

Koalicija „Psichikos sveikata 2030“

Pasiūlymai dėl žmogaus teisių apsaugos principų įgyvendinimo Lietuvos psichikos sveikatos sistemoje

Teikiant psichikos sveikatos priežiūros paslaugas, vis daugiau dėmesio skiriama žmogaus teisių apsaugos principams ir šių principų nuolatinei stebėsenai bei nuosekliam įgyvendinimui.

Psichiatrijos ir psichikos sveikatos priežiūros istorijoje ne kartą buvo padaryta didelių klaidų, kai prieš pacientų valią buvo taikytos esą efektyvios gydymo priemonės, kurios, kaip vėliau paaiškėdavo, padarydavo žmonių sveikatai daugiau žalos, negu naudos. Todėl naujausiuose tarptautinių organizacijų (JT Žmogaus teisių taryba, PSO, kt.) dokumentuose vis dažniau reikalaujama, kad vyriausybės formuluotų ir įgyvendintų tokią psichikos sveikatos politiką, kurioje būtų nuolat vertinama žmogaus teisių situacija, ir būtų nuosekliai vykdomos tokios priemonės, kurios leistų kasmet mažinti tokių atvejų skaičių, kuomet apribojama asmenų laisvė bei taikomi įvairaus pobūdžio suvaržymai psichikos sveikatos priežiūros sistemoje.

Lietuvos Respublikos Seimui 2007 m. patvirtinus Psichikos sveikatos strategiją¹, joje daug dėmesio buvo skirta žmogaus teisių apsaugai psichikos sveikatos sistemoje. Tačiau metams bėgant, šiuolaikinių priemonių, kurios leistų užtikrinti veiksmingą žmogaus teisių apsaugą, bei nuolatinės nepriklausomos stebėsenos šioje srityje nebuvo imtasi.

18-osios Vyriausybės programoje žmogaus teisių apsaugai psichikos sveikatos sistemoje skirta daug dėmesio. Treji šios Vyriausybės veiklos metai pademonstravo, kad sveikatos apsaugos ir socialinės apsaugos sektoriuose imtasi realių sprendimų psichikos sveikatos paslaugų įgyvendinimui. Kai kurie iš šių sprendimų susiję ir su šiuolaikinių standartų įtvirtinimu žmogaus teisių srityje.

Vienas iš sveikintinų vykdomosios valdžios žingsnių – Sveikatos apsaugos ministro 2023 m. kovo 22 dienos įsakymas Nr. V-354 „Dėl priverstinio hospitalizavimo prevencijos 2023-2024 metų veiksmų plano patvirtinimo“². Šiame

¹ Lietuvos Respublikos Seimo 2007 m. balandžio 3 d. nutarimas Nr. X-1070 Dėl psichikos sveikatos strategijos patvirtinimo, <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.295147>

² Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministro įsakymas: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/72b8a020c8ed11ed9b3c9397e1236c2a?ifwid=-bev5p644z>

įsakyme pabrėžiama, kad „plano tikslas - plėtoti bendruomenines ir specializuotas psichikos sveikatos paslaugas, siekiant užtikrinti žmogaus teises užtikrinančias, į asmens atsigavimą orientuotas individualizuotas paslaugas bendruomenėje arba kuo arčiau asmens gyvenamosios vietos bei skatinant žmogaus teisių standartų laikymąsi gydymo bei priverstinių priemonių taikymo metu“.

Tačiau proveržis šioje svarbioje srityje vis dar nepasiektas, ir šiam proveržiui trukdančios sisteminio lygmens kliūtys vis dar nėra šalinamos. Vienas iš grėsmingiausių signalų yra tas faktas, kad Lietuvoje iki šiol tebėlieka didelis skaičius žmonių, kurie visam gyvenimui pasmerkiami gyventi didelėse segreguotose nuolatinės globos įstaigose. Jau prieš daug metų tarptautinė bendruomenė apsisprendė, kad tokių didelių nuolatinės globos įstaigų apskritai nebeteri būti ir kad valstybės turi jų atsisakyti, išplėtodamos alternatyvių paslaugų bendruomenėje tinklą. Tokiu keliu jau yra pasukusios daugelis Europos sąjungos valstybių, o nemažoje jų dalyje apskritai nebėra didelių nuolatinės globos įstaigų.

