

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
VIEŠOJO VALDYMO FAKULTETAS
POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS

EGLĖ JACKEVIČIENĖ

PSIČIKOS SVEIKATOS POLITIKOS ANALIZĖ LIETUVOJE

Magistro baigiamasis darbas

Vadovas

Prof. dr. *Danguolė Jankauskienė*

VILNIUS

2019

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
VIEŠOJO VALDYMO FAKULTETAS
POLITIKOS MOKSLŲ INSTITUTAS

PSICHIKOS SVEIKATOS POLITIKOS ANALIZĖ LIETUVOJE

Sveikatos politikos ir vadybos magistro baigiamasis darbas

Studijų programa 6211JX074

Vadovas

_____ Prof. dr. *Danguolė Jankauskienė*

2019

Recenzentas

2019

Atliko

_____ stud. *Eglė Jackevičienė*

2019 – 11 – 25

VILNIUS

2019

TURINYS

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS	4
LENTELIŲ SĄRAŠAS	5
PRIEDŲ SĄRAŠAS	6
SANTRUMPOS	7
ĮVADAS	8
1. PSICHIKOS SVEIKATOS POLITIKA EUROPOJE	12
1.1. Europos šalių psichikos sveikatos statistika	12
1.2. Psichikos sveikatos rizikos veiksniai	17
1.3. Psichikos sveikatos politikos reglamentavimas Europoje	20
2. PSICHIKOS SVEIKATOS POLITIKA LIETUVOJE	25
2.1. Psichikos sveikatos politikos reglamentavimas Lietuvoje.....	25
2.2. Psichikos sveikatos priežiūros organizavimas Lietuvoje.....	32
3. PSICHIKOS SVEIKATOS POLITIKOS FORMAVIMO IR ĮGYVENDINIMO PROCESAI LIETUVOJE (KOKYBINIS TYRIMAS)	36
3.1. Bendroji tyrimo proceso logika	36
3.2. Tyrimo etikos principai.....	36
3.3. Kokybinio tyrimo ekspertų interviu etapas (tyrimo imtis, instrumentas).....	36
3.4. Kokybinio tyrimo ekspertų interviu rezultatų analizė	38
IŠVADOS	60
PASIŪLYMAI	62
BIBLIOGRAFINIŲ ŠALTINIŲ SĄRAŠAS	63
ANOTACIJA	69
ABSTRACT	70
SANTRAUKA	71
SUMMARY	72
PRIEDAI	73

PAVEIKSLŲ SĄRAŠAS

1 paveikslas. Tiesioginės bei netiesioginės išlaidos, susijusios su psichikos sveikatos problemomis visose ES šalyse, pasiskirstymas 2015 metais (proc.)	16
--	----

LENTELIŲ SĄRAŠAS

1 lentelė. Sergamumas psichikos sutrikimais 2014 – 2018 metais Lietuvoje	12
2 lentelė. Psichikos sveikatos rizikos ir apsauginiai veiksniai	18
3 lentelė. 2012 – 2015 m. tiesioginės Valstybės išlaidos už faktiškai suteiktas psichikos sveikatos priežiūros paslaugas (mln. Eur)	34
4 lentelė. Respondentų charakteristikos (N=7)	38
5 lentelė. Lietuvos gyventojų psichikos sveikatos rodiklių dinamikos pokyčiai 1990 – 2018 metais	39
6 lentelė. Specifiniai Lietuvos gyventojų psichikos sveikatos rizikos veiksniai	41
7 lentelė. Psichikos sveikatos politikos intervencijos, reikšmingos visuomenės psichikos sveikatos būklei	44
8 lentelė. Lietuvos psichikos sveikatos 2007 metų strategijos įgyvendinimas	48
9 lentelė. LR psichikos sveikatos priežiūros įstatymo esminiai pakeitimai	49
10 lentelė. Sėkmingiausiai įgyvendintos psichikos sveikatos politikos sritys	50
11 lentelė. Psichikos sveikatos politikos nesėkmės	53
12 lentelė. Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir prieinamumo vertinimas	55
13 lentelė. Silpniausios Lietuvos psichikos sveikatos sritys, lyginant su kitomis ES šalimis	57

PRIEDŲ SĄRAŠAS

1 priedas. Kokybinio tyrimo (interviu) klausimai	70
--	----

SANTRUMPOS

PSO – Pasaulio sveikatos organizacija

BVP – bendrasis vidaus produktas

LR – Lietuvos Respublika

ES – Europos Sąjunga

JT – Jungtinės Tautos

EBPE – ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacijos

PSC – psichikos sveikatos centras

IVADAS

Pasaulio sveikatos organizacija (PSO) psichikos sveikatą apibrėžia kaip emocinę ir dvasinę gerovės būklę, kurioje kiekvienas asmuo sugeba įveikti įprastus gyvenimo sunkumus, stresą, produktyviai dirba ir prisideda prie visuomenės gerovės.¹ Gerą asmens psichikos sveikatą rodo jo gebėjimas užmegzti ir palaikyti asmeninius santykius, įveikti atsiradusius sunkumus, išreikšti save būdais, kurie teikia malonumą tiek pačiam individui, tiek ir aplinkiniams, sugebėti pačiam daryti sprendimus bei už juos atsakyti.² Psichikos sveikatos svarbą atspindi ir PSO sveikatos apibrėžimas, kuriame vienas iš trijų sveikatos komponentų – psichinė gerovė.

2001 metais PSO Jungtinių Tautų (toliau – JT) narės paskelbė naują požiūrį į psichikos sveikatą, grįstą mokslo žiniomis. Viena iš šio pranešimo pagrindinių minčių – visuomenės psichikos sveikata bei psichikos sveikatos sutrikimai XXI amžiaus pradžioje tampa centre sveikatos politikos sritimi dėl valstybėms keliamos naštos. Vadovaujantis statistika, daugiau nei penktadalį visų sveikatos sutrikimų sukeltos naštos sudaro psichikos sveikatos problemos, iš kurių savižudybės patenka į dažniausių priešlaikinių mirčių penketuką.³ Lietuvoje savižudybių problematika taip pat aktuali. Tarp Europos Sąjungos valstybių, pagal savižudybių rodiklį, Lietuva yra pirmoje vietoje. Vadovaujantis Higienos instituto pateiktais duomenimis, 2017 metais Lietuvoje nusižudė 748 asmenys, kurių didžiausią dalį sudarė darbingo amžiaus asmenys.⁴ Taip pat Higienos instituto 2017 metais pateikti duomenys nurodo, kad Lietuvos gyventojų sergamumas psichikos ir elgesio sutrikimais didėja: 2016 metais šių susirgimų teko 29,4/1000 gyventojų, o 2017 metais – 35,1/1000 gyventojų.⁵

Kiekvienos valstybės ekonominė, socialinė gerovė bei plėtra priklauso nuo visuomenės psichikos sveikatos gerovės, todėl svarbu užtikrinti kokybišką bei efektyvią psichikos sveikatos priežiūrą. Taigi svarbus vaidmuo tenka valstybės sveikatos politikos formavimui bei įgyvendinimui. Atkūrus Lietuvos Nepriklausomybę, atsirado siekis modernizuoti psichikos sveikatos priežiūrą. 1990 metais įkurta Lietuvos psichiatrų asociacija, 1991 metais patvirtinta Valstybinė psichikos sutrikimų prevencijos programa 1999 – 2009 metams, 1995 metais priimtas Lietuvos Respublikos (LR) psichikos sveikatos priežiūros įstatymas, 1998 metais priimta Lietuvos sveikatos programa, 1999 metais patvirtinta Valstybinė alkoholio kontrolės programa 1999 – 2011

¹ „Mental health: a state of well-being“, WHO, žiūrėta 2019 m. sausio 4 d., https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/.

² „Dėl Psichikos sveikatos strategijos patvirtinimo Nr. X-1070“, TAR, žiūrėta 2019 m. sausio 4 d. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.295147?jfwid=fhhu5mo1q>.

³ Dainius Pūras ir kt., *Iššūkiai įgyvendinant Lietuvos psichikos sveikatos politiką* (Vilnius: VU, 2013), 16.

⁴ Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, *Mirties priežastys Causes of death 2017* (Vilnius, 2018), 13.

⁵ „Psichikos ligų statistika“ Valstybinis psichikos sveikatos centras, žiūrėta 2019 m. sausio 4 d., <http://vpssc.lrv.lt/lt/statistika/psichikos-ligu-statistika>.

metams, 1999 – 2014 metais patvirtintos Nacionalinės narkotikų kontrolės ir narkomanijos prevencinės programos, 2001 metais LR Vyriausybė patvirtino Lietuvos nacionalinę visuomenės sveikatos priežiūros 2006 – 2013 metų strategiją. Siekiant gerinti savižudybių situaciją Lietuvoje, 2003 metais patvirtinta Nacionalinė savižudybių prevencijos programa 2003 – 2005 metams. Taip pat pradėtas kurti psichikos sveikatos centrų tinklas savivaldybėse, siekta gerinti paslaugų kokybę psichiatrijos ligoninėse, planuojami specialistų išteklių bei jų kvalifikacijos tobulinimas.⁶ Lietuvai tapus Europos Sąjungos valstybe nare, atsižvelgiant į kitų Europos Sąjungos valstybių narių gerąją praktiką bei PSO pateiktas rekomendacijas, 2007 metais patvirtinta Lietuvos psichikos sveikatos strategija 2007 – 2016 metams, kurioje nustatytos visuomenės psichikos sveikatos vystymo gairės, atitinkančios Europos Sąjungos psichikos sveikatos politiką. Lietuvos psichikos sveikatos ekspertų teigimu, šioje strategijoje įtvirtinti psichikos sveikatos principai vis dar nėra įgyvendinami ir neprisideda prie visuomenės psichikos sveikatos gerinimo.⁷ Psichikos sveikatos mokslininkų teigimu, sėkmingam psichikos sveikatos politikos principų įgyvendinimui vienas iš svarbiausių komponentų – politinė valia. Taip pat svarbu įgyvendinamų procesų gera vadyba, racionalus išteklių planavimas, valstybinių programų veiksmų koordinavimas, vertinimas, visuomenės švietimas bei informavimas permainų naudingumo klausimais bei įgyvendinamo proceso stebėseną ir vertinimas.⁸

Temos aktualumas ir naujumas. Didėjantis Lietuvos gyventojų sergamumas psichikos ir elgesio sutrikimais pažymi tinkamos sveikatos politikos formavimo bei įgyvendinimo svarbą. Psichikos sveikatos sritį bei su ja susijusius klausimus reguliuoja virš šimto skirtingo lygmens išleistų teisės aktų. Pagrindinis teisės aktas, regulamentuojantis psichikos sveikatą, - LR psichikos sveikatos priežiūros įstatymas, įsigaliojęs 1996 metais. LR psichikos sveikatos priežiūros įstatymo 2 straipsnyje nurodytas šio įstatymo tikslas – nustatyti asmenų, kurie naudojami psichikos sveikatos priežiūrai, teises, psichikos sveikatos tvarką ir kontrolę.⁹ Svarbu atkreipti dėmesį, kad šis teisės aktas įsigaliojo 1996 metais, o LR psichikos sveikatos priežiūros įstatymo Nr. I-924 nauja redakcija registruota 2018 metais. Taip pat atkreiptinas dėmesys, kad naujoji įstatymo redakcija orientuota ne tik į asmenis psichikos sveikatos priežiūros paslaugas, bet ir į visuomenės psichikos sveikatos priežiūrą, kuri apima psichikos ir elgesio sutrikimų prevencijos įgyvendinimą, visuomenės psichikos sveikatos išsaugojimą bei stiprinimą.¹⁰

⁶ Dainius Pūras, „Psichikos sveikatos politika ir žmogaus teisės Lietuvoje. Tarp Rytų ir Vakarų“, Vilnius, 2013.

⁷Psichikos sveikatos perspektyvos, *Lietuvos psichikos sveikatos strategijos ir savižudybių prevencijos alternatyvų priemonių planas*, (Vilnius, 2015), 56.

⁸ Pūras ir kt., *Iššūkiai įgyvendinant Lietuvos psichikos sveikatos politiką*, 18.

⁹ „Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros įstatymas Nr. I-924“, TAR, žiūrėta 2019 m. sausio 5 d., <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.18311/asr>.

¹⁰ „Psichikos sveikatos priežiūros įstatymo Nr. I-924 pakeitimo įstatymo projektas (nauja redakcija)“, TAR, žiūrėta 2019 m. sausio 5 d., <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAP/2e9dd0004f5c11e88525a4bc7611b788>.

Tyrimo objektas – psichikos sveikatos politika Lietuvoje.

Temos ištirtumas. Psichikos sveikatos politikos formavimo, įgyvendinimo bei jos vertinimo tematika atlikta įvairių tyrimų Lietuvoje. D. Pūras, A. Germanavičius, R. Povilaitis, M. Veniūtė ir D. Jasilionis 2004 metais publikavo straipsnį „Lithuania mental health country profile“, kuriame tyrėjai aptarė psichikos sveikatos politiką ir paslaugų prieinamumą Lietuvoje. 2013 metais D. Pūras, E. Šumskienė, M. Veniūtė, G. Šumskas, D. Juodkaitė, L. Murauskienė, J. Mataitytė – Diržienė, D. Šliužaitė atlikto mokslo studiją „Iššūkiai įgyvendinant Lietuvos psichikos sveikatos politiką“. Šiame tyrime analizuota Lietuvos psichikos sveikatos politikos formavimo ir įgyvendinimo raida 1990 – 2013 metais bei moksliskai vertintas jos veiksmingumas. 2017 metais projekto „Kurk Lietuvai“ dalyvė Kristina Medžiaušytė atliko Lietuvos psichikos sveikatos problemų prevencijos esamos situacijos analizę.

Darbo problematika. Magistrinio darbo problematika išreiškiama klausimu: Kokios sveikatos politikos intervencijos, vykdytos 1990 – 2018 metais, galėjo turėti įtakos visuomenės psichikos sveikatos būklei?

Darbo dalykas – psichikos sveikatos politika.

Darbo tikslas – įvertinti psichikos sveikatos politikos formavimą ir įgyvendinimą Lietuvoje 1990 – 2018 metais.

Darbo uždaviniai:

1. Išanalizuoti psichikos sveikatos politikos reikšmingumą;
2. Palyginti psichikos sveikatos politiką Lietuvoje ir Europos Sąjungoje pagal teisės aktus ir strateginius dokumentus;
3. Ištirti ir įvertinti psichikos sveikatos politikos formavimo ir įgyvendinimo procesus ir nustatyti politinius veiksnius, turinčius įtakos visuomenės psichikos sveikatos būklei, vadovaujantis ekspertų nuomone.

Ginamasis teiginys. 1990 – 2018 metais Lietuvoje vykdyta psichikos sveikatos politika (nepakankamas Vyriausybės dėmesys bei finansavimas psichikos sveikatai, žmoniškųjų išteklių trūkumas, ribotas psichikos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas, netinkamas įgyvendinamų procesų, valstybinių programų veiksmų koordinavimas, stebėsenos ir vertinimas) turėjo įtakos dabartinei visuomenės psichikos sveikatai bei psichikos sveikatos sutrikimų sukeltoms naštos mažinimui.

Darbo metodai. Psichikos sveikatos politikos teoriniams aspektams atskleisti naudoti mokslinės literatūros bei teisės aktų aprašomasis, analitinis bei sisteminis metodai, taikomi nagrinėjant, klasifikuojant bei sisteminant Lietuvos bei užsienio mokslinę literatūrą, teisės aktus, ataskaitas bei kitą aktualią informaciją. Lietuvos bei Europos Sąjungos psichikos sveikatos politikos palyginimas pagal teisės aktus ir strateginius dokumentus atliktas pagal šiuos kriterijus:

Europos Sąjungos ir Lietuvos psichikos sveikatos politikos strateginių dokumentų prioritetinės veiklos kryptys, Europos psichikos sveikatos politikos iškeltų tikslų ir politinių principų valstybėms narėms formavimas bei įgyvendinimas Lietuvoje pagal priimtus teisės aktus. Tiriamojame darbo dalyje taikytas sociologinis kokybinis tyrimas – pusiau struktūruotas ekspertų interviu. Tyrimo duomenys apdoroti kokybinės turinio analizės metodu.

Darbo struktūra. Darbą sudaro trys dalys. Pirmoje dalyje pristatoma Europos šalių psichikos sveikatos statistika, nagrinėjami psichikos sveikatos rizikos veiksniai bei psichikos sveikatos politikos reglamentavimas Europoje. Antroje dalyje analizuojamas psichikos sveikatos politikos reglamentavimas bei psichikos sveikatos priežiūros organizavimas Lietuvoje. Trečioje darbo dalyje pristatomas atliktas psichikos sveikatos politikos formavimo ir įgyvendinimo procesų Lietuvoje kokybinis tyrimas. Taip pat pateikiamos išvados bei pasiūlymai psichikos sveikatos politikos procesų gerinimui.

1. PSICHIKOS SVEIKATOS POLITIKA EUROPOJE

1.1. Europos šalių psichikos sveikatos statistika

Paskutiniais dešimtmečiais, siekiant nustatyti psichikos sveikatos sutrikimų paplitimą, jų keliamą naštą bei rizikos veiksnius, didėjo atliekamų tyrimų psichikos sveikatos srityje skaičius. 2011 metais Wittchen ir kitų mokslininkų atlikto tyrimo metu nustatyta, kad 38,2 proc. ES valstybių populiacijos per paskutinius 12 mėnesių patyrė psichikos sutrikimo epizodą. Ankstesnių tyrimų metu nustatyta, kad per tą patį laikotarpį psichikos sutrikimus patyrė 27,4 proc. ES valstybių gyventojų. Pagal dažnumą sutrikimai pasiskirstė tokiomis dalimis: 14 proc. sudarė nerimo sutrikimai, 7,0 proc. – nemiga, panašią dalį, t.y. 6,9 proc., – depresija ir 6,3 proc. – somatoforminiai sutrikimai. Taip pat tarp dažnai pasitaikančių psichikos sveikatos sutrikimų buvo ir priklausomybė nuo alkoholio ar narkotikų, demencija bei aktyvumo ir dėmesio sutrikimai. Iš visų asmenų, patyrusių psichikos sutrikimo epizodą, tik 26 proc. kreipėsi į specialistus, kas nurodo, kad visuomenė galimai vengia kreiptis į specialistus dėl egzistuojančių stigmų ar kitų priežasčių.¹¹

Lietuvoje 2014 metais psichikos sveikatos sutrikimai nustatyti 5,5 proc. gyventojų. Šis rodiklis viršijo ES šalių vidurkį daugiau kaip 2,5 karto. Lietuvoje bei kaimyninėse šalyse sergančiųjų minėtais sveikatos sutrikimais dalis 2010 – 2014 metais kito nedaug.¹² Nuo 2014 m. iki 2016 m. Lietuvoje psichikos ligų skaičius didėjo, o 2016 m. – 2018 m. stebėtas nežymus mažėjimas, tačiau negalima teigti kad per šį laikotarpį (2016 m. – 2018 m.) psichikos ligų Lietuvoje sumažėjo, kadangi rezultatai viršijo 2014 m. duomenis (1 lentelė).¹³

1 lentelė. Sergamumas psichikos sutrikimais 2014 – 2018 metais Lietuvoje

	Sergamumas psichikos sutrikimais				
	2014	2015	2016	2017	2018
Psichikos ir elgesio sutrikimai (viso)	8747	8831	9097	8244	7264
100000 gyv.	298,2	304	317,2	291,5	259,3

¹¹ „Mental health and related issues statistics - Statistics Explained“, Eusostat, žiūrėta 2019 m. kovo 13 d., https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Mental_health_and_related_issues_statistics#Deaths_from_mental_and_behavioural_disorders.2C_Alzheimer.E2.80.99s_disease_and_intentional_self-harm.

¹² Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, *Lietuvos gyventojų sveikatos būklė Europos Sąjungos šalių kontekste* (Vilnius, 2016), 29.

¹³ „Sergamumas ir ligotumas psichikos sutrikimais 2014-2018 m.“, Higienos institutas, žiūrėta 2019 m. spalio 15 d., http://hi.lt/php/sr10.php?dat_file=serg10.txt.

1 lentelė. Sergamumas psichikos sutrikimais 2014 – 2018 metais (tęsinys)

	Sergamumas psichikos sutrikimais				
	2014	2015	2016	2017	2018
Psichikos ligos	6545	6846	7175	6919	6473
100000 gyv.	223,2	235,7	250,2	244,6	244,6
Priklausomybės ligos	2202	1985	1922	1325	791
100000 gyv.	75,1	68,3	67	46,8	46,8

Sudaryta darbo autoriaus pagal Higienos instituto „Sergamumas ir ligotumas psichikos sutrikimais 2014-2018 m.“ pateiktus duomenis.

Per 2014 – 2017 metų laikotarpį žymi mažėjimo tendencija stebima ne tik priklausomybės ligų segamume, tačiau ir Lietuvos gyventojų mirtingume dėl tiesiogiai su alkoholio vartojimu susijusiomis ligomis. 2014 metais mirusių asmenų skaičius, tenkantis 100 tūkst. gyventojų, sudarė 25,8, o 2017 metais – 20,4 asmenų 100 tūkst. gyventojų. Vertinant 2012 – 2018 metais registruotų mirčių skaičių dėl tiesiogiai su alkoholio vartojimu susijusiomis ligomis, stebimas mažėjimas nuo 930 iki 507 atvejų.¹⁴

Vadovaujantis sveikatos metrikos ir vertinimo instituto (IHME) pateiktais duomenimis, 2016 metais ES šalyse 17,3 proc. (beveik 84 milijonai) asmenų turėjo psichikos sveikatos sutrikimus. Iš visų sutrikimų dažniausiai visuomenėje buvo paplitęs nerimo sutrikimas (5,4 proc. ES gyventojų). Taip pat nemažą dalį sudarė depresiniai susirgimai (4,5 proc. ES gyventojų). Sunkiomis psichikos ligomis, tokiomis kaip bipolinis sutrikimas, sirgo apie 5 milijonai gyventojų (1,0 proc.). Didžiausias psichikos sveikatos sutrikimų paplitimas nustatytas šiose ES šalyse: Suomijoje, Olandijoje, Prancūzijoje ir Airijoje (18,5 proc. ir daugiau, turinčių bent vieną sutrikimą). Rumunijoje, Bulgarijoje bei Lenkijoje, lyginant su kitomis ES šalimis, psichikos sveikatos sutrikimų skaičius tuo metu buvo mažiausias (mažiau nei 15 proc.). Manyta, kad šie tarpvalstybiniai skirtumai nustatyti dėl visuomenės sąmoningumo, kas lemia dažnesnį asmenų kreipimąsi į sveikatos priežiūros specialistus ir egzistuojančių ligų diagnozavimą.¹⁵

Psichikos sveikatos sutrikimai turi įtakos ir gyventojų mirtingumui. 2015 metų duomenimis, ES mirė 214 000 asmenų dėl psichikos ir elgesio sutrikimų, kas sudarė 4,1 proc. visų mirčių. Analizuojant mirčių atvejus ES valstybėse nustatyta, kad 2015 metais Jungtinėje Karalystėje mirčių dėl psichikos ir elgesio sutrikimų dalis (9,0 proc.) buvo dvigubai didesnė nei ES vidurkis, Šveicarijoje ši dalis sudarė apie 8,1 proc., o Norvegijoje – 6,6 proc. Geriausia situacija nustatyta

¹⁴ „Alkoholio ir tabako vartojimas ir padariniai“, Oficialios statistikos portalas, žiūrėta 2019 m. lapkričio 24 d., <https://osp.stat.gov.lt/naujienos?articleId=5715338>.

¹⁵ OECD, *Health at a Glance: Europe 2018 state of health in the EU cycle (OECD/European Union, 2018)*, 25.

