

LIETUVOS RESPUBLIKOS SEIMO
N U T A R I M A S
DĖL PSICHIKOS SVEIKATOS STRATEGIJOS PATVIRTINIMO

2007 m. balandžio 3 d. Nr. X-1070
Vilnius

Lietuvos Respublikos Seimas n u t a r i a:

1 straipsnis.

Patvirtinti Psichikos sveikatos strategiją (pridedama).

SEIMO PIRMININKAS

VIKTORAS MUNTIANAS

PSICHIKOS SVEIKATOS STRATEGIJA**I. BENDROSIOS NUOSTATOS**

1. Psichikos sveikata yra neatskiriama bendrosios individo ir visuomenės sveikatos dalis. Nėra ir negali būti sveikatos be psichikos sveikatos.

2. Psichikos sveikata – tai geros savijautos pojūtis, emocinė ir dvasinė būseną, kuri leidžia žmogui džiaugtis gyvenimo pilnatvę, išgyventi skausmą ir liūdesį. Psichikos sveikata – tai ne vien psichikos ligos ar sutrikimo nebuvimas. Gerą psichikos sveikatą rodo žmonių gebėjimas užmegzti ir palaikyti asmeninius santykius, įveikti sunkumus, išreikšti save tokiais būdais, kurie teikia malonumą pačiam individui ir aplinkiniams, pačiam daryti sprendimus ir už juos atsakyti.

3. Gera psichikos sveikata leidžia individui patirti gyvenimo prasmę, padeda būti savimi ir bendrauti su kitais. Geros psichikos sveikatos individai sukuria gerą psichikos sveikatą turinčią bendruomenę ir visuomenę. Sveikos bendruomenės ir visuomenės pasižymi dideliu socialiniu kapitalu ir žemu socialinės patologijos lygiu, mažesniais savižudybių, prievartos ar kitokio destruktinio elgesio, nukreipto į save ar į kitus, rodikliais. Geros psichikos sveikatos bendruomenė ar visuomenė tolerantiškesnė pažeidžiamoms gyventojų grupėms, jose didesnė socialinė integracija.

4. Gera psichikos sveikata reikalinga kiekvienam žmogui jo kasdienėje veikloje (dirbant, mokantis, ilsintis), todėl tai turi rūpėti visiems individams, darbdaviams, sveikatos, švietimo, socialinės apsaugos ir kitų sektorių atstovams. Psichikos sveikata priklauso ne tik nuo individo asmeninių įgimtų ir įgytų savybių, bet ir nuo aplinkos veiksnių, pasireiškiančių tiek šeimoje, tiek gatvėje, mokykloje ar darbo vietoje. Asmens ir visuomenės psichikos sveikatą gali teigiamai ar neigiamai veikti visų lygių valdžios priimami sprendimai, visuomenės nuostatos.

5. Nemaža dalis žmonių turi praeinančių ar nuolatinių, lengvo ar sunkaus laipsnio psichikos sveikatos sutrikimų. Valstybės vykdoma psichikos sveikatos politika, aktyviai dalyvaujant visuomenei, lemia, kaip padedama sutrikusios psichikos asmenims pasveikti arba, jei psichikos negalia yra nuolatinė, gyventi visavertį gyvenimą. Nuo bendrų valstybės ir visuomenės pastangų priklauso visuomenės psichikos sveikata, kuri lemia bendrą visuomenės sveikatą, gyvenimo kokybę ir socialinę gerovę.

6. 1995–2005 metais, bendradarbiaujant Pasaulinei sveikatos organizacijai (toliau – PSO), Europos Sąjungos institucijoms, Pasaulio bankui, universitetams, pasaulyje ir Europoje iš naujo įvertintas psichikos sveikatos vaidmuo saugant ir stiprinant visuomenės sveikatą. Suomijai inicijavus šį svarbų psichikos sveikatos klausimą, buvo priimta keletas svarbių sveikatos politikos dokumentų: 2001 metais buvo paskelbtas PSO metinis pranešimas „Psichikos sveikata: naujas supratimas, nauja viltis“, o 2005 metais PSO Europos regiono sveikatos apsaugos ministrų konferencijoje Helsinkyje Europos valstybės, tarp kurių buvo ir Lietuva, priėmė Europos psichikos sveikatos apsaugos deklaraciją ir Veismų planą 2005–2010 metams.

7. Pasikeitus visuomenės sveikatos prioritetams, XX amžiaus pabaigoje – XXI amžiaus pradžioje visuomenės psichikos sveikata tapo svarbiausia visuomenės sveikatos sudedamąja dalimi ir atsidūrė sveikatos ir socialinės politikos centre. Nuo to, kokia bus kiekvieno piliečio ir visos visuomenės psichikos sveikata, labai priklauso kiekvienos valstybės ekonominė ir socialinė gerovė bei plėtra. Tai svarbu visam Europos regionui ir Europos Sąjungai, juolab kad Europos gyventojų psichikos sveikata nėra labai gera, o lėšų psichikos sveikatos problemoms spręsti iki šiol skiriama nepakankamai.

8. Per pastaruosius dešimtį metų pasaulis ir Europa apsisprendė, kokiais vertybių ir mokslo principais vadovaujantis modernioje visuomenėje reikia spręsti psichikos sveikatos problemas. 2001 metų PSO metinis pranešimas „Psichikos sveikata: Naujas supratimas, nauja viltis“ ir 2005 metais PSO Europos regiono sveikatos apsaugos ministrų konferencijoje Helsinkyje priimti Europos

psichikos sveikatos apsaugos deklaracija ir Veiksmų planas 2005–2010 metams aiškiai nurodo mokslo žiniomis ir vertybėmis pagrįstus visuomenės psichikos sveikatos stiprinimo ir apsaugos principus.

9. Svarbiausi PSO Europos visuomenės psichikos sveikatos politikos principai:

9.1. psichikos sveikata pripažįstama svarbiausia XXI amžiaus pradžios visuomenės sveikatos sritimi, kuriai reikia kiekybiškai ir kokybiškai naujų investicijų ir sprendimų, nes psichikos sutrikimų našta visuomenei nuolat auga, pradeda vyrauti, palyginti su kitais sveikatos sutrikimais, ir, jei į tai reaguojama pasyviai ir tradiciniais būdais, stipriai trikdoma valstybių socialinė ir ekonominė plėtra bei piliečių gyvenimo kokybė;

9.2. yra veiksmingų būdų mažinti tiek lengvų psichikos ir elgesio sutrikimų, tiek sunkios psichikos ir proto negalios našą; būtina išvaduoti psichikos sveikatos sritį iš profesinės, politinės ir geografinės izoliacijos ir kuo labiau integruoti šią sritį į visuomenės sveikatos sistemą, pirminę sveikatos priežiūrą, bendrąją sveikatos priežiūrą, švietimo, socialinės apsaugos bei kitus sektorius.

