lėšų ir netaikant reikalavimo pirmiausia kreiptis pas bendrosios praktikos gydytoją) buvo kuriami savivaldybių psichikos sveikatos centrai, juos įpareigojant užtikrinti efektyvią ir visapusišką nestacionarinę psichikos sveikatos priežiūrą.

Buvo nuspręsta steigti psichikos sveikatos centrus su specialistų komandomis ir apmokėti tų centrų veiklą taip, kaip apmokamos pirminio lygio paslaugos, t. y. apmokant ne už suteiktas paslaugas, o už tai, kiek aptarnaujama gyventojų, ir atitinkamai skiriant tam tikrą kiekį lėšų kiekvienam gyventojui (kapitacijos principas). Siekiant, kad psichikos sveikatos centruose dirbtų ne tik gydytojai psichiatrai, bet ir specialistų komandos, už vieną „prisirašiusį“ gyventoją 1996 metais buvo skirta ne 2,8 Lt (tiek buvo skirta vienam gyventojui, kol ambulatorinė pagalba biudžetinio finansavimo principu buvo teikiama psichiatrijos dispanseriuose), bet 7 Lt. Šiuo metu (2013 m. duomenys) savivaldybių psichikos sveikatos centrų veiklai skiriama po 11 litų už prisirašiusį gyventoją.

Išskyrus kai kurias paslaugas (priklausomybių gydymas ir priklausomybių centrų finansavimas, kūdikių namų finansavimas, kt.), perėjus sveikatos apsaugos finansavimui į PSDF sistemą, psichikos sveikatos priežiūros paslaugos apmokamos, kaip ir kitos sveikatos priežiūros paslaugos, iš PSDF lėšų sumokant paslaugos teikėjams už suteiktas paslaugas. Ambulatoriniu lygmeniu užtikrinta galimybė kreiptis į psichikos sveikatos centrus tiesiogiai (ne per bendrosios praktikos gydytoją). Tokiu būdu siekta pagerinti ankstyvą psichikos sutrikimų nustatymą, užtikrinti geresnį prieinamumą prie psichikos sveikatos priežiūros paslaugų bei sumažinti stigmą.

Kaip teigiama 2013 metais paskelbtoje studijoje (Mental health systems, 2013) ir šiame leidinyje Lietuvai skirtame skyriuje, kurį rengiant dalyvavo Valstybinis psichikos sveikatos centras, nėra tikslų duomenų apie psichikos sveikatos priežiūros sistemoje dirbančių specialistų skaičių. Lietuvos psichiatrijos asociacija vienija 530 psichiatrijų. Palyginti su kitomis pasaulio ir Europos valstybėmis, tai yra gana didelis skaičius mažiau kaip 3 mln. gyventojų turinčiai valstybei.

2011 metais apie 97 savivaldybių psichikos sveikatos centruose dirbančius psichikos sveikatos specialistus buvo žinoma tokia informacija (Mental health systems, 2013): 180 psichiatrijų, 40 vaikų ir paauglių psichiatrijų, 200 psichikos sveikatos slaugytojų, 160 socialinių darbuotojų, 105 psichologai.

Higienos instituto darbuotojų tyrime išnagrinėjus vaikų psichikos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą padaryta išvada, kad paslaugų prieinamumas yra pakankamas (Higienos institutas, 2012)²⁷.

Pristatant Lietuvos psichikos sveikatos apsaugos pasiekimus, ypač pabrėžiama Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros sistemos plėtra įsteigus per 100 psichikos sveikatos centrų. 2013 metais VPSC direktoriaus pavaduotojas M. Rusteika tvirtino kad Lietuvoje yra geriausias Europoje prieinamumas prie psichikos sveikatos priežiūros paslaugų²⁸.

Kad Lietuvos Respublikos Vyriausybė psichikos sveikatą laiko svarbia problema, rodo ir psichikos sveikatos politikai skirtas ES pirmininkavimo renginys. 2013 metų spalio 10–11 dienomis Vilniuje vyko Pirmininkavimo konferencija „Psichikos sveikata: iššūkiai ir galimybės“, kurioje aptarta Europos Sąjungos valstybių vykdoma psichikos sveikatos politika ir strategija bei Europos pakto dėl psichikos sveikatos ir gero

27 Lietuvoje ambulatorinių psichikos sveikatos priežiūros paslaugų vaikams prieinamumas vertinamas palankiai. Higienos institutas (2012). Internetinė prieiga: <<http://www.hi.lt/news/352.html>>.

28 <<http://www.15min.lt/naujiena/ziniosgyvai/sveikata/susirgus-depresija-lietuvoje-pagalba-gauti-lengviau-nei-kitur-es-541-367722>>.

vės įgyvendinimas²⁹. Pirmininkaujant Lietuvai, buvo parengtos konferencijos baigiamosios išvados (rezolucija), kuriose rekomenduojama Europos Sąjungos valstybėms narėms tęsti šiuolaikiniais mokslo ir vertybių principais grindžiamą psichikos sveikatos politiką ir programas³⁰.

APIBENDRINIMAS

Lietuvoje 1990–2013 metais buvo plėtojama psichikos sveikatos priežiūros sistema ir siekta atsiliiepti į naujus iššūkius – didelį savižudybių paplitimą, kitus prastos visuomenės psichikos sveikatos rodiklius. Vienas iš svarbiausių Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros sistemos ypatumų buvo intensyvi savivaldybių psichikos sveikatos centrų plėtra.

Šiuolaikiniai psichikos sveikatos politikos principai paskelbti PSO ir Europos Sąjungos dokumentuose, suformuluoti Psichikos sveikatos strategijoje, kurią 2007 metais patvirtino Lietuvos Respublikos Seimas. Apibendrinant Lietuvos valdžios institucijų poziciją, vyrauja požiūris, kad ši strategija ir šiuolaikiniai psichikos sveikatos politikos principai Lietuvoje yra palaiapsniui įgyvendinami. Sprendžiant iš informacijos, kuri pateikiama Sveikatos apsaugos ministerijos³¹, Valstybinio psichikos sveikatos centro³² oficialiuose tinklalapiuose, taip pat Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros sistemos veiklos apžvalgose, pateikiamose tarptautinėms studijoms (Mental health systems, 2013), būtų galima daryti prielaidą apie gana sėkmingą Lietuvos psichikos sveikatos politikos įgyvendinimą per pastaruosius kiek daugiau nei du dešimtmečius. Nors visuomenės psichikos sveikatos rodikliai išlieka prasti, tačiau tai, kad yra patvirtinta valstybinė Psichikos sveikatos strategija, investuojamos PSDF, valstybės biudžeto ir ES struktūrinių fondų lėšos į psichikos sveikatos priežiūros sistemą ir paslaugų infrastruktūrą, leistų apibūdinti Lietuvos psichikos sveikatos politikos įgyvendinimą bei šiuolaikinių principų įtvirtinimą kaip vykstantį lėtai, bet gana nuosekliai ir sėkmingai.

Remiantis tokia analize, kuri yra pateikiama minėtuose šaltiniuose, būtų galima daryti prielaidą, kad per daugiau nei du pirmuosius atkurtos valstybės dešimtmečius (1990–2013) Lietuvoje nuosekliai buvo investuojama į geresnę individų ir visuomenės psichikos sveikatą ir kad Lietuvos veiksmi tiek psichikos sveikatos politikos formulavimo lygiu, tiek (su tam tikromis išlygomis) psichikos sveikatos politikos įgyvendinimo lygiu atitinka šiuolaikinius psichikos sveikatos politikos principus bei lūkesčius ir tikslus, keliamus Europos Sąjungos valstybei.

29 Pirmininkavimo konferencija „Psichikos sveikata: iššūkiai ir galimybės“, Vilnius, 2013 m. spalio 10–11 d. Programa: <http://www.vpsc.lt/images/stories/programa20131010_11.pdf>.

30 Pirmininkavimo konferencija „Psichikos sveikata: iššūkiai ir galimybės“, Vilnius, 2013 m. spalio 10–11 d. Konferencijos baigiamosios išvados: <<http://www.vpsc.lt/images/stories/doc/conclusions.pdf>>.

31 Sveikatos apsaugos ministerija [žiūrėta 2013 m. lapkričio 4 d.]. Internetinė prieiga: <www.sam.lt>.

32 Valstybinis psichikos sveikatos centras [žiūrėta 2013 m. lapkričio 4 d.]. Internetinė prieiga: <www.vpsc.lt>.

2. EKSPERTINIS VERTINIMAS

2.1. KOKYBINIO EKSPERTŲ TYRIMO ANALIZĖ

Kokybiniame ekspertų tyrime dalyvavo devyni ekspertai. Iš jų vienas atstovauja įstatymų leidžiamajai valdžiai (ĮS), du – vykdomajai (vienas dirba socialinėje (VT), kitas – medicinos srityje (VD)); trys – akademiniam sluoksniui (AB, AG, AP) (vienas taip pat yra praktikuojantis gydytojas psichiatras, kitas yra dirbęs Vyriausybėje); du – gydytojai psichiatrai (PD, PS) (vienas iš jų taip pat aktyviai veikia NVO sektoriuje); vienas – psichikos sveikatos paslaugų vartotojas (PVB).

2.2. PROBLEMINĖS PSICHIKOS SVEIKATOS POLITIKOS SRITYS. EKSPERTŲ INTERVIU

2.2.1. DALYVAVIMAS FORMUOJANT PSICHIKOS SVEIKATOS POLITIKĄ

Visiems ekspertams bendra tai, kad yra dalyvavę formuojant psichikos sveikatos politiką, pradedant įstatymų leidžiamajai valdžiai atstovaujančiu ĮS: „Galima sakyti, kad aš tiesiogiai dalyvavau, nes kaip Seimo narys, ir kuris dirba Seime jau septyniolikti metai, tai ne per... galbūt netiesiogiai per mano rankas praėjo visi teisės aktai, kurie reglamentuoja šitą sritį (...). Tai jeigu taip buvo kokios darbo grupės arba komisijos, siauresnė sritis, tai tas dalyvavimas buvo platesnis ar gilesnis. O apamai tai pastoviai dalyvauju šitam procese“³³, baigiant psichiatrais: „Savo laiku tai buvau darbo grupėj, kai kūrėm psichikos sveikatos įstatymą. Buvo ten dvi darbo grupės, alternatyvios, mes vienoj buvom, nu ir psichikos sveikatos įstatymus aptarinėjom“ (PS).

Vienintelis psichikos sveikatos paslaugų vartotojas teigia nepakankamai buvęs įtrauktas į sprendimų priėmimą: „Aš turbūt net ir nebuvau pakviesta kažkur kalbėti, pasakyti kažkokių pasiūlymų, nei prie apvalaus stalo. Vieną kartą buvom Seime dar, tai čia buvo Žmogaus teisių komitete, ką mes ten tada svarstėm... Gal tada neveiksnumo klausimai buvo svarstomi, pristatoma knygutė. Tai aš čia nežinau čia kiek tai, nebent tiktai bandymai kažkokie pakeisti reiškia įstatymus, susijusius su paciento veiksnumu ir kitais dalykais.“

Beveik visi tyrimo dalyviai išskyrė Psichikos sveikatos strategiją kaip reikšmingiausią strateginį šios srities dokumentą ir dauguma teigė prisidėję prie jo kūrimo: „(...) buvau įtrauktas į darbo grupę, kuri kūrė nacionalinę psichikos sveikatos strategiją. Tai galbūt mano pagrindinis buvo įsitraukimas į tokius labai sisteminius pokyčius“ (PG); vykdomosios valdžios atstovė teigė dalyvausiu derinant šį dokumentą su socialinės apsaugos sistema: „Dėl to, kad bet kokios programos, vyriausybės nutarimai, ministerijų parengti įstatymų projektai yra derinami su kitom institucijom. Tai ir ten kaip bebūtų psichikos sveikatos strategija, kiti su šiuo klausimu susiję strateginiai dokumentai, jie ateina derinimo prasme. Tai tokiu būdu mes dalyvaujam formuojant, sakykim, politiką“ (VT). Buvęs Vyriausybės narys, dabar – akademinio sluoksnio atstovas buvo vienas pagrindinių šio dokumento iniciatorių ir kūrėjų: „Tai mes (...) kūrėme Nacionalinę psichikos sveikatos strategiją ir programą, kiek aš prisimenu.“

Akademinio sluoksnio atstovai taip pat mini dalyvavimą metodikų, apžvalgų kūrime: „NPA (neuropсихiatrinės apžvalgos skalė) standartizuojam, tai yra įvertinimo srityje. (...). Pedagoginės psichologinės tarnybos. Bet yra psichikos sveikatos centrai, dabar aktyviai pradėjo, taip sakant, aktyviai teirautis tų metodikų. Tai va, mes juos aprūpinam. Psichikos sveikatos centrams pardavinėjam intelekto testą, reiškia, kur nustatomas yra žmogaus verbalinis, neverbalinis intelektas ir panašiai taip sakant. (...) dalyvaujam tokiu mastu, sprendžiant labai konkrečias problemas“ (AB). „2002–2003 metais dalyvavau projekte, kuris aprašė Lietuvos psichikos sveikatos sistemą. Tai šitas projektas „country profile“, jisai buvo vykdytas pasitelkiant daug labai socialinių partnerių, ir mūsų tikslas buvo surinkti kiek įmanoma daugiau duomenų

33 Tyrimo dalyvių kalba netaisyta.

apie Lietuvos psichikos sveikatos sistemą, apie paslaugas, apie finansinę išraišką ir tą viską aprašyti. Ir daug žmonių dalyvavo šitame projekte ir vėliau iš to išėjo ir straipsnis, tarptautinė publikacija buvo, bet iš to vėliau gimė ir mintis, kad galima remiantis ta sistema identifikuoti trūkumus ir tuos trūkumus bandyti pradėti užpildyti sistemiškai“ (AG).

2.2.2. LIETUVOS PSICHIKOS SVEIKATOS SISTEMOS SĖKMĖS IR NESĖKMĖS

Kalbėdami apie Lietuvos psichikos sveikatos sistemos nesėkmes, ekspertai vardija visą jų sąrašą: didelės investicijos į institucinės globos sistemos palaikymą; ydingas finansavimo modelis; neadekvatus psichikos ligonių vertinimas; neefektyvus PSC modelis; nekokybiškos paslaugos; pagalbos priemonių prieinamumas ne visiems; prioritetas medikamentiniam gydymui; labiausiai pažeidžiamų grupių savižudybių prevencijos strategijos stoka sveikatos ir socialinių reikalų atskyrimas bei valstybinės politikos nebuvimas.

Pažymėtina, kad nė viena nesėkmė nebuvo išskirta kaip dominuojanti, vieną nesėkmę įvardijo ne daugiau nei po du ekspertus. Pavyzdžiui, universitetui atstovaujantis ekspertas ir psichikos sveikatos paslaugų vartotoja identifikavo stacionarios globos sistemą kaip didžiausią psichikos sveikatos sistemos nesėkmę: „Bet kartais atrodo, kad, sakyčiau, kad turint minty pensionatus, tas globos įstaigas, pensionatus psichoneurologinius, tai kartais labai daug investuojama į jų sienas, į aplinką ir tai iškeliant žmogų iš bendruomenės, už miesto, iš jo gyvenamosios vietos, atskiriant jį iš namų, uždarant į tokias uždaras teritorijas ir atskiriant taip jau labai nuo savo buvusio gyvenimo“ (PVB); „Didžiulis iššūkis yra psichoneurologiniai pensionatai ir didžiulė problema iki šiol, ar jie bus pakeisti, kas, kada imsis jų reformos ir kaip. Tai čia neišspręstas visiškai klausimas. Niekas, nei viena vyriausybė nebandė šito klausimo spręsti“ (AG).

Finansavimo neadekvatumą įvardijo vykdomosios valdžios atstovė ir universiteto atstovas: „Tai yra jeigu būtų pasirinktas modelis už konsultacijų skaičių apmokėjimą, tai mes iki šiol matome valstybėje sveikatos ministerijos pareigūnai, taip pat ligonių kasų pareigūnai, aš manau, kad tai yra nusikalstamas dalykas. Jie apmoka tik tai kas trečią specialistų konsultaciją“ (AG); „Ir kita pusė kaip nesėkmės, vis dėlto tų prevencinių programų, visuomenės psichikos sveikatos stiprinimo programų nebuvimas. Arba jeigu ir buvimas, tai labai toks nenuoseklus tų programų vykdymas nesuteikiant finansavimo, nesudarant galimybių nuosekliai dirbti, finansavimas kažkoks epizodinis, minimalus“ (VD).

Dviprasmiškai vertinami Psichikos sveikatos centrai, jų steigimas ir veikla. PSC vertinami ir **kaip nesėkmė**: „Bet mes turim tuo pačiu ir užkonservuotą 17 beveik metų problemą, kas bus toliau su šitais psichikos sveikatos centrais, kadangi jie jau pacientų prasme, jie jau yra įsotinti ir persotinti. 200 tūkstančių konsultacijų per metus jie suteikia. Aš net nesu tikras, ar tai konsultacijos. Ne, tai net ne konsultacijos. 200 tūkst. pacientų per metus ten gydomi, tai konsultacijų ten yra virš dviejų milijonų. Reiškia, ką naujo gali pasiūlyti psichikos sveikatos centrai ir kaip jie diferencijuotai galėtų dirbti? Man atrodo, tai čia dabar yra didžiausias iššūkis ateityje, nes jeigu mes liekam tokiam pačiam sprendime, kuris buvo priimtas prieš 12–13 metų, tai tada ši sistema nėra efektyvi. Šita sistema, kur be jokių nukreipimų, jokių filtrų, naudojami yra labai aukštos kvalifikacijos specialistai, nėra efektyvi, ir reiktų galvoti įvairius variantus“ (AG); „PSC centrų daug, didelio skaičiaus sukūrimas – tai jis yra kaip ir teigiamas ženklas. Bet kai aš pamatau, kaip ten dirba tie psichikos centrai, ką man ligoniai papasakoja. Tai ligonių gydymas nėra tik vaistų išrašinėjimas. Ir tai nėra tas atvejis, kad ligonis sėdi už durų, o seselė išneša jam receptą. Ir kai man ateina ligonis į mano šitą klubą, bendruomenės skyrių, ir sako: „Daktare, aš pas tave atėjau, nors vaistus ten išsirašinėju“. – Tai ko tu pas mane atėjai? – Nu daktarė paklausia, kaip tu jautiesi, bet jūs dar paklausiat, kaip aš gyvenu. „Tai jis ateina, eina ten vaistų išsirašyt, jis ateina čia kartą į du mėnesius, kad pasišnekėtų su manim, nes aš jo paklausiu ne tik apie sveikatą, bet ir su kuo gyveni, kaip gyveni, ką dirbi, kaip į darbą važiuoji, ką valgai. Va. Jiems ten trūksta dėmesio, jiems trūksta ir kvalifikuotos pagalbos“ (PS).

PSC vertinami ir **kaip pasiekimas**. Ligoninėje dirbanti psichiatrė teigia: „Pasiekimai yra psichikos sveikatos centrai. Čia jums bet kas pasakys. Kitas reikalas, ar jie ten dirba taip, kaip turėtų būti“ (PS). Anot tyrime dalyvavusio vieno psichikos sveikatos centro vadovo: „Pagrindiniai vat kaip yra raidos etapai, ten ir yra tie pagrindiniai pasiekimai. Ir psichikos sveikatos centrų atsiradimas, kurių, beje, šiai dienai yra 104

Lietuvoj“ (PD). Akademiniuo sluoksniu atstovas, anksčiau aktyviai dalyvavęs formuojant ir įgyvendinant psichikos sveikatos politiką, teigia: „Prie sėkmių galbūt priskirčiau psichikos sveikatos centrų atsiradimą“ (AP).

Dalis visuomenės grupių negauna net ir tokių paslaugų. Pasak universiteto atstovo: „Tai niekaip nesukuriam strategijos ir intervencijų, kurios būtų nukreiptos į šitas pažeidžiamiausias grupes. Ir turbūt mes ir nemokam tinkamai šitų grupių, pasirūpinti šitų grupių psichikos sveikata, ir priemonės, kurios yra kuriamos, jos dažniausiai būna prieinamos miestų gyventojams, geras pajamas ir išsilavinimą turintiems gyventojams. Turbūt kad čia pažeidžiamų tų grupių problema išlieka“ (AP).

Dominuoja biomedicininis modelis – jo atžvilgiu daugiausia kritikos reiškė socialinės apsaugos sistemos ir akademinio sluoksniu atstovai, atkreipdami dėmesį į piktnaudžiavimą medikamentais: „Manau, kad daktarai pasistengia patenkinti kai kurių firmų užmačias, prirašo vaistus. Jų be saiko duodama žmonėms yra. Bet čia, žinoma, visos pasaulinės psichiatrijos bėda, kai nelabai žinai mechanizmų, kaip kokie vaistai veikia. Patys daktarai dažnai sako, kaip pirštu duri, ir parą pamėgini, nepraejo, tada kitą vaistą mėgini. O čia reikėtų tyrimų žmogaus smegenų ten tą madiatorinį balansą ištirti ir tada jau skirt vaistą žinant, ar jam ten dopamino trūksta ar ten serotonino kokio, ar dar kas nors“ (AB).

„Visus remia kas? Vėl farmacinės kampanijos, kurios tiekia vaistus tuos pačius, psichotropinius ar kokius ten kitus. Taigi vėlgi viskas iš tikrųjų yra medikamentuose, medikamentų rankose. Ar per medikamentų pavidalą, ar per reklamos pavidalą“ (VT).

Panašiai nuomonės išsiskiria vertinant dienos stacionarus. Vykdomosios valdžios atstovė jų steigimą ir veiklą priskiria prie psichikos sveikatos politikos sėkmių: „Ir dienos stacionarų plėtra [prie teigiamų pokyčių]. Viena žodžiu, mano supratimu, sakykim, psichikos ligų gydymo srityje, tai mes turim ganėtinai ir neblogą situaciją psichikos ligų gydyme“ (VD).

Psichiatrijos ligoninėje dirbanti psichiatrė jų atžvilgiu kur kas labiau kategoriška, nesėkme įvardydama ir susikompromitavusias geras, pažangias idėjas, tokias kaip kitose šalyse sėkmingai veikiančios dienos stacionarai: „Ne tas yra rehabilitacija, kad susirinko į kambarį, kur gražiai groja muzika ir ligoniai lošia šachmatais arba verda kavą, arba nežinau ką nors tenais šnekasi arba mezga. Tai nėra rehabilitacija. Reiškia, nu daro, nu gal bus. Gal sulauksim. Bet kai aš nuvažiavau į užsienį, Lenkijas visur, Vokietijoje ką aš mačiau. Dienos stacionarus dabar steigia. Iki tol buvo du. Vienas čia, tai labai neseniai padarytas, o vienas Vasaros gatvėj, 60 vietų, tai vėlgi aš savo rezidentam, dar kai mokiau, sakiau: „Eikit pažiūrėt, kaip neturi būt. – Tai kodėl taip neturi būt? – Kad 60 žmonių ateina, su paltais pasėdi, suleidžia vaistus jiems ir išsina. Jokių rehabilitacijos programų, jokių užsiėmimų, jokių mokymų, nieko nėra“ (PS).

2.2.3. TARPTAUTINIS KONTEKSTAS

Prie sėkmių prisidėjo ir užsienio šalių patirties perėmimas bei nevyriausybinių organizacijų iniciatyvos: „Mes vis tiek mokėmės iš šiauriečių, iš Europos šalių, nevyriausybinių organizacijų veikla, ypač su psichinę negalią turinčiais žmonėmis, manau, kad tai yra tam tikra sėkmė, nes mes kopijavom pakankamai gerus dalykus ir ruošiam ir tam tikrą skaičių ir specialistų, ir nevyriausybinkai atsirado, kurie tuo domisi. Yra įsikūrusių daug nevyriausybinių organizacijų“ (IS); „Kai mums atsivėrė sienos, mes pradėjom važinėti užsienį. Jau nebe į rytus, o į vakarus. Ir mes pradėjom žiūrėti, kokie yra pažangūs ten pasiekimai. Pradžioje Lenkijoje, Vokietijoje ir visur kitur. Reiškia, mums atsivėrė sienos, mūsų pacientai pradėjo važinėti, mes pradėjom kurti nevyriausybines organizacijas“ (PS); Lyginant su buvusiomis sovietinėmis respublikomis ir SSRS satelitinėmis valstybėmis, Lietuva, dalies ekspertų nuomone, pernelyg neišsiskiria – nei ypatinga pažanga, nei atsilikimu: „Pasaulio sveikatos organizacija monitoruoja, stebi, visus sveikatos rodiklius, tarp jų ir psichikos sveikatos rodiklius, kuriuos jie gali patikimai surinkti. Tai pagal tuos rodiklius Lietuva neišsiskiria iš šito regiono, Rytų Europos regione, mes einame labai panašiai, kartu su Baltarusija, Ukraina, Bulgarija, Rumunija, Rusija, Latvija (AG); „(...) mes ten labai ženkliai nesiskiriam nuo posovietinių šalių, tiek tos sovietinio lagerio, sakykim, Čekijos, Vengrijos. Nu, labai panašūs dalykai iš tikrųjų yra“ (VT).

Keturi ekspertai pabrėžė Lietuvos pažangą lyginant su kitomis regiono valstybėmis – tarp jų Seimo narys, psichiatrė, vykdomosios valdžios atstovė ir psichikos sveikatos paslaugų vartotoja. „Nu aišku, jeigu

lygint su kokia Rusija, turbūt tai geriau atrodo. Ko gero, ten ir su kitom postsovietinėm respublikom, kurios nesiintegravo į europinį judėjimą. Galbūt ne į tiesiogiai Europos Sąjungą, bet kryptis liko užsikonservavę tam pačiam lygmeny. Tiesiogiai neteko lankytis, bet kai pasiklausai kokių nors radijo laidų ar televizijos laidų, transliuojamų Rytų televizijos stočių, ten pamatai labai tokių archajiškų dalykų, jeigu mes kalbame apie psichikos sveikatos ligas ir apie visuomenės psichiką. Nes antagonizmas ir pasiskirstymas, diferenciacija Rytų šalyse yra dar didesnė. Ta praraja didėja ir tada atsiranda labai daug negatyvo“ (IS); „Kai pabendrauji su tom Europos šalim, kurios ten iš buvusios Sovietų Sąjungos, tai mes matom, mes labai toli pažengę. Ir net su ta pačia Estija, su latviais tai jau nešneku, nors ekonomika gal svyruoja, bet kaip tenka su psichiatrais pabendrauti, tai aš manau, kad mes labai labai toli esam pažengę“ (PS).

„Taip, aš šiek tiek minėjau, bet jeigu daugiau fokusuojantis į tam tikrų dokumentų rengimą, tai aš visai, manau, drąsiai galėčiau pasakyti, net visom prasmėm, mes tikrai gerokai lenkiam brolius latvius. Mes kaip kuriais klausimais, manau, lenkiam daugumą postsovietinių valstybių. Vat jeigu kalbėti apie tas šalis, kurios yra postsovietinės, nėra Europos Sąjungos šalys. Jeigu lygint su estais, sakykim, ir apskritai truputį kitu keliu nuėjo ir ne visur ne viskas irgi pasiteisino“ (VD).

„Visų pirma, tai, sakykim, viena iš pirmų vat postsovietinių šalių priėmė ir tarptautinių ekspertų pakankamai neblogai įvertintą psichikos sveikatos priežiūros įstatymą. Visada bet kokiam teisės aktui tam tikros kritikos bus, prieštarų nuomonių yra ir jam, bet, sakykim, tie standartai, kada galima pacientą paguldyt be jo sutikimo, jie atitinka Europos valstybių standartus, labai panašūs ir kitose pažangiose Europos valstybėse. Ir manau, kad tai buvo labai svarbus žingsnis“ (VD).

„Manau, kad mes atsiliikame nuo Europos Sąjungos pažangių valstybių maždaug tiek, kiek nuo mūsų atsilieka naujos nepriklausomų valstybių šalys. Lygiai taip pat Azerbaidžanas. Manau, kad mes esam tiek nuo jų atsilikę, kiek jie atsilikę nuo mūsų“ (PPB).

Lygindami su senosiomis ES šalimis, ekspertai akcentuoja Lietuvos atsilikimą:

„Tai vat Olandijoje, Anglijoje ir Amerikoje. Ten yra jau tokio lygio, kur, aišku, dar mums toli dar“ (PD). Pabrėžiamos išorinės sąlygos, lėmusios Lietuvos atsilikimą: „Tai kaip kalbi su tom valstybėm, tai jos irgi tai, ką turi dabar, nepadarė per trumpą laiką. Jos turėjo šansą, turėjo galimybes daug ilgesnį laiką savo sistemą vystyti ir pirmiausia ekonomiką, vėliau ir šitą sritį vystyti ir, be abejo, mes nuo jų dar atsiliikam ir, ko gero, ganėtinai atsiliiksim, nes ir ekonominės galimybės, be abejo, mūsų šalyje daug kur yra ženkliai atsilikę nuo Europos valstybių“ (VD).

Ta pati ekspertė detalizuoja sritis ir aplinkybes, dėl kurių Lietuvos psichikos sveikatos sistema patiria stagnaciją: „Jeigu kalbant, kur man skaudžiausia, tai vis dėlto man skaudžiausia, kad labai atsiliikam tų prevencinių ir visuomenės psichikos sveikatos stiprinimo klausimuose to tikro realaus supratimo ir investavimo į tai, nes labai neseniai čia buvo paskelbta tokie skaičiai, kad, sakykim, ne tik apie psichikos sveikatą kalbant, bet apskritai apie sveikatą, prevenciją. Iš visų Europos Sąjungos valstybių Lietuva investuoja procentaliai mažiausiai. Absoliučiai mažiausiai. Ir ne tik procentaliai, bet ir, sakykim, skiriant tam tikrą lėšų skaičių eurai gyventojui, vienam gyventojui. Absoliučią sumą. Be abejo, nelyginsi absoliučios sumos Lietuvos ir Vokietijos. Čia nėra ką lyginti, bet vienam gyventojui tenkančią. Tai Lietuva yra absoliučiai paskutinėj vietoj šitam klausime. Pirmoj vietoj yra Olandija. Ir tarp mūsų skirtumas – 25 kartai. Ne procentai, kartai. Olandai vienam gyventojui, čia ne apie psichikos sveikatą kalbama, o apskritai apie sveikatą, bet prevencinėm ir sveikatą stiprinančiom programom vienam gyventojui skiria 25 kartus daugiau lėšų negu Lietuva“ (VD).

Tik vienas ekspertas pabrėžia Lietuvos pažangą, kuri buvo pasiekta priėmus Psichikos sveikatos strategiją, tačiau tai buvo veikiausiai laikinas proveržis: „Aš dabar neturiu tokio matymo, iš tikrųjų nežinau. Negaliu atsakyti. Tuo metu, kai dirbau ministerijoje, mes su savo iniciatyva, su strategija, su programa mes gerai atrodėme tarptautiniame kontekste. Bet kas atsitiko nuo to laiko ir kur šalys nukeliavo su savo psichikos sveikatos stiprinimu, profilaktinėmis priemonėmis, nežinau, nemačiau“ (AP).

Europos Sąjunga įvardijama kaip vienas iš išorinių veiksnių, gerokai paskatinusių teigiamus psichikos sveikatos politikos pokyčius: „Per mano kuruojamą sritį, mes tik tiek kad, tiek kad vis dėlto, tikriausiai, kaip nebūtų keista girdėti, Lietuvai įstojus į Europos Sąjungą. Ne tapus nepriklausoma valstybe, bet įstojus į Europos Sąjungą, dėl to, kad atsiranda daugiau tarptautinių dokumentų, konvencijų ir taip toliau. Pradedant

Žmogaus teisių konvencija, atsiranda kažkokie bandymai žiūrėti. Jeigu mes patys nepamatom, tai atvažiuoja ekspertai ir pirštu beda į nosį, ir sako: va, o čia tikriausiai ne taip, kaip turėtų būti. Tai tas tikriausiai spaudimas yra iš išorės, bet socialinių paslaugų srityje nėra ženklų, aš nematau ženklų pajudėjimų“ (VT).

2.2.4. VISUOMENĖS PSICHIKOS SVEIKATOS VEIKSNIAI

Ekspertai išskyrė šiuos psichikos sveikatą Lietuvoje veikiančius veiksniai: alkoholizmą, asmens, piliečio teisių ignoravimą, ekonominės politinės formacijos pasikeitimą, ekonominio saugumo praradimą, kriminogeniškumą ir jo sąsajas su nacionaliniu charakteriu, okupacijos, pokario psichologinį paveldą, pesimizmą, pasyvumą kaip nacionalinius bruožus, socialinę atskirtį, sovietmečio suformuotą nepasitikėjimą valdžios institucijomis, stresą, valdžios, jėgos struktūrų įtaką, vertybinių orientacijų kaitą, žiniasklaidos, kino įtaką ir žinių trūkumą.

Trys ekspertai alkoholizmą įvardijo kaip reikšmingą veiksnį, darantį įtaką prastai Lietuvos gyventojų psichikos sveikatai: „Galų gale alkoholizmo paplitimas. Sovietmečiu žmonės įprato gert, bet iš tikrųjų ir iki sovietmečio lietuviai kaimuose, taip sakant, vis tiek degtinėlės, samagono to darydavo, būdavo nemažai, taip sakant. Reiškia, aš manau, girtuokliavimas buvo dar iki sovietmečio. Kuris ir dabar tęsiasi“ (AB); „Vienas iš pagrindinių veiksnių tai yra girtavimas“ (PS); „Kaip labai rimtas rizikos veiksnys yra vat alkoholis ir narkotikai. Jų vartojimas, nebūtinai netgi tai turi būti priklausomybė alkoholiui. Bet, kaip sakau, tas besaikis girtavimas, kuris galbūt dar ne priklausomybė, bet tas labai smarkiai kaip rizikos veiksnys veikia bendrus psichikos sveikatos, sakykim, rodiklius“ (VD).

Seimo narys akcentuoja nepakankamą dėmesį žmogui, jo subordinaciją valstybės atžvilgiu: „...priėmę Konstituciją mes parašėm 17 straipsnių apie valstybę ir tikrai aštuonioliktam matom pilietį ir jo problemas. Tai aš manau, kad mes turėtumėm apversti, pirma turėtų būti pilietis, jo problemos, o po to būti valstybė, išvestinė iš piliečių. Bet ir vakar televizijos laidoj visi mano oponentai kalbėjo apie valstybę. Išlaikykim valstybę, ten pilietiškumą...“ (IS)

Ekspertai daug dėmesio skyrė istoriniams aspektams, pradedant nuo sovietmečio įtakos, baigiant ne visuomet sėkmingais bandymais kurti demokratinę valstybę. Praktiškai visi sutaria, kad socialistinė santvarka žalojo žmones, neigiamai paveikė jų sąmonę ir šis poveikis, net ir praėjus beveik ketvirčiui amžiaus, vis dar juntamas. Sovietmečio neigiamą įtaką, praradimus ir tautos patirtą kolektyvinę traumą pabrėžia visi trys akademinio sluoksnio atstovai: „buvo viena banga, prieš pirmą pasaulinį karą, 500 000 lietuviai prarado. Tai labai daug. Buvo antra banga, taip sakant, reiškia, Antras pasaulinis karas. Trečia banga, vėl apie pusę milijono, taip sakant, dingo mūsų žmonių“ (AB); „Vienos priežastys yra istorinės, jos yra dėl, na tą tyrinėja daugiau psichologai, dėl tos gilios psichologinės traumos, kuri buvo padaryta Lietuvos gyventojams. Ne tik lietuviams, bet visiems Lietuvos gyventojams, nepriklausomai nuo jų tautybės. Tai susiję su deportacijom ir genocido politika, kurią vykdė sovietų valdžia. Kita istorinių priežasčių grupė yra paslaugos, kurios neskatina žmonių, turinčių psichikos sutrikimų ar problemų, integraciją, skatina jų diskriminaciją ir skatina jų atskirtį socialinę. Tai šios paslaugos iki šiol išlieka ir teisiniai institutai, kurie reglamentuoja šitų žmonių teisinę padėtį, taip pat išlieka praktiškai nepakitę, pavyzdžiui, veiksnio/neveiksnio klausimai iki šiol yra, na jie nepasikeitė iš esmės. Teisėjų sprendimai dėl žmonių, turinčių psichikos sveikatos sutrikimų arba proto negalią, jie yra tradiciški tokie, kaip ir sovietmečiu. Iš esmės niekas beveik nepasikeitė. Tai ta istorinė tokia patirtis, istoriniai veiksniai labai svarbūs“ (AG); „Labai daug kas priklausė nuo karo ir pokarinio laikotarpio. Man atrodo, mes įpratome išgyventi, labai labai giliai turime baimės, nepasitikėjimo, įtarumo jausmą ir šitie jausmai tuo metu mums padėjo išlikti. Nes tokie buvo turbūt laikai. Ir tas buvo perduota ir labai didelei daliai mūsų visuomenės“ (AP).

Toliau vykę pokyčiai nesukūrė saugumo jausmo, tęsėsi neigiamas poveikis visuomenei ir atskiriems jos nariams. Seimo narys kritikuoja liberalų požiūrį, nepakankamą atsakomybės prisiėmimą už žmogaus ir visuomenės socialinę gerovę: „Mes pradėjome vystyti laukinio kapitalizmo kryptim ir kur kiekvienas individas paliekamas pats su savim ir kiekvienas turi išplaukti, išgyventi pats. Nors buvo ir socialinė politika, ir ministerija, ir lėšų skiriam, bet tas liberalus požiūris į viską visgi ėmė didesnę viršų, nevykusi privatizacija.

Viskas, kas susikaupė, kai žmonės liko be darbo, kai liko be pajamų, ir taip toliau ir taip toliau, tai aš manau, vat mūsų visuomenės raidos kelias, manau, klaidingas buvo, per daug pasitikėta rinka ir laisvos rinkos šaukliais ir ideologais, kurie sakė: „Rinka viską sutvarkys“. Bet pasirodo akivaizdžiai, mes užlipom ant to pačio grėblio, ant kurio lipdavo visos kitos šalys, kurios mūsų nepriklausomybės apyaušry, kai teko daug mokytis iš kitų šalių, jie visada sakydavo: „Ekonomika ir socialiniai dalykai turi eiti paraleliai, tada mažiau problemų būna“ (IS). Panašiai teigia kitas ekspertas – akademinio sluoksnio atstovas, buvęs Vyriausybės narys: „Dabar irgi buvo turbūt tas lūžis į nepriklausomybę, kai iš tikrųjų labai reikėjo labai greitai persiorientuoti ir suvokti, kad dingsta visa eilė garantijų, rūpesčių, kad reikia kažkaip patiem suktis. Turbūt neteisybė socialinė, socialiniai – ekonominiai skirtumai atsiradę didžiuliai ir vis didėjantys“ (AP).

Ekonominių nesaugumą pabrėžia ir kiti ekspertai. Akademinio sluoksnio atstovas, gydytojas psichiatras ieško sąsajų tarp ekonominio ir emocinio Lietuvos gyventojų nesaugumo, kurio nesugeba užtikrinti jokia valdžia: „Savižudybių skaičius Lietuvoje ir blogi psichikos sveikatos rodikliai yra susiję su neoliberalia politika, kurią vykdo iki šiol Lietuvos valdžia, nepriklausomai nuo to, kokia partija ateina į valdžią. Ir iš esmės net ir socialdemokratai, kas atrodo iš esmės paradoksalu, konservatoriai, jeigu jie užima valdžią, tai tada jie vis tiek nekeičia iš esmės tų nuostatų. Ir ta tokia laukinio kapitalizmo, na tos taisyklės, kur daugiausia didžiausias pajamas gaunantys žmonės, jie proporcingai mažiausiai moka mokesčių ir kapitalo prasme apmokestinimo, ir jų turto prasme, tai yra visuomenėje didžiulė nelygybė susiformuojanti“ (AG). Psichiatrė, NVO atstovė, teigė esant visuomenės susvetimėjimą, kurį lėmė kapitalistinė santvarka: „Susvetimėjimo yra, bet tai čia atneša kapitalistinė visuomenė ir darbo santykiai, ir visa kita, kova už būvį. Kai dabar reikia pačiam užsidirbt pinigų, šiek tiek tų santykių yra. Šiek tiek susvetimėjimo įneša ir iš viso tas požiūris kaip užsieny, kad kiekviena tarnyba turi dirbt savo darbą. Bet mes dar šito dar nepersitvarkėm, čia dar reikia džiaugtis, pas mus dar išliko tokie santykiai šilti, emociški. Nu vėlgi į politiką atsiveria, kadangi pasikeitė mūsų santvarka, kadangi mes dabar pasidarėm valstybė kapitalistinė, sakysim taip, ir mes pradėjom labai ten kovoti dėl to išlikimo, dėl to darbo. Mes kai pradėjom mažiau kreipti dėmesį į tuos užuojautą ir visa kita“ (PS)

Tą pačią mintį plėtoja ir valdžios atstovė, ir psichikos sveikatos paslaugų vartotoja: „Tai, sakykim, tą nagrinėja ir vėl visas pasaulis, tai ekonominė situacija, ekonominės krizės, sakykim, pasekmės arba, kaip čia pasakyt, indėlis kabutėse į tą... sveikatos pokyčius. Tai, be abejonės, jeigu socialine prasme žmones užgrūna labai daug įvairių bėdų, sakykim, būsto praradimai, darbo praradimai, ekonominės situacijos labai ženklus blogėjimas, nu tai savaime aišku, kad jisai negali visai niekaip neveikti psichikos sveikatos“ (VD); „Tai gal neprisitaikymas prie naujų gyvenimo sąlygų, netekimas būsto, netekimas darbo dažnai gali padidinti tuos [neigiamus psichikos sveikatos] rodiklius“ (PPB).

Akademinio sluoksnio atstovas ir praktikuojantis psichiatras atkreipia dėmesį į nepriklausomybės laikotarpiu neišugdytą gebėjimą prisiimti atsakomybę tiek už savo gyvenimą, tiek už visą visuomenę: „Kitas dalykas tai būtų tas psichosocialinis stresas, kuris įvyko Lietuvai atgavus nepriklausomybę, kadangi reikalavimai pasikeitė, socialinė santvarka pasikeitė, ryšiai tarp žmonių labai pasikeitė. Tai turėjo įtakos ir žmonių saugumo jausmui, žmonių ateities planavimui, ir dalis žmonių, aišku, neteko darbo. Dalis gamyklų buvo uždarytos, tačiau tik nedidelė dalis žmonių sugebėjo tinkamai persitvarkyti, pakeisti savo mąstymą, pakeisti savo požiūrį į pasaulį, į gyvenimą taip, kad jie prisiima atsakomybę patys už save ir tos atsakomybės daugiau neatiduoda kitiems: valdžiai, milicijai, komunistų partijai ir panašiai. Tai pilietinės visuomenės formavimasis Lietuvoj, aš manau, irgi turi poveikį gyventojų sveikatai. Tas pilietinės visuomenės formavimasis, iš pradžių jisai buvo gana ir nebloggerai prasidėjęs, tačiau sustojo apie 1998–1999 metus, iš esmės jis dešimt metų toksai užsikonservavęs buvo. Daugelis demokratijos institutų neveikė, teismų sistemos reforma neįvyko tokia, kokia jinai turėjo būti, socialinių paslaugų naujų, iš esmės skatinančių žmonių savarankiškumą, autonomiją, neatsirado ypatingai daugiau“ (AG). Psichiatrė ekonominio saugumo praradimą sieja su destruktivaus elgesio suvešėjimu bei savarankiškumo stygiu: „Bet gal atvirkščiai, gal pirmiau, sakyčiau, ekonomikos žlugimas. Tai pirmiausia sublogėjo mūsų ekonominė sistema, ekonominės sąlygos. Tada žmonės neturėdami, bedarbystė ir alkoholizmas. Taip gal sakyčiau. Žmonės neturi darbo, tai jie geria, tada gėrimas blogina psichikos sveikatą, nu ir tada gaunasi užburtas ratas. Tada jie negauna darbo dėl to, kad jie geria, ir dėl to, kad jie ne visai sveiki. Tai, sakyčiau, vis dėlto gal pradėčiau nuo ekonominių sąlygų. Kad bedarbystė ir alkoholizmas. Bet tai

kai čia pradėsi filosofuoti, tai išeis nepriklausomybė kalta, nes prie rusų buvo geriau. Prie šito ateisi, tai šitaip irgi negali sakyti. Tiesiog mes neturim patirties. Mes neturim patirties, kaip reikia tvarkytis su demokratine visuomene, nu kaip reikia tvarkytis su visais tais iššūkiais, kuriuos atnešė mūsų persitvarkymas“ (PS). Panašias aplinkybes, susiklosčiusias po Nepriklausomybės atkūrimo, pabrėžia ir psichikos sveikatos paslaugų vartotoja: „Dabar, jeigu kalbant apie savižudybes, kodėl toks didelis rodiklis, tai sakykim, jis labai pradėjo kilti tas rodiklis, skaičius labai didėti pradėjo nuo nepriklausomybės metų, atėjus nepriklausomybei. Šiuo metu, vienu metu jis jau buvo stabilizavęsis, dabar pradeda lyg tai mažėti, apžvelgiant nepriklausomybės metus. Tai kodėl tas savižudybių skaičius taip pakilo atėjus nepriklausomybei? Gal yra daugiau nuomonių, kad galbūt pasikeitus santvarkai žmonės nesugebėjo prisitaikyti prie naujų gyvenimo sąlygų. Daug kas neteko darbo, sužinom, kad daug kas neteko savo gyvenimo“ (PPB).

Dalis ekspertų priežasčių ieško nacionaliniame karakteryje. Vienas akademinio sluoksnio atstovas išskiria kriminogeniškumą kaip būdingą lietuviams charakterio savybę: „Mūsų psichologijoj pačioj, struktūroj, nacionaliniu charakteriu vadinkim. Bet va, taip sakant, rusai nebijo prisipažinti, skaičiau, reiškia, kad vienas iš nacionalinio charakterio bruožų yra kriminogeniškumas, ta prasme, polinkis nusikaltimams. Lietuvių charakterį, man rodos, irgi ne mažiau tas polinkis nusikaltimams yra. Irgi čia patys istorikai įvardija, mes buvom banditukai, kurie plėšia aplink, daugiau tokie savanaudiškais grupelių tikslais, o ne, pavyzdžiui, valstybės tikslais. Tai dešimt procentų lietuvių yra buvę teisti arba, taip sakant, arba pasėdėję kalėjimuose ir panašiai. Dešimt procentų. Čia, aišku, irgi destruktivaus elgesio dar irgi reiškia yra dalykas, kad, vadinas, mūsų nacionaliniam charakteri polinkio nusikalsti yra“ (AB). Tas pats ekspertas identifikuoja ir kitas lietuviams būdingas savybes: „Mūsų nacionaliniam charakteri kažkas yra tokio, kas neleidžia mums plėtotis kaip tautai, kaip šaliai, kaip valstybei. Nors šalia esančios valstybės, ten irgi ne ypatingi ištekliai. Pavyzdžiui, Lenkija. Daugiau, tiesa, turi išteklių, didesnes teritorijas. Gruzija, Ukraina, jie ženkliai ekspansyvesni buvo, dešimtimis milijonų skaičiuojami gyventojai. O pas mus, taip sakant, tai kas beliko, tai jau ir trijų milijonų nebeturim. Ta prasme, be abejonės, kad reikia ieškoti. Bet psichologai dar kol kas nešneka, kad yra mūsų, jau galbūt iš senovės, nuo kunigaikščių laikų visi tie dalykai. Taip, kad mes tokie esam dabar, aš skaitau, kad ir Vytautas kaltas, pavyzdžiui, gal net ir Mindaugas kaltas reiškia yra“ (AB). Panašiai mąsto ir psichikos sveikatos paslaugų vartotoja: „Tai aš nežinau, čia, Lietuvoj, labai įprasta sakyti, kad lietuviai mėgsta verkšlenti, mėgstam skūstis, gal į daug ką žiūrėt iš pesimistinės pusės“ (PPB).

Įtampa visuomenėje perkeliama ir į darbo santykius, kuriuose pastebima bloga psichologinė atmosfera: „Kai kuriuose tyrimuose stresas darbe turi didelę reikšmę ir Lietuvoje darbo kultūra, kuri yra labai žemo lygio. Darbo organizavimo psichologija tikrai didesnėse įmonėse arba užsienio kapitalo įmonėse yra tokia, kurios siektina būtų. Daugelis mažų įmonių arba įmonių, kurios gamina arba teikia paslaugas, pagamina produkciją, dažniausiai moka minimalų atlyginimą darbuotojams ir savo darbuotojų sveikata nesirūpina, savo darbuotojų darbo sąlygomis taip pat nesirūpina, ir psichologinė atmosfera tų darbuotojų yra labai bloga, ir ten sergamumas kai kuriomis psichosomatinėmis ligomis yra didėjantis. Dėl streso darbe ir priklausomybės nuo psichoaktyviųjų medžiagų – alkoholio, tabako ir kitų – yra didėjanti problema. Nes tas stresas darbe... kol kas, man rodos, tokiu sisteminiu požiūriu nėra imamas jokių priemonių“ (AG); „Jeigu jie [santykiai darbe] įtempti, jeigu ten yra netolerancija, jeigu yra pažeminimas, vėl emociškai psichikos sveikata kaip veiksny, jisai tų žmonių, kurie dirba tam darbe, be abejo, blogas“ (VD).

Reikšmingą aplinkybę – valdžios neinformuotumą psichikos sveikatos klausimais – identifikuoja tik vienas ekspertas – psichiatras, akademinio sluoksnio atstovas: „labai svarbų vaidmenį vaidina tai, kad politikai neturi apskritai jokio supratimo apie psichikos sveikatą dėl stigmatos. Visi politikų patarėjai viešųjų ryšių klausimais vienareikšmiškai sako, kad kalbėti apie psichikos negalės asmenis yra labai pavojinga, nes tai asociacija su tuo, kad politikas gali turėti kažkokių problemų, ar tai neigiamai veikia rinkėjų nuostatas, ir už tokį politiką nebalsuotų rinkėjai. Tai manau, kad kol vyrauja tokia nuomonė, kol politikai neišdrįsta atskleisti savo psichologinių problemų arba savo patirties, susijusios su kažkokiais sunkiais psichologiniais išgyvenimais, ir kaip jie juos įveikė, tai tol psichikos sveikatos problemos ir nebus rimtai sprendžiamos aukštame lygmenyje pakankamai“ (AG). Valdžios sektoriaus atstovė šią problemą priskiria visai visuomenei, kartu ir sau: „Man taip atrodo, kad žmonės privengia žmonių, segančių vėžiu, nes mano, kad gali užsikrėsti. Aš jau

nekalbu, kad žmogus, sergantis AIDS, patiria žiauriausią diskriminaciją, nes visi mano, kad gali užsikrėsti padavę ranką. Tai su psichine sveikata yra dar baisiau, nes tai iškart gali matytis. Tai va, tai mes irgi su jais neturim nieko. Ir man irgi nu taip atrodo, kad man irgi, pavyzdžiui, baisu. Aš esu, nemoku. Mes esam, nu aš esu išauklėta sovietmečiu ir aš net nesu mokyta kaip nors specialiai, kaip reikėtų bendrauti su sutrikusios psichikos žmogum, nors dirbu šitoj srity, sakykim, ne vienerius metus vienokiame ar kitokiame pareigose“ (VT).

2.2.5. VISUOMENĖS PSICHIKOS SVEIKATOS BŪKLĖS RODIKLIAI

Ekspertai išskyrė šiuos visuomenės psichikos sveikatos būklės rodiklius: agresija, alkoholizmas, depresija, narkomanija, patyčios, saviagresija, savižudybės ir stresas.

Penki ekspertai pabrėžė agresiją, nukreiptą tiek į save, tiek į kitus visuomenės narius: „Problema, taip sakant, yra viso to destruktivaus elgesio: alkoholizmas, smurtas prieš kitus, smurtas šeimoj, reiškia tas, ir savižudybės įeina į tą destruktinį elgesį žmogaus, agresyvumas kitų atžvilgiu ir panašiai“ (AB); „Smurtas, fizinės visokios jėgos naudojimas. Tai irgi labai akivaizdžiai parodo psichinę visuomenės būklę. Ligų susirgimai, kurie būtent dažniausiai yra iššaukti to pastovaus streso, kuris vyrauja pradedant darbo vietoj, šeimoj, santykiai“ (IS); „Kalbant apie vyrus, tai jų psichikos sveikatos rodikliai, man atrodo, yra labai blogi, ir tą liudija alkoholinių psichozių skaičius, kuris irgi yra netiesioginis rodiklis alkoholio suvartojimo. Ir manau, kad tai yra pagrindinė problema tarp suaugusių žmonių, tiek vyrų, tiek moterų tarpe, ypač vyrų tarpe: alkoholio sukeltos komplikacijos, nelaimingi atsitikimai, agresyvus elgesys kitų žmonių atžvilgiu arba autoagresija, smurtas ir visos kitos komplikacijos, tai jos yra, mano galva, pagrindinė problema suaugusių žmonių tarpe Lietuvoje“ (AG); „Bet kas yra visuomenės psichikos sveikata, kiek jinai apima, tai tos nuostatos, mano supratimu, nėra labai vienodos net ir tarp ekspertų ir kartais, jeigu mes kalbam tokia plačiaja prasme, sakykim, apie agresyvumą, patyčių paplitimą, apie, sakykim, ir prieš save, ir prieš aplinkinius, apie tolerantiškumą. To tokio agresyvumo ir netolerantiškumo. Galų gale netgi agresijos pasireiškimo tiek prieš save, tiek prieš kitus. O šiaip tai, jeigu vėl grįžtant, vardinant tą sąrašuką, tai, mano supratimu, tai pagrinde yra smurtas šeimoj, smurtas, nepagarba visuomenėj vienas kitam, netolerantiškas, arogantiškas elgesys“ (VD); „Agresijos, saviagresijos apraiškos“ (AP).

Nemaža ekspertų dalis išskyrė savižudybes kaip Lietuvai itin opią saviagresijos apraišką. Ekspertai ne tik konstatuoja problemos egzistavimo faktą, bet ir išryškina tam tikrus jos aspektus. Pavyzdžiui, akademinio sluoksnio atstovas akcentuoja paauglių savižudybes, kurių skaičius auga ir yra susijęs su priklausomybių problematikos didėjimu: „Nerimą kelia jaunų, 14–16 metų amžiaus grupėje, žmonių suicidiniai mėginimai ir jų skaičius – jisai didėja ypač tarp miesto gyventojų. Taip pat iš vaikų ir paauglių srities labai svarbi yra problema, kurios niekas dar kaip ir nesprenžia, tai yra pirminio psichozės epizodo prevencija ir tų atskirų tikslinių grupių identifikavimas. Mano manymu, kad galima sakyti, kad kadangi narkotinių medžiagų paplitimas didėja, tai galbūt ir pirmo psichozės epizodo skaičius turėtų teoriškai irgi didėti būtent tarp vyresnio amžiaus paauglių – 16–18 metų grupėje“ (AG). Tas pats ekspertas, remdamasis atliktais tyrimais, ieško sąsajų tarp nekompetentingos bei korumpuotos policijos veiklos ir stebėtinai aukšto vyrų suicidų skaičiaus: „Lietuvoj iki galo netgi neaišku, ar vyrų tarpe didžiulis savižudybių skaičius, kur praktiškai net ir pasaulyje yra vienas iš blogiausių rodiklių, ar jis vis dėlto yra tikras, ar tai yra rodiklis, kuris yra sąlygotas policijos korumpuotumo ir policijos noro parodyti situaciją geresnę neiširtų bylų skaičiaus požiūriu, kadangi neiširtos bylos turi galbūt ir finansinę neigiamą išraišką policijos atlyginimams. Tai galbūt kai kurios žmogžudystės yra tiesiog nurašomos savižudybėms vyrų tarpe. Moterų tarpe čia yra atliktas tyrimas mažas, moterų tarpe lygintos yra savižudybės ir žmogžudystės ir ten visi tie atvejai, atrodo, yra ištirti, bet, aišku, tų atvejų yra penkis ar šešis kartus mažiau negu vyrų tarpe“ (AG).

Alkoholizmas ir psichoaktyviųjų medžiagų vartojimas taip pat buvo paminėtas daugelio ekspertų kaip visuomenės psichikos sveikatos būklę atskleidžiantis rodiklis. Tyrime dalyvavęs psichiatras teigia, jog problema yra kur kas rimtesnė, negu atskleidžia oficialūs duomenys: „Nors ta statistika, kuri yra pateikiama per priklausomybių centrą, ten du procentai yra tų priklausomybėmis sergančiųjų žmonių ir ten vartotojų. Aš manau, kad yra iš viso turbūt 50 procentų, o ne 2 procentai alkoholio vartotojų. Kiek yra užsislėpusių, už-

maskuotų, užsimaskavusių, neskelbiančių, nekalbančių nieko. Ir apskritai, problema didžiulė alkoholio vartojimas.“ Kitas psichiatras ir akademinio sluoksniu atstovas kalba apie alkoholio vartojimo sukeltą psichikos sveikatos problemas, labiausiai paliečiančias vyrus ir toliau lemiančias kitas visuomenės problemas: „Kalbant apie vyrus, tai jų psichikos sveikatos rodikliai, man atrodo, yra labai blogi, ir tą liudija alkoholinių psichozių skaičius, kuris irgi yra netiesioginis rodiklis alkoholio suvartojimo. Ir manau, kad tai yra pagrindinė problema tarp suaugusių žmonių, tiek vyrų, tiek moterų tarpe, ypač vyrų tarpe: alkoholio sukeltos komplikacijos, nelaimingi atsitikimai, agresyvus elgesys kitų žmonių atžvilgiu arba autoagresija, smurtas ir visos kitos komplikacijos, tai jos yra, mano galva, pagrindinė problema suaugusių žmonių tarpe Lietuvoje“ (AG). Problema ypač aktuali regionuose. Vienoje iš Vilniaus miesto poliklinikų dirbantis psichiatras teigia: „Na aišku, ten tie girtuoklystės baisios, žmonės turi daug problemų su alkoholio vartojimu – čia didžiausią įtaką turbūt ir daro visuomenės psichikos sveikatos būklei, nes turbūt jau negeriančių, blaivių rajonų visai, kaimų nebelikę. Visi geria, tempia tuos bambalius, geria. Tai žiūrint iš tos pozicijos, visuomenės sveikata yra iš esmės jinai daugialypė. Ten, kur rajonai, yra skirtumas ... ir kur miestai – daugiau čia galimybių visokių žmonėms kažką daryt, kažką veikti, užsiimti“ (PD). Alkoholis identifikuojamas kaip visuomenės (dažniausiai – vyrų) problema, o kalbant apie psichoaktyvius medžiagas, dažniausiai ši problema siejama su jaunimu, jo polinkiu eksperimentuoti, būti lyderiu: „Psichoaktyvių medžiagų vartojime Lietuva yra irgi labai pavojingai priartėjusi prie tam tikros ribos, kur jaunimo, vaikų praktiškai amžiuje, septynerių, net šešerių metų vaikai pirmą kartą pabando psichoaktyvias medžiagas – tai tabaką, alkoholį. Intoksikacijų skaičius. Taip pat kai kurių kitų tokių medžiagų, kaip, tarkim, klijų uostymas ar lakių tirpiklių uostymas, yra be galo pavojingas jauniems žmonėms, gali sukelti negrįžtamas komplikacijas“ (AG); „Bet narkotikų plitimas tai daugiau siejamas, pavyzdžiui, kad marihuana yra įprastas dalykas jaunimo tarpe, irgi yra normos reikalas. Jeigu tu nesi rūkęs nė karto, tai tu esi žalia kažkokia tai morka, vienu žodžiu, visai nepatyręs. Taip kad tas vien tikrai, kad tu jau turėjau išbandyti tą dalyką, rodo, kad visuomenėje tai yra, eina tuo keliu“ (PD).

2.2.6. VEIKSNIAI, DARANTYS ĮTAKĄ PSICHIKOS SVEIKATOS POLITIKOS SPRENDIMAMS

Ekspertai išskyrė šiuos veiksnius, darančius įtaką LPS politikos sprendimams: integracija į ES, tarptautinis bendradarbiavimas, lobistinės, interesų grupės, nuosekli programa, NVO veikla, politiniai rinkimų ciklai, politinis interesas (elektoratas), prevencijos programos atskiroms tikslinėms grupėms, tyrimai ir analizė, visuomenės laisvėjimas ir demokratizacija.

Akademinio sluoksniu atstovas, turintis darbo Vyriausybėje patirties, nuoseklų planavimą identifikuoja kaip būdą priimti ir įgyvendinti veiksmingus psichikos sveikatos politikos sprendimus: „Man atrodo, kad gal kaip ir kitose srityse, šita sritis turbūt kaip nei viena iš kitų sričių, ji reikalauja labai labai nuoseklios profilaktinės programos, prevencinių priemonių, kurios būtų pagrįstos įrodymais. Įrodymais pagrįsta visuomenės sveikata. Ir manau, kad Lietuvoje kol kas tik pradėdamas kurti visuomenės sveikatos, tame tarpe ir psichikos sveikatos, paslaugų teikimo modelis, kuris ir būtų paremtas na visu ir planavimo ciklu, gera informacija, gerom tikslinėms gyventojų grupėms pritaikytomis prevencijos ar intervencijos priemonėmis, vertinimo mechanizmu, specialistų parengimu. Manau, kad tokią sistemą yra didelis iššūkis sukurti, reiktų įvardinti tiesiai šviesiai, kad tai brangiai kainuoja, kad tai nėra paskaitų skaitymas ar kažkoks tai diletantiškas požiūris. Ypač pasiekiant pažeidžiamas gyventojų grupes, ir manau, kad ir politikai ne visi, manau, supranta, ką tai reiškia tokią sistemą sukurti ir išlaikyti“ (VP).

Dauguma ekspertų išskyrė tarptautinį kontekstą kaip vieną reikšmingiausių veiksnių, dariusių įtaką psichikos sveikatos politikos formavimui. Tai ir Europos Sąjunga, ir Jungtinės Tautos, tarptautinės bendruomenės poveikis ir spaudimas, užsienio specialistų patirtis, atsivėrusi atkūrus Nepriklausomybę ir deklaravus demokratijos siekius. „Kitas veiksnys labai svarbus buvo, kad mes atėjome į Europos Sąjungą. Be abejonės, tie visi Europos Sąjungos tarptautiniai dokumentai tai, bet kuri dokumentą paimk, išverstas tas lygių galimybių taisyklės, vėliau tas integracijos. Prieš keletą metų kur buvo patvirtintas, kaip jis vadinasi, Neįgalųjų teisių konvencija, Jungtinių Tautų įvairios konvencijos, atskirų ir psichikos ligonių, protiškai atsilikusių. Vis tiek jos

išverstos į lietuvių kalbą. Mes anksčiau nematėm jų, žmonės nematė jų, galų gale įvairios Europos nuostatos, sakysim, ten Eurobarometras, tie visi matavimai, palyginimai, aišku, verčia mus pasitempt. Čia, be abejonės, visi tie teigiami pokyčiai. Tai pirmiausia lengviausia išmatuoti tą europinį veiksnią“ (AB); „Bendrą atmosferą, nors aš sakiau, kad vis tiek judam, kad daug ir neigiamų tų dalykų, bet visumoje man atrodo, kad tuos teigiamus poslinkius nulėmė tokie veiksniai kaip būtent demokratėjimas – iš vienos pusės, iš kitos pusės – Europos spaudimas. Ir apskritai ne tik Europos, tarptautinių organizacijų. Galų gale pavyzdžiai, juk mokymų kiek buvo. (...) Kiek atvažiuoja specialistų, jie gi atveža daug idėjų“ (AB); „Galbūt tarptautinės programos turi įtakos. Jeigu paskelbta, kad šie metai yra depresijos, tai gal atkreips dėmesį sveikatos politikai, kad metai yra depresijos. Jeigu visur rašoma, kad 2020 metais depresija bus pirma priežastis ten tų ligų ir ekonominę naštą didžiausią neš. Tai bet jeigu mes dabar šitą kalsim, tai tikriausiai gal jie išgirs. Bet jeigu ir mes kalsim. Nu jeigu mes Europos Sąjungoj, nuo bendros Europos politikos manau“ (PS); „(...) apie tos pačios psichikos sveikatos strategijos kūrimą, kuriai tikrai labai daug įtakos darė tarptautinis patirtis, tarptautinės deklaracijos ir tarptautiniai dokumentai, Pasaulinės sveikatos organizacijos, Europos Sąjungos, Europos komisijos rengti dokumentai“ (VD).

Vienas ekspertų, psichiatras ir akademinio sluoksnio atstovas, apžvelgia visą potencialių ir realių įtakos grupių spektrą ir poveikį, kuris, jo nuomone, turi tiek teigiamą, tiek neigiamą įtaką psichikos sveikatos politikai: „Kadangi nėra tokios nuoseklios valstybėje politikos, tai šitoje srityje tada daro įtaką lobistinės grupės. Kai kurios lobistinės grupės, jos užsiregistravusios yra ir, reiškia, veikia labai aiškiai, pavyzdžiui, alkoholio pramonė, ir daro įtaką visais įmanomais būdais, siekiant didinti pardavimus. Kitos lobistinės grupės nėra užsiregistravusios, bet aš manau, kad jas būtina iš esmės identifikuoti. Tai yra farmacininkai. Farmacininkai, verslas sveikatos srityje, yra labai svarbi įtakos grupė, kuri formuoja irgi sprendimus, palankius labiausiai tai jiems. Psichiatrai, Lietuvos psichiatrų asociacija arba kitos profesinės organizacijos, pavyzdžiui, teismo psichiatrų draugija arba kitos draugijos. Jos neturi iš esmės jokios įtakos. Tai tos profesinės organizacijos, jos, mano galva, tiktai direktorių, psichiatrinių ligoninių direktorių, buvo toks neformalus sambūris, kurį profesorius Dembinskas pavadino kumščiu. Tai vat šitas kumštis kažką pramušdavo arba kitaip pasukdavo kažkokius tai sprendimus iš vadovų pozicijų naudinga linkme, bet Psichiatrų asociacija tai tikrai, jų vaidmuo yra niekinis, aš sakyčiau, psichikos sveikatos politikoje. Pacientų vaidmuo yra irgi niekinis, nes ministerija labai formaliai derina įstatymų projektus, kažkokius žingsnius, tai tas formalus derinimas, žinoma, kad vėliau atsiliepia ir kokybei – tiek paslaugų kokybei, tiek ir situacijai visai“ (AG). Glaustai panašią mintį formuluoja ir socialinės apsaugos sistemos atstovė: „Aš manau, kad yra lobistinės grupės. Tai yra daugiausia, nepykit, bet man rodos, kad atstovaujami interesai visų pirma farmacinių kompanijų, tada yra psichikos sveikatos ligoninių ar centrų. Lygiai taip pat turbūt ir uždarytų mūsų globos įstaigų, institucijų tam tikri interesai“ (VT). Teigiamą NVO poveikį politikai identifikuoja Seimo narys: „Aišku, europinė patirtis, europiniai dokumentai, pasaulinė praktika šitoj srity. Didesnės organizacijos, kaip Žmogaus teisių institutas ir kiti, kurie ruošia ir įvairių medžiagą, ir įvairias konferencijas, seminarus tuo klausimu. Tai aišku, kad jie darė įtaką ir priimant įstatymus ir dalyvavo ruošiant juos“ (IS). Kiti ekspertai skeptiškiau vertina NVO poveikį psichikos sveikatos politikai. Psichiatras jų veiklą vertina kaip sisteminio poveikio stokojančias pavienes iniciatyvas: „Kažkokie tai nevyriausybininkai, kurie aktyviai įtakotų, turėtų įtaką, psichikos sveikatos politikai, na aš negaliu tokių identifikuoti. Pavienės pastangos Žmogaus teisių stebėjimo instituto, Globalios iniciatyvos psichiatrijoje, bet tai nėra jokių sisteminių iš esmės pokyčių“ (AG). Vykdomosios valdžios atstovė kritikuoja NVO lojalumą sistemai, valdžiai, kuri lemia jų veiklą: „Turim nevyriausybinių organizaciją, kuri 100 procentų yra išlaikoma iš valstybės biudžeto. Aš nenoriu kalbėti, kad tas biudžetas yra nepakankamas, kad reikėtų daugiau. Bet kokiu atveju kai žiūri, biudžete yra pagrindinė arba net ir vienintelė rėmėja yra valstybė. Tai čia kažkas yra netvarkoj, viena vertus. Kita vertus, valstybė skirdama pinigų nori, tikisi, o kartais ir atvirai išsako – lojalumo. Lojalumo tai institucijai, kuri davė pinigų. Ta prasme, tai ir čia yra tai, ką aš suprantu, iškreipti santykiai. Nes man atrodo, kad mes pinigų turėtumėm skirti atlikti tam tikrom veiklom ir turėti išmatuojamus rezultatus, palyginamus rezultatus tos veiklos. Bet ne tam, kad turėtumėm tam tikrą ramybę arba tylą. Mes davėm pinigų, ir jūs dabar čia tyli. Tai va šitas iškreiptas santykis, jis atsiranda ir aš suprantu, kad nevyriausybinių organizacijos, kadangi, matyt, neturi kitų pajamų šaltinių, pačios neprisitraukia, iš savo veiklos neužsidirba, tai tada jomis yra manipuliuojama. Tai va. Tai jos yra per

silpnos. Jomis tikrai manipuliuoja. Tiek partijos rinkimų metu, tiek vyriausybė, ta prasme ministerijos atskiros. Prisitraukia tokius kalbėtojus, kokių tada reikia“ (VT).

Buvęs Vyriausybės narys politinius rinkimų ciklus identifikuoja kaip neigiamą poveikį turinčią aplinkybę formuojant ir įgyvendinant psichikos sveikatos politiką: „Tai čia, iš vienos pusės, įvardinčiau kaip politinius sprendimus, kurie, ypač kai keičiasi turbūt vyriausybės, keičiasi ministrai, keičiasi valdžia, labai lengvai užgesina ir šitos srities profesionalų entuziazmą, kurį paskui būna labai labai sunku vėl iš naujo tą entuziazmą kažkaip tai įžiebtį“ (VP).

2.3. APIBENDRINIMAS

Tie patys veiksniai ekspertų buvo vertinami skirtingai, pavyzdžiui, psichikos sveikatos centrų diegimas, dienos stacionarai ir jų veikla. Vertinimas priklauso nuo pareigų, sąsajų, atsakomybių, dalyvavimo kuriant sistemą ar, atvirkščiai, atsiduriant opozicijoje ir kritiko vaidmenyje.

Lobistai ir interesų grupės vertinami daugiau neigiamai: tie, kurie galėtų daug prisidėti prie teigiamų pokyčių – paslaugų vartotojai, psichiatrai, kritikuojami dėl savo pasyvumo, o štai ekonominių interesų turintys farmacininkai, stacionarių globos institucijų vadovai ir pan. veikia aktyviai ir ta veikla stabdo proveržį bei reformas psichikos sveikatos srityje arba nukreipia jas nekonstruktyvia vaga.

Nevyriausybinių organizacijų veikla psichikos sveikatos srityje vertinama skeptiškai, nors pripažįstama jų svarba, bet ekspertai išskiria tik pavienes ir mažiau reikšmingas jų iniciatyvas, taip pat kritiškai vertina jų priklausomybę nuo finansinį saugumą joms užtikrinančio valdžios sektoriaus.

Ekspertai daugiausia dėmesio skyrė ir vieningiausios nuomonės buvo aptardami tuos psichikos sveikatos aspektus, kurie paprastai dominuoja viešajame diskurse, – savižudybes, agresiją, psichoaktyviųjų medžiagų vartojimą, neigiamą sovietmečio poveikį visuomenės sąmonei...

Daugiausia teigiamų psichikos sveikatos pokyčių, ekspertų nuomone, įvyko dėl tarptautinių institucijų, pirmiausia Europos Sąjungos, Jungtinių Tautų ir pan., spaudimo.

Išanalizavus atliktus interviu su ekspertais paaiškėjo, kad Lietuvos psichikos sveikatos politikos įgyvendinimo veiksmingumas kelia gerokai daugiau klausimų, negu atrodė po paviršinės valdžios institucijų pozicijų analizės. Ekspertų išdėstytos pastabos padėjo geriau struktūruoti tolesnę giluminę analizės kryptį planą. Tapo aišku, kad giluminė analizė turi apimti keletą vienodai svarbių sričių: a) psichikos sveikatos priežiūros sistemos svarbiausių komponentų, kurių raidai reikalingas esminis proveržis, analizę; b) šios sistemos veiksmingumo vertinimą ir c) šią sistemą veikiančių visuomenės nuostatų ir politinio diskurso analizę. Šių sričių analizei skiriami tolesni trys skyriai.

3. SVARBIAUSIŲ PSICHIKOS SVEIKATOS POLITIKOS SRIČIŲ ĮGYVENDINIMO, INVESTUOJANT Į PSICHIKOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMĄ, ANALIZĖ

Apibendrinę Lietuvos psichikos sveikatos politikos formulavimo ir įgyvendinimo situaciją (kaip ji pateikiama svarbiausiuose dokumentuose ir kaip ją vertina ekspertai), gilesnei analizei pasirinkome tris psichikos sveikatos priežiūros sritis, kurioms skiriama daugiausiai dėmesio dokumentuose ir kurios buvo daugumos ekspertų laikomos svarbiausiomis bei keliančiomis daugiausia diskusijų. Tai psichikos sveikatos stiprinimas ir prevencija (kartu ir savižudybių prevencija), vaikų psichikos sveikatos priežiūra ir perėjimas nuo institucine globa grįstų paslaugų sistemos prie veiksmingų bendruomeninių paslaugų. Šiame skyriuje pristatome minėtų trijų psichikos sveikatos priežiūros komponentų plėtros Lietuvoje giluminės analizės rezultatus.

3.1. PSICHIKOS SVEIKATOS STIPRINIMAS IR PREVENCIJA

3.1.1. PSICHIKOS SVEIKATOS STIPRINIMO IR SUTRIKIMŲ PREVENCIJOS SVARBA

Sveikatos stiprinimas ir sutrikimų prevencija yra svarbiausios šiuolaikinės visuomenės sveikatos intervencijos ir sveikatos politikos įgyvendinimo priemonės. Vis dažniau sveikatos stiprinimas ir sutrikimų prevencija tampa pačios sveikatos politikos prioritetais. Modernioji sveikatos stiprinimo koncepcija (angl. *health promotion*) palyginti jauna (nors pats terminas žinomas seniai), sveikatos politikoje įgyvendinama apie 30 metų. Jos pagrindas yra Otavos chartija (PSO Otavos sveikatos stiprinimo chartija, 1986). Sveikatos stiprinimas suprantamas kaip politika ir veiklos, kuriomis siekiama įgalinti žmones rūpintis savo sveikata ir ją pagerinti (Last, 2007). Prevencija apibrėžiama kaip politika ir veiklos, skirtos pašalinti, sumažinti ar apriboti ligos ar negalios poveikį, o jei tai neįmanoma, tuomet atitolinti ligos ar negalios išsivystymą; prevencija siekia sumažinti ligos rizikos veiksnių paplitimą, mažinti sergamumą, ligotumą ir ankstyvas mirtis (Last, 2001; 2007).

Sveikatos stiprinimo ir ligų prevencijos vystymuisi buvo svarbi socialinio ekologinio modelio konceptualizacija ir formalizavimas. Socialinis ekologinis modelis išplėtė supratimą apie sveikatą ir ligas lemiančius veiksnius nuo biologinių determinantų iki socialinių, kultūrinių, politinių, aplinkos, organizacinių, psichologinių veiksnių dinamiškos tarpusavio sąveikos (Stokols, 1996). Šis modelis sveikatos stiprinimui ir sutrikimų prevencijai reikšmingiausias dėl to, kad sutvirtino holistinį požiūrį į sveikatą ir sveikatą lemiančius veiksnius (Thorogood, Coombes, 2010).

TARPTAUTINIS KONTEKSTAS

Vakarų Europos valstybėse visuomenės psichikos sveikatos stiprinimo ir psichikos sutrikimų prevencijos metodai rėmėsi tradiciniais infekcinių ligų priežiūros ir kontrolės principais (greitas ir tikslus infekcinių ligų nustatymas, o infekcinių ligų nebuvimas laikytas populiacijos sveikatos požymiu), palaipsniui juos pritaikant kintančiam visuomenės sveikatos kontekstui – lėtinių neinfekcinių ligų, iš jų ir psichikos sveikatos, sukiamų problemų sprendimui (Zubrick, Koves-Masfety, 2005). XX amžiaus paskutiniame dešimtmetyje pasaulyje daugėjo mokslinių įrodymų, atskleidžiančių globalų didžiulį neinfekcinių ligų, iš jų ir psichikos bei elgesio sutrikimų, paplitimo mastą bei sunkėjančią šių ligų naštą asmeniui, visuomenei, valstybei (Murray, Lopez, 1996). 2001 metais Pasaulio sveikatos organizacija savo metinį pranešimą skyrė būtent psichikos sveikatai kaip pasaulinio lygio sveikatos aktualijai (PSO, 2001). Šiame pranešime aptarti visuomenės psichikos sveikatos stiprinimo ir psichikos sutrikimų prevencijos klausimai vėlesniais metais tapo nuosekliai PSO, Europos Sąjungos ir kitų tarptautinių organizacijų politikos prioritetu. Taigi psichikos sveikatos stiprinimas ir psichikos sutrikimų prevencija rėmėsi klasikinėmis sveikatos stiprinimo ir prevencijos koncep-

cijomis, o reikšmingiausių įtaką šių sampratų raidai ir plėtrai padarė minėtų mokslinių tyrimų duomenys, pakeitę supratimą apie sveikatą lemiančius veiksnius (epidemiologinis perėjimas nuo infekcinių prie neinfekcinių ligų ir juos lemiančių veiksnių) ir atskleidę sveikatos netolygumus tarp industrinių ir besivystančių šalių. Reikšmingą įtaką medicinos ir visuomenės psichikos sveikatos mokslui bei praktikai padarė psichiatro G. L. Engelio išplėtotas biopsichosocialinis psichikos sveikatos modelis, papildęs vyraujančią biomedicininę paradigmą socialiniais ir psichologiniais aspektais (Engel, 1977). Biopsichosocialinė paradigma tapo šiuolaikinių psichikos sveikatos stiprinimo ir prevencijos pagrindu.

SITUACIJA LIETUVOJE

Lietuvai atkūrus Nepriklausomybę, psichikos sutrikimų prevencija pagal istoriškai nusistovėjusią patirtį iš esmės buvo psichiatrijos mokslo ir praktikos objektas. Psichiatrijoje, kaip ir bendrojoje medicinoje, vyravo biomedicininė paradigma, kai psichikos sveikata suprantama kaip psichikos ligų nebuvimas, psichikos ligų priežastys – tai dėl biologinių priežasčių išsivysčiusios smegenų ligos, gydomos biologinėmis priemonėmis (Deacon, 2013). Visuomenės sveikatos priežiūros sistema psichikos sveikatos stiprinimą ir prevenciją vykdė remdamasi psichiatrinės higienos samprata ir higienos normų taikymu. Lietuvoje, kaip ir daugelyje buvusių Tarybų Sąjungos šalių, infekcinių ligų epidemiologinė priežiūra, įskaitant infrastruktūrą ir specialistų kvalifikaciją, buvo gerai išplėtotą ir sėkmingai vykdoma. Šiuolaikinės visuomenės sveikatos koncepcija Lietuvoje tuo metu tik formavosi – visuomenės sveikatos specialistai Vilniaus universitete pradėti rengti 1998 metais, modernizavus higienos, sanitarijos ir epidemiologijos studijų programas; 1994 metais tuometinėje Kauno medicinos akademijoje įkurtas Visuomenės sveikatos fakultetas. Reformuojama visuomenės sveikatos priežiūros sistema bandė persiorientuoti nuo infekcinių ligų kontrolės ir priežiūros prie naujų visuomenės sveikatos iššūkių (neinfekcinių ligų), kartu ir psichikos sveikatos problemų. Deja, visuomenės sveikatos priežiūros sistema su turima infrastruktūra (centralizuota sistema), žmogiškaisiais ištekliais (higienos epidemiologijos gydytojais) ir kompetencijomis (vyraujanti biomedicininė paradigma bei kontrolės funkcijos) nebuvo palanki spręsti šiuolaikines visuomenės psichikos sveikatos problemas. Palaipsniui keičiantis visuomenės sveikatos tarnybai Lietuvoje (Valstybinis psichikos sveikatos centras priskirtas visuomenės sveikatos institucijoms), steigėsi naujos struktūros (visuomenės sveikatos biurai savivaldybėse) ir keitėsi buvusios (pvz., po reorganizacijos įsteigtas Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras) (Murauskienė et al., 2013). Sistema tapo palankesnė vykdyti psichikos sveikatos stiprinimo ir prevencijos veiklą.