Rumunijoje ir Bulgarijoje, kur mirčių dėl psichikos ir elgesio sutrikimų dalis sudarė 0,1 proc. visų mirčių.¹⁶

Europos regione viena iš dešimties dažniausių priešlaikinių mirčių priežasčių, kurių 90 proc. siejama su psichikos sveikatos sutrikimais, – savižudybės. 2014 metų duomenimis, iš 4,9 mln. ES užfiksuotų mirčių, 58 000 atvejų įvyko dėl tyčinio savęs žalojimo. Minėtu laikotarpiu Lietuvoje nustatytas didžiausias savižudybių skaičius tarp ES valstybių narių (100 000 gyventų teko 32 savižudybės). Tokiose valstybėse kaip Latvija, Vengrija ir Slovėnija užfiksuota 19 savižudybių 100 000 gyventojų. Panašūs skaičiai vyravo Estijoje (19/100 000 gyventojų), Belgijoje bei Kroatijoje (abejose 17/100 000 gyventojų). Mažiausi savižudybių rodikliai 2014 metais nustatyti Graikijoje, Kipre (abejose 5/100 000 gyventojų), Italijoje (6/100 000 gyventojų), Jungtinėje Karalystėje (7/100 000 gyventojų), Ispanijoje bei Maltoje (abejose 8/100 000 gyventojų), o ES vidurkis siekė 11 savižudybių 100 000 gyventojų.¹⁷

PSO pateikti duomenys nurodo, kad 2015 metais pasaulyje įvyko apie 800 000 savižudybių, iš kurių 78 proc. nustatytos mažas bei vidutines pajamas gaunančiose šalyse. Lyginant valstybes pagal savižudybių skaičių, nustatyti skirtumai tarp atitinkamos šalies ir asmenų amžiaus, lyties, socialinės bei ekonominės padėties, savižudybės būdų bei sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo.¹⁸ PSO skelbia, kad Europos valstybėse savižudybės 15 – 35 metų amžiaus vyrų tarpe yra dažniausia mirties priežastis. Nors pastaraisiais dešimtmečiais daugelyje Europos šalių savižudybių skaičius mažėjo, tarp valstybių išlieka dideli netolygumai: aukšti savižudybių rodikliai vyrauja Lietuvoje, Latvijoje, Estijoje, Vengrijoje, Slovėnijoje.¹⁹

Vertinant Europos šalių politinį pasirengimą valdyti psichikos sveikatos problemas, 2017 metais PSO atliko tyrimą, kurio metu nustatė, kad 94 proc. Europos regionio valstybių teigė turinčios atskirus ar integruotus psichikos sveikatą reglamentuojančius teisės aktus. Vertinant valstybių parengtas strategijas ar projektus, orientuotus į vaikų psichikos sveikatą, nustatyta mažesnė dalis turinčiųjų šiuos dokumentus (77 proc. šalių).²⁰ Sėkmingam psichikos sveikatos politikos vykdymui bei įgyvendinimui taip pat svarbu gerinti šių paslaugų prieinamumą, užtikrinant reikiamą specialistų skaičių. Vadovaujantis Eurostat pateiktais duomenimis, 2015 metais aštuoniose valstybėse narėse identifikuoti daugiau kaip 200 psichiatrų 1 milijonui gyventojų: Suomijoje (236 psichiatrai 1 milijonui gyventojų), Švedijoje (232 psichiatrai 1 milijonui gyventojų), Olandijoje (230 psichiatrų 1 milijonui gyventojų), Prancūzijoje (228 psichiatrai 1

¹⁶ „Mental health and related issues statistics - Statistics Explained“.

¹⁷ „Almost 60 000 Suicides in the EU“, Eurostat, žiūrėta 2019 m. kovo 13 d., <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20170517-1>.

¹⁸ Silke Bachmann, „Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective“, *International Journal of Environmental Research and Public Health* 15, nr. 7 (2018): <https://doi.org/10.3390/ijerph15071425>.

¹⁹ Pūras ir kt., *Iššūkių įgyvendinant Lietuvos psichikos sveikatos politiką*, 16.

²⁰ WHO, *Mental health: Fact sheet* (WHO, 2019), 3.

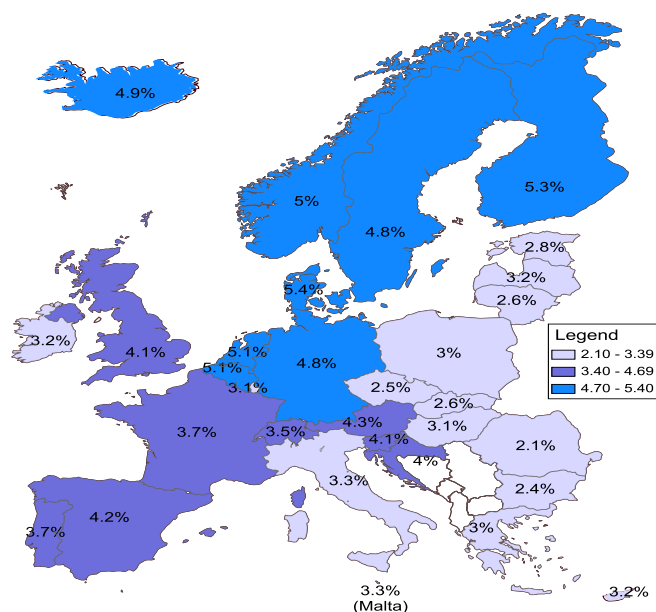
milijonui gyventojų), Lietuvoje ir Liuksemburge (abejose po 225 psichiatrų 1 milijonui gyventojų), Vokietijoje (223 psichiatrai 1 milijonui gyventojų) bei Graikijoje (219 psichiatrų 1 milijonui gyventojų). Mažiausi psichiatrų rodikliai nustatyti Bulgarijoje (76 psichiatrai 1 milijonui gyventojų), Lenkijoje (90 psichiatrų 1 milijonui gyventojų) ir Maltoje (95 psichiatrai 1 milijonui gyventojų).²¹ 2016 metais 16 iš 22 valstybių pranešė, kad turimi psichiatrų žmogiškieji ištekliai nepakankami užtikrinti tinkamą specialistų prieinamumą, nepaisant to, kad nuo 2011 metų šis rodiklis padidėjo 4000 specialistų.²²

Vadovaujantis mokslinių tyrimų pateiktais duomenimis, taip pat aktuali psichikos sveikatos politikos problema – didelės išlaidos psichikos sveikatos sutrikimų gydymui bei prevencinėms priemonėms. Siekiant efektyvaus kaštų mažinimo, svarbu mažinti ne tik tiesiogines, tačiau ir netiesiogines išlaidas. Vadovaujantis 2015 metų duomenimis, išlaidos, susijusios su psichikos sveikata, viršijo 4 proc. BVP visose ES šalyse, kas sudaro daugiau nei 600 milijardų eurų. Šią sumą sudaro išlaidos, skirtos psichikos sveikatos sistemai (1,3 proc. BVP), socialinei apsaugai (1,2 proc. BVP) bei netiesioginėms išlaidoms, susijusioms su darbo rinka, mažėjančiu produktyvumu ir užimtumu (1,6 proc. BVP). Nepaisant psichikos sveikatos sutrikimų keliamos naštos, Europos regione 2016 metais skiriami finansai sudarė tik 1 proc. visų sveikatos išlaidų. Iš jų – 69 proc. skirta valstybinėms psichiatrinėms ligoninėms.²³ 2015 metais Tarptautinė ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija (OECD) pateikė duomenis apie tiesioginių bei netiesioginių išlaidų, susijusių su psichikos sveikatos problemomis visose ES šalyse, pasiskirstymą (1 pav.). Iš pateiktų duomenų galima teigti, kad didžiausias psichikos sveikatos finansavimas stebimas Šiaurės bei Vidurio Europos šalyse, kur skiriamų finansų kiekis svyruoja nuo 4,7 proc. iki 5,4 proc. Mažiausias psichikos sveikatos finansavimas nustatytas Rytų Europoje, tarp kurių patenka ir Lietuva (2,1 proc. – 3,3 proc.) (1 pav.).

²¹ „Mental Health: How Many Psychiatrists in the EU?“, Eurostat, žiūrėta 2019 m. kovo 14 d., <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/EDN-20171010-1>.

²² „Number of Psychiatrists: How Do Countries Compare?“, Eurostat, žiūrėta 2019 m. kovo 14 d., <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20181205-1?inheritRedirect=true>.

²³ WHO, *Mental health: Fact sheet* (WHO, 2019), 4.



I pav. Tiesioginės bei netiesioginės išlaidos, susijusios su psichikos sveikatos problemomis visose ES šalyse, pasiskirstymas 2015 metais (proc.)²⁴

Taigi psichikos sveikata – viena pagrindinių visuomenės sveikatos ir politikos problemų Europoje, vertinant pagal šių ligų keliamą naštą ir paplitimą. Vadovaujantis PSO pateiktais duomenimis, psichikos sveikatos sutrikimai, tokie kaip depresija, nerimas, šizofrenija, yra pagrindinė ankstyvo nedarbingumo bei invalidumo priežastis daugelyje Europos šalių.²⁵ Neretai psichikos sveikatos sutrikimai prasideda paauglystėje ar jaunystėje, todėl būna ilgalaikiai ir sukelia neigiamą poveikį įvairiose gyvenimo srityse: mokymasis, karjera, pajamos, asmeniai santykiai ir socialinis įsitraukimas į visuomenę. Daugelyje Vakarų Europos šalių psichikos sveikatos sutrikimai sudaro apie 30 – 40 proc. lėtinių ligų ir valstybėms kainuoja apie 3 proc. BVP.²⁶ Nors mirtingumas nuo psichikos ir elgesio sutrikimų nėra didelis, lyginant su kitomis neužkrečiamomis ligomis, tačiau šių sutrikimų keliamą naštą bei žalą yra didelė tiek individui, tiek visuomenei. Bendrai psichikos ir elgesio sutrikimai sudaro penktadalį visų ligų keliamos naštos ir valstybei kainuoja brangiau bei užkrauna didesnę ekonominę naštą nei kitos nekrečiamų ligų grupės. Vadovaujantis Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacijos (EBPO) atliktais apskaičiavimais, psichikos sveikatos kaina sudaro apie 4 proc. BVP, įskaitant ir išlaidas, apimančias papildomą fizinės sveikatos gerinimo finansavimą, sumažėjusią gyventojų gerovę, sumažėjusį darbingumą bei emocinio skausmo keliamus sunkumus.²⁷ Taip pat nustatyta, kad psichikos sveikatos išlaidos

²⁴ „Mental health problems costing Europe heavily“, OECD, žiūrėta 2019 m. kovo 16 d., <http://www.oecd.org/newsroom/mental-health-problems-costing-europe-heavily.htm>.

²⁵ WHO, *The European Mental Health Action Plan 2013–2020* (WHO, 2015), 2.

²⁶ Lynne Friedli, *Mental Health, Resilience and Inequalities* (WHO, 2009), http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0012/100821/E92227.pdf.

²⁷ „Sick on the Job Myths and Realities about Mental“, OECD, žiūrėta 2019 m. kovo 19 d., <https://www.oecd.org/els/health-systems/Focus-on-Health-Making-Mental-Health-Count.pdf>.

sudaro tokią pačią dalį, kiek ir investicijos į švietimo sistemą.²⁸ Atsižvelgiant į atliktų mokslinių tyrimų rezultatus galime teigti, kad didžiausią neigiamą poveikį visuomenės gerovei turi depresijos ir nerimo sutrikimai.²⁹ Nustatyta, kad 2010 metais psichikos sutrikimai buvo pagrindinė visų ligų keliamos naštos priežastis pasaulyje. Šie sutrikimai pateko į prarastų sveiko gyvenimo metų dėl negalios (DALY) priežasčių penketuką ir nustatyta kaip pagrindinė priežastis išgyventų metų su nepilnu veiksniumu dėl prastos sveikatos ar neįgalumo (YLD). Didžiausią dalį DALY ir YLD lėmė depresiniai susirgimai (42.5 proc.) bei nerimo sutrikimai (15.3 proc.).³⁰ 2017 metais London School of Economics and Political Science mokslininkai atlikę gerovės tyrimus nustatė, kad depresija ir nerimas – pagrindinės visuomenės psichinių bei fizinių kančių priežastys.³¹ Nustatyta, kad depresija apie 50 proc. labiau apriboja asmens veiksnumą nei astmos, anginos, artrito ar diabeto susirgimai. Taip pat, depresija ir rūkymas turi tokį patį poveikį gyvenimo trukmės mažėjimui. Iš visų psichikos sveikatos sutrikimų, depresija taip pat dažniausiai siejama su savižudybėmis: pusė nusizudžiusių asmenų sirgo depresija.³²

Taigi apibendrinant Europos psichikos sveikatos statistiką bei jų keliamą naštą visuomenei galima teigti, kad psichikos sveikata – vienas reikšmingiausių visuomenės sveikatos bei politikos iššūkių Europoje bei pasaulyje.

1.2. Psichikos sveikatos rizikos veiksniai

Psichikos sveikatos sutrikimus ir ligas sukelinatys rizikos veiksniai – svarbūs psichikos sveikatos politikos elementai. Galimų rizikos veiksnių nustatymas yra svarbus sveikatos tyrimų, prevencinių veiksnių ir, kai kuriais atvejais, efektyvaus gydymo elementas. Atliktų tyrimų dėka nustatyta daugelis rizikos veiksnių, susijusių su psichikos sveikatos sutrikimais, galinčių pasireikšti įvairiais gyvenimo etapais. PSO psichikos sveikatos rizikos veiksnius suskirstė į tris kategorijas: 1. asmeninės savybės ir elgesys; 2. aplinkos veiksniai; 3. socialiniai ir ekonominiai veiksniai. Kiekvienam rizikos veiksnio šalinimui ar jo poveikio mažinimui pateikė apsauginius veiksnus.³³

²⁸ Richard Layard, ir kt., *Thrive: the power of evidence-based psychological therapies* (London: 2014), 57.

²⁹ Richard Layard, David Clark, *Why More Psychological Therapy Would Cost Nothing. Frontiers in Psychology* (London:2015), 6.

³⁰ Harvey A. Whiteford ir kt., „Global Burden of Disease Attributable to Mental and Substance Use Disorders: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010“, *Lancet* (2013): 86.

³¹ Sarah Flèche ir Richard Layard, „Do More of Those in Misery Suffer from Poverty, Unemployment or Mental Illness?“, *Kyklos : international review for social sciences* (2017): 27–41.

³² Richard Layard, *Thrive: the power of evidence-based psychological therapies*, 58.

³³ Pūras ir kt., *Iššūkiai įgyvendinant Lietuvos psichikos sveikatos politiką*, 56-64.

2 lentelė. Psichikos sveikatos rizikos ir apsauginiai veiksniai

Kategorija	Rizikos veiksnys	Apsauginis veiksnys
Asmeninės savybės	Savęs nuvertinimas	Ugdyti pasitikėjimą savimi
	Emocinis nebrandumas	Gebėjimas spręsti problemas ir valdyti stresą
	Sunkumai bendravime	Bendravimo įgūdžių gerinimas
	Ligos, vartojamų medžiagų poveikis	Psichinės ir fizinės sveikatos gerinimas/stiprinimas
Aplinkos veiksniai	Nepakankamai užtikrinamas preinamumas prie sveikatos paslaugų	Visiems vienodai prieinamos sveikatos priežiūros paslaugos
	Diskriminacija	Tolerancija ir integracija
	Socialinė ir lyčių nelygybė	Socialinė ir lyčių lygybė
	Politiniai karai	Saugumas valstybės lygmeniu
Socialiniai ir ekonominiai veiksniai	Netektis, vienatvė	Šeimos narių bei draugų parama
	Konfliktai šeimoje, nestabilumas	Tvirta ir stabili šeima
	Smurtas, prievarta, patyčios	Fizinis ir emocinis stabilumas
	Nepakankamos pajamos, nedarbas ir skurdas	Finansinis saugumas ir stabilumas
	Sunkumai/nesėkmės mokykloje/darbe	Pasitenkinimas/sėkmė mokykloje/darbe

Sudaryta darbo autoriaus pagal šaltinį Pūras ir kt., Iššūkiai įgyvendinant Lietuvos psichikos sveikatos politiką.

Pirmoje lentelėje pateikti rizikos veiksniai, pasak PSO, dažnai sąveikauja vienas su kitu ir sukelia tam tikrų padarinių, todėl neteisinga teigti, jog tik vienas veiksnys gali turėti reikšmingą poveikį psichikos sveikatai. Pvz., dėl tam tikrų asmeninių savybių asmuo gali būti labiau pažeidžiamas socialinių ar aplinkos veiksnių, kuriems kartu sąveikaujant kyla didesnis psichikos sveikatos pažeidžiamumas. Rizikos veiksnių poveikis asmens psichikos sveikatai taip pat priklauso ir nuo gyvenimo etapo, kuriame jie pasireiškia. Taigi siekiant suvaldyti psichikos sveikatos rizikos veiksnių poveikį, svarbu išskirti ir suprasti skirtingais gyvenimo etapais pasireiškiančius rizikos veiksnius bei jų keliamą poveikį.

Prenatalinis periodas. Asmens psichikos sveikatai ir emocinei savijautai įtakos gali turėti veiksniai, veikiantys prenataliniu periodu. Atliktų tyrimų duomenimis, neplanuoti ar ankstyvame

amžiuje (paauglystėje) esantys nėštumai gali paskatinti kenksmingą motinos elgesį nėštumo metu ar vaikui gimus. Žalingi vaisiaus sveikatai motinos veiksmai, įskaitant alkoholio, tabako ir kitų narkotinių medžiagų vartojimą, turi neigiamos įtakos tolimesnei vaiko psichikos sveikatai.^{34 35}

Kūdikystė ir ankstyva vaikystė. Atliktų tyrimų duomenimis, kūdikystėje ir ankstyvoje vaikystėje stiprus emocinis ryšys su tėvais, ypač motina, padeda teigiama linkme vystytis vaiko psichikai. Taigi prie reikšmingų rizikos veiksnių šiame gyvenimo etape priskiriamas vaiko atskyrimas nuo tėvų, bendravimo stoka ir nepriežiūra. Taip pat svarbią reikšmę turi netinkama ir nepilnavertė vaiko mityba, sveikatos priežiūros paslaugų nepakankamas prieinamumas bei atsiradusių ligų ignoravimas.^{36 37}

Vaikystė. Gyvenimo sąlygos, esančios vaikystės periode, yra svarbiausias tolimesnės psichikos sveikatos ir gerovės komponentas vėliau. Neigiama patirtis namuose ar už jos ribų, prastos socialinės ir ekonominės sąlygos gali turėti įtakos pagrindinių emocinių įgūdžių formavimuisi. Švedijoje atlikto tyrimo metu nustatyta, kad vaikams, augantiems socialiai remtinose šeimose, padidėjusi psichozijų rizika ateityje. Mažus ekonominius išteklius turinčių šeimų vaikai gali jausti gėdą prieš bendraamžius, patirti pažeminimą, ko pasekoje atsiranda sunkumų bendravime ir psichikos sveikatos sutrikimų.³⁸

Paauglystė. Šis etapas svarbus ankstyvai ligos diagnostikai ir gydymui, kadangi dažniausiai paauglystėje išryškėja priemieji psichikos sveikatos sutrikimai. Rizikos veiksniai, svarbūs vaikystės etape, svarbūs ir paauglystėje, tačiau prie jų prisideda ir nauji veiksniai. Paauglystės metais atsiranda kenksmingų medžiagų, tokių kaip alkoholio ar narkotinių medžiagų, vartojimas. Šiame laikotarpyje minėtų medžiagų vartojimas pavojingas, kadangi paauglių organizmai vis dar vystosi tiek psichologiškai, tiek fiziškai. Alkoholio bei narkotinių medžiagų vartojimas svarbus ne tik psichikos sveikatos sutrikimų rizikos veiksnys, tačiau susijęs ir su prastesniais mokymosi rezultatais, rizikingu seksualiniu elgesiu bei smurto proveržiais.³⁹

Suaugęs žmogus. Vaikystėje ir paauglystėje įgyta patirtis ir emocinės galimybės yra svarbūs veiksniai, darantys įtaką tolimesniems suaugusiųjų sprendimų prėmimams ir psichikos sveikatos būklei. PSO teigimu, kritinė saugusiųjų asmenų riba tarp emocinės gerovės ir psichikos sutrikimų atsiradimo – pusiausvyros praradimas tarp darbo ir laisvalaikio. Asmenims, turintiems

³⁴ Martin Prince ir kt., „No health without mental health“, *The Lancet* (2007): 7.

³⁵ Sally Grantham-McGregor ir kt., „Developmental Potential in the First 5 Years for Children in Developing Countries“, *The Lancet* (2007): 4.

³⁶ Susan P. Walker ir kt., „Inequality in Early Childhood: Risk and Protective Factors for Early Child Development“, *The Lancet* 378, (2011): 2.

³⁷ Susan P. Walker ir kt., „Child Development: Risk Factors for Adverse Outcomes in Developing Countries“, *The Lancet* (2007): 3.

³⁸ Fritz Matthey ir Helmut Renschmidt, „The Children of Mentally Ill Parents“, *Deutsches Ärzteblatt International* (2008): 2.

³⁹ Hannah Ritchie, Max Roser, „Mental Health“, *Our World in Data* (2018).

žemą socialinę ir ekonominę gerovę, ypač esant bedarbystei, didėja psichikos sveikatos sutrikimų atsiradimo rizika. Fizinė sveikata bei poreikius atitinkantis sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas taip pat turi įtakos psichikos gerovei. Nustatyta, kad asmenys, sergantys lėtinėmis ligomis, ypač visuomenėje stigmatizuojamoms (pvz. AIDS), būna prastinės psichinės ir emocinės būklės.⁴⁰

Pagyvenęs žmogus. Šiame gyvenimo tarpsnyje psichikos sveikatos būklės pablogėjimui įtakos turi reikšmingi gyvenimo sąlygų pokyčiai: sumažėjęs užimtumas, darbo nutraukimas, ekonominės gerovės suprastėjimas, šeimos narių ir draugų praradimas, vienatvė. Taip pat reikšmingos įtakos turi ir fizinės sveikatos suprastėjimas, kas varžo asmens laisvę, mobilumą, bendravimą su aplinkiniais. Pagyvenusių žmonių psichikos sveikatos būklei svarbus ir šeimos narių rūpinimasis ir globa.^{41 42}

Taigi siekiant sumažinti aptartų rizikos veiksnių poveikį visuomenei, svarbus visuomenės švietimas visose amžiaus grupėse, prevencinių programų, tokių kaip alkoholio, tabako vartojimo, vykdymas, bendruomeninių paslaugų kūrimas ir visuomenės įtraukimas, ekonominės būklės šalyje gerinimas, bendras visuomenės sveikatos stiprinimas.

1.3. Psichikos sveikatos politikos reglamentavimas Europoje

Sprendžiant Europos psichikos sveikatos keliamas problemas, 1995 – 2008 metais, bendradarbiaujant PSO, Pasaulio bankui, universitetams bei kitoms ES institucijoms, dar kartą atliktas psichikos sveikatos politikos vaidmens vertinimas Europoje bei pasaulyje, saugant ir stiprinant visuomenės sveikatą. Šiuo laikotarpiu priimti svarbūs psichikos sveikatos politikos dokumentai:

- 2001 metai – PSO vykusio metinio pranešimo „Psichikos sveikata: naujas supratimas, nauja viltis“ metu suformuluotos bendros gyventojų psichikos sveikatos gerinimui skirtos rekomendacijos. Pagrindinis dėmesys skirtas visuomenės švietimui, stigmos bei diskriminacijos mažinimui psichikos sveikatos srityje.⁴³
- 2005 metai – Helsinkyje vykusioje konferencijoje PSO Europos valstybių patvirtinta Europos psichikos sveikatos apsaugos deklaracija bei 2005 – 2010 metų veiksmų planas. Šioje deklaracijoje prioritetės sritys skirtos: pripažinimui, kad XXI a. pradžios viena iš pagrindinių visuomenės sveikatos sritčių – psichikos sveikata, turinti neigiamos įtakos socialinei ir

⁴⁰ Ten pat.

⁴¹ Ten pat.

⁴² OECD, *Health at a Glance: Europe 2018 state of health in the EU cycle (OECD/European Union, 2018)*, 126.

