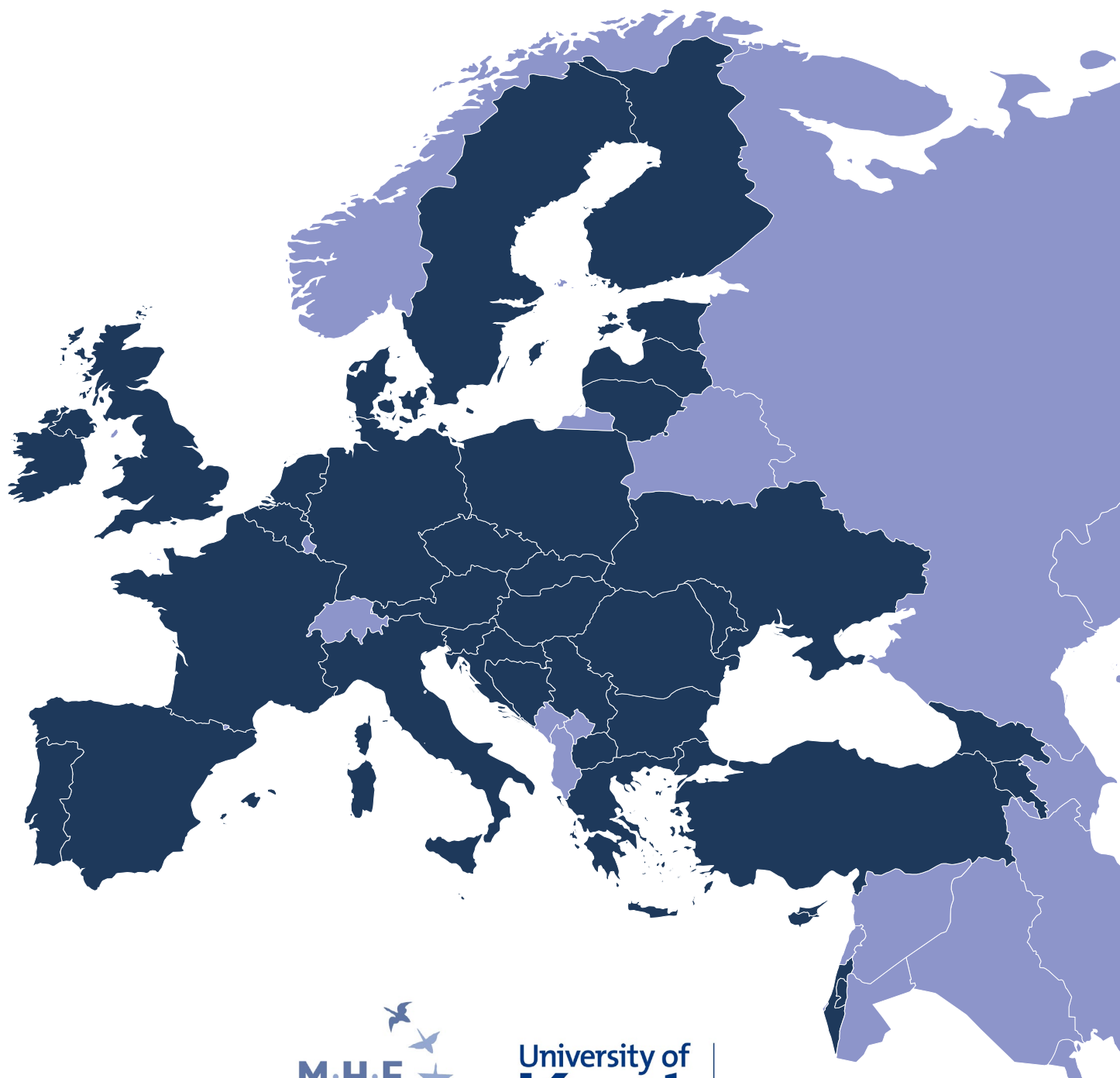

MAPPING & UNDERSTANDING EXCLUSION IN EUROPE



University of
Kent

Tizard
Centre

SANTRAUKA

Ši ataskaita „Siekis nustatyti ir suprasti atskirties mastą ir pobūdį: institucinės, prievartinės ir bendruomeninės paslaugos ir praktika Europoje“ yra nauja ir papildyta organizacijos „Mental Health Europe“ ataskaitos apie atskirtį 2012 m. redakcija. Ataskaitą drauge parengė Kento universitetas ir organizacija „Mental Health Europe“ (MHE); prie jos prisidėjo MHE nariai ir partneriai, taip pat Atviros visuomenės psichikos sveikatos iniciatyva ir Europos Sąjungos lygių teisių ir piliečių programa. Ataskaitos tikslas – apžvelgti atnaujintą ir išsamesnę informaciją apie Europos šalių psichikos sveikatos teisės aktus, nesavanoriškos ar priverstinės hospitalizacijos ir gydymo atvejus, izoliavimo ir suvaržymo praktiką, taip pat kitus aktualius psichikos sveikatos srities klausimus Europoje. Nagrinėjant psichikos sveikatos sistemas Europoje, ataskaitoje taip pat apžvelgiama asmenų, gaunančių psichikos sveikatos priežiūros paslaugas, ir asmenų, turinčių psichosocialinių sutrikimų, žmogaus teisių padėtis. Šįsyk ypač daug dėmesio skiriama istorijoms tų, kurie patyrė su psichikos sveikatos priežiūros paslaugomis susijusią institucinę globą ar priverstinį gydymą. Tikimės, kad tikros istorijos padės geriau suprasti, kokią atskirtį visuomenėje patiria šie žmonės.

Ataskaita rodo, kad nuo 2012 m. padėtis šiek tiek pasikeitė, bet Europoje vis dar labai daug psichikos sveikatos sutrikimų turinčių žmonių gyvena specialiose įstaigose ir jiems stinga bendruomeninių paslaugų. Nors ir įvykdytos reformos, ataskaita rodo, kad esama kliūčių, tokių kaip prastas socialinės pagalbos ir sveikatos priežiūros institucijų bendradarbiavimas, žmogaus teisių principus atitinkančių bendruomeninių paslaugų stoka, uždaras įstaigų ratas (žmonės