EIKIT PAŽIŪRĖT, KAIP NETURI BŪT: PSICHIKOS SVEIKATOS POLITIKOS RAIDA IR JOS REZULTATAI

EGLĖ ŠUMSKIENĖ, DAINIUS PŪRAS
VILNIAUS UNIVERSITETAS

Straipsnyje pristatomas kokybinis ekspertų tyrimas, atliktas 2012–2013 metais įgyvendinant projektą „Iššūkiai įgyvendinant Lietuvos psichikos sveikatos politiką“. Tyrimo metu iš psichikos sveikatos politikos „senbuvė“ ir jos kritikų perspektyvos siekiama įvertinti psichikos sveikatos priežiūros sistemos raidą Nepriklausomybės laikotarpiu, ypatingą dėmesį skiriant santykiui tarp sovietmečio praktikų ir bandimų diegti modernių inovacijų. Straipsnio autoriai daro išvadas, kad nevyriausybinių organizacijų iniciatyva diegiamos paslaugos savo pažangumu išsišoka iš bendro stagnatyvaus konteksto ir kelia grėsmę psichikos sveikatos priežiūros sistemos homeostazei. Inertiškumu pasižyminti psichikos sveikatos priežiūros sistema į šiuos iššūkius reaguoja dviem būdais: arba šios paslaugos „numarinamos“ kaip nepasiteisinusios ir grįžtama prie tradicinių paslaugų teikimo būdų, arba integruojamos į įprastas sisteminės praktikas ir tik sustiprina iki tol egzistavusią institucinę sąrangą. Tyrimą finansavo Lietuvos mokslo taryba (sutarties Nr. SIN-16/2012).

IVADAS

2012–2013 metais grupė mokslininkų vykdė projektą „Iššūkiai įgyvendinant Lietuvos psichikos sveikatos politiką“. Vykdant projektą buvo analizuojama Lietuvos psichikos sveikatos politikos raida nepriklausomybės metais, jos trajektoriją lemiantys veiksniai, pagrindiniai pasiekimai, vertintas jos veiksmingumas sprendžiant aktualias visuomenės sveikatos problemas (Pūras, Šumskienė, Veniūtė, Murauskienė, Šumskas, Diržienė, Juodkaitė, Šliužaitė, 2013).

Analizė atskleidė, jog, nepaisant tinkamai suformuluotos teisinės bazės, egzistuoja sisteminės psichikos sveikatos politikos svarbiausių principų ir prioritetų įgyvendinimo spragos. Nefunkcionuoja nepriklausomos stebėsenos mechanizmai, kurie paprastai laikomi reikšminga psichikos sveikatos sistemos tobulinimo grandimi, orientuota į žmogaus teisių sistemoje užtikrinimą, investuojamų finansinių ir žmogiškųjų išteklių panaudojimo efektyvumą ir veiklos rezultatų vertinimą. Apsiribojant vidiniais ir sistemai lojaliais jos funkcionavimo vertinimo mechanizmais, politiškai proteguojama ir finansiškai remiama tradicinė paslaugų infrastruktūra, neskatinama modernių prevencinių ir bendruomeninių paslaugų plėtra. Egzistuoja nepalankus visuomenės nuostatų, valdžios institucijų sprendimų ir psichikos sveikatos priežiūros sistemos veikimo bei vertinimo būdų derinys, kurio atskiri fragmentai sustiprina vienas kitą ir sunku išskirti šio sudėtingo konstrukto sudedamųjų dalių priežastingumo ryšius.

Pūro ir kt. (2013) atlikto tyrimo rezultatai parodė, kad Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros sisteminės spragos yra žymiai stipriau nulemtos svarbių veikėjų grupių vyraujančių požiūrių, o finansinių išteklių trūkumas nėra pakankamas argumentas. Pirmąjį nepriklausomybės dešimtmetį disponuojant mažesnėmis finansinėmis galimybėmis buvo dedama daugiau pastangų įgyvendinti šiuolaikinius principus ir investuoti į veiksmingas inovacijas negu 2001–2013 metais, kai buvo grįžta prie sovietmečiu įprastų praktikų.

Šie apibendrinimai didžiaja dalimi buvo grindžiami projekto vykdymo metu atliktu kokybiniu ekspertų tyrimu, kurio metu surinkti duomenys ne tik tapo pagrindu išskirti esminius tolesnės vykdytos analizės kintamuosius, bet ir leido identifikuoti pagrindines sisteminės problemas, jų priežastis ir įvertinti vidines bei išorines aplinkybes, lėmusias Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros sistemos raidą. Atskiرو aptarimo nusielpno atliekant kokybinį ekspertų tyrimą išryškėjęs naujas institucinis atsakas į psichikos sveikatos srityje diegiamas naujoves, kuris pasireiškia diegiamų inovacijų asimiliavimu, jų integravimu į įprastas sisteminės praktikas. Šiame straipsnyje pristatomi kokybinio ekspertų tyrimo rezultatai.

Tyrimo tikslas: jungiant psichikos sveikatos politikos „senbuvių“ ir jos kritikų perspektyvas įvertinti psichikos sveikatos priežiūros sistemos

raidą nepriklausomybės laikotarpiu, ypatingą dėmesį skiriant santykiui tarp sovietmečio praktikų ir bandomų diegti modernių inovacijų.

Tyrimo uždaviniai:

- Įvertinti psichikos sveikatos priežiūros politikos formavimo praktikas įtraukiant skirtingų sričių ekspertus.
- Aptarti visuomenės psichikos sveikatos būklę ir ją veikiančius veiksnius.
- Identifikuoti psichikos sveikatos priežiūros sistemos problemas, jų priežastis ir pasireiškimo būdus.
- Išanalizuoti ryškiausius bandymus kurti naujas psichikos sveikatos priežiūros paslaugas ir jų integravimo į paveldėtas institucines praktikas ypatumus.

