

Vaikų psichikos sveikatos priežiūros plėtra Lietuvoje: pasiekimai ir kliūtys

Dainius Pūras

Vilniaus universiteto Socialinės pediatrijos ir vaikų psichiatrijos klinika

Raktažodžiai: vaikų psichikos sveikata, visuomenės sveikata, vaikų psichiatrija, socialinė pediatrija.

Santrauka. 1990 metais, prasidėjus socialinėms, ekonominėms ir politinėms permainoms Lietuvoje, pirmą kartą Lietuvos istorijoje atsirado galimybė plėtoti efektyvią ir šiuolaikišką vaikų psichikos sveikatos priežiūros sistemą. Respublikinės universitetinės ligoninės Vaiko raidos centre ir Vilniaus universiteto Socialinės pediatrijos ir vaikų psichiatrijos klinikoje 1990–1995 m. buvo sukurtas ir vėliau tobulinamas bei diegiamas į klinikinę praktiką vaikų psichikos sveikatos priežiūros ir vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos paslaugų modelis, atitinkantis tarptautinius standartus ir Pasaulio Sveikatos Organizacijos rekomendacijas. Per tą laikotarpį sukurtos ir sėkmingai vykdytos vaikų psichikos sveikatos specialistų rengimo programos, įdiegta per 50 naujų diagnostikos, gydymo ir reabilitacijos metodų, pradėtas kurti lankstus (apimantis pirminę, antrinę ir tretinę psichikos, elgesio ir raidos sutrikimų prevenciją) tarnybų modelis. 1997–2001 metais išryškėjo ir nemažai kliūčių, kurios stabdo modelio įgyvendinimą. Straipsnyje analizuojamos kliūtys, kurios neleidžia sukurti lankstaus efektyvių kompleksinių paslaugų modelio vaikams ir šeimoms, kurie priskiriami rizikos grupėms.

Nustatyta, kad svarbiausios kliūtys yra bendradarbiavimas tarp sektorių, nemedikamentinių (psichosocialinių) intervencijų specifškumo ignoravimas, taip pat šių paslaugų ignoravimas restruktūrizuojant iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo mokamas sveikatos priežiūros paslaugas, visuomenėje vyraujančios nepalankios nuostatos rizikos grupių vaikų ir šeimų atžvilgiu bei jų integravimo į bendruomenę tendencijų; moksliškai pagrįstų sprendimų, vykdančių sveikatos sistemos reformą ir psichikos sveikatos sistemos reformą, stygius.

Visame pasaulyje XX a. pabaigoje nuolat daugėjo mokslo duomenų, kad tiek suaugusiųjų, tiek vaikų psichikos ir elgesio sutrikimai tampa didžiausiu visuomenės sveikatos rūpesčiu. Bendras Harvardo universiteto, Pasaulio Sveikatos Organizacijos (PSO) ir Pasaulio banko tyrimas bei PSO 2001 metų pranešimas moksliškai pagrindžia konkrečias rekomendacijas valstybėms PSO narėms, kad būtina kuo daugiau lėšų investuoti į šiuolaikišką vaikų ir suaugusiųjų psichikos sveikatos priežiūrą. Straipsnyje analizuojami Lietuvos vaikų psichikos sveikatos priežiūros pasiekimai ir kliūtys, kurios trukdo tuos pasiekimus efektyviai įgyvendinti.

Šiame apžvalginiame straipsnyje analizuojama situacija, susiklosčiusi Lietuvoje vykdančių vaikų psichikos, elgesio ir raidos sutrikimų įvairaus lygio (pirminio, antrinio, tretinio) prevenciją. Lyginant dabartinę Lietuvos vaikų psichikos sveikatos priežiūros situaciją su užsienio valstybių patirtimi ir PSO reko-

mendacijų analize, nagrinėjamos kliūtys, trukdančios vykdyti efektyvioms permainoms. Kompleksinei reiškinio analizei naudojamas Psichikos sveikatos strategijos ir paslaugų tyrimo modelis (1), kurio sudedamosios dalys yra konteksto, išteklių, teikiamų paslaugų bei siekiamų rezultatų analizė.