⁴³ „Nutarimas dėl psichikos sveikatos strategijos patvirtinimo“, LRS, žiūrėta 2019 m. kovo 20 d. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalActPrint/lt?fwdid=fhhu5mo1q&documentId=TAIS.290778&category=TAP>.

ekonominei valstybių plėtrai; psichikos sveikatos netolygumų, egzistuojančios visuomenėje diskriminacijos ir stigmos mažinimui bei paramos suteikimas su šiais sunkumais susiduriantiems asmenims ir jų šeimoms; efektyvios bei į kitus sektorius integruotos psichikos sveikatos sistemos formavimui ir įgyvendinimui.⁴⁴

- 2005 metai – Europos Komisija patvirtina Žaliąją knygą „Gyventojų psichikos sveikatos gerinimas. Europos Sąjungos psichikos sveikatos strategijos kūrimas“. Šiame dokumente išskelti tikslai, skirti stiprinti visuomenės psichikos sveikatą, gerinti asmenų, turinčių psichikos sveikatos problemų ar turinčių negalią, socialinę integraciją išsaugant jų teises ir orumą, vykdyti prevencines programas ir gerinti informacijos lygį apie visuomenės psichikos sveikatą.⁴⁵
- 2008 metai – patvirtintas Europos paktas „Dėl psichikos sveikatos ir gerovės“. Šiame dokumente prioritetą skiriamas šioms sritims: depresijos bei savižudybių prevencijai, jaunimo psichikos sveikatos gerinimui bei jų švietimui, dirbančių ir senyvo amžiaus žmonių psichikos sveikatai bei socialinės atskirties ir stigmos mažinimui.⁴⁶
- 2008 – 2013 metams Europos Komisijos sveikatos strategijos baltojoje knygoje „Kartu sveikatos labui, 2008–2013 m. ES strateginis požiūris“ patvirtintos Europos sveikatos politikos gairės. Šiame dokumente išskiriamos trys pagrindinės veiklos kryptys: senėjančios Europos visuomenės sveikatos ugdymas, visuomenės apsauga nuo sveikatos rizikos veiksnių bei naujų technologijų ir sveikatos sistemų finansavimas. Taip pat akcentuojama, kad sveikatos politikos formavimui svarbi moksliniais įrodymais grįsta informacija bei visuotinio, teisingumo ir solidarumo principų laikymasis.⁴⁷
- Be minėtų dokumentų, svarbu paminėti ir Europos psichikos sveikatos veiksmų planą 2013 – 2020, kuriame dėmesys sutelkiamas į septynis tarpusavyje susijusius tikslus, skirtus psichikos sveikatai ir gerovei stiprinti. Siekiant užtikrinti Europos regiono sveikatos, socialinį ir ekonominį tvarumą, būtinas valstybių investavimas ir politinis įsitraukimas.^{48 49}

⁴⁴ Ministers of Health of Member States in the European Region of the World Health Organization, „Mental health declaration for Europe facing the challenges, building solutions“ (pranešimas konferencijoje WHO Ministerial Conference on Mental Health, Helsinki, 2005 m. sausio 12-15d.).

⁴⁵ European Communities, *GREEN PAPER- Improving the Mental Health of the Population Towards a Strategy on Mental Health for the European Union* (Briuselis:2005), 7.

⁴⁶ EU Member States, „Together for mental health and wellbeing“ (EU high-level conference, Briuselis, 2008 m. birželio 12-13 d.).

⁴⁷ Marija Veniūtė, Dainiu Pūras, „Visuomenės psichikos sveikatos svarba Europos ir Lietuvos politikos kontekste“, *Sveikatos mokslai*, 23, 2 (2013): 135-136, https://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/Veiklos_sritys/Sveikatos_mokslai/Moksliniai_straipsniai%E2%80%933zumalas_Sveikatos%20mokslai/2013m/2013SM2Online.pdf.

⁴⁸ WHO, *The European Mental Health Action Plan 2013–2020* (WHO, 2015), 3.

⁴⁹ „Tarybos išvados dėl Europos psichikos sveikatos ir gerovės pakto: rezultatai ir būsiami veiksmai“, Europos Sąjungos leidinių biuras, žiūrėta 2019 m. kovo 26 d., <https://publications.europa.eu/lt/publication-detail/-/publication/b7b1dd43-3024-4352-a405-b00344864ed0/language-lt>.

Atliktų tyrimų duomenimis nustatyta, kad didelė dalis psichikos sveikatos sutrikimų turinčių asmenų negauna tinkamo gydymo dėl prasto sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo. Taip pat daugelis žmonių, turinčių psichikos sveikatos problemų, nusprendžia nesikreipti į specialistus dėl visuomenėje egzistuojančios stigos ar diskriminacijos. Šios problemos atskleidžia, kad reikalingos reformos, užtikrinančios didesnę visuomenės pasitikėjimą sveikatos priežiūros patikimumu, saugumu ir veiksmingumu. Vadovaujantis PSO pateiktais duomenimis, visuomenės psichikos sveikatai, kaip ir kitoms sveikatos priežiūros sritims, įtakos turi įvairūs socialiniai bei ekonominiai veiksniai, kuriuos reikia mažinti vyriausybei įgyvendinant strategijas prevencijos, gydymo ir gijimo procesuose.⁵⁰ 2011 metais PSO paskelbė pagrindinius šiuolaikinės psichikos sveikatos politikos principus, mažinančius psichikos sveikatos sutrikimų keliamą naštą:

1. Didžiąją dalį psichikos sutrikimų gydyti pirminiame asmens sveikatos priežiūros lygyje;
2. Didinti psichotropinių vaistų prieinamumą;
3. Kurti bendruomeninės pagalbos galimybes;
4. Šviesti visuomenę psichikos sveikatos srityje;
5. Į psichikos sveikatos sistemos tobulinimą įtraukti bendruomenes, psichikos sveikatos sutrikimų turinčių šeimos narius ir paslaugų vartotojus;
6. Parengti ir įgyvendinti nacionalines strategijas, programas bei kurti teisės dokumentus;
7. Didinti specialistų žmogiškuosius išteklius;
8. Skatinti tarpsektorinį bendradarbiavimą;
9. Vykdyti visuomenės psichikos sveikatos stebėseną;
10. Finansuoti ir vykdyti tyrimus psichikos sveikatos srityje.⁵¹

Šie psichikos sveikatos politikos principai tapo iššūkiu visoms valstybėms, kadangi psichikos sveikatos politika turi būti suderinta su struktūrine paslaugų reforma, orientuota į kokybę užtikrinant, kad kompetentingos institucijos pateiktų saugius, veiksmingus ir priimtinus sprendimo būdus. Taigi PSO parengtame Europos psichikos sveikatos veiksmų plane 2013 – 2020 teigiama, kad svarbu nusistatyti, kas atsakingas už įgyvenadinamų reformų veiksmų koordinavimą ir sėkmingą tikslų pasiekimą.

Siekiant pagerinti esamą psichikos sveikatos situaciją Europoje, PSO Europos psichikos sveikatos veiksmų plane 2013 – 2020 pateikė keturis pagrindinius tikslus:

1. Stiprinti psichikos sveikatos lyderiavimą bei jos valdymą;
2. Teikti visapusiškas ir integruotas psichikos sveikatos ir socialinės globos paslaugas bendruomenėms;
3. Vykdyti psichikos sveikatos stiprinimo ir prevencines programas;

⁵⁰ „WHO, *The European Mental Health Action Plan 2013–2020* (WHO, 2015), 9.

⁵¹ Pūras ir kt., *Iššūkiai įgyvendinant Lietuvos psichikos sveikatos politiką*, 56-64.

4. Stiprinti psichikos sveikatos informacines sistemas bei įrodymais grįstus tyrimus.⁵²

1 tikslas. Stiprinti psichikos sveikatos lyderiavimą bei jos valdymą.

Sveikatos sistemos organizavimas, finansavimo planavimas – sudėtingas uždavinys valstybėms, kuriame dalyvauja skirtingų administracinių lygių organizacijos. Siekiant Valstybėms narėms įgyvendinti pirmąjį Europos psichikos sveikatos veiksmų plano tikslą, PSO ragina sutelkti dėmesį į šias sritis:

- *Politikos formavimas ir įstatyminė bazė.* Valstybių įstatyminę bazę, susijusią su psichikos sveikata, kurti, tobulinti ir atnaujinti, atsižvelgiant į visuomenės poreikius bei kitų šalių gerąją praktiką. Įgyvendinti nacionalinę psichikos sveikatos politiką, strategijas, diegiant ir stiprinant tarpsektorinį bendradarbiavimą.
- *Išteklių planavimas.* Nustatytų tikslų įgyvendinimui, svarbu tinkamas žmogiškųjų išteklių planavimas ir proporcingas valstybės biudžeto paskirstymas atitinkamiems sektoriams, dalyvaujantiems psichikos sveikatos politikos formavime bei įgyvendinime.
- *Suinteresuotųjų šalių bendradarbiavimas.* Formuojant bei įgyvendinant psichikos sveikatos politiką, svarbu įtraukti suinteresuotus asmenis, įskaitant kitų sektorių atstovus bei proto negalią turinčių asmenų artimuosius.
- *Stiprinti bei įgalinti žmonių, turinčių psichikos sutrikimų ar proto negalią, bei jiems atstovaujančių organizacijų dalyvavimą psichikos sveikatos srityje.* Užtikrinti, kad psichikos ir psichosocialinę negalią turintiems asmenims būtų suteiktas oficialus vaidmuo ir įgaliojimai dalyvauti strategijų, įstatymų ir paslaugų projektavimo, planavimo ir įgyvendinimo procesuose.

1. tikslas. Teikti visapusiškas ir integruotas psichikos sveikatos ir socialinės globos paslaugas bendruomenėms.

PSO, siekdama valstybėse narėse pagerinti preinamumą prie psichikos sveikatos priežiūros paslaugų bei teikiamų paslaugų kokybę, sukuriant psichikos sveikatos ir socialinės globos paslaugas bendruomenėms, rekomenduoja psichikos sveikatos priežiūros ir gydymo paslaugas integruoti į bendrojo profilio ligonines ir pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigas, užtikrinti psichikos sveikatos priežiūros paslaugų tęstinumą tarp skirtingų paslaugų teikėjų, skatinti savipagalbos priemones, pasitelkiant elektronines ir mobiliąsias technologijas. Antram Europos psichikos sveikatos veiksmų plano tikslui pasiekti, PSO išskiria šias sritis:

- *Paslaugų pertvarkymas ir išplėtimas.* Integruotų psichikos sveikatos ir socialinės globos paslaugų bendruomenėse kūrimui bei išplėtimui svarbu ilgalaikes stacionarines sveikatos

⁵² „The European Mental Health Action Plan 2013–2020“, 6.

priežiūros paslaugas perkelti į nespecializuotas sveikatos priežiūros įstaigas, taikant įrodymais grįstus metodus. Steigti dienos priežiūros centrus psichinę negalią turintiems asmenims, suteikti socialinę bei ekonominę paramą.

- *Žmogiškųjų išteklių plėtra.* Rengiant psichikos sveikatos priežiūros specialistus, svarbu ugdyti darbuotojų žinias ir įgūdžius įrodymais pagrįsta informacija, kurti nespecializuotų specialistų ratą, galinčių atpažinti psichikos sveikatos sutrikimų turintį asmenį ir nukreipti jį tikslingai pagalbai.
- *Rizikos grupių atskirties mažinimas.* Siekiant mažinti sergamumą psichikos sveikatos sutrikimais, svarbus vaidmuo tenka rizikos grupių identifikavimui bei tinkamos pagalbos suteikimui, užtikrinant reikiamų paslaugų prieinamumą.⁵³

2. tikslas. Vykdyti psichikos sveikatos stiprinimo ir prevencines programas.

Formuojant bei įgyvendinant psichikos sveikatos politiką bei nacionalines prevencines programas, būtina atsižvelgti ne tik į asmenų, turinčių psichikos sutrikimų, poreikius, tačiau siekti gerinti ir visuomenės psichinę sveikatą bei gerovę. Naudingos informacijos skleidimas apie rizikos ir apsauginius veiksnius bei sveikatos ugdymas svarbus visuose asmens gyvenimo tarpsniuose. Vadovaujantis PSO pateiktais duomenimis, iki 50 % psichinių sutrikimų prasideda paauglystės laikotarpyje. Nustatyta, kad apie 10 % - 20 % jaunuolių, kurių didesniąją dalį sudaro nepasiturinčių gyventojų grupių atstovai, turi psichikos sveikatos sutrikimų.⁵⁴ Taigi trečiam Europos psichikos sveikatos veiksmų plano tikslui pasiekti, PSO išskiria šias sritis:

- *Psichikos sveikatos stiprinimo ir prevencinės programos.* Kurti bei įgyvendinti programas, integruotas į nacionalinę psichikos sveikatos ir sveikatos stiprinimo strategiją bei orientuotas į: stigmatizacijos bei diskriminacijos mažinimą, žmogaus teisių išsaugojimą ir rizikos grupėje esančius asmenis.
- *Savižudybių prevencija.* Atliktų tyrimų metu nustatyta, kad yra įrodymais grįstų metodų, padedančių sumažinti savižalos bei savižudybių skaičių, tačiau dar ne visos ES šalys šiuos būdus įsodiegusios ar taiko tik iš dalies.⁵⁵ Taigi PSO skatina sukurti ir įgyvendinti nacionalines savižudybių prevencijos strategijas, taikant įrodymais grįstus metodus ir didžiausią dėmesį skiriant padidėjusios rizikos grupėje esantiems asmenims: homoseksualams, biseksualams, transeksualams, jaunimui ir vyresnio amžiaus žmonėms.

⁵³ „The European Mental Health Action Plan 2013–2020“, 7.

⁵⁴EU Member States, „Together for mental health and wellbeing“ (EU high-level conference, Briuselis, 2008 m. birželio 12-13 d.).

⁵⁵„Depression Suicide And E Health“, Mental Health and Wellbeing“, žiūrėta 2019 m. balandžio 4 d., <http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/depression-suicide-and-e-health/>.

3. tikslas. Stiprinti psichikos sveikatos informacines sistemas bei įrodymais grįstus tyrimus.

Moksliniai tyrimai – svarbūs tinkamos psichikos sveikatos politikos planavimo, įgyvendinimo bei vertinimo komponentai. Nauja, įrodymais grįsta informacija politikos atstovams leidžia taikyti efektyvius metodus, remtis kitų šalių gerąja praktika. Taip pat tai suteikia galimybę stebėti įgyvendinamas priemones bei jas tobulinti. Taigi ketvirtam Europos psichikos sveikatos veiksmų plano tikslui pasiekti, PSO išskiria šias sritis:

- *Informacinių sistemų plėtra.* Išnaudojant informacinių sistemų galimybes, tikslinga integruoti psichikos sveikatą į bendrą sveikatos informacijos sistemą. Tai leis atlikti išsamesnes analizes, palyginti duomenis su kitomis ES šalimis, reguliariai pranešti rezultatus bei patobulinti psichikos sveikatos paslaugų teikimą ir prevenciją.
- *Įrodymai ir tyrimai.* PSO valstybėms narėms rekomenduoja gerinti mokslinių tyrimų kokybę, didinti tyrimus atliekančių asmenų skaičių bei akademinį bendradarbiavimą, įgyvendinant psichikos sveikatos nacionalinius tyrimus.

Apibendrinant Europos psichikos sveikatos dokumentuose pateiktus tikslus galima teigti, kad svarbiausi sėkmingos psichikos sveikatos politikos formavimo bei įgyvendinimo komponentai – politinė valia, tarpsektorinis bendravimas, visų procese dalyvaujančių įtraukimas, visuomenės švietimas, racionalus bei poreikius atitinkantis išteklių planavimas, gera įgyvendinamų procesų vadyba bei rezultatų stebėseną. Siekiant sėkmingo PSO siūlomų tikslų įgyvendinimo, svarbu atsižvelgti ir į konkrečios valstybės situaciją, kadangi ES šalys yra skirtinguose psichikos sveikatos politikos kūrimo bei įgyvendinimo etapuose.^{56 57}

2. PSICHIKOS SVEIKATOS POLITIKA LIETUVOJE

2.1. Psichikos sveikatos politikos reglamentavimas Lietuvoje

Lietuvos psichikos sveikatos politikos formavimo ir įgyvendinimo procesus paskatino Lietuvos Respublikos nepriklausomybės atkūrimas bei Europoje vykusios tarptautinės politinės iniciatyvos. Po nepriklausomybės atgavimo, 1995 metais priimtas pirmasis ir svarbiausias psichikos sveikatą reglamentuojantis teisės aktas – Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros įstatymas (Žin., 1995, Nr. 53-1290). Šio įstatymo tikslas – nustatyti asmenų, kurie

⁵⁶ „Mental Health“, WHO, 2019 m. balandžio 6 d., <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/mental-health>.

⁵⁷ „The European Mental Health Action Plan 2013–2020“, 8.

naudojasi psichikos sveikatos priežiūra, teises, psichikos sveikatos priežiūros tvarką ir kontrolę. Per šį laikotarpį įgyvendinti šie dokumento pakeitimai:

- 1999 metais įstatyme pateikiama nauja sąvoka „psichikos sveikata“ bei jos apibrėžimas. Taip pat dokumente atsiranda naujas straipsnis (38¹) apie Valstybinės psichikos sveikatos komisijos prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės (toliau – VPSK) sudėtį, funkcijas bei teises. Psichikos sveikatos politikos įgyvendinimui skatinamas tarpsektorinis bendradarbiavimas: dokumente teigiama, kad VPSK sudaro Sveikatos apsaugos, Socialinės apsaugos ir darbo, Švietimo ir mokslo, Vidaus reikalų, Teisingumo ministerijų atstovai, Lietuvos savivaldybių asociacijos, Sveikatos apsaugos ministerijos pasiūlytų visuomeninių organizacijų bei gausiausių tradicinių religinių bendruomenių atstovai. Šios komisijos funkcijos apimė Lietuvos gyventojų psichikos sveikatos būklės analizę, jos ryšį su valstybės raida bei įvairių sektorių įgyvendinamomis permainingomis, išvadų bei siūlymų teikimą Vyriausybei ir Seimui. Taip pat VPSK koordinavo Lietuvos psichikos sveikatos politikos ir strategijos praktinį įgyvendinimą bei atliko kitas numatytas funkcijas.
- 2001 metais įgyvendinti tam tikrų straipsnių pakeitimai bei X skyrius pripažintas netekusiu galios. Panaikintas įstatymo skyrius apibrėžė Savivaldybės psichikos sveikatos komisijos (toliau – SPSK) steigimo sąlygas bei funkcijas: „39 straipsnis. SPSK yra steigama savivaldybės valdybos sprendimu trejiems metams ten, kur yra stacionarinė psichiatrijos įstaiga, šio įstatymo nustatytiems psichikos sveikatos priežiūros klausimams spręsti: priverstinio hospitalizavimo, priverstinio gydymo, ginčams, kylantiems tarp paciento, jo atstovo ir medicinos darbuotojų dėl sveikatos priežiūros, ir kitiems šiame įstatyme ir SPSK nuostatuose nurodytiems klausimams“.
- 2003 metais atliktas IX skyriaus pavadinimo pakeitimas, kuriame žodis „nusikaltimas“ pakeistas į „nusikalstama veika“.
- 2005 metais atliktas 6 straipsnio pakeitimas, kuriame žodžiai „psichikos invalidai“ pakeisti į „žmonės su psichine negalia“. Vadovaujantis šio straipsnio pakeitimu, galima teigti, jog keitėsi požiūris bei didėjo tolerancija psichikos sveikatos sutrikimų turintiems asmenims.
- 2019 metais paskelbta LR psichikos sveikatos priežiūros įstatymo Nr. I-924 nauja redakcija. Šios redakcijos paskirtis – nustatyti psichikos sveikatos priežiūros principus, psichikos ir elgesio sutrikimų turinčių pacientų teises ir jų ribojimo sąlygas, visuomenės psichikos sveikatos priežiūros pagrindus ir asmens psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo pagrindus. Šiame įstatyme išskiriama asmens ir visuomenės psichikos sveikata, psichikos sveikatos priežiūros principai. Taip pat naujoje įstatymo redakcijoje reglamentuojama, kad nesant poreikiui skubiam paciento gydymui vaistais, taikyti psichoterapiją, psichologinę konsultavimą, o nepasiteisinus šiems metodams – taikyti gydymą vaistais. Taip pat reglamentuojami psichikos

ir elgesio sutrikimų turinčių asmenų judėjimo laisvės ribojimai, taikant konkrečias fizinio suvaržymo priemones bei laiko terminus.⁵⁸

Per šį laikotarpį, be LR psichikos sveikatos priežiūros įstatymo, atlikti ir kiti svarbūs psichikos sveikatos politikos formavimo bei įgyvendinimo procesai. 1991 metais įkurtas Valstybinis psichikos sveikatos centras, kurio pagrindinė funkcija – koordinuoti nacionalinės psichikos sveikatos politikos įgyvendinimą. Taip pat 1991 metais patvirtinta Valstybinė psichikos sutrikimų prevencijos programa 1999–2009 metams, skirta psichikos sveikatos priežiūros paslaugų tobulinimui pirminiame, antriniame ir tretiniame lygiuose. 2000 metais įsteigta Valstybinė psichikos sveikatos komisija, kurios pagrindinė užduotis – koordinuoti psichikos sveikatos politiką bei užtikrinti tarpsektorinį bendradarbiavimą. 2002 m. Valstybinis psichikos sveikatos centras lietuvių kalba publikuoja PSO 2001 metų pranešimą „Psichikos sveikata: naujas supratimas, nauja viltis“. Šiame pranešime politikams pateiktos rekomendacijos, kaip gerinti visuomenės psichikos sveikatą.⁵⁹

Vienas iš svarbiausių politinių dokumentų, kuriame apibrėžiamos kryptys visuomenės sveikatos gerinimui, – Lietuvos sveikatos programa, priimta 1998 metais. Šioje programoje nustatyti tikslai ir visuomenės psichikos sveikatos situacijai gerinti: 1. Iki 2005 metų stabilizuoti ligotumą psichikos ligomis. 2. Iki 2010 metų sumažinti savižudybių kiekį, pasiekiant vidutinių Europos šalių rodiklius, t. y. iki 25 iš 100 000 gyventojų. 3. Iki 2010 m. sumažinti sergamumą alkoholinėmis psichozėmis iki 10 iš 100 000 gyventojų. Vertinant šios programos įgyvendinimą nustatyta, kad buvo sėkmingai įsteigti psichikos sveikatos centrai savivaldybėse, tačiau alkoholio kontrolės veiksmingumas nenustatytas.⁶⁰

Siekiant gerinti visuomenės psichikos sveikatą mažinant alkoholio, tabako bei kitų narkotinių medžiagų vartojimą, patvirtintos šios nacionalinės prevencinės programos:

- 1999 metais – Valstybės alkoholio kontrolės programa 1999 – 2011 metams. Pagrindinis programos tikslas – mažinti alkoholio pasiūlą ir vartojimą, piktnaudžiavimą alkoholiu, jo daromą žalą žmonių sveikatai ir Lietuvos ūkiui. Prie šios programos prisidėjo: Sveikatos apsaugos ministerija, Švietimo ir mokslo ministerija, Ūkio ministerija, Žemės ūkio ministerija, Vidaus reikalų ministerija, Socialinės apsaugos ir darbo ministerija, , Valdymo reformų ir savivaldybių reikalų ministerija, Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos

⁵⁸ „Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros įstatymas“, TAR.

⁵⁹ Dainius Pūras, „Psichikos sveikatos politika ir žmogaus teisės Lietuvoje.“

⁶⁰ „Nutarimas dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo, Nr. VIII-833“, TAR, žiūrėta 2019 m. balandžio 15 d. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.60036?jfwid=rivwzvpvg>.

Vyriausybės, Finansų ministerija, Valstybinė tabako ir alkoholio kontrolės tarnyba prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės.⁶¹

- 1999 metais – Nacionalinė narkotikų kontrolės ir narkomanijos prevencijos programa 1999 – 2003 metams. Pagrindinis šios programos tikslas – nustatyti valstybės narkotikų kontrolės ir narkomanijos politikos uždavinius bei jų sprendimo būdus. Nacionalinė programa parengta atsižvelgiant į JT narkotikų kontrolės programos rekomendacijas, valstybinių institucijų ir visuomeninių organizacijų pateiktus pasiūlymus. Prie šios programos įgyvendinimo proceso prisidėjo Sveikatos apsaugos ministerija, Socialinės apsaugos ir darbo ministerija, Švietimo ir mokslo ministerija, Kalėjimų departamentas prie Teisingumo ministerijos, Policijos departamentas prie Vidaus reikalų ministerijos, Muitinės departamentas prie Vidaus reikalų ministerijos bei kitos įstaigos. Pasibaigus nacionalinės programos veiklai, atliktas įvertinimas, kurio metu nustatyta, kad organizavimas nebuvo pakankamai nuoseklus, sistemiškas, koordinuotas bei kontroliuojamas.⁶²
- 2004 metais – Nacionalinė narkotikų kontrolės ir narkomanijos prevencijos programa 2004 – 2008 metams. Strateginis šios programos tikslas – sustabdyti ir sumažinti narkomanijos plitimą, nustatyti ir įgyvendinti pagrindines valstybės politikos gaires, veiklos kryptis narkomanijos prevencijos bei narkotikų kontrolės srityje ir padidinti narkomanijos prevencijos veiksmingumą Lietuvoje. Programos priemonių vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija, Teisingumo ministerija, Švietimo ir mokslo ministerija, Socialinės apsaugos ir darbo ministerija, Kultūros ministerija, Vidaus reikalų ministerija, Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas, Muitinės departamentas prie Vidaus reikalų ministerijos, Kalėjimų departamentas prie Teisingumo ministerijos, Policijos departamentas prie Vidaus reikalų ministerijos, Finansų ministerija bei kitos įstaigos. Siekiant platesnio susitarimo bei sėkmingo programos įgyvendinimo, vykdytas tarptautinis bendradarbiavimas su JT tarptautiniu narkotikų kontrolės komitetu, Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centru, Interpolu, Europolu bei kitomis tarpautinėmis organizacijomis.⁶³
- 2010 metais – Nacionalinė narkotikų kontrolės ir narkomanijos prevencijos programa 2010 – 2016 metams. Pagrindinis šios programos tikslas – stabdyti ir mažinti neteisėtą narkotinių ir psichotropinių medžiagų bei jų pirmtakų pasiūlą ir paklausą, narkomanijos plitimą, stiprinant asmens ir visuomenės švietimą, sveikatą ir saugumą. Programos priemonių vykdytojai:

⁶¹ „Nutarimas dėl Valstybės alkoholio kontrolės programos patvirtinimo, Nr. 212“, TAR, žiūrėta 2019 m. balandžio 15 d., <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.74909?jfwid=rivwzvpvg>.