TYRIMO METODOLOGIJA

Tyrimu buvo siekiama surinkti giluminę informaciją apie Lietuvos psichikos sveikatos sistemos kaitą, aprėpti visą nagrinėjamo fenomeno kompleksiskumą tiek chronologiškai atskleidžiant psichikos sveikatos sistemos raidą atkūrus Lietuvos nepriklausomybę, tiek analizuojant institucijų sisteminius ryšius, įstaigų veiklą bei priimamus politinius sprendimus. Tyrimas buvo vykdomas pasitelkus kokybinį ekspertų interviu metodą kaip duomenis generuojantį instrumentą, kuriuo siekiama rekonstruoti ekspertinį žinojimą (Pfandenhauer 2009, 84). Asmenybių lygmeniu psichikos sveikatos sistemos kaitai įtaką darė įvairių sričių atstovai – politikai, vyriausybės nariai, mokslininkai, psichikos sveikatos priežiūros įstaigų vadovai, nevyriausybinių organizacijų veikėjai, psichosocialinę negalią turintys asmenys. Iš jų buvo atrinkti devyni ekspertai, kurie dalyvavo kokybiniame ekspertų tyrime.

Buvimas ekspertu yra santykinis statusas (Meuser, Nagel 2005), kuris yra įgyjamas tyrėjui tam tikrą asmenų ratą pripažįstant kaip turintį specifinių, tyrimo sričiai reikšmingų žinių (Liebold, Trienczek, 2002). Meuserio ir Nagelio (2009) teigimu, ekspertas yra vykdytojas ir vystytojas, arba atsakingas už atitinkamus tam tikros srities pokyčius. Pfandenhaueris (2009) papildė šiuos vokiečių autorius reikšmingomis ekspertų žiniomis apie problemų priežastis ir jų sprendimų principus. Bogneris ir Menzas (2001) pabrėžia ekspertų veiklos daromą įtaką atitinkamai teminei sričiai. Jų teigimu, eksperto žinios, veiklos orientacija, prioritetai sudaro

galimybę įgyvendinti savo įsitikinimus tam tikrame organizaciniame kontekste ir tai savo ruožtu daro didelę įtaką kitų šios srities dalyvių veiklos sąlygoms.

Tyrimo ekspertai buvo atrinkti remiantis trimis pagrindiniais kriterijais: a) daugiau nei dešimties metų darbas formuojant, įgyvendinant psichikos sveikatos politiką, vertinant arba inicijuojant jos reformą; b) daugialypę patirtis psichikos sveikatos srityje ir nacionalinis arba tarptautinis ekspertizės pripažinimas; c) ekspertų įvairovė atstovavimo valdžios lygmenims, nevyriausybinėms organizacijom, akademiniam sektoriui, paslaugų vartotojam ir pan. požiūriu.

Iš ekspertų pasirinkimo matyti, jog tarpusavyje jie gerokai skiriasi: užimamomis pareigomis (valdinininkai – politikai – visuomenės veikėjai – mokslininkai – medikai); sektoriumi (viešasis – nevyriausybiniis); vieni jų aktyviai prisidėjo prie globos paslaugų sistemos kūrimo, kiti daugiau užėmė kritiko, oponento poziciją.

Pusiau struktūruoti naratyviniai interviu su devyniais tyrimo ekspertais vyko 2012 m. spalio–2013 m. vasario mėn., pokalbio trukmė – nuo 1 iki 1,5 val. Interviu sudarė aštuoni klausimai, kuriais buvo siekiama išsiaiškinti Lietuvos psichikos sveikatos sistemos kaitą, šios kaitos veiksnius, svarbiausius etapus, pagrindinius pasiekimus ir klaidas bei reformos poveikį Lietuvos visuomenės psichikos sveikatai.¹

TYRIMO DUOMENYS

ELITIZMAS FORMUOJANT PSICHIKOS SVEIKATOS POLITIKĄ

Ekspertų atsakymai į įvadinį tyrimo klausimą apie jų išitraukimą į psichikos sveikatos politikos formavimą išryškino reikšmingą tendenciją, kuri pasitvirtino ir tolesnėje tyrimo eigoje kaip pagrindinis tyrimo duomenų analizės leitmotyvas – galios santykiai negalią turinčių asmenų atžvilgiu ir nepakankamai išnaudojamas profesionalų bei mokslininkų potencialas.

¹ Interviu buvo analizuojami remiantis Meuserio ir Nagelio (2005) siūlomais šešiais vertinimo žingsniais: (1) transkripcija; (2) parafravimu; (3) kodavimu; (4) teminiu palyginimu (kategorizavimu); (5) sociologiniu konceptualizavimu (empiriniu generalizavimu); (6) teoriniu generalizavimu.

