

Koalicija „Psichikos sveikata 2030“

Pasiūlymai dėl būtinųjų permainų vaikų ir paauglių psichikos sveikatos priežiūros sistemoje

Skirtingai nuo daugumos kitų sveikatos apsaugos sričių, vaikų psichikos sveikatos priežiūros infrastruktūrą teko kurti ir plėtoti naujais pagrindais, atkūrus Lietuvos nepriklausomybę 1990 m. Tuo metu įsteigus Vaiko raidos centrą 1990 m. kaip naujo pobūdžio įstaigą šiuolaikiniams vaikų psichikos ir raidos sutrikimų prevencijos, gydymo ir reabilitacijos metodams diegti, per keletą metų buvo pasirengta paslaugų plėtra. Tačiau vėlesniais laikotarpiais parengto kompleksinių paslaugų modelio plėtra buvo sustabdyta. Todėl iki šiol Lietuvoje nėra veiksmingos sistemos, kuri leistų vykdyti mokslo žiniomis grįstą vaikų psichikos sveikatos priežiūrą. Egzistuojanti infrastruktūra yra fragmentuota, veikiantis žmogiškųjų ir finansinių išteklių naudojimo mechanizmas neatitinka šiuolaikinių reikalavimų. Tokia neveiksminga infrastruktūra sukuria ir stiprina ydingo rato mechanizmus, ypač kai oficialiame lygyje tvirtinama, kad sistema veikia gerai. Pavyzdžiui, nors įkurta ir veikia daugiau kaip savivaldybių psichikos sveikatos centrų tinklas (tokių centrų Lietuvoje yra daugiau kaip 100), daugumoje tokių centrų nėra specialistų komandų vaikų psichikos sveikatos priežiūros paslaugoms teikti, todėl bent kiek sudėtingesniais atvejais, kai reikia tęstinės nemedikamentinės ar specialistų komandos pagalbos, tokia pagalba nėra prieinama. Daugumoje pirminiame lygyje veikiančių centrų gydytojai vaikų ir paauglių psichiatrai, psichologai ir socialiniai darbuotojai darbui su vaikais įdarbinti maža etato dalimi arba tokių iš viso nėra.

Kita sisteminė problema, per daugelį metų tapusi chronine, yra ta, kad pirminiame lygyje esančių psichikos sveikatos centrų plėtra, niekaip negalinti užtikrinti kokybiškų paslaugų vaikams, yra užblokavusi antrinių paslaugų plėtrą, o būtent antrinių nestacionarinių paslaugų plėtra būtų pati reikalingiausia. Dažnai oficialiame lygyje tvirtinama, kad pirminiai psichikos sveikatos centrai (bent jau „didieji“ – prie kurių yra prirašyta daug vaikų) esą gali suteikti visą pilnavertę kvalifikuotą ikistacionarinę pagalbą vaikams. Tačiau to niekaip neįmanoma pasiekti, kai 100-o vaikų psichikos sveikatos priežiūrai skiriama 800 eurų per metus, (arba 80.000 eurų - 10.000 vaikų per metus) - tiek skiriama pagal nustatytą finansavimo tvarką vaikų psichikos sveikatos priežiūrai psichikos sveikatos centruose. Akivaizdu, kad būtina peržiūrėti vaikų psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sistemą ir užtikrinti šios paslaugų sistemos racionalią plėtrą.

Plėtojant ir finansuojant psichikos sveikatos priežiūros paslaugas vaikams, svarbu yra nuosekliai laikytis mokslo žiniomis grįstų paslaugų teikimo principų.

Deja, iki šiol Lietuvoje šių principų nesilaikoma. Todėl, teikdami pasiūlymus, kartu primename šiuolaikinius paslaugų plėtros principus.

Pasaulio sveikatos organizacija, Europos Sąjungos institucijos ir kitos tarptautinės organizacijos yra sutarusios dėl svarbiausių vaikų psichikos sveikatos priežiūros principų. Nemažai valstybių šiuos principus yra įdiegusios praktikoje per moksliskai pagrįstos vaikų psichikos sveikatos politikos formulavimą, stebėseną ir nuoseklų įgyvendinimą.

Teikiant vaikų psichikos sveikatos priežiūros paslaugas, labai svarbu užtikrinti, kad jos būtų teikiamos keliuose lygiuose, ir kad tarp tų lygių gerai veiktų „filtrais“, kurie leistų dažnai sutinkamų ir lengvesnių atvejų valdymą vykdyti mažiau specializuotuose lygiuose (visų pirma – pirminiame lygyje, padedant šeimos gydytojams), ir tik sudėtingesnius atvejus nukreipti į labiau specializuotus lygius, juose palaikant kokybiškai ir mobiliai veikiančias specialistų komandas.