Lietuvoje šis procesas, dar vadinamas de-institucionalizacija, iki šiol vyksta vangiai. Tai, kad jau daug metų iš esmės nesikeičia didelėse nuolatinės globos įstaigose gyvenančių suaugusiųjų žmonių skaičius (šis skaičius yra apie 6000) ir tai, kad nukreipiamų į tokias įstaigas naujų atvejų srautas nemažėja (dažnai net tenka laukti „eilėje“) – yra akivaizdūs sisteminės nesėkmės požymiai. Iki šiol buvo laikoma, kad tai yra vien Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos veiklos sritis, todėl ir buvo stebimos pastangos vien iš šios ministerijos pusės.

Būtina į šią problemą žvelgti plačiau ir giliau, suvokiant, kad iki šiol būtent psichikos sveikatos priežiūros sistema (sveikatos sektoriaus dalis) užprogramuoja minėtą sistemine nesėkmę. Iki šiol ambulatorinių psichikos sveikatos centrų (kurių Lietuvoje yra virš 100) tinkle darbuotojams net nėra nurodytas toks veiklos tikslas ir veiklos efektyvumo vertinimo indikatorius – kad jų centruose gydomi žmonės nebūtų nukreipiami į nuolatinės globos įstaigas ir kad visais atvejais būtų ieškoma galimybių plėtoti tokias bendruomenines paslaugas, kurios leistų išvengti institucinės globos.

Būtina plėtoti ir sustiprinti nestacionarinių (bendruomeninių) paslaugų tinklą, kuriant naujo pobūdžio paslaugas, kurios sukurtų alternatyvą ir nuolatinėms globos įstaigoms (institucinei globai), ir dažnoms pakartotinėms hospitalizacijoms į psichiatrijos stacionarus.

2001 metais paskelbtas PSO dokumentas apie šiuolaikinį požiūrį į psichikos sveikatos priežiūrą³ rekomendavo, kad visose valstybėse, nepriklausomai nuo jų išsivystymo lygio, bendruomenės lygyje būtų sukurtas paslaugų tinklas žmonėms su psichosocialine negalia su penkiais privalomais komponentais: medikamentinis gydymas, psichologinė ir psichoterapinė pagalba, psichosocialinė reabilitacija, profesinė ir darbinė (užimtumo) reabilitacija bei apsaugoto būsto paslauga.

Tenka konstatuoti, kad praėjus jau daugiau kaip 20 metų po šio svarbaus dokumento paskelbimo, Lietuvoje žmonėms su sunkesniais psichikos sutrikimais (psichosocialine negalia) yra visiškai prieinamas tik vienas pagalbos komponentas iš penkių (medikamentinis gydymas), ir iš dalies yra prieinamas dar vienas komponentas (psichologinė ir psichoterapinė pagalba). Tuo tarpu dar trys labai svarbūs pagalbos komponentai nėra prieinami, nes iki šiol nėra nuosekliai plėtojamas naujo pobūdžio paslaugų (psichosocialinės reabilitacijos, profesinės ir darbinės bei užimtumo reabilitacijos, apsaugoto būsto paslaugos) tinklas. Būtina kuo skubiau apsispręsti, kurios iš šių paslaugų plėtojamos per sveikatos apsaugos, o kurios – per socialinės apsaugos sektorių ir kokie turi būti veiksmingi šių paslaugų veiksmingos plėtros bei tvaraus finansavimo mechanizmai.

Per paskutinius 10 metų pasaulyje įvyko dar vienas proveržis, siekiant užtikrinti žmogaus teisių apsaugą psichikos sveikatos priežiūros sistemoje. Įsigaliojus JT Žmonių su negalia teisių konvencijai (2006 m.) ir jos pagrindu priėmus sprendimus, kad biomedicininio modelio dominavimas trukdo veiksmingai užtikrinti žmonių su psichosocialine negalia poreikius ir ginti jų teises, pradėta vis daugiau investuoti į lanksčias inovatyvias paslaugas, sukuriant veiksmingą alternatyvą prievartos bei suvaržymų naudojimui, laisvės apribojimui, institucinei globaliai be pertekliniam medikamentiniam gydymui.