Tyrimo duomenys leido išskirti tris ekspertų dalyvavimo psichikos sveikatos politikoje būdus. Vykdomosios ir įstatymų leidžiamosios valdžios atstovai minėjo aktyvų, nuolatinį dalyvavimą, išitraukimą į strateginių sprendimų priėmimą: *per mano rankas praėjo visi teisės aktai, kurie reglamentuoja šią sritį*. Fragmentiškas buvo mokslo srities ekspertų ir psichiatrų išitraukimas į politikos sritį dalyvaujant darbo grupėse, kurios skirtos parengti konkretų teisės aktą (tyrimo dalyviai konkrečiai minėjo Psichikos sveikatos priežiūros įstatymą ir Psichikos sveikatos strategiją). Galiausiai – minimalus arba nulinis pačios tikslinės grupės atstovų dalyvavimas, kuris išryškėjo pokalbio su psichosocialinę negalią turinčia eksperte: *Aš turbūt net ir nebuvo pakviesta kažkur kalbėti, pasakyti kažkokių pasiūlymų, nei prie apvalaus stalo*. Svarbu paminėti, kad ši tyrimo dalyvė yra ekspertė ne tik dėl savo asmeninės negalios patirties (angl. *lay expert*), bet ir dėl aktyvaus dalyvavimo nevyriausybinų organizacijų veikloje, tarptautiniuose projektuose, mokymuose kaip lektorė. Ji išryškino bendrą tendenciją, jog psichosocialinę negalią turintys asmenys neįtraukiami į sprendimų priėmimą politiniu lygmeniu ir teigė prisimenanti tik vieną savo kolegą, kuris, kol buvo gyvas, viešojoje erdvėje reiškėsi ir buvo pripažintas kaip šios socialinės grupės interesų atstovas. Ši pašnekovė išryškino abipusį vengimą bendradarbiauti: jos teigimu, politinę atskirtį ne mažiau lemia ir psichosocialinę negalią turinčių asmenų pasyvumas, jų noras išlikti anonimaish.

Beveik visi tyrimo dalyviai išskyrė Psichikos sveikatos strategiją kaip reikšmingiausią šios srities dokumentą ir dauguma akcentavo savo vaidmenį prisidedant prie jo kūrimo, kaip aukščiausią politinio išitraukimo ir priklausomybės psichikos sveikatos sistemos reformatorių elitui išraišką. Dalis respondentų minėjo buvę šio teisės akto iniciatoriais, kiti – dalyvavo jos rengimo darbo grupėje, tretii užsiėmė susijusios teisinės bazės derinimu. Nenuostabu, kad šis teisės aktas¹, gimęs kaip įvairių sričių ekspertų bendradarbiavimo produktas, tarptautiniu mastu yra pripažįstamas kaip kokybiškas ir jo sukūrimo laikotarpiu pelnęs Lietuvai regiono lyderės titulą.

¹ Plačiau apie šį teisės aktą ir jo įgyvendinimą reformuojant Lietuvos psichikos sveikatos sistemą bus tolesniuose skyriuose.

PRASTA VISUOMENĖS PSICHIKOS SVEIKATA – SOVIETMEČIO PAVELDO IR NEĮVYKSTANČIOS REFORMOS ĮKAITĖ

Delsimas vykdyti psichikos sveikatos sistemos reformą anaip tol neišikia, jog esama institucinė sąranga demonstruoja gerus rodiklius ir teigiamai atsiliepia į visuomenės psichikos sveikatos poreikius. Nebuvo nė vieno eksperto, palankiai atsiliepusio apie Lietuvos visuomenės psichikos sveikatos būklę ir optimistiškai vertinusio jos perspektyvas, bent jau artimiausiu laikotarpiu. Ekspertai išskyrė šiuos visuomenės psichikos sveikatą Lietuvoje veikiančius veiksnius: asmens ir piliečio teisių ignoravimas, ekonominės politinės farmacijos pasikeitimas, ekonominio saugumo praradimas, pokario ir okupacijos psichologinis paveldas, pesimizmas, pasyvumas kaip nacionaliniai bruožai, socialinė atskirtis, sovietmečio suformuotas nepasitikėjimas valdžios institucijomis, stresas, valdžios struktūrų įtaka, vertybinių orientacijų kaita, neigiama žiniasklaidos įtaka ir žinių apie psichikos sveikatą trūkumas.

Opiausios visuomenės psichikos sveikatos problemos identifikuojamos kaip latentinio, lėtinio pobūdžio ir apimančios ištisus regionus ar socialines grupes. Kai kurios iš šių problemų (alkoholizmas, netolerancija skirtybėms) ekspertų pripažįstamos kaip sovietmečio paveldas, kitos – tokios kaip nesaugumo jausmas, agresyvumas, suicidinis elgesys, stresas, pesimizmas – siejamos su lūžio laikotarpiu, perėjimu prie rinkos ekonomikos, socialinio saugumo praradimu.

Ekspertai daug dėmesio skyrė istoriniams aspektams, pradedant nuo sovietmečio įtakos, baigiant pastangomis kurti demokratinę valstybę. Visi sutarė, kad socialistinės santvarkos poveikis, net ir praėjus beveik ketviriui amžiaus, vis dar juntamas. Sovietmečio neigiamą įtaką, praradimus ir tautos patirtą kolektyvinę traumą itin pabrėžė visi tyrime dalyvavę akademinio sluoksnio atstovai, išskirdami populiacijos skaičiaus mažėjimą ir praradimus dėl emigracijos, karo, trėmimų; nuo sovietmečio mažai pakitusį sisteminių ir institucinių paveldą; sužalotą visuomenės sąmonę ir išlikusius baimės, įtarumo jausmus, kurie anuomet padėjo išgyventi, o dabar trukdo formuotis gyvybingoms pilietinėms demokratinėms visuomenėms. Atkūrus nepriklausomybę toliau vykę pokyčiai nesukūrė saugumo jausmo, stichiškas laisvos rinkos kūrimasis taip pat turėjo neigiamą poveikį visuomenės ir atskirų jos narių psichikos sveikatai. Psichikos sveikatos sistemos reforma nei pirmaisiais nepriklausomybės

metais, nei vėliau neatsidūrė politinės darbotvarkės viršūnėje, nebuvo dedamos pastangos modernizuoti, „desovietizuoti“ ir pritaikyti ją prie sparčiai kintančių visuomenės poreikių. Nebuvo dedamos politinės pastangos sukurti institucinius saugiklius, kurie amortizuotų santvarkos pokyčių nulemtus sunkumus, todėl nerimą dėl socialinių, ekonominių, politinių pokyčių išgyvenantys žmonės rado destruktivių nusiramimo būdų, pasireiškusių priklausomybėmis, į kitus ir save nukreiptomis agresijos formomis. Valstybės paliktas spragas tradicinėse demokratinėse valstybėse paprastai užpildo nevyriausybinis sektorius, tačiau, būdamas silpnas, Lietuvoje šis sektorius nespėdė visuomenės psichikos sveikatos problemų ir neužtikrino saugumo poreikio: tyrime dalyvavęs akademinio sluoksnio atstovas ir praktikuojantis psichiatras atkreipė dėmesį, jog nepriklausomybės laikotarpiu nebuvo išugdytas gebėjimas priimti atsakomybę tiek už savo gyvenimą, tiek už visą visuomenę.