XX amžiaus pabaigoje visame pasaulyje įvyko esminis lūžis, pakeitęs požiūrį į psichikos sveikatos priežiūros paslaugų svarbą naujojoje sveikatos politikoje. 1996 m. paskelbtas bendras Harvardo universiteto, PSO ir Pasaulio banko tyrimas (1) parodė, kad psichikos ir elgesio sutrikimai, vertinant pagal ekonominę šių sutrikimų naštą valstybei ir visuomenei, pradeda vyrauti bendrojoje visų sutrikimų struktūroje. Kartu buvo sukaupta daugybė mokslinių duomenų (2, 3), kad jau esama gydymo, reabilitacijos ir prevencijos metodų, kuriuos taikant galima efektyviai investuoti į visuomenės psichikos sveikatos priežiūrą. Pasaulio Sveikatos Organizacijos 2001 metų metinėje ataskaitoje

(4) pateikiamos konkrečios rekomendacijos valstybėms – PSO narėms, kaip reikėtų plėtoti psichikos sveikatos priežiūros paslaugas, kad lėšos būtų panaudotos efektyviai ir atsipirktų. Šiandien nekyla diskusijų pasaulio mokslo bendruomenėje, kad pagalba vaikams ir suaugusiems, turintiems psichikos, elgesio ir raidos sutrikimų, turi būti nukreipta į individo, šeimos ir bendruomenės poreikius, integruojant paslaugas į pirminę sveikatos priežiūrą, bendrąją mediciną ir bendruomenės socialinės infrastruktūros tinklą (5–7).

Vaikų psichikos sveikatos priežiūros idėjas Lietuvoje bandoma nuosekliai įgyvendinti nuo 1990 metų. Tais metais Sveikatos apsaugos ministerija įkūrė Respublikinės universitetinės ligoninės Vaiko raidos centrą (tuo metu vadintą Vaikų psichikos sveikatos centru), kurio svarbiausia misija buvo diegti naują požiūrį ir metodus į vaikų psichikos, elgesio ir raidos sutrikimų gydymo, reabilitacijos ir prevencijos sistemą. Parengus naują vaikų psichikos sveikatos priežiūros ir vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos tarnybų modelį (8), 1996 m. Lietuvos Respublikos Vyriausybė patvirtino Valstybinę sutrikusio vystymosi vaikų sveikatos programą. Ją įgyvendinant, Lietuvoje pradėtas kurti Vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos tarnybų tinklas. Respublikinės universitetinės ligoninės Vaiko raidos centre, bendradarbiaujant su Vilniaus universiteto Socialinės pediatrijos ir vaikų psichiatrijos klinika, įdiegta į klinikinę praktiką per 50 naujų diagnostikos ir gydymo metodų. Parengtos ir sėkmingai vykdytos kokybiškai naujos specialistų (gydytojų ir kitų sveikatos priežiūros specialistų) ikidiplominio ir podiplominio rengimo programos, nukreiptos į specialistų komandos darbą bendruomenėje bendradarbiaujant su tėvais kaip lygiaverčiais partneriais.

Tenka pripažinti, kad dėl įvairių priežasčių nemažai uždavinių iki šiol liko neįvykdyti. Nepaisant naujų paslaugų modelio sukūrimo ir jo įdiegimo į klinikinę praktiką, Lietuvos vaikų psichikos sveikatos priežiūros sistema mažai pakito, o lėšos iki šiol prioritetiškai skiriamos neefektyvioms ir ypač brangioms paslaugoms, iš ankstesnės sistemos paveldėtoms įstaigoms (kūdikių namams, suaugusiųjų psichiatrijos ligoninėms, psichoneurologijos pensionatams, internatinėms mokykloms, valstybiniams vaikų globos namams). Net tarp pokomunistinių valstybių Lietuva pradedama laikyti “pirmaujančia” pagal vaikų gyvenančių specialiose valstybinėse įstaigose, skaičių (9). Šį faktą galima interpretuoti dvejopai. Tradicinė interpretacija, kuri populiari Lietuvoje, yra, jog tai rodo gilią šeimos krizę ir sumažėjusį tėvų gebėjimą tinkamai auginti vaikus. Tačiau nuolat daugėja duomenų,

