

# PSIHIKOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ PRIEINAMUMO VAIKAMS, TURINTIEMS PSIHIKOS, ELGESIO IR EMOCIJŲ SUTRIKIMŲ, LIETUVOJE APŽVALGA

Martynas Izokaitis<sup>1</sup>, Vincentas Liuima<sup>1</sup>, Loreta Stonienė<sup>1</sup>, Odeta Vitkūnienė<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Higienos institutas, <sup>2</sup>Sveikatos apsaugos ministerija

## Santrauka

Vaikų psichikos sveikata turi svarbią reikšmę visuomenės gyvenimo kokybei ir produktyvumui, nes daugėja įrodymų, kad daugelis psichikos, elgesio ir emocijų sutrikimų, nustatomų suaugusiems žmonėms, gali prasidėti vaikystėje.

Šio straipsnio tikslas yra apžvelgti psichikos sveikatos priežiūros paslaugų, skirtų psichikos, elgesio ir emocijų sutrikimų turintiems vaikams, poreikį, teisinės nuostatas, paslaugas teikiančias institucijas ir žmogiškuosius išteklius bei atlikti paslaugų prieinamumo analizę Lietuvoje.

Apžvalga atskleidė, kad vaikų psichikos ir elgesio sutrikimų problematika šalyje aktualėja, nes daugėja susirgimų, o jų pasekmės sunkėja. Paslaugas teikiančių institucijų tinklas ir žmogiškieji išteklių formaliai atitinka Lietuvos Respublikos teisės aktų keliamus reikalavimus, tačiau mūsų šalyje atlikti tyrimai rodo, kad pirminiame lygmenyje trūksta vaikų ir paauglių psichiatrų, todėl psichikos sveikatos priežiūros paslaugos neteikiamos komandinio darbo principu. Dalį vaikų ir paauglių psichiatrų paslaugų teikia suaugusiųjų psichiatrai, todėl tėvai, norintys gauti vaikų specialisto konsultaciją, turi naudotis privačiomis ir brangiai kainuojančiomis paslaugomis. Dalis (iki 14 proc.) vaikų, turinčių psichikos, elgesio ir emocijų sutrikimų, visai nepatenka į sveikatos priežiūros sistemą.

Kita problema yra nesutampantys informaciją renkančių ir analizuojančių institucijų statistiniai duomenys, todėl kyla situacijos analizės ir įvertinimo problemų. Taikymo praktikos nesklaidumas kyla dėl teisės aktų, kurių tobulinimas reikalauja politinės valios ir laiko sąnaudų.

Apibendrinant galima teigti, kad vaikų psichikos sveikatos išsaugojimo politika ir jos įgyvendinimo mechanizmai turi spragų, kurias reikėtų taisyti, siekiant efektyvesnės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo vaikams, turintiems psichikos, elgesio ir emocijų sutrikimų.

**Reikšminiai žodžiai:** vaikai ir paaugliai, paslaugų prieinamumas, psichikos, elgesio ir emocijų sutrikimai.

## ĮVADAS

Psichikos sveikata ir gerovė turi svarbią reikšmę asmeniui, šeimai, bendruomenės ir visuomenės gyvenimo kokybei bei produktyvumui, nes geros psichikos sveikatos piliečiai gali sukurti sveiką visuomenę, kuriai būdingas didelis socialinis kapitalas ir mažas socialinės patologijos lygis, t. y. žemi savižudybių, prievartos ar kitokio destruktinio elgesio, nukreipto į save ar kitus, rodikliai [1, 2].

Pasaulyje ir Europoje jau keli dešimtmečiai skiriama daug dėmesio psichikos sveikatos problemoms ir veiksmingiems jų sprendimo būdams, o mokslo žinios kartu su Jungtinių Tautų (JT) konvencijose įtvirtintomis vertybėmis bei žmogaus teisių principais

pakeitė požiūrį į psichikos sveikatos svarbą [3]. Pirminis reikšmingas dokumentas, suformavęs naują, mokslo žiniomis grįstą požiūrį į psichikos sveikatą, buvo JT valstybėms narėms ir jų piliečiams skirtas 2001 m. Pasaulio sveikatos organizacijos pranešimas. Dokumente nurodoma: „Nors psichikos sveikatos problemų sukelta našta yra tokia didelė, kad atsiduria sveikatos politikos centre, šią naštą įmanoma sumažinti panaudojant naujas mokslo žinias ir šiuolaikinius žmogaus teisių principus bei atitinkamai sprendžiant visuomenės ir asmens psichikos sveikatos problemas“ [4].

Vaiko ir paauglio psichikos sveikata apima emocinę ir intelektinę raidą bei tarpasmeninių santykių ir socialinių ryšių su kitais vaikais bei paaugliais formavimąsi. Daugėja įrodymų, kad daugelis psichikos ir elgesio sutrikimų, nustatomų suaugusiems žmonėms, gali prasidėti vaikystėje. Bloga psichologinė vaikų savijauta gali būti vienas iš

**Adresas susirašinėti:** Martynas Izokaitis  
Higienos institutas  
Didžioji g. 22, 01128 Vilnius  
El. p. martynas.izokaitis@hi.lt

besiformuojančio sutrikimo rodiklių. Tai patvirtina moksliniai duomenys, rodantys, kad tokius sutrikimus sukelia pažeisti socialiniai ryšiai su artimaisiais, nepalanki psichologinė ir socialinė aplinka, sunki socialinė padėtis [5].

Psichikos sveikatos problema aktuali ir Lietuvoje. Higienos instituto Sveikatos informacijos centro (HI SIC) duomenimis, vaikų sergamumas psichikos ir elgesio sutrikimais (F00–F99) nuo 2001 m. (312,3 atv. iš 10 000 vaikų) iki 2013 m. (431,8 atv. iš 10 000 vaikų) padidėjo 1,4 karto. Per šį laikotarpį Lietuvoje nusižudė 262 vaikai. 13–17 metų vaikų mirtingumo rodiklis dėl savižudybių 2013 m. buvo 13,6 atv. skaičiuojant 100 000 vaikų. Tai kompleksinė problema, apimanti ne tik sveikatos, bet ir socialinės apsaugos, švietimo bei kitus sektorius. Psichikos ir elgesio sutrikimai yra dažniausia pirmą kartą nustatyto vaikų neįgalumo priežastis ir 2010 m. ji sudarė 35 proc. vaikų neįgalumo atvejų, 2013 m. – 47,1 proc. [6].

Vaikų psichikos sveikatos politikos formavimo srityje Lietuva patyrė ir pakilimų, ir nuosmukių, kurie tiesiogiai priklausė nuo politinės valios. Sėkmingai įsteigtas Vaiko raidos centras, diegiami šiuolaikiniai metodai ir vyksta paslaugų plėtra, tačiau sisteminiams pertvarkoms įtvirtinti neužteko politinės valios [3], todėl vaikų psichikos sveikatos srityje veikiančios nevyriausybinės organizacijos ir nepriklausomi ekspertai akcentuoja, kad iki šiol Lietuvoje nėra veiksmingos sistemos, kuri leistų vykdyti mokslo žiniomis grįstą vaikų psichikos sveikatos priežiūrą [7].

Šio straipsnio tikslas yra apžvelgti psichikos sveikatos priežiūros paslaugų, skirtų psichikos, elgesio ir emocijų sutrikimų turintiems vaikams, poreikį, teisinės nuostatas, paslaugas teikiančias institucijas ir žmogiškuosius išteklius bei atlikti paslaugų prieinamumo Lietuvoje analizę.

Rengiant straipsnį naudotasi Teisės aktų registro, Valstybinio psichikos sveikatos centro (VPSC) informacine ir statistine informacija, HI SIC duomenų baze, kuri duomenis gauna iš Valstybinės ligonių kasos (VLK) informacinės sistemos SVEIDRA. Medžiagos lietuvių kalba ieškota 2001–2015 m. recenzuojamuose moksliniuose žurnaluose „Visuomenės sveikata“ ir „Medicina“. Atlikta paieška „PubMed“ duomenų bazėje. Paieškai naudoti šie raktažodžiai: „psychiatry“ or „psychiatric“ or „mental health“ or „mental health service“ or „care“ or „child“ or „children“ or „psychiatrist“ or „psychologist“ or „child and adolescent psychiatrist“ or „child psychiatrist“ or „adolescent psychiatrist“ and „Lithuania“.

