

## **Koalicija „Psichikos sveikata 2030“**

### **Pasiūlymai dėl naujų psichikos sveikatos priežiūros paslaugų plėtros**

2021-2023 metais, įgyvendinant Lietuvos Respublikos Vyriausybės programą ir joje įtvirtintą tikslą diegti ir plėtoti naujas paslaugas psichikos sveikatos priežiūros srityje, Sveikatos apsaugos ministerija ėmėsi konkrečių sprendimų šioje srityje.

Šios pastangos buvo matomos, kai kurias konkrečias priemones pavyko įgyvendinti. Pradėtos teikti ir apmokėti naujos, psichologinės gerovės, paslaugos, kurios yra žemo slenksčio ir teikiamos visuomenės sveikatos biuruose. Pradėtos teikti mobilios psichologinių krizių įveikimo komandos paslaugos. Visa tai vyko COVID-19 pandemijos kontekste, kai visuomenės narių tarpe daugėjo suvokimo, kad su psichikos sveikata susijusių problemų gali turėti kiekvienas, ir kad dėl gali būti tikslinga ieškoti pagalbos.

Kita vertus, visuomenėje vis dar išlieka tokių požiūrių į psichikos sveikatą ir jos sutrikimus, kurie yra suformuoti šimtmečiais buvusios stigmatos. Atkreipiame dėmesį, kad stigmatizuojančių požiūrių iki šiol neišvengia ir pati psichikos sveikatos priežiūros sistema su jos tradicinėmis grandimis bei žmogiškaisiais ištekliais. Du trečdaliai viso psichikos sveikatos priežiūrai skirto finansavimo vis dar atitenka stacionaro paslaugoms, ir jau vien tai byloja apie didelių permainų poreikį.

Sveikatos apsaugos ministerija kryptingai dirba ties permainų planu, siekiant įgyvendinti pokyčius, kuriuos vykdyti 2020 metais įsipareigojo Lietuvos Respublikos Vyriausybė. Tarp šių įsipareigojimų – kokybiškai naujų paslaugų kūrimas ir plėtra, žmogaus teisėmis grįsto požiūrio įtvirtinimas teikiant psichikos sveikatos priežiūros paslaugas. Atliktas svarbus darbas, analizuojant sistemines spragas ir pagrindžiant sisteminių permainų poreikį. Pavyzdžiui, įvardinta problema, kad iki šiol nebuvo aišku, kokia paslauga laikytina kokybiška ir kaip vykdoma paslaugų bei kitų sistemos duomenų apskaita. Tai ypač svarbu, vykdant pirminiame lygyje veikiančių psichikos sveikatos centrų veiklos stebėseną ir pagrindžiant poreikį naujų nestacionarinių tęstinių paslaugų, kurios turėtų veikti antriniame lygyje ir būti atitinkamai finansuojamos.

Savižudybių prevencija išlieka svarbi veiklos sritis. Nors savižudybių paplitimas pastaraisiais metais ženkliai sumažėjo, jis lieka vis dar gerokai didesnis už ES vidurkį, o stebimas sumažėjimas neturėtų būti vertinamas kaip veiksmingos psichikos sveikatos priežiūros sistemos įrodymas. Reikėtų iš esmės spręsti tokias tebeliekančias problemas kaip tęstinių nestigmatizuojančių paslaugų rizikos grupių asmenims poreikis arba duomenų apie įvykusias savižudybes patikimumo problema. Tai, kad

išlieka prastas prieinamumas prie veiksmingų psichosocialinių paslaugų, tebeskatina perteklinį biomedicininį paslaugų (medikamentinio gydymo) bei hospitalizacijų naudojimą, o tai trukdo veiksmingai vykdyti savižudybių prevenciją.