rodančių kitokią šio reiškinio paaiškinimą: vaikų valstybinėse globos įstaigose daugėja todėl, kad iki šiol nesukurtas efektyvių bendruomenės lygio prevencinių paslaugų, padedančių rizikos grupių šeimoms ir rizikos grupių vaikams, tinklas. Siekiant atlikti moksliskai pagrįstą vaikų psichikos sveikatos priežiūros reformos kliūčių analizę, remtasi naujausiais mokslo literatūroje siūlomais psichikos sveikatos paslaugų ir strategijos vertinimo metodais, visų pirma – Tarptautinio psichikos sveikatos strategijos ir paslaugų tyrinėjimo konsorciumo (*International Consortium for Mental Health Services Research*) sukurtu psichikos sveikatos strategijos modeliu (10–12). Jame siūloma esamą vaikų psichikos sveikatos priežiūros sistemą analizuoti keturiais aspektais:

I. Kontekstas.

II. Ištekliai.

III. Teikiamų paslaugų kompleksas.

IV. Siektini rezultatai.

I. Kontekstas. Visuomenei pereinant iš vienos sistemos į kitą (iš totalitarinės sistemos į demokratinę, iš centralizuoto planavimo į rinkos ekonomiką), joje vyksta labai sudėtingi socialiniai, politiniai, ekonominiai, demografiniai ir kiti procesai, kurie labai įtakoja gyventojų sveikatą, o juo labiau – vaikų psichikos sveikatą (13). Labai jautriai vaikų psichikos sveikata susijusi su tokiais reiškiniais kaip skurdas ir turtinė gyventojų grupių diferenciacija (14, 15). Per pastaruosius metus pateikiama moksliniais tyrimais pagrįstų duomenų apie tai, kad Lietuvos visuomenėje, netgi lyginant su kitomis Rytų ir Centrinės Europos valstybėmis, ypač pasireiškia bejėgiškumas, kuris koreliuoja su stipriomis diskriminacijos ir stigmatizacijos nuostatomis įvairių marginalinių gyventojų grupių atžvilgiu (16). Toks socialinis, politinis ir ekonominis kontekstas yra labai nepalankus tiek visuomenės psichikos sveikatos pozityviai raidai, tiek sutrikusios psichikos asmenų (ir vaikų, ir suaugusiųjų) integravimosi į visuomenę tendencijoms stiprinti. Akiivaizdu, kad didelis socialinės patologijos: savižudybių, nusikalstamumo, prievartos, priklausomybių nuo psichoaktyviųjų medžiagų paplitimas Lietuvoje didele dalimi susijęs su vyraujančiomis visuomenėje nuostatomis, stigmatizuojančiomis su psichikos sveikata susijusius reiškinius ir psichikos sveikatos sutrikimų turinčius asmenis (17).

II. Ištekliai. Analizuojant racionalų išteklių investavimą į vieną ar kitą sistemą, būtina atkreipti dėmesį į tai, kad ištekliai yra ne tik finansiniai, bet ir žmogiškieji. Išsivysčiusių pasaulio valstybių patirtis rodo, kad psichikos sveikatai labai svarbūs tampa

žmogiškieji ištekliai. Tai susiję su ypatinga diagnostikos, gydymo ir reabilitacijos metodų, taikomų psichikos sveikatos priežiūrai specifika – vietoje modernios technologinės įrangos sudėtingoms ligoms diagnozuoti ir gydyti psichikos sutrikimų gydymo naujausios technologijos susijusios su darnia specialistų komandos veikla, šeimos narių, paciento ir bendruomenės įtraukimu į gydymo ir reabilitacijos procesą. Todėl bendra PSO ir kitų tarptautinių institucijų rekomendacija Lietuvai ir kitoms Rytų ir Centrinės valstybėms, yra tokia, kad finansiniai ištekliai (ypač kai jie riboti) turi būti skiriami pirmiausia naujiems požiūriams diegti, bendruomenės lygio paslaugoms plėtoti ir deinstitucionalizacijos (t.y. svorio centro perkėlimo iš nuolatinės arba ilgalaikės globos įstaigų į paslaugas šeimoms, auginančioms psichikos sutrikimų turinčius vaikus) procesui skatinti (18). Iki šiol Lietuvos sveikatos ir socialinėje politikoje vyrauja prioritetas lėšų investavimas į tradicines, iš ankstesnės sistemos paveldėtas, vaikų įstaigas (kūdikių namus, specialiąsias internatines mokyklas, specialiuosius vaikų globos namus, psichoneurologijos pensionatus, vaikų skyrius suaugusiųjų psichiatrijos ligoninėse). Tai tampa politine ir ekonomine problema, nes stacionarinės globos paslaugos yra labai brangios ir neefektyvios, o oficialiųjų pasaulio institucijų ataskaitose Lietuva minima kaip valstybė, kurioje ypač didelį skaičių vaikų išlaiko valstybinės globos įstaigos (9).