Apie sistemos nesėkmes sprendžiant aukščiau įvardytas problemas signalizuoja ne tik faktas, kad jos nedingsta ir toliau aštrėja, bet ir naujų arba išvestinių jų formų radimasis – pvz., ekspertai mini jaunimo savižudybes, tarp paauglių plintančią narkomaniją, psichikos sveikatos problemas darbovietėse, įskaitant mobingą (žeminimą ir patyčias darbo vietoje).

Įvardydami daugumą problemų ekspertai dažniausiai operavo įprastiniais, žiniasklaidos suformuluotais įsitikinimais ir vaizdiniais, buitine kalba ir tradiciniais pavyzdžiais. Pavyzdžiui, apie jaunimo patiriamą bendraamžių spaudimą rūkyti. *Jeigu tu nesi rūkęs nė karto, tai tu esi žalia kažkokia tai morka*; visuomeniniame diskurse dažnai pabrėžiamą alkoholio vartojimo paplitimą kaime: *turbūt jau negeriančių, blaivių rajonų, kaimų visai nebelikę. Visi geria, tempia tuos bambalius, geria*; vaikišką smalsumą, kuris gali lemti ankstyvą eksperimentavimą su psichiką veikiančiomis medžiagomis: *septynerių, net šešerių metų vaikai pirmą kartą pabando psichoaktyvias medžiagas – tai tabaką, alkoholį*. Reikšmingesnės ekspertų išvalgos apie naujas problemas, sinergetinį ir daugialypį jų efektą, netradiciniai paaiškinimai, kvestionuojantys įprastus priežastingumo modelius. Pavyzdžiui, akademinio sluoksnio atstovas akcentavo, kad augantis paauglių savižudybių skaičius yra susijęs su priklausomybių problematikos didėjimu. Eksperto nuomone, ši problema nėra pripažinta ir sprendžiama, jis pasigenda psichikos sveikatos politikos lygmens

pastangų identifikuoti tikslines grupes ir vykdyti pirmojo psichozės epizodo prevenciją. Kitas ekspertas, remdamasis atliktais tyrimais, ieško sąsajų tarp nekompetentingos bei korumpuotos policijos veiklos ir stebėtinai aukšto vyrų suicidų skaičiaus. Jo teigimu, tikėtina, kad dalis neištirtų vyrų žmogžudysčių *yra tiesiog nurašomos kaip savižudybės*, todėl kvestionuotinas aukštas savižudybių skaičius.

LIETUVOS PSICHIKOS SVEIKATOS SISTEMOS PROBLEMOS

Tradicionis nesėkmių tam tikroje viešosios politikos srityje pateisinimas yra finansavimo stygius. Pinigus psichikos sveikatos sistemoje minėjo ne vienas tyrimo ekspertas. Dalis respondentų daugiau pabrėžė išorines sąlygas, tokias kaip žemą ekonomikos išsivystymą, kuris lėmė Lietuvos atsilikimą nuo turtingesnių valstybių vystant psichikos sveikatos priežiūros sistemą. Kiti ekspertai kvestionavo netinkamai sudėtus prioritetus, neadekvatų lėšų paskirstymą sistemos viduje, pvz., buvo pastebėta, jog ligonių kasos apmoka tik trečdalį ligonių konsultacijų, likusios turi būti teikiamos nemokamai; nors yra kuriamos prevencinės visuomenės psichikos sveikatos stiprinimo programos, tačiau nenumatoma pakankamai lėšų joms vykdyti. Ilgus metus vykdomojoje valdžioje dirbanti tyrimo dalyvė teigia, jog psichikos sveikatos problemų prevencijai iš visų Europos Sąjungos valstybių Lietuva investuoja mažiausiai. Pašnekovės teigimu, Lietuvoje vienam gyventojui tenkanti suma kelis kartus skiriasi ne tik nuo turtingiausių, bet ir nuo naujųjų Europos Sąjungos šalių. Psichosocialinę negalią turinti pašnekovė ir tyrime dalyvavęs psichiatras kritikavo stacionarios globos sistemą, kuri pažeidžia visas pagrindines savo klientų teises, tačiau jai atitenka didžiausi finansų srautai, skurdinant kitas – modernesnes, inovatyvias bendruomenines paslaugas. Stacionarios globos įstaigos yra viena ydingiausių psichikos sveikatos priežiūros sistemos dalių ne tik Lietuvoje, bet ir visame posovietiniame regione. Kartu jos sudaro vieną inertiškiausių sistemos segmentų, kaip teigė universitetui atstovaujantis ekspertas: *Niekas, nė viena vyriausybė nebandė šito klausimo spręsti*.