3.1.2. PSICHIKOS SVEIKATOS STIPRINIMO IR SUTRIKIMŲ PREVENCIJOS POLITIKA

TARPTAUTINIAI PSICHIKOS SVEIKATOS POLITIKOS DOKUMENTAI

Lietuvos (psichikos) sveikatos politikos pokyčius labai paskatino mūsų šalies integracija į Vakarų šalių bendruomenines ir institucines struktūras (ES, NATO bei kitas tarptautines organizacijas). Tai sudarė prielaidas vertybiniam ir instituciniam poreikiui prisiderinti prie Europos Sąjungos vertybių sistemos. Svarbiausi Lietuvos ir tarptautiniai 1990–2011 metų psichikos sveikatos politikos dokumentai pateikiami 2 lentelėje.

1995–2005 metais, bendradarbiaujant Pasaulio sveikatos organizacijai (toliau – PSO), Europos Sąjungos institucijoms, Pasaulio bankui, universitetams, iš naujo įvertintas psichikos sveikatos vaidmuo saugant ir stiprinant visuomenės sveikatą. Buvo priimta keletas svarbių psichikos sveikatos politikos dokumentų:

- 2001 m. PSO metiniame pranešime „Psichikos sveikata: naujas supratimas, nauja viltis“ buvo suformuluota dešimt bendrų rekomendacijų gyventojų psichikos sveikatai gerinti. Pranešime akcentuojamas visuomenės švietimas, kurio tikslas – mažinti gydymo bei priežiūros kliūtis didinant išprusimą psichikos sutrikimų dažnumo, gydymo, sveikimo proceso ir psichikos sutrikimų turinčių žmonių teisių klausimais. Teigiama, jog pirmiausia reikia nedelsiant šviesti visuomenę, siekiant, kad neliktų stigmos ir diskriminacijos.
- 2005 m. buvo patvirtinta Europos psichikos sveikatos apsaugos deklaracija ir 2005–2010 metų veiksmų planas. Šią deklaraciją ir veiksmų planą PSO Europos regiono sveikatos apsaugos ministrų konferencijoje Helsinkyje priėmė Europos valstybės, tarp kurių buvo ir Lietuva. Europos

2 lentelė. Svarbiausi 1990–2011 metų Lietuvos ir tarptautiniai psichikos sveikatos politikos dokumentai

Tarptautiniai dokumentai	Metai	Nacionaliniai dokumentai / įvykiai
	1990	Lietuvos Nepriklausomybės atkūrimas
	1995	Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros įstatymas
	1997	Lietuvos sveikatos programa, 1998–2010 m.
	1998	Nacionalinė tabako kontrolės programa 1998–2010 m.
	1999	Valstybinė psichikos ligų profilaktikos programa, 1999–2009 m.
	1999	Nacionalinė narkotikų kontrolės ir narkomanijos prevencijos programa, 2004–2008 m.; 2010–2016 m.
	1999	Nacionalinė alkoholio kontrolės programa, 1999–2011 m.
	2000	Valstybinė psichikos sveikatos komisija prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės
Pasaulio sveikatos pranešimas „Psichikos sveikata: naujas supratimas, nauja viltis“	2001	
	2001	Lietuvos nacionalinė visuomenės sveikatos priežiūros strategija, 2006–2013 m.
	2002	Nacionalinė žmonių su negalia socialinės integracijos 2003–2012 m. programa
	2003	Nacionalinė savižudybių prevencijos programa, 2003–2005 m.
	2004	Lietuvos įstojimas į Europos Sąjungą
EK Žalioji knyga „Gyventojų psichikos sveikatos gerinimas. Europos Sąjungos psichikos sveikatos strategijos kūrimas“	2005	
PSO Europos psichikos sveikatos apsaugos deklaracija ir 2005–2010 metų veiksmų planas	2005	
	2007	Psichikos sveikatos strategija
	2007	Valstybinė visuomenės sveikatos priežiūros plėtros savivaldybėse programa 2007–2010 m.
Europos paktas „Dėl psichikos sveikatos ir gerovės“	2008	
	2010	Jungtinių Tautų neįgaliųjų teisių konvencija (ratifikavimas)
	2012	Nacionalinė neįgaliųjų socialinės integracijos 2013–2019 metų programa
ES pirmininkavimo konferencija „Psichikos sveikata: iššūkiai ir galimybės“ Vilnius, 2013 m. spalio 10–11 d.	2013	ES pirmininkavimo konferencija „Psichikos sveikata: iššūkiai ir galimybės“ Vilnius, 2013 m. spalio 10–11 d.

Šaltinis: sudaryta autorių.

psichikos sveikatos apsaugos deklaracijoje suformuoti prioritetai: psichikos sveikatos pripažinimas kaip vienos svarbiausių XXI a. pradžios visuomenės sveikatos sričių dėl augančios psichikos sutrikimų naštos visuomenei ir valstybių socialinei bei ekonominei plėtrai (1); stigmos, diskriminacijos, psichikos sveikatos netolygumų mažinimas įgalinant ir palaikant psichikos ligonius ir jų šeimas (2); integruotos ir efektyvios psichikos sveikatos sistemos formavimas ir įgyvendinimas, tolygiai vystant psichikos sveikatos stiprinimą, sutrikimų prevenciją, gydymą ir reabilitaciją (3) (PSO, 2005).

- 2005 m. Europos Komisijos patvirtinta Žalioji knyga „Gyventojų psichikos sveikatos gerinimas. Europos Sąjungos psichikos sveikatos strategijos kūrimas“. Žaliojoje knygoje keliami tikslai – stiprinti visuomenės psichikos sveikatą, vykdyti psichikos sveikatos problemų ir sutrikimų prevenciją, stiprinti žmonių, turinčių psichikos sveikatos problemų, sergančių ar turinčių negalią, socialinę integraciją gerbiant jų teises bei orumą, taip pat gerinti informacijos ir žinių apie visuomenės psichikos sveikatą lygį (Europos Komisija, 2005).
- 2008 m. buvo patvirtintas Europos paktas „Dėl psichikos sveikatos ir gerovės“. Dokumente išskiriamos penkios prioritetinės visuomenės psichikos sveikatos gerinimo sritys: depresijų ir savižudybių prevencija (1), jaunimo psichikos sveikata ir švietimas (2), psichikos sveikata darbe (3), pagyvenusių žmonių psichikos sveikata (4), psichikos sutrikimų stigmos ir socialinės atskirties mažinimas (5). Šiuo paktu pripažįstama, kad pagrindinė atsakomybė dėl veiksmų psichikos svei-

katos ir gerovės srityje tenka valstybėms narėms, tačiau skatinami Europos Komisijos ir valstybių narių, kartu ir atitinkamų tarptautinių organizacijų ir suinteresuotų asmenų informacijos mainai ir bendradarbiavimas, siekiant nustatyti geriausios patirties ir sėkmės veiksnius, imantis politikos bei suinteresuotų šalių veiksmų, sprendžiant prioritetinius pakto klausimus ir rengiant atitinkamas rekomendacijas bei veiksmų planus (Europos Komisija, 2008).

LIETUVOS PSICHIKOS SVEIKATOS POLITIKOS DOKUMENTAI

Įvertinus Lietuvos žmonių sveikatos problemas ir sveikatos apsaugos sistemos būklę po Nepriklausomybės atkūrimo, 1991 m. buvo patvirtinta nacionalinė sveikatos koncepcija, kurioje pradedama formuoti aktyvi sveikatos politika ir strategija³⁴. Vėliau buvo priimti teisės aktai bei programos, kuriomis siekiama mažinti neįgalumą dėl psichikos ligų, savižudybių skaičių, alkoholio, tabako ir narkotikų vartojimą. Psichikos sveikatos srityje parengti sveikatos politikos dokumentai apėmė psichikos sveikatos stiprinimą, sutrikimų prevenciją, gydymą ir reabilitaciją (Samele, Frew, Urquía, 2013).

Minėtosios tarptautinės politinės iniciatyvos taip pat paskatino platesnį Lietuvos visuomenės psichikos sveikatos diskursą. 2002 m. Valstybinis psichikos sveikatos centras lietuvių kalba išleido 2001 metų Pasaulio sveikatos pranešimą „Psichikos sveikata: naujas supratimas, nauja viltis“, kuriame akcentuojamas visuomenės sveikatos ir psichikos sveikatos integralumas, sveikatos politikams pateikiama dešimt rekomendacijų, kaip konstruktyviai gerinti gyventojų psichikos sveikatą (Valstybinis psichikos sveikatos centras, 2002). Nacionalinė sveikatos taryba (NST) 2001 metų savo metinį pranešimą skyrė Lietuvos gyventojų bendrosios ir psichikos sveikatos būklės bei sveikatos sistemos organizavimo problemoms aptarti³⁵. Šiame NST pranešime iš esmės jau buvo identifikuotos sisteminės spragos ir suformuluotas strateginio lygio sprendimų poreikis. 2007 m. Lietuvos Respublikos Seimas patvirtino Psichikos sveikatos strategiją. Tai svarbiausias politinis dokumentas, nubrėžiantis strategines šalies visuomenės psichikos sveikatos vystymo gaires. Strategijoje išdėstyti principai ir psichikos sveikatos raidos kryptys atitinka Europos Sąjungos psichikos sveikatos politikos prioritetus (žmogaus teisių užtikrinimas, modernios, pacientų poreikius atitinkančios paslaugos, biopsichosocialinio modelio plėtros pusiausvyra, autonomijos ir dalyvavimo skatinimas, nedidelių psichikos sveikatos sutrikimų gydymas nespécializuotose sveikatos priežiūros įstaigose, psichikos sveikatos stiprinimas ir psichikos sutrikimų prevencija, kaip neatsiejamos ir prioritetinės sveikatos, švietimo ir socialinės apsaugos strategijų įgyvendinimo dalys, pacientų, jų šeimų ir nevyriausybinių sektoriaus vaidmens stiprinimas³⁶).

Nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros 2006–2013 m. strategijos tikslas – pagerinti Lietuvos gyventojų gyvenimo kokybę, ilginti gyvenimo trukmę mažinant sergamumą, mirtingumą ir neįgalumą, ypač daug dėmesio skiriant nelaimingiems atsitikimams, traumoms, širdies ir kraujagyslių bei onkologinėms ligoms, *psichikos sveikatos sutrikimams*. Tai, kad pirmą kartą Lietuvoje psichikos sveikata atsidūrė greta tradicinių prioritetų (tokių kaip širdies ir kraujagyslių bei onkologinės ligos, reiškia, kad palaipsniui Lietuvos sveikatos politikoje įsitvirtina suvokimas, kad psichikos sveikata ir psichikos sutrikimai XXI amžiaus pradžioje atsidūrė tarp svarbiausių sveikatos politikos komponentų³⁷. Šios strategijos įgyvendinimo priemonių 2009–2013 metų plane numatyti tik psichikos sveikatos determinantų tyrimai³⁸. Plačiau psichikos sveikata paminėta Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatyme detalizuojant valstybės vykdomą visuomenės sveikatos priežiūrą (7 str. 3 d.). Įstatyme detalizuotos šiuolaikinėse visuomenėse pasitaikančios psichikos sveikatos problemos, jų prevencijos, gydymo, reabilitacijos ir integracijos metodų koordinuoto taikymo svarba³⁹.

34 Lietuvos Respublikos Seimo 1991 m. spalio 30 d. nutarimas Nr. I-1939 „Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos koncepcijos ir jos įgyvendinimo“. *Žin.*, 1991, Nr. 33-893.

35 Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas. 2001. Lietuvos gyventojų bendrosios ir psichikos sveikatos būklės bei sveikatos sistemos organizavimo problemos. Vilnius, 2002. Internetinė prieiga: <<http://www3.lrs.lt/owa-bin/owarepl/inter/owa/U0074457.pdf>>.

36 Psichikos sveikatos strategija, patvirtinta Lietuvos Respublikos Seimo 2007 m. balandžio 3 d. nutarimu Nr. X-1070. *Žin.*, 2007, Nr. 42-1572.

37 Nacionalinė visuomenės sveikatos priežiūros 2006–2013 m. strategija, patvirtinta Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001-07-27 nutarimu Nr. 941 (2006-06-19 nutarimo Nr. 600 redakcija). *Žin.*, 2006, Nr. 70-2574.

38 Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2009 m. vasario 18 d. nutarimas Nr. 111 „Dėl Lietuvos nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros 2006–2013 metų strategijos įgyvendinimo priemonių 2009–2013 metų plano patvirtinimo“. *Žin.*, 2009, Nr. 22-854.

39 Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas, patvirtintas 2002 m. gegužės 16 d. Nr. IX-886, *Žin.*, 2002, Nr. 56-2225.

3.1.3. PSICHIKOS SVEIKATOS STIPRINIMO IR PREVENCIJOS ĮGYVENDINIMAS LIETUVOJE

PSICHIKOS SVEIKATOS POLITIKOS ĮGYVENDINIMAS LIETUVOJE

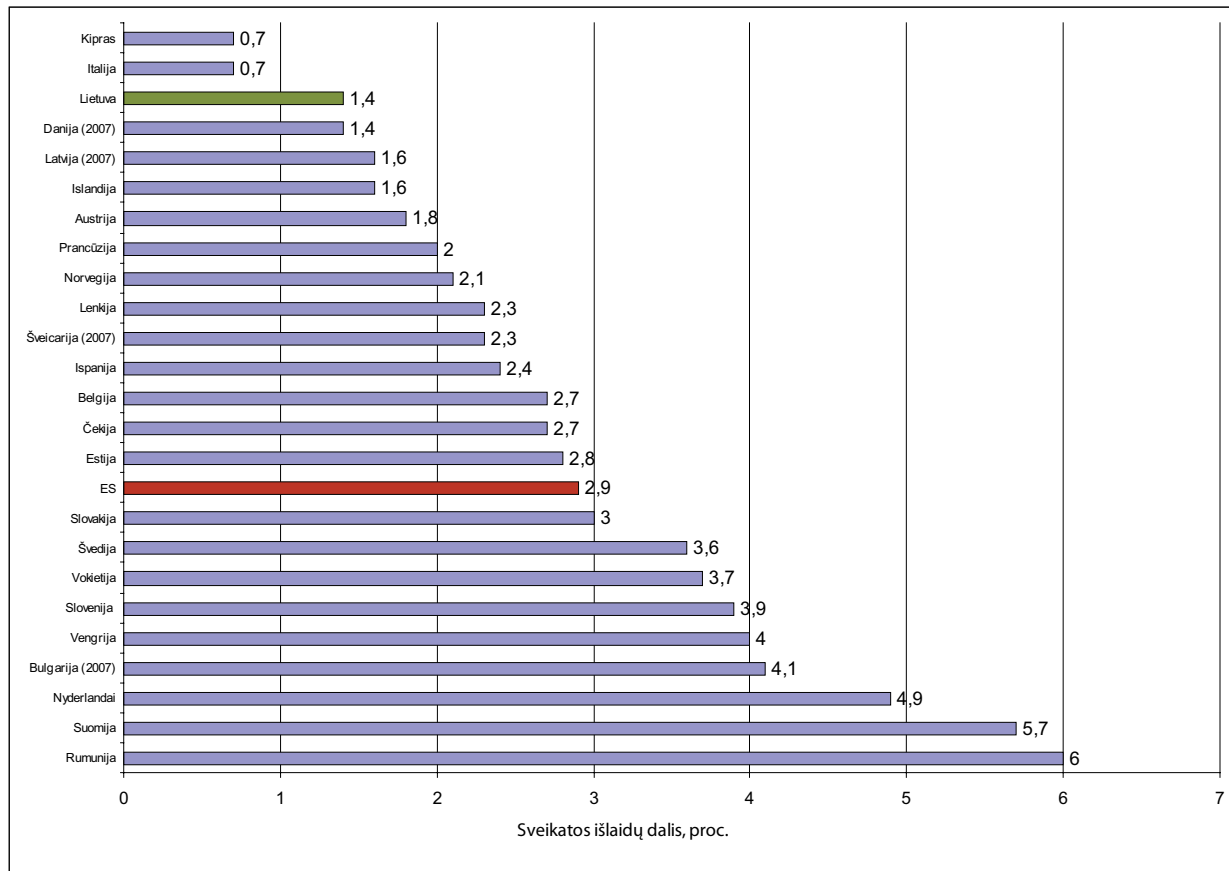
Psichikos sveikatos politikos įgyvendinimas šalyje atspindi, kaip psichikos sveikatos politiką formuojančiuose dokumentuose deklaruojamos vertybės ir prioritetai virsta konkrečiais veiksmais, kuriuos gali vykdyti įvairios organizacijos ir kurie lemty realius bei įvertinamus visuomenės psichikos sveikatos ir gerovės pokyčius.

Psichikos sveikatos stiprinimo ir prevencijos politikos įgyvendinimą iliustruoja Psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimas šioje srityje (1) ir visuomenės psichikos sveikatos būklės pokyčiai (2). Psichikos sveikatos stiprinimo ir psichikos sutrikimų prevencijos kaip Psichikos sveikatos strategijos prioritetinės krypties įgyvendinimą rodo strategijoje suformuotų šios strateginės krypties įgyvendinimo priemonių vykdymas. Visuomenės psichikos sveikatos būklę apibūdina gyventojų savižudybės bei mirčių nuo kitų išorinių mirties priežasčių rodikliai, taip pat stigmatos ir diskriminacijos paplitimas (Cornea, 2002; Veniūtė, 2007; OECD, 2012).

PSICHIKOS SVEIKATOS STRATEGIJOS ĮGYVENDINIMAS PSICHIKOS SVEIKATOS STIPRINIMO IR PREVENCIJOS SRITYJE

Psichikos sveikatos stiprinimo ir psichikos sutrikimų prevencijos įgyvendinimas Lietuvoje vykdomas:

- teikiant asmens sveikatos priežiūros paslaugas asmens sveikatos priežiūros įstaigose (daugiausia – pirminio lygio), apmokamas iš PSDF;
- visuomenės sveikatos biurams įgyvendinant visuomenės sveikatos programas, finansuojamas iš savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiųjų programų lėšų;
- įgyvendinant Valstybinę psichikos sveikatos strategiją;
- įgyvendinant kitas nacionalines tarpsektorines programas.



2 pav. Visuomenės sveikatos ir prevencinėms programoms vykdyti tenkanti sveikatos išlaidų dalis (procentais)

Šaltinis: OESD, 2012.

Atsižvelgiant į Lietuvos sveikatos sistemos struktūrą, psichikos sveikatos stiprinimas ir prevencija vykdoma asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigose, pirminiame sveikatos priežiūros lygyje (LR Sveikatos sistemos įstatymas, 1994). Asmens sveikatos priežiūros įstaigose psichikos (kaip ir kitų fizinės) sveikatos stiprinimo ir prevencinės veiklos yra visiškai integruotos į gydomosios medicinos paslaugas ir jų apimties ar tenkančios išlaidų dalies neįmanoma išskirti (OECD, Eurostat, WHO, 2013). Lietuvoje organizuotoms visuomenės sveikatos ir prevencinėms programoms įgyvendinti skiriami 1,4 proc. visų sveikatos išlaidų – tai daugiausia vaikų imunizacijos, alkoholio ir tabako prevencijos programos (OECD, 2010). Visuomenės sveikatos ir prevencinių programų vykdymui tenkanti sveikatos išlaidų dalis procentais pateikiama 2 paveiksle.

Mokslinio tyrimo metu atlikta teisės aktų, nustatančių psichikos sveikatos prioritetines kryptis, jų įgyvendinimo uždavinius ir priemones, taip pat šių priemonių įgyvendinimo analizė parodė, jog psichikos sveikatos politika yra palanki gyventojų psichikos sveikatai gerinti. LRS patvirtintoje Psichikos sveikatos strategijoje nustatytos prioritetinės kryptys (psichikos sveikatos stiprinimas ir sutrikimų prevencija yra viena iš prioritetinių krypčių) atitinka PSO ir ES sveikatos politikos prioritetus. Tačiau didžiausi iššūkiai yra susiję su psichikos sveikatos politikos įgyvendinimu. Psichikos sveikatos politikos įgyvendinimą šalyje koordinuoja Sveikatos apsaugos ministerija ir Valstybinis psichikos sveikatos centras. Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras, veikiantis kaip visuomenės sveikatos sistemos institucija, psichikos sveikatos stiprinimu ir prevencija neužsiima⁴⁰.

Psichikos sveikatos strategijoje yra suformuluoti uždaviniai ir priemonės, strategijos įgyvendinimo vertinimo kriterijų sistema, paskirtos koordinuojančios institucijos (Sveikatos apsaugos ministerija kartu su Valstybine psichikos sveikatos komisija prie LRV), strategijai įgyvendinti numatyta parengti valstybinę programą, kurioje būtų įvardytos konkrečios priemonės, už jų įgyvendinimą atsakingos institucijos, priemonių įvykdymo terminai, atskaitomybės sistema. Vykdam šią strategiją, 2008 metų birželį buvo patvirtinta Valstybinė psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo 2008–2010 metų programa ir jos priemonių planas⁴¹. Psichikos sveikatos stiprinimo ir psichikos sutrikimų prevencijos srityje buvo numatyta 15 priemonių (didžioji jų dalis yra susijusi su įvairių programų, aprašų ir informacinės medžiagos parengimu). Šio tyrimo metu gautais duomenimis buvo nustatyta, kad didžioji dalis priemonių liko neįgyvendintos ir perkeltos į 2011–2013 metų psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo tarpinstitucinių veiklos planą^{42,43}. Tarpinstituciniame veiklos plane nurodyta, jog dėl Lietuvoje susidariusios sunkios ekonominės būklės 2008–2010 metų programai įgyvendinti buvo skirta nepakankamai lėšų, todėl liko neįgyvendinta dalis joje numatytų priemonių. Šiuo metu Tarpinstitucinio veiklos plano ir jame numatytų priemonių įgyvendinimo laikotarpis pratęstas iki 2014 metų pabaigos⁴⁴. Įgyvendintos ir neįgyvendintos priemonės nurodytos 3 lentelėje.

Iš atliktos psichikos sveikatos stiprinimo ir sutrikimų prevencijos priemonių įgyvendinimo analizės matyti, kad dauguma jų yra neįgyvendintos arba jų įgyvendinimas vis atidedamas. Nors programose numatomi rezultatai siekia pagerinti gyventojų psichikos sveikatos būklę (pvz., sumažinti savižudybių skaičių), tačiau sveikatos politikos formavimo lygmeniu priemonės vertinamos kaip „biurokratinės ir popierinės, kurių rezultatas yra parengtų teisės aktų, leidinių, mokymo programų ir ataskaitų skaičius. Šis planuojamas rezultatas nenukreiptas į tikslinę visuomenės grupę, jų skaičiaus mažinimą ar teikiamos pagalbos kokybės užtikrinimą ar pan.“⁴⁵

Psichikos sveikatos stiprinimo ir sutrikimų prevencijos įgyvendinimas turėtų būti grindžiamas visa apimančiu požiūriu nuo pat kūdikystės iki senatvės (3 pav.).

40 Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras. Veikla [žiūrėta 2013 m. rugsėjo 16 d.]. Internetinė prieiga: <<http://smlpc.lt/lt/veikla/>>.

41 Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2008 m. birželio 18 d. nutarimas Nr. 645 „Dėl Valstybinės psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo 2008–2010 metų programos patvirtinimo“. *Žin.*, 2008, Nr. 76-3014.

42 Tyrimo metu panaudoti už priemonių įgyvendinimą atsakingų valstybės institucijų tinklalapiuose viešai prieinami duomenys apie Psichikos sveikatos strategijos priemonių įgyvendinimą, t. y. Valstybinio psichikos sveikatos centro tinklalapyje paskelbtos priemonių įgyvendinimo ataskaitos. Internetinė prieiga: <http://vpsc.lt/index.php?option=com_content&view=article&id=12&Itemid=16&lang=lt>.

43 Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2011 m. liepos 13 d. nutarimas Nr. 888 „Dėl Psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo 2011–2013 metų tarpinstitucinio veiklos plano patvirtinimo (Dėl Psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo tarpinstitucinio veiklos plano patvirtinimo)“. *Žin.*, 2011, Nr. 93-4404; 2012, Nr. 118-5954.

44 Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2012 m. spalio 3 d. nutarimas Nr. 1223 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2011 m. liepos 13 d. nutarimo Nr. 888 „Dėl Psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo 2011–2013 metų tarpinstitucinio veiklos plano patvirtinimo“ pakeitimo“. *Žin.*, 2012, Nr. 118-5954.

45 Ministro Pirmininko Tarnybos Strateginio valdymo departamento Planavimo ir stebėsenos skyriaus 2011-07-04 pastabos ir siūlymai Nr. LV-128 „Dėl tarpinstitucinio veiklos plano projekto“.

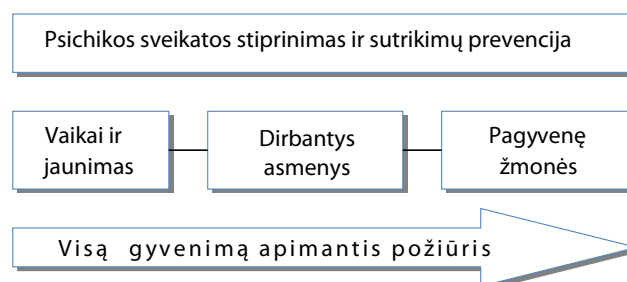
3 lentelė. Visuomenės psichikos sveikatos stiprinimo ir psichikos sutrikimų prevencijos priemonių įgyvendinimas pagal Psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo 2008–2010 metų programą bei 2011–2013 metų tarpinstitucinį veiklos planą

Priemonė	Ar įgyvendinta:		
	Taip	Ne	Pastabos dėl įgyvendinimo
2.1. Parengti ir įdiegti Lietuvos regionuose tėvystės įgūdžių formavimo ir šeimų konsultavimo mokymo programos: 2.1.1. kai skiriasi sutuoktiniai; 2.1.2. vaikams, kurių tėvai išvykę dirbti į užsienį; 2.1.3. psichikos ligomis sergantiems tėvams ir jų vaikams		X	Duomenys apie 2008–2010 m. laikotarpiu parengtas ir įdiegtas programas nėra viešai prieinami. Šios priemonės įgyvendinimas numatytas 2013–2014 m. Priemonei įgyvendinti numatytos lėšos 150 000 Lt.
2.2. Parengti ir patvirtinti vidaus tarnybos sistemos pareigūnams skirtą streso, nerimo, lėtinio nuovargio įveikimo programą ir pradėti ją įgyvendinti		X	Numatoma įgyvendinti iki 2014 m. pabaigos. Priemonei įgyvendinti numatytos lėšos 40 000 Lt.
2.3. Atlikti tyrimą apie pagyvenusius žmonių psichikos ypatumus (tyrimo rezultatus pateikti savivaldybėms)		X	Duomenys apie priemonės įgyvendinimą nėra viešai prieinami. Priemonei įgyvendinti numatytos lėšos 80 000 Lt.
2.4. Parengti ir vykdyti pagyvenusius žmonių psichikos sveikatos stiprinimo programą		X	Duomenys apie priemonės įgyvendinimą nėra viešai prieinami. Priemonei įgyvendinti numatytos lėšos 60 000 Lt.
2.5. Išnagrinėjus ir įvertinus užsienio šalių ir Lietuvos patirtį, parengti metodinę smurto prevencijos medžiagą	VPSC parengti informaciniai leidiniai–lankstinukai smurto prevencijos tema		VPSC 2009–2010 m. programos įgyvendinimo ataskaitose duomenys apie 2.5 priemonės įgyvendinimą nepateikiami. Priemonei įgyvendinti numatytos lėšos 30 000 Lt.
2.6. Parengti ir patvirtinti žiniasklaidos specialistams skirtą mokymo programą psichikos sutrikimų, medicinos etikos ir konfidencialumo klausimais		X	Programos įgyvendinimas buvo pratęstas iki 2012 m. pabaigos, tačiau duomenys apie parengtą programą nėra viešai prieinami. Priemonei įgyvendinti numatytos lėšos 35 000 Lt.
2.7. Skatinti savivaldybes steigti bendrojo lavinimo mokyklose daugiau specialiųjų klasių sutrikusios raidos mokiniams		X	Duomenys apie priemonės įgyvendinimą nėra viešai prieinami. Priemonei įgyvendinti lėšų nenumatyta.
2.8. Parengti ir patvirtinti vaikų neformaliojo švietimo psichikos sveikatos klausimais programą		X	Duomenys apie priemonės įgyvendinimą nėra viešai prieinami. Priemonei įgyvendinti lėšų nenumatyta.
2.9. Parengti ir patvirtinti mobilių krizių ir savižudybių prevencijos ir postvencijos komandų paslaugų teikimo reikalavimų ir apmokėjimo tvarkos aprašus		X	Duomenys apie priemonės įgyvendinimą nėra viešai prieinami. Priemonei įgyvendinti numatytos lėšos 30 000 Lt.
2.10. Apibendrinus visų suicidologinių tyrimų Lietuvoje rezultatus, atlikti galimybių studiją dėl savižudybių prevencijos programų poreikio ir diegimo galimybių		X	Duomenys apie priemonės įgyvendinimą nėra viešai prieinami. Priemonei įgyvendinti numatytos lėšos 70 000 Lt.
2.11. Numatyti specialistų, dirbančių su psichikos sutrikimų turinčiais asmenimis bei jų šeimų nariais, poreikį įvairiose institucijose ir sudaryti jų rengimo planą	X		VPSC 2009 m. ataskaitoje (2010-03-16 Nr. 20V-96) teigiama, jog ši priemonė yra įvykdyta įgyvendinant kitą programą – „Strateginio sveikatos priežiūros ir farmacijos žmonių išteklių planavimo Lietuvoje 2003–2020 m. programa“. Vykdam šios programos priemonės, buvo atlikti žvalgomieji tyrimai, siekiant nustatyti sveikatos priežiūros specialistų pasiūlą bei poreikį apskrityse ir rajonuose, atsižvelgiant į gyventojų skaičiaus prognozes, sergamumo, mirtingumo rodiklius bei pagrindines sveikatos sistemos reformos kryptis. Taip pat parengtos pirminėje

3 lentelė tęsinys

Priemonė	Ar įgyvendinta:		Pastabos dėl įgyvendinimo
	Taip	Ne	
			sveikatos priežiūros grandyje dirbančių specialistų pasiūlos ir poreikio planavimo prognozės ir rekomendacijos, atsižvelgiant į antrojo sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizacijos etapo tikslus ir uždavinius bei pirminės sveikatos priežiūros plėtros koncepciją. Parengtas sveikatos specialistų pasiūlos ir poreikio planavimo modelis ir prognozės, atsižvelgiant į sveikatos priežiūros sektoriaus reformą. Priemonei įgyvendinti lėšų nenumatyta.
2.12. Parengti Privalomojo pirmosios pagalbos mokymo programos, patvirtintos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. sausio 28 d. įsakymu Nr. V-69, pakeitimus psichikos sveikatos mokymo temomis statutiniams valstybės tarnautojams	X		Mokymo programa buvo papildyta nauja mokymo tema: „1.8. Savo ir/ar aplinkinių sveikatai, gyvybei pavojingos psichikos būsenos, jų atpažinimas, pirmoji pagalba ir medicinos pagalbos organizavimas.“ Priemonei įgyvendinti numatytos lėšos 130 000 Lt.
2.13. Parengti psichikos sveikatos priežiūros darbuotojų kvalifikacijos kėlimo programas, organizuoti policijos areštinių ir laisvės atėmimo vietų sveikatos priežiūros darbuotojų mokymą		X	Duomenys apie priemonės įgyvendinimą nėra viešai prieinami. Priemonei įgyvendinti numatytos lėšos 50 000 Lt.
2.14. Parengti ir patvirtinti agresijos valdymo programas, organizuoti vidaus tarnybos sistemos ir laisvės atėmimo vietų darbuotojų, dirbančių su laisvės atėmimo vietose esančiais asmenimis, mokymą	–	–	Nuo 2009 06 28 priemonė panaikinta (LRV 2009-06-17 nutarimas Nr. 607 (Žin., 2009, Nr. 76-3113))
2.15. Parengti kvalifikacijos kėlimo programas specialistų komandoms, teikiančioms bendruomenines psichosocialinės reabilitacijos paslaugas		X	Duomenys apie priemonės įgyvendinimą nėra viešai prieinami. Priemonei įgyvendinti numatytos lėšos 70 000 Lt.
Organizuoti socialinės reklamos, skirtos psichikos sveikatos prevencijai, sukūrimą ir pateikimą visuomenei (per televiziją ir (ar) kitas visuomenės informavimo priemones, mokyklose, darbo vietose ir panašiai)	X		Priemonė numatyta 2011–2013 m. Tarpinstituciniame veiklos plane. VPSC tinklalapyje internete yra skelbiama informacinė medžiaga – socialinė reklama, tačiau nėra tiksliai aišku, ar ji parengta įgyvendinant šią priemonę. Priemonei įgyvendinti numatytos lėšos 750 000 Lt.
Parengti leidinį „Gerosios praktikos pavyzdžiai. Smurto prevencija“		X	Priemonė numatyta 2011–2013 m. Tarpinstituciniame veiklos plane. Duomenys apie priemonės įgyvendinimą nėra viešai prieinami. Priemonei įgyvendinti numatytos lėšos 35 000 Lt.
<p>PASTABA. „Duomenys apie priemonės įgyvendinimą nėra viešai prieinami“ – reiškia, jog institucijos, atsakingos už priemonės įgyvendinimą, arba institucijos, atsakingos už programos įgyvendinimą, tinklalapyje internete bei viešomis paieškos sistemomis neprieinamos oficialios ataskaitos apie priemonės arba programos įgyvendinimą. Ataskaitų teikimas yra numatytas Psichikos sveikatos strategijoje ir jos įgyvendinimo programoje.</p>			

3 pav. Psichikos sveikatos stiprinimas ir sutrikimų prevencija – visą gyvenimą apimantis požiūris



Vaikų psichikos sveikatos gerinimas yra specifiskai išskirtas 2003 m. patvirtintoje Vaiko gerovės valstybės politikos koncepcijoje kalbant apie sveikatos priežiūros vaikams užtikrinimą ir numatoma rengiant nacionalines programas bei strategijas atsižvelgti į pagalbos vaikams įveikti elgesio ir emocijų sutrikimus sukūrimą⁴⁶. Vaiko gerovės koncepcijai įgyvendinti patvirtinta Vaiko gerovės valstybės politikos strategija bei Vaiko gerovės valstybės politikos strategijos įgyvendinimo priemonių 2005–2012 metų planas⁴⁷. Šiame dokumente konstatuojama, kad šalyje yra nepakankamai išplėtotos švietimo, sveikatos, socialinės ir psichologinės paslaugos šeimai ir vaikams, todėl priemonių plane numatoma įgyvendinti Valstybinės psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo 2008–2010 metų programos priemones, skirtas vaikų psichikos sveikatai išsaugoti ir stiprinti – tam numatyta 1 mln. litų. Deja, šios lėšos nebuvo skirtos (žr. 3 lentelę).

Lietuvos Respublikos Seimas 2004 metus Lietuvoje buvo paskelbęs Vaikų sveikatos metais ir įpareigojęs Sveikatos apsaugos ministeriją parengti Vaikų sveikatos metų programą, kurioje psichikos sveikatai dėmesio nebuvo skirta, o nurodytas reikalingumas ugdyti bendrus sveikos gyvensenos pagrindus vaikų sąmonėje^{48,49}.

Lietuvoje veikia Vaikų ir jaunimo socializacijos 2004–2014 metų programa, kuria siekiama plėtoti vaikų ir jaunimo socializacijos galimybes, skatinti kultūrinės ir pilietinės brandos ugdymą. Programos prioritetai skirti vaikų ir jaunimo socializacijos sistemai sukurti, socializacijos specialistų rengimui, vaikų ir jaunimo užimtumui plėtoti bei vaikų teisių apsaugos ir jų asocialaus elgesio prevencijai. Pora šios programos uždavinių numato ugdyti vaikų ir jaunimo sveiką gyvenseną bei psichologinį atsparumą žalingiems aplinkos veiksniams⁵⁰.

2012 m. Lietuvos švietimo ir mokslo ministras patvirtino Sveikatos ugdymo bendrąją programą, kurios pagrindinis tikslas – užtikrinti sėkmingą vaiko sveikatos ugdymą mokykloje, prisidėti prie vaiko dvasinio, fizinio, psichinio, socialinio pajėgumo ir gerovės, o viena iš sveikatos ugdymo sričių yra numatyta psichikos sveikata – savivertė, emocijos ir jausmai, protas ir pozityvus mąstymas (11.3 str.)⁵¹. Remiantis šia programa, psichikos sveikatos ugdymas yra priskirtas mokytojų atsakomybei. Nacionalinės jaunimo politikos 2011–2019 m. plėtos programa ir numato gerinti jaunimo sveikatos stebėseną, skatinti sveikatingumą ir užtikrinti įvairių formų priklausomybės prevenciją⁵².

Plačiau vaikų psichikos sveikatos politikos įgyvendinimo problemos aptariamoms šios mokslo studijos Vaikų psichikos sveikatos skyriuje.

2003 metais priimtas Darbuotojų saugos ir sveikatos įstatymas numato profesinės rizikos darbe vertinimą, apimantį psichosocialinių rizikos veiksnių identifikavimą. Psichosocialiniai veiksniai suprantami kaip veiksniai, kurie dėl darbo sąlygų, darbo reikalavimų, darbo organizavimo, darbo turinio, darbuotojų tarpusavio ar darbdavio ir darbuotojo santykių sukelia darbuotojui psichinį stresą^{53,54,55}. Remiantis šiais teisės aktais, psichosocialinė rizika turi būti vertinama iš esmės visose darbo vietose, kur gali pasireikšti psichosocialiniai rizikos veiksniai. Visgi, profesinės sveikatos ekspertų vertinimu, Lietuvoje nėra patvirtintų metodikų, leidžiančių įvertinti psichosocialinės rizikos priimtumo lygį, priešingai nei fiziniai ar cheminiai rizikos veiksniai, kurių priimtini ekspozicijos lygiai yra aiškūs.

Lietuvos Valstybinė darbo inspekcija prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos yra parengusi psichosocialinių rizikos veiksnių vertinimo metodikas, tad juos įvertinti darbo vietoje gali pats darbdavys

46 Lietuvos Respublikos Seimo 2003 m. gegužės 20 d. nutarimas Nr. IX-1569 „Dėl Vaiko gerovės valstybės politikos koncepcijos patvirtinimo“.

47 Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2005 m. vasario 17 d. nutarimas Nr. 184 „Dėl Vaiko gerovės valstybės politikos strategijos ir jos įgyvendinimo priemonių 2005–2012 metų plano patvirtinimo“.

48 Lietuvos Respublikos Seimo 2004 m. sausio 27 d. nutarimas Nr. IX-1980 „Dėl 2004 m. paskelbimo vaikų sveikatos metais“.

49 Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2004 m. gegužės 27 d. nutarimas Nr. 651 „Dėl Vaikų sveikatos metų programos“.

50 Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas 2004 02 23 Nr. 209 „Dėl Vaikų ir jaunimo socializacijos programos patvirtinimo“. *Žin.*, 2004, Nr. 30-995.

51 Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro 2012 m. rugpjūčio 31 d. įsakymas Nr. V-1290 „Dėl Sveikatos ugdymo bendrosios programos patvirtinimo“.

52 Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2010 m. gruodžio 1 d. nutarimas Nr. 1715 „Dėl Nacionalinės jaunimo politikos 2011–2019 metų plėtos programos“.

53 Darbuotojų saugos ir sveikatos įstatymas, patvirtintas Lietuvos Respublikos Seimo 2003 m. liepos 1 d. Nr. IX-1672.

54 Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. spalio 25 d. įsakymas Nr. A1-457/V-961 „Dėl Profesinės rizikos vertinimo bendrųjų nuostatų patvirtinimo“.

55 Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2005 m. rugpjūčio 24 d. įsakymas Nr. V-699/A1-241 „Dėl Psichosocialinių rizikos veiksnių tyrimo metodinių nurodymų patvirtinimo“.

(darbdavio paskirtas už darbo saugą atsakingas asmuo) arba išoriniai darbdavio sąskaita apmokami licencijuoti ekspertai. Vis dėlto psichosocialinės rizikos vertinimas darbe yra daugiau pavieniai atvejai nei įprasta praktika dėl keleto priežasčių:

- nėra psichosocialinės rizikos priimtino lygio vertinimo normų;
- nepakankamas darbdavių žinojimas, supratimas ir sąmoningumas, susijęs su darbuotojų psichikos sveikata ir psichosocialiniais rizikos veiksniais darbo vietoje;
- visuomenėje vyraujančios stigmatizuojančios nuostatos psichikos sveikatos problemų atžvilgiu (pavyzdžiui, darbdaviai psichosocialinių rizikos veiksnių vertinimą supranta kaip „psichikos sveikatos problemų ar psichikos ligonių paiešką“ jų darbovietėje, kurią atlieka psichiatras, todėl bijo ir visaip vengia bet kokio psichikos sveikatos būklės vertinimo);
- lėšų stoka.

Teisinė aplinka, socialinės nuostatos ir sociume vyraujanti psichikos sveikatos stigma suponuoja šalyje situaciją, kad psichosocialinių rizikos veiksnių įvertinimas darbo vietoje dažniausiai atliekamas tik tuomet, kai darbuotojai pateikia skundą Valstybinei darbo inspekcijai ir jos nurodymu atliekamas vertinimas, arba vertinimus atlieka socialinę atsakomybę prisiimančios organizacijos. Pažymėtina, kad Lietuvoje veikiančios užsienio kapitalo įmonės savo iniciatyva atlieka psichosocialinės rizikos darbo vietose vertinimą ir įgyvendina konfliktinių situacijų ir streso valdymo iniciatyvas.

Dėl aptartų priežasčių Lietuvoje psichikos sveikatos stiprinimo ir psichikos sutrikimų prevencijos programos darbe beveik neįgyvendinamos, o rasti pavieniai pavyzdžiai tik patvirtina šių įmonių išskirtinumą bendroje darbo rinkoje.

Lietuvoje pagyvenusiems žmonėms nėra jokių nuoseklių šalies mastu psichikos sveikatos stiprinimo ir psichikos sutrikimų prevencijos programų. Šioje srityje daugiausia vykdomi pavieniai NVO projektai.

Lietuvai tapus ES nare, šaliai atsivėrė naujos galimybės gyventojų sveikatos gerinimui panaudoti ES struktūrinių fondų lėšas. 2004–2006 metais BPD prioritetai buvo kardiologinės sveikatos priežiūros ir pirminės sveikatos priežiūros (šeimoms gydytojų) paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimas. 2007–2013 metais ES struktūrinės paramos lėšos sveikatos sektoriuje buvo panaudotos remiantis Sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo 2007–2013 metų programa, kurioje išskirtos keturios prioritetinės kryptys – širdies ir kraujagyslių sistemos ligų prevencija, onkologinių ligų gydymas, traumų ir išorinių mirčių prevencija bei *psichikos sveikatos priežiūros paslaugų infrastruktūros gerinimas ir šiuolaikinių technologijų diegimas*⁵⁶. Psichikos sveikatos stiprinimas šioje programoje tarp prioritetų nepateko, o psichikos sutrikimų antrinė prevencija buvo minima tik psichikos sveikatos priežiūros infrastruktūros atnaujinimo kontekste.

VISUOMENĖS PSICHIKOS SVEIKATOS BŪKLĖ

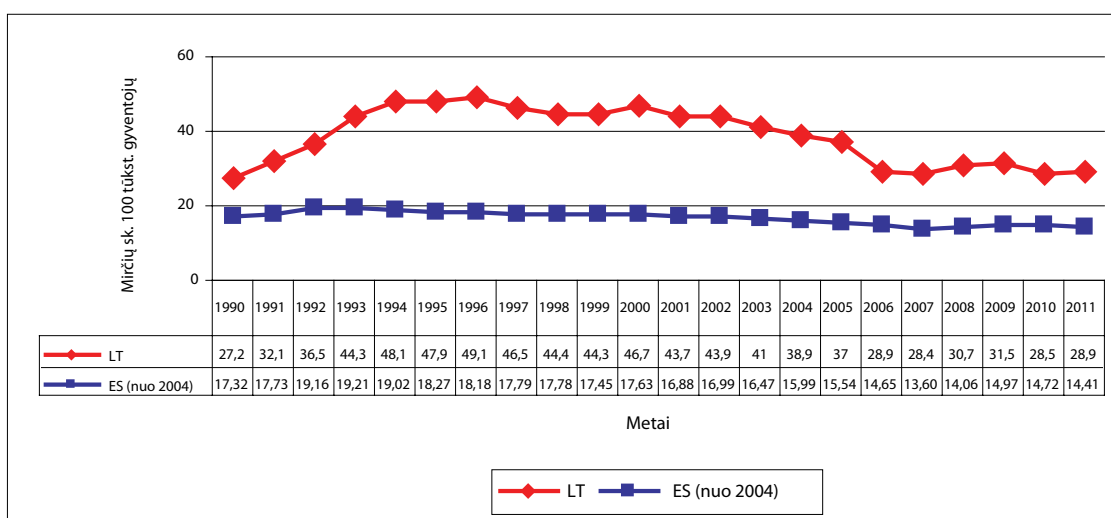
Lietuvoje visuomenės psichikos sveikatos būklės pokyčius atspindi visuomenės psichikos sveikatos rodikliai. Vienas iš visuomenės psichikos sveikatos indikatorių – prievartos paplitimas. Prievarta gali būti nukreipta į save (ją atspindi savižudybių rodiklis) arba į kitus (ją rodo patyčių paplitimas, nužudymų skaičius). Vis dažniau populiacijos psichikos sveikata yra vertinama analizuojant mirtingumą ne tik nuo savižudybių, bet ir kitų išorinių mirties priežasčių, didžiausią dėmesį skiriant nužudymų ir mirčių dėl transporto įvykių rodikliams. Savižudybių statistika dėl socialinio patogumo ar stigos gali neatspindėti realios situacijos, nes po transporto įvykių ar neaiškios kilmės mirtimis gali slėptis ir suicidiniai atvejai (Kalėdienė, 2004). 1990 m. Lietuvoje mirtingumas dėl išorinių mirties priežasčių siekė 10,5 proc., 2000 m. buvo pakilęs iki 13,1 proc., o 2011 m. siekė 9 proc. (Varnik, 2001; Higienos institutas, 2012). Nuo pat 1990 metų Lietuvoje mirtingumas dėl išorinių priežasčių išlieka trečioje vietoje tarp visų mirties priežasčių po kraujotakos sistemos ir onkologinių ligų.

56 Sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo 2007–2013 m. programa, patvirtinta LR Sveikatos apsaugos ministro 2007 m. spalio 9 d. įsakymu Nr. V-799.

SAVIŽUDYBIŲ PREVENCIJA LIETUVOJE

Savižudybė yra sudėtingas kompleksinis reiškinys, atspindintis ne tik asmens psichikos sveikatos, bet ir socialinio konteksto, kuriame asmuo gyvena, būklę. Savižudybių paplitimas yra vienas reikšmingiausių visuomenės psichikos sveikatos rodiklių. Savižudybių ir kitų tyčinių susižalojimų skaičiaus dinamika Lietuvoje 1990–2011 metais bei palyginimas su ES šalių vidurkiu vaizduojama 4 paveiksle. 1990 m. Lietuvoje standartizuotas mirtingumo rodiklis (SMR) dėl savižudybių ir tyčinių susižalojimų siekė 27,16 mirčių 100 tūkst. gyventojų. Nuo Nepriklausomybės atkūrimo šis rodiklis nuolat didėjo ir didžiausias buvo 1996 m. – 49,14 mirčių 100 tūkst. gyventojų. Savižudybių rodiklis didesnis nei 40 mirčių 100 tūkst. gyventojų laikėsi iki 2003 m. Nuo 2004 m. (Lietuva įstojo į ES) rodiklis pradėjo mažėti, 2007 m. pasiekė 1990 metų lygį ir 2011 m. buvo 28,9/100 tūkst. gyventojų. Nepaisant mažėjimo tendencijos, Lietuvoje savižudybių rodiklis palyginti su ES šalių vidurkiu, išlieka dvigubai didesnis.

Lietuvoje itin ryškūs netolygumai savižudybių atžvilgiu – vyrų savižudybių rodiklis didesnis nei moterų, taip pat gyvenančių kaime nei mieste. Vyrų mirtingumas nuo savižudybių didžiausias vidutinio amžiaus grupėje, o moterų savižudybių rizika didesnė vyresniame amžiuje (Gailienė, 2005).



4 pav. SMR dėl savižudybių ir kitų tyčinių susižalojimų (TLK-10 kodas X60-X84) dinamika Lietuvoje ir ES šalyse 1990–2011 metais

Šaltinis: PSO, Europos HFA duomenų bazė, 2013

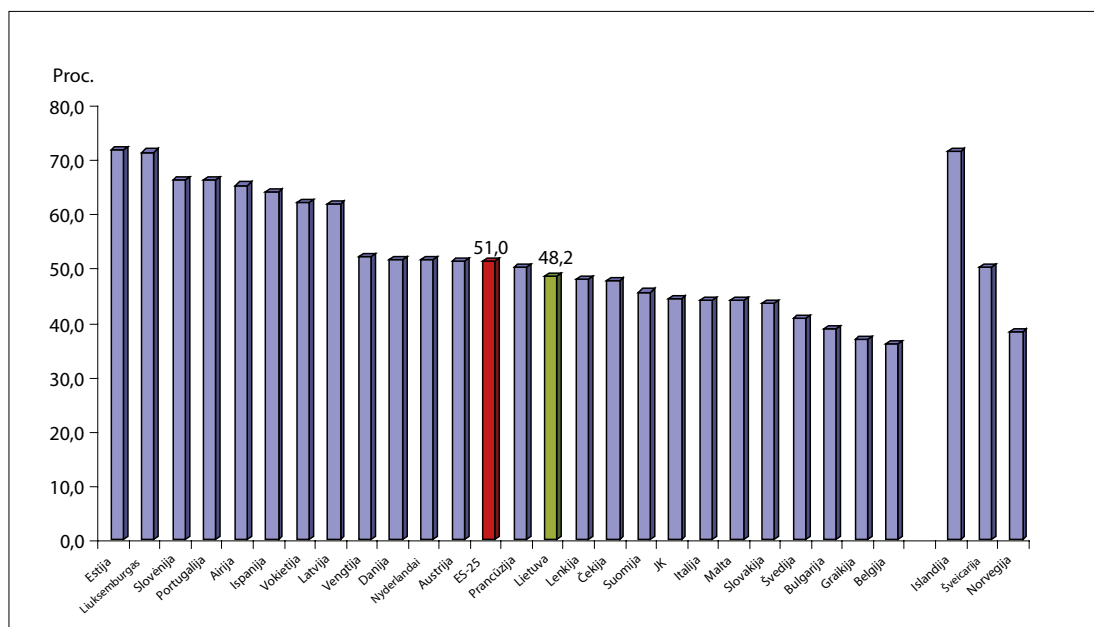
Toks aukštas savižudybių paplitimas Lietuvoje aiškinamas dviem rimtomis priežastimis: greitai vykę pokyčiai šalyje socialiniu ir ekonominiu pereinamuoju laikotarpiu (po 1990 metų) padidino gyventojų psichologinį ir socialinį nesaugumą, o šalyje taip ir neatsirado nacionalinės savižudybių prevencijos strategijos (OECD, 2012). Lietuvoje įsitvirtinęs „užburtas ratas“ – sumažėjęs žmonių atsparumas psichosocialiniam stresui ir gebėjimai įveikti socialinių pokyčių keliamus iššūkius, ydingas politikų požiūris į savižudybes kaip ekonominės situacijos nulemtą reiškinį, vyraujantis medicininis modelis ir nepakankama psichikos sveikatos pagalbos sistema sukuria prielaidas daugėti savižudybių (Gailienė, 2005).

2003 metais LRV patvirtino Savižudybių prevencijos 2003–2005 metų programą, kurioje išskirtos trys prioritetinės kryptys: informacijos teikimas ir visuomenės nuostatų keitimas (1), pagalba rizikos grupėms ir asmenims (2), moksliniai tyrimai ir analizė (3)⁵⁷. Deja, programos finansavimas buvo itin menkas, tik nedidelė dalis priemonių buvo realiai įdiegta ir savižudybių prevencijos įgyvendinimas žlugo (Valstybinis psichikos sveikatos centras, 2005). Iki šiol Lietuvoje nėra jokio strateginio savižudybių prevencijos dokumento, nors yra gausu Vakarų šalių, kurios, sėkmingai sprendžia savižudybių problemą, vadovaudamosi esminiais savižudybių prevencijos principais (*A National Strategy and Action Plan to Prevent Suicide in Scotland*, 2002; Mann, 2005; *Preventing suicide in England*, 2012):

57 Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. balandžio 10 d. nutarimas Nr. 451 „Dėl Savižudybių prevencijos 2003–2005 metų programos patvirtinimo“. *Žin.*, 2003, Nr. 36-1575.

- savižudybių problemos žinomumo didinimas visuomenėje – tai mažina stigmą ir skatina žmones ieškoti pagalbos;
- žiniasklaidos mokymai;
- pagalbos prieinamumo užtikrinimas;
- psichikos ir elgesio sutrikimų išaiškinimas ir gydymas;
- alkoholio, narkotikų vartojimo prevencija ir gydymas;
- mokykloje vykdomos psichikos sveikatos stiprinimo programos;
- savižudybių įrankių prieinamumo apribojimas;
- šeimos gydytojų ir specialistų mokymas;
- pagalbos mėginusiems nusižudyti suteikimas ir jų tolesnė priežiūra;
- krizių intervencija.

Mirtingumo dėl transporto įvykių pokyčiai Lietuvoje ir ES šalyse 1995–2010 metais pateikiami 5 paveiksle. Analizuojamu laikotarpiu Lietuvoje mirčių nuo transporto įvykių sumažėjo kiek daugiau nei 48 proc., ES šalių vidurkis – 51 proc. Sėkmingiausiai visoje ES mirtingumą dėl transporto įvykių sumažino Estija – net 71 proc. (OECD, 2012). Lietuvoje „karą keliuose“ padeda sėkmingai įveikti sutelktos bendros tarpsektorinės ir tarpinstitucinės pastangos. Tai suteikia vilties, jog skirtingų sektorių bendradarbiavimas ir sveikatos politikos visuose valstybės sektoriuose įtvirtinimas bei psichikos sveikatos integravimas bus veiksminga priemonė visuomenės sveikatos problemoms spręsti. Ši geroji praktika turėtų būti pritaikyta mažinant savižudybių skaičių ir sprendžiant kitas šalies visuomenės psichikos sveikatos problemas.



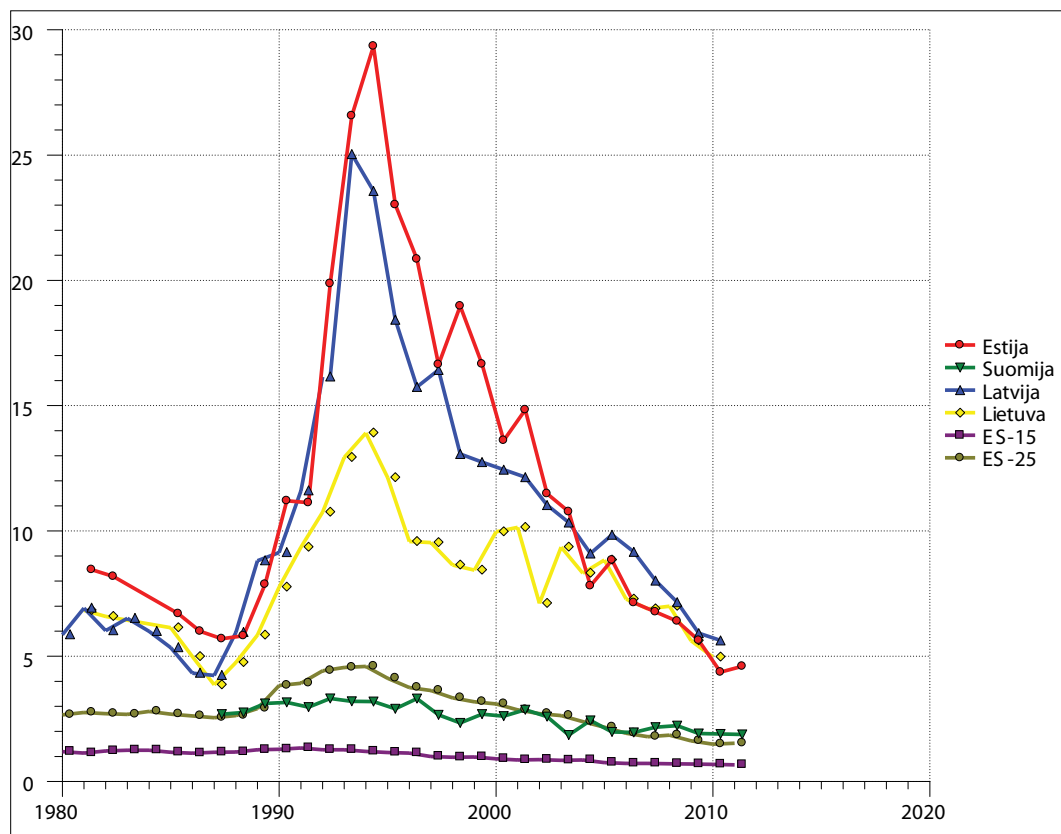
5 pav. Mirtingumo dėl transporto įvykių sumažėjimas (proc.) 1995–2010 metais (arba artimiausiais metais) Lietuvoje ir ES šalyse

Šaltinis: Eurostat duomenų bazė (standartizacija atlikta pagal PSO Europos populiacijos standartą)

SMR dėl nužudymų ir pasikėsimų dinamika visose amžiaus grupėse 1990–2011 m. Lietuvoje pateikiama 5 paveiksle. 1990 m. Lietuvoje SMR dėl nužudymų siekė 7,76/100 tūkst. gyventojų ir buvo 6 kartus didesnis nei tuometinėse Vakarų Europos (ES-15) šalyse. 1990–2010 m. Lietuvoje nužudymų skaičius sumažėjo 1,5 karto – nuo 7,76 iki 4,97/100 tūkst. gyventojų, tačiau tebėra daugiau nei 7 kartus didesnis už ES-15 šalių vidurkį (2010 m. – SMR yra 0,69/100 tūkst. gyv.) ir daugiau nei 3 kartus didesnis už ES-25 šalių vidurkį (2010 m. SMR yra 1,49/100 tūkst. gyv.). Didžiausias rodiklis buvo 1994 m. ir atspindi analogišką tendenciją kaip ir savižudybių bei visų išorinių mirties priežasčių atvejais. Pažymėtina, kad Lietuvoje nužu-

dymų rodiklis nuo 1990 m. iki 2004 m. buvo mažesnis nei Latvijoje ir Estijoje, o pastaraisiais metais beveik susilygino – 2010 m. Latvijoje SMR buvo 5,61/100 tūkst. gyventojų, o Estijoje – 4,35/100 tūkst. gyventojų.

Jaunuolių (15–29 m. amžiaus) nužudymų rodiklis 1990–2011 m. Lietuvoje ir ES šalyse yra pateikiamas 6 paveiksle. 1990–2010 m. jaunuolių nužudymų skaičius sumažėjo daugiau nei dvigubai (2010 m. SMR – 2,99/100 tūkst. gyv.), tačiau šis rodiklis išlieka daugiau nei 3 kartus didesnis už ES-25 šalių vidurkį (2010 m. SMR – 0,87/100 tūkst. gyv.).



6 pav. SMR dėl nužudymų Lietuvoje ir ES šalyse 100 tūkst. gyventojų 1990–2011 metais

Šaltinis: PSO HFA-MDB duomenų bazė, 2013

Žemiau esančioje lentelėje pateikiami Lietuvos visuomenės psichikos sveikatos būklės rodikliai, atspindintys mirtingumo dėl išorinių mirties priežasčių pokyčius 1990–2010 metų laikotarpiu.

4 lentelė. SMR Lietuvoje ir ES 1990–2010 metais dėl išorinių mirties priežasčių, savižudybių, transporto įvykių ir jaunuolių (15–29 m.) nužudymų 100 tūkst. gyventojų

Šalys	Metai	Standartizuotas mirtingumo rodiklis 100 tūkst. gyventojų dėl:			
		išorinių mirties priežasčių	savižudybių	transporto įvykių	jaunuolių (15–29 m.) nužudymų
LT	1990	123,27	27,21	34,09	7,19
	2010	113,12	28,52	10,43	2,99
ES-25	1990	87,36	17,28	25,25	3,24
	2010	55,23	14,72	10,29	0,87
ES-15	1990	49,71	12,12	15,04	1,49
	2010	38,89	9,1	5,53	0,79

Šaltinis: sudaryta autorių pagal HFA-MDB duomenų bazę

Apibendrinant smurtines destruktivaus ir savidestruktyvaus elgesio apraiškas visuomenėje, žymėtina, kad:

- mirtingumas dėl išorinių mirties priežasčių 1990–2010 metais sumažėjo labai mažai ir išlieka daugiau nei dvigubai didesnis nei ES-25 šalyse;

- savižudybių rodiklis 2010 metais grįžo į 1990 metų lygį ir yra dvigubai didesnis nei ES-25 šalių vidurkis;
- mirtingumas dėl transporto įvykių analizuojamu laikotarpiu sumažėjo tris kartus, tačiau yra dvigubai didesnis nei ES-25 šalių vidurkis;
- jaunuolių (15–29 m.) nužudymų skaičius 1990–2010 metais sumažėjo dvigubai, tačiau šis rodiklis išlieka daugiau nei 3 kartus didesnis už ES-25 šalių vidurkį.

Visuomenę galima vertinti kaip socialinį organizmą, kurio darniam funkcionavimui būtina pusiausvyra. Tolerancija yra pamatinė socialinė vertybė, tačiau stigmatizuojančios visuomenės nuostatos mažina visuomenės integralumą. Psichikos sutrikimų stigmatizacijos paplitimas visuomenėje, kaip sisteminis visuomenės psichikos sveikatos rodiklis, pasireiškia stigmatizuojančiomis socialinėmis nuostatomis ir diskriminacija. Socialinės nuostatos suprantamos kaip tam tikrai visuomenei, kultūrai, subkultūrai ar kitai grupei priklausančių žmonių bendrieji arba atskirieji požiūriai ir nuomonės apie kitus asmenis (...), veikiantys individualų arba grupinį elgesį ir veiksmus⁵⁸. Kiekvienos šiuolaikinės psichikos sveikatos strategijos bent vienas kompleksinis elementas skiriamas didinti visuomenės supratimui ir tolerancijai psichikos ligonių ir neįgalųjų atžvilgiu. Stigmatizuojantis visuomenės požiūris yra rimta kliūtis įgyvendinti psichikos sveikatos politiką, todėl daugelyje šalių gyventojų socialinių nuostatų vertinimas įtraukiamas į moksliniais tyrimais pagrįstos politikos formavimą. Vadybine prasme psichikos sveikatos problemų turinčių žmonių socialinės integracijos sėkmė priklauso nuo sociumo nuostatų psichikos ligos, negalios, psichikos sutrikimų turinčio asmens atžvilgiu. Lietuvos psichikos sveikatos strategijoje taip pat akcentuojama stigmatizacijos ir socialinės atskirties mažinimo svarba, pasitelkus psichosocialines technologijas, padedančias įtvirtinti biopsichosocialinio modelio pusiausvyrą.

2003 metų Lietuvos tolerancijos profilio sociologinio tyrimo duomenimis, šalies gyventojai mažiausiai tolerantiški romų tautybės asmenims, kitos seksualinės orientacijos žmonėms, narkomanams, migrantams ir pabėgėliams. Labiausiai patys Lietuvos žmonės jaučiasi diskriminuojami dėl amžiaus, lyties ir fizinio bei psichinio neįgalumo⁵⁹.

2006 metų EK Eurobarometro sociologinis tyrimas parodė, kad 68 proc. Lietuvos gyventojų pritaria teiginiui, kad *žmonės, turintys psichologinių ar emocinių sveikatos problemų, kelia pavojų kitiems*. Būdami „pirmoje vietoje“ tarp ES šalių pagal psichikos sveikatos problemų turinčių žmonių stigmatizavimą, bene dvigubai viršijame ES-25 šalių vidurkį, siekiantį 37 proc., ir bene tris kartus Olandijos vidurkį, kur visuomenėje stigmatizuojanti požiūris į psichikos sutrikimų turinčius žmones išreiškė tik 25 proc. populiacijos. To paties tyrimo duomenimis, 76 proc. Lietuvos gyventojų pritaria nuostatai, kad *žmonės, turintys psichologinių ar emocinių sveikatos problemų, yra neprognozuojami* (ES-25 šalių vidurkis – 63 proc.). Mažiausias rodiklis yra Austrijoje, kur 39 proc. austrų pritaria šiai nuostatai⁶⁰.

2010 metų Eurobarometro psichikos gerovės tyrimo rezultatai atskleidė, kad Lietuvoje 52 proc. gyventojų pritarė teiginiui, kad jiems *būtų sunku kalbėtis su rimtų psichikos sveikatos problemų turinčiu žmogumi*. Šis stigma atspindintis rodiklis yra didžiausias ES šalyse, kur 22 proc. gyventojų pritaria tokiai nuostatai, ir beveik 9 kartus didesnis už mažiausiai stigmatizuojanti požiūrį turėjusius Kipro gyventojus (tik 6 proc. pritarė tokiai nuostatai)⁶¹.

2007 m. atlikto Lietuvos gyventojų požiūrio į psichikos neįgalųjų socialinę integraciją tyrimo duomenimis, šalies gyventojai turi stiprias stigmatizuojančias nuostatas dėl psichikos negalią turinčių žmonių socialinės integracijos (Veniūtė, 2007).

Šie duomenys liudija itin aukštą socialinės patologijos lygį Lietuvos visuomenėje ir negatyvių nuostatų dominavimą psichikos sutrikimų turinčių asmenų atžvilgiu. Stigmatizuojantis visuomenės požiūris yra šalyje vykdomos psichikos sveikatos politikos rezultatas ir kartu stigmatizuojančios politikos įgyvendinimo priežastis.

58 Tarptautinė funkcionavimo, negalumo ir sveikatos klasifikacija. Pasaulio sveikatos organizacija; 2004, p. 215.

59 Lietuvos tolerancijos profiliai: sociologinis tyrimas, 2003. Internetinė prieiga: <www3.lrs.lt/owa-bin/owarepl/inter/.../U0118271.ppt>.

60 Special Eurobarometer 64.4. Mental well-being, 2006. Internetinė prieiga: <http://ec.europa.eu/health/ph_information/documents/ebs_248_en.pdf>.

61 Special Eurobarometer 345. Mental well-being, 2010. Internetinė prieiga: <http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_248_en.pdf>.

Psichikos sveikatos stiprinimas prisideda prie visuomenės sveikatos gerinimo: stiprėja asmens emocinis atsparumas, stiprėja socialinė integracija ir dalyvavimas bendruomenėje, nyksta sveikatos struktūriniai barjerai per diskriminacijos, netolygumų mažinimą (Tilford, 2006). Šiame tyrime atlikta analizė leidžia daryti išvadą, kad psichikos stigmos prevencija buvo vykdoma daugiausia NVO, joms įgyvendinant pavienius projektus, tačiau nuoseklių ir visa apimančių pastangų įtvirtinant šią psichikos sveikatos strategijos nuostatą mažinti stigmatizaciją ir socialinę atskirtį nepastebėta.

SĖKMINGI PSICHIKOS SVEIKATOS STIPRINIMO IR PREVENCIJOS PAVYZDŽIAI

Nepaisant kritinio psichikos sveikatos stiprinimo ir sutrikimų prevencijos vertinimo, Lietuvoje yra keletas sėkmingai įgyvendinamų psichikos sveikatos stiprinimo ir psichikos sutrikimų prevencijos programų. Dauguma jų vykdomos mokyklose ir ikimokyklinio ugdymo įstaigose:

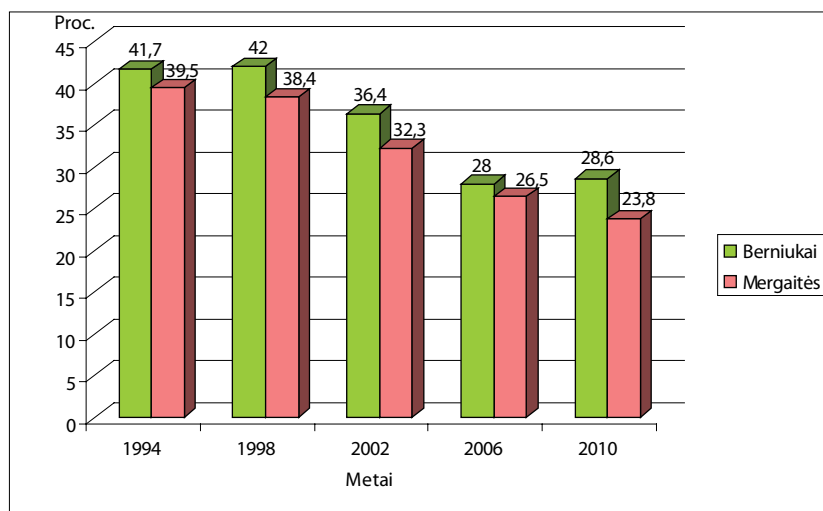
- *Olweus* programa, kurios tikslas – vykdyti patyčių ir kitokio asocialaus elgesio prevenciją (apie programą: <http://www.sppc.lt/index.php?-1647982807>);
- Antras žingsnis – tai prevencinė programa, kurios tikslas – mažinti vaikų agresyvų elgesį, išmokyti juos susitvarkyti su savo jausmais, atsispirti impulsyviam elgesiui, išspręsti konfliktus, suprasti savo elgesio padarinius. Programoje nuo jos pradžios 2004 m. dalyvauja apie 50 proc. visų Lietuvos mokyklų (apie programą: <http://www.pvc.lt/second-step>);
- Zipio draugai – tai psichikos sveikatos stiprinimo programa, skirta 5–7 metų vaikams, kad šie įgytų socialinių bei emocinių sunkumų įveikimo gebėjimų ir gerėtų vaikų emocinė savijauta. Programa įgyvendinama nuo 2000 m., joje dalyvauja apie 32 proc. šalies ikimokyklinio ugdymo įstaigų (apie programą: http://www.vaikolabui.lt/?page_id=10);
- Sniego gniūžtės prevencinė programa, skirta alkoholio, tabako, narkotikų vartojimo prevencijai (apie programą: http://www.blaivus.org/UserFiles/blaivi_karta/17.2.%20Kitos%20blaivyb%C4%99%20puosel%C4%97jan%C4%8Dios%20organizacijos/817zingsnis.pdf).

Vienas iš sėkmingo psichikos sveikatos stiprinimo ir psichikos sutrikimų prevencijos įgyvendinimo pavyzdžių yra tarptautinės *Olweus* patyčių prevencijos programos įgyvendinimas Lietuvoje.

Lietuvoje nuo 2008 metų bendrojo lavinimo mokyklose pradėta įgyvendinti *Olweus* programa, kurios esmė – išmokyti visą mokyklos personalą atpažinti, pastebėti patyčias ir tinkamai į jas reaguoti. Šios programos įgyvendinimą koordinuoja Specialiosios pedagogikos ir psichologijos centras. Programoje dalyvaujančių mokyklų skaičius išaugo nuo 29 (2008 m.) iki 216 (2011 m.).

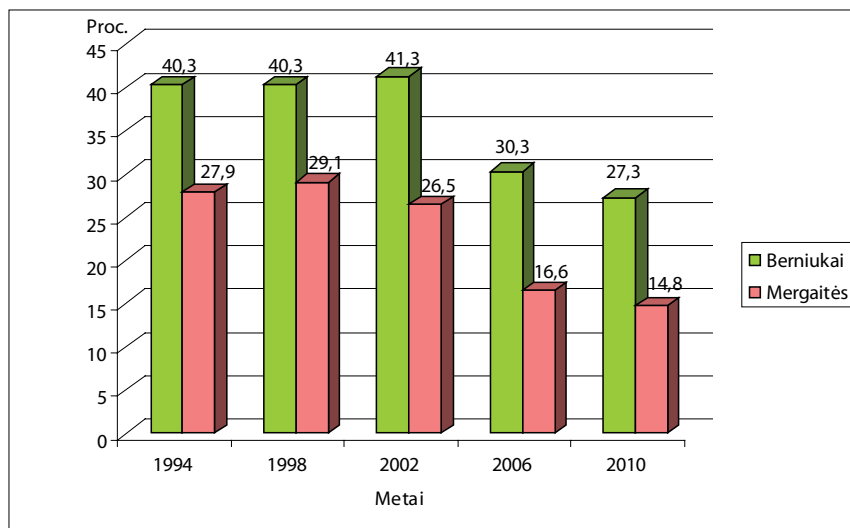
Lietuvoje nuo 1992 metų vykdoma tarptautinė mokyklinio amžiaus vaikų gyvenimo ir sveikatos studija (angl. HBSC). Šios studijos duomenimis, patyčių paplitimo 1994–2010 metų rodikliai pateikiami 6 ir 7 paveiksluose. Nuo programos įgyvendinimo pradžios jau po dvejų metų matomas nedidelis 3 proc. berniukų ir 1,8 proc. mergaičių, kurie tyčiojosi iš kitų, sumažėjimas. Bendras patyčių paplitimo mastas tarp 11–15 metų amžiaus Lietuvos mokinių 1994–2010 metais sumažėjo, tačiau išlieka aukštas, palyginti su kitomis Europos šalimis⁶².

62 Currie C et al., eds. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (*Health Policy for Children and Adolescents, No. 6*). Internetinė prieiga: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf>.



7 pav. Lietuvoje patyčias patyrę 11–15 metų mokiniai (1994–2010 m.)

Šaltinis: A. Zaborskas, LSMU. Patyčios Lietuvos mokyklose tarptautinio HBSC tyrimo duomenimis: pokyčiai 1994–2010 m. ir tarptautinis palyginimas (pranešimas). Prieiga per internetą: <<http://www.vaikulinija.lt/files/a.zaborskis.pdf>>



8 pav. Lietuvoje tyčiojėsi iš kitų 11–15 metų mokiniai (1994–2010 m.)

Šaltinis: A. Zaborskas, LSMU. Patyčios Lietuvos mokyklose tarptautinio HBSC tyrimo duomenimis: pokyčiai 1994–2010 m. ir tarptautinis palyginimas (pranešimas). Prieiga per internetą: <<http://www.vaikulinija.lt/files/a.zaborskis.pdf>>

Mokslo žiniomis ir efektyvumo įrodymais paremtos patyčių prevencijos programos sėkmingas įgyvendinimas yra džiugus ir bene vienintelis visuomenės psichikos sveikatos stiprinimo ir prevencijos technologijų pavyzdys. Atkreiptinas dėmesys, kad ši programa taip pat yra konstruktyvaus tarpsektorinio bendradarbiavimo rezultatas.

3.2. VAIKŲ PSICHIKOS SVEIKATOS POLITIKOS ĮGYVENDINIMAS

Vaiko gerovė – tai sąlygų vaikui gyventi visavertį gyvenimą sudarymas, jo teisės į apsaugą, aprūpinimą ir dalyvavimą visuomenės gyvenime užtikrinimas (Lietuvos Respublikos valstybės kontrolė, 2012, p. 46). 1995 metais Lietuva ratifikavo Jungtinių Tautų Vaiko teisių konvenciją (toliau – Konvencija) ir įsipareigojo

užtikrinti vaikų socialines, civilines, ekonomines, politines ir kultūrinės teises. Remiantis Jungtinių Tautų vaiko teisių deklaracija (1959 m.) bei Jungtinių Tautų Vaiko teisių konvencija (Lietuvos Respublikos Seimas, 1995), kiekvieno vaiko teisės yra paremtos šiais pagrindiniais principais:

- Vaikui be jokių išimčių garantuojamos visos piliečio teisės.
- Vaikas turi teisę visapusiškai vystytis.
- Vaikui teikiama ypatinga apsauga ir sudaromos galimybės sveikai bei normaliai raidai.
- Vaikui užtikrinamas visapusiškas socialinis aprūpinimas ir sveikatos priežiūra.
- Specialiųjų poreikių vaikas turi teisę į ypatingą globą padedant jam gyventi visavertį gyvenimą ir integruotis į socialinę aplinką.
- Vaikas turi teisę gyventi su tėvais jų mylimas ir globojamas. Valstybė turi užtikrinti reikiamą paramą, kad tėvai galėtų įgyvendinti šią vaiko teisę.
- Vaikas turi teisę į mokymą, lavinimą, poilsį ir laisvalaikį.
- Vaikas turi teisę į apsaugą nuo bet kokio išnaudojimo ir netinkamo elgesio.
- Vaikas turi teisę į asmeninio gyvenimo apsaugą.
- Vaikas turi teisę turėti savo nuomonę ir ją reikšti.

Teisė į psichikos sveikatą ir gerovę yra viena iš vaiko teisių, tačiau Pasaulio sveikatos organizacija (WHO, 2005, p. 12) atkreipia dėmesį, jog nors Konvencija yra ratifikuota daugelio valstybių, tačiau nėra įrodymų, kad Konvencijos ratifikavimą ir vaikų psichikos sveikatos gerinimo programų plėtrą sietų koreliacija. Atsižvelgiant į tai, Konvencijos nuostatų įgyvendinimas ir įgyvendinimo proceso vertinimas yra vieni iš pagrindinių vaiko teisių apsaugos sistemos elementų.

Istoriškai vaikų sveikatos būklė buvo siejama su fizinių poreikių (maisto, higienos ir pan.) patenkinimu bei mažais vaikų mirtingumo skaičiais (Solantaus, 2009, p. 16). Tačiau vystantis visuomenei buvo susidurta su naujais iššūkiams, kurie sudarė prielaidas keistis vaikų sveikatos sampratai. Šiuolaikinė vaiko gerovės ir vaiko teisių samprata apima tiek fizinę, tiek psichosocialinę sferas (NVO vaikams konfederacija, 2010, p. 20). Tai reiškia, jog vienodai svarbu puoselėti tiek fizinius, tiek emocinius ir dvasinius vaikų poreikius. Nors perėjimas prie vaiko gerovės sampratos pokyčio jau yra įvykęs beveik visose Europos valstybėse, tačiau praktinių priemonių įgyvendinimas, siekiant užtikrinti vaikų psichikos sveikatos gerovę, vis dar lieka vienu iš pagrindinių iššūkių.

2007 metais Lietuvos valstybinis psichikos sveikatos centras kartu su kitais šalies partneriais ir vėliau prisijungusiais užsienio valstybių partneriais inicijavo svarbų Vaikų ir paauglių psichikos sveikatos padėties ES valstybėse projektą, kuriame ypatingas dėmesys skirtas naujoms ES valstybėms narėms (CAMHEE). Tyrimo rezultatai parodė, jog daugelyje naujų ES valstybių, tarp jų ir Lietuvoje, vaikų psichikos sveikatos politikos ir konkrečių jos priemonių vertinimas vykdomas netinkamai. Todėl, vienas iš pagrindinių efektyvios vaikų psichikos sveikatos politikos principų yra įrodymais grįsta politika, kurią vertina nepriklausomi stebėtojai (Europos Komisija, 2009a, p. 18).

VAIKŲ PSICHIKOS SVEIKATOS POLITIKOS PRIORITETAI

Psichikos sveikatos paslaugų sistemos vystymas yra vienas iš prioritetų, kuriam turi būti skiriama daug dėmesio, siekiant vaikų psichikos sveikatos gerovės (Europos Komisija, 2009b, p. 1). Psichikos sveikatos paslaugų infrastruktūros kūrimas, paremtas ilgalaikėmis finansinėmis lėšomis ir paslaugų prieinamumo principu, turėtų būti viena iš pagrindinių ES valstybių narių veiklos kryptių (Solantaus, 2013, p. 16–17).

Atkreiptinas dėmesys, jog vaikų psichikos sveikatos sutrikimų prevencija, o kartu ir vaiko sveiko vystymosi sąlygų sudarymas, turėtų būti suprantami kaip sutrikimų gydymo paslaugoms lygiaverčiai prioritetai. Šią nuostatą patvirtina CAMHEE projekto rezultatai (Europos Komisija, 2009a, p. 18), rodantys, jog daugelyje ES valstybių vaikų psichikos sveikatos politika, jos įgyvendinimo programos bei paslaugų infrastruktūra yra nukreiptos į psichikos sutrikimų gydymą, o psichikos sveikatos gerinimo ir prevencijos programos paprastai paliekamos nuošalyje.

