

Pirminis psichikos sveikatos priežiūros lygis: problemos ir sprendimo būdai

Vienas svarbiausių ir pirmųjų psichikos sveikatos reformos pirminiame lygyje žingsnių buvo psichikos sveikatos centrų (PSC) steigimas ir jų plėtra savivaldos lygiu. Procesas vyko gana sėkmingai, ir šiuo metu PSC tinklas dengia visą šalies žemėlapi. Ar tai reiškia, kad problemų pirminiame lygyje nėra? Ar PSC pajėgus tinkamai vykdyti jiems pavestas funkcijas?

Situacija nėra bloga

Lietuvoje, kaip ir visame pasaulyje, psichikos sveikatos problemų ne mažėja, o daugėja, ir tam yra įvairių priežasčių. Be abejo, labai svarbu, kad tinkamą pagalbą žmogus galėtų gauti jau pirminiame lygyje.

Valstybinio psichikos sveikatos centro (VPSC) direktorės Onos Davidonienės nuomone, situacija Lietuvoje nėra bloga ir netgi geresnė negu daugelyje Europos šalių: „Esame pranašesni, nes jau pirminiame lygyje dirba visa komanda: gydytojai, socialiniai darbuotojai, slaugytojai ir psichologai. Tuo tarpu daugelyje Europos šalių pirminė psichikos sveikatos priežiūra patikėta šeimos gydytojams. Taigi Lietuvos žmonės išties turi neblogas sąlygas gydytis ambulatoriškai“.

Tos pačios nuomonės yra ir Kauno Centro PSC vadovė Ambulatorinių psichikos sveikatos priežiūros centrų asociacijos pirmininkė Vida Matulionienė. „Mano galva, mūsų šalyje psichiatrinė pagalba pakankamai priartinta prie žmogaus. Lietuvoje veikia per 100 įvairaus pavaldumo PSC. Tad kiekvienas socialiai draustas pilietis tikrai turi kur kreiptis, – sako V. Matulionienė. – Taip pat dėl savo psichikos sveikatos žmonės gali kreiptis į šeimos gydytojus, kurie taip pat gali skirti ir vaistų psichikos ligoms gydyti“.

Kauno Centro PSC vadovė teigiamu įvardijo tai, kad pirminiame lygyje pacientams teikiama kompleksinė pagalba, t.y. kartu su medikamentiniu gydymu pacientas gauna psichologo, socialinio darbuotojo pagalbą; taip pat vyksta darbas su šeima, vaikais. PSC vykdo ir prevenciją, ir reabilitaciją, daug dėmesio skiriama lėtinėmis ligomis sergantiems pacientams.

Ko trūksta?

VPSC direktorės nuomone, PSC steigimas iš

tiesų buvo rimtas ir stiprus žingsnis, kuris pasiteisino. „Lovų skaičius ligoninėse ir vidutinė gydymosi trukmė sumažėjo du kartus. Vadinasi, visa tai kompensuojame didesniu ir kokybiškesniu paslaugų skaičiumi arti gyvenamosios vietos, t.y. PSC. Todėl manau, kad atėjo laikas ir kitam žingsniui, juolab kad jis sutampa su sveikatos priežiūros reformos politika – tolesnei ambulatorinės pagalbos plėtrai, siekiant dar labiau mažinti stacionarių paslaugų apimtį“, – pažymi O. Davidonienė.

Anot VPSC vadovės, be ambulatorinio gydymo, pirminiame lygyje turėtų būti teikiama daugiau įvairių socialinių, užimtumo paslaugų: „Šis darbas lyg ir „išlipa“ iš sveikatos priežiūros rėmų, todėl jis turėtų būti vykdomas bendradarbiaujant su kitomis šalies institucijomis: švietimo, teismų, socialinės apsaugos ir t.t. Ko dar trūksta? Vis dar nepavyksta arti gyvenamosios vietos steigti įvairaus pavaldumo pensionus, psichiatrijos slaugos stacionaro skyrius žmonėms, kuriems nereikia intensyvaus gydymo ūmios psichiatrijos skyriuje, bet jie dėl ligos ir šeimoje gyventi negali. Apie tai kalbame daugybę metų, bet vis dar sunkiai stumiamės priekį“.