Ikiklinikiniame (prevencijos) lygyje turi būti užtikrinta veiksminga vaikų psichikos ir elgesio sutrikimų prevencija. Ši prevencija vyksta keliais būdais (universalūs, selektyvi, kt.). Kartu su psichikos sveikatos stiprinimo, emocinio raštingumo mokymo, socialinių įgūdžių mokymo, tėvystės įgūdžių mokymo programomis, tęstinės, pamatuojamos prevencinės programos turi finansuoti keli sektoriai ir, visų pirma – sveikatos apsaugos, švietimo ir socialinės apsaugos sektoriai. Sveikatos apsaugos sektorius, be abejo, neturi būti atsakingas už visas šios srities prevencines programas. Bet Sveikatos apsaugos ministerija turi demonstruoti lyderystę šioje srityje ir kviešti kitus sektorius atsakingai prisijungti.

Pirminiame sveikatos priežiūros lygyje prasideda asmens sveikatos priežiūros paslaugų (t.y., klinikinių paslaugų) teikimas. Šią veiklą vykdo bendros praktikos gydytojai (šeimos gydytojai) ir pediatrai, pasitelkdami savivaldybių psichikos sveikatos centruose dirbančius specialistus (vaikų ir paauglių psichiatrus, psichologus, socialinius darbuotojus).

Lietuvoje siūlome atsakingai ir skaidriai panaudoti tuos ribotus išteklius, kurie skirti pirminiame lygyje vaikų psichikos sveikatos priežiūrai, visų pirma tam, kad šių išteklių pagalba būtų sustiprintas BPG ir jų komandos aktyvus dalyvavimas vaikų psichikos sveikatos apsaugoje. Iš pirminiam lygiui skirtų lėšų finansuojami su vaikais dirbantys specialistai (vaikų ir paauglių psichiatrai, psichologai, socialiniai darbuotojai, slaugytojai) turi kartu su BPG teikti klinikines paslaugas, visų pirma konsultuojant vaikus dėl lengvų psichikos ir elgesio sutrikimų bei suteikiant jiems trumpalaikę pagalbą. Dėl riboto šių paslaugų, kaip pirminio lygio paslaugų,

finansavimo sudėtingesni klinikinė, vadybine ar kitokia prasme atvejai turėtų būti nukreipiami antrinio lygio paslaugoms gauti. Šiuo metu tokia galimybė yra labai ribota, nes antrinio lygio nestacionarinės paslaugos Lietuvoje iki šiol nebuvo plėtotos.

Būtina atkreipti dėmesį, kad po siūlomos paslaugų plėtros pirminiame lygyje teikiamų paslaugų svarba ne tik nesumažės, bet padidės. Bus aišku, kokias paslaugas su labai ribotais resursais pirminiame lygyje dirbantys specialistai, kartu su BPG, gali suteikti ir kokių paslaugų jie negali ir neturi suteikti. Dabartinė tvarka yra ydinga tuo, kad poįstatyminiuose aktuose numatyta, jog iš pirminio lygio finansuojami psichikos sveikatos centrai turi atlikti prevencinę ir kvalifikuotą visiems prieinamą klinikinę ikistacionarinę pagalbą visais atvejais (lengvi, sunkūs atvejai, kt.), o tai praktiniame lygyje yra visiškai neįmanoma.

Antriniame sveikatos priežiūros lygyje turėtų būti teikiama labiau specializuota pagalba vaikams ir paaugliams, kurie turi sunkesnius arba vadybiniu atžvilgiu sudėtingesnius psichikos sutrikimus. Tokią pagalbą turi užtikrinti komandos principu dirbantys vaikų psichikos sveikatos priežiūros specialistai, aptarnaujantys apie nemažiau kaip 200.000 ir nedaugiau kaip 600.000 gyventojų teritoriją. Tokiam gyventojų skaičiui aptarnauti turėtų būti steigiamas bent vienas regioninis vaikų psichikos sveikatos priežiūros centras su visais būtinaisiais infrastruktūros komponentais. Kadangi vaikams ir paaugliams, palyginti su suaugusiais, žymiai rečiau reikia ir stacionaro pagalbos, ir medikamentinio gydymo, svarbiausia ir lemiamą pagalbą grandimi vaikų ir paauglių psichikos sveikatos priežiūroje, kaip rodo daugelio valstybių patirtis ir geroji praktika, turi tapti antrinio lygio tęstinė pagalba vaikui ir šeimai. Kaip tik tokių paslaugų tinklo Lietuvoje iki šiol neturime ir kelia didelį nerimą kai kurių interesų grupių pozicija, kad tokių paslaugų tinklo esą nereikia.