II. PSICHIKOS SVEIKATOS SITUACIJOS ANALIZĖ

10. Iki šiol, nepaisant įvairiais lygiais vykdytų programų ir kitų priemonių, Lietuva yra tarp valstybių, pasižyminčių itin prastais visuomenės psichikos sveikatos rodikliais. Kaip Rytų ir Centrinės Europos regiono, patiriančio sudėtingą visuomenės sveikatos krizę, valstybė, Lietuva kartu su kitomis šio regiono valstybėmis turi ypač daug neišspręstų visuomenės psichikos sveikatos problemų. Lietuvoje yra didžiausias pasaulyje savižudybių rodiklis, aukšti su prievarta susiję rodikliai – žmogžudysčių ir kitų nusikaltimų skaičius, patyčių tarp vaikų dažnumas, itin didelis girtavimo ir priklausomybės nuo alkoholio paplitimas:

10.1. savižudybių skaičius (2005 metais – 38,6 atv./100 000 gyventojų) nors ir pradėjo mažėti pastaraisiais metais, vis dar yra didžiausias Europoje. Vyrų savižudybių skaičius Lietuvoje 2005 metais buvo 68,1 atv./100 000 gyventojų, ypač dažnai Lietuvoje žudosi kaimo vietovėse gyvenantys vidutinio amžiaus vyrai;

10.2. pagal alkoholio suvartojimą Lietuva yra viena iš pirmaujančių Europos Sąjungoje. Girtavimas ir alkoholizmas išlieka viena iš skaudžiausių Lietuvos problemų, keliančių rimtą grėsmę modernios valstybės vizijai ir sėkmingai ekonominei bei socialinei plėtrai. Vien alkoholinių psichozijų skaičius per 1999–2005 metus išaugo nuo 51,1 atv./100 000 gyventojų iki 89,8 atv./100 000 gyventojų (2005 metų duomenys – preliminarūs);

10.3. pastaraisiais metais daugėja kitos priklausomybės – narkomanijos – atvejų:

10.3.1. 2003 metais atlikto Europos alkoholio ir kitų narkotikų vartojimo tyrimo (ESPAD 2003) duomenimis, narkotikus Lietuvoje bent kartą yra vartoję 15,6 proc. 15–16 metų mokinių, o alkoholį – 97,9 proc. bendrojo lavinimo mokyklų to paties amžiaus mokinių. Šio tyrimo duomenimis, nuo 1995 iki 1999 metų Lietuvoje narkotikų vartojimas padidėjo 5 kartus (nuo 3,2 iki 15,5 proc.), o marihuanos (hašišo) – net 12 kartų. Šis tyrimas rodo, kad raminaujų ar migdomųjų vaistų vartojimas be gydytojo paskyrimo labiausiai paplitęs Lenkijoje (17 proc.), po to eina Lietuva (14 proc.), Prancūzija ir Čekijos Respublika (11–13 proc.);

10.3.2. vykdamt Jungtinių Tautų vystymo programos, Jungtinių Tautų vaikų fondo ir PSO projektą 2000 metais atliktas tyrimas parodė, kad 81 proc. tirtų vadinamųjų gatvės vaikų buvo vartoję bent vienos rūšies narkotikų. Net 64 proc. tiriamųjų (71,7 proc. berniukų ir 54,9 proc. mergaičių) bent keletą kartų uostė įvairias lakiąsias medžiagas. Penktadalis apklaustųjų jau vartojo intraveninius narkotikus. Daugiau kaip pusė tiriamųjų nurodė buvę girti daugiau negu 40 kartų (du trečdaliai berniukų ir trečdalis mergaičių);

10.4. vis aktualesnės tampa ir kitos priklausomybių rūšys. Tai priklausomybė nuo azartinių lošimų ar kompiuterinių žaidimų, interneto;

10.5. Vilniaus universitete 2004 m. atliktas Lietuvos vaikų psichikos sveikatos epidemiologinis tyrimas parodė, kad su psichikos sveikata susijusių problemų turi 41,7 proc. mokyklinio amžiaus vaikų, iš jų 13 proc. sutrikimus galima kliniškai diagnozuoti;

10.6. PSO duomenimis (2002), Lietuva ir kitos Baltijos valstybės pasižymi gana blogais

prievartos rodikliais – paauglių ir jaunų žmonių žmogžudysčių čia nors keletą kartų mažiau nei Rusijos Federacijoje, tačiau kelis kartus daugiau nei kitose Europos Sąjungos valstybėse;

10.7. neseniai pradėjus nagrinėti tyčiojimosi reiškinį tarp mokyklinio amžiaus vaikų, paaiškėjo, kad Lietuvoje, palyginti su kitomis Europos Sąjungos valstybėmis, tyčiojimasis paplitęs labiausiai: apie 70 proc. vaikų pažymi, kad yra patyrę šį reiškinį ir kaip aukos, ir kaip skriaudėjai. Tuo tarpu Švedijoje ir Čekijoje tokių moksleivių ne daugiau kaip 20 procentų.

11. Šiuolaikinės visuomenės sveikatos krizės priežastys Lietuvoje ir jos tiesioginis ryšys su psichikos sveikata:

11.1. Lietuvą, kaip ir kitas Rytų ir Centrinės Europos valstybes, XX amžiaus pabaigoje dėl sudėtingo pereinamojo laikotarpio ištiko stipri visuomenės sveikatos krizė, kurią lėmė socialinis stresas – kaip atsakas į užsitęsusias sudėtingas socialines, ekonomines, kultūrines ir demografines permainas. Nemažą visuomenės dalį, nepasirengusią laikotarpio iššūkiams, apėmė bejėgiškumas ir nusivylimas, tai sudarė nepalankią terpę visuomenės psichikos sveikatos rodikliams.

11.2. Visuomenės psichikos sveikatos rodiklius lemia biologinių, psichologinių ir socialinių rizikos bei apsauginių veiksnių visuma, sukurianti palankesnę arba nepalankesnę mikrosocialinę ir makrosocialinę klimata. 1990–2000 metais vykusios didelės socialinės, politinės, ekonominės permainos atskleidė individų ir jų grupių prastą psichologinį atsparumą ir nepakankamus įgūdžius aktyviai dalyvauti įveikiant naujas kasdienio gyvenimo problemas. Todėl didelė dalis žmonių – tiek brandaus amžiaus, tiek vaikų ir jaunimo – nepajėgė tinkamai prisitaikyti naujoje, socialinio aktyvumo reikalaujančioje aplinkoje ir atsidūrė destruktivaus elgesio (nukreipto arba į save, arba į kitus asmenis) rizikos grupėje – taip sukurdami terpę itin blogiems savižudybių, prievartos, priklausomybių ir kitų liguistų visuomenės sveikatos reiškinų rodikliams. Tai, kad savižudybės labiausiai išplito tarp vidutinio amžiaus kaimo vyrų, įtikinamai parodo, kad šiuo laikotarpiu prastą visuomenės psichikos sveikatą visų pirma lemia nepalankūs psichosocialinių rizikos veiksnių derinys ir kad valstybės pastangos turi būti skirtos visų pirma modernioms psichosocialinio pobūdžio programoms, turi būti siekiama padėti individams, šeimoms ir bendruomenėms įgyti reikiamą atsparumą ir tinkamai prisitaikyti naujoje aplinkoje.