Dalis pacientų – už borto

Pradžioje PSC buvo kuriami teritoriniu principu, t.y. buvo planuojama, kad kiekvienas centras aptarnaus tam tikros teritorijos gyventojus. Tačiau, išsivysčius ir išsiplėtus šeimos gydytojo institucijai, nutiko taip, kad pacientai prisirašė prie šeimos gydytojo ne pagal teritoriją. V. Matulionienė tame išvelgia trikdžių: „Prevencinis darbas vyksta tam tikroje teritorijoje. Bendradarbiaudami su savo teritorijos mokyklų, švietimo, vaiko teisių apsaugos, socialinių įstaigų darbuotojais dedame pastangas, kad šioje teritorijoje sumažėtų potencialių ligonių. Dirbame su rizikos grupės pacientais, nes žinome,

kad jeigu nedirbsime dabar, vėliau jie vis tiek ateis, tik daug sunkesnės būklės. Tačiau toje pačioje teritorijoje gyvena prie įvairių Pirminės sveikatos priežiūros centrų (PSPC), šeimos gydytojų prisirašiusieji ligoniai“.

Be to, ir PSC dirba ne teritoriniu principu, o pagal prisirašiusiųjų skaičių, dalis žmonių išvis lieka „už borto“. Tai socialiai nedrausti asmenys, t.y. būtent tie, kurie turi daugiausia psichikos problemų. Jie, anot V. Matulionienės, – „niekieno pacientai“. „Jie netgi gali gyventi priešais PSC, mes netgi galime žinoti jų problemas, tačiau net nueiti pas juos negalime, nes pažeisime jų teises. Ne kartą ši klausimą kėlėme, bet daugiau kaip 10 m. ši problema nesprendžiama“, – pabrėžia V. Matulionienė.

Anot Kauno Centro PSC vadovės, problemų yra ir teikiant priverstinio gydymo paslaugas. „Dažniausiai šie asmenys nėra socialiai drausti, nėra prisirašę prie jokio PSC, todėl lieka be jiems būtinų ir teismo sprendimu pavestų vykdyti gydymo paslaugų. Tai vėlgi to prisirašymo prie šeimos gydytojo problema, nes dalis žmonių lieka be kuruojančio psichiatrinio padalinio“, – pažymi V. Matulionienė.

Taip pat iki šiol nėra reglamentuotas minimalus PSC aptarnaujamų gyventojų skaičius. Dėl to kartais 2 tūkst. gyventojų turintis šeimos gydytojo kabinetas imasi vykdyti psichikos sveikatos priežiūrą. Suprantama, kad tokia centre psichikos pagalba nebus tinkama. Juk žinoma, kad vienas psichiatro etatas numatytas 20 tūkst. gyventojų, psichologo – 40 tūkst. „Kokią tarnybą galima sukurti turint 4 tūkst. ar 10 tūkst. prisirašiusiųjų gyventojų, kai antraeilininkai specialistai atleikia kokius valandais per savaitę?“ – svarsto medikė.

Tęstinumas užtikrinamas?

Neretai ligoniai, kurie grįžę iš stacionaro nevartoja vaistų, jokios pagalbos nesikreipia, dėl to netrukus, paūmėjus būklei, vėl atsiduria ligoninėje. Apie psichiatrinės pagalbos tęstinumo užtikrinimą kalbama daug, ar realiai jis yra?

Centro PSC vadovės nuomone, sąlygos pacientui nenutraukti gydymo, nuolat būti prižiūrimam medikų, tikrai yra. Kad ligonis „nepradingtų“ tarp įvairaus lygio tarnybų, daug dirba socialiniai darbuotojai.

„Stebint kiek žmonių ir kaip dažnai lankosi mūsų centre, galiu daryti tokią prielaidą, kad psichiatrinės pagalbos prieinamumas ir tęstinumas tikrai yra užtikrinamas. Lėtinėmis ligomis sergantiems sudaromos atskiros sveikatos priežiūros programos, jie nuolat lankosi pas įvairius specialistus, dalyvauja klubų veikloje. Gydymo tęstinumo problema gali kilti tik su socialiai nedraustais žmonėmis“, – pažymi V. Matulionienė.