## STATISTINĖ INFORMACIJA APIE VAIKŲ SERGAMUMĄ IR LIGOTUMĄ

Pagrindiniai duomenys apie psichikos sveikatos priežiūrą kaupiami VLK informacinėje sistemoje SVEIDRA ir VPSC. Informacinėje sistemoje SVEIDRA [8] ir VPSC [9] kaupiama ligotumo ir sergamumo psichikos, elgesio ir emocijų sutrikimais statistika, apsilankymų pas specialistus ir specialistų etatų duomenys, kita informacija.

Abi sistemos viena kitą papildo, tačiau tie patys duomenys nėra vienodi, nes informacinei sistemai SVEIDRA asmens sveikatos priežiūros įstaigos (ASPI) duomenis teikia tada, kai yra pasirašiusios sutartis su VLK ir už paslaugas apmoka VLK, o ne pats pacientas [10]. Informacinei sistemai SVEIDRA duomenis taip pat teikia ir šeimos gydytojai, kurie gali diagnozuoti psichikos sveikatos sutrikimus, tačiau jie neteikia informacijos VPSC [11]. Apibendrinant galima teigti, kad informacinėje sistemoje SVEIDRA gali nebūti statistikos apie paciento apmokėtas paslaugas, o VPSC – statistikos apie šeimos gydytojų suteiktas paslaugas. Tai kelia situacijos analizės ir įvertinimo problemų.

Remiantis informacinės sistemos SVEIDRA duomenimis akivaizdu, kad psichikos, elgesio ir emocijų sutrikimais (F00–F99) sergančių vaikų iki 18 m. nuolat daugėja: 2001 m. vaikų ligotumas psichikos, elgesio ir emocijų sutrikimais buvo 42,3 atv. skaičiuojant 1 000 vaikų, 2005 m. – 48,8 [12], 2008 m. – 55 [13], 2011 m. – 62,9 [14], 2013 m. – 70,6 atv. 1 000 vaikų [15].

Vaikų sergamumas psichikos ir elgesio sutrikimais nuo 2001 m. (312,3 atv. iš 10 000 vaikų) iki 2013 m. (431,8 atv. iš 10 000 vaikų) padidėjo 1,4 karto. 2013 m. didžiausias vaikų sergamumas iš psichikos, elgesio ir emocijų sutrikimų grupės buvo protiniu atsilikimu ir psichologinės raidos sutrikimais (F70–F89) – 214,5 atv. iš 10 000 vaikų. Sergamumas psichikos sutrikimais dėl alkoholio vartojimo padidėjo nuo 0,3 atv. iki 1,4 atv. 10 000 vaikų, tačiau psichikos sutrikimų rodiklis dėl psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo nuo 2001 m. iki 2013 m. išliko stabilus (0,5 atv. skaičiuojant 10 000 vaikų). Dažniausiai psichikos sutrikimai dėl alkoholio vartojimo diagnozuojami vyresniems nei 13 m. amžiaus vaikams. Nuo 2001 m. iki 2013 m. Lietuvoje nusižudė 262 vaikai (188 berniukai ir 74 mergaitės), iš jų berniukų per tiriamąjį laikotarpį nusižudė 2,5 karto daugiau. Dažniausiai nusižudė vyresni nei 13 m. vaikai. 13–17 m. vaikų mirtingumo rodiklis dėl savižudybių 2013 m. buvo 13,6 atv. 100 000 vaikų. Vaikų savižudybių skaičius kasmet kinta, tačiau pastebima didėjimo tendencija [6].

Vaikų sergamumo psichikos ir elgesio sutrikimais problema yra kompleksinė, apimanti ne tik sveikatos, bet socialinės apsaugos, švietimo ir kitus sektorius. Psichikos, elgesio ir emocijų sutrikimai yra dažniausia pirmą kartą nustatyto vaikų neįgalumo priežastis: 2011 m. ji sudarė 38 proc., 2012 m. – 43 proc., 2013 m. – 47,1 proc. vaikų neįgalumo atvejų [16].

Kiek iš viso šalyje gali būti psichikos, elgesio ir emocijų sutrikimų turinčių vaikų, kuriems gali būti reikalingos psichikos sveikatos priežiūros paslaugos, tačiau dėl įvairių priežasčių jie nepatenka į sveikatos priežiūros sistemą ir statistines suvestines, tikslios informacijos nėra. Moksliniuose šaltiniuose nurodoma, kad psichikos sveikatos sutrikimų gali turėti apie 10–20 proc. vaikų [17]. Ekspertai siūlo vaikų psichikos ir elgesio sutrikimų vidurkiu laikyti 12 proc. nuo bendrosios vaikų populiacijos [18]. Tai reiškia, kad iš 2014 m. pradžioje šalyje registruotų 532,6 tūkst. [19] vaikų tam tikrą psichikos sutrikimą turėjo apie 63 tūkst. vaikų, o paslaugų kreipėsi apie 41 tūkst. [20]. Tai leidžia daryti prielaidą, kad už psichikos sveikatos paslaugų sistemos ribų gali būti apie 20 000 vaikų, kuriems buvo reikalinga psichikos sveikatos specialistų pagalba.

## **VAIKŲ PSICHIKOS SVEIKATA REGLAMENTUOJANTYS TEISĖS AKTAI IR DOKUMENTAI**

Psichikos sveikatos priežiūrą ir sveikatinimo veiklą Lietuvoje reguliuoja daugiau kaip 115 įvairaus lygmens ir detalumo teisės aktų, kurių reguliavimo mechanizmai skiriasi. Nors šios aktų savybės nulemtos objektyvių aplinkybių, tačiau deklaratyvus jų pobūdis ir nuostatos, nepagrįstos įgyvendinimo mechanizmais, numatančiais detalias procedūras ir atsakomybę už jų nevykdymą, sąvokų nesuderinamumas, skirtingas detalumas sukelia nevienareikšmės taikymo praktikos problemų [21]. Tokiu būdu psichikos sveikata, taip pat vaikų ir paauglių, reglamentuojantys teisės aktai nesudaro darnios sistemos, kelia sumaištį ir galimai turi įtakos blogiems Lietuvos gyventojų psichikos sveikatos rodikliams.

Pagrindinis psichikos sveikatos priežiūros priemonių reguliuojantis teisės aktas yra 1995 m. priimtas Lietuvos Respublikos (LR) psichikos sveikatos priežiūros įstatymas [22], kurio tikslas – nustatyti asmenų, kurie naudojami psichikos sveikatos priežiūrai, teises, tvarką ir kontrolę. Įstatymas numato, kad psichikos sveikatos priežiūra vykdoma psichikos sveikatos centruose (PSC) pagal gyvenamąją vietą, taip pat kitose psichiatrijos, globos ir rūpybos įstaigose. Šis psichikos

sveikatos priežiūros įstatymas neišskiria vaikų ir paauglių, kaip išskirtinių pacientų grupės, nenumato psichiatrijos ir psichoterapijos paslaugų teikimo vaikams ir paaugliams ypatumų, nors vaikų psichikos sveikata pasaulyje ir Lietuvoje laikoma prioritetine sritimi [21].

Vienas svarbiausių įstatymo įgyvendinamųjų teisės aktų psichikos sveikatos srityje yra LR Seimo 2007 m. patvirtinta Psichikos sveikatos strategija, kuri numato esmines psichikos sveikatos įgyvendinimo bei plėtros sritis ir apibrėžia būtinąsias fundamentalias sisteminės nuostatas, būtinas formuojant pažangią psichikos sveikatos sistemą. Strategijos uždaviniuose numatytos trys įgyvendinimo priemonės, apimančios vaikus ir paauglius: plėtoti vaikų psichikos sveikatos priežiūros paslaugas bei gerinti jų kokybę, gerinti vaikų ir jaunimo psichikos sveikatos apsaugą ir priežiūrą bei remti valstybės ir savivaldybių psichikos sveikatos stiprinimo ir psichikos sutrikimų prevencijos programas, skirtas vaikams ir paaugliams [23].

LR teisės aktuose įtvirtinta nuostata, kad psichikos ligomis sergantiesiems valstybė laiduoja nemokamas sveikatos priežiūros paslaugas, t. y. už suteiktas psichikos sveikatos priežiūros paslaugas apmokama iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo (PSDF) biudžeto lėšų [24]. Vaikai iki 18 m., kurie prisiregistravę prie šeimos gydytojo ir pirmines ambulatorines psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių asmens sveikatos priežiūros įstaigų, taip pat turi teisę į nemokamą pirminę asmens ir psichikos sveikatos priežiūrą [25, 26], kai pirminį psichikos būklės patikrinimą gali atlikti šeimos ar kitų specialybių gydytojai, tačiau įtarus vaikui psichikos sveikatos sutrikimą jis turi būti apžiūrėtas ir jo psichikos būklė įvertinta gydytojo psichiatro [27].

