



Valstybinio audito ataskaita

SAVIŽUDYBIŲ PREVENCIJA IR PAGALBA ASMENIMS, SUSIJUSIEMS SU SAVIŽUDYBĖS RIZIKA

2017 m. vasario 23 d. Nr. VA-P-10-5-2



Su valstybinio audito ataskaita galima susipažinti
Valstybės kontrolės interneto puslapyje
adresu www.vkontrole.lt

TURINYS

<u>SANTRUMPOS IR SAVOKOS</u>	<u>3</u>
<u>SANTRAUKA</u>	<u>5</u>
IŠVADOS	6
REKOMENDACIJOS	7
<u>IŽANGA</u>	<u>9</u>
<u>AUDITO REZULTATAI</u>	<u>10</u>
<u>1. Ar savižudybių prevencijos priemonės yra tinkamai suplanuotos ir vykdomos?</u>	<u>10</u>
1.1. Nacionalinės priemonės planuojamos, neidentifikavus savižudybių priežasčių	11
1.2. Savižudybių prevencijos veiksmų planų priemonės suplanuotos netinkamai	13
1.3. Šalies mastu nekoordinuojamas savižudybių prevencijos priemonių įgyvendinimas	15
<u>2. Ar pagalba su savižudybės rizika susijusiems asmenims teikiama efektyviai?</u>	<u>18</u>
2.1. Neidentifikuojami asmenys, kuriems reikalinga pagalba	19
2.1.1. Trūksta mokymų vartininkams	19
2.1.2. Nekaupiami ir nesikeičiami informacija apie bandžiusius žudyti asmenis	21
2.1.3. Nėra vertinama asmenų rizika pakartotinai žudyti ir pagalbos poreikis	22
2.2. Šalies mastu nėra patvirtinto pagalbos teikimo algoritmo (schemos)	23
2.3. Nepakankamas paslaugų prieinamumas pirminiame lygmenyje	24
2.3.1. Psichikos sveikatos centruose skiriasi teikiamų paslaugų prieinamumas	24
2.3.2. Daugiau nei pusė bendrojo ugdymo mokyklų neturi psichologo	27
2.3.3. Ne visiems darbuotojams, susiduriantiems su padidinta savižudybės rizika, prieinama psichologo pagalba	28
2.4. Nepakankamai reglamentuota psichologo ir psichoterapeuto veikla	29
<u>REKOMENDACIJŲ ĮGYVENDINIMO PLANAS</u>	<u>32</u>
<u>PRIEDAI</u>	<u>36</u>

SANTRUMPOS IR SĄVOKOS

2014–2016 m. veiksmų planas – Psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo ir savižudybių prevencijos veiksmų planas 2014–2016 metams¹.

2016–2020 m. veiksmų planas – Psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo ir savižudybių prevencijos veiksmų planas 2016–2020 metams².

Artimieji giminaičiai – artimaisiais giminaičiais pripažįstami tiesiosios linijos giminaičiai iki antrojo laipsnio imtinai (tėvai ir vaikai, seneliai ir vaikaičiai) ir šoninės linijos antrojo laipsnio giminaičiai (broliai ir seserys).³

GMP – greitoji medicinos pagalba.

HI – Higienos institutas.

Intervencija – nedelsiant taikomos individualios ar grupinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugos, koncentruotos į kritinius padarinius ar traumuojančias situacijas, kad būtų atkurta asmens ar jų grupės būseną iki krizės⁴.

Kalėjimų departamentas – Kalėjimų departamentas prie Lietuvos Respublikos teisingumo ministerijos.

Lietuvos darbo birža – Lietuvos darbo birža prie Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerijos.

NVO – Nevyriausybinių organizacija.

Pagalba – psichologinė, psichoterapinė, psichiatrijos, farmakologijos, socialinė, švietimo ir kita pagalba, kuri orientuota į savižudybių prevenciją, intervenciją bei postvenciją.

Policijos departamentas – Policijos departamentas prie Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministerijos.

Postvencija – psichologinė pagalba, krizės intervencija ir kita pagalba, teikiama po savižudybės paveiktiems asmenims individualiai ar darbo vietoje, kad būtų sumažintas galimas savižudybės efektas⁵.

PPT – Pedagoginė psichologinė tarnyba (-os).

Prevencija (savižudybių) – strategijos, priemonės, kurios nukreiptos į savižudybių rizikos ir poveikio mažinimą⁶.

Priešgaisrinės apsaugos ir gelbėjimo departamentas – Priešgaisrinės apsaugos ir gelbėjimo departamentas prie Vidaus reikalų ministerijos.

¹ Patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014-03-28 įsakymu Nr. V-417 (galiojęs iki 2016-02-17).

² Patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016-02-09 įsakymu Nr. V-213.

³ Lietuvos Respublikos civilinis kodeksas, 3.135 str.

⁴ *The Workplace Postvention Task Force of the American Association of Suicidology and The Workplace Task Force of the National Action Alliance for Suicide Prevention „A Manager's Guide to Suicide Prevention in the Workplace“*, 2013. Prieiga per internetą: <http://actionallianceforsuicideprevention.org/sites/actionallianceforsuicideprevention.org/files/Managers-Guidebook-To-Suicide-Postvention-Web.pdf>.

⁵ Ten pat.

⁶ Ten pat.

PSC – Psichikos sveikatos centras, pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikianti įstaiga.

PSDF – Privalomojo sveikatos draudimo fondas.

PSO – Pasaulio sveikatos organizacija.

Rizikos veiksniai – veiksniai (gyvensenos įpročiai, paveldėtos savybės, aplinkos veiksniai), kurių ryšys su sveikatos sutrikimais yra pagrįstas moksliniais tyrimais⁷.

SADM – Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerija.

SAM – Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija.

Standartizuotas mirtingumo rodiklis – mirusių asmenų skaičius 100 tūkst. gyventojų pagal Europos standartą⁸.

Su savižudybės rizika susiję asmenys – asmenys, kurie ketino, bandė žudyti, nusižudžiusio asmens artimieji giminaičiai ir kiti, su savižudybe susidūrę asmenys.

Su savižudybe susidūrę asmenys – asmenys, kurie nėra artimieji giminaičiai, tačiau juos galėjo paveikti savižudybė, ypač įvairių tarnybų darbuotojai ir pareigūnai, kurie tiesiogiai susiduria su nusižudžiusiais asmenimis.

ŠMM – Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministerija.

Tyčinis savęs žalojimas – savižudiškas elgesys, pasireiškiantis savižudybėmis ir mėginimais nusižudyti. Nors ne visada tyčiniu susižalojimu siekiama nusižudyti, kartais tokie veiksmai gali baigtis mirtimi. Duomenys apie tyčinius susižalojimus ir mirties atvejus dėl savižudybių klasifikuojami pagal jų būdus: tyčinį apsinuodijimą ir tyčinį susižalojimą (X60–X84⁹).

Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūrai tarnyba – Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūrai tarnyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos.

Valstybinė psichikos sveikatos komisija – Valstybinė psichikos sveikatos komisija prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės.

Vartininkai (angl. *gatekeepers*) – specialistai (sveikatos priežiūros specialistai, pedagogai, policijos pareigūnai, ugniagesiai – gelbėtojai, socialiniai darbuotojai ir kt.), išmokyti atpažinti savižudybės riziką ir tinkamai reaguoti, kad būtų suteikta pagalba¹⁰.

VLK – Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos.

VPSC – Valstybinis psichikos sveikatos centras prie Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos.

⁷ Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos stebėsenos (monitoringo) įstatymas, 2002-07-03 Nr. IX-1023 (2014-12-09 įstatymo Nr. XII-1402 redakcija), 2 str. 3 p.

⁸ Higienos institutas, Mirties priežastys 2015. Vilnius, 2016. Prieiga per internetą: http://www.hi.lt/uploads/pdf/leidiniai/Statistikos/Mirties_priezastys_2015.pdf

⁹ Klasifikuojami pagal Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos problemų klasifikacijos Australijos modifikaciją (TLK-10-AM).

¹⁰ PSO, *Preventing suicide. A global imperative*, 2014. Prieiga per internetą: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf.

SANTRAUKA

Savižudybių skaičius vienas iš svarbiausių rodiklių, rodančių visuomenės psichikos sveikatos būklę. Lietuva viena pirmųjų pasaulyje pagal savižudybių skaičių. Lietuvoje nuo 2004 m. standartizuotas mirtingumo¹¹ dėl savižudybių rodiklis 100 tūkst. gyventojų, siekęs 42,89, pradėjo mažėti – 2012 m. siekė 30,91. 2013 m. šis rodiklis daugiau kaip tris kartus viršijo Europos Sąjungos šalių vidurkį¹², o 2015 m. buvo lygus 30,41 – per trejus metus beveik nepakito.

Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacija (EBPO) pažymi, kad aukšti savižudybių rodikliai Lietuvoje susiję su daugeliu veiksnių, įskaitant greitus socialinius ir ekonominius pokyčius, didinančius psichologinį, socialinį nesaugumą, taip pat susiję su nacionalinės savižudybių prevencijos strategijos nebuvimu¹³.

2013 m. 66-oji Pasaulio sveikatos asamblėja, kurią sudaro 194 valstybių narių sveikatos ministrai, priėmė PSO Psichikos sveikatos veiksmų planą 2013–2020 m. Savižudybių prevencija yra neatskiriama šio plano dalis. Valstybės narės įsipareigojo siekti bendro tikslo sumažinti savižudybių skaičių šalyse 10 proc. iki 2020 m.¹⁴ Lietuvos sveikatos 2014–2025 m. strategija¹⁵ siekiama 2020 m. standartizuotą mirtingumo dėl savižudybių rodiklį sumažinti iki 19,5 atvejo 100 tūkst. gyventojų, 2025 m. – 12,0. Pasiiekti tokį ambicingą tikslą reikalinga visų sektorių (sveikatos, švietimo, socialinės apsaugos ir darbo, vidaus reikalų, NVO ir kt.) sutelktis ir kryptingi veiksmai.

Audito tikslas – įvertinti, ar savižudybių prevencija ir postvencija įgyvendinama efektyviai, ir atsakyti į klausimus:

- ar savižudybių prevencijos priemonės yra tinkamai suplanuotos ir vykdomos;
- ar pagalba su savižudybės rizika susijusiems asmenims teikiama efektyviai.

Išankstinio audito tyrimo metu išanalizavę ir įvertinę su psichikos sveikatos organizavimu susijusias problemas, pagrindinio audito tyrimo metu daugiausiai dėmesio skyrėme savižudybių prevencijos priemonių planavimo ir vykdymo, pagalbos ketinusiems, bandžiusiems žudyti, nusižudžiusių artimiesiems giminaičiams ir kitiems tiesiogiai su savižudybe susidūrusiems asmenims – gelbėtojų tarnyboms (policijos, greitosios pagalbos, ugniagesių gelbėtojų), teikimo vertinimui.

Auditą atlikome Sveikatos apsaugos ministerijoje, informaciją taip pat rinkome iš Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos, Švietimo ir mokslo ministerijos, Higienos instituto, Valstybinės ligonių kasos, Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūrai tarnybos, Valstybinio psichikos sveikatos centro, Savižudybių prevencijos biuro, psichikos sveikatos centrų, 5 krizių intervencijos centrų, 18 ligoninių, apklausėme 40 pedagoginių psichologinių tarnybų, Priešgaisrinės apsaugos ir gelbėjimo departamentą, 6 GMP stotis, Policijos departamentą, Kalėjimų departamentą, 17 bendrojo ugdymo mokyklų, Lietuvos darbo biržą, audito metu organizavome 20 susitikimų,

¹¹ Mirusių asmenų skaičius 100 tūkst. gyventojų pagal Europos standartą.

¹² Eurostato duomenimis 2013 m. ES 28 vidutiniškai mirties nuo savižudybės atvejų buvo 11,7 (100 tūkst. gyventojų), o standartizuotas savižudybių rodiklis Lietuvoje – 36,1 atvejo (100 tūkst. gyventojų).

¹³ EBPO, *Health at a Glance: Europe 2014*. Prieiga per internetą: <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8114211ec010.pdf?expires=1476278336&id=id&accname=guest&checksum=83CDADAC412B4C78D06C8694B99B2359>

¹⁴ PSO, *Preventing suicide. A global imperative, 2014*. Prieiga per internetą: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf.

¹⁵ Patvirtinta Lietuvos Respublikos Seimo 2014-06-26 nutarimu Nr. XII-964 (2016-05-19 nutarimo Nr. XII-2383 redakcija).

diskusijų su NVO, sistemoje dirbančių įstaigų darbuotojais, ekspertais, nusižudžiusio nepilnamečio artimaisiais.

Audituotas laikotarpis – 2012–2015 m., duomenų analizei buvo naudojami ankstesnių laikotarpių ir 2016 m. duomenys.

Įvertinę audito metu surinktus įrodymus (duomenų analizės, pokalbiai, apklausos, dokumentų peržiūros), pateikiame valstybinio audito išvadas ir rekomendacijas.

IŠVADOS

Lietuvoje savižudybių prevencijos priemonės planuojamos netinkamai, nėra visapusės pagalbos su savižudybės rizika susijusiems asmenims teikimo sistemos, todėl audituojamu laikotarpiu standartizuotas mirtingumas dėl savižudybių sumažėjo tik apie 1,6 proc.

Dėl savižudybių prevencijos priemonių planavimo ir vykdymo

1. Nėra patvirtintos savižudybių prevencijos strategijos, nėra veikiančios vienos institucijos, kuri būtų atsakinga už savižudybių prevencijos priemonių vykdymo koordinavimą šalies mastu, todėl trūksta sistemingo šių priemonių įgyvendinimo ir savižudybių problemos sprendimo (1.3 poskyris).
2. Šalyje savižudybių prevencijos priemonės planuojamos apsiribojant mirtingumo dėl savižudybės rodiklių stebėsenai, neatliekami savižudybių atvejų tyrimai, neidentifikuojamos savižudybių priežastys. Nėra vertinamas su savižudybės rizika susijusiems asmenims pagalbos prieinamumas ir kokybė, savižudybių prevencinių programų mastas ir rezultatai (1.1 poskyris).
3. Psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo ir savižudybių prevencijos veiksmų plano 2016–2020 m. priemonės suplanuotos netinkamai: nenumatytos siektinos reikšmės (vertinimo kriterijai), pagal kurias būtų galima įvertinti, ar priemonės bus tinkamai įgyvendintos, ar jas įgyvendinus bus padarytas koks nors pokytis. 10-iai iš 11 savižudybių prevencijos priemonių nustatytas 4 metų įgyvendinimo terminas (2016–2020 m.), bet nenumatytas tarpinis rezultatų peržiūros laikas, savižudybių prevencijos priemonių įgyvendinimui nesuplanuotos reikalingos lėšos. Todėl yra rizika, kad priemonės bus įgyvendintos ne visa apimtimi arba nebus įgyvendintos (1.2 poskyris).

Dėl pagalbos su savižudybės rizika susijusiems asmenims prieinamumo ir kokybės

4. Neįvertinama asmens savižudybės rizika ir neidentifikuojami su savižudybės rizika susiję asmenys, kuriems reikalinga pagalba, nes:
 - 4.1. Šalies mastu nėra patvirtinto pagalbos teikimo su savižudybės rizika susijusiems asmenims algoritmo (schemos): nenumatyti veiksmai kam ir kaip perduoti informaciją, kai asmuo ketina nusižudyti, bandė nusižudyti ir įvykus artimojo giminiui ar kito asmens savižudybei, nenumatyta pagalbos teikimo seka, atsakingi pagalbos teikėjai – specialistai. Todėl pagalbą teikiančios įstaigos negali kompleksiskai reaguoti ir laiku suteikti pagalbą su savižudybės rizika susijusiems asmenims (2.2 poskyris).
 - 4.2. Ne visi specialistai, kurie gali susidurti su ketinančiais ar bandančiais žudyti, buvo išmokyti, kaip atpažinti savižudybės riziką, kaip elgtis su padidintos savižudybės rizikos asmenimis ir kaip jiems pasiūlyti pagalbą (2.1.1 skirsnis).