Planuojant tęstines nestacionarines paslaugas tiek žmonėms, esantiems savižudybės rizikoje, tiek turintiems kitokių psichikos sutrikimų, būtina atkreipti dėmesį į tai, kad pirminio lygio psichikos sveikatos centrų tinklo teikiamos paslaugos niekaip negali užtikrinti tokio kokybiško nemedikamentinių paslaugų tęstinumo. Todėl viena iš svarbiausių rekomendacijų, aptariant proveržio būtinybę teikiant paslaugas, yra naujo pobūdžio paslaugų kūrimas ir plėtra antriniame lygyje, atskiriant jas nuo pirminio lygio ir aiškiai reglamentuojant, kokiais atvejais nebepakanka pirminio lygio paslaugų ir būtina teikti kitaip finansuojamas nestacionarines paslaugas.

Pozityviai vertiname vykdomosios valdžios institucijų pastangas gerinti psichologinės pagalbos bei įvairių psichosocialinių intervencijų prieinamumą, mažinti stigmatizavimo reiškinius, informuoti visuomenę apie tai, kur galima kreiptis ir gauti pagalbą. Kaip pavyzdžius galima pateikti platformas „Pagalba sau“ ir „Tu esi“. Taip pat teigiamai vertiname SAM pastangas mažinti įvairius diskriminacinius apribojimus (pvz., dirbti tam tikrose pareigybėse) žmonėms, kuriems buvo diagnozuoti psichikos sutrikimai.

Tačiau visa tai yra tik pirmieji pradėtų permainų požymiai ir svarbu būtų ne tik nesustoti, bet ir spartinti permainas link sistemos, kurioje tęstinės kokybiškos ir draugiškos žmogaus teisių aspektu paslaugos taptų nebe išimtimi, o taisykle.

Būtina tęsti pradėtą darbą ir, peržiūrėjus psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarką, imtis kitų priemonių pašalinant sistemines spragas vaikų ir suaugusiųjų psichikos sveikatos priežiūros sistemoje.

Pirminiame lygyje veikiantys psichikos sveikatos centrai turi dirbti išvien su bendrosios praktikos gydytojais ir padėti jiems spręsti dažniausiai sutinkamas psichikos sveikatos problemas bei gydyti nesudėtingus sutrikimus.

Tuo tarpu sudėtingesnius psichikos sveikatos sutrikimus turintys vaikai ir suaugusieji turi gauti tęstinę nemedikamentinę nestacionarinę pagalbą, už tokias paslaugas apmokant ne pirminio, o antrinio lygio paslaugų apmokėjimo būdais.

Kol neužpildytos minėtos spragos, pirminiuose psichikos sveikatos centruose yra imituojamos bendruomeninės paslaugos, vyksta perteklinis gydymas vaistais, per dažnai naudojamosi hospitalizacijomis į psichiatrijos stacionarus, nepavyksta stabdyti

žmonių su psichosocialine negalia nukreipimų į nuolatinės globos įstaigas srauto. Šios įstaigos yra perpildytos, „nėra vietų“ 6000 vietų turinčioje nuolatinės globos įstaigų sistemoje. Tai akivaizdus įrodymas, kad psichiatrijos sistema yra „skylėta“, „save maitinanti“, ir kad iki šiol Lietuvoje neveikia bendruomeninių psichikos sveikatos priežiūros paslaugų tinklas. Daug metų besitęsianti ir tradicija tapusi taktika skatinti pirminiame lygyje esančių psichikos sveikatos centrų tinklo veiklą, kad šiame lygyje būtų teikiama daugiau ir kokybiškesnių paslaugų, ne tik nesprenžia sisteminių problemų, bet netgi gilina jau senokai identifikuotas problemas.

Jau pats šių psichikos sveikatos centrų finansavimo mechanizmas – mokėjimas už kiekvieną prisirašiusį prie pirminio lygio gyventoją („kapitacijos“ principas) reiškia, kad šie centrai neturėtų teikti specializuotų nestacionarių paslaugų tokiais atvejais, kai tokių paslaugų reikia daugiau. Pirminiame lygyje esantys centrai turėtų padėti šeimos (bendrosios praktikos) gydytojams veiksmingai tvarkytis su pacientais, kurie lankosi pas šiuos gydytojus ir turi psichikos sveikatos problemų ir sutrikimų. Ypač didelė dalis šių centrų darbuotojų darbo laiko turi būti skiriama pačių šeimos gydytojų (o ne jų pacientų) konsultavimui apie tai, kokią pagalbą turėtų gauti šie pacientai.