Lietuvos psichikos sveikatos sistemoje dominuoja biomedicininis modelis – jo atžvilgiu daugiausia kritikos reiškė socialinės apsaugos sistemos ir akademinio sluoksnio atstovai, pastebėdami psichiatrijoje vykstantį piktnaudžiavimą medikamentiniu gydymu, – užuot nuodugniau

ištyrus pacientą, eksperimentuojama vaistais. Atitinkamai nukreipiami ir finansavimo srautai, didžiausią lėšų dalį skiriant vaistams, o ne psichosocialinės reabilitacijos paslaugoms. Kaip pastebėjo ekspertai, tai – ne tik mokslo žinių apie gydymą stygius, bet ir lobistinės farmacinių kompanijų veiklos išdava. Jų įtaka stipri, kadangi psichikos sveikatos politikai trūksta nuoseklumo, o kitų veikiančių jėgų, pvz., psichiatrų asociacijos ir pacientų organizacijų *vaidmuo yra niekinis*, kaip teigė vienas ekspertų, psichiatras ir akademinio sluoksniu atstovas, apžvelgdamas visą potencialių ir realių įtakos grupių spektrą ir poveikį psichikos sveikatos politikai. Dar viena neoficiali, tačiau reikšminga ir įtakinga lobistinė grupė yra įstaigų vadovai – psichiatrijos ligoninių direktoriai, kuriuos profesorius Dembinskas vadino *kumščiu* (ją identifیکavo psichiatrijai atstovaujantis ekspertas), bei socialinės globos namų direktoriai (įvardyti socialinės apsaugos sistemos atstovės). Būdami suinteresuoti išlaikyti savo įtaką, didelių stacionarių gydymo ar globos paslaugas teikiančių įstaigų vadovai bent jau iki šiol sėkmingai priešinasi decentralizacijos ir deinstitutionalizacijos procesams, kurie, savo ruožtu, užkerta kelią bendruomeninių paslaugų plėtrai.

Lobistiniai įstaigų vadovų interesai, nors ir netiesiogiai, randa netolerantiškos ir stigmatizuotos visuomenės palaikymą. Kaip pastebi ekspertai, Lietuvos visuomenė pasisako už psichosocialinę negalią turinčių asmenų izoliaciją ir priverstinį gydymą, bijo jų tariamos agresijos ir polinkio nusikalsti. *Aš esu išauklėta sovietmečiu*, teigia tyrime dalyvavusi vykdomosios valdžios atstovė, ir prisipažįsta bijanti bei nemokanti bendrauti su psichosocialinę negalią turinčiais asmenimis. Tyrimo ekspertas, psichiatras, analogiškas tendencijas priskiria visam politiniam elitui: *politikai neturi apskritai jokio supratimo apie psichikos sveikatą dėl stigos*. Ši stigma trukdo psichikos sveikatos sistemos reformai: kaip teigia tas pats ekspertas, dominuojančios nuomonės neatitinkantys, palankūs politikų pasisakymai apie psichosocialinę negalią turinčių asmenų teises gali sukelti visuomenėje asociacijas apie tariamas paties politiko psichikos sveikatos problemas. Jo nuomone, politinės darbotvarkės viršūnėje psichikos sveikatos klausimai gali atsidurti tik tuomet, kai patys politikai viešai prisipažins apie savo psichiatrinę patirtį.

Dėl šių aplinkybių psichikos sveikatos srityje diegiamos inovacijos dažniausiai yra fragmentiškos, epizodinės, apsiriboja pilotiniais modeliais, arba opiems klausimams spręsti kuriamomis darbo grupėmis.

Atkūrus nepriklausomybę Lietuva turėjo galimybę semtis pažangios patirties iš Vakarų, buvo sudaromos sąlygos susipažinti su užsienio šalių psichikos sveikatos priežiūros sistemomis, tobulinti savo kvalifikaciją, dalyvauti gerosios patirties sklaidos renginiuose, buvo remiama įstaigų modernizacija ir naujų paslaugų diegimas. Tačiau, kaip pastebi ekspertai, entuziastingų asmenų arba organizacijų pradėtos inovacijos sunkiai įsitvirtino, netapo bendra praktika. Modernios paslaugos, kurias, pritraukdamos tarptautines lėšas, mėgina diegti nevyriausybinės organizacijos, Lietuvoje negauna finansavimo arba net mėginamos išstumti iš psichikos sveikatos priežiūros sistemos. Ekspertai vardija Lietuvoje bandantį įsitvirtinti Paciento patikėtinio modelį, Psichosocialinės reabilitacijos centrą, Savarankiško gyvenimo namus ir net Psichikos sveikatos strategiją, kurią lydėję priemonių planai apsiribojo kukliu finansavimu ir atspindėjo primityvų visuomenės psichikos sveikatos poreikių suvokimą.

Psichikos sveikatos strategija laikoma kertiniu dokumentu Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros sistemos reformai, siekiant veiksmingai, racionaliai, vadovaujantis šiuolaikinėmis mokslo žiniomis ir vertybėmis, stiprinti visuomenės psichikos sveikatą, teikti visapusišką pagalbą psichikos ir elgesio sutrikimų turintiems asmenims bei jų šeimoms (Pūras ir kt., 2013), tačiau, kaip teigia šie autoriai, įgyvendinimo lygyje stebima stagnacija, kai valstybės psichikos sveikatos politika vykdoma remiantis ne šiuolaikiniais principais, o proteguojant įprastus, seniai susiformavusius investavimo į sistemą būdus bei atsiliepiant į visuomenėje stipriai išreikštas stigmatas, socialinės atskirties ir netolerancijos nuostatas. Komentuodamas Lietuvos sėkmę priimant Psichikos sveikatos strategiją ir nesėkmę nededant pastangų tinkamai ja vadovautis, tyrime dalyvavęs buvęs Vyriausybės narys politinius rinkimų ciklus ir politinių figūrų kaitą identifikuoja kaip neigiamą poveikį turinčią aplinkybę formuojant ir įgyvendinant psichikos sveikatos politiką: *keičiasi turbūt vyriausybės, keičiasi ministrai, keičiasi valdžia, labai lengvai užgesina ir šitos srities profesionalų entuziazmą, kurį paskui būna labai labai sunku vėl iš naujo... išiebt*.