- 4.3. Valstybės mastu tyčinio savęs žalojimo atvejų stebėseną neefektyvi, nėra dalinimosi tarp atsakingų įstaigų sistemos, kuri padėtų identifikuoti bandžiusius žudyti asmenis ir suteikti pagalbą. Nėra numatyta, kurie specialistai ir kokių periodiškumu turi bendrauti ar palaikyti ryšį su asmeniu po bandymo žudyti. Nėra vertinama asmenų rizika pakartotinai žudyti ir pagalbos poreikis (2.1.2 ir 2.1.3 skirsniai).
5. Nepakankamas paslaugų prieinamumas su savižudybės rizika susijusiems asmenims pirminėje grandyje, nes:
- 5.1. Netolygus psichikos sveikatos centrų paslaugų prieinamumas, nes skiriasi psichikos sveikatos priežiūros specialistų etatinis darbo krūvis ir neužtikrinamas visos specialistų komandos darbas: 38 proc. apklaustų PSC visa specialistų komanda nedirba kiekvieną darbo dieną, o apie 31 proc. apklaustų PSC specialistai dirba mažiau nei 5 val. per dieną. 48 proc. apklaustų PSC psichikos sveikatos priežiūros specialisto konsultacijos reikia laukti 3 dienas ir ilgiau (2.3.1 skirsnis).
- 5.2. Daugiau kaip pusė bendrojo ugdymo mokyklų neturi psichologo. 36 proc. apklaustų bendrojo ugdymo mokyklų psichologas nedirba kiekvieną darbo dieną. Bendrojo ugdymo mokyklose dirbantiems psichologams tenkantis vaikų skaičiaus skirtumas lemia netolygų psichologo paslaugų prieinamumą (2.3.2 skirsnis).
- 5.3. Neidentifikuojamas psichologo pagalbos poreikis ir neužtikrinamas jos prieinamumas darbuotojams, kurie susiduria su bandžiusiais žudyti ar nusižudžiusiais asmenimis, ar kurių darbo pobūdis yra susijęs su didesniu stresu (2.3.3 skirsnis).
6. Nesudarytos pakankamos prielaidos teikti kokybiškas psichologo ir psichoterapeuto paslaugas:
- 6.1. Šalies mastu nenustatytos psichologo paslaugų apimtys, konsultacijų skaičius ir trukmė, todėl apie 35 proc. apklaustų PSC yra patys nustatę ribotą skaičių nemokamų psichologo konsultacijų pacientams (2.4 poskyris).
- 6.2. 58 proc. apklaustų gydymo įstaigų kokybiškų psichologo paslaugų užtikrinimui trūksta emocinės būsenos, kognityvinių funkcijų, mąstymo ir asmenybės įvertinimo adaptuotų metodikų bei savižudybės rizikos vertinimo metodikų (2.4 poskyris).
- 6.3. Nenustatytos psichoterapeuto kompetencijos, kvalifikacijos kėlimas, atsakomybė ir veiklos licencijavimas (2.4 poskyris).

REKOMENDACIJOS

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai

1. Imtis priemonių, kad savižudybių prevencija būtų planuojama remiantis tyrimais ir būtų numatyti siektini prioritetai, suplanuotos konkrečios ilgojo ir trumpojo laikotarpio priemonės, jų įgyvendinimui reikalingas finansavimas, numatyti tarpiniai priemonių įgyvendinimo terminai ir vertinimo kriterijai, tai pat priskirti instituciją, atsakingą už priemonių įgyvendinimo koordinavimą (1, 2 ir 3 išvados).
2. Organizuoti asmens sveikatos priežiūros paslaugų su savižudybės rizika susijusiems asmenims prieinamumo ir kokybės vertinimus (2 išvada).
3. Siekiant identifikuoti su savižudybės rizika susijusius asmenis ir laiku suteikti pagalbą:

- 3.1. Bendradarbiaujant su kitomis institucijomis, parengti pagalbos su savižudybės rizika susijusiems asmenims schemą, kurioje būtų išdėstyta ir detaliai aprašyta pagalbos organizavimo ir informacijos perdavimo tarp pagalbą teikiančių institucijų tvarka (4.1 ir 5.3 išvados).
- 3.2. Organizuoti ir koordinuoti vartininkų mokymus, kaip atpažinti savižudybės riziką, suteikti pirminę paramą ir nukreipti tolesnei pagalbai (4.2 ir 5.3 išvados).
- 3.3. Tobulinti tyčinio savęs žalojimo atvejų registravimą ir jų stebėseną (4.3 išvada).
4. Siekiant, kad po asmens bandymo žudytis būtų užtikrinta skubi ir tęstinė pagalba, nustatyti tvarką, pagal kurią asmens sveikatos priežiūros įstaigos atliktų psichosocialinį įvertinimą, prireikus suteiktų psichologinę ir/ ar psichiatrinę pagalbą, dalytąsi informacija ir suteiktų proaktyvią, tęstinę pagalbą (4.3 išvada).
5. Inicijuoti teisės aktų pakeitimus, kuriuose būtų nustatytas toks pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių specialistų darbo krūvis, trukmė per savaitę ir aptarnaujamų gyventojų skaičius, kuris užtikrintų kokybišką ir prieinamą pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų gyventojams teikimą (5.1 išvada).
6. Siekiant užtikrinti psichologo ir psichoterapeuto paslaugų kokybę:
 - 6.1. Tobulinti asmens sveikatos priežiūros įstaigų specialistų, teikiančių pagalbą su savižudybės rizika susijusiems asmenims, kompetencijas ir administracinius gebėjimus (6.2 išvada).
 - 6.2. Nustatyti psichoterapeuto kompetencijas, kvalifikacijos kėlimą, atsakomybę ir spręsti dėl veiklos licencijavimo (6.3 išvada).

Kadangi Lietuvos Respublikos psichologų praktinės veiklos įstatymo projektas¹⁶ užregistruotas Lietuvos Respublikos Seime, rekomendacijos dėl psichologo veiklos reglamentavimo neteikiame.

Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministerijai

1. Bendradarbiaujant su savivaldybėmis, užtikrinti psichologinės pagalbos prieinamumą visiems ikimokyklinio, priešmokyklinio, bendrojo ugdymo ir pirminio profesinio mokymo programose dalyvaujantiems mokiniams (5.2 išvada).

¹⁶ Lietuvos Respublikos psichologų praktinės veiklos įstatymo projektas, 2016-06-22, reg. Nr. XIIP-553.

IŽANGA

Higienos instituto duomenimis, Lietuvoje 2015 m. nusižudė 896 asmenys. Standartizuotas vyrų mirtingumo dėl savižudybių rodiklis 100 tūkst. gyventojų 2015 m. buvo beveik 6 kartus didesnis nei moterų (vyrų – 56,10, moterų – 10,15). Kaimo gyventojų mirtingumas dėl savižudybių buvo beveik du kartus didesnis negu miesto gyventojų.¹⁷ Audituojamu laikotarpiu vaikų (0–17 m.) mirtingumas dėl savižudybių 100 tūkst. gyventojų išaugo 5,5 proc. ir 2015 m. buvo lygus 3,26¹⁸.

PSO duomenimis, kiekvienai savižudybei tenka apie 20 ar daugiau bandymų žudytis¹⁹. Be to, kiekviena savižudybė labai paveikia aplinkinius: artimuosius giminaičius ir kitus su savižudybe susidūrusius asmenis, todėl galima daryti prielaidą, kad kasmet dėl to nukenčia apie 10 tūkst. šalies gyventojų.

Atsižvelgiant į šalies strateginiuose planavimo dokumentuose numatytas siektinas reikšmes, per ateinančius 4 metus standartizuotas mirtingumo dėl savižudybių rodiklis turi sumažėti 34,2 proc., (nuo 30,41 2015 m. iki 20,00 2019 m.²⁰). Toks sumažėjimas gali būti nepasiektas, nes nuo 2012 m. iki 2015 m. standartizuotas mirtingumas dėl savižudybių sumažėjo tik apie 1,6 proc.

Įstaigos ir organizacijos, dalyvaujančios savižudybių prevencijoje ir teikiančios pagalbą su savižudybės rizika susijusiems asmenims, yra skirtingos funkcijų pobūdžiu, žmogiškaisiais ištekliais, netolygiai pasiskirsčiusios šalies teritorijoje, todėl ypač svarbus tinkamas visos sistemos koordinavimas, informacijos dalijimasis tarp sistemos dalyvių. Įstaigų ir organizacijų, dalyvaujančių savižudybių prevencijoje ir postvencijoje, schema pateikiama 2 priede.

Žmogaus gyvybė yra sunkiai išmatuojama ekonominiais dydžiais, tačiau yra įvairių skaičiavimų, kiek kainuoja šaliai viena savižudybė. Pvz., Naujosios Zelandijos mokslininkai apskaičiavo, kad vienos savižudybės atnešama tiesioginė žala siekia 448,25 tūkst. Naujosios Zelandijos dolerių, t. y. apie 295 tūkst. eurų²¹. Vienos savižudybės tiesioginė žala kartu su netiesiogine valstybei siekia milijoną eurų.

Lietuvoje psichikos sveikatos priežiūros finansavimas iš PSDF lėšų audituojamu laikotarpiu didėjo ir 2015 m. siekė 70,2 mln. eurų²², iš jų didžioji dalis (apie 73,2 proc.) teko stacionarinei psichikos priežiūrai ir kompensuojamiesiems vaistams. Pirminei psichikos sveikatos priežiūrai iš skiriamų psichikos sveikatos priežiūrai lėšų procentinė dalis audituojamu laikotarpiu buvo panaši ir 2015 m. siekė 10,9 mln. eurų²³.

Auditas atliktas pagal Valstybinio audito reikalavimus²⁴ ir tarptautinius aukščiausiųjų audito institucijų standartus²⁵. Atlikdami auditą darėme prielaidą, kad visi auditoriams pateikti dokumentai yra teisingi, išsamūs ir galutiniai, o jų kopijos atitinka originalus. Audito procedūros ir metodai aprašyti 1 priede.

¹⁷ 2015 m. standartizuotas kaimo gyventojų mirtingumo dėl savižudybių rodiklis (100 tūkst. gyventojų) Lietuvoje – 42,94, miesto gyventojų – 24,54.

¹⁸ Vaikų mirtingumas dėl savižudybių 2012 m. – 3,09, 2013 m. – 4,27, 2014 m. – 2,84.

¹⁹ PSO, *Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm*, 2016. Prieiga per internetą: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208895/1/9789241549578_eng.pdf?ua=1.

²⁰ Nacionalinė visuomenės sveikatos priežiūros 2016–2023 m. plėtros programa, patvirtinta Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2015-12-09 nutarimu Nr. 1291.

²¹ O’Dea D and Tucker S., *The Cost of Suicide to Society*. Wellington: Ministry of Health, 2005. Prieiga per internetą: <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/thecostofsuicidetosociety.pdf>

²² 2012 m. – 62,4 mln. eurų, 2013 m. – 65,1, mln. eurų, 2014 m. – 67,7 mln. eurų.

²³ 2012 m. – 10,5 mln. eurų, 2013 ir 2014 m. – 10,6 mln. eurų.

²⁴ Patvirtinta Lietuvos Respublikos valstybės kontrolieriaus 2002-02-21 įsakymu Nr. V-26 (2015-10-23 Nr. V-213 redakcija).

²⁵ 3000-asis TAAIS „Veiklos audito įgyvendinimo rekomendacijos“ ir 3100-asis TAAIS „Veiklos audito gairės – svarbiausi principai“ (Prieiga per internetą: http://www.vkontrole.lt/meniu.aspx?dok_id=350).

AUDITO REZULTATAI

1. AR SAVIŽUDYBIŲ PREVENCIJOS PRIEMONĖS YRA TINKAMAI SUPLANUOTOS IR VYKDOMOS?

Lietuvos 2007 m. Psichikos sveikatos strategijoje²⁶ buvo nustatytas 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 visapusę pagalbą psichikos ir elgesio sutrikimų turintiems asmenims bei jų šeimoms. Be kitų visuomenės psichikos sveikatos stiprinimo priemonių, buvo numatyta vykdyti savižudybių prevenciją, įgyvendinant nacionalines ir regionines programas.

16-oji Vyriausybė suplanavo patvirtinti naują sveikatos programą, atnaujinti ir aktyviai įgyvendinti programas, tarp jų mažinančias savižudybių skaičių²⁷. Taip pat numatė išskirtinį dėmesį skirti Psichikos sveikatos strategijai įgyvendinti ir savižudybių problemai spręsti. Audituojamu laikotarpiu buvo patvirtinta Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų strategija²⁸ ir ją įgyvendinanti Nacionalinė visuomenės sveikatos priežiūros 2016–2023 metų plėtros programa²⁹. Savižudybės įvardytos kaip viena iš pagrindinių Lietuvos visuomenės sveikatos problemų. Siekiama gerinti visuomenės psichikos sveikatą ir sumažinti savižudybių lemiamą mirtinumą. Pažymėtina, kad audito metu 17-oji Vyriausybė įsipareigojo vykdyti efektyvią savižudybių prevencijos ir pagalbos į jas linkusiems asmenims politiką, didinti psichologinių ir psichiatrinių paslaugų prieinamumą³⁰.

Audituojamu laikotarpiu Sveikatos apsaugos ministerija savižudybių prevencijos priemones suplanavo Sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų plane³¹, Psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo ir savižudybių prevencijos veiksmų planuose³².

Pagrindiniai strateginio planavimo dokumentai, susiję su savižudybių prevencija, ir ryšiai tarp jų pateikiami 3 priede.

PSO skatina valstybes parengti ir įgyvendinti savižudybių prevencijos strategijas, paremtas patikimais duomenis, apimančias priemones, kurios apsaugo pažeidžiamas grupes. Atsižvelgiant į PSO rekomendacijas, 25 šalys yra patvirtinusios savižudybių prevencijos strategijas. PSO pažymi, kad nacionalinė savižudybių prevencijos strategija rodo aiškų Vyriausybės įsipareigojimą, susijusį su savižudybių problema.³³ Lietuvoje nėra patvirtintos savižudybių prevencijos strategijos, tačiau

²⁶ Patvirtinta Lietuvos Respublikos Seimo 2007-04-03 nutarimu Nr. X-1070.

²⁷ 16-osios Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2012–2016 m. programa, patvirtinta Lietuvos Respublikos Seimo 2012-12-13 nutarimu Nr. XII-51.

²⁸ Patvirtinta Lietuvos Respublikos Seimo 2014-06-26 nutarimu Nr. XII-964 (2016-05-19 nutarimo Nr. XII-2383 redakcija).

²⁹ Patvirtinta Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2015-12-09 nutarimu Nr. 1291.

³⁰ 17-osios Lietuvos Respublikos Vyriausybės programa, patvirtinta Lietuvos Respublikos Seimo 2016-12-13 nutarimu Nr. XIII-82.

³¹ Patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014-07-16 įsakymu Nr. V-815 (2016-09-05 įsakymo Nr. V-1062 redakcija).

³² Psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo ir savižudybių prevencijos veiksmų planas 2014–2016 metams, patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014-03-28 įsakymu Nr. V-417, Psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo ir savižudybių prevencijos veiksmų planas 2016–2020 metams, patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016-02-09 įsakymu Nr. V-213.

³³ PSO, *Preventing suicide. A global imperative*, 2014. Prieiga per internetą: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf.

su šia prevencija susijusios priemonės numatytos kai kuriuose nacionaliniuose strateginiuose planavimo dokumentuose.

Audito metu laikėmės nuomonės, kad savižudybių prevencijos priemonės yra tinkamai suplanuotos ir vykdomos, kai:

- vykdoma savižudybių rodiklių stebėseną, atliekami savižudybių atvejų tyrimai arba analizė, kurių duomenimis remiantis identifikuojamos savižudybių priežastys ir rizikos veiksniai, ir jų pagrindu planuojama savižudybių prevencija;
- Psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo ir savižudybių prevencijos veiksmų planuose nustatytos konkrečios savižudybių prevencijos priemonės, nustatyti aiškūs ir pamatuojami vertinimo kriterijai, tinkami stebėti ir vertinti priemonių įgyvendinimą, numatytos savižudybių prevencijos priemonės vykdomos;
- paskirtas vienas savižudybių prevencijos priemonių įgyvendinimo koordinatorius, vykdoma šių priemonių įgyvendinimo priežiūra ir nustatytu periodiškumu jos vertinamos ir, esant poreikiui, koreguojamos;
- nustatytos visos savižudybių prevencijoje dalyvaujančios institucijos, ministerijų, savivaldybių, įstaigų programose ir strateginiuose veiklos planuose numatytos savižudybių prevencijos priemonės.

1.1. Nacionalinės priemonės planuojamos, neidentifikavus savižudybių priežasčių

PSO pabrėžia, kad planuojant savižudybių prevencijos priemones, pirmiausia reikia atlikti situacijos analizę: nustatyti visos šalies ar tik kurio nors regiono problemos mastą. Taigi svarbu išsiaiškinti, kiek įvyksta savižudybių ir bandymų nusižudyti per metus, ir nustatyti tiesioginius veiksniai. Taip būtų identifiкуotos pažeidžiamiausios gyventojų grupės. Taip pat turėtų būti įvardyti dažniausiai pasitaikantys savižudybės būdai ir galimos priežastys, įvertintas paslaugų, skirtų tiems, kurie mėgino žudyti, prieinamumas, nauda ir kokybė, identifiкуoti esami sveikatos sistemos, kitų, su savižudybių prevencija susijusių, sektorių ir tarpsektorinio bendradarbiavimo mechanizmų trūkumai.³⁴

Lietuvoje duomenys apie mirties atvejus dėl savižudybių kaupiami Mirties atvejų ir jų priežasčių valstybės registre,³⁵ jų pagrindu Higienos institutas rengia ir skelbia metinę statistinę informaciją.