keliauja iš vienos specialios įstaigos į kitą) ir griežtas lėšų taupymas. Be to, pastaraisiais metais deinstitutionalizacija vaizduojama kaip daugiausia vidurio ir rytų Europos problema, nors vakarų šalyse, pvz., Prancūzijoje, Belgijoje, Airijoje, Nyderlanduose, Portugalijoje ir Vokietijoje, taip pat esama tokių įstaigų – jose vis dar gyvena dešimtys tūkstančių psichikos sveikatos sutrikimų turinčių žmonių ir daroma labai mažai, kad ši padėtis pasikeistų. ES finansuojamos deinstitutionalizacijos programos vidurio ir rytų Europoje vykdomos lėtai. Turima nedaug duomenų apie faktinį šių programų poveikį psichikos sveikatos sutrikimų turintiems žmonėms.

Šioje ataskaitoje surinkti asmeniniai liudijimai, kuriuos sutiko pateikti priverstines priemones patyrę žmonės, rodo, kad nesavanoriška hospitalizacija ir gydymas gali turėti ilgalaikį ir destruktivų poveikį žmogaus gyvenimui. Suteikiamos informacijos prieš hospitalizaciją ir jos metu stoka, prastos gyvenimo sąlygos, priverstinis didelį šalutinį poveikį turinčių vaistų vartojimas, teisinės pagalbos nebuvimas, fizinė ir emocinė žala, socialinė ir fizinė izoliacija ir gėdinga žymė – apie visa tai liudijimuose pasakoja tokias paslaugas gavę ir jas išgyvenę asmenys.

Rengiant ankstesnę ataskaitą apie atskirtį 2012 m. kelios šalys planavo ar ėmėsi pažangių ir nemažai žadančių nuostatų dėl veiksnio reformų įgyvendinimo. Vis dėlto, rengiant naują ataskaitą nustatyta, kad iki 2017 m. tik kelios šalys iš tikrųjų pakeitė atitinkamus teisės aktus. Visur kitur pagalba grįstų sprendimų priėmimo galimybė vis dar tebėra praktiškai neįgyvendinta. Apibendrinti šioje ataskaitoje surinkti duomenys rodo, kad didelį susirūpinimą tebekelia psichikos sveikatos ar psichosocialinių sutrikimų turinčių asmenų, tiek gaunančių psichikos sveikatos priežiūros paslaugas, tiek jų negaunančių, žmogaus teisių užtikrinimo klausimai.