Aktyviausi sistemos kritikai ir naujų paslaugų teikimo modelių iniciatoriai yra nevyriausybinės organizacijos, tačiau visuomeninio sektoriaus atstovai, kaip pastebi tyrimo ekspertai, psichikos sveikatos srityje nėra įtakingi politiniai veikėjai, jų veikla vertinama kaip sisteminio poveikio stokojančios pavienės iniciatyvos. Vienintelis tyrimo dalyvis, pabrėžęs

svarbų NVO vaidmenį psichikos sveikatos politikoje, savo teiginį iliustravo tik kukliais pavyzdžiais apie jų organizuojamas konferencijas, seminarus ir tyrimus. Tačiau nevyriausybinės organizacijos paprastai aktyviai pritraukia užsienio ekspertus ir fondus, skatina prisijungti prie tarptautinių dokumentų (ekspertai minėjo Neigaliųjų teisių konvenciją). Dauguma ekspertų išskyrė tarptautinį kontekstą kaip vieną reikšmingiausių veiksnių, dariusių įtaką psichikos sveikatos politikos formavimui. Tai ir Europos Sąjunga, ir Jungtinės Tautos, tarptautinės bendruomenės poveikis ir spaudimas, užsienio specialistų patirtis, atsivėrusi atkūrus nepriklausomybę ir deklaravus demokratijos siekius. Ypač Europos Sąjunga ekspertų buvo pabrėžiama kaip vienas iš išorinių veiksnių, orientuotų į teigiamus pokyčius psichikos sveikatos priežiūros sistemoje, tiek dėl papildomų finansinių išteklių, kuriuos teikia Struktūriniai fondai, tiek dėl pažangių teisės aktų, skatinančių pagarbą žmogaus teisėms bei nuolatinės situacijos stebėsenos ir ES viduje vykdomo tarptautinio palyginimo. Vis dėlto, ekspertų nuomone, Europos Sąjungos skirtos lėšos ir diegiamos inovacijos neatnešė esminių sisteminių pokyčių, o buvo internalizuotos įprastomis institucinėmis praktikomis – pavyzdžiui, deklaratyvaus pobūdžio teiginys „psichosocialinę negalią turinčių asmenų integracija į visuomenę“ įrašytas į beveik kiekvienų socialinės globos įstaigų įstatus, o Struktūrinių fondų lėšos buvo skiriamos tų pačių įstaigų rekonstrukcijai, o ne bendruomeninių paslaugų plėtrai.

Savivaldybių lygyje veikiantys psichikos sveikatos centrai, laikomi valstybės vykdomos psichikos sveikatos priežiūros reformos pagrindu, nusipelnė ypatingo ekspertų dėmesio ir prieštarigų vertinimų. Nors tikimasi, kad pirminio lygio grandies paslaugų teikėjai turi mokėti diagnozuoti ir suteikti pagalbą daugumos nekomplikuotų ligų ir sutrikimų atvejais, psichikos sveikatos apsaugos srityje daroma išimtis ir pirmiausia sveikatos priežiūros lygyje pagalbą teikia specializuoti psichikos sveikatos centrai. Teigiamai juos vertino tik du tyrimo dalyviai, vienas jų pats šiuo metu vadovauja vienam iš sostinės psichikos sveikatos centrų. Pastebėtina, kad teigiamai apie šią psichikos sveikatos priežiūros grandį atsiliepę ekspertai apsiribojo konstatavimu: *prie sėkmių galbūt priskirčiau psichikos sveikatos centrų atsiradimą*, neargumentuodami šių savo teiginių ir nepagrįsdami pavyzdžiais ar statistine informacija. Tuo tarpu oponuojantys tyrimo dalyviai negailėjo kritikos, skaičių ir argumentų. Pasak jų,

psichikos sveikatos centrams nustatyti aiškūs veiklos prioritetai, o didelės darbų apimtys (*pacientų prasme, jie jau yra išotinti ir persotinti; konsultacijų ten yra per du milijonai*), – kaip teigė tyrime dalyvavę psichiatrai) ir nediferencijuotas pacientų srautas (*jokių filtrų*) lemia, kad nei psichikos sveikatos sutrikimų prevencija, nei pagalba lengvų, vidutinių ar sunkių sutrikimų turintiems asmenims negali būti vykdoma sėkmingai. Ši infrastruktūra buvo kuriama tam, kad, be kitų svarbių tikslų, stabdytų sergančiųjų sunkesnėmis psichikos ligomis patekimą į socialinės globos namus, tačiau psichikos sveikatos centrums nenurodyta siekti šio tikslo. Pažymėtina, kad šie centrai ir neturi tokios galimybės, atsižvelgiant į labai menką juose įdarbintų socialinių darbuotojų skaičių.

Savivaldybių psichikos sveikatos centrų finansavimas, žmoniškųjų išteklių politika ir veiklos sistema pirminį lygį atstovaujantčiai bendrosios pagalbos gydytojų institucijai trukdo realiai įsitraukti į psichikos sveikatos problemų sprendimą, taip pat užkerta kelią plėtoti efektyvias paslaugas sunkių sutrikimų atveju: *aš net nesu tikras, ar tai konsultacijos* – abejojo vienas tyrimo ekspertų, kritiškai atsiliepdamas apie psichikos sveikatos centrų teikiamas paslaugas komplikuotais atvejais. Psichikos sveikatos centrai dėl itin medikalizuotos žmoniškųjų išteklių politikos dažnai apsiriboja medikamentiniu gydymu, hospitalizacijomis, apgyvendinimo socialinės globos namuose organizavimu bei įvairių pažymų išdavimu gyventojams ir neveikia kaip kertinė bendruomeninių paslaugų teikimo grandis.