Kelių pilnaverčių lygių kokybiška veikla yra būtina sistemos efektyvumo garantija. Jei viename kuriame nors lygyje dėl kokių nors priežasčių neveikia „filtras“, visa sistema tampa neefektyvi. Lietuvoje situacija su ikiklinikiniu lygiu dabar yra pagerėjusi (dar trūksta tęstinių prevencinių programų vaikų psichikos sveikatos srityje, išimtis yra tik patyčių prevencija vykdoma mokyklose) tačiau didžiausia problema tebelieka tai, kad nėra antrinio lygio tęstinių paslaugų komplekso, kurio plėtra iki šiol yra įšaldyta.

Indikacijos antrinio lygio paslaugų plėtrai

Siūloma paslaugų plėtrai naudoti du jau įdiegtus, bet nepakankamai išplėtotus paslaugų teikimo mechanizmus: dienos stacionaro paslaugą ir ambulatorinių paslaugų paketą, prilygintą dienos stacionaro paslaugai.

Pageidautina dienos stacionarų specializacija pagal amžių ir/arba pagal sutrikimų grupes.

Ambulatorinis gydymas – tai kompleksas diagnostinių ir terapinių paslaugų, kurias teikia specialistų komanda, kartu su pacientu ir jo šeimos nariais sukurdamą ir vykdydamą individualaus gydymo planą.

Siūloma pasinaudoti Jungtinės Karalystės patirtimi, organizuojant vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugų teikimą. Specialistų darbo krūviai planuojami, įvertinus jų teikiamų intervencijų skaičių (vienai intervencijai skiriant nemažiau kaip 1 valandą) ir laiką, skirtą komandos pasitarimams, supervizijoms, tarpsektoriniams sudėtingų atvejų valdymo pasitarimams.

Pateikiame sąrašą sutrikimų grupių, kurių gydymo procesas ir atvejo vadyba reikalauja didesnių žmogiškųjų išteklių sąnaudų ir labiau specializuotų paslaugų, todėl negali tinkamai vykti vien naudojant pirminiam lygiui skirtus išteklius:

Valgymo sutrikimai, elgesio sutrikimai sutrikusio intelekto ir autizmo spektro sutrikimus turinčių vaikų tarpe; pirmosios psichozės epizodas; schizofrenija ir kitos psichozės; bipolinis sutrikimas; sunkūs depresijos atvejai; besikartojantys bandymai žudyti ir savižalos atvejai paauglių tarpe; sunkūs aktyvumo ir dėmesio sutrikimo atvejai; sudėtingi autizmo atvejai, globos įstaigose gyvenančių vaikų emocinės ir socialinės raidos sutrikimai.

Šios permainos, sukuriant lemiamą paslaugų grandį, leistų didele dalimi išspręsti dabar stebimą sistemine problemą. Sudėtingesni atvejai, kai vaikui ir šeimos nariams reikia tęstinės (trunkančios nuo 3-6 mėnesių iki 12 mėnesių ir ilgiau) nemedikamentinės pagalbos ir geros vadybos tarp skirtingų specialistų komandos narių, šiuo metu Lietuvoje negali tikėtis tokios pagalbos. Tai kelia didelį tėvų ir kitų suinteresuotų piliečių nepasitenkinimą ir didina atvejų su gilėjančia socialine dezadaptacija, pertekline medikalizacija bei gausiomis hospitalizacijomis skaičių.

Siūlomos permainos skatintų geresnį tarpsektorinio bendradarbiavimo lygį ir aiškesnį pasiskirstymą konkrečiomis atsakomybėmis tarp sveikatos apsaugos, švietimo ir socialinės apsaugos sektorių. Tai yra labai svarbu, artėjant 2024 metams, kai švietimo

sistema turės teikti įtraukiojo ugdymo paslaugas ir todėl reikės geresnio bendradarbiavimo tarp ugdymo ir psichikos sveikatos priežiūros įstaigų.

Ypatingą dėmesį būtina atkreipti, sprendžiant žmogiškųjų išteklių problemas vaikų ir paauglių psichikos sveikatos priežiūros srityje.