⁶² „Nutarimas dėl Nacionalinės narkotikų kontrolės ir narkomanijos prevencijos 1999-2003 metų programos patvirtinimo, Nr. 970“, TAR, žiūrėta 2019 m. balandžio 15 d. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.85890/asr>.

⁶³ „Nutarimas dėl Nacionalinės narkotikų kontrolės ir narkomanijos prevencijos 2004-2008 metų programos įgyvendinimo 2005 metų priemonių patvirtinimo, Nr. 250“, TAR, žiūrėta 2019 m. balandžio 15 d. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.251981?jfwid=8qkvw16r8>.

Sveikatos apsaugos ministerija, Švietimo ir mokslo ministerija, Socialinės apsaugos ir darbo ministerija, Kultūros ministerija, Teisingumo ministerija, Vidaus reikalų ministerija, Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas, Muitinės departamentas prie Vidaus reikalų ministerijos, Kalėdimų departamentas prie Teisingumo ministerijos, Ūkio ministerija, Policijos departamentas prie Vidaus reikalų ministerijos, Finansų ministerija bei kitos įstaigos.⁶⁴

- 2014 metais – Nacionalinė narkotikų kontrolės ir narkomanijos prevencijos programa 2015 – 2025 metams. Programos tikslas – stiprinti gyventojų saugumą ir sveikatą, mažinant narkotikų, tabako ir alkoholio vartojimą, pasiūlą bei paklausą. Pagrindinės programos priemonės įgyvendinančios institucijos: Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas, Finansų ministerija, Apsaugos ministerija, Socialinės apsaugos ir darbo ministerija, Susisiekimo ministerija, Sveikatos apsaugos ministerija, Švietimo ir mokslo ministerija, Teisingumo ministerija, Užsienio reikalų ministerija, Vidaus reikalų ministerija, Žemės ūkio ministerija bei kitos įstaigos.⁶⁵

Atsižvelgiant į didėjančią savižudybių problematiką Lietuvoje, 2003 metais patvirtinta Nacionalinė savižudybių prevencijos programa 2003 – 2005 metams. Programos įgyvendinimo laikotarpiui išskirtos trys pagrindinės veiklos kryptys: 1. Informacijos teikimas ir visuomenės nuostatų keitimas; 2. Pagalba rizikos grupėms ir asmenims, esantiems rizikos grupėje; 3. Moksliniai tyrimai ir analizė. Šios programos vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija, Švietimo ir mokslo ministerija, Socialinės apsaugos ir darbo ministerija, Teisingumo ministerija, Krašto apsaugos ministerija, Vidaus reikalų ministerija, Vilniaus universitetas, Kauno medicinos universitetas, Teisės universitetas, Valstybinis psichikos sveikatos centras, Lietuvos telefoninės psichologinės pagalbos tarnybų asociacija, Vaikų ir jaunimo psichologinis centras, psichikos sveikatos centrai, Lietuvos suicidologų asociacija, Žiegždrių psichiatrijos ligoninė, greitoji medicinos pagalba, Socialinių tyrimų institutas bei kitos įstaigos.⁶⁶ Taip pat visuomenės savižudybių skaičiaus mažinimo tikslas įtrauktas į Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programą.⁶⁷

Siekiant pagerinti ligų profilaktiką, greitą reagavimą į sveikatos rizikos veiksnius, reformuoti ir skantinti bendruomeninę visuomenės sveikatos sistemą, 2001 metais LR Vyriausybė nutarė patvirtinti Lietuvos nacionalinę visuomenės sveikatos priežiūros 2006–2013 metų strategiją

⁶⁴ „Nutarimas dėl Nacionalinės narkotikų kontrolės ir narkomanijos prevencijos 2010–2016 metų programos patvirtinimo, Nr. XI-1078“, TAR, žiūrėta 2019 m. spalio 15 d. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.385362/asr>.

⁶⁵ „Nutarimas dėl Valstybinės 2015–2025 m. narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės ir vartojimo prevencijos programos patvirtinimo, Nr. 14-8289(2)“, TAR, žiūrėta 2019 m. balandžio 15 d. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAP/68c3f1603fc011e48aeb5080bf6742d?jfwid=-o11rvpqm1>.

⁶⁶ „Nutarimas dėl Savižudybių prevencijos 2003-2005 metų programos patvirtinimo, Nr. 451“, TAR, žiūrėta 2019 m. balandžio 15 d., <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalActPrint/lt?jfwid=i0s9d9dm3&actualEditionId=VIkMSKvbZt&documentId=TAIS.209003&category=TAD>.

⁶⁷ Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, *Lietuvos gyventojų sveikatos būklė Europos Sąjungos šalių kontekste*, 37.

ir Lietuvos nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros 2006–2013 metų strategijos įgyvendinimo priemonių 2006–2008 metų planą. Šiuose dokumentuose didelis dėmesys skiriamas ankstyvam psichikos ir elgesio sutrikimų rizikos veiksnių nustatymui, veiksmingoms prevencijos ir intervencijos programoms švietimo ir socialinės apsaugos sektoriuose. Taip pat pabrėžiamas poreikis mažinti alkoholio vartojimo paplitimą, atsižvelgiant į ankstesniuose dokumentuose iškeltų tikslų nesėkmes, kelti psichikos sveikatos specialistų kvalifikaciją, ugdyti supratimą apie sveikatos mokymo naudą bei skatinti Nevyriausybinį organizacijų dalyvavimą, teikiant sveikatos paslaugas. Už Lietuvos nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros 2006–2013 metų strategijos įgyvendinimo organizavimą bei koordinavimą atsakinga Sveikatos apsaugos ministerija.⁶⁸

2007 metais patvirtinta Psichikos sveikatos strategija, kurios tikslas – sukurti psichikos sveikatos priežiūros sistemą, kuri leistų, veiksmingai ir racionaliai naudojant išteklius, vadovaujantis šiuolaikinėmis mokslo žiniomis ir vertybėmis, stiprinti visuomenės psichikos sveikatą bei teikti visapusišką pagalbą psichikos ir elgesio sutrikimų turintiems asmenims ir jų šeimoms. Šioje psichikos sveikatos strategijoje apibrėžiamos gairės, skirtos visuomenės psichikos sveikatos vystymuisi Lietuvoje. Dokumente pateikti principai atspindi ES psichikos sveikatos politikos prioritetus, tokius kaip: žmogaus teisių užtikrinimas, psichikos sveikatos stiprinimas, psichikos sutrikimų prevencija, modernios ir pacientų poreikius atitinkančios paslaugos, nedidelių psichikos sveikatos sutrikimų gydymas nespecializuotose sveikatos priežiūros įstaigose, pacientų bei jų artimųjų ir nevyriausybinių sektoriaus vaidmens stiprinimas bei jų dalyvavimo skatinimas.⁶⁹ Už šios strategijos įgyvendinimo koordinavimą atsakinga Sveikatos apsaugos ministerija su Valstybine psichikos sveikatos komisija prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės.⁷⁰ 2008 metais, įgyvendinant 2007 metais patvirtintą Psichikos sveikatos strategiją, parengta Valstybinė psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo programa 2008–2010 metams. Prie šios programos įgyvendinimo proceso prisidėjo: Sveikatos apsaugos ministerija, Švietimo ir mokslo ministerija, Vidaus reikalų ministerija, Socialinės apsaugos ir darbo ministerija, Kalėjimų departamentas prie Teisingumo ministerijos, Finansų ministerija, Valstybinė psichikos sveikatos komisija ir savivaldybės.⁷¹

Siekiant kurti darnią, efektyvesnę bei konkurencingą sveikatos priežiūros sistemą, LR Seimas patvirtino Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenis. Dokumente pateikiama misija – „motyvuoti žmones sveikai gyventi, skatinti ligų prevenciją, o jiems susirgus

⁶⁸ „Nutarimas dėl Lietuvos nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros 2006–2013 metų strategijos ir jos įgyvendinimo priemonių 2006–2008 metų plano patvirtinimo, Nr. 941“, TAR, žiūrėta 2019 m. balandžio 17 d., <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.146046/asr>.

⁶⁹ Pūras ir kt., *Iššūkiai įgyvendinant Lietuvos psichikos sveikatos politiką*, 68.

⁷⁰ „Nutarimas dėl Psichikos sveikatos strategijos patvirtinimo, Nr. X-1070“.

⁷¹ „Nutarimas dėl Valstybinės psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo 2008–2010 metų programos patvirtinimo, Nr. 645“, TAR, žiūrėta 2019 m. balandžio 18 d. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.323940/asr>.

– suteikti kokybiškas reikiamas sveikatos priežiūros paslaugas, efektyviai naudojant turimus išteklius“. Taigi dokumente daug dėmesio skiriama pirminės sveikatos priežiūros stiprinimui, šiuolaikinių bei įrodymais grįstų visuomenės psichikos sveikatos gerinimo prevencinių metodų įgyvendinimui. Taip pat ambulatorinės reabilitacijos ir psichikos sveikatos paslaugų, dienos centrų plėtrai, siekiant skatinti paslaugų teikimą bendruomenėje.⁷²

Pastarųjų dokumentų pagrindu buvo parengta ir patvirtinta Valstybinė visuomenės sveikatos priežiūros plėtros savivaldybėse 2007 – 2010 metų programa. Programos paskirtis – „plėtoti savivaldybėse visuomenės sveikatos priežiūrą – visumą organizacinių, teisinių, ekonominių, techninių, socialinių ir medicinos priemonių, padedančių atlikti ligų ir traumų profilaktiką, išsaugoti ir stiprinti visuomenės sveikatą; skatinti valstybės ir savivaldybių institucijų partnerystę, bendruomenės dalyvavimą sprendžiant sveikos gyvensenos klausimus“. Įgyvendinant programos tikslus, įsteigti savivaldybių visuomenės sveikatos biurai, atsakingi ir už psichikos sutrikimų prevenciją, bendradarbiaujant su ugdymo ir kitomis įstaigomis bei visuomene. Visuomenės sveikatos priežiūros infrastruktūros plėtra savivaldybėse buvo finansuota iš valstybės bei ES lėšų (nacionalinės išlaidos - 2 105 879 Lt, ES - 11 933 312 Lt). 2010 metais Lietuvos savivaldybėse veikė 32 visuomenės sveikatos biurai, o 2018 metais skaičius išaugo iki 47 visuomenės sveikatos biurių Lietuvoje. 2010 metais šios programos veiksmingumą įvertino Higienos institutas. Ataskaitoje teigiama, kad regionuose, kuriuose įsteigti visuomenės sveikatos biurai, gyventojų sveikata gerėjo.^{73 74 75}

Taigi pagrindiniai psichikos sveikatos politikos tikslai, pateikti aptartuose dokumentuose, – stiprinti visuomenės psichikos sveikatą, mažinti psichikos sveikatos sutrikimų paplitimą visuomenėje, suteikti reikiamą pagalbą psichikos ir elgesio sutrikimų turintiems asmenims bei jų šeimoms, mažinti narkotikų ir kitų psichotropinių medžiagų vartojimą, didinti visuomenės samoningumą ir saugumą bei kurti efektyvią, darnią ir sėkmingai funkcionuojančią psichikos sveikatos sistemą. Lietuvos psichikos sveikatos politika, atsispindinti šiuose dokumentuose, apima daugelį psichikos sveikatos priežiūros komponentų, įskaitant prevenciją, gydymą ir reabilitaciją.

⁷² „Nutarimas dėl Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenų patvirtinimo, Nr. XI-1430“, TAR, žiūrėta 2019 m. balandžio 18 d., <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalActPrint/lt?jfwid=q86m1vsxj&documentId=TAIS.401152&category=TAD>.

⁷³ Higienos instituto Sveikatos politikos formavimo centras, *Valstybinės visuomenės sveikatos priežiūros plėtros savivaldybėse 2007 - 2010 metų programos vertinimas* (Vilnius, 2010), 6.

⁷⁴ „Nutarimas dėl Valstybinės visuomenės sveikatos priežiūros plėtros savivaldybėse 2007-2010 metų programos patvirtinimo, Nr. 1228“, TAR, žiūrėta 2019 m. balandžio 18 d. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.309435?jfwid=rivwzvpvg>.

⁷⁵ Chiara Samele, Stuart Frew ir Norman Urquía, *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* (2013), 57.

2.2. Psichikos sveikatos priežiūros organizavimas Lietuvoje

PSO, organizuojant psichikos sveikatos priežiūrą, didžiausią dėmesį rekomenduoja skirti pirminio lygio psichikos sveikatos priežiūros paslaugoms bei jų kokybės užtikrinimui. Atliktų tyrimų duomenimis nustatyta, kad pirminio lygio grandinės stiprinimas teikia didžiausią grąžą, gerinant visuomenės psichikos sveikatos būklę.⁷⁶

Lietuvoje psichikos sveikatos priežiūros organizavimas vykdomas vadovaujantis LR sveikatos sistemos įstatymu (Žin., 1994, Nr. 63-1231), LR sveikatos priežiūros įstaigų įstatymu (Žin., 1996-07-12, Nr. 66-1572), LR psichikos sveikatos priežiūros įstatymu (Žin., 1995, Nr. 53-1290), LR sveikatos apsaugos ministro 2012 metais patvirtintu įsakymu Nr. V-861 „Dėl pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“, LR sveikatos apsaugos ministro 1999 metais patvirtintu įsakymu Nr. 256 „Dėl pirminio, antrinio ir tretinio lygių psichiatrijos ir psichoterapijos paslaugų teikimo suaugusiesiems reikalavimų bei psichiatrijos dienos stacionaro ir psichoterapijos paslaugų bazinių kainų tvirtinimo“. Taigi vadovaujantis minėtais dokumentais, Lietuvoje psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimas organizuojamas trimis lygiais: pirminė, antrinė ir tretinė asmens psichikos sveikatos priežiūra, kuri atitinkamai teikiama rajonų, regionų ir respublikos lygmenyse. Taip pat asmens psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios įstaigos, pagal paslaugų teikimo laiką ir vietą skirstomos į: ambulatorines, stacionarines ir mišrias.

Pirminė ambulatorinė psichikos sveikatos priežiūra – tai kvalifikuotų pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų psichikos sveikatos centruose (PSC), kompleksas. Šias paslaugas teikia komanda, kurią sudaro: gydytojas psichiatras, gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras, psichikos sveikatos slaugytojas, socialinis darbuotojas bei medicinos psichologas. Kiekvienam psichikos sveikatos specialistų komandos nariui nustatytas maksimalus aptarnaujamų asmenų skaičius – 17 000 gyventojų. Šis maksimalus aptarnaujamų gyventojų skaičius kiekvienam PSC komandos nariui 2018 metais sumažintas nuo 20 000 gyventojų iki 17 000 gyventojų pagal sveikatos apsaugos ministro 2018 m. sausio 18 d. patvirtintą įsakymą Nr. V59. Pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos visiems prie PSC prisirašiusiems gyventojams. PSC steigiamas pirminiame asmens sveikatos priežiūros centre (PSPC) arba kaip atskira įstaiga, kuri yra akredituota teikti psichikos sveikatos priežiūros paslaugas. Už paslaugas, teikiamas PSC, įstaigai mokama vadovaujantis nustatytais LR sveikatos apsaugos

⁷⁶ Aneta Buraitytė ir Barbora Butkutė, „Nemedikamentinis depresijos gydymas: gerosios užsienio praktikos ir Lietuvos realijos“ (teminio tyrimo ataskaita, VšĮ Investuok Lietuvoje, 2018), 5.

ministro bazinėmis psichikos sveikatos priežiūros paslaugų kainomis.⁷⁷ 2017 metais Valstybinio psichikos sveikatos centro atlikto tyrimo metu nustatyta, kad pirmines ambulatorines psichikos sveikatos priežiūros paslaugas Lietuvos gyventojams 2016 metais teikė 111 gydymo įstaigų.⁷⁸ Valstybinės ligonių kasos duomenimis, 2018 m. psichikos sveikatos paslaugas teikė 112 PSC (1999 metais – 49 PSC), kuriuose patvirtinti 222,6 gydytojų psichiatrų (vaikų ir pauglių, suaugusiųjų) etatai (1999 metais – 128,5 etati), 222,9 psichikos sveikatos slaugytojų etatai (1999 metais – 125,75 etatai), 182,8 medicinos psichologų ir 181,4 socialinių darbuotojų etatai (1999 metais – 14,5 etatai).⁷⁹ Taigi vertinant 1999 – 2018 metais Lietuvoje veikiančių PSC ir psichikos sveikatos specialistų skaičių – stebimas augimas, gerinantis pirminių psichikos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą.⁸⁰

Antrinė psichikos sveikatos priežiūra – tai psichikos sveikatos priežiūros paslaugos, teikiamos regionų ligoninių psichiatrijos skyriuose ar atskirtai įsteigtose psichiatrinėse ligoninėse asmenims, kuriems diagnozuota psichikos sveikatos liga ir reikalingas gydymas bei specialistų priežiūra visą parą. Šias paslaugas teikia komanda, kurią sudaro: gydytojas psichiatras, gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras, psichoterapeutas, psichikos sveikatos slaugytojas, socialinis darbuotojas bei medicinos psichologas. Šiuo metu Lietuvoje antrines psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikia šios ligoninės: Jurbarko ligoninė, Kėdainių ligoninė, Klaipėdos jūrininkų ligoninė, Psichiatrijos departamentas Švėkšnoje, Klaipėdos universitetinė ligoninė, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos, Marijampolės ligoninė, Mažeikių ligoninė, Pasvalio ligoninė, Regioninė Telšių ligoninė, Rokiškio psichiatrijos ligoninė, Tauragės ligoninė, Vaikų ligoninė Viešosios Įstaigos Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų filialas, Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikos.⁸¹ Už antrines psichikos sveikatos priežiūros paslaugas, įstaigai mokama vadovaujantis nustatytomis LR sveikatos apsaugos ministro bazinėmis psichikos sveikatos priežiūros paslaugų kainomis.

Tretinė psichikos sveikatos priežiūra – tai labiausiai specializuota asmens psichikos sveikatos priežiūra, kurią atlieka centrinės Lietuvos asmens psichikos sveikatos priežiūros įstaigos. Antrinio bei tretinio lygmens įstaigose pacientai hospitalizuojami reikalingiems tyrimams ir (ar)

⁷⁷ „V-861 Įsakymas dėl Pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo, Nr. V-861“, TAR, žiūrėta 2019 m. gegužės 23 d., <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.4FFD327951E3/asr>.

⁷⁸ Valstybinio psichikos sveikatos centro Savižudybių prevencijos biuras, „Sveikatos priežiūros paslaugų su savižudybės rizika susijusiems asmenims prieinamumo vertinimas“ (tyrimo ataskaita, Valstybinis psichikos sveikatos centras, 2017), 7.

⁷⁹ Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos Sutarčių ir teritorinių ligonių kasų koordinavimo skyrius, „2017 METŲ teritorinių ligonių kasų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sutarčių dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų vykdymas“ (vykdymo ataskaita, VLK, 2018).

⁸⁰ „Healthcare personnel statistics - physicians“, Eurostat, žiūrėta 2019 m. gegužės 3 d., <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/pdfscache/37382.pdf>.

⁸¹ „Informacija psichikos sveikatos klausimais“, Valstybinis psichikos sveikatos centras, žiūrėta 2019 m. rugpjūčio 23 d., <http://vpssc.lrv.lt/lt/informacine-medziaga/informacija-psichikos-sveikatos-klausimais>.

gydymui atlikti. Tretinio psichikos sveikatos priežiūros lygmens įstaigoms priskiriamos šios: Respublikinė Kauno ligoninė (Aleksoto sektorius ir Marių sektorius), Respublikinė Klaipėdos ligoninė, Respublikinė Panevėžio ligoninė, Respublikinė Šiaulių ligoninė, Respublikinė Vilniaus psichiatrijos ligoninė ir Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė. Šiose įstaigose paslaugas kaip ir antriniame lygyje teikia šios srities specialistų komanda: gydytojas psichiatras, gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras, psichoterapeutas, psichikos sveikatos slaugytojas, socialinis darbuotojas bei medicinos psichologas.⁸² Skirtingai nei pirminiame ir antriniame, tretiniame psichikos sveikatos priežiūros lygiuose asmenims yra teikiamos psichoterapeutų paslaugos, kurių 24 seansai per metus apmokami iš PSDF biudžeto lėšų.⁸³

Taip pat psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikime dalyvauja ir įvairios Nevyriausybines organizacijos. Vadovaujantis 2019 metais Lietuvoje sukurtos nacionalinės savižudybių prevencijos interneto svetainės pagalbos teikėjų duomenimis, kurių 2018 metais nusprendė sukurti LR Sveikatos apsaugos ministerijos, Valstybinio psichikos sveikatos centro, Vilniaus ir Kauno miestų savivaldybių bei Emocinės paramos tarnybų asociacijų atstovai, psichologinę pagalbą galima gauti telefonu bei internetu, nesikreipiant į gydymo įstaigas. Taigi prie visuomenės psichikos sveikatos gerinimo, reikiamų paslaugų suteikimo oficialiai prisdeda ir Emocinės paramos tarnybos, Krizių įveikimo centras, Krizių intervencijos centrai bei kitos nevyriausybines organizacijos.⁸⁴

Vertinant Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros organizavimo finansavimą, vadovaujantis Psichikos sveikatos strategijos, patvirtintos Lietuvos respublikos seimo 2007 m. balandžio 3 d. nutarimu Nr. X-1070 „Dėl psichikos sveikatos strategijos patvirtinimo“ įgyvendinimo 2007-2016 metų ataskaitos duomenimis, 2012 – 2015 m. įgyvendinti pokyčiai pirminio, antrinio ir tretinio lygių psichikos sveikatos priežiūros finansavime už faktiškai suteiktas paslaugas (3 lentelė).⁸⁵

3 lentelė. 2012 – 2015 m. tiesioginės Valstybės išlaidos už faktiškai suteiktas psichikos sveikatos priežiūros paslaugas (mln. Eur)

Paslaugos pavadinimas	2012 m.	2013 m.	2014 m.	2015 m.
Pirminė psichikos sveikatos priežiūra (mln. Eur):	10,5	10,5	10,6	10,9
Bazinis mokėjimas	9,4	9,5	9,5	9,6
Skatinamosios paslaugos	-	-	0,1	0,3
Gerai darbo rezultatai	1,1	1,0	1,0	1,0

⁸² „Informacija psichikos sveikatos klausimais“.

⁸³ „Isakymas dėl pirminio, antrinio ir tretinio lygių psichiatrijos ir psichoterapijos paslaugų teikimo suaugusiesiems reikalavimų bei psichiatrijos dienos stacionaro ir psichoterapijos paslaugų bazinių kainų tvirtinimo, Nr. 256“, TAR, žiūrėta 2019 m. rugsėjo 23 d., <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.81362/asr>.

⁸⁴ „Tu Esi - Esu savižudybės krizėje ir ieškau pagalbos“, žiūrėta 2019 m. rugsėjo 23 d., <https://tuesi.lt/>.