11.3. Lietuvoje įvairiais lygiais vis labiau suvokiamas, bet dar realiais valstybės politikos sprendimais nepagrįstas vienas iš dviejų svarbiausių naujųjų PSO Europos visuomenės psichikos sveikatos politikos principų – psichikos sveikatos, kaip prioritetinės sveikatos politikos krypties, įtvirtinimas. Taip pat iki šiol trūko politinės valios apsispręsti dėl kito ne mažiau svarbaus principo įgyvendinimo. Būtent antrasis PSO Europos psichikos sveikatos politikos principas – psichikos sveikatos integravimas, lemiantis išteklių investavimo kryptį, dominuoja pastarojo dešimtmečio svarbiausiuose psichikos sveikatos politikos dokumentuose (2001 m. PSO metinis pranešimas „Psichikos sveikata: Naujas supratimas, nauja viltis“ ir 2005 m. PSO Europos regiono sveikatos apsaugos ministrų konferencijoje Helsinkyje priimti Europos psichikos sveikatos apsaugos deklaracija ir Veiksmų planas 2005–2010 metams). Naujausiomis mokslo žiniomis, pagarba žmogaus teisėms ir kitomis vertybėmis visuomenės psichikos sveikatos rodiklius galima pagerinti, o psichikos sutrikimų sukeliamą naštą palengvinti, jei valstybės iš esmės peržiūrės psichikos sveikatos priežiūros finansavimą ir rezultatus, visų pirma prevencijos, gydymo ir reabilitacijos paslaugų, kurios mažina socialinę atskirtį, stiprina individų, grupių ir bendruomenių psichologinį atsparumą ir išvaduoja tiek psichikos negalios paliestus žmones, tiek ir visą psichikos sveikatos priežiūros sritį iš ilgametės izoliacijos, stigos ir prietarų nelaisvės.

11.4. Apsisprendimas dėl finansinių ir žmogiškųjų išteklių itin svarbus toms pereinamojo laikotarpio valstybėms, kuriose pastebimai auga ekonomika ir atsiranda galimybių daugiau investuoti į visuomenės sveikatą, kad psichikos sveikatos priežiūros sistema taptų veiksminga ir racionali.

12. Apibendrinant psichikos sveikatos būklės ir psichikos sveikatos priežiūros sistemos situaciją Lietuvoje, akivaizdu, kad nepaisant konkrečių laimėjimų esminio persilaužimo šioje srityje dar nėra.

13. Šiuo metu labai blogi kai kurie visuomenės psichikos sveikatos rodikliai (savižudybių, alkoholio vartojimo, prievartos tarp individų paplitimo) pradės gerėti tik plėtojant bendradarbiavimą

su psichikos sveikatos sutrikimų turinčiais asmenimis, jų šeimomis, nevyriausybėmis, organizacijomis, įvairiomis suinteresuotomis institucijomis, taip užtikrinant nepavėluotą informaciją apie pagalbos teikimo bei psichikos sveikatos stiprinimo galimybes.

14. Investuojant finansinius išteklius, net ir išaugus ekonomikos kilimo teikiama galimybėms, vis dar nugali istoriškai paveldėtos tradicijos stiprinti tradicinę paslaugų infrastruktūrą, nulemtą stigos ir socialinės atskirties. Itin stiprią Lietuvos priklausomybę nuo šių nepalankių moderniai plėtrai tradicijų rodo labai didelis vaikų ir suaugusiųjų, kurie turi lengvų ir sunkių psichikos ir proto negalios sutrikimų, gyvena ilgalaikės socialinės globos įstaigose, skaičius.

15. Lietuva šiuo metu turi unikalią galimybę pademonstruoti brandą ir apsispręsti vykdyti šiuolaikinėmis mokslo žiniomis ir Europos vertybėmis grįstą Psichikos sveikatos strategiją (toliau – Strategiją). Tam yra tinkamas laikas ir realios galimybės:

15.1. didėja visuomenės susirūpinimas prasta gyventojų, ypač vaikų, dvasine sveikata;

15.2. didėja valstybės ekonominės galimybės;

15.3. parengti ir vykdomi bandomieji naujo pobūdžio paslaugų ir prevencinių programų modeliai, parengti ir rengiami specialistai;

15.4. bręsta politinė valia visų lygių valdžios institucijose suteikti prioritetą visuomenės psichikos sveikatos sričiai ir investuoti į šiuolaikinėmis Europos vertybėmis ir mokslo žiniomis pagrįstus psichikos sveikatos stiprinimo, psichikos sutrikimų prevencijos, gydymo ir reabilitacijos metodus;

15.5. didėja suvokimas, kad strateginių sprendimų atidėjimas šioje srityje nuolat didins ekonominę ir socialinę stigos, diskriminacijos ir socialinės atskirties tradicijų nulemtų pasekmių naštą ir trukdys siekti atviros pilietinės visuomenės bei modernios valstybės tikslų;

15.6. PSO ir Europos Sąjunga ketina padėti Lietuvai apsispręsti vykdyti 2005 metų PSO Europos regiono sveikatos apsaugos ministrų konferencijoje Helsinkyje priimtą Europos psichikos sveikatos apsaugos deklaracijos ir Veismų plano 2005–2010 metams rekomendacijas, yra galimybė pasinaudoti Europos Sąjungos struktūriniu parama šioje svarbioje srityje 2007–2013 metais.