Psichikos sveikatos paslaugų, skirtų psichikos, elgesio ir emocijų sutrikimų turintiems vaikams, teikimo tvarką, paslaugų lygius ir reikalavimus nustato LR sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl vaikų ir paauglių psichiatrijos ir psichoterapijos paslaugų organizavimo principų, aprašymo ir teikimo reikalavimų“, kuris apibrėžia vaikų psichikos sveikatos priežiūrą, paslaugų organizavimo principus, paslaugų teikimo lygius ir paslaugas, skirtas vaikams, bei vaikų ir paauglių psichiatrijos dienos stacionaro paslaugų teikimo reikalavimus, gydymo ir diagnostikos metodus [28]. Minėtame teisės akte apibūdinta vaikų ir paauglių psichikos sveikatos priežiūros specialistų komanda.

Pastaruoju metu didelis dėmesys skiriamas integruotos priežiūros modelių, arba „klasterių“, steigimui ir įgyvendinimui. Vaikų ir paauglių integruotos sveikatos priežiūros modelis apibrėžtas LR sveikatos

apsaugos ministro įsakyme [29], kuris detalizuoja aukščiau minėto teisės akto nuostatas apie sveikatos priežiūros paslaugų teikimą vaikams.

Siekiant didinti vaikų psichikos sveikatos paslaugų prieinamumą nuo 2016 m. keičiamas teisės aktas [30], kuriame numatyta, kad medicinos psichologo maksimalus aptarnaujamų gyventojų skaičius vienam etatui mažinamas nuo 40 tūkst. iki 20 tūkst. [31]. Kitų specialistų aptarnaujamų gyventojų skaičius vienam etatui išliks tas pats: gydytojo psichiatro ir psichikos sveikatos slaugytojo – 20 tūkst., socialinio darbuotojo – 25 tūkst.

Reikia pažymėti, kad patvirtinti strateginiai sveikatos srities plėtros iki 2023 m. dokumentai, apimantys kompleksines priemones ir veiksmus pagal išskirtas prioritetines sritis, t. y. Sveikatos ir sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo veiksmų planą ir Sveiko senėjimo užtikrinimo veiksmų planą, kurie bus esminis pagrindas 2014–2020 m. investicijoms iš Europos Sąjungos struktūrinių fondų. Sveikatos ir sveikatos priežiūros netolygumų veiksmų plano projektas apima sveikatos gerinimo veiksmus 8 prioritetinėse plėtros srityse, o Veiksmų plano priemonės įtrauktos net į 3 prioritetinių plėtros sričių aprašus: Sužalojimų prevencijos, neįgalumo ir mirtingumo nuo išorinių priežasčių mažinimo, Vaikų sveikatos stiprinimo, ligų profilaktikos bei efektyvaus gydymo ir Priklausomybės nuo alkoholio bei kitų psichoaktyviųjų medžiagų prevencijos, gydymo bei socialinės reintegracijos paslaugų prieinamumo didinimo [32, 33].

Teisės aktai nuolat tobulinami, vaikų psichikos sveikatos paslaugų prieinamumas derinamas su inovacijomis, naujomis technologijomis. Sveikatos apsaugos ministerijoje sudaryta darbo grupė, kuri rengia Pirminės asmens sveikatos priežiūros plėtros koncepcijos 2015–2025 m. projektą, į kurį, siekiant pagerinti pirminės psichikos sveikatos priežiūros prieinamumą, nuspręsta įtraukti pirminės psichikos sveikatos priežiūros esamos situacijos analizę, problemas bei galimas kryptis [34].

## **PSIHIKOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS ĮSTAIGOS, PASLAUGŲ LYGIAI IR ŽMOGIŠKIEJI IŠTEKLIAI**

Psichikos sveikatos priežiūros paslaugos vaikams ir paaugliams teikiamos pirminiame, antriniame ir tretiniame sveikatos priežiūros lygiuose ir keturiuose sektoriuose: PSC, stacionariose psichiatrinėse ligoninėse, nevyriausybinėse organizacijose ir privačiame sektoriuje [35].

Pirminiame lygyje psichikos sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos PSC (1 pav.). Visiems prie PSC prisirašiusiems asmenims užtikrinama suaugusiųjų bei vaikų ir paauglių psichikos sveikatos priežiūra ir priklausomybės ligų gydymo paslaugos. PSC paslaugas vaikams, paaugliams ir jų šeimoms teikia dirbančios psichikos sveikatos specialistų komandos, kurias sudaro gydytojas psichiatras, vaikų ir paauglių psichiatras (VPP), psichikos sveikatos slaugytojas, socialinis darbuotojas ir medicinos psichologas. Jų paslaugomis galima pasinaudoti tiesiogiai, be šeimos gydytojo siuntimo. Šiuo metu paslaugas teikia 107 PSC, išsidėstę visoje šalyje. Juose atliekamas pirminis psichikos būklės ištyrimas bei skiriamas reikiamas gydymas, užtikrinama, kad pacientai laiku būtų siunčiami į antrinio lygio paslaugas teikiančias ASPĮ [36].

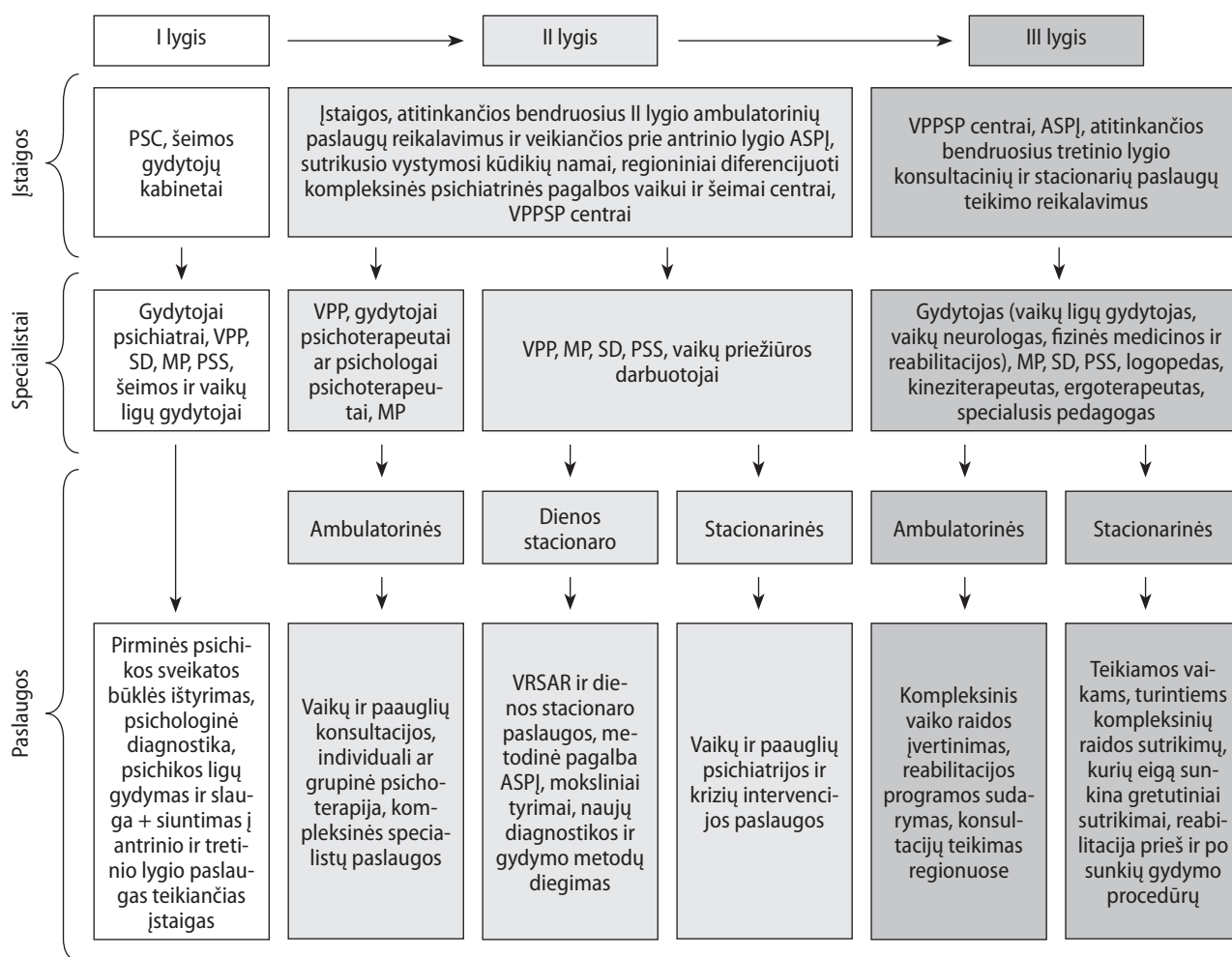
Taip pat pirminio lygio psichikos sveikatos priežiūros paslaugas vaikams teikia šeimos gydytojai, kad psichikos sveikatos sutrikimai būtų kuo anksčiau diagnozuoti ir pradėti gydyti. Šeimos gydytojai ir (ar) vidaus ligų gydytojai yra atsakingi už pirminę fizinę ir psichikos sveikatos priežiūrą, lengvų ir vidutinio lygio psichikos sutrikimų gydymą [17, 29]. Paslaugos vaikams iki 16 metų teikiamos tik gavus jų atstovų, t. y. tėvų ar globėjų, sutikimą, išskyrus būtinosios medicinos pagalbos paslaugas. Ankstyvai psichikos sveikatos sutrikimų diagnostikai svarbus specialistų bendradarbiavimas su šeimos ir vaikų ligų gydytojais, švietimo, socialinės rūpybos, vaikų teisių apsaugos, policijos ir kitomis institucijomis [28].