REKOMENDACIJOS

Remiantis ataskaita, pateikiamos tokios apibendrintos rekomendacijos:

1. tos valstybės, kurios dar nėra to padariusios, turėtų patvirtinti žmogaus teisių standartus atitinkančias holistines deinstitutionalizacijos strategijas bendradarbiaudamos su psichikos sveikatos ar psichosocialinių sutrikimų turinčius asmenis atstovaujančiomis organizacijomis ir kitais atitinkamais suinteresuotaisiais subjektais, dalyvaujant visoms atitinkamoms ministerijoms ir sektorių atstovams, įskaitant sveikatos, socialinės pagalbos ir užimtumo sektorius, ir užtikrinti pakankamas investicijas jų įgyvendinimui, kad perėjimas prie žmogaus sveikatos stiprinimą skatinančių, žmogaus teises atitinkančių bendruomeninių psichikos sveikatos priežiūros paslaugų ir pagalbos būtų tvarus.
2. Siekdamas sumažinti prievartą psichikos sveikatos priežiūros paslaugų srityje, Europos valstybės turėtų:
 - laikydamosi žmogaus teisių standartų patvirtinti politikos priemonės, kuriomis būtų siekiama nedelsiant mažinti prievartą psichikos sveikatos paslaugų srityje ir galiausiai tokią prievartą visiškai panaikinti. Rengiant ir įgyvendinant politikos priemones daug dėmesio taip pat turėtų būti skiriama tam, kad būtų: teikiama informacija asmenims ir jų šeimoms apie jų teises ir sveikatą, gerinama bendruomenės ir ligoninės specialistų grupių tarpusavio komunikacija, laikomasi maksimalių rezultatų siekių, deeskalavimo procedūrų ir taikomi kiti metodai, įsteigtos ambulatorinės priežiūros mobiliosios grupės ir užtikrinti paslaugų gavėjų ir personalo mokymai, per kuriuos daugiausia dėmesio būtų skiriama Jungtinių Tautų neįgaliųjų teisių konvencijai ir informuotam sutikimui;
 - skatinti psichikos sveikatos priežiūros paslaugų gavėjų (taip pat ir tokias paslaugas praeityje gavusių asmenų) ir psichosocialinių sutrikimų turinčių asmenų, jiems atstovaujančių organizacijų stiprinimą ir užtikrinti, kad jie žinotų apie savo teises ir galėtų dalyvauti visų sprendimų, susijusių su jų gyvenimu, procesuose pagal Jungtinių Tautų neįgaliųjų teisių konvencijos 4 straipsnio 3 dalį;
 - pereiti prie padedamojo, o ne primetamojo, sprendimų priėmimo pagal Jungtinių Tautų neįgaliųjų teisių konvencijos 12 straipsnį, be kita ko, pakeisti veiksnio ir psichikos sveikatos srities teisės aktus, sukurti padedamojo sprendimų priėmimo paslaugas ir didinti perpsektyvios praktikos taikymo mastą;
 - tinkamai dokumentuoti ir registruoti visus nesavanoriškos hospitalizacijos ir gydymo, izoliavimo ir suvaržymo priemonių panaudojimo atvejus ir priežastis ir viešai skelbti šiuos duomenis.
3. Pagal Jungtinių Tautų neįgaliųjų teisių konvencijos 31 straipsnį valstybės turėtų dokumentuoti institucinės hospitalizacijos atvejus ir viešai skelbti šią statistiką. Tokie statistiniai duomenys turėtų būti išskirstyti pagal hospitalizacijos atvejų skaičių, įstaigos tipą, trukmę, globos priežastis ir demografines ypatybes, tokias kaip amžius ir lytis.
4. Pagal Jungtinių Tautų neįgaliųjų teisių konvencijos 8 straipsnį valstybės turėtų investuoti į visuomenės lygmeniu vykdomas kovos su stigmatizacija programas, kurios turėtų būti pagrįstos patvirtinta informacija. Paramos kampanijos ir informuotumo didinimas tiek nacionaliniu, tiek vietos lygmeniu turėtų visada būti neatskiriama psichikos sveikatos priežiūros reformų, deinstitutionalizacijos strategijų ir įgyvendinimo priemonių dalis.
5. Valstybės turėtų įvesti asmens biudžeto programas, kad paremtų deinstitutionalizacijos procesą ir savarankišką gyvenimą bendruomenėje. Valstybės, kurios jau vykdo tokias programas, turėtų užtikrinti, kad jos būtų prieinamos psichosocialinių sutrikimų turintiems žmonėms lygiai taip pat, kaip ir kitokį neįgalumą turintiems asmenims.
6. Valstybės turi geriau stebėti deinstitutionalizacijos programas ir rinkti duomenis, siekdamas užtikrinti, kad psichikos sveikatos sutrikimų turintys asmenys galėtų pasinaudoti reformų privalumais ir kad šiomis programomis sukurtos alternatyvos iš tiesų padėtų savarankiškai gyventi bendruomenėje, kaip numatyta Jungtinių Tautų neįgaliųjų teisių konvencijos 19 straipsnyje.
7. Europos Sąjunga (ES) turėtų užtikrinti, kad perėjimui nuo įstaigų prie bendruomeninių paslaugų būtina parama būtų numatyta daugiametėje finansinėje programoje po 2020 m., ir sykiu imtis veiksmų, kad į lėšų naudojimą reglamentuojančias taisykles būtų įtrauktos griežtesnės, platesnės apimties ir veiksmingo stebėjimo sąlygos ir kad finansavimo procedūros būtų supaprastintos ir pertvarkytos, siekiant užtikrinti, kad visos lėšos būtų panaudotos taip, kad būtų kuo didesnis poveikis ir kad būtų laikomasi žmogaus teisių standartų.
8. ES lygmens pastangas turėtų papildyti šalių informacijos ir patirties mainai psichikos sveikatos srityje, įskaitant vadovavimąsi veiksmiais, numaytais Bendrų psichikos sveikatos ir gerovės srities veiksmų ir ES psichikos sveikatos ir gerovės kompasos programose.
9. ES turėtų teikti prievartos alternatyvų mokslinių tyrimų finansavimą, siekiant plačiau taikyti daug žadančią padedamojo sprendimų priėmimo praktiką ir užtikrinti paslaugų gavėjų ir psichosocialinių sutrikimų turinčių asmenų įgalinimą.