Tarp minėtų alternatyvų, kurias rekomenduojama plačiau diegti į Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros sistemą – žmonių, turinčių psichikos sveikatos priežiūros paslaugų vartojimo patirtį, lygiavertis įtraukimas į pagalbos sistemą (*angl. peer support*), išankstinių nurodymų (*angl. advanced directives*) praktika, pagalba priimant sprendimus (*angl. supported decision making*) ir kitos pasaulyje vis dažniau naudojamos inovacijos.

Naujausias dokumentas, kuriame apibendrinamos šiuolaikinės rekomendacijos bei gerosios įvairių valstybių įdiegtos praktikos, siekiant įtvirtinti žmogaus teisėmis

³ PSO, „Pasaulio sveikatos ataskaita: psichikos sveikata: naujas suvokimas, nauja viltis“, 2001, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42390>

grįstas paslaugas (*angl. rights based mental health services*) – tai 2021 metais publikuotas dokumentas “Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches”⁴.

Deja, Lietuvoje kol kas apie tokių inovatyvių paslaugų plėtrą daugiau yra kalbama, negu realiai daroma. Siekiant pagaliau uždegti žalią šviesą tokioms paslaugoms plėtoti ir pasiekti pamatuojamą proveržį, būtina apsispręsti, kad tokios kokybiškai naujos savo turiniu paslaugos neturėtų būti plėtojamos dabar veikiančiuose lygiuose – psichiatrijos stacionaruose ir pirminio lygio psichikos sveikatos centruose. Optimaliausias variantas būtų kurti regioninius psichikos sveikatos centrus (pirma – penkis, vėliau iki 10), kurie būtų atsakingi už tai, kad atitinkame regione (*angl. catchment area*), aptarnaujant maždaug 200-500 tūkstančių gyventojų, būtų galima teikti visą spektrą inovatyvių nestacionarinių paslaugų. Tik tokiu būdu galima bus įveikti bei nutraukti per daug metų įsitvirtinusi ydingą ratą, kuris sukūrė paskatas neveiksmingoms stacionarinėms bei institucinės globos paslaugoms teikti.

Sveikintina yra SAM iniciatyva investuoti į mobilias specialistų komandas (pagal pasaulyje naudojamą ir pripažintą „assertive community treatment“ principą). Tokių komandų kūrimas ir veiklos užtikrinimas, atskyrus jų veiklą nuo pirminio lygio centrų, leistų, koordinuojant su SADM pastangomis, užtikrinti de-institucionalizacijos proceso sėkmę ir pagaliau sustabdyti pacientų nukreipimo į nuolatinę globos įstaigas procesą.

Viena iš svarbiausių krypčių turėtų būti žmogaus teisėmis grįsto požiūrio į psichikos sveikatą bei psichikos sveikatos priežiūros paslaugas įtvirtinimas visuose sistemos lygiuose. Sveikintina, kad Lietuvos vykdomosios valdžios lygyje yra remiamos iniciatyvos, susijusios su konkretaus PSO įrankio *Quality Rights* įdiegimu į kasdienę praktiką. Bet to nepakanka proveržiui pasiekti. Vietoje vis dar psichiatrijos praktikoje plačiai paplitusių suvaržymų (priverstinių priemonių) turi rasti vis daugiau alternatyvių būdų, kuomet pagalba žmonėms su psichikos sutrikimais teikiama nevaržant jų teisių ir neapribojant laisvės. Vykdamas nuolatinę teikiamų paslaugų ir jų atitikimo šiuolaikiniams žmogaus teisių principams stebėseną, svarbu laikytis JT Žmonių su negalia teisių konvencijoje įtvirtintų pamatinių nuostatų.

⁴ PSO, „Garės bendruomeninėms psichikos sveikatos paslaugoms: skatinant į asmenį orientuotas ir žmogaus teisėmis grįstas prieigas“, 2021 m. birželio 9 d., <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707>