Antrinio ir tretinio lygio paslaugų teikimas organizuojamas atsižvelgiant į sveikatos sutrikimo pobūdį, sunkumo laipsnį, antraeilius susirgimus ir socialines šeimos sąlygas [29].

Antriniame lygyje vaikams ir paaugliams teikiamos 3 tipų paslaugos: ambulatorinės, dienos stacionaro ir stacionarinės. Ambulatorinės antrinio lygio psichikos sveikatos priežiūros paslaugos – tai VPP konsultacijos, individualios ir grupinės psichoterapijos (vaikams ir (ar) tėvams) bei kompleksinės specialistų komandos paslaugos, kurias teikia VPP, gydytojai psichoterapeutai ar psichologai psichoterapeutai, medicinos psichologai [28, 29].

Dienos stacionaro paslaugos – tai vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos (VRSAR) bei vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugos. VRSAR antrinio lygio ambulatorinėms paslaugoms priskiriamos išplėstinės įvairių specialistų konsultacijos ir ambulatoriškai teikiamų paslaugų kompleksai. Konsultacijų metu vertinama vaiko psichomotorinė raida,





PSC – Psichikos sveikatos centras; VPP – vaikų ir paauglių psichiatrai; SD – socialiniai darbuotojai; MP – medicinos psichologai; PSS – psichikos sveikatos slaugytojai; ASPJ – asmens sveikatos priežiūros įstaiga; VPPSP centrai – vaikų ir paauglių psichiatrijos ir socialinės pediatrijos centrai; VRSAR paslaugos – vaikų raidos sutrikimų ankstyvos reabilitacijos paslaugos.

**1 pav.** Vaikų psichikos sveikatos priežiūros lygiai pagal įstaigas, specialistus ir teikiamas paslaugas [28, 29, 32, 37]

sudaromas vaiko stebėjimo ar preliminarus VRSAR planas. Nustačius vaikui raidos sutrikimą, skiriamas ambulatorinių paslaugų kompleksas, kurį sudaro ne mažiau kaip dvi diagnostikos ar gydymo procedūros. Konsultacijų metu konsultuojami ir mokomi tėvai / globėjai [37].

Stacionarinės paslaugos – tai vaikų ir paauglių psichiatrijos bei vaikų ir paauglių krizių intervencijos paslaugos. Tiek stacionarines, tiek dienos stacionaro paslaugas teikia VPP, medicinos psichologas, socialinis darbuotojas, psichikos sveikatos slaugytojai bei vaikų priežiūros darbuotojai [28, 29].

Antrinio lygio ambulatorinės ir stacionarinės paslaugos teikiamos įstaigose, kurios atitinka bendroius antrinio lygio ambulatorinių paslaugų reikalavimus ir veikia prie antrinio lygio ASP paslaugas teikiančių įstaigų, taip pat sutrikusio vystymosi kūdikių

namuose, vaikų ir paauglių psichiatrijos ir socialinės pediatrijos centruose (VPPSP) bei regioniniuose diferencijuotuose kompleksinės psichiatrinės pagalbos vaikui ir šeimai centruose: VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikose, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės VŠĮ Kauno klinikose, VŠĮ respublikinėse Klaipėdos, Šiaulių ir Panevėžio ligoninėse [29].

Trečiajame psichikos sveikatos priežiūros paslaugų lygyje vaikams ir paaugliams teikiamos VRSAR ambulatorinės ir stacionarinės paslaugos. Ambulatorines paslaugas sudaro kompleksinis raidos įvertinimas, diagnozės ir funkcinės būklės įvertinimo tikslinimas, individualios reabilitacijos programos koregavimas [37], o stacionarinės paslaugos teikiamos vaikams, turintiems kompleksinių raidos sutrikimų, kurių eigą sunkina gretutiniai psichikos, regos,

klauskos, fizinės raidos ir kiti sutrikimai, todėl reikalingas kompleksinis įvertinimas ir rehabilitacija prieš ir po sudėtingų gydymo procedūrų. Paslaugas teikia gydytojas (vaikų ligų gydytojas, vaikų neurologas ar fizinės medicinos ir rehabilitacijos gydytojas), turintis socialinio pediatro sertifikata, medicinos psichologas, logopedas, kineziterapeutas, ergoterapeutas, socialinis darbuotojas, psichikos sveikatos slaugytoja bei specialusis pedagogas. Šiame paslaugų teikimo lygyje užtikrinamas ankstyvas vaikų raidos sutrikimų išaiškinimas, ankstyva kompleksinė pagalba vaikams, turintiems raidos sutrikimų, teikiamos konsultacijos tėvams / globėjams [29, 37].

Tretinio lygio paslaugas teikia VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos, VšĮ Respublikinė Vilniaus psichiatrijos ligoninė, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės VšĮ Kauno klinikos, kurios vykdo VPPSP centrų funkcijas. Vienas centras aptarnauja ne mažiau kaip 1 milijoną gyventojų turinčią teritoriją, atitinkamai Santariškių klinikų centras teikia konsultacines paslaugas VšĮ Panevėžio ligoninėje, Kauno klinikų centras – Klaipėdos ir Šiaulių respublikinėse ligoninėse [29].

Nuo 2015 m. buvo planuojama įsteigti trečiajame paslaugų teikimo lygyje trūkstantus VPP ir VPP psichoterapeuto etatus [29], nes šitaip būtų užtikrintos specialistų konsultacijos sunkiausios būklės pacientams, o konfliktiniams klausimams spręsti būtų pasitelkiamos gydytojų konsultacinės komisijos [3], tačiau paslaugų teikimo mechanizmas bei kiti organizaciniai darbai nepradėti. Tai leidžia daryti prielaidą, kad paslaugų prieinamumo sisteminių kliūčių pašalinimas atidedamas.

Šalyje veikia nevyriausybinės organizacijos, vienijančios psichikos ir elgesio sutrikimų turinčius pacientus ir jų šeimų narius. Tai „Kitoks vaikas“, „Likimo draugai“, „13 ir Ko“, „Viltis“, „Lietaus vaikai“ ir kitos [38]. Dalis jų yra susibūrusios į NVO ir ekspertų koaliciją „Psichikos sveikata 2030“, kurios tikslas – skatinti atvirumo, skaidrumo ir žmogaus teisių principų įtvirtinimą psichikos sveikatos sistemoje [39].

Vertinant žmoniškųjų išteklių, t. y. specialistų, teikiančių paslaugas vaikams, skaičių, stebima (1 lentelė), kad VPP skaičius per 4 paskutinius metus išliko stabilus, tačiau šiek tiek mažėjo etatų – nuo 59,64 iki 55,59. O apsilankymų skaičius didėjo. Per šį laikotarpį sumažėjo vaikų apsilankymų pas suaugusiųjų psichiatrus, kurie laikinai [28] gali teikti psichikos sveikatos priežiūros paslaugas ir vaikams, tačiau esant sunkesniai vaiko psichikos sveikatos

**1 lentelė.** Gydytojų (psichiatrų, VPP) specialybių ir vaikams (0–17 m. imtinai) suteiktų paslaugų 2011–2014 m. palyginimas (I–III paslaugų teikimo lygiai)

Specialybė	2011		2012		2013		2014	
	Psichi- atras	VPP	Psichi- atras	VPP	Psichi- atras	VPP	Psichi- atras	VPP
Fiziniai asmenys	411	54	411	49	415	49	530	54
Užimti etatai	627,2	59,6	643,3	57,2	633,6	53,9	761,8	55,6
Vaikų apsilankymai, iš jų:	10510	29324	8086	28902	8567	27805	9766	30754
dėl ligos	2344	27074	2106	26616	2448	25578	2757	28614
profilaktiniai patikrinimai	8093	2132	5943	2084	6098	2094	6985	2030
mokamos paslaugos	5879	1579	4222	1415	4544	1556	5343	1435

VPP – vaikų ir paauglių psichiatras; HI SIC duomenys.

sutrikimui vaiko psichikos sveikatos būklę privalo patikrinti VPP.