LIETUVA

INFORMACIJA APIE ŠALĮ

- Gyventojų skaičius: 2 847 904 (Eurostatas, 2017 m.)
- Neįgalųjų teisių konvencija: pasirašyta – TAIP, ratifikuota – TAIP

BENDROJI INFORMACIJA

Psichikos sveikatos politika ir paslaugos Lietuvoje vis dar yra labai sutelktos į psichotropinių vaistų vartojimą, hospitalizaciją ir institucinę globą. Bendruomeninės psichikos sveikatos priežiūros paslaugos vis dar nelaikomos prioritetu. Nors deinstitucionalizacija socialinės globos srityje šiuo metu jau vyksta, nerimą kelia tai, kad trūksta bendruomeninių paslaugų. Perspektyvi praktika dažnai taikoma fragmentiškai ir vykdamas finansuojamus projektus, kurie neužtikrina ilgalaikio tvarumo

IŠSAMI INFORMACIJA

Įstaigos ir psichiatrinės ligoninės

Remiantis Sveikatos apsaugos ministerijos pateikta informacija, vidutinis ilgalaikės stacionarinės psichiatrinės priežiūros įstaigose praleidžiamų dienų skaičius įvairuoja nuo 53 iki 435 dienų, priklausomai nuo ligoninės. Bendrųjų ligoninių ūmių būsenų skyriuose vidutiniškai praleidžiamu nuo 14 iki 26 dienų, o specializuotose ligoninėse – nuo 13 ir 34 dienų. Nėra informacijos apie ilgalaikių pacientų (Lietuvoje tokiais pacientais paprastai laikomi daugiau kaip mėnesį ligoninėje praleidžiantys asmenys) ūmių būsenų skyriuose skaičių.