Formuojant psichikos sveikatos politiką dažnai kyla klausimas, kokių paslaugų sistema – universalių ar specializuotų – yra efektyvesnė. Nors vieno atsakymo nėra, tačiau valstybių praktika rodo, jog efektyviausias sprendimas – universalių ir specializuotų paslaugų dermė, grindžiama kitų valstybių gerąja praktika (Solantaus, 2009, p. 18).

Pažymėtina, jog fizinius vaikų poreikius (maistas, miegas, apranga) atpažinti yra lengviau, o dvasiniai poreikiai yra ne visada aiškiai matomi. Todėl vienas iš pagrindinių vaikų psichikos sveikatos politikos principų – sukurti tokias paslaugas, kurios sudarytų galimybę stebėti / prižiūrėti vaiko vystymąsi ir kuo anksčiau nustatyti vaiko psichikos sveikatos būklės problemas.

Vaikų psichikos sveikata ir gerovė yra ne tik sveikatos, bet ir kitų valstybės politikos sričių – socialinės, švietimo, kultūros – atsakomybė (Europos Komisija, 2009a, p. 1). Europos Komisijos užsakymu atliktų tyrimų išvados (ten pat, p. 19) teigiama, kad nors sveikatos paslaugų sistemai turėtų tekti vaikų psichikos sveikatos politikos lyderio vaidmuo, tačiau tarpsektorinių paslaugų plėtra yra svarbus vaikų psichikos sveikatos paslaugų elementas.

Šiuolaikiniai vaikų psichikos sveikatos politikos principai taip pat reikalauja daug dėmesio skirti atitinkamų profesijų atstovų mokymui (Europos Komisija, 2009b, p. 2). Valstybės narės yra raginamos įtraukti vaikų psichikos sveikatos kursus į socialinių darbuotojų, pirminio sveikatos priežiūros lygio gydytojų, slaugytojų, psichologų, mokytojų rengimo programas.

Formuojant vaikų ir paauglių psichikos sveikatos politiką, šiame procese turėtų dalyvauti patys vaikai ir paaugliai tiek nacionaliniu, tiek vietos savivaldos lygmeniu (Europos Komisija, 2009b, p. 2). Pažymėtina, jog vaikų ir paauglių nuomonės įtraukimas į politikos formavimo procesą yra vienas iš įrodymais grįstos politikos formavimo elementų.

Plėtojant nacionalinę vaikų psichikos sveikatos politiką, svarbu atsižvelgti į sąlygiškai naujus vaikų psichikos sveikatos būklę veikiančius veiksnius. Vienas iš tokių veiksnių yra internetas ir naujosios technologijos, kurių naudojimas yra ne tik susijęs su mažesniu fiziniu aktyvumu, bet ir su nauja rizika: potencialiai žalingu turiniu, internetinėmis patyčiomis ir pan. (Solantaus, 2009, p. 19). Siekiant informacinių technologijų prieinamumo ir galimos rizikos vaikų psichikos sveikatai dermės, būtina vadovautis tyrimais ir konkrečiais įrodymais grindžiamos politikos formavimo principu.

3.2.1. VAIKŲ PSICHIKOS SVEIKATOS PROBLEMAS SKATINANTYS RIZIKOS VEIKSNIAI: DUOMENŲ ANALIZĖ IR VERTINIMAS

Psichikos sveikatos problemas, įskaitant psichikos sutrikimus, sukeltantys *rizikos veiksniai bei jų poveikį mažinantys apsauginiai veiksniai* yra svarbūs vaikų (taip pat ir suaugusiųjų) psichikos sveikatos sampratos elementai. Yra žinoma daugybė rizikos veiksnių, kurie vienaip ar kitaip susiję su vaikų psichikos sutrikimais. Jie gali būti biologiniai (genetinė patologija, chromosomų anomalijos, nėštumo metu patirtos intoksikacijos ir kiti nėštumo laikotarpio sutrikimai), psichologiniai (dažniausiai susiję su įvairaus pobūdžio šeimos disfunkcija ar sutrikusiais ankstyvais santykiais su tėvais), socialiniai (skurdas, priklausymas pažeidžiamai visuomenės grupei).

2013 metais Valstybinio psichikos sveikatos centro (VPSC 2013) atlikto tyrimo metu buvo išskirtos dvi vaikų psichikos sutrikimų rizikos veiksnių grupės: *socialiniai rizikos veiksniai* ir *su bendra vaikų sveikatos būkle susiję veiksniai*.

SOCIALINIAI RIZIKOS VEIKSNIAI

Viena iš *socialinių rizikos veiksnių grupių* yra šeimos problemos. Prie šeimoje atsirandančių rizikos veiksnių priskiriami šie: (a) socialinės ir ekonominės šeimos problemos, (b) smurto šeimoje atvejai, (c) tėvų globos netekimas. Prie socialinės prigimties rizikos veiksnių priskiriami ir veiksniai, pasireiškiantys švietimo sistemoje: (a) patyčios mokymo įstaigoje, (b) smurto atvejai, (c) mokymosi krūvis.

Rizikos veiksniai, atsirandantys šeimoje

Šeima, tėvų ir vaikų tarpusavio santykiai yra vienas iš svarbiausių vaikų apsaugos nuo pažeidžiamumo, o kartu ir rizikos, elementų (VPSC, 2013, p. 9). Nors dėl šeimos sudėties (pilna / nepilna šeima) įtakos vaiko psichikos sveikatai vienareikšmiško atsakymo nėra, šeimos socialinės ir ekonominės padėties rodikliai yra pripažįstami kaip neabejotinai svarbūs, tiesiogiai ar netiesiogiai veikiantys vaiko psichikos sveikatos būklę (VPSC, 2013, p. 10).

Remiantis šeimos socialinės-ekonominės padėties rodikliais Lietuvoje yra apibrėžta socialinės rizikos šeimos sąvoka. Socialinės rizikos šeima – tai šeima, kurioje auga vaikų iki 18 metų ir kurioje bent vienas iš tėvų piktnaudžiauja alkoholiu, narkotinėmis, psichotropinėmis ar toksinėmis medžiagomis, yra priklausomas nuo azartinių lošimų, dėl socialinių įgūdžių stokos nemoka ar negali tinkamai prižiūrėti vaikų, naudoja prieš juos psichologinę, fizinę ar seksualinę prievartą, gaunamą valstybės paramą naudoja ne šeimos interesams ir todėl iškyla pavojus vaikų fiziniam, protiniam, dvasiniam, doroviniam vystymuisi bei saugumui. Socialinės rizikos šeimai priskiriama ir šeima, kurios vaikui įstatymų nustatyta tvarka yra paskirta laikinoji globa (rūpyba) (Lietuvos Respublikos valstybės kontrolė, 2012, p. 46).

Vaikai, augantys socialinės rizikos šeimose, yra viena iš labiausiai pažeidžiamų vaikų grupių. 2011 metų duomenimis, Lietuvoje buvo daugiau kaip 22 tūkst. vaikų, augančių socialinės rizikos šeimose (Estep, 2013, p. 21). Atlikti tyrimai rodo didelį socialinių paslaugų ir psichologinės pagalbos trūkumą vaikams iš socialinės rizikos šeimų. Pagrindinė vaikams iš socialinės rizikos šeimų teikiama paslauga yra dienos centro paslaugos. 2013 m. atliktų tyrimų duomenimis, dienos centrų paslaugos gali patenkinti tik ketvirtadalį socialinės rizikos šeimų vaikų poreikių. Tačiau praktikoje šie skaičiai yra dar mažesni, nes, pasak Vaiko teisių apsaugos kontrolieriaus įstaigos atstovų, daugumoje savivaldybių tik 10 proc. vaikų iš socialinės rizikos šeimų dienos centro paslaugos yra prieinamos (ten pat). Ne tik dienos centrų paslaugų prieinamumas, bet ir jų kokybė kelia didelį susirūpinimą. Vidutiniškai vienam vaikų dienos centrų socialiniam darbuotojui tenka dirbti su 30 vaikų ir jų šeimų, tačiau kitų valstybių praktika rodo, jog maksimalus vienam socialiniam darbuotojui tenkančių vaikų skaičius yra 12–15 (ten pat). Nors yra deklaruojama, jog vaikų dienos centrų paskirtis yra teikti kompleksinę, t. y. socialinę, pedagoginę, psichologinę, tarpininkavimo pagalbą vaikui, tačiau esant dideliame žmogiškųjų ir materialųjų išteklių trūkumui, šis tikslas nėra praktiškai įgyvendinamas. 2013 metais atliktų tyrimų duomenimis, vaikams reikalingos psichologinės pagalbos trūkumas yra viena iš didžiausių problemų, susijusių su dienos centruose teikiamomis paslaugomis (ten pat, p. 22). Atkreiptinas dėmesys, jog psichologinės pagalbos trūkumas yra nepakankamai tikslus terminas, nes daugeliu atveju psichologinės pagalbos apskritai nėra. Pavyzdžiui, Kauno miesto vaikų dienos centruose psichologinė pagalba neteikiama; nevyriausybinuose dienos centruose tik 1 proc. centrų turi psichologą, Klaipėdoje vienam psichologui tenka apie 300 socialinės rizikos šeimų ir jų vaikų (ten pat). Tokia padėtis iliustruoja, jog padidėjusios rizikos grupės vaikai negauna net ir pirminės psichologinės pagalbos, kuri leistų laiku diagnozuoti psichikos sveikatos problemas. Kiti psichologinės pagalbos vaikams iš socialinės rizikos šeimų aspektai, pavyzdžiui, psichologinės pagalbos tęstinumo bei sudėtingesnių psichikos sveikatos problemų sprendimo būdai, taip pat nesulaukia atsako. Tai leidžia daryti išvadą, jog psichologinės pagalbos vaikui, augančiam psichologines problemas skatinančioje aplinkoje, paslaugų infrastruktūra lieka nuošalyje.

Vaikų patiriamas smurtas

JTO ir PSO netinkamą elgesį su vaikais, kartais vadinamą vaikų išnaudojimu ir nepriežiūra, vartoja kaip smurto prieš vaikus sinonimą, kuris apibūdinamas kaip visos vaiką fiziškai ir dvasiškai žalojančio suaugusiųjų elgesio atmainos, seksualinis išnaudojimas, nepriežiūra ir komercinis išnaudojimas, kuris sukelia arba gali sukelti žalą vaiko sveikatai, raidai ir orumui. Atkreiptinas dėmesys, jog vaikui sukeltos arba išgalvotos ligos taip pat yra priskiriamas prie smurto formų (Paramos vaikams centras 2012, p. 13). Vaiką žalojančių elgesio formų apibrėžimuose nebūtinai turi būti minimas sąmoningas suaugusiųjų ketinimas pakenkti vaikui, t. y. netyčinė žala taip pat turi būti priskiriama prie smurto formų. Taip pat nefizinė žala (pvz.: nepriežiūra, psichologinis smurtas) turėtų būti suprantama kaip smurto prieš vaikus forma. Remiantis kitų Europos bei pasaulio valstybių praktika, fizinės bausmės ir fizinis drausminimas gali būti draudžiami įstatymo ir laikomi fizine prievarta prieš vaikus (Estep, 2013, p. 69).

Rizika patirti smurtą vaikui kyla ne tik šeimoje, bet ir išorinėje aplinkoje (pvz., mokykloje ir pan.), tačiau visais atvejais vienas iš smurto prieš vaikus reiškinių ypatumų yra didelis jo latentškumas – „(...) tyrimų duomenimis, latentinis smurtas 2010 metais Lietuvoje siekė 70 proc.“ (Estep, 2013, p. 66). Todėl toliau pateikiami registruotų pranešimų apie smurtą prieš vaikus duomenys turėtų būti vertinami atsižvelgiant į didelį latentinį šio reiškinių pobūdį (5 lentelė).

5 lentelė. Pranešimų apie smurtą prieš vaikus skaičius 2005–2011 metais

	2005 m.	2006 m.	2007 m.	2008 m.	2009 m.	2010 m.	2011 m.
Fizinis smurtas	1464	894	988	588	690	637	698
Psichologinis smurtas	707	611	676	346	367	564	547
Seksualinis smurtas	140	134	114	114	146	142	102
Iš viso	2311	1639	1778	1048	1203	1343	1347

Šaltinis: Statistikos departamentas

Smurto latentinis pobūdis dar labiau didina jo prevencijos būtinybę. Atkreiptinas dėmesys, jog yra valstybių, kurios taiko itin ankstyvą smurto prieš vaikus bendrąją prevenciją. Tyrimai rodo (Estep, 2013, p. 72), jog Švedijoje kiekvienai besilaukiančiai moteriai akušerė skiria atlikti testą, kad būtų įvertinta nėščiosios depresijos rizika. Bendrosios ir specialios smurto prieš vaikus prevencijos svarbą lemia ir tai, jog kitų valstybių duomenys rodo smurto prieš vaikus pasikartojimą – Jungtinėje Karalystėje mažiausiai ketvirtadalis patyrusių smurtą vaikų dvejų metų laikotarpiu vėl jį patiria (WHO, 2007, p. 13).

Lietuvoje, kaip ir kitose ES valstybėse, dar nėra, renkami išsamūs statistiniai duomenys, kiek vaikų patiria smurtą šeimoje ir (ar) artimoje aplinkoje, tačiau remiantis Europos Komisijos užsakymu atliktų tyrimų rekomendacijomis, tokie duomenys turėtų būti renkami (Estep, 2013, p. 78). Lietuvoje yra pateikiami bendri duomenys apie vaikus, nukentėjusius nuo nusikalstamų veikų, kurias atliko artimi asmenys ir kurios apima smurto šeimoje ir (ar) artimoje aplinkoje problemą (6 lentelė).

6 lentelė. Nuo nusikalstamų veikų nukentėjusių vaikų skaičius 2005–2011 metais

	2005 m.	2006 m.	2007 m.	2008 m.	2009 m.	2010 m.	2011 m.
Vaikai, nukentėję nuo:							
tėvų	530	730	614	363	307	360	686
patėvių	56	65	74	58	68	66	78
įtėvių	5	1	3	1	5	2	3
globėjų (rūpintojų)	10	16	5	7	5	10	13
pedagogų	10	6	10	3	3	12	13
Vaikai, nukentėję nuo nusikalstamų veikų iš viso	4955	5141	4571	3720	3223	3019	3234

Šaltinis: Statistikos departamentas

Atkreiptinas dėmesys, jog beveik ketvirtadalis visų vaikų, nukentėjusių nuo nusikalstamų veikų, 2011 metais yra nukentėję savo šeimoje (ar) artimoje aplinkoje, o bendra šešerių metų (2005–2010) tendencija rodo, jog šis skaičius vidutiniškai siekė 14 procentų.

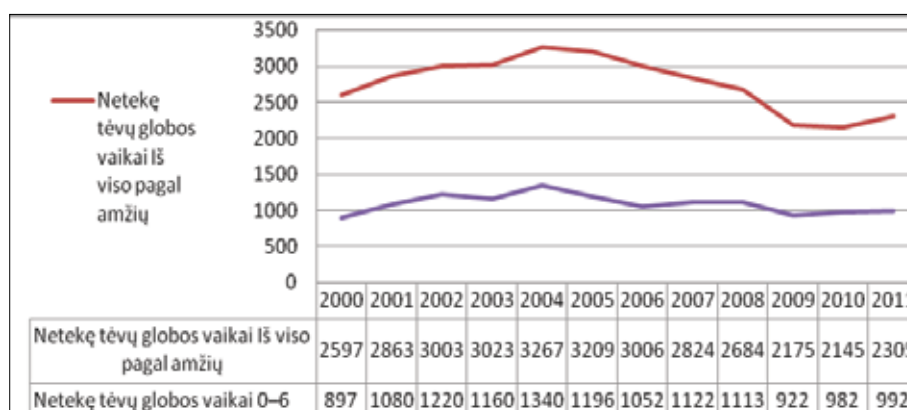
PSO sudarė smurto rizikos veiksnių, pasireiškiančių šeimoje ar susijusių su tėvais/globėjais bei pačiu vaiku, sąrašą (WHO, 2007, p. 11). Apibendrinus šio sąrašo nuostatas išskiriamos keturios rizikos veiksnių grupės (Estep, 2013, p. 71):

1. Su vaiku susiję rizikos veiksniai apima: (a) neįgalius vaikus; (b) kūdikius iki trejų metų; (c) paauglius (dėl seksualinio išnaudojimo grėsmės); (d) globos įstaigose gyvenančius vaikus.
2. Rizikos veiksniai, susiję su šeima: (a) socialinės rizikos šeima; (b) daugiavaikė šeima; (c) šeima, kurioje jau buvo smurtauta; (d) šeima, kurios namuose lankosi daug atsitiktinių žmonių.
3. Rizikos veiksniai, susiję su tėvais ar globėjais: (a) psichikos sveikatos problemos (depresija ir pan.); (b) tėvų asmenybės bruožai (impulsų kontrolės stoka); (c) netinkamas elgesys su vaikais ar su tuoktiniu praeityje; (d) stiprūs konfliktai ar smurtas tarp tėvų; (e) nesaikingas narkotinių / psicho-

tropinių medžiagų vartojimas; (f) jauno amžiaus tėvai; (g) vienišas tėvas arba motina; (h) stresą sukeliančios patirtys; (j) tėvų bendravimo su vaiku ypatumai: griežtas drausminimas; nejautrūs vaikų poreikiams tėvai; (k) nepageidaujamas nėštumas.

Tėvų globos netekę vaikai

Tėvų globos netekimas, kaip vienas iš vaiko psichikos sveikatai didelės įtakos turinčių veiksnių, yra itin aktuali problema Lietuvoje, nes kasmet tėvų globos netenkančių vaikų skaičiai yra dideli. Pažymėtina, jog per daugiau kaip dešimtmetį, 2011 metų duomenis lyginant su 2000 metų duomenimis, tėvų globos netenkančių vaikų (tiek nuo 0 iki 6 m., tiek ir nuo 6 iki 18 m. amžiaus) skaičius pakito tik labai mažai (9 pav.).



9 pav. Tėvų globos netenkančių vaikų skaičiaus kitimas 2000–2011 metais

Šaltinis: Valstybinis psichikos sveikatos centras, 2013

Norėtume atkreipti dėmesį, jog Lietuvoje tėvų globos netekimo, kaip rizikos veiksnio vaikų psichikos sveikatai, įtaka yra dar didesnė nei kitose Europos Sąjungos valstybėse dėl vis dar *dominuojančio institucinės globos reiškinių*. Pažymėtina, jog egzistuoja duomenų apie vaikų globos institucijose globojamus vaikus neatitikimas: Valstybinio psichikos sveikatos centro (2013; 72) duomenimis, 2011 metais Lietuvoje veikė 197 globos įstaigos, kuriose gyveno 7054 vaikai ir paaugliai (3984 berniukai / vaikinai, 3070 mergaitės / merginos), o remiantis Valstybinės vaiko teisių apsaugos ir įvaikinimo tarnybos prie SAM duomenimis (2012; 75), 2011 metų pabaigoje institucijose buvo globojami 4119 vaikų (iš jų 1335 nustatyta laikinoji globa (rūpyba), o 2784 – nuolatinė), tai sudaro 38,1 proc. visų tėvų globos netekusių vaikų.

Institucinės globos, kaip vaiko socialinę ir psichologinę raidą bei kognityvinių gebėjimų vystymąsi žalojančio reiškinių, supratimas siekia XX amžiaus antrą pusę ir yra siejamas su prieraišumo teorijos ištakomis. Prieraišumo teorija pabrėžė individualizuoto emocinio ryšio (nebūtinai tarp vaiko ir biologinės motinos, ir net moters) svarbą vaiko raidai bei kartu atkreipė dėmesį į neigiamas institucinės globos pasekmes (ypač lyginant su vaiko globa šeimos aplinkoje) (Bowlby, 1969). Prieraišumo teorija taip pat akcentavo itin didelę intymumo ir tęstinio emocinio ryšio svarbą pirmosiomis kūdikio gyvenimo savaitėmis, mėnesiais ir metais sveikam vaiko vystymuisi. Todėl didžiausia žala yra padaroma vaiko raidai, jei jis patenka į globos instituciją iki trejų metų amžiaus. Taip pat didelė žala padaroma ir vyresnio amžiaus vaikams, kurie patenka į institucinę globą iki 5 ar net 8 metų (Browne, 2009, p. 14). Tyrimai taip pat parodė, kad kūdikiai, kurie į instituciją patenka būdami jaunesnio nei šešių mėnesių amžiaus, patiria ilgalaikį bendrą raidos sulėtėjimą. Atkreiptinas dėmesys ir į tai, jog ilgesnio kaip 3 mėn. laikotarpio praleidimas globos įstaigoje dar labiau padidina žalos vaiko raidai mastą, tačiau netgi santykinai trumpo laikotarpio institucionalizacija gali negrįžtamai sužaloti vaiko smegenų mechanizmus, atsakingus už socialų elgesį bei emocinį prisirišimą, o tai savo ruožtu didina dėl asocialaus elgesio ateityje iškiliančių problemų galimybę (Nelson et al., 2009). Nors globos institucijos dažnai yra kritikuojamos dėl žeminančios nepriežiūros ir smurto paplitimo, vyrauja klaidingas požiūris, jog pagerinus globos institucijų materialines sąlygas bei kovojant su smurto problema, institucinės globos kaip reiškinių žala bus panaikinta. Norėtume pabrėžti, jog institucinė globa savo esme dėl nuolatinės emocinės nepriežiūros yra prilyginama vienai iš smurto prieš vaiką formų, kadangi „(...) nieko panašaus į artimą ir tęs-

tinį emocinį santykį tarp dviejų žmonių negalima sukurti institucinės kultūros terpėje, nepaisant didžiausių investicijų į materialinius ir žmogiškuosius nuolatinės globos įstaigų išteklius“ (Pūras, 2013, p. 27).

Atkreiptinas dėmesys ir į tai, jog finansine prasme institucinė globa yra brangiausia globos forma. Vie- no vaiko išlaikymui globos institucijoje kas mėnesį yra skiriama per 2000 Lt, kūdikiams – per 3000 Lt, o vaikui, kuris yra globojamas šeimoje, yra skiriama tik 520 Lt mėnesinė išmoka (Lietuvos Respublikos vaiko teisių apsaugos kontrolierius, 2011, p. 14).

Vertinant konkrečius deinstitutionalizacijos proceso žingsnius valstybės institucijų lygmeniu, stinga konkrečių įrodymų kad Lietuvoje yra politinė valia nuosekliai vykdyti deinstitutionalizaciją taip, kaip tai vyksta daugumoje kaimyninių valstybių. 2013 metais SADM parengtame „Perėjimo nuo institucinės globos prie šeimoje ir bendruomenėje teikiamų paslaugų neįgaliesiems, likusiems be tėvų globos vaikams programos 2014–2020 m. veiksmų plano“ (Deinstitutionalizacijos priemonių planas 2014–2020) projekte numatyta, jog 2020 m. ne 38 proc. (2012–2013 m.), o „tik“ 25 proc. tėvų globos netekusių vaikų gyvens vaikų globos institucijose. Pažymėtina, jog tėvų globos netekusių ir vaikų globos institucijose gyvenančių vaikų skaičiaus sumažinimas nuo 38 proc. iki 25 proc. savaime nieko nepasako apie absoliučius skaičius, t. y. koks vaikų skaičius gyvens vaikų globos institucijose, nes jis priklausys nuo dviejų kintamųjų: bendro vaikų bei tėvų globos netekusių vaikų skaičiaus. Atsižvelgiant į tai, egzistuoja visos teorinės prielaidos, jog realus globos įstaigose gyvenančių vaikų skaičius 2020 m. nesumažės lyginant su 2012–2013 metais. Taip pat norėtume atkreipti dėmesį į SAM 2013 m. spalio 31 d. informacinį pranešimą (SAM, 2013), kuriame nurodoma, jog Sveikatos apsaugos ministras nepritaria laipsniškam sutrikusio intelekto kūdikių namų uždarymo procesui ir „(...) siūlymai „išbarstyti“ specialistų komandas, kad šios teiktų paslaugas šeimoms, globojančioms tokius vaikučius, neatlaiko organizacinės ir logistikos kritikos, nekaltant jau apie kaštus“. Pastaroji situacija atspindi sisteminę problemą, kurios atsiranda, kai politikos ir konkrečių jos programų vertinimui yra naudojamas „savęs vertinimo“ mechanizmas, ir dar kartą patvirtina nepriklausomo ir įrodymais grįsto politikos vertinimo poreikį. Pateikti pavyzdžiai rodo, kad Lietuvoje dar nėra atsiradusi politinė valia imtis visų priemonių, kad būtų sustabdyta tai, kas šiuolaikiniais moksliniais tyrimais įrodyta kaip žalinga praktika – kūdikių ir vaikų iki trejų metų amžiaus ilgalaikė globa įstaigose (kūdikių namuose).

Valstybių patirtis rodo, jog kiekvienoje kelio į globos sistemos transformaciją atkarpoje gali slypėti daugybė spąstų ir nesusipratimų. Dėl šios priežasties būtina dėti visas pastangas siekiant nustatyti veiksnius, kurie ir toliau veikia kaip paskatos institucionalizuoti mažamečius vaikus ir skatina „ydingų ratų“ susidarymą, o sprendimų priėmėjus, specialistus ir tėvus įpratina jaustis bejėgius. Atkreiptinas dėmesys, jog, vykdant institucinės globos perėjimo prie bendruomeninių paslaugų reformą, pirmiausia yra būtinas paradigminis lūžis. Paslaugų sistemos, pagrįstos požiūriu, esą „valstybė yra geresnė motina“, stiprinimas yra tiesiogiai susijęs – ir kaip priežastis, ir kaip pasekmė – su ilgamete socialinės atskirties reiškimo tradicija ir tokiu būdu tą reiškinį tik dar labiau stiprina. Siekiant sistemos transformacijos, reformos koncepcijos pagrindą turėtų sudaryti žmogiškųjų santykių dinamikos suvokimas, kad šeimoms teikiama profesionali pagalba taptų šeimos narių išskyrimo prevencijos instrumentu ir sustiprintų biologinių šeimų gebėjimus tinkamai auginti vaikus. Tyrimai rodo (Browne, 2005, p. 15–18), kad Vidurio ir Rytų Europos valstybėse vaikai į globos institucijas dažniausiai patenka ne dėl prievartos prieš vaikus, o dėl tėvų išgyvenamų problemų, į kurias reaguojama ne pagalba, bet „blogų tėvų“ kaltinimu. Tėvų problemų, kaip vaiko patekimą į globos namus lemiančio veiksnio, būtų galima išvengti sukūrus tinkamą paramos paslaugų sistemą. Tokios paslaugų sistemos funkcionavimas reikalauja pakankamo skaičiaus gerai parengtų socialinių darbuotojų ir kitų profesionalų, turinčių pakankamai žinių ir praktinių įgūdžių žmogiškųjų santykių srityje, siekiant veiksmingai teikti sveikatos apsaugos ir paramos šeimai paslaugas.

Pažymėtina, kad aptartas paradigminis lūžis įvyksta visuomenei įgaunant vis daugiau sąmoningumo vaikų teisių klausimais (suvokiant šias teises kaip šiuolaikines žmogaus teises), o valstybei vis daugiau investuojant į kompetentingą tėvystę ir veiksmingą paramos šeimai paslaugų struktūrą. Tokio paradigminio lūžio, o kartu ir politinės valios pokyčio ženklai jau aptinkami Bulgarijoje, Čekijoje ir Slovakijoje ir yra geras pavyzdys, kaip galima sukurti modernių programų ir paslaugų kritinę masę (Pūras, 2013, p. 52).

Lyginant Lietuvą su kitomis deinstitutionalizacijos reformos siekiančiomis valstybėmis, pavyzdžiui, Gruzija, matomi ryškūs reformos proceso skirtumai. Nuo 2005 metų Gruzijoje vyko dideli deinstitutiona-

lizacijos proceso pokyčiai. Deinstitutionalizacijos proceso rezultatai Gruzijoje vos per kelerius metus buvo aiškiai matomi: 2005–2012 metais vaikų, gyvenančių globos institucijose, skaičius sumažėjo nuo 4000 iki 250 (UNICEF Georgia, 2012, p. 3). Didelė pažanga buvo pasiekta nuo 2009 metų – 23 iš 28 vaikų globos institucijų buvo uždarytos 2011–2012 m. laikotarpiu (ten pat). 2013 metų duomenimis, dabar Gruzijoje veikia tik 3 globos institucijos (iš 41 veikusių 2009 m.), kuriose gyvena 120 vaikų, kurių daugumai yra nustatyta negalia (CSO Georgia, 2013, p. 1).

Gruzijoje vykdant institucinės globos reformą, pokyčių buvo siekiama visuose lygiuose, t. y. buvo stiprinamos prevencinės bei pagalbos rizikos grupės vaikams programos; stiprinamas socialinio darbuotojo vaidmuo; skatinama alternatyvių globos formų plėtra (CSO Georgia, 2013, p. 1–2). 2013 metais Gruzijoje daugiau kaip 1000 vaikų (iš kurių 100 yra nustatyta negalia) yra globojami (laikiniai ar nuolat) šeimose; daugiau kaip 2000 vaikų buvo reintegruoti į savo šeimas; apie 350 vaikų gyvena mažuose, t. y. grupės / šeimos principu (maksimalus vaikų skaičius yra 8–10) funkcionuojančiuose namuose (ten pat, p. 2).

Rizikos veiksniai, susiję su švietimo sistema

Patyčių problema mokyklos aplinkoje yra ypač paplitusi. 2013 metais UNICEF tyrimų centras pristatė vaikų gerovės vertinimą, atliktą 29 išsivysčiusiose pasaulio valstybėse. Tyrimas yra paremtas 2009–2010 metų statistiniais duomenimis. UNICEF tyrimo duomenimis, Lietuvoje daugiau kaip 50 proc. 11–15 metų amžiaus vaikų yra patyrę patyčias per pastaruosius keletą mėnesių. Tai yra didžiausi skaičiai iš visų 29 valstybių (Unicef, 2013, p. 28).

Tyrimai rodo, jog patyčias patiriantys vaikai bei paaugliai yra viena iš asmenų, linkusių į savižudybę, t. y. padidėjusios rizikos, grupių (Estep, 2013, p. 80). Patyčios yra taip pat viena iš mokyklos nelankymo priežasčių (ten pat, 2013, p. 12). Mokslinė literatūra ne tik pateikia įrodymų apie patyčių reiškinio žalą vaikų psichikos ir fizinei sveikatai, bet ir kartu atkreipia dėmesį į tai, kad tėvai bei su vaikais dirbantys suaugusieji dar neadekvačiai suvokia patyčių fenomeną ir jo padarinius ir kad esą patyčios grūdina vaikus – „stiprina“ charakterį (VPSC, 2013, p. 11).

Lietuvoje pavyko pasiekti, kad ir valdžios institucijos, ir visuomenė suvoktų patyčių reiškinio žalingumą. Nuo 2007 metų prasidėjo moksliskai pagrįstų patyčių prevencijos programų taikymas mokyklose, kasmet planuojant skirti šių programų vykdymui valstybės biudžeto lėšas⁶³. Patyčių prevencijos programų plėtra Lietuvos mokyklose yra geros praktikos pavyzdys. Jis parodo, kad esant politinei valiai perimti geriausias pasaulio ir Europos praktikas, galima įveikti bejėgiškumo nuostatas ir įgyvendinti šiuolaikinius psichikos sveikatos politikos principus⁶⁴.

Taip pat atkreiptinas dėmesys į bendrą vaikų pojūčių vertinimą mokymosi aplinkoje. 2002 metų duomenimis, saugūs mokykloje jautėsi tik trečdalis Lietuvos moksleivių (VPC, 2013, p. 10). 2003 m. atliktų tyrimų Lietuvos didžiųjų miestų mokyklose duomenimis, tarp „(...) pagrindinių nerimą ir įtampą mokykloje keliančių priežasčių buvo minimas didelis mokymosi krūvis, aukšti reikalavimai, egzaminų baimė (ten pat, p. 11).

Jorko universiteto atliekamu tyrimu buvo siekiama įvertinti vaiko gerovę mokykloje 22-ose Europos valstybėse (Bradshaw et al., p. 2007). Vaiko gerovės vertinimas mokykloje buvo atliekamas remiantis dviem kriterijais: (a) ar mokiniai jaučia didelį mokymosi krūvį; (b) ar mokiniams patinka būti mokykloje (Bradshaw et al., 2007, p. 162). Vaiko pojūčių vertinimo mokykloje rezultatai rodo, jog Lietuva yra devynioliktoje vietoje iš dvidešimt dviejų, t. y. tarp penkių valstybių, kuriose mokiniai jaučiasi mokykloje blogiausiai (ten pat, p. 162).

Remiantis CAMHEE projekto (Europos Komisija, 2009, p. 19) rezultatais ES valstybėse narėse buvo pastebėta tendencija švietimo politiką vertinti tik remiantis vaikų akademinį pasiekimų kriterijumi, todėl švietimo politikos oficialų vertinimą rekomenduota išplėsti atsižvelgiant į vaikų psichikos sveikatos būklę.

63 Specialiosios pedagogikos ir psichologijos centras, 2013. Internetinė prieiga: <<http://www.sppc.lt/index.php?-1647982807>>.

64 Vaikų linija, 2013. Internetinė prieiga: <<http://www.bepatytyciu.lt/mokykloms/olweus-patyty-previncins-programos-gyvendinimas-lietuvoje/>>.

Alkoholio vartojimas ir rūkymas

Remiantis minėto 2013 metų UNICEF tyrimo duomenimis, gerokai daugiau kaip 25 proc. 11–15 m. amžiaus Lietuvos vaikų daugiau kaip du kartus buvo apsvaigę nuo alkoholio, ir tai yra didžiausi skaičiai tarp 29 išsivysčiusių pasaulio valstybių. Panaši situacija yra ir Suomijoje bei Latvijoje, tačiau šiose valstybėse rūkančių vaikų skaičius nesiekia 25 proc. Tyrimo duomenimis, mažiausi alkoholio vartojimo skaičiai yra JAV, Islandijoje ir Olandijoje (Unicef, 2013, p. 25).

Pagal rūkymo paplitimą tarp 11–15 m. amžiaus vaikų Lietuva taip pat priskiriama toms valstybėms, kuriose vaikai rūko daugiausiai. Lietuvoje bent vieną kartą per savaitę rūko daugiau kaip 12 proc. 11–15 m. amžiaus vaikų (ten pat, p. 25). Mažiausias rūkančių vaikų skaičius yra užfiksuotas Islandijoje, kurioje bent kartą per savaitę rūkančių šio amžiaus vaikų skaičius nesiekia 4 proc. Panaši situacija yra ir Norvegijoje bei Kanadoje.

2013 metų UNICEF tyrime alkoholio vartojimo ir rūkymo paplitimas buvo tik vienas iš trijų kriterijų, pagal kuriuos buvo vertinami pagrindiniai vaikų įpročiai ir elgesys, galintys dabar ar ateityje neigiamai paveikti vaiko gerovę. Bendras vaikų įpročių ir elgsenos vertinamas buvo atliekamas pagal šiuos kriterijus: (a) vaikų sveiko gyvenimo įpročiai (sveika mityba, fizinis aktyvumas), atsvario turėjimas; (b) žalingi įpročiai (rūkymas, alkoholio ir psichotropinių medžiagų (kanapių) vartojimas); (c) smurtas (muštynės, patyčios). Atlikus bendrą vaikų elgesio ir pagrindinių įpročių analizę, Lietuva pateko į paskutinę valstybių sąrašo poziciją, reiškiančią, jog Lietuvoje paplitęs vaikų elgesys ir įpročiai kelia didžiausią grėsmę vaikų gerovei, lyginant su kitomis 28 valstybėmis (ten pat, p. 2–5).

Bendras vaiko gerovės vertinimas

2006 metais Jorko universiteto mokslininkų atliktame tyrime vaiko gerovė mokykloje buvo vienas iš trijų elementų, kurių pagrindu buvo vertinamas vaikų subjektyvus gerovės pojūtis. Kiti du elementai apėmė: (a) 11–15 m. amžiaus vaikų subjektyvaus sveikatos pojūčio vertinimą (nuo puikios iki prastos sveikatos); ir (b) vaikų asmeninės gerovės vertinimą. Vertinant vaikų sveikatos apsaugą 32 proc. Lietuvos vaikų nurodė besijaučiantys prastai (Bradshaw et al., 2007, p. 160). Tai didžiausias procentas Europoje, ir Lietuva ES valstybių sąrašė užima paskutinę vietą. Šalių sąrašė apačioje Lietuva liko ir pagal vaikų asmeninės gerovės vertinimą, remiantis šiais kriterijais: (a) vaikų bendrą pasitenkinimą gyvenimu; (b) nepritapimo jausmą; (b) vienatvės jausmą. Pagal bendrą vaikų subjektyvios gerovės pojūčio vertinimą, Lietuvos vaikai ir paaugliai jaučiasi prasčiau nei jų bendraamžiai visose kitose Europos Sąjungos šalyse, ir Lietuva taip pat liko ES valstybių sąrašė apačioje. Bendras vaikų subjektyvios gerovės vertinimas parodė, jog geriausiai vaikai jaučiasi Olandijoje (ten pat, p. 160).

2013 metais UNICEF tyrimų centras pristatė bendrą vaikų gerovės vertinimą remiantis objektyviais kriterijais. Vaiko gerovės vertinimas apėmė penkis matmenis: vaikų materialinę gerovę; sveikatą ir saugumą; švietimą; vaikų elgesį ir rizikos veiksnius; gyvenimo sąlygas (Unicef, 2013, p. 5). Apibendrinus vaikų gerovės padėtį 29 valstybėse, Lietuva liko 27 vietoje, t. y. tarp keturių sąrašė pabaigoje atsidūrusių valstybių (ten pat, p. 22).

Apibendrinant darytina išvada, jog remiantis tiek subjektyviais, tiek objektyviais vaiko gerovės vertinimo kriterijais, tyrimų rezultatai įspėja, jog bendra Lietuvos vaikų psichikos sveikatos būklė vertintina kaip prasta.

Savižudybės

Vaikų savižudybių atvejai yra glaudžiai susiję su vaikų psichikos sveikatos būkle, nes „(...) savižudybė dažniausiai yra neįveiktos psichologinės krizės pasekmė“ (Abramavičienė, 2008, p. 24–25).

Per pastaruosius septynerius metus vidutinis metinis vaikų savižudybių skaičius, tenkantis 100 tūkst. vaikų, yra 18 savižudybių (Estep, 2013, p. 85).

Absoliutūs skaičiai rodo, jog „(...) mokyklinio amžiaus vaikų savižudybių skaičius per metus svyruoja nuo 20 iki 33, o savižudybė yra trečioje vietoje pagal dažnį mirties priežasčių sąrašė“ (VPSC, 2013, p. 12).

7 lentelė. Vaikų savižudybių skaičius Lietuvoje, tenkantis 100 000 gyventojų 2005–2011 metais

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
7–9	–	–	–	–	–	–	1
10–14	3	6	8	2	5	2	1
15–17	10	17	22	12	22	10	7
Iš viso	13	23	30	14	27	12	8

Šaltinis: Statistikos departamentas

Remiantis „Vaikų linijos“ 2011 metų duomenimis, iš 139 204 atsilieptų skambučių 1,7 proc. vaikų buvo konsultuojami dėl savižudybės, o 7 vaikai sujungti su bendruoju pagalbos numeriu, esant didelei savižudybės rizikai (Estep, 2013, p. 83). „Jaunimo linijos“ 2012 metų duomenimis, per metus buvo suteiktos 2 908 konsultacijos dėl savižudybių (vidutiniškai 8 per parą), t. y. 48 proc. konsultacijų daugiau nei 2011 metais (Jaunimo linija, 2013).

APSAUGINIAI VEIKSNIAI

Tėvystės įgūdžių stiprinimas

Apsauginiai veiksniai yra atsvara rizikos veiksniams, kurių visuma formuoja individo psichologinį atsparumą. Tradiciniame biomediciniame (ligų diagnostikos ir gydymo) modelyje vyrauja patologijos ir jos gydymo būdų paieška, o naujojoje sveikatos mokslų paradigmoje labiau pabrėžiama apsauginių veiksnių ir atsparumo svarba gerinant visuomenės ir individų sveikatą. Apie rizikos veiksnių eliminavimą lengviau kalbėti teoriškai, negu jį įvykdyti praktiškai. Vis dėlto kiekvieno vaiko, suaugusiojo, šeimos ir bendruomenės viduje slypi be galo daug apsauginių veiksnių. Jei pavyksta bent dalį jų identifikuoti ir panaudoti, jie labai efektyviai neutralizuoja gausius ir sudėtingus rizikos veiksnius. Vienas iš pagrindinių apsauginių elementų yra pakankama tėvų kompetencija vaikų atžvilgiu. Tėvai, turintys pakankamai tėvystės įgūdžių, gali išmokyti tinkamiau reaguoti į vaiko elgesį, jį auklėti, taip pat geriau suprasti vaiko poreikius ir labiau jam padėti (VPSC, 2013, p. 134).

Tėvystės įgūdžių stiprinimas yra vienas iš penkių vaikų psichikos sveikatos politikos prioritetų ES valstybėse narėse (Europos Komisija, 2009a). Fizinis vaiko poreikių patenkinimas ir pagrindinių įgūdžių formavimas yra svarbūs, tačiau ne vieninteliai tėvystės aspektai. Tėvų ir vaikų santykių kokybė yra viena iš svarbiausių – tai vaiko psichikos sveikatos būklės šaknys (Stewart-Brown, 2009, p. 7). Todėl tėvystės įgūdžių stiprinimo programos ir bendra ar specializuota pagalba tėvams yra svarbios priemonės siekiant vaikų psichikos sveikatos sutrikimų prevencijos bei vaikų gerovės.

Tėvystės įgūdžių stiprinimas yra daugiau nei dvidešimtmetį Vakarų Europos valstybėse (pvz.: Jungtinėje Karalystėje, Danijoje, Vokietijoje, Italijoje) praktikuojama veikla, kuri prasideda nuo ankstyvos intervencijos, t. y. dar laukiant kūdikio (Estep, 2013, p. 88–90). Atkreiptinas dėmesys į tai, jog, pasak vienos iš didžiausių vaikų teisėms ir interesams atstovaujančių nevyriausybinė organizacijų „Eurochild“, tėvystės įgūdžių stiprinimo programų vienas iš prioritetų turėtų būti skirtas pasiekti labiausiai pažeidžiamas šeimas, nes šių šeimų nariai paprastai nesinaudoja paslaugomis, jei nėra įdėta pakankamai pastangų juos pritraukti (ten pat).

Lietuva dėl istorinių aplinkybių didelę XX amžiaus dalį buvo izoliuota nuo pažangių vaiko auklėjimo mokslinių rekomendacijų. Iki šiol mūsų psichologinė kultūra turi gerokai pasenusių stereotipų, kurie trukdo tėvams kompetentingai auginti vaikus, o kartais provokuoja lemtingas santykių su vaikais klaidas. Šios klaidos ypač padažnėja vaikų krizių laikotarpiu – ypač kai vaikui sukanka dveji metai ir paauglystės laikotarpiu.

Tėvystės įgūdžių stiprinimo gerosios praktikos pavyzdžiai

Europos valstybėse nėra bendros tėvystės įgūdžių stiprinimo programų koordinavimo praktikos. Vienose valstybėse, pavyzdžiui, Danijoje, tėvystės įgūdžių stiprinimo programas inicijuoja centrinė, o plėtoja ir įgyvendina vietos valdžia, o štai Italijoje šių programų centrinė valdžia nekoordinuoja. Taip pat nevyriausybinio sektoriaus vaidmuo tėvystės įgūdžių stiprinimo srityje nėra vienodas. Pavyzdžiui, Danijoje nevyriausybines

organizacijos vykdančios tėvystės įgūdžių stiprinimo programas atlieka mažesnę vaidmenį nei valstybinis sektorius (Estep, 2013, p. 89).

Svarbu pažymėti, jog tėvystės įgūdžių stiprinimo programos pradedamos taikyti jau laukiant kūdikio ir ypač daug dėmesio skiriama tėvams, auginantiems vaikus iki trejų metų. Vėlesniais vaiko raidos metais programos tęsiamos atsižvelgiant į įvairius vaiko raidos iššūkius. Danijoje yra taikoma labai ankstyvos intervencijos programa, vadinama „Pasirengę vaikams“ (angl. *Ready for Children*), kuria siekiama besilaukiančias arba turinčias naujagimių poras parengti tėvystei (Estep, 2013, p. 89). Vokietijoje taip pat yra vykdoma ankstyvosios intervencijos (vok. *Frühe Hilfen*) programa nuo nėštumo pradžios, tačiau ji yra ilgesnio pobūdžio ir trunka, iki vaikui sueina treji metai (D’Addato, 2012).

Vėlesniais vaiko raidos etapais, pavyzdžiui, Danijoje, tėvams yra siūloma pasirengimo vaikų ėjimui į mokyklą programa. Ši programa orientuota į 3–6 metų vaikus, o ją sudaro kas dvi savaites vykstantys bendruomenės specialistų vizitai į namus, kurių metu tėvai mokomi, kaip palengvinti vaikų mokymąsi naudojantis struktūruotomis užduotimis, rengiami grupiniai susitikimai (Estep, 2013, p. 89).

„Eurochild“ pabrėžia, kad tiek ankstyvos, tiek ir vėlesnės intervencijos tėvystės įgūdžių stiprinimo programų vienas iš prioritetų turėtų būti pažeidžiamų šeimų įtraukimas, nes šių šeimų nariai paprastai nesinaudoja paslaugomis, jei nėra įdėta pakankamai pastangų juos pritraukti (D’Addato, 2012). Valstybių narių praktika egzistuoja ir šioje srityje. Pavyzdžiui, Italijoje Socialinių reikalų ir darbo ministerija finansuoja P.I.P.I. (angl. *Programme of Intervention for Prevention of Institutionalisation*) programą, kuri siūlo keletą pagalbos instrumentų, siekiant stiprinti pažeidžiamų šeimų socialinius tinklus, kovoti su socialine atskirtimi (Europos Komisija, 2012). Pirmasis instrumentas – tai grupiniai užsiėmimai tėvams tėvystės temomis. Šiuose užsiėmimuose tėvai gauna žinių, kaip spręsti vaikų auklėjimo problemas, kaip suprasti vaikų vystymosi poreikius; dalyvaudami užsiėmimuose ir keisdami patarimus, tėvai užmezga socialinius ryšius su kitais tėvais. Antroji praktika – sunkumus patiriančių šeimų „suporavimas“ su pagalba teikiančia šeima, siekiant pažeidžiamai šeimai suteikti praktinę ir emocinę paramą kasdieniuose dalykuose. Tai padeda pažeidžiamoms šeimoms ugdyti naujus įgūdžius, glaudžiau integruotis į savo gyvenamosios vietovės bendruomenę. Pagalbą teikiančios šeimos parenkamos savanoriškumo principu (Estep, 2013, p. 89).

Tėvų kompetencijos stiprinimas nėra vienintelis apsauginis veiksnys. Atsparumo reiškinys buvo tyrinėjamas „trečiojo pasaulio“ valstybėse analizuojant, kodėl skurde, be tėvų globos, be būsto ir labai sunkiomis materialinėmis ir fizinėmis sąlygomis augantys vaikai labai dažnai subręsta kaip sveikos asmenybės. Nors teoriškai tokia didelė rizikos veiksnių sanauka neišvengiamai turėtų sukelti gausius elgesio, emocijų ir asmenybės sutrikimus, daugelis vaikų to išvengia. Tyrimai parodė, kad kartais užtenka vieno ilgiau veikiančio apsauginio veiksnio keliems ar net keliolikai rizikos veiksnių neutralizuoti. Tokį vaidmenį gali atlikti net vienas suaugęs žmogus, ilgesnį laiką tinkamai bendraujantis su vaiku (pvz., vaiko futbolo treneris), giminaitis ar kitas artimas žmogus (VPSC, 2013, p. 134).

2009 metais Švedijos pirmininkavimo ES Tarybai konferencijoje, skirtoje vaikų psichikos sveikatai, socialinė / bendruomeninė aplinka buvo išskirta kaip itin svarbus vaikų psichikos sveikatos veiksnys. Yra išskiriamos dvi pagrindinės aplinkos: (a) struktūruota, kurioje lyderio vaidmuo tenka suaugusiam asmeniui; (b) nestruktūruota, kurioje lyderio vaidmenį atlieka bendraamžiai. Tyrimai rodo (Stattin et al., 2013, p. 26), jog dalyvavimas pozityviose struktūrose (sporto, muzikos, meno būreliai; savanoriškas darbas ir pan.) yra glaudžiai susijęs su mažesniu alkoholio ir psichotropinių medžiagų vartojimu, mažesniais depresijos atvejų skaičiais ir geresniais santykiais su aplinka. Tačiau nestruktūruota aplinka, kurioje nėra suaugusio lyderio, gali būti vienas iš psichikos sveikatos gerovės rizikos veiksnių. ES valstybėms rekomenduojama kurti kuo daugiau neformalių struktūruotos aplinkos modelių ir vaikams reikalingų rekreacijos ir sporto erdvių.

3.2.2. PAGALBOS VAIKAMS, TURINTIEMS PSICHIKOS SVEIKATOS SUTRIKIMŲ, EVOLIUCIJA

Nuo 1990 metų Lietuvoje pradėta kurti ir plėtoti kokybiškai nauja paslaugų teikimo sistema vaikų psichikos sveikatos priežiūros srityje. Tuo metu tiek visuomenėje, tiek valdžios institucijose vyravęs entuziazmas ir ryžtas sudarė galimybę naujiems požiūriams atsirasti ir naujiems metodams diegti srityje, kurios raida buvo užblokuota totalitarinėje sistemoje. Kadangi vaikų psichikos sveikatos problemų ir raidos sutrikimų diagnostika bei gydymas buvo itin stipriai paveikti sovietinės ideologijos ir tuo metu daugeliui tai atrodė akivaizdu, buvo nuspręsta, kad nauji požiūriai ir nauji metodai turi būti diegiami naujoje erdvėje, perimant gerąsias praktikas iš Vakarų pasaulio ir kartu vykdant klinikinę, mokslinę ir pedagoginę veiklą.

Naujo pobūdžio įstaiga – Vaiko raidos centras (VRC) buvo įsteigtas Sveikatos apsaugos ministro įsakymu 1990 metų pabaigoje.

Per keletą mėnesių subūrus jaunų specialistų tarpdisciplininę komandą, užsitikrinus finansavimą ir gavus laikinas patalpas, prasidėjo kūrybiškas darbas trimis kryptimis. Klinikiniame lygyje bendradarbiaujant su užsienio valstybėmis buvo diegiami Vakarų pasaulyje gerai žinomi diagnostikos ir nemedikamentinio gydymo metodai. Kartu vyko ne mažiau svarbus specialistų rengimas, mokslo tiriamasis ir organizacinis metodinis darbas. Jau 1992–1993 metais VRC kartu su Vilniaus universiteto Vaikų psichiatrijos ir socialinės pediatrijos centru pateikė valdžios institucijoms svarstyti ir įgyvendinti nemažai siūlymų, susijusių su paslaugų plėtra. 1993 metais buvo parengtas kompleksinės pagalbos vaikams, turintiems psichikos sutrikimų, modelis Lietuvos Respublikai. Šis modelis pateikiamas 10 paveiksle.



10 pav. Lietuvos kompleksinės pagalbos vaikams ir šeimoms modelis

Kompleksinės pagalbos vaikams ir šeimoms modelis yra paremtas tarpsektorinio bendruomeninių paslaugų tinklo plėtros principu, vystant ne tik vaikų psichikos sveikatos priežiūros, bet ir socialines bei švietimo srities paslaugas tiek vaikui, tiek šeimai. Vienas iš svarbiausių šio modelio elementų yra teikiamos pagalbos kūrimas savivaldybių lygmeniu, siekiant užtikrinti pagalbos prieinamumą pagal vaiko ar šeimos gyvenamąją vietą. Vaikui, turinčiam psichikos sveikatos sutrikimą, reikalingos pagalbos tarpsektoriškumas ir prieinamumas pagal gyvenamąją vietą turi daug įtakos stabdant institucionalizacijos (vaikų paėmimo iš šeimų ir apgyvendinimo valstybinėse globos institucijose) bei socialinės atskirties procesus. Taip pat svarbu atkreipti dėmesį į tai, jog bendruomeninių paslaugų tinklo modelis negali tinkamai funkcionuoti be darbuotojų tarpdisciplininio ir tarpsektorinio darbo įgūdžių.

Apibendrinant teigtina, kad pirmasis nepriklausomybės dešimtmetis pasižymėjo ne tik dideliu entuziazmu vaikų psichikos sveikatos politikos formavimo srityje, bet ir žvalgomaisiais projektais. Pavyzdžiui, „Vilties“ bendrijos pastangomis buvo pradėti steigti dienos centrai vaikams, turintiems psichikos ir elgesio sutrikimų, ir vykdoma panašaus pobūdžio veikla. Atkreiptinas dėmesys, jog nors šis dešimtmetis ir pasižymėjo vaikų psichikos sveikatos žvalgomaisiais projektais, dauguma jų rėmėsi tarptautinių paramos davėjų lėšomis, kurių pagrindu nebuvo galima užtikrinti veiklos tęstinumo.

Prasidėjus naujam dešimtmečiui politinė valia vaikų psichikos sveikatos srityje mažėjo ir tik 2005–2006 metais Lietuvoje vėl buvo jaučiamas politinės valios proveržis įgyvendinti PSO ir ES principus vaikų psichikos sveikatos srityje. 2005 m. Helsinkyje vyko PSO Europos regiono ministrų lygio konferencija, po kurios Lietuva ėmėsi aktyvių veiksmų ir suformavo darbo grupę, siekdama sukurti nacionalinę psichikos sveikatos strategiją. Po dvejus metus trukusių diskusijų 2007 m. balandžio 3 d. nutarimu X-1070 Lietuvos Respublikos Seimas priėmė Psichikos sveikatos strategiją (toliau – Strategija). Remiantis Strategijos 30.12 str. nuostatomis buvo įtvirtintas įsipareigojimas užtikrinti vaikų psichikos sveikatos paslaugų plėtrą šiomis pagrindinėmis kryptimis:

- plėtoti ambulatorines, stacionaro, dienos stacionaro, krizių intervencijos, individualios, grupinės ir šeimos psichoterapijos paslaugas, didinant šių paslaugų mastą ir kokybę bei siekiant kuo daugiau perduoti pirminio lygmens bendrojo profilio medicinos (pediatrijos) įstaigoms;
- sukurti specializuotas paslaugas paaugliams ir jaunuoliams, užtikrinant ypač geros kokybės paslaugas, atsižvelgiant į paauglių ir jaunuolių poreikius ir ypatumus;
- plėtoti vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos paslaugų kiekį ir kokybę;
- skatinti institucinei globai alternatyvių globos formų kūrimą;
- įtraukti vaikų psichikos sveikatos paslaugas į pediatrijos paslaugų infrastruktūrą ir integruoti į šeimos gydytojų rengimo programas vaikų psichikos sveikatos kursams;
- psichikos sveikatos paslaugų teikimui pritaikyti vaikų ir jaunimo poreikius atitinkančią aplinką.

Politinės valios psichikos sveikatos srityje pakilimo laikotarpiu 2007 metais buvo inicijuotas svarbus projektas dėl Vaikų ir paauglių psichikos sveikatos padėties ES valstybėse, ypatingą dėmesį skiriant naujoms ES valstybėms narėms (CAMHEE). Projektui vadovavo Lietuvos Valstybinis psichikos sveikatos centras (Europos Komisija, 2009a). CAMHEE projektas buvo finansuojamas iš ES visuomenės sveikatos programos ir buvo projektui vadovaujanti institucija. Vykdamas projektą buvo suformuluotos vaikų psichikos sveikatos politikos gairės ir rekomendacijos ES valstybėms narėms (Europos Komisija, 2009a, p. 18–19). Atkreiptinas dėmesys, jog viena iš priežasčių, dėl kurių Lietuva inicijavo CAMHEE projektą, buvo aiški politinė valia, jog toks projektas padės pačiai Lietuvai geriau spręsti vaikų psichikos sveikatos problemas. Tačiau 2009 m. pritačius projekto rezultatus, politinės valios juos įgyvendinti nebeliko. Projekto išvadų įgyvendinimui dėmesio neskirta ir vėlesniu laikotarpiu. Kaip vieną iš pavyzdžių būtų galima pateikti Jungtinių Tautų Vaiko teisių konvencijos nuostatų įgyvendinimo vertinimą. Atsižvelgiant į CAMHEE projekto rekomendacijas (Europos Komisija, 2009a, p. 18), vaikų psichikos sveikatos politikos įgyvendinimui užtikrinti turėtų būti atliekama sisteminė ir nepriklausoma stebėseną. Sveikatos apsaugos ministerijos informaciniame pranešime (SAM, 2013) dėl periodinės bendros šalies atsakingų ministerijų ataskaitos Jungtinių Tautų Vaiko teisių komitetui teigiama, jog vaikų psichikos sveikatos stiprinimas yra vienas iš Lietuvos politikos prioritetų ir jį įgyvendinant pastaraisiais metais pasiekta daug teigiamų rezultatų. 2013 m. liepos 24 d. SAM informaciniame pranešime pateikiama informacija suponuoja išvadą, jog Lietuvoje vaikų psichikos sveikatos srityje esminių, bent jau sisteminių problemų nėra. Norėtume atkreipti dėmesį, jog tokia SAM pozicija yra paremta ne nepriklausomos stebėsenos, bet „savęs vertinimo“ mechanizmu, kuris gali kelti pavojų, kad bus ignoruojamos esminės vaikų psichikos sveikatos problemos. Tokia situacija yra vienas iš pavyzdžių, iliustruojančių esamas vaikų psichikos sveikatos politikos įgyvendinimo spragas.

3.2.3. VAIKŲ PSICHIKOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGOS: DUOMENŲ ANALIZĖ IR VERTINIMAS

Remiantis atliktų tyrimų duomenimis (VPC, 2013, p. 46), vaikų iki 18 metų, turinčių „F“ diagnozes, kreipimosi ambulatorinės ir stacionarinės pagalbos atvejų per penkerius metus kiekvienais metais daugėjo ir išaugo 1,2 karto, t. y. nuo daugiau kaip 91 tūkst. atvejų 2006 metais iki daugiau kaip 110 tūkst. atvejų 2011 metais. Vaikų iki 18 metų, turinčių „F“ diagnozes, kreipimaisi dėl ambulatorinės pagalbos taip pat išaugo 1,2 karto: 2006 metais tokie atvejai sudarė beveik 89 tūkst. ir 2011 metais viršijo 106 tūkst. atvejų. Vaikų stacionariniai kreipimaisi 2006–2011 metų laikotarpiu išaugo 1,4 karto: 2006 metais stacionariniai kreipimaisi sudarė 2854 atvejus, o 2011 metais siekė beveik 4 tūkst.

8 lentelė. Vaikų, turinčių „F“ diagnozes, kreipimosi atvejų pokyčiai 2006–2011 metais

91 tūkst. – 110 tūkst. atvejų (+19 tūkst.)	Dėl ambulatorinės ir stacionarinės pagalbos
89 tūkst. – 106 tūkst. atvejų (+ 17 tūkst.)	Dėl ambulatorinės pagalbos
2854 – 4 tūkst. atvejų (+1 tūkst.)	Dėl stacionarinės pagalbos

Šaltinis: VPSC, 2013

Vaikų iki 18 metų, turinčių „F“ diagnozes, kreipimaisi ambulatorinės ir stacionarinės pagalbos nuo 2006 iki 2009 metų siekė apie 14,5 tūkst. (Valstybinis psichikos sveikatos centras, 2013, p. 46), 2010 metais tokių vaikų skaičius sumažėjo iki 13 tūkst., o 2011 metais – iki 11 tūkst.

9 lentelė. Vaikų, turinčių „F“ diagnozes, kreipimosi skaičiaus pokyčiai 2006–2011 metais

14,5 tūkst. – 11 tūkst. vaikų (– 3,5 tūkst.)	Dėl ambulatorinės ir stacionarinės pagalbos
--	---

Šaltinis: VPSC, 2013

Epidemiologiniai tyrimai rodo (Steinhausen 1998), jog vaikų psichikos ir elgesio sutrikimų paplitimas valstybėse svyruoja nuo 10 iki 20 proc. bendro vaikų skaičiaus. Remiantis skirtingais statistiniais metodais siūloma vaikų psichikos ir elgesio sutrikimų vidurkiu laikyti 12 proc. (Costello et al., 2005) ir 14,2 proc. (Waddell, 2002). Psichikos sveikatos strategijos, patvirtintos 2007 metų balandžio 3 dieną, 10.5 str. teigiama, jog „Vilniaus universitete 2004 m. atliktas Lietuvos vaikų psichikos sveikatos epidemiologinis tyrimas parodė, kad su psichikos sveikata susijusių problemų turi 41,7 proc. mokyklinio amžiaus vaikų, iš jų 13 proc. sutrikimų galima kliniškai diagnozuoti“ (Lietuvos Respublikos Seimas, 2007).

2012 metais Lietuvoje augo beveik 600 tūkst. vaikų (Estep, 2013, p. 61), iš kurių, remiantis teorinėmis prielaidomis, 60–120 tūkst. kenčia nuo tam tikro psichikos sutrikimo. Atsižvelgiant į tai, jog Lietuvoje dėl psichikos sveikatos sutrikimo ambulatorinės ir stacionarinės pagalbos per metus kreipiasi tik apie 2 proc. vaikų, darytina išvada, jog už psichikos sveikatos paslaugų sistemos ribų gali likti nuo 48 tūkst. iki 73 tūkst. vaikų, kuriems reikalinga psichikos sveikatos specialistų pagalba. Atsakant į klausimą kodėl taip yra, galima daryti keletą prielaidų. Pirmą, viena iš galimų hipotezių yra vaikų pasiekiamumo problema, t. y. vaikai patys neieško pagalbos, o išteklių juos pasiekti trūksta. Tokia situacija lemia labai aukštą paslaugų teikimo slenkstį (ten pat, p. 22).

Antra, taip pat svarbu atkreipti dėmesį į pačią psichikos sveikatos paslaugų sistemą bei jos teikiamų paslaugų kokybę. Tyrimų duomenys rodo, jog didelis atotrūkis skiria esamą paslaugų infrastruktūrą ir vaikų poreikius. 2013 metų rugpjūčio 7 d. Sveikatos apsaugos ministerijos (SAM) Asmens sveikatos departamento rašte nurodoma, jog į SAM 2013 m. rugpjūčio 1 d. kreipėsi Valstybės vaiko teisių apsaugos ir įvaikinimo tarnyba prie SADM (tarnyba) dėl vaikų, turinčių elgesio ir emocijų sutrikimų bei neturinčių nustatytos negalios ir gyvenančių vaikų globos namuose, problemų. Tarnyba nurodo, jog vis dažniau gauna užklausas iš vaiko teisių apsaugos tarnybų (skyrių) dėl vaikų, turinčių elgesio ir emocijų sutrikimų ir gyvenančių globos namuose, teisių ir teisėtų interesų užtikrinimo. Viena iš minimų problemų yra psichikos sveikatos paslaugų trūkumas vaikams, turintiems elgesio ir emocijų sutrikimų. Tarnyba pažymi, jog atlikus 60 savivaldybių

vaiko teisių apsaugos tarnybų apklausą, problema buvo identifikuota daugelyje savivaldybių. Taip pat specialistų išvadose buvo patvirtinta, jog visiems vaikams, turintiems elgesio ir emocijų sutrikimų, yra reikalingos pirminės sveikatos priežiūros centrų specialistų konsultacijos ir rekomenduojama psichoterapija. Apibendrinti duomenys rodo (Vaiko teisių apsaugos ir įvaikinimo tarnyba, 2013, p. 3), jog šios nuostatos nėra įgyvendinamos arba įgyvendinamos labai ribotai, nes stinga psichikos sveikatos priežiūros specialistų, ypač vaikų psichiatrų ir psichoterapeutų.

Lietuvoje 2013 metais veikė 107 teritoriniai psichikos sveikatos centrai, kurių dauguma yra integruota į pirminės sveikatos priežiūros centro sudėtį kaip psichikos sveikatos skyriai (Estep, 2013, p. 82). Net 25 centrai neturi vaikų psichiatro, o absoliučioje daugumoje centrų vaikų psichiatrui yra skirta nuo 0,03 iki 0,5 etato. Tik 8 centruose vaikų psichiatrui skirtas 1 etatas ir daugiau (ten pat) (10 lentelė). Todėl susidaro situacija, jog teritoriniuose psichikos sveikatos centruose dažniausiai dirba bendras psichologas vaikams ir suaugusiems, nors vaiko psichologinis gydymas skiriasi nuo suaugusiojo. Tokia nevisavertė pagalba kompromituoja pačią vaikų psichikos sveikatos priežiūros paslaugų idėją ir dažnai verčia apsiriboti medikamentiniu gydymu.

10 lentelė. Psichikos sveikatos centrų etatų sudėtis

Psichikos sveikatos centrai		2003 m. sausio 1 d.	2004 m. sausio 1 d.	2005 m. sausio 1 d.	2006 m. sausio 1 d.	2007 m. sausio 1 d.	2008 m. sausio 1 d.	2013 m. gegužės 14 d.
		62	64	65	73	72	85	107
Psichiatrijos specialistai	Suaugusiųjų	126,5	130,5	131,5	147,69	148,01	155,26	173,585
	Vaikų	40,25	39,25	37,5	39,0	38,75	38,80	44,725
	Slaugos spec.	167,65	166,65	172,25	177,65	175,1	182,40	197,2
	Socialiniai darb.	111,55	113,5	117,0	128,0	132,09	137,75	148,88
	Psichologai	71,45	76,6	79,1	89,85	91,08	93,75	102,32

Šaltinis: VPSC, 2013

Tyrimai (Estep, 2013, p. 82) rodo, jog paslaugų prieinamumą psichikos sveikatos centruose riboja gyvenamoji vaiko vieta – Vilniuje, Kaune, Klaipėdoje psichiatrų yra, tačiau atokesniuose rajonuose vaikų psichiatras dažniausiai dirba vieną dieną per savaitę, t. y. 0,25 etato.

PAKRUOJO RAJONO PAVYZDYS

„Visame Pakruojo rajone dirba tik du psichologai, kartą per savaitę atvyksta vaikų psichiatras, o vaikams, turintiems elgesio ir emocijų sutrikimų, bei juos prižiūrintiems specialistams neužtenka vienos konsultacijos per savaitę. Nepilnamečiai į vaikų ir paauglių psichiatrijos skyrių skubos tvarka priimami tik krizinės būklės, o kreipiantis bendra tvarka į Vaiko raidos centrą konsultacijos tenka laukti apie mėnesį. Pažymėtina, kad specializuotas kompleksines paslaugas vaikams, turintiems psichikos, elgesio ir emocijų sutrikimų, teikia tik vienas Vaiko raidos centras“ (Vaiko teisių apsaugos ir įvaikinimo tarnyba, 2013, p. 3–4).

Patekimas į toliau nuo gyvenamosios vietos esančias įstaigas (pavyzdžiui, Vaiko raidos centrą ne Vilniuje gyventiems asmenims) reikalauja didesnių finansinių išlaidų, taip pat sukelia nepatogumus šeimai ir papildomų emocijų išbandymų vaikui. Didelis poreikis paslaugų, kurias teikia Vaiko raidos centras, rodo ne tik šiame centre sukurtą gerą paslaugų kokybę, bet ir nepakankamai išplėtotą paslaugų tinklą kituose Lietuvos miestuose ir rajonuose.

Atkreiptinas dėmesys, jog vienas iš veiksnių, nuo kurių priklauso psichikos sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumas, yra veiksmingas psichikos sveikatos priežiūros paslaugų pasiskirstymas atskiriems psichikos sveikatos paslaugų sistemos lygiams. Daugelyje šalių, pavyzdžiui, Jungtinėje Karalystėje, yra keturi paslaugų teikimo lygiai (angl. *four tiers*) (Roth et al., 2011, p. 4):

- **Pirminis lygis:** psichikos sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos bendrosios praktikos specialistų. Šiame lygyje dirbama su lengvomis psichikos sveikatos problemomis, tokiomis kaip miego, valgymo sutrikimai;
- **Antrinis lygis:** teikiamos specializuotos psichikos sveikatos specialistų paslaugos, pavyzdžiui, dirbama su šeimomis;
- **Tretinis lygis:** teikiamos tarpsektorinės komandinio darbo principu grindžiamos specializuotos paslaugos. Šiame lygyje dirbama su tokiais psichikos sveikatos sutrikimų atvejais, kurie yra per sunkūs išspręsti antriniame lygyje, pavyzdžiui, raidos sutrikimų vertinimas, aktyvumo ir dėmesio sutrikimai, depresija, autizmas.
- **Ketvirtinis lygis:** teikiamos specializuotos paslaugos esant sunkiems psichikos sveikatos sutrikimams.

Pagrindinis, keturiais lygiais paremtos paslaugų sistemos principas yra tas, jog lengviausi psichikos sveikatos sutrikimai būtų šalinami žemiausiame lygyje ir tik sunkūs sutrikimai būtų gydomi aukštesniuose ir daugiau finansinių išteklių reikalaujančiuose lygiuose.

Lietuvoje yra trys psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo lygiai, tačiau visuose lygiuose ir sąveikoje tarp jų aptikta sisteminių trūkumų. Pirminio lygio specialistai – šeimos gydytojai yra nemokomi vaikų psichikos sutrikimų diagnostikos ir gydymo; pirminio lygio psichikos sveikatos centrai, nors jau teikia specializuotą pagalbą, bet turi per mažai pajėgumų, kad būtų suteikta specializuota psichosocialinė pagalba esant sunkesniems atvejams; antrinis lygis yra itin silpnai išplėtotas (daugiausia dėl klaidingo tvirtinimo, kad pirminiame lygyje veikiančios psichikos sveikatos centrai visiškai patenkina poreikį); vyrauja tendencija net lengvesniais atvejais siųsti į tretinį lygį.

Darytina išvada, jog egzistuoja didelių spragų tiek pirminiame, tiek antriniame vaikų psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo lygiuose. Esant didesnių psichosocialinių intervencijų poreikiui, kai vaiko psichikos sveikatos sutrikimas yra nebe lengvo, o vidutinio ar sunkaus laipsnio, reikalingų paslaugų galimybių beveik nėra. Tokiu atveju vienas iš naudojamų netinkamų sprendimo būdų yra medikamentinis gydymas, kuris dažnai skiriamas ne pagal indikacijas, o todėl, kad nėra sukurtos galimybės taikyti kitus gydymo būdus. Tokioje situacijoje, kai pirminiame ir antriniame lygyje veikiančios pagalbos tinklas vis dar yra užuomazginis ir negali adekvačiai teikti paslaugų sunkesnių sutrikimų atvejais, dažnai tenka naudotis stacionario gydymo galimybe. Vaikų psichiatrijos stacionaro skyriai veikia Vilniuje, Kaune, Panevėžyje, Šiauliuose ir Klaipėdoje. Į šias įstaigas vaikai atvyksta iš visos Lietuvos. Paslaugų teikimą riboja atstumas, todėl turėtų būti siekiama paslaugas teikti arčiau vaiko gyvenamosios vietos, kad šeima taip pat galėtų aktyviau dalyvauti (Estep, 2013, p. 83).

Svarbu atkreipti dėmesį, jog sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų 2007–2013 metų programoje, patvirtintoje Lietuvos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. spalio 9 d. įsakymu Nr. V-799, buvo numatytos ES struktūrinės paramos lėšos, siekiant įkurti penkis regioninius centrus – po vieną Vilniaus, Kauno, Panevėžio, Klaipėdos ir Šiaulių regionams, kuriuose būtų įgyvendinamas kompleksinės pagalbos vaikams ir šeimai paslaugų modelis. Šiam tikslui įgyvendinti 2007–2013 m. laikotarpiu buvo skirta daugiau kaip 11 mln. Lt (ES struktūrinė parama, 2013). Atkreiptinas dėmesys į tai, jog skirtos lėšos buvo įsisavintos gerinant materialinę bazę jau egzistuojančių struktūrų penkiuose didmiesčiuose: „modernizuota infrastruktūra, įrengti kiemeliai, įsigyta reikiama įranga, transporto priemonės mobiliems iškvietimams (...)“ (UN CRC, 2013, p. 26). Tai reiškia, jog penki nauji regioniniai kompleksinės pagalbos centrai nebuvo įsteigti, nes Lietuvos atsakingos institucijos neužtikrino, kad kartu su ES parama būtų priimami sprendimai, kurie leistų apmokėti daugiau ir įvairesnių paslaugų, t. y. nebuvo užtikrinta kompleksinių paslaugų plėtra.

Apibendrinant galima teigti, jog nepaisant Lietuvoje veikiančių daugiau kaip 100 psichikos sveikatos centrų, kuriuose turėtų būti teikiamos paslaugos suaugusiems ir vaikams, turintiems psichikos ir elgesio sutrikimų, nuodugnesnė paslaugų sistemos analizė rodo, kad 2013 m. galime kalbėti tik apie vaikams teikiamų psichikos sveikatos priežiūros paslaugų sistemos užuomazgas.

Vaikų psichikos sveikatos priežiūros paslaugų finansavimas

Jungtinių Tautų Vaiko teisių komitetas (toliau – Komitetas) 2012 m. pateikė Lietuvai prašymą pateikti papildomą informaciją, susijusią su trečiaja ir ketvirtąja Lietuvos periodinėmis ataskaitomis Komitetui, dėl JT Vaiko teisių apsaugos konvencijos nuostatų įgyvendinimo. Vienas iš prašomos pateikti papildomos informacijos aspektų – kokią dalį sveikatos apsaugai skirto biudžeto sudaro vaikų psichikos sveikatos finansavimas (UN CRC, 2013, p. 27).

Lietuva, atsakydama į klausimą, nurodo, jog 2011 m. vaikų iki 18 metų psichikos sveikatos priežiūrai buvo skirta 25,38 mln. Lt ir tai sudaro 0,82 proc. asmens sveikatos priežiūros paslaugoms skirto biudžeto.

11 lentelė. Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšos vaikų iki 18 metų psichikos sveikatos priežiūrai 2011 metais (mln. Lt)

	Lėšos, mln. Lt	% vaikams
Pirminė ambulatorinė psichikos sveikatos priežiūra (vaikams nuo 18 metų)	6,5	
% nuo: Pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugų išlaidos iš viso	607,8	1,07 %
Ambulatorinės specializuotos psichikos sveikatos priežiūros paslaugos vaikams iki 18 metų	8,6	
% nuo: Ambulatorinių specializuotų asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidos iš viso	560,8	1,53 %
Reabilitacinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugos vaikams iki 18 metų	2,2	
% nuo: Medicininei reabilitacijai ir sanatorinio gydymo išlaidoms kompensuoti iš viso	146,2	1,48 %
Stacionarinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugos vaikams iki 18 metų	8,1	
% nuo: Stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros paslaugų išlaidos	1.409,7	0,58 %
Vaikų iki 18 metų psichikos sveikatos priežiūrai (iš viso)	25,38	
% nuo: Asmens sveikatos priežiūros paslaugoms (įtraukiant medicininę reabilitaciją) (iš viso)	3.093,6	0,82 %

Šaltinis: UNCRC, 2013.

Norėtume atkreipti dėmesį į jau minėto 2009 m. CAMHEE projekto išvadas ir rekomendacijas dėl vaikų psichikos sveikatos politikos finansavimo klausimų. CAMHEE projekto rekomendacijose (Europos Komisija, 2009a, p. 19) nurodoma, jog vaikų ir paauglių psichikos sveikatos politikos finansavimui turėtų būti numatyta atskira „eilutė“ biudžete, nes egzistuoja realus pavojus, jog esant bendram vaikų ir suaugusiųjų psichikos sveikatos politikos finansų planavimui, bendros biudžeto lėšos gali būti suteiktos tradiciškai finansuojamoms sritims. Taip pat atkreipiamas dėmesys, jog vaikų psichikos sveikatos politikos priemonių įgyvendinimui turėtų būti skiriamas ilgalaikis finansavimas.

Vaikų psichikos sveikatos priežiūros paslaugų gerosios praktikos pavyzdžiai

ŠKOTIJOS PAVYZDYS

Išsivysčiusios pasaulio valstybės turi ilgametę patirtį plėtojant efektyvių tarnybų ir paslaugų tinklą vaikams, turintiems įvairių psichikos, elgesio ir raidos sutrikimų. Kaip vieną iš tokių pavyzdžių būtų galima paminėti Jungtinėje Karalystėje veikiančius vaikų ir paauglių psichikos sveikatos centrus (CAMHS).

Pasak Škotijoje veikiančio CAMHS atstovo (Blažys, 2013), vienas CAMHS aptarnauja tris administracines teritorijas (apie 370.000 gyventojų), kuriose dirba viena iš trijų specialistų komandų. Kiekvieną komandą sudaro slaugytojai, psichiatrai, psichologai, psichologų padėjėjai, psichoterapeutai, užimtumo ir kalbos specialistai. Iš viso trijose komandose dirba 55 specialistai, iš kurių tik 5 yra gydytojai vaikų ir paauglių psichiatrai. Visi kiti yra ne medicinos specialistai (psichologai, klinikiniai socialiniai darbuotojai, slaugytojai ir kiti).

Atkreiptinas dėmesys, jog CAMHS dirba slaugytojai, turintys specializuotą universitetinį išsilavinimą, pavyzdžiui, įgiję psichikos sveikatos slaugytojo (angl. *Mental Health Nursing*) specialybę ir turintys teisę teikti psichikos sveikatos paslaugas.

CAMHS yra teikiamos paslaugos vaikams nuo 0 iki 18 metų amžiaus. Didžiąją CAMHS pacientų dalį sudaro vaikai nuo 5 metų, nes paslaugos mažamečiams paprastai yra teikiamos Bendrosios pediatrijos paslaugų tarnyboje (angl. *Community Pediatrics*), kuri rūpinasi mažamečiais, turinčiais nekomplikuotų raidos sutriki-

mų. Stacionarinis gydymas CAMHS yra taikomas itin retai ir tai siejama su bendruomenėje (ambulatorine tvarka) teikiamomis kokybiškoms paslaugomis. Net ir tokius atvejus kaip psichozė dažniausiai pavyksta gydyti be stacionaro (Blažys, 2013). Itin svarbu atkreipti dėmesį į tai, jog CAMHS specialistai turi ne tik konsultuoti pacientus, tačiau nemenką darbo dalį skirti bendradarbiavimui su kitomis tarnybomis, siekiami užtikrinti kokybišką kompleksinių paslaugų teikimą.

PRANCŪZIJOS PAVYZDYS

Paaugliai yra viena iš grupių, kurių psichikos sveikatos problemoms ES valstybėse yra skiriama daug dėmesio. Teikti paslaugas paaugliams reikia specialių žinių, taip pat specialiai jiems adaptuotos aplinkos. Lietuvoje psichikos sveikatos priežiūros srityje nėra nė vieno centro ar bet kokios kitos struktūros, pritaikytos paaugliams.

Kaip vieną iš kompleksinės pagalbos paaugliams gerosios praktikos atvejų norėtume paminėti Prancūzijoje veikiančius Paauglių namus (pranc. *Maisons des Adolescents*). Paauglių namai yra specializuota įstaiga paaugliams, teikianti sveikatos priežiūros ir kitokią pagalbą (Ministère des Affaires sociales et de la Santé, 2011). Paauglių namai buvo pradėti kurti dėl keleto priežasčių. Viena iš jų – specializuotų sveikatos priežiūros (tiek fizinės, tiek psichinės) įstaigų, skirtų konkrečiai paauglių tikslinei grupei, trūkumas šalyje. Antroji priežastis – reikėjo tokios vietos, kur paaugliai, jų šeimos, įvairūs specialistai, besirūpinantys paauglių gerove, galėtų susitikti ir bendradarbiauti.

Nuo 2004 m. visoje Prancūzijoje yra įkurtos 59 tokio tipo įstaigos. Siekiama, jog kiekvienoje Prancūzijos apskrityje būtų įkurta po vieną tokią įstaigą.

Paauglių namų tikslas yra informuoti, konsultuoti įvairiais klausimais, teikti įvairiopą tarpdisciplininę pagalbą paaugliams bei jų šeimoms. Ambulatoriškai teikiamos psichologinės, psichiatrinės, pediatriinės paslaugos (dermatologo, ginekologo konsultacijos); konsultuojama socialiniais, su mokymusi susijusiais ir teisiniais klausimais. Pagalba teikiama ir įvairių sričių specialistams, kuriems iškyla įvairių darbo su paaugliu sunkumų.

Stacionarinis gydymas yra paremtas savanoriškumo principu, t. y. paaugliai per prievartą nėra guldomi į stacionarą, todėl sunkių sutrikimų turintys paaugliai yra siunčiami į kitas įstaigas. Atkreiptinas dėmesys, jog Paauglių namų specializacija yra neuroziniai, depresiniai sutrikimai, savižudybių pavojus, fobijos, valgymo sutrikimai.