III. STIPRYBIŲ, SILPNYBIŲ, GALIMYBIŲ IR GRĖSMIŲ (SSGG) ANALIZĖ

16. Stiprybės:

16.1. įgyvendinama Lietuvos sveikatos programa, patvirtinta Lietuvos Respublikos Seimo 1998 m. liepos 2 d. nutarimu Nr. VIII-833 (Žin., 1998, Nr. [64-1842](#)), bei konkrečių visuomenės sveikatos sričių strategijos ir programos;

16.2. psichikos sveikatos priežiūra vykdoma pagal Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos nustatytus prioritetus, o kaip sudedamoji visuomenės sveikatos dalis – ir pagal Lietuvos Respublikos Vyriausybės nustatytus prioritetus;

16.3. Lietuvos aukštosiose mokyklose rengiami kvalifikuoti asmens ir visuomenės sveikatos specialistai;

16.4. sukurtas asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigų tinklas;

16.5. 2005 m. PSO Europos regiono sveikatos apsaugos ministrų konferencijoje Helsinkyje priimtoje Europos psichikos sveikatos apsaugos deklaracijoje ir Veismų plane 2005–2010 metams psichikos sveikatos priežiūra nurodyta kaip vienas iš svarbiausių prioritetų visose Europos valstybėse;

16.6. Bendrijos veismų visuomenės sveikatos srityje programoje (2003–2008 m.), patvirtintoje 2002 m. rugsėjo 23 d. Europos Parlamento ir Tarybos sprendimu Nr. 1786/2002/EB, sveikata ir aukštas sveikatos apsaugos lygis nurodytas kaip Europos Sąjungos ir PSO prioritetas;

16.7. Europos Komisijos 2005 m. spalio 14 d. patvirtinta Europos Sąjungos „Žalioji knyga“ (Europos Sąjungos psichikos sveikatos strategijos projektas), kurioje siūloma šiuolaikinėmis priemonėmis stiprinti visuomenės psichikos sveikatą, vykdyti savižudybių, prievartos, priklausomybių ir kitų visuomenės sveikatos problemų, tiesiogiai susijusių su psichikos sveikata, prevenciją, plėtoti sergančiųjų psichikos ligomis gydymo ir reabilitacijos bendruomenėse

galimybes, įtraukiant į šį procesą jų šeimas.

17. Silpnybės:

17.1. valstybės ir savivaldybių institucijų, dirbančių psichikos sveikatos priežiūros srityje, atotrūkis; nepakankamas asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų integravimas į pirminę sveikatos priežiūrą;

17.2. nepakankamas sveikatos, socialinės apsaugos, švietimo, teisėsaugos sektorių bendradarbiavimas psichikos sveikatos priežiūros srityje;

17.3. nepakankamas sveikatos programų ir moderniosios bendruomeninės psichikos sveikatos priežiūros finansavimas;

17.4. nepakankamas valstybės ir savivaldybių sveikatos programų valdymas, koordinavimas, įgyvendinimo efektyvumo vertinimas;

17.5. savivaldybių biudžetuose nenumatytas finansavimas psichikos sveikatos priežiūrai;

17.6. nepakankamai išplėta visuomenės informavimo psichikos sveikatos klausimais sistema;

17.7. didelė psichikos sveikatos priežiūros institucionalizacija; nepakankamai išplėtos kompleksinių bendruomeninių psichikos sveikatos priežiūros paslaugų tinklas, taip pat ir tarp sektorių;

17.8. nepakankamas visuomenės pakantumas psichikos sutrikimų turintiems asmenims, didelė psichikos ligonių, jų šeimų ir psichikos sutrikimų stigmatizacija visuomenėje.

18. Galimybės:

18.1. aktyvus socialinės apsaugos, švietimo, teisėsaugos, kitų sektorių dalyvavimas psichikos sveikatos stiprinimo veikloje;

18.2. didėjantis visuomenės pilietiškumas ir psichikos sveikatos reikšmės suvokimas;

18.3. tolesnis specialistų rengimo ir profesinio tobulinimo psichikos sveikatos priežiūros srityje plėtojimas;

18.4. naudojimasis Europos Sąjungos struktūrinių fondų ir kitų programų lėšomis;

18.5. tarptautinio bendradarbiavimo psichikos sveikatos priežiūros srityje plėtojimas ir dalyvavimas tarptautinėse programose;

18.6. naujų informacijos priemonių naudojimas informuojant visuomenę sveikos gyvensenos ir sveikatos stiprinimo klausimais;

18.7. deinstitucionalizacijos ir destigmatizacijos pritaikymas.

19. Grėsmės:

19.1. nepakankamas Lietuvos Respublikos Vyriausybės programų finansavimas;

19.2. nepakankama socialinės apsaugos, švietimo, teisėsaugos, kitų sektorių veikla psichikos sveikatos priežiūros srityje, jų veiksmų nesuderinti tarpusavyje;

19.3. kvalifikuotų psichikos sveikatos priežiūros specialistų stoka, ypač rajonuose ir ypač psichologų, vaikų psichiatrų, psichoterapeutų;

19.4. socialiniai ir ekonominiai skirtumai tarp regionų ir atskirų gyventojų socialinių grupių;

19.5. vaikų ir jaunimo gyvensenos blogėjimas.

IV. STRATEGIJOS TIKSLAS IR PRIORITETINĖS KRYPTYS

20. Šios strategijos tikslas – sukurti Lietuvos Respublikoje tokią psichikos sveikatos priežiūros sistemą, kuri padėtų veiksmingai ir racionaliai, vadovaujantis šiuolaikinėmis mokslo žiniomis ir vertybėmis, stiprinti visuomenės psichikos sveikatą ir teikti visapusišką pagalbą psichikos ir elgesio sutrikimų turintiems asmenims bei jų šeimoms.

21. Strategijos prioritetinės kryptys:

21.1. žmogaus teisių užtikrinimas;

21.2. modernios, pacientų poreikius atitinkančios paslaugos;

21.3. biopsichosocialinio modelio plėtos pusiausvyra;

21.4. autonomijos ir dalyvavimo skatinimas;

21.5. nedidelių psichikos sveikatos sutrikimų gydymas nespecializuotose sveikatos

priežiūros įstaigose;

21.6. psichikos sveikatos stiprinimas ir psichikos sutrikimų prevencija, kaip neatsiejamas ir prioritetinės sveikatos, švietimo ir socialinės apsaugos strategijų įgyvendinimo dalys;

21.7. pacientų, jų šeimų ir nevyriausybinių sektoriaus vaidmens stiprinimas.

22. Žmogaus teisių užtikrinimo principas reiškia, kad turi būti užtikrintos ir nepriklausomu būdu stebimos žmonių, turinčių psichikos sutrikimų, ir jų šeimų narių žmogaus teisės. Šie žmonės turi turėti tokias pačias žmogaus teises kaip visi visuomenės nariai. Žmonės, paliesti psichikos ar proto negalios, turi teisę gyventi kuo mažiau suvaržytoje socialinėje aplinkoje ir tenkinti savo poreikius. Psichikos sutrikimo diagnozės nustatymas nėra pagrindas pažeisti žmogaus teises.