Socialinės globos įstaigos Lietuvoje apibūdinamos kaip įstaigos, kurios turi daugiau kaip 30 vietų ir kuriose daugiau kaip du trečdaliai gyventojų turi psichikos sveikatos arba intelekto sutrikimų (Socialinės apsaugos ir darbo ministerija). Lietuvoje yra 27 tokios įstaigos (žr. lentelę toliau), nors šis skaičius nepakankamai atspindi institucinės globos mastą, nes iš viso esama 43 stacionarios globos įstaigų (įskaitant kitų tipų gyvenamąsias įstaigas), kuriose yra iš viso 6 259 vietos psichikos sveikatos arba intelekto sutrikimų turintiems asmenims – kai kurios šių įstaigų pagal savo pobūdį yra institucinės priežiūros įstaigos

	Bendras įstaigų (ligoninių, kitų įstaigų) skaičius	Bendras vietų skaičius	Pasiskirstymas pagal sektorių
Vietų bendrųjų ligoninių ūmių būsenų skyriuose skaičius	17	Duomenų nėra.	Viešasis sektorius
Vietų specializuotųjų ligoninių ūmių būsenų skyriuose skaičius	4	Duomenų nėra.	Viešasis sektorius
Ilgalaikio gydymo vietų bendrųjų ligoninių skaičius	13	1 421	Viešasis sektorius
Ilgalaikio gydymo vietų specializuotose ligoninėse skaičius	3	1 154	Viešasis sektorius
Socialinės globos įstaigos	27	5 473	Viešasis sektorius
Slaugos ir palaikomojo gydymo įstaigos	60	Duomenų nėra.	Viešasis sektorius

Šaltinis: Sveikatos apsaugos ministerija (Lietuvos higienos instituto surinkti duomenys), 2016 m.

Bendruomeninės gyvenamosios priežiūros paslaugos

I Lietuvoje bendruomeninių apgyvendinimo paslaugų psichikos sveikatos sutrikimų turintiems žmonėms labai mažai: tai daugiausia grupinio gyvenimo namai, taip pat savarankiško gyvenimo namai, kuriuose teikiamos apgyvendinimo paslaugos. Tikslus tokių namų skaičius nėra žinomas. Ilgalaikės priežiūros įstaigose teikiamos laikino atokvėpio paslaugos. Pažymėtina, kad šios įstaigos, nors ir priskiriamos prie bendruomeninių paslaugų teikėjų Lietuvoje, dažnai yra tik mažesnė didelių stacionarios globos



įstaigų versija su panašia įstaigų kultūra..

Bendruomeninių paslaugų rūšis	Bendras įstaigų skaičius	Bendras vietų skaičius	Iš viso paslaugų gavėjų (per metus)	Paslaugos trukmė	Pasiskirstymas pagal sektorių	Trumpas apibūdinimas
Bendruomeninių gyvenamosios priežiūros paslaugų rūšis: grupinio gyvenimo namai	7	117	101	Duomenų nėra.	Visi sektoriai, įskaitant viešąjį, privatųjį, NVO	Mišrios grupės. Intelektu ir (arba) psichosocialinių sutrikimų turintys asmenys. Trys iš septynių grupinio gyvenimo namų priima tik intelekto sutrikimų turinčius asmenis.
Bendruomeninių gyvenamosios priežiūros paslaugų rūšis: savarankiško gyvenimo namai	21	510	449	Duomenų nėra.	Viešasis sektorius ir NVO	Vyresnio amžiaus asmenys ir intelekto ir (arba) psichosocialinių sutrikimų turintys asmenys.
laikinas prieglobstis asmenims, atsidūrusiems krizėje	34	833	8 936	1–3 mėn.	Viešasis sektorius ir NVO	Riziką patiriantys suaugusieji, nebūtinai turintys psichikos sveikatos sutrikimų.
Šiuo metu yra 29 krizių centrai ir 5 laikino apgyvendinimo įstaigos	13	58	n.a.	n.a.	Public and NGO	They are usually newly established within social care institutions. Adults with psychosocial or mental disabilities.
Laikino atokvėpio tarnybos	13	58	Duomenų nėra.	Duomenų nėra.	Viešasis sektorius ir NVO	Dažniausiai naujai įsteigti socialinės globos įstaigose. Psichosocialinių arba intelekto sutrikimų turintys suaugusieji.

Šaltinis: Lietuvos darbo ir socialinės apsaugos ministerija (Lietuvos statistikos departamento surinkti duomenys), 2015 m.