Įstaigoje dirba vaikų ir paauglių psichiatrai, psichologai, slaugytojai, socialiniai darbuotojai, mokytojai, teisininkai). Paauglių namuose teikiamos paslaugos yra nemokamos socialiai draustiems asmenims. Neapdraustiems asmenims paslauga yra mokama, bet yra galimybė gauti socialinę paramą. Pirminė konsultacija visada yra nemokama. Paauglys gali atvykti vienas, su tėvais ar kitu lydinčiu suaugusiu asmeniu. Į šią įstaigą paauglys gali kreiptis darbo dienomis tiesiogiai, be jokio siuntimo, išankstinio užsirašymo ar net tėvų žinios. Pirmųjų konsultacijų metu paauglys gali būti konsultuojamas visiškai anonimiškai.

3.4. APIBENDRINIMAS

Vaikų psichikos sveikatos priežiūros sistema sėkmingai pradėta plėtoti 1990–2000 metais. Antrajame dešimtmetyje ir trečiojo pradžioje (2001–2013), nepaisant finansinių galimybių ir gausios informacijos apie blogus vaikų psichikos sveikatos rodiklius, veiksmingų paslaugų plėtra buvo sustabdyta, o neefektyvios paslaugos, tokios kaip kūdikių ir vyresnių vaikų institucinė globa, buvo toliau pirmenybiškai remiamos. Šiuolaikiniai vaikų psichikos sveikatos politikos principai, įtvirtinti Jungtinių Tautų Vaiko teisių konvencijoje, 2002–2013 metais nebuvo įgyvendinami. Lietuvos psichikos sveikatos strategijoje numatyta trūkstančių diferencijuotų paslaugų vaikams ir paaugliams, turintiems raidos, psichikos ir elgesio sutrikimų, plėtra nebuvo pradėta.

3.3. PERĖJIMAS NUO INSTITUCINE GLOBA GRĮSTŲ PASLAUGŲ PRIE VEIKSMINGŲ BENDRUOMENINIŲ PASLAUGŲ

Šiame skyriuje nagrinėjama psichikos sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūra, funkcijos ir prisitaikymas aplinkoje, jų inertiškumas ir pasipriešinimas psichikos sveikatos priežiūros sistemos reformai. Remiantis atsakingų institucijų renkamais statistiniais duomenimis, įvertinama įstaigų veiklos, gyventojų, pacientų ir darbuotojų skaičiaus dinamika, leidžianti spręsti apie socialinės globos bei psichikos sveikatos priežiūros sistemos pokyčius. Atsiliepdamos į deinstitutionalizacijos reikalavimus, organizacijos modifikuoja savo veiklą diegdamos naujas paslaugas pagal naujus poreikius bei reikalavimus, tačiau tai – minimalūs pokyčiai, praktiškai nekeičiantys įstaigos dydžio ir darbo principų, o deklaruojami naujoviški požiūriai ir veiklos tikslai prasilenkia su tikrove institucijos viduje.

Bendrosios Europos gairės dėl perėjimo nuo stacionarios prie bendruomeninės globos **instituciją** apibrėžia kaip stacionarią globą, kur gyventojai yra izoliuoti nuo bendruomenės ir yra priversti gyventi kartu; negali patys kontroliuoti savo gyvenimo ir dalyvauti priimant sprendimus dėl jų pačių; įstaigos taisyklės turi viršenybę gyventojų poreikių atžvilgiu.

Deinstitutionalizacija suprantama kaip institucijose (socialinės globos įstaigose, psichiatrijos ligoninėse, laisvės apribojimo įstaigose) esančių individų perkėlimas gyventi, gydytis ar būti globojamiems bendruomenėje. Kartu ji reiškia ir tradicinės globos ar psichiatrijos modelio keitimą pereinant nuo paternalistinės, žmogaus teises ribojančios priežiūros 24 valandas per parą prie individualizuotų, savarankiškumą skatinančių socialinių ar medicininių paslaugų arti asmens gyvenamosios vietos.

UNICEF apibrėžia deinstitutionalizaciją kaip procesą, kai planuojama transformacija, mažinimas ir (arba) uždarymas stacionarių globos įstaigų, sukuriant platų globos paslaugų spektrą, reguliuojamą teisėmis grindžiamų ir į rezultatus orientuotų standartų (UNICEF, CIS, 2010, p. 52).

Kita įtakinga tarptautinė NVO „Eurochild“ deinstitutionalizaciją apibrėžia trimis pagrindiniais proceso elementais: tai politinis procesas, kurio metu reformuojama šalies alternatyvi globos sistema siekiant mažinti kliovimąsi institucine arba stacionaria globa, didinant šeimos ar bendruomeninės globos paslaugas; vykdoma vaikų atskyrimo nuo tėvų prevencija teikiant pakankamą paramą vaikams, šeimoms ir bendruomenėms; ruošiamasi procesui, kai globotiniai palieka globos įstaigas, jiems užtikrinama socialinė integracija ir sklandus perėjimas prie savarankiško gyvenimo (Eurochild, 2012, p. 4).

Bendruomeninės psichikos sveikatos paslaugos (Drake et al., 2011) apima principus ir praktikas, reikalingas skatinti vietos gyventojų psichikos sveikatą pasitelkiant šias priemones: 1) atsiliepiant į vietos gyventojų poreikius būdais, kurie yra priimtini ir prieinami; 2) remiantis tikslais ir stiprybėmis asmenų, turinčių psichosocialinę negalią; 3) skatinant platų ir veiksmingą paramos, paslaugų ir išteklių tinklą; 4) pabrėžiant paslaugas, kurios grindžiamos mokslo žiniomis ir orientuotos į gijimą.

Psichiatrijos paslaugų reformų filosofija Europos šalyse grindžiama pagrindiniais bendruomenės psichiatrijos principais ir apima šiuos būtinus veiksmus: deinstitutionalizacijos procesas ir psichiatrijos ligoninių uždarymas; alternatyvių bendruomeninių paslaugų ir programų plėtra; kitų sveikatos, socialinių ir bendruomenės paslaugų integravimas (Becker, Vizquez-Barquero, 2001).

Visi proceso dalyviai bendrai sutaria dėl poreikio globos modelį keisti nuo tradicinių didelių institucijų prie modernių bendruomeninių globos paslaugų, prie kurių priskiriami ir krizių centrai bendrosiose ligoninėse. Pagrindines šio pokyčio priežastis vardija daugelis autorių. Asmenims, sergantiems lėtinėmis psichikos ligomis, geresnis psichikos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas yra tuomet, kai jos teikiamos bendruomenėje, o ne tradicinėse psichiatrijos ligoninėse, lemia didesnę jų gavėjų pasitenkinimą ir atitikimą jų poreikius, užtikrina geresnę priežiūros tęstinumą, lankstumą, galimybę laiku identifikuoti ir gydyti daugiau atkryčio atvejų bei veiksmingiau užtikrina asmenų, turinčių psichosocialinę negalią, teises ir užkerta kelią jų stigmatizacijai (Thornicroft & Tansella, 2003). Tyrimai, lyginantys bendruomenines paslaugas su kitais paslaugų teikimo modeliais, rodo geresnę paskirto gydymo laikymąsi, klinikinius simptomus, gyvenimo kokybę, savarankišką gyvenimą, darbinius gebėjimus ir pan. (Bond et al., 2001). Bendruomeninės paslaugos ūmių psichozijų atvejais yra veiksmingesnės, labiau priimtinos patiems pacientams ir pigesnės negu gydymas ligoninėje (Goldberg, 1991).

XX a. viduryje, ypač Vakarų valstybėse, susidarė palankios prielaidos rasti ir plėtoti deinstitutionalizacijos procesui. Nauji psichotropiniai vaistai leido pacientams kontroliuoti ligos simptomus ir gydytis namie. Lygiagrečiai vykę antipsichiatrinis, psichikos sveikatos paslaugų vartotojų ir negalią turinčių asmenų teisių judėjimai buvo už tai, kad paslaugų gavėjai turėtų lemiamą balsą priimant sprendimus dėl savo gydymo ar globos plano. Medicininį negalios modelį keitė socialinis, pagrindines kliūtis integruotis negalią turintiems individams identifikuojantis visuomenėje – tai neigiami požiūriai, nepritaikyta fizinė ar teisinė aplinka. Reikšminga buvo nevyriausybinių ir tarptautinių organizacijų veikla, jų vykdomi žmogaus teisių uždaroje institucijose stebėjimo vizitai, rengiamos ataskaitos. Svarbu pabrėžti ir tai, kad minėti principai plėtojosi ir išitvirtino šiose valstybėse ir visuomenėse tuo metu, kai dar nebuvo tarptautinių konvencijų ir kitų tarptautinių išpareigojimų reikliai prižiūrėti psichikos ir proto negalią turinčių žmonių teises. Tai reiškia, kad minėti principai subrendo kaip pačios visuomenės poreikis spręsti klausimus tokiu būdu, kuris būtų palankus ir labiausiai pažeidžiamiems visuomenės nariams, ir kartu viešajam interesui.

Jei deinstitutionalizacija vyksta veiksmingai, dauguma pacientų, grįžusių iš ligoninės į bendruomenę, turi mažiau neigiamų simptomų, jų socialinis gyvenimas geresnis ir labiau juo patenkinti (Leff, 1993; 1996, cit. iš Caldas & Killaspy, 2011). Teisė į paslaugas bendruomenėje aiškiai įvardyta Neigaliųjų teisių konvencijos 19 straipsnyje ir svarbi psichikos sveikatos priežiūros paslaugų organizavimui, nes aiškiai nurodo, jog visi negalią turintys asmenys turi teisę gyventi bendruomenėje, pasirinkti savo gyvenamąją vietą, gauti stacionarias ir apgyvendinimo paslaugas bei kitas bendruomenines paslaugas; valstybės turi skatinti negalią turinčių asmenų įtraukimą ir visavertį dalyvavimą bendruomenėje; ir galiausiai – bendruomeninės paslaugos ir įstaigos turi būti prieinamos ne tik bendrajai populiacijai, bet ir negalią turintiems individams.

3.3.1. VAKARŲ EUROPOS PATIRTIS VYKDANT DEINSTITUCIONALIZACIJĄ

Graham Thornicroft ir Michele Tansella (2003, p. 6–7) skiria tris psichikos sveikatos priežiūros sistemos raidos istorijos periodus Europoje: pirmasis periodas, prasidėjęs XIX a. pradžioje ir trukęs iki XX a. vidurio, atstovauja institucinės psichikos sveikatos priežiūros epochai, kai visoje Europoje buvo sukurtas stacionarių globos įstaigų tinklas. Antrasis laikotarpis, kuris truko nuo Antrojo pasaulinio karo iki 1970 metų, reprezentuoja sisteminių bendruomeninių psichikos sveikatos paslaugų pradžią – privačios psichiatrijos plėtrą, veiksmingų psichoaktyviųjų vaistų pasirodymą, dienos globos ir ambulatorinių paslaugų diegimą daugumoje psichiatrijos ligoninių. Tai – laikotarpis, laikomas bendruomeninės psichikos sveikatos paslaugų pradžia. Trečiasis laikotarpis prasidėjo nuo 1970 m. PSO Regioninio Europos biuro paskelbtos „Ilgalaikės programos“ ir tęsiasi iki šiol. Jis reprezentuoja vertikalios globos plėtrą, pasižyminčią sektorizacija ir deinstitutionalizacija, bei horizontalios globos, kurią charakterizuoja visapusė bendruomeninė globa, plėtrą, prasidėjusią po Antrojo pasaulinio karo.

Europos Sąjungoje esama didelių skirtumų, kaip įgyvendinama bendruomeninių psichikos sveikatos paslaugų plėtra. Toliau pateikiama atskirų šalių apžvalga (parengta pagal Martin Knapp et al., 2007, p. 238–239).

AUSTRIJOJE psichikos sveikatos planus turi kiekviena provincija. Nuo 1997 metų priimtas nacionalinis planas, numatantis išpareigojimus, kurių turi laikytis visos provincijos. Jame, pavyzdžiui, numatoma steigti psichiatrijos skyrius bendrosiose ligoninėse.

GRAIKIJA parengė dešimties metų nacionalinį psichikos sveikatos planą (*Psychoargos*), kuris buvo patvirtintas ir pradėtas įgyvendinti. Pagrindinės plano priemonės yra deinstitutionalizacijos vykdymas, destigmatizacija, pirminių psichikos sveikatos priežiūros paslaugų plėtra, psichiatrijos skyrių steigimas bendrosiose ligoninėse, psichosocialinės reabilitacijos įstaigų plėtra, psichosocialinę negalią turinčių asmenų įdarbinimo centrų steigimas, priemonės, numatančios pacientų teisių apsaugą. Nuo 2000 iki 2006 metų ypač buvo pabrėžiama vaikų psichiatrijos, psichogeriatijos sritys ir psichiatrijos ligoninių reforma.

AIRIJOJE psichikos sveikatos reformos planuose ketinama toliau plėtoti bendruomenines paslaugas.

ITALIJOJE 1978 metų reforma numatė esminius psichikos sveikatos priežiūros sistemos pokyčius – uždrausti hospitalizaciją valstybinėse psichiatrijos ligoninėse, leisti hospitalizuoti tik nedideliuose, ne daugiau nei 15 vietų skyriuose bendrosiose ligoninėse, apriboti priverstinę hospitalizaciją, plėtoti bendruomenines paslaugas. Tai gana radikali reformos pavyzdys, kai bendru politinių jėgų ir visuomenės sutarimu buvo nuspręsta, kad nuolatinės globos institucijos nėra tinkama vieta gyventi vaikams ir suaugusiems, taip pat ir turintiems psichikos ar proto negalią, o atskiros psichiatrijos ligoninės nėra tinkama vieta teikti gydymo paslaugas. 1998 metai buvo įvardyti kaip valstybinės psichiatrijos ligoninių sistemos pabaiga. Psichikos sveikatos departamentai steigiami regionuose ir skirti 100 000 gyventojų. Jie atsakingi už psichikos sveikatos skatinimą visu žmogaus gyvenimo laikotarpiu, ankstyvą psichikos sveikatos problemų identifikavimą, atkryčių prevenciją, pagalbą šeimoms, savižudybių ir saviagresijos prevenciją.

NYDERLANDŲ vyriausybė parengė Nacionalinį psichikos sveikatos planą, kuriuo siekiama sukurti ir plėtoti psichikos sveikatos priežiūros sektorius. Šis sektorius pasižymi tokiais savybėmis: individualaus poreikio reguliuojama globa, priklausanti nuo specifinių kliento kultūrinių ar socialinių savybių, organizuojama dalyvaujant klientui, lengvai pasiekiami ir vykdoma derinant medicininę pagalbą su socialine parama, globa organizuojama vadovaujantis principu „nuo bendrosios nedidelės pagalbos prie nuolatinės specializuotos globos“; nedideli sutrikimai turi būti gydomi suteikiant nedidelę pagalbą bendruomenėje, pirmiausia pagalbą teikia bendrosios praktikos gydytojai, klinikiniai psichologai ir socialiniai darbuotojai; sudėtingesnių sutrikimų turintys asmenys siunčiami į regioninius specializuotus psichikos sveikatos priežiūros centrus, kurie veikia netoli bendrosios ligoninės. Šie regioniniai centrai aprūpinti reikiamomis patalpomis (prevencijos, diagnozės, krizių centrais, poliklinikomis ir trumpalaikio stacionaraus gydymo lovomis, resocializacijos centrais ir apsaugotu būstu), aukšto lygio specialistų pagalba teikiama tarpregioniniu ar nacionaliniu lygiu universitetinėse ligoninėse ar specializuotose psichikos sveikatos priežiūros institucijose.

DIDŽIOJOJE BRITANIJOJE sparčiai vykdoma deinstitutionalizacija ir bendruomeninių paslaugų plėtra. Dauguma didelių prieglaudų buvo uždaryta. 1962 metų ligoninių planas (*Hospital Plan*) numatė, kad iki 1975 metų bus uždarytos visos psichiatrijos ligoninės. Vyriausybės programa „Ligoninių paslaugos psichikos ligomis sergantiems asmenims“ (*A Government Paper on „Hospital Services for the Mentally Ill“*) 1971 metais siūlė uždaryti visas psichiatrijos ligonines, o jų paslaugas teikti bendrosiose ligoninėse, bendradarbiaujant su pirminės priežiūros ir socialinių paslaugų tarnybomis. Lygiagrečiai buvo plėtojamos kitos bendruomeninės paslaugos (remiamas būstas, dienos priežiūra, tarpdisciplininės bendruomeninės komandos). Sveikatos departamentas 1999 metais parengė Nacionalinį psichikos sveikatos paslaugų planą (*the National Service Framework for Mental Health*), numatantį tolesnę bendruomeninių paslaugų plėtrą. Jame buvo detalizuojama bendruomeninių specialistų komandų veikla visoje šalyje – dirbančių ir bendruomenėje, ir vietos psichiatrijos stacionaruose. Buvo numatyta sveikatos ir socialinių paslaugų integracija, remiamo apgyvendinimo paslaugų teikimas tiek privačiose, tiek valstybinėse, tiek nevyriausybinių organizacijų įstaigose. Pripažinta, jog remiamas apgyvendinimas yra veiksminga priemonė įgyti ir grąžinti savarankiško gyvenimo įgūdžius. Plėtojamas bendrosios praktikos gydytojų ir psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų bendradarbiavimas, gerinamas psichologinės terapijos prieinamumas, daugiau dėmesio skiriama sunkių psichikos sutrikimų turinčių asmenų fizinei sveikatai ir šiuolaikinei sveikimo sampratai (*recovery approach*).

3.3.2. DEINSTITUCIONALIZACIJA RYTŲ IR VIDURIO EUROPOJE

2004–2005 metais tarptautinė grupė nevyriausybinių organizacijų atstovų aplankė daugumą trijų Baltijos respublikų stacionarios globos institucijų psichosocialinę negalią turintiems asmenims ir parengė ataskaitas apie jose pastebėtus pagrindinius žmogaus teisių pažeidimus. Panašūs žmogaus teisių stebėsenos vizitai buvo vykdomi Čekijoje (2007 m.), Vengrijoje (2010 m.), Kroatijoje (2011 m.), žurnalistinis tyrimas 2009 metais atliktas Bulgarijoje, Serbijoje ir Rumunijoje. Žmogaus teisių stebėsenos vizitai, kuriuos pastaraisiais metais naujosiose Europos Sąjungos šalyse narėse aktyviai vykdė nevyriausybinių organizacijų, atskleidė,

jog stacionarios globos įstaigos pažeidžia visas pamatines žmogaus teises – teisę į informaciją, privatumą, saugumą, galimybę pasirinkti ir priimti sprendimus, dalyvauti visuomenės gyvenime. Institucijose naudojamos represijos ir fiziniai suvaržymai, pasitaiko seksualinės ir fizinės prievartos atvejų (Leimane-Veldmeyer et al., 2006; Germanavicius et al., 2005; 2006). Padėtį stacionariose sutrikusios psichikos ir sutrikusio intelekto asmenų globos institucijose taikliai apibūdina sąvoka „institucinė kultūra“, kuriai būdinga: nuasmeninimas, panaikinant visus individualumo simbolius, griežta tvarka, laikantis nustatytų taisyklių ir neatsižvelgiant į asmeninius poreikius, grupinė priežiūra, kai žmogus beveik neturi galimybės pabūti vienas, ir socialinis nuotolis, pabrėžiant žemą globojamų asmenų socialinį statusą (Tikslinės ekspertų grupės ataskaita, 2009).

Europos Tarybos Kankinimų prevencijos komitetas (CPT) vykdo reguliarius vizitus laisvės apribojimo vietose – kalėjimuose, nepilnamečių sulaikymo centruose, policijos tardymo izoliatoriuose, pabėgėlių centruose, psichiatrijos ligoninėse ir socialinės globos įstaigose, ir reikalauja iš valstybių detalių atsakymų į savo išsakytas pastabas apie pastebėtas nežmoniško elgesio apraiškas. 2006 metais priimta ir 2008 metais įsigaliojusi JT Neįgaliųjų teisių konvencija reikšminga tuo, kad ją ratifikavusių valstybių institucijos privalo veikti suderintai su Konvencijos nuostatomis visose viešosios politikos srityse ir atsižvelgti į negalią turinčių asmenų reikmes – nuo būsto pritaikymo iki įdarbinimo, nuo informacinių technologijų iki turizmo sektoriaus.

Vakarų visuomenės turėjo tolygaus laiko prisijaukinti šiuos pokyčius, plėtoti deinstitucionalizacijos diskursą politiniu, akademinu, visuomeniniu lygmeniu, pripažinti reformos reikšmę ne tik sutrikusios psichikos ir sutrikusio intelekto individams, bet ir kiekvienam visuomenės nariui. Be to, šiose šalyse nebuvo taip plačiai išvystyto segreguotų institucijų tinklo kaip Sovietų Sąjungoje, kurios dalimi pusę XX amžiaus buvo ir Lietuva.

XX amžiaus pabaigoje žlugus Sovietų Sąjungai atsivėrė ne tik jos sienos, bet ir paaiškėjo šiame regione gyvenančių psichosocialinę negalią turinčių asmenų realybė: nežmoniškos gyvenimo sąlygos uždaroje stacionariose globos institucijose, pagalbos šeimoms, globojančioms psichosocialinę negalią turinčius artimuosius, nebuvimas, šimtai tūkstančių asmenų be jokių ateities perspektyvų, iki gyvenimo galo izoliuotų nuo visuomenės kūdikių namuose, internatuose vaikams, psichoneurologiniuose pensionatuose ar senelių globos namuose. Dėl posovietinėse visuomenėse egzistuojančios stigmos psichosocialinę negalią turinčių asmenų atžvilgiu, politinės valios stygiaus atlikti sistemines reformas tik XXI amžiaus pradžioje šiame regione prasidėjo pavieniai bandymai uždaryti ir mažinti globos institucijas, kurti realias globos alternatyvas bendruomenėje. Paradoksalu, kad dar prieš porą metų milijoninės Europos Sąjungos struktūrinių fondų lėšos buvo naudojamos stacionarių globos įstaigų rekonstrukcijai, tokį poreikį argumentuojant energetinių išteklių vartojimo racionalizavimu ir aplinkos taršos mažinimu.

1999 metais vykusiam jungtiniame PSO ir Europos Komisijos susitikime buvo apibendrinta, kad Rytų Europoje „daugiausia reformų iniciatyvų rodė NVO sektorius, o vyriausybės dažniausiai likdavo statiški arba net ir priešiški nusiteikę veikėjai“ (Knapp et al., 2007, p. 25). Oficiali psichiatrijos elito pozicija buvo palanki stacionarios globos įstaigų išlikimui.

Sunku gauti tikslų ir patikimų duomenų apie lovų psichiatrijos ligoninėse skaičių naujosiose ES šalyse, pavyzdžiui, kai kurios šalys prie jų priskaičiuoja vietas socialinės globos namuose. Pasak Knapp ir kt. (2007), per pastaruosius 20 metų lovų mažėja, ypač Lietuvoje, Estijoje, Kipre. Tačiau šis mažėjimas nebūtinai lydimas paslaugų bendruomenėje plėtos. Galima pastebėti kitą tendenciją, kuri rodo, kad bendruomeninių paslaugų plėtra nebūtinai vyksta mažinant atskirtį didinančių stacionarios globos paslaugų kiekį. Viena kliūtis, trukdanti tęstinei psichikos sveikatos reformos pažangai daugelyje Rytų ir Vidurio Europos šalių, yra finansinių išteklių paskirstymo sistema, kuri susijusi su psichiatrijos ligoninės lovų užimtumu. Taigi lieka mažai erdvės lankstumui, vietos iniciatyvoms plėtoti bendruomenines alternatyvias paslaugas. Nepaisant šių kliūčių, daugumoje naujųjų ES šalių gausėja bendruomeninių paslaugų. Nors vis dar dominuoja paslaugų teikimas įstaigose, gausėja mobilių tarnybų, krizių intervencijos komandų ir pan. paslaugų, kai specialistai aktyviai ieško klientų, padeda jiems socialinėje aplinkoje. Pasak Martin Paldam ir Gert Tinggaard Svendsen (2001), šiame regione stinga socialinio kapitalo, bet kartu jie konstatuoja psichikos sveikatos srityje veikiančių NVO plėtrą. Paslaugos dažniausiai teikiamos individualios iniciatyvos ir motyvacijos pagrindu, o ne kaip

koordinuotas vyriausybės vykdomas procesas. Todėl kartais naujai kuriamos bendruomeninės paslaugos mažai koordinuotos ir tarpusavyje nebendradarbiaujama, taip pat neužtikrinamas gydymo tęstinumas bendruomenėje, pacientui išėjus iš ligoninės.

BULGARIJA

Parengta pagal Ivanova, Bogdanov, 2013

Bulgarija deinstitutionalizacijos procesą pradėjo jausdama didelį visuomenės spaudimą, glaudžiai bendradarbiaudama su NVO, gaudama paramą iš UNICEF Bulgarijos skyriaus. 2009 metais įvyko šiai temai skirtas renginys, kuriame buvo diskutuojama apie deinstitutionalizaciją ir paramą jai iš Europos struktūrinių fondų, sukurta tarpministerinė darbo grupė, nuspręsta daugiau neinvestuoti į dideles globos institucijas. 2010 metais patvirtinta Nacionalinė strategija „Vaikų Bulgarijos Respublikoje deinstitutionalizacijos vizija“. Ji be išlygų numatė uždaryti visus vaikų globos namus šalyje per 15 metų. Bulgarijos NVO vykdė veiksmingą advokaciją ES lygmeniu, kuri lėmė tarptautinį politinį spaudimą. Buvo pradėti penki dideli 107 mln. eurų vertės deinstitutionalizacijos projektai ir parengtas darbinis dokumentas – Veiksmų planas Nacionalinei strategijai įgyvendinti, kurio tikslai – plėtoti paslaugas šeimose ir bendruomenėse visoje šalyje, kurios sumažintų stacionarių globos įstaigų poreikį; palaipsniui uždaryti visas stacionarias vaikų globos institucijas, užtikrinant šeimos tipo globos paslaugas kiekvienam vaikui; vystyti teisinę bazę, reikalingą reglamentuoti perėjimą nuo stacionarios prie bendruomeninės ir šeiminių globos; gerinti pažeidžiamiems vaikams ir jų šeimoms teikiamų paslaugų veiksmingumą. Veiksmų plane numatoma uždaryti 24 institucijas vaikams; 32 kūdikių globos namus; tobulinti vaikų apsaugos skyrių veiklą; uždaryti 74 globos įstaigas vaikams nuo 3 iki 18 metų; plėtoti globą tėvių šeimose. Paramą procesams pareiškė du ES komisarai – Johannes Hahn, atsakingas už regioninę politiką, ir Laszlo Andor, atsakingas už įdarbinimą, socialinius klausimus ir įtrauktį, parašydami oficialų laišką Bulgarijos ministrui Tomislavui Donchevui, atsakingam už ES fondų valdymą. Laiške buvo teigiama, kad Bulgarijoje vykstanti deinstitutionalizacija yra sėkminga ir itin sėkmingas sistemiskai vykstantis procesas Europoje, siekiant atsisakyti vaikų stacionarios globos institucijose, ir tikimasi, kad Bulgarija savo sukaupta patirtimi pasidalins su kitomis ES šalimis. Prie proceso sėkmės prisidėjo ir gebėjimas derinti dvi operacines programas – žmogiškųjų išteklių ir regioninės plėtros, kurias rėmė ESF ir ERDF. Toks integruotas požiūris leido lygia greta vykdyti statybas ir įrengimą, kuriuos rėmė ERDF; taip pat ESF remiamus mokymus, įdarbinimą, supervizijas.

MOLDOVA

Parengta pagal Ginu, 2013

Pagrindiniai deinstitutionalizaciją reglamentuojantys teisės aktai: Nacionalinė vaikų globos sistemos reformos strategija ir veiksmų planas (2007) ir Finansinių išteklių nukreipimo iš stacionarios į bendruomeninę globą reglamentavimas (2012).

Deinstitutionalizacijos procesą sudaro parama šeimai (pagalba bendruomenėje, dienos centrai rizikos grupės vaikams, dienos centrai negalią turintiems vaikams, asmeninis asistentas, mobilios komandos, centras motinoms); paslaugos bendruomenėje (globa šeimose, šeimos tipo namai, centras rizikos grupės vaikams, centras neįgaliems vaikams, grupinio gyvenimo namai negalią turintiems asmenims, grupinio gyvenimo namai rizikos grupės vaikams); pagalba vaikams (pradinis ir kompleksinis vaikų ir jų šeimų vertinimas; kiekvienam vaikui parengiamas individualus paramos planas; institucionalizuotų vaikų integracija į biologines arba išplėstines šeimas; vaikų parengimas grįžti į šeimas ar bendruomenę, deinstitutionalizuotų vaikų grąžinimas į šeimą ir bendruomenę); žmogiškųjų išteklių, finansų valdymas ir pan. (įstaigų darbuotojai informuojami apie pokyčius; įvertinami žmogiškieji išteklių; planuojamas ir organizuojamas jų perkvalifikavimas; atsakomybė už finansavimą decentralizuojama – iš vyriausybės perkeliama į savivaldos lygmenį, finansiniai ir kitokie išteklių perkeliama iš institucijų į paslaugų bendruomenėje sektorių).

Reformos rezultatai: 2007 metais buvo 67 institucijos, kurios globojo 11 500 vaikų; 2012 metais – 49 institucijos, kurios globojo 4393 vaikus (sumažėjimas 62 proc.).

2008 metų kovo 25 d. pasirašyta tarpministerinio bendradarbiavimo sutartis, siekiant įgyvendinti deinstitutionalizacijos, vaikų mirtingumo mažinimo ir inspekcinę sistemą. Pagrindinės sutarties nuostatos: vykdomas kompleksinis poreikių vertinimas ir Socialinių žemėlapių parengimas bandomuosiuose regionuose. Parengiamas ir patvirtinamas regioninis 2007–2014 metų veiksmų planas dėl stacionarios vaikų globos sistemos reformos. Vykdomas vaikų, globojamų stacionariose globos įstaigose, vertinimas ir apgyvendinimo planų rengimas. Kuriamos naujos socialinės paslaugos – šeiminės globos, mažų grupinio gyvenimo namų ir pan. Plėtojamas integruotas ugdymas. Uždaromos stacionarios globos įstaigos, o žmogiškieji ir finansiniai išteklių iš stacionarių institucijų nukreipiami teikti naujas paslaugas. Rengiami profesionalūs specialistai dirbti naujose įstaigose.

ČEKIJA

Parengta pagal Reform of psychiatric care in the Czech Republic. Jan Bodnár

Čekijos Respublikoje iki reformos buvo 20 psichiatrijos ligoninių su daugiau nei 9000 lovų. Keturiuose ligoninėse – po daugiau nei 1000 lovų. Stacionari globa taip pat teikiama ligoninėse, jai skirta 1400 vietų.

Sveikatos apsaugos ministerijos psichiatrijos paslaugų strategija grindžiama PSO rekomendacijomis, europinėmis tendencijomis ir deinstitutionalizacijos principu. Sveikatos apsaugos ministerija planavo psichiatrinės pagalbos reformą kaip visapusi deinstitutionalizacijos projektą, kuri valdė Strateginė projektų agentūra prie Sveikatos apsaugos ministerijos ir Psichiatrinės pagalbos transformavimo darbo grupė, sudaryta iš Sveikatos apsaugos, Darbo ministerijų, Čekijos psichiatrų draugijos, NVO, draudimo kompanijų, savivaldos atstovų, psichosocialinę negalią turinčių asmenų. Reforma vyksta keliomis kryptimis – mažinamas psichiatrijos lovų ir įstaigų skaičius, daugėja paslaugų bendruomenėje, vyksta mokymai specialistams ir visuomenės švietimas. Reforma prasidėjo 2012 metais nuo plano ir strategijos parengimo. 2013–2019 metais bus vykdoma deinstitutionalizacija, nuo 2017 iki 2020 vyks reformos vertinimas.

Reformos kryptys bendruomenės ir pirminiame lygmenyje: bendruomeninių sveikatos ir socialinių paslaugų plėtra, socialinės apsaugos ir sveikatos sistemų bendradarbiavimas. Teikiama parama NVO sektoriui teikiant bendruomenines paslaugas.

Reformos kryptys, susijusios su psichiatrinėmis ir bendrosiomis ligoninėmis: mažinamas lovų skaičius, dalis psichiatrijos ligoninių skyrių uždaroma, mažinamas psichiatrijos ligoninių skaičius, atidaromi psichiatrijos skyriai bendrosiose ligoninėse ir stiprinama parama krizių atvejais.

Reformos, susijusios su švietimu ir sąmoningumo skatinimu: mokymai psichikos sveikatos specialistams apie naujus ir alternatyvius metodus, vykdomos švietimo programos medikams ir kitiems specialistams apie tai, kaip laiku atpažinti psichikos sveikatos problemas, teikiama parama šeimoms ir šviečiama visuomenė.

Sveikatos apsaugos ministerija reformai pasitelkia ES fondus iš 2014–2020 metų programavimo periodo. ES fondai naudojami psichiatrijos ligoninių transformacijai, bendruomeninės globos plėtojimui bei mokymams, sąmoningumo skatinimui, destigmatizacijos programoms.

2012 metų lapkričio mėnesį pasirodė Europos Sąjungos įdarbinimo, socialinių reikalų ir lygių galimybių komisarų Vladimiro Špidlos ir jo įpėdinio Laszlo Andoro iniciatyva parengtos Bendrosios Europos gairės dėl perėjimo nuo stacionarios prie bendruomeninės globos (angl. *Common European Guidelines on the Transition from Institutional to Community-based Care*). Jos apibendrina keletą metų trukusį konsultacijų, gerosios patirties bei ekspertizės kaupimo procesą ir įvairių Europos Sąjungos šalių patirtį. Tačiau gairių autoriai pabrėžia, jog tai – tik pradžia ir dabar atitinkamos reformos turi prasidėti kiekvienoje valstybėje narėje.

Socialinė globa

Socialinės globos įstaigų administravimo tarnybos duomenimis, 2011 metų gruodžio 31 dieną 28-iuose suaugusiųjų socialinės globos namuose gyveno 5991 gyventojas (planinis vietų skaičius – 6067), iš kurių 3263 vyrai ir 2728 moterys, trečdalis iš jų – vieniši. Iš 5991 socialinės globos namų gyventojų 24,3 proc. turėjo sunkią negalią, 21,3 proc. buvo neveiksnūs. 2011 m. gruodžio 31 d. suaugusiųjų socialinės globos namuose dirbo 3071 darbuotojas, patvirtinti 3072 etatai.

Remiantis Socialinių paslaugų įstatymu (2006), socialinė globa stacionarioje globos įstaigoje yra specialioji socialinė paslauga ir teikiant ją, kaip ir kitas socialines paslaugas, siekiama tam tikrų tikslų: „sudaryti sąlygas asmeniui (šeimai) ugdyti ar stiprinti gebėjimus ir galimybes savarankiškai spręsti savo socialines problemas, palaikyti socialinius ryšius su visuomene, taip pat padėti įveikti socialinę atskirtį“. Tame pačiame įstatyme numatoma, kad socialinės paslaugos valdomos, skiriamos ir teikiamos vadovaujantis tam tikrais principais, tarp kurių – bendradarbiavimas su organizacijomis, ginančiomis žmonių, socialinių grupių interesus ir teises, socialinių paslaugų prieinamumas asmeniui (šeimai) kuo arčiau jo gyvenamosios vietos; atitiktis interesams ir nustatytiems poreikiams, racionalus išteklių naudojimas, derinimas su švietimu ir ugdymu, socialinio būsto suteikimu, specialiosios pagalbos priemonėmis.

Tačiau atlikti žmogaus teisių stacionariose globos įstaigose vertinimai atskleidė teisių pažeidimus ir šių principų nesilaikymą: socialinės globos įstaigos neatitinka socialinėms paslaugoms keliamų tikslų – ne didina jose gyvenančių asmenų savarankiškumą ir padeda įveikti atskirtį, o atvirkščiai – minimizuoja savarankiško gyvenimo gebėjimus bei gyvenimo bendruomenėje teikiamus privalumus ir izoliuoja įstaigų gyventojus nuo visuomenės (Germanavičius et al., 2005; Germanavičius et al., 2006).

Lietuvoje per metus iš daugiau nei 6 000 stacionarios globos institucijų gyventojų jas palieka apie 400 asmenų, iš kurių į visuomenę grįžta mažiau nei 10 procentų. Likusieji – miršta (apie 85 proc.) arba persikelia į kitą globos įstaigą (iki 5 proc.) (Socialinės globos įstaigų administravimo tarnybos duomenys, 2011). Palyginimui ne mažiau svarbi yra informacija apie socialinių darbuotojų skaičių, nes ji atspindi, kiek šiose institucijose dirba specialistų, kurių pagrindiniai veiklos tikslai yra: (...) gerinti asmenų, jų socialinių grupių, bendruomenių socialinį gyvenimą, mažinant jų socialinę atskirtį ir skatinant socialinę integraciją į visuomenę (...) (LR Socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymas „Dėl socialinių darbuotojų ir socialinių darbuotojų padėjėjų kvalifikacinių reikalavimų, socialinių darbuotojų ir socialinių darbuotojų padėjėjų profesinės kvalifikacijos kėlimo tvarkos bei socialinių darbuotojų atestacijos tvarkos aprašų patvirtinimo“, 2006). Lietuvoje stacionariose globos įstaigose, kur globojami sutrikusios psichikos ir sutrikusio intelekto asmenys, dirba 2752 darbuotojai, iš kurių 1381 (50,2 proc.) yra socialiniai darbuotojai ar jų padėjėjai. Sugretinus už integraciją atsakingų darbuotojų (1381) ir kasmet į visuomenę grįžtančių individų (40) skaičius, atsiskleidžia sisteminis neefektyvus žmogiškųjų pastangų ir finansinių išteklių naudojimas siekiant integracinių socialinio darbo tikslų (Socialinės globos įstaigų administravimo tarnybos duomenys, 2011).

Vertinant 2005–2011 metų duomenis, kasmet augo už socialinį darbą atsakingų socialinės globos įstaigų darbuotojų dalis – 2011 metais socialiniai darbuotojai kartu su padėjėjais sudarė beveik du trečdalius įstaigos darbuotojų (64 proc.). Paradoksalu, kad, nepaisant šių integraciniams tikslams palankių tendencijų, tais pačiais metais į bendruomenę grįžo mažiausia įstaigą palikusių gyventojų dalis (6 proc. iš visų išvykusiųjų, 13 lentelė). Keliais procentiniais punktais sumažėjęs stacionarių globos įstaigų gyventojų grįžimas į bendruomenę pagal laiką sutampa su šešių įstaigų, kuriose globojami ir pagyvenę asmenys, prijungimu prie

12 lentelė. Socialinės globos įstaigose dirbančių socialinių darbuotojų ir jų padėjėjų skaičiaus pokyčiai 2002–2011 metais

Metai	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Socialinių darbuotojų dalis, %	nn	nn	nn	9,1	9,2	9	9,1	9,2	10	10
Socialinio darbo padėjėjų dalis, %	nn	nn	nn	37,3	39,8	41	41	41	40	54

Šaltinis: SGIAT ir SPPD duomenys

socialinės globos institucijų (2010–2011 m.), tačiau šie du veiksniai vargu ar koreliuoja tarpusavyje. Remiantis SPPD ir SGIAT renkama pagyvenusių asmenų globos įstaigų gyventojų judėjimo statistika, matyti, kad šių įstaigų gyventojai ne rečiau negu socialinės globos įstaigų gyventojai grįžta gyventi į bendruomenę, pavyzdžiui, 2009 metais gyventi šeimoje ar pas gimines grįžo 11 proc. visų išvykusiųjų.

13 lentelė. Socialinės globos įstaigų gyventojų kaitos dinamika 2002–2011 metais

Metai	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Išvyko	n.n.	363	446	389	437	386	383	373	529	484
Mirė, %	n.n.	84,8	84,5	86,1	82,3	86,5	89	84	83	85,8
Grįžo į bendruomenę, %	n.n.	8	8,8	8,5	7,6	10,4	8	9	6,6	6

Šaltinis: SGIAT ir SPPD duomenys

2011 metų duomenimis, 62,3 proc. socialinės globos namų gyventojų nustatytas 30–40 proc. darbingumo / vidutinių specialiųjų poreikių lygis, taigi beveik du trečdaliai gyventojų galėtų dirbti ir tai sudarytų prielaidas deinstitucionalizacijos ir integracijos į bendruomenę procesams. Be abejo, įdarbinimo ir išsilaikymo darbo rinkoje procesui organizuoti reikalinga specialistų pagalba. Ką daro įstaigos siekdamos atitikti Socialinių paslaugų įstatyme numatytą visapusiškumo principą⁶⁵, reikalaujanti socialinių paslaugų ir užimtumo priemonių dermės? Vertinant įstaigų personalo sudėtį, tik 0,13 proc. visų darbuotojų yra užimtumo specialistai (mažiau negu po vieną kiekvienoje įstaigoje).

14 lentelė. Globos įstaigų gyventojų darbingumas 2002–2011 metais

Metai	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
30–40 proc. darbingumas (II invalidumo grupė iki 2005 m.)	80,96	81,1	80,78	81	80,5	76	74,3	73,2	64,2	62,1
45–55 proc. darbingumas (III invalidumo grupė iki 2005 m.)	0,13	0,1	0,09	0,1	0,04	0,2	0,6	0,7	0,2	0,2
Užimtumo, įdarbinimo, ugdymo specialistai	n.n.	n.n.	n.n.	2	0,1	0,1	0,1	0,2	1	0,13

Šaltinis: SGIAT ir SPPD duomenys

2011 m. gruodžio 31 d. eilėse į suaugusiųjų socialinės globos įstaigas laukė 123 asmuo.

15 lentelė. Eilių į socialinės globos įstaigas pokyčiai 2002–2011 metais

Metai	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Eilė	438	364	337	457	455	413	413	317	171	123

Šaltinis: SGIAT ir SPPD duomenys

Lietuvos Respublikos Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos duomenimis (2011 m.), valstybinių socialinės globos įstaigų neįgalių asmenų investiciniams projektams iš Valstybės investicijų programos 2004–2011 m. skirta 17,46 mln. eurų ir 12,45 mln. eurų iš Europos Sąjungos fondų. Tikslinės ekspertų grupės ataskaitoje apie perėjimą nuo globos specializuotose įstaigose prie bendruomeninės globos (2009, p. 9) laikomasi nuomonės, kad išorinės tokių įstaigų ypatybės – pastatai – tai tik geriausiai matomas, tačiau toli gražu ne pats svarbiausias institucinei globai būdingas požymis. Taigi, sutrikusios psichikos ir sutrikusio intelekto asmenų poreikio kokybiškoms paslaugoms anaipol netenkina pagerėjusios fizinės gyvenimo sąlygos patalpose, nes tai nelemia hierarchinių santykių pokyčių, integracijos į bendruomenę ir kitų žmogaus teisių užtikrinimo. Greičiau atvirkščiai – išorinių dalykų tobulinimas gali lemti stagnaciją, esamos sistemos užkonservavimą ir sistemines kliūtis plėtoti bendruomenines paslaugas.

65 Pagal šį principą, socialinės paslaugos valdomos, skiriamos ir teikiamos derinant jas su pinigine socialine parama, vaiko teisių apsauga, užimtumu, sveikatos priežiūra, švietimu ir ugdymu, socialinio būsto suteikimu, specialiosios pagalbos priemonėmis.

Išlikęs stacionarių globos įstaigų įtvirtinimas posovietinės erdvės valstybių teisinėje bazėje ir socialinės apsaugos sistemų organizacijoje, įdarbinti specialistai, įrengtų ir aprūpintų pastatų egzistavimas, visuomenės nenoras integruoti buvusius šių institucijų gyventojus paprastai laikomi racionaliais argumentais išlaikyti esamą sistemą. Baiminamasi, jog vadinamoji „dviejų bėgių sistema“ bus nepakeliama našta valstybės biudžetui, kai pereinant prie bendruomeninių paslaugų sistemos valstybėms teks išlaikyti funkcionuojančias įstaigas ir lygiagrečiai kurti naujas. Šie motyvai lemia, jog kai kurios valstybės renkasi esamos sistemos išlaikymą, tokiu būdu patekdamos į ydingą uždarą ratą, kuriame sukasi milžiniški finansiniai išteklių ir tūkstančiai sutrikusios psichikos ar sutrikusio intelekto asmenų be ateities perspektyvų. Prasta pastatų būklė reikalauja investicijų į šildymo sistemų modernizavimą, stogų ir sienų rekonstrukciją; nesavarankiškiems ir nemotyvuotiems įstaigų gyventojams reikia visapusių paslaugų ir nuolatinės pagalbos buityje; globos institucijų priskyrimas socialinės apsaugos sistemai reikalauja įdarbinti kvalifikuotus socialinius darbuotojus, kurie dažniausiai tik prižiūri gyventojus ir rūpinasi jų užimtumu, o ne teikia socialines paslaugas.

Nesant išplėto ir veikiančio bendruomeninės globos paslaugų sutrikusios psichikos ir sutrikusio intelekto asmenims tinklo, riboto savarankiškumo individas, kuriam nepakanka lankomosios priežiūros darbuotojų teikiamų paslaugų namuose, dažniausiai neturi kito pasirinkimo kaip apsigyventi stacionarios globos institucijoje. Paprastai lyginant stacionarią ir bendruomeninę globą konstatuojamas pastarosios pigumas. Bendruomeninės paslaugos kainuoja mažiau, kadangi yra labiau individualizuotos, skatinančios asmens savarankiškumą, atsakomybę, gebėjimą pasirūpinti savimi ir dalyvavimą visuomenės gyvenime. Išsivysčiusiose šalyse lygia greta su bendruomeninėms paslaugoms egzistuojanti institucinė globa natūraliai yra brangesnė, nes skirta itin sunkią negalią turintiems ir nuolatinės globos reikalingiems asmenims, taip pat šiose įstaigose įdarbinama daugiau už intensyvią priežiūrą atsakingų specialistų. Posovietiniuose kraštuose ši racionali takoskyra tarp pigesnių bendruomeninių paslaugų mažesnę negalią turintiems individams ir brangių paslaugų nuolatinės globos reikalingiems asmenims neišplėtoja. Bendruomeninės globos alternatyvų beveik nėra, dominuoja institucinė globa, kuri dažniausiai yra vienintelis būdas padėti sutrikusios psichikos ir sutrikusio intelekto individams. Taip pat jai atitenka didžioji socialinei globai skirtų viešųjų išteklių dalis ir kai kuriose posovietinėse valstybėse pastebimas jų augimas.

Socialinės globos statistinių duomenų analizė ir aptarimas

Statistinių duomenų apie socialinės globos įstaigas apskaitą vykdo Socialinių paslaugų priežiūros departamentas prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos (iki 2012 metų šią funkciją atliko Socialinės globos įstaigų administravimo tarnyba prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos).

Remiantis abiejų atsakingų institucijų renkamais duomenimis, įvertinama socialinės globos įstaigų veiklos dinamika, gyventojų ir darbuotojų skaičiaus kitimas, leidžiantys spręsti apie sisteminius pokyčius stacionarioje socialinės globos sistemoje.

Nuo 2002 metų socialinės globos įstaigų gyventojų skaičius svyravo tarp 5–6 tūkstančių. 2010 metais pastebimas gyventojų skaičiaus šuolis, kuris susijęs su šešių naujų socialinės globos įstaigų atsiradimu apskaitoje.

16 lentelė. Socialinės globos įstaigų gyventojų skaičiaus pokyčiai 2002–2011 metais

Metai	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Gyventojų skaičius	5237	5348	5349	5272	5303	5222	5207	5159	6018	5991

Šaltinis: SGIAT ir SPPD duomenys

Nuo 2010 metų greta 22 socialinės globos įstaigų atsiranda 6 papildomos – Padvarių socialinės globos namai, Marijampolės socialinės globos namai, Utenos socialinės globos namai, Veisiejų socialinės globos namai, Zarasų socialinės globos namai ir Specialieji socialinės globos namai „Tremtinių namai“. Tai įstaigos, kurios iki 2009 metų buvo apskaitomos kaip pagyvenusių asmenų globos namai, nuo 2010 metų skirtos ne tik pagyvenusiems asmenims, bet ir tiems, kuriems dėl proto negalios ar psichinių sutrikimų nustatytas 0–40 procentų darbingumo lygis, specialusis nuolatinės slaugos ar nuolatinės priežiūros (pagalbos) poreikis arba didelių ar vidutinių specialiųjų poreikių lygis.

17 lentelė. Socialinės globos įstaigų skaičiaus pokyčiai 2002–2011 metais

Metai	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Įstaigų skaičius	22	22	22	22	22	22	22	22	28	28

Šaltinis: SGIAT ir SPPD duomenys

Kasmet socialinės globos įstaigose apsigyvena keli šimtai naujų gyventojų. Iki 2009 metų jų skaičius mažėjo, nuo 2010 metų, prie socialinės globos įstaigų apskaitos pridėjus 6 naujas institucijas, naujai atvykusiųjų skaičius vėl beveik pasiekė 500 asmenų per metus. Lygiagrečiai augo ligoninių svarba aprūpinant socialinės globos įstaigas naujais gyventojais: 2003 metais šeštadalis (15,7 proc.) naujų gyventojų atvyko iš ligoninių, 2011 metais – daugiau nei ketvirtis (26,5 proc.). Mažėjant lovų skaičiui psichiatrijos ligoninėse ir trumpėjant gydymo trukmei (19 ir 20 lentelės) – t. y. vykstant deinstytucionalizacijos procesams psichikos sveikatos priežiūros sistemoje, atvirktinės tendencijos pastebimos socialinės globos sistemoje. Griežčiau reglamentuojant gydymosi trukmę psichiatrijos ligoninėse, intensyviau bendradarbiaujama su socialinės apsaugos sistemos įstaigomis, kurios globoja savarankiškumo netekusius individus. Kadangi ligoninėse gydymas sutrumpėjo, o bendruomenėje individualizuotų paslaugų psichosocialinę negalią turintiems asmenims nėra, belieka kliautis stacionariomis socialinės globos institucijomis. Jei ligoninėje gydomas asmuo, kuris neturi saugaus būsto, artimųjų, kurie galės juo pasirūpinti, ligoninėje dirbantys socialiniai darbuotojai sutvarko asmens apgyvendinimo stacionarioje globos įstaigoje dokumentus. Šios socialinių darbuotojų funkcijos apibrėžiamos jų pareiginėse instrukcijose. Pavyzdžiui, Naujojoje Vilnioje įsikūrusioje Respublikinėje Vilniaus psichiatrijos ligoninėje 1996 m. įsteigta socialinės pagalbos skyriuje dirba 28 socialiniai darbuotojai. Viena jų veiklos sričių yra ligoninėje besigydančių pacientų socialinių paslaugų poreikio vertinimas organizuojant apgyvendinimą socialinės globos namuose ir gyvenamojoje vietoje (www.rvpl.lt).

VšĮ Vilniaus miesto psichikos sveikatos centre (Vasaros ligoninėje) veikiančio Socialinės pagalbos skyriaus viena iš funkcijų yra paciento perkėlimo į globos įstaigą dokumentų rengimas (www.vasaros.lt). Socialinių paslaugų priežiūros departamento bei Socialinės globos įstaigų administravimo tarnybos renkami statistiniai duomenys rodo, jog vidutiniškai kas ketvirtas penktas globos įstaigos gyventojas atvyksta būtent iš psichiatrijos ligoninės (žr. 18 lentelę).

18 lentelė. Naujų gyventojų socialinės globos įstaigose dinamika ir jų dalies, atvykstančios iš ligoninių, pokyčiai 2002–2011 metais

Metai	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Atvyko	Nn	472	456	340	439	307	369	325	470	472
Iš kitų globos namų, %	Nn	9,5	10,1	9,1	19,5	15	19	17	10,2	13,8
Iš namų, %	Nn	73,5	73,9	74,4	55,7	63,8	51	57	62,1	58
Iš ligoninių, %	Nn	15,7	12,9	15,6	23,4	19,2	26	25	24,5	26,5
Iš nakvynės namų, benamiai ir pan., %	Nn	1,3	3,1	0,9	1,4	2	4	1	3,2	1,7

Šaltinis: SGIAT ir SPPD duomenys

Lietuvos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2013 m. lapkričio 16 d. įsakymu buvo patvirtintos Neįgalių vaikų, likusių be tėvų globos vaikų, suaugusių neįgalių asmenų socialinės globos namų deinstytucionalizacijos strateginės gairės. Šio dokumento pagrindu kitais metais bus rengiama Neįgalių vaikų, likusių be tėvų globos vaikų, suaugusių neįgaliųjų asmenų socialinės globos namų deinstytucionalizacijos strategija, pagal kurią iki 2030 metų bus pereita nuo institucinės prie bendruomeninės globos. Strategija bus įgyvendinama pasitelkiant ES struktūrinės paramos lėšas, numatomas planuojant ES struktūrinių fondų paramą Lietuvai 2014–2020 metais, ją įgyvendinant bendradarbiaus visų lygmenų (nacionalinio, regioninio ir savivaldybių) valdžios sektorius ir nevyriausybinės organizacijos. Preliminariais duomenimis, Socialinės apsaugos ir darbo ministerija, apibendrinama darbo grupės veiklą, 2013 metų spalį parengtame priemonių plano projekte siūlė iki 2020 metų asmenų, gyvenančių psichoneurologiniuose pensionatuose, skaičių sumažinti nuo 5800 iki 4800. Iš tarptautinių ekspertų pozicijų perspektyvos tokia valstybės institucijų nuostata vertintina kaip aiškus atsisakymas vykdyti permainas šioje srityje.

Psichikos sveikatos priežiūra

Stacionarios psichikos sveikatos priežiūros įstaigos

Valstybinio psichikos sveikatos centro duomenimis, Lietuvoje yra 24 psichiatrijos ligoninės ir įstaigos, teikiančios stacionarias psichiatrijos paslaugas. Iš jų viena privati psichikos sveikatos priežiūros įstaiga, trys psichiatrijos ligoninės, šeši bendrųjų ligoninių filialai (anksčiau buvusios savarankiškos psichiatrijos ligoninės, prijungtos prie bendrųjų ligoninių), dvylika skyrių bendrosiose ligoninėse ir dvi vaikų psichikos sveikatos priežiūros įstaigos.

Šiose įstaigose 2011 metais iš viso gydėsi 23 606 pacientai, iš jų 21 635 suaugusieji, 644 paaugliai ir 781 vaikas (VPSC 2012 m. duomenys). Vidutinė gulėjimo trukmė 2011 metais buvo 22,46 dienos (nuo 48 dienų demencija sergantiems pacientams iki 7,73 dienos psichikos ir elgesio sutrikimų turintiems pacientams, vartojantiems kitas nei alkoholis psichoaktyvias medžiagas). Lovų skaičius per pastaruosius 15 metų sumažėjo beveik 1000 vietų, t. y. 22 procentais.

19 lentelė. Lovų skaičiaus psichiatrijos ligoninėse pokytis nuo 1996 iki 2011 metų

Metai	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Lovų skaičius	4327	4164	4395	4427	4420	4262	3819	3722	3669	3530	3474	3453	3453	3409	3303	3368

Sudaryta autorių, remiantis Lietuvos sveikatos apsaugos ministerijos Higienos instituto Sveikatos informacijos centro kasmet rengiamomis Lietuvos gyventojų sveikatos ir sveikatos priežiūros įstaigų veiklos ataskaitomis (1999, 2003, 2006, 2009, 2010, 2011 m.).

Analogiškai trumpėjo ir gydymosi trukmė – nuo 28,4 dienos 1999 metais iki 22,46 dienos 2011 metais, t. y. 21 procentu.

20 lentelė. Vidutinės gydymosi psichiatrijos ligoninėse trukmės pokytis nuo 1999 iki 2011 metų

Metai	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Vidutinė gulėjimo trukmė	28,4	30,2	28,8	29,9	28,9	26,6	25,9	26,02	24,71	24,13	23,9	23,89	22,46

Sudaryta autorių, remiantis Lietuvos sveikatos apsaugos ministerijos Higienos instituto Sveikatos informacijos centro kasmet rengiamomis Lietuvos gyventojų sveikatos ir sveikatos priežiūros įstaigų veiklos ataskaitomis (1999–2011 m.).

Gavus Europos Sąjungos struktūrinę paramą, nuo 2009 metų įvairiuose Lietuvos rajonuose prie savivaldybių lygiu sukurtos psichikos sveikatos centrų infrastruktūros pradėti steigti psichiatrijos dienos stacionarai.

Priemonės „Psichikos dienos stacionarų (centrų) įkūrimas“ tikslas – plėtoti psichikos sveikatos priežiūros paslaugų tinklą, didinti psichikos sveikatos paslaugų prieinamumą. Remiamos veiklos – patalpų (individualiems ir grupiniams užsiėmimams, psichoterapijai, meno, muzikos ir šviesos, judesio terapijai, pacientų ir personalo poilsiui, procedūrų kabinetų ir higienos kambarių) remontas (rekonstravimas) ir įrengimas; sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūros modernizavimas: statinių ir (ar) patalpų, susijusių su psichiatrijos dienos stacionaro paslaugų teikimu, statyba, rekonstravimas, remontas ir įrengimas; reikiamos įrangos ir baldų įsigijimas (www.esparama.lt).

2011 metais psichiatrijos dienos stacionaruose buvo 311 vietų, gydėsi 3774 pacientai (VPSC 2012 m. duomenys).

Ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugos

Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenimis, Lietuvoje dispanserinės ir konsultacinės priežiūros įskaitoje 2011 metų pabaigoje buvo 102 874 pacientai, buvo patvirtinti 168,02 suaugusiųjų ir 34,18 vaikų psichiatrų etatai, 193,64 slaugytojų, 148,54 socialinių darbuotojų ir 100,19 psichologų etatų. Ambulatoriniame lygmenyje 2011 metais užfiksuoti 600 806 suaugusiųjų apsilankymai, užregistruoti

169 238 susirgimai dėl psichikos ir elgesio sutrikimų suaugusiems ir 43 759 – vaikams iki 18 metų, iš jų suaugusiems naujai užregistruota 53 822 ir vaikams – 28 065 susirgimų.

Lietuvoje psichikos sveikatos priežiūra teikiama trimis lygiais. **Pirminėje grandyje** pagalbą psichikos sutrikimų turintiems žmonėms teikia šeimos gydytojai, atsakingi už pirminę fizinę ir psichinę sveikatos priežiūrą. Jie gydo nerimo sutrikimais, depresija sergančius pacientus, organinius psichikos sutrikimus, išrašo kompensuojamuosius vaistus. Taip pat pirminio lygmens pagalbą organizuoja savivaldybių viešosios įstaigos – psichikos sveikatos centrai (PSC), kurių 2012 metų pabaigoje Lietuvoje buvo 104. Juose užtikrinamas nemokamas gydymas visiems Lietuvos gyventojams. Bendradarbiaudamos abi pirminės grandies institucijos turėtų gydyti lengvus ir vidutinius psichikos sutrikimus – depresiją, nerimo sutrikimus, vaikų psichikos sveikatos problemas, sunkiausias psichikos sutrikimus palikdamos specializuotoms komandoms, priklausančioms antriniam ir tretiniam lygiui.

21 lentelė. Psichikos sveikatos centrų skaičiaus augimo dinamika

Metai	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Psichikos sveikatos centrų skaičius	62	64	65	73	72	85	90	90	97	104

Šaltinis: VPSC, 2012

Dalis **antrinės psichikos sveikatos priežiūros** organizuojama savivaldybėms priklausančiose ligoninėse. Šiuose centruose dažniausiai veikia konsultaciniai skyriai arba kabinetai, kuriuose vienas pacientas per metus nemokamai gali gauti tris psichiatro konsultacijas, už kurias ligonių kasos kompensuoja 37,47 lito. Efektyvi ir deinstitutionalizacijos principus atitinkanti sistema reikalauja, kad antrinėje grandyje būtų teikiamos ne konsultacijos, o dirbtų psichinės sveikatos priežiūros komanda ir esant indikacijų užtikrintų specializuotą tęstinę ambulatorinę pagalbą, teiktų psichoterapijos, psichosocialinės reabilitacijos paslaugas.

Psichiatrui skyrus psichoterapinį gydymą, ligonių kasos papildomai apmoka 24 psichoterapijos užsėmimus per metus (viena valanda kainuoja 35,9 lito). Ekspertų teigimu, dėl tokių neadekvačių įkainių nėra motyvacijos teikti paslaugą, ir ji retai kur teikiama. Ataskaitose apie suteiktas psichikos sveikatos priežiūros paslaugas pateikiama informacija apie nedidelį psichoterapinių paslaugų kiekį interpretuojama kaip paklausos stygius ir pakankamas argumentas jų neplėtoti.

Ši psichoterapinės pagalbos trūkumą iš dalies kompensuoja **privačios sveikatos priežiūros įstaigos**, į kurias vis dažniau kreipiasi pacientai, siekiantys privatumo ir galintys savarankiškai susimokėti už konsultaciją 100 litų ar daugiau. Jeigu psichoterapijos paslaugas teikianti įstaiga turi sutartį su ligonių kasa, už tris apsilankymus bus kompensuojama po 37,47 lito. Privačios psichoterapijos paslaugos nėra tiksliai apskaitomos ir oficialioje statistikoje nėra informacijos apie jų kiekį ir tikrąjį šio tipo paslaugų poreikį.

Tretinio lygio paslaugas 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. Ligonių kasos apmoka tris psichiatro konsultacijas (šiam tikslui skiriama po 64,08 lito), o gydytojų konsultacinės komisijos darbo įkainis nėra nustatytas.

Nors trijų psichikos sveikatos priežiūros lygmenų diferenciacija sudaro teorines deinstitutionalizacijos ir paslaugų teikimo bendruomenėje prielaidas, tačiau, nesant funkcionalaus paslaugų organizavimo ir finansavimo mechanizmo, nevyksta tęstinis darbas, nevykdoma psichikos sutrikimų prevencija, o sunkiausių negalią turintys asmenys nesulaukia reikiamų ambulatorinių paslaugų. Todėl psichiatrai skeptiškai vertina naują Sveikatos apsaugos ministro pasirašytą Psichiatrijos ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimų aprašą (2012), kuris nesprenžia opiausių sisteminių problemų ir neprisideda prie psichikos sveikatos priežiūros sistemos tobulinimo, o dideli reikalavimai specialistams, įrangai ir patalpoms greičiau yra nukreipti prieš privačias sveikatos priežiūros įstaigas.

ATVEJO ANALIZĖ: **Vilniaus psichosocialinės reabilitacijos centras**

Parengta pagal www.protnamis.lt ir iš įstaigos administracijos gautą informaciją

Viešoji įstaiga Vilniaus psichosocialinės reabilitacijos centras savo veiklą pradėjo 2001 metų rugpjūčio mėn., adresu Oginskio g. 3, Vilniuje. Centro steigėjas – VšĮ „Globali iniciatyva psichiatrijoje“, nuo 2005 m. Vilniaus miesto savivaldybės administracija yra Centro dalininkė. Centras įkurtas siekiant organizuoti, teikti ir plėtoti psichosocialinės reabilitacijos paslaugas Vilniaus miesto bendruomenei. Psichosocialinės reabilitacijos paslaugos skirtos suaugusiems Vilniaus m. gyventojams, turintiems sunkią psichosocialinę negalią, siekiant suteikti galimybę jiems grįžti po gydymo psichiatrijos stacionare į bendruomenę ir gerinant gyvenimo kokybę pasiekti optimalų savarankiško funkcionavimo lygį bendruomenėje bei teikti pagalbą išsilaikant joje.

Nuo 2002 metų įdiegtos naujos ir modernios psichosocialinės reabilitacijos paslaugos bendruomenėje: asmenų su psichosocialine negalia atvejo vadyba, norų ir detalus poreikių įvertinimas, individualių reabilitacijos planų sudarymas ir koordinavimas, tęstinis kliento palaikymas, individualaus psichozės atkryčio prevencijos plano sudarymas ir priežiūra, socialinių ir savarankiško gyvenimo įgūdžių lavinimas, individualios specialistų konsultacijos klientams bei šeimų nariams, laisvalaikio užimtumo programa, suburta klientų savivalbos grupė. Buvo rengiami šviečiamųjų seminarų ciklai Centro klientams, jų artimiesiems, visuomenei apie psichikos ligas, jų gydymą, simptomų kontrolės būdus, konfliktų sprendimą, krizių įveikimą, psichozės atkryčių prevenciją, savižudybės prevenciją. Centro pasiūlytomis paslaugomis buvo siekiama užpildyti ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų spragą, kai poliklinikose įsikūrę Psichikos sveikatos centrai negalėjo užtikrinti psichoziniais sutrikimais sergančių klientų dienos užimtumo ir psichiatrinės reabilitacijos paslaugų teikimo.

Per 2002–2008 metus išvystytos Psichosocialinės reabilitacijos programos paslaugos, prasiplėtė paslaugų spektras: buriamos psichologinės paramos ir psichoedukacinės grupės klientams ir jų artimiesiems, rengiami streso įveikos, atminties, intelekto, bendravimo įgūdžių lavinimo užsiėmimai bei teikiamos priešdarbinės reabilitacijos paslaugos.

2008 metų rudenį Centras persikėlė į naujas erdvesnes patalpas, adresu Vasaros g. 5, 7 korp., kurios buvo rekonstruotos ir specialiai pritaikytos profesinei psichosocialinę negalią turinčių asmenų reabilitacijai panaudojus Europos Sąjungos struktūrinių fondų lėšas. Nuo 2009 metų kovo mėn. Centre pirmą kartą Lietuvoje pradėtos teikti profesinės reabilitacijos paslaugos šiai asmenų grupei. Ši programa apima tiek individualių, tiek grupinių profesinių įgūdžių atkūrimo ir (ar) ugdymo užsiėmimų visumą, suteikia dalyviams galimybes gauti profesinio orientavimo, socialinių, bendrųjų darbinų įgūdžių, ligos valdymo gebėjimų atkūrimo ir (ar) naujų išugdymo, pagalbos įsidarbinant paslaugas, taip pat mokytis ir įgyti siuvėjo, virėjo, valytojo, vidaus apdailininko, keramikos dirbinių lipdytojo-žiedėjo, socialinio darbuotojo padėjėjo, prekybos salės darbuotojo, plytelių klojėjo, administracijos darbuotojo bei administracijos darbuotojo padėjėjo profesiją. Centro teikiamos profesinės reabilitacijos paslaugos yra prieinamos psichosocialinę negalią turintiems asmenims iš visos Lietuvos.

Nors centro teikiamos paslaugos yra šiuolaikiškos, savalaikės, padeda išvengti psichosocialinę negalią turinčių asmenų socialinės atskirties ir taupyti psichikos sveikatos sistemai finansuoti skiriamas lėšas, 2009 metais jų teikimas buvo nutrūkęs. Motyvuodama krizės sąlygomis iškilusia būtinybe taupyti, Vilniaus m. savivaldybė nutraukė psichosocialinės reabilitacijos finansavimą. Pasak Centro direktorės Rūtos Lukošaitytės, „bėdos su valdininkais prasidėjo, kai centras Europos Sąjungos struktūrinių fondų lėšomis renovavo namą, kurio būklė anksčiau buvo avarinė. R. Lukošaitytė spėjo, kad savivaldybės administracijos atstovus vilioja atnaujintas pastatas, todėl jie tikisi, jog centras nutrauks veiklą ir išsikraustys“ (Vireliūnaitė, 2009).

Nutraukus finansavimą, psichosocialinės reabilitacijos paslaugų teikimas buvo sustabdytas, buvo tęsiama tik profesinė reabilitacija, kurią finansavo Darbo birža. Centro administracija kreipėsi visais įmanomais adresais: į Vilniaus miesto savivaldybę (į komitetus, administraciją, į merą, vicemerus, kontrolierius), Lietuvos neįgaliųjų forumą, į Seimo kontrolierius, ambasadas (Nyderlandų ir Belgijos, nes šios šalys finansavo centro projektus, veiklą ir mokymus), į europarlamentarus, į Seimo narius, Prezidentūrą, Socialinės apsaugos ir darbo ministeriją, Sveikatos apsaugos ministeriją bei į žiniasklaidą. Prie Vilniaus m. savivaldybės buvo

suorganizuota socialinė akcija, kuri pritraukė daug dėmesio iš žurnalistų. Žiniasklaidos dėmesys, Centrą palaikantys raštai iš Nyderlandų ir Belgijos ambasadų, personalijų pasikeitimas Savivaldybės sprendimų priėmimo postuose lėmė, kad Savivaldybė pradėjo iš dalies vykdyti savo įsipareigojimus ir teikti psichosocialinės reabilitacijos finansavimą (40 tūkst. Lt., kurie toli gražu neleidžia atkurti buvusių darbo su klientais apimčių). 2011 metais Centras gavo finansavimą iš Neįgaliųjų reikalų departamento, nuo 2012 iki 2015 metų psichosocialinės reabilitacijos paslaugos finansuojamos iš ES lėšų, kurias papildo Neįgaliųjų reikalų departamento lėšos per savivaldybę. Nuo 2014 metų patvirtinus psichosocialinės reabilitacijos finansavimo tvarką, Centras gaus finansavimą iš ligonių kasų.

Vidurio ir Rytų Europos regione psichikos sveikatos priežiūros sistemos deinstytucionalizacija prasidėjo keliais dešimtmečiais vėliau negu Vakarų Europoje, todėl buvo galima remtis jos šalių patirtimi ir pavykusiais modeliais. Vidurio ir Rytų Europos regiono startinė pozicija yra palankesnė ir todėl, kad sulaukiama didelio tiek finansinio, tiek ekspertizės palaikymo iš Vakarų šalių, o prieš kelis dešimtmečius vykę deinstytucionalizacijos procesai Vakaruose buvo valstybių vidaus reikalas – ir finansine, ir turinio prasme.

Lietuvoje deinstytucionalizacijos procesas nėra sklandus ir vienakryptis procesas, nors ir esama palankių prielaidų – psichikos sveikatos centrų steigimas ir veikla, dienos stacionarų kūrimasis, psichiatrijos lovų mažinimas, gydymo trukmės trumpinimas. Stingant koordinacijos tarp visų veikėjų, taip pat tarp sveikatos ir socialinės srities sektorių, deinstytucionalizacija medicinos sektoriuje prisideda prie didėjančio institucionalizacijos masto socialinės globos namuose.

Viena pagrindinių priežasčių, kodėl bendruomeninių psichikos sveikatos priežiūros paslaugų plėtra yra nepakankama, – veiksmingos koordinacijos tarp sveikatos ir kitų sektorių teikiamų paslaugų stygius, ypač socialinių paslaugų. Glaudus koordinavimas, kai kuriais atvejais – sveikatos ir socialinių paslaugų bendras finansavimas ir vadyba yra svarbiausi siekiant įveikti iššūkius, kuriuos visoje Europoje patiria psichikos sveikatos priežiūros sistemos. Lietuvoje abiejų sektorių koordinavimas iki šiol buvo nukreiptas į institucionalizaciją – psichiatrijos ligoninėse dirbantys socialiniai darbuotojai užsiima ligoninės pacientų neveiksnumo pripažinimu ir apgyvendinimu socialinės globos namuose.

Vidurio ir Rytų Europos šalyse deinstytucionalizacijos procesai prasideda nuo vaikų globos institucijų naikinimo. Dažniausiu atveju pirmasis deinstytucionalizacijos etapas yra kūdikių namai, nuo kurių paprastai ir prasideda ilgametis individo buvimas stacionarios globos įstaigų gyventoju.

Deinstytucionalizacija prasidėjo nuo nevyriausybinų organizacijų arba tarptautinių iniciatyvų, daug impulsų suteikė tarptautiniai teisės aktai, pavyzdžiui, Neįgaliųjų teisių konvencija, tarptautinės bendruomenės spaudimas. Realūs pokyčiai prasidėjo tada, kai siekiant deinstytucionalizacijos susivienijo tarptautinė ekspertizė, finansinė parama ir jos teikimo sąlygų griežtesnis reglamentavimas, vietos NVO aktyvus įsitraukimas, politinė valdžios sektoriaus valia ir visuomenės sąmoningumas. Kol tarptautiniai veikėjai apsiribojo finansinės paramos teikimu, o lobizmo ir atstovavimo veiklomis užsiėmė tik vietos NVO, deinstytucionalizacijos procesai socialiniame sektoriuje nevyko, greičiau atvirkščiai – ES lėšos buvo naudojamos institucinės bazės stiprinimui.

Lietuvoje, kaip ir kitose Vidurio ir Rytų Europos šalyse, Europos Sąjungos struktūrinių fondų lėšos iš pradžių buvo naudojamos stacionarios globos institucijų stiprinimui, dabar šio regiono valstybės dideles viltis deda arba jau naudoja ES paramą bendruomeninių paslaugų diegimui ir plėtrai.

Iš 2001 metų pranešime Pasaulio sveikatos organizacijos išskiriamų privalomų modernios psichikos sveikatos priežiūros komponentų (farmakoterapija, psichoterapija, psichosocialinė reabilitacija, profesinė reabilitacija ir darbas bei būstas) buvo nuosekliai plėtojama tik vienas komponentas – farmakoterapija. Likusių komponentų plėtra, su mažomis išimtimis, iki šiol nevyksta. Svarbu atkreipti dėmesį į tai, kad toks vienas iš principo ydingas psichikos sveikatos politikos įgyvendinimas buvo stebimas ne tik iki 2007 metų, kai Seime buvo patvirtinta Psichikos sveikatos strategija, bet ir po to. Toks vykdomosios valdžios atsiskyrimas plėtoti gyvybiškai svarbius psichikos sveikatos priežiūros sistemos paslaugų komponentus, be kurių neįmanoma reali pacientų teisių apsauga ir jų gyvenimo kokybės gerinimas, reikalauja ypatingo dėmesio ir gilesnės analizės. Viena iš svarbių priežasčių, dėl kurių ilgą laiką yra užblokuota modernių paslaugų plėtra, yra

dingas „pirminio lygio“ psichikos sveikatos priežiūros centrų finansavimas ir jų veiklos reguliavimas. Nors kuriant šių centrų infrastruktūrą buvo tikimasi kad jie pozityviai paveiks tolesnės sistemos plėtrą, tačiau vėliau paaiškėjus, kad tuo sistemos plėtra ir pasibaigė, šie centrai, esą turintys užtikrinti visų bendruomeninių paslaugų teikimą (o to niekaip neįmanoma padaryti su jiems skirtu finansavimu ir itin mažu nemedicininiių specialistų skaičiumi), tampa modernių bendruomeninių paslaugų kūrimo kliūtimi.

Psichikos sveikatos centrų, veikiančių savivaldybių lygyje ir finansuojamų iš pirminio lygio, patirtis nusipelno ypatingos analizės ir aptarimo. Toks psichikos sveikatos priežiūros paslaugų plėtros etapas, kokį lėmė Lietuvos sveikatos politikos sprendimai 1995–1996 metais, yra svarbus indėlis netgi į Europos ir pasaulio psichikos sveikatos priežiūros politikos įgyvendinimo pavyzdžių įvairovę. Lietuvos ambulatorinių psichikos sveikatos centrų plėtros ir veiklos ypatumai buvo nagrinėjami ir vertinami nepriklausomų ekspertų tiek Lietuvoje, tiek užsienyje (Atviros Lietuvos fondo remtas projektas 2003 m., PSO atstovų vizito 2007 m. ataskaita). Šiame tyrime dar kartą grįžome prie šio klausimo, iš 2013 metų perspektyvos konstatuodami, jog 2003 metais pastebėti psichikos sveikatos paslaugų organizavimo ir finansavimo trūkumai išliko ir daugeliu atveju tik pagilėjo.

PSO dokumentai, kitos tarptautinio lygio rekomendacijos ir Lietuvos Respublikos įstatymai bei poįstatyminiai aktai rekomenduoja, kad kuo daugiau psichikos sveikatos priežiūros ambulatorinių paslaugų būtų teikiama pirminiame lygyje. Priešingu atveju dauguma nepsichozinio registro pacientų patenka tiesiai pas psichiatrijos specialistus, ir tuomet jie, naudodami labai ribotus žmogiškuosius išteklius lengviems sutrikimams gydyti, nebesugeba aprėpti ir tinkamai teikti pagalbą nei šiems, nei juo labiau kompleksinės pagalbos reikalingiems pacientams.

Vykdydama psichikos sveikatos reformą, Lietuva 1997 metais pasuko originaliu keliu – pirminiame sveikatos priežiūros lygyje kuriami savivaldybių psichikos sveikatos centrai, įpareigoti užtikrinti efektyvią ir visapusišką nestacionarią psichikos sveikatos priežiūrą. Ši savivaldybių psichikos sveikatos centrų plėtra laikoma valstybės vykdomos psichikos sveikatos priežiūros reformos pagrindu. Iki 2003 metų pradžios buvo įsteigta 62 psichikos sveikatos centrai, o 2012 metais jų jau buvo 104 (www.vpsc.lt).

Šis sprendimas lėmė prieštarinę situaciją – nors buvo sukurtos prielaidos maksimaliam prieinamumui prie psichikos sveikatos priežiūros paslaugų kiekvienam gyventojui, bet iškilo pavojus, kad bendrosios praktikos gydytojai nebus įtraukti į psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimą, o psichikos sveikatos centrai nepajėgs užtikrinti pagalbos visiems asmenims, turintiems psichikos sutrikimų.

Bendrosios praktikos gydytojai realiai nedalyvauja gydant psichikos sutrikimų turinčius asmenis, nes jie neturi motyvacijos priimti ir gydyti tokius pacientus. Iš dalies tokiai nekonstruktyviai bendrosios praktikos gydytojų nuostatai formuoti turi įtakos psichikos sveikatos priežiūros paslaugų įtraukimas į pirminės sveikatos priežiūros finansavimo sistemą, lėšos už kiekvieno „prisirašiusio“ gyventoją psichikos sveikatos priežiūrą, jų požiūriu, yra „atiduotos“ psichikos sveikatos centrums.

Sukurta sistema visais psichikos sutrikimų atvejais skatina kreiptis tiesiai į psichikos sveikatos specialistus. Pacientų srautas tampa per didelis, kad savivaldybių psichikos sveikatos centrai galėtų adekvačiai teikti visavertę pagalbą tiek lengvais, tiek sunkiais sutrikimų atvejais. Lieka neaišku, koks turėtų būti realius BPG institucijos vaidmuo gydant psichikos sveikatos sutrikimus, kokios apimties mokymo programą turi išeiti bendrosios praktikos gydytojai, kad įgytų pakankamai kompetencijos gydyti nekomplikuotus psichikos ir elgesio sutrikimus.

Nors strateginiuose sveikatos sistemą reglamentuojančiuose dokumentuose siūloma, kad visi pirminio lygio grandies paslaugų teikėjai turi mokėti atpažinti ir suteikti pagalbą daugumos nekomplikuotų ligų ir sutrikimų atvejais, psichikos sveikatos apsaugos srityje daroma išimtis ir skatinama, kad pirminiame sveikatos priežiūros lygyje pagalbą teiktų specializuoti psichikos sveikatos centrai.

Lietuvoje nusistovėjusi psichikos sveikatos priežiūros paslaugų infrastruktūra palieka akivaizdžių spragų. Tai, kas Lietuvoje vadinama psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimu pirminiame lygyje, prieštarauja tarptautinėms rekomendacijoms ir geriausioms praktikoms. Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų integracija pirminiame lygyje būtų laikoma pavykusia, jeigu kuo daugiau psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teiktų bendrosios praktikos gydytojas. Lietuvos atveju ši grandis yra aplenkiamą. Pacientai iškart gydomi specialistų komandos ir *de facto* gauna pagalbą ne pirminiame, o specializuotame lygyje.