Pasiūlymai

1. Vykdant 18-osios Vyriausybės programą ir įgyvendinant PSO bei kitų tarptautinių organizacijų rekomendacijas, būtina imtis ryžtingų priemonių ir siekti esminių permainų Lietuvos psichikos sveikatos sistemoje, kad galima būtų nutraukti neveiksmingos paslaugų sistemos užprogramuotą žmonių su psichosocialine negalia diskriminaciją. Ši diskriminacija iki šiol pasireiškia tuo, kad žmonės su sunkesniais psichikos sutrikimais (psichosocialine negalia) negauna veiksmingų paslaugų ten, kur jie gyvena, ir todėl jie dažnai patiria tokius žmogaus teisių pažeidimus, kaip laisvės apribojimas (taikant prievartines hospitalizacijas), ilgalaikė institucinė globa didelėse segreguotose įstaigose, perteklinis gydymas psichotropiniais vaistais.
2. Atsižvelgiant į ypatingą visuomenės psichikos sveikatos svarbą šiame laikmetyje ir pripažįstant, kad daugelio svarbių klausimų sprendimas peržengia atskirų ministerijų ribas, siūloma atkurti Valstybinę psichikos sveikatos komisiją prie LR Vyriausybės, kaip numatyta Seimo 2007 metais patvirtintoje Psichikos sveikatos strategijoje.
3. Įgyvendinant 2001 metų Pasaulio sveikatos organizacijos pranešimo bei 2007 metų Lietuvos psichikos sveikatos strategijos rekomendacijas, turi būti plėtojamas toks nestacionarinių paslaugų tinklas, kuris šiems žmonėms užtikrintų ne tik medikamentinį gydymą, bet ir pilną spektrą privalomų nemedikamentinių (psichosocialinių) paslaugų – psichologinę ir psichoterapinę pagalbą, psichosocialinę reabilitaciją, darbinę, profesinę ir užimtumo reabilitaciją, apsaugoto būsto paslaugą. Šios paslaugos turi būti kuriamos ir finansuojamos, sprendimus darant Vyriausybės lygyje, koordinuojant veiksmus ir prisidedant finansiniais ir žmogiškaisiais ištekliais ir SADM, ir SAM sektoriui.
4. Įgyvendinant pamatinius JT Žmonių su negalia teisių konvencijos nuostatus bei principus, įgyvendinant PSO 2021 m. dokumento gaires bendruomeninėms psichikos sveikatos paslaugoms, skatinant į asmenį orientuotos ir žmogaus teisėmis grįstos prieigos rekomendacijas bei Sveikatos apsaugos ministro 2023 m. kovo 22 d. įsakymą Nr. V-354, planuojant tolesnį paslaugų teikimą ir finansavimą, prioritetas turi būti teikiamas naujo pobūdžio kokybiškoms paslaugoms, atsisakant iki šiol dominavusio biomedicininio modelio ir plėtojant tokias žmogaus teisėmis grįstas paslaugas, kurios įtraukia ir įgalina šių paslaugų vartotojus ir atsižvelgia į jų poreikius.

5. Tarp tokių alternatyvų, kurias rekomenduojama prioritetiškai diegti į Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros sistemą – žmonių, turinčių psichikos sveikatos priežiūros paslaugų vartojimo patirtį, lygiavertis įtraukimas į pagalbos sistemą (*angl. peer support*), išankstinių nurodymų (*angl. advanced directives*) praktika, pagalba priimant sprendimus (*angl. supported decision making*), mobilių specialistų komandų pagalba (*angl. „assertive community treatment“*). Rekomenduojama šias naujo pobūdžio paslaugas finansuoti ir teikti antrinio lygio regioniniuose centruose, atskiriant jas nuo pirminio lygio psichikos sveikatos centrų ir nuo psichiatrijos stacionarų. Tik tokiu būdu galima bus užtikrinti tvarią kokybiškų antrinio lygio nestacionarinių paslaugų, kaip lemiamos būtinosioms permainingoms paslaugų grandies, plėtrą.

6. Sukurti ir palaikyti nepriklausomos stebėsenos mechanizmą, kurio tikslas būtų monitoruoti teikiamų paslaugų atitikimą šiuolaikiniams žmogaus teisių apsaugos ir mokslo žinių principams. Pasitelkiant nepriklausomus ekspertus, įskaitant ekspertus, turinčius paslaugų vartotojų patirtį, analizuoti kiekvieną nukreipimo nuolatinei institucinei globai bei prievartinei hospitalizacijai atvejį kaip sisteminės nesėkmės pavyzdį ir tokiu būdu skatinti veiksmingų ir žmogaus teisėms draugiškų alternatyvų paiešką.

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