Svarbu užtikrinti prieinamumą ne tik prie medikamentinio gydymo, bet ir prie veiksmingų psichologinės ir psichosocialinės pagalbos būdų. Šiuo metu Lietuvoje yra susiklosčiusi situacija, kai didėjančią nemedikamentinių (psichologinių, psichosocialinių, psichoterapinių) paslaugų vaikams ir suaugusiems poreikį tenkina privačiai dirbantys specialistai. Tačiau „iš kišenės“ būdu geba susimokėti tik labai nedidelis procentas Lietuvos gyventojų. Daugumai žmonių šios svarbios paslaugos yra per brangios ir todėl tampa neprieinamos. Tokia padėtis vertintina kaip psichikos sveikatos problemas turinčių žmonių diskriminacija. Apgailestaujame, kad iki šiol politikai, valdininkai ir kiti sprendimus priimančios pareigūnai vertina nemedikamentines paslaugas kaip tam tikrą prabangą, o ne kaip veiksmingą gydymo būdą.

Daug metų vykdomosios valdžios sprendimams buvo būdinga tai, kad jie iš esmės niekaip nepaliesdavo ydingai veikiančios sistemos. Todėl šie sprendimai, nors ir sudarydavo vykstančių permainų įspūdį, iš esmės pratęsdavo permainų imitacijos tradicijas ir nesukurdavo paskatų tikrosioms permainoms. Pavyzdžiui, patvirtinamas kokios nors nemedikamentinės paslaugos įkainis, kuris yra toks mažas, kad tą paslaugą teikiant atsakingai, su tinkamais žmogiškaisiais ištekliais, paslaugos teikėjas patirtų didelius nuostolius. Todėl šias paslaugas imasi teikti jau esančių įstaigų tinklas – psichiatrijos ligoninės ir pirminiai psichikos sveikatos centrai. Kadangi ir šioms įstaigoms teikti tokias naujas paslaugas kokybiškai būtų per didelė našta, labai

tikėtina, kad šios įstaigos teiks naujas paslaugas naudodamos jau turimus kitoms paslaugoms teikti žmogiškus išteklius. Tokiu būdu naujų paslaugų esmė bus kompromituojama, nes tos paslaugos bus teikiamos nekokybiškai. Tokia nepalanki situacija jau pastebima, stebint dienos stacionarų tinklų plėtrą. Taip, kaip jie veikia prie pirminių psichikos sveikatos centrų, nė kiek nestabdo nukreipimų hospitalizacijoms ir institucinei globai.

Atkreiptinas dėmesys, kad psichikos sveikatos srityje, nors problemų Lietuvoje yra gerokai daugiau negu pas kaimynus į vakarus ir šiaurę, žmogiškųjų išteklių (kalbame ne apie atlygio dydį, o apie specialistų, dirbančių šių paslaugų teikimo sistemoje, ir ypač ne gydytojų) yra 5-10 kartų mažiau. Jei kitose medicinos srityse yra bendras supratimas, kad būtina siekti tarptautinių standartų, o jie daugelyje sričių jau ir pasiekti, tai psichikos sveikatos priežiūros srityje Lietuva yra šiai dienai atsisakiusi ambicijų siekti šių standartų.

Todėl būtina suteikti prioritetą ir stiprinti nestacionarinių antrinio lygio psichikos sveikatos priežiūros paslaugų plėtrą, atskiriant šias paslaugas nuo pirminio lygio ir taip užkertant kelią galimybėms teikti nekokybiškas „pseudopaslaugas“.

Dėl kai kurių naujų paslaugų plėtros (pavyzdžiui, nestacionarinių psichosocialinės reabilitacijos paslaugų) turi būti padaryti atsakingi sprendimai Vyriausybės lygyje. Jei sveikatos apsaugos sektoriui (ligonių kasoms) pritrūksta politinės valios užtikrinti adekvačius įkainius ir adekvačią tokių svarbių paslaugų plėtrą, tai sprendimas galėtų būti įpareigoti Socialinės apsaugos ir darbo ministeriją perimti šių paslaugų plėtrą, apmokėjimą bei priežiūrą. Nėra taip svarbu, kuris sektorius finansuos ir prižiūrės tokių naujų paslaugų plėtrą. Svarbu, kad jų plėtra vyktų atsakingai ir būtų adekvačiai aprūpinta finansiniais ir žmogiškaisiais ištekliais.