Analogiškai ekspertų nuomonės išsiskyrė ir vertinant dienos stacionarus. Lietuvoje dienos stacionarai buvo kuriami prie savivaldybėse egzistuojančios psichikos sveikatos centrų infrastruktūros, siekiant plėtoti psichikos sveikatos paslaugų prieinamumą. 27 dienos stacionarų steigimui buvo panaudota Europos Sąjungos struktūrinių fondų parama. Atliekant tyrimą, pastebėta panaši tendencija kaip ir vertinant psichikos sveikatos centrus: palankiai atsiliepiantys tyrimo dalyviai lakoniškai konstatavo savo teigiamą nuomonę apie jų veiklą, skeptiškai vertinantys šią psichikos sveikatos priežiūros sistemos grandį negailėjo kritikos ir neigiamų pavyzdžių apie šių įstaigų nesėkmes.

Vykdomosios valdžios atstovė dienos stacionarų steigimą ir veiklą vadina psichikos sveikatos politikos sėkme, kaip užsienio šalyse pasiteisinusią ir Lietuvoje prigyjančią inovaciją. Psichiatrijos ligoninėje

dirbanti pašnekovė dienos stacionarų atžvilgiu kur kas kritiškesnė, ji dienos stacionarus priskiria prie psichikos sveikatos priežiūros sistemos nesėkmių. Psichiatrės nuomone, Lietuvoje pradedanti funkcionuoti dienos stacionarų sistema apsiriboja paviršutinišku ir primityviu pacientų užimtumo organizavimu (*jokių reabilitacijos programų, jokių užsiėmimų, jokių mokymų, nieko nėra*) ir taip kompromituoja veiksmingą, pažangią ir Vakarų Europoje gerų rezultatų pasiekiančią psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo formą: *aš savo rezidentams, dar kai mokiau, sakiau: eikit pažiūrėt, kaip neturi būt.*

Stokojant aiškos vizijos bei politinės valios, gailintis naikinti materialųjį ir pasąmonėję glūdinčią sovietmečio psichiatrijos paveldą ir baiminantis lobistų *kumščio* psichikos sveikatos sistemos reforma veikiausiai neįvyks. Tyrime dalyvavęs akademinio sluoksnio atstovas, turintis darbo Vyriausybėje patirties, nuoseklų planavimą identifikuoja kaip būdą priimti ir įgyvendinti veiksmingus psichikos sveikatos politikos sprendimus. Jo teigimu, reforma turi remtis įrodymais grindžiamomis prevencinėmis, intervencinėmis ir profilaktinėmis programomis, nepaisant to, kad: *tokią sistemą yra didelis iššūkis sukurti, reiktų įvardinti tiesiai šviesiai, kad tai brangiai kainuoja, kad tai nėra paskaitų skaitymas ar kažkoks tai diletantiškas požiūris.*

Atsistiktinių savieigai paliktų inovacijų rinkinys ir tvirtai įkabintas sovietinio paveldo inkaras – toks Lietuvos psichikos sveikatos sistemos dualizmas išryškėjo atlikus ekspertų tyrimą. Jį galima vertinti kaip dvi konkuruojančias ideologines tradicijas, tikintis, jog neveiksmingą, neracionaliai naudojančią išteklius ir šiuolaikinių psichikos sveikatos politikos principų neatitinkančią psichikos sveikatos priežiūros sistemą pakeis modernių paslaugų plėtra. Kol tai neįvyko, stebima priešinga tendencija, kai esama sistema stiprėja absorbuodama inovacijas, plėsdama esamas struktūras ir viešajame diskurse pristatydama jas kaip sėkmingas praktikas. Tarptautiniame lygmenyje tokios taktikos naudojimas leidžia užbėgti už akių įtakingų organizacijų priekaištams, kokie buvo išsakyti Rytų Europos vyriausybėms 1999 m. vykusiame jungtiniame Pasaulio sveikatos organizacijos ir Europos Komisijos susitikime, kad aktyviausiai psichikos sveikatos srities reformą palaiko NVO sektorius, o vyriausybės vaidmuo dažniausiai statiškas arba negatyvus (Knapp, McDaid, Mossialos, Thornicroft, 2007, p. 25).

IŠVADOS

Visuomenės psichikos sveikatos rodikliai jautriai reaguoja į jos narių patiriamus socialinius, politinius ar ekonominius iššūkius. Lietuvos visuomenė, kaip ir kitų posovietinių valstybių visuomenės, buvo traukuojama ir komunistinio režimo, ir, jam žlugus, pasikeitusios politinės santvarkos, sumažėjusio žmonių socialinio ir ekonominio saugumo. Senosios santvarkos principais veikianti psichikos sveikatos priežiūros sistema nesugeba adekvačiai atsiliepti į įsisenėjusias ir kylančias naujas problemas, tačiau, nepaisant akivaizdžių nesėkmių, jos reforma neatšiduria politinės darbotvarkės viršūnėje. Tokių politinės valios trūkumą lemia visuomenėje ir tarp politikų egzistuojanti psichosocialinės negalios stigma, psichikos sveikatos priežiūros sistemos inertiškumas, priklausomybė nuo fizinio, institucinio ir dvasinio paveldo bei dominuojančios interesų grupės.

Atkūrus nepriklausomybę, Lietuva turėjo vidines ir išorines prielaidas esminioms psichikos sveikatos priežiūros sistemos pokyčiams. Buvo anksti diagnozuotos sisteminės problemos, bendradarbiaujant su užsienio partneriais perimama patirtis ir gaunama tarptautinė parama, aktyviai veikė psichikos sveikatos srities nevyriausybinių organizacijų ir tarptautinio lygio ekspertai, buvo perimamos Europos Sąjungos vertybės, derinama teisinė bazė, gaunama Struktūrinių fondų parama, tačiau politinių sprendimų priėmimo ir įgyvendinimo lygmenyje vyravo inertiniai, priešiški pokyčiams mechanizmai.