Vykdamt visuomenės sveikatos stebėseną, stebimas rodiklis, susijęs su savižudybėmis, yra bendrasis ir standartizuotas mirtingumo rodiklis nuo nelaimingų atsitikimų, apsinuodijimų ir traumų (detalizuoti mirtingumo rodikliai nuo transporto įvykių, nukritimų, atsitiktinių paskendimų, atsitiktinio apsinuodijimo alkoholiu, savižudybių, žmogžudysčių) pagal lytį ir amžiaus grupes³⁶. Be to, mirtingumo dėl savižudybių ir standartizuotas mirtingumo dėl savižudybių (X60–X84) 100 tūkst. gyventojų rodiklis 2014 m. įtrauktas į savivaldybių visuomenės sveikatos stebėsenos rodiklių sąrašą³⁷.

³⁴ PSO, Veiksmai visuomenės sveikatos srityje vykdamt savižudybių prevenciją. Bendrosios gairės, 2012 m.

³⁵ Vadovaujančioji registro tvarkymo įstaiga – Sveikatos apsaugos ministerija, registro tvarkymo įstaiga – Higienos institutas (Mirties atvejų ir jų priežasčių valstybės registro nuostatai, patvirtinti Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2009-07-08 nutarimu Nr. 709).

³⁶ Visuomenės sveikatos stebėsenos rodiklių sąrašas, patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004-11-26 įsakymu Nr. V-837.

³⁷ Savivaldybių visuomenės sveikatos stebėseną vykdo visuomenės sveikatos biurai. Savivaldybės naudoja savivaldybės visuomenės sveikatos stebėsenos duomenis valdymo sprendimams įvertinti, planuoti ir pagrįsti (Bendrieji savivaldybių visuomenės sveikatos stebėsenos nuostatai ir Savivaldybių visuomenės sveikatos stebėsenos rodiklių sąrašas, patvirtinti Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003-08-11 įsakymu Nr. V-488 (2014-12-19 įsakymo Nr. V-1387 redakcija)).

Į visuomenės sveikatos stebėsenos rodiklių sąrašą nėra įtrauktas bandymo nusižudyti arba tyčinio savęs žalojimo rodiklis. Kaip informavo Sveikatos apsaugos ministerija, 2015 m. rugsėjo 1 d. pradėjo veikti Traumų ir nelaimingų atsitikimų stebėsenos informacinė sistema³⁸, kurioje kaupiami ir apdorojami duomenys apie traumas, tarp jų dėl tyčinio susižalojimo, ir nelaimingus atsitikimus. Higienos institutas stebi, vertina ir analizuoja duomenis apie traumas ir nelaimingus atsitikimus, jų priežastis ir aplinkybes, suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas ir pasekmes (laikiną nedarbingumą, neįgalumą, mirtingumą)³⁹. Gydytojai ne visada registruoja tyčinio savęs žalojimo atvejus, todėl statistika apie bandymus žudyti šalyje nėra tiksli (žr. 2.1.2 skirsnį).

PSO pažymi, kad duomenų apie savižudybes ir tyčinį savęs žalojimą stebėseną yra naudinga⁴⁰:

- kiekybiškai įvertinti problemos mastą;
- identifikuoti linkusių į savižudišką elgesį demografiją;
- atskleisti tiek rizikos, tiek apsauginius suicidinio elgesio veiksnius;
- atskleisti dažniausiai pasitaikančias savižudybių ir tyčinio savęs žalojimo priemones (metodus);
- išsiaiškinti mirtino ir nemirtino savižudiško elgesio tendencijas per tam tikrą laiką;
- suteikti vertingos informacijos politikos formuotojams, mokslininkams ir sveikatos priežiūros specialistams;
- skatinti ir inicijuoti mokslinius tyrimus.

Valstybiniame psichikos sveikatos centre 2015 m. buvo įsteigtas struktūrinis padalinys – Savižudybių prevencijos biuras, kurio funkcija pagal kompetenciją rinkti, analizuoti, apibendrinti informaciją apie savižudybes ir jų rizikos veiksnius, vykdomus savižudybių prevencijos bei postprevencijos projektus ir programas, atlikti savižudybių epidemiologinius tyrimus⁴¹. Biuras stebi mirtingumo dėl savižudybių rodiklius pagal Higienos instituto duomenis, bet iki šiol neanalizavo savižudybių rizikos veiksnių, neatliko savižudybių epidemiologinių tyrimų.

2013 m. Valstybinio psichikos sveikatos centro įgyvendinto projekto „Visuomenės psichikos sveikatos rizikos veiksnių studija ir prevencinių priemonių planavimo krypties nustatymas“⁴² rezultatai parodė, kad Lietuvoje nėra ištirtos savižudybių priežastys ir jų rizikos veiksniai (išskyrus demografinius ir socioekonominius), netirtos savižudybių sąsajos su psichologinės pagalbos ar socialinės paramos rodikliais, prevencinio poveikio priemonių prieinamumu, nedaryti ilgalaikiai savižudybių rizikos suaugusių Lietuvos gyventojų grupių stebėsenos tyrimai. Taip pat Lietuvoje nėra vykdomų sistemingų alkoholio kontrolės, savižudybių prevencijos, Psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo poveikio Lietuvos gyventojų psichikos sveikatai studijų.

Šalyje nebuvo kas 2–3 metus sistemingai atliekama psichikos sveikatos sistemos veiklos rodiklių ir su ja susijusių reiškinų mokslinė analizė, netiriama, kaip kinta sociokultūrinė aplinka, kokia yra žmonių ir finansinių išteklių kaita, teikiamų paslaugų ir prevencinių programų mastas ir kokybė, kaip tai numatyta Psichikos sveikatos strategijoje⁴³.

³⁸ Informacinės sistemos valdytoja – Sveikatos apsaugos ministerija, informacinės sistemos tvarkytojas – Higienos institutas (Traumų ir nelaimingų atsitikimų stebėsenos informacinės sistemos nuostatai, patvirtinti Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014-07-09 įsakymu Nr. V-776).

³⁹ Traumų ir nelaimingų atsitikimų stebėsenos tvarkos aprašas, patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014-02-03 įsakymu Nr. V-153.

⁴⁰ PSO, *Preventing suicide. A manual for case registration of suicide and attempted suicide*, 2014. Prieiga per internetą: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250536/1/EMRPUB_2014_EN_1688.pdf?ua=1.

⁴¹ Valstybinio psichikos sveikatos centro Savižudybių prevencijos biuro nuostatai, patvirtinti Valstybinio psichikos sveikatos centro direktoriaus 2014-12-16 įsakymu Nr. 1V-18.

⁴² Valstybinio psichikos sveikatos centro įvykdytas Europos socialinio fondo remiamas projektas „Visuomenės psichikos sveikatos rizikos veiksnių studija ir prevencinių priemonių planavimo krypties nustatymas“, 2013 m.

⁴³ Patvirtinta Lietuvos Respublikos Seimo 2007-04-03 nutarimu Nr. X-1070, 30.29 p.

Nustatėme, kad rengiant šalies strategijas ir programas, buvo analizuota tik savižudybių situacija Lietuvoje, pvz.: savižudybių rodiklis, lyginant su ES valstybėmis narėmis, savižudybių paplitimas ir jų pasiskirstymas pagal lytį, gyvenamą vietą, amžių. Auditorių vertinimu, bendrų savižudybių rodiklių analizės nepakanka, planuojant savižudybių prevencijos priemones. Be to, ekspertai pažymi, kad savižudybes skirtingose šalyse galėjo lemti skirtingi veiksniai. Todėl siekiant kryptingai vykdyti savižudybių prevenciją, reikia išsiaiškinti esamus savižudybių rizikos veiksnius ir priežastis Lietuvoje. Kaip gerąją praktiką vertiname atliekamus savižudybių atvejų tyrimus.

Gerosios praktikos pavyzdys

Vilniaus miesto savivaldybės prašymu, Vilniaus universiteto mokslininkai atliko Vilniaus mieste 2016 m. įvykusių suaugusiųjų ir vaikų savižudybių atvejų analizę, įvertino savižudybių prevencijos sistemos funkcionavimą ir pateikė rekomendacijas bei išvadas dėl sistemos tobulinimo.

Sveikatos apsaugos ministerijos nuomonė

Lietuvoje savižudybių priežastis nagrinėja daugelis mokslininkų, šia tema apginta ne viena disertacija, publikuoti straipsniai.

Savižudybių prevencijos priemonės sveikatos apsaugos sistemoje planuojamos atsižvelgiant į mokslu pagrįstas rekomendacijas, praktiką, į finansinius ir žmogiškuosius išteklius. Pasirinktas rezultato kriterijus (standartizuotas savižudybių rodiklis) leidžia objektyviai įvertinti situaciją šalyje.

1.2. Savižudybių prevencijos veiksnių planų priemonės suplanuotos netinkamai

Atsižvelgiant į šalies strategijose, programose nustatytus tikslus ir uždavinius, Sveikatos apsaugos ministerija suplanavo konkrečias savižudybių prevencijos priemones Sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksnių plane⁴⁴, Psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo ir savižudybių prevencijos veiksnių planuose⁴⁵.

Psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo ir savižudybių prevencijos veiksnių plane 2014–2016 metams⁴⁶ Sveikatos apsaugos ministerija numatė 1 iš 7 uždavinių – savižudybių prevenciją ir 16 priemonių jam įgyvendinti. Šiam veiksnių planui nepritarė psichikos sveikatos ir žmogaus teisių ekspertai, o plano rengimo aplinkybes tyrė Seimo Antikorupcijos komisijos darbo grupė. 2015 m. Valstybės kontrolė nustatė, kad Sveikatos apsaugos ministerija laiku neparengė 2014–2016 m. veiksnių plano ir nesuplanavo jo priemonėms įgyvendinti reikalingų asignavimų⁴⁷. Buvo įgyvendinta tik viena šio plano priemonė – Valstybiniame psichikos sveikatos centre buvo įsteigtas Savižudybių prevencijos biuras, kuris savo veiklą pradėjo 2015 m. sausio 1 d.

⁴⁴ Patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014-07-16 įsakymu Nr. V-815 (2016-09-05 įsakymo Nr. V-1062 redakcija).

⁴⁵ Psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo ir savižudybių prevencijos veiksnių planas 2014–2016 metams, patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014-03-28 įsakymu Nr. V-417, Psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo ir savižudybių prevencijos veiksnių planas 2016–2020 metams, patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016-02-09 įsakymu Nr. V-213.

⁴⁶ Patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014-03-28 įsakymu Nr. V-417.

⁴⁷ Valstybės kontrolės 2015-07-20 ataskaita Nr. FA-P-10-6-10-1.

2016 m. Sveikatos apsaugos ministerija patvirtino naują Psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo ir savižudybių prevencijos veiksmų planą 2016–2020 metams⁴⁸. Dalis priemonių buvo perkeltos iš 2014–2016 m. veiksmų plano⁴⁹. 2016–2020 m. veiksmų plane numatytos 33 priemonės uždaviniams pasiekti, iš jų 11 savižudybių prevencijos uždavinį įgyvendinančios priemonės.

Nustatėme šiuos Psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo ir savižudybių prevencijos veiksmų plano 2016–2020 m. trūkumus:

- Nenustatyta siektinų reikšmių (vertinimo kriterijų), pagal kurias būtų galima įvertinti, ar priemonės bus tinkamai įgyvendintos, ar jas įgyvendinus bus padarytas koks nors pokytis. Taip pat negalima įvertinti, kokia apimtimi suplanuota įgyvendinti kai kurias priemones (pvz., „seniūnijų darbuotojų bei pirminės prevencijos grandies specialistų (GMP personalo, ligoninės priėmimo skyriaus medikų, policijos pareigūnų, NVO atstovų) apmokymai pilotinėse vietovėse“ (7.2.7 p.) – negalima įvertinti kiek specialistų planuojama išmokyti).
- Iš savižudybių prevencijos uždaviniui įgyvendinti suplanuotų 11 priemonių, daugumai (10) nustatytas 4 metų įgyvendinimo terminas (2016–2020 m.), nenumatant tarpinio rezultatų peržiūros laiko. Todėl yra rizika, kad priemonės nebus įgyvendintos visa apimtimi. Nustatytas tarpinis rezultatų peržiūros laikas, leistų laiku reaguoti į įgyvendinimo trukdžius ir, esant poreikiui, priemones koreguoti.
- Savižudybių prevencijos priemonių įgyvendinimui nesuplanuotą lėšų. Be to, 36 proc. (4 iš 11) šių priemonių numatyta vykdyti gavus finansavimą iš Europos Sąjungos struktūrinių fondų pagal Sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų planą⁵⁰, bet nenumatyta kitų finansavimo alternatyvų, todėl suplanuotos priemonės gali būti neįgyvendintos. Dėl šios priežasties nebuvo įgyvendintas ir 2014–2016 m. veiksmų planas.
- Kai kurioms priemonėms numatyta keletas vykdytojų, tačiau nenurodyta kas už ką bus atsakingas (pvz., priemonės „parengti integralių psichikos sveikatos priežiūros paslaugų asmenims, bandžiusiems nusižudyti ir patyrusiems kitas krizines situacijas, teikimo protokolus, algoritmus, metodikas ir kt. Apmokyti medicinos personalą teikti efektyvią pagalbą savižudybių ir kitų krizinių situacijų atvejais 5 krizių intervencijos centruose (Vilniuje, Kaune, Klaipėdoje, Šiauliuose, Panevėžyje). Taip pat parengti visuomenės švietimo, formuojant savižudybių prevencijai palankias visuomenės nuostatas, metodinę medžiagą, skirtą visuomenės sveikatos biurų bei psichikos sveikatos centrų specialistams“ (7.2.4 p.) – vykdytojais numatyti Sveikatos apsaugos ministerija, Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras, VPSC, Vilniaus universitetas, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų kompetencijų centras). Todėl priemonės gali būti neįgyvendintos visa apimtimi.

Savižudybių prevencijos biuras nurodė, kad 2016–2020 m. veiksmų plano⁵¹ 4 iš 11 savižudybių prevencijos priemonės planuojama įgyvendinti ne valstybės mastu, o didžiausiu mirtingumu dėl savižudybių pasižyminčiose savivaldybėse (ne mažiau kaip 10 savivaldybių), įgyvendinant Sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų plano Traumų ir nelaimingų atsitikimų profilaktikos, neįgalumo ir mirtingumo nuo išorinių priežasčių mažinimo krypties aprašo⁵² priemones.

⁴⁸ Patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016-02-09 įsakymu Nr. V-213.

⁴⁹ Patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014-03-28 įsakymu Nr. V-417.

⁵⁰ Patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014-07-16 įsakymu Nr. V-815 (2016-09-05 įsakymo Nr. V-1062 redakcija).

⁵¹ Patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016-02-09 įsakymu Nr. V-213.

⁵² Patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014-07-16 įsakymu Nr. V-815.

Auditorių vertinimu, tokios svarbios priemonės kaip, pvz.: „parengti savižudybės rizikos nustatymo modulį/programą ir pagalbos teikimo aprašą bandžiusiam nusižudyti asmeniui (nuo įvykio iki asmens sveikatos priežiūros paslaugų, psichosocialinės reabilitacijos)“ (7.1.1 p.), „parengti mokymo apie pagalbą nusižudyti mėginusiems asmenims programą, skirtą psychologams, dirbantiems ASPĮ“ (7.2.3 p.) ir kt., turi būti įgyvendinamos visos Lietuvos mastu. Be to, 2016–2020 m. veiksmų plane neįvardyta, kad priemonės bus įgyvendinamos tik pasirinktose savivaldybėse.

Siekiant, kad suplanuotos savižudybių prevencijos priemonės būtų vykdomos, turi būti skiriami konkretūs finansiniai ištekliai, numatytas tarpinis rezultatų peržiūros laikas, atliekama nuolatinė priemonių įgyvendinimo stebėseną ir vertinimas, pagal jo rezultatus planuojamos tolimesnės priemonės.

1.3. Šalies mastu nekoordinuojamas savižudybių prevencijos priemonių įgyvendinimas

Kad savižudybių prevencijos įgyvendinimas būtų sėkmingas, svarbu, kad dalyvautų visos suinteresuotos institucijos.

Psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo ir savižudybių prevencijos 2014–2016 m. ir 2016–2020 m. veiksmų planų savižudybių prevencijos priemonių vykdytojais be Sveikatos apsaugos ministerijos ir jai pavaldžių įstaigų buvo numatyta Socialinės apsaugos ir darbo, Švietimo ir mokslo ministerijos, Specialiosios pedagogikos ir psichologijos centras, universitetai, savivaldybės. Taip pat kai kurios institucijos su savižudybės prevencija susijusias priemones numatė kitose vykdomose programose, planuose, pvz., Policijos departamentas suplanavo priemonę „šalies policijos įstaigose dirbančių psichologų kompetencijų savižudybių prevencijos srityje tobulinimas“, įgyvendindamas Policijos pareigūnų ir darbuotojų savižudybių prevencijos metmenų įgyvendinimo 2015–2017 metų priemonių planą⁵³. Svarbiausios ministerijų ir kitų institucijų suplanuotos savižudybių prevencijos priemonės pateiktos 4 priede.