⁸⁵ „ESFA, žirimo ataskaita, 2018“.

3 lentelė. 2012 – 2015 m. tiesioginės Valstybės išlaidos už faktiškai suteiktas psichikos sveikatos priežiūros paslaugas (mln. Eur) (tęsinys)

Paslaugos pavadinimas	2012 m.	2013 m.	2014 m.	2015 m.
Ambulatorinė psichikos sveikatos priežiūra (mln. Eur):	5,3	5,7	6,9	7,9
II, III lygio konsultacijos ir profilaktikos paslaugos	0,3	0,3	0,3	0,3
Papildomai apmokamos paslaugos (psichoterapijos seansai)	0,1	0,1	0,1	0,1
Dienos stacionaro paslaugos (suaugusiųjų, vaikų ir paauglių psichiatrija)	2,5	2,9	3,8	4,5
Dienos stacionaro paslaugos (vaiko raida)	2,3	2,4	2,7	3,0
Stacionarinė psichikos sveikatos priežiūra (mln. Eur):	30,0	31,7	34,0	36,4
Aktyvus gydymas (PDK grupė – psichikos ligos ir sutrikimai)	23,3	24,9	27,2	28,9
Aktyvus gydymas (PDK grupė – alkoholio / narkotinių medžiagų vartojimas ir alkoholio / narkotinių medžiagų vartojimo sukelti organiniai psichikos sutrikimai)	1,2	1,3	1,1	1,3
Sergančiųjų psichikos ligomis ilgalaikis gydymas ir specialioji psichiatrija	5,5	5,5	5,6	6,3
Iš viso (mln. Eur):	45,7	47,9	51,5	55,2

Cit. pagal Privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos „Sveidra“ duomenis.

Taigi 2012 – 2015 metais Lietuvoje didėjo valstybės skirtos lėšos už faktiškai suteiktas psichikos sveikatos priežiūros paslaugas pirminiame, antriniame bei tretiniame lygiuose, o nuo 2014 m. pradėtos finansuoti ir skatinamosios paslaugos pirminėje psichikos sveikatos priežiūroje. Didžiausi finansavimo pokyčiai stebimi stacionarinėje psichikos sveikatos priežiūroje (6,4 mln. Eur didesnis finansavimas) ir ambulatorinėje psichikos sveikatos priežiūroje (2,6 mln. Eur didesnis finansavimas). Taip pat 1999 – 2018 metais Lietuvoje gerėjo pirminių psichikos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas, steigiant PSC bei didėjant žmoniškiesiems ištekliams.

3. PSICHIKOS SVEIKATOS POLITIKOS FORMAVIMO IR ĮGYVENDINIMO PROCESAI LIETUVOJE (KOKYBINIS TYRIMAS)

3.1. Bendroji tyrimo proceso logika

Siekiant įvertinti psichikos sveikatos politikos formavimą ir įgyvendinimą Lietuvoje 1990 – 2018 metais, atliktas tyrimas, taikant kokybinius tyrimo metodus. Šis metodas magistro baigiamajame darbe pasirinktas siekiant suprasti subjektyvią asmens patirtį, bandant pasiekti žmogaus vidų, ir mėginant suprasti, kaip jie interpretuoja aplink jį supantį pasaulį.⁸⁶

Atliktas vienas kokybinis tyrimas, apklausiant 7 informantus. Kokybinio tyrimu, kitaip nei kiekybinio, nesiekama išmatuoti, pagrįsti, įrodyti, patikrinti priežastingumo ryšių. Šiuo tyrimo metodu siekiama suprasti bei rekonstruoti egzistuojančius reiškinius. Tai indukcinis tyrinėjimo kelias: nuo praktinio fenomeno analizės link teorijos konstravimo.⁸⁷

3.2. Tyrimo etikos principai

Kokybinio tyrimo metu buvo laikytomasi socialinių tyrimų etikos principų: geranoriškumo, privatumo, anonimiškumo, pagarbos, informacijos tikslumo.⁸⁸ Kokybinio tyrimo atlikimo metu gerbtas respondento privatumas, suteikiama tiksli informacija apie atliekamo tyrimo pobūdį bei užtikrintas anonimiškumas. Tyrėja žodiniu įsipareigojimu užtikrinimo tyrimo informantus, kad nebus skelbiama informacija, atskleidžianti informanto tapatybę.

Kokybinio tyrimo – ekspertų interviu duomenys buvo renkami planingai, gavus respondentų sutikimus dalyvauti tyrime ir iš anksto suderinus laiką bei vietą.

3.3. Kokybinio tyrimo ekspertų interviu etapas (tyrimo imtis, instrumentas)

Tyrimo metodai. Kokybinio tyrimo duomenų rinkimui pasirinktas pusiau struktūruotas interviu metodas. Šis metodas yra lankstesnis lyginant su struktūruotu interviu, kadangi numatomas tik bendras apklausos planas: pusiau struktūruoto interviu metu, užduodant iš pokalbio kilusius klausimus, galima gauti daugiau aktualios informacijos. Pusiau struktūruotas interviu su tyrimo

⁸⁶ „Kęstutis Kardelis, *Mokslinių Tyrimų Metodologija Ir Metodai* (Kaunas: Judex, 2002), 56.

⁸⁷ Anselm Strauss ir Juliet Corbin, *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory* (Sage, 1998), 47-54.

⁸⁸ Kardelis, *Mokslinių Tyrimų Metodologija Ir Metoda*, 76-84.

dalyviais vyko pokalbio forma, užduodant iš eilės pateiktus klausimus ir leidžiant informantui laisvai išsakyti savo nuomonę. Tyrimo duomenys apdoroti kokybinės turinio analizės metodu (angl. *qualitative content analysis*). Šis analizės metodas apima 4 žingsnius: daugkartinį teksto skaitymą, esminių kategorijų išskyrimą remiantis „raktiniais“ žodžiais, kategorijų turinio skaidymą į subkategorijas, kategorijų ir/ar subkategorijų interpretavimą bei pagrindimą remiantis tekstiniais įrodymais.

Tyrimo instrumentas. Kokybinio tyrimo klausimyną sudarė 9 klausimai, orientuoti į Lietuvos psichikos sveikatos politikos formavimo bei įgyvendinimo procesų vertinimą (žiūrėti 1 priedą). Interviu su informantais įrašyti diktofonu ir transkribuoti. Prieš interviu, respondentai davė žodinį sutikimą pokalbį įrašyti diktofonu. Interviu įrašymas diktofonu suteikė galimybę visą dėmesį sutelkti į pokalbį bei informanto išsakytą nuomonę, o ne į atsakymų užrašymą. Tokiu būdu išlaikytas glaudesnis ryšys tarp tyrėjo bei tyrimo dalyvio.

Tyrimo dalyvių imtis – 7 informantai, dėl savo profesinės veiklos žinomi psichikos sveikatos politikos formuotojai bei įgyvendintojai: Sveikatos apsaugos ministerijos, Respublikinės Vilniaus psichiatrijos ligoninės, Valstybinio psichikos sveikatos centro, Žmogaus teisių stebėjimo instituto bei Vilniaus universiteto atstovai, atsakingi už psichikos sveikatos politikos formavimą ir suformuotos politikos įgyvendinimą valstybės lygmenyje. Respondentų charakteristikos pateiktos 4 lentelėje.

Tyrimo imties sudarymo būdas – tikslinė atranka, kai buvo suderinti keli imties nustatymo būdai. Tyrėja pasirinko informantus, atsižvelgdama į kokybinio tyrimo keliamus uždavinius.

Tyrimo tikslas – įvertinti Lietuvos psichikos sveikatos politikos formavimo bei įgyvendinimo procesus bei nustatyti pagrindinius politinius veiksnius, turėjusius įtakos visuomenės psichikos sveikatos būklei.

Tyrimo laikas – ekspertų interviu vykdytas 2019 m. rugsėjo – spalio mėnesiais.

Interviu trukmė – nuo 30 minučių iki 60 minučių.

Tyrimas buvo atliekamas tokiais etapais:

1. Klausimyno sudarymas;
2. Apklauso metodo parinkimas;
3. Duomenų rinkimas;
3. Duomenų analizė, ekspertų požiūris;
4. Rezultatų apibendrinimas ir išvados.

3.4. Kokybinio tyrimo ekspertų interviu rezultatų analizė

Kokybinio tyrimo kontingentą sudarė 7 psichikos sveikatos srities ekspertai. 57 proc. tiriamųjų sudarė moterys (n=4) ir 43 proc. – vyrai (n=3). Vidutinis respondentų amžius – 42 metai. Didžiausia tyrime dalyvavusių respondentų dalis dirba sveikatos priežiūros įstaigose bei universitete (71 proc.), o kiti ekspertai – valstybinėse bei tarptautinėse institucijose. Pagal darbinį statusą, daugiau nei pusė respondentų užima vadovaujančias pareigas (57 proc.), kiti lygiomis dalimis pasiskirstę specialistai bei mokslo darbuotojai. Visi tyrimo dalyviai yra įgyję aukštąjį universitetinį išsilavinimą, iš kurių 71 proc. respondentų turi daktaro laipsnį. Tyrimo dalyvavusių respondentų charakteristika pateikta 4 lentelėje.

4 lentelė. Respondentų charakteristikos (N=7)

Lytis	Moterys (57%, n=4), vyrai (43%, n=3)
Amžiaus vidurkis	42 metai
Pasiskirstymas pagal institucijos tipą	3 respondantai dirba sveikatos priežiūros įstaigose bei 2 iš jų – universitete, 1 respondantas – Sveikatos apsaugos ministerijoje, 1 – universitete, 2 respondantai – valstybinėse institucijose bei universitete, iš kurių 1 dirba ir tarptautinėse institucijoje.
Pasiskirstymas pagal darbinį statusą	2 respondantai – įstaigos vadovai, 2 – skyriaus vedėjai, 1 respondantas – vaikų ir paauglių psichiatras, 1 – universiteto docentas, 1 – specialistas.
Pasiskirstymas pagal išsilavinimą	Visi respondantai įgyję aukštąjį universitetinį išsilavinimą, iš kurių 5 turi daktaro laipsnį.

Pirmuoju interviu klausimu („**Kaip vertinate Lietuvos gyventojų psichikos sveikatos rodiklių dinamiką nuo 1990 metų?**“) siekta sužinoti, kaip ekspertai vertina Lietuvos visuomenės psichikos sveikatos rodiklių pokyčius nuo 1990 metų.

Analizuojant šio klausimo interviu turinį, išskirtos keturios kategorijos (*teigiami pokyčiai, neigiami pokyčiai, netolygūs pokyčiai, nevertinami rodikliai*) bei keturios subkategorijos (*psichikos sutrikimų rodiklis, savižudybių rodiklis, alkoholio vartojimo rodiklis, patyčių rodiklis*).

5 lentelė. Lietuvos gyventojų psichikos sveikatos rodiklių dinamikos pokyčiai 1990 – 2018 metais

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis ekspertų teiginys
Teigiami pokyčiai	Psichikos sutrikimų rodiklis	„Pavyzdžiui vertinant psichikos susirgimų skaičiaus dinamiką daug kas teigia, kad susirgimų daugėja, tačiau aš manau, kad tai rodo ne didėjančią susirgimų skaičių, o tai, kad žmonės dažniau kreipiasi pagalbos. <...> Taigi susirgimų skaičius neturėtų būti vertinamas neigiamai.“
	Savižudybių rodiklis	„Stebima gerėjanti tendencija, ypač savižudybių srityje.“ „Šiuo metu Lietuvoje savižudybių skaičius mažėja.“ „<...> savižybės, kurių rodiklis pastaruoju metu mažėja. Buvo metų, kai per minėtą laikotarpį savižudybių tai sumažėdavo, tai padidėdavo, tačiau galiausiai po truputį stabiliai mažėja.“
	Alkoholio vartojimo rodiklis	„Šio rodiklio dinamiką vertinu teigiamai.“ „Geriausi rezultatai stebimi būtent po pastarųjų alkoholio kontrolės pataisų <...>“.
	Patyčių rodiklis	„Taip ir patyčių srityje, nors ir pirmaujame tarp kitų Europos valstybių, tačiau mažėjimo tendencija yra.“
Neigiami pokyčiai	Psichikos sutrikimų rodiklis	„Taigi epidemiologinė psichikos dinamika rodo ne tik didėjančią susirgimų skaičių <...>.“ „Psichikos sutrikimų skaičiai auga.“ „Dinamiką atspindi gilėjančios ir augančios psichikos sveikatos problemos populiacijoje.“
	Savižudybių rodiklis	„Na o būklės dinamika, kuri susijusi ir su savižudybėmis, tai ji yra baisi. Didžiausi pikai fiksuoti nuo 1995 metų.“
Netolygūs pokyčiai	Alkoholio vartojimo rodiklis	„Šioje srityje situacija sudėtingesnė, kadangi rodiklis tai mažėja, tai didėja.“
Nestebimi pokyčiai	Nevertinami rodikliai	„Sunku įvertinti dėl duomenų trūkumo.“ „Nedrįščiau vertinti nei teigiamai, nei neigiamai. <...> Trūksta tikslios informacijos dėl tyrimų trūkumo bei duomenų registravimo metodikų pokyčių.“ „Sunku vertinti dėl tyrimų trūkumo.“

Apibendrinimas. Šiuo klausimu ekspertų vertinimai pasiskirstė į keturias pagrindines grupes: teigiamas Lietuvos gyventojų psichikos sveikatos rodiklių dinamikos vertinimas, neigiamas, vienareikšmiškai neapibrėžtas bei nuomonė, kad šių rodiklių vertinti negalima dėl duomenų trūkumo.

Teigiamus pokyčius ekspertai įvertino psichikos sutrikimų, savižudybių, alkoholio vartojimo bei patyčių srityse. Neigiamą pokyčių dinamiką kita ekspertų dalis įvertino taip pat psichikos sutrikimų ir savižudybių srityse.

Daugumos ekspertų nuomone, psichikos sutrikimų skaičiaus didėjimas susijęs su visuomenėje mažėjančia šių sutrikimų stigmatizacija, gerėjančiu visuomenės sveikatos raštingumu bei dažnesniu viešu kalbėjimu šia tematika viešoje erdvėje: *„Taigi epidemiologinė psichikos dinamika rodo ne tik didėjančią susirgimų skaičių, bet ir mažėjančią stigmą, gerėjančią visuomenės psichikos sveikatos raštingumą, kad žmonės vis daugiau kalba apie emocinę bei psichinę sveikatą, kad nėra taip gėdinga apsilankyti psichikos sveikatos priežiūros įstaigoje.“*; *„Tai ir buvo siekiamybė: mažinti visuomenėje egzistuojančią stigmą ir skatinti žmones kreiptis pagalbos.“*; *„Sunku pasakyti, dėl kokių priežasčių didėja šie skaičiai, tačiau viena iš priežasčių – stigmos mažėjimas, didesnis šių problemų žinomumas, viešas kalbėjimas šia tema.“*

Analizuojant psichikos sveikatos rodiklių dinamikos pokyčius, vieno eksperto teigimu, Lietuvoje egzistuojantis dvigubai didesnis psichikos ligų paplitimas už sergamumą atskleidžia, kad psichikos sveikatos sistema neatitinka visuomenės poreikių ir nesudaro tinkamų sąlygų sveikatos stiprinimui bei ligų gydymui: *„Ligų paplitimas yra dvigubai didesnis už sergamumą, o tai rodo, kad esama psichikos sveikatos sistema nepadedą asmenims sveikti, nes nepatenkina jų poreikių. Mano požiūriu – tai labai medikalizuota sistema ir psichosocialinės paslaugos yra neišvystytos, o žmonių poreikiai yra didesni nei tik medicininiai.“*

Ekspertai, teigiamai vertinantys savižudybių dinamikos pokyčius, nurodė, kad prie pastaruoju metu gerėjančių šio rodiklio rezultatų reikšmingai prisideda Savižudybių prevencijos biuro veikla: *„Labiausiai pastebimas gerėjimas šioje srityje vyko pastaraisiais metais ir ateinančių šešių metų laikotarpyje galime tikėtis priartėti prie kitų Europos šalių vidurkio. Prie to labai prisideda ir Savižudybių prevencijos biuro vykdoma veikla.“*; *„Šiuo metu Lietuvoje savižudybių skaičius mažėja – to priežastį matau Savižudybių prevencijos biuro veiklos rezultatus.“*

Taip pat iš ekspertų pateiktų atsakymų pastebima, kad prie psichikos sveikatos rodiklių dinamikos pokyčių tiesiogiai prisideda valstybėje vykdoma sveikatos politika, politikų skiriamas dėmesys psichikos sveikatos politikos formavimui bei įgyvendinimui ir tarptautinių organizacijų pateiktų rekomendacijų įgyvendinimas: *„Na o būklės dinamika, kuri susijusi ir su savižudybėmis, tai ji yra baisi. Didžiausi pikai fiksuoti nuo 1995 metų. Tai vyko dėl politikoje egzistuojančio mąstymo, kad „kaip bus, taip bus“, be specialios politikos. Daugiau yra pavienių iniciatyvų, bet ne*

kompleksinis valstybės susitarimas. OECD Lietuvai jau seniai pateikė dvi pastabas: pirma – Lietuva neturi savižudybių mažinimo strategijos, nėra politinės valios susitariant, kokiais būdais ir į ką valstybė turi investuoti (ar į švietimą, ar į medicininės paslaugas, ar į socialines paslaugas), sprendžiant savižudybių problemą, o antra problema – reikiamų paslaugų nebuvimas. Pavyzdžiui, psichologų konsultacijų nebuvimas PSC, netolygumai PSC teikiamų paslaugų spektre. PSC finansavimo sistema nėra skatinanti veikti, tik dabar neseniai įvedus skatinamąsias paslaugas tikėkimės, kad padidės paslaugų prieinamumas.“

Vieno iš tyrime dalyvavusių ekspertų teigimu, netolygi alkoholio vartojimo tendencija tiesiogiai susijusi su valdančiųjų pažiūromis bei jų formuojama politika: „Kitas svarbus rodiklis – alkoholio vartojimas. Šioje srityje situacija sudėtingesnė, kadangi rodiklis tai mažėja, tai didėja. Pastebėta, kad šio rodiklio rezultatai susiję net ir su tuo, kokių pažiūrų koalicija susiformuoja Seime, kadangi vienu atveju sudaromos palankesnės sąlygos alkoholio pramonei, kitu – jos sugriežtinamos. Tai tiesiogiai koreliuoja su alkoholio vartojimo padidėjimu ar sumažėjimu. Geriausi rezultatai stebimi būtent po pastarųjų alkoholio kontrolės pataisų.“

Antro klausimo („Kokie, Jūsų nuomone, specifiniai rizikos veiksniai svarbiausi Lietuvos psichikos sveikatos politikos rezultatams?“) tikslas – atskleisti specifinius politinius rizikos veiksnius, kurie, ekspertų nuomone, lėmė Lietuvos gyventojų psichikos sveikatos būklę.

Analizuojant šio klausimo interviu turinį, ekspertų atsakymai suskirstyti į tris kategorijas (politiniai veiksniai, ekonominiai veiksniai, psichologiniai/socialiniai veiksniai) bei septynias subkategorijas (politikos formavimas bei įgyvendinimas, valstybės okupacija, ekonominė krizė, santykiai, psichikos sutrikimų stigmatizavimas, sveikatos raštingumas bei žalingi įpročiai).

6 lentelė. Specifiniai Lietuvos gyventojų psichikos sveikatos rizikos veiksniai

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis ekspertų teiginys
Politiniai veiksniai	Politikos formavimas bei įgyvendinimas	„Kitas veiksnys – psichologinių paslaugų prieinamumo trūkumas bei šių paslaugų kokybės neužtikrinimas.“ „Trečias veiksnys – mažas dėmesys psichikos sveikatai politiniame lygmenyje iki pastarųjų metų.“ „Taip pat PSC atsiradimas ir psichikos sveikatos iškelimas į aukštesnį lygį buvo svarbūs veiksniai teigiamiems pokyčiams.“

	Tarpvalstybiniai santykiai	<p>„Dėl Lietuvos istorinės praeities <...>.“</p> <p>„<...> bei nepriklausomybės etapą.“</p> <p>„Taip pat svarbus veiksnys – atsiradusi galimybė laisvai keliauti bei pamatyti pažangių šalių patirtį ir ją įsisavinti.“</p> <p>„Tai okupacinio laikotarpio pasekmė, kai dvi kartos užaugo aplinkoje, kur yra nepasitikėjimo savimi, skurdūs tarpusavio santykiai, socialinės paramos nebuvimas, kas turėtų būti kaip ir apsauginis veiksnys.“</p> <p>„Ypač svarbus veiksnys – postsovietinė trauma <...>.“</p>
Ekonomiai veiksniai	Ekonominė krizė	„Išskirčiau ekonominę krizę <...>.“
Psichologiniai/socialiniai veiksniai	Santykiai	<p>„Pagrindiniai, mano nuomone, rizikos veiksniai, lėmę Lietuvos gyventojų psichikos sveikatos būklę – tarpusavio santykiai ir santykiai su savimi.“</p> <p>„Taip pat tėvų psichologinių įgūdžių neturėjimas, nepasitikėjimas, vidinė neapykanta.“</p> <p>„Kalbant apie vaikų psichikos sveikatos būklę, išskirčiau patyčias <...>.“</p> <p>„Taip pat patyčios vaikų tarpe.“</p> <p>„<...> negebėjimas bendrauti.“</p>
	Psichikos sutrikimų stigmatizavimas	<p>„Vieni iš pagrindinių psichikos sveikatos rizikos veiksnių – stigma ir <...>.“</p> <p>„<...> žmonės vis dar bijo viešai kalbėti apie savo jausmus, ieškoti pagalbos.“</p> <p>„Stigma ir diskriminacija psichikos ligų.“</p>
	Sveikatos raštingumas	„Vieni iš pagrindinių psichikos sveikatos rizikos veiksnių <...> raštingumo trūkumas.“
	Žalingi įpročiai	<p>„Na ir žinoma alkoholio vartojimas.“</p> <p>„Taip pat prie rizikos veiksnių paminėčiau ir didelį nereikalingų medikamentų vartojimą.“</p>

Apibendrinimas. Apibendrinant ekspertų nuomonę, svarbiausi specifiniai rizikos veiksniai Lietuvos visuomenės psichikos sveikatos politikos rezultatams pasiskirstė į tris grupes: politinius, ekonominius bei psichologinius/psichosocialinius.