23. Modernių, pacientų ir jų šeimų poreikius atitinkančių paslaugų principas reiškia, kad psichikos sveikatos priežiūros paslaugos turi atitikti individualius pacientų ir jų šeimų poreikius. Sunkiomis psichikos ligomis sergantiems žmonėms reikalingas individualus jų poreikius atitinkantis psichikos sveikatos priežiūros planas, apimantis penkis priežiūros komponentus: farmakoterapiją, psichoterapiją, psichosocialinę reabilitaciją, profesinę reabilitaciją, pagalbą buityje. Tokią paslaugų įvairovę turi užtikrinti kelių sektorių finansiškai remiamas bendruomeninių paslaugų tinklas.

24. Biopsichosocialinio modelio plėtos pusiausvyros principas. Kadangi psichikos sutrikimų genezė priklauso nuo biologinių, psichologinių ir socialinių veiksnių, būtina stebėti, kad vienodas dėmesys būtų skiriamas investicijoms tiek į naujas biomedicinos technologijas, tiek į psichologijos (psichoterapijos) ir socialines technologijas. Kadangi Lietuva išgyvena pereinamąjį laikotarpį, jos visuomenė patiria didelį socialinį stresą, ypač svarbu plėtoti psichosocialines technologijas, kurias:

24.1. stiprina visuomenės socialinį kapitalą;

24.2. stiprina individų, šeimų ir bendruomenių psichologinį atsparumą;

24.3. didina visuomenės supratimą apie psichikos bei elgesio sutrikimus ir stiprina toleranciją pažeidžiamoms gyventojų grupėms;

24.4. mažina stigmatizaciją ir socialinę atskirtį.

25. Autonomijos ir dalyvavimo skatinimo principas reiškia, kad psichikos sveikatos paslaugos turi būti organizuojamos taip, kad pacientai galėtų būti kuo savarankiškesni ir dalyvauti visuomenės gyvenime. Todėl psichikos sveikatos priežiūros paslaugos turi būti teikiamos kuo mažiau apribotoje aplinkoje. Žmonės, sergantys psichikos ligomis, turi būti gydomi namuose arba kiek galima namams artimesnėje aplinkoje. Specializuotose ilgalaikės socialinės globos įstaigose paslaugos gali būti teikiamos ypač sunkiais atvejais, kai kompleksinės pastangos teikti pagalbą bendruomenėje yra nesėkmingos.

26. Nedidelių psichikos sveikatos sutrikimų gydymo nespecializuotose sveikatos priežiūros įstaigose principas. Nedidelių psichikos, elgesio ir emocijų sutrikimų patiria labai daug žmonių. Todėl neįmanoma užtikrinti, kad valstybės lėšomis pagalbą jiems teiktų psichikos sveikatos specialistai. Dauguma psichikos sveikatos problemų turi būti sprendžiamos laikantis visuomenės sveikatos principų:

26.1. pasitelkiant natūralius bendruomenės išteklius ir apmokant šeimas, mokytojus, darbdavius, visus su rizikos grupės žmonėmis dirbančius arba rizikingas situacijas valdančius darbuotojus;

26.2. dauguma psichikos sveikatos sutrikimų yra nedideli ir turi būti gydomi ne psichikos sveikatos specialistų, o pirminio sveikatos priežiūros lygio – šeimos gydytojų ir jiems talkinančių slaugytojų;

26.3. gydytojai psichiatrai ir kiti psichikos sveikatos specialistai, dirbantys ambulatorinėje grandyje, nemažą dalį darbo laiko turi skirti šeimos gydytojams ir jų gydomiems ligoniams konsultuoti, o kitą dalį laiko – sunkiems psichikos ligoniams gydyti.

27. Psichikos sveikatos stiprinimo ir psichikos sutrikimų prevencijos, kaip neatsiejamų ir prioritetinių sveikatos, švietimo ir socialinės apsaugos strategijų įgyvendinimo dalių, principas reiškia, kad psichikos sveikatos stiprinimo ir psichikos sutrikimų prevencijos priemonės turi būti skirtos plačiajai visuomenei ir specifinėms rizikos grupėms, skatinant apsauginius veiksnius ir

atsparumą, mažinant socialinę atskirtį, suteikiant galimybę pažeidžiamoms rizikos grupėms pačioms spręsti problemas ir padedant joms integruotis į bendruomenę. Tai padeda pažeidžiamoms gyventojų grupėms išvengti stigmos ir diskriminacijos, taip pat pačiai visuomenei atsikratyti prietarų ir nepakantos pažeidžiamų grupių nariams. Į visuomenę sugrįžtanti tolerancijos ir solidarumo dvasia yra apsauginis veiksnys nuo susipriešinimo, prievartos, savižudiško ir kitokio destruktinio ir autodestrukcinio elgesio.

28. Pacientų, jų artimųjų ir visuomenės vaidmens stiprinimas pasireiškia tuo, kad esant moderniai psichikos sveikatos priežiūrai pacientai aktyviai dalyvauja priimant sprendimus pagal partnerystės su specialistais principą. Apie teikiamų paslaugų veiksmingumą, šių paslaugų, pacientų poreikių ir žmogaus teisių principų atitikties visų pirma sprendžia patys pacientai ir jų artimieji. Paslaugas teikiančių ir jas organizuojančių institucijų ir asmenų pareiga yra gerbti paciento orumą, skatinti jo autonomiją bei tenkinti jo poreikius. Valstybės institucijos bendrauja su pilietinei visuomenei atstovaujančiomis visuomeninėmis organizacijomis kaip su lygiaverčiais partneriais ir sudaro šioms organizacijoms galimybę dalyvauti priimant sprendimus ir teikiant paslaugas.

V. STRATEGIJOS UŽDAVINIAI IR ĮGYVENDINIMO PRIEMONĖS

29. Strategijos uždaviniai:

29.1. psichikos sveikatos svarbos įtvirtinimas valstybės politikoje;

29.2. visuomenės psichikos sveikatos stiprinimas ir psichikos sutrikimų prevencija;

29.3. psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo bendruomenėje plėtra, sukuriant pasirinkimo galimybę užtikrinančią ir pacientų bei jų šeimų poreikiams tenkinti pritaikytą paslaugų sistemą;

29.4. modernių psichikos sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo mechanizmo sukūrimas;

29.5. žmogaus teisių apsaugos užtikrinimas ir stebėseną;

29.6. psichikos sveikatos priežiūros sistemos rodiklių ir visuomenės psichikos sveikatos rodiklių mokslinis vertinimas bei stebėseną.