Vaikų psichikos sveikatos priežiūros paslaugų ypatumas yra toks, kad jas teikiant mažai reikia investuoti į biomedicines technologijas, tačiau daugiau reikia investuoti į psichosocialinių intervencijų įvairovę. Šių intervencijų kokybę užtikrina tai, kad vienam gydytojui vaikų ir paauglių psichiatrai optimaliu atveju turi tekti nuo 5 iki 10 nemedicininų specialistų (psichologų, socialinių darbuotojų, vaikų psichikos sveikatos priežiūros slaugytojų ir kt.).

Lietuvos psichikos sveikatos sistema (tiek vaikų, tiek suaugusiųjų) iki šiol vystėsi ignoruodama šį principą. Pavyzdžiui, iki šiol psichikos sveikatos centruose dirba daugiau psichiatrų, negu psichologų ar socialinių darbuotojų. Remiantis užsienio valstybių praktika, reikėtų svarstyti kolegijose dirbančių ir jas baigiančių specialistų tinkamumą dirbti su rizikos grupių vaikais ir šeimomis, tuos specialistus apmokius veiksmingų psichosocialinių intervencijų.

Pavyzdžiui, Škotijoje (informacija gauta iš ten dirbančio gyd. V. Blažio) 370.000 gyventojų teritoriją aptarnauja trys išplėstinės CAMHS (*angl. Child and adolescent mental health services*) komandos, kuriose iš viso dirba 55 klinikiniai darbuotojai; iš jų 4,6 etato užimantys 5 gydytojai, o visi kiti yra terapinį darbą dirbantys nemedicininiai specialistai. Dar būtina atkreipti dėmesį, kad Škotijoje ir kitose valstybėse taip pat veikia panašaus dydžio specialistų komandos socialinės apsaugos sektoriaus infrastruktūroje. Šios komandos skiriasi tuo, kad jose nėra gydytojų ir jos dirba su vaikais ir paaugliais, turinčiais elgesio ir socializacijos sutrikimų bei jų šeimomis. Panaši paslaugų infrastruktūra yra išplėta visose išsivysčiusiose valstybėse.

Paslaugų plėtros metu gali iškilti problemų dėl žmogiškųjų išteklių (vaikų psichikos sveikatos priežiūros specialistų) trūkumo regionuose. Todėl būtina iš anksto planuoti kūrybiškus sprendimus, įskaitant paslaugų mobilumo užtikrinimą pereinamuoju laikotarpiu, specialistų perkvalifikavimo programas ir kt. Šio proceso sklandumui užtikrinti turi būti numatyti papildomi biudžetiniai asignavimai.

Kadangi vaikų ir paauglių psichikos sveikatos priežiūros sistemoje susikaupę ypatingai daug skubiai spęstinių strateginio lygmens problemų, siūlome, kad reikalingi sprendimai būtų svarstomi ir priimami Vyriausybės lygmenyje.

Atkreiptinas dėmesys į tai, kad jau daug metų daromi sprendimai, nekeičiant ydingai veikiančios infrastruktūros, ne sprendžia, o gilina minėtas problemas.

Apibendrinant, tenka konstatuoti, kad viena iš svarbiausių sričių, kuriose susikaupė ypač daug spragų, ir kurioje yra gyvybiškai būtinas sisteminio lygmens proveržis, tai yra vaikų ir paauglių psichikos sveikatos priežiūra. Nors jau daug metų yra nemažai signalų apie didėjančią kokybiškų paslaugų poreikį vaikams ir paaugliams su įvairiais psichikos sutrikimais, esanti paslaugų sistema su įšaldyta infrastruktūra neužtikrina adekvataus ir kokybiško atsako.

Kaip konkretų pavyzdį galima pateikti būtinybę teikti specializuotą nestacionarinę specialistų komandos pagalbą paaugliams ir jaunuoliams po pirmojo psichozės epizodo. Panašios specialistų komandų tęstinės pagalbos reikia vaikams, paaugliams ir jaunuoliams su kitokiais, vidutinio sunkumo ir sunkiais, psichikos, raidos ir elgesio sutrikimais (autizmo spektro sutrikimais, depresija, obsesiniais kompulsiniais sutrikimais, kitais emocinės ir socialinės raidos sutrikimais, priklausomybėmis). Pirminiame lygyje veikiantys ir atitinkamai finansuojami savivaldybių psichikos sveikatos centrai niekaip negali užtikrinti tęstinės kokybiškos pagalbos vaikams ir paaugliams su tokiais sutrikimais. Todėl būtina užtikrinti, kaip ypatingą prioritetą, regioninių psichikos sveikatos centrų vaikams ir paaugliams plėtrą, tuose centruose komplektuojant mobilias specialistų komandas ir užtikrinant platų spektrą intervencijų vaikams, paaugliams ir jų šeimų nariams, dominuojant lanksčioms psichosocialinėms intervencijoms ir vengiant perteklinio psichotropinių vaistų skyrimo tradicijos.