Analizuojant politinių veiksnių svarbą, ekspertų teigimu Lietuvoje ilgą laiką nebuvo skirtas pakankamas politikų dėmesys visuomenės psichikos sveikatai, ko pasekoje psichikos sveikatos problemos nebuvo tinkamai sprendžiamos: *„Trečias veiksnys – mažas dėmesys psichikos sveikatai politiniame lygmenyje iki pastarųjų metų. Tik nuo šio ministro atėjimo į valdžią pasikeitė požiūris į visuomenės psichikos sveikatą ir jos svarbą. Tai rodo ir Psichikos sveikatos priežiūros įstatymas, kurio nauja redakcija buvo priimta tik šio ministro kadencijoje..“*

Taip pat reikšmingą poveikį Lietuvos gyventojų psichikos sveikatos būklei turėjo ir tarpvalstybiniai santykiai, kai žmonės išgyveno psichologinį bei fizinį smurtą, žodžio laisvės ribojimą. Šiuo laikotarpiu taip pat susiformavimo žalingi sveikatai alkoholio vartojimo pokyčiai: *„Tikrai išskirčiau Lietuvos okupacinius metus, kurių poveikis turėjo reikšmingos įtakos gyventojų alkoholio vartojimo įpročiams bei susiformavusiai psichikos sveikatos stigmati. Dėl egzistavusios stiprios stigmatos žmonės bijojo viešai kalbėti apie savo jausmus, problemas ir laiku kreiptis pagalbos, kas tik gilino psichikos problematiką, šių ligų gydymą.“*; *„Dėl Lietuvos istorinės praeities, žmonės vis dar bijo viešai kalbėti apie savo jausmus, ieškoti pagalbos. Dėl šių priežasčių Lietuvoje vyrauja savižudybių bei patyčių problematika.“*

Prie psichologinių/socialinių veiksnių priskirti tarpusavio santykiai šeimoje, visuomenėje, vyraujanti patyčių tendencija bei santykiai su pačiu savimi. Psichikos sveikatos sutrikimai dažnai prasideda vaikystėje ar paauglystėje, todėl labai svarbu užtikrinti gerą emocinę vaikų būklę, patenkinant psichologinius jų poreikius: *„Vaikų srityje tai matosi, kadangi yra didelė dalis žmonių, kurie nežino, kaip atliepti vaikų poreikius bei kaip teisingai su jais bendrauti. Visiškai nesuvokiama, kokie vaiko poreikiai, lūkesčiai. Taigi tas seka iš kartos į kartą dėl švietimo trūkumo ir tas negebėjimas bendrauti bei skurdūs tarpusavio santykiai tikrai turėjo bei turi didelės įtakos. Taip pat labai svarbus veiksnys – prieraišumo stoka pirmaisiais vaiko gyvenimo metais.“*; *„Taip kaip tėvai su vaikais nemoka bendrauti, ko pasekoje ir atsirado, pvz., vaikų linija, suteikianti galimybę vaikams pasikalbėti su kažkuo. Ir tokie santykiai vyrauja ne tik šeimoje, tačiau ir pavaldinių bei vadovų santykiuose.“*; *„<...> išskirčiau patyčias, kurios savižudybių riziką didina nuo 2 iki 4 kartų.“* Prie šių rizikos veiksnių taip pat priskiriamas ir didelis skyrybų skaičius Lietuvoje, kas neigiamai veikia ne tik vaikų, tačiau ir suaugusiųjų psichikos sveikatą. Žmonės vengia ar neturi galimybės išsikalbėti apie savo išgyvenamas emocijas, negauna tinkamos pagalbos: *„Taip pat didelis skyrybų skaičius, dėl kurių kenčia suaugusieji ir vaikai. Moterys pradeda save raminti*

raminamaisiais, o jaunimo tarpe nusiramavimo ar pasilinksmimo būdas – narkotikai, po kurių atsiranda psichozų ir kitų psichikos sveikatos sutrikimų.“

Trečiuoju klausimu („Kokie psichikos sveikatos politikos veiksmai (intervencijos) turėjo reikšmingos įtakos Lietuvos gyventojų psichikos sveikatos būklei?“) siekta atskleisti ekspertų požiūrį apie Lietuvoje vykdytas psichikos sveikatos politikos intervencijas bei jų poveikį visuomenės psichikos sveikatai.

Atlikus šio klausimo ekspertų atsakymų turinio analizę, iškirstos dvi pagrindinės kategorijos: *politikos formavimo* bei *politikos įgyvendinimo* procesų vykdytos intervencijos. Šioms kategorijoms priskirta po dvi subkategorijas: *teigiamas poveikis visuomenės psichikos sveikatai* ir *neigiamas poveikis visuomenės psichikos sveikatai*.

7 lentelė. Psichikos sveikatos politikos intervencijos, reikšmingos visuomenės psichikos sveikatos būklei

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis ekspertų teiginys
Politikos formavimas	Teigiamas poveikis visuomenės psichikos sveikatai	<p>„Visgi vienaip ar kitaip atsispindi politikų požiūris, kad psichikos sveikata yra viena iš prioritetinių politikos sričių.“</p> <p>„Kad ir kaip bebūtų, 2007 m. psichikos sveikatos strategija pastimuliavo viešą diskusiją.“</p> <p>„Taip pat alkoholio kontrolės programa bei socialinės apsaugos ir darbo ministerijos socialinės integracijos programos, kurios kalbėjo, kad ir psichikos sutrikimų turintys žmonės turi teisę gyventi bendruomenėje.“</p> <p>„Aišku, Vilniaus memorandumas dėl savižudybių mažinimo, Seime atsiradusi savižudybių ir psichikos sveikatos komisija, kuri kažkiek prisideda prie problemos iškelimo.“</p> <p>„Kaip svarbiausius psichikos sveikatos politikos formavimo veiksmus galėčiau išskirti 2007 m. psichikos sveikatos strategiją, alkoholio ir tabako kontrolės programos ir psichosocialinio vertinimo sukūrimą.“</p> <p>„Taip pat svarbu Psichikos sveikatos priežiūros įstatymo priėmimas bei jo nauja redakcija.“</p>

		<p>„Kitas svarbus dalykas, tai alkoholio ir tabako kontrolės reglamentavimas, kas leido kontroliuoti šias neigiamas industrijas.“</p> <p>„Ir tikrai man patinka dabartinė alkoholio vartojimo mažinimo politika, kuri tikrai svarbi ir reikšminga.“</p>
	<p>Neigiamas poveikis visuomenės psichikos sveikatai</p>	<p>„Kalbant apie psichikos sveikatos politikos formavimą, galiu pasakyti, kad psichikos sveikatos politika visada buvo orientuota į esamos sistemos palaikymą, bet ne jos keitimą ir tobulinimą.“</p> <p>„Galvojant apie politikos formavimo procesus, strateginių dokumentų kūrimą, negaliu kažko konkrečiai išskirti, kadangi niekada nebuvo jie tinkamai įgyvendinami.“</p>
<p>Politikos įgyvendinimas</p>	<p>Teigiamas poveikis visuomenės psichikos sveikatai</p>	<p>„Savižubių prevencijos biuro įkūrimas svarbus politinis veiksmas savižudybių prevencijai.“</p> <p>„Valstybinio psichikos sveikatos centro įkūrimas taip pat svarbus veiksmas tolimesniems PSC įkūrimams. Taip pat šio centro įkūrimas svarbus ir kaip politikų pripažinimas, kad psichikos sveikata visgi svarbus visuomenės sveikatos klausimas.“</p> <p>„Aš manau, kad Valstybinio psichikos sveikatos centro įkūrimas iškelė psichikos sveikatą į aukštesnį lygį.“</p> <p>„Taip pat svarbus veiksmas – PSC plėtra. Tai ženklas, kad galima ir be šeimos gydytojo prieiti prie šių paslaugų.“</p> <p>„Vertinant įgyvendinimo proceso veiksmus vertinga būtų paminėti, kad tiek Valstybinio psichikos sveikatos centro, tiek PSC įkūrimas turėjo didelės reikšmės visuomenės psichikos sveikatos būklės gerėjimui. Galbūt ne kiek dėl realios šių įstaigų pagalbos, bet dėl stigmos mažinimo.“</p> <p>„Na o savižudybių prevencijai tikrai didelės teigiamos reikšmės turėjo psichosocialinio vertinimo įdiegimas bei jo taikymas. Ši priemonė realiai taikoma, manau, dėl to, kad buvo aiškesnė strategija, kaip tai įgyvendinti.“</p> <p>„Pavyzdžiui, Savižudybių prevencijos biuro įkūrimas yra labai svarbus savižudybių problemai spręsti <...>.“</p>

		<p>„Taip pat labai svarbus vaidmuo atitenka ir Valstybinio sveikatos stiprinimo fonfo įkūrimui, kas suteikia galimybę įgyvendinti pokyčius psichikos sveikatos srityje.“</p> <p>„<...> psichikos sveikatos centrų įkūrimas.“</p> <p>„Prie teigiamų veikslių galiu priskirti ir VPSC įkūrimą bei Savižudybių prevencijos biuro įkūrimą, kuris labai svarbus savižudybių prevencijai. Na ir Psichikos sveikatos skyriaus įkūrimas Sveikatos apsaugos ministerijoje.“</p> <p>„Taip pat visuomenės sveikatos biurų įkūrimas.“</p> <p>„Kitas etapas, kai buvo atidaryti dienos stacionarai poliklinikose. Kai kurie miestai tikrai labai išplėtė savo komandas ir sugeba dabar pastebėti susirgimus pirminiame lygmenyje.“</p> <p>„Na o savižudybių srityje išskirčiau psichosocialinio vertinimo įgyvendinimą ligoninėse, kas teikia akivaizdžią naudą.“</p>
	<p>Neigiamas poveikis visuomenės psichikos sveikatai</p>	<p>„O vertinant politikos įgyvendinimo lygmenyje galiu pasakyti, kad tai visiškai nesėkmė.“</p> <p>„Aš galvoju, kad vaikų psichikos priežiūros įsakymas galioja nuo 2000 m., bet įdomus faktas, kad jo galima nepaistyti. <...> Tai tikrai atspindi politinę valią, kuri iki galo neužtikrina tinkamo įgyvendinimo.“</p> <p>„Taip pat įkurti centrai, kuriuose vaikai galėtų gauti kompleksinę pagalbą, šiuo metu griūna, kadangi neužtenka resursų, neužtikrinama paslaugų kokybė.“</p> <p>„Na ir tikrai keista, kodėl nėra konkrečios įstaigos, kontroliuojančios medicinos įstaigas, ypač privačias įstaigas.“</p>

Apibendrinimas. Apibendrinant ekspertų nuomonę, psichikos sveikatos politikos veiksmai (intervencijos), turėję poveikį visuomenės psichikos sveikatai paskirstė į dvi grupes: politikos formavimo lygmenyje vykdyti veiksmai ir politikos įgyvendinime vykdyti veiksmai. Abu šie procesai vertinti tiek teigiamai, tiek neigiamai, tačiau didesnę dalis ekspertų šiuos procesuos vertino teigiamai.

Trijų ekspertų nuomone, vienas iš svarbiausių psichikos sveikatos politikos formavimo veiksnių – alkoholio ir tabako kontrolės programų sukūrimas: „*Kitas svarbus dalykas, tai alkoholio ir tabako kontrolės reglamentavimas, kas leido kontroliuoti šias neigiamas industrijas.*“ Taip pat atsakymuose dominavo ir 2007 metų psichikos sveikatos strategijos sukūrimas.

Apibendrinant ekspertų nuomonę apie politikos įgyvendinime įvykdytus teigiamus veiksmus, dominuoja Valstybinio psichikos sveikatos centro įkūrimas (keturi ekspertai) ir lygiomis dalimis: Savižudybių prevencijos biuro, PSC įkūrimai bei psichosocialinio vertinimo įdiegimas sveikatos priežiūroje įstaigose, kas, ekspertų teigimu, teikia teigiamą naudą psichikos sveikatos problemų sprendime.

Vieno iš ekspertų teigimu, tiek psichikos sveikatos politikos formavimo, tiek įgyvendinimo procesų teigiamai vertinti negali: „*Kalbant apie psichikos sveikatos politikos formavimą, galiu pasakyti, kad psichikos sveikatos politika visada buvo orientuota į esamos sistemos palaikymą, bet ne jos keitimą ir tobulinimą, o vertinant politikos įgyvendinimo lygmenyje galiu pasakyti, kad tai visiškai nesėkmė.*“ Ši teiginį pagrįsdamas, pateikė pavyzdį apie PSC veiklą: „*Pavyzdžiui, psichikos sveikatos centruose visada geras prieinamumas vaistams, jų gavimui, bet ne realios pagalbos gavimui.*“ Tai atspindi valstybės situaciją, kurioje nepatenkinami egzistuojantys pacientų poreikiai ir vyrauja medikamentinis gydymas. Šią problemą mini ir kiti ekspertai, kurios atsiradimą ir egzistavimą paaiškina politinės valios nebuvimu: „*Tai tarsi ir politikos neveikimas tiek formavimo, tiek įgyvendinimo srityje. Atrodo, kad formavimo lygmenyje lyg kažkas ir vyksta, kuriama politika, tačiau įgyvendinimo srityje niekas realiai neįgyvendinama.*“; „*Viskas taip vyksta dėl valdžios bejėgiškumo.*“

Dar viena įgyvendinimo procesų nesėkmės priežastimi įvardijama psichikos sveikatos finansavimo trūkumas ar jo neskyrimas: „*<...> kadangi niekada nebuvo jie tinkamai įgyvendinami dėl finansavimo trūkumo.*“; „*Taip pat tarp ligonių kasų ir politikų vyksta nuolatinis nesusikalbėjimas dėl finansavimo užtikrinimo.*“

Ketvirto klausimo („**Kaip vertinate Lietuvos psichikos sveikatos 2007 metų strategijos įgyvendinimą? Kuriose srityse sekėsi gerai, o kuriose prastai?**“) tikslas – atskleisti ekspertų požiūrį apie 2007 metų Lietuvos psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimą: ar ši strategija buvo sėkmingai įgyvendinta bei kuriose srityse sekėsi sunkiau pasiekti strategijoje išsikeltus tikslus.

Atlikus šio klausimo ekspertų atsakymų turinio analizę išskirta viena kategorija, dominavusi visų ekspertų pateiktuose atsakymuose – *strategija neįgyvendinta.*

8 lentelė. Lietuvos psichikos sveikatos 2007 metų strategijos įgyvendinimas

Kategorija	Patvirtinantis ekspertų teiginys
Teigiamas vertinimas	<p>„Šis dokumentas tikrai padėjo atkreipti dėmesį į psichikos sveikatą, tačiau kalbant apie strategijos įgyvendinimą galiu pasakyti, kad įgyvendinta nebuvo.“</p> <p>„Šią strategiją galima pavadinti kaip gražiu siekiu, tačiau kalbant apie įgyvendinimą galiu pasakyti, kad praktiškai ji nebuvo įgyvendinta.“</p> <p>„Galbūt šis dokumentas labiau buvo kaip atspirties taškas, kaip kelrodė žvaigždė kitų pokyčių atsiradimui.“</p>
Neigiamas vertinimas	<p>„Vertinu neigiamai, kadangi ji buvo praktiškai neįgyvendinta <...>.“</p> <p>„Ji niekada nebuvo įgyvendinta <...>.“</p> <p>„Manau, kad nelabai sėkmingai įgyvendinta, nes jokios apčiuopamos naudos iš šios strategijos įgyvendinimo pasakyti negaliu.“</p> <p>„Bendrai vertinant, ši strategija nebuvo sėkmingai įgyvendinta. Dalis numatytų tikslų lyg ir buvo pradėda įgyvendinti, tačiau jei tai ir įvyko, nebuvo atlikta kokybiškai.“</p>

Apibendrinimas. Apibendrinant Lietuvos psichikos sveikatos 2007 metų strategijos vertinimą, išskirtos teigiamų ir neigiamų vertinimų kategorijos. Konkrečių strategijos įgyvendinimo sričių tiek prie teigiamų, tiek prie neigiamų vertinimų išskirta nebuvo.

Visų ekspertų atsakymuose dominavo teiginys, kad Lietuvos psichikos sveikatos 2007 metų strategija įgyvendinta nebuvo.

Mažesnė ekspertų dalis šios strategijos parengimą įvardijo kaip teigiamą procesą, davusį teigiamų pokyčių vėliau vykdytiems veiksams psichikos sveikatos srityje: „Šis dokumentas tikrai padėjo atkreipti dėmesį <...>“; „Šią strategiją galima pavadinti kaip gražiu siekiu <...>“; „Galbūt šis dokumentas labiau buvo kaip atspirties taškas, kaip kelrodė žvaigždė kitų pokyčių atsiradimui.“

Didesnė dalis ekspertų išreiškė neigiamą šios strategijos vertinimą, neišskirdami konkrečių sričių, tačiau apibendrinami strategijos įgyvendinimo procesą. Vertinant strategijos įgyvendinimą, ekspertai pateikė priežastis, dėl kurių šios strategijos įgyvendinimas nebuvo sėkmingai įvykdytas. Tai politinės valios trūkumas bei finansavimo trūkumas: „Tam pritrūko politinės valios.“; „Ir manyčiau, kad pagrindinė to priežastis yra finansavimo trūkumas.“; „Kaip galima įgyvendinti, jei nebuvo skirta pinigų.“; „<...> nes jai nebuvo skirta pinigų. Niekas netikėjo šia strategija, galbūt ji buvo per daug moderni, per mažai konkrečių metodikų. Taigi niekada negavo rimto palaikymo ir rimto finansavimo, todėl rimtų pokyčių, apčiuopiamų rezultatų ir neįvyko. Niekas neatstovavo šios strategijos, jokiai įstaigai nebuvo priskirta atsakomybė už šią strategiją.“

Penktuoju klausimu („Kokius Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros įstatymo pakeitimus išskirtumėte kaip svarbiausius?“) siekta atskleisti ekspertų požiūrį apie naują Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros įstatymo redakciją. Kokius šio įstatymo 2019 metų redakcijos pakeitimus ekspertai išskirtų kaip esminius.

Atlikus šio klausimo ekspertų atsakymų turinio analizę, iškirstos trys pagrindinės kategorijos: *priverstinio gydymo įteisinimas, žmogaus teisių apsauga* bei *atitikimas laikmečiui*.

9 lentelė. LR psichikos sveikatos priežiūros įstatymo esminiai pakeitimai

Kategorija	Patvirtinantis ekspertų teiginys
Priverstinio gydymo įteisinimas	<p>„Man atrodo, kad aktualiausia yra šio įstatymo paskirtis. Tai priverstinio gydymo legalizavimas. Daugiau niekam šis įstatymas nėra reikalingas.“</p> <p>„Šioje redakcijoje išplėstos bei konkretizuotos priverstinio gydymo sąlygos. Daugiau kaip reikšmingų korekcijų išskirti negalėčiau.“</p> <p>„Manau, kad vienintelė svarbi šio įstatymo sritis yra priverstinio gydymo reglamentavimas. Visa kita nėra taip reikšminga ir nereikalauja būti apibrėžta įstatymu.“</p> <p>„Taip pat atkreipiau dėmesį, kad geresnė reali situacija tapo priverstinio gydymo srityje ir tai siečiau būtent su nauja įstatymo redakcija.“</p> <p>„Pagrindinė šio įstatymo funkcija – įteisinti priverstinį gydymą.“</p>
Žmogaus teisių apsauga	<p>„Į ką atkreipiau dėmesį, tai labiau ginamos pacientų teisės. Žmogaus teisių apsaugoj atsirado konkretūs terminai, pacientų informavimo konkretizavimas. Atsirado trijų specialistų papildomo asmens būklės vertinimo galimybė.“</p> <p>„Esminiai pokyčiai susiję su žmogaus teisių apsauga ir su aiškumu.“</p>
Atitikimas laikmečiui	<p>„Na o visi kiti pakeitimai labiau pritaikyti laikmečiui.“</p> <p>„<...> su terminologijos pakoregavimu.“</p> <p>„<...> atsirado atskiras straipsnis, skirtas ir visuomenės psichikos sveikatai.“</p>

Apibendrinimas. Šiuo klausimu ekspertai pasiskirstė į tris pagrindines grupes: priverstinio gydymo įteisinimą, aiškumo įvedimą žmogaus teisių apsaugos srityje bei dokumento ir jame esančių sąvokų atitikimą laikmečiui.

Didžioji dalis ekspertų (71 proc.) pagrindinius šio įstatymo pakeitimus išskiria priverstinio gydymo srityje. Teigiama, kad naujoje redakcijoje konkretizuojami priverstinio gydymo terminai, būtinosios sąlygos, leidžiančios asmeniui taikyti priverstinį gydymą. Vienas iš šių ekspertų pabrėžė, kad šios įstatymo pataisos jau sėkmingai įgyvendinamos praktikoje: *„Taip pat atkreipiau dėmesį, kad geresnė reali situacija tapo priverstinio gydymo srityje ir tai siečiau būtent su nauja įstatymo redakcija.“*

Be teigiamų Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros įstatymo vertinimo, ekspertai išreiškė ir abejones dėl sėkmingo šio įstatymo reikalavimų įgyvendinimo: *„Taip pat minima, kad turi būti suteikta prieiga prie ryšio priemonių, tačiau tai tarsi prieštarauja, kad esant ūmiai būklei, turi būti ribojama prieiga prie ryšio priemonių, taigi vėl įdomu, kaip tai realiai bus įgyvendinta.“*

Kitas tyrime dalyvavęs ekspertas teigė, kad naujoje šio įstatymo redakcijoje esminių pokyčių neįžvelgė ir išreiškė nusivylimą visu dokumentu: *„Bendrai vertinant šio įstatymo naują redakciją galiu pasakyti, kad mane labai nuvylė. Joje neatsižvelgta nei į tarptautines rekomendacijas, nei į gerąją kitų Europos šalių patirtį.“*

Šešto klausimo (**„Kokios psichikos sveikatos politikos įgyvendinimo sritys, Jūsų nuomone, buvo sėkmingiausios?“**) tikslas – atskleisti ekspertų nuomonę apie sėkmingiausiai įvykdytas ir apčiuopiamas rezultatus suteikusias Lietuvos psichikos sveikatos politikos įgyvendinimo sritis.

Analizuojant šio klausimo interviu turinį, ekspertų atsakymai suskirstyti į tris kategorijas (*prevencinių veiksmų įgyvendinimas, struktūrinių pokyčių įgyvendinimas, organizacinių pokyčių įgyvendinimas*) bei septynias subkategorijas (*smurto ir patyčių prevencija, savižudybių prevencija, organizacijų įkūrimas ir jų įgalinimas, psichikos sveikatos įstaigų kūrimas, valdančios institucijos struktūros pokyčiai, finansavimas, paslaugų organizavimas*).

10 lentelė. Sėkmingiausiai įgyvendintos psichikos sveikatos politikos sritys

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis ekspertų teiginys
Prevencinių veiksmų įgyvendinimas	Smurto ir patyčių prevencija	„Svarbiausią ir sėkmingiausią įgyvendintą psichikos sveikatos politikos sritį įvardinčiau patyčių prevenciją.“ „Taip pat, kalbant apie vaikų psichikos sveikatą, išskirčiau patyčių prevencijos įgyvendinimą.“

		<p>„Aš prie sėkmingų įgyvendintų sričių galėčiau paminėti Lietuvos patyčių prevencijos programą, kuri labai artimai susijusi su bendra visuomenės psichikos sveikata.“</p> <p>„Svarbus vaikų psichikos sveikatai įstatymas, draudžiantis fizines bausmes.“</p>
	Savižudybių prevencija	<p>„<...> savižudybių prevencijos vykdomą politiką.“</p> <p>„Sėkmingus įgyvendinimo veiksmus rodo Savižudybių prevencijos biuro atliekama veikla: žiniasklaidos monitoringas, TuEsi portalo sukūrimas bei palaikymas.“</p> <p>„Šiandien taip pat niekam nereikia aiškinti, kad Lietuvoje savižudybių problematika aktuali, tai irgi yra kaip politikos laimėjimas.“</p>
Struktūrinių pokyčių įgyvendinimas	Organizacijų įkūrimas ir jų įgalinimas	<p>„Taip pat priskirčiau Visuomenės sveikatos stiprinimo fondo įkūrimą bei jo vykdomą veiklą, kurioje skiriamas dėmesys ir visuomenės psichikos sveikatai.“</p> <p>„Visuomenės sveikatos stiprinimo fondo įkūrimas taip pat svarbu kaip NVO įgalinimas.“</p> <p>„NVO įtraukimas, Visuomenės sveikatos stiprinimo fondo atsiradimas, mokslo taryboje atsiranda psichikos sveikata kaip prioritetas.“</p>
	Psichikos sveikatos įstaigų kūrimas	<p>„<...> pritariu ir Psichikos sveikatos centrų atsiradimui, ir lovdienių mažinimui, dienos stacionarų atsiradimui.“</p>
	Valdančios institucijos struktūros pokyčiai	<p>„Taip pat ir Sveikatos apsaugos ministerijos Psichikos sveikatos skyriaus įkūrimas manau yra sėkmingas ir reikšmingas.“</p>
Organizacinių pokyčių įgyvendinimas	Finansavimas	<p>„Pradėta finansuoti psichosocialinė rehabilitacija.“</p> <p>„Pirminiame lygmenyje atsirado skatinamoji gydytojų sistema.“</p> <p>„Na o kita sėkmingai įgyvendinta sritis, tai vaistų kompensavimas.“</p>
	Paslaugų organizavimas	<p>„Taip pat svarbus žingsnis, kad gydytojai pradėjo vengti be reikalo išrašyti raminamuosius vaistus.“</p>

		<p>„Taip pat norėčiau išskirti, kad nors ir mažais žingsniais, tačiau sėkmingai judame link benduomeninių paslaugų teikimo.“</p> <p>„Svarbu, kad kiekvienas gali pasirinkti specialistą, į kurį nori kreiptis.“</p>
--	--	---

Apibendrinimas. Atsakydami į šį klausimą ekspertai teigė, kad sėkmingiausiai įgyvendinta psichikos sveikatos politika įvykdyta prevencinių veikslių, struktūrinių bei organizacinių pokyčių srityse.