Palaikant atsiradusias pozityvias tendencijas psichikos sveikatos priežiūros sistemos permainose, svarbu modernizuoti paslaugų apmokėjimo sistemą ir atsisakyti kai kurių tradicijų, kurios iki šiol stabdė permainas. Visų pirma tai būtų adekvačių įkainių, apmokant nestacionarines psichosocialines intervencijas, nustatymas, o taip pat galimybė apmokėti iš PSDF fondo psichoterapijos ir kitas psichosocialines paslaugas, kurias teikia privačiai dirbantys psichoterapijos ir psichologinio konsultavimo specialistai. Pripažįstant, kad paskutiniu metu Lietuvos visuomenėje sustiprėjo supratimas, kad reikia rūpintis savo ir šeimos narių psichikos sveikata bei padidėjo motyvacija skirti tam dalį šeimos pajamų, tenka konstatuoti, kad dabartinė situacija (kai psichoterapijos paslaugas dažnai tenka apmokėti „iš kišenės“) didina socialinę atskirtį. Tokioje situacijoje pasiturinčių gyventojų grupė turi galimybę gauti reikalingą pagalbą, bet tokios galimybės neturi mažiau pasiturintys ir nepasiturintys

žmonės, kuriems tokios pagalbos ypatingai reikia; o būtent tokių gyventojų yra dauguma.

Būtina atsakingai įgyvendinti JT Neįgaliųjų teisių konvenciją psichosocialinės ir intelekto negalios srityje. Šių žmonių teisės ir poreikiai iki šiol dažnai buvo ignoruojami, nekuriamos modernios inovatyvios paslaugos šiems žmonėms, nekuriamos alternatyvos institucinei globai, arba jos kuriamos nepasitelkus geros vadybos, sukeliant bendruomenių nepasitenkinimą, ir tai dažnai tampa pretekstu stabdyti permainas. Būtina pasitelkti geriausią pasaulio ir Europos patirtį, Lietuvos ir užsienio ekspertų rekomendacijas ir ryžtingai siekti proveržio šioje srityje.

Siekiant proveržio link kokybiškai naujų paslaugų teikimo ir veiksmingos bei žmogaus teisėms draugiškos psichikos sveikatos sistemos, būtinos permainos medikų ir kitų sveikatos specialistų studijų turinyje. Rengiant būsimus gydytojus, o taip pat psichiatrijos bei vaikų ir paauglių psichiatrijos rezidentūroje privalo dominuoti ne senoji, pertekliniu biomedicininio modeliu grįsta paradigma, o naujas požiūris, kuris aiškiai išdėstytas PSO ir kitų tarptautinių organizacijų naujuose dokumentuose.

## **Pasiūlymai**

1. Esanti psichikos sveikatos priežiūros paslaugų infrastruktūra yra ydinga, ir tolesnis finansavimo didinimas dviems jos komponentams – pirminiams psichikos sveikatos centrams ir psichiatrijos ligoninėms – ne tik nesprendžia problemų, o netgi gilina jau esančias sisteminio lygmens problemas. Todėl siūlome atsisakyti šios ilgametės tradicijos ir prioritetą suteikti trūkstantoms paslaugų grandims finansuoti bei plėtoti.

2. Būtina užtikrinti paslaugų teikimo diversifikaciją, sukuriant paskatas naujas paslaugas kurti nepriklausomai nuo esančios infrastruktūros. Rekomenduojama atsisakyti praktikos, kai naujos paslaugos teikiamos vien prie tradicinių įstaigų – psichiatrijos ligoninių ir pirminių psichikos sveikatos centrų. Atnaujintos psichikos sveikatos sistemos proveržio ir naujos vadybos židiniais turėtų tapti regioniniai psichikos sveikatos centrai. Jų veiklos paskirtis ir tikslas būtų užtikrinti, kad jų regione būtų teikiama visa reikalinga ikistacionarinė pagalba, įskaitant antrinio lygio tęstines nemedikamentines paslaugas, ir kad tokiu būdu būtų pradėtas stabdyti pakartotinių hospitalizacijų į stacionarą ir nukreipimų nuolatinei institucinei globai srautas.