Ligonių kasos vieno priregistruoto gyventojų gydymui psichikos sveikatos centre per metus skiria 11 litų, psichosocialinei reabilitacijai lėšų visai neskiriama. Tokio *per capita* finansavimo principas reiškia, kad visa ikistacionarinė pagalba turi būti teikiama naudojant pirminės psichikos sveikatos priežiūrai skirtas lėšas. Jei iš 100 gyventojų, remiantis šiuolaikiniais epidemiologiniais tyrimais, yra 3–5 gyventojai, turintys sunkesnių psichikos sutrikimų ir 10–20 gyventojų – lengvesnių psichikos sutrikimų, tai visiems jiems suteikti kvalifikuotą psichikos sveikatos priežiūrą ambulatoriniame lygyje yra skirta 1100 litų (100 x 11 litų) per metus. Kadangi 1100 litų suma geriausiu atveju būtų adekvati vieno vidutinio sunkumo atvejo adekvačiam psichosocialinių intervencijų kompleksui per metus suteikti, naudojant psichikos sveikatos centro žmogiškuosius išteklius (pavyzdžiui, iki 20 psichosocialinių intervencijų per metus, siekiant išvengti pakartotinės hospitalizacijos ligoniui, sergančiam psichikos liga), tai visiems kitiems pacientams, kuriems reikia profesinės pagalbos (o jų būtų iki 25, įskaitant keletą sunkių atvejų), pristigtų žmogiškųjų išteklių ir teliktų medikamentinės pagalbos galimybė (išlaidos kompensuojamiems vaistams padengti yra apmokamos iš kitų finansavimo eilučių ir nesusijusios su psichikos sveikatos centrų finansavimu). Todėl į PSC dažniausiai kreipiasi tik pacientai, kuriems reikia kompensuojamųjų vaistų, nedarbingumo pažymų, pažymų socialinei paramai gauti. Šiems centrams nėra nustatyti aiškūs veiklos prioritetai ar pamatuojami rezultatai. Tarp tokių pacientų yra didelė lengvus sutrikimus turinčių asmenų dalis, kita (mažesnė) dalis yra turintys sunkią negalią: sergantys šizofrenija, dvipoliu afektiniu sutrikimu, sunkia depresija, priklausomybėmis bei turintys intelekto sutrikimų. Dideli darbų mastai ir veiksmingo pacientų diferenciacijos mechanizmo stygius lemia, kad nei psichikos sveikatos sutrikimų prevencija, nei pagalba lengvų ir vidutinių sutrikimų turintiems asmenims, nei darbas su sunkiais ligoniais negali būti vykdomas sėkmingai. Pavyzdžiui, psichikos sveikatos centrų infrastruktūra buvo kuriama tam, kad, be kitų svarbių tikslų, ji stabdytų sunkesnių psichikos ligonių patekimą į nuolatinės globos institucijas (socialinės globos namus). Bet iki šiol psichikos sveikatos centrams nei yra nurodyta siekti tokio pamatuojamo tikslo, nei jie galėtų realiai šio tikslo sėkmingai siekti, atsižvelgiant į labai menką juose įdarbintų nemediciniųjų specialistų (visų pirma – socialinių darbuotojų) skaičių.

Tiek antrinės, tiek tretinės ambulatorinės paslaugos apsiriboja „konsultacijomis“, nors teikiant psichikos sveikatos priežiūros paslaugas konsultacijų reikia mažiausias (visuose lygiuose dirba vienodai kompetentingi gydytojai, ir netikslinga siųsti pacientą konsultuotis iš vieno lygio į kitą), bet ne psichoterapijos paslaugomis, kurių įkainis patvirtintas toks, kad nebūtų motyvacijos šią sudėtingą paslaugą teikti. Taigi, pirminės sveikatos priežiūros lygyje esantys psichikos sveikatos centrai pradeda kurti ydingą ambulatorinės pagalbos sistemą, o antrinio lygio paslaugų teikimo mechanizmas šį ydingumą įtvirtina. Remiantis geriausia pasaulio ir Europos patirtimi, antriniame lygyje turėtų veikti specializuotos specialistų komandos, teikiančios pagalbą sudėtingais vaikų ir suaugusiųjų psichikos sutrikimų atvejais, kai pirminiame lygyje tinkamai padėti nepakanka išteklių. Tokios komandos turėtų aptarnauti pakankamai didelį gyventojų skaičių turinčią teritoriją, t. y. didesnę, negu turi dauguma Lietuvos savivaldybių (100 000–200 000 gyventojų). Tačiau kadangi buvo padarytas sprendimas, kad visais ikistacionarinės pagalbos atvejais adekvačią pagalbą turi suteikti psichikos sveikatos centruose dirbančios „pirminio lygio“ komandos, iki šiol užkirsta galimybė Lietuvoje finansuoti ir plėtoti specializuotas antrinio lygio komandas. Taigi, problema grįžta į svarbiausią Lietuvos psichikos sveikatos reformos grandį – „pirminio lygio“ psichikos sveikatos centrų infrastruktūrą ir į negebėjimą laiku kritiškai įvertinti ydingų paslaugų teikimo mechanizmą. Savivaldybių psichikos sveikatos centrų finansavimo ir veiklos sistema ne tik atriboja BPG instituciją nuo realaus pirminio lygio ištraukimo į psichikos sveikatos problemų sprendimą, bet ir neleidžia plėtoti efektyvių paslaugų sunkių sutrikimų atveju; o štai patys psichikos sveikatos centrai dėl itin medikalizuotos žmogiškųjų išteklių politikos (gydytojų įdarbinama daugiau negu psichologų ar socialinių darbuotojų) nesugeba atlikti svarbiausios bendruomeninių paslaugų teikėjo misijos ir dažnai apsiriboja vien medikamentiniu gydymu, hospitalizacija, apgyvendinimo pensionatuose organizavimu bei įvairių pažymų išdavimu gyventojams.

3.4. APIBENDRINIMAS

Apibendrinami šiame skyriuje analizuotas svarbiausias Lietuvos psichikos sveikatos politikos problemas galime įvardyti svarbius „bendrus vardiklius“ – ypatumus, kurie būdingi visoms trimis nagrinėtoms psichikos sveikatos sritims.

Visos trys problemos – didelis savižudybių paplitimas, būtinybė veiksmingais būdais spręsti gausėjančias vaikų psichikos sveikatos problemas ir didelis skaičius vaikų ir suaugusiųjų, gyvenančių didelėse globos institucijose, išryškėjo ir tapo gerai žinomos ir visuomenei, ir valdžios institucijoms jau pirmajame permainų dešimtmetyje (1990–2000 m.). Taip pat jau pirmajame dešimtmetyje jų veiksmingi sprendimai buvo žinomi ir pradėti formuluoti sveikatos politikos dokumentuose bei ekspertų rekomendacijose.

Kai kuriose iš šių sričių pirmajame dešimtmetyje Lietuva netgi buvo regiono lyderė. Bendradarbiaujant visų lygių valdžios institucijoms, susikūrusioms aktyvioms nevyriausybinėms organizacijoms ir remiant tarptautiniams fondams, pirmajame dešimtmetyje buvo diegiamos inovatyvios prevencinės, klinikinės ir reabilitacinės paslaugos, kurios, kaip buvo numatoma, turėjo ne daugiau kaip per 10 metų pakeisti neefektyvią iš sovietinės sistemos paveldėtą paslaugų infrastruktūrą.

Antrajame dešimtmetyje, nepaisant ženkliai išaugusių finansinių galimybių (ekonomikos augimas 2001–2007 metais ir ES struktūrinių fondų naudojimas 2004–2006 ir 2007–2013 metais), inovacijų plėtra pralaimi kovą tradicinei sistemai. Savižudybių prevencija apsiriboja medikamentiniu depresijos gydymu. Vaikų psichikos sveikatos priežiūros paslaugų plėtra sustabdoma, atnaujinamos investicijos į institucinės globos įstaigas. Suaugusiųjų psichikos sveikatos priežiūroje vykstanti daug žadanti psichikos sveikatos centrų plėtra tampa reformos imitacija, nes šie centrai dėl juose įsivyravusio prioriteto medikamentiniam gydymui bei itin mažo nemedicininį specialistų skaičiaus neatlieka svarbiausių bendruomeninėms paslaugoms būdingų funkcijų. Nepavykus sukurti veiksmingų filtrų nei pirminiame, nei antriniame lygyje, tęsiasi perteklinis nuolatinės globos institucijų bei psichiatrijos ligoninių lovų naudojimas, o ES fondai daugiausia naudojami institucinei globai skatinti ir psichiatrijos ligoninių infrastruktūrai stiprinti.

Paradoksalu tai, kad psichikos sveikatos centrų tinklas, kurio plėtra buvo sumanyta kaip naujosios sistemos šerdis, ilgainiui tapo modernios sistemos stabdžiu. Dėl užprogramuotų ydinguose normatyvuose personalo kiekybės ir kokybės problemų bei per didelio šiems centrams priskirtų veiklų skaičiaus jie negali tinkamai atlikti nė vienos iš svarbiausių jiems skirtų misijų: savižudybių ir kitų visuomenės psichikos sveikatos problemų prevencijos, visavertės vaikų psichikos sveikatos priežiūros (ypač sunkių sutrikimų ilgalaikio gydymo), visavertės suaugusiųjų psichikos sveikatos priežiūros (ypač sunkių sutrikimų ilgalaikio gydymo), deinstitutionalizacijos. Juo labiau šie centrai dėl menkų pajėgumų negali užtikrinti daugumos PSO rekomenduojamų bendruomeninių paslaugų komponentų – psichosocialinės reabilitacijos, psichoterapijos, užimtumo ir darbinės reabilitacijos, būsto programos. Kartu šis tinklas užkerta kelią moderniai plėtoti antrinio lygio paslaugas, kurios būtų skirtos sunkesniems klinikiniais atvejais gydyti, nes sveikatos politikai ir atsakingi už sistemos veiklą pareigūnai tvirtina, kad psichikos sveikatos centrai patenkina visus ikistacionarinės pagalbos poreikius.

Kaip sveikatos politikos pagrindas yra ne ligų gydymas, o jų prevencija, taip ir psichikos sveikatos politikos pagrindas yra **psichikos sveikatos stiprinimas bei sutrikimų ir problemų prevencija**. Prasidėjus sudėtingoms permainoms Lietuvos visuomenėje gana greitai – jau apie 1992–1993 metus pradėjo ryškėti nepalankios visuomenės sveikatos rodiklių tendencijos. Svarbia sergamumo ir mirtingumo priežastimi tapo vadinamųjų išorinių priežasčių sukeltos mirtys. Ši precedento neturinti mirtingumo ir sergamumo epidemija Vidurio ir Rytų Europos regione sulaukė didelio mokslininkų dėmesio ir yra gerai ištyrinėta.

Cornia ir kt. (2001) įrodė, kad svarbiausias rizikos veiksnys, sukėlęs didžiulę mirtingumo ir sergamumo krizę Vidurio ir Rytų Europos regione, buvo netikėtas ir užsitęsęs psichosocialinis stresas. Didelė gyventojų dalis neturėjo įgūdžių prisitaikyti prie naujų aplinkybių. Toks įveikos įgūdžių neturėjimas sukėlė savinaikos epidemiją (ypač vyrų). Deja, kaip pažymi šie autoriai, dauguma regiono vyriausybių buvo ištiktos panašaus bejėgiškumo ir dažniausiai netinkamai reagavo į naujuosius iššūkius, nes juos bandė įveikti senais būdais. Praėjus daugiau kaip 10 metų nuo tokios mokslininkų „diagnozės“ nustatymo tiek naujesiems visuomenės sveikatos iššūkiams, tiek vyriausybių neadekvačiam atsakui, tenka konstatuoti, kad analizuodami

Lietuvos situaciją šioje srityje randame iš esmės mažai pasikeitusią padėtį. Savižudybių ir kitų mirčių dėl išorinių priežasčių paplitimas iki šiol išlieka nepateisinamai didelis, o būdai, kurie pasirinkti šiai epidemijai stabdyti, buvo neadekvatūs.

Savižudybių prevencija, kaip matyti iš ankstesniuose skyriuose atliktos analizės, nepaisant daugkarti- nių bandymų šią problemą spręsti valstybės lygmeniu, kaskart patirdavo nesėkmę. Analizuojant finansinius srautus, galima aptikti stiprias šios problemos medikalizavimo tendencijas, tarsi sveikatos politikai būtų įsi- tikinę, kad veiksmingą savižudybių prevenciją būtų galima užtikrinti vien medikamentiniu depresijos gydy- mu. Nors politikos formulavimo etapu buvo kalbama apie būtinybę taikyti įvairias visuomenės sveikatos bei psichosocialines intervencijas (technologijas) ir būtent joms teikti prioritetą, politikos įgyvendinimo lygyje buvo vis apsiribojama biomedicininio modelio tobulinimu.

Pavyzdžiui, 2007 metais, kaip tik tuo metu, kai buvo patvirtinta Psichikos sveikatos strategija, pasau- linėje mokslinėje literatūroje buvo pasirodžiusi depresijos gydymo antidepresantais klinikinių tyrimų meta- analizė (Kirsch et al., 2007). Ši metaanalizė įtikinamai pademonstravo, kad anksčiau skelbti duomenys apie naujos kartos antidepresantų itin didelį efektyvumą buvo per daug optimistiniai ir kad iš tikrųjų šios medi- kamentų grupės efektyvumas gydant depresiją yra tik kiek didesnis už placebo efektą. Šios naujos mokslo žinios pakeitė daugelio vyriausybės požiūrius ir paskatino daugiau investuoti į trumpas psichosocialines in- tervencijas sergant depresija. Tačiau Lietuvoje į tai niekaip nebuvo sureaguota. Kai kurios organizacijos apie tai nuolat signalizavo, taigi sveikatos politikams tai nėra nežinoma. Pavyzdžiui, Lietuvos psichologų sąjunga (2008) kreipėsi į Vyriausybę, Sveikatos apsaugos ministeriją bei informavo visuomenę, atkreipdama dėmesį, kad Lietuvoje investicijos į medikamentinį psichikos sutrikimų gydymą iš PSDF yra didesnės už psichoterapijos ir kitų psichosocialinių intervencijų kompensavimą netgi ne dešimtis, o šimtus kartų. Tačiau šis ir kiti panašūs kreipimaisi liko be atsako. Taip pat verta atkreipti dėmesį į tai, kad tokiems pareiškimams reikėtų platesnės koalicijos, tikintis, kad jie būtų veiksmingi. Tačiau medikus vienijančios organizacijos, pavyzdžiui, Lietuvos psichiatrų asociacija, nebuvo linkusios prisidėti prie tokių pareiškimų.

2012 metais Sveikatos apsaugos ministro patvirtinta depresijos gydymo tvarka (LR Sveikatos apsau- gos ministro įsakymas, 2012)⁶⁶ aptaria tik medikamentinio gydymo tvarką ir nepaiso gausių tarptautinių mokslinių rekomendacijų apie tai, kad gydant tiek suaugusiųjų, tiek juo labiau vaikų ir paauglių lengvą ir vidutinio sunkumo depresiją (IACAPAP, 2012)⁶⁷, visų pirma reikia taikyti psichosocialines intervencijas, o ne medikamentinį gydymą.

Šios tendencijos nėra atsitiktinės, jei atkreipsime dėmesį į bendrą Lietuvos sveikatos politikos kon- tekstą. Per visą 20 metų permainų laikotarpį Lietuvos sveikatos politika, nors formulavimo lygiu ir buvo kalbama apie visuomenės sveikatos prioritetą, įgyvendinant politiką išliko stipriai priklausoma nuo biome- dicininio ligų gydymo modelio.

Žvelgiant atgal, galima matyti nuolat vykusią konkurenciją tarp jėgų, kurios atstovavo visuomenės sveikatos bei psichosocialinėms technologijoms bei jų diegimui į sveikatos priežiūros praktiką siekiant su- stabdyti savižudybių epidemiją, ir kitame poliuje esančių jėgų, atstovaujančių biomediciniam modeliui. Pavyzdžiui, 1995 m. Kaune vyko aukšto lygio tarptautinė konferencija „Depresija“, kurioje dalyvavę užsienio valstybių lektoriai rekomendavo naujausius antidepresantus kaip svarbiausią ir veiksmingiausią bei mokslo žiniomis pagrįstą savižudybių prevencijos būdą. 2000 metais Seime vykusio nacionalinė savižudybių preven- cijos konferencija, nors ir turėjo būti skirta šiuolaikinių visuomenės sveikatos principų įgyvendinimui sie- kiant išvengti savižudybių epidemijos, neišvengė aktyvios farmacijos kompanijų paramos ir įtakos konferen- cijos rezultatams. Šia prasme daug naudingos medžiagos apibendrinta studijoje (Giedraitis, 2003), kurioje aprašoma farmacijos sektoriaus įtaka psichikos sveikatos politikos formulavimui ir įgyvendinimui.

Tiek savižudybių prevencija, tiek ir kitos psichikos sveikatos priežiūros sritys reikalauja labai skaidriai ir etiškai subalansuoto santykio tarp biomedicininių ir psichosocialinių intervencijų. Ilgą laiką besitęsianti Europos ir pasaulio psichikos sveikatos priežiūros (psichiatrijos) istorijoje švytuoklės tradicija tam tikrais

66 Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas, 2012 m. rugsėjo 6 d. Nr. V-841, Vilnius. Internetinė prieiga: <http://www.vlk.lt/resources/files/2012/kv/SAMv841_RedNr_1.pdf>.

67 IACAPAP textbook on child and adolescent psychiatry, 2012. Internetinė prieiga: <<http://iacapap.org/wp-content/uploads/E.1-DEPRESSION-072012.pdf>>.

laikotarpiais buvo perlenkiama į „brainless mind“, paskui būdavo susivokiama per daug nukrypus į psichikos sutrikimų biologizavimą ar sociologizavimą, o dar vėliau – perlenkiama į „mindless brain“ pusę, sureikšminant biologinių veiksnių vaidmenį psichikos sutrikimų genezėje ir jų gydymo metoduose. Taip būdavo nusprendžiama, kad tik biomedicininės intervencijos gali būti veiksmingos sprendžiant psichikos sveikatos sutrikimų sukeltas problemas. Netrukus būdavo konstatuojamas perlenkimas į „mindless brain“, ir vėl taisomi padaryti perlenkimai.

Po kelių tokių perlenkimų į vieną ir kitą pusę bangų Europos ir Šiaurės Amerikos psichiatrijos mokyklose pagaliau pavyko pasiekti „konsensuą“ tarp vienodai svarbių biomedicininio ir psichosocialinio komponentų gydant psichikos sutrikimus. Tai reiškia, kad ir investicijos į biomedicininį ir psichosocialinį komponentus, planuojant ir finansuojant gydymo schemas, turi būti artimos ir bent jau neužgožti vienos kitų.

Lietuvoje ir visame Vidurio bei Rytų Europos regione šios švytuoklės keliamas problemas dar labiau komplikavo geopolitiniai procesai. Lietuvai nuo 1940 metų atsidūrus ir iki 1990 metų būnant Sovietų Sąjungos sudėtyje, psichikos sveikatos priežiūra buvo labai stipriai paveikta sovietinės psichiatrijos mokyklos. Jau nekalbant apie gerai žinomą piktnaudžiavimo psichiatrija fenomeną, kitas svarbus sovietinės psichiatrijos požymis buvo visiškas psichosocialinių paslaugų plėtros atsisakymas ir primityvus vulgarus biomedicininio modelio dominavimas gydant vaistais visus be išimties psichikos sutrikimus – tiek suaugusiųjų, tiek ir vaikų. Baigiantis sovietmečio laikotarpiui, Lietuvos psichikos sveikatos priežiūroje be jokios konkurencijos dominavo biomedicininis psichikos sutrikimų gydymo modelis.

Kaip tik tuo metu atsivėrė sienos, ir nemaža grupė psichikos sveikatos specialistų buvo ryžtingai nusi-teikusi taip paveikti Lietuvos valstybės psichikos sveikatos politiką, kad suteikus prioritetą modernių psichosocialinių paslaugų plėtrai palaiapsniui būtų ištaisytas istoriškai susiformavęs pusiausvyros sutrikimas tarp dviejų svarbiausių gydymo metodų grupių.

Tačiau čia laukė netikėtumas. Dabar jau iš Vakarų pasaulio, kuris, kaip buvo tikėtasi, ir suteiks visapusišką paramą psichosocialinių paslaugų plėtrai, buvo sulaukta visiškai kitos įtakos. Būtent naujosios psichotropinių vaistų kartos (visų pirma vaistų nuo psichozės ir antidepresantų) buvo siūlomos Vakarų valstybių konsultantų kaip svarbiausi psichikos ligų gydymo komponentai.

Kad suprastume šį netikėtai paveikusį Lietuvos psichikos sveikatos politikos raidą reiškinį, turime suvokti, jog kol Lietuvoje dominavo vulgarus biomedicininis modelis, ištikus dešimtmečius JAV ir Vakarų Europoje vyravo psichodinaminiai psichikos sutrikimų gydymo būdai. Kai Lietuva pradėjo vaduotis iš sovietinės psichiatrijos perlenkimų, kaip tik tuo metu Vakarų pasaulyje jau buvo suvokta, jog toje pasaulio pusėje buvo atvirkščiai – perlenkta taikant psichoanalizę ir kitus giluminės psichoterapijos metodus. Būtent todėl tuo metu JAV ir kiek vėliau Europoje „švytuoklės“ mechanizmas stipriai pasislinko link biomedicininio gydymo modelio, ir šią paradigmos kaitą simbolizavo prozako, kaip ypač veiksmingo medikamento, triumfas. Todėl būtina suvokti, kad šie geopolitiniai ir istoriniai ypatumai lėmė, jog į Nepriklausomybę atgavusią Lietuvą vietoj psichosocialinių paslaugų plėtros paramos šįkart jau iš Vakarų atkeliavo dar viena biomedicininio modelio plėtros banga. Tai tapo papildomu ir labai svarbiu veiksniu, galėjusiu itin neigiamai paveikti psichikos sveikatos politikos įgyvendinimo procesus Lietuvoje ir visame Vidurio ir Rytų Europos regione.

A. P. Rajkumar ir kt. (2013), apžvelgdami psichikos sveikatos priežiūros paslaugų indikatorius 191 valstybėje ir lygindami juos savižudybių paplitimu su tose valstybėse, prieina provokuojančią išvadą apie atvirkščią koreliaciją: tose valstybėse, kuriose yra daug psichiatrijos paslaugų, paprastai savižudybių rodikliai yra aukšti. Suprantama, kad nei minimos publikacijos autoriai, nei šio tyrimo autoriai tuo visiškai nenori pasakyti, kad aukštus savižudybių rodiklius lemia psichiatrijos paslaugų gausa. Veikia norima paskatinti diskursą apie tai, kad savižudybių prevencijai, kaip ir visai psichikos sveikatos priežiūrai, būtinas daug platesnis požiūris ir diskursas, negu vien tikėtis biomedicininio modelio stebuklais išspėsti tokias problemas kaip aukšti savižudybių rodikliai. Ketinimai savižudybes kaip visuomenės sveikatos reiškinį įveikti vien investuojant į biomedicininių psichiatrijos paslaugų plėtrą, neatitinka šiuolaikinių mokslo požiūrių ir yra gana pavojingi. Tai svarbu žinoti ir apie tai pranešti bei nuolat priminti visuomenei ir politikams. Tokios mokslo žinių siūlomos paradoksalios išvalgos yra ypač aktualios Lietuvai, kurioje psichikos sveikatos politika, kaip ir apskritai sveikatos apsaugos politika, per ilgai užsibuvo perteklinės medikalizacijos ir vienpusio biome-

dicininio modelio dominavimo stadijoje. Aktyvus socialinių mokslų įsitraukimas į visuomenės psichikos sveikatos problemų tyrinėjimą būtų nepaprastai svarbus ir reikalingas.

Paradoksalu yra tai, kad būtent ši psichosocialinio streso sukelta mirtingumo epidemija apėmusi Lietuvą iki šiol. 2011 metais dėl išorinių priežasčių mirė 3720 žmonių (Higienos institutas, 2012), o iš viso per 13 metų (1999–2011 metų laikotarpiu) tokių mirčių Lietuvoje buvo 64 316, tai yra vidutiniškai po maždaug 5000 per metus. Dauguma šių netekčių – tai vidutinio ir net jauno amžiaus žmonės. Iki šiol Lietuvos sveikatos politikoje nesulaukta veiksmingo atsako, nors tarptautinės organizacijos ir ekspertai nedviprasmiškai primena, kad tarp visų mirčių priežasčių lengviausiai pasiduodanti prevencijos priemonėms yra būtent ši mirčių grupė.

Akivaizdu, kad gausus alkoholio vartojimas turi labai svarbų vaidmenį šiame ydingame rate. Viena vertus, piktnaudžiavimas alkoholiu, ypač vyrų, tampa daugelio mirčių ir prastėjančios gyvenimo kokybės priežastimi. Kita vertus, piktnaudžiavimą alkoholiu galima vertinti ir kaip vieną iš bendros prastos visuomenės dvasinės visuomenės būsenos padarinių. Tokie reiškiniai kaip piktnaudžiavimas alkoholiu, nusivylimas savo rinkta valdžia ir valstybe, plačiai paplitusi smurto kultūra, dideli emigracijos srautai, polinkis į save ir kitus naikinantį elgesį yra tarpusavyje susiję prastos visuomenės dvasinės būsenos rodikliai ir reikalauja bendrų valdžios ir visuomenės veiksmų, siekiant nutraukti šių veiksmų tarpusavio poveikio suformuotą ydingą ratą (Chomentauskas, Pūras, Dereškevičiūtė, 2008).

Kitas svarbus psichikos sveikatos politikos komponentas yra **vaikų psichikos sveikata**. Kaip parodė analizė, jau apie 2000–2002 metus buvo identifikuotos svarbiausios spragos bei grėsmės ir sukurtas paslaugų plėtros modelis kaip atsakas, siekiant veiksmingai užpildyti spragas ir atremti kylančias grėsmes. Deja, tolesnė paslaugų plėtra buvo sustabdyta, nepaisant gausėjančių studijų apie tai, kad Lietuvos vaikų psichikos sveikata ir emocinė gerovė yra itin prastos kokybės ir kad būtent ši sritis Lietuvoje tampa prioritetine tarp visų su vaikų sveikata susijusių sričių subjektyvios savijautos srityje. Tai, kad Lietuva ėmėsi ryžtingai įgyvendinti mokslo žiniomis grįstas patyčių prevencijos programas, vertintina daugiau kaip išimtis iš bendros taisyklės, nes kitose vaikų psichikos sveikatos politikos įgyvendinimo srityse proveržis neįvyko. Ypač nepalanki situacija susidarė:

- a) ankstyvosios vaikystės srityje, tęsiant kūdikių namų protegavimo tradicijas ir neplėtojant tinkamų paslaugų šeimoms kaip institucinės globos alternatyvų;
- b) paauglių psichikos sveikatos srityje, kai buvo sustabdyta paslaugų plėtra vaikams, turintiems sunkesnių psichikos sutrikimų (autizmas, dėmesio ir aktyvumo sutrikimai, elgesio sutrikimai, depresija, pirmasis psichozės epizodas, kt.). Būtina atkreipti dėmesį į tai, kad vaikų psichikos sveikatai dar svarbiau negu suaugusiųjų psichikos sveikatai yra stiprinti visuomenės sveikatos intervencijas bei veiksmingas psichosocialines paslaugas, o kaip tik tokių paslaugų plėtra Lietuvoje buvo sustabdyta vos tik joms užsimezgas.

Lietuva kurį laiką buvo viena iš lyderių Vidurio ir Rytų Europos regione diegiant vaikų psichikos sveikatos naujoves. Jau 1993 metais buvo parengtas ir valdžios institucijoms pateiktas veiksmingų bendruomeninių paslaugų plėtros modelis. Tačiau ilgainiui aiškėjo, kad pritrūkus politinės valios žvalgomosioms iniciatyvoms joms nepavyksta įaugti į sistemą. Kadangi dauguma naujoviškų paslaugų buvo remiamos tarptautinių organizacijų ir veikė kaip projektai, iškilo šių paslaugų tęstinumo problema ir reali grėsmė daugumos šių paslaugų tęstinei plėtrai. Vaikų psichikos sveikatos priežiūros paslaugų plėtra buvo sustabdyta apie 1996–1998 metus (susiformavus savivaldybių psichikos centrų tinklui) ir iki šiol neatnaujinama. Panašiai atsitiko su paslaugų vaikams, turintiems raidos sutrikimų, plėtra. Bendruomeninių paslaugų vaikams, turintiems raidos sutrikimų, nepakanka, kad būtų sukurta lygiavertė alternatyva institucinei globai ir kad visi sutrikusios raidos vaikai galėtų gauti tinkamas paslaugas gyvendami šeimoje. Absoliuti dauguma veiksmingų bendruomeninių paslaugų raidos negalią turintiems vaikams vėlgį buvo sukurta pirmajame dešimtmetyje (1990–2010 m.), o vėliau plėtra buvo sustabdyta.

Per du dešimtmečius ne kartą ir įvairiuose lygiuose buvo keliami vaikų psichikos sveikatos aktualumo problema. Pirmajame dešimtmetyje (1990–2000) vyravo sutarimas, kad atkurta nepriklausoma valstybė paveldėjo daug neišspręstų problemų šioje srityje ir kad švietimo, sveikatos, socialinės apsaugos sektoriai kartu su plačiąja visuomene ir visų pirma tėvais turi šias problemas atsakingai spręsti.

Antrasis permainų dešimtmetis buvo kur kas sudėtingesnis ir paslaugų plėtros, ir diskurso požiūriu. Reikėjo aiškaus atsakymo į klausimą – kokiais būdais spręsti gausias vaikų socialinės, emocinės ir kitokios raidos problemas. Palaiapsniui vaikystės politika, kartu ir šeimos politika atsidūrė karštų politinių diskusijų centre ir jame lieka iki šiol.

XX amžiaus paskutiniame dešimtmetyje Lietuva, ratifikavusi Jungtinių Tautų Vaiko teisių konvenciją, ketino ją nuosekliai įgyvendinti, o jau 2000–2012 metais toli gražu ne visos Komiteto rekomendacijos buvo priimanamos visuotiniu pritarimu. Tiek visuomenėje, tiek politikų sluoksnyje stiprėjo nuostatos, oponuojančios tokiai Konvencijos interpretacijai, kokia yra įprasta Europos Sąjungoje ir kitose liberalios demokratijos valstybėse. Paauglių konfliktai su visuomene, tėvų ir vaikų santykiai, požiūris į institucinę globą ir vaikų teisių apsaugos tarnybų veiklą, nepilnamečių apsauga nuo neigiamos informacijos – šios ir kitos su vaikystės ir šeimos politika susijusios problemos tapo įnirtingų diskusijų objektų. Viena vertus, tokios diskusijos buvo pozityvus reiškinys. Tačiau beatsirandančiame diskurse vis labiau išsigalėjo visuomenės atstovų ir politikų požiūriai, kritiškai vertinantys išsivysčiusių valstybių taikomas vaikystės ir šeimos politikas bei praktikas. Kartu vis dažniau buvo siūlomi sprendimai, kurie atvirai oponuoja šiuolaikiniams žmogaus teisių ir vaiko teisių principams, o kartu ir visuomenės psichikos sveikatos stiprinimo principams.

Šiame projekte nebuvo tikslo ir užduočių analizuoti būtent šiuos su vertybėmis susijusius klausimus. Tačiau akivaizdu, kad įgyvendinti šiuolaikinius psichikos sveikatos principus yra sunku (jei apskritai įmanoma) aplinkoje, kurioje stiprėja išpuoliai prieš liberalios demokratijos pamatines vertybes, o politikai sprendimus daro reaguodami vien į moralinės panikos priepuolius.

Visa tai negalėjo neatsiliepti vaikų psichikos sveikatos apsaugos politikos įgyvendinimui. Nuoseklų proaktyvų svarbiausių brandžios vaikystės politikos principų įgyvendinimą ilgainiui pakeitė paviršutiniškas reagavimas į rezonansinius įvykius, kuriuos plačiau aprašydavo žiniasklaida.

Pateiksime porą pavyzdžių, iliustruojančių šį nepalankų kontekstą ir įvykusį politinės valios paralyžių vaikų psichikos sveikatos politikoje ir plačiau apimant – sveikatos ir socialinėje politikoje:

Kėdainių rajono Šėtos miestelyje nusižudžius 9 metų vaikui, vyko nemažai aukšto lygio pasitarimų (taip pat ir Seime), kuriuose Seimo nariai ir kitų lygių politikai ieškojo šios tragedijos kaltininkų. Vykusi diskusija, kuri atsispindėjo žiniasklaidoje, atskleidė, kad tokia reakcija, kokia buvo demonstruojama, prieštarauja šiuolaikiniams psichikos sveikatos politikos ir savižudybių prevencijos principams⁶⁸.

2013 metais visuomenė ir žiniasklaida stipriai reagavo į mergaitės, kuri, turėdama išsekimo požymių, pateko iš didelės vaikų globos įstaigos į ligoninę, istoriją. Politikams, atsakingiems už vaikų globą, tai buvo dar viena galimybė peržiūrėti vaikų globos sistemą Lietuvoje ir imtis seniai subrendusių sisteminių sprendimų vaikų globos paslaugų deinstitutionalizacijos kryptimi. Tačiau ir vėl, kaip ir daug kartų ankstesniais metais, komisijos ėmėsi „gaisro gesinimo priemonių“, atsisakydamos matyti skandalingą įvykį kaip sisteminės nesėkmės požymį⁶⁹.

Iš tokių pavyzdžių galima spręsti, jog kai atsisakoma nuosekliai įgyvendinti šiuolaikiniais principais grįstą (šiuo atveju – vaikystės) politiką, iš esmės susiduriama su prastu pasirinkimu iš dviejų blogybių. Viešais atvejais politikai ignoruoja problemas ir jų apskritai nesprendžia. Kitais atvejais veikiama „gaisro gesinimo“ būdais ir paprastai priimami populistiniai sprendimai, kurie prieštarauja šiuolaikiniams principams ir tik gilina esamas sisteminės problemas.

Lietuvos nesėkmė vaikų psichikos sveikatos politikos įgyvendinimo srityje ypač išryškėja lyginant mūsų šalies situaciją su kitų valstybių politika ir praktika. Tam buvo skirtas CAMHEE projektas, kurį Lietuvos organizacijos 2007–2009 metais vykdė kartu su užsienio partneriais. Šiame projekte pavyko atskleisti di-

68 Internetinė prieiga: <<http://www.delfi.lt/news/daily/lithuania/rdagys-konstitucinio-teismo-sprendimas-atvere-kelia-ir-vaiku-savizudybems.d?id=50130538>>.

69 Internetinė prieiga: <<http://www.balsas.lt/naujiena/720080/tragiska-ventos-coliukes-istorija-kurioje-kaltu-nerasta>>.

džiules spragas, kurias būtina užpildyti siekiant adekvačiai stiprinti vaikų psichikos sveikatą ir išvengti skaudžių padarinių (Puras, Kolaitis, Tsiantis, 2010). Pavyzdžiui, paaikėjo, kad jokios pagalbos negauna vaikai ir tėvai tuomet, kai vienas iš tėvų (o kartais abu) turi psichikos sveikatos sutrikimų. Neretai Lietuvoje tokiais atvejais vaikai atsiduria vaikų globos įstaigoje, o tėvai (jei turi psichikos negalią) – suaugusiųjų globos įstaigoje. Norvegijos, Suomijos ir kitų valstybių patirtis rodo, kad tinkamomis paslaugomis galima stiprinti tėvų kompetenciją ir spręsti problemas neatimant galimybių vaikams augti šeimoje (Solantaus, Puras, 2010).

Prastai sprendžiamos vaikų psichikos sveikatos ir vaikų globos problemos nemažai susijusios su kita problema – didele Lietuvos priklausomybe nuo institucinės globos paslaugų, teikimų ir vaikams, ir suaugusiems asmenims.

Mums pavyko atskleisti, kad atsisakydama naujovių **perėjimo nuo institucinės globos prie bendruomeninių paslaugų srityje** Lietuva pradeda atsilikti jau ir nuo kitų Vidurio bei Rytų Europos valstybių. Keletą kartų per daugiau kaip 20 metų, nepaisant raginimų ir bandymų, nepasinaudota puikiomis galimybėmis imtis esminių permainų ir sukurti veiksmingą alternatyvą didelėms nuolatinės globos institucijoms ir tokiu būdu išvengti liguistos priklausomybės nuo šios itin neefektyvios infrastruktūros. Tokių bandymų būta iš karto atkūrus Nepriklausomybę, kai žiniasklaida padėjo atverti iki tol nežinotą visuomenei sistemą, tuometinės Lietuvos žiniasklaidos įvardytą kaip „gulagų“ sistema. Nepavykus tuo metu, buvo galima sklandžią reformą įvykdyti per ekonominio augimo laikotarpį 2002–2007 metais. Galiausiai, ES struktūrinių fondų parama 2007–2013 metais buvo atvėrusi puikią sistemos nuoseklios transformacijos galimybę. Kaip žinoma iš kitų valstybių patirties, palankiausia tokias sistemines transformacijas įgyvendinti ekonominio augimo laikotarpiu arba turint išorinės paramos galimybių, nes pereinamuoju laikotarpiu tenka ir kurti naują veiksmingų paslaugų infrastruktūrą, ir vis dar išlaikyti dalį senosios infrastruktūros. Tačiau Lietuva nepasinaudojo minėtomis galimybėmis – kaskart sprendimai buvo daromi taip, kad institucinės globos sistema būtų stiprinama, kartu stiprinant paskaitas ja naudotis, o veiksmingoms bendruomeninėms alternatyvoms plėtoti pritrūkdavo politinės valios ir išteklių. Tenka konstatuoti, kad net ES struktūrinių fondų parama daugiausia buvo panaudota ydingo rato mechanizmams stiprinti.

Susidariusią Lietuvos situaciją, per ilgai delsiant pradėti sistemines permainas, galima įvertinti kaip grėsmingą. Dauguma naujųjų ES valstybių narių (Bulgarija, Čekija, Estija, Slovakija, Rumunija ir kitos) ėmėsi politinių sprendimų vyriausybės lygmeniu ir sėkmingai vykdė tiek vaikų globos sistemos transformaciją link bendruomeninių paslaugų šeimoms stiprinimo, tiek psichikos ir proto negalią turinčių suaugusiųjų deinstitutionalizaciją. Taigi, geros praktikos pavyzdžių dabar galima perimti jau ne tik iš ES senbuvių, bet ir valstybių, kurios turėjo vienodas su Lietuva ar net prastesnes starto pozicijas. Lietuvos paradoksas yra tas, kad per 20 metų taip stipriai investavus į tradicinių didelių globos įstaigų sistemą, atsiranda dar viena kliūtis vykdyti permainas. Už dideles ES fondų ir kitas lėšas renovavus pastatus, kuriuose teikiamos nuolatinės globos paslaugos, darosi vis sunkiau tas paslaugas transformuoti. Tai yra dar vienas ydingo rato mechanizmo pavyzdys.

Atlikta analizė leidžia mums identifikuoti ydingo rato mechanizmą.

Nustojus investuoti į veiksmingų paslaugų plėtrą pagal pirmajame permainų dešimtmetyje sukurtus modelius, vis dažniau imta naudotis paveldėta iš ankstesnės infrastruktūros paslaugų sistema (kūdikų ir vaikų globos namai, psichoneurologiniai pensionatai, didelės psichiatrijos ligoninės). Neplėtojant veiksmingų tęstinių prevencinių programų bei lanksčių psichosocialinių paslaugų, grįžo tendencija nebūtinai pagal indikacijas skirti medikamentinį gydymą. Užuot brandžiai sprendus susikaupusias psichikos sveikatos problemas, stiprinama ydinga sistema, kuri linkusi gilinti socialinę atskirtį, stigmą ir bejėgiškumą.

Nepasitvirtina labai paplitusi nuomonė, kad šioms svarbioms problemoms spręsti reikia daugiau laiko ir kad per 20 metų tiesiog pritrūko laiko tokioms sudėtingoms problemoms įveikti. Analizė rodo, kad būtent antrajame permainų dešimtmetyje, po santykinai sėkmingo inovacijų diegimo požiūriu pirmojo dešimtmečio, nepaisant daug geresnių finansinių galimybių, modernių paslaugų plėtra sustabdyta ir įgyvendinant gerai žinomus psichikos sveikatos politikos „namų darbus“ įsivyravo stagnacija, pasireiškianti reformų imitacija.

Galima prognozuoti, kad neįvykus esminių permainų 2014–2020 metais (juo labiau kad tuo laikotarpiu bus naudojamos naujos ES struktūrinių fondų lėšos), tęsis tos pačios nesėkmės, kurios buvo būdingos psichikos sveikatos priežiūros sistemos plėtrai ir visuomenės psichikos sveikatos rodikliams antrame permainų dešimtmetyje ir trečiojo dešimtmečio pradžioje (2001–2013 metų laikotarpiu).

4. SVARBIAUSIŲ PERMAINŲ SIEKIMO MECHANIZMŲ ANALIZĖ

4.1. FINANSINIAI PSICHIKOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SISTEMOS MECHANIZMAI

Net remiantis fragmentiškais vertinimais, Lietuva patiria didelių sąnaudų dėl prastų visuomenės psichikos sveikatos rodiklių. Psichikos sveikatos strategija, kurią patvirtino LR Seimas, numatė sisteminių reformų kryptis. Finansinių duomenų analizė rodo, kad reikšmingos permainos, siekiant efektyvaus išteklių naudojimo, iki šiol (nei iki 2011, nei iki 2013 metų) nevykusios. Kol kas nepavyko sukurti finansinių mechanizmų, kurie reikšmingiau sumažintų institucinės galios vyravimą finansuojant psichikos sveikatos paslaugas ir sukurtų paskatas finansinius išteklius pirmenybiškai nukreipti veiksmingoms visuomenės sveikatos stiprinimo intervencijoms bei bendruomeninėms psichosocialinėms paslaugoms plėtoti.

Skyriuje siekiame įvertinti išlaidas ir išanalizuoti finansinių mechanizmų vaidmenį skatinant psichikos sveikatos politikos įgyvendinimą. Metodai: dokumentų analizė, finansinių duomenų (Lietuvos statistikos departamento, duomenų bazių SVEIDRA ir Higienos instituto sveikatos informacijos centro) statistinė analizė, nagrinėjant valstybės ir savivaldybių asmens sveikatos priežiūros ir socialinės globos įstaigų teikiamų paslaugų finansavimą. Specializuotų asmens sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo vertinimas remiasi PSDF išlaidomis, patiriamomis dėl pacientų, turinčių elgesio ir psichikos sutrikimų (TLK-10 diagnozių kodai F00-F99).

Psichikos sveikatos finansavimą galima nagrinėti skirtingais aspektais. Svarbiausia yra ieškoti to, kas padėtų atsakyti į šiuos klausimus:

- kiek šalis **praranda** dėl blogos psichikos sveikatos;
- kiek **reikia** išteklių sprendžiant blogos psichikos sveikatos problemas.

Pirmasis aspektas – tai ekonominė našta, arba nuostoliai. Taikant išlaidų dėl blogos psichikos sveikatos žymėjimus, pateiktus 22 lentelėje, ekonominės naštos išlaidos – tai tiesioginių ir netiesioginių sąnaudų suma ($A + B$). Valstybės nuostoliai dėl blogos psichikos sveikatos – tai valstybės išlaidų paslaugoms ir priemonėms bei viešųjų transferų suma ($A_v + C$).

Antrasis klausimas atskleidžia išlaidų racionalizavimo aspektą:

- Yra mokslinių įrodymų, pagrindžiančių, kad psichikos sveikatos stiprinimas ir ligų prevencijos srityje nemažai intervencijų visuomenės lygmeniu yra ekonomiškai efektyvios, nes jų „netgi mažas pagerėjimas gali suteikti ženklia naudą visuomenei“ (McDaid, 2011).
- Plačiai pripažinta, kad „įprastas“ – vyraujantis ligoninėse teikiamos stacionarios psichikos sveikatos priežiūros teikimo metodas yra pasenęs ir neefektyvus. „Naujas“ metodas, orientuotas į alternatyvų pagalbos organizavimą bendruomenių lygmeniu dabar yra plačiai pripažintas. Jis siejamas su psichikos ir priklausomybės ligų gydymo integravimu į bendrą sveikatos sistemą (Lim et al., 2008, p. 2). Yra reikšmingų įrodymų, kad didesnis išteklių investavimas į tam tikras psichikos sveikatos sritis ne tik mažina nelygybę, socialinę atskirtį, bet ir atskleidžia efektyvesnę sveikatos bei kitų sektorių išteklių naudojimą (Knapp, McDaid, 2007).

Lietuvos psichikos sveikatos strategijoje (patvirtinta Lietuvos Respublikos Seimo 2007 m. balandžio 3 d. nutarimu Nr. X-1070) buvo pabrėžta, kad:

- investuojant finansinius išteklius vis dar nugalai istoriškai paveldėtas įprotis stiprinti tradicinę paslaugų infrastruktūrą;
- psichikos sveikatos integravimas turi būti lemiamas išteklių investavimo kryptis;
- iš esmės peržiūrėjus psichikos sveikatos priežiūros finansavimą, palengvėtų psichikos sutrikimų sukeliama našta;

22 lentelė. Pagrindinės išlaidų dėl blogos psichikos sveikatos grupės

Išlaidos	Aprašymas	Pastabos ir įrodymai
Tiesioginės sąnaudos (A)	Av – valstybės išlaidos sveikatos priežiūrai	Pavyzdžiui, išlaidų kompensavimas, teikiant sveikatos priežiūros paslaugas iš sveikatos draudimo ir nacionalinio biudžeto; valstybės ir savivaldybių socialinės globos ir kitų socialinių paslaugų finansavimas.
	Kitos pagalbos (pvz., socialiniai globai ir paslaugoms, švietimo paslaugoms ir pan.) priemonės	
	Ap – privačios išlaidos	Pavyzdžiui, pacientų išlaidos vaistams ir priemokos už socialines paslaugas.
Netiesioginės sąnaudos (B)	Tiesioginiai arba netiesioginiai darbo našumo praradimai dėl įvairių nedarbingumo reiškinių, per ankstyvų mirčių; neformalios priežiūros sąnaudos	Depresijos poveikis darbo našumui yra 23 kartus didesnis nei depresijos gydymo išlaidos (Thomas and Morris 2003).
		Visuomenės išlaidos, patirtos dėl suaugusiųjų, kurie vaikystėje turėjo elgesio sutrikimų, buvo reikšmingai didesnės nei patirtos dėl nesirgusių vaikų; greičiausiai baudžiamosios sistemos išlaidos buvo 18 kartų didesnės (Scott et al., 2001).
		Tyrimas Škotijoje, kur įvyksta apie 800 savižudybių per metus, parodė, kad intervencija, kuria galima pasiekti ne mažiau nei 1 proc. savižudybių sumažėjimą, dėl aukštos prarasto gyvenimo vertės gali būti priskiriama prie ekonomiškai efektyviausių sveikatos priežiūros intervencijų (McDaid 2013).
		Be abejo, neformalios priežiūros išlaidos yra didelės, bet dažnai nepastebimos politikų ir praktikų (McDaid, 2001).
Viešieji transferai (C)	Mokėjimai iš valstybinių fondų	Pavyzdžiui, socialinio draudimo išmokos dėl ligos, dėl netekto darbingumo pensijos, laikinojo nedarbingumo pašalpos ir pan.
Privatūs transferai (D)	Privačių draudėjų mokėjimai dėl nedarbingumo	
Gyvenimo kokybės praradimai (E)	Gyvenimo kokybės dėl blogos psichikos sveikatos praradimų vertė	2001 m. 13 proc. visų vidutinės tikėtinos gyvenimo be negalios trukmės praradimų pasaulyje (WHO 2002)*. 1990–2010 metais tikėtinas šių praradimų augimas 37,6 proc. (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2013, p. 48).

Šaltinis: sudaryta autorių, remiantis išlaidų klasifikavimu, pateiktu Lim et al., 2008, p. 6.

* Internetinė prieiga: <<http://www.who.int/healthinfo/statistics/gbdwhoregionylid2002.xls>>.

- būtini apsisprendimai dėl finansinių ir žmogiškųjų išteklių siekiant, kad sistema taptų veiksminga ir racionali.

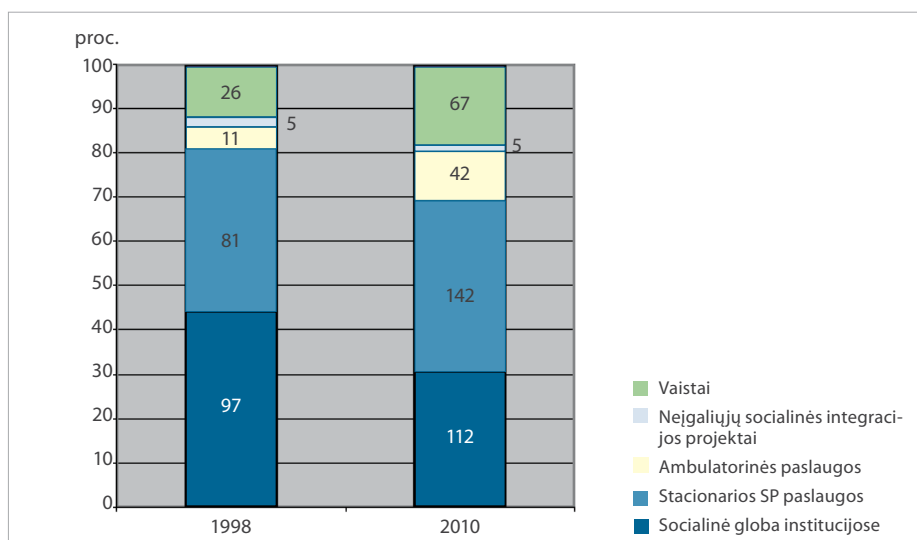
Strategijos uždaviniai susiję su finansavimo pokyčiais, kurie yra būtinos reformų prielaidos. Šie uždaviniai buvo suskirstyti į grupes, tarp jų:

- *Pakankamas* sveikatos programų ir moderniosios bendruomeninės psichikos sveikatos priežiūros finansavimas. *Užtikrinta didėjanti* psichikos sveikatai tenkančio biudžeto dalis sveikatos ir socialinės apsaugos sektoriuose, ypatingą dėmesį skiriant bendruomenei prieinamų ir integruotų į asmens sveikatos priežiūros įstaigas paslaugų teikimui. Psichikos sveikatos priežiūros finansavimas *savivaldybių biudžetų* lėšomis.
- Modernių psichikos sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo *mechanizmo* sukūrimas. Sukurtas skatinantis bendruomeninių paslaugų plėtrą *mechanizmas*.
- Valstybės ir savivaldybių parama psichikos sveikatos stiprinimo ir psichikos sveikatos prevencijos programoms. Finansinių išteklių skyrimas *visoms svarbiausioms* visuomenės psichikos sveikatos problemoms spręsti – priklausomybių nuo alkoholio ir narkotikų, savižudybių, prievartos ir psichikos ligų prevencijai.
- *Subalansuotos* investicijos į veiksmingą prevenciją, gydymą ir reabilitaciją.

Siekdami įvertinti pažangą užtikrinant reformų prielaidas, ieškojome atsakymų į šiuos klausimus:

- Ar didėjo psichikos sveikatai tenkančio biudžeto dalis, sveikatos ir socialinės apsaugos sektoriuose ypatingą dėmesį skiriant bendruomenei prieinamų ir integruotų į asmens sveikatos priežiūros įstaigas paslaugų teikimui?
- Ar psichikos sveikatos priežiūra finansuojama savivaldybių biudžetų lėšomis?
- Kokios yra finansavimo struktūros kryptys ir pobūdis?
- Ar sukurti modernūs finansavimo mechanizmai, kurie skatintų pakeisti investicijų kryptis, kad būtų galima pirmenybiškai plėtoti veiksmingas prevencines ir psichosocialines paslaugas bendruomenės lygmeniu?

1998–2010 metais bendros tiesioginės valstybės išlaidos psichikos sveikatai išaugo 1,9 karto iki 368 mln. Lt. 2010 metų duomenimis, viešųjų transferų socialinėms išmokoms dėl blogos psichikos sveikatos suma sudarytų mažiausiai 138 mln. Lt, apytiksliai įvertinus laikino nedarbingumo išmokų ir netekto darbingumo pensijų (atitinkamų išmokų dalių⁷⁰) sumą. Taigi 2010 metais valstybės našta dėl blogos psichikos sveikatos sudarė mažiausiai 506 mln. Lt. Tiesioginės sąnaudos, įvertinus SGĮ pajamų įmokas ir priemokas kompensuojamiesiems vaistams, 2010 metais sudarė mažiausiai 420 mln. Lt.



11 pav. Išlaidos psichikos sveikatai 1998 ir 2010 metais (mln. Lt ir procentais)

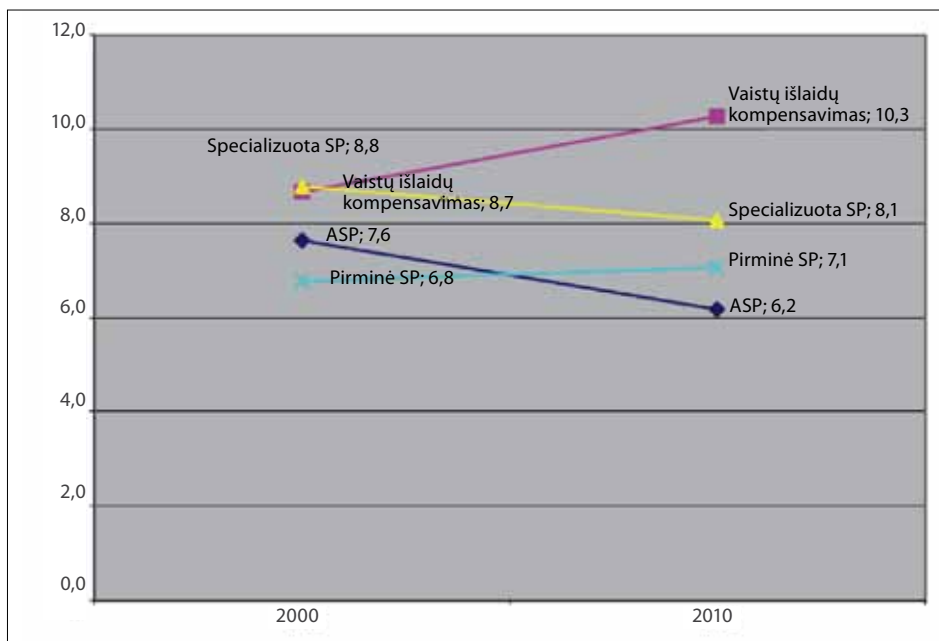
Šaltinis: apskaičiuota autorių pagal Statistikos departamento ir duomenų bazės SVEIDRA duomenis

Asmens psichikos sveikatos priežiūros paslaugoms tenkančio PSDF biudžeto dalis sveikatos sektoriuje 2000–2010 metais sumažėjo nuo 7,6 proc. iki 6,2 proc. Labiausiai mažėjo išlaidų specializuotoms paslaugoms dalis (nuo 8,8 proc. iki 8,1 proc.), o išlaidų kompensuojamiesiems vaistams ir pirminei psichikos sveikatos priežiūrai dalis, priešingai, padidėjo.

Nuo 1998 metų labiausiai (beveik 4 kartus) išaugo išlaidos ambulatorinėms paslaugoms (visų pirma, teikiamoms savivaldybių psichikos sveikatos priežiūros centruose), 2,6 kartus padidėjo išlaidos kompensuojamiesiems vaistams. Dėl šių išlaidų bei išlaidų vaistams augimo, nepaisant 70 proc. ir 20 proc. išlaidų stacionarioms sveikatos priežiūros ir socialinės globos paslaugoms padidėjimo, sumažėjo, bet vis vien išliko didžiausia (nuo 81 proc. iki 69 proc.) stacionariųjų paslaugų (sveikatos ir socialiniame sektoriuose) išlaidų dalis.

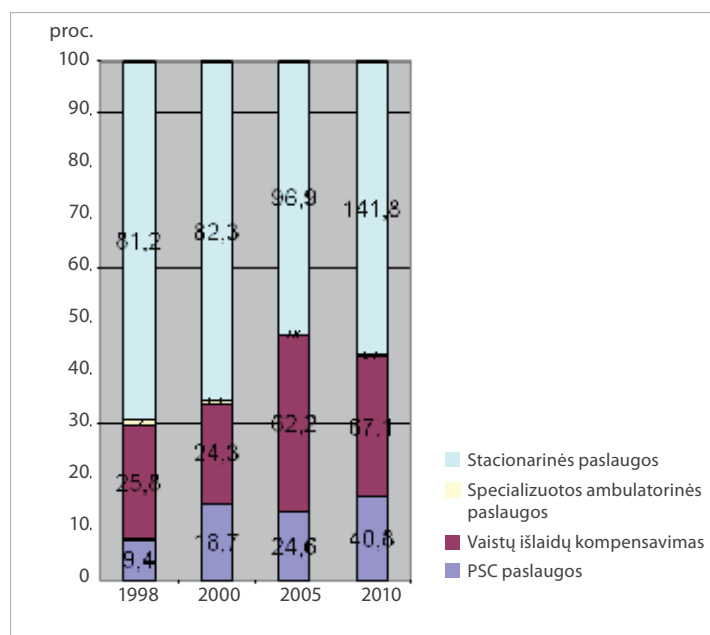
Pažymėtina, kad 2005–2011 metų laikotarpiu daugėjo psichikos ligomis sergančių pacientų, kuriems buvo suteiktos specializuotos paslaugos (ambulatorinės ir stacionarios paslaugos, taip pat paslaugos, suteiktos ligoninėse). Tuo metu specializuotos paslaugos, suteiktos specializuotose ligoninėse, taip pat jose gydytų pacientų skaičius sumažėjo.

⁷⁰ Atitinka darbingo amžiaus asmenų ambulatorinio sergamumo (8,05 proc.) ir pirmą kartą pripažintų neįgaliaisiais (8,44 proc.) dėl psichikos ir sutrikimų asmenų dalis.



12 pav. Psichikos sveikatos priežiūros išlaidos kaip visų išlaidų dalis (procentais)

Šaltinis: apskaičiuota autorių pagal duomenų bazės SVEIDRA duomenis

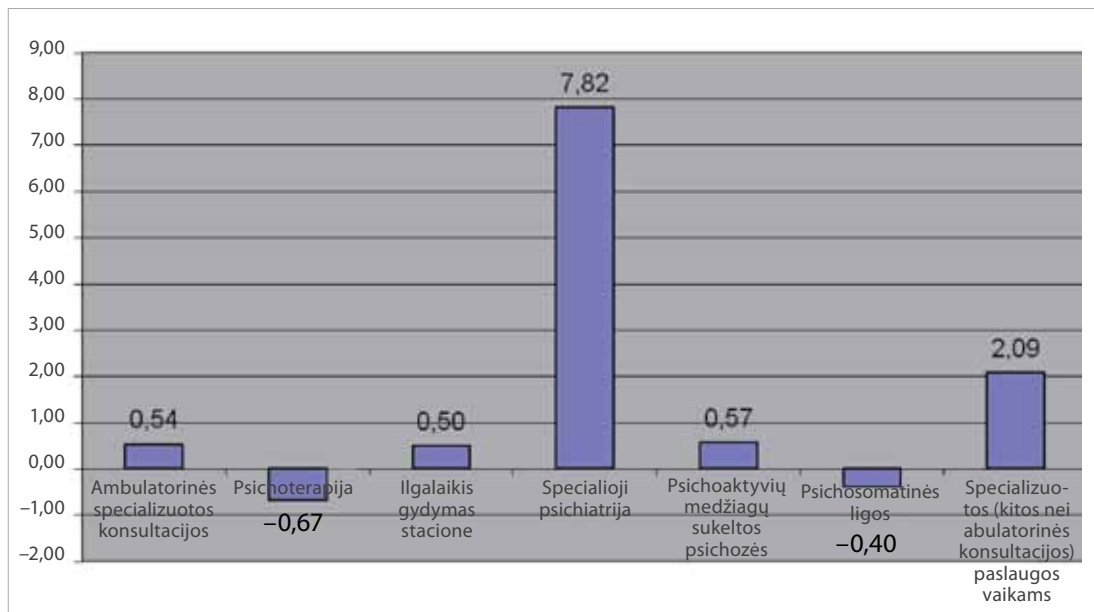


13 pav. Išlaidos psichikos sveikatos priežiūros paslaugoms ir vaistų kompensavimui 1998, 2000, 2005 ir 2010 metais (mln. Lt ir procentais)

Šaltinis: apskaičiuota autorių pagal duomenų bazės SVEIDRA duomenis

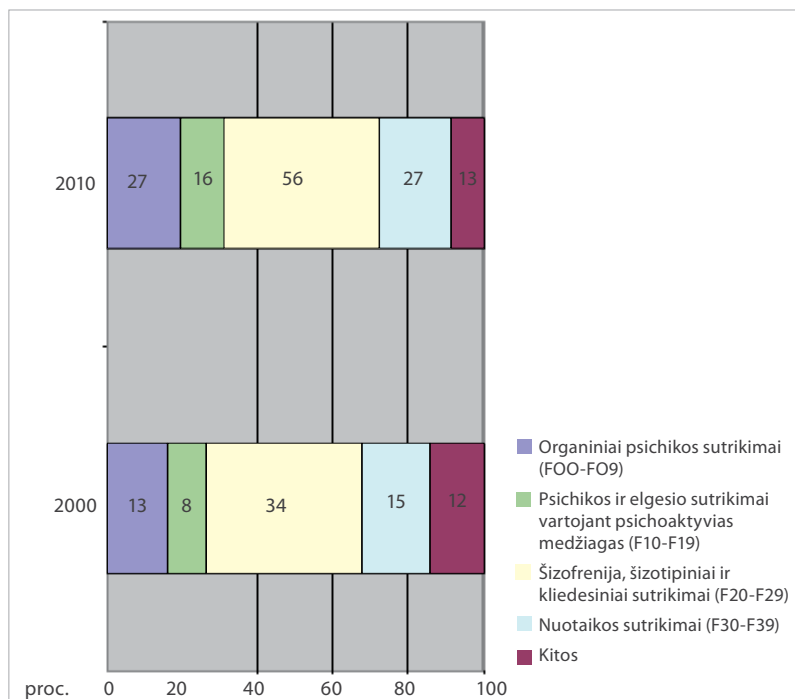
Kaip matyti iš 13 pav., stacionarių paslaugų finansavimo struktūra pagal ligų diagnozių grupes beveik nepakito, o sumažėjo tik kitų nei keturių pagrindinių diagnozių grupių (F00-F09, F10-F19, F20-F29, F30-39) stacionaraus gydymo finansavimas.

2000–2010 metais ne kartą buvo keičiami PSDF finansuojamų paslaugų aprašai ir grupavimas, todėl sunku nuosekliai palyginti visų paslaugų apimtį pokyčius. Tačiau matomi gana ryškūs tam tikrų paslaugų (psichoterapijos, specialiosios psichiatrijos ir paslaugų vaikams) finansavimo svyravimai.



14 pav. Tam tikrų psichikos sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo pokyčiai lyginant 2010 ir 2000 metus

Pastarųjų metų duomenimis, stacionaruose gydytų ligonių ir lovdienių skaičiai mažėjo. Vis dėlto stacionarus psichikos ir elgesio sutrikimų gydymas (atitinkamai ir finansavimas) sudaro reikšmingą dalį, ypač darbingo amžiaus ligonių grupėje. Duomenų bazės SVEIDRA duomenimis, 2012 m. dienos stacionaro atvejų, gydant psichikos ir elgesio sutrikimus, dalis sudarė 0,2 proc. visų atvejų. Galima daryti išvadą, kad santykinai spartesnis ambulatorinių paslaugų finansavimas bent kiek ženkliu nesumažino tiesioginės finansinės naštos dėl stacionarių paslaugų teikimo.



15 pav. Stacionarių psichikos sveikatos priežiūros paslaugų finansavimas 2000 ir 2010 metais

Šaltinis: apskaičiuota autorių pagal SVEIDRA duomenis

23 lentelė. Stacionarių psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimas 2010 ir 2012 metais

	2010 metai						2012 metai		
	Pacientų skaičius	LD skaičius	LD proc.	18–64 m. amžiaus pacientų skaičius	LD skaičius	LD proc.	Pacientų skaičius	LD skaičius	LD proc.
Iš viso	804 096	7 068 004	100	393 864	3 099 801	100	762 276	7 668 497	100
Psichikos ir elgesio sutrikimai (F00–F98)	37 355	892 411	13	28 744	689 027	22	36 625	785 240	10
Demencija (F00–F03)	1 140	54 560	6	439	15 713	1	629	35 186	4
Priklausomybės ligos (F10–F19)	8 090	66 645	7	7 654	62 435	2	8 182	62 752	8
Šizofrenija, šizotipinis ir kliesdesiniai sutrikimai (F20–29)	11 287	399 898	45	10 487	370 563	12	8 735	306 424	39
– iš jų šizofrenija (F20)	7 474	284 236	32	6 918	262 547	8	5 131	202 264	26
Nuotaikos sutrikimai (F30–39)	5 819	161 652	18	4 699	130 921	4	6 147	153 306	20
Raidos sutrikimai (F80–98)	1 584	21 357	2	2	47	0	2 830	37 950	5

Šaltinis: Higienos instituto sveikatos informacijos centras

Nagrinėjant investicijas iš ES struktūrinių fondų, nėra aišku, ar iš tikrųjų siekiama tikslų, kurie suformuluoti tiek tarptautiniuose dokumentuose, tiek Seimo 2007 metais patvirtintoje Psichikos sveikatos strategijoje. Galime kalbėti tik apie bendras tendencijas, nes nėra duomenų apie tai, kaip planuota susieti papildomą finansavimą su strategijos prioritetų įgyvendinimu ir psichikos ligomis sergančių asmenų poreikių tenkinimu. Svetainės www.esparama.lt duomenimis, 2007–2013 metais nestacionarių socialinių paslaugų infrastruktūros plėtrai patvirtinta 160,6 mln. Lt, o stacionarių socialinių paslaugų infrastruktūros plėtrai – 156,8 mln. Lt parama. Sveikatos sektoriuje iš penkių psichikos sveikatos plėtros priemonių tik viena buvo aiškiau orientuota į paslaugų teikimo decentralizavimą ir socialinės atskirties mažinimą. Tai 27 psichikos dienos stacionarų (centrų) įkūrimas, kuriems buvo skirta 34 mln. Lt. Kitoms priemonėms (psichiatrijos stacionaro modernizavimas, psichikos sveikatos priežiūros paslaugų stebėsenos užtikrinimo infrastruktūros modernizavimas, diferencijuotų kompleksinės psichiatrinės pagalbos vaikui ir šeimai centrų įkūrimas bei krizių intervencijos centrų įkūrimas) buvo skirta panaši suma – 34 mln. Lt, o projektai buvo vykdomi didmiesčių ligoninėse.

Taip pat pastebima informacijos stoka, neleidžianti nuosekliai stebėti situacijos, susijusios su siekiamais pokyčiais finansuojant psichikos sveikatą:

- Galimybė visiškai ar iš dalies įvertinti valstybės finansavimą psichikos sveikatos priežiūros srityje atsirado tik įvedus sveikatos draudimo sistemą. Tačiau net PSDF lėšų paskirstymo sistemoje duomenys nėra konsoliduojami.
- Kitose valstybės ir savivaldybės lėšų skirstymo srityse (savivaldybės biudžetai, valstybės prevencijos programos) nuoseklus šių išlaidų stebėjimas nevyksta, faktiniai finansavimo duomenys nėra sistemingai publikuojami (gal iš dalies dėl fragmentiško ir nepakankamo jų finansavimo, kaip buvo pabrėžta ekspertų apklausos metu). Pavyzdžiui, nėra galimybės įvertinti savivaldybių biudžetų lėšų, skirtų bendruomeninių paslaugų finansavimui, įgyvendinant tarpinstitucinę neįgaliųjų socialinės integracijos programą.
- Nebuvo atliktas nė vienas privačių lėšų dalyvavimo finansuojant psichikos sveikatos intervencijas bei medikamentinį gydymą vertinimas.

Psichikos sveikatos srityje yra daug skirtingų finansavimo iš įvairių šaltinių metodų. Pažvelgus į paslaugų finansavimą pagal paslaugų teikėjus ir įvykusius pokyčius, kilo nemažai klausimų, ar šie pokyčiai atitinka strategijos siekius. Pavyzdžiui, bendruomeninės psichosocialinės ir darbinės reabilitacijos įstaigos iki šiol veikia suvaržytos nestabilaus „projektinio“ finansavimo rėmų (o remiantis teikėjų interviu duomenimis, skiriamos savivaldybės biudžeto lėšos yra labai ribotos). Taip pat didėja stacionarios globos įstaigų skaičius. Be to, ilgai buvo neaiški priklausomybės ligų gydymo organizavimo ir finansavimo ateitis ir pan. Kitus pokyčius ar jų nebuvimą taip pat sunku vienareikšmiškai vertinti. Pavyzdžiui, manoma, kad vienodo dydžio mokėjimas paslaugų teikėjams už kiekvieną registruotą vietinį gyventoją neskatina veiksmingų paslaugų plėtros. Lietuvoje sparčiai didėja ne tik savivaldybių, bet ir privačių tokių paslaugų teikėjų tinklas, tačiau nežinoma, kiek šio tinklo plėtra užtikrina geresnę paslaugų teikimą. Todėl abejojama, ar galima iš tikrųjų sėkmingos plėtros pavyzdžiu laikyti tai, kad Lietuvoje veikia daugiau kaip ambulatorines paslaugas teikiančių psichikos sveikatos centrų. Kai kurie apklausti ekspertai dabartinį finansavimo modelį atvirai vadina ydingu.

Daugelį atskirų apmokėjimo metodų taikymo neaiškumų, kai nėra gerai žinomas faktinis išteklių paskirstymas ir panaudojimas visuose lygmenyse ir visų teikėjų atžvilgiu, gali praskaidrinti platesnis požiūris į finansinių mechanizmų visumą ir „modernumą“.

Nesibaigiančioje mokslinėje diskusijoje apie kompleksinių socialinių intervencijų vertinimą tinkamumą ir patikimumą jau pripažinti ne tik eksperimentinio ir kvaziekperimentinio poveikio vertinimo būdai,

24 lentelė. Finansavimo šaltiniai ir metodai

Teikėjai	Šaltiniai	Metodai	Reikšmingi pasiūlos pokyčiai
<i>Socialinis sektorius:</i>			
Neįgaliųjų socialinės globos įstaigos Psichosocialinės ir darbinės reabilitacijos įstaigos Neįgaliųjų socialinės integracijos priemonės	Valstybės ir savivaldybės biudžetai, privačios lėšos ES fondai	Mišrus (sąmatinis ir finansavimas pagal gavėjų skaičių) Paslaugų finansavimas Projektų finansavimas	Stacionarios globos įstaigų skaičiaus augimas
<i>Sveikatos priežiūros įstaigos:</i>			
Ligoninės	PSDF	Gydymo epizodų apmokėjimas	Lovų, hospitalizavimų skaičių ir vidutinės gulėjimo trukmės sumažėjimas Mažesnis specializuotų ligoninių skaičius (nuo 11 iki 3), taip pat 20 ligoninių specializuoti skyriai Naujų paslaugų, teikiamų ligoninėse, atsiradimas (pvz., stebėjimo, priėmimo, trumpalaikio ir iš dalies dienos stacionaro gydymo paslaugos)
Ambulatorinės specializuotos ASPJ	PSDF, privačios lėšos	Apmokėjimas pagal paslaugų (konsultacijų) įkainius, kai apmokoma tik kas trečias apsilankymas pas specialistą	Privataus sektoriaus augimas. Labai ribotas paslaugų teikimas viešajame sektoriuje
PSPC	PSDF	Mokėjimas pagal registruotų vietinių gyventojų skaičių Nuo 2010 m. papildomas mokėjimas už gerus darbo rezultatus: pagal hospitalizacijos dėl šizofrenijos atvejų ir prisirašiusių prie PSC pacientų, kuriems diagnozuota ši liga, santykį	Sparčiai augantis nuo 0 iki 107 ASPJ tinklas, dalinė paslaugų teikimo privatizacija Sparčiai augančios išlaidos vaistų kompensavimui
Priklausomybės ligų centrai	Valstybės biudžetas ir PSDF	Mišrus (sąmatinis ir programinis) finansavimas	Centralizavimas: 5 centrų (didmiesčiuose) perdavimas iš savivaldybių ir apskričių administracijų pavaldumo SAM ir jų sujungimas
SP (įkalinimo įstaigos)	Valstybės biudžetas	Sąmatinis finansavimas	Be esminių pokyčių

bet ir priežastingumo analizės būdai (Leeuw, 2009). Vienos priežastingumo analizės krypties – „realistinių vertinimų“ mokyklos pradininkai (Pawson, 1997) teigia, kad intervencijų efektai priklauso nuo jų įgyvendinimo konteksto ir mechanizmų. Mechanizmas – tai procesas, kai subjektai interpretuoja ir veikia intervencijos specifikos atžvilgiu, taip pat išteklių panaudojimo procesas. Mokėjimo mechanizmo modernumas neatsiejamas nuo šio mechanizmo tikslingumo, kai išteklių panaudojimas atitinka poreikius ir atsižvelgiama į juo pasiekiamus rezultatus (Next steps, 2012).

Kaip matyti iš lentelėje pateikiamos informacijos, nesukurtos skaidrių poreikių ir rezultatų vertinimo sistemos. Vyrauja institucinės galios santykiai pacientų, finansuotojų ir teikėjų sąsajoje, finansavimo mechanizmų stimulai neatitinka pagrindinių reformų tikslų – orientacijos į poreikius ir bendruomeninių paslaugų teikimą (Zechmeister et al., 2002). Tačiau seniai žinoma, kad galios santykių finansinėse struktūrose ignoravimas gali lemti reformų nesėkmę (Goldman et al., 1994).

25 lentelė. Finansavimo mechanizmų panaudojimas

Lygmuo	Mechanizmas	Poreikių nustatymas	Rezultatų vertinimas
Fondai / biudžetai	Nacionalinio biudžeto lėšų pasiskirstymas pagal prioritetus	Trūksta aiškiai ir detalai nustatomų finansavimo prioritetų pagal strategines nuostatas visuose sektoriuose	Taikomi tik populiacijos lygmens demografiniai-epidemiologiniai rodikliai ir paslaugų teikimo mastai. Nėra aiškios faktinės situacijos stebėsenos ir analizės sistemos
	Teritorinis pasiskirstymas	<i>Skirstant lėšas atsižvelgiama į praėjusio laikotarpio faktinį paslaugų vartojimą it šiuos kriterijus: gyventojų skaičių, amžių ir lytį (Sasnauskas 2013)</i>	Nėra.
Tiekėjai	Investicijų (biudžeto ir ES struktūrinių fondų lėšų) kryptingas panaudojimas	Didėjant valstybės planavimo mastui, atsirado daugiau panašumo su sprendimų priėmimu dėl valstybės kapitalo investicijų (reikšminga steigėjų ir teikėjų interesų įtaka)	Netaikomas ekonominio efektyvumo kriterijus, pasirenkant konkrečias intervencijas. Pagal fiskalinės drausmės reikalavimus
	Sutarčių sudarymas	Neaiškūs sutarčių sudarymo kriterijai privačių teikėjų atžvilgiu. Su visais neprivačiais teikėjais be išimties labiausiai imant domėn paslaugų vartojimo mastus: <i>TLK veiklos zonos apdraustiesiems planuojamų suteikti paslaugų kiekis nustatomas atsižvelgiant į visų paslaugų faktinį vartojimą, mažinant vartojimo netolygumus (Sasnauskas 2013), kai numatoma plėtoti kompensuojamąsias paslaugas, kurių TLK veiklos zonos vartojimo rodiklis yra mažesnis 10 proc. (ir daugiau) nei šalies vidurkis,</i> ir materialius pajėgumus: <i>ligų (pagal TLK-10) gydymo, diagnostinių ir gydomųjų technologijų, nurodytų atitinkamo ligų gydymo profilio paslaugų teikimo specialiuosiuose reikalavimuose, spektrą; ASPJ konkrečios rūšies paslaugos teikimo laiką (per parą) (Lietuvos Respublikos sveikatos ministro įsakymai 2009, 2011)</i>	Nėra nei klinikinių, nei atlikimo, nei ekonominio (plačiau vertinant poveikius) efektyvumo rodiklių
	Mokėjimai	Mokėjimas už paslaugų teikimą, atsižvelgiant į valstybės / savivaldybės teikėjų finansinę situaciją. Sunkiai nuspėjama „finansinė ateitis“. Nėra aiškios ir pagrįstos paskatų sistemos	Netaikomi nei klinikiniai, nei atlikimo rodikliai, išskyrus paslaugų apimčių lubas

Psichikos sveikatos paslaugų finansavimo pokyčiai neužtikrino reikšmingų paslaugų apimties ir struktūros permainų. Nebuvo sukurti nuoseklūs finansiniai mechanizmai, kurie leistų suteikti realų prioritetą veiksmingoms prevencinėms intervencijoms ir psichosocialinėms paslaugoms bendruomenės lygmeniu bei nebeskatintų ydingais principais palaikomų institucinės globos paslaugų pertekliaus.

Tai, kad Lietuvoje nepavyko įvykdyti esminio proveržio nė vienoje svarbių psichikos sveikatos politikos sričių, labai susiję su ydingais sistemos finansavimo mechanizmais, kurie neskatina naujoviškų prevencinių gydomųjų ir reabilitacinių paslaugų plėtros ir palaiko per daug institucionalizuotą ir medikalizuotą psichikos sveikatos priežiūros sistemą.

4.2. NEPRIKLAUSOMOS ŽMOGAUS TEISIŲ APSAUGOS IR STEBĖSENOS MECHANIZMŲ PLĖTRA

Žmogaus teisių teorija pripažįsta faktą, kad tai, kaip laikomasi pagarbos žmogaus teisėms, yra veikiamą nuolatatos kintančios, dinamiškos socialinės aplinkos. Įvairios žmogaus teisių negerbimo ar konkrečių pažeidimų apraiškos egzistavo ir egzistuoja visuomenėje visais laikais. Todėl reikia nuolatatos peržiūrėti ir stebėti žmogaus teisių įgyvendinimą visuomenėje, kuriant tam efektyvius žmogaus teisių stebėsenos bei pažeidimų prevencijos mechanizmus.

Pasaulyje pagarbos bei teisių apsaugos svarba visų žmonių atžvilgiu tampa vis aktualesnė. Priimamos naujos tarptautinės žmogaus teisių konvencijos bei kiti tarptautiniai dokumentai⁷¹, kurie vis labiau stiprina pažeidžiamų grupių asmenų apsaugą.

Egzistuoja įvairūs tiek nacionaliniu, tiek tarptautiniu mastu taikomi mechanizmai, kurie leidžia stebėti bendrą žmogaus teisių įgyvendinimo situaciją ir atskirų socialinių grupių teisių padėtį.

Tarptautiniu mastu pripažinta, jog nepriklausoma žmogaus teisių stebėseną yra geriausia prevencinė priemonė žmogaus teisėms uždaro tipo įstaigose užtikrinti.

Žmogaus teisių stebėseną – tarptautiniu mastu pripažintas metodas, kuris naudojamas atskleisti žmogaus teisių pažeidimus ir skatinti atsakomybę už šių pažeidimų įvykdymą. Tai tikslingas, kryptingas tam tikrų reiškinių, susijusių su žmogaus teisių pažeidimais (apribojimais) ieškojimas, aptikimas ir vertinimas. Žmogaus teisių stebėseną yra nukreipta gauti objektyvią, pagrįstą informaciją apie vyriausybės, viešo ir privataus sektorių žmogaus teisių užtikrinimo praktikas, siekiant advokacijos ir žmogaus teisių apsaugos ateityje tikslų (angl. *The advocated for human rights, undated*).

„Stebėseną“ yra labai platus terminas, apibrėžiamas kaip aktyvus informacijos rinkimas, jos patvirtinimas ir neatidėliotinas panaudojimas siekiant spręsti žmogaus teisių problemas.

Žmogaus teisių stebėseną apima informacijos apie tam tikrus incidentus rinkimą, įvykių stebėjimą (rinkimai, teismo procesai, demonstracijos, kt.), lankymąsi tam tikrose vietose, kuriose apribojama asmenų laisvė, nuolatinės diskusijos su atsakingomis institucijomis siekiant gauti informaciją ir inicijuoti teisių atkūrimo priemones. Stebėseną taip pat turi atitinkamai laiko požymį, nes dažniausiai yra vykdoma tam tikrą ribotą laiką.

Žmogaus teisių stebėseną yra pagrindinis metodas siekiant užtikrinti tarptautinių ir nacionalinių teisės normų bei standartų įgyvendinimą. Stebėsenos metu yra stebima bei fiksuojama atitinkama realybė, kuri vėliau lyginama tiek laiko atžvilgiu, tiek vertinant, kiek ta realybė atitinka nacionalinius teisės aktus bei politiką, tarptautinius standartus (tokius, kokie įtvirtinti Jungtinių Tautų konvencijose). Tik tuomet, kai realybė yra stebima bei vertinama konkrečių standartų atžvilgiu, stebėtojai gali įvertinti, ar tarptautiniai standartai bei nacionaliniai teisės aktai yra tinkamai įgyvendinami.