Asmeniui skirtas biudžetas nenumatytas, o pagalbos asmeniui programos nėra teisiškai reglamentuotos ir nustatytos nacionaliniu lygmeniu. Tam tikra pagalba asmeniui (informavimas, konsultavimas ir parama) teikiama, tačiau labai fragmentiškai, ji sunkiai prieinama. Ją teikia nevyriausybines organizacijos, vykdydamos projektus.

Kitos bendruomeninės psichikos sveikatos paramos paslaugos

Lietuvoje nėra mobiliųjų grupių ar bendruomeninių psichikos sveikatos specialistų komandų. Bendruomenėse psichikos sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos ambulatoriškai psichikos sveikatos centruose. Nors teisės aktuose numatyta steigti mobiliąsias grupes ir bendruomenines psichikos sveikatos specialistų komandas psichiatriinėse įstaigose, jų vadovai atsisakė teikti tokias alternatyvias paslaugas, nes šiam tikslui neskirta pakankamai lėšų.

Kalbant apie pirminiame lygmenyje esančius psichikos sveikatos centrus, negalima jų įvardyti kaip teikiančių bendruomenines psichikos sveikatos priežiūros paslaugas, nes jie nepadedą asmeniui palikti globos įstaigos, neužkerta kelio hospitalizacijai ir neteikia psichosocialinės reabilitacijos paslaugų. Galimybės gauti psichoterapijos paslaugas yra ypač mažos. Šie centrai neteikia veiksmingos paramos vaikams ir suaugusiems, kuriems jos reikia. Jie daugiausia teikia gydymą psichotropiniais vaistais. Be to, kaip jau minėta, šiuose psichikos sveikatos centruose nėra pagal iškvietimą vykstančių mobiliųjų specialistų komandų, jų paslaugos teikiamos tik pačiuose centruose.

Lietuvoje esama įvairių rūšių dienos centrų, skirtų psichikos sveikatos sutrikimų turintiems asmenims. Dalis jų priklauso psichikos sveikatos centrams ir juos lanko psichikos sveikatos centrų pacientai. Teikiamos paslaugos yra ribotos trukmės, apima



psichologo ir psichiatro konsultacijas, meno terapiją ir pan. Lentelėje pateikiami skaičiai atspindi šių dienų centrų paslaugas.

Kiti dienų centrai teikia ilgalaikės dienos priežiūros paslaugas įvairių negalią turintiems asmenims. Darbo ir socialinės apsaugos ministerija pateikė informaciją apie 226 dienų centrus, tačiau nežinoma, kiek iš jų teikia paslaugas psichosocialinių sutrikimų turintiems asmenims. Iš minėtų dienų centrų išsiskiria NVO „Lietuvos sutrikusios psichikos žmonių globos bendrija“, turinti 39 skyrius visoje Lietuvoje ir teikianti paslaugas 2 410 registruotų paslaugų gavėjų, turinčių psichosocialinę negalią.

Nors Lietuvoje esama savivalbos grupių, psichikos sveikatos paslaugų vartotojų organizacijų, kultūrinio pobūdžio paramos tinklų, tikslus jų skaičius nežinomas. Kai kurie jų veikia vietos, bendruomenės lygmeniu, kiti priklauso nacionalinėms skėtinėms organizacijoms.

Bendruomeninių paslaugų rūšis	Bendras įstaigų skaičius	Iš viso pacientų ar paslaugų gavėjų (per metus)	Pasiskirstymas pagal sektorių	Finansavimo šaltinis?	Pagrindinės paslaugų gavėjų grupės
Psichikos sveikatos centrai (ambulatorinės paslaugos)	114	Duomenų nėra.	Viešasis sektorius (107) ir privatusis sektorius (7)	Valstybinė ligonių kasa	lengvų psichikos sutrikimų turintys asmenys; sunkių ir vidutinio sunkumo psichikos sutrikimų turintys asmenys, išėję iš psichiatrijos ligoninės.
Dienų centro paslaugos (psichikos sveikatos centruose)	40	7 005	Viešasis sektorius	Valstybinė ligonių kasa	

Šaltinis: Sveikatos apsaugos ministerija (Lietuvos higienos instituto surinkti duomenys), 2016 m.