Audito metu surinkta informacija parodė, kad savižudybių prevencijos priemonės šalyje vykdomos nesistemiškai. Pvz., tik 4 iš 17 (23,5 proc.) apklaustų bendrojo ugdymo mokyklų audituojamu laikotarpiu nurodė dalyvavusios savižudybių prevencijos programose. Patyčių prevencijos programose dalyvavo 13 iš 17 apklaustų bendrojo ugdymo mokyklų (76,5 proc.). Kadangi šalyje savižudybių prevencijos priemonės planuojamos neidentifikavus esamų savižudybių rizikos veiksnių, į savižudybių prevenciją neįtraukiamos visos suinteresuotos institucijos. Pvz., nors darbo netekę asmenys yra priskirtini padidintai savižudybės rizikai, Lietuvos darbo birža ir teritorinės darbo biržos audituojamu laikotarpiu nedalyvavo programose ar projektuose, susijusiuose su savižudybių prevencija, nevykdė savižudybių prevencijos priemonių.

Psichikos sveikatos centrai be kitų veiklų turi propaguoti sveiką gyvenimą, vykdyti psichikos sutrikimų prevenciją, ypač daug dėmesio skirti depresijos ir savižudybių prevencijai, įgyvendinti psichikos sveikatos stiprinimo priemones⁵⁴. Tik 29 proc. apklaustų PSC įgyvendino priemones ar iniciatyvas prevencijos srityje (daugiausia dėl priklausomybės ligų ir vaikų psichikos sveikatos). Tik 9 apklausti PSC aktyviau vykdė priemones, susijusias su savižudybių prevencija.

⁵³ Patvirtinta Lietuvos policijos generalinio komisaro 2015-06-08 įsakymu Nr. 5-V-551.

⁵⁴ Pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarkos aprašas, patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012-10-17 įsakymu Nr. V-861 (2016-11-23 įsakymo Nr. V-1323 redakcija).

Išanalizavę šalies savivaldybių interneto svetainėse skelbiamus 2016–2018 m. strateginius veiklos ir plėtros planus nustatėme, kad konkrečias savižudybių prevencijos priemones suplanavo tik 9 savivaldybės (pvz., priemonę „įgyvendinti psichikos ir elgesio sutrikimų bei jų rizikos veiksnių ankstyvo išaiškinimo, savižudybių ir smurto prevencijos programas“ ir pan.). Kai kurios savivaldybės (19) suplanavo priemones, susijusias su psichikos sveikatos stiprinimu, psichologo paslaugų prieinamumo gerinimu (pvz., „organizuoti seminarus psichikos sveikatos gerinimo ir psichoaktyvių medžiagų vartojimo temomis“, „sudaryti sąlygas mokiniui, mokytojui, mokyklai gauti pedagoginę, psichologinę, metodinę ir kitą, ugdymo proceso kokybės gerinimą įtakojančią, pagalbą“ ir kt.). Didelė dalis savivaldybių (29) strateginio planavimo dokumentuose nesuplanavo jokių su savižudybių prevencija susijusių priemonių (3 savivaldybės neskelbė informacijos apie susijusias priemones).

Sveikatos apsaugos ministerijos nuomonė

<...> visose savivaldybėse vykdo veiklą savivaldybių visuomenės sveikatos biurai, kurie organizuoja su savižudybės prevencija tiesiogiai ir netiesiogiai susijusias veiklas, remiantis Sveikatos apsaugos ministerijos rekomenduojamomis metodikomis. Savivaldybių visuomenės sveikatos biurų konkrečios veiklos į savivaldybės strateginio planavimo dokumentus įtraukiamos naudojant apibendrintas formuluotes.“

Atsižvelgiant į tai, kad valstybės mastu trūksta koordinuotų veiksmų, kai kurios savivaldybės ir NVO savo iniciatyva ėmėsi savižudybių prevencijos ir pagalbos su savižudybės rizika susijusiems asmenims organizavimo:

- 2014 m. Kupiškio rajono savivaldybėje pradėtas vykdyti vienas iš didžiausių savižudybių prevencijos ir postencijos projektų. Suburta specialistų (medikų, policijos pareigūnų, socialinių darbuotojų, psichologų, psichiatrų) darbo grupė vykdė vartininkų mokymus, parengė Reagavimo į savižudybių riziką Kupiškio rajone algoritmus⁵⁵, sudarė Krizių valdymo komandą Kupiškio rajone.
- 2015 m. buvo pasirašytas Vilniaus miesto savižudybių prevencijos memorandumas, kuriuo siekiama suburti mieste veikiančių organizacijų ir specialistų pastangas, kad būtų užtikrinta nuosekli ir efektyvi pagalba žmonėms, kurie galvoja arba ketina nusižudyti, bandė nusižudyti, patyrė artimojo giminaičio savižudybę.
- 2016 m. prie Kupiškio rajono iniciatyvos prisijungė ir pasirašė savižudybių prevencijos memorandumą Kaišiadorių, Kelmės, Varėnos rajonų ir Rietavo savivaldybės.

Be to, 2016 m. prezidentė Dalia Grybauskaitė paskelbė ilgalaikės nacionalinės kampanijos „Už saugią Lietuvą“ pradžią, kurios tikslai – mažinti smurtą, žalingas priklausomybes, savižudybes, skatinti vaikų globą šeimose ir įvaikinimą – yra tiesiogiai susiję su saugesnės aplinkos sukūrimu, kuri prisideda prie savižudybių skaičiaus mažinimo šalyje.

Siekiant, kad savižudybių prevencijos priemonės šalyje būtų planuojamos ir vykdomos sistemingai bei apimtų visas susijusias valstybės valdymo sritis, turėtų būti paskirta viena savižudybių prevencijos priemonės koordinuojanti institucija ir nustatytos aiškios jos funkcijos.

Sveikatos apsaugos ministerija formuoja valstybės politiką asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros srityse, organizuoja, koordinuoja ir kontroliuoja jos įgyvendinimą⁵⁶. Šiai ministerijai

⁵⁵ Patvirtinta Kupiškio rajono savivaldybės tarybos 2015-02-19 sprendimu Nr. TS-16.

⁵⁶ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos nuostatai, patvirtinti Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1998-07-24 nutarimu Nr. 926 (2010-10-13 nutarimo Nr. 1443 nauja redakcija), 9 p.

kartu su Valstybine psichikos sveikatos komisija pavesta koordinuoti Psichikos sveikatos strategiją⁵⁷. Valstybinė psichikos sveikatos komisija yra psichikos sveikatos politikos koordinavimo institucija, įgyvendinanti tarpdisciplininį požiūrį į psichikos sveikatą. Komisijai pavesta koordinuoti tarpžinybinį bendradarbiavimą psichikos sveikatos politikos srityje ir teikti pasiūlymus valstybės valdymo ir vietos savivaldos institucijoms, įstaigoms, organizacijoms dėl visuomenės psichologinės darnos gerinimo, gyventojų psichikos sveikatos išsaugojimo ir grąžinimo priemonių planavimo bei įgyvendinimo⁵⁸. Komisija veiklos nevykdo nuo 2004 m., bet jos įgaliojimai iki šiol nepanaikinti.

Sveikatos apsaugos ministerijos nuomonė

Valstybinė sveikatos reikalų komisija prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės⁵⁹ tiek savo sudėtimi, tiek svarstomų klausimų turiniu dubliuoja Valstybine psichikos sveikatos komisiją, todėl Valstybinė psichikos sveikatos komisija savo veiklos nevykdė. Parengtame Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos įstatymo projekte atsisakyta nuostatos dėl Valstybinės psichikos sveikatos komisijos.

Valstybiniame psichikos sveikatos centre 2015 m. įsteigtam Savižudybių prevencijos biurui pavesta pagal kompetenciją koordinuoti tarpinstitucinių savižudybių prevencijos priemonių organizavimą ir vykdymą⁶⁰. Biuras nurodė, kad tarpinstitucinių savižudybių prevencijos priemonių organizavimo ir vykdymo nekoordinavo, nes šalies mastu nebuvo vykdomos tarpinstitucinės savižudybių prevencijos priemonės. Pažymėtina, kad Savižudybių prevencijos biuras yra struktūrinis padalinys Valstybinio psichikos sveikatos centro – biudžetinės sveikatos priežiūros įstaigos, kuri nevykdo viešojo administravimo funkcijų. Todėl turėtų būti sprendžiamas klausimas, ar pakankamas lygmuo įstaigos, atsakingos už savižudybių prevencijos koordinavimą.

Pokyčiai audito metu

Audito metu Sveikatos apsaugos ministerija patvirtino Psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo ir savižudybių prevencijos veiksmų planą 2016–2020 m.⁶¹ ir numatė, išanalizavus esamą situaciją, siūlyti savivaldybėms strateginio planavimo dokumentuose numatyti priemones, skirtas aktualiausiems psichikos sveikatos paslaugų teikimo klausimams spręsti.

⁵⁷ Psichikos sveikatos strategija, patvirtinta Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2007-04-03 nutarimu Nr. X-1070, 32 p.

⁵⁸ Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas, 1994-07-19 Nr. I-552 (1999-12-02 įstatymo Nr. VIII-1462 redakcija), 67¹ str.

⁵⁹ Pavesta koordinuoti sveikatos politikos priemonių planavimą ir vykdymą ministerijose, kitose Vyriausybės įstaigose, sveikatinimo veiklos įstatymų ir kitų teisės aktų įgyvendinimą (Valstybinės sveikatos reikalų komisijos prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės nuostatai, patvirtinti Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1996-10-07 nutarimu Nr. 1171, 3 p.).

⁶⁰ Valstybinio psichikos sveikatos centro Savižudybių prevencijos biuro nuostatai, patvirtinti Valstybinio psichikos sveikatos centro direktoriaus 2014-12-16 įsakymu Nr. 1V-18.

⁶¹ Patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016-02-09 įsakymu Nr. V-213.

2. AR PAGALBA SU SAVIŽUDYBĖS RIZIKA SUSIJUSIEMS ASMENIMS TEIKIAMA EFEKTYVIAI?

Savižudybių galima išvengti laiku pastebėjus riziką ir suteikus pagalbą. Savižudybę lemia daugybė tarpusavyje susijusių veiksnių. PSO išskiria sveikatos sistemos, visuomenės, bendruomenės, santykių ir individualius (asmeninius) rizikos veiksnius⁶², tačiau jų sąrašas nėra baigtinis.

Bendruomenė, kurioje asmuo gyvena turi didelę įtaka savižudybės rizikai. Įvairiose šalyse dėl skirtingos kultūros, religijos, teisės ir istorijos skiriasi savižudybę lemiančių veiksnių formos ir supratimas apie savižudybę. Todėl identifikuojamas platus spektras bendruomenės savižudybės rizikos veiksnių. Asmens santykiai su artimuoju giminaičiu, draugu, kitu reikšmingu asmeniu taip pat gali daryti poveikį savižudiškam elgesiui. PSO įvardijami individualūs savižudybės rizikos veiksniai, kurie gali turėti įtakos asmens pažeidžiamumui ir atsparumui, yra ankstesnis bandymas žudytis, psichiniai sutrikimai, žalingas alkoholio ir kitų medžiagų vartojimas, darbo praradimas ir finansiniai nuostoliai, beviltiškumas, lėtinis skausmas ir liga, šeimos ar bendruomenės nario savižudybė, genetiniai ir biologiniai veiksniai. Todėl svarbu laiku identifiкуoti tokius asmenis, kad jie gautų reikalingą pagalbą.

Siekiant, kad pagalba būtų teikiama efektyviai, turi būti sukurta pagalbos ketinantiems (pvz., grasinantiems nusižudyti arba kalbantiems apie savižudybę), bandžiusiems nusižudyti asmenims, nusižudžiusių asmenų artimiesiems giminaičiams ir kitiems su savižudybe susidūrusiems, teikimo sistema. Kiekvienas asmuo, atsidūręs krizinėje situacijoje, turi turėti galimybę gauti profesionalių psichikos sveikatos priežiūros specialistų pagalbą.

Audituojamu laikotarpiu Lietuvoje buvo vykdyta psichikos sveikatos priežiūros paslaugų plėtra: kuriamas ir plėtojamas psichikos sveikatos centrų tinklas. PSC pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugas prisirašiusiems gyventojams teikia specialistų komanda: gydytojas psichiatras, psichikos sveikatos slaugytojas, socialinis darbuotojas ir medicinos psichologas, didesniuose PSC – vaikų ir paauglių psichiatras⁶³. Audituojamu laikotarpiu padidintas psichologo paslaugų prieinamumas PSC⁶⁴. Prie PSC buvo steigiami dienos stacionarai, sudaryta galimybė psichikos sveikatos priežiūros paslaugas gauti gyvenamosiose vietovėse, mažinant hospitalizacijos apimtį.

Didžiuosiuose Lietuvos miestuose 5 krizių intervencijos centruose pradėtos teikti trumpalaikės ir intensyvios psichiatrinių krizių intervencijos paslaugos, kurių tikslas – įvertinti ir stabilizuoti dėl krizinės situacijos sutrikusią paciento psichikos būklę, ir užtikrinti gydymo tęstinumą⁶⁵. Tyčia susižaloję, ketinę ar bandę nusižudyti asmenys dažnai patenka ne į šiuos centrus, bet į specializuotas ambulatorinės ir stacionarinės priežiūros psichiatrines ligonines ir psichiatrijos paslaugas teikiančias bendrojo

⁶² PSO, *Preventing suicide. A global imperative, 2014.* Prieiga per internetą: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf.

⁶³ Kai komandoje nėra gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro, psichikos sveikatos priežiūros paslaugas vaikams ir paaugliams gali teikti gydytojas psichiatras. Pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarkos aprašas, patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012-10-17 įsakymu Nr. V-861 (2016-11-23 įsakymo Nr. V-1323 redakcija), 9 p.

⁶⁴ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013-05-09 įsakymu Nr. V-475 (įsigaliojo nuo 2016-01-01) sumažintas maksimalus psichologo aptarnaujamų gyventojų skaičių nuo 40 tūkst. iki 20 tūkst. gyventojų.

⁶⁵ Psichiatrinių krizių intervencijos stacionaro ir dienos stacionaro paslaugų teikimo suaugusiesiems tvarkos aprašas, patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010-02-12 įsakymu Nr. V-118 (2013-08-27 įsakymo Nr. V-777 redakcija), 2 p.

profilio ligonines. Asmenims, kurių artimieji bandė žudyti arba nusižudė, pagalba dažnai suteikiama tik tais atvejais, kai jie patys kreipiasi į gydymo įstaigą sutrikus jų psichinei sveikatai.

Su savižudybės rizika susiję asmenys pagalbą gali gauti ne tik gydymo įstaigose. Siekiant stiprinti asmenų psichologinį atsparumą ir psichikos sveikatą, įvairiose institucijose ir įstaigose organizuojama psichologinė pagalba. Pvz., psichologo etatai steigiami ikimokyklinio ugdymo įstaigose, bendrojo ugdymo mokyklose, profesinio mokymo įstaigose, vykdančiose pirminį profesinį mokymą, pedagoginėse psichologinėse tarnybose. Psichologai dirba visuose šalies apskrčių vyriausiuosiuose policijos komisariatuose, Policijos departamente, daugelyje specializuotų policijos įstaigų. Laisvės atėmimo vietų psichologinės tarnybos teikia psichologinę pagalbą įkalintiems asmenimis ir kt. Psichologinę pagalbą teikia ir NVO, veikia emocinės paramos linijos.

Šalyje sukurtas pagalbą teikiančių įstaigų tinklas, tačiau trūksta žinybų ir institucijų koordinuotų veiksmų. Audito metu laikėmės nuomonės, kad pagalba su savižudybės rizika susijusiems asmenims teikiama efektyviai, kai:

- laiku identifikuojami visi asmenys, kuriems reikalinga pagalba;
- yra funkcionuojanti informacijos mainų sistema, kuri įstaigoms padeda operatyviai dalintis informacija apie ketinusius ar bandžiusius nusižudyti asmenis;
- nustatytu periodiškumu bendraujama ar palaikomas ryšys su visais žinomais asmenimis, kurie bandė žudyti ir sutinka priimti pagalbą, identifikuojama atsinaujinusi rizika žudyti ir asmeniui suteikiama pagalba;
- pagalba teikiama pagal algoritmą (schemą), kuriame nustatyta veiksmų seka ir atsakingi pagalbos teikėjai, informacijos dalinimosi tarp įstaigų tvarka;
- analizuotose PSC nėra eilių patekti pas gydytoją psichiatrą ir psichologą, 5 darbo dienas per savaitę užtikrinamas visos specialistų komandos darbas;
- gelbėtojų tarnybos (policijos, greitosios pagalbos, ugniagesių gelbėtojų) turi psichologus arba sudariusios sutartis su gydymo įstaigomis dėl psichologo paslaugų teikimo, pasirengusios tvarkas, koku būdu tokios paslaugos darbuotojams turi būti suteikiamos;
- nustatyti psichologo ir psichoterapeuto paslaugų teikimo reikalavimai, kvalifaciniai reikalavimai šias paslaugas teikiantiems asmenims.

2.1. Neidentifikuojami asmenys, kuriems reikalinga pagalba

Nesant asmenų, susijusių su savižudybės rizika, identifikavimo sistemos, dalis asmenų, kuriems gali būti reikalinga pagalba, lieka neidentifikuoti ir jiems pagalba nėra suteikiama.