III. Teikiamų paslaugų kompleksas. Išsivysčiusios pasaulio valstybės turi ilgametę patirtį plėtojant efektyvių tarnybų ir paslaugų tinklą vaikams, turintiems įvairių psichikos, elgesio ir raidos sutrikimų. Kadangi bendrojoje populiacijoje vaikų psichikos ir elgesio sutrikimų paplitimas yra labai didelis ir siekia nuo 10 iki 20 procentų visų vaikų (19, 20), tai aišku, kad lengvesnius vaikų elgesio ir psichikos sutrikimus turi gydyti pirminės sveikatos priežiūros specialistai – bendrosios praktikos gydytojai, pediatrai (7). Būtina atkreipti dėmesį į tai, kad Lietuvoje, rengiant tiek pediatrius, tiek bendrosios praktikos gydytojus, jie gauna labai mažai žinių apie vaikų psichikos sveikatos priežiūrą.

Sunkiems vaikų psichikos sutrikimams gydyti būtina, kad valstybėje veiktų lankstus paslaugų tinklas, kurį turi sudaryti šios gydymo formos: individuali ir grupinė vaikų psichoterapija, šeimos psichoterapija, dienos stacionarai vaikams ir paaugliams, stacionarai vaikams ir paaugliams, ilgalaikė psichosocialinė reabilitacija sunkių socialinės adaptacijos sutrikimų turintiems vaikams ir paaugliams; vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos tarnybų tinklas. Formuojant ir vykdant šiuolaikinę vaikų psichikos sveikatos strategiją, būtina atsižvelgti į PSO ir kitų tarptautinių organizacijų rekomendacijas keisti esminius psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo principus (1 lentelė).

1 lentelė. Permainos teikiant psichikos sveikatos priežiūros paslaugas

Tradicinė sistema	Nauja sistema
Specializuotos didelės įstaigos	Psichikos sveikatos priežiūros paslaugos integruotos į bendruomenę ir bendrąją mediciną
Prioritetas stacionaro ir ilgalaikės globos paslaugoms	Prioritetas bendruomenės paslaugoms
Reabilitacija medicinos ir ilgalaikės globos įstaigose	Reabilitacija namų aplinkoje
Biologinis simptomų ir sindromų gydymas	Gydymas nukreiptas į biologinius, psichologinius, socialinius ir kultūrinius sutrikimų komponentus
Ypatingas dėmesys skiriamas medicininei diagnozei	Dėmesys skiriamas daugiaašiam sutrikimo įvertinimui, įskaitant diskriminacijos ir stigmatizacijos tikimybę bei individo socialinės adaptacijos galimybes
Standartinis ligų gydymas	Pagal individo ypatumus ir poreikius sudaryti gydymo planai
Patologinių simptomų išryškinimas	Gebėjimų ir pasiekimų akcentavimas
Psichosocialinės integracijos ir reabilitacijos fragmentai	Realioji socialinė psichikos sutrikimus turinčių asmenų integracija
Sprendimus lemia profesionalai	Sprendimuose aktyviai dalyvauja paslaugų vartotojai

Kadangi Lietuva per XX amžiaus antrąją pusę dėl ideologinių ir politinių priežasčių neturėjo galimybių plėtoti modernią vaikų psichikos sveikatos priežiūros sistemą ir paveldėjo labai centralizuotą, paremtą biologinio redukcionizmo nuostatomis tarnybų modelį (21), nuo 1989 metų buvo pradėta kurti ir plėtoti kokybiškai nauja šios medicinos srities paslaugų teikimo sistema. Per paskutinįjį XX amžiaus dešimtmetį Lietuvoje labai daug pasiekta perimant užsienio valstybių patirtį ir kuriant tarnybas, kurios diegia į klinikinę praktiką pasaulyje pripažintus vaikų psichikos, elgesio ir raidos sutrikimų gydymo bei reabilitacijos metodus. Tačiau 1997–2001 m. paaiškėjo, kad esama neįveikiamų kliūčių įdiegti šias paslaugas į bendrąją sveikatos priežiūros ir socialinės apsaugos paslaugų infrastruktūrą ir jas apmokėti taip, kaip apmokamos visos kitos sveikatos priežiūros ar socialinės rūpybos paslaugos.