30. Atsižvelgiant į Strategijos uždavinius, nustatomos šios Strategijos įgyvendinimo priemonės:

30.1. kaip prioritetinę kryptį įtraukti visuomenės psichikos sveikatos problemų veiksmingų sprendimo būdų pritaikymą praktikoje, rengiant ir vykdant švietimo, socialinės apsaugos ir sveikatos sektorių savivaldos lygio, nacionalines ir Europos Sąjungos programas; vertinant planuojamą ir vykdomą valstybės politiką įvairiuose sektoriuose, atsižvelgti į poveikį visuomenės ir atskirų rizikos grupių psichikos sveikatai;

30.2. stiprinti Valstybinės psichikos sveikatos komisijos prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės veiklą, užtikrinti jos veiksmingumą;

30.3. atkreipti apskričių viršininkų administracijų ir savivaldybių dėmesį į visuomenės psichikos sveikatą, kaip į prioritetinę sveikatos ir socialinės politikos kryptį, ir siūlyti finansiškai remti tęstines programas, skirtas svarbiausių visuomenės psichikos sveikatos problemų prevencijai;

30.4. užtikrinti psichikos sveikatai tenkančio biudžeto dalies didėjimą sveikatos ir socialinės apsaugos sektoriuose, ypatingą dėmesį skiriant bendruomenei prieinamų ir integruotų į asmens sveikatos priežiūros įstaigas paslaugų teikimui. Nemažinant dabar psichiatrijos įstaigose teikiamų paslaugų, gerinant šių paslaugų kokybę, plėsti lanksčių nestacionarinių paslaugų vaikams ir suaugusiesiems, turintiems psichikos sveikatos sutrikimų, tinklą;

30.5. gerinti vaikų ir jaunimo psichikos sveikatos apsaugą ir priežiūrą, vykdant tikslines prevencines, gydymo ir reabilitacijos programas, skirtas vaikų, šeimų ir bendruomenių atsparumui stiprinti bei neigiamų Socializacijos pasekmių prevencijai. Valstybinėse sveikatos programose didžiausią dėmesį skirti šiuo metu aktualiausioms problemoms spręsti – vaikų dvasinės sveikatos, emocinės ir socialinės raidos sutrikimų prevencijai, tėvų mokymui tinkamai auginti vaikus, savižudybių, priklausomybių ir prievartos prevencijai, jaunimo sveikatos problemų sprendimui;

30.6. remti valstybės ir savivaldybių psichikos sveikatos stiprinimo ir psichikos sutrikimų

prevencijos programas, kaip neatsiejamas ir prioritetines visuomenės sveikatos, švietimo, socialinės apsaugos programų dalis, visų pirma užtikrinant tęstinę paramą šioms sveikatos stiprinimo ir sutrikimų prevencijos kryptims:

30.6.1. rizikos grupėms priskiriamų tėvų mokymui kompetentingai auginti vaikus, ypač kūdikystės ir ankstyvosios vaikystės laikotarpiu;

30.6.2. vaikų ir paauglių psichikos sveikatos stiprinimui mokyklose ir bendruomenėje;

30.6.3. psichikos sveikatos stiprinimui darbo vietose;

30.6.4. vaikų ir jaunimo smurto prevencijai;

30.6.5. savižudybių prevencijai;

30.6.6. alkoholizmo, narkomanijos ir rūkymo prevencijai;

30.6.7. sveikos senatvės stiprinimui;

30.7. nuolat koordinuoti nacionalines ir regionines programas, skirtas minėtoms visuomenės sveikatos problemoms spręsti, nes didelė dalis apsauginių ir rizikos veiksnių, susijusių su plačiu priklausomybių, savižudybių ir prievartos bei smurto paplitimu visuomenėje, yra bendri visoms šioms problemoms;

30.8. pasiekti, kad vienodai svarbus valstybės dėmesys bei finansiniai ištekliai būtų skiriami visoms svarbiausioms šio laikotarpio visuomenės psichikos sveikatos problemoms spręsti – priklausomybių nuo alkoholio ir narkotikų, savižudybių, prievartos ir psichikos ligų prevencijai. Tik subalansuojant ir vienodai svarbiomis laikant investicijas į veiksmingą prevenciją, gydymą ir reabilitaciją, bendromis valstybės institucijų ir pilietinės visuomenės pastangomis galime įveikti visuomenės psichikos sveikatos krizę;

30.9. kurti ir finansuoti veiksmingas, mokslo žiniomis ir Europos vertybių principais pagrįstas prevencijos, gydymo ir reabilitacijos programas, gerinančias vaikų, šeimos ir bendruomenės dvasinę sveikatą ir psichologinį atsparumą, mažinančias socialinę atskirtį ir gerinančias pažeidžiamų gyventojų grupių integraciją į bendruomenę;

30.10. plėtoti bendruomenines paslaugas, panaudojant Sveikatos apsaugos ministerijos iniciatyva nuo 1997 metų kuriamą psichikos sveikatos centrų tinklą ir Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos iniciatyva nuo 1998 metų vykdomą Socialinių paslaugų infrastruktūros plėtros programą, tam skiriant reikiamus išteklius;

30.11. sukurti vadybos ir finansinių sprendimų dėl bendruomeninių paslaugų plėtros mechanizmą, kuris pašalintų esamas vadybos, finansines kliūtis ir leistų veiksmingai ir racionaliai plėtoti šiuos komponentus sudarančią bendruomeninių paslaugų sistemą:

30.11.1. kurti ir stiprinti tarnybas, atsakingas už tai, kad kiekvienos savivaldybės lygiu būtų plėtojami visi penki būtinieji psichikos sveikatos priežiūros komponentai psichikos ir proto negalią turintiems žmonėms: farmakoterapija, psichoterapija, psichosocialinė reabilitacija, profesinė reabilitacija, pagalba buityje. Nedidelės savivaldybės šias paslaugas turėtų plėtoti kooperuodamos išteklius, atsižvelgdamos į tai, kad optimalus teritorijos, kuriai turi būti planuojamas visų paslaugų spektras, gyventojų skaičius yra 100 000–200 000;

30.11.2. teikti priežiūros paslaugas krizinių situacijų metu, sudarant galimybę paslaugas gauti gyvenimo ir (ar) darbo vietose, stengiantis užkirsti kelią sveikatos blogėjimui ir kiek įmanoma vengiant hospitalizacijos. Užtikrinti psichikos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą paciento namuose;

30.11.3. plėtojant paslaugų sistemą, atsižvelgti į skirtingus poreikius ir skirtingus pagalbos psichikos negalią turintiems asmenims (sergantiems psichikos ligomis) bei jų artimiesiems ir proto negalios ištiktiems asmenims (kurie nuo vaikystės yra sutrikusio intelekto) bei jų artimiesiems būdus. Turi būti tolygiai plėtojamas bendruomeninių paslaugų abiejų šių grupių asmenims tinklas su skirtingomis individualiomis gydymo, ugdymo, socialinių paslaugų, reabilitacijos, darbo, užimtumo ir būsto programomis. Siekti, kad socialiniai darbuotojai būtų geriau parengti bendruomenėje teikti ir organizuoti socialines paslaugas psichikos neįgaliesiems ir jų šeimoms;