Didžiausia dalis ekspertų svarbiausią ir sėkmingiausią įgyvendintą psichikos sveikatos politikos sritį nurodė smurto ir patyčių prevenciją: *„Nors tarp kitų Europos valstybių vis dar esame pirmaujančiose vietose, tačiau pasiekti stebimai gerėjantys rezultatai, kuriuos teigiamai vertina ir kitos Europos šalys. Patyčių prevencija yra pavyzdys, kad sutelkus bendras jėgas galime pasiekti gerų rezultatų.“*

Nors Lietuva tarp kitų Europos valstybių pirmauja ir savižudybių srityje, tačiau ekspertai Lietuvoje vykdomą savižudybių prevencijos politiką vertina teigiamai: *„Sėkmingus įgyvendinimo veiksmus rodo Savižudybių prevencijos biuro atliekama veikla: žiniasklaidos monitoringas, TuEsi portalo sukūrimas bei palaikymas.“* Vykdomos politikos rezultatai stebimi ir besikeičiančiame visuomenės sąmoningume bei problemos aktualumo suvokime: *„Šiandien taip pat niekam nereikia aiškinti, kad Lietuvoje savižudybių problematika aktuali, tai irgi yra kaip politikos laimėjimas.“*

Vertinant struktūrinių pokyčių įgyvendinimą, trys ekspertai išskyrė nevyriausybių organizacijų įgalinimą per Visuomenės sveikatos stiprinimo fondo įkūrimą. Šio fondo veikloje visada skiriamas dėmesys psichikos sveikatai.

Ankstesniame interviu klausime apie Lietuvos psichikos sveikatos 2007 metų strategijos įgyvendinimą ekspertai teigė, kad ši strategija įgyvendinta nebuvo, tačiau vienas ekspertas prie sėkmingiausiai įgyvendintų psichikos sveikatos politikos sričių paminėjo šią strategiją dėl netiesiogiai teikiamos naudos: *„Psichikos sveikatos strategiją aš vis tiek priskirčiau ir prie sėkmių, kadangi tai buvo kaip užvedimas kitoms iniciatyvoms pradėti ir jas įgyvendinti.“*

Septintu klausimu (**„Kokias didžiausias psichikos sveikatos politikos nesėkmes galėtumėte išskirti?“**) siekta atskleisti ekspertų nuomonę, kuriose psichikos sveikatos politikos srityse Lietuvai sekėsi prasčiausiai.

Atlikus šio klausimo ekspertų atsakymų turinio analizę, iškirta dominuojanti kategorija – *politiniai premdimai* ir trys subkategorijos: *strateginių dokumentų neįgyvendinimas, nepakankamas politikų dalyvavimas psichikos sveikatos srityje ir paslaugų organizavimas.*

11 lentelė. Psichikos sveikatos politikos nesėkmės

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis ekspertų teiginys
Politiniai sprendimai	Strateginių dokumentų neįgyvendinimas	<p>„Politinių strateginių dokumentų priėmimą ir vėliau jų nepalaikymą bei neįgyvendinimą.“</p> <p>„Psichikos sveikatos strategijos nefinansavimas.“</p> <p>„JTO konvencijos neįgyvendinimas taip pat reikšminga nesėkmė Lietuvai.“</p> <p>„<...> skiriamas per mažas dėmesys tarpautinių rekomendacijų įsisavinimui.“</p>
	Nepakankamas politikų dalyvavimas psichikos sveikatos srityje	<p>„Valstybinio susitarimo dėl savižudybių problemos sprendimo nebuvimas, savižudybių strategijos nebuvimas.“</p> <p>„Visuomenės psichikos sveikatos svarbos nematymas pačioje sistemoje.“</p> <p>„Kita sritis, pavyzdžiui, dėl savižudybių prevencijos ministerijai labai mažai nuopelnų galima priskirti.“</p> <p>„Na o apibendinant galima sakyti, kad politinės valios ir ryžto nebuvimas.“</p> <p>„Dar kartą paminėčiau politikos bejėgiškumą ir politinės valios nebuvimą.“</p> <p>„Sveikatos apsaugos ministerijos aktyvesnių veiksmų šioje srityje trūksta.“</p> <p>„<...> pagrindinė Lietuvos psichikos sveikatos politikos nesėkmė yra nesugebėjimas įgyvendinti suformuotą politiką <...>“</p>
	Paslaugų organizavimas	<p>„Tikrai trūksta psichikos sveikatos paslaugų vaikams ir jaunimui.“</p> <p>„Taip pat išskirčiau, kad labai trūksta bendruomeninių paslaugų <...>.“</p> <p>„Aišku su priklausomybių centrų pertvarkymu, manau, kad nieko reikšmingo nepavyko įgyvendinti.“</p> <p>„Prie šių nesėkmių priskirčiau vykdomą globos įstaigų reorganizaciją, kadangi vėl keičiasi aplinka, darbuotojai,</p>

		bendruomenė vaikams, kas sukelia neigiamų pasekmių vaikams.“
--	--	--

Apibendrinimas. Šiuo klausimu ekspertai pasiskirstė į tris pagrindines grupes: politikos nesėkmės įgyvendinant strateginius dokumentus, politikų bejėgiškumas ir ryžto trūkumas sprendžiant psichikos sveikatos politikos problemas ir nesėkmės psichikos sveikatos paslaugų organizavime.

Vienas iš tyrime dalyvavusių ekspertų visą iki šiol vykdytą Lietuvos psichikos sveikatos politiką įvertino kaip nesėkmę: „*Aš manau, kad visa Lietuvos psichikos sveikatos politika yra nesėkmė, ypač savižudybių srityje. Tam, kad atsirastų esminiai pokyčiai psichikos politikoje, pirmiausia reikia pripažinimo, kad iki šiol eita neteisingu keliu, o tada bus galima pradėti formuoti bei įgyvendinti naują psichikos sveikatos politiką.*“ Paradoksalu, tačiau kitas tyrimo dalyvis nesėkmių vykdytoje psichikos sveikatos politikos srityje neišskyrė: „*Nesėkmių įvardinti negaliu.*“

Iš tyrime dalyvavusių ekspertų atsakymų, dominuojantys atsakymai priskirti prie nepakankamo politikų dalyvavimo psichikos sveikatos srityje subkategorijos. Šioje grupėje vyravo nuomonės, jog skiriamas per mažas dėmesys ir trūksta aktyvaus įsitraukimo savižudybių prevencijos srityje („*Kita sritis, pavyzdžiui, dėl savižudybių prevencijos ministerijai labai mažai nuopelnų galima priskirti.*“, „*Kita sritis, pavyzdžiui, dėl savižudybių prevencijos ministerijai labai mažai nuopelnų galima priskirti.*“) bei politinės valios bei ryžto trūkumas („*Na o apibendinant galima sakyti, kad politinės valios ir ryžto nebuvimas.*“, „*Dar kartą paminėčiau politikos bejėgiškumą ir politinės valios nebuvimą.*“).

Ekspertai, vertinantys psichikos sveikatos strateginių dokumentų įgyvendinimą, teigė, kad Lietuva nepakankamai atsižvelgė į Europos teiktas rekomendacijas bei reglamentavimą, kas turėjo neigiamų rezultatų Lietuvos psichikos sveikatos politikos vystymuisi: „*JTO konvencijos neįgyvendinimas taip pat reikšminga nesėkmė Lietuvai.*“; „*<...> skiriamas per mažas dėmesys tarpautinių rekomendacijų įsisavinimui.*“ Taip pat dar kartą neigiamai įvertinamas Lietuvos psichikos sveikatos 2007 metų strategijos nefinansavimas bei strateginių dokumentų neįgyvendinimas: „*Politinių strateginių dokumentų priėmimą ir vėliau jų nepalaikymą bei neįgyvendinimą.*“.

Vertinant psichikos sveikatos paslaugų organizavimą Lietuvoje, ekspertai išskyrė politinių sprendimų nesėkmės dėl nepakankamo vaikų ir paauglių bei bendruomeninių psichikos sveikatos paslaugų trūkumo, priklausomybių centrų bei globos įstaigų reorganizavimo. Taigi vienas iš tyrime dalyvavusių ekspertų pateikė apibendrintą vertinimą: „*Kitaip sakoma, idėjos yra gražios, tačiau nėra tinkamai pasiruošta jų įgyvendinimui.*“

Aštunto klausimo („Kaip vertinate Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros organizavimą ir paslaugų prieinamumą?“) tikslas – atskleisti ekspertų požiūrį apie psichikos sveikatos priežiūros paslaugų organizavimą bei jų prieinamumą Lietuvos gyventojams.

Analizuojant šio klausimo interviu turinį, ekspertų atsakymai suskirstyti į dvi kategorijas (*paslaugų prieinamumas* ir *paslaugų organizavimas*) ir kiekvienos kategorijos dvi subkategorijas (*teigiamas vertinimas*, *neigiamas vertinimas*).

12 lentelė. Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir prieinamumo vertinimas

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis ekspertų teiginys
Paslaugų prieinamumas	Teigiamas vertinimas	<p>„Man atrodo, kad infrastruktūros tinklas labai geras ir dėkingas, tai paslaugų prieinamumas tikrai geras <...>.“</p> <p>„Na o kalbant apie pozityvius dalykus, stacionariųjų paslaugų pakanka. PSC nemažas privalumas tas, kad jų yra daug ir arti gyvenamosios vietos pagalba yra prieinama.“</p> <p>„Bendrai kalbant, fiziškai prieinamumas geras, tačiau <...>.“</p>
	Neigiamas vertinimas	<p>„Vaikų ir paauglių psichikos sveikatos paslaugos rajonuose ir Lietuvos periferijoje praktiškai neprieinamos. Net ir Vilniuje didesnis prieinamumas yra dėl privačių įstaigų išplėtojimo, dėl savivaldybės organizuojamų paslaugų, projektinių paslaugų, bet ne dėl valstybinių paslaugų.“</p> <p>„Nuo didžiųjų miestų nutolusių vietovių gyventojams tikrai nėra užtikrinamos kokybiškos ir lengvai prieinamos psichikos paslaugos, nors atrodo, kad tokių kaip PSC yra pakankamai daug.“</p> <p>„Na o reabilitacijos, dienos stacionarų vis dar trūksta Lietuvoje.“</p> <p>„Mano nuomone, Lietuvoje nėra sukurta tinkama infrastruktūra realioms psichikos paslaugoms gauti. Ji tinkama tik vaistams gauti, o pavyzdžiui, psichoterapeuto paslaugos realiai prieinamos tik privačiose sveikatos įstaigose.“</p> <p>„Taip pat psichologinės pagalbos prieinamumo nepakankamumas, intergracijos trūkumas.“</p>

Paslaugų organizavimas	Teigiamas vertinimas	„Aš vertinu teigiamai. Kai lyginame Lietuvą su kitomis šalimis, mums atrodo, kad visko per mažai, bet pabendravus su kitų šalių specialistais apie paslaugų organizavimą, sužinai, kad pavyzdžiui, žmonės, esantys krizėje, pagalbą gauna tik po savaitės.“ „Gera, kad norint patekti pas psichiatrą, tu gali registruotis tiesiogiai ir nereikia praeiti visos grandinės.“
	Neigiamas vertinimas	„<...> tačiau kaip matome iš patirties, kad PSC yra pirminiame lygyje, tai didžiausia blogybė.“ „<...> tačiau paslaugos neatitinka šiuolaikinių žmonių poreikių.“ „Vienas vertinimas, kad labai didelė resursų dalis skiriama specializuotoms paslaugoms ir per mažai dėmesio skiriama pirminei priežiūrai. Kitas aspektas, kad paslaugos nėra pakankamai žinomos ir naudojamos visuomenėje pagal poreikį.“

Apibendrinimas. Šiuo klausimu ekspertų vertinimai suskirstyti į dvi pagrindines grupes: psichikos sveikatos paslaugų prieinamumą bei šių paslaugų organizavimą.

Apibendrinant psichikos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo vertinimą, sukurta infrastruktūra suteikia galimybę visuomenei psichikos sveikatos priežiūros paslaugas gauti arti gyvenamosios vietos ir greitai.

Didžiausia tyrime dalyvavusių ekspertų dalis Lietuvos psichikos sveikatos paslaugų prieinamumą įvertinimo neigiamai: „*Nuo didžiųjų miestų nutolusių vietovių gyventojams tikrai nėra užtikrinamos kokybiškos ir lengvai prieinamos psichikos paslaugos, nors atrodo, kad tokių kaip PSC yra pakankamai daug.*“ Pastebima, kad neigiamai vertinamas paslaugų prieinamumas ne tik Lietuvos periferijoje, tačiau ir didžiuosiuose Lietuvos miestuose: „*Vaikų ir paauglių psichikos sveikatos paslaugos rajonuose ir Lietuvos periferijoje praktiškai neprieinamos. Net ir Vilniuje didesnis prieinamumas yra dėl privačių įstaigų išplėtojimo, dėl savivaldybės organizuojamų paslaugų, projektinių paslaugų, bet ne dėl valstybinių paslaugų.*“

Vienas iš ekspertų nepakankamo psichikos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo priežastį nurodė specialistų trūkumą valstybinėse sveikatos priežiūros įstaigose: „*Taip yra dėl žmogiškųjų išteklių trūkumo. Vilniuje ar Kaune reikiamas psichikos sveikatos paslaugos asmenys*

gali gauti tikrai pakankamai lengvai ir kokybiškai, tačiau tokia situacija susidariusi dėl privačių psichikos sveikatos priežiūros įstaigų egzistavimo.“

Vertinant psichikos sveikatos priežiūros paslaugų organizavimą, didesnė ekspertų dalis taip pat išreiškė neigiamą vertinimą. Teigiama, kad dabartinės psichikos sveikatos paslaugos neatitinka visuomenės poreikių: „<...> tačiau paslaugos neatitinka šiuolaikinių žmonių poreikių.“; Šios susidariusios situacijos priežastį ekspertas nurodo sistemos rigidiškumą: „Taip yra dėl to, kad mūsų sistema yra pakankamai rigidiška, sunkiai priimanti naujus ir inovatyvius gydymo metodus.“ Taip pat visuomenėje nėra gerai žinomos dėl žemo visuomenės sveikatos raštingumo bei egzistuojančios stigmos: „Kitas aspektas, kad paslaugos nėra pakankamai žinomos ir naudojamos visuomenėje pagal poreikį. Tai susiję su prastu visuomenės sveikatos raštingumu ir stigma.“

Vieno eksperto teigimu, psichikos sveikatos paslaugų kokybei užtikrinti neigiamos įtakos turi PSC veikimas pirminiame sveikatos priežiūros lygyje: „<...> tačiau kaip matome iš patirties, kad PSC yra pirminiame lygyje, tai didžiausia blogybė. Jei šie centrai taptų antrinio lygio ir jiems būtų mokama už konsultuojamus asmenis, tai prisidėtų prie paslaugų kokybės gerinimo.“

Devintu klausimu (**„Kokiose, Jūsų nuomone, psichikos sveikatos srityse Lietuva labiausiai atsilieka lyginant su kitomis Europos šalimis?“**) siekta atskleisti, kurios, ekspertų nuomone, Lietuvos psichikos sveikatos sritys silpniausios ir mažiausiai išvystytos, lyginant su kitomis Europos šalimis.

Atlikus šio klausimo ekspertų atsakymų turinio analizę, iškirstos dvi pagrindinės kategorijos: *paslaugų prieinamumas* ir *kitos psichikos sveikatos sritys*. Šioms kategorijoms priskirta vienuolika subkategorijų: *vaikų ir paauglių psichikos sveikatos paslaugos, bendruomeninės, nemedikamentinės, mobilios komandos, pirminės asmens sveikatos priežiūros, ambulatorinės ir stacionarinės paslaugos bei prevencinės programos, reglamentuotų žmogaus teisių įgyvendinimas, moksliniai tyrimai ir visuomenės požiūris*.

13 lentelė. Silpniausios Lietuvos psichikos sveikatos sritys, lyginant su kitomis ES šalimis

Kategorija	Subkategorija	Patvirtinantis ekspertų teiginys
Paslaugų prieinamumas	Vaikų ir paauglių psichikos sveikatos paslaugos	„Pirmiausia, manau, atsiliekame vaikų ir paauglių psichikos sveikatos priežiūroje, kadangi Lietuvoje vis dar prasta šių paslaugų kokybė ir prieinamumas.“ „<...> taip pat vaikų ir paauglių psichikos paslaugų prieinamumo trūkumas <...>.“

		„<...> vaikų ir paauglių psichikos sveikatos priežiūros paslaugos <...>.“
	Bendruomeninės paslaugos	„Taip pat trūksta insitucinės globos paslaugų, kurios kitose Europos šalyse jau veikia sėkmingai.“ „<...> bendruomeninių paslaugų teikime, kurios šiuo metu yra pakankamai atskirtos nuo šeimos gydytojo kabineto paslaugų.“ „<...> ir bendruomeninių paslaugų teikime ir prieinamume.“ „Taip pat bendruomeninių psichikos sveikatos priežiūros paslaugų spektre ir prieinamume.“ „<...> bendruomeninių paslaugų ir socialinės integracijos paslaugų asmenims, sergantiems psichikos ligomis.“ „<...> ir bendruomeninės paslaugos.“
	Nemedikamentinės paslaugos	„Na ir nemedikamentinės pagalbos neprieinamumas ir jos trūkumas.“ „Labiausiai atsilikimas yra nemedikamentinių priemonių teikime <...>.“ „Tai nemedikamentinių paslaugų trūkumas <...>.“
	Mobilios komandos paslaugos	„Manau, kad trūksta mobilių paslaugų, mobilių komandų.“ „<...> na ir mobilios komandos paslaugų praktiškai neturime.“
	Pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugos	„Manau, kad atsiliekame <...>, psichikos sveikatos paslaugų integravime į pirminę asmens sveikatos priežiūrą.“ „Na ir savižudybių srities pirminės pagalbos prieinamume.“
	Ambulatorinės paslaugos	„<...> ambulatorinių paslaugų teikime, kad į ligoninę pakliūtų tik sunkiausi atvejai.“
	Stacionarinės paslaugos	„Tikrai atsiliekame stacionariai teikiamose paslaugose <...>.“
Kitos psichikos sveikatos sritys	Prevecinės programos	„Manau, kad atsiliekame prevencinių psichikos sveikatos programų vystyme ir plėtroje.“

Reglamentuotų žmogaus teisių įgyvendinimas	„Žmogaus teisių principų įgyvendinime taip pat atsiliegame.“
Moksliniai tyrimai	„Manau, kad Lietuva labai mažai investuoja į tyrimus.“
Visuomenės požiūris	„Požiūriu į asmenį, sergantį psichikos liga <...>.“

Apibendrinimas. Atsakydami į šį klausimą ekspertai teigė, kad labiausiai Lietuva atsilieka vaikų ir paauglių, bendruomeninių, nemedikamentinių paslaugų, mobilios komandos bei pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamume. Po vieną ekspertą paminėjo Lietuvos atsilikimą nuo kitų Europos šalių ambulatorinių ir stacionarinių paslaugų prieinamume. Taip pat ekspertai išskyrė prevencinių psichikos sveikatos programų vystymo bei plėtros, žmogaus teisių principų įgyvendinimo, investavimo į mokslinius tyrimus bei visuomenės požiūro atsilikimą nuo kitų Europos šalių.

Pagal dominuojančius ekspertų atsakymus, silpniausiai Lietuvoje išvysta psichikos sveikatos sritis lyginant su kitomis Europos šalimis – bendruomeninės paslaugos: „*Taip pat trūksta insitucinės globos paslaugų, kurios kitose Europos šalyse jau veikia sėkmingai.*“; „*Taip pat bendruomeninių psichikos sveikatos priežiūros paslaugų spektre ir prieinamume.*“

Trijų ekspertų atsakymai lygiomis dalimis pasiskirstė vaikų ir paauglių psichikos sveikatos bei nemedikamentinių paslaugų prieinamume: „*Pirmiausia, manau, atsiliegame vaikų ir paauglių psichikos sveikatos priežiūroje, kadangi Lietuvoje vis dar prasta šių paslaugų kokybė ir prieinamumas.*“; „*Labiausiai atsilikimas yra nemedikamentinių priemonių teikime <...>.*“

IŠVADOS

1. Psichikos sveikata tampa vis aktualesne sveikatos politikos sritimi tiek Lietuvoje, tiek kitose Europos šalyse, vertinant pagal psichikos ligų paplitimo didėjimą, ypač savižalos dinamiką, bei socialinę ekonominę naštą visuomenei. Taigi psichikos sveikatos politika bei politinis įsitraukimas – svarbūs šių aktualijų sprendimui.
2. Lietuvos psichikos sveikatos politikos formavimas yra tinkamas. Didžioji dalis Europos Sąjungos bei Lietuvos teisės aktuose ir strateginiuose dokumentuose išskirtų prioritetinių veiklos sričių, tokių kaip visuomenės psichikos sveikatos stiprinimas, savižudybių skaičiaus, socialinės atskirties, stigmos bei diskriminacijos mažinimas psichikos sveikatos srityje, asmenų, turinčių psichikos sveikatos sutrikimų, teisių išsaugojimas, pirminės asmens sveikatos priežiūros stiprinimas, prevencinių programų vykdymas bei visuomenės švietimas psichikos sveikatos srityje, sutampa. Lietuvos, lyginant su Europos Sąjungos, teisės aktuose bei strateginiuose dokumentuose vienas iš trūkumų – reglamentavimo psichikos sveikatos informacinių sistemų bei tyrimų finansavimo ir skatinimo srityse nebuvimas.
3. Nors psichikos sveikatos politikos reglamentavimas Lietuvoje ir Europos Sąjungoje pagal teisės aktus ir strateginius dokumentus panašus, tačiau psichikos sveikatos vadyboje Lietuva atsilieka. Pagal įgyvendintas psichikos sveikatos sritis Lietuva nuo kitų Europos Sąjungos šalių vis dar atsilieka bendruomeninių ir nemedikamentinių paslaugų, vaikų ir paauglių psichikos sveikatos bei pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamume. Taip pat žmogaus teisių įgyvendinime, psichikos sveikatos prevencinių programų vystyme bei įgyvendinime ir investavime į mokslinių tyrimų atlikimą.
4. 1990 – 2018 metais Lietuvoje vykdytą psichikos sveikatos politiką, formavimo ir įgyvendinimo procesus ekspertai vertina tiek teigiamai, tiek neigiamai. Ekspertų nuomone, psichikos sveikatos politika sėkmingiausiai įgyvendinta struktūrinių bei organizacinių pokyčių ir prevencinių veiksnių srityse. Neigiamai vykdyta politika įvertinta strateginių dokumentų įgyvendinimo, psichikos sveikatos paslaugų organizavimo ir politikų lyderiavimo, sprendžiant psichikos sveikatos politikos problemas, srityse.
5. Politiniai veiksniai, vykdyti 1990 – 2018 metais, turėję reikšmingos įtakos visuomenės psichikos sveikatos būklei: nepakankamas psichikos sveikatos finansavimas, nepakankamas Vyriausybės dėmesys, dalyvavimas bei aktyvių veiksnių įgyvendinimas psichikos sveikatos srityje, psichikos sveikatos sistemos žmoniškųjų išteklių trūkumas ir ribotas paslaugų prieinamumas, visuomenės poreikių neatitikimas ir Europos institucijų pateiktų rekomendacijų neįgyvendinimas.

Magistro baigiamojo darbo ginamasis teiginys pasitvirtino.

PASIŪLYMAI

LR Sveikatos apsaugos ministerijai:

1. Lietuvos psichikos sveikatos įstatyminę bazę formuoti bei atnaujinti atsižvelgiant į visuomenės poreikius, Europos institucijų teikiamas rekomendacijas bei kitų šalių gerąją praktiką.
2. Formuojant bei įgyvendinant psichikos sveikatos politiką, įtraukti suinteresuotus asmenis, stiprinant tarpsektorinį bendradarbiavimą.
3. Psichikos sveikatos paslaugų žmogiškuosius išteklius bei valstybės biudžetą planuoti atsižvelgiant į visuomenės poreikį, užtikrinant tinkamą šių paslaugų prieinamumą.
4. Siekiant gerinti psichikos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, formuoti bei plėsti bendruomenines paslaugas ir nemedikamentinį gydymą, užtikrinant psichikos sveikatos priežiūros paslaugų tęstinumą tarp skirtingų paslaugų teikėjų.
5. Kurti bei įgyvendinti psichikos sveikatos stiprinimo programas, orientuotas į: psichikos sutrikimų stigmatizacijos bei diskriminacijos mažinimą, visuomenės sveikatos raštingumo gerinimą ir žmogaus teisių išsaugojimo ir tobulinimo įgyvendinimą.
6. Sukurti ir įgyvendinti nacionalinę savižudybių prevencijos strategiją, taikant įrodymais grįstus metodus ir didžiausią dėmesį skiriant rizikos grupėje esantiems asmenims.
7. Didinti mokslinių tyrimų finansavimą, tyrimus atliekančių asmenų skaičių, gerinti mokslinių tyrimų kokybę bei akademinį bendradarbiavimą, įgyvendinant psichikos sveikatos nacionalinius tyrimus. Tai suteiks galimybę politikams reguliariai gauti tikslius rezultatus bei patobulinti psichikos sveikatos sistemą.