Antroje lentelėje apibendrintos Vilniaus univer-

siteto Socialinės pediatrijos ir vaikų psichiatrijos klinikoje teikiamų vaikų psichikos sveikatos priežiūros paslaugų ir apmokėjimo galimybės. Šios lentelės duomenimis, yra didelis atotrūkis tarp teorinio, metodinio ir praktinio pasirengimo teikti efektyvias plataus spektro paslaugas rizikos grupių vaikams ir šeimoms, kai dauguma šių paslaugų iki šiol dėl įvairių priežasčių ignoruojamos taip ir nesukūrus jų apmokėjimo mechanizmo (tą galima padaryti tinkamai paskirsčius Privalomąjį sveikatos draudimo fondą arba per valstybės biudžetą).

IV. Siektini rezultatai. Valstybei vykdant įvairias strategines programas ir investuojant lėšas, yra labai svarbu iš anksto numatyti tikslus ir uždavinius, kurių įvykdymą vėliau galima būtų vertinti konkrečiais metodais, lyginant konkrečių indikatorių kitimą. Psichikos sveikatos priežiūros srityje esama didelių metodologinių sunkumų, kuriuos PSO rekomenduoja

2 lentelė. Vaikų psichikos sveikatos priežiūros svarbiausių paslaugų rūšys ir galimybė jas teikti 2002 metais Lietuvoje

Paslauga	Galimybė paslaugą teikti
Pirminė vaikų sveikatos priežiūra	Bendrosios praktikos gydytojai ir pediatrai negauna vaikų psichikos sveikatos priežiūros žinių ir įgūdžių
Vaikų psichikos sveikatos priežiūra savivaldybių psichikos sveikatos centruose	Minimalios paslaugų teikimo galimybės (nėra galimybių teikti ilgiau trunkančią ir kompleksinę ambulatorinę pagalbą arba dienos stacionaro paslaugas)
Ambulatorinė individuali vaikų psichoterapija (gydymo kursas)	Paslauga neapmokama ligonių kasų, nepatvirtintas įkainis
Ambulatorinė šeimos terapija (gydymo kursas)	Paslauga neapmokama ligonių kasų, nepatvirtintas įkainis
Ambulatorinė grupinė vaikų psichoterapija (gydymo kursas)	Paslauga neapmokama ligonių kasų, nepatvirtintas įkainis
Ambulatorinis šeimos konsultavimo kursas	Paslauga neapmokama ligonių kasų, nepatvirtintas įkainis
Dienos stacionaro vaikams ir paaugliams su psichikos ir elgesio sutrikimais paslaugos	Paslaugos teikti neleidžia patvirtintas įkainis, kuris yra neadekvatus aprašytai ir patvirtintai paslaugos rūšiai
Stacionaras vaikams ir paaugliams su psichikos ir elgesio sutrikimais	Paslauga teikiama, tačiau patvirtintas įkainis neužtikrina tinkamos paslaugos kokybės
Vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos ambulatorinės paslaugos	Minimalios paslaugų teikimo galimybės pagal galiojantį minimalų įkainį; naujai aprašytas ir patvirtintas kokybiškų paslaugų kompleksas neturi patvirtinto įkainio)
Vaikų ir paauglių krizių intervencija	Paslauga neapmokama ligonių kasų, nepatvirtintas įkainis
Vaikų ir paauglių su socializacijos sutrikimais ilgalaikė psichosocialinė reabilitacija	Paslauga neteikiama, nes nėra politinio sprendimo, kuris sektorius (sveikatos apsaugos, socialinės apsaugos, švietimo) yra atsakingas už paslaugos aprašymą, patvirtinimą ir finansavimą
Vaikų sveikatos sutrikimų (invalidumo, nusikalstamumo, savižudybių, prievartos) prevencijos programos	Minimalios paslaugų teikimo galimybės (neužtikrintas programų tęstinumas; nepakankamas tarpsektorinis bendradarbiavimas; nėra koordinuojančios institucijos)

spresti nuolat vykdant psichikos sveikatos monitoringą (4).