Privalomas žmogaus teisių stebėsenos mechanizmas, kaip kankinimo ar kitokio nežmoniško ar žeminančio elgesio prevencija ar kitokių teisės pažeidimų prevencija, yra įtvirtintas keliuose tarptautiniuose

71 OPCAT; JT Neįgaliųjų teisių konvencija. Internetinė prieiga: <<http://www.socmin.lt/index.php?1381935161>>.

dokumentuose. Valstybės, atitinkamų tarptautinių dokumentų narės, yra įpareigosos sukurti nacionaliniu mastu mechanizmus, kurie leistų stebėti visų jose gyvenančių asmenų žmogaus teisių situaciją bei užtikrintų šių asmenų teisių apsaugą. 2002 metų gruodžio 18 dieną priimtas ir 2006 metų birželio 22 dieną įsigaliojęs Jungtinių Tautų Konvencijos prieš kankinimą ir kitokio žiauraus, nežmoniško, žeminančio elgesio bei bausmių taikymo uždraudimą papildomasis protokolas (OPCAT) įtvirtina privalomą nuolatinį nepriklausomą prevencinį žmogaus teisių stebėjimo mechanizmą (NPM), skirtą prevenciškai stebėti žmogaus teises uždarose institucijose (MDAC Inspect report, 2006).

2006 metų gruodžio 13 dieną priimta bei 2008 metais įsigaliojusi JT Neįgaliųjų teisių konvencija (Konvencija) taip pat reikalauja, kad nepriklausomos institucijos veiksmingai kontroliuotų visas neįgaliesiems skirtas priemones ir programas, siekiant užkirsti kelią visų formų išnaudojimui, smurtui ir prievartai atsirasti.

Europos Tarybos Konvencija prieš kankinimus ir kitokį žiaurų, nežmonišką, žeminantį elgesį bei bausimą (2007) draudžia kankinimus bei kitokį nežmonišką, žeminantį elgesį visų sulaikytų asmenų atžvilgiu. Ši Konvencija taikytina toms vietoms, kuriose asmenys laikomi areštuoti, yra įkalinti nuosprendžiu už padarytą nusikaltimą, yra sulaikyti administracine tvarka, internuoti dėl medicininių priežasčių ar kur viešosios valdžios sprendimu yra laikomi nepilnamečiai.

Europos Taryba yra priėmusi rekomendacijas dėl negalią turinčių žmonių teisių stebėsenos bei sveikatos priežiūros skatinimo kaip vieno iš pagrindinių principų (Council of Europe. Recommendation CM/Rec, 2009, p. 3).

Deja, žmogaus teisių stebėseną, siekiant nustatyti pažeidimus bei užkirsti kelią kankinimui, nežmoniškam elgesiui bei bausimui sveikatos priežiūros įstaigose yra iki šiol retai taikoma.

Sveikatos priežiūros įstaigos turėtų būti tos vietos, kuriose realizuojamos žmogaus teisės. Ironiška, tačiau kai kurie žiauriausi žmogaus teisių pažeidimai, neretai prilygstantys kankinimui ar kitokiam žiauriam, nežmoniškam ar žeminančiam elgesiui, ir diskriminacija psichosocialinės negalios, sutrikusio intelekto bei priklausomybės ligomis sergančių asmenų yra patiriami būtent sveikatos įstaigose (WHO Quality Rights Toolkit, 2012). Kaip nurodyta tarptautinėse sutartyse (CRPD), valstybės turi vykdyti savo įsipareigojimus bei užtikrinti negalią turinčių žmonių teisę gyventi bendruomenėje ir čia gauti reikiamas paslaugas (CRPD, 19 str.). Tačiau, kol šie įsipareigojimai yra neįgyvendinami, valstybės turi užtikrinti, kad sveikatos paslaugų įstaigose (psichiatrijos ligoninėse, socialinės globos namuose) gyvenančių ar tokias paslaugas bendro tipo įstaigose gaunančių asmenų teisės būtų gerbiamos bei užtikrinamos. Pagarba bei žmogaus teisių apsauga nebus užtikrintos tol, kol nebus atskleistas šioms institucijoms būdingas nematomumo šydas. O tai geriausiai gali padaryti nepriklausoma stebėseną (nepriklausomi kontrolės mechanizmai), kurių nesant aplaidumas bei smurtas tęsis, išliks nepastebimas ir nebaudžiamas (MDAC Inspect report, 2006).

Paminėtina, kad pastaruoju metu buvo keletas iniciatyvų parengti bendrą priemonę (angl. *tool*), skirtą įvairiems stebėsenos subjektams, siekiant įvertinti ir pagerinti psichikos sveikatos ir socialinės globos įstaigose teikiamų paslaugų kokybę bei žmogaus teisių padėtį (ITHACA Toolkit, 2008; WHO Quality Rights Toolkit, 2012). Psichosocialinės negalios asmenims teikiamos sveikatos priežiūros stebėseną yra būtina, siekiant matyti visą šios pažeidžiamos grupės asmenų žmogaus teisių padėtį. Įvertinimas yra svarbus ne tik atkurti pažeistas teises bei atlyginti padarytą žalą, bet ir užtikrinti efektyvias bei kokybiškas paslaugas ateityje. Be to, sveikatos priežiūros paslaugų kokybės bei žmogaus teisių įvertinimo rezultatai ir rekomendacijos gali užtikrinti, kad ateityje socialinė politika, jos planavimas ir teisės aktų priėmimas gerbtų ir skatintų žmogaus teisių apsaugą, o pačios paslaugos atitiktų paslaugų vartotojo poreikius, skatintų jo autonomiją, orumą bei savirealizaciją (WHO Quality Rights Toolkit, 2012).

Žmogaus teisių stebėseną gali užsiimti įvairaus pobūdžio subjektai. Tai gali būti specialiai žmogaus teisių stebėsenos funkcijai sukurti organai, bendrosios bei specializuotos žmogaus teisių institucijos, taip pat nevyriausybinės organizacijos. Šie subjektai gali vykdyti tiek bendrą žmogaus teisių stebėseną, tiek atskirų grupių teisių užtikrinimą ar specifinių teisių įgyvendinimo aspektus. Yra keletas itin aktyvių tarptautinių nevyriausybinių organizacijų, kurios užsiima nepriklausomu žmogaus teisių stebėjimu psichikos sveikatos srityje, t. y. atlieka stebėseną įvairiose psichiatrinį gydymą teikiančiose įstaigose (psichiatrijos ligoninėse, socialinės globos įstaigose). Tokios organizacijos kaip Tarptautinės negalios teisės (*Disability Rights International*)

(DRI, undated), Psichikos negalios atstovavimo centras (*Mental Disability Advocacy Centre*) (MDAC, undated) bei Globali iniciatyva psichiatrijoje (*Global Initiative on Psychiatry*) (GIP, undated) yra pateikusios ne vieną ataskaitą apie žmogaus teisių padėtį psichikos sveikatos įstaigose.

Kai kurios tarptautinės bei regioninės institucijos turi mandatą stebėti žmogaus teisių situaciją laisvės apribojimo vietose. OPCAT įsteigtas JT Kankinimų ir kitokio žiauraus, nežmoniško, žeminančio elgesio bei baudimo pakomitetas (SPT) turi įgaliojimus lankytis laisvės atėmimo vietose, įskaitant psichikos sveikatos priežiūros ir socialinės globos įstaigas, tose šalyse, kurios yra ratifikavusios OPCAT. Panašiai Europos Tarybos Konvencijos prieš kankinimus ir kitokį žiaurų, nežmonišką, žeminantį elgesį bei baudimą (2007) įsteigtas Komitetas (CPT) gali inspektuoti bet kurią valstybių narių jurisdikcijoje esančią asmenų, kuriems valstybės vardu yra atimta laisvė, laikymo vietą. Komiteto užduotys yra išskirtinai prevencinio pobūdžio. Komitetas organizuoja vizitavimus ir, jei būtina, vizitavimo metu išsiaiškintų faktų pagrindu formuoja rekomendaciją siekiant stiprinti asmenų, kuriems atimta laisvė, apsaugą nuo kankinimo ir nežmoniško ar žeminančio elgesio ar baudimo. Galima inspektuoti bet kurias asmenų, kuriems atimta laisvė, laikymo vietas (įskaitant psichikos sveikatos centrus, socialinės globos įstaigas, reabilitacijos centrus, pabėgėlių centrus ir t. t.).

Tiek SPT, tiek CPT yra sudaryti iš nepriklausomų ekspertų ir abu pateikia rekomendacijas šalims dėl efektyvių priemonių, siekiant išvengti kankinimų bei netinkamo elgesio. Pažymėtina, kad CPT yra priėmusi specifinius standartus dėl „priverstinio paguldymo į psichiatrijos įstaigas“ (CPT 8-oji bendroji veiklos ataskaita, 1998) bei dėl „savaržymo priemonių suaugusiųjų psichiatrijos institucijose“ (CPT 16-oji bendroji veiklos ataskaita, 2006).

Paminėtina, kad pastaruoju metu yra stiprinama nepriklausoma žmogaus teisių stebėseną ne tik tarptautiniu mastu, bet atsiranda įpareigojančios nuostatos dėl nepriklausomos stebėsenos mechanizmų sukūrimo bei įtvirtinimo nacionaliniu lygmeniu. OPCAT yra pirmasis žmogaus teisių dokumentas, kuris imperatyviai nurodo valstybėms steigti nepriklausomas žmogaus teisių stebėsenos struktūras (mechanizmą) nacionaliniu mastu ir nepalieka šios teisių stebėjimo funkcijos vien tik tarptautinių institucijų kompetencijai, padaro jas papildančias viena kitą. Nepriklausomas stebėsenos mechanizmas (NSM) gali būti naujai įsteigta ar egzistuojanti struktūra, kuri užsiimtų NSM funkcijomis, o svarbiausia – būtų nepriklausoma nuo vyriausybės įtakos, ir kuriai būtų skirti adekvatūs išteklių efektyviai atlikti pavestas funkcijas, taip pat suteikti atitinkami įgaliojimai lankytis visose laisvės apribojimo vietose, gauti visą reikiamą informaciją ir turėti galimybę privačiai bendrauti su asmenimis, kuriems laisvė yra apribota⁷². Tokios nacionaliniu mastu sukurtos nepriklausomos institucinės struktūros atlieka itin svarbų vaidmenį, nes jos turi galimybę reguliariai, nepriklausomai ir prevenciškai stebėti psichikos sveikatos ir socialinės globos įstaigas, siekiant ne tik užtikrinti jose esančių žmonių teises, bet ir paskatinti tam tikrus socialinius pokyčius (Open Society Foundation, 2012b).

Šiuo metu prie OPCAT yra prisijungusios 90 šalių: 21 valstybė prie šio dokumento yra prisijungusi pasirašydama, o 69 šalys yra ratifikavusios šį tarptautinį žmogaus teisių dokumentą. OPCAT yra ratifikavusios tokios valstybės kaip Armėnija, Azerbaidžanas, Kazachstanas, Kirgizstanas, Gruzija, Ukraina, Lenkija, Estija bei nemažai Afrikos šalių. 51-oje šalyje jau yra įsteigti ir veikia nacionaliniai prevenciniai mechanizmai, kurie tapo svarbiu įrankiu įgyvendinant žmogaus teisių apsaugą ir vykdant stebėseną uždaro tipo įstaigose.

4.2.1. NEPRIKLAUSOMA ŽMOGAUS TEISIŲ STEBĖSENA LIETUVOS PSICHIKOS SVEIKATOS SISTEMOJE

Įžvalgų apie neigiamas žmogaus teisių apsaugos uždaroje institucijose tendencijas Lietuvoje galima rasti ne vienoje nacionaliniu mastu pateiktoje žmogaus teisių apsaugos analizėje⁷³. Tam, kad būtų išvengta įvairių piktnaudžiavimo, nepriežiūros ar prievartos atvejų teikiant psichikos sveikatos priežiūros paslaugas minėto-

⁷² Kankinimų prevencijos asociacija (Association for prevention of torture). Internetinė prieiga: <<http://www.apr.ch/en/national-preventive-mechanisms-npms/>>

⁷³ Žmogaus teisių stebėjimo instituto leidžiamos Žmogaus teisių įgyvendinimo Lietuvoje apžvalgos. Internetinė prieiga: <<http://www.hrmi.lt/>>; Žmogaus teisių stebėsenos uždaroje psichikos sveikatos priežiūros bei globos institucijose bei Vaiko teisių padėties Lietuvos stacionariose globos ir ugdymo įstaigose ataskaitos. Internetinė prieiga: <http://www.gip-vilnius.lt/wp/?page_id=32>.

se institucijose, reikalingas nuolat veikiantis nepriklausomas žmogaus teisių padėties stebėjimas. Deja, Lietuvoje šiuo metu nėra vienos nepriklausomos stebėsenos institucijos, kuriai būtų priskirta atsakomybė už pacientų teises, jų priežiūrą, kontrolę, skundų svarstymą, nepriklausomą situacijos analizę, šios srities teisės aktų iniciatyvos teisę ir pan.

Šiuo metu Lietuvoje žmogaus teisių apsaugą vykdo Seimo kontrolieriai, Lygių galimybių kontrolierius, Vaiko teisių kontrolierius, Žurnalistų etikos inspektorius, Valstybinė duomenų apsaugos inspekcija. Šioje srityje dirba Seimo Žmogaus teisių komitetas, įvairius žmogaus teisių aspektus įgyvendina ministerijos. Lietuvoje taip pat aktyviai veikia per 50 nevyriausybiinių organizacijų, tačiau nėra institucijos, atliekančios išsamius ir nuoseklius žmogaus teisių būklės stebėjimus. Nuo 2011 metų vyksta diskusijos dėl nacionalinės žmogaus teisių institucijos, atitinkančios Jungtinių Tautų Generalinės asamblėjos patvirtintus nacionalinių žmogaus teisių institucijų principus (sutrumpintai vadinamus Paryžiaus principais) steigimo Lietuvoje klausimo. Pagal Paryžiaus principus nacionalinė žmogaus teisių institucija turi vykdyti šias funkcijas: 1) atlikti nuolatinę žmogaus teisių stebėseną; 2) teikti patarimus valdžios įstaigoms žmogaus teisių klausimais, įskaitant dėl teisės aktų projektų ir galiojančių teisės aktų; 3) vykdyti žmogaus teisių sklaidą ir visuomenės švietimą žmogaus teisių klausimais; 4) bendradarbiauti su kitomis institucijomis tarptautiniu lygmeniu; 5) rengti žmogaus teisių padėties ataskaitas; 6) siekti nacionalinės teisės suderinimo su tarptautiniais įsipareigojimais žmogaus teisių srityje ir kt. Remdamasis šiais principais, Tarptautinis žmogaus teisių institucijų koordinavimo komitetas vykdo nacionalinių žmogaus teisių institucijų akreditavimą. 2011 metų rugsėjo 21 dienos Seimo valdybos sprendimu Nr. SV-S-1295 buvo sudaryta darbo grupė Seimo kontrolierių įstaigos veiklos reglamentavimui tobulinti. Šios darbo grupės buvo svarstomi du galimi sprendimo būdai: visiškai naujos nacionalinės žmogaus teises ginančios institucijos steigimas arba Lietuvos Respublikos Konstitucijoje įtvirtintos Seimo kontrolierių įstaigos pagrindu sukurtos nacionalinės institucijos steigimas. Atsižvelgiant į esamą padėtį, nutarta, kad Lietuvai nenaudinga kurti naują nacionalinę žmogaus teisių instituciją, bet būtina patobulinti jau esamus teisės aktus ir išplėsti Lietuvos Respublikos Seimo kontrolierių įstaigos funkcijas bei nustatyti Paryžiaus principus atitinkantį institucijos veiklos teisinį reglamentavimą. Todėl 2012 m. liepos 3 d. darbo grupės parengtas projektas dėl Lietuvos Respublikos Seimo kontrolierių (ombudsmenų) įstatymo naujos redakcijos⁷⁴. Deja, iki šiol šis įstatymo projektas nėra priimtas, o Lietuva vis dar neturi nacionalinės žmogaus teisių institucijos.

Taip pat Lietuva tik 2013 metais ryžosi ratifikuoti Konvencijos prieš kankinimą ir kitokį žiaurų, nežmonišką ar žeminantį elgesį ar baudimą fakultatyvų protokolą – sutrumpintai vadinamą OPCAT⁷⁵. Jam įsigaliojus 2014 m. sausio 1 d., Seimo kontrolierių įstaiga yra laikoma nacionaline prevencijos institucija pagal Konvencijos prieš kankinimą ir kitokį žiaurų, nežmonišką ar žeminantį elgesį ar baudimą fakultatyvų protokolą. Tačiau iki šiol skirtingos valdžios institucijos tik pagal savo kompetenciją fragmentiškai vykdo joms pavaldžių uždaro tipo įstaigų (policijos areštinių, tardymo izoliatorių, įkalinimo įstaigų, psichiatrijos ligoninių, socialinės globos namų) veiklos priežiūrą. Paminėtina, kad siekiant užtikrinti laisvės atėmimo vietoje, psichiatrijos įstaigose ir kitose panašiose institucijose esančių asmenų teisių apsaugą, Lietuvos Respublikos Seimo kontrolierių įstaigoje dar 2008 m. lapkričio 5 d. įkurta Žmogaus teisių padėties uždaroje laisvės apribojimo institucijose stebėtojų grupė. 2013 metais šis Lietuvos Respublikos Seimo kontrolierių įstaigos padalinys pervadintas Žmogaus teisių biuru (toliau vadinama – Biuras) ir jam pavesta užtikrinti Lietuvos Respublikos Seimo kontrolierių funkcijas viešinant ir ginant žmogaus teises ir laisves, atliekant šių teisių padėties stebėseną ir analizę, siekiant atkurti pažeistas žmogaus teises ir neleidžiant atsirasti naujiems teisių pažeidimams, taip pat sprendžiant informacijos apie žmogaus teises sklaidos, švietimo, stebėsenos, bendradarbiavimo nacionaliniu ir tarptautiniu lygmeniu ir kitus nacionalinei žmogaus teisių institucijai bei nacionalinei prevencijos institucijai priskiriamus klausimus. Paminėtina, kad nuo savo veiklos pradžios šis Seimo kontrolierių įstaigos padalinys nemenką dėmesį skyrė psichiatrinių ligoninių bei socialinės globos įstaigų asmenų žmogaus teisėms užtikrinti. Be skundų, gautų iš šių įstaigų pacientų / klientų, nagrinėjimo, žmogaus teisių stebėtojų grupė 2009 metais atliko žmogaus teisių padėties Veisiejų pensionate stebėseną,

74 Lietuvos Respublikos Seimas, Žmogaus teisių komitetas. Internetinė prieiga: <http://www3.lrs.lt/pls/inter/www_tv.show?id=126360,8615,86>.

75 Lietuvos Respublikos Seimo įstatymas Dėl Konvencijos prieš kankinimą ir kitokį žiaurų, nežmonišką ar žeminantį elgesį ar baudimą fakultatyvaus protokolo ratifikavimo, Nr. XII-630, *Valstybės žinios*, 2013, Nr. 130-6619.

bendradarbiavo įgyvendinant tarptautinį ITHACA projektą, kurio metu apėmė penkias psichikos sveikatos priežiūros įstaigas. 2010 metais, tęsdama žmogaus teisių padėties stebėseną, apėmė visas 11-a psichiatrijos įstaigų ir buvo savo iniciatyva atliko tyrimą „Dėl psichikos negalią turinčių asmenų teisių į teisminę gynybą, kai svarstomi jų priverstinio hospitalizavimo ir gydymo klausimai“. Atlikus tyrimą ir įvertinus padėtį 11-oje psichiatrijos įstaigų, buvo nustatyta, kad labai trūksta teisinio reglamentavimo – iki šiol nėra patvirtintos išsamios priverstinio hospitalizavimo ir gydymo procedūrą reglamentuojančios tvarkos, kuri būtų vieno- da ir privaloma visoms psichiatrijos įstaigoms. Be to, tyrimas atskleidė, kad priverstinai hospitalizuojami pacientai ne visuomet laiku ir išsamiai informuojami apie jų priverstinį hospitalizavimą ir gydymą. Jiems retai pranešama apie teisę į valstybės garantuojamą teisinę pagalbą. Psichiatrijos įstaigos administracija ne visuomet informuoja pacientą apie kreipimąsi į teismą dėl jo priverstinio gydymo pratęsimo ir kitus atlieka- mus veiksmus. Be to, priverstinai hospitalizuojami pacientai beveik neinformuojami apie galimybes apskųsti administracijos veiksmus, tačiau visa tai gali sudaryti prielaidas pažeisti jų teisę į teisminę gynybą. Atliktas tyrimas parodė, kad nors Psichikos sveikatos priežiūros įstatyme įtvirtinta paciento teisė būti išklausytam ir dalyvauti teisme, kai sprendžiami jo priverstinio hospitalizavimo ir gydymo pratęsimo klausimai, bet realiai nėra nustatytas mechanizmas, kaip tai turi būti daroma. Todėl šiuo metu psichiatrijos įstaigų administracijos neinformuoja paciento apie šią teisę, neklausia paciento nuomonės apie jo norą dalyvauti teisme, kai spren- džiami jo priverstinio hospitalizavimo ir gydymo pratęsimo klausimai, nėra numatyta, kas ir kaip turėtų pri- statyti pacientą teisėjui.

Pažymėtina ir viena pastarųjų Biuro atliktų žmogaus teisių stebėsenų – tai 2013 metų vizitas viešojoje įstaigoje Rokiškio psichiatrijos ligoninėje ir joje hospitalizuotų pacientų teisių apribojimų ir kitų suvaržymų taikymo tyrimas.

Vis dėlto nesant teisinio įpareigojimo Seimo kontrolierių įstaigai, vadovaujantis tarptautiniais reika- lavimais (pvz., OPCAT), nuolatos vykdyti žmogaus teisių stebėseną, pastaroji tik nedidele apimtimi ir fra- gmentiškai vykdo laisvės atėmimo vietų stebėseną.

Todėl galima daryti išvadą, kad Lietuvoje nevykdoma prevencinė žmogaus teisių stebėseną, o kartu nestebima ir neužtikrinama itin pažeidžiamų asmenų – neįgaliųjų, įskaitant psichikos ar proto negalią tu- rinčių asmenų, teisių apsauga. Nuo sovietinių laikų įtvirtinta uždaro tipo institucijų (psichiatrijos ligoninių, pensionatų) sistema bei minėtų teisinių priežiūros priemonių nebuvimas skatina pažeidimų pakartotinumą ir sukuria abejingumo, atsakomybės bei kontrolės nebuvimo atmosferą. Apie tokios kontrolės sistemos at- siradimą bei konkrečių itin probleminių žmogaus teisių apsaugos užtikrinimą rekomendacijų yra pateikęs Europos komitetas prieš kankinimą ir kitokį žiaurų, nežmonišką ar žeminantį elgesį ir baudimą (CPT)⁷⁶.

CPT vizitai Lietuvoje buvo vykdyti 2000 m., 2004 m., 2008 m., 2010 m. ir 2012 m. Tačiau psichikos sveikatos priežiūros įstaigos Lietuvoje apėmė tik trijų vizitų metu. 2004 m. Lietuvoje lankydami CPT ekspertai apėmė Kauno psichiatrijos kliniką, 2008 m. Rokiškio psichiatrijos ligoninę ir Skemų so- calinės globos namus, o 2012 m. buvo apėmė didžiausia Lietuvos stacionari psichikos sveikatos prie- žiūros įstaiga – Respublikinė Vilniaus psichiatrijos ligoninė. Pažymėtina, kad be išimties visose CPT vizi- tų Lietuvoje ataskaitose yra rekomenduojama Lietuvai sukurti nepriklausomą žmogaus teisių stebėsenos mechanizmą.

Ne viena rekomendacija Lietuvai ratifikuoti ir prisiimti įsipareigojimus pagal OPCAT yra pateikta ir JT Žmogaus teisių tarybos ataskaitoje dėl visuotinės periodinės apžvalgos. 2011 metų spalį vykusioje JT Žmogaus teisių tarybos sesijoje buvo išnagrinėta pirmoji Lietuvos valstybės pateikta ataskaita, susijusi su visuotine periodine apžvalga (angl. *Universal Periodic Review*). JT Žmogaus teisių tarybos darbo grupės pa- rengtoje ataskaitoje Lietuvai iš viso pateikta 119 rekomendacijų, iš kurių vienai nepritarta, 43 rekomen- dacijos sulaukė Lietuvos Vyriausybės pritarimo, 52 rekomendacijos yra pripažintos Lietuvos Vyriausybės kaip įgyvendintos arba šiuo metu įgyvendinamos, o dėl 23 rekomendacijų Lietuvos Vyriausybė turėjo pateikti papildomą atsakymą. Paminėtina, kad ataskaitoje nemažai pateiktų rekomendacijų buvo susijusios su nepri- klausomos stebėsenos mechanizmo sukūrimu prisiimant įsipareigojimus bei ratifikuojant Konvencijos prieš kankinimą ir kitokį žiaurų, nežmonišką ar žeminantį elgesį ar baudimą Papildomąjį protokolą (OPCAT)

76 Europos Komitetas prieš kankinimą ir kitokį žiaurų, nežmonišką ar žeminantį elgesį ir baudimą (CPT) lankėsi Lietuvoje 2000, 2004, 2008 ir 2010 m. Internetinė prieiga: <<http://www.cpt.coe.int/en/states/ltu.htm>>.

(89,2; 89,3; 89,4; 89,7; 89,9 rekomendacijos), taip pat įgyvendinant Europos Komiteto prieš kankinimus (CPT) pateiktas rekomendacijas Lietuvai (89.35 rekomendacija).

2012 metų liepos mėn. vykusio trečiosios periodinės Lietuvos ataskaitos dėl Tarptautinio civilinių ir politinių teisių pakto įgyvendinimo nagrinėjimo metu bei JT Žmogaus teisių komiteto pateiktoje ataskaitoje Lietuvai taip pat pažymima, kad Lietuva turi įkurti nacionalinę žmogaus teisių instituciją su plačiais žmogaus teisių stebėsenos įgaliojimais ir užtikrinti jai adekvatų finansinių ir žmogiškųjų išteklių skyrimą, vadovaujantis Paryžiaus principais (General Assembly resolution 48/134, annex).

4.2.2. NEVYRIAUSYBINIŲ ORGANIZACIJŲ VEIKLA VYKDANT NEPRIKLAUSOMĄ ŽMOGAUS TEISIŲ STEBĖSENĄ

Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros įstatymas (1995) numato individams, atsidūrusiems paciento pozicijoje, teises galimybes reikalauti atitinkamo elgesio ir vertybinių nuostatų iš medicinos įstaigos personalo – profesionalaus ir tinkamo medicininių paslaugų teikimo, pagarbos, teisių ir laisvių užtikrinimo, aptaria aplinkybes, kada jos gali būti apribojamos.

Lietuvoje šiuo metu veikiančios nevyriausybinė organizacijų (NVO) veiklą iš dalies reglamentuojantis Asociacijų įstatymas⁷⁷, Viešųjų įstaigų įstatymas⁷⁸ numato, kad tiek asociacijos, tiek viešosios įstaigos pagrindinis tikslas – atstovauti atitinkamos grupės asmenų (pvz., asociacijos narių ar tam tikros tikslinės grupės asmenų) interesams ir juos ginti arba tenkinti kitus viešuosius interesus vykdant švietimo, mokymo ir mokslinę, kultūrinę, sveikatos priežiūros, aplinkos apsaugos, sporto plėtojimo, socialinės ar teisinės pagalbos teikimo, taip pat kitokią visuomenei naudingą veiklą.

Tačiau kadangi Lietuvoje iki šiol nėra teisinio nevyriausybinių organizacijų veiklos ir finansavimo mechanizmo reglamentavimo, NVO veiklai Lietuvoje itin trūksta finansinio stabilumo ir tęstinumo garantijų. Kalbant apie žmogaus teises bei teisių atstovavimą psichikos sveikatos sistemoje, pažymėtina, kad tokia NVO veikla yra itin fragmentuota. Užsiimti šia veikla psichikos sveikatos srityje veikiančioms NVO, pacientų klubams sudėtinga tiek dėl nereguliaraus šioms veikloms teikiamo finansavimo, tiek dėl to, kad nėra tikslinio būtent žmogaus teisių atstovavimui skiriamo finansavimo (valstybės ar savivaldybių lėšos pagal programinį finansavimą yra skiriamos paslaugų teikimui, o ne atstovavimo ir (ar) žmogaus teisių stebėsenos veikloms).

Paminėtina keletas NVO iniciatyvų, susijusių su žmogaus teisių stebėseną psichikos sveikatos srityje.

2004–2005 metais viešoji įstaiga „Globali iniciatyva psichiatrijoje“ (toliau – GIP) kartu su kitomis NVO vykdė žmogaus teisių stebėseną Lietuvos psichiatrijos ligoninėse bei surinko informaciją apie žmogaus teisių padėtį tiek suaugusiųjų, tiek vaikų psichikos sveikatos įstaigose. Stebėsenos išvadose buvo konstatuota, kad jau pati didelių nuolatinės globos įstaigų sistema sukuria terpę sisteminiams žmogaus teisių pažeidimams. Šios stebėsenos pagrindu parengtos ataskaitos buvo pristatytos valdžios institucijoms, žiniasklaidai ir visuomenei, informuojant apie žmogaus teisių pažeidimus uždaroje institucijose ir teikiant rekomendacijas dėl stacionarios psichikos sveikatos priežiūros sistemos keitimo paslaugomis bendruomenėje. Vėliau, 2007–2010 metais, buvo daryti ir viešinti pavieniai tyrimai apie neįgalius vaikus, jaunuolius ar suaugusius proto ar psichikos negalią turinčius žmones bei jų gyvenimą „uždaroje“ socialinės globos ar sveikatos įstaigose. Paskutinis atliktas tyrimas „Vaikų, kuriems paskirta vidutinės priežiūros priemonė, situacijos, veiksniai ir priežasčių, paskatinusių nusižengti, analizė“⁷⁹.

Ši organizacija kartu su kitomis organizacijomis, kurios yra susitelkusios į neformalią koaliciją, stengiasi inicijuoti platesnę diskursą žmogaus teisių psichikos sveikatos priežiūros sistemoje klausimais, inicijuoja neveiksnumą reglamentuojančių teisės aktų pokyčius, yra įkūrusi Psichosocialinės reabilitacijos centrą – vieną iš nedaugelio įstaigų Lietuvoje, teikiančią platų paslaugų bendruomenėje spektrą, šešerius metus GIP teikė paciento patikėtinio paslaugas psichikos sveikatos priežiūros įstaigose.

77 Lietuvos Respublikos asociacijų įstatymas. *Valstybės žinios*, 2004, Nr. 25-745

78 Lietuvos Respublikos Viešųjų įstaigų įstatymas. *Valstybės žinios*, Nr. IX-1977, 2004-01-27, *Žin.*, 2004, Nr. 25-752 (2004-02-14).

79 GIP projekto metu atliktas tyrimas. Internetinė prieiga: <http://www.gip-vilnius.lt/download/Vaiku_prieziuros_priemone.pdf>.

Didžiausioje Lietuvos psichiatrijos ligoninėje veikiantis pacientų klubas „13 ir Co“ taip pat aktyviai veikia užtikrinant psichosocialinę negalią turinčių asmenų teises. 2004 m. jo atstovai vykdė žmogaus teisių stebėseną keturiuose Lietuvos psichiatrijos ligoninėse – apklausus daugumą pacientų ir darbuotojų buvo surinkti kiekybiniai duomenys apie pacientų teisių užtikrinimą kiekvienoje iš aplankytų gydymo įstaigų. Taip pat ši organizacija renka pacientų skundus žmogaus teisių pažeidimų klausimais, tiria juos ir tarpininkauja sprendžiant problemines situacijas.

Lietuvos psichikos negalios žmonių bendrija „Giedra“ teikia paciento atstovo paslaugas keturiuose Lietuvos psichiatrijos ligoninėse besigydantiems asmenims. Paciento atstovas veikia panašiai kaip paciento patikėtinis, pagrindinis skirtumas tas, kad bendrija atstovu įdarbina asmenį, jau turintį darbo sutartį su ligonine, pavyzdžiui, socialinį darbuotoją. Taigi, paciento atstovas turi dvigubą mandatą – viena vertus, jis turi būti lojalus savo pagrindinei darbovietai (psichiatrijos ligoninei), kita vertus – yra išipareigojęs atstovauti pacientų teisėms, kurios gali būti pažeidžiamos jų gydymo ligoninėje metu.

Žmogaus teisių stebėjimo institutas inicijuoja ir dalyvauja strateginėse bylose nacionaliniuose teismuose ar Europos žmogaus teisių teisme, leidžia žmogaus teisių apžvalgas ir aktyviai dalyvauja žmogaus teisių diskurse.

Lietuvos neįgaliųjų forumas yra skėtinė nacionalines neįgaliųjų organizacijas vienijanti asociacija, kurios tikslas – ginti negalią turinčių žmonių pilietines, socialines ir ekonomines teises. Viena iš strateginių LNF veiklos krypčių yra Jungtinių Tautų Neįgaliųjų teisių konvencijos įgyvendinimo užtikrinimas ir stebėseną.

Vienas iš nevyriausybinių organizacijų galimų žmogaus teisių stebėsenos būdų yra šėšėlinių arba alternatyviųjų ataskaitų rengimas apie tarptautinių dokumentų įgyvendinimo bei konkrečių teisių užtikrinimo situaciją Lietuvoje. Visi tarptautiniai žmogaus teisių dokumentai numato pareigą valstybėms šalims teikti oficialias ataskaitas tarptautiniams komitetams, įsteigtiems remiantis atitinkamais tarptautiniais dokumentais (pvz., JT Vaiko teisių konvencijos įgyvendinimo priežiūrą vykdo Vaiko teisių komitetas, JT Neįgaliųjų teisių konvencijai stebėti yra įkurtas Neįgaliųjų teisių komitetas, kt.). Kartu tarptautiniai komitetai laukia iš aktyvių valstybėse šalyse veikiančių nacionalinių ar tarptautinių nevyriausybinių organizacijų ar jų koalicijų šėšėlinių ar alternatyviųjų ataskaitų. Šėšėlinė ar alternatyvioji ataskaita pateikia papildomos informacijos apie realią konkrečių teisių apsaugos bei realizavimo situaciją šalyje. *Šėšėlinė ataskaita – tai pilietinės visuomenės kritika vyriausybės pateiktai ataskaitai*, atskleidžianti klausimus, kurie buvo neaptarti ar netinkamai atspindėti vyriausybės ataskaitoje, ar palyginanti vyriausybės pateiktos informacijos bei realios situacijos neatitikimus. Jei vyriausybė nepateikia jokių oficialiosios ataskaitos ar nesudaro galimybės NVO susipažinti su ja viešai, NVO gali teikti savo *alternatyviąją ataskaitą* kaip pagrindinį informacijos šaltinį apie susijusius klausimus⁸⁰.

Paminėtina, kad psichikos sveikatos srityje bei atstovaujant psichosocialinės negalios asmenų teises per pastaruosius keletą metų JT Žmogaus teisių komitetui bei JT Žmogaus teisių tarybai buvo pateiktos kelios šėšėlinės ataskaitos⁸¹. Šiose ataskaitose buvo akcentuojama diskriminuojanti praktika bei teisinio reglamentavimo spragos dėl psichosocialinės negalios asmenų įvairių teisių realizavimo Lietuvoje. Kadangi 2012 metais Lietuvos Vyriausybė JT Neįgaliųjų teisių komitetui pateikė pirminę ataskaitą dėl JT Neįgaliųjų teisių konvencijos įgyvendinimo, šiuo metu LNF bei kitos neįgaliųjų nevyriausybinių organizacijos bendrai rengia šėšėlinę ataskaitą dėl neįgalių asmenų teisių praktinio įgyvendinimo Lietuvoje atsižvelgiant į JT Neįgaliųjų teisių konvencijos reikalavimus.

Lietuva buvo viena iš tų valstybių, kuri 2007 m. kovo 30 d., pirmąją Konvencijos atidarymo pasirašymui dieną, pasirašė JT Neįgaliųjų teisių konvenciją ir jos fakultatyvųjį protokolą. Konvencija ir jos Fakultatyvusis protokolai buvo ratifikuoti Lietuvoje 2010 m. gegužės 27 d. Seimo priimtu įstatymu⁸². 2012 metais, vadovaujantis Konvencijos 35 straipsnio 1 punktu, Lietuvos Respublikos Vyriausybė pateikė pirminę Jungtinių Tautų neįgaliųjų teisių konvencijos įgyvendinimo ataskaitą JT Neįgaliųjų teisių komitetui⁸³.

80 Internetinė prieiga: <<http://www.endvawnow.org/en/articles/1302-alternative-and-shadow-reporting-as-a-campaign-element.html>>.

81 GIP, LNF ir MDAC teiktos šėšėlinės ataskaitos.

82 Lietuvos Respublikos įstatymas dėl Jungtinių Tautų neįgaliųjų teisių konvencijos ir jos Fakultatyviojo protokolo ratifikavimo. *Valstybės žinios*, 2010, Nr. 67-3350.

83 Lietuvos Respublikos pirminė Jungtinių Tautų neįgaliųjų teisių konvencijos įgyvendinimo ataskaita 2012 m. Internetinė prieiga: <<http://www.socmin.lt/index.php?562635835>>.

Pažymėtina, kad vertinant Konvencijos nuostatų įgyvendinimą asmenų su psichosocialine negalia atžvilgiu Lietuvoje pažangos nepasiekta. Atsižvelgiant į itin aktualias šios negalios asmenims sritis (lygybės prieš įstatymą bei teisinio veiksnio realizavimo; gyvenimo savarankiškai bendruomenėje; informuoto sutikimo bei priverstinio hospitalizavimo garantijas), Lietuvoje iki šiol nepradėta iš esmės reformuoti nė viena šių sistemų. Nuo 1995 metų, kai buvo priimtas ir veikė Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros įstatymas, kuris reglamentuoja psichikos pacientų priverstinio hospitalizavimo kriterijus bei tvarką, šio įstatymo nuostatos nebuvo keičiamos ar pildomos atsižvelgiant į naujus tarptautinius reikalavimus bei išipareigojimus. Taip pat iki šiol nėra priimtose dar nuo 2011 metų rengiamos įstatymų nuostatos dėl teisinio veiksnio instituto reglamentavimo tobulinimo. Pažymėtina ir tai, kad nors reikalavimai dėl neįgaliųjų savarankiško gyvenimo ir integracijos bendruomenėje yra pabrėžiami dar 2001 metų PSO metiniame pranešime „Psichikos sveikata: Naujas supratimas, nauja viltis“, taip pat 2005 metų Europos psichikos sveikatos deklaracijoje ir veiksmų plane bei 2008 metų Psichikos sveikatos ir gerovės pakte, tačiau tik Konvencija pirmą kartą tarptautiniu mastu įvardija šią teisę kaip pagrindinę žmogaus teisę ir nurodo jos realizavimo principus. Lietuva, lyginant su kitomis Konvenciją ratifikavusiomis valstybėmis, gerokai atsilieka įgyvendindama šią neįgaliųjų asmenų teisę. Lietuvoje itin paplitusi institucinė socialinė globa, o deinstitutionalizacijos procesas tik pradamas. Socialinės apsaugos ir darbo ministro 2013 m. kovo 3 d. įsakymu patvirtinta darbo grupė, kurios tikslas – parengti Perėjimo nuo institucinės globos prie šeimoje ir bendruomenėje teikiamų paslaugų neįgaliesiems, likusiems be tėvų globos vaikams strategiją bei 2014–2020 metų veiksmų planą⁸⁴. Tačiau 2013 metų pabaigoje Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos siūlomame projekte buvo planuojama, kad iki 2020 metų psichikos negalią turinčių asmenų skaičius didelėse nuolatinės globos institucijose bus sumažėjęs tik labai mažai – nuo 5800 iki 4800. Ekspertų nuomone, tai reiškia ne ką kita, o atsisakymą įgyvendinti žmogaus teisių apsaugos ir šių teisių nepriklausomos stebėsenos principus psichikos sveikatos apsaugos srityje ir galbūt neįgyvendinti svarbiausius psichikos sveikatos politikos principus netgi iki 2020 metų.

APIBENDRINIMAS

Nevyriausybinių organizacijų ir pavienių nepriklausomų ekspertų raginimai iš esmės modernizuoti psichikos sutrikimų turinčių asmenų teisių apsaugos sistemą ir paisyti tarptautinių standartų šioje svarbioje psichikos sveikatos politikos srityje neturėjo didelės įtakos valdžios sprendimams. Tenka konstatuoti, kad praėjus daugiau kaip dviem dešimtmečiams nuo Lietuvos Nepriklausomybės atkūrimo, valstybės institucijos yra abejingos psichikos ligonių teisėms ir išipareigojimams laikytis tarptautinių standartų. Šį teiginį įrodo faktas, kad iki šiol atsisakoma kurti nepriklausomos žmogaus teisių stebėsenos psichikos sveikatos priežiūros sistemoje mechanizmus, nors juos kurti įpareigoja ir tarptautiniai dokumentai, ir Seimo patvirtinta Psichikos sveikatos strategija.

Nepriklausomi ekspertai ir nevyriausybinių organizacijų, ginančių psichikos ligonių teises, atstovai teigia, kad 1990–2000 metais buvo pastebimos politikų ir valdžios institucijų pastangos laikytis liberaliai demokratijai būdingų žmogaus teisių apsaugos ir stebėsenos principų, o po 2000 metų ir ypač Lietuvai įstojus į Europos Sąjungą, šios pastangos tapo daug menkesnės. Ryškėja nepalankus ir demokratijos raidai grėsmingas reiškinys, kai valdžios institucijos, užuot reikliai prižiūrėjusios pažeidžiamų grupių žmonių teises, yra linkusios proteguoti įstaigų, kurios teikia paslaugas šiems žmonėms, administracijas. Visa tai vertintina bendrame kontekste, kai Lietuvai tapus Europos Sąjungos nare matomi stagnacijos ir regreso požymiai žmogaus teisių srityje (Žmogaus teisių stebėjimo institutas, 2013).

Vadinasi, vienas iš svarbiausių šiuolaikinių psichikos sveikatos politikos principų – užtikrinti žmogaus teisių nepriklausomą stebėseną, kad būtų gerbiamos visų piliečių, ypač labiausiai pažeidžiamų jų grupių, teisės ir laisvės, – Lietuvoje iki 2011 (ir 2013) metų nebuvo įgyvendintas pirmiausia dėl politinės valios stokos.

84 Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2013 m. kovo 3 d. įsakymas dėl darbo grupės sukūrimo Perėjimo nuo institucinės globos prie šeimoje ir bendruomenėje teikiamų paslaugų neįgaliesiems, likusiems be tėvų globos vaikams strategijai parengti.

4.3. PSICHIKOS SVEIKATOS SISTEMOS STEBĖSENA IR VERTINIMAS

Remiantis Psichikos sveikatos strategija, siekiant Lietuvoje sukurti tokią psichikos sveikatos priežiūros sistemą, kuri padėtų veiksmingai ir racionaliai, vadovaujantis šiuolaikinėmis mokslo žiniomis ir vertybėmis, stiprinti visuomenės psichikos sveikatą, teikti visapusišką pagalbą psichikos ir elgesio sutrikimų turintiems asmenims bei jų šeimoms, būtinas psichikos sveikatos priežiūros sistemos ir visuomenės psichikos sveikatos rodiklių mokslinis vertinimas bei stebėseną (monitoringas).

Taigi, kad būtų galima vertinti visuomenės psichikos sveikatos būklę ir psichikos sveikatos sistemos efektyvumą, reikalinga aiškiai apibrėžta psichikos sveikatos stebėsenos sistema, apimanti⁸⁵:

- psichikos sveikatos sistemos stebėsenos principus;
- psichikos sveikatos stebėsenos poreikį, apimtį;
- psichikos sveikatos stebėsenai reikalingus išteklius;
- psichikos sveikatos stebėsenos objektus (rodiklių sąrašas);
- psichikos sveikatos rodiklių stebėsenos prienamumą;
- psichikos sveikatos stebėsenos planavimą, organizavimą, duomenų rinkimą, kaupimą, apdorojimą, saugojimą, analizę, vertinimą ir viešinimą.

Vienas iš psichikos sveikatos sistemos vertinimo požymių būtų psichikos sveikatos išteklių, proceso ir rezultatų vertinimas individo, bendruomenės ir valstybės mastu⁸⁶. Remiantis Lietuvos sveikatos informacijos sistema ir tarptautine patirtimi galima sudaryti psichikos sveikatos sistemos vertinimo matricą ir galimus stebėsenos rodiklius (26 lentelė)⁸⁷. Prie psichikos sveikatos sistemos rezultatų vertinimo yra pateikti rodikliai, kurie šiame tyrime yra rekomenduojami psichosocialinės gerovės indeksui vertinti.

Lietuvoje šiuo metu iš esmės yra atliekama psichikos sveikatos sistemos funkcionavimo, t. y. psichikos sveikatos sistemos *procesą* charakterizuojančių rodiklių (pvz., apsilankymai ambulatorines ir stacionarines paslaugas teikiančiose psichikos sveikatos įstaigose ir tuo pagrindu skaičiuojamas sergamumas bei ligotumas psichikos ir elgesio sutrikimais ir pan.) stebėseną, tačiau sistemoje nėra tradicijos, mechanizmo ir rodiklių vertinti psichikos sveikatos sistemos veiklos *rezultatus*. Tai apsunkina ir psichikos sveikatos politikos įgyvendinimo stebėseną, neleidžia vertinti pačios psichikos sveikatos sistemos efektyvumo. Lietuvoje psichikos sveikatos sistemos išteklių ir veiklos rodikliai yra pakankami (žr. šios ataskaitos

26 lentelė. Sveikatos sistemos vertinimo matrica ir galimi stebėsenos rodikliai (sudaryta autorių)

Rodikliai		Ar vertinama Lietuvoje	
Ištekliai	finansiniai	<ul style="list-style-type: none"> • bendrosios sveikatos priežiūros išlaidos, proc. nuo BVP • psichikos sveikatos priežiūros išlaidos, proc. nuo bendrųjų sveikatos priežiūros išlaidų 	Taip
	žmogiškieji	<ul style="list-style-type: none"> • psichiatrų skaičius 100 tūkst. gyventojų • psichikos sveikatos slaugytojų skaičius 100 tūkst. gyventojų • socialinių darbuotojų skaičius 100 tūkst. gyventojų 	Taip
	materialiniai	<ul style="list-style-type: none"> • psichiatrijos ligoninių skaičius • psichiatrijos stacionaro lovų skaičius 10 tūkst. gyventojų • psichiatrijos lovos apyvarta, vidutinis gulėjimo laikas, lovos funkcionavimas • priklausomybės ligų centrų skaičius • psichikos sveikatos ir psichoterapijos centrai 	Taip

85 2002 m. liepos 3 d. Visuomenės sveikatos stebėsenos (monitoringo) įstatymas Nr. IX-1023. *Žin.*, 2002, Nr. 72-3022; World Health Organization. Mental Health Information Systems, 2005. Internetinė prieiga: <http://www.who.int/mental_health/policy/mnh_info_sys.pdf>.

86 Thornicrof, G.; Tansella, M. *The Mental Health Matrix*. Cambridge University Press, 2006.

87 Lauriks et al. Performance indicators for public mental healthcare: a systematic international inventory. *BMC Public Health* 2012, 12:214; Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2012 m. HISIC. Internetinė prieiga: <http://www.hi.lt/content/sveik_stat_leid.html>; Joint Action ECHIM project. European Core Health Indicators (ECHI) – relevance by policy areas. Internetinė prieiga: <http://ec.europa.eu/health/indicators/docs/echi_relevance_by_policy_area_en.pdf>; National Institute for Public Health and the Environment (RIVM). ECHI indicator development and documentation, 2012. Internetinė prieiga: <http://www.echim.org/docs/Final_Report_II_2012.pdf>; No Health Without Mental Health: A Cross-Government Mental Health Outcomes Strategy for People of all ages, 2012. Internetinė prieiga: <http://www.rethink.org/media/513607/No_health_without_mental_health_-_Framework_July_2012.pdf>.

Rodikliai		Ar vertinama Lietuvoje
Procesas	<ul style="list-style-type: none"> • sergamumas ir ligotumas psichikos ir elgesio sutrikimais 100 tūkst. gyventojų • depresijos paplitimas (subjektyvus vertinimas ir registro duomenys) • subjektyvus sergamumas lėtinėmis ligomis • sergamumas ir ligotumas priklausomybės ligomis 100 tūkst. gyventojų • psichikos ir elgesio sutrikimai, užregistruoti ambulatorinę pagalbą teikiančiose įstaigose 1000 gyventojų • sergamumas alkoholinėmis psichozėmis 100 tūkst. gyventojų • sergamumas ir ligotumas alkoholinėmis psichozėmis 100 tūkst. gyventojų • apsilankymai pas gydytojus psichiatrus 100 gyventojų • ilgalaikis ligonių stebėjimas dėl psichikos ir elgesio sutrikimų 1000 gyventojų • stacionare dėl psichikos ir elgesio sutrikimų gydytų ligonių skaičius 1000 gyventojų • vidutinė gulėjimo trukmė dėl psichikos ir elgesio sutrikimų • letalumas dėl psichikos ir elgesio sutrikimų 1000-iui stacionaro ligonių • dienos stacionaro atvejų dėl psichikos ir elgesio sutrikimų skaičius • vaikų ir suaugusiųjų stacionarinis sergamumas psichikos ir elgesio sutrikimais 1000 vaikų/suaugusiųjų • suaugusiųjų, kuriems pirmą kartą nustatytas 0–55 proc. darbingumo lygis dėl psichikos ir elgesio sutrikimų, skaičius • vaikų, kuriems pirmą kartą nustatytas neįgalumo lygis dėl psichikos ir elgesio sutrikimų, skaičius 	<p>Dauguma rodiklių vertinami.</p> <p>Nevertinamas depresijos paplitimas, subjektyvus sergamumas lėtinėmis ligomis.</p>
Rezultatai	<ul style="list-style-type: none"> • subjektyvus (psichikos) sveikatos vertinimas • psichologinis stresas • subjektyvus gerovės rodiklis (pvz., WHO-5) • vaikų gerovės rodiklis • pacientų pasitenkinimas paslaugomis • neuropsichiatrinių ligų našta (DALY), proc. nuo visų ligų naštos (DALY) • mirtingumas dėl savižudybių 100 tūkst. gyventojų* • bandymai žudyti • mirtingumas nuo išorinių mirties priežasčių (tyčinis savęs žalojimas, mirties priežastys, kai ketinimas nepatikslintas, nužudymai, transporto įvykiai) 100 tūkst. gyventojų* • mirtingumas dėl atsitiktinio apsinuodijimo alkoholiu 100 tūkst. gyv. • mirtys, susijusios su alkoholio, tabako, narkotikų vartojimu • visuomenės tolerancijos pažeidžiamų grupių atžvilgiu rodiklis* • vaikų skaičius globos institucijose* • suaugusiųjų skaičius globos institucijose* • vaikų ir suaugusiųjų, sėkmingai reintegruotų į šeimas ir bendruomenes*, skaičius • santykis tarp investicijų į šiuolaikines nemedikamentines ir medikamentines intervencijas* • socialinė parama • stigmos paplitimas • psichikos ir elgesio ligomis sergančių ir dirbančių žmonių skaičius • smurto paplitimas, smurto artimoje aplinkoje paplitimas • patyčių paplitimas 	<p>Dauguma rodiklių nevertinami.</p> <p>Vertinamas mirtingumas dėl savižudybių ir kitų išorinių mirties priežasčių, bandymai žudyti.</p>

* Šie rodikliai yra rekomenduojami psichosocialinės gerovės indeksui sukurti.

1 ir 3 skyrius). Paradoksalu, tačiau yra mokslinių tyrimų, liudijančių, jog geri psichikos sveikatos sistemos rodikliai (išteklių ir veiklos) ne visuomet yra susiję su gera psichikos sveikatos būkle, priešingai – šalys, kuriose yra geresnė psichiatrinė pagalbos sistema, pasižymi didesniais savižudybių rodikliais⁸⁸.

Psichikos sveikatos sistemos rezultatų vertinimo spragą iš dalies gali užpildyti moksliniai tyrimai. Lietuvoje nuo 1990 metų buvo keletas bandymų kompleksiskai vertinti psichikos sveikatos sistemos rezultatus:

88 Rajkumar A. P., Brinda E. M. National Suicide rates and mental health system indicators: An ecological study of 191 countries. *International Journal of Law and Psychiatry*, 2013, vol. 36, p. 339–342.

- 2002 metais vykdytas Tarptautinis psichikos sveikatos politikos, programų ir paslaugų projektas, kurio metu, atlikus išsamų psichikos sveikatos sistemos vertinimą, buvo nustatyta, kad pagrindinės visuomenės psichikos sveikatos problemos yra aukštas socialinės patologijos lygis ir stiprus stigmatizuojantis požiūris į socialiai pažeidžiamas grupes, identifiukuota bendruomeninių paslaugų ir psichikos sveikatos sistemos rezultatų vertinimo stoka (Puras et al., 2004)⁸⁹. Psichikos sveikatos sistemos rezultatai sistemiškai nevertinami iki šiol.
- 2006 metais dar kartą atliktas psichikos sveikatos sistemos vertinimas, į jį įtraukiant ir VPSC ir taip bandant sukurti psichikos sveikatos sistemos rezultatų vertinimo kultūrą, stiprinti pajėgumus, tačiau vertinimo praktika netapo įprastine.

Psichikos sveikatos strategijoje yra numatomi psichikos sveikatos vertinimo kriterijai:

- valstybinėje programoje, skirtoje šios strategijos nuostatomis įgyvendinti, dalyvaujančių sektorių ir institucijų skaičius bei skirtos lėšos;
- psichikos sveikatos stiprinimui, psichikos sveikatos sutrikimų prevencijai, gydymui ir reabilitacijai skiriamų lėšų dinamika šalies mastu ir regionuose bei šių lėšų santykinio dydžio dinamika sveikatos ir socialinės apsaugos sektoriaus finansavimo struktūroje;
- psichikos sveikatos priežiūros paslaugų plėtra bendruomenėje;
- teigiama vaikų psichikos sveikatos rodiklių dinamika, epidemiologinių tyrimų duomenimis;
- teigiama vaikams ir paaugliams bei jų tėvams teikiamų prevencinių, ambulatorinių, dienos stacionaro ir stacionaro paslaugų plėtros rodiklių dinamika;
- savivaldybėse ir šalies mastu vykdomų tęstinių psichikos sveikatos stiprinimo ir psichikos sutrikimų prevencijos programų skaičius ir šioms programoms vykdyti skirtos lėšos bei jų judėjimas;
- hospitalizacijos psichiatrijos ligoninėse vidutinės trukmės sumažėjimas iki 25 dienų;
- lovų skaičiaus sumažėjimas psichiatrijos stacionaruose 15 proc.;
- bendruomenėse teikiamų paslaugų prieinamumo pagerėjimas, 25 proc. padidinant vietų skaičių dienos stacionaruose ir dienos centruose;
- teigiama deinstitutionalizacijos procesų, apimančių vaikus ir suaugusiuosius, turinčius psichikos sutrikimų bei rizikos veiksnių, kaita;
- savižudybių skaičiaus sumažėjimas iki 30 atv./100 tūkst. gyv.;
- alkoholinių psichozių skaičiaus didėjimo stabilizavimas.

Apibendrinant galima daryti prielaidą, kad jei Lietuvos psichikos sveikatos sistemoje, kurioje įtvirtinti modernūs psichikos sveikatos politikos principai, net ir įgyvendinamos šiuolaikinės psichikos sveikatos gerinimo technologijos, nėra svarių įrodymų, kad procesai yra veiksmingi, nes psichikos sveikatos sistemos rezultatai nevertinami.

4.4. APIBENDRINIMAS

Lietuvoje nesukurti ir neveikia svarbūs nepriklausomos stebėsenos mechanizmai, kurie turėtų:

- vertinti į psichikos sveikatos priežiūros sistemą ir teikiamas paslaugas investuojamų finansinių ir žmogiškųjų išteklių efektyvumą;
- vertinti žmogaus teisių padėtį psichikos sveikatos priežiūros ir globos įstaigose;

89 Puras D, Germanavicius A, Povilaitis R, Veniute M, Jasilionis D. Lithuania mental health country profile. *Int Rev Psychiatry*, 2004 Feb-May, vol. 16(1-2), p. 117-25.

- vertinti psichikos sveikatos priežiūros sistemos ir atskirų jos grandžių (pavyzdžiui, psichikos sveikatos centrų) veiklos rezultatus pagal specialiai tam tikslui sukurtus rodiklius.

Psichikos sveikatos priežiūros sistemoje ir jos atskirose grandyse renkami ir naudojami statistiniai duomenys neatitinka šiuolaikinių sistemos ir paslaugų veiklos rezultatų stebėsenos ir vertinimo reikalavimų. Tokia situacija lemia, kad psichikos sveikatos politika yra įgyvendinama ne remiantis šiuolaikiniais mokslo žiniomis ir vertybėmis grįstais principais, o veikiant kitiems veiksniams, kurie gali būti nepalankūs psichikos sveikatos politikos įgyvendinimui.

Šių mechanizmų nesėkmingos plėtros Lietuvoje analizė leidžia identifikuoti nepasikeitusios nuo buvusios sistemos laikų vertinimo kultūros ypatumą, kai vengiama naudoti bet kokius mechanizmus, galinčius atskleisti gilumines problemas pačioje sistemoje. Tai stiprina ydingo rato mechanizmą, į jį įtraukiant žemos vertinimo kultūros grandį. Kai nevykdomas psichikos sveikatos priežiūros sistemos ir jos atskirų grandžių veiklos rezultatų nepriklausomas vertinimas, išlieka paskatos tęsti ir stiprinti finansinę ir politinę paramą bei kitaip proteguoti tradicinę paslaugų infrastruktūrą. Kadangi išteklių yra riboti, kartu užblokuojama alternatyvių prevencinių ir bendruomeninių paslaugų bei paramos šeimoms paslaugų plėtra, kaip ir yra įvykę Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros sistemoje.

Priėję prie išvados, kad visuomenės psichikos sveikatos rodikliams negerėjant ir ypač antrajame permainų dešimtmetyje pradėjus vėl investuoti ne į inovacijas, o į tradicinę stigmatą ir socialinės atskirties nulemtą paslaugų infrastruktūrą, šiame skyriuje tęsime giluminę analizę. Buvo svarbu atsakyti į klausimą – kokios gi aplinkybės galėjo nulemti tokį atsisakymą tęsti pradėtas permainas, kurioms 1990–2000 buvo padėtas pagrindas?

Neatsitiktinai nusprendėme analizuoti, kaip veikia tie mechanizmai, kurių vaidmuo užtikrinant permainų sėkmę turėtų būti lemiami. Pirma, reikia sukurti aiškias finansines paskatas, kad paslaugų organizatoriams ir teikėjams apsimokėtų teikti modernius principus įtvirtinančias, o ne socialinę atskirtį ir stigmą stiprinančias paslaugas. Finansiniai srutai ir jų naudojimo veiksmingumas turi būti vertinami pasitelkiant nepriklausomus vertintojus, kad būtų išvengta problemų, būdingų „save maitinančioms ir save vertinančioms“ sistemoms. Antra, kaip parodė reformas vykdžiusių valstybių patirtis, ypač svarbu yra sukurti gerai veikiančių žmogaus teisių apsaugos ir nepriklausomos stebėsenos mechanizmą.

Priminsime, kodėl toks svarbus yra šių dviejų grupių – finansinių (ekonominių) ir teisinių mechanizmų derinys. Kai apie 1950–1970-uosius metus daug valstybių susirūpino psichikos sveikatos priežiūros sistemų būkle, jos pradėjo stebėti šioje sistemoje teikiamų paslaugų kaštų efektyvumą ir kaip tos paslaugos užtikrina žmogaus teisių apsaugą. Nepriklausomos stebėsenos rezultatai buvo vienareikšmiški. Didelės psichiatrijos įstaigos, kuriose teikiamos globos ir gydymo paslaugos, yra labai neefektyvios ekonomiškai vertinant, kad jų tolesnį palaikymą būtų galima tęsti. Šios įstaigos ir jomis grįsta paslaugų sistema neišvengiamai sukuria terpę sisteminiams žmogaus teisių pažeidimams, nes tokio pobūdžio įstaigose neįmanoma užtikrinti svarbių pilietinių bei kitokių teisių ir laisvių. Taigi, daugelyje reformas vykdžiusių valstybių nepriklausomi finansinio ir teisinio vertinimo mechanizmai davė aiškius atsakymus ir suteikė impulsą psichikos sveikatos priežiūros sistemų permainoms.

Nors didelių uždarų psichiatrijos globos ir gydymo įstaigų daugelyje tų valstybių nebėra, jos ir toliau užtikrina minėtų stebėsenos mechanizmų finansavimą ir nepriklausomumą. Be to, ilgainiui kartu su mokslininkais, tyrinėjančiais psichikos sveikatos priežiūros sistemų ir paslaugų kokybę, buvo sukurti ir pradėti taikyti įvairūs sistemų veiksmingumo stebėsenos indikatoriai (angl. *system performance indicators*). Apibendrinti galima taip: valstybės kurios subrendo tiek, kad nori turėti sveikas, o ne ydingai veikiančias ir „save maitinančias“ sistemas, ne tik nevengia visapusiškos jų veiklos nepriklausomos analizės, bet tokią analizę visaip skatina.

Lietuvoje vykusių procesų analizė atskleidė kitą vaizdą. Mes neradome nei sukurtų mechanizmų, nei ketinimų juos diegti arba naudotis partnerių, pavyzdžiui, nevyriausybinų organizacijų siūloma stebėseną. Tenka konstatuoti, kad į Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros sistemos valdymą dar nėra atėję šiuolaikiniai vadybos ir skaidrumo principai.

Atskiro komentaro reikalauja sistemos veikos vertinimo metodai, kurie yra naudojami sergamumo ir ligotumo psichikos ligomis analizei, kuri yra atliekama nuo neatmenamų laikų. Mūsų užduotį palengvino panašiu metu vykdyta kita studija „Visuomenės psichikos sveikatos rizikos veiksnių studija ir prevencinių priemonių planavimo krypčių nustatymas“, kuri atliko būtent šių rodiklių analizę (Valstybinis psichikos sveikatos centras, 2013).

Ši studija (Valstybinis psichikos sveikatos centras, 2013) taip pat padėjo mums gauti atsakymą į svarbius klausimus, susijusius su mokslo vaidmeniu sprendžiant stebėsenos problemas.

Šios studijos autoriai nustatė, kad EBSCO duomenų bazėje pagal tyrėjų grupės parinktus raktinius žodžius iš viso buvo rastos 209 mokslinės publikacijos visuomenės psichikos sveikatos klausimais, nuo 2001 m. Lietuvoje buvo apgintos 43 mokslų daktaro disertacijos, kuriose analizuojamos psichikos sveikatos problemos (Valstybinis psichikos sveikatos centras, 2013).

Išanalizavę mokslines publikacijas, studijos autoriai nustatė, kad Lietuvoje yra atlikti su visuomenės psichikos sveikatos rodikliais susiję šių svarbių sričių tyrimai: savižudybių paplitimas, jų pasiskirstymas pagal amžių, lytį, gyvenamąją vietą, kitus demografinius ir sociologinius rodiklius; išorinių mirties priežasčių paplitimas, jų pasiskirstymas pagal amžių, lytį, kitus demografinius rodiklius; save žalojančio elgesio paplitimas tarp asmenų, esančių laisvės atėmimo vietose; psichikos sveikatos rizikos veiksnio – depresiškumo paplitimas ir jo sąsajos su įvairiais kitais rodikliais bei veiksniais; asmenų iš socialinės rizikos grupių, pavyzdžiui, bedarbių, streso įveika bei kai kurios asmenybės charakteristikos, pavyzdžiui, vidinė darna, kaip rizikos veiksniai ar apsauginiai veiksniai; gyvenimo kokybė, psichosocialinė gerovė; stresinių patirčių ir psichologinių traumų įtaka psichikos sveikatai, pavyzdžiui, seksualinė prievarta, politinės represijos, dalyvavimas karo veiksmuose (Valstybinis psichikos sveikatos centras, 2013).

Studijos autoriai taip pat išvardija su visuomenės psichikos sveikata susijusias sritis, kurios nėra ištyrtos Lietuvoje. Tai savižudybių priežastys ir kiti jų rizikos veiksniai (išskyrus demografinius ir socialinius ekonominius), netirtos savižudybių sąsajos su psichologinės pagalbos ar socialinės paramos rodikliais, prevencinio poveikio priemonių prieinamumu, nedaryti ilgalaikiai suaugusių Lietuvos gyventojų savižudybių rizikos grupių stebėsenos tyrimai; Lietuvoje nėra atliekama psichikos sveikatos paslaugų empirinių studijų; vyrų psichikos sveikatos rizikos veiksnių tyrimai fragmentiški, nereprezentuojantys šios grupės populiacijoje; genetinę ar kitokią biologinę riziką psichikos ir elgesio sutrikimams atsirasti turinčių asmenų psichologiniai ar socialiniai veiksniai; nėra populiacinių epidemiologinių tyrimų, kurie įvertintų psichikos sveikatos sutrikimų paplitimą; neatlikta ekonominio psichikos sveikatos problemų vertinimo ir sutrikimų ekonominės naštos visuomenei skaičiavimų; neatlikta sistemingų Lietuvoje vykdomų alkoholio kontrolės, savižudybių prevencijos, psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo poveikio Lietuvos gyventojų psichikos sveikatai studijų; apsauginių psichikos sveikatos veiksnių tyrimų (Valstybinis psichikos sveikatos centras, 2013).

Studijos autoriai apibendrina, kad nors Lietuvoje daugėja psichikos sveikatos tyrimų, jų nepakanka ir jie turi būti išsamesni, kad būtų galima susidaryti visapusišką psichikos sveikatos veiksnių modelį Lietuvoje, studijos ir analizuojamos temos yra fragmentiškos, nėra tyrimų, kuriuose būtų išsamiai analizuojami psichikos sveikatos apsauginiai ir rizikos veiksniai (Valstybinis psichikos sveikatos centras, 2013).

Visiškai pritardami šios studijos autorių išvadoms, grįžtame prie psichikos sveikatos politikos įgyvendinimo kliūčių ir mokslo vaidmens siekiant įveikti šias kliūtis. Atkreipiame dėmesį į tai, remiantis Lietuvoje atliktų tyrimų rezultatais teiktos rekomendacijos dažniausiai nebuvo nei praktikoje įgyvendintos, nei valdžios institucijų lygmeniu svarstomos. Tai nereiškia, kad nėra prasmės vykdyti mokslinius tyrimus. Tai reiškia, kad kai nėra politinės valios vykdyti šiuolaikinius principus atitinkančią psichikos sveikatos politiką, tai nėra ir valios panaudoti praktikoje šiais principais grįstas mokslininkų rekomendacijas – nesvarbu, kad šiuo atveju tai jau bus ne užsienio, o Lietuvos mokslininkų rekomendacijos.

Psichikos sveikatos politika turi būti įgyvendinama mokslo žiniomis pagrįstu būdu (angl. *evidence based policy*). Tai įmanoma tik tuo atveju, jei nepriklausomos stebėsenos mechanizmais užtikrinama skaidri įvairaus lygio sprendimų bei paslaugų teikimo kokybės priežiūra. Jei tokie mechanizmai nėra užtikrinami, atsiranda didelė tikimybė, kad bet kurią politiką (šiuo atveju – psichikos sveikatos politiką) lems kiti veiksniai:

1. „Istorinių principų“ veiksnys – kai metų metus planuojant kitų metų biudžetą perrašomos tos pačios biudžeto eilutės, skiriant tas pačias ar panašias biudžeto proporcijas istoriškai įsitvirtinusioms paslaugoms ir jas teikiančioms įstaigoms.
2. Interesų grupių lobizmas. Jis gali būti skaidrus arba neskaidrus. Psichikos sveikatos politikoje tarp didžiausią įtaką politiniams sprendimams darančių veiksmų paprastai yra didelių psichiatrijos (gydymo ir globos) įstaigų vadovai, turintys interesų, kad sistemoje išliktų *status quo*, ir tam naudojantys tradiciškai gerus santykius su steigėjais ir politikais. Kita interesų grupė, suinteresuota *status quo*, šiuo atveju atsižvelgiant į Lietuvoje vyraujančias tradicijas pirmenybiškai naudoti medikamentinius gydymo metodus, yra farmacijos kompanijos. Kadangi Lietuvoje vyrauja biologinės psichiatrijos tradicijos *status quo* esančioje medikalizuotoje psichikos sveikatos priežiūros sistemoje (kai net bendruomenines paslaugas teikiančiuose psichikos sveikatos centruose dominuoja medikamentinis gydymas, o žmogiškųjų išteklių struktūroje – gydytojai psichiatrai), psichiatrų profesinė grupė gali būti nepakankamai motyvuota vykdyti reformas.

Sudėtingas psichikos sveikatos priežiūros veiklos ir psichikos sveikatos politikos įgyvendinimo procesas ir galimų jį veikiančių dalyvių sąrašas pateikiamas 27 lentelėje.

27 lentelė. Paslaugų teikėjų žemėlapis

Tikslinės grupės	Paslaugų tiekėjai	Įtakos grupės
Pacientai / klientai jų artimieji	Psichiatrijos ligoninės (4, iš jų 3 Vilniuje, 1 Rokiškyje)	Nacionalinio lygmes politikai (Seimas, Prezidentūra, Vyriausybė)
	Specializuoti ligoninių skyriai (18 skyriai 12 miestuose, iš jų 4 Klaipėdoje, po 3 Kaune, Šiauliuose ir Vilniuje)	Savivaldybių lygmens politikai
	Specializuotos ambulatorinės įstaigos / padaliniai, įskaitant privačias įstaigas	Ministerijų, pavaldžių įstaigų ir savivaldybių administracijų valdininkai
	Ilgalaikės vaikų ir suaugusiųjų socialinės globos įstaigos (43 asmenims, turintiems negalią, 6 socializacijos centrai, 5 kūdikių namai, 82 vaikų globos namai)	Profesinės grupės (psichiatrų, vaikų ir paauglių psichiatrų, psichologų, socialinių darbuotojų, slaugytojų, pan.)
	Psichikos sveikatos centrai (107)	Akademinis sektorius (biomedicinos, socialinių mokslų, pan.)
	Dienos centrai (7 sergantiems priklausomybės ligomis, 27 psichikos dienos centrai sveikatos sistemoje)	Žiniasklaida
	Priklausomybės ligų centrai (5 didmiesčiuose)	
	Reabilitacijos įstaigos (1 psichosocialinės reabilitacijos centras Vilniuje, 17 priklausomybės ligų reabilitacijos įstaigų)	
	Farmacijos kompanijos, vaistinės su filialais (1404)	
	Nevyriausybines organizacijas (37)	

Toks veikiančios sistemos ir galimų įtakų sprendimams žemėlapis leidžia matyti įvairių poveikio psichikos sveikatos politikos įgyvendinimui galimybių ir variantų bendrą vaizdą. Būtų atskiro tyrimo objektas analizuoti kiekvienos veikėjų grupės vaidmenį remiant šiuolaikinių principų įgyvendinimą arba tokiam įgyvendinimui priešinant. Taip pat skirtingas būtų veikėjų vaidmuo skatinant nepriklausomo sistemos veikos vertinimo mechanizmų įsivyravimą arba šiam procesui priešinant. Remdamiesi atlikto tyrimo rezultatais (3 ir 4 skyriai) konstatuojame, kad iki šiol galių pasiskirstymas Lietuvos psichikos sveikatos politikos lauke nėra palankus toms jėgoms, kurios palaiko esminę sistemos transformaciją – jos deinstytucionalizaciją, nuosakią demedikalizaciją ir nepriklausomo vertinimo mechanizmų įtvirtinimą.

5. PSICHIKOS SVEIKATOS TEMŲ PATEIKIMAS ŽINIASKLAIDOJE IR POLITINIAME DISKURSE

5.1. ŽINIASKLAIDOS POVEIKIS POLITINEI DARBOTVARKEI

Žiniasklaidos dominavimas kitų valdžių atžvilgiu, taip pat jos įtaka formuojant visuomenės nuomonę mokslininkus pradėjo dominti nuo XX amžiaus aštuntojo dešimtmečio, kai McCombs ir Shaw (1972, p. 177) pirmieji pastebėjo, jog žiniasklaida, nors ir turi mažai įtakos nuomonių kryptčiai ar intensyvumui, nustato kiekvienos politinės kampanijos darbotvarkę nulemdama, kurie politiniai klausimai bus laikomi reikšmingiausiais. Šių autorių teigimu, kuo didesnę dėmesį konkrečiam klausimui skiria žiniasklaida, tuo reikšmingesniu jį laiko ir visuomenė. Politinės ir žiniasklaidos darbotvarkių tarpusavio ryšiai sudomino politikos, žurnalistikos bei kitų visuomenės mokslų atstovus ir šios srities tyrimai tebevyksta iki šiol, kartais atskleidami gana skirtingus rezultatus. Belgų mokslininkai Walgraave ir Aelst (2006) apibendrina pagrindines nuo praėjusio amžiaus aštuntojo dešimtmečio vykusių žiniasklaidos poveikio politinei darbotvarkei tyrimų išdavas. Jų teigimu, iš 19 studijų beveik pusė identifiko stiprų žiniasklaidos poveikį politinei darbotvarkei, keturi – didelį, trys – silpną, keturi nepastebėjo jokio poveikio (p. 91). 2008 metais Walgraave⁹⁰ detaliau nagrinėjo dvi priešingas nuomones dėl žiniasklaidos įtakos politikams ir politikų įtakos žiniasklaidoje skelbiamai informacijai ir pasitelkęs skirtingus metodus gavo skirtingus rezultatus. Laiko eilučių analizės metodas kiekybiškai nagrinėjant informaciją žiniasklaidoje ir politikos darbotvarkę konkrečiu klausimu parodė, kad žiniasklaidos dėmesys dažniausiai aplenkė politikų dėmesį ir žurnalistai darė nemažą poveikį politinei darbotvarkei. Kiti tyrimai, kurie rėmėsi politikos elito atstovų, neigusių žiniasklaidos poveikį politinei darbotvarkei, kokybiniais interviu, atskleidė priešingą vaizdą. Jų nuomone, žiniasklaidos vaidmuo greičiau marginalus, kur kas reikšmingesni yra vidiniai politikos veikėjai, tokie kaip politinės partijos, interesų grupės, vykdomosios ar įstatymų leidžiamosios valdžios atstovai. Bielinis (2002, p. 16) tokią situaciją, kai politikai verčiami derinti savo veiksmus ir sprendimus su žiniasklaidoje pateikiama informacija, vadina politikų ir žiniasklaidos rungtimi, kuri lemia, kas kam diktuos sąlygas.

Walgraave ir Aelst (2006⁹¹) išskyrė pagrindines sąlygas ir aplinkybes, lemiančias žiniasklaidos vaidmenį aktualizuojant tam tikrą klausimą. Žiniasklaida turi didelės galios tais atvejais, kai iškeliama anksčiau nepastebėtas ir nespreštas klausimas, o kuo aiškesnė yra atsakinga instancija, tuo labiau tikėtina operatyvi valdžios reakcija. Naujos problemos labiau paveikia politinę darbotvarkę negu seniai žinomi klausimai, taip pat svarbus yra informacijos pateikimas – didesnio politinio poveikio galima tikėtis tais atvejais, kai reportaže aiškiai įvardyta problema, atsakomybės ir sprendimo būdai, negu tuomet, kai dominuoja žurnalistų klausimai, pasvarstymai ir spėlionės. Galiausiai, neigiamos naujienos paprastai sulaukia daugiau politinio dėmesio ar bent reakcijos į jas.

Starr (1982, cit. pgl. Dowdall, 1996, p. 25) teigia, jog skandalai žiniasklaidoje yra nuolatiniai psichikos sveikatos priežiūros institucijų veiklos palydovai, ir išskiria dvi dažniausiai pasitaikančias jų formas – skandalai dėl represijų ir skandalai dėl nepriežiūros. Tačiau retai pasitaikančią informaciją apie psichosocialinę negalią turinčių asmenų teisių pažeidimus institucijose dažniau nustelbia ir sykiu politikų dėmesį labiau pritraukia žiniasklaidoje skelbiamos naujienos apie šios asmenų grupės tariamai padarytus nusikaltimus.

Tinkamai suformuluota ir nuosekliai vykdoma psichikos sveikatos politika turėtų ne tik minimizuoti karštas ir neapgalvotas politikų reakcijas į žiniasklaidoje skelbiamą informaciją, bet ir žvelgiant į ilgalaikę perspektyvą užtikrinti, kad būtų kuo mažiau priežasčių skelbti blogas naujienas psichikos sveikatos temomis.

⁹⁰ BE survey politicians journalists.

⁹¹ Mas medias political agenda setting power.pdf.

5.2. PSICHIKOS SVEIKATOS POLITIKOS KAITA

2007 metais įtakingiausias bendrosios medicinos žurnalas *The Lancet* sutelkė dėmesį į psichikos sveikatos klausimus ir išspausdino seriją straipsnių šiomis temomis. Patel ir kt. (2011), apibendrindami *The Lancet* ketverius metus vykusį diskursą, įvardijo globalią psichikos sveikatos krizę, sukeltą didelės paslaugų teikimo spragos, kuri atsirado ne dėl nepakankamų įrodymų apie psichikos sveikatos problemas arba jų veiksmingą gydymą, bet dėl barjerų visose sveikatos priežiūros sistemos grandyse, pradedant visuotine politika ir baigiant sveikatos priežiūra bendruomenėje. Horton (2007) konstatuoja, jog formuojant psichikos sveikatos politiką derėtų pasimokyti iš buvusių sėkmių ir klaidų – prioritetų nustatymo, politinės lyderystės, adekvataus finansavimo, psichikos sveikatos paslaugų decentralizavimo, psichikos sveikatos integravimo į pirminės priežiūros grandį, sveikatos priežiūros sistemos darbuotojų mokymo psichikos sveikatos klausimais, taip pat visuomenės sveikatos perspektyvos diegimo psichikos sveikatos srityje.

Visapūsės ir apgalvotos psichikos sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos tuomet, kai šalyje esama politika formuluoja ir nustato psichikos sveikatos priežiūros sistemą ir paslaugų plėtrą. Psichikos sveikatos problemų paplitimas ir psichikos sutrikimų ekonominė našta lemia būtinybę plėtoti ir įgyvendinti psichikos sveikatos politiką, kuria siekiama gerinti visuomenės psichikos sveikatą, teikti paslaugas ir vykdyti psichikos sutrikimų prevenciją. Aiškiai apibrėžta psichikos sveikatos politika koordinuoja pagrindinių paslaugų teikimą ir užbėga už akių sveikatos priežiūros sistemos fragmentacijai ir neveiksumui. Nesant psichikos sveikatos politikos gali būti pažeidžiamos psichosocialinę negalią turinčių asmenų teisės, pirmiausia – teisė į prieinamas bendruomenėje teikiamas psichikos sveikatos priežiūros paslaugas.

Frank Baumgartner ir Bryan Jones (1993), pasitelkdami 40 metų laikotarpio žiniasklaidos archyvus ir kongreso svarstymus, nagrinėjo įvairias viešosios politikos sritis. Šie autoriai pateikė pertrauktos pusiausvyros (angl. *punctuated equilibrium*) modelį, pagal kurį ilgus laikotarpius, kai tam tikri klausimai sulaukia mažai dėmesio, keičia trumpesni didelio susidomėjimo laikotarpiai, susiję su esminiais politiniais ir instituciniais pokyčiais. Psichikos sveikatos politiką Lietuvoje veikiausiai galima priskirti prie viešosios politikos sričių, kurios taip ir neatsidūrė politinės darbotvarkės viršūnėje ir nesulaukė esminių permainų, nors iš sovietmečio paveldėta psichikos sveikatos priežiūros sistema neatitiko šiuolaikinių psichikos sveikatos apsaugos principų ir buvo kritikuojama dėl vyraujančio medicininio požiūrio bei žmogaus teisių pažeidimų. Žlugus Sovietų Sąjungai ir Lietuvai atkūrus nepriklausomybę šioje srityje buvo galima tikėtis didelių sisteminių permainų, kaip nutiko kitose visuomeninio, politinio ir ekonominio gyvenimo srityse, tačiau psichikos sveikatos priežiūros sistema pasirodė esanti inertiška ir politinis diskursas bei instituciniai pokyčiai neprasidėjo (Šumskienė, 2013). Dar viena pokyčių galimybė buvo penkioliktaisiais nepriklausomybės metais, kai Lietuva įstojo į Europos Sąjungą, išpareigodama gerbti ir puoselėti jos vertybes, tarp jų – žmogaus teises, tačiau ir šis įvykis nepakoregavo psichikos sveikatos politikos krypties. Greičiau atvirkščiai – iki tol buvusi psichikos sveikatos politikos kryptis gavo paramą savo tęstinumui: Pūras ir kt. (2013) atkreipė dėmesį į paradoksalią reiškinį: psichikos sveikatos priežiūros institucijos savo materialinei bazei stiprinti sulaukė iš Europos Sąjungos milijoninės paramos, nors savo idėjomis, veikla ir (ne)pasiekiamais rezultatais esmingai prieštarauja jos postuluojamoms vertybėms. Sistema liko stabili, besiremianti pagrindinėmis savo kolonomis – psichiatrijos ligoninėmis, kurios Dowdall (1996, p. 15) teigimu, įrodė esančios sunkiai valdomi, nereaguojantys ir beveik nesikeičiantys instrumentai savo steigėjų ir jų įpėdinių rankose.