Priverstinė hospitalizacija ir priverstinis gydymas

1995 m. priimtas šiuo metu galiojantis Psichikos sveikatos priežiūros įstatymas Lietuvoje nebuvo nė karto išsamiai persvarstytas. Jame priverstinė hospitalizacija ir priverstinis gydymas atskirti. Pagal šį įstatymą priverstinės hospitalizacijos ir priverstinio gydymo kriterijai yra šie: diagnozuotas sunkus psichikos sveikatos sutrikimas ir keliama reali grėsmė sau, aplinkiniams ir (arba) turtui.

2008 m. psichikos sveikatos priežiūros įstatymas iš dalies pakeistas siekiant jį įtraukti nuostatą dėl privalomo teisinio atstovavimo psichikos sveikatos sutrikimų turinčio asmens priverstinės hospitalizacijos atveju. Be teismo leidimo priverstinė hospitalizacija ir priverstinis gydymas taikomi ne ilgiau kaip tris darbo dienas. Jeigu teismas nesuteikia leidimo, priverstinė hospitalizacija turėtų būti nutraukta. Jeigu leidimas duodamas, priverstinę hospitalizaciją galima tęsti.

Vis dėlto, kyla abejonų dėl tinkamos procedūros, saugiklių ir teisinės apsaugos priemonių, numatytų siekiant užtikrinti laisvą ir informuotą sutikimą, kai asmuo priima sprendimą dėl hospitalizacijos. Susirūpinimą kelia ir tai, kad nėra numatyta tinkama skundų pateikimo procedūra, kurios laikydamasis asmuo galėtų užginčyti priverstinės hospitalizacijos (laisvės atėmimo) teisėtumą, ir tai, kad tokio asmens laisvės apribojimo panaikinimo nedelsiant jį paleidžiant procedūra ir kompensacija yra neadekvatūs.

2014 m. Sveikatos apsaugos ministerija sudarė darbo grupę Psichikos sveikatos priežiūros įstatymui persvarstyti. Įstatymo projektas vis dar laukia svarstymo Seime. Į siūlomą naują įstatymą įtrauktos nuostatos dėl priverstinės hospitalizacijos ir gydymo, tačiau hospitalizacija ir gydymas nėra atskirti.

Taip pat mėginama išplėsti priverstinės hospitalizacijos ir priverstinio gydymo kriterijus, kad jie apimtų ir „asmenis, kurie, kaip įtariama, turi psichikos sveikatos ir elgesio sutrikimų dėl psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo“.

Remiantis 2016 m. Sveikatos apsaugos ministerijos atlikto tyrimo duomenimis, Lietuvoje buvo 1 011 priverstinės hospitalizacijos atvejų. Vis dėlto, šis skaičius neturėtų būti laikomas tikslu, nes yra duomenų, kad ligoninės ir gydytojai mėgina išvengti „biurokratijos“, ypač teismo įsikišimo, ir neretai „įtikina“ (priverčia) asmenį „savanoriškai“ pasirašyti dokumentus.

Pirmojo sveikatos priežiūros sistemos lygmens privalomoji ambulatorinė priežiūra ir gydymas Baudžiamajame kodekse numatyti asmenims, kuriuos teismas yra pripažinęs neveiksniais ar iš dalies veiksniais, taip pat nuteistiesiems, kuriems po nuos-



prendžio pasireiškė pakankamai sunkūs psichikos sutrikimai ir kurie negali suvokti ir kontroliuoti savo veiksmų. Duomenų apie bendruomeninių paslaugų teikimą teismo nurodymu ir apie tokių asmenų skaičių nėra.

Izoliavimas ir suvaržymas

Lietuvoje nėra bendrų izoliavimo ir suvaržymo priemonių taikymo nuostatų, todėl įstaigos pačios jas nusistato. Didelį susirūpinimą kelia izoliavimo ir suvaržymo priemonių panaudojimo atvejų registravimas. Dauguma įstaigų neturi tinkamų taisyklių, nuostatų ir (arba) tokių atvejų registravimo įrašų.