2.1.1. Trūksta mokymų vartininkams

PSO pažymi, kad su savižudybės rizika susiję asmenys retai ieško pagalbos. Nepaisant to, pagal tam tikrą asmenų elgseną galima nustatyti, kad jie yra pažeidžiami. Sveikatos priežiūros specialistai (pirminės ir psichikos sveikatos priežiūros, GMP), pedagogai, policijos pareigūnai, ugniagesiai gelbėtojai, socialiniai darbuotojai, taip pat bendruomenės, dvasiniai vadovai, personalo vadovai ir pan. yra tie vartininkai, kurie gali identifikuoti asmenis, svarstančius ar ketinančius nusižudyti⁶⁶. Todėl pirmiausia jie turi žinoti, kaip atpažinti savižudybės riziką, suteikti pirminę paramą ir nukreipti tolesnei pagalbai.

⁶⁶ PSO, *Preventing suicide. A global imperative*, 2014. Prieiga per internetą: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf.

Audito metu surinkta informacija parodė, kad Lietuvoje ne visi specialistai, kurie gali susidurti su ketinančiais ar bandančiais žudyti, buvo išmokyti, kaip atpažinti savižudybės riziką, kaip elgtis su didesnės savižudybės rizikos asmenimis. Savižudybės prevencijos mokymo programą yra patvirtinęs Policijos departamentas: nuo 2016 m. policijos įstaigose dirbantys psichologai veda 5 akademiškus valandų trukmės mokymus visiems policijos sistemos darbuotojams. GMP stočių darbuotojai dažnai yra pirmieji, suduriantys su savižudiško elgesio asmenimis, bet tik pusė (3 iš 6) apklaustų GMP stočių nurodė, kad darbuotojai yra dalyvavę mokymuose savižudybės prevencijos klausimais, tarp jų – kaip atpažinti savižudybės riziką. Tokiuose mokymuose nedalyvavo 7 iš 17 apklaustų bendrojo ugdymo mokyklų, tik 3 iš jų pažymėjo, kad turi patvirtintą tvarką arba metodiką, kaip atpažinti mokinio savižudybės riziką. Nedarbas yra vienas iš rizikos veiksnių, galinčių pastūmėti savižudybės link, bet Lietuvos darbo birža ir teritorinės darbo biržos darbuotojai nebuvo mokyti atpažinti savižudybės riziką.

Valstybinis psichikos sveikatos centras ir Savižudybių prevencijos biuras organizavo savižudybių prevencijos seminarus, mokymus, renginius, parengė leidinius, atmintines, kurie skirti suteikti policijos pareigūnams, ugniagesiams, pataisos įstaigų, mokyklų, pirminės sveikatos priežiūros darbuotojams, bendrosios praktikos gydytojams, kitiems pirmosios pagalbos teikėjams žinių apie savižudybių rizikos veiksnius, padėti atpažinti ir įvertinti savižudybės riziką, suteikti tinkamą pagalbą. Daugiau nei trečdalis apklaustų gydymo įstaigų nurodė, kad nėra gavusios kvietimų į seminarus, mokymus, renginius, metodinės informacijos iš Valstybinio psichikos sveikatos centro, Savižudybių prevencijos biuro.

Sveikatos apsaugos ministerijos nuomonė

Siekiant informuoti specialistus apie vykdomus mokymus, kvalifikacijos kėlimo kursus, organizuojamas konferencijas, reikiama informacija yra skelbiama institucijų internetiniuose puslapiuose ar siunčiama įstaigoms ir organizacijomis oficialiai nurodytu adresu.

Siekiant, kad būtų identifikuojami visi su savižudybės rizika susiję asmenys ir jiems laiku suteikta pagalba, taip išvengiant mirčių dėl savižudybių, turėtų būti didinama informacijos sklaida ir informuotumas apie savižudybės riziką ir prevenciją. Mokymai kaip atpažinti šią riziką, turėtų būti įtraukti ne tik į sveikatos priežiūros specialistų, policijos pareigūnų, gelbėtojų, pedagogų, bet ir kitų institucijų darbuotojų, susiduriančių su asmenimis, kurie yra didesnės savižudybės rizikos, mokymo programas.

Pokyčiai audito metu

Audito metu Sveikatos apsaugos ministerija patvirtino Psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo ir savižudybių prevencijos veiksmų planą 2016–2020 m.⁶⁷ ir suplanavo priemones parengti savižudybės rizikos nustatymo modulį ar programą, sukurti savižudybių rizikos įvertinimo ir pirmosios psichologinės pagalbos mokymų programą, integruotą į įvairių įstaigų darbuotojų mokymo programas, mokyti seniūnijų darbuotojus ir pirminės prevencijos grandies specialistus (greitosios pagalbos medikų, ligoninės priėmimo skyriaus medikų, policijos pareigūnų, NVO atstovų) bandomosiose vietovėse.

⁶⁷ Patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016-02-09 įsakymu Nr. V-213.

2.1.2. Nekaupiami ir nesikeičiami informacija apie bandžiusius žudyti asmenis

Ankstesnis bandymas nusižudyti ar tyčinis savęs žalojimas yra vienas svarbiausių savižudybės rizikos veiksnių. Net ir praėjus metams po bandymo žudyti, rizika lieka didelė. PSO rekomenduoja šalyse sukurti tyčinio savęs žalojimo atvejų registravimo ir jų stebėsenos sistemą⁶⁸.

Lietuvoje nėra tokios tyčinio savęs žalojimo atvejų registravimo ir jų stebėsenos sistemos, kuri padėtų identifikuoti bandžiusius žudyti asmenis ir dalintis informacija apie juos tarp pagalbą teikiančių įstaigų, duomenys apie tyčia save žalojusius ar bandžiusius žudyti nėra tikslūs. Su savižudybe susijusios būklės – tyčiniai savęs žalojimai ar bandymai nusižudyti – fiksuojami Valstybinės ligonių kasos informacinėje sistemoje „Sveidra“ tiek, kiek tai susiję su suteiktomis sveikatos priežiūros paslaugomis. Savižudybių prevencijos biuras pažymėjo, kad gydytojai dažniau nurodo diagnozes su nepatiksliu ketinimu⁶⁹ ar netyčiniu susižalojimu. Pagalbos teikimo apimtys, esant su savižudybe susijusioms būklėms, nėra tiesiogiai registruojamos, todėl sudėtinga įvertinti tiek tokios pagalbos poreikį, tiek tokios pagalbos prieinamumo atitiktį poreikiui.

75,4 proc. apklaustų PSC ir visi krizių intervencijos centrai nurodė, kad nekaupia informacijos kokiam skaičiui pacientų per metus suteikė pagalbą po bandymo žudyti. Dauguma (76,9 proc.) apklaustų PSC pažymėjo, kad šalyje reikalinga sukurti bandžiusių nusižudyti asmenų registrą. Dalis centrų nurodė, kad registras būtų reikalingas, tačiau pirmiausia turi būti išspręstas informacijos apie pacientą konfidencialumo klausimas. Tai galėtų būti bendra duomenų bazė, prie kurios prieigą turėtų tik psichikos sveikatos priežiūros specialistai.

Nacionaliniu mastu nėra sukurtos bendros informacijos dalinimosi apie linkusius į savižudybę asmenis sistemos tarp gydymo įstaigų. Todėl identifikuojami ne visi asmenys, kurie anksčiau bandė nusižudyti.

73,8 proc. apklaustų PSC ir 44,4 proc. ligoninių nurodė, kad gauna informaciją iš kitų įstaigų ir asmenų apie ketinusius ar bandžiusius nusižudyti asmenis. Beveik pusė (49,2 proc.) PSC pažymėjo, kad kitų įstaigų teikiamos informacijos nepakanka. PSC nurodė, kad dažniausiai informaciją gauna iš:

- gydymo įstaigų – 70,8 proc.;
- artimųjų giminaičių – 52 proc.;
- informuoja pats asmuo – 43 proc.;
- teisėsaugos institucijų (pvz., policijos) – 24 proc.

Apklausoje dalyvavę 64,6 proc. PSC pažymėjo, kad, esant savižudybės rizikai, keičiasi informacija su paciento šeimos gydytoju, bet 20 proc. PSC tik gauna, arba tik perduoda informaciją, t. y. informacijos manai nevyksta.

PSC atsakymai apie informacijos mainus tarp institucijų iš dalies sutapo su krizių intervencijos centrų ir ligoninių apklausos duomenimis. Gydymo įstaigos įvardijo informacijos apie pacientus dalijimosi problemas: trūksta bendradarbiavimo ne tik tarp gydymo įstaigų, bet ir su kitomis institucijomis, vykdančiomis savižudybių prevenciją ir postvenciją, PSC ne visada gauna informaciją apie savo pacientus, kurie ketino ar bandė nusižudyti. Be to, gydymo įstaigos skirtingai traktuoja teisės aktų reikalavimus dėl asmens duomenų apsaugos ir informacijos konfidencialumo. Todėl, auditorių vertinimu, reikėtų tobulinti teisinį reglamentavimą.

⁶⁸ PSO, *Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm*, 2016. Prieiga per internetą: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208895/1/9789241549578_eng.pdf?ua=1.

⁶⁹ Pagal TLK-10-AM nurodomi kategorijos „Ivykis, kai ketinimas nepatiksliatas“ kodai Y10–Y34 yra naudotini tada, kai ketinimas yra nepatiksliatas, nenurodytas ar negali būti nustatytas. Tai yra, sužeidimai nėra patiksliinti kaip netyčiniai (neturint ketinimų), kaip tyčinis savęs žalojimas ar pasikėsinimas.

Informacijos apie bandžiusį nusižudyti asmenį perdavimo PSC tvarką nustatė Vilniaus miesto ir Kupiškio rajono savivaldybės.

Gerosios praktikos pavyzdžiai

- Vilniaus miesto savivaldybės bendrojo profilio ir psichiatrinės ligoninės įsipareigojo užtikrinti informacijos apie bandžiusį nusižudyti pacientą perdavimą į jų pirminės sveikatos priežiūros įstaigas ir (arba) PSC, nepriklausomai nuo paciento gydymo trukmės⁷⁰. Kol kas tokia informacija suteikiama tik pateikus užklausą bendrąja tvarka.
- Kupiškio rajono savivaldybėje teikiama sisteminga psichologinė pagalba ketinusiems ar bandžiusiems nusižudyti asmenims. Pagal reagavimo į savižudybių riziką Kupiškio rajone algoritmą⁷¹, Kupiškio ligoninės priėmimo skyriaus budintis gydytojas tą pačią arba artimiausią darbo dieną informuoja PSC psichologą (križių valdymo grupės vadovą) apie ketinusių ar bandžiusį nusižudyti pacientą, kuris atlieka psichosocialinį įvertinimą.

Informacijos apie bandžiusius nusižudyti asmenis stebėsenos ir dalinimosi tarp atsakingų įstaigų sistema padėtų identifikuoti bandžiusius žudyti asmenis, jiems suteikti proaktyvią pagalbą, pvz., po gydymo ligoninėje, ir mažinti riziką pakartotinai žudyti. Tuo tikslu šalies mastu būtina nustatyti vienodą bandymų nusižudyti atvejų registravimo ir pranešimų teikimo, informacijos dalinimosi tarp pagalbą teikiančių įstaigų tvarką, ypač užtikrinant asmens duomenų konfidencialumą.

2.1.3. Nėra vertinama asmenų rizika pakartotinai žudyti ir pagalbos poreikis

Pagal PSO rekomendacijas, vykdant bandžiusių žudyti ir į savižudybės rizikos grupę patenkančių asmenų sveikatos priežiūrą, reikia įvertinti galimo susižalojimo ar savižudybės riziką esamuju laikotarpiu ir užtikrinti, kad bus išlaikytas tolesnis bendravimo tęstinumas ir numatyti veiksmai⁷².

Lietuvoje nėra numatyta, kurie specialistai ir kokių periodiškumu turi bendrauti ar palaikyti ryšį su asmeniu, kuris bandė žudyti ir sutinka priimti pagalbą. Nėra įvertinama rizika pakartotinai žudyti ir pagalbos poreikis.

Bandę žudyti asmenys dažniausiai patenka į specializuotas ambulatorinės ir stacionarinės priežiūros psichiatrinės ligoninės ir psichiatrijos paslaugas teikiančias bendrojo profilio ligonines. Apklaustos ligoninės pažymėjo, kad teikia kompleksinę psichiatrinę, psichologinę, medikamentinę ir kt. pagalbą, tačiau 61 proc. (11 iš 18) apklausoje dalyvavusių ligoninių nurodė, kad trūksta psichoterapijos ir psichologinio konsultavimo paslaugų.

Gydymo įstaigų nuomonė dėl psichoterapijos ir psichologinio konsultavimo paslaugų

Ligoninės nurodė:

- „Trūksta psichologų-psichoterapeutų, kurie atliktų suicidinių pacientų psichosocialinį vertinimą, teiktų psichoterapines paslaugas pacientams, kurie gydėsi ligoninėje po mėginimo žudyti bei pagal poreikį teiktų paramą nusižudžiusiųjų artimiesiems (postvencija)“.
- „Reikėtų plėsti psichologinės pagalbos galimybes, atvykstantiems į stacionarą, tik konsultacijai, nes šiuo metu tokiais atvejais privaloma nustatyti psichiatrinę diagnozę.“

Po stacionarinio gydymo bandę žudyti pacientai tolimesniam stebėjimui turėtų būti perduodami PSC. 33,8 proc. apklaustų PSC nurodė, kad pacientui po bandymo žudyti suteikia visą reikiamą pagalbą,

⁷⁰ Patvirtinta Vilniaus miesto savivaldybės Savižudybių prevencijos memorandumu 2015-12-17.

⁷¹ Patvirtinta Kupiškio rajono savivaldybės tarybos 2015-02-19 sprendimu Nr. TS-16.

⁷² PSO, Veiksmai visuomenės sveikatos srityje vykdant savižudybių prevenciją. Bendrosios gairės, 2012 m.

todėl vėliau nėra poreikio su juo palaikyti kontakto, kol jis nesikreipia. 27,7 proc. PSC periodiškai bando susisiekti su buvusiu pacientu, ar buvusio paciento artimaisiais giminaičiais pasiteirauti apie esamą būklę. Kai kurie PSC pažymėjo, kad bendrauja su pacientu, jei jis atvyksta pats.

Nacionaliniu mastu turi būti nustatyta pagalbos po bandymo žudyti tvarka, kuri užtikrintų pagalbos tęstinumą pagal individualią asmens situaciją ir poreikius. Kontakto su bandžiusiu žudyti asmeniu palaikymas ir trumpalaikių intervencinių priemonių taikymas padėtų bandžiusiam nusižudyti įveikti krizę, specialistams įvertinti asmens riziką pakartotinai žudyti ir pagalbos poreikį, sumažintų savižudiškų polinkių turinčių asmenų mirčių atvejus.

2.2. Šalies mastu nėra patvirtinto pagalbos teikimo algoritmo (schemos)

Šalies mastu nėra patvirtinto detalizuoto pagalbos ketinantiems ir bandžiusiems nusižudyti asmenims teikimo algoritmo⁷³ (schemos), kuriame būtų numatyta veiksmų, pagalbos teikimo seka, atsakingi pagalbos teikėjai. Nėra numatyta kam ir kaip nukreipti asmenį, įvykus artimojo giminaičio ar kito artimo asmens savižudybei. Todėl savižudybės rizikos atveju pagalbą teikiančios įstaigos negali kompleksiskai reaguoti ir laiku suteikti pagalbą.

Išanalizavę įvairių įstaigų (gydymo įstaigų, policijos, priešgaisrinės apsaugos ir gelbėjimo, GMP stočių, PPT, bendrojo ugdymo mokyklų, Lietuvos darbo biržos), susiduriančių su didesnės savižudybės rizikos asmenims informaciją nustatėme, kad tik pavienės įstaigos turi pagalbos teikimo algoritmus ar tvarkas, kurių kokybė labai skiriasi. Dalis įstaigų nurodė, kad neturi pagalbos su savižudybės rizika susijusiems asmenims algoritmo, tačiau pagalbą teikia pagal bendrus pirmosios pagalbos principus.