Universitetams, rengiantiems sveikatos politikos specialistus:

1. Lietuvos universitetams, rengiantiems būsimus sveikatos politikos specialistus, siūlytina stiprinti vadybinių įgūdžių lavinimo programas.

BIBLIOGRAFINIŲ ŠALTINIŲ SĄRAŠAS

Teisės ir kiti normatyviniai aktai:

1. „Įsakymas „Dėl pirminio, antrinio ir tretinio lygių psichiatrijos ir psichoterapijos paslaugų teikimo suaugusiesiems reikalavimų bei psichiatrijos dienos stacionaro ir psichoterapijos paslaugų bazinių kainų tvirtinimo““, Nr. 256, TAR. Žiūrėta 2019 m. balandžio 23 d. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.81362/asr>.
2. „Įsakymas „Dėl Pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo““, Nr. V-861, TAR. Žiūrėta 2019 m. kovo 23 d. <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.4FFD327951E3/asr>.
3. „Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros įstatymas“, Nr. I-924, TAR. Žiūrėta 2019 m. kovo 12 d. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.18311/asr>.
4. „Nutarimas „Dėl Valstybės alkoholio kontrolės programos patvirtinimo““, Nr. 212, TAR. Žiūrėta 2019 m. balandžio 15 d. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.74909?jfwid=rivwzvpgv>.
5. „Nutarimas „Dėl Nacionalinės narkotikų kontrolės ir narkomanijos prevencijos 2004-2008 metų programos įgyvendinimo 2005 metų priemonių patvirtinimo““, Nr. 250, TAR. Žiūrėta 2019 m. spalio 15 d. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.251981?jfwid=8qkvwl6r8>.
6. „Nutarimas „Dėl Valstybinės psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo 2008–2010 metų programos patvirtinimo““, Nr. 645, TAR. Žiūrėta 2019 m. balandžio 15 d. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.323940/asr>.
7. „Nutarimas „Dėl Lietuvos nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros 2006- 2013 metų strategijos ir jos įgyvendinimo priemonių 2006–2008 metų plano patvirtinimo““, Nr. 941, TAR. Žiūrėta 2019 m. spalio 15 d. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.146046/asr>.
8. „Nutarimas „Dėl Nacionalinės narkotikų kontrolės ir narkomanijos prevencijos 1999-2003 metų programos patvirtinimo““, Nr. 970, TAR. Žiūrėta 2019 m. balandžio 15 d. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.85890/asr>.
9. „Nutarimas „Dėl Valstybinės visuomenės sveikatos priežiūros plėtos savivaldybėse 2007?2010 metų programos patvirtinimo““, Nr. 1228, TAR. Žiūrėta 2019 m. balandžio 15 d. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.309435?jfwid=rivwzvpgv>.
10. „Nutarimas „Dėl Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtos metmenų patvirtinimo““, Nr. XI-1430, TAR. Žiūrėta 2019 m. balandžio 15 d. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.309435?jfwid=rivwzvpgv>.

[seimas.lrs.lt/portal/legalActPrint/lt?jfwid=q86m1vsxj&documentId=TAIS.401152&category=TAD](https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalActPrint/lt?jfwid=q86m1vsxj&documentId=TAIS.401152&category=TAD).

11. „Nutarimas „Dėl Savižudybių prevencijos 2003-2005 metų programos patvirtinimo“, Nr. 451, TAR. Žiūrėta 2019 m. balandžio 15 d. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalActPrint/lt?jfwid=i0s9d9dm3&actualEditionId=VIkMSKvbZt&documentId=TAIS.209003&category=TAD>.
12. „Nutarimas „Dėl Valstybinės 2015–2025 m. narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės ir vartojimo prevencijos programos patvirtinimo“, Nr. 14-8289(2), TAR. Žiūrėta 2019 m. balandžio 15 d. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAP/68c3f1603fc011e48aeb5080bf6742d?jfwid=-ol1rvpqm1>.
13. „Nutarimas „Dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo“, Nr. VIII-833, TAR. Žiūrėta 2019 m. spalio 15 d. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.60036?jfwid=rivwzvpvg>.
14. „Nutarimas „Dėl Psichikos sveikatos strategijos patvirtinimo“, Nr. X-1070, TAR. Žiūrėta 2019 m. spalio 12 d. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.295147?jfwid=fhhu5mo1q>.
15. „Nutarimas „Dėl Nacionalinės narkotikų kontrolės ir narkomanijos prevencijos 2010–2016 metų programos patvirtinimo“, Nr. XI-1078, TAR. Žiūrėta 2019 m. spalio 15 d. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/TAIS.385362/asr>.
16. „Psichikos sveikatos priežiūros įstatymo Nr. I-924 pakeitimo įstatymo projektas (nauja redakcija)“, Nr. XIIP-2075, TAR. Žiūrėta 2019 m. spalio 12 d. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAP/2e9dd0004f5c11e88525a4bc7611b788>.
17. „Seimo nutarimo „Dėl Psichikos sveikatos strategijos patvirtinimo“ projektas ir strategija“, TAR. Žiūrėta 2019 m. rugpjūčio 14 d. <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAP/TAIS.290778?jfwid=fhhu5mo1q>.

Kiti šaltiniai:

18. „Almost 60 000 suicides in the EU.“ Eurostat. Žiūrėta 2019 balandžio 10 d. https://www.mruni.eu/mru_lt dokumentai/institutai/vadybos institutas/Chicago.pdf
19. Bachmann, Silke. „Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective“. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 15, 7 (2018). <https://doi.org/10.3390/ijerph15071425>.
20. Buraitytė Aneta, Barbora Butkutė. „Įrodymais pagrįstų psichikos sveikatos priežiūros paslaugų plėtra: depresijos gydymas nemedikamentinėmis priemonėmis.“ Teminio tyrimo ataskaita, 2018. <http://kurkl.lt/wp-content/uploads/2018/03/ESFA-tyrimo-ataskaita-2018-06-.pdf>

21. „Depression Suicide And E Health.” *Mental Health and Wellbeing*. Žiūrėta 2019 m. kovo 15 d. <http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/depression-suicide-and-e-health/>.
22. European Commission. *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. European profile of prevention and promotion of mental health (EuroPoPP-MH)*. 2013. https://mieli.fi/sites/default/files/inline/Yhteiskunta/JointAction/europopp-mh_full_report_merged2_7.pdf
23. „European Pact for Mental Health and Well-being.“ Pranešimas konferencijoje EU HIGH-LEVEL CONFERENCE TOGETHER FOR MENTAL HEALTH AND WELLBEING, Brussels, 2008 liepos 12-13.
24. Flèche, Sarah, ir Richard Layard. „Do More of Those in Misery Suffer from Poverty, Unemployment or Mental Illness?“ *Kyklos: international review for social sciences* 70, 1 (2017): 27–41. <https://doi.org/10.1111/kykl.12129>
25. Friedli, Dr Lynne ir World Health Organisation. „Mental Health, Resilience and Inequalities.“ (2009): 64.
26. Grantham-McGregor, Sally, Yin Bun Cheung, ir kt. „Developmental Potential in the First 5 Years for Children in Developing Countries“. *The Lancet* 369, 9555 (2007): 60–70. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60032-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60032-4).
27. *Green Paper Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union*. Briuselis:2005.
28. „Healthcare personnel statistics – physicians.“ Eurostat. Žiūrėta 2019 lapkričio 10 d. <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/pdfscache/37382.pdf>
29. Higienos instituto sveikatos politikos formavimo centro sveikatos strategijų skyrius. „Valstybinės visuomenės sveikatos priežiūros plėtros savivaldybėse 2007–2010 metų programos vertinimas 2009-2010m.“ Mokslinio darbo baigiamoji ataskaita, 2010. <http://hi.lt/uploads/news/id550/BAIGIAMOJI%20ATASKAITA%202010.pdf>
30. *Health at a Glance: Europe 2018 State of health in the EU cycle*. OECD/Europos Sąjunga: 2018.
31. Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. *Mirties priežastys (išankstiniai duomenys)*. Vilnius, 2019.
32. „Informacija psichikos sveikatos klausimais.“ Valstybinis psichikos sveikatos centras. Žiūrėta 2019 m. balandžio 23 d. <http://vpssc.lrv.lt/lt/informacine-medziaga/informacija-psichikos-sveikatos-klausimais>.
33. Kardelis, Kęstutis. *Mokslinių tyrimų metodologija ir metodai*. Kaunas: JUDEX, 2012.

34. „Lietuvos psichikos sveikatos strategijos ir savižudybių prevencijos alternatyvus priemonių planas 2016-2018 m.“ VšĮ „Psichikos sveikatos perspektyvos. Žiūrėta 2019 balandžio 10 d. http://www.perspektyvos.org/xinha/plugins/ExtendedFileManager/demo_images/Alternatyvus_Planas.pdf
35. Layard, R. Ir Clark, D. „Why More Psychological Therapy Would Cost Nothing.“ *Frontiers in Psychology*, (2015): 6.
36. Layard, R. „Thrive: the power of evidence-based psychological therapies.“ *Penguin*, (2014):18.
37. Matzejat, Fritz ir Helmut, Remschmidt. „The Children of Mentally Ill Parents“. *Deutsches Ärzteblatt International* 105, 23 (2008): 13–18. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2008.0413>.
38. „Mental Health: How Many Psychiatrists in the EU?“ Eurostat. Žiūrėta 2019 m. gegužės 13 d. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/EDN-20171010-1>.
39. „Mental health and related issues statistics - Statistics Explained.“ Eurostat. Žiūrėta 2019 m. gegužės 13 d.. Žiūrėta 2019 m. spalio 13 d. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Mental_health_and_related_issues_statistics#Deaths_from_mental_and_behavioural_disorders.2C_Alzheimer.E2.80.99s_disease_and_intentional_self-harm.
40. „Mental health problems costing Europe heavily.“ OECD. Žiūrėta 2019 m. balandžio 11 d. <http://www.oecd.org/newsroom/mental-health-problems-costing-europe-heavily.htm>.
41. „Mental health: a state of well-being.“ World Health Organisation. Žiūrėta 2019 m. spalio 11 d. https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/.
42. „Making Mental Health Count“. *OECD FOCUS ON HEALTH*, liepos mėn., 2014. <https://www.oecd.org/els/health-systems/Focus-on-Health-Making-Mental-Health-Count.pdf>.
43. „Mental health: Fact sheet.“ World Health Organisation. Žiūrėta 2019 m. kovo 15. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/404851/MNH_FactSheet_ENG.pdf?ua=1
44. Našlėnė, Žilvinė, Rūta Ustinavičienė ir Aušra Želvienė. *Lietuvos gyventojų sveikatos būklė Europos Sąjungos šalių kontekste*. Vilnius: Higienos instituto sveikatos informacijos centras, 2016.
45. „Number of Psychiatrists: How Do Countries Compare?“ Eurostat. Žiūrėta 2019 m. gegužės 13 d. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20181205-1?inheritRedirect=true>.
46. „Psichikos ligų statistika“. Valstybinis psichikos sveikatos centras. Žiūrėta 2019 m. spalio 12 d. <http://vpssc.lrv.lt/lt/statistika/psichikos-ligu-statistika>.
47. Pūras, Dainius, Eglė Šumskienė, Marija Veniūtė, Gintaras Šumskas ir kt. „Iššūkiai įgyvendinant Lietuvos psichikos sveikatos politiką.“ Mokslo studija, Vilniaus universitetas, 2013.

- https://www.fsf.vu.lt/dokumentai/Naujienos_Mokslo_pasiekimai/MOKSLO_STUDIJA_issukiai_igyvendinant_Lietuvos_psichikos_sveikatos_politik%C4%85.pdf
48. Pūras, Dainius. „Psichikos sveikatos politika ir žmogaus teisės Lietuvoje. Tarp Rytų ir Vakarų.“ Pranešimas konferencijoje, Vilnius, 2013.
49. Prince, Martin, Vikram Patel, Shekhar, Saxena, ir kt. „No health without mental health“. *The Lancet* 370, 9590 (2007): 59–77. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61238-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61238-0).
50. Ritchie Hannah ir Roser Max. „Mental Health.“ Our World in Data. Žiūrėta 2019 m. balandžio 11 d. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/mental-health>.
51. „Sergamumas ir ligotumas psichikos sutrikimais 2014-2018 m.“ Higienos institutas. Žiūrėta 2019 m. spalio 15 d. http://hi.lt/php/sr10.php?dat_file=serg10.txt.
52. „Sveikatos priežiūros paslaugų su savižudybės rizika susijusiems asmenims prieinamumo vertinimas.“ Valstybinio psichikos sveikatos centro savižudybių prevencijos biuras. Žiūrėta 2019 m. balandžio 23 d. http://vpssc.lrv.lt/uploads/vpsc/documents/files/Tyrimai/SPB_tyrimas2017_v3.pdf.
53. „Tu Esi - Esu savižudybės krizėje ir ieškau pagalbos.“ TuEsi. Žiūrėta 2019 m. kovo 23 d. <https://tuesi.lt/>.
54. „Tarybos išvados dėl Europos psichikos sveikatos ir gerovės pakto: rezultatai ir būsimi veiksmai.“ Europos Sąjungos leidinių biuras. Žiūrėta 2019 m. balandžio 11 d. <https://op.europa.eu/lt/publication-detail/-/publication/b7b1dd43-3024-4352-a405-b00344864ed0/language-lt>
55. *The European Mental Health Action Plan 2013–2020*. World Health Organization: 2015.
56. Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos. „2017 metų teritorinių ligonių kasų ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sutarčių dėl asmens sveikatos priežiūros paslaugų vykdymas.“ Vykdyto ataskaita, 2018. <http://www.vlk.lt/veikla/veiklos-sritys/sutarciusudarymas/duomenysapiesutsudarirvykd/Documents/2017%20M.%20SUTAR%C4%8CI%C5%B2%20VYKDYMO%20ATASKAITA.pdf>
57. Veniūtė Marija, Pūras Dainius. „Visuomenės psichikos sveikatos svarba europos ir lietuvs politikos kontekste.“ Sveikatos mokslai, 23 tomas, Nr. 2, p. (2013): 134-137. https://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/Veiklos_sritys/Sveikatos_mokslai/Moksliniai_straipsniai%E2%80%93zurnalas_Sveikatos%20mokslai/2013m/2013SM2Online.pdf
58. World Health Organization. *Mental Health action plan 2013 – 2020*. Geneva: 2013. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf?sequence=1

59. World Health Organization. „Mental Health Declaration for Europe Facing the Challenges, Building Solutions.“ European Ministerial Conference on Mental Health, Helsinki, 2005 saasio 12 – 15 d.
60. Walker, Susan P., Theodore, D. Wachs, Meeks Gardner, Julie ir kt. „Child Development: Risk Factors for Adverse Outcomes in Developing Countries“. *The Lancet* 369, 9556 (2007): 14–57. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60076-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60076-2).
61. Walker, Susan P., Theodore, D. Wachs, Grantham-McGregor, Sally ir kt. „Inequality in Early Childhood: Risk and Protective Factors for Early Child Development“. *The Lancet* 378, 9799 (2011): 25–38. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60555-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60555-2).
62. Whiteford, Harvey A., Louisa, Degenhardt, Jürgen, Rehm ir kt. „Global Burden of Disease Attributable to Mental and Substance Use Disorders: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010“. *The Lancet* 382, 9904 (2013): 75–86. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61611-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61611-6).
63. Wuetherick, Brad. „Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory“. *Canadian Journal of University Continuing Education* 36, 2 (2013): 75–86.

Jackevičienė E. Psichikos sveikatos politikos analizė Lietuvoje / Sveikatos politikos ir vadybos magistro baigiamasis darbas. Vadovė prof. dr. D. Jankauskienė. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Viešojo valdymo fakultetas, Politikos mokslų institutas, 2019. 73 p.

ANOTACIJA

Magistro baigiamajame darbe išanalizuoti Lietuvos psichikos sveikatos politikos formavimo ir įgyvendinimo procesai 1990 – 2018 metais. Suformuluotos vykdytos psichikos sveikatos politikos formavimo bei įgyvendinimo stipriosios bei silpnosios pusės, nustatyti politiniai veiksniai, turėję įtakos visuomenės psichikos sveikatos būklei. Pateikti pasiūlymai psichikos sveikatos politikos procesų gerinimui. Teorinėje darbo dalyje pristatyta Lietuvos bei kitų Europos šalių psichikos sveikatos statistika, psichikos sveikatos rizikos veiksniai, teoriniu aspektu išanalizuotas psichikos sveikatos politikos reikšmingumas, Lietuvos bei Europos Sąjungos šalių teisės aktai ir strateginiai dokumentai, reglamentuojantys psichikos sveikatos politiką.

Raktažodžiai: psichikos sveikata, psichikos sveikatos priežiūros paslaugos, psichikos sutrikimai, politikos formavimas, politikos įgyvendinimas, psichikos sveikatos rizikos veiksniai.

Jackevičienė E. Mental health policy analysis in Lithuania / Final Master's thesis in Health policy and Management. Academic supervisor prof. dr. D. Jankauskienė. – Vilnius: Mykolas Romeris University, Faculty of Politics and Management, 2019. 73 p.

ABSTRACT

These master thesis analyses Lithuanian mental health policy development and implementation processes in 1990 – 2018. The strengths and weaknesses of the mental health policy development and implementation were formulated and the political factors that influenced the public mental health status were identified. Proposals for improving mental health policy processes are presented. The theoretical part of the work presents the mental health statistics of Lithuania and other European countries and mental health risk factors. Theoretical study of mental health policy, legal acts and strategic documents regulating mental health policy in Lithuania and other European Union countries was made.

Key words: mental health, mental health services, mental disorders, policy development, policy implementation, mental health risk factors.

Jackevičienė E. Psichikos sveikatos politikos analizė Lietuvoje / Sveikatos politikos ir vadybos magistro baigiamasis darbas. Vadovė prof. dr. D. Jankauskienė. – Vilnius: Mykolo Romerio universitetas, Viešojo valdymo fakultetas, Politikos mokslų institutas, 2019. 73 p.

SANTRAUKA

Psichikos sveikata – viena pagrindinių visuomenės sveikatos ir politikos problemų Lietuvoje bei kitose Europos šalyse, vertinant pagal šių ligų keliamą naštą ir paplitimą. Psichikos sveikatos sutrikimus ir ligas sukelinatys rizikos veiksniai – svarbūs psichikos sveikatos politikos elementai. Didėjantis Lietuvos gyventojų sergamumas psichikos ir elgesio sutrikimais pažymi tinkamos sveikatos politikos formavimo bei įgyvendinimo svarbą.

Darbo tikslas – įvertinti psichikos sveikatos politikos formavimą ir įgyvendinimą Lietuvoje 1990 – 2018 metais.

Darbo uždaviniai: Išanalizuoti psichikos sveikatos politikos reikšmingumą; Palyginti psichikos sveikatos politiką Lietuvoje ir Europos Sąjungoje pagal teisės aktus ir strateginius dokumentus; Ištirti ir įvertinti psichikos sveikatos politikos formavimo ir įgyvendinimo procesus ir nustatyti politinius veiksnius, turinčius įtakos visuomenės psichikos sveikatos būklei, vadovaujantis ekspertų nuomone.

Tyrimo objektas: psichikos sveikatos politika Lietuvoje.

Tyrimo dalykas: psichikos sveikatos politika.

Darbo metodai: naudoti mokslinės literatūros bei teisės aktų aprašomasis, analitinis bei sisteminis metodai, atliktas sociologinis kokybinis tyrimas – pusiau struktūruotas ekspertų interviu. Tyrimo duomenys apdoroti kokybinės turinio analizės metodu.

Išvados: Psichikos sveikata tampa vis aktualesne sveikatos politikos sritimi tiek Lietuvoje, tiek kitose Europos šalyse. Lietuvos psichikos sveikatos politikos formavimas yra tinkamas. Didžioji dalis Europos Sąjungos bei Lietuvos teisės aktuose ir strateginiuose dokumentuose išskirtų prioritetinių veiklos sričių sutampa. Vienas iš trūkumų – reglamentavimo psichikos sveikatos informacinių sistemų bei tyrimų finansavimo ir skatinimo srityse nebuvimas. Taip pat vadybinių įgūdžių trūkumas. 1990 – 2018 metais Lietuvoje psichikos sveikatos politika sėkmingiausiai įgyvendinta struktūrinių bei organizacinių pokyčių ir prevencinių veiksmų srityse. Nesėkmingas įgyvendinimas nustatytas strateginių dokumentų įgyvendinimo, psichikos sveikatos paslaugų organizavimo ir politikų lyderiavimo srityse. Politiniai veiksniai, turėję reikšmingos įtakos visuomenės psichikos sveikatos būklei: nepakankamas psichikos sveikatos finansavimas, nepakankamas Vyriausybių dėmesys, psichikos sveikatos sistemos žmogiškųjų išteklių trūkumas, ribotas paslaugų prieinamumas, visuomenės poreikių neatitikimas ir Europos institucijų pateiktų rekomendacijų neįgyvendinimas.

Jackevičienė E. Mental health policy analysis in Lithuania / Final Master's thesis in Health policy and Management. Academic supervisor prof. dr. D. Jankauskienė. – Vilnius: Mykolas Romeris University, Faculty of Politics and Management, 2019. 73 p.

SUMMARY

Mental health is one of the major public health concerns in Lithuania and other European countries according to incidence and burden of disease. Risk factors of mental health disorders and diseases are important elements of mental health policy. Increasing morbidity of mental and behavioral disorders among Lithuanian population is relevant to health policy formulation and implementation.

The aim of the study: To evaluate the development and implementation of mental health policy in Lithuania in 1990-2018.

The objectives of the study: To analyze the significance of mental health policy; To compare mental health policy in Lithuania and the European Union according to legal acts and strategical documents; To study and evaluate mental health policy development and implementation processes and political factors, which influence public mental health.

Object of the research: Mental health policy in Lithuania.

Subject of the research: Mental Health Policy

Methods: descriptive, analytical and systematic methods of scientific literature and legal acts, sociological qualitative research – semi-structured expert interview. Data were processed by qualitative content analysis method.

Conclusions: Mental health is becoming an increasingly important area of health policy in Lithuania and in other European countries. Mental health policy-making in Lithuania is relevant. Most of the priority areas identified in the legal acts and strategic documents of the European Union and Lithuania overlap. The shortcomings in Lithuanian mental health policy are the lack of regulation in the area of funding and promoting information systems and research on mental health and the lack of managerial skills. Between 1990 and 2018, mental health policy in Lithuania was successfully implemented in the areas of structural and organizational change and preventive action. Failure has been identified in the areas of implementation of strategic documents, organization of mental health services and policy leadership. Political factors that have had a significant impact on public mental health status include: deficient funding for mental health, insufficient government focus, lack of human resources in the mental health system, limited access to services, mismatch of public needs and failure to implement recommendations made by European institutions.

PRIEDAI

1 priedas. Kokybinio tyrimo (interviu) klausimai

- 1 Kaip vertinate Lietuvos gyventojų psichikos sveikatos rodiklių dinamiką nuo 1990?
- 2 Kokie, Jūsų nuomone, specifiniai rizikos veiksniai svarbiausi Lietuvos psichikos sveikatos politikos rezultatams?
- 3 Kokie psichikos sveikatos politikos veiksmai (intervencijos) turėjo reikšmingos įtakos Lietuvos gyventojų psichikos sveikatos būklei?
- 4 Kaip vertinate Lietuvos psichikos sveikatos 2007 metų strategijos įgyvendinimą? Kuriose srityse sekėsi gerai, o kuriose prastai?
- 5 Kokius Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros įstatymo pakeitimus išskirtumėte kaip svarbiausius?
- 6 Kokios psichikos sveikatos politikos įgyvendinimo sritys, Jūsų nuomone, buvo sėkmingiausios?
- 7 Kokias didžiausias psichikos sveikatos politikos nesėkmes galėtumėte išskirti?
- 8 Kaip vertinate Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros organizavimą ir paslaugų prieinamumą?
- 9 Kokiose, Jūsų nuomone, psichikos sveikatos srityse Lietuva labiausiai atsilieka lyginant su kitomis Europos šalimis?