Vizitų pas suaugusiųjų psichiatrus skaičius išlieka aukštas. Daugiausia vaikų ir paauglių apsilankymų pas suaugusiųjų psichiatrą registruojama dėl profilaktinių psichikos sveikatos būklės tikrinimų (dėl vairuotojo pažymėjimo, darbo, globos ir kitų priežasčių) ir mokamų paslaugų, o ne dėl ligos. Dėl ligos daugiausia vaikų apsilankymų registruojama pas VPP, profilaktiniai psichikos sveikatos būklės patikrinimai ir mokamos paslaugos sudaro mažesnę dalį visų apsilankymų. Lietuvoje galiojantys teisės aktai nurodo, kad vaikams psichikos sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos nemokamai, tačiau mokėti už PSC suteiktas paslaugas reikia tada, kai asmenys, norintys gauti PSC paslaugas, nepriklauso PSC aptarnaujamoms sveikatos priežiūros įstaigoms, gyvenamajai vietai ar nori gydytojo specialisto konsultacijos privačiai. Mokėti už paslaugas reikia ir įvertinant vaikų intelektualius gebėjimus, siekiant gauti vairuotojo pažymėjimą, stojant į mokymosi įstaigas ar vykstant į užsienio šalis [40]. Vaikų apsilankymų dėl ligos bei profilaktinių patikrinimų skaičius neatspindi tikrosios situacijos, nes ne visada gydytojai nurodo vaikų apsilankymo priežastį.

Vertinant esamą situaciją reikia pasakyti, kad, siekdami užtikrinti tinkamą vaikų paslaugų prieinamumą, VPP dėl profilaktinių patikrinimų pavaduoja suaugusiųjų psichiatrai.

Analizuojant kitų specialistų (medicinos psichologų, socialinių darbuotojų ir psichikos sveikatos slaugytojų, kurie teikia paslaugas tiek suaugusiems,

**2 lentelė.** Kito personalo (medicinos psichologas, socialinis darbuotojas, psichikos sveikatos slaugytojas) sudėties ir vaikams (0–17 m. imtinai) suteiktų paslaugų 2011–2014 m. palyginimas (I–III paslaugų teikimo lygiai)

Metai	2011			2012			2013			2014		
	MP	PSS	SD	MP	PSS	SD	MP	PSS	SD	MP	PSS	SD
Fiziniai asmenys	321	1 085	491	332	983	487	358	960	499	395	912	514
Užimti etatai	382,4	1 228,7	542,5	415,8	1 115,1	545,9	439,4	1 065,6	544,7	452,7	1 043,9	569,7
Vaikų apsilankymai	2 708	–	–	3 143	–	–	3 325	–	–	5 196	–	–

MP – medicinos psichologas, SD – socialinis darbuotojas, PSS – psichikos sveikatos slaugytojas; HI SIC duomenys.

ties vaikams) situaciją matyti, kad per paskutiniuosius 4 metus vaikų apsilankymų pas medicinos psichologus skaičius padidėjo 1,9 karto, o medicinos psichologų fizinių asmenų bei užimtų etatų skaičius padidėjo tik 1,2 karto (2 lentelė). Socialinių darbuotojų fizinių asmenų ir užimtų etatų skaičius išliko stabilus, o psichikos sveikatos slaugytojų fizinių asmenų bei užimtų etatų skaičius kasmet šiek tiek mažėjo. Tai atitinka sveikatos apsaugos ministro numatytus reikalavimus [30] ir rodo, kad specialistų skaičius yra pakankamas ir bendrai, ir pagal apskritis, tačiau rajoniniu lygmeniu maždaug trečdalyje PSC iš viso nedirba VPP arba dirba vieną dieną per savaitę. Tai riboja galimybę suformuoti specialistų komandas, teikti nenutrūkstamas psichikos sveikatos paslaugas vaikams [11, 41].

## PSIHIKOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGŲ PRIEINAMUMO ANALIZĖ

Mokslinių tyrimų apie psichikos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą vaikams Lietuvoje atlikta labai nedaug, tačiau juose esama situacija įvairiai tyrinėjama.

2002 m. tyrime vertintas Vilniaus mieste bei rajone gyvenančių vaikų (0–16 m.) kreipimosi į PSC specialistus dažnumas. Vertinimui pasirinkti Antakalnio ir Pašilaičių PSC, kurių 92 proc. prisirašiusių pacientų gyvena Vilniaus rajone. Išnagrinėjus 464 pacientų medicinines korteles nustatyta, kad PSC per metus apsilankė 1,7 proc. miesto ir 1,1 proc. rajono vaikų ir jiems daugiausia suteiktos psichiatro (91,2 proc.), labai retai psichologo (4,4 proc.) ir socialinio darbuotojo (4,7 proc.) paslaugos. Tai rodo, kad tyrime dalyvavusiose įstaigose nevysiškai išnaudojamas specialistų komandos principas. Autoriai darė prielaidą, kad skaičiai neatspindi realios situacijos dėl kartu su psichikos sutrikimais patiriamos stigmos, tėvų nesupratimo, kad reikia gydyti psichikos sutrikimą, teikiamų paslaugų neadekvatumo, atstumo iki įstaigos, pagalbos paieškų kitur, finansinių galimybių [17].

Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų optimizavimo galimybių studijoje, atliktoje 2007 m., pažymėta, kad paslaugų prieinamumas nepakankamas, ypač psichikos ligos pradžioje. Tai lemia tokie veiksniai, kaip informacijos apie įstaigas ir paslaugas stoka (dažnai per pažįstamus asmenis), nesėkmingos reikalingo psichiatro paieškos, psichiatrinės diagnozės baimė, nenoras atsidurti psichikos sveikatos priežiūros tarnybos įskaitoje. Be to, paslaugos sunkiau prieinamos rajonuose gyvenantiems ir nuolatinio darbo neturintiems paslaugų vartotojams [11].

2008 m. Vaiko teisių apsaugos kontrolieriaus įstaigos atliktas vertinimas atskleidė VPP trūkumą. Nustatyta, kad dešimtadalyje PSC šių specialistų nėra arba paslaugas kartą per savaitę teikė atvykstantis gydytojas. Tai rodo, kad neužtikrinamas paslaugų laiku teikimas, nes kas trečiame PSC paslaugos vaikams suteikiamos po 1–5 dienų, kas penktame – po 1–2 savaitių. Maždaug pusė centrų (47 proc.) nurodė, kad konsultacijai vaikas gali registruotis ir pats. Atlikto vertinimo duomenimis, daugiau nei pusėje (60 proc.) centrų buvo taikomi specialistų komandinio darbo principai, t. y. dirbo VPP, socialiniai darbuotojai, psichikos sveikatos slaugytojos ir psichologai, tačiau trečdalyje PSC komandos vis dar nesuformuotos, kas antrame trūko terapinių patalpų, pritaikytų vaikams ir paaugliams konsultuoti [42].

Panašios tendencijos patvirtintos Higienos instituto 2011 m. atliktame tyrime, kuriame paslaugų prieinamumas (organizacinis, komunikacinis ir ekonominis) vertintas 19-oje PSC. Tyrime remtasi subjektyvia tėvų / globėjų, auginančių psichikos, elgesio ir emocijų sutrikimų turinčius vaikus, nuomone. Apklausus 369 respondentus tyrimo rezultatai parodė, kad kai kuriuose centruose trūko specialistų, ypač VPP, nors teisės aktai ir reglamentuoja, jog paslaugos būtų teikiamos komandinio darbo principu.

Vertinant organizacinį prieinamumą pagal specialisto konsultacijos laukimo laiką nustatyta, kad 19,2 proc. respondentų nurodė, jog laukti reikėjo ilgiau nei savaitę, po ketvirtadalį laukė mažiau

nei savaitę arba buvo priimti iš karto. Objektivos telefoninės apklausos slapto kliento metodu metu nustatyta, kad paslaugos gali tekti laukti ir ilgiau: keturiuose PSC vizito pas psichiatrą reikėtų laukti 3 savaites (19–21 k. d.), trijuose–keturiuose PSC – 2 savaites (11–13 k. d.), aštuoniuose – 1 savaitę (5–7 k. d.). Ekonominio prieinamumo analizė atskleidė, kad 5,8 proc. apklaustų asmenų naudojosi mokamomis paslaugomis PSC, 6,4 proc. respondentų kreipėsi į gydytojus psichiatrus privačiai, 11,1 proc. – į psichologus privačiai dėl skubios pagalbos ar individualios konsultacijos, kitos nuomonės, patogesnio darbo laiko ar vietos ir pan. Dalis asmenų nesikreipė dėl privačių paslaugų kainos.