Pagalbos ketinantiems ir bandžiusiems nusižudyti algoritmų ir tvarkų pavyzdžiai

- Priešgaisrinės apsaugos ir gelbėjimo departamento pavaldaus Bendrojo pagalbos centro operatoriai, priimančys pagalbos skambučius, savo darbe taiko algoritmus, klasifikuojamus pagal policijos, greitosios medicininės pagalbos ir priešgaisrinių gelbėjimo tarnybų įvykių klasifikatorius. Atsižvelgiant į savižudybės riziką, pvz., asmuo ketina nušokti nuo tilto, ar jau yra pradėjęs save žaloti, operatorius į įvykio vietą siunčia atitinkamas tarnybas. Esant žemesnei savižudybės rizikai, pvz., asmuo kalba apie savižudybę, grasina nusižudyti, operatorius siūlo emocinės paramos tarnybos arba medikų pagalbą. Bendrojo pagalbos centro įvykių klasifikatoriuje nėra išskirta, kokiais atvejais ir kam turi būti perduota informacija apie ketinčius ar bandžiusius nusižudyti asmenis.
- Policijos pareigūnai reaguodami į kvietimus dėl mėginimo nusižudyti (ar sulaukytojo ketinimo nusižudyti) vadovaujasi universaliu pagalbos teikimo principu, visais atvejais kviečia GMP ir perduoda asmenį medikams.
- Tik 1 iš 6 GMP stočių nurodė, kad turi patvirtintą Bandymo nusižudyti arba savižalos algoritmą. Taip pat viena GMP stotis patvirtintą Pirmosios pagalbos veiksmų, esant elgesio sutrikimui, algoritmą taiko ir teikiant pagalbą ketinantiems ar mėginusiems nusižudyti asmenims.
- 4 iš 40 PPT (10 proc.) nurodė, kad yra parengusios tvarkas, kokių veiksmų PPT darbuotojai turi imtis savižudybės rizikos atveju.
- 6 iš 17 (35 proc.) bendrojo ugdymo mokyklos nurodė, kad pagalbą teikia, vadovaujantis mokykloje patvirtintais krizių valdymo tvarkos aprašais, Vaiko gerovės komisijos, Specialiosios pedagogikos ir psichologijos, Valstybinės vaiko teisių apsaugos ir įvaikinimo tarnybų metodine medžiaga ir tvarkos aprašais. Pažymėtina, kad Kupiškio rajono

⁷³ Algoritmas – tai tam tikra veiksmų seka, kurią reikia atlikti norint pasiekti tam tikrą rezultatą.

savivaldybės mokyklos pagalbą vaikui, kuriam identifikuota savižudybės rizika, teikia pagal bendrą Reagavimo į vaikų ir mokinių savižudybių riziką Kupiškio rajone algoritmą⁷⁴.

- 1 gydymo įstaigoje nustatyta detali pagalbos savižudybės rizikos pacientams teikimo procedūra (tvarka): mėginusiems nusižudyti, savižudiškų ketinimų turintiems, artimojo savižudybę patyrusiems pacientams, įvykus skyriuje besigydančio paciento savižudybei, ligoninės darbuotojo savižudybei.

Savižudybių prevencijos biuro 2015 m. apklausos duomenimis, tik 4 iš 63 bendrojo profilio ligoninių turėjo patvirtintą pagalbos teikimo tyčia save žalojusiems ar bandžiusiems žudytis asmenims tvarką.

Detalias reagavimo į savižudybės riziką ir pagalbos teikimo tvarkas savo iniciatyva yra patvirtinusios kelios savivaldybės, pvz., Kupiškio ir Kaišiadorių rajonų. Algoritmuose nustatyta pagalbos teikimo seka, kai asmuo ketina nusižudyti, mėgina nusižudyti ir įvykus artimojo giminaičio savižudybei. Numatyti atsakingi specialistai ir veiksmai, kai asmuo sutinka priimti ir atsisako priimti pagalbą. Pagalbos teikimo algoritmus suplanavo patvirtinti ir, pvz., Vilniaus miesto, Rietavo, Varėnos rajono savivaldybės. Šių algoritmų pagrindu pagalbos teikimo tvarkas galėtų patvirtinti ir kitos savivaldybės.

Nacionaliniu mastu patvirtintas pagalbos teikimo algoritmas padėtų laiku sureaguoti, nukreipti ir suteikti pagalbą asmeniui, išgyvenančiam krizę (ketinančiam ar mėginusiam nusižudyti, kitiems asmenims įvykus savižudybei) visoje šalies teritorijoje. Tokiu būdu būtų mažinama savižudybių rizika. Be to, visiems po mėginimo nusižudyti asmenims būtų suteikta psichologinė pagalba.

Pokyčiai audito metu

Audito metu Sveikatos apsaugos ministerija patvirtino Psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo ir savižudybių prevencijos veiksmų planą 2016–2020 m.⁷⁵ ir suplanavo priemones parengti pagalbos teikimo aprašą bandžiusiam nusižudyti asmeniui (nuo įvykio iki asmens sveikatos priežiūros paslaugų, psichosocialinės reabilitacijos), parengti integralių psichikos sveikatos priežiūros paslaugų asmenims, bandžiusiems nusižudyti ir patyrusiems kitas krizines situacijas, teikimo protokolus, algoritmus, metodikas ir kt.

2.3. Nepakankamas paslaugų prieinamumas pirminiame lygmenyje

2.3.1. Psichikos sveikatos centruose skiriasi teikiamų paslaugų prieinamumas

Psichikos sveikatos centrų veikla apima būtinąją medicinos pagalbą, ambulatorinę psichikos sveikatos priežiūrą, psichikos sveikatos stiprinimą ir psichikos sutrikimų prevenciją, ypatingą dėmesį skiriant depresijos ir savižudybių prevencijai⁷⁶. Reglamentuota, kad PSC paslaugas teikia komandiniu principu. Komandą sudaro gydytojas psichiatras, psichikos sveikatos slaugytojas, socialinis darbuotojas ir medicinos psichologas⁷⁷. Laiku ir tinkamai suteikus kvalifikuotas pirmines psichikos sveikatos priežiūros paslaugas PSC, pacientai išvengtų nebūtinų hospitalizacijų, būtų efektyviau naudojami riboti sveikatos priežiūros išteklių.

⁷⁴ Patvirtinta Kupiškio rajono savivaldybės tarybos 2015-02-19 sprendimu Nr. TS-16.

⁷⁵ Patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016-02-09 įsakymu Nr. V-213.

⁷⁶ Pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarkos aprašas, patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012-10-17 įsakymu Nr. V-861 (2016-11-23 įsakymo Nr. V-1323 redakcija).

⁷⁷ Ten pat, 8 p.

PSC aptarnauja skirtingą skaičių gyventojų

Valstybinio psichikos sveikatos centro nuomone, racionaliausia skirti PSDF lėšas PSC, aptarnaujantiems 40–60 tūkst. gyventojų, bet šalyje įsteigti PSC aptarnauja ir mažą, ir labai didelį gyventojų skaičių. Tik apie 13 proc. apklaustų PSC turėjo 40–60 tūkst. prisirašiusių gyventojų.

41 proc. apklaustų PSC turėjo iki 20 tūkst. prisirašiusių gyventojų. Mažuose PSC neužtikrinamas visos psichikos sveikatos priežiūros specialistų komandos paslaugų prieinamumas, nes specialistai dirba ne visu etatiniu darbo krūviu, ne kiekvieną darbo dieną per savaitę, todėl sunku pas juos patekti.

Beveik 10 proc. apklaustų PSC turėjo labai daug prisirašiusių gyventojų – nuo 60 tūkst. iki šiek tiek daugiau nei 91 tūkst. Tokiuose PSC gali būti sudėtinga patekti pas specialistus dėl eilių. Dėl didelio darbo krūvio gali nukentėti specialistų teikiamų paslaugų kokybė.

Sveikatos apsaugos ministras įsakymu nustatė maksimalų 20 tūkst. gydytojo psichiatro, psichologo, psichikos sveikatos slaugytojo, taip pat maksimalų 25 tūkst. socialinio darbuotojo aptarnaujamų gyventojų skaičių⁷⁸. PSC pažymėjo, kad, didėjant gyventojų sergamumui psichikos ir elgesio sutrikimais⁷⁹, didėja PSC specialistų darbo krūvis, todėl gali nukentėti teikiamų paslaugų kokybė. Kai kurie PSC nurodė, kad, esant dideliame darbo krūviui, skiria mažiau laiko pacientams. Todėl, PSC nuomone, turėtų būti mažinamas maksimalus psichikos sveikatos priežiūros specialistų aptarnaujamų gyventojų skaičius arba specialistų poreikis turėtų būti siejamas su pacientų apsilankymų skaičiumi, gyventojų sergamumu ir pan.

Jeigu prisirašiusių gyventojų skaičius neatitinka normatyvo, optimalų gydytojo etatinį darbo krūvį pagal galimybes turi užtikrinti asmens sveikatos priežiūros įstaigos administracija⁸⁰. PSC pateikta informacija parodė, kad PSC gydytojais psichiatrai ir psichologai įdarbinami ne visu etatu nepriklausomai nuo to, kiek prisirašiusių gyventojų jie turi. Todėl gydytojų psichiatrų ir psichologų darbo krūvis skiriasi.

Pavyzdžiai

- 0,3 etato užimantys 2 gydytojai psichiatrai aptarnauja 15176 prisirašiusių gyventojų.
- 1,4 etato užimantys 3 gydytojai psichiatrai aptarnauja 19309 prisirašiusių gyventojų.
- 3,25 užimantys 4 gydytojai psichiatrai aptarnauja 91800 prisirašiusių gyventojų
- 0,5 etato užimantys 2 psichologai aptarnauja 12689 prisirašiusių gyventojų.
- 2,63 etato užimantys 3 psichologai aptarnauja 69750 prisirašiusių gyventojų.

Ne visuose PSC užtikrinamas visos specialistų komandos darbas

Vyriausybė reglamentavo tik gydytojo psichiatro ir psichikos sveikatos slaugytojo darbo trukmę – ne mažiau kaip 20 val. per savaitę⁸¹. Sveikatos apsaugos ministras nuo 2016-01-01 numatė, kad

⁷⁸ Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašas, patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005-12-05 įsakymu Nr. V-943 (2013-05-09 Nr. V-475 redakcija, įsigaliojusi 2016-01-01), 8 p.

⁷⁹ Higienos instituto duomenimis, sergamumas psichikos ir elgesio sutrikimais (F00–F99) 100 tūkst. gyventojų 2012 m. buvo 2409,69, 2013 m. – 2627,36, 2014 m. – 2925,01, 2015 m. – 2884,01 atvejo.

⁸⁰ Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašas, patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005-12-05 įsakymu Nr. V-943 (2006-06-09 Nr. V-474 redakcija), 9 p.

⁸¹ Apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto asmens sveikatos priežiūros paslaugų kriterijų sąrašas, patvirtintas Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2014-04-23 nutarimu Nr. 370 (2015-02-18 Nr. 185 redakcija), 2 p.

PSC turi užtikrinti visų psichikos sveikatos priežiūros specialistų komandos kokybiškų, saugių, tinkamų, priimtinių ir prieinamų pirminių ambulatorinių psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimą kiekvieną darbo dieną ne mažiau kaip po 5 valandas⁸².

Nustatėme tik pavienius atvejus, kai PSC gydytojo psichiatro, psichikos sveikatos slaugytojo darbo laikas buvo trumpesnis kaip 20 valandų per savaitę, bet tik apie 48 proc. (31 iš 65) apklaustų PSC visa psichikos sveikatos priežiūros specialistų komanda dirbo kiekvieną darbo dieną ne mažiau kaip po 5 valandas. Dalyje apklaustų PSC neužtikrinamas visos specialistų komandos darbas:

- 38 proc. (25 iš 65) PSC visa specialistų komanda nedirba kiekvieną darbo dieną. Pažymėtina, kad 20 iš 25 tokių PSC turėjo mažiau nei 20 tūkst. prisirašiusių gyventojų.
- Apie 31 proc. (20 iš 65) PSC kai kurie specialistai dirba mažiau nei 5 valandas bent kartą per savaitę.

Kai kurie analizuotų PSC psichikos sveikatos priežiūros specialistai dirba tik po keletą valandų, keletą dienų per savaitę.

Pavyzdžiai

- Viename PSC, gydytojas psichiatras dirba tik 2 darbo dienas per savaitę 5 ir 4,5 val., psichikos sveikatos slaugytojas – 5 darbo dienas per savaitę po 3 val. ir šeštadienį 4 val., socialinis darbuotojas – vieną darbo dieną 1 val., psichologas – vieną darbo dieną 3 val.
- Kitame PSC gydytojas psichiatras, psichikos sveikatos slaugytojas dirba po 3 darbo dienas per savaitę, socialinis darbuotojas – vieną darbo dieną per savaitę, psichologas – dvi darbo dienas per savaitę.

Pažymėtina, kad nuo 2016 m. lapkričio 23 d. buvo pakeistas sveikatos apsaugos ministro įsakymas⁸³, atsisakyta nuostatų, įpareigojančių PSC užtikrinti visų psichikos sveikatos priežiūros specialistų komandos kokybiškų, saugių, tinkamų, priimtinių ir prieinamų pirminių ambulatorinių psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimą kiekvieną darbo dieną ne mažiau kaip po 5 valandas, ir nustatyta, kad PSC užtikrina Vyriausybės nustatyto trukmės psichikos sveikatos priežiūros specialistų komandoje dirbančių specialistų pirminių ambulatorinių psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimą. Sveikatos apsaugos ministerija paaiškino, kad minėtas įsakymo punktas buvo pakeistas, siekiant suderinti šį teisės aktą su Vyriausybės nutarimo punktu, kuriame nustatyta gydytojo psichiatro ir psichikos sveikatos slaugytojo darbo trukmė – ne mažiau kaip 20 val. per savaitę. Auditorių vertinimu, šis reglamentavimas apima tik dviejų komandos narių darbą, nebėra nustatyta, kiek laiko turi dirbti visa komanda, todėl yra rizika, kad nebus užtikrintas pirminių ambulatorinių psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimas komandiniu principu.

PSC yra eilės patekti pas reikalingus specialistus

Kai kyla grėsmė gyvybei, pacientui teikiama skubi medicinos pagalba. Psichikos ir elgesio sutrikimų atveju, kai pacientas mėgina nusižudyti ar yra tokio poelgio grėsmė, skubi pagalba turi būti pradėta teikti ne vėliau kaip per 30 min. nuo atvykimo į asmens sveikatos priežiūros įstaigą⁸⁴. Kitais atvejais pacientas registruojamas į eilę psichikos sveikatos priežiūros paslaugoms.

⁸² Pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarkos aprašas, patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012-09-17 įsakymu Nr. V-861 (2014-04-04 įsakymo Nr. V-438 redakcija, įsigaliojusi 2016-01-01 ir galiojusi iki 2016-12-03), 12 p.

⁸³ Pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarkos aprašas, patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012-09-17 įsakymu Nr. V-861 (2016-11-23 įsakymo Nr. V-1323 redakcija), 12 p.

⁸⁴ Patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004-04-08 įsakymu Nr. V-208 (2014-04-14 įsakymo Nr. V-471 redakcija).

48 proc. apklaustų PSC psichikos sveikatos priežiūros specialisto konsultacijos reikia laukti 3 dienas ir ilgiau. Nustatėme atvejų, kai PSC psichikos sveikatos priežiūros specialistų paslaugų laukimo trukmė buvo 7 ir daugiau dienų, todėl asmenims, atsidūrusiems krizinėje situacijoje, pvz., dėl artimojo giminaičio ar kito asmens savižudybės, pas gydytoją psichiatrą ir psichologą sunku patekti dėl eilių:

- 17 proc. PSC tenka laukti gydytojo psichiatro paslaugų, iš jų viename PSC – net 60 dienų.
- 20 proc. PSC tenka laukti vaikų psichiatro paslaugų, iš jų dviejuose PSC – nuo 9 iki 23 dienų ir nuo 7 iki 30 dienų.
- 8 proc. PSC tenka laukti psichologo paslaugų, iš jų viename PSC – 30 dienų.

PSC psichikos sveikatos priežiūros specialistai didelę darbo laiko dalį skiria ne tiesioginių funkcijų vykdymui, o dokumentų dėl neįgalumo ir darbingumo lygio pildymui, todėl gali nukentėti jų teikiamų paslaugų kokybė:

- gydytojai psichiatrai ir vaikų psichiatrai vidutiniškai skiria iki 30 proc. darbo laiko;
- psichikos sveikatos priežiūros slaugytojai ir socialiniai darbuotojai – iki 10 proc. darbo laiko;
- psichologai vidutiniškai – iki 30 proc. darbo laiko ir beveik trečdalyje PSC – nuo 31 proc. iki 50 proc. darbo laiko.

Daugiausia darbo laiko dokumentų dėl neįgalumo ir darbingumo lygio pildymui skiria psichologai, todėl jie gali mažiau laiko skirti psichologiniam konsultavimui.

Skirtingas PSC aptarnaujamų gyventojų skaičius, psichikos sveikatos priežiūros specialistų etatinis darbo krūvis, darbo trukmė per savaitę lemia netolygų pirminės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą. Todėl Sveikatos apsaugos ministerija turėtų peržiūrėti nustatytus maksimalius psichikos sveikatos aptarnaujamų gyventojų skaičius ir nustatyti reikalavimus, užtikrinančius šių specialistų komandos kokybiškų, saugių, tinkamų, priimtinių ir prieinamų pirminių ambulatorinių psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimą.

2.3.2. Daugiau nei pusė bendrojo ugdymo mokyklų neturi psichologo

Vaikų savižudybių rizikos atveju didelį vaidmenį vaidina bendrojo ugdymo mokyklų psichologai, kurie, pedagogams pastebėjus vaiko savižudybės rizikos veiksnius, gali suteikti skubią pirminę psichologinę pagalbą, nuolat stebėti vaiko būklę, taip pat teikti pagalbą visiems mokyklos bendruomenės nariams patyrusiems krizinę situaciją, pvz., po mokyklos bendruomenės nario savižudybės.