Moka už prirašytus

Šiuo metu PSC finansuojami iš PSDF lėšų – 11 litų už kiekvieną prie šeimos gydytojo prisirašiusį gyventoją, bet jeigu jis susergera psichikos liga, už tokio žmogaus priežiūrą PSC finansavimas nedidėja.

Anot V. Matulionienės, neretai susiduriama su situacija, kai rimtų psichikos problemų turinčiam žmogui pasiūloma prisiregistruoti prie didesnės poliklinikos, kuri turi didelį PSC, nes ten jam bus suteikta visokeriopa pagalba.

Ir nors šiuo metu PSC nėra motyvuojami turėti daug sunkių ligonių, pastarųjų metų tendencijos rodo, kad prisirašiusiųjų prie PSPC skaičius mažėja, bet psichikos ligomis sergančiųjų ir į PSC pagalbos besikreipiančių ligonių daugėja.

Prie PSPC įsisteigę PSC dažniausiai teikia ir pirminio, ir antrinio lygio paslaugas. Tačiau, anot V. Matulionienės, PSC įkainis už antrinio lygio paslaugas nėra adekvatus, paprasčiau tariant, šių paslaugų PSC teikti neapsimoka.

Sprendimo būdai

„Manau, kad dabartinis PSC finansavimo modelis nėra visiškai teisingas, nes jis neskatina specialisto, dirbančio pirminėje grandyje, dėti daugiau pastangų: ar jis dirbs labai aktyviai ir kūrybingai, ar ne, vis tiek uždirbs tiek pat. Pritariu minčiai, kad PSC finansavimą sudarytų 2 dalys: viena – pastovi – už tam tikrus konkrečius, aiškiai įvardytus darbus (privalomas paslaugų krepšelis), kita – kintama, kurią galėtų sudaryti 2 dalys: už papildomas (skatinamąsias) paslaugas ir už gerus darbo rezultatus. Papildomas (skatinamąsias) paslaugas sudarytų paslaugos, kurias papildomai teiktų centro specialistai (t.y. paslaugos, kurios nebūtų įtrauktos į privalomų paslaugų krepšelį). Pvz., pakeičiamojo gydymo priklausomiems nuo narkotinių medžiagų organizavimas. Taip pat manau, kad tikrai galima rasti ir pakankamai aiškius, apibrėžtus bei objektyvius kriterijus bandant įvertinti, ar konkreči įstaiga gali gauti papildomą atlygį už gerus darbo rezultatus“, – siūlo VPSC vadovė O. Davidonienė.

„Gražu būtų grįžti prie idėjos, kad PSC aptarnautų nustatytos teritorijos gyventojus. Tai įmanoma, bet abejoju, ar bus padaryta. Taip pat reikėtų nustatyti minimalų PSC paslaugų paketą, o kitos papildomos paslaugos būtų teikiamos už atskirą įkainį. Turėtų būti peržiūrėtas apmokėjimas už priverstinį gydymą, reikalaujantį daugelio specialistų laiko ir pastangų. Būtina reglamentuoti paslaugas bei jų finansavimą pacientams, priklausomiems nuo psichoaktyvių medžiagų. Atskiri įkainiai turėtų būti nustatyti sudėtingesnei psichologinei diagnostikai (pvz., WISC (Wechsler) ir pan. testams)“, – sako V. Matulionienė.

Šiuo metu, anot Centro PSC vadovės, nėra pakankamai apibrėžtos ir tinkamai finansiškai

įvertintos psichologo, socialinio darbuotojo paslaugos. Galbūt dalis jų galėtų būti apmokama iš papildomų finansavimo šaltinių.

ES lėšos: reali nauda ar pinigų švaistymas?

Europos Sąjungos (ES) struktūrinių fondų lėšas (iš viso apie 100 mln. litų) psichiatrijoje numatoma skirti kelioms svarbiausioms kryptims. Tai – 5-ųjų Krizių intervencijos centrų steigimas didžiuosiuose šalies miestuose, 20-ies Dienos stacionarų (DS) prie PSPC ir 5-ųjų Kompleksinės psichiatrijos pagalbos vaikui ir šeimai centrų steigimas.