Goldman ir Morrissey (1985), nagrinėdami viešosios psichikos sveikatos politikos istoriją, pastebi institucinių reformų cikliškumą, kurių kiekvienas etapas pasižymi visuomenės parama naujam požiūriui į gydymą ir naujam sveikatos priežiūros įstaigų tipui. Šių autorių nuomone, visuomenės paramos nauji etapai sulaukdavo todėl, kad žadėdavo sėkmingą lėtinių psichikos sveikatos sutrikimų prevenciją. Šiems pažadams nepasiteisinus, prasidėdavo naujas ciklas. Taigi, Goldman ir Morrissey (1985) įsitikinimu, visuomenės nuomonė yra vienas svarbiausių veiksnių, darančių įtaką politiniams sprendimams. Tačiau Dowdall (1996, p. 112) atliktas tyrimas rodo, jog ekonominiai motyvai, o ne visuomenės palaikymas lėmė institucinius psichikos sveikatos sistemos pokyčius. Remdamasis Buffalo psichiatrijos ligoninės pavyzdžiu, jis parodė, jog po Antrojo pasaulinio karo ligoninei teikiamas finansavimas gerokai išaugo, hospitalizacijų skaičius smarkiai sumažėjo, taip pat daugiau pacientų buvo išrašoma toliau gydytis bendruomenėje. Šios aplinkybės lėmė, kad

ši psichiatrijos ligoninė atsiliepė į deinstitutionalizacijos tendencijas ir persitvarkė į psichiatrijos centrą. Katz (1992, p. 361) teigimu, pokyčius psichikos sveikatos priežiūros sistemoje lėmė farmacijos laimėjimai, kurie sudarė sąlygas geriau kontroliuoti ligą, pasiekti daugiau išgijimo atvejų, taip pat tęsti gydymą bendruomenėje, o tai savo ruožtu prisidėjo prie deinstitutionalizacijos.

Dowdall (1996) identifikuotą visuomenės abejingumą psichikos sveikatos priežiūros institucijoms galima pritaikyti ir Lietuvos situacijai. Mokslininkas nagrinėjo Buffalo psichiatrijos ligoninės pacientų pasveikimo statistiką 1881–1955 metais ir pastebėjo, kad jų skaičius šiuo laikotarpiu beveik nekito ir buvo stabiliai nedidelis, vidutiniškai siekė 20–22 proc. (Dowdall 1996, p. 115). Vietos spaudoje nebuvo kritikuojama nesėkminga šios įstaigos veikla ir buvo daromos dvi prielaidos: arba visuomenė palaikė šios įstaigos tapumą didele savo pacientų laisvę ribojančia institucija, arba šia kryptimi buvo plėtojama psichikos sveikatos politika naudojantis tuo, kad visuomenė nesidomi įstaigos veikla. Lietuvoje Nepriklausomybės laikotarpiu psichikos sveikatos ir žmogaus teisių srityje veikiančios nevyriausybinės organizacijos siekia esminių psichikos sveikatos institucinės sandaros pokyčių pereinant nuo stacionarios prie bendruomeninės globos, tačiau nepavykus mobilizuoti visuomenės paramos reikiama psichikos sveikatos politikos sprendimai taip pat nedaromi. Visuomenės paramos NVO inicijuojamos reformos nesulaukia: kaip rodo apklausa, visuomenė daugiausia pastebi psichosocialinę negalią turinčių asmenų savybes, kurios gali kelti pavojų aplinkiniams – negebėjimą atsakyti už savo veiksmus; polinkį į agresiją ir neprognozuojamumą (Mataitytė, Šumskienė, 2011). Tokios visuomenės nuostatos greičiau yra palankios esamos sistemos palaikymui ir anaipol nekuria palankaus mikroklimato esminėms psichikos sveikatos politikos permainoms. Mataitytės, Šumskienės (2011) teigimu, informacijos apie sutrikusios psichikos asmenis daugiausia gaunama iš žiniasklaidos, o joje dažniausiai dėmesys kreipiamas į pranešimus apie šių asmenų padarytus nusikaltimus.

Konstatuojant inertišką psichikos sveikatos politikos reformos eigą, žiniasklaidos įtaką politiniams sprendimams bei visuomenės nuomonei, buvo atlikta naujienų portale *delfi.lt* spausdinamų pranešimų psichikos sveikatos temomis analizė. Šiuo tyrimu buvo siekiama išsiaiškinti kontekstą, kuriame pasirodo psichikos sveikatos paminėjimai (dominuojančios temos, straipsnių apimtis, pavadinimų konstravimo ypatumai ir pan.), gautus duomenis palyginti su objektyvia tikrove (pvz., straipsnių apie psichikos sveikatą kriminaliniame kontekste skaičiaus kitimą palyginti su statistine informacija, rodančia kriminogeninę Lietuvos situaciją) ir aptarti pagrindines šių rodiklių kitimo tendencijas.

5.3. ŽINIASKLAIDOS POVEIKIS PSICHIKOS SVEIKATOS POLITIKAI

1996 m. Jungtinės Karalystės sveikatos departamentas vykdė tyrimą, kuriuo nustatė, jog esama ryšio tarp žiniasklaidos pateikiamų neigiamų sutrikusios psichikos asmenų vaizdinių ir šalies psichikos sveikatos politikos (Rose, 1998). Jeigu visuomenėje vyrauja įsitikinimas, kad turintys psichiatrinę diagnozę asmenys yra arba smurtautojai, arba aukos ir bet kuriuo atveju negali patys savimi pasirūpinti, vyriausybės politika atspindės tokius įsitikinimus ir nuostatas. Politikos kūrėjai labiau links apriboti ir kontroliuoti, nei skatins pasveikti ir gyventi bendruomenėje. Jeigu visuomeninė psichikos sutrikimų samprata remiasi neigiamais ir klaidingais žiniasklaidos pateiktais vaizdiniais, politikai reaguoja į šias iškreiptas realybes, o ne į tikruosius sutrikusios psichikos asmenų poreikius (Edney, 2004).

Negana to, klaidingais ir neigiamais sutrikusios psichikos asmenų stereotipais paremtas visuomenės suvokimas lemia padidėjusią tokių asmenų baimę bendruomenėje, savo ruožtu tai lemia mažesnę paramą bendruomeninėms paslaugoms ir individualioms žmogaus teisėms. Kaip rezultatas kuriami teisės aktai, įteisinantys priverstinį gydymą ir hospitalizaciją, taip pat padidina policijos galios, nes visuomenė įsibaukina ir tiki, kad sutrikusios psichikos asmenys, gyvenantys bendruomenėje, kelia jai grėsmę (Rose, 1998).

Psichikos sveikatos specialistai, politikai, mokslininkai ir tyrėjai taip pat yra panirę į kultūrinės aplinkos ir vienodai paveikiami visuomenės nuomonių ir „madų“. Pasak Hewitt (2008), viena pastarųjų „madų“ – noras numatyti sutrikusios psichikos asmenų keliamą grėsmę ir apsaugoti visuomenę nuo piliečių, keliančių riziką dėl jų tariamos deviacijos ar pavojingumo. Tai savo ruožtu skatina kurti teisės aktus, kurių dėmesio centre yra bendruomenėje gyvenančių sutrikusios psichikos asmenų griežta priežiūra ir kontrolė (Hewitt,

2008). Cutcliffe and Hannigan (2001), analizuodami psichikos sveikatos politikos ir teisės aktų pokyčius Jungtinėje Karalystėje 1990 metais, pažymi, kad psichikos sveikatos politika virsta į vis labiau prievartinę. Jie teigia esant ryšį tarp neigiamų ir klaidingų psichikos sveikatos vaizdinių žiniasklaidoje bei psichikos sveikatos politikos pokyčių Jungtinėje Karalystėje.

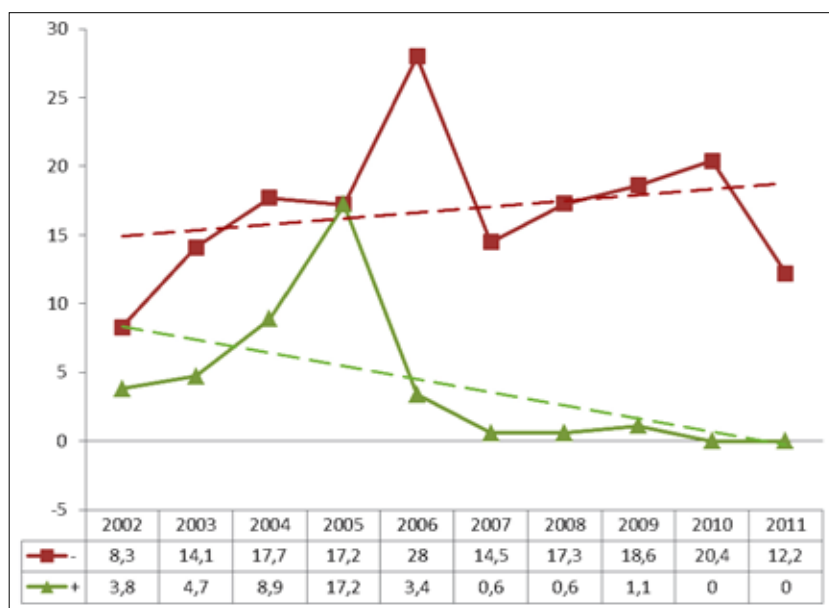
Kaip minėta, yra gausu duomenų, rodančių, kad žiniasklaida skleidžia neigiamus sutrikusios psichikos asmenų vaizdinius. Ypač dažnai žiniasklaida suponuoja ryšius tarp sutrikusios psichikos asmenų ir smurto, pavojingumo ir nusikalstamumo. Taip pat gausu įrodymų, jog tokie netinkami vaizdiniai labai prisideda prie visuomeninės sutrikusios psichikos asmenų stigmos stiprinimo, jų persekiojimo ir viktimizacijos. Yra ir dar vienas tokių neigiamų vaizdinių ir vaizdavimo padarinys – žiniasklaida, tam tikru būdu reprezentuodama psichikos sveikatos klausimus, turėjo ir tebeturi poveikį vyriausybės politikai ir teisės aktams. Pavyzdžiui, Holloway (1996) atkreipia dėmesį, jog Jungtinėje Karalystėje įvairių sutrikusios psichikos asmenų kontrolės mechanizmų atsiradimą (prižiūrimas išleidimas iš ligoninės, prižiūrimi sutrikusios psichikos asmenų registrai bendruomenėse ir pan.) psichikos sveikatos politikoje 1990 metais bent iš dalies paskatino žiniasklaidos paskleista „moralinė panika“, kuri kilo po dviejų rezonansinių nužudymų, įvykdytų sutrikusios psichikos asmenų (Cutcliffe, Hannigan, 2001).

Analizuodama Kanados laikraščius Olstead (2002) daro išvadą: vyraujant finansų sveikatos sektoriui apkarpytiems, įsitikinimas, kad sutrikusios psichikos asmenys neišvengiamai yra smurtauojantys, lemia spėdimus skirti brangius ribotus išteklius visuomenei apsaugoti, o ne psichiatrinių ir bendruomeninių psichikos sveikatos paslaugų spragoms lopyti. Priskiriant problemą visuomenei ir ignoruojant realybę, kad suteiktos psichikos sveikatos paslaugos nebuvo efektyvios tik mažam skaičiui sutrikusios psichikos asmenų, mažinamas visuomenės pasitikėjimas psichikos sveikatos specialistais ir skatinami stigmatizuojantys požiūriai bei nuostatos (Hewitt, 2008).

5.4. ŽINIASKLAIDOS DISKURSO TYRIMAS

BENDRAS KONTEKSTAS

Bendra straipsnių, kuriuose minima psichikos sveikatos tema, „nuotaikos“ tendencija yra mažai kintanti. Vidutinė neigiamų straipsnių dalis – apie 15 proc., tačiau 2006 m. matomas net 2 kartus bendrą foną viršijantis neigiamos informacijos pikas – 28 proc.



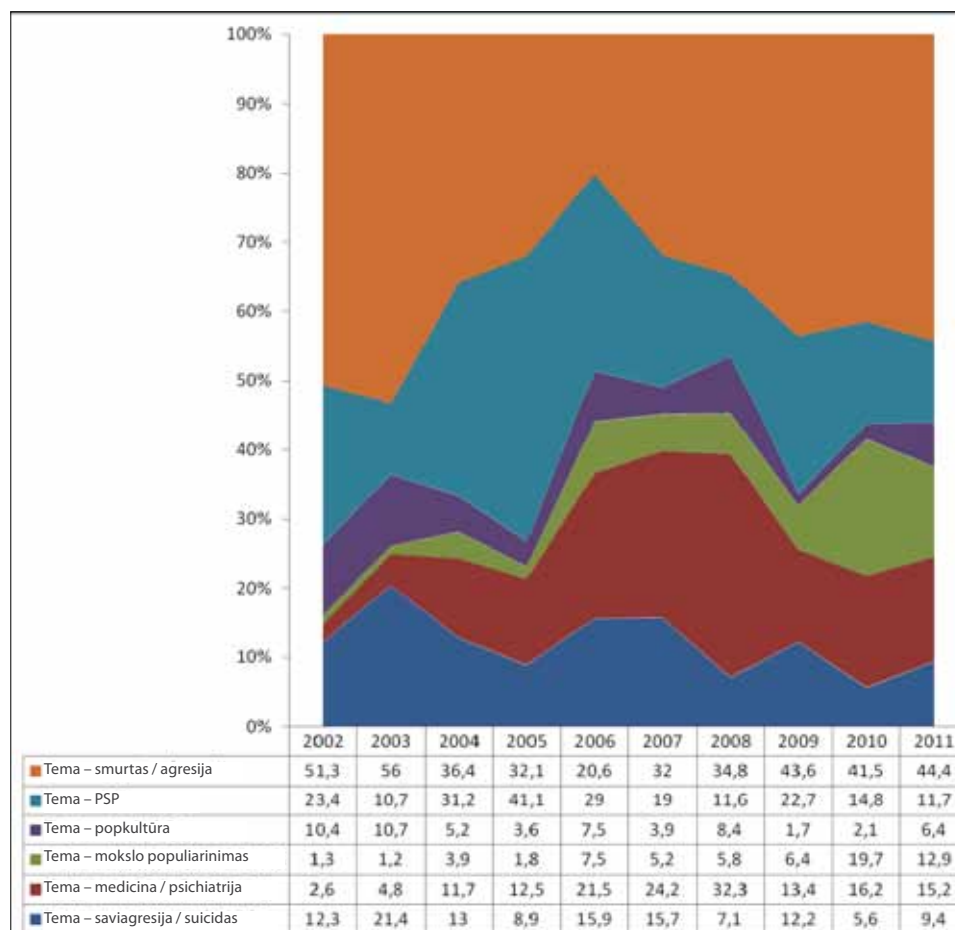
16 pav. Bendras straipsnių psichikos sveikatos temomis kontekstas. Teigiamos ir neigiamos informacijos palyginimas 2002–2011 metais

Teigiamo konteksto straipsnių psichikos sveikatos bei psichiatrijos tematika analizuotuose informacijos šaltiniuose beveik nėra: 2004–2011 m. laikotarpiu tik 2009 m. pozityvių tekstų dalis viršijo 1 proc.; 2004–2005 m. fiksuojamas ryškus teigiamų straipsnių skaičiaus augimas (2005 m. pozityvios ir negatyvios informacijos proporcijos susilygina sudarydamos po 17 proc.). 2006-ieji tampa lūžio metais, kai po 2005 m. balanso taško neigiamų straipsnių dalis beveik padvigubėja, o teigiamų sumažėja net 5 kartus (iki 3,4 proc.).

Psichikos sveikata žiniasklaidos pranešimuose paprastai pristatoma kaip neigiamą atspalvį turintis klausimas ir ši tendencija linkusi stiprėti. Atkreiptinas dėmesys į iš bendro dėsningumo išsiskiriančius 2005 metus. Kaip pamatysime vėliau, tuo laikotarpiu pasirodė mažiau negu paprastai informacijos apie psichikos sveikatą kriminaliniame kontekste ir daugiau negu įprastai naujienų psichikos sveikatos politikos klausimais.

TEMOS

Straipsniai buvo nagrinėjami siekiant identifikuoti, kiek apie psichikos sveikatą rašoma šešiose pagrindinėse straipsnių kategorijose: smurtas ir agresija, psichikos sveikatos politika, populiarioji kultūra, mokslo populiarinimas, medicina ir psichiatrija bei naujienos apie saviagresiją ir savižudybių atvejus. Kategorijos buvo išskirtos pasitelkus analogiškus Lietuvoje ir užsienyje atliktus tyrimus (Stuart, 2006; Wahl, 1995; 2003; Matitytė-Diržienė, 2012; Olstead, 2002; Philo, 1999 ir kt.).

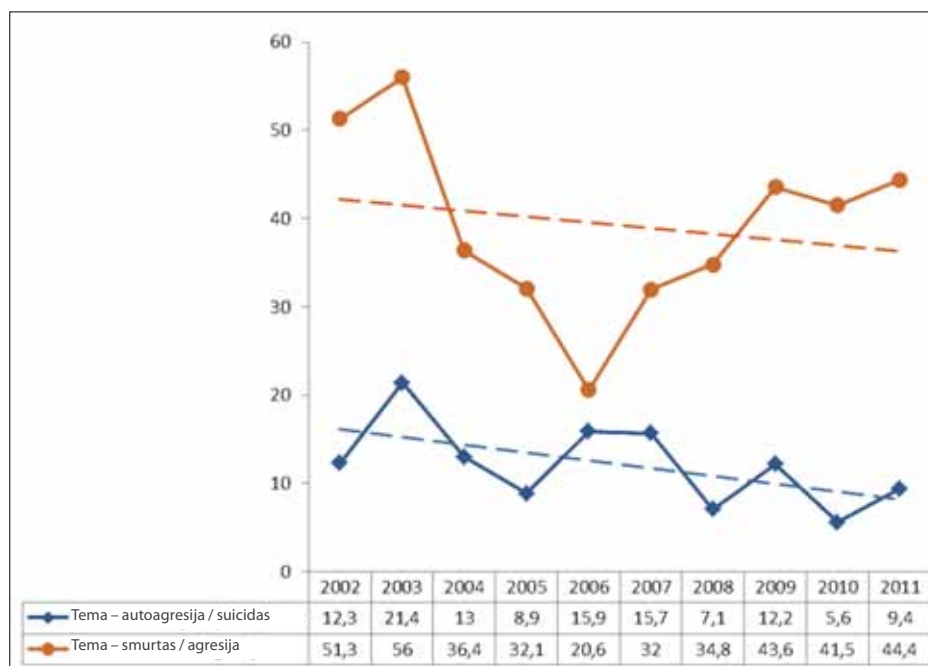


17 pav. Pagrindinės straipsnių, kuriuose rašoma apie psichikos sveikatą, temos 2002–2011 metais

Bendrame su psichikos sveikatos kontekstu susijusiame temų žemėlapyje aiškiai vyrauja smurto, agresijos ir savižudybių temos (agresijos ir saviagresijos temos apima per 50 proc. temų, susijusių su psichikos ar psichiatrijos kontekstu). Tai atitinka analogiškus Lietuvoje ir užsienyje atliktus tyrimus, kurie parodo panašias tendencijas. Pavyzdžiui, Diržienės ir Šumskienės (2011) duomenimis, žiniasklaidos vartotojai dažniausiai atkreipia dėmesį į informaciją apie sutrikusios psichikos asmenis rizikos kontekste: straipsniuose apie nusikaltimus tokių yra 41 procentas.

Tačiau šiame tyrime matoma ilgalaikė su smurtu ir savižudybėmis susijusių straipsnių, kuriuose minimas psichikos kontekstas, mažėjimo tendencija. Ypač akivaizdžiai su smurtu ir agresija susijusių straipsnių proporcija sumažėjo 2004–2006 m. laikotarpiu.

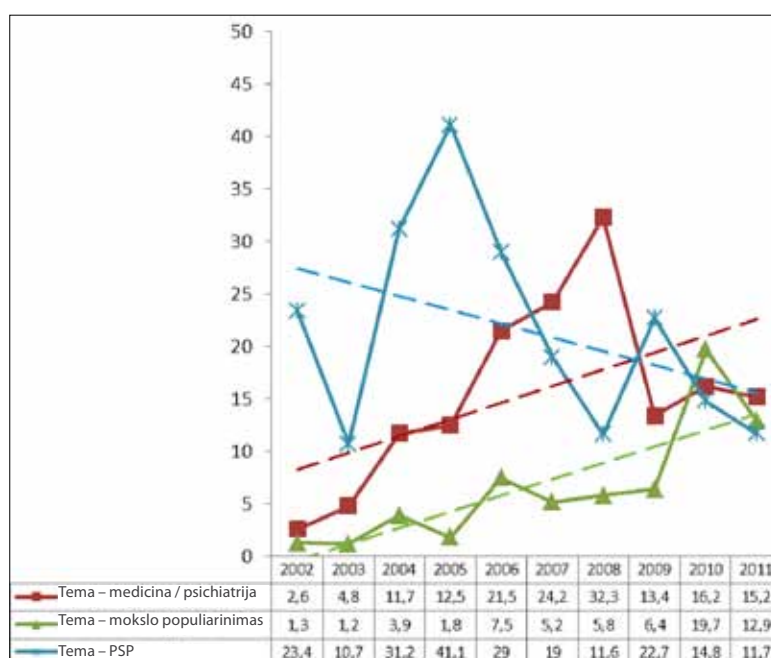
Straipsnių apie savižudybes ir bandymus nusižudyti pokyčių dinamika yra tolygesnė, tačiau bendras minėtos temos straipsnių, susijusių su psichikos sveikatos kontekstu, yra tolygiai mažėjantis.



18 pav. Straipsnių apie saviagresiją ir savižudybes bei smurtą ir agresiją dinamika 2002–2011 metais

Su psichikos sveikatos politika susijusios temos apima penktadalį (22 proc.), su psichiatrija – apie šeštadalį (15 proc.) temų. 2004–2005 metai – tai laikotarpis, kai psichikos sveikatos politika sulaukė išskirtinio dėmesio, po 2006 metų psichikos sveikatos politikai skiriamų temų skaičiaus kreivė juda žemyn.

Psichiatrijos temos, skirtingai nuo psichikos sveikatos politikos temų, aptariamoms vis dažniau. 2006–2008 m. laikotarpiu matomas psichiatrijos tema skelbiamų straipsnių pikas (daugiau kaip dvigubas au-



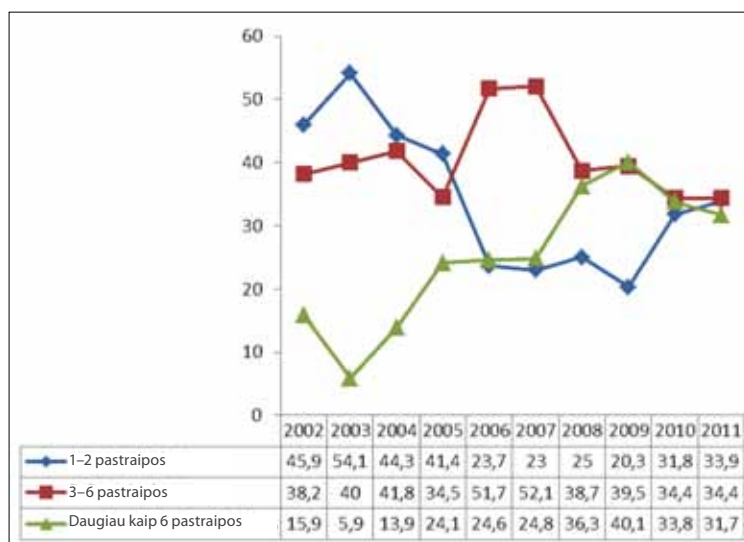
19 pav. Straipsnių apie mediciną, mokslo populiarinimą ir psichikos sveikatos politiką dinamika 2002–2011 metais

gimas, palyginti su ilgamečiu vidurkiu). Ilgametė straipsnių psichiatrijos temomis augimo tendencija yra tolygiai didėjanti.

Psichikos sveikatos politikos temų intensyvumo tendencija sietina su keliomis reikšmingomis aplinkybėmis. Pirmiausia, tai buvo laikotarpis, kai Lietuva 2004 m. tapo Europos Sąjungos nare. Po 2004 metų rinkimų sveikatos apsaugos ministru tapo prof. Ž. Padaiga. Jis 2005 metų sausį vadovavo Lietuvos delegacijai Helsinkyje vykusioje ministrų konferencijoje „Psichikos sveikata Europoje: iššūkiai ir siektini rezultatai“, kurios pagrindiniai organizatoriai buvo Pasaulio sveikatos organizacija, Europos Taryba ir Europos Komisija. Konferencijos metu buvo priimta Psichikos sveikatos deklaracija ir Europos 2005–2010 metų veiksmų planas, pateikta psichikos sveikatos situacijos analizė Europoje, numatytos psichikos sveikatos politikos gairės. Po šių renginių buvo mobilizuotas Lietuvos visuomenės, sveikatos politikos formuotojų bei žiniasklaidos dėmesys, Sveikatos apsaugos ministerija svarstė galimybes mūsų šaliai būti lydere įgyvendinant Helsinkio konferencijos deklaraciją ir veiksmų planą bei skatinant kitas valstybes paspartinti modernios psichikos sveikatos principų diegimą⁹². Pagrindiniai veiksmai, kuriuos Lietuva atliko šia kryptimi: parengta Psichikos sveikatos strategija (patvirtinta Lietuvos Respublikos Seimo 2007 m. balandžio 3 d. nutarimu Nr. X-1070), priimtas politinis sprendimas, jog tarp ES struktūrinių fondų prioritetų 2007–2013 metais šalia kardiologijos, onkologijos ir traumatizmo atsirastų psichikos sveikata, inicijuotas strategiškai svarbus Europos Sąjungos remiamas projektas „Vaikų ir paauglių psichikos sveikata padidėjusioje Europos Sąjungoje: veiksmingų politikų ir strategijų plėtra“, kuriuo siekiama paskatinti teigiamus pokyčius ES šalių narių bei kandidačių šalių vaikų ir paauglių psichikos sveikatos srityje, turint galvoje konkrečius veiksmus bei praktikas.

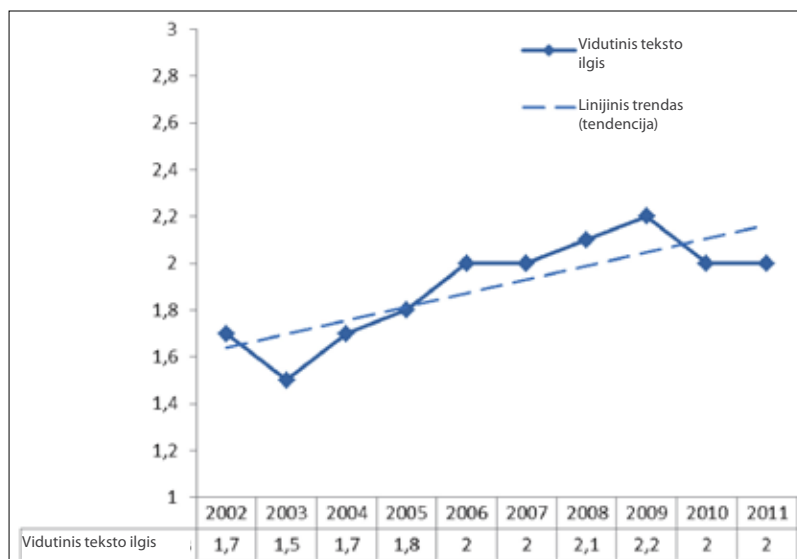
Tekstų ilgis

Nagrinėjant straipsnius žiniasklaidoje psichikos sveikatos temomis, svarbu ne tik jų pasirodymo intensyvumas. Ne mažiau reikšmingas rodiklis yra vienu kartu pateikiamos informacijos kiekis, t. y. paskelbtos žinutės ilgis. Informacijos, susijusios su psichikos sveikatos ir psichiatrijos temomis, kiekis yra gana pastovus – vyrauja vidutinio ilgio tekstinės (3–6 pastraipų) žinutės. Vis dėlto ilgalaikė tendencija rodo, kad informacijos kiekis didėja.



20 pav. Straipsnių psichikos sveikatos temomis dydžio kitimas 2002–2011 metais

92 Internetinė prieiga: <<http://sena.sam.lt/lt/main/news?id=1320>>.

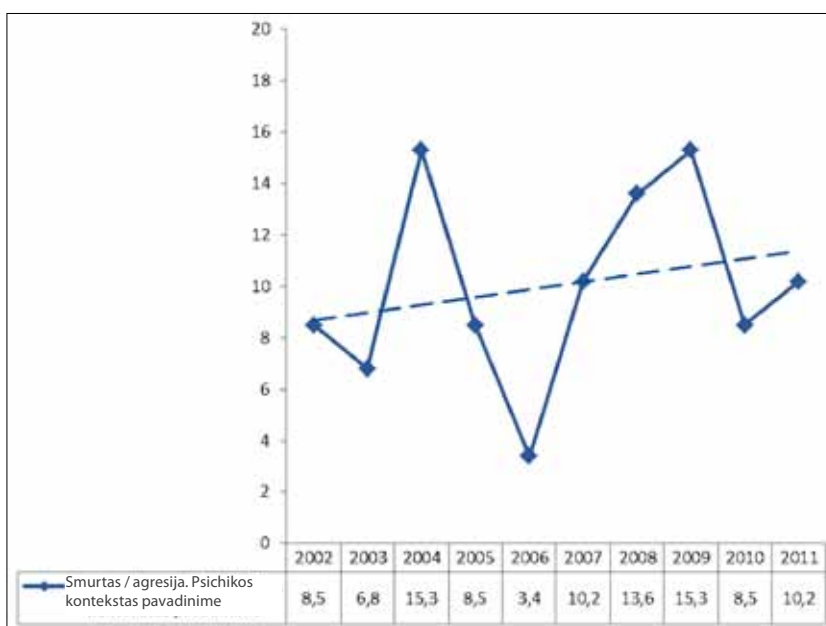


21 pav. Straipsnių psichikos sveikatos temomis vidutinio teksto ilgio kitimas 2002–2011 metais

Psichikos sveikatos įvardijimas straipsnių apie nusikaltimus pavadinimuose

Straipsnio pavadinimas, kaip pirmas (ir dažnai vienintelis, jei neskaitomas turinys) žinutės „nešėjas“, gerai atspindi nuomonės formavimo tendencijas. Rašytinėje žiniasklaidoje būtent straipsnių antraštės rodo, kokios informacijos juose galima tikėtis (Blood, Holland, 2004), ir patraukdamos dėmesį skatina perskaityti visą rašinį. Psichikos sutrikimo ir kriminalinio įvykio derinys antraštėje paprastai užtikrina skaitytojo susidomėjimą, tačiau, Thorton ir Wahl (1996) teigimu, tai geriausias psichosocialinę negalią turinčių asmenų stigmatizacijos pavyzdys.

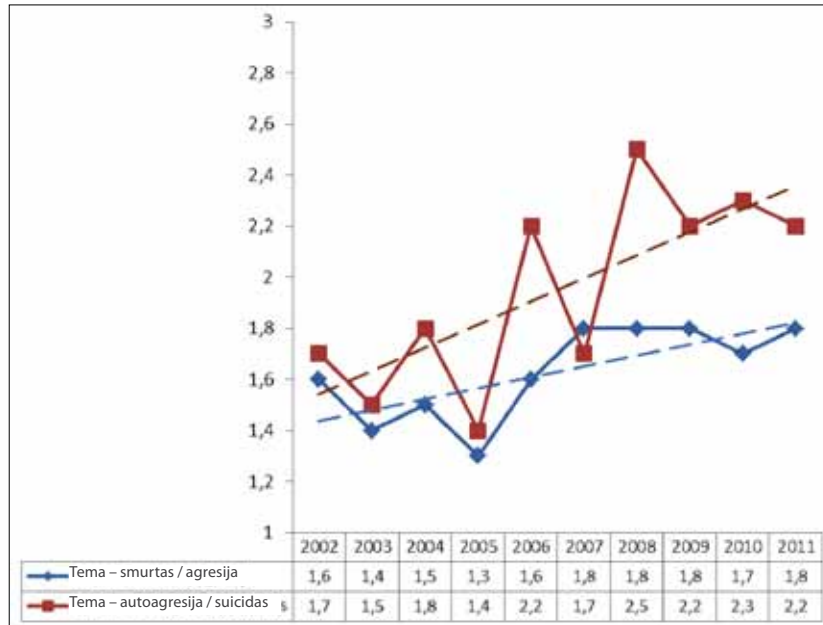
Raktinių su psichikos sveikatos tema susijusių žodžių vartojimas straipsnių apie smurtą ir agresiją pavadinimuose beveik nekinta – tai pastebima iki 10 proc. visų atvejų, tačiau esama ir nemažų nuokrypių 2004 m. (augimas), 2006 m. (kritimas), 2008 ir 2009 m. (augimas).



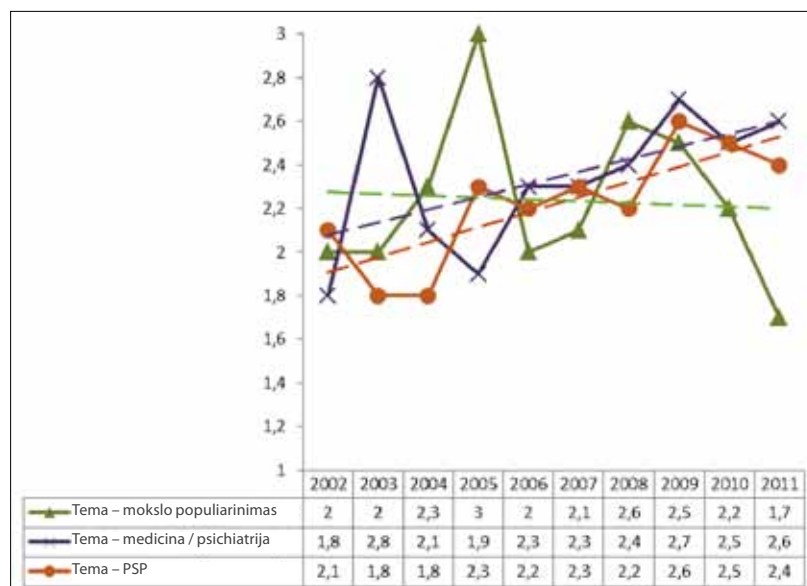
22 pav. Straipsnių apie kriminalinį kontekstą pavadinimuose įvardijami psichikos sveikatos temų raktiniai žodžiai (2002–2011 m.)

Temų sąsajos su pateikiamos informacijos kiekiu

Visose analizuotose temose matoma bendra tendencija – vidutinis teksto ilgis tolygiai augo. Augimas ypač ryškus straipsniuose apie saviagresijos ir savižudybių atvejus. Vidutinis teksto šiomis temomis ilgis padidėjo nuo 1,55 iki 2,35 pastraipos. Vis dėlto mokslo populiarinimo straipsniai, susiję su psichikos sveikatos ir psichiatrijos problemomis, trumpėjo. 2005 m. jie pailgėjo iki 3 pastraipų, paskutiniais tirtaisiais metais – 2011 m. vidutinis teksto ilgis sudarė 1,8 pastraipos.



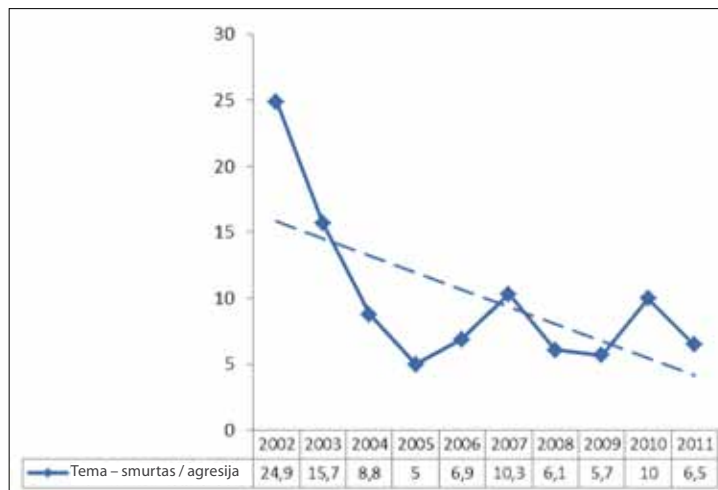
23 pav. Straipsnių smurto ir saviagresijos temomis vidutinio dydžio kitimas 2002–2011 metais



24 pav. Straipsnių mokslo, psichiatrijos ir psichikos sveikatos politikos temomis vidutinio dydžio kitimas 2002–2011 metais

Psichikos sutrikimas kaip agresijos ar saviagresijos priežastis

Psichikos sutrikimas kaip pagrindinė aprašomo smurto atvejo priežastis tiriamojo laikotarpio pabaigoje straipsniuose įvardijama kelis sykius rečiau nei pradžioje (bendras trendas yra akivaizdžiai mažėjantis nuo 16 proc. iki 4,5 proc.). Kritinis taškas, kaip ir daugelio kitų tyrime identifikuotų pokyčių, yra 2004–2005 m.,

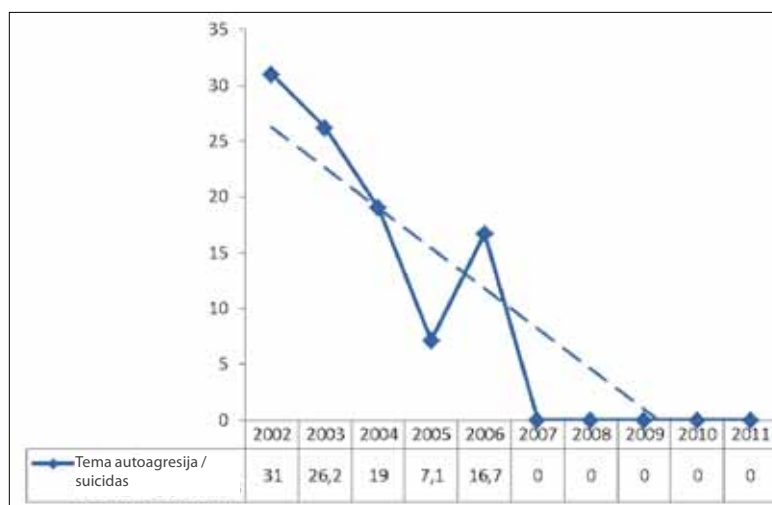


25 pav. Psichikos sutrikimo kaip pagrindinės smurtą ar agresiją paaiškinančios priežasties įvardijimas 2002–2011 metais

kai atvejų skaičius nuo beveik 25 proc. (2002 m.) sumažėja iki žemesnės kaip 10 proc. ribos. Nuo to laikotarpio mažai kinta atvejų skaičius, kai psichikos sutrikimas nurodomas kaip pagrindinė smurto priežastis.

Suicido atvejų aprašymuose situacija yra analogiška, tačiau kaita yra dar labiau pastebima. Tiriamojo laikotarpio pradžioje tai buvo itin dažni atvejai (31 proc. 2002 m.), kai psichikos ligos būdavo nurodomos kaip galima pagrindinė savižudybių priežastis, o nuo 2007 m. tokių atvejų nefiksuojama – psichikos sutrikimas minimas kontekste, pavyzdžiui, kaip aplinkybė, tačiau nėra tiesiogiai įvardijama kaip įvykio priežastis.

Šias pozityvias tendencijas galima paaiškinti įvairiomis aplinkybėmis. Nevyriausybinių organizacijos, dirbančios emocinės pagalbos srityje, pavyzdžiui, „Jaunimo linija“, Psichologų asociacija, „Vaikų linija“, Jaunimo psichologinės paramos centras, aktyviai prisideda prie savižudybių prevencijos. Viena iš jų darbo krypčių – bendradarbiavimas su žiniasklaidos priemonėmis užtikrinant korektišką šių atvejų vaizdavimą ir užkertant kelią imitaciniam poveikiui. Kaip etiškai pateikti informaciją apie savižudybę, nurodo Lietuvos žurnalistų ir leidėjų etikos kodekso (2005) 49 straipsnis, kuriame skatinama neminėti asmens, susijusio su savižudybe ar bandymu nusižudyti, pavardės ar kitų padedančių jį identifikuoti duomenų; skelbiant tokią informaciją reikia itin atsargiai nurodyti savižudybės motyvus, aplinkybes, pageidautina pranešti apie teikiamą psichologinę ir socialinę pagalbą. Nurodant psichikos sutrikimą kaip svarbią aplinkybę, lėmusią apsisprendimą nusižudyti, galima paskatinti kitus analogiškoje situacijoje atsidūrusius asmenis pasielgti taip pat.



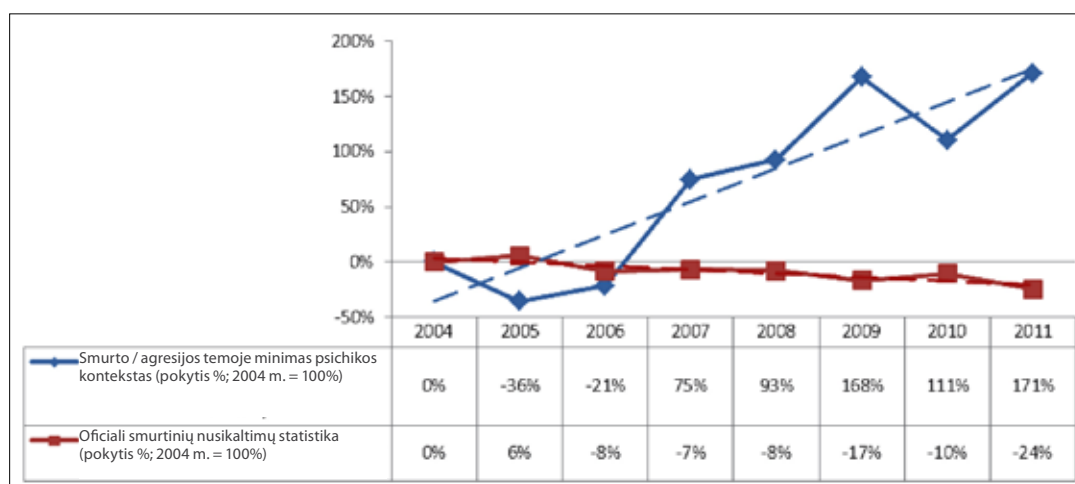
26 pav. Psichikos sutrikimo kaip pagrindinės saviagresiją arba savižudybę paaiškinančios priežasties įvardijimas 2002–2011 metais

Proziškesnis šios situacijos paaiškinimas galėtų būtų 2008 m. pabaigoje prasidėjusi ekonominė krizė – ieškodami savižudybę paskatinusių veiksnių žurnalistai tuo laikotarpiu dažnai nurodydavo finansinius sunkumus, bedarbiystę, bankrotą ir pan.

Tačiau svarbu paminėti, jog nepaisant šiame tyrime identifikuotos pozityvios tendencijos, Žurnalistų etikos inspektoriaus 2010 metų veiklos ataskaitoje (p. 53) konstatuojama, kad žiniasklaidoje daugėja savižudybę skatinančios informacijos: 2010 m. ekspertai nustatė 22 (2009 m. – 15) savižudybes skatinančios informacijos paskelbimo atvejus, kuriems priskiriamas neprofesionalus šios informacijos pateikimas, kai apie savižudybes pranešama dramatiškais antraštėmis, pačiose antraštėse nurodomi savižudybės būdai, publikacijų tekstuose plačiai aprašytos savižudybės aplinkybės ir priežastys, nepateikta preventyvos informacijos.

Psichikos sveikatos pateikimo kriminaliniame kontekste ir oficialios smurtinių nusikaltimų statistikos dinamika

Oficialiai fiksuotų žmogžudysčių skaičius, sudarantis „objektyvią“ tikrovę straipsniams apie psichikos sveikatą kriminaliniame kontekste atsirasti, ne tik nėra susijęs su žiniasklaidoje aprašomų smurto ir (ar) agresijos atvejų su psichikos sveikatos kontekstu skaičiais, bet ir turi neigiamą ryšį ($R = -0,87$, $p < 0,01^{93}$) – t. y. gerėjant oficialiai žmogžudysčių statistikai, kartu daugėjo tekstų, kuriuose aprašoma psichikos sveikata kriminaliniame kontekste (nusikaltimų statistikos trendas juda žemyn, o aprašomų atvejų su psichikos sveikatos kontekstu – daugėja).

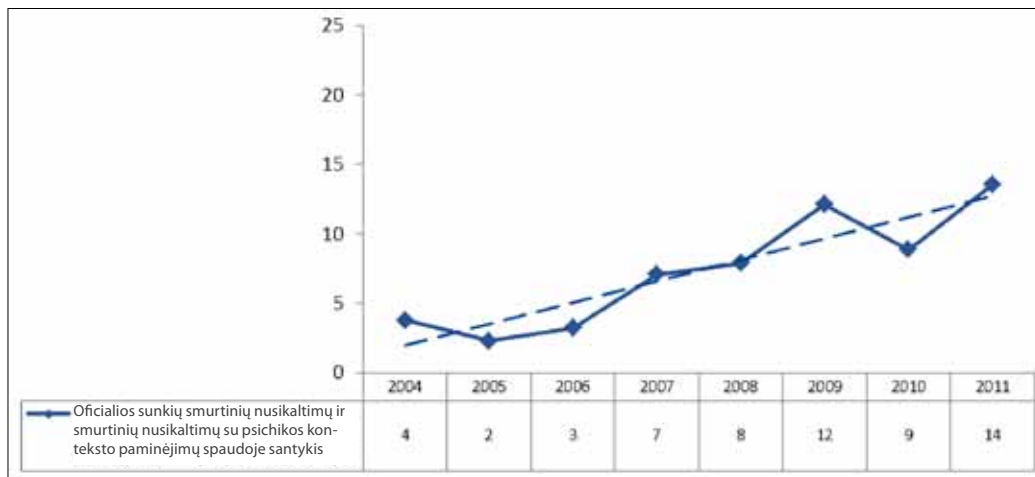


27 pav. Psichikos sutrikimo pateikimas kriminaliniame kontekste ir 2004–2011 metų oficiali smurtinių nusikaltimų statistika

2005 metais šimtui sunkių smurtinių nusikaltimų teko 4 psichikos sveikatos konteksto paminėjimai spaudoje, o 2011 metais – 14 tokių paminėjimų.

Tyrimai rodo, kad psichosocialinę negalią turintys asmenys yra rečiau linkę nusikalsti negu bendroji populiacija, pavyzdžiui, JAV atliktų tyrimų duomenys rodo, kad šioje šalyje tik 3–5 proc. visų smurtinių nusikaltimų įvykdo sutrikusios psichikos asmenys (Edney, 2004), o Australijoje, palyginti su visa visuomene, nusikalstamumo paplitimas tarp sutrikusios psichikos asmenų sudaro 4 proc. (Henderson 2005) (cit. pgl. Diržienė, Šumskienė, 2011). Atsižvelgiant į šiuos duomenis, tokio pobūdžio žiniasklaidos pranešimų gausa nesusijusi su dideliu skaičiumi nusikaltimų, tariamai padarytų psichosocialinę negalią turinčių individų, o veikiau su augančiu visuomenės polinkiu psichikos sutrikimais paaiškinti tai, kas nenuspėjama ir kelia nesaugumo jausmą (Šumskienė, Diržienė, 2011).

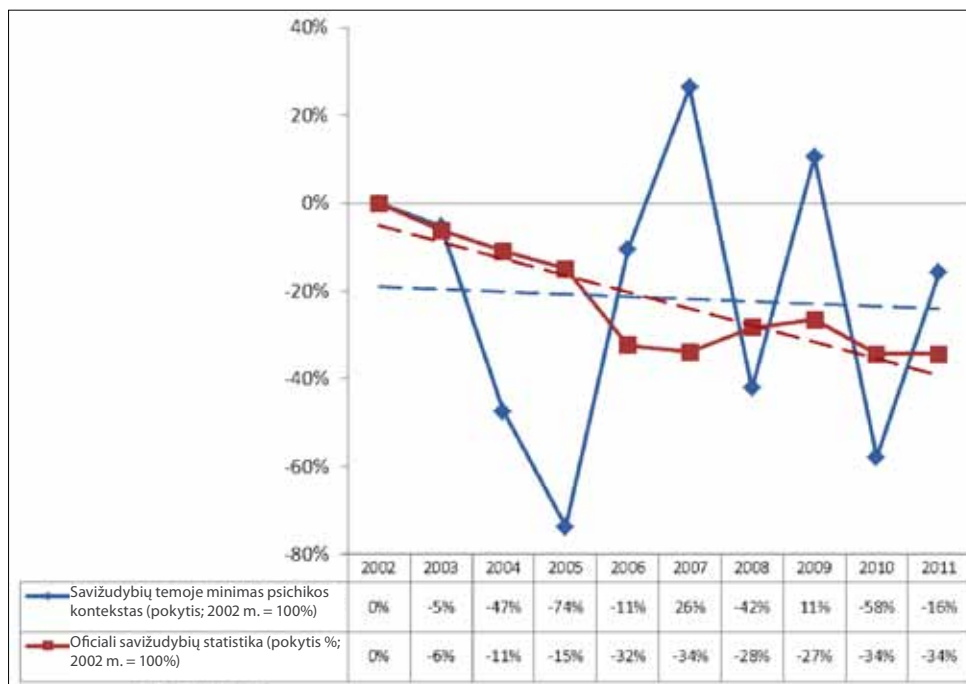
93 Jei paminėjimai p kontekste būtų tiesiogiai susiję su nusikaltimų statistika, R turėtų būti = 1.



28 pav. Psichikos sutrikimo pateikimas sunkių smurtinių nusikaltimų kontekste ir 2004–2011 metų oficiali sunkių smurtinių nusikaltimų statistika

Savižudybių atvejų, aprašomų psichikos ligos kontekste, ir oficialios smurtinių nusikaltimų statistikos dinamika

Savižudybių statistikos ir savižudybių paminėjimo su psichikos sveikatos kontekstu dinamika panaši į anksčiau aprašytą smurtinių nusikaltimų atvejį, tačiau yra gerokai nuosaikesnė. Koreliacija tarp bendros savižudybių statistikos ir paminėjimų spaudoje kartu su psichikos temų kontekstu yra silpna ir statistiškai nereikšminga ($R = -0,06$; $p > 0,05$). Taigi, nagrinėjami dydžiai nėra susiję – spaudoje savižudybių minėjimo su psichikos sveikatos kontekstu skaičius yra mažai kintantis ir nepriklausomas nuo faktinės aplinkos.



29 pav. Psichikos sutrikimo pateikimas savižudybės kontekste ir 2002–2011 metų oficiali savižudybių statistika

5.5. PSICHIKOS SVEIKATA POLITINIAME DISKURSE

Psichikos sveikatos temos paminėjimų analizė politiniame diskurse yra svarbus kintamasis, papildantis psichikos sveikatos politikos vystymosi kontekstą. Analizei buvo pasirinkta Lietuvos Respublikos Seimo posėdžių stenogramų analizė pagal raktinius žodžius. Analizuoti kiekybiniai parametrai pagal pasirinktas temas ir potemes, jų dažnumą, informacijos kiekį ir informacijos pasikartojimą laike⁹⁴.

Stenogramų tekstynai apima 1990–2010 metus. Informacija surinkta naudojant fokusuotos tinklapių paieškos technologiją⁹⁵, kuri leido itin kokybiškai išskirti ir visapusiškai išanalizuoti visą reikalingą tikslinę informaciją.

PSICHIKOS SVEIKATOS KONTEKSTAS SEIMO PLENARINIŲ POSĖDŽIŲ DISKUSIJOSE

1990–2010 metais Seimo plenariniuose posėdžiuose psichikos sveikatos diskusijų kontekste dažniausiai kalbėta žmogaus teisių tema (52 proc. visų diskusijų psichikos sveikatos tema), vertinta bendra visuomenės psichikos sveikatos būklė (29 proc.), išsamiai diskutuota psichikos sveikatos tema (26 proc.). Pastarasis indikatorius leidžia daryti prielaidą, kad psichikos sveikatos tema nėra rutininė, minima daugelyje diskusijų (pvz., kaip ES, ekonomikos, finansavimo raktiniai žodžiai) – net ketvirtadalis iš visų psichikos sveikatos temos paminėjimų susijęs su išsamiu temos aptarimu.



30 pav. Psichikos sveikatos sritys ir kontekstas Lietuvos Respublikos Seimo plenariniuose posėdžiuose 1990–2010 metais (potemių procentas bendrame diskusijų psichikos sveikatos tema kontekste)

Diskusijų psichikos sveikatos tema kontekste pastebima įdomi dinamika. Psichikos sveikata kitų sričių sveikatos teisės aktų svarstymuose minima vis dažniau (nuo 2 proc. 1990 m. Atkuriamajame Seime iki 32 proc. 2008 m. Seime)⁹⁶. Panaši (tolydžio auganti) aktualumo tendencija fiksuojama ir tokių temų kaip „vaikų psichikos sveikata“, „svarstomas teisės aktas iš socialinės apsaugos srities“, „išsami diskusija arba pristatymas, susijęs su psichikos sveikatos“.

94 Papildomai naudotas ir kokybinis elementas – subjektyvus tekstų konteksto vertinimas (pozityvi – neutrali – negatyvi informacija).

95 Techninis sprendimas – „Baltijos pažangių technologijų institutas“. Institutas projekto vykdytojų užsakytu suprojektavo ir sukūrė tyrimui naudotas informacijos rinkimo programinius sprendimus.

96 Kadencijos trukmė (ir absoliutus atvejų skaičius) skaičiavimams įtakos neturi, nes vertinamas tik santykis tarp nagrinėjamos potemės ir bendro psichikos sveikatos paminėjimų lyginamuoju laikotarpiu.

Atvirkščia tendencija matoma nagrinėjant paminėjimų dažnį, susijusį su vidaus reikalų srities įstatymų svarstymu, – šioje srityje fiksuojamas nuoseklus analizuojamos temos paminėjimų skaičiaus mažėjimas psichikos sveikatos kontekste. 1990–1992 m. pastebimas stiprus ryšys tarp psichikos sveikatos konteksto ir teisės aktų, susijusių su vidaus reikalų sritimi (43 proc.), vėliau ryšio stiprumas akivaizdžiai mažėja. Žmogaus teisės psichikos sveikatos kontekste minimos dažniau nei kitos nagrinėtos temos, o jų dinamika gana tolygi (vidutiniškai 50 proc. atvejų iš visų psichikos sveikatos temos paminėjimų).

ES klausimų svarstymų bendra dinamika psichikos sveikatos kontekste yra didėjanti. 2004–2008 m. matomas ryškus „paūmėjimas“ – politinės konjunktūros kontekste jis lengvai paaiškinamas Europos integracijos procesais.

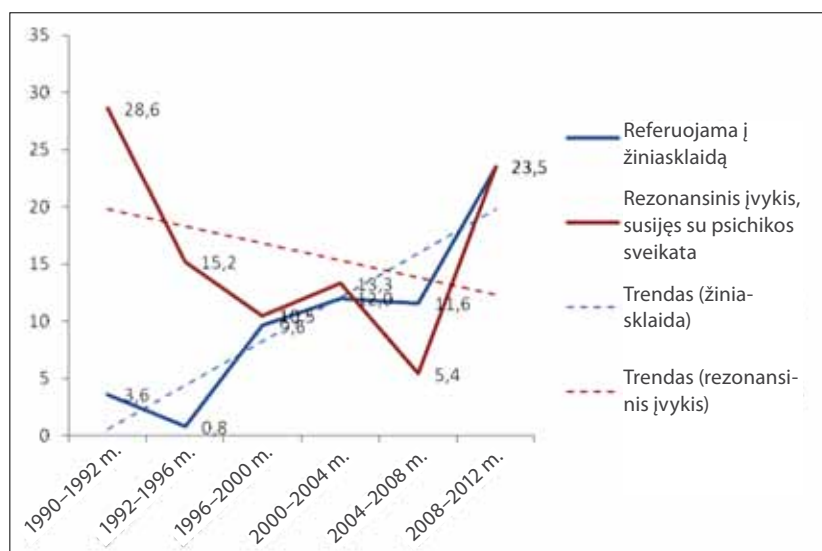
28 lentelė. Psichikos sveikatos sritys ir kontekstas Lietuvos Respublikos Seimo plenariniuose posėdžiuose pagal Seimo kadencijas (potemių procentas bendrame diskusijų psichikos sveikatos tema kontekste)

Kadencija	1990–1992 m.	1992–1996 m.	1996–2000 m.	2000–2004 m.	2004–2008 m.	2008–2012 m.
	%	%	%	%	%	%
Svarstomas psichikos sveikatos srities teisės aktas	0,0	9,8	15,8	8,4	13,4	11,8
Svarstomas kitas su sveikata susijęs teisės aktas	1,8	10,6	23,7	13,3	17,0	32,4
Svarstomas teisės aktas iš švietimo srities	14,3	1,5	3,5	3,6	4,5	0,0
Svarstomas teisės aktas iš vidaus reikalų srities	42,9	31,8	18,4	15,7	11,6	17,6
Svarstomas teisės aktas iš socialinės apsaugos srities	5,4	10,6	14,9	10,8	22,3	35,3
ES kontekstas	0,0	3,0	10,5	16,9	32,1	17,6
NVO kontekstas	1,8	3,8	10,5	13,3	17,0	14,7
ŽT kontekstas	62,5	44,7	53,5	41,0	57,1	61,8
Savivaldybių ar apskričių funkcijos psichikos sveikatos srityje	10,7	10,6	26,3	14,5	17,0	11,8
Bendros pastabos apie visuomenės psichikos sveikatos būklę	23,2	25,8	23,7	24,1	38,4	44,1
Vaikų psichikos sveikatos klausimai	12,5	8,3	14,9	24,1	25,0	38,2
Diskusijos apie stacionarias globos ar psichikos sveikatos priežiūros įstaigas	12,5	14,4	17,5	14,5	17,0	14,7
Psichikos sveikatos priežiūros įstaigų arba sistemos finansavimas	1,8	6,1	21,1	15,7	15,2	23,5
Bendro pobūdžio juokeliai psichikos sveikatos temomis	3,6	12,1	0,9	3,6	4,5	2,9
Kandi ironija, pastabos Seimo narių psichikos sveikatos klausimais	7,1	16,7	0,9	6,0	6,3	11,8
Psichikos sveikatos įvardijimas kaip neprioritetinės temos	0,0	3,8	1,8	2,4	0,9	5,9
Išsami diskusija arba pristatymas, susijęs su psichikos sveikata	8,9	15,2	32,5	27,7	37,5	29,4
Referuojama į žiniasklaidą	3,6	0,8	9,6	12,0	11,6	23,5
Rezonansinis įvykis, susijęs su psichikos sveikata	28,6	15,2	10,5	13,3	5,4	23,5

Žiniasklaidos ir rezonansinių įvykių paminėjimai psichikos sveikatos diskusijų kontekste

Viešojo diskurso įtaka taip pat gana didelė. Net 14 proc. diskusijų psichikos sveikatos tema atvejų referuojama į rezonansinius įvykius, 9 proc. atvejų minima informacija žiniasklaidoje (31 pav.). Analizuojant paminėjimų dinamiką, matoma įdomi tendencija – rezonansinių įvykių aptarimas psichikos sveikatos temoje kontekste mažėjo, o 2008–2012 m. kadencijose matomas „sugrįžimas“ (24 proc. atvejų psichikos sveikatos kontekste minimi ir rezonansiniai įvykiai)⁹⁷. Ilgalaikeje perspektyvoje rezonansinių įvykių paminėjimų dažnis (trendas) psichikos temos diskusijų kontekste yra mažėjantis, o žiniasklaidos paminėjimų dinamika yra priešinga – referencijų į žiniasklaidos šaltinius daugėja: 1992–1996 m. jų proporcija psichikos sveikatos temose diskurse nesiekė 1 proc., o 2008–2012 m. pakilo iki 24 proc. (31 pav.).

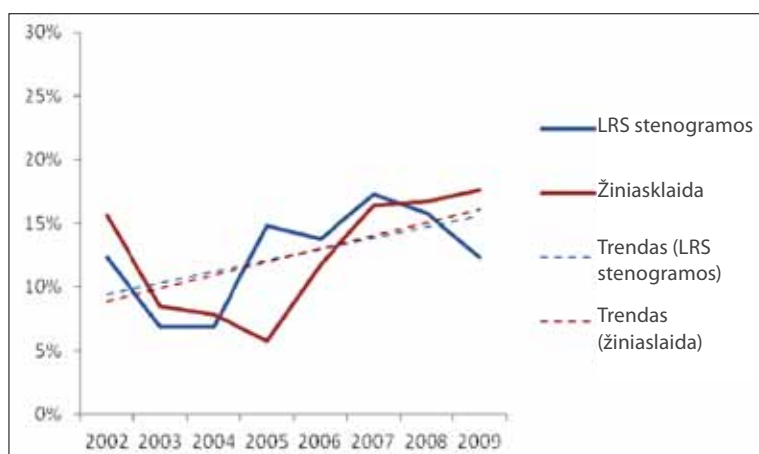
97 Plačiau žiniasklaidoje nušviesta ir atgarsio politiniame diskurse sulaukusi D. Kedžio byla.



31 pav. Žiniasklaidos ir rezonansinių įvykių paminėjimo dinamika

Psichikos sveikatos temų dažnis žiniasklaidoje glaudžiai susijęs su tiriamos temos diskusijų aktyvumu politiniame diskurse. 2002–2010 metais⁹⁸ matoma įdomi dinamika, rodanti tiesioginę žiniasklaidos įtaką psichikos sveikatos temų svarstymui Seime (32 pav.). Regresinė analizė patvirtino, jog kontroliuojant 2005 metų išskirtį galima matyti tiesinę priklausomybę tarp informacijos žiniasklaidoje ir diskusijų Seime PSP tema dažnio⁹⁹.

2005 metų nuokrypis nuo tendencijos yra nesunkiai paaiškinamas ankstesne žiniasklaidos dinamikos analize ir bendru kontekstu. 2005 metais matomas bendras straipsnių psichikos sveikatos tema sumažėjimas, tačiau jis taip pat atspindi ir kokybinių pokyčių – būtent 2005 m. žiniasklaidoje fiksuojamas didžiausias išsamių straipsnių skaičiaus nagrinėjama tema augimas. Minimu laikotarpiu Europos aukščiausio lygmens politinėje darbotvarkėje atsirado psichikos sveikatos klausimas, šiomis tendencijomis pasekė ir Lietuva. Dokumentuose atsiranda iš tarptautinių dokumentų (pvz., Psichikos sveikatos deklaracijos ir Europos 2005–2010 metų veiksmų plano) perimtos formuluotės apie psichikos sveikatos svarbą ir būtinybę taikyti šiuolaikinius principus.



32 pav. Psichikos temų paminėjimai žiniasklaidoje ir Lietuvos Respublikos Seimo stenogramose (proporcijos %. Visas laikotarpis = 100 proc.)

98 2002–2009 m. žiniasklaidos analizės duomenys apima identiškus šaltinius (automatizuota paieška „Delfi“ portale).

99 2005 m. Seimo aktyvumas PSP temų svarstyme ir sąlyginis žiniasklaidos pasyvumas nagrinėjama tema modeliuotas kaip pseudokintamasis (angl. *dummy variable*). Regresijos modelis paaiškina 69 proc. dispersijos ($R^2=0,688$). Priklausomybė gali būti išreikšta šiuo tiesinės priklausomybės modeliu: $Y_{Polit} = c + 0,978_{Zin} + 0,812_{dummy2005} + e$. Galima prognozuoti, kad 1 proc. kiekybinis pokytis pranešimų žiniasklaidoje temos paminėjimų skaičių Seime pakeis tą pačią proporcija.

Sąlyginai šią (2005 m.) išskirtą bendroje žiniasklaidos ir politinio diskurso sąveikoje galima pavadinti elito laikotarpiu – Seimo darbotvarkė čia „lenkia“ žiniasklaidą (o žiniasklaida savo ruožtu nelabai domisi politiniu PSP lygmeniu).

Nagrinėjant atskiras psichikos sveikatos sritis, stipriausias ryšys matomas tarp žiniasklaidos ir politiniame lauke svarstomų teisės aktų, susijusių su vidaus reikalų (baudžiamoji teisė, saugumo kontekstas), švietimo srities teisės aktų ir žmogaus teisių kontekstu. Pagal kiekybinius tyrimo rodiklius šis „didysis trejetas“ yra pats jautriausias žiniasklaidos (socialinio diskurso) įtakai.

Pastebima ir kita įdomi tendencija – pagrindinės žiniasklaidos temos, susijusios su atspindėjimu politiniame diskurse, yra ne „rezonansinės“ agresijos ar saviagresijos temos, bet gana neutralios, netgi šviečiamosios temos – psichiatrija, mokslo populiarinimo straipsniai, diskusijos psichikos sveikatos temomis.

Šis fenomenas leidžia daryti prielaidą apie egzistuojantį atsakomosios reakcijos efektą – diskusijos smurto ar savižudybių temomis gali tapti politinio diskurso katalizatoriumi, o kilusios politinės diskusijos Seime, matyt, grįžta į žiniasklaidą neutraliesnio turinio straipsniais.

29 lentelė. Ryšys tarp skirtingų psichikos sveikatos temų nušvietimo žiniasklaidoje ir paminėjimų Seimo stenogramose

	Svarstomas teisės aktas iš vidaus reikalų srities	Svarstomas teisės aktas iš švietimo srities	ŽT kontekstas	Bendros pastabos apie visuomenės psichikos sveikatos būklę	Savivaldybių ar apskričių funkcijos psichikos sveikatos srityje	NVO kontekstas	Svarstomas kitas, su sveikata susijęs teisės aktas	ES kontekstas	Diskusijos apie stacionarias globos ar psichikos sveikatos priežiūros įstaigas	Psichikos sveikatos priežiūros įstaigų arba sistemos finansavimas	Svarstomas psichikos sveikatos srities teisės aktas
Tema – medicina/psichiatrija	0,76	0,67	0,23	0,54	0,43	0,54	0,23	0,55	0,04	0,04	0,39
Tema – mokslo populiarinimas	0,76	0,75	0,54	0,39	0,24	0,38	0,31	0,20	0,04	0,04	0,08
Tema – PSP	0,31	0,49	0,67	0,30	0,11	0,24	0,15	-0,11	-0,11	0,26	0,00
Tema – saviagresija/suicidas	0,23	0,42	0,22	0,37	0,19	0,24	0,00	0,11	-0,04	-0,11	0,07
Tema – smurtas/agresija	0,23	0,11	0,30	0,00	-0,04	-0,16	0,37	-0,04	0,04	0,11	-0,30

* Koreliacija atspindi ryšį tarp įvairių PSP konteksto dažnio žiniasklaidoje ir politiniame diskurse (Kendall tau koeficientas)

5.6. APIBENDRINIMAS

Nagrinėtuose žiniasklaidos pranešimuose psichikos sveikatos klausimus įprasta vaizduoti neigiamame kontekste. Neigiamų pranešimų ne tik pasitaiko daugiau, bet ir pastebima jų gausėjimo tendencija. Atvirkščiai proporcinga yra teigiamų pranešimų dinamika: jų yra mažiau ir tiriamuoju laikotarpiu fiksuojamas jų mažėjimas.

Tyrimas patvirtina analogiškų analizių rezultatus, pagal kuriuos žiniasklaidoje dominuoja psichikos sveikatos temos pateikimas kriminaliniame kontekste, dažnai ji nagrinėjama rašant apie savižudybes. Nors reikia pabrėžti tolygų ilgalaikį šių temų sąsajų mažėjimą, tačiau lygia greta ilgėja straipsnių šiomis temomis tekstai ir konkrečių atvejų pateikimo išsamumas. Psichikos sveikatos klausimų vaizdavimo kriminaliniame kontekste tendencijos nesusijusios su žmogžudysčių daugėjimu, t. y. mažėjant žmogžudysčių skaičiui žiniasklaidoje gausėja tekstų, kuriuose psichikos sveikata pateikiama kriminaliniame kontekste, taip pat pastebimas tekstų šiomis temomis ilgėjimas.

Tiriamuoju laikotarpiu beveik keturis kartus sumažėjo straipsnių, psichikos sutrikimą nurodančių kaip pagrindinę aprašomo smurto atvejo priežastį, kritinis lūžio taškas buvo 2004–2005 metai. Dar reikš-

mingesnis pokytis straipsniuose apie savižudybes: paskutiniaisiais penkeriais tiriamojo laikotarpio metais pasitaiko psichikos sutrikimo paminėjimas straipsnio kontekste, tačiau jis niekuomet tiesiogiai nebeįvardijamas kaip įvykio priežastis.

Psichikos sveikatos politika intensyviausiai žiniasklaidoje buvo aptariama 2004–2005 metais. Iki tol ir po šio laikotarpio matomas nedidelis susidomėjimas šia tema ir bendra mažėjimo tendencija. Vadinasi, žurnalistai, aprašinėdami tam tikrus psichikos sveikatos klausimus, retai (ir vis rečiau) juos sieja su psichikos sveikatos politikos spragomis arba pasiekimais, nors pastebima ilgalaikė šios tematikos straipsnių ilgėjimo tendencija.

2004–2006 metus galima vadinti visuomeninio diskurso psichikos sveikatos temomis metais, kai žiniasklaidoje itin pagausėjo naujienų apie psichikos sveikatos politiką. Galima teigti, jog ši tendencija atspindėjo objektyvią tikrovę, nes tais metais Lietuvoje buvo didžiausias politinis proveržis psichikos sveikatos srityje, kuriam pasibaigus atitinkamai sumažėjo ir publikacijų šiomis temomis. Įdomu konstatuoti tais pačiais metais lygiagrečiai vykusį reiškinį – straipsnių apie nusikaltimus, dėl kurių tariamai kalti psichosocialinę negalią turintys asmenys, sumažėjimą. Mes tokios analizės neatlikome, tačiau galime daryti prielaidą, jog įtakos tam turėjo intensyvesnės politinės diskusijos apie pokyčių psichikos sveikatos sistemoje būtinybę ir psichosocialinę negalią turinčių asmenų teises. Deja, iš politinės darbotvarkės eliminavus psichikos sveikatos reformos klausimą, nuo 2007 metų pokyčių kreivė vėl ėmė kilti į prieš tai buvusį lygį.

Tirtose žiniasklaidos publikacijose bei Seimo stenogramose nėra probleminio diskurso apie psichikos sveikatos priežiūros institucijų, pavyzdžiui, psichiatrijos ligoninių, psichikos sveikatos centrų ar socialinės globos namų, veiklą, randamas nebent trumpas įstaigos paminėjimas be kritinės jų veiklos ar teikiamų paslaugų analizės. Žiniasklaidoje ir aukščiausiam sprendimų priėmimo lygmenyje dominuoja biomedicininis psichosocialinės negalios suvokimas. Jame galutiniu ir žurnalistų bei politikų nekvestionuojamu žinojimu disponuoja medikai ir medicinos įstaigos, o alternatyvus diskursas politinėje ir žiniasklaidos erdvėje beveik nepastebimas.

Politiniame diskurse įsitvirtina suvokimas, kad su psichikos sveikata susijusios problemos yra iš tikrųjų svarbios, jos lemia didelę našą, kurią sukuria visuomenės psichikos sveikatos problemos, ypač kai jos tinkamai nesprenžiamos. Tą našą įmanoma gerokai sumažinti, jei bus investuojama socialinės atskirties ir stigmos mažinimo bei integracijos didinimo kryptimi. Kokybinio tyrimo duomenys rodo, kad šio Lietuvoje po truputį įsitvirtinančio suvokimo nepakanka proveržiui ir paradigmos lūžiui, nes vien suformuluoti neužtenka – būtina, kad jis įtvirtintų visais lygmenimis. Atlikta analizė parodė, kad šiuolaikinių principų įgyvendinimui dar priešinamasi ir ydingo rato principu visi komponentai vienas kita stiprina nepalankiems sprendimams.

6. REZULTATŲ APTARIMAS

Atlikta giluminė analizė leidžia patikimai atmesti vien tik oficialias ataskaitas bei dokumentus vertinant dažniausiai pasitaikančią nuomonę – apie tai, kad Lietuva palaipsniui įveikia iššūkius bei kliūtis visuomenės psichikos sveikatos srityje ir kiek leidžia finansiniai ištekliai bei galimybės nuo 1990 metų iki dabar įgyvendina šiuolaikinius psichikos sveikatos politikos principus.

Galima pritarti, kad formulavimo lygmeniu Lietuvos psichikos sveikatos politika atitinka šiuolaikinius principus. Visų pirma tai pasakytina apie 2007 m. Seimo patvirtintą Psichikos sveikatos strategiją, kuri įtvirtina visus naujausių tarptautinių dokumentų principus bei numato, kad Lietuva vykdydama psichikos sveikatos politiką jais remsis.

Tačiau tuo Lietuvos sėkmė, jei taip galima pavadinti faktą, jog Seimas yra patvirtinęs pažangų psichikos sveikatos politikos dokumentą, vertintu laikotarpiu (iki 2013 metų) ir pasibaigia. Įgyvendinimo lygmeniu ir iki 2007 metų, ir po 2007 metų tų pačių Strategijoje patvirtintų principų yra nepaisoma.

Kuo labiau vykdant projektą ir atliekant kompleksinę analizę buvo gilinamasi į tai, kaip realybėje įgyvendinami psichikos sveikatos politikos principai ir kaip bei kokių siekiama rezultatų, tuo daugiau susikaupė įrodymų už tyrinėjamo objekto (psichikos sveikatos politikos įgyvendinimo) nepalankų vertinimą. Nemažai aptiktų reiškinių ir tendencijų rodo, kad psichikos sveikatos politika Lietuvoje įgyvendinama pagal scenarijų, kurį nulemia istoriškai susiformavusios ir šiuolaikiniams principams prieštaraujanti tradicijos. Jau prieš 10–15 metų susidarius stipriam ydingam ratui tarp nepalankių visuomenės psichikos sveikatos rodiklių ir neveiksmingo valdžios institucijų atsako, valstybės psichikos sveikatos politika vyko ir tebevyksta ne įgyvendinant šiuolaikinius principus bei rekomendacijas, o veikiau imituojant reformas. Psichikos sveikatos politikos įgyvendinimo kasdienybėje išvyravo įprastų, seniai susiformavusių investavimo į sistemą būdų protegavimas, taip prisitaikant prie stiprių stigmos, socialinės atskirties ir netolerancijos nuostatų visuomenėje. Nors per du dešimtmečius gana daug finansinių ir žmogiškųjų išteklių buvo investuota į psichikos sveikatos priežiūros sistemą (kaip aptarėme 4.1 skyriuje, 1998–2010 m. bendros tiesioginės valstybės išlaidos psichikos sveikatai išaugo 1,9 karto iki 368 mln. Lt), tai dar visiškai nereiškia, kad šie gausėjantys ištekliai buvo naudojami veiksmingai. Todėl tenka atmesti kaip nepagrįstą dažnai pasitaikančią teiginį, kad tinkamai pasirūpinti visuomenės ir individų psichikos sveikata esą trukdo finansinių išteklių stoka.

Sėkmės ar bent santykinės Lietuvos sėkmės varianto neleidžia patvirtinti egzistuojanti stebėsenos sistema, kuri iki šiol mažai skiriasi nuo sovietiniu laikotarpiu naudotos statistikos ir vertina ne tiek sistemos veiksmingumo rezultatus, kiek vykstančius paviršinius procesus, todėl ne tiek atskleidžia, kiek užslepia esmines sistemines spragas. Nepriklausomo stebėjimo bei analizės būdu gauti duomenys leidžia daryti prielaidą, kad tradiciniai ir kol kas nekintantys investavimo į psichikos sveikatos sistemą būdai gali tik dar labiau įtvirtinti ydingus mechanizmus ir neigiamai veikti tiek plačiosios visuomenės, tiek sutrikusios psichikos asmenų gerovę bei gyvenimo kokybę.

Kas leido mums padaryti tokias išvadas?

Pirmiausia – tai trijų kritiškai svarbių psichikos sveikatos politikos sričių situacijos ir jų plėtros evoliucijos analizė.

1. Sveikatos politikos paribyje liekanti strategiškai svarbi sritis – psichikos sveikatos stiprinimas ir sutrikimų bei problemų prevencija (kartu ir nesėkmingi bandymai įveikti savižudybių bei kitų mirčių dėl išorinių priežasčių epidemiją)
2. Vaikų psichikos sveikatos politikos įgyvendinimo ir veiksmingų paslaugų plėtros nesėkmė.
3. Besitęsiantis institucinės globos protegavimas, nepaisant akivaizdžių mokslo žinių apie būtinybę kuo skubiau atisakyti institucinės globos tiek suaugusiems, tiek juo labiau vaikams ir pereiti prie veiksmingos pagalbos šeimoje ir bendruomenėje formų.

Daug su šiuo klausimu susijusių aspektų nagrinėjome tam skirtame skyriuje. Dabar aptardami viso tyrimo rezultatus paliesime platesnį kontekstą.

Būtų galima daryti prielaidą, kad nesprenžiamos psichikos sveikatos politikos problemos viso labo yra atspindys bendrosios Lietuvos sveikatos politikos, kuriai būdingos ar į kurias panašios visos čia atskleistos sisteminės problemos. Iš tikrųjų Lietuvos sveikatos politikai, vis dar neišsivadavusiai iš sovietinės sveikatos apsaugos ypatumų, kaip ir psichikos sveikatos priežiūrai, būdinga ir perteklinė medikalizacija, ir nepagarba paciento teisėms, ir ligų prevencijos modernių būdų ignoravimas, ir skaidrumo stoka, ir prasta sistemos vadyba. Tačiau jei ir priimame šią prielaidą, turime atkreipti dėmesį į tai, kad psichikos sveikatos sritis yra daug labiau pažeidžiama visų šių spragų. Mūsų atlikta analizė leidžia daryti prielaidą, kad psichikos sveikatos politikos įgyvendinimo nesėkmės yra akivaizdesnės ir brangiau kainuojančios negu nesėkmių ir laimėjimų derinys bendrojoje Lietuvos sveikatos politikoje.

Be abejonės, daug rimtų iššūkių įgyvendinant šiuolaikinius psichikos sveikatos politikos principus lemia visuomenės požiūriai. Mūsų atlikta žiniasklaidos ir politinio diskurso analizė identifikuoja papildomus ydingo rato mechanizmus, kai nepalankūs reiškiniai, susiję su visuomenės ir politikų nuostatomis, pačia psichikos sveikatos priežiūros sistema bei visuomenės psichikos sveikatos rodikliais, stiprina vieni kitus. T. Tomov (2001) vienas iš pirmųjų aprašė permainų kontekstą visame Vidurio ir Rytų Europos regione ir įvardijo daugiau giluminių priežasčių, galėjusių nulemti nepalankų psichikos sveikatos politikos įgyvendinimo scenarijų. Būtent XX ir XXI amžių sandūroje buvo pradėta suvokti, kad Vidurio ir Rytų Europai nebūtinai pasiseks pakartoti liberalios demokratijos ir pagarbos kiekvieno individo teisėms ir laisvėms principų įtvirtinimą, kaip po Antrojo pasaulinio karo įvyko Vakarų Europoje. Priminsime, kad būtent praėjus 20 metų po Antrojo pasaulinio karo daugelyje Vakarų Europos valstybių jau vyko ne tik esminės psichikos sveikatos politikos reformos, bet ir pilietiniai judėjimai už psichikos ligonių teises ir už tai, kad ir vaikai, ir suaugusieji, nesvarbu – jie turi negalią ar ne, turi teisę gyventi laisvėje, o ne uždaroje įstaigoje.