Švietimo ir mokslo ministerija nustatė, kad psichologo etatas gali būti steigiamas bendrojo ugdymo mokyklose, kuriose mokosi nuo 301 iki 600 mokinių (esant galimybėms – ir mažesniau mokinių skaičiui), o bendrojo ugdymo mokyklose specialiųjų ugdymosi poreikių turintiems mokiniams – nepriklausomai nuo mokinių skaičiaus⁸⁵. Tačiau ši nuostata neįpareigoja steigti psichologo etato netgi esant didesniau kaip 600 mokinių skaičiui mokykloje.

Švietimo informacinių technologijų centro duomenimis, 2015–2016 mokslo metais psichologo neturėjo 613 (51,6 proc.) iš 1188 bendrojo ugdymo mokyklų. Nustatėme, kad pvz., Varėnos r. savivaldybėje, pasižyminčioje itin aukštu savižudybių lygiu, iš 16 bendrojo ugdymo mokyklų psichologo etatą turėjo tik viena. Visą etatinį ar didesnę psichologo darbo krūvį turėjo tik 283 mokyklos (23,8 proc.). Turinčios psichologą bendrojo ugdymo mokyklos labai skiriasi pagal vaikų

⁸⁵ Psichologinės pagalbos teikimo tvarkos aprašas, patvirtintas Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro 2011-07-05 įsakymu Nr. V-1215, 13.1 p.

skaičių, tenkantį psichologo etatui: nuo 49 vaikų vienam psichologo etatui iki 739 vaikų 0,25 etato. Todėl skirtinguose regionuose vaikams gali būti nevienodai prieinamos psichologo paslaugos.

Atsirinktų bendrojo ugdymo mokyklų apklausos rezultatai parodė, kad 4 iš 11 mokyklų (36,4 proc.), kuriose yra įsteigtas psichologo etatas, psichologas dirba ne kiekvieną darbo dieną. Todėl tokių mokyklų moksleiviams jo paslaugos mažiau prieinamos. Kilus krizinei situacijai, gali būti laiku nesuteikta psichologinė pagalba.

Jei mokykloje nėra įsteigtas psichologo etatas, pagalbą teikia šių mokyklų aptarnaujančios Pedagoginės psichologinės tarnybos specialistai. Visose apklaustose PPT 2016 m. sausio 1 d. dirbo psichologas (-ai), tačiau 8 iš 40 (20 proc.) jų buvo įsteigtas ne visas psichologo etatas. Taip pat 8 PPT psichologas dirbo ne kiekvieną darbo dieną. Dauguma į klausimą atsakiusių PPT nurodė, kad konsultacijų skaičius yra neribojamas, tačiau 4 (10 proc.) PPT yra nustatytas maksimalus individualių konsultacijų mokiniui, tėvams, mokytojams, grupinių užsiėmimų mokyklos bendruomenei skaičius.

Auditorių vertinimu, savivaldybės, ypačiai pasižyminčios aukštu savižudybių lygiu, turėtų daugiau dėmesio skirti psichologinės pagalbos prieinamumo gerinimui ne tik mokyklose turinčiose didelį mokinių skaičių, nutolusiose nuo rajonų centrų, bet ir visoje savivaldybės teritorijoje.

2.3.3. Ne visiems darbuotojams, susiduriantiems su padidinta savižudybės rizika, prieinama psichologo pagalba

Policijos pareigūnų, ugniagesių gelbėtojų, GMP stočių darbuotojų darbo pobūdis yra susijęs su didesniu stresu, jie dažniausiai yra pirmieji, kurie susiduria (ar gali susidurti) su bandžiusiais žudytis ar nusizudžiusiais asmenimis, teikia pirmąją pagalbą ar likviduoja įvykusios savižudybės padarinius. Todėl labai svarbu stiprinti asmenų, turinčių tiesioginį kontaktą su savižudybėmis, psichinę sveikatą ir psichologinį atsparumą, organizuoti postvenciją.

Audito metu Priešgaisrinės apsaugos ir gelbėjimo departamento, Policijos departamento, Kalėjimų departamento, GMP stočių pateikta informacija parodė, kad geriausios galimybės gauti psichologinę pagalbą sudarytos policijos darbuotojams.

Kalėjimų departamentas Savižudybių ir savęs žalojimo laisvės atėmimo vietų įstaigose prevencijos tvarkoje⁸⁶ reglamentavo, kad laisvės atėmimo vietų įstaigų psichologinių tarnybų specialistai teikia psichologinę paramą savižudybės liudytojams: darbuotojams, nuteistiesiems ir suimtiesiems. Sudaromos prielaidos psichologinę pagalbą teikti visiems su savižudybės rizika tiesiogiai susiduriantiems darbuotojams, jei jie to pageidauja, tačiau Kalėjimų departamentas nurodė, kad laisvės atėmimo vietų psichologinių tarnybų veikla iš esmės yra orientuota į darbą su įkalintais asmenimis. Nėra psichologų, kurie teiktų tikslines psichologines konsultacijas įkalinimo įstaigų personalui.

4 iš 6 apklaustų GMP stočių nurodė, kad darbuotojams, kurie susiduria su savižudybės aplinkybėmis, nėra sudaryta galimybė gauti psichologo pagalbą. Viena stotis nurodė, kad tokie darbuotojai gali gauti pagalbą mieste esančiame PSC, kuriame psichologas dirba 2 dienas per savaitę. Kita GMP stotis atsakė, kad iki šiol psichologo pagalbos neprireikė, esant reikalui, įstaiga sudarys sąlygas psichologo konsultacijai (koku būdu, nenurodė).

⁸⁶ Patvirtinta Kalėjimų departamento direktoriaus prie Lietuvos Respublikos teisingumo ministerijos 2014-09-02 įsakymu Nr. V-353, 13 p.

Vidaus reikalų ministras nustatė Psichologo praktinės veiklos vidaus reikalų statutinėse įstaigose tvarką⁸⁷. Psichologai dirba Policijos departamente, Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Šiaulių, Panevėžio, Marijampolės, Utenos ir Tauragės apskričių vyriausiuose policijos komisariatuose, taip pat Lietuvos kriminalinės policijos biure ir Lietuvos policijos mokykloje. 2015 m. psichologų pareigybės pradėtos steigti Priešgaisrinės apsaugos ir gelbėjimo departamente ir jam pavaldžiose įstaigose.

Gerosios praktikos pavyzdys

Policijos departamentas patvirtino Psichologinės pagalbos teikimo po kritinių įvykių tvarką⁸⁸, kurioje numatė traumuojančius įvykius, su kuriais tenka susidurti policijos pareigūnams ir darbuotojams savo darbe, po kurių organizuojamas skubios psichologinės pagalbos teikimas, taip pat sudarė mobilią psichologų komandą, teikiančią skubią psichologinę pagalbą⁸⁹. Įvykus kritiniams įvykiams, skubi psichologinė pagalba policijos pareigūnams turi būti pradėta teikti ne vėliau kaip praėjus 36 valandoms po kritinio įvykio. Konsultacijų skaičius nėra ribojamas.

Siekiant, kad visi darbuotojai, susiduriantys su didesne savižudybės rizika, gautų psichologinę pagalbą, turi būti identifiкуotos pažeidžiamiausios profesijos, psichologo pagalbos poreikis ir jiems turėtų būti sudaryta galimybė gauti šią pagalbą.

2.4. Nepakankamai reglamentuota psichologo ir psichoterapeuto veikla

Siekiant, kad būtų teikiamos kokybiškos psichologo ir psichoterapeuto paslaugos, būtinas tikslus tokia veikla užsiimančių specialistų veiklos reglamentavimas.

Psichologui, turinčiam atitinkamus jo profesinę kvalifikaciją patvirtinančius dokumentus ir teikiančiam paslaugas asmens sveikatos priežiūros įstaigoje, suteikiamas numeris medicinos psichologo spaudui⁹⁰. Skirtingais sveikatos apsaugos ministro įsakymais reglamentuotos medicinos psichologo kompetencijos (funkcijos) asmens sveikatos priežiūros įstaigose, kai kurie medicinos psichologo teikiamų paslaugų reikalavimai.

Nustatėme šiuos psichologo veiklos reglamentavimo trūkumus:

- Gydomo įstaigoms trūksta detalesnio ir aiškesnio psichologo paslaugų apimčių, konsultacijų skaičiaus ir trukmės reglamentavimo. Kadangi šalies mastu nenustatyta, apie 35 proc. apklaustų PSC yra patys nustatę ribotą skaičių nemokamų psichologo konsultacijų pacientams⁹¹. Todėl skirtingų PSC pacientams nevienodai prieinamos nemokamos psichologo paslaugos.
- 69 proc. (11 iš 16) apklaustų ligoninių nurodė, kad šalies mastu reikalinga patvirtinti psichologų paslaugų kokybės standartus, kurie būtų taikomi visose asmens sveikatos priežiūros įstaigose. Kai kurios ligoninės vidaus dokumentais nustatė psichologo paslaugų organizavimo tvarką, pvz., viena jų patvirtino medicinos psichologo-psichoterapeuto ir medicinos psichologo konsultacijos organizavimo reikalavimus, veiksmus, kita ligoninė nustatė, kad psichologinis paciento ištyrimas turi būti pradėtas ne vėliau kaip per 3 darbo dienas nuo gydančio gydytojo

⁸⁷ Psichologo praktinės veiklos vidaus reikalų statutinėse įstaigose tvarkos aprašas, patvirtintas Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministro 2015-04-29 įsakymu Nr. 1V-345.

⁸⁸ Psichologinės pagalbos teikimo po kritinių įvykių tvarkos aprašas, patvirtintas Lietuvos policijos generalinio komisaro 2015-12-28 įsakymu Nr. 5-V-1199.

⁸⁹ Patvirtinta Policijos generalinio komisaro 2016-04-01 įsakymu Nr. 5-V-291

⁹⁰ Numerio sveikatos specialisto spaudui suteikimo ir panaikinimo taisyklės, patvirtintos Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003-01-06 įsakymas Nr. V-1 (2015-12-29 įsakymo Nr. V-1523 redakcija).

⁹¹ 7 PSC pacientas gali gauti iki 5 nemokamų psichologo konsultacijų per metus, 9 PSC – nuo 6 iki 10 konsultacijų, 2 PSC – nuo 11 iki 15 konsultacijų, tik 3 PSC – daugiau kaip 15 konsultacijų ir 2 PSC nenurodė nemokamų psichologo konsultacijų per metus skaičiaus.

ar palatos slaugytojo užregistravimo psichologiniam tyrimui, nebent to neleistų padaryti paciento psichikos būseną. Didžioji dauguma apklaustų ligoninių nėra nustačiusios kitų psichologo paslaugų kokybės rodiklių.

- 58 proc. (47 iš 81) apklaustų gydymo įstaigų pažymėjo, kad kokybiškų psichologo paslaugų užtikrinimui joms trūksta adaptuotų metodikų emocinės būsenos, kognityvinių funkcijų, mąstymo ir asmenybės įvertinimui. Taip pat trūksta savižudybės rizikos vertinimo metodikų. Psichologinio vertinimo metodikos brangiai kainuoja, todėl jų dažniausiai gydymo įstaigos ar jose dirbantys psichologai įsigyja savo lėšomis pagal savo poreikius ir galimybes.

Psichologinės diagnostikos (vertinimo) metodikų parengimą, standartizavimą ir aprobavimą koordinuoja Lietuvos psichologų sąjunga.

Lietuvos psichologų sąjungos atstovo nuomonė apie psichologinio vertinimo metodikų adaptavimą

„Pradžioje turėtų būti bent suregistruotos visos jau esančios, vėliau adaptuotos ir kitos, tačiau ne asmenine psichologų iniciatyva, o sistemškai (valstybės)“.

Pedagoginio psichologinio vaikų vertinimo metodikų standartizavimą ir apdatavimą inicijuoja ir organizuoja Švietimo ir mokslo ministerijai pavaldus Specialiosios pedagogikos ir psichologijos centras⁹². Sveikatos apsaugos ministerija, bendradarbiaudama su universitetais, Lietuvos psichologų sąjunga, turėtų inicijuoti metodinių dokumentų rengimą ir adaptavimą asmens sveikatos priežiūros įstaigose, psichologų kvalifikacijos tobulinimą psichologinio vertinimo metodikų taikymo praktiniame darbe klausimais.

Sveikatos apsaugos ministerijos nuomonė

Diagnostikos ir gydymo metodikas rengti turėtų universitetai, mokslo tiriamųjų įstaigų, gydytojų profesinės draugijos. Problemą galima būtų spręsti ir poveikį pasiekti daugiau dėmesio skiriant psichologų kvalifikacijos kėlimui.

Psichologo veikla turi būti reglamentuota įstatymu, kuriame numatyti kvalifikaciniai reikalavimai psichologines paslaugas teikiantiems asmenims, psichologų teisės, pareigos ir atsakomybė. Sveikatos apsaugos ministerija turėtų inicijuoti ir koordinuoti psichologo paslaugų teikimo reikalavimų peržiūrėjimą ir jų detalizavimą.

Psichikos sveikatos priežiūros įstatyme reglamentuota, kad psichoterapeutas yra asmuo, pagal Lietuvos Respublikos teisės aktus turintis teisę praktikuoti psichoterapijoje⁹³. Psichoterapijoje šalies asmens sveikatos priežiūros įstaigose praktikuoja gydytojas, dažniausiai psichiatras-psichoterapeutas arba psichologas-psichoterapeutas, kuris atitinkamai po medicinos arba psichologijos studijų universitete papildomai yra baigęs psichoterapijos mokymosi programą.

Nustatėme šiuos psichoterapeuto veiklos reglamentavimo trūkumus:

- Psichoterapeuto kompetencijos nėra nustatytos, bet meno terapeutai, į kurių vykdomą veiklą yra integruota ir psichoterapija, turi aiškiai reglamentuotas bendrąsias ir specialiąsias kompetencijas.

⁹² Specialiosios pedagogikos ir psichologijos centro nuostatai, patvirtinti Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro 2005-07-21 įsakymu Nr. ISAK-1523, 15.3 ir 15.4 p.

⁹³ Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros įstatymas, 1995-06-06 Nr. I-924, 1 str. 9 d.

Pavyzdys

Sveikatos apsaugos ministras reglamentavo Profesinius kvalifikacinius reikalavimus meno terapeutui⁹⁴, taikančiam meno terapiją asmens sveikatos priežiūroje įstaigose. Numatyti meno terapeuto profesinę kvalifikaciją patvirtinantys dokumentai, nustatytos meno terapeuto bendrosios ir specialiosios kompetencijos, taip pat kvalifikaciniai reikalavimai dailės terapeutui ir muzikos terapeutui.

- 87,5 proc. (14 iš 16⁹⁵) apklaustų gydymo įstaigų nurodė, kad šalies mastu reikalinga pavirtinti psichoterapinių paslaugų kokybės standartus, kurie būtų taikomi visose asmens sveikatos priežiūros įstaigose.

Gydymo įstaigų nuomonė dėl psichoterapeuto paslaugų kokybės standartų

Krizių intervencijos centras nurodė:

- „Tai būtų vienas iš pagrindinių terapijos instrumentų, kuris suteiktų galimybę gauti pacientui / klientui kokybišką, kompleksinį gydymą.“

Ligoninės pažymėjo:

- „Reikalinga patvirtinti bazinius psichoterapeuto paslaugų kokybės standartus, kurie sudarytų pagrindą skirtingų sveikatos priežiūros įstaigų psichoterapeuto paslaugų kokybės standartų aprašymams, nes tai padėtų tiksliau įvertinti teikiamų paslaugų kokybę, ir išvengti įvairių nesusipratimų vertinant šias paslaugas, remiantis skirtingais ar prieštarais vertinimo kriterijais“.
- „Reikalingi visi nacionalinio masto vieningi su psichoterapeuto darbo reglamentavimu susiję dokumentai (jų iki šiol nėra patvirtintų)“.
- „Tai būtų kriterijus paslaugų kokybės vertinimui“.

Sveikatos apsaugos ministro įsakymais reglamentuoti kai kurie psichoterapijos paslaugų teikimo reikalavimai ir organizavimo principai, tačiau psichoterapeutų veiklos reglamentavimas nepakankamas. Audito metu kalbinti ekspertai pažymėjo, kad psichoterapijos paslaugų prieinamumui gerinti labai svarbu reglamentuoti psichoterapeutų mokymą, licencijavimą, etikos principus, kvalifikacijos kėlimą ir pan. Teisės aktai, susiję su psichoterapijos, kaip profesijos, reguliavimu yra parengti Švedijoje, Austrijoje, Italijoje, Olandijoje, Suomijoje, Vengrijoje, Vokietijoje.

Psichikos sveikatos sistemos atstovų teigimu, psichoterapeutų veiklą reglamentuojančių teisės aktų patvirtinimas buvo ne kartą inicijuotas: buvo rengti psichoterapeuto medicinos normos ir psichoterapijos įstatymo projektai, bandyta dalį apie psichoterapiją įtraukti į Psichikos sveikatos priežiūros įstatymą, tačiau pritrūko politinės valios ir minėti teisės aktai iki šiol nepatvirtinti.