Veiknumas ir globa

Esami teisės aktai leidžia įgaliotiems asmenims priimti sprendimus už sutrikimų turinčius asmenis. Civiliniame kodekse nustatyta, kad teismo sprendimu asmuo gali būti laikomas neveiksniu konkrečiose gyvenimo srityse ir jam paskiriama globa. Asmuo gali būti pripažintas visiškai neveiksniu. Žmonėms, pripažintiems neveiksniais, neleidžiama balsuoti, jų teisė tuoktis taip pat ribojama.

Pagal esamus teisės aktus galima atgauti veiksnumą, šį procesą gali inicijuoti ir pats globojamas asmuo.

2016 m. priimti nauji teisės aktai dėl veiksnumo, į kuriuos įtrauktos nuostatos dėl išankstinių nurodymų ir susitarimų dėl paramos teikimo. Šiomis nuostatomis iki šiol mažai naudojamosi.

Nors 2011 m. skurtas globojamų asmenų registras, informacija nėra viešai prieinama. Remiantis Teisingumo ministerijos pateiktais duomenimis, 2015 m. pabaigoje buvo maždaug 7 000 asmenų, pripažintų neveiksniais, ir maždaug 50 asmenų, turinčių dalinį veiksnumą. Duomenys leidžia teigti, kad neveiksniu pripažįstamas kas penktas asmuo, turintis intelekto ar psichosocialinių sutrikimų (Gyventojų surašymo duomenys).

Remiantis Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerijos duomenimis, 2016 m. sausio 1 d. gyveno ir institucijos paskirtą globėją turėjo 1 403 socialinės globos įstaigų gyventojai.

Kita informacija

Deinstitucionalizacijos procesas Lietuvoje vyksta labai lėtai. 2007 m. Lietuva priėmė Nacionalinę psichikos sveikatos strategiją. Vienas iš tikslų – „deinstitucionalizacija ir modernios paslaugos, atitinkančios klientų poreikius“. Vis dėlto nebuvo imtasi jokių priemonių šiam uždaviniui spręsti; Sveikatos apsaugos ministerijai ir apskritai Vyriausybei psichikos sveikatos priežiūros paslaugų bendruomenėje plėtra nėra prioritetas.

Socialinės apsaugos ir darbo ministerija yra atsakinga už struktūrinių fondų lėšų panaudojimą siekiant vykdyti socialinės globos įstaigų ir vaikų globos namų pertvarką, nustatytą Lietuvos perėjimo nuo institucinės globos prie šeimoje ir bendruomenėje teikiamų paslaugų neįgaliesiems ir likusiems be tėvų globos vaikams 2014–2020 m. veiksmų plane. Nepaisant to, susirūpinimą kelia tai, kad skiriama per mažai dėmesio ir per mažai finansavimo būtent negalią turintiems vaikams ir suaugusiesiems ir bendruomeninėms paslaugoms jiems ir jų šeimoms kurti. Nėra nepriklausomo deinstitucionalizacijos įgyvendinimo stebėjimo.

Be to, nėra psichikos sveikatos priežiūros paslaugų, t. y. Sveikatos apsaugos ministerijai, o ne Socialinės apsaugos ir darbo ministerijai pavaldžių didelių ir uždarų psichiatrinių ligoninių, deinstitucionalizacijos plano.

Esama pažangių iniciatyvų, visų pirma iš NVO, taip pat kai kurių savivaldybių pusės, atitinkančių visuomenės sveikatos ir žmogaus teisių principus. Tačiau šios iniciatyvos dažnai nepatenka į oficialių valstybinės psichikos sveikatos politikos priemonių ir paslaugų sritį ir paprastai joms tenka išgyventi daugiausia iš projekcinio finansavimo, kuris nesuteikia ilgalaikio tvarumo.

Daug žadantis naujas pokytis – padidinta parlamentinė psichikos sveikatos srities (įskaitant žmogaus teises uždaroje įstaigoje) kontrolė. Tai padaryta 2016 m. Lietuvos Respublikos Seime įsteigus Savižudybių ir smurto prevencijos komisiją.

[Visas organizacijų ir asmenų, kurie maloniai sutiko skirti savo laiko ir jėgų bei prisidėjo prie šalių ataskaitų rengimo, sąrašas pateikiamas šios ataskaitos padėkos skyrelyje.](#)

MHE ORGANIZACIJA NARĖ

Psichikos sveikatos perspektyvos | Interneto svetainė: www.perspektyvos.org | El. paštas: vilnius@perspektyvos.org