Suprantama ir tai, kad psichikos sveikatos priežiūros sistema ir jos veiksmingumą lemianti psichikos sveikatos politika negali plėtotis ir nesiplėtoja tuštumoje. Sunku įsivaizduoti tokį scenarijų, kai tolerancijos pažeidžiamoms žmonių grupėms stokojančioje visuomenėje be ypatingų kliūčių įgyvendinami šiuolaikiniai psichikos sveikatos politikos principai. Priešinimasis liberalios demokratijos vertybėms, kuris tapo stiprus ne vienoje Lietuvos visuomenės grupėje, sukuria papildomas kliūtis ir psichikos sveikatos politikos įgyvendinimo strategijai bei taktikai. Juk akivaizdu, kad visi šiuolaikiniai psichikos sveikatos politikos principai yra labai glaudžiai susiję su pagarba kiekvienam individui ir kiekvieno individo (ypač žmonių, priklausančių labiausiai pažeidžiamoms grupėms) pamatinėms teisėms ir laisvėms. Jei visuomenėje trūksta jėgų ir kritinės masės pripažinti, kad kūdikių namuose arba didelėse uždaroje globos įstaigoje žmonėms, turintiems psichikos negalią, pažeidžiamos bendrapiliečių teisės ir kad su tokia situacija negalima taikstyti, reikia sutikti su tuo, kad sociumo būsenos lygio kliūtys modernios politikos įgyvendinimui yra didelės. Šia prasme, perfrazuojant kitoms sritims dažnai taikomas išvalgas, galima pakartoti, kad kiekviena visuomenė turi tokią psichikos sveikatos priežiūros sistemą ir tokią psichikos sveikatos politiką, kokios ji pati nusipelno.

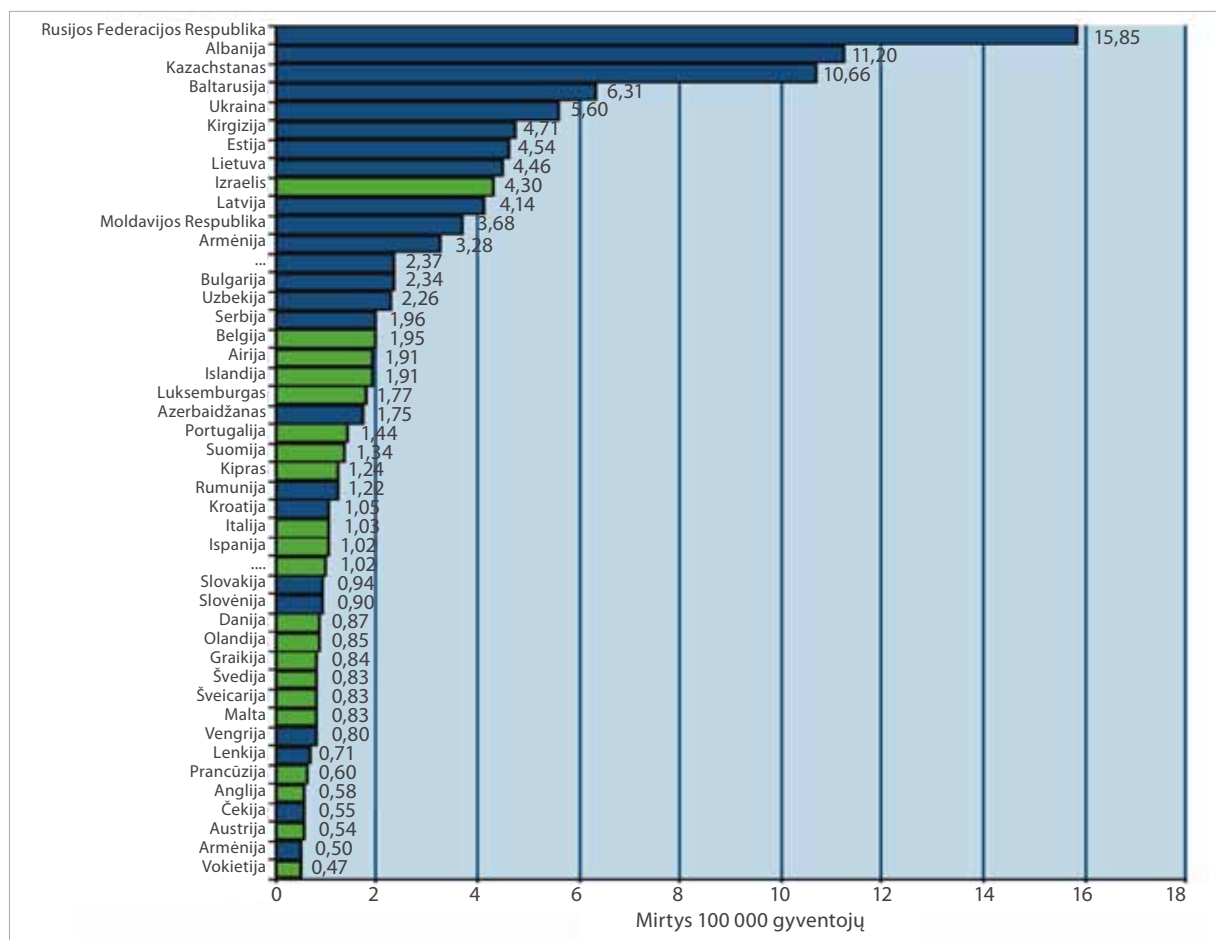
Politinio diskurso analizė parodė, kad lėtos permamos veiksmingų sprendimų link jau yra prasidėjusios. Politiniame diskurse įsitvirtino suvokimas, kad su psichikos sveikata susijusios problemos yra iš tikrųjų svarbios ir kad jos lemia didelę našta, kai yra nesprenžiamos. Tačiau analizė taip pat atskleidė, kad dar neįvykęs yra kito lygio suvokimas – jog tą našta įmanoma gerokai sumažinti, jei bus investuojama socialinės atskirties ir stigmos mažinimo, pažeidžiamų grupių integracijos didinimo ir visuomenės emocinio raštingumo stiprinimo kryptimi. Kokybinio tyrimo duomenys rodo, kad šio Lietuvoje palaipsniui įsitvirtinančio suvokimo dar nepakanka proveržiui ir paradigmos lūžiui. Suformuluoti psichikos sveikatos politikos svarbiausius principus ir prioritetus yra svarbu ir būtina, bet to neužtenka. Būtinai yra kitas etapas – šių principų įtvirtinimas visais lygmenimis. Atlikta analizė parodė, kad šiuolaikinių principų įgyvendinimui dar nepakanka politinės valios bei šiuos principus palaikančių jėgų. Galiu lauke stipresnės yra šių principų įgyvendinimui nepritariančios jėgos. Būtent tai nemažai lemia, kad mūsų identifikuotų ydingų ratų principu visi komponentai vienas kitą iki šiol stiprina nepalankiems sprendimams.

Visgi siūloma per daug nesureikšminti nebrandžių ir nepalankių sklandžioms permainoms visuomenės požiūrių. Už politikos formulavimą ir įgyvendinimą atsakingi politikai negali nuolat teisintis tuo, kad visuomenė yra nepasirengusi pažangioms permainoms. Kitų valstybių pavyzdžiai rodo, kad sisteminės permainas paprastai inicijuodavo visuomenės lyderiais pasirenge būti politikai. Jei yra politinė valia, pasitelkus šiuolaikinę vadybą, psichikos sveikatos sistemos permainas galima vykdyti taip, kad jas palankiai priims vis daugiau visuomenės narių.

Politiniam elitui imtis nutraukti ydingą ratą bus lengviau, pasitelkus tokius partnerius kaip nevyriausybines organizacijas ir akademinis elitas. Akademinis sektorius gali ir turi atlikti lemiamą vaidmenį padedant visuomenei ir politikams įrodyti, kad įgyvendinus mokslo žiniomis grįstus šiuolaikinius principus laimės visi – ir psichikos sutrikimų turintys žmonės, ir plačioji visuomenė.

Pabaigoje norėtume grįžti prie lentelės, kurioje pavaizduota, koks yra jaunų žmonių (10–29 m. amžiaus) homicidų (žmogžudysčių) paplitimas Europos valstybėse. Pasaulio sveikatos organizacija yra pasirinkusi šį rodiklį kaip gerai atspindintį visuomenės socialinio toksiškumo lygį. Didelis šio reiškinio paplitimas rodo aukštą visuomenės socialinio toksiškumo lygį ir koreliuoja su sutrikusiais žmonių tarpusavio santykiais, rodo polinkį į save ir kitus naikinantį elgesį, nepakantą kitiems žmonėms. Kuo mažesnis šio reiškinio paplitimas, tuo sveikesnė visuomenė, tuo geresnė bendroji visuomenės psichikos sveikata.

Lietuvos vieta šioje lentelėje vaizdžiai iliustruoja mūsų atliktame tyrime identifikuotas problemas. Lietuva šiuo rodikliu atrodo keletą kartų geriau negu kai kurios Rytų Europos valstybės (Rusija, Ukraina, Kazachstanas), bet turi 7–10 kartų prastesnį rodiklį už daugumą Vakarų, Šiaurės ir Pietų Europos valstybių. Tai rodo ir didžiules galimybes tuo atveju, jei Lietuva pasuks Europos keliu įgyvendindama šiuolaikinius principus, ir atskleidžia rizikas bei grėsmes, jei Lietuva užsibus „padidėjusio toksiškumo“ zonoje. Svarbu yra žinoti, kad iki šiol galimi abu scenarijai ir kad Lietuva pati turi nuspręsti dėl krypties, kurią artimiausiu



33 pav. Homicidų (žmogžudysčių) paplitimas tarp 10–29 metų amžiaus žmonių PSO Europos regiono valstybėse

Šaltinis: World Health Organization, 2010

metu turės rinktis. Kol kas dar labai didelis visuomenės tarpusavio santykių „toksiškumas“, vis dar artimesnis Rytų kaimynų negu Šiaurės ir Vakarų kaimynų visuomenės būsenoms pagal ydingo rato mechanizmus, yra kartu ir nesėkmių priežastis, ir jų pasekmė. Tikimės, kad šio tyrimo rezultatai, išvados ir rekomendacijos pozityviai prisidės prie tų permainų, kurios leis įveikti ydingo rato mechanizmus, ir Lietuvoje bus nuosekliai įgyvendinama šiuolaikiniais principais grįsta psichikos sveikatos politika.

7. IŠVADOS IR REKOMENDACIJOS

IŠVADOS

1. Atlikta giluminė 1990–2013 metų laikotarpio Lietuvos psichikos sveikatos politikos formulavimo ir įgyvendinimo analizė atskleidė sisteminės šios politikos svarbiausių principų ir prioritetų įgyvendinimo spragas. Vertindami Lietuvos psichikos sveikatos politikos veiksmingumą, darome išvadą, kad ši politika yra tinkamai suformuluota, bet svarbiausi dokumentuose suformuluoti šios politikos (Psichikos sveikatos strategijos) principai nėra veiksmingai įgyvendinami.
2. Neveiksmingas šiuolaikinių principų įgyvendinimas identifikuotas trijose svarbiausios psichikos sveikatos priežiūros sistemos plėtros srityse. Tai:
 - psichikos sveikatos stiprinimas ir psichikos sutrikimų prevencija, įskaitant savižudybių ir kitų mirčių dėl išorinių priežasčių prevenciją;
 - vaikų psichikos sveikatos politikos įgyvendinimas ir veiksmingų paslaugų plėtra;
 - perėjimas nuo institucine globa grįstos sistemos prie veiksmingų bendruomeninių paslaugų vaikus auginančioms šeimoms ir žmonėms, turintiems psichikos ir proto negalią.
- 2.1. Savižudybių prevencijos nesėkmės siejamos su modernias prevencines idėjas stabdančio biomedicininio modelio dominavimu sveikatos ir psichikos sveikatos politikoje ir nepakankamu sveikatos politiką vykdančių institucijų suvokimu, kad savižudybių reiškinys yra visų pirma visuomenės sveikatos problema, kuri turi būti tinkamai sprendžiama.
- 2.2. Vaikų psichikos sveikatos priežiūros sistema pradėta sėkmingai plėtoti 1990–2000 metais. Antrajame permainų dešimtmetyje ir trečiojo pradžioje (2001–2013), nepaisant finansinių galimybių ir gausios informacijos apie blogus vaikų psichikos sveikatos rodiklius, veiksmingų naujoviškų paslaugų plėtra buvo sustabdyta, o neefektyvios paslaugos, tokios kaip vaikų institucinė globa, buvo toliau pirmenybiškai remiamos. Šiuolaikiniai vaikų psichikos sveikatos politikos principai, įtvirtinti Jungtinių Tautų Vaiko teisių konvencijoje, 2002–2013 metais nebuvo veiksmingai įgyvendinami. Lietuvos psichikos sveikatos strategijoje numatyta trūkstančių diferencijuotų paslaugų vaikams ir paaugliams, turintiems raudos, psichikos ir elgesio sutrikimų, plėtra nebuvo pradėta. Kai kurios praktikos, mokslo įvertintos kaip žalingos vaikų raidai (kūdikių ir vaikų iki 3 metų amžiaus ilgalaikė globa kūdikių namuose), iki šiol pirmenybiškai remiamos valstybės.
- 2.3. Perėjimas nuo institucine globa grįstos sistemos prie veiksmingų bendruomeninių paslaugų vyko nesėkmingai. Praleidus geras sistemos transformacijos galimybes (ekonomikos augimas 2001–2007 m., ES struktūrinių fondų parama 2007–2013 m.), neplėtotos veiksmingos bendruomeninės paslaugos kaip alternatyva institucinei globai, o institucinės globos paslaugas teikiančioms įstaigoms buvo skiriama tradicinė finansinė ir politinė parama. 2013 m. pabaigoje dar nebuvo pasiekta politinių sprendimų, kurie užkirstų kelią tolesniam ES fondų (2014–2020 m. laikotarpio) panaudojimui institucinės globos įstaigoms renovuoti ir kitaip remti ir sukurtų geras galimybes ES fondus panaudoti sklandžiam perėjimui prie veiksmingo bendruomeninių paslaugų ir šeimos paramos paslaugų tinklo sukūrimo iki 2020 metų. Šioje srityje 2009–2013 metais Lietuva atsiliko nuo daugumos valstybių, tapusių ES narėmis 2004–2007 metais.
- 2.4. Savivaldybių psichikos sveikatos centrų tinklo susiformavimas, dažnai pateikiamas kaip Lietuvos psichikos sveikatos politikos sėkmės pavyzdys, sustabdė veiksmingų bendruomeninių paslaugų, kurios galėtų spręsti susikaupusias problemas, plėtrą. Dėl per didelio skaičiaus deleguotų funkcijų, menkų žmogiškųjų išteklių ir stiprių medikalizacijos tendencijų psichikos sveikatos centrų veikloje ši infrastruktūra nevykdo jai numatytos veiksmingų bendruomeninių paslaugų misijos ir neužtikrina deinstitucionalizacijos proceso. Šis tinklas taip pat nepajėgus veiksmingai prisidėti prie savižudybių prevencijos ir užtikrinti sėkmingą vaikų psichikos sveikatos priežiūrą. Reikalingų diferencijuotų

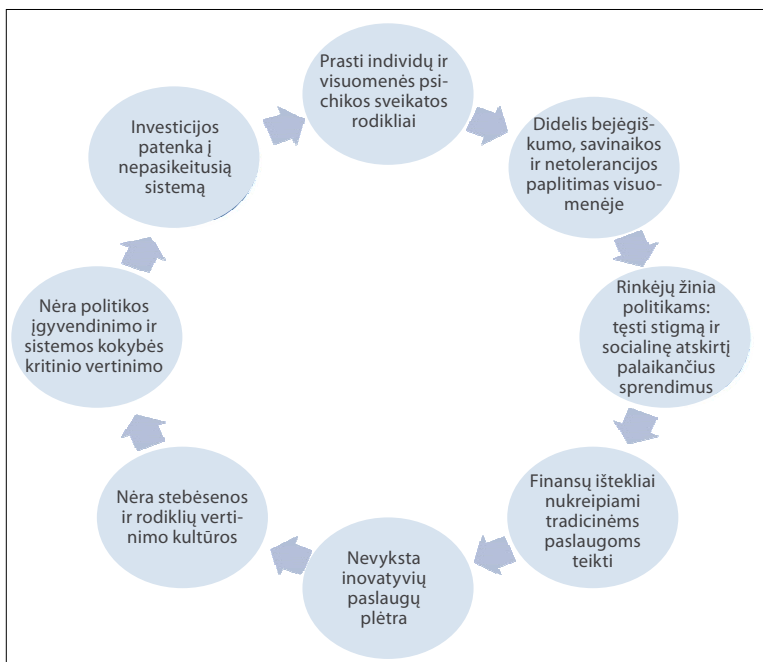
antrinio lygio paslaugų vaikams ir suaugusiems asmenims, turintiems sunkesnių sutrikimų, plėtra yra sustabdyta dėl ankstesnių planų, kad šias funkcijas turėtų tinkamai vykdyti psichikos sveikatos centrai.

- 2.5. Visų šių krypčių paslaugų plėtra kaip prioritetas yra numatyta 2007 metais Lietuvos Respublikos Seimo patvirtintoje Psichikos sveikatos strategijoje, bet 2013 metais tokia plėtra nebuvo prasidėjusi. Kompleksinė analizė identifikavo svarbiausias bendras visoms strategiškai svarbių paslaugų kryptims kliūtis – išlieka prioritetinga parama institucinės globos paslaugų ir biomedicininio modelio (medikamentinio gydymo) finansavimui, todėl reikiama finansiniais ištekliais neremiamą preventinių programų ir psichosocialinių intervencijų plėtra.
 - 2.6. Patyčių prevencija Lietuvos mokyklose, nuo 2008 metų tęstiniu būdu remiant mokslo žiniomis grįstas programas, yra sėkmės pavyzdys. Tai rodo, kad Lietuvoje sutelkus politinę valią galima nuosekliai ir veiksmingai įgyvendinti šiuolaikinius psichikos sveikatos politikos principus ir tose srityse, kurių plėtra iki šiol patyrė nesėkmę.
3. Lietuvoje nesukurti ir neveikia svarbūs nepriklausomos stebėsenos mechanizmai, kurie turėtų:
 - vertinti į psichikos sveikatos priežiūros sistemą ir teikiamas paslaugas investuojamų finansinių ir žmogiškųjų išteklių naudojimo efektyvumą;
 - vertinti žmogaus teisių padėtį psichikos sveikatos priežiūros ir globos įstaigose;
 - vertinti psichikos sveikatos priežiūros sistemos ir jos grandžių (pavyzdžiui, psichikos sveikatos centrų) veiklos rezultatus pagal specialiai tam tikslui sukurtus rodiklius.
 - 3.1. Psichikos sveikatos priežiūros sistemoje ir jos atskirose grandyse renkami ir naudojami statistiniai duomenys neatitinka šiuolaikinių pačios sistemos ir joje teikiamų paslaugų veiklos rezultatų stebėsenos ir vertinimo reikalavimų. Tokia situacija lemia, kad psichikos sveikatos politika įgyvendinama ne remiantis šiuolaikiniais mokslo žiniomis ir vertybėmis grįstais principais, o kitais veiksniais, kurie gali veikti psichikos sveikatos politikos įgyvendinimą ir visuomenės psichikos sveikatos rodiklius kita kryptimi.
 - 3.2. Šių mechanizmų nesėkmingos plėtos Lietuvoje analizė leidžia identifikuoti menkai pasikeitusios nuo buvusios sistemos laikų vertinimo kultūros ypatumą, kai vengiama naudoti tuos mechanizmus, kurie gali atskleisti gilumines pačios sistemos problemas. Tai stiprina ydingo rato mechanizmą, į jį įtraukiant žemo lygio vertinimo kultūros grandį. Kai nevykdomas psichikos sveikatos priežiūros sistemos ir jos atskirų grandžių veiklos rezultatų nepriklausomas vertinimas, išlieka paskatos tęsti ir stiprinti finansinę ir politinę paramą bei kitaip proteguoti tradicinę paslaugų infrastruktūrą, nors ji akivaizdžiai nebeatitinka laikmečio reikalavimų. Kadangi išteklių yra riboti, kartu užblokuojama alternatyvių preventinių ir bendruomeninių paslaugų bei paramos šeimoms paslaugų plėtra. Kompleksinė analizė leido aptikti šias sistemines spragas Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros sistemoje.
4. Žiniasklaidos pranešimų ir Seimo posėdžių stenogramų analizė atskleidė svarbias visuomeninio ir politinio diskurso, tiek veikiančio psichikos sveikatos politiką, tiek ir ją atspindinčio, tendencijas:
 - 4.1. Nagrinėtuose žiniasklaidos pranešimuose psichikos sveikatos klausimus įprasta vaizduoti neigiamame kontekste. Neigiamų pranešimų ne tik pasitaiko daugiau, bet ir pastebima jų gausėjimo tendencija. Atvirkščiai proporcinga yra teigiamų pranešimų dinamika: jų yra mažiau ir tiriamuoju laikotarpiu vis mažėja.
 - 4.2. 2004–2006 metus galima vadinti visuomeninio diskurso psichikos sveikatos temomis metais, kai žiniasklaidoje itin pagausėjo naujienų apie psichikos sveikatos politiką. Galima teigti, jog ši tendencija atspindėjo objektyvią tikrovę, nes tais metais Lietuvoje buvo didžiausias politinis proveržis psichikos sveikatos srityje, o jam pasibaigus sumažėjo ir publikacijų šiomis temomis. Įdomu konstatuoti, kad tais pačiais metais lygia greta vykusį reiškinį – sumažėjo straipsnių apie nusikaltimus, dėl kurių tariamai kalti psichosocialinę negalią turintys asmenys. Mes tokios analizės neatlikome, tačiau gali-

me daryti prielaidą, jog įtakos tam turėjo intensyvesnės politinės diskusijos apie pokyčių psichikos sveikatos sistemoje būtinybę ir psichosocialinę negalią turinčių asmenų teises. Vėliau, iš politinės darbotvarkės palaipsniui eliminavus psichikos sveikatos reformos klausimą, nuo 2007 metų pokyčių kreivė vėl ėmė kilti į prieš tai buvusį lygį.

- 4.3. Tirtose žiniasklaidos publikacijose bei Seimo stenogramose nėra probleminio diskurso apie psichikos sveikatos priežiūros institucijų – psichiatrijos ligoninių, psichikos sveikatos centrų ar socialinės globos namų veiklą, randamas nebent trumpas įstaigos paminėjimas be kritinės jos veiklos ar teikiamų paslaugų analizės. Žiniasklaidoje ir aukščiausiam sprendimų priėmimo lygmenyje dominuoja biomedicininis psichosocialinės negalios suvokimas. Jame galutiniu ir žurnalistų bei politikų nekvėstionuojamu žinojimu disponuoja medikai ir medicinos įstaigos, o alternatyvus diskursas politinėje ir žiniasklaidos erdvėje beveik nepastebimas.
- 4.4. Politiniame diskurse įsitvirtina suvokimas, kad su psichikos sveikata susijusios problemos yra iš tikrųjų svarbios, jos lemia didelę našta, kurią sukuria visuomenės psichikos sveikatos problemos, ypač kai jos tinkamai nesprenžiamos. Tą naštą įmanoma gerokai sumažinti, jei bus investuojama socialinės atskirties ir stigmos mažinimo, integracijos didinimo kryptimi. Kokybinio tyrimo duomenys rodo, kad šio Lietuvoje po truputį įsitvirtinančio suvokimo nepakanka proveržiui ir paradigmos lūžiui, nes vien suformuluoti neužtenka – būtina jį įtvirtinti visais lygmenimis. Atlikta analizė parodė, kad šiuolaikinių principų įgyvendinimui dar priešinamasi ir ydingo rato principu visi komponentai vienas kitą stiprina nepalankiems sprendimams.

5. Identifikuotas visuomenės nuostatų, valdžios institucijų sprendimų ir psichikos sveikatos priežiūros sistemos veikimo bei vertinimo būdų nepalankus derinys, kuris veikia ydingo rato principu. Nustatytos šios svarbiausios ydingo rato mechanizmo grandys, veikiančios tuo pačiu metu ir kaip nepalankių reiškinių bei rodiklių priežastys, ir kaip jų pasekmės: prasti visuomenės psichikos sveikatos rodikliai nulemia netolerancijos, stigmos, socialinės atskirties, bejėgiškumo nuostatų įsivyravimą; politikai prisitaiko prie tokių nuostatų ir tebeinvestuoja į tradicinei sistemai atstovaujančias paslaugų infrastruktūras, kurios dar labiau stiprina minėtas visuomenės nuostatas ir prastus psichikos sveikatos rodiklius; ydingo rato mechanizmus sustiprina sistemos uždarumas ir tai, kad vengiama diegti ir naudoti nepriklausomos stebėsenos mechanizmus bei sistemos ir jos grandžių veiklos rezultatų rodiklius; nėra sistemos ir jos grandžių veiklos veiksmingumo kriterijų, pagal kuriuos būtų galima vertinti į sistemą investuojamų kaštų efektyvumą;



34 pav. Ydingo rato principu veikiantis mechanizmas

Šaltinis: sudaryta autorių

nesukurtos paskatos, kurios skatintų inovacijas, nepriklausomą kaštų efektyvumo, žmogaus teisių apsaugos ir kitų sistemos veiklos rezultatų stebėsenos vykdymą.

Kol bus palaikomas toks ydingas ratas, Lietuvoje veikianti psichikos sveikatos priežiūros sistema ir toliau liks neveiksminga, neracionaliai naudos išteklius ir neatitikdama šiuolaikinių psichikos sveikatos politikos principų neprisidės prie visuomenės ir individų psichikos sveikatos stiprinimo.

Ydingo rato principu veikiantis mechanizmas vaizduojamas 34 paveiksle.

6. Identifikuotas sistemines Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros sistemos spragas stipriau lemia vyraujantys svarbių veikėjų grupių požiūriai, o ne galimas finansinių išteklių trūkumas. Sistemos ydingumo požymiai stiprėjo ne 1990–2000 metais, o 2001–2013 metais, kai augo ekonomika (2001–2007) ir buvo naudojami ES fondai (2007–2013). Paradoksalu, kad per pirmąjį permainų dešimtmetį (1990–2000) buvo daugiau politinės valios įgyvendinti šiuolaikinius principus ir investuoti į veiksmingas inovacijas negu 2001–2013 metais. Tokios identifikuotos raidos tendencijos nepatvirtina įprastais tapusių požiūrių apie lėtai vykstančius ir vis dėlto teigiamus procesus tokiose sistemose kaip psichikos sveikatos priežiūra.

REKOMENDACIJOS

Tyrimo metu gauti rezultatai ir identifikuoti ydingo rato mechanizmai, lemiantys neveiksmingą psichikos sveikatos politikos įgyvendinimą, leido išgryninti ir rekomenduoti kryptis, kuriomis tikslingai veikiant galima nutraukti ydingą sprendimų, investicijų ir nuostatų ratą bei pakreipti psichikos sveikatos politiką link veiksmingų sprendimų.

Siekiant geriau informuoti politikus apie šiuolaikinių psichikos sveikatos stiprinimo principų įgyvendinimo būdus, rekomenduojama stiprinti neformalią koaliciją, kurią sudarytų organizacijos ir individai, pritariantys šiems principams ir prisidedantys prie jų įgyvendinimo. Svarbus vaidmuo stiprinant šią koaliciją ir koordinuojant jos veiklą bei skaidrų ir veiksmingą mokslo žinių taikymą politikoje ir praktikoje tektų įvairioms mokslo kryptims priklausantiems ir bendradarbiaujantiems tarpusavyje akademinio sektoriaus atstovams.

Rekomenduojama stiprinti sutelktus veiksmus ir siekti proveržio šiomis kryptimis:

- pirmenybiškai plėtoti veiksmingas visuomenės psichikos sveikatos bei psichosocialines technologijas sveikatos apsaugos ir socialinės apsaugos praktikoje, siekiant mokslo žiniomis grįstos pusiausvyros investuojant į šias ir biomedicines technologijas ir tokiu būdu padedant įveikti istoriškai susiklosčiusius netolygumus biopsichosocialinio modelio plėtroje;
- pirmenybiškai plėtoti kokybiškas bendruomenines ir paramos šeimai paslaugas vaikus auginančioms šeimoms ir visų amžiaus grupių psichologinių problemų bei psichikos sutrikimų turintiems asmenims, siekiant sukurti tokį veiksmingą paslaugų tinklą, kuris nutrauktų istoriškai perimtą ir užsitęsusią Lietuvos priklausomybę nuo didelių institucinės globos įstaigų ir su savinaikos elgesiu susijusią savižudybių bei kitų mirčių dėl išorinių priežasčių epidemiją;
- sukurti, įdiegti ir stiprinti nepriklausomos stebėsenos mechanizmus, kad būtų galima šiuolaikiniais mokslui ir praktikai žinomais būdais stebėti ir vertinti psichikos sveikatos priežiūros sistemos ir atskirų jos grandžių veiklos rezultatus sveikatos ekonomikos, žmogaus teisių apsaugos, sistemos vadybos ir kitais požiūriais. Akademinis sektorius ir nevyriausybinės organizacijos gali veiksmingai talkinti valdžios institucijoms, pritaikant geriausias pasaulio praktikas nepriklausomos stebėsenos srityje ir įtvirtinant veiklos rezultatų vertinimo kultūrą psichikos sveikatos priežiūros sistemoje;
- sukurti psichosocialinės gerovės indeksą, į jį įtraukiant rodiklius, susijusius su visuomenės psichikos sveikata (savižudybių ir kitų mirčių dėl išorinių priežasčių paplitimas, su alkoholio vartojimu susiję rodikliai, visuomenės tolerancijos pažeidžiamų grupių atžvilgiu rodikliai), bei rodiklius,

vertinančius psichikos sveikatos priežiūros veiklą (vaikų skaičius globos institucijose ir jo kaita, suaugusiųjų skaičius globos institucijose ir jo kaita, skaičius vaikų ir suaugusiųjų, sėkmingai reintegruotų į šeimas ir bendruomenes, santykis tarp investicijų į šiuolaikines nemedikamentines ir medikamentines intervencijas), ir nepriklausomu būdu vertinant šių rodiklių kaitą teikti atsakingoms valdžios institucijoms mokslo žiniomis grįstus siūlymus dėl psichikos sveikatos politikos įgyvendinimo.

- Skatinti platų įvairias visuomenės grupes apimančią diskursą apie šiuolaikinius visuomenės sveikatos stiprinimo būdus, siekiant pakeisti šiuolaikinėms mokslo žinioms prieštaraujančias piliečių ir politikų nuostatas ir įtvirtinti Lietuvos visuomenėje brandų suvokimą, kas yra visuomenės ir individo psichikos sveikata ir kokie jos stiprinimo būdai veiksmingi. Taip bendromis pastangomis bus galima nutraukti ydingą bejėgiškumo ratą psichikos sveikatos srityje ir nukreipti sutelktus veiksmus efektyvių mokslo žiniomis grįstų sprendimų kryptimi.

Literatūra

- £170 million boost to mental health therapies. King's College, London. October 15, 2007. Internetinė prieiga: <<http://www.kcl.ac.uk/iop/news/records/2007/10October/170-million-to-mental-health-therapies.aspx>>.
- 2002 m. liepos 3 d. Visuomenės sveikatos stebėsenos (monitoringo) įstatymas Nr. IX-1023. *Žin.*, 2002, Nr. 72-3022.
- 2013 Joint OECD, Eurostat and WHO Health accounts (SHA) Data collection (Electronic questionnaire). Methodological Information [žiūrėta 2013 m. spalio 30 d.]. Internetinė prieiga: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_SDDS/Annexes/hlth_sha_esms_an11.pdf>.
- A National Strategy and Action Plan to Prevent Suicide in Scotland, 2002. Internetinė prieiga: <<http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/46932/0013932.pdf>>.
- Abramavičienė I. (2008). *Psichologinė pagalba telefonu: Mokymo programa, skirta krizių centrų, atsakančių į nemo-kamos pagalbos linijos skambučius, darbuotojams ir savanoriams*. Kaunas.
- Almeida J. M. C. & Killaspy H. (2011). Long term mental health care for people with severe mental disorders. Brussels: European Union. Directorate General for Health and Consumers [žiūrėta 2013 m. birželio 13 d.]. Internetinė prieiga: <http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/healthcare_mental_disorders_en.pdf>.
- Barbato A. (1998). Psychiatry in transition: outcomes of mental health policy shift in Italy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 32(5), p. 673–679.
- Barry M., & Jenkins R. (2007). *Implementing Mental Health Promotion*. Churchill Livingstone Elsevier, Edinburgh.
- Bauer M., Kunze H., von Cranach M., Fritze J., and Becker T. (2001). Psychiatric reform in Germany. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 104 (suppl. 410), p. 27–34.
- Becker T., & Vázquez-Barquero J. L. (2001). The European perspective of psychiatric reform. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 8–14. doi: 10.1034/j.1600-0447.2001.1040s2008.x
- Bennett D. (1991). The drive towards the community, in G. E. Berrios and H. Freeman (eds). *150 years of British Psychiatry, 1841–1991*. London: Gaskell.
- Blažys V. (2013). Interviu su Škotijos CAMHS centre dirbančiu vaikų psichiatru, 2013-09-16.
- Blood R. W., Holland K. (2004). Risky News, Madness and Public Crisis: a Case Study of the Reporting and Portra-yal of Mental Health and Illness in The Australian Press. *Journalism*, No. 5(3).
- Bodnár J. (2013). *Reform of psychiatric care in the Czech Republic. Deinstitutionalization: The Ways Forward* Conference Proceedings 14–15 February 2013, Prague.
- Bond G., Drake R., Mueser K. et al. (2001). Assertive community treatment for people with severe mental illness. *Disease Management and Health Outcomes*, vol. 9, p. 141–159.
- Bowlby J. (1969). *Attachment and Loss: Attachment*. New York: Basic Books.
- Bradshaw J., Hoelscher P., and Richardson D. (2007). An index of child well-being in the European Union 25, *Journal of Social Indicators Research*, vol. 80, no. 1, p. 133–177.
- Browne K. (2009). *The Risk of Harm to Young Children in Institutional Care*. London: Better Care Network and Save the Children.
- Bucy E., Pageand R. (2011). *LanceHolbert. Sourcebook for Political Communication Research: Methods, Measur-es, and Analytical Techniques* Communications Series. New York: Routledge, p. 239–243.
- Caldas de Almeida J. (1991). Portugal. In H. Freeman and J. Henderson (eds). *Evaluation of Comprehensive Care of the Mentally Ill*. London: Gaskell.
- Clement Z. & Buckley N. (2011). Reporting of randomised controlled trials: before and after the advent of the CONSORT statement. *Journal of Clinical Medicine and Research*, vol. 3, p. 28–34.
- Cornea A. J. (2002). The forgotten crisis: transition, psychosocial stress and mortality over the 1990s in the former Soviet bloc. In *Investment for health: a discussion of the role of economic and social determinants*, WHO.
- Cornia G. A., Paniccia R. (2001). *The mortality crisis of transitional economies*. Oxford University Press.
- Costello J., Egger H., Angold A. (2005). 10-Year Research Update Review: The Epidemiology of Child and Adoles-cent Psychiatric Disorders: I. Methods and Public Health Burden. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 44, no. 10, p. 972–986.
- Council of the European Union (2011). Council conclusions on ‘The European Pact for Mental Health and Well-being: results and future action’. 309th Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs Council Meeting – Health Issues. Luxembourg, 6 June.
- CSO Georgia Concept note. Conference “Every Child Has a Right to Live in a Family Environment: Taking Stock of Results and Identifying Next Steps”, Tbilisi, Georgia.

Currie C. et al., eds. (2012). *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6). Internetinė prieiga: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf>.

Cutcliffe J. R. & Hannigan B. (2001). Mass media, 'monsters' and mental health clients: the need for increased lobbying. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, vol. 8, p. 315–321.

D'Addato A. (2012). Eurochild, Building a co-ordinated strategy for family and parenting support – Making the difference to outcomes for children, on behalf European Commission DG Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, 2012.

Darbo grupės ataskaita dėl valstybinių socialinės globos įstaigų neįgaliesiems pertvarkymo galimybių ir rekomendacijų šių įstaigų teikiamoms paslaugoms decentralizuoti (2011) Vilnius: LR Socialinės apsaugos ir darbo ministerija.

Darbuotojų saugos ir sveikatos įstatymas, patvirtintas Lietuvos Respublikos Seimo 2003 m. liepos 1 d. Nr. IX-1672.

Deacon B. J. (2013). The biomedical model of mental disorder: A critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clinical Psychology Review*. *Clinical Psychology Review*, vol. 33, p. 846–861.

Department of Sociology, University of California. *Lituanus: Lithuanian Quarterly Journal of Arts and Sciences*, vol. 49, no. 1 – Spring 2003.

Dowdall G. W. (1996). *The Eclipse of the State Mental Hospital: Policy, Stigma, and Organization*. SUNY Series in the Sociology of Work, Albany, State University of New York Press.

Drake R., Szmukler G., Mueser K. & Thornicroft G., eds (2011). Introduction to community mental health care. In *Oxford Textbook of Community Mental Health*, Oxford University Press, New York [žiūrėta 2013 m. rugpjūčio 19 d.] <<http://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780199565498.001.0001/med-9780199565498-chapter-001>>.

Edney, Dara Roth (2004). *Mass Media and Mental Illness: A Literature Review*. January 2004. Internetinė prieiga: <http://ontario.cmha.ca/files/2012/07/mass_media.pdf>.

Engel G. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science, New Series*, vol. 196, no. 4286, p. 129–136.

ES pirmininkavimo konferencija „Psichikos sveikata: iššūkiai ir galimybės“, Vilnius, 2013 m. spalio 10–11 d. Internetinė prieiga: <www.vpsc.lt>.

ES struktūrinė parama Diferencijuotų kompleksinės psichiatrinės pagalbos vaikui ir šeimai centrų įkūrimas VP3-2.1-SAM-05-V, 2013 [žiūrėta 2013 m. lapkričio 28 d.]. Internetinė prieiga: <http://www.esparama.lt/susije-paraikos?priem_id=000bdd5380001534>.

Estep (2013). *Palanki aplinka vaikams ir jaunimui: iššūkiai ir galimybės*. Galutinė tyrimo ataskaita.

Eurochild (2012). Working Paper, De-institutionalization and quality alternative care for children in Europe, Lessons learned and the way forward [žiūrėta 2013 m. kovo 13 d.]. Internetinė prieiga: <<http://www.eurochild.org/fileadmin/ThematicPriorities/CIAC/Eurochild/Eurochild%20Working%20Paper%20-%20DI%20%26%20Quality%20Alternative%20Care.pdf>>.

European Commission (2010). Health Trends in the EU. Directorate-General “Employment, Social Affairs and Equal Opportunities” Unit E1 – Social and Demographic Analysis February 2010.

European Commission (2010b). Compass Database. Internetinė prieiga: <http://ec.europa.eu/health/mental_health/eu_compass/index_en.htm>.

European Commission (2010c). Europe 2020. A strategy for smart, sustainable and inclusive growth. Brussels.

European Pact for Mental Health and Well-Being (2008). EU high-level conference – Together for Mental Health and Wellbeing.

Europos Bendrijų komisija (2005). Žalioji knyga. Gyventojų psichikos sveikatos gerinimas. Europos Sąjungos psichikos sveikatos strategijos kūrimas. Briuselis, 2005 m. spalio 14 d. KOM(2005) 484.

Europos Komisija (2009a). Children and adolescent mental health in enlarged European Union: creation of effective policies and practices (CAMHEE). Technical report.

Europos Komisija (2009b). Promotion of Mental Health and Well being of Children and Young People Making it happen. Conclusions.

Europos Komisija (2005). Žalioji knyga „Gyventojų psichikos sveikatos gerinimas. Europos Sąjungos psichikos sveikatos strategijos kūrimas“. Internetinė prieiga: <http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_lt.pdf>.

Europos Komisija (2012). Investing in a social Europe. Speed dating session. List of projects.

Europos komitetas prieš kankinimą ir kitokį žiaurų, nežmonišką ar žeminantį elgesį ir baudimą (CPT) lankėsi Lietuvoje 2000, 2004, 2008 ir 2010 m. Internetinė prieiga: <<http://www.cpt.coe.int/en/states/ltu.htm>>.

Europos psichikos sveikatos veikslių planas 2005. EUR/04/5047810/7. 2005 m. sausio 14 d., 52671.

- Chomentauskas G., Pūras D., Dereškevičiūtė E. (2008) Nesaikingo alkoholio vartojimo neigiamos įtakos Lietuvos konkurencingumui mažinimo galimybių identifikavimas. Vilnius: UAB „Žmogaus studijų centras“.
- Gaidelytė R., Madeikytė N. (red.) (2011). LR SAM ir Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla.
- Gailienė D. (2005). Užburtame rate: savijudybių paplitimas Lietuvoje po nepriklausomybės atkūrimo. *Psichologija*, t. 31, p. 1–9.
- Garuolienė K., Ūsaitė R. (2013). 2012 m. PSDF biudžeto išlaidų ir pacientų priemonių kompensuojamiems vaistams ir medicinos pagalbos priemonėms analizė: Pranešimas. Vilnius, Valstybinė ligonių kasa.
- Germanavicius A., Puras D., Sakaliene D., Rimsaite E., Malisauskaite L., Povilaitis R. (2005). Žmogaus teisių stebėseną uždarose psichikos sveikatos priežiūros ir globos institucijose [žiūrėta 2013 m. rugpjūčio 12 d]. Internetinė prieiga: <http://www.old.gip-vilnius.lt/leidiniai/zmtesiu_stebėjimo_uzdarose_inst_ataskaita.pdf on>.
- Germanavicius A., Rimsaite E., Puras D., Pilt E., Leimane-Veldmejerė I., Juodkaite D. (2006). *Human rights in mental health care in Baltic countries* [žiūrėta 2013 m. rugpjūčio 12 d]. Internetinė prieiga: <http://pdc.ceu.hu/archive/00003076/01/human_rights_in_mental_health.pdf>.
- Giedraitis V. Selling Madness: Psychopharmaceutical Companies in Lithuania, 1990–2000.
- Giņu, D. (2013). Experience with the Transformation of Social Services in Moldova. Deinstitutionalization: The Ways Forward Conference Proceedings 14–15 February 2013 Prague.
- Goldberg D. (1991). Cost effectiveness studies in the treatment of schizophrenia. A review. *Schizophrenia Bulletin*, vol. 17, p. 453–460
- Goldman H. H., Morrissey J. P. (1985). The alchemy of mental health policy: homelessness and the fourth cycle of reform. *Am J Public Health*, vol. 75(7), p. 727–731.
- Goldman H. H., Morrissey J. P., Ridgely M. S. (1994). Evaluating the Robert Wood Johnson Foundation Program on Chronic Mental Illness.
- Herrman H., Saxena S., Moodie R. (2005). Promoting Mental health: concepts, emerging evidence, practice, WHO, 2005.
- Hewitt J. L. (2008). Dangerousness and mental health policy. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, vol. 15, p. 186–194.
- Higienos institutas, Sveikatos informacijos centras. Mirties priežastys 2012. Vilnius, 2013. Internetinė prieiga: <[http://www.hi.lt/images/Mirties%20priežastys_2012\(1\).pdf](http://www.hi.lt/images/Mirties%20priežastys_2012(1).pdf)>.
- Holloway F. (1996). Community psychiatric care: from libertarianism to coercion: moral panic and mental health policy in Britain. *Health Care Analysis*, vol. 4, p. 235–243.
- Horton, Richard (2007). Launching a new movement for mental health. *The Lancet*, vol. 370, iss. 9590, p. 806. doi: <[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61243-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61243-4)>.
- IACAPAP textbook on child and adolescent psychiatry, 2012. Internetinė prieiga: <<http://iacapap.org/wp-content/uploads/E.1-DEPRESSION-072012.pdf>>.
- Impact Consortium (2011). Mental Well-being for a Smart, Inclusive and Sustainable Europe. Internetinė prieiga: <http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/outcomes_pact_en.pdf>.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (2013). The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy. Seattle, WA: IHME.
- Introduction to community mental health care (2011). In Drake R., Szmukler G., Mueser K., & Thornicroft G. (Eds.). *Oxford Textbook of Community Mental Health*. New York, NY: Oxford University Press [žiūrėta 2013 m. rugpjūčio 19 d.]. Internetinė prieiga: <<http://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780199565498.001.0001/med-9780199565498-chapter-001>>.
- Ivanova, Vyara, & Bogdanov, George (2013). The Deinstitutionalization of Children in Bulgaria – The Role of the EU. *Social Policy & Administration*, vol. 47(2), p. 199–217. doi: 10.1111/spol.12015
- Jané-Llopis E., & Anderson P. (2005). *Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention. A policy for Europe*. Nijmegen: Radboud University Nijmegen.
- Jané-Llopis E., & Anderson P., eds (2006). *Mental health promotion and mental disorder prevention across European Member States: a collection of country stories*. Luxembourg: European Communities.
- Jané-Llopis E., Katschnig H., McDaid D. et al. (2011). Supporting decision-making processes for evidence-based mental health promotion. *Health Promotion International*, vol. 26 (S1), p. i140–i146.
- Jaunimo linija 2012 m. *Jaunimo linijos statistikos žinios*. Vilnius, 2013.
- Joint Action ECHIM project. *European Core Health Indicators (ECHI) – relevance by policy areas*. Internetinė prieiga: <http://ec.europa.eu/health/indicators/docs/echi_relevance_by_policy_area_en.pdf>.
- Kaledienė R., Petrauskienė J. (2004). Inequalities in daily variations of death from suicide in Lithuania: identification of possible risk factors. *Suicide and Life-threatening Behaviours*, vol. 34 (2), Summer 2004, p. 138–146.

- Kalediene R., Starkuviene S., Petrauskiene J. (2004). Mortality from external causes in Lithuania: looking for critical points in time and place. *Scand J Public Health*, vol. 32, p. 374–380.
- Kankinimų prevencijos asociacija (Association for prevention of tortute). Internetinė prieiga: <<http://www.apr.ch/en/national-preventive-mechanisms-npms/>>.
- Katz P. (1992). Conflicts of Cultures in a State Mental Hospital System. In *Ethnopsychiatry – The Cultural Construction of Professional and Folk Psychiatries*, eds Atwood D. Gaines, p. 361.
- Kickbusch I. (2002). Mobilizing citizens and communities for better health: The civil society context in central and Eastern Europe. A background paper prepared for USAID Conference, Washington, DC. Ten years of health systems transition in Central and Eastern Europe and Eurasia.
- Kirsch I., Deacon B. J., Huedo-Medina T. B., Scoboria A., Moore T. J. et al. (2008). Initial Severity and Antidepressant Benefits: A Meta-Analysis of Data Submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Med* 5(2): e45. doi:10.1371/journal.pmed.0050045.
- Knapp M., McDaid D., Mossialos E., Thornicroft G., eds. (2007). *Mental Health Policy and Practice Across Europe. European Observatory on Health Systems and Policies*. Open University Press.
- Knapp M., & McDaid D. (2007). The mental health economics European network. Editorial. *Journal of Mental Health*, vol. 16(2), p. 157–165.
- Knapp M., McDaid D., Amaddeo F. et al. (2007). Financing mental health care in Europe. *Journal of Mental Health*, vol. 16, p. 167–180.
- Knapp M., McDaid D., Mossialos E., and Thornicroft G., eds. (2007). *Mental Health Policy and Practice across Europe*. Open University Press: Buckingham.
- Krilavičius T., Medelis Ž., Kapočiūtė-Dzikiene J., Žalandauskas T. (2012). News Media Analysis Using Focused Crawland Natural Language Processing: Case of Lithuanian News Websites. *Communications in Computer and Information Science*, vol. 319, Part 1, p. 48–61.
- Last J. M. (2002). *A dictionary of epidemiology*. Oxford University Press, p.141.
- Lauriks, et al. (2012). Performance indicators for public mental healthcare: a systematic international inventory. *BMC Public Health*, vol. 12, p. 214.
- Leeuw F., and Vaessen J. (2009). *NONIE Impact evaluation guidance*. Washington: Network of Networks for Impact Evaluation.
- Leimane-Veldmeiere I., Veits U., Puce I., Gravere L., and Kamenska A. (2006). *Monitoring report on closed institutions in Latvia*. Latvian Centre for Human Rights, Riga.
- Lietuvoje ambulatorinių psichikos sveikatos priežiūros paslaugų vaikams prieinamumas vertinamas palankiai. Higienos institutas (2012). Internetinė prieiga: <<http://www.hi.lt/news/352.html>>.
- Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2012 m. HISIC. Internetinė prieiga: <http://www.hi.lt/content/sveik_stat_leid.html>.
- Lietuvos psichologų sąjunga: psichologinės terapijos turi būti siūlomos pirmiau negu vaistai (2008). Lietuvos Psichologų Sąjunga.
- Lietuvos Respublikos įstatymas dėl Jungtinių Tautų neįgaliųjų teisių konvencijos ir jos Fakultatyvaus protokolo ratifikavimo. *Valstybės žinios*, 2010, Nr. 67-3350.
- Lietuvos Respublikos pirminė Jungtinių Tautų neįgaliųjų teisių konvencijos įgyvendinimo ataskaita 2012 m. Internetinė prieiga: <<http://www.socmin.lt/index.php?562635835>>.
- Lietuvos Respublikos Seimas, Žmogaus teisių komitetas. Internetinė prieiga: <http://www3.lrs.lt/pls/inter/www_tv.show?id=126360,8615,86>.
- Lietuvos Respublikos Seimo 1991 m. spalio 30 d. nutarimas Nr. I-1939 „Dėl Lietuvos nacionalinės sveikatos konvencijos ir jos įgyvendinimo“. *Žin.*, 1991, Nr. 33-893.
- Lietuvos Respublikos Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos puslapis [žiūrėta 2013 m. gegužės 8 d.]. Internetinė prieiga: <www.socmin.lt>.
- Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2006 m. balandžio 5 d. įsakymas Nr. A1-92 „Dėl Socialinių darbuotojų ir socialinių darbuotojų padėjėjų kvalifikacinių reikalavimų, Socialinių darbuotojų ir socialinių darbuotojų padėjėjų profesinės kvalifikacijos kėlimo tvarkos bei Socialinių darbuotojų atestacijos tvarkos aprašų patvirtinimo.“ *Žin.*, 2006, Nr. 43-1569.
- Lietuvos Respublikos Socialinių paslaugų įstatymas 2006-01-19 Nr. X-493. *Žin.*, 2006, Nr. 17-589.
- Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija Sutrikusio vystymosi kūdikių namams – dviejų ministrų dėmesys. Informacinis pranešimas [žiūrėta 2013 m. spalio 31 d.]. Internetinė prieiga: <<http://www.sam.lt/go.php/lit/Sutrikusio-vystymosi-kudikiu-namams--dvieju-ministru-demesys/4246/1>>.
- Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas dėl psichiatrijos ambulatorinių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo, 2012 m. gruodžio 31 d. Nr. V-1209, Vilnius.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. gruodžio 18 d. įsakymo nr. V-1051 „Dėl teritorinių ligonių kasų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sutarčių sudarymo tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo 2011 m. spalio 19 d. Nr. V-914.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas dėl teritorinių ligonių kasų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sutarčių sudarymo tvarkos aprašo patvirtinimo 2009 m. gruodžio 18 d. Nr. V-1051.

Lietuvos Respublikos vaiko teisių apsaugos kontrolierius P a ž y m a dėl vaikų iki 3–4 metų globos organizavimo sutrikusio vystymosi kūdikių namuose ir kitose (Panevėžio Algimanto Bandzos kūdikių ir vaikų globos namuose ir VšĮ kauno klinikų filialo vaikų reabilitacijos ligoninėje „Lopšelis“) globą vykdančiose įstaigose problemų, 2011-11-16 Nr. 15/05/16, 2011/KI-13.

Lietuvos Respublikos Valstybės Kontrolė, Valstybinio audito ataskaita „Ar efektyviai organizuota vaiko teisių apsauga“, 2012-12-31, Nr. VA-P-10-3-21.

Lietuvos Respublikos Visuomenės sveikatos priežiūros įstatymas, patvirtintas 2002 m. gegužės 16 d., Nr. IX-886, *Žin.*, 2002, Nr. 56-2225.

Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. balandžio 10 d. nutarimas Nr. 451 „Dėl Savizudybių prevencijos 2003–2005 metų programos patvirtinimo“. *Žin.*, 2003, Nr. 36-1575.

Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2008 m. birželio 18 d. nutarimas Nr. 645 „Dėl Valstybinės psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo 2008–2010 metų programos patvirtinimo“. *Žin.*, 2008, Nr. 76-3014.

Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2009 m. vasario 18 d. nutarimas Nr. 111 „Dėl Lietuvos nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros 2006–2013 metų strategijos įgyvendinimo priemonių 2009–2013 metų plano patvirtinimo“. *Žin.*, 2009, Nr. 22-854.

Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2011 m. liepos 13 d. nutarimas Nr. 888 „Dėl Psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo 2011–2013 metų tarpinstitucinio veiklos plano patvirtinimo (Dėl Psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo tarpinstitucinio veiklos plano patvirtinimo)“. *Žin.*, 2011, Nr. 93-4404; 2012, Nr. 118-5954.

Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2012 m. spalio 3 d. nutarimas Nr. 1223 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2011 m. liepos 13 d. nutarimo Nr. 888 „Dėl Psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo 2011–2013 metų tarpinstitucinio veiklos plano patvirtinimo“ pakeitimo“. *Žin.*, 2012, Nr. 118-5954.

Lietuvos tolerancijos profiliai: sociologinis tyrimas, 2003. Internetinė prieiga: <www3.lrs.lt/owa-bin/owarepl/inter/.../U0118271.ppt>.

Lietuvos Respublikos asociacijų įstatymas, *Valstybės žinios*, 2004, Nr. 25-745.

Lietuvos Respublikos Seimas JT Vaiko teisių konvencija. *Valstybės žinios*, 1995-07-21, Nr. 60-1501.

Lietuvos Respublikos Seimas. Nutarimas dėl psichikos sveikatos strategijos patvirtinimo, 2007-04-03, Nr. X-1070.

Lietuvos Respublikos Seimo 2003 m. gegužės 20 d. nutarimas Nr. IX-1569 „Dėl Vaiko gerovės valstybės politikos koncepcijos patvirtinimo“.

Lietuvos Respublikos Seimo 2004 m. sausio 27 d. nutarimas Nr. IX-1980 „Dėl 2004 m. paskelbimo vaikų sveikatos metais“.

Lietuvos Respublikos Socialinės apsaugos ir darbo ministro ir LR sveikatos apsaugos ministro 2012 m. spalio 25 d. įsakymas Nr. A1-457/V-961 „Dėl Profesinės rizikos vertinimo bendrųjų nuostatų patvirtinimo“.

Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymas 2013 m. kovo 3 d. dėl darbo grupės sukūrimo Perėjimo nuo institucinės globos prie šeimoje ir bendruomenėje teikiamų paslaugų neįgaliesiems, likusiems be tėvų globos vaikams strategijai parengti.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. Vaikų psichikos sveikatos stiprinimui – ypatingas dėmesys. Informacinis pranešimas, 2013-07-24 [žiūrėta 2013 m. lapkričio 27 d.]. Internetinė prieiga: <<http://www.sam.lt/go.php/lit/Vaiku-psichikos-sveikatos-stiprinimui-ypatingas-demesys/4023/1>>.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir LR socialinės apsaugos ir darbo ministro 2005 m. rugpjūčio 24 d. įsakymas Nr. V-699/A1-241 „Dėl Psichosocialinių rizikos veiksnių tyrimo metodinių nurodymų patvirtinimo“.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl depresijos ir nuotaikos (afektyvių) sutrikimų ambulatorinio gydymo kompensuojamaisiais vaistais tvarkos aparato patvirtinimo“. 2012 m. rugsėjo 6 d. Nr. V-841, Vilnius.

Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas, patvirtintas 1994 m. liepos mėn. 19 d. Nr. I-552.

Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro 2012 m. rugpjūčio 31 d. įsakymas Nr. V-1290 „Dėl Sveikatos ugdymo bendrosios programos patvirtinimo“.

Lietuvos Respublikos viešųjų įstaigų įstatymas. *Valstybės žinios*, Nr. IX-1977, 2004-01-27. *Žin.*, 2004, Nr. 25-752 (2004-02-14).

Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2004 m. gegužės 27 d. nutarimas Nr. 651 „Dėl Vaikų sveikatos metų programos“.

Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2005 m. vasario 17 d. nutarimas Nr. 184 „Dėl Vaiko gerovės valstybės politikos strategijos ir jos įgyvendinimo priemonių 2005–2012 metų plano patvirtinimo“.

- Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2010 m. gruodžio 1 d. nutarimas Nr. 1715 „Dėl Nacionalinės jaunimo politikos 2011–2019 metų plėtros programos“.
- Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas 2004 02 23 Nr. 209 Dėl Vaikų ir jaunimo socializacijos programos patvirtinimo. *Žin.*, 2004, Nr. 30-995.
- Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas, 2012 m. rugsėjo 6 d. Nr. V-841, Vilnius. Internetinė prieiga: <http://www.vlk.lt/resources/files/2012/kv/SAMv841_RedNr_1.pdf>.
- Lim K., Jacobs P., Dewa C. (2008). *How Much Should We Spend on Mental Health?* Institute of Health Economics. Alberta, Canada.
- MacKean G., Germann K., & Ardiles P. (2011). *Trends in international mental health promotion policy and action – A Background Paper for the Public Health Agency of Canada.* Health Agency of Canada.
- Mann J. J., Apter A. et al. (2005). Suicide Prevention Strategies. A Systematic Review. *JAMA*, October 26, vol. 294, No. 16, p. 2064–2074.
- Mataitytė-Diržienė, J. (2011). *Sutrikusios psichikos asmenų vaizdavimas Lietuvos žiniasklaidoje*: Daktaro disertacija. Vilnius.
- McCombs M. E., Shaw D. L. (1972). The Agenda-Setting Function of Mass Media. *Public Opinion Quarterly* 36, no. 2.
- McCombs M. E., & Shaw D. L. (1972). The Agenda-Setting Function of Mass Media. *The Public Opinion Quarterly*, 36(2), p. 176–187. doi: 10.2307/2747787.
- McDaid D. (2001). Estimating the costs of informal care for people with Alzheimer’s disease: methodological and practical challenges. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 16(4), p. 400–405.
- McDaid D. (2013). Mental health policy: Time to refocus on promotion and prevention? *Eurohealth*, vol. 13(1), p. 17–20.
- McDaid D. (2011). Making the long-term economic case for investing in mental health to contribute to sustainability. *IMPACT project*. European Commission. Internetinė prieiga: <http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/long_term_sustainability_en.pdf>.
- McDaid D., & Thornicroft G. (2005). Policy brief. Balancing Institutional and Community-based care. *Mental health II*. WHO, Copenhagen.
- McDaid D. (2008). *DataPrev: Evidence-based programmes for promotion and prevention in mental health*. A database, guidelines and training for policy and practice. Outline of a research project funded by the European Commission. Personal Social Services Research Unit.
- McDaid D., & Knapp M. (2010). Black-skies planning? Prioritising mental health services in times of austerity. *British Journal of Psychiatry*, vol. 196, p. 423–424.
- McDaid D., & Park A. (2011). Investing in mental health and well-being: findings from the DataPrev project. *Health Promotion International*, vol. 26 (S1), p. i108–i139.
- McDaid D., Bonin E., Park A. et al. (2010b). Making the Case for Investing in Suicide Prevention Interventions: Estimating the Economic Impact of Suicide and Non-Fatal Self Harm Events. *Injury Prevention*, vol. 16, A257–A258.
- McDaid D., Park A., Knapp M. et al. (2010). Making the case for investing in child and adolescent mental health: How can economics help? *International Journal of Mental Health Promotion*, vol. 12, p. 37–44.
- Mental health systems in the European Member States, Status of Mental Health in Populations and Benefits to be Expected from Investments into Mental Health. *European profile of prevention and promotion of mental health*. Internetinė prieiga: <http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/europopp_full_en.pdf>.
- Mental Health Systems in the European Union Member States, Status of Mental Health in Populations and Benefits to be Expected from Investments into Mental Health. Main Report Prepared by: Ch. Samele, S. Frew and N. Urquía, 2013.
- MH FINANCE Faculty. Discussion Paper. 2012. “Next Steps in Developing a Payment Mechanism for Mental Health”, London.
- Ministère des Affaires sociales et de la Santé Les maisons des adolescents, 2011. Internetinė prieiga: <<http://www.social-sante.gouv.fr/espaces,770/enfance-famille,774/dossiers,725/protection-de-l-enfant-et-de-l,1112/la-sante-des-adolescents-et-des,1266/les-maisons-des-adolescents,1798/les-maisons-des-adolescents,5537.html>>.
- Ministro Pirmininko tarnybos Strateginio valdymo departamento Planavimo ir stebėsenos skyriaus 2011-07-04 pasitarimo ir siūlymai Nr. LV-128 „Dėl tarpinstitucinio veiklos plano projekto“.
- Moher D., Hopewell S., Schulz K. et al. (2010). CONSORT Explanation and Elaboration: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *BMJ*, vol. 63, p. 1–37.
- Muijen M. (2008) Mental Health Services in Europe: An Overview. *Psychiatric Services*, vol. 59, p. 479–482.
- Murauskienė L., Janonienė R., Veniute M., van Ginneken E., Karanikolos M. (2013). Lithuania: health system review. *Health Systems in Transition*, vol. 15 (2), p. 1–150.

Murray C. L. J., Lopez A. D. (1996). *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injury and risk factors in 1990 projected to 2020*. Geneva, World Bank, World Health Organization and Harvard School of Public Health.

Nacionalinė visuomenės sveikatos priežiūros 2006–2013 m. strategija, patvirtinta Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001 m. liepos 27 d. nutarimu Nr. 941 (2006-06-19 nutarimo Nr. 600 redakcija). *Žin.*, 2006, Nr. 70-2574.

Nacionalinės psichikos sveikatos strategijos rezultatų įvertinimas. Santrauka. D. Pūras, D. Gailienė, L. Bulotaitė, L. Murauskienė, A. Germanavičius, D. Juodkaitė, R. Povilaitis, Vilnius: Atviros Lietuvos fondas, 2003.

Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas. 2001. Lietuvos gyventojų bendrosios ir psichikos sveikatos būklės bei sveikatos sistemos organizavimo problemos. Vilnius, 2002. Internetinė prieiga: <<http://www3.lrs.lt/owa-bin/owarepl/inter/owa/U0074457.pdf>>.

National Institute for Public Health and the Environment (RIVM). ECHI indicator development and documentation, 2012. Internetinė prieiga: <http://www.echim.org/docs/Final_Report_II_2012.pdf>.

Nelson Ch., Fox N., Zeanah Ch., Johnson D. (2009). *Caring for Orphaned, Abandoned and Maltreated Children* [žiūrėta 2013 m. lapkričio 27 d.]. Internetinė prieiga: <www.crin.org/docs/PPT%20BEIP%20Group.pdf>.

No Health Without Mental Health: A Cross-Government Mental Health Outcomes Strategy for People of all ages, 2012. Internetinė prieiga: <http://www.rethink.org/media/513607/No_health_without_mental_health_-_Framework_July_2012.pdf>.

NVO vaikams konfederacija. Lietuvos Respublikos ataskaitos „Jungtinių Tautų vaiko teisių konvencijos įgyvendinimas Lietuvoje 2004–2008 metais“ komentaras, Vilnius, 2010.

OECD (2010). *Health at a Glance: Europe 2010*, OECD Publishing. Internetinė prieiga: <http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2010-en>.

OECD (2012). *Health at a glance: Europe 2012*, OECD Publishing. Internetinė prieiga: <<http://www.oecd.org/els/health-systems/HealthAtAGlanceEurope2012.pdf>>.

Olstead R. (2002). Contesting the text: Canadian media depictions of the conflation of mental illness and criminality. *Sociology of Health and Illness*, vol. 24(5).

Olstead R. (2002). Contesting the text: Canadian media depictions of the conflation of mental illness and criminality. *Sociology of Health & Illness*, vol. 24(5), p. 621–643. Internetinė prieiga: <<http://www.blackwell-synergy.com/links/doi/10.1111/1467-9566.00311/abs/>>.

OPCAT; JT Neįgaliųjų teisių konvencija. Internetinė prieiga: <<http://www.socmin.lt/index.php?1381935161>>.

Paldam M., Svendsen T. (2001). Missing social capital and the transition in eastern Europe. *Journal for Institutional Innovation, Development and Transition*, vol. 5, p. 21–34.

Paramos vaikams centras. Kai vaikas dalyvauja teisiniame procese. Informacija ir patarimai tėvams, globėjams ir visiems, kam tenka lydėti vaikus liudyti teisiniame procese, 2010.

Pasaulio sveikatos pranešimas, 2001. Psichikos sveikata: naujas supratimas, nauja viltis. Valstybinis psichikos sveikatos centras, 2002.

Patel V., Boyce, Niall C., Pamela Y., Saxena Sh., & Horton R. (2011). A renewed agenda for global mental health. *The Lancet*, vol. 378(9801), p. 1441–1442. doi: <[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61385-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61385-8)> Volume 378, Issue 9801, 22–28 October 2011, Pages 1441–1442.

Pawson R. and Tilley N. (1997). *Realistic Evaluation*. London: Sage.

Pfeiffer J., Mulheir G., Parent A., Simonin C., Zelderloo L., Bulic I., Besozzi C., Andersen A., Freyhoff G., van Remoortel J. (2009). *Report of the ad hoc Expert Group on the Transition from Institutional to Community*. European Commission. Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities.

Philo G., ed. (1999). Media and mental illness. In: *Message received: Glasgow media group research 1993–1998*. Harlo: Addison Wesley Longman, p. 54–61.

Pirmininkavimo konferencija „Psichikos sveikata: iššūkiai ir galimybės“. Vilnius, 2013 m. spalio 10–11 d. Programa. Internetinė prieiga: <http://www.vpsc.lt/images/stories/programa20131010_11.pdf>.

Preventing suicide in England. A cross-government outcomes strategy to save lives. Departments of Health, 2012. Internetinė prieiga: <https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/216928/Preventing-Suicide-in-England-A-cross-government-outcomes-strategy-to-save-lives.pdf>.

Psichikos sveikatos priežiūros įstatymas. Lietuvos Respublikos Seimas, 1995.

Psichikos sveikatos strategija, patvirtinta Lietuvos Respublikos Seimo 2007 m. balandžio 3 d. nutarimu Nr. X-1070. *Žin.*, 2007, Nr. 42-1572.

Psychosocialinės reabilitacijos centro puslapis: <www.protnamis.lt> [žiūrėta 2013 m. rugpjūčio 20 d.].

Puras D., Kolaitis G., Tsiantis J. (2010). Child and Adolescent Mental Health in the Enlarged European Union: Overview of the CAMHEE Project. *The International Journal of Mental Health Promotion*, vol. 12(4), p. 3–9.

- Puras D., Germanavicius A., Povilaitis R., Veniute M., Jasilionis D. (2004). Lithuania mental health country profile. *Int Rev Psychiatry*. 2004 Feb-May, vol. 16(1-2), p. 117-25.
- Pūras D. (2013). Institucinė globa – vaikų iki trejų metų amžiaus teisių pažeidimas, Jungtinių Tautų Vyriausiojo žmogaus teisių komisaro biuras. Ženeva.
- Rajkumar A. P., Brinda E. M., Duba A. S., Thangadurai P., Jacob K. S. (2013). National suicide rates and mental health system indicators: An ecological study of 191 countries. *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 36, iss 5-6, p. 339-342. September-December 2013, Pages 339-342.
- Respublikinės Vilniaus psichiatrijos ligoninės puslapis: www.rvpl.lt [žiūrėta 2013 m. rugpjūčio 2 d.].
- Roberts G. & Grimes K. (2011). Return on Investment, Mental Health Promotion and Mental Illness Prevention, Canadian Policy Network at the University of Western Ontario.
- Rose D. (1998). Television, madness and community care. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, vol. 8(3), p. 213-228. Internetinė prieiga: <<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/abstract/5654/ABSTRACT>>.
- Roth A., Calder F., Pilling S. (2011). A competence framework for child and adolescent mental health services, NHS Education for Scotland.
- Samele C., Frew S., and Urquía N. (2013). Mental Health Systems in the European Union Member States, Status of Mental Health in Populations and Benefits to be Expected from Investments into Mental Health.
- Saraceno B., van Ommeren M., Batniji R., Cohen A., Gureje O., Mahoney J., Sridhar D., Underhill Ch. (2007). Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, vol. 370, p. 1164-1174.
- Sartorius, N. (2007) Stigma and mental health. *The Lancet*, vol. 370, p. 810-811.
- Savižudybių prevencijos programos Mokslinių-praktinių priemonių įgyvendinimo 2005 m. ataskaita. Internetinė prieiga: <www.vpsc.lt>.
- Scott S., Knapp M., Henderson J., and Maughan B. (2001). Financial cost of social exclusion: follow up study of antisocial children into adulthood. *British Medical Journal*, vol. 323(7306), p. 191.
- Sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo 2007-2013 m. programa, patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. spalio 9 d. įsakymu Nr. V-799.
- Socialinės apsaugos ir darbo ministerija (2011). „Socialinis pranešimas 2010-2011“. Vilnius: <www.socmin.lt>.
- Socialinės globos įstaigų administravimo tarnybos prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos puslapis: <www.sgiat.lt> [žiūrėta 2013 m. liepos 13 d.].
- Socialinių paslaugų priežiūros departamento prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos puslapis: <www.sppd.lt> [žiūrėta 2013 m. liepos 8 d.].
- Solantaus T., Puras D. (2010). Caring for Children of Parents with Mental Health Problems – A Venture into Historical and Cultural Processes in Europe. *The International Journal of Mental Health Promotion*, vol. 12(4), p. 27-36.
- Solantaus T. (2009). The role of health services in promoting mental health and preventing mental disorders. In: *Background document for the thematic conference: promotion of mental health and well-being of children and young people – making it happen*, Stockholm.
- Special Eurobarometer 345. Mental well-being, 2010. Internetinė prieiga: <http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_248_en.pdf>.
- Specialiosios pedagogikos ir psichologijos centras, 2013. Internetinė prieiga: <<http://www.sppc.lt/index.php?-1647982807>>.
- Starr P. (1982). *The social transformation of American medicine*. New York: Basic Books.
- Stattin H., Kerr M., Eriksson Ch. (1998). The role of community environment. In: *Background document for the thematic conference: promotion of mental health and well-being of children and young people – making it happen*. Stockholm.
- Steinhausen H. C., Winkler C., Metzke C. W., Meier M., Kannenberg R. (1998). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: the Zurich Epidemiological Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 98, p. 262-271.
- Stewart-Brown S. (2009). Parents, Family and the Early Years. In: *Background document for the thematic conference: promotion of mental health and well-being of children and young people – making it happen*. Stockholm, 2009.
- Stokols D. (1996). Translating social ecological theory into guidelines for community health promotion. *American Journal of Health Promotion*, vol. 10, no. 4, p. 282-298.
- Stuart H. (2006). Media Portrayal of Mental Illness and its Treatments: What Effect Does it Have on People with Mental Illness. *CNS Drugs*, vol. 20(2).
- Sveikatos apsaugos ministerija. Internetinė prieiga: <www.sam.lt>.
- Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras. Veikla [žiūrėta 2013 m. rugsėjo 16 d.]. Internetinė prieiga: <<http://smlpc.lt/veikla/>>.
- Tarptautinė funkcionavimo, negalumo ir sveikatos klasifikacija. Pasaulio sveikatos organizacija, 2004, p. 215.

- The World Health Report 2001: Mental Health: new understanding, new hope. Internetinė prieiga: <http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf>.
- Thomas C., and Morris S. (2003). Cost of depression among adults in England in 2000. *British Journal of Psychiatry*, vol. 183, p. 514–519.
- Thornicroft G., Tansella M. (2006). *The Mental Health Matrox*. Cambridge University Press.
- Thornicroft G., Tansella M. (2003). *What are the arguments for community based mental health care?* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Thornicroft G., & Tansella M. (2004). Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care. *British Journal of Psychiatry*, vol. 185, p. 283–290.
- Thornicroft G., Brohan E., Kassam A. et al. (2008). Reducing stigma and discrimination: Candidate interventions. *International Journal of Mental Health Systems*, vol. 2, 3.
- Thornicroft G., Brohan E., Rose D. et al. (2009). Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *The Lancet*, vol. 373, p. 408–415.
- Thornton J. A., and Wahl O. F. (1996). Impact of a newspaper article on attitudes toward mental illness. *Journal of Community Psychology*, vol. 24.
- Thorogood M., Coombes Y. (2010). *Evaluating health promotion. Practice and methods*. Oxford University Press.
- Tidikis R. (2003). *Socialinių mokslų tyrimų metodologija*. Vilnius: Lietuvos teisės universitetas.
- Tilford S. (2006). Mental health promotion. In: Cattan M, Tilford S. (eds.). *Mental health promotion*. New York, USA: Open University Press.
- Tomov, T. (2001). Mental health reforms in Eastern Europe. *Acta Psychiatr Scand*, vol. 104 (Suppl. 410), p. 21–26.
- UN Committee on the Rights of the Child (UN CRC) Concluding observations on the combined third and fourth periodic reports of Lithuania, adopted by the Committee at its sixty-fourth session (16 September – 4 October 2013), 2013-10-04.
- Unicef Georgia Child care reform in Georgia. Newsletter, 2012 November.
- Unicef Office of Research Child Well-being in Rich Countries: A comparative overview'. Innocenti Report Card 11, UNICEF Office of Research, Florence, 2013.
- UNICEF Regional Office for Central and Eastern Europe and the Commonwealth of Independent States (UNICEF, CIS) (2010). At home or in a home? Formal care adoption of children in Eastern Europe and Central Asia. Geneva: UNICEF [žiūrėta 2013 m. kovo 13 d.]. Internetinė prieiga: <<http://www.unicef.org/protection/Web-Unicef-rapport-home-20110623v2.pdf>>.
- Vaikų linija, 2013. Internetinė prieiga: <<http://www.bepatyciu.lt/mokykloms/olweus-patyci-prevencins-programos-gyvendinimas-lietuvoje/>>.
- Valstybės vaiko teisių apsaugos ir įvaikinimo tarnyba prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos 2011 m. veiklos ataskaita, 2012-02-29, Nr. S-2.
- Valstybės vaiko teisių apsaugos ir įvaikinimo tarnybos prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos Dėl vaikų, turinčių elgesio ir emocijų sutrikimų bei neturinčių nustatytos negalios, apgyvendinimo ir priežiūros vaikų globos namuose, 2013-08-01, Nr. S -3228.
- Valstybinio audito ataskaita, 2011. „Valstybinių socialinės globos įstaigų finansavimas“. Vilnius. Internetinė prieiga: <http://www.vkontrolė.lt/audito_ataskaitos>.
- Valstybinio psichikos sveikatos centro puslapis: <www.vpsc.lt> [žiūrėta 2013 m. rugpjūčio 1 d.].
- Valstybinis psichikos sveikatos centras (VPSC). Visuomenės psichikos sveikatos rizikos veiksnių studija ir prevencinių priemonių planavimo krypties nustatymas. Vilnius, 2013.
- Valstybinis psichikos sveikatos centras. Internetinė prieiga: <www.vpsc.lt>.
- Varnik A., Wasserman D. et al. (2001). Registration of external causes of death in the Baltic States 1970–1997. *European Journal of Public Health*, vol. 11, no. 1, p. 84–88.
- Veniūtė, M. (2007). *Psichikos negalią turinčių žmonių socialinės integracijos galimybės Lietuvoje*: Daktaro disertacija. Vilnius.
- Veniūtė M. (2007). *Psichikos negalią turinčių žmonių socialinės integracijos galimybės Lietuvoje*: Daktaro disertacija. Vilniaus psichikos sveikatos centro puslapis: <www.vasaros.lt> [žiūrėta 2013 m. kovo 1 d.].
- Vireliūnaitė L. (2009) Sunkmečio aukos – psichikos ligoniai. *Lietuvos žinios*, 2009, gruodžio 7 d.
- Waddell Ch., Offord D., Shepherd C., Hua J., McEwan K. (2002). Child Psychiatric Epidemiology and Canadian Public Policy-Making: The State of the Science and the Art of the Possible. *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 47, no. 9, p. 825–832.
- Wahl O. F. (1995). *Media Madness. Public Images of Mental Illness*. Rutgers University Press.

- Wahl O. F. (2003). News Media Portrayal of Mental Illness. Implications for Public Policy. *American Behavioral Scientist*, vol. 46(12).
- Wahlbeck K., & Makinen M., eds (2008). *Prevention of depression and suicide*. Consensus paper. Luxembourg: European Communities.
- Walgrave S., Soroka S., & Nuytemans M. (2008). The Mass Media's Political Agenda-Setting Power: A Longitudinal Analysis of Media, Parliament, and Government in Belgium (1993 to 2000). *Comparative Political Studies*, vol. 41(6), p. 814–836. doi: 10.1177/0010414006299098
- WHO (2001). *The World Health Report: 2001: Mental health: New understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2002). *World Report on Violence and Health*.
- WHO (2004). *Prevention of Mental Disorders: Effective Interventions and Policy Options: A report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse*.
- WHO (2005). *European Ministerial Conference on Mental Health: Facing the Challenges, Building Solutions*. Helsinki, January, World Health Organization.
- WHO (2005a). *Mental health declaration for Europe*. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe.
- WHO (2005b). *Mental health action plan for Europe*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. World Health Organization.
- WHO (2008). *Global burden of disease*. World Health Organization, Geneva.
- WHO (2011). *Impact of economic crises on mental health*. World Health Organization.
- WHO (2011b). *Mental Health Atlas*. World Health Organization.
- WHO (2012). *Risks to Mental Health: An overview of Vulnerabilities and Risk Factors*. Background paper by the WHO Secretariat for the development of a comprehensive mental health action plan. World Health Organization.
- WHO European Ministerial Conference on Mental Health: Facing the Challenges, Building Solutions (2005). *Mental Health Declaration for Europe Facing the Challenges, Building Solutions (2005)*. Internetinė prieda: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/88595/E85445.pdf>.
- WHO: The Ottawa Charter for Health Promotion, 1986. Internetinė prieda: <<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/docs/charter-chartre/pdf/charter.pdf>>.
- Wittchen H. U., & Jacobi F. (2005) Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, vol. 15, p. 357–376.
- Wittchen H. U., Jacobi F., Rehm J. et al. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, vol. 21, p. 655–679.
- Wodak R., Meyer M. (2001). *Methods of Critical Discourse Analysis Introducing Qualitative Methods*. London ; Thousand Oaks Calif.: SAGE, p. 26–30.
- WHO (2007). *Preventing Child Maltreatment in Europe: a Public Health Approach*. Denmark.
- World Health Organization (2001). *The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). *Atlas: child and adolescent mental health resources: global concerns, implications for the future, 2005*.
- World Health Organization. *Mental Health Information Systems, 2005*. Internetinė prieda: <http://www.who.int/mental_health/policy/mnh_info_sys.pdf>.
- World Health Organization: *Mental Health: mental health policy, planning & service development*. Internetinė prieda: <http://www.who.int/mental_health/policy/services/en/index.html>.
- Zechmeister I., Osterle A., Denk P., Katsching H. (2002). Incentives in Financing Mental Health Care in Austria. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, vol. 5, p. 121–129.
- Žalioji knyga (2005). „Gyventojų psichikos sveikatos gerinimas. Europos Sąjungos psichikos sveikatos strategijos kūrimas“. Europos Komisija. Briuselis.
- Žmogaus teisių įgyvendinimas Lietuvoje 2011–2012: Apžvalga. Žmogaus teisių stebėjimo institutas, 2013.
- Žmogaus teisių stebėjimo instituto leidžiamos Žmogaus teisių įgyvendinimo Lietuvoje apžvalgos. Internetinė prieda: <<http://www.hrmi.lt>>.
- Žmogaus teisių stebėsena uždarose psichikos sveikatos priežiūros bei globos institucijose bei Vaiko teisių padėtis Lietuvos stacionariuose globos ir ugdymo įstaigose: ataskaitos. Internetinė prieda: <http://www.gip-vilnius.lt/wp/?page_id=32>.
- Žurnalistų etikos inspektorius 2010 metų veiklos ataskaita ir 2009–2010 metų analitinė apžvalga „Demokratinės visuomenės informavimo kultūros plėtros gairės“ (2011). Vilnius.

**Dainius Pūras, Eglė Šumskienė,
Marija Veniūtė, Gintaras Šumskas,
Dovilė Juodkaitė, Liubovė Murauskienė,
Jurga Mataitytė-Diržienė, Dovilė Šliužaitė**

IŠŠŪKIAI ĮGYVENDINANT
LIETUVOS PSICHIKOS
SVEIKATOS POLITIKĄ

Mokslo studija

Viršelio dailininkė *Audronė Uzielaitė*
Kalbos redaktorė *Jolanta Storpirstienė*
Maketuotoja *Nijolė Bukantienė*

Išleido Vilniaus universitetas
Universiteto g. 3, LT-01513 Vilnius