Kai kurių tiesioginių ir netiesioginių duomenų (vaikų ir jaunuolių savižudybės, vaikų ir paauglių nusikalstamumas) kitimas leidžia daryti išvadą, kad vaikų ir paauglių psichikos sveikatos būklė per pastaruosius metus ne tik negerėja, bet pastebima net blogėjimo tendencijų (22).

Ryžtingos ir skaidrios psichikos sveikatos priežiūros strategijos stoka nulemia neracionalų ir neefektyvų žmogiškųjų ir finansinių resursų panaudojimą, metai iš metų prioritetiškai investuojant į tokių įstaigų, paslaugų ir tarnybų tinklą, kurias vieningai PSO ir kitose tarptautinių ekspertų rekomendacijose siūloma pradėti palaipsniui mažinti ir ilgainiui uždaryti. Ir atvirkščiai, šiuolaikiškos į šeimą ir bendruomenę nukreiptos paslaugos, kurios efektyviai galėtų sumažinti skaudžias socialines vaikų sutrikimų pasekmes iki šiol nesulaukia sveikatos ir socialinės apsaugos politikų dėmesio ir nuolat ignoruojamos nustatant prioritetus ir finansuojant sveikatos sistemos bei socialinės apsaugos sistemos infrastruktūrą. Vaikų psichikos sveikatos priežiūra, nepaisant didelio šios problemos politinio aktualumo ir tiesioginio ryšio su gausia socialine vaikų patologija (savižudybės, nusikalstamumas, prievarta, priklausomybės nuo psichoaktyviųjų medžiagų), tebėra (kaip ir anksčiau buvo) labiausiai diskriminuojama sveikatos priežiūros sritis bendrajame sveikatos priežiūros paslaugų kontekste. 1999–2001 metų Privalomojo sveikatos draudimo fondo išlaidų analizė rodo, kad antrinio bei tretinio lygio vaikų psichikos sveikatos priežiūrai ir vaikų raidos sutrikimų ankstyvajai reabilitacijai skirtų lėšų dalis per pastaruosius metus tik dar labiau sumažėjo, o 2001 m. tesudarė 0,2 procento visų Privalomojo sveikatos draudimo fondo išlaidų.

Atlikta analizė išryškino svarbiausias kliūtis, kurios trukdo plėtoti efektyvių paslaugų tinklą vaikams, turintiems psichikos sutrikimų. Kliūtys egzistuoja keliuose lygmenyse: nacionaliniame, regioniniame (bendruomenės) ir individo; jos susijusios tiek su kontekstu, tiek ir su žmogiškaisiais ir finansiniais ištekliais bei egzistuojančios paslaugų infrastruktūros tradicijomis.

Ypač svarbu pabrėžti, kad vaikų psichikos sveikata – tai nuolat didėjanti visuomenės sveikatos problema. Didėjantis socialinės patologijos, apimančios vaikus ir šeimas, paplitimas yra tiesiogiai susijęs su Rytų ir Centrinės Europos valstybės ištikusia visuomenės sveikatos krize, kurios pagrindinė priežastis – netikėtas ir užsitęsęs, visus gyventojų sluoksnius apėmęs psichosocialinis stresas. Užsienio autorių duomenimis

(23), šių valstybių gyventojai pasirodė turį tik tokius atsako į stresą mechanizmus, kurie buvo tinkami prisitaikyti prie buvusios socialinės ir ekonominės bei politinės sistemos, bet yra netinkami dabartinėmis, t.y. perėjimo į rinką ir demokratiją aplinkybėmis. Vyriausybės, atsakančios už sveikatos strategijos prioritetus, turėtų iš esmės peržiūrėti visuomenės sveikatos ir asmens sveikatos priežiūros strategijas ir investuoti į naująją sveikatos politiką, stiprinančią individų, šeimų ir bendruomenių apsauginius faktorius bei gyventojų atsparumą psichosocialiniam stresui (24).