30.11.4. plėtoti konsultacinę ryšio (su somatine medicina) psichiatriją, iš esmės sustiprinant psichikos sveikatos priežiūros paslaugų galimybes asmens sveikatos priežiūros įstaigose. Kad psichikos sveikatos klausimai asmens sveikatos priežiūros įstaigose būtų sprendžiami veiksmingai,

šiose įstaigose turi dirbti psichikos sveikatos priežiūros specialistų ir konsultantų komandos, taip pat turi būti skatinama psichiatrijos stacionariųjų skyrių plėtra;

30.11.5. atsižvelgiant į tai, kad svarbiausia institucija, lemianti sėkmingą psichikos sveikatos politikos įgyvendinimą, integruojant visuomenės ir asmens sveikatos sektorių pastangas saugoti ir stiprinti piliečių psichikos sveikatą, yra šeimos gydytojo institucija, siekti, kad sistema veiktų taip, kad šeimos gydytojai ir slaugytojai, konsultuojami psichikos sveikatos centruose dirbančių psichikos sveikatos specialistų, suteiktų pagalbą daugumai dėl psichikos sveikatos problemų ir sutrikimų besikreipiančių žmonių; siekti, kad šeimos gydytojai būtų geriau parengti vaikų ir suaugusiųjų psichikos sveikatos priežiūros srityje, gerai mokėtų ir turėtų motyvaciją diagnozuoti ir gydyti šiuos sutrikimus;

30.11.6. siekti, kad daugiau dėmesio Lietuvos psichikos sveikatos sistemoje būtų skiriama psichoterapijos paslaugų plėtrai. Pasaulio ir Europos psichikos sveikatos priežiūros sistemose šiuo metu vis daugiau dėmesio skiriama veiksmingų psichoterapijos paslaugų plėtrai. Stengiamasi orientotis į trumpas ir vidutinės trukmės ambulatorinės psichoterapijos formas. Ypač svarbu, kad būtų skatinamos ir adekvačiai apmokamos psichoterapijos paslaugos vaikams ir šeimoms. Būtina panaudoti didelę Lietuvos psichoterapijos mokyklos patirtį, kviečiant nacionalinės psichoterapijos mokyklos atstovus mokyti naująją sveikatos priežiūros specialistų kartą (šeimos gydytojus, gydytojus psichiatus, kitų specialybių gydytojus, psichologus, socialinius darbuotojus ir kt.) pagrindinių kasdienio darbo su rizikos grupės žmonėmis ir šeimomis įgūdžių. Siekiant įtvirtinti Lietuvoje modernių psichoterapijos ir kitų psichosocialinių technologijų plėtrą, būtina suteikti šiai kryptiai plėtros prioritetą ir sukurti veiksmingą ir racionalų šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo mechanizmą;

30.12. plėtoti vaikų psichikos sveikatos priežiūros paslaugas (ambulatorines, stacionaro, dienos stacionaro, krizių intervencijos, individualios, grupinės ir šeimos psichoterapijos), didinant šių paslaugų mastą, specializuojant stacionaro ir dienos stacionaro skyrius pagal vaikų amžių, gerinant šių paslaugų kokybę ir kuo daugiau perduodant bendrojo profilio medicinos (pediatrijos) įstaigoms. Sukurti specializuotas paslaugas paaugliams ir jaunuoliams: paauglių stacionaro skyrius, ilgalaikės psichosocialinės reabilitacijos (resocializacijos) paslaugas paaugliams su sunkiais elgesio ir Socializacijos sutrikimais, specialias reabilitacijos paslaugas paaugliams, priklausomiems nuo alkoholio ir narkotikų. Užtikrinti ypač geros kokybės paslaugas, atsižvelgiant į paauglių ir jaunuolių poreikius ir ypatumus. Plėtoti vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos paslaugas, didinant jų apimtį, gerinant kokybę ir sukuriant alternatyvą kūdikių namų ir kitų valstybinių vaikų globos institucijų tinklui. Plėtoti ir integruoti į pediatrijos paslaugų infrastruktūrą vaikų psichikos sveikatos priežiūros ir socialinės (raidos) pediatrijos paslaugas. Įtraukti į šeimos gydytojų rengimo programą vaikų psichikos sveikatos priežiūros, tėvų ir vaikų santykių ir krizių kursus. Kuo daugiau su psichikos sveikata susijusių paslaugų teikti bendruose vaikams ir jaunimui skirtuose sveikatos centruose, pritaikytuose šių amžiaus grupių poreikiams;

30.13. siekti optimalios pusiausvyros tarp visuomenės saugumo užtikrinimo ir žmogaus teisių nepažeidžiančios pagalbos sistemos sutrikusios psichikos asmenims;

30.14. kokybiškai naujais pagrindais plėtoti teismo psichiatriją, perimant pažangią Europos Sąjungos valstybių patirtį;

30.15. psichikos sveikatos priežiūros paslaugų plėtrą pripažinti prioritetine sprendžiant strateginius Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto ir sveikatos programų klausimus;

30.16. sukurti mišraus finansavimo mechanizmą, kai diegiant bendruomenines psichikos sveikatos priežiūros paslaugas persipina daugiau kaip vieno sektoriaus funkcijos. Visi dalyvaujantys sektoriai privalo prisidėti investicijomis prie šių naujų paslaugų sukūrimo ir vykdymo;

30.17. užtikrinti bendruomeninių ir integruotų į bendrąsias sveikatos priežiūros, socialinės pagalbos ir ugdymo įstaigas psichikos sveikatos priežiūros paslaugų įdiegimą, šias paslaugas priskirti Lietuvos sveikatos ir socialinės politikos prioritetinėms kryptims, panaudoti Lietuvai 2007–2013 metams skiriamą Europos Sąjungos struktūrinę paramą;

30.18. užtikrinti psichikos sveikatos centrų plėtrą, sudaryti galimybę jiems tapti savarankiškais juridiniais asmenimis ir teikti paslaugas, kurios gali būti apmokamos iš įvairių

šaltinių (iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo – dienos stacionaro paslaugos, paslaugos namuose ir kitos antrinio lygio paslaugos, iš socialinės apsaugos sektoriaus – deinstitutionalizacijos procesai);

30.19. skatinti naujų paslaugų plėtrą, siekiant ne stacionaruose gydyti specifinius plačiai paplitusius vidutinio sunkumo ir sunkius psichikos sutrikimus (pvz., valgymo sutrikimus, pirmąjį psichozės epizodą paauglystėje ir jaunystėje), teikti krizių intervencijos paslaugas ir kitas aktyvaus nestacionarinio gydymo ir reabilitacijos paslaugas. Įteisinti galimybę apmokėti iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų naujas ambulatorines ir stacionarines psichiatrijos slaugos paslaugas;