3. Diversifikuojant paslaugų plėtrą, skatinant teikti inovatyvias, išvengiančias prievartos naudojimo paslaugas, rekomenduojama skatinti jų įvairovę ir nediskriminuoti pagal paslaugos teikėją. Siūloma remtis daugelio valstybių patirtimi

ir praktika ir apmokėti iš PSDF arba biudžeto paslaugas, kurias teikia ne tik valdžios institucijų įsteigtos įstaigos, bet ir nevyriausybinės organizacijos bei privačiai praktikuojantys psichikos sveikatos specialistai. Tik tokiu būdu galima bus sukurti platų spektrą paslaugų, alternatyvių esančiai sistemai, tenkinančių pacientų poreikius ir gerbiančių jų teises.

4. Pasaulio sveikatos organizacija 2021 metais yra paskelbusi dokumentą „Guidance on community mental health services“, kuriame nedviprasmiškai rekomenduoja keisti nusistovėjusias psichiatrijos paslaugų tradicijas ir kuo daugiau investuoti į kokybiškai naujas paslaugas, atsisakant suvaržymų bei perteklinio medikamentinio gydymo. Siūlome pasitelkti šį dokumentą ir juo remiantis įdiegti bei užtikrinti tvarią plėtrą Lietuvoje bent 3 gerosioms praktikoms iš 22 gerųjų praktikų sąrašo, pateikto PSO dokumente. Tokioms paslaugoms turėtų būti suteiktas prioritetas, jas finansuojant bei plėtojant, tokiu būdu sukuriant gyvybiškai svarbią antrinio lygio nestacionariųjų tęstinių paslaugų (mobiliųjų regioninių centrų) grandį.

4. Rekomenduojama imtis veiksmingų priemonių, kad būtų išlygintas istoriškai susiklostęs ir žalingai veikiantis kasdienėje praktikoje disbalansas, kai dauguma pacientų gydomi psichotropiniais vaistais, net ir tada, kai pagal jų sutrikimo pobūdį indikacija būtų skirti jiems psichosocialinės, o ne medikamentinės intervencijos. Tokia ydinga praktika, nemaža dalimi susijusi su medikų rengimo tendencijomis bei visuomenės ir politikų tendencingu informavimu, daro nemažai žalos ir turi būti sustabdyta. Turi būti pasiūsta aiški žinia visiems sistemos dalyviams, kad daugumoje psichikos sutrikimų atvejų ne medikamentinis, o psichosocialinis gydymas turi būti pirmojo pasirinkimo priemonė. Atitinkamai turi būti planuojamos išlaidos paslaugų plėtrai ir palaikymui.

#### **Pasirašo:**

Prof. Dainius Pūras – Žmogaus teisių stebėjimo institutas

Kristina Dūdonytė – asociacijos „Savarankiškas gyvenimas“ valdybos narė

Gintarė Kučiauskaitė – Lietuvos psichologijos studentų asociacijos prezidentė

Vytautas Blažys – vaikų ir paauglių psichiatras konsultantas

Dovilė Juodkaitė – Lietuvos negalios organizacijų forumo prezidentė

Aušra Mockuvienė – „Depresijos įveikimo centro“ direktorė

Aina Adomaitytė – Lietuvos psichologų sąjunga

Aušra Kurienė – Paramos vaikams centras

dr. Robertas Povilaitis – Vaikų linija

Prof. Paulius Skruibis - Vilniaus universiteto Suicidologijos tyrimų centro vadovas

Diana Bukantaitė – VšĮ „Jaunimo linija“ vadovė

Jurgita Kuprytė – VšĮ “SOPA” direktorė

Dana Migaliova – Lietuvos sutrikusio intelekto žmonių globos bendrijos „Viltis“ asociacijos vadovė

Karilė Levickaitė – „Psichikos sveikatos perspektyvos“ direktorė