Miesto gyventojai pas specialistą pateko greičiau nei rajone gyvenantys apklausti asmenys, tačiau atstumas iki gydymo įstaigos nebuvo įvardijamas kaip kliūtis paslaugai gauti. Respondentai buvo patenkinti gydytojo skiriamu laiku: kas antram tyrimo dalyviui vaikų gydytojas skyrė iki 40 min., kas penktam – daugiau nei 40 min. laiko. Gydymo įstaigų aplinką ir pritaikomumą teikti psichikos sveikatos paslaugas respondentai vertino teigiamai, tik keli įvardijo laukiamojo izoliuotumo nuo suaugusiųjų ar kabineto pritaikomumo vaikams, privatumo ir konfidencialumo stoką. Nepakankamai pagalbos iš PSC sulaukę asmenys nurodė, jog norėtų operatyviau patekti pas gydytoją, pasigedo intensyvesnio ir ilgalaikio bendravimo su vaiku, kvalifikuoto psichologo paslaugų, specialistų, dirbančių su didelę negalią turinčiais vaikais, savitarpio pagalbos grupių paaugliams, tarpininkavimo su kitomis institucijomis, krizių atvejais trūko informacijos, greito reagavimo, supratimo ir pagarbos [43, 44].

Mokinių psichikos sveikatos Europoje projekto, vykdyto septyniose ES valstybėse (Italijoje, Nyderlanduose, Vokietijoje, Rumunijoje, Bulgarijoje, Lietuvoje) ir Turkijoje, metu taip pat tirtas psichikos sveikatos paslaugų prieinamumas. Apklausus daugiau kaip 9 000 vaikų, po 6 000 mokytojų ir tėvų nustatyta, kad pirminio lygio paslaugų reikėjo vidutiniškai 5,1 proc. tyrime dalyvavusių vaikų, iš jų didžiausias poreikis nustatytas Lietuvoje (8 proc.), mažiausias – Italijoje (2,3 proc.). Antrinio lygio paslaugų reikėjo 4,4 proc. vaikų, daugiausia Lietuvoje (5,7 proc.), mažiausia Italijoje (3,2 proc.). Vertinant bendrai, bet kokios psichikos sveikatos priežiūros paslaugos reikėjo 14,4 proc. Lietuvoje apklaustų vaikų [45].

Dar vienas tyrimas, atliktas VRSAR jų kūrimosi laikotarpiu, parodė, kad paslaugomis naudojosi

tie psichikos sveikatos sutrikimų turintys vaikai, kurių tėvai patys aktyviai siekė paslaugų negalia turinčiam vaikui. Daugiau nei pusė jų (58 proc.) raišos sutrikimą pastebėjo patys. Tyrimo laikotarpiu daugiausia (74 proc.) asmenų lankėsi dėl masažų ir mankštos, penktadalis (26 proc.) respondentų nurodė, kad kyla vaiko transportavimo į VRSAR tarnybas sunkumų. Pagrindiniai tobulintini aspektai, tėvų nuomone, buvo materialinės bazės stiprinimas, darbo sąlygų gerinimas ir specialistų kvalifikacijos kėlimas [46].

Remiantis atliktais tyrimais galima daryti prielaidą, kad dalis vaikų ir paauglių negauna reikalingų psichikos sveikatos priežiūros paslaugų ir situacija keičiasi lėtai: neretai trūksta specialistų, kai kuriuose PSC nesuformuotos pilnos specialistų komandos, į kurių sudėtį įeity VPP. Ne visuose PSC patalpos pritaikytos dirbti su nepilnamečiais, taip pat kartais paslaugos būna nekokybiškos.

## APIBENDRINIMAS

Psichikos sveikata turi svarbią reikšmę asmens, šeimos, bendruomenės ir visuomenės gyvenimo kokybei bei produktyvumui. Daugėjant įrodymų, kad daugelis psichikos ir elgesio sutrikimų, nustatomų suaugusiems asmenims, gali prasidėti vaikystėje, integruotų psichikos sveikatos paslaugų prieinamumas vaikams ir paaugliams yra svarbus, siekiant išsaugoti visuomenės sveikatą.

Vaikų psichikos sveikata Lietuvoje laikoma prioritetine sritimi, tačiau 2007 m. patvirtintoje Psichikos sveikatos strategijoje numatytos vaikų psichikos sveikatos gerinimo kryptys toliau nebuvo plėtojamos ir neįvyko jokių didesnių ir pamatuojamų strateginio lygmens permąnų [7].

Neskląndumų dėl problemos masto ir situacijos įvertinimo pastebima tik pradėjus domėtis statistine informacija. Vienodus duomenis renkančių institucijų (Valstybinės ligonių kasos informacinė sistema SVEIDRA ir Valstybinis psichikos sveikatos centras) statistika skiriasi, nes dalis informaciją pateikiančių subjektų neteikia duomenų arba vienai, arba kitai sistemai, todėl jos abi visapusiškai neatspindi situacijos. Į tokią padėtį dėmesys buvo atkreiptas ne vienoje studijoje.

Remiantis Valstybinės ligonių kasos informacinės sistemos SVEIDRA duomenimis akivaizdu, kad psichikos ir elgesio sutrikimų našta Lietuvoje tampa vis didesnė. Per paskutiniuosius 12 metų psichikos, elgesio ir emocijų sutrikimų (F00–F99) diagnozes turinčių vaikų padaugėjo 1,4 karto, vaikų savižudybių



padaugėjo 1,6 karto, pirmą kartą nustatyto vaikų neįgalumo dažniausia priežastimi tapo psichikos ir elgesio sutrikimai. Kiek iš viso šalyje gali būti psichikos, elgesio ir emocijų sutrikimų turinčių vaikų, kuriems gali būti reikalingos psichikos sveikatos paslaugos, tikslios informacijos nėra. Ekspertai siūlo vaikų psichikos ir elgesio sutrikimų vidurkiu laikyti 12 proc. nuo bendrosios vaikų populiacijos. Tai atitinka Lietuvoje atlikto tarptautinio tyrimo duomenis, rodančius, kad šalyje yra apie 14 proc. vaikų, kuriems reikalinga bet kokia psichologinė pagalba [45]. Remiantis šia logika ir straipsnio autorių skaičiavimais, už psichikos sveikatos paslaugų sistemos ribų gali būti apie 20 000 vaikų.

Vaikams ir paaugliams šalyje teikiamos trijų lygių psichikos sveikatos priežiūros paslaugos, kurios skiriasi pagal geografinį prieinamumą, sutrikimo pobūdį, sunkumo laipsnį. Siekiant užtikrinti pirminio lygio psichikos sveikatos paslaugų prieinamumą, vaikai iki 18 m. registruojami prie asmens sveikatos priežiūros įstaigų. Tai laiduoja nemokamą pirminio lygio psichikos sveikatos priežiūros paslaugą ir esant reikalui galimybę gauti nemokamas antrinio ir tretinio lygio paslaugas.

Sunkumų sukelia tai, kad psichikos sveikatos specialistų skaičių aptarnaujamoje teritorijoje reguliuoja ne pagal prisirašiusių pacientų, o pagal gyventojų skaičių numatyti psichikos sveikatos specialistų etatai. Todėl esant mažam gyventojų skaičiui sukuriama situacija, kai centruose vaikų ir paauglių psichiatrai arba nedirba, arba dirba tokiu mažu krūviu, kad būna atvejų, kai pacientai aptarnaujami kartą per savaitę, ne visą darbo dieną. Siekiant išlyginti netolygumus, dalį vaikų ir paauglių psichiatrų darbo krūvio gali perimti suaugusiųjų psichiatrai, tačiau tai daugiausia profilaktiniai patikrinimai ar mokamos paslaugos, tokios kaip pažymų norint gauti vairuotojo pažymėjimą, stojant į mokymosi įstaigas išrašymas ir pan. Pakeisti vaikų ir paauglių psichiatro jie negali, nes įvertinti vaiko sveikatos būklę, esant sunkesniai vaiko psichikos sveikatos sutrikimui, Lietuvos Respublikos teisės aktai leidžia tik vaikų ir paauglių psichiatrai. Minėti netolygumai lemia situacijas, kai, valstybei laiduojant nemokamą pirminę psichikos sveikatos priežiūrą, pacientui tenka susimokėti, jeigu jis siekia gauti kokybiškesnes, patogesnes, greitesnes ar aukštos specialisto kvalifikacijos reikalaujančias paslaugas.