Sveikatos apsaugos ministerija turėtų inicijuoti ir koordinuoti teisės aktų, reglamentuojančių psichoterapeuto veiklą rengimą: nustatyti kompetencijas, kvalifikacijos kėlimą, atsakomybę psichoterapijos paslaugas teikiantiems asmens, spręsti dėl veiklos licencijavimo.

Pokyčiai audito metu

2016 m. birželio 22 d. Lietuvos Respublikos Seime buvo užregistruotas Lietuvos Respublikos psichologų praktinės veiklos įstatymo projektas⁹⁶.

⁹⁴ Patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014-10-30 įsakymu Nr. V-1114.

⁹⁵ 4 iš 5 krizių intervencijos centrai ir 10 iš 11 ligoninių.

⁹⁶ Lietuvos Respublikos psichologų praktinės veiklos įstatymo projektas, 2016-06-22, reg. Nr. XIIP-553.

REKOMENDACIJŲ ĮGYVENDINIMO PLANAS

Rekomendacijos eilės numeris ataskaitoje	Rekomendacija	Subjektas, kuriam pateikta rekomendacija	Veiksmas / Priemonės / Komentarai*	Rekomendacijos įgyvendinimo terminas (data)*
1.	Imtis priemonių, kad savižudybių prevencija būtų planuojama remiantis tyrimais ir būtų numatyti siektini prioritetai, suplanuotos konkrečios ilgojo ir trumpojo laikotarpio priemonės, jų įgyvendinimui reikalingas finansavimas, numatyti tarpiniai priemonių įgyvendinimo terminai ir vertinimo kriterijai, taip pat priskirti instituciją, atsakingą už priemonių įgyvendinimo koordinavimą.	SAM	1. Parengti ir pateikti Vyriausybei svarstyti Psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimo ataskaitą kartu su siūlymais dėl strateginio dokumento, užtikrinsiančio tarpinstitucinį bendradarbiavimą, taip pat dėl atsakingos koordinuojančios institucijos. 2. Pagal poreikį inicijuoti savižudybių prevencijos priemonių planavimui reikiamus tyrimus.	2017 II ketv.
2.	Organizuoti asmens sveikatos priežiūros paslaugų su savižudybės rizika susijusiems asmenims prieinamumo ir kokybės vertinimus.	SAM	Įvertinti sveikatos priežiūros paslaugų su savižudybės rizika susijusiems asmenims prieinamumą ir kokybę.	2018 m. I ketv.
3.	Siekiant identifikuoti su savižudybės rizika susijusius asmenis ir laiku suteikti pagalbą:	SAM		
3.1.	Bendradarbiaujant su kitomis institucijomis, parengti pagalbos su savižudybės rizika susijusiems asmenims schemą, kurioje būtų išdėstyta ir detaliai aprašyta pagalbos organizavimo ir informacijos perdavimo tarp pagalbą teikiančių institucijų tvarka.	SAM	Parengti pagalbos su savižudybės rizika susijusiems asmenims teikimo gaires.	2018 I ketv.
3.2.	Organizuoti ir koordinuoti vartininkų mokymus, kaip atpažinti savižudybės riziką, suteikti pirminę paramą ir nukreipti tolesnei pagalbai.	SAM	Parengti mokslo įrodymais pagrįstą mokymo programą. Organizuoti šalies mastu mokymus visiems vartininkams.	2017 IV ketv. 2018 m. I ketv. 2019 m. I ketv. 2019 m. IV ketv.
3.3.	Tobulinti tyčinio savęs žalojimo ar bandymo žudyti atvejų registravimą ir jų stebėseną.	SAM	Tobulinti esamų registru, informacinių duomenų bazių bei ESPBI IS duomenų pildymo kokybę gydymo įstaigose, taip gerinant savęs žalojimo ar	2018 m. IV ketv. 2019 m. IV ketv.

Rekomendacijos eilės numeris ataskaitoje	Rekomendacija	Subjektas, kuriam pateikta rekomendacija	Veiksmas / Priemonės / Komentarai*	Rekomendacijos įgyvendinimo terminas (data)*
			bandymo nusižudyti rodiklio stebėseną ir siekiant efektyviau teikti reikiamą pagalbą bandžiusiems nusižudyti asmenims.	
4.	Siekiant, kad po asmens bandymo žudytis būtų užtikrinta skubi ir tęstinė pagalba, nustatyti tvarką, pagal kurią asmens sveikatos priežiūros įstaigos atliktų psichosocialinį įvertinimą, prireikus suteiktų psichologinę ir/ ar psichiatrinę pagalbą, dalintųsi informacija ir suteiktų proaktyvią, tęstinę pagalbą.	SAM	Nustatyti tvarką, pagal kurią asmens sveikatos priežiūros įstaigos atliktų psichosocialinį įvertinimą, prireikus suteiktų psichologinę ir/ ar psichiatrinę pagalbą, dalintųsi informacija.	2017 IV ketv.
5.	Inicijuoti teisės aktų pakeitimus, kuriuose būtų nustatytas toks pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių specialistų darbo krūvis, trukmė per savaitę ir aptarnaujamų gyventojų skaičius, kuris užtikrintų kokybišką ir prieinamą pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų gyventojams teikimą.	SAM	Parengti sveikatos apsaugos ministro įsakymų pakeitimus, skirtus optimizuoti psichikos sveikatos centrų veiklą gerinti pirminės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą.	2017 m. IV ketv.
6.	Siekiant užtikrinti psichologo ir psichoterapeuto paslaugų kokybę:	SAM		
6.1.	Tobulinti asmens sveikatos priežiūros įstaigų specialistų, teikiančių pagalbą su savižudybės rizika susijusiems asmenims, kompetencijas ir administracinius gebėjimus.	SAM	Organizuoti šalies mastu mokymus visiems asmens sveikatos priežiūros specialistams.	2018 m. I ketv. 2019 m. I ketv. 2019 m. IV ketv.
6.2.	Nustatyti psichoterapeuto kompetencijas, kvalifikacijos kėlimą, atsakomybę ir spręsti dėl veiklos licencijavimo.	SAM	Peržiūrėti teisės aktus, reglamentuojančius asmens sveikatos priežiūros įstaigose dirbančių psichoterapeutų veiklą ir jų teikiamas paslaugas, ir	2018 m. I ketv.

Rekomendacijos eilės numeris ataskaitoje	Rekomendacija	Subjektas, kuriam pateikta rekomendacija	Veiksmas / Priemonės / Komentarai*	Rekomendacijos įgyvendinimo terminas (data)*
			parengti sveikatos apsaugos ministro įsakymų projektą (-us).	
1.	Bendradarbiaujant su savivaldybėmis, užtikrinti psichologinės pagalbos prieinamumą visiems ikimokyklinio, priešmokyklinio, bendrojo ugdymo ir pirminio profesinio mokymo programose dalyvaujantiems mokiniam.	ŠMM	1. Peržiūrėti / koreguoti pedagoginės psichologinės pagalbos teikimo modelį ir stiprinti psichologinės pagalbos išteklius savivaldybių pedagoginėse psichologinėse tarnybose. 2. Kasmet svarstyti galimybę mokinio / klasės krepšelio metodikoje nustatyti fiksuotą lėšų dalį pedagoginei psichologinei pagalbai organizuoti ir pedagoginėms psichologinėms tarnyboms stiprinti.	2017-07-01
<p>* priemonės ir terminus rekomendacijoms įgyvendinti pateikė X subjektas (-ai).</p> <p>Atstovas ryšiams, atsakingas už Valstybės kontrolės informavimą apie rekomendacijų įgyvendinimą plane nustatytais terminais:</p> <p>Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos Visuomenės sveikatos priežiūros departamento direktoriaus pavaduotoja Audronė Astrauskienė, tel. (8 5) 219 3349, el. p. audrone.astrauskiene@sam.lt</p> <p>Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministerijos Bendrojo ugdymo departamento Švietimo pagalbos skyriaus vedėja Gražina Šeibokienė, tel. (8 5) 219 1245, el. p. Grazina.Seibokiene@smm.lt</p>				

1-ojo audito departamento direktorius

Laimonas Čiakas

1-ojo audito departamento vyresnioji valstybinė auditorė

Ramunė Marcikonytė

Valstybinio audito ataskaitos kopijos (po vieną egz.) pateiktos:

Lietuvos Respublikos Seimo Audito komitetui

Lietuvos Respublikos Seimo Savitvūdybių prevencijos komisijai

Lietuvos Respublikos Vyriausybės kanceliarijai

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai

Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministerijai

Auditas atliktas, vykdant 2015-10-27 pavedimą Nr. P-10-5

Auditą atliko valstybinių auditorių grupė:

Ramunė Marcikonytė (grupės vadovė nuo 2016-09-27)

Tadas Paulavičius (grupės vadovas iki 2016-09-26)

Rasa Cickevičiūtė-Rutkauskienė

PRIEDAI

Valstybinio audito ataskaitos projekto
„Savižudybių prevencija ir pagalba
asmenims, susijusiems su savižudybės
rizika“
1 priedas

Pagrindiniai audito duomenų rinkimo ir vertinimo metodai

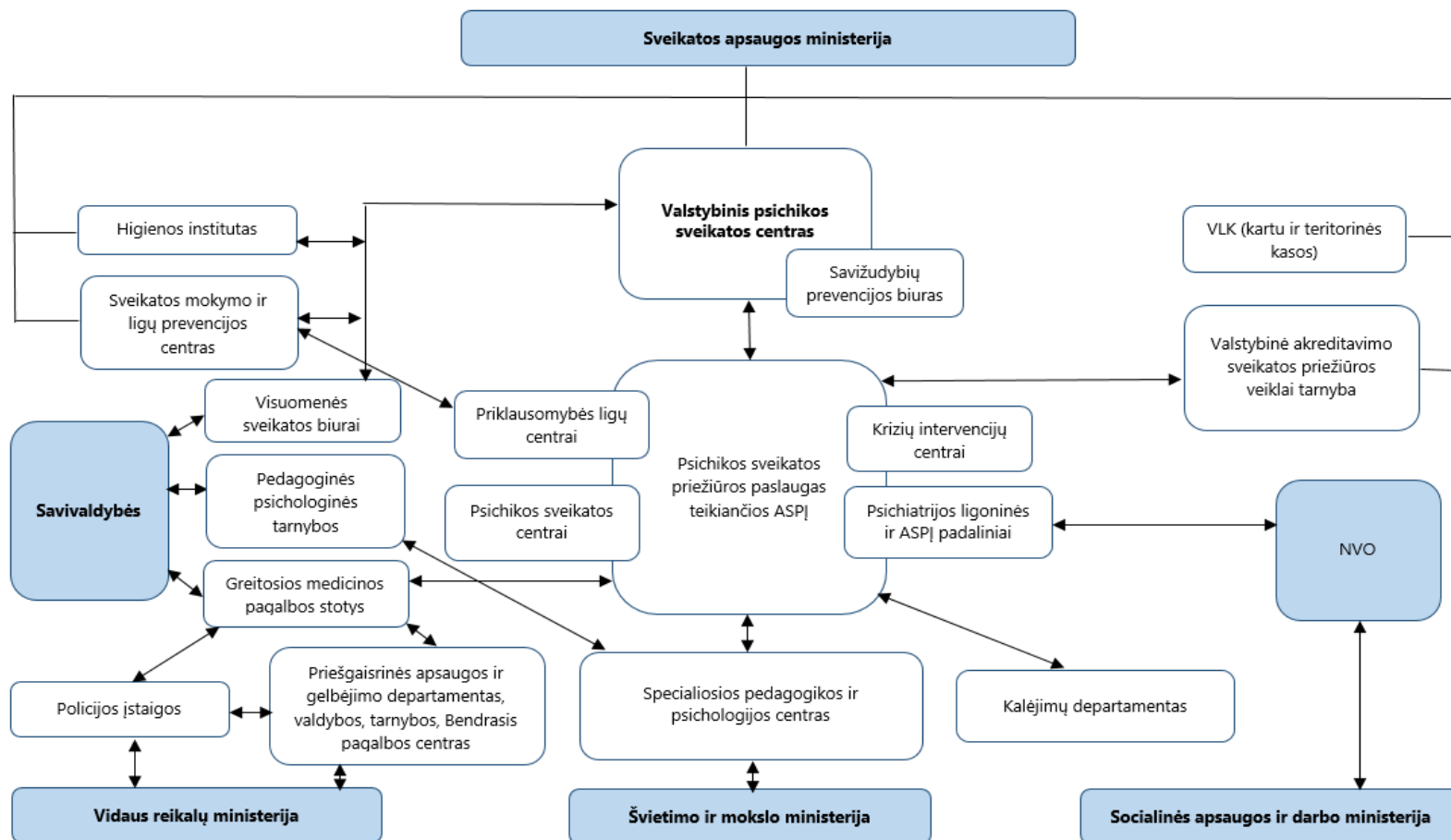
Eil. Nr.	Metodas	Tikslai
1.	Pokalbiai su Sveikatos apsaugos ministerijos atstovais, Valstybinio psichikos sveikatos centro atstovais, psichikos sveikatos priežiūros sistemos darbuotojais, ekspertais, NVO atstovais, nusižudžiusio nepilnamečio artimaisiais (audito metu organizuota 20 susitikimų).	Išsiaiškinti įvairius savižudybių prevencijos ir postvencijos, psichikos sveikatos organizavimo klausimus bei problemas.
2.	<p>Apklausos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sveikatos apsaugos ministerijos; ▪ Valstybinio psichikos sveikatos centro; ▪ Valstybinio psichikos sveikatos centro Savižudybių prevencijos biuro; ▪ Higienos instituto; ▪ Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos; ▪ Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie Sveikatos apsaugos ministerijos; ▪ 65 psichikos sveikatos centrų; ▪ 6 GMP stočių; ▪ 5 krizių intervencijos centrų; ▪ 18 ligoninių, kuriose teikiamos antrinio ir tretinio lygių psichikos sveikatos priežiūros paslaugos; ▪ Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos; ▪ Lietuvos darbo biržos; ▪ Švietimo ir mokslo ministerijos; ▪ 40 pedagoginių psichologinių tarnybų; ▪ 17 bendrojo ugdymo mokyklų; ▪ Kalėjimų departamento; ▪ Policijos departamento; ▪ Priešgaisrinės apsaugos ir gelbėjimo departamento. 	<p>Surinkti informaciją ir nustatyti, ar tinkamai vykdoma savižudybių rodiklių stebėseną, nacionaliniu ir įstaigų lygmeniu planuojamos ir vykdomos savižudybių prevencijos ir postvencijos priemonės, kaip organizuojama ir teikiama pagalba su savižudybės rizika susijusiems asmenims atskirose įstaigose, ar užtikrinamas psichologo, psichoterapeuto, psichiatro paslaugų prieinamumas.</p> <p>Apibendrintus rezultatus, pavyzdžius pateikti audito ataskaitoje.</p>
3.	Dokumentų peržiūra:	Nustatyti, ar tinkamas teisinis reglamentavimas, veiklos planavimas, savižudybių prevencijos bei postvencijos organizavimo problemas.

Eil. Nr.	Metodas	Tikslai
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vyriausybės, Seimo patvirtintų strateginių dokumentų, susijusių su savižudybių prevencija. ▪ Sveikatos apsaugos ministerijos, Valstybinio psichikos sveikatos centro, VLK, Savižudybių prevencijos biuro, Higienos instituto, Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūrai tarnybos, Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos, Švietimo ir mokslo ministerijos, Kalėjimų departamento, Policijos departamento, savivaldybių dokumentų, susijusių su savižudybių prevencijos priemonių planavimu, psichikos sveikatos priežiūros paslaugų, pagalbos su savižudybės rizika susijusiems asmenims teikimu ir kt. ▪ Audituojamu laikotarpiu Valstybinio psichikos sveikatos centro atliktų studijų/tyrimų, susijusių su audito objektu. 	
4.	<p>Duomenų analizė:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Higienos instituto statistinių duomenų apie savižudybes; ▪ Švietimo informacinių technologijų centro statistinių duomenų apie bendrojo ugdymo mokyklų psichologus; ▪ VLK duomenų apie PSDF išlaidas psichikos sveikatos priežiūros paslaugoms ir apie gydymo įstaigose teikiamas antrinio ir tretinio lygių psichikos sveikatos priežiūros paslaugas. 	<p>Nustatyti savižudybių rodiklių pokyčius, psichologų skaičiaus skirtumus bendrojo ugdymo mokyklose, PSDF išlaidų psichikos sveikatos priežiūros paslaugoms pokyčius ir gydymo įstaigose teikiamų psichikos sveikatos priežiūros paslaugų apimtį, pateikti pavyzdžius audito ataskaitoje.</p>
5.	<p>PSO, Ekonominio bendradarbiavimo ir plėtros organizacijos (EBPO), Eurostato ir kitų tarptautinių organizacijų duomenų bei dokumentų analizė, rekomendacijų peržiūra.</p>	<p>Nustatyti ekspertų rekomenduojamas savižudybių prevencijos priemones, pagalbos su savižudybės rizika susijusiems asmenims organizavimo gerosios praktikos pavyzdžius, palyginti Lietuvos praktiką.</p>