30.20. skatinti deinstitutionalizacijos proceso plėtrą – siūlyti savivaldybėms teikti alternatyvias institucinei globai paslaugas vaikams ir suaugusiesiems ir remti viešojo bei privataus sektoriaus ir nevyriausybinių organizacijų iniciatyvas;

30.21. plėtoti socialinės pagalbos sistemą, atsižvelgiant į skirtingas sutrikusio intelekto asmenų ir sergančiųjų psichikos ligomis problemas ir poreikius;

30.22. naujas bendruomenines paslaugas pradėti teikti iniciatyvą parodžiusiose ir geriausiai pasiruošusiose savivaldybėse ir apskrityse, finansuoti šias paslaugas kaip bandomuosius projektus ir pamažu plėsti šių paslaugų mastą;

30.23. užtikrinti realią sutrikusios psichikos asmenų teisių apsaugą ir galimybę šiems asmenims gauti visavertę kompleksinę pagalbą ten, kur jie gyvena, o ne sudaryti eiles jiems apgyvendinti psichoneurologijos pensionatuose. Remiantis PSO rekomendacijomis, kurti veiksmingą ir žinybinių interesų išvengiantį mechanizmą, kuris gintų sutrikusios psichikos asmenų teises tiek gydymo ir globos įstaigose, tiek ir bendruomenėje. Tai skatintų gerą praktiką ir padėtų užkirsti kelią aplaidžiam ir netinkamam elgesiui su psichikos ligoniais bei proto negalią turinčiais žmonėmis. Tokio mechanizmo kūrimo ir veiklos procese būtina užtikrinti patį aktyviausią psichikos sveikatos priežiūros pacientų ir jų artimųjų dalyvavimą;

30.24. nuolat vykdyti psichikos sveikatos priežiūros paslaugų kokybės stebėseną, sukurti tam reikalingas metodikas ir vykdymo mechanizmus;

30.25. į žmogaus teisių stebėjimo procesą įtraukti pacientų organizacijas ir kitas nevyriausybines organizacijas;

30.26. parengti ir vykdyti teisėjų, prokurorų, ikiteisminio tyrimo pareigūnų ir advokatų, dalyvaujančių sutrikusios psichikos asmenų bylų nagrinėjime, mokymo programą;

30.27. nuolat vykdyti psichikos sveikatos sistemos mokslinę analizę bei tyrimus, pasitelkti psichiatrijos, psichologijos, visuomenės psichikos sveikatos, sociologijos, kriminologijos ir kitų sričių mokslininkus;

30.28. sukurti visuomenės psichikos sveikatos ir psichikos sveikatos priežiūros sistemos informacijos bei rodiklių kaupimo, apdorojimo, analizės ir sklaidos sistemą. Įsitraukti į Europos Sąjungos iniciatyvas nustatyti visuomenės psichikos sveikatos rodiklius ir vykdyti lyginamąją analizę;

30.29. kas 2–3 metus atlikti psichikos sveikatos sistemos veiklos rodiklių ir su ja susijusių reiškinių mokslinę (kiekybinę ir kokybinę) analizę, tirti, kaip kinta sociokultūrinė aplinka, kokia yra žmonių ir finansinių išteklių kaita, teikiamų paslaugų ir prevencinių programų mastas ir kokybė ir kaip tai atsispindi šioje strategijoje ir tikslinėse programose numatytuose sistemos veiklos rezultatuose;

30.30. konsultuotis su PSO, Europos Sąjungos ir kitų tarptautinių organizacijų ekspertais, siekiant, kad Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros sistemos plėtra atitiktų visus šiuolaikinius principus ir standartus.

VI. VERTINIMO KRITERIJAI

31. Šios strategijos vertinimo kriterijai:

31.1. teigiama visuomenės psichikos sveikatos rodiklių dinamika;

31.2. valstybinės programos, skirtos šios strategijos nuostatomis įgyvendinti, įgyvendinime dalyvaujančių sektorių ir institucijų skaičius bei skirtos lėšos;

31.3. psichikos sveikatos stiprinimui, psichikos sveikatos sutrikimų prevencijai, gydymui ir reabilitacijai skiriamų lėšų dinamika šalies mastu ir regionuose bei šių lėšų santykinio dydžio dinamika sveikatos ir socialinės apsaugos sektoriaus finansavimo struktūroje;

31.4. psichikos sveikatos priežiūros paslaugų plėtra bendruomenėje;

31.5. teigiama vaikų psichikos sveikatos rodiklių dinamika epidemiologinių tyrimų duomenimis;

31.6. teigiama vaikams ir paaugliams bei jų tėvams teikiamų prevencinių, ambulatorinių, dienos stacionaro ir stacionaro paslaugų plėtros rodiklių dinamika;

31.7. savivaldybėse ir šalies mastu vykdomų tęstinių psichikos sveikatos stiprinimo ir psichikos sutrikimų prevencijos programų skaičius ir šioms programoms vykdyti skirtos lėšos bei jų judėjimas;

31.8. hospitalizacijos psichiatrijos ligoninėse vidutinės trukmės sumažėjimas iki 25 dienų;

31.9. lovų skaičiaus sumažėjimas psichiatrijos stacionaruose 15 proc.;

31.10. bendruomenėse teikiamų paslaugų prieinamumo pagerėjimas, 25 proc. padidinant vietų skaičių dienos stacionaruose ir dienos centruose;

31.11. teigiama deinstitutionalizacijos procesų, apimančių vaikus ir suaugusiuosius, turinčius psichikos sutrikimų bei rizikos veiksnių, kaita;

31.12. savižudybių skaičiaus sumažėjimas iki 30 atv./100 000 gyventojų;

31.13. alkoholinių psichozų skaičiaus didėjimo stabilizavimas.

VII. BAIGIAMOSIOS NUOSTATOS

32. Šios strategijos įgyvendinimą koordinuoja Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija kartu su Valstybine psichikos sveikatos komisija prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės.

33. Šiai strategijai įgyvendinti Lietuvos Respublikos Vyriausybė parengs valstybinę programą, kurioje bus numatytos konkrečios priemonės, už priemonių įgyvendinimą atsakingos institucijos, įvykdymo terminai.

34. Strategija bus įgyvendinama Lietuvos Respublikos valstybės biudžeto, savivaldybių biudžetų, Europos Sąjungos, Privalomojo sveikatos draudimo fondo, tarptautinių organizacijų ir kitų šaltinių lėšomis.

35. Lietuvos Respublikos Vyriausybė kas penkerius metus už šios strategijos įgyvendinimą atsiskaitys Lietuvos Respublikos Seimui, parengs ir pristatys šios strategijos įgyvendinimo ataskaitą.