Kita problema yra teisinės nuostatos, kurios nesudaro darnios sistemos, todėl kyla sumaištis ir

nevienareikšmės taikymo praktikos problemų [21]. Reikia pažymėti, kad teisės aktai nuolat tobulinami siekiant didinti psichologinių paslaugų prieinamumą ir integruotas paslaugas vaikams, suprantant, kad strateginių sprendimų atidėliojimas problemos neišspręs, tik „perkels“ į suaugusiųjų psichiatrijos lauką, o tai visuomenės sveikatai gali kainuoti brangiau.

Lietuvoje vaikų, turinčių psichikos ir elgesio sutrikimų, paslaugų prieinamumo tyrimų atlikta nedaug, tačiau juose įvairiai tyrinėjama esama situacija. Tyrimų rezultatai patvirtina bendrą tendenciją, kad problema aktuali ir vaikų, kuriems gali reikėti psichikos sveikatos paslaugų, skaičius turėtų būti didesnis, nei rodo oficiali apsilankymų statistika. Stebimi netolygumai dėl galimybės patekti į gydytojo konsultaciją: vienur galima patekti iš karto, kitur tenka laukti kelias savaites ar net ilgiau. Stebimi nesutapimai, kai respondentų tėvai nurodo, kad atstumas iki gydymo įstaigos nėra kliūtis, tačiau daugiau psichiatrų pagalba teikiama miesto vaikams, palyginti su kaimo vietovėse gyvenančiais respondentais. Tyrimai ir analizės atskleidė, kad vis dar neišnaudojamas komandinio darbo metodas, kitų specialistų ar institucijų pagalba, trūksta vaikams konsultuoti pritaikytų kabinetų. Paslaugos gavėjų apklausos atskleidė, kad stokojama informacijos apie tai, kur kreiptis pagalbos, ypač ligos pradžioje, baiminamasi psichiatrinės diagnozės, psichikos sveikatos priežiūros įskaitos, trūksta lėšų kelionei pas gydytojus ar mokamoms paslaugoms.

Teisės aktų, politikos formavimo ir įgyvendinimo spragas, nepakankamai aktyvų pilietinės visuomenės dalyvavimą, paslaugų, atitinkančių vaikų ir paauglių poreikius, stoką akcentuoja įvairūs tyrimai ir apžvalgos [3, 21, 47], todėl apibendrinant galima teigti, kad vaikų psichikos sveikatos išsaugojimo politika ir jos įgyvendinimo mechanizmai turi trūkumų. Juos reikėtų taisyti siekiant efektyvesnės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo vaikams, turintiems psichikos, elgesio ir emocijų sutrikimų. Pasiūlymus dėl situacijos gerinimo valstybinėms institucijoms jau daug metų teikia ekspertai ir nevyriausybinių organizacijų atstovai, todėl vaisingas dialogas tarp jų gali būti viena iš stiprybių ir galimybių keisti situaciją, siekiant užtikrinti esminę vaikų ir paauglių psichikos sveikatos priežiūros paslaugų plėtrą, artinant teikiamų paslaugų kokybę ir kiekybę iki pripažintų tarptautinių standartų [7, 38].

*Straipsnis gautas 2015-08-05, priimtas 2015-09-04*

## Literatūra

1. PSO Europos ministrų konferencija psichikos sveikatos klausimais. Iššūkiai ir sprendimai. Helsinkis, Suomija, 2005 m. sausio 12–15 d. EUR/04/5047810/6. Prieiga per internetą: <[https://www.google.lt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.lspzgb.lt%2Fimages%2Fuser%2Ffile%2Fnuorod%2FEuropos\\_deklaracija.doc&ei=gMhiVZLQFcr\\_UpO7geAD&usg=AFQjCNHruu5jNDV5d-4b21bzkFKxLdbC2g&bvm=bv.93990622,d.d24](https://www.google.lt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.lspzgb.lt%2Fimages%2Fuser%2Ffile%2Fnuorod%2FEuropos_deklaracija.doc&ei=gMhiVZLQFcr_UpO7geAD&usg=AFQjCNHruu5jNDV5d-4b21bzkFKxLdbC2g&bvm=bv.93990622,d.d24)> [žiūrėta 2015-05-21].
2. Lietuvos Respublikos Seimo 2007 m. balandžio 3 d. nutarimas Nr. X-1070 „Dėl psichikos sveikatos strategijos patvirtinimo“. Valstybės žinios. 2007;42-1572.
3. Pūras D, Šumskienė E, Veniūtė M, Šumskas G, Juodkaitė D, Murauskienė L, Mataitytė-Diržienė J, Šliužaitė D. Iššūkiai įgyvendinant Lietuvos psichikos sveikatos politiką: mokslo studija. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla, 2013.
4. World Health Organization. The World health report: 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: WHO, 2001.
5. Zaborskis A, Makari J, Žemaitienė N. Lietuvos moksleivių psichologinė būseną. Biomedicina. 2002;2(2):107-12.
6. Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. Lietuvos vaikų visuomenės sveikatos būklės pokyčiai ir netolygumai. Vilnius, 2014.
7. Psichikos sveikatos perspektyvos. Lietuvos psichikos sveikatos strategijos ir savižudybių prevencijos alternatyvus priemonių planas 2014–2016 m. Vilnius, 2015. Prieiga per internetą: <[http://www.perspektyvos.org/xinha/plugins/ExtendedFileManager/demo\\_images/AlternatyvusPlanas.pdf](http://www.perspektyvos.org/xinha/plugins/ExtendedFileManager/demo_images/AlternatyvusPlanas.pdf)> [žiūrėta 2015-05-20].
8. Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos direktoriaus 2014 m. birželio 5 d. įsakymas Nr. 1K-136 „Dėl privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos „Sveidra“ nuostatų pakeitimo“. Teisės aktų registras. 2014;7270.
9. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. lapkričio 29 d. įsakymas Nr. 515 „Dėl sveikatos priežiūros įstaigų veiklos apskaitos ir atskaitomybės tvarkos“. Valstybės žinios. 2012;103-2972.
10. Atviros Lietuvos fondas, Lietuvos sveikatos informacijos centras, Vilniaus teritorinė ligonių kasa. Sveikatos statistikos ir sveikatos draudimo informacinių sistemų harmonizavimas: galimybių ištyrimas. 2003–2004.
11. UAB „Eurointegracijos projektai“, LR sveikatos apsaugos ministerija. Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų optimizavimo galimybių studija. 2007;141.
12. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Lietuvos sveikatos informacijos centras. Lietuvos gyventojų bendrasis sergamumas 2001–2005 m., privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos SVEIDRA duomenimis. Vilnius, 2006.
13. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Lietuvos sveikatos informacijos centras. Lietuvos gyventojų sergamumas apskrityse ir savivaldybėse 2008 m. Vilnius, 2009.
14. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. Lietuvos gyventojų sergamumas apskrityse ir savivaldybėse 2011 m. Vilnius, 2012.
15. Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. Lietuvos gyventojų sergamumas apskrityse ir savivaldybėse 2013 m. Vilnius, 2014.
16. Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. Lietuvos sveikatos statistika 2013 m. Health statistics of Lithuania 2013. Vilnius, 2014.
17. Simonsen L, Pūras D, Lesinskienė S. Psichikos sveikatos centuose vaikams teikiamų paslaugų analizė. Visuomenės sveikata. 2003; 4(23):33-38.
18. Costello J, Egger H, Angold A. 10-Year Research Update Review: The Epidemiology of Child and Adolescent Psychiatric Disorders: I. Methods and Public Health Burden. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2005;44(10):972-86.
19. Lietuvos statistikos departamentas. Oficialios statistikos portalas. Prieiga per internetą: <<http://osp.stat.gov.lt/temines-lenteles19>> [žiūrėta 2015-05-05].
20. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla: 2014 m. (išankstiniai duomenys). Vilnius, 2015.
21. Valstybinis psichikos sveikatos centras. Psichikos sveikatos paslaugų teisinio reglamentavimo vertinimas ir vaikų psichikos sveikatos paslaugų optimizavimas. Vilnius, 2014. Prieiga per internetą: <[http://issuu.com/larisajakovuk/docs/vpsc\\_knygos\\_maketas\\_2014-03-31\\_galu](http://issuu.com/larisajakovuk/docs/vpsc_knygos_maketas_2014-03-31_galu)> [žiūrėta 2015-05-18].
22. Lietuvos Respublikos Seimas. Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros įstatymas. Valstybės žinios. 1995;53-1290.
23. Lietuvos Respublikos Seimo 2007 m. balandžio 3 d. nutarimas Nr. X-1070 „Dėl psichikos sveikatos strategijos patvirtinimo“. Valstybės žinios. 2007;42-1572.
24. Lietuvos Respublikos Seimas. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas. Valstybės žinios. 1994;63-1231.
25. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2001 m. lapkričio 9 d. įsakymas Nr. 583 „Dėl gyventojų prisirašymo prie pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų tvarkos“. Valstybės žinios. 2001;96-3400.
26. LR sveikatos apsaugos ministro 2011 m. liepos 1 d. įsakymas Nr. V-655 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2001 m. lapkričio 9 d. įsakymo Nr. 583 „Dėl gyventojų prisirašymo prie pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų tvarkos“ pakeitimo“. Valstybės žinios. 2011;82-4018.
27. LR sveikatos apsaugos ministro 1996 m. kovo 7 d. įsakymas Nr. 133 „Dėl pirminio asmens psichikos būklės patikrinimo tvarkos patvirtinimo“. Valstybės žinios. 1996;28-695.
28. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. gruodžio 14 d. įsakymas Nr. 730 „Dėl vaikų ir paauglių psichiatrijos ir psichoterapijos paslaugų organizavimo principų, aprašymo ir teikimo reikalavimų“. Valstybės žinios. 2000;109-3489.
29. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 16 d. įsakymas Nr. V-816 „Dėl integruotos vaikų ir paauglių psichikos sveikatos priežiūros tvarkos aprašo patvirtinimo“. Teisės aktų registras. 2014;10331.
30. LR sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymas Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo patvirtinimo“. Valstybės žinios. 2005;143-5205.
31. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013 m. gegužės 9 d. įsakymas Nr. V-475 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymo Nr. V-943 „Dėl Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo patvirtinimo“ pakeitimo“. Valstybės žinios. 2013;50-2507.
32. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 16 d. įsakymas Nr. V-825 „Dėl sveiko senėjimo užtikrinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų plano patvirtinimo“. Teisės aktų registras. 2014;10374.
33. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. rugsėjo 1 d. įsakymas Nr. V-912 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 16 d. įsakymo Nr. V-815 „Dėl Sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų plano patvirtinimo“ pakeitimo“. Teisės aktų registras. 2014;11474.
34. LR sveikatos apsaugos ministro 2014 m. lapkričio 14 d. įsakymas Nr. V-1181 „Dėl darbo grupės pirminės asmens sveikatos priežiūros plėtros koncepcijos 2015–2025 metų projektui parengti sudarymo“.
35. Povilaitienė I, Maciūtė K. Bendruomeninės psichikos sveikatos paslaugos Lietuvoje. Vilnius: Globali iniciatyva psichiatrijoje, 2005.
36. LR sveikatos apsaugos ministro 2012 m. rugsėjo 17 d. įsakymas Nr. V-861 „Dėl Pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“. Valstybės žinios. 2012;110-5600.
37. LR sveikatos apsaugos ministro 2000 m. gruodžio 14 d. įsakymas Nr. 728 „Dėl vaikų raidos sutrikimų ankstyvos reabilitacijos antrinio ir tretinio lygio paslaugų organizavimo principų, aprašymo ir teikimo reikalavimų“. Valstybės žinios. 2000;109-3488.
38. Valstybinis psichikos sveikatos centras. Informacija psichikos sveikatos klausimais. Nevyriausybinių organizacijų. Prieiga per