Išvados

1. Vaikų psichikos sveikata tampa viena svarbiausių visuomenės sveikatos sričių. Siekiant efektyviai spręsti gausėjančias Lietuvoje vaikų socialines ir psichikos sveikatos problemas (vaikų ir paauglių nusikalstamumas, savižudybės, priklausomybės nuo psichoaktyviųjų medžiagų, prievarta prieš vaikus), būtina iš esmės keisti teikiamų paslaugų formas ir turinį, prioritetą suteikiant paslaugoms, nukreiptoms į šeimą ir bendruomenę.

2. Svarbiausios kliūtys, trukdančios įdiegti į sveikatos ir socialinės apsaugos sistemą efektyvių vaikų psichikos sveikatos priežiūros paslaugų modelį, yra:

2.1. Nacionaliniame lygmenyje: politiniai sprendimai nulemiantys prioritetinio pobūdžio paslaugų komplekso finansavimą.

2.2. Nacionaliniame ir regioniniame (apskričių, savivaldybių) lygmenyse: tarpsektorinio bendradarbiavimo stoka, daugumai pačių efektyviausių paslaugų atsiduriant “niekieno teritorijoje”, kai nė vienas iš sektorių (sveikatos priežiūra, socialinė apsauga, švietimas) neprisiima atsakomybės už naujo pobūdžio paslaugų plėtrą.

2.3. Sveikatos priežiūros sektoriuje: išliekanti stipri siauro požiūrio į medicinos paslaugas tradicija, skirstant ir taip ribotus finansinius resursus, prioritetą teikti biomedicininėms diagnostikos ir gydymo paslaugoms ir ignoruoti nemedikamentines (psichosocialinio pobūdžio) paslaugas (psichoterapija, šeimos terapija, psichosocialinė reabilitacija, vaikų raidos sutrikimų ankstyvoji reabilitacija). Remiantis išsivysčiusių užsienio valstybių patirtimi, psichosocialinėms ir biomedicininėms paslaugoms būtina suteikti lygias galimybes dalyvauti paslaugų teikimo rinkoje.

2.4. Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo srityje: iki šiol egzistuojanti nuostata nepripažinti diagnostinio ir gydomojo darbo su vaikais ir šeimomis specifinių ypatumų ir neatsižvelgti į juos planuojant finansinius ir žmogiškuosius resursus.

Development of child mental health services in Lithuania: achievements and obstacles

Dainius Pūras

Department of Social Pediatrics and Child Psychiatry, Vilnius University, Lithuania

Key words: child mental health, public health, child psychiatry, social pediatrics.

Summary. In 1990, political, economic and social changes in Lithuania introduced the possibility to develop for the first time in nations's history an effective and modern system of child mental health services. During the period between 1990 and 1995 a new model of services was developed in the Department of Social pediatrics and child psychiatry of Vilnius University. The model included development of child and adolescent psychiatric services, as well as early intervention services for infants and preschool children with developmental disabilities. The emphasis, following recommendations of WHO and existing international standards, was made on deinstitutionalization and development of family-oriented and community-based services, which have been ignored by previous system. In the first half of 90's of 20th century, new training programs for professionals were introduced, more than 50 methods of assessment, treatment and rehabilitation, new for Lithuanian clinical practice, were implemented, and a new model of services, including primary, secondary and tertiary level of prevention, was introduced in demonstration sites. However, during next phase of development, in 1997–2001, serious obstacles for replicating new approaches across the country, have been identified, which threatened successful implementation of the new model of services into everyday clinical practice. Analysis of obstacles, which are blocking development of new approaches in the field of child mental health, is presented in the article.

The main obstacles, identified during analysis of socioeconomic context, planning and utilization of resources, running of the system of services and evaluation of outcomes, are as follows: lack of intersectorial cooperation between health, education and social welfare systems; strong tradition of discrimination of psychosocial interventions in funding schemes of health services; societal attitudes, which tend to discriminate and stigmatize marginal groups, including disabled children and dysfunctional families; lack of evidence-based decision making in the process of health care reform and reform of social infrastructure.