Ar šių naujų centrų steigimas iš tiesų padidins ambulatorinės grandies vaidmenį? Juk svarbu ne centrų skaičius, o bendra psichikos sveikatos koncepcija?

„DS dvejetainiai užpildytų esamas spragas. Visų pirma juose, paslaugos struktūroje, būtų vykdomos ir užimtumo programos, ko, kaip jau minėjau, labai trūksta. Antra, tai būtų dar viena, jau antrinio lygio įstaiga arti paciento namų. Taip šios paslaugos taps realiai prieinamos ištisiam gyventojų ratui“, – aiškina O. Davidonienė. Ligi šiol DS veikė tik prie ligoninių ir suprantama, kad jų paslaugos buvo prieinamos tik to miesto ir galbūt rajono, kuriame yra ligoninė, gyventojams.

DS – tarpininkai tarp ligoninės ir ambulatorinės pagalbos namuose. Tai reiškia, kad bus sudaromos galimybės 1) arba ligai vos pradėjus ūmėti, t.y. pakankamai anksti pradėti kur kas intensyvesnį gydymą, taip stengiantis išvengti stacionarinio gydymo, 2) arba po gydymosi ūminių psichikos sutrikimų stacionaro skyriuje, praėjus psichozės simptomams, greičiau išrašyti ligonį, gydymą pratęsiant visų pirma dienos stacionare, o tik po to – ambulatoriškai. Paciento gydymas įprastoje aplinkoje, neatitraukiant nuo namų, leis jam neprarasti socialinių įgūdžių bei psichologiškai jaustis kur kas geriau. DS pacientas galės būti gydomas vieną mėnesį.

Krizių intervencijos centrų veikla taip pat pri-

skiriama prie antrinio lygio paslaugų. „Jeigu per 10 d. paciento nepavyks „ištraukti“ iš krizės ar bent iš dalies pakoreguoti krizinės situacijos, jis turės būti perkeltas į DS arba į atitinkamą psichiatrijos ligoninės skyrių“, – sako O. Davidonienė.

Anot VPSC direktorės, itin reikalinga kompleksinė pagalba vaikui ir šeimai. „Labai retai vien vaikas turi psichikos sutrikimų. Labai dažnai visų psichiatrinų, psichologinių problemų šaknys yra šeimoje. Dabar svarbiausia parengti paslaugų šiuose centruose teikimo aprašą, kuriame bus reglamentuota, kokias paslaugas ir kam turėtų teikti kompleksinės pagalbos vaikui ir šeimai centrai“, – aiškina O. Davidonienė.

Anot psichiatrės, ES pinigai negalės būti iššvaistyti. „Paraiškose ES finansavimui iš anksto numatyta, kiek ir kokių paslaugų teiks konkretus centras, kiek per metus priims pacientų. Be to, šiuos įsipareigojimus gaunantieji ES paramą privalės vykdyti ne trumpiau kaip 5 m. Priešingu atveju reiks grąžinti ES pinigus. Taigi paslaugos bus teikiamos realiai, centrai nestovės tušti, – tikina O. Davidonienė. – Nežinau, iš kur tokios nepagrįstos kalbos, kad centruose nebus pacientų?! Dabar prie ligoninių įkurtų DS praktika rodo, kad šių paslaugų paklausa labai didelė. Iš pacientų girdime nusiskundimus, kad tokių centrų nėra šalia jų gyvenamosios vietos“.

Tačiau finansavimas mažėja, ar bus lėšų naujai įsteigtų įstaigų paslaugoms apmokėti? „Kadangi ligonių srautai stacionaruose mažėja, tikimasi, kad šioms naujoms paslaugoms apmokėti pinigų pavyks sutaupyti“, – sako VPSC vadovė.

Ar bus kam gydyti? „DS planavimas pavestas regionams. Kiekviena įstaiga, norinti gauti ES paramą ir steigti DS, turi įvertinti, ar ji turės pacientų, specialistų komandas, kurios sugebėtų teikti visas būtinas paslaugas. Žodžiu, buvo aiškiai įvardyta, kad vietovėse, kur nebus kam dirbti, DS būti negali. Atsakomybė tenka tiems, kurie šiandien planuoja, kokiuose miestuose bus tie DS“, – pažymi gydytoja.