Pasiūlymai

1. Lietuvoje per daug dešimtmečių susiformavusi neveiksminga psichikos sveikatos priežiūros sistema ypatingai neigiamai atsiliepia vaikų psichikos sveikatos problemų sprendimui. Būtinai esminiai sisteminio lygmens sprendimai, kurie leistų veiksmingai investuoti į vaikų ir paauglių psichikos sveikatą ir nutrauktų ilgametį sąstingį šioje srityje. Svarbiausia yra suteikti prioritetą kokybiškai naujų paslaugų plėtrai ir pašalinti grėsmingą spragą, esančią tarp pirminio lygio psichikos sveikatos centrų ir stacionaro grandies.
2. Rekomenduojama, kad pirminio lygio psichikos sveikatos centruose su vaikais dirbantys specialistai sustiprintų tame pačiame lygyje dirbančią šeimos gydytojo (BPG) komandą ir teiktų tokios apimties paslaugas, kokias labai ribotai leidžia teikti pirminio lygio paslaugų finansavimo mechanizmas. Tuo pačiu siūloma nustatyti, kokiais atvejais – kai reikia intensyvesnių ir tęstinių nestacionarinių paslaugų vaikui

ir šeimos nariams – tos paslaugos turi būti deleguotos kitaip finansuojamam ir atskirtam nuo pirminio lygio centrų antriniame lygyje.

3. Prioritetą siūloma teikti strateginio lygio spragos pašalinimui. Tai antrinio lygio tęstinės nestacionarinės paslaugos, kurios reikalingos nemažam skaičiui vaikų ir paauglių, turinčių vidutinio sunkumo ir sunkius psichikos ir elgesio sutrikimus. Rekomenduojama sukurti finansavimo mechanizmą ir pradėti plėtoti dviejų rūšių paslaugas antriniame lygyje: a) specialistų komandų paslaugos (su mobilumo galimybe), tuo tikslu kuriant regioninius vaikų ir paauglių psichikos sveikatos centrus su visa reikalinga paslaugų įvairove; b) kompensuojant privačiai praktikuojančių su vaikais, paaugliais ir šeimomis dirbančių psichoterapeutų paslaugas (tokiu būdu sumažinant socialinę atskirtį ir padidinant realų prieinamumą prie šių paslaugų).

4. Siekiant užtikrinti veiksmingą ir tvarią naujų paslaugų plėtrą, šias paslaugas būtina atskirti nuo pirminio lygio psichikos sveikatos centrų. Plėtojant antrinio lygio paslaugas teikiančius vaikų ir paauglių psichikos sveikatos centrus, būtina užtikrinti paslaugų įvairovę (diferencijuoti paslaugas pagal vaikų amžiaus grupes, pagal sutrikimų grupes ir kt.).

5. Tokiai antrinio lygio kokybiškų tęstinių paslaugų plėtrai siūloma nukreipti lėšas, kurias SAM planuoja vykdyti pagal Vaiko garantijų iniciatyvos programą („Psichosocialinę negalią turinčių vaikų ir jų šeimų narių ir globėjų psichikos sveikatos ir emocinės gerovės stiprinimas“). Su šia programa ir jai skirtomis lėšomis galima būtų pasiekti veiksmingą proveržį link trūkstamos paslaugų grandies – antrinio lygio tęstinių nestacionarinių paslaugų – įtvirtinimo.

5. Ypatingą dėmesį siūloma skirti tarpsektoriniam bendradarbiavimui ir kiekvieno sektoriaus indėliui į kompleksinių problemų, tokių kaip įtraukusis ugdymas švietimo sistemoje, pagalba paaugliams su elgesio ir socializacijos sutrikimais, savižudybių ir savižalos prevencija, sprendimą. Šioms problemoms spręsti ir permmainų sklandumui užtikrinti labai svarbus yra vaikų psichikos sveikatos priežiūros komponentas. Todėl dar svarbiau yra užtikrinti siūlomas sistemines permmainas.

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 Kuriene – 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