Correspondence to D.Pūras, Department of Social Pediatrics and Child Psychiatry, Vilnius University, Vytauto 15, 2004 Vilnius, Lithuania. E-mail: dainius.puras@mf.vu.lt

Literatūra

1. Murray CJL, Lopez AD. The Global Burden of Disease. Boston: Harvard School of Public Health, WHO and the World Bank; 1996.
2. Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A. World mental health: problems and priorities in low-income countries. New York, Oxford University Press; 1995.
3. Orley J, Saxena S, Herrman H. Quality of life and mental illness: reflections from the perspective of WHOQOL. *British Journal of Psychiatry* 1998;172:291-3.
4. The World Health report 2001. Mental health: New understanding, new hope. World Health Organization; 2001.
5. Tansella M, Thornicroft G. Common mental disorders in primary care. London, Routledge; 1999.
6. Rutz W, Knorrung L, Walinder J. Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1995;85:83-8.
7. Bower P, Garralda E, Kramer T, Harrington R, Sibbald B. The treatment of child and adolescent mental health problems in primary care: a systematic review. *Family Practice* 2001;18 (4):373-82.
8. Pūras D. Sveikatos priežiūros paslaugos vaikams su raidos ir psichikos sutrikimais Lietuvoje. (Health care services for children with developmental and mental disorders in Lithuania.) *Medicina* 2000;36(1):1-5.
9. A decade of transition. The MONEE project for CEE/CIS/Baltics. United Nations Children's Fund. Innocenti Research Centre; 2001.
10. Tomov T. Central and Eastern European countries. In: Thornicroft G, Tansella G, eds. The mental health matrix: a manual to improve services. Cambridge, Cambridge University Press; 1999. p.216-27.
11. Patel A, Knapp MRJ. Costs of mental illness in England. *Mental Health Research Review* 1998;5:4-10.
12. Shah A, Jenkins R. Mental health economics studies from developing countries reviewed in the context of those from developed countries. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1999; 100:1-18.
13. Graham P, Orley H. WHO and mental health of children. *World Health Forum* 1998;19:268-72.
14. Patel V. Poverty, inequality and mental health in developing countries. In: Leon D, Walt G, eds. Poverty, inequality and health: an international perspective. Oxford, Oxford University Press; 2001. p. 247-61.
15. Saraceno B, Barbui C. Poverty and mental illness. *Canadian Journal of Psychiatry* 1997;42:285-90.
16. Matulionis A, Juknevičius S, Mitrikas A. Europa ir mes. (Eu-

- rope and we.) Vilnius, Kultūros ir meno institutas, 2001.
17. Gailienė D. Jie neturėjo mirti. Savižudybės Lietuvoje. (They did not have to die. Suicides in Lithuania.) Vilnius, Tyto Alba; 1998.
18. Jenkins R, Tomov T, Puras D, Naneishvili G, Kornetov N, Sheradze M et al. Mental health reform in Eastern Europe. Eurohealth 2001;7(3):15-21.
19. Steinhausen HC, Winkler C, Metzke CW, Meier M, Kanenberg R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: the Zurich Epidemiological Study. Acta Psychiatrica Scandinavica 1998;98:262-71.
20. Weyerer S, Castell R, Biener A, Artner K, Dilling H. Prevalence and treatment of psychiatric disorders in 3-14-year-old children: results of a representative field study in the small rural town region of Traunstein, Upper Bavaria. Acta Psychiatrica Scandinavica 1988;77:290-6.
21. Puras D. Child and adolescent psychiatry in Lithuania. In: Remschmidt H, van Engeland H, editors. Child and adolescent psychiatry in Europe. Darmstadt: Steinkopf; New York: Springer; 1999. p.205-12.
22. Pranešimas apie žmogaus socialinę raidą Lietuvoje 2001. 2001 (Lithuanian Human Development Report 2001.) Vilnius, Socialinės politikos grupė: Leidykla "Homo liber", 2002.
23. Cornia GA, Panizza R (eds). The Mortality Crisis of Transitional Economies. Oxford: Oxford University Press, 2001.
24. Lutha SS, Cicchetti D. The construct of resilience: implications for interventions and social policies. Developmental psychopathology 2000;12(4):857-85.

Straipsnis gautas 2002 03 15, priimtas 2002 03 15

Received 15 March 2002, accepted 15 March 2002