- internetą: <[http://www.vpsc.lt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=94%3Anevyriausybins-organizacijos&catid=10%3Ainformacija-psichikos-sveikatos-klausimais&Itemid=21&lang=lt](http://www.vpsc.lt/index.php?option=com_content&view=article&id=94%3Anevyriausybins-organizacijos&catid=10%3Ainformacija-psichikos-sveikatos-klausimais&Itemid=21&lang=lt)> [žiūrėta 2015-05-20].
39. Psichikos sveikatos perspektyvos: Nevyriausybinių organizacijų ir ekspertų koalicija „Psichikos sveikata 2030“. Prieiga per internetą: <[http://www.perspektyvos.org/xinha/plugins/ExtendedFileManager/demo\\_images/Deklaracija\\_PS2030.pdf](http://www.perspektyvos.org/xinha/plugins/ExtendedFileManager/demo_images/Deklaracija_PS2030.pdf)> [žiūrėta 2015-05-20].
  40. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 11 d. įsakymas Nr. 794 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. liepos 30 d. įsakymo Nr. 357 „Dėl mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos“ pakeitimo“. Teisės aktų registras. 2014;10290.
  41. Valstybinis psichikos sveikatos centras. Informacija psichikos sveikatos klausimais. Psichikos sveikatos centrų etatai 2014-01-01. Prieiga per internetą: <[http://www.vpsc.lt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=325&Itemid=21&lang=lt](http://www.vpsc.lt/index.php?option=com_content&view=article&id=325&Itemid=21&lang=lt)> [žiūrėta 2015-05-20].
  42. Lietuvos Respublikos vaiko teisių apsaugos kontrolieriaus įstaiga. Lietuvos Respublikos vaiko teisių apsaugos kontrolieriaus 2008 metų veiklos ataskaita. 2013-03-29, Nr. 4-1, Vilnius, 15-17.
  43. Higienos institutas. Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas vaikams, turintiems psichikos, elgesio ir emocijų sutrikimų: baigiamoji ataskaita. Vilnius, 2011.
  44. Narkauskaitė L, Varvuolienė R, Beržanskaitė A. Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas vaikams, turintiems psichikos, elgesio ir emocijų sutrikimų, Lietuvoje. *Visuomenės sveikata*. 2012;2(57):78-83.
  45. Kovess V, Carta MG, Pez O, Bitfoi A, Koç C, Goelitz D, Kuijpers R, Lesinskiene S, Mihova Z, Otten R. The School Children Mental Health in Europe (SCMHE) Project: Design and First Results. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2015 Feb 26;11(Suppl 1 M7):113-23. Doi: 10.2174/1745017901511010113.
  46. Lesinskiene S, Kajokienė A, Pūras D. Kompleksinė pagalba raidos sutrikimų turintiems vaikams ankstyvosios reabilitacijos tarnybų kūrimesi laikotarpiu. *Medicina*. 2002;38(4):458-65.
  47. Pūras D, Kolaitis G, Tsiantis J. Child and Adolescent Mental Health in the Enlarged European Union: Overview of the CAMHEE Project. *International Journal of Mental Health Promotion*. 2010;12:4, 3-9. Doi: 10.1080/14623730.2010.9721821.

## Review of access to mental health services for children with mental, behavioural and emotional disorders in Lithuania

Martynas Izokaitis<sup>1</sup>, Vincentas Liuima<sup>1</sup>, Loreta Stonienė<sup>1</sup>, Odeta Vitkūnienė<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Institute of Hygiene, <sup>2</sup>Ministry of Health

### Summary

Studies showed that children's mental health has an impact on quality of life and productivity in society, because the majority of mental, behavioural and emotional disorders diagnosed in adults could arise from childhood.

The aim of this article was to analyse the access to mental health care services for children with mental, behavioural and emotional disorders, the legal framework, institutions providing these services and human resources in Lithuania.

Analysis showed that children's mental and behavioural disorder situation has become more serious, numbers of cases have increased, while consequences have become more serious. The network of institutions providing mental health services and human resources formally met the requirements in the national legal acts. Although, in some cases there were no child and adolescent psychiatrists, specialists were not working in teams or adult psychiatrists provided services for children in primary care. Parents whose children were in need for a children's specialist consultation had to use expensive private services. Data showed that up to 14 % of the whole under-age population with mental, behavioural or emotional disorders was outside of the health care system.

The non-coincident statistic data from institutions gathering information and analysing it led to situation analysis and assessment problems. The legal framework proved to be problematic when applied to practice and improving it requires political will and time expenses.

In conclusion, children's mental health policy and its implementation had gaps and further amendments needed to ensure efficient access to mental health care services for children with mental, behavioural and emotional disorders.

**Keywords:** children and adolescents, access to services, mental, behavioural and emotional disorders.

**Correspondence to** Martynas Izokaitis  
Institute of Hygiene  
Didžioji str. 22, LT-01128 Vilnius, Lithuania  
E-mail: martynas.izokaitis@hi.lt

Received 5 August 2015,  
accepted 4 September 2015