Nevyriausybinių organizacijų iniciatyva diegiamos inovatyvios paslaugos yra epizodinės, stokoja institucinio bei finansinio tęstinumo. Savo pažangumu jos išsiskiria iš bendro stagnacijos konteksto, kvestionuoja biomedicininį paslaugų teikimo modelį ir kelia grėsmę psichikos sveikatos priežiūros sistemos homeostazei. Todėl ilgainiui šios paslaugos „numarinamos“ kaip nepasiteisinusios ir grįžtama prie tradicinių paslaugų teikimo būdų.

Politinių sprendimų keliu atsirandančios naujos paslaugos ar tarnybos dažniausiai yra tarptautinių organizacijų imperatyvas Lietuvai. Nepaisant saistančių tarptautinių sutarčių, diegiant šias naujoves dažniausiai apsiribojama fasadiniais pokyčiais, jos integruojamos į įprastas sisteminės praktikas ir nesuardo iki tol egzistavusios institucinės sąrangos. Tokiais atvejais pasiekama dviguba pergalė: inovacijas galima pristatyti

kaip modernius tarptautinius standartus atitinkančius pasiekimus, tačiau jie nesutrikdo sistemos stabilumo ir leidžia išsaugoti egzistuojantį psichikos sveikatos priežiūros modelį.

Psichikos sveikatos priežiūros sistemoje galima išskirti dviejų tipų elitą: vienam atstovauja ilgus metus sistemoje dirbantys asmenys (politikai, valdininkai, įstaigų vadovai), kitam – sistemos reformatoriai (NVO atstovai, mokslininkai, psichosocialinę negalią turintys asmenys). Sistemos elitas ir reformatorių elitas vadovaujasi skirtingais interesais, jie skirtingai suvokia Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros sistemos būklę, jos reformos eigą ir ateities viziją. Sistemos elito atstovai dominuoja priimant ir įgyvendinant politinius sprendimus, reformatorių elito dalyvavimas labai epizodinis arba išvis nepasitelkiamas. Tais epizodiniais atvejais, kai (dažniausiai esant tarptautiniam spaudimui) reformatoriai įtraukiami į strateginio dokumento kūrimą, įgyvendinimo, finansavimo skyrimo, realaus politinio poveikio lygmenyje jis neužpildomas realiu turiniu.

LITERATŪRA

1. Bogner, A., Littig, B., Menz, W. (2009). *Interviewing experts. Research methods series*. Basingstoke England, New York: Palgrave Macmillan.
2. Knapp, M., McDaid, D., Mossialos, E., Thornicroft, G. (ed.) (2007). *Mental Health Policy and Practice across Europe*. Buckingham: Open University Press.
3. Liebold, R., Trinczek, R. (2002) Experteninterview. Kühl, S., Strodtholz, P. (Hrsg.). *Methoden der Organisationsforschung. Ein Handbuch*. Reinbek: RoRoRo.
4. Meuser, M., Nagel, U. (2005). ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. In: Bogner, A., Littig, B., Menz, W. (Hrsg.). *Das Experteninterview – Theorie, Methode, Anwendung* (2-as leidimas). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
5. Pfadenhauer, M. (2005). Das Experteninterview – ein Gespräch zwischen Experte und Quasi-Experte. Bogner, A., Littig, B., Menz, W. (Hrsg.). *Das Experteninterview – Theorie, Methode, Anwendung* (2-as leidimas). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
6. Pūras, D., Šumskienė, E., Veniūtė, M., Murauskienė, L., Šumskas, G., Diržienė, J., Juodkaitė, D., Šliužaitė, D. (2013) Mokslo studija „Iššūkiai įgyvendinant Lietuvos psichikos sveikatos politiką“. [žiūrėta 2014-05-10]. Prieiga per internetą: <http://naujienos.vu.lt/wp-content/uploads/2014/03/issukiai-igyvendinant-Lietuvos-psichikos-sveikatos-politika.pdf>

SUMMARY

CHECK OUT THE WAY IT SHOULDN'T BE MANAGED:
MENTAL HEALTH POLICY DEVELOPMENT AND
OUTCOMES

The article presents results of the qualitative experts' research which was conducted in 2012–2013 within the frame of a project "Challenges of Implementation of Lithuanian Mental Health Policy". The article analyzes development of the Lithuanian mental health care system from the perspectives of its' supporters and critics. Special attention is drawn on the relationship between practices inherited from the Soviet time and modern innovations which are slowly gaining momentum. Authors of the article come to the conclusion that the mental health care system is based on out-dated principles and that it is unable to adequately respond to chronic and newly emerging problems; despite of these obvious failures in the implementation level mental health reform never appears on the political agenda as a serious issue of a strategic level to be discussed.

Non-governmental organizations pilot and introduce new mental health services which are distinguished by their innovative nature, and incompatibility with the general stagnating context within the mental health care system. The inert system perceives these innovations as threats to its' homeostasis and reacts in the traditional direction towards its restoration: a) either new services are financially and institutionally suppressed as unjustified and the system returns to its equilibrium; or (b) new services become integrated into customary systemic practices thus strengthening the former institutional design.

Researchers also distinguish between the two types of stakeholders within the mental health care system, who differ significantly in understanding of the *status quo* and the future of the system. One group is represented by long-term representatives of the system (politicians, officials, directors of institutions), the second group is represented by reformers of the system (members of NGOs, academics, relatives of service users). The first group dominates in the process decision making and implementation whereas role of the second group in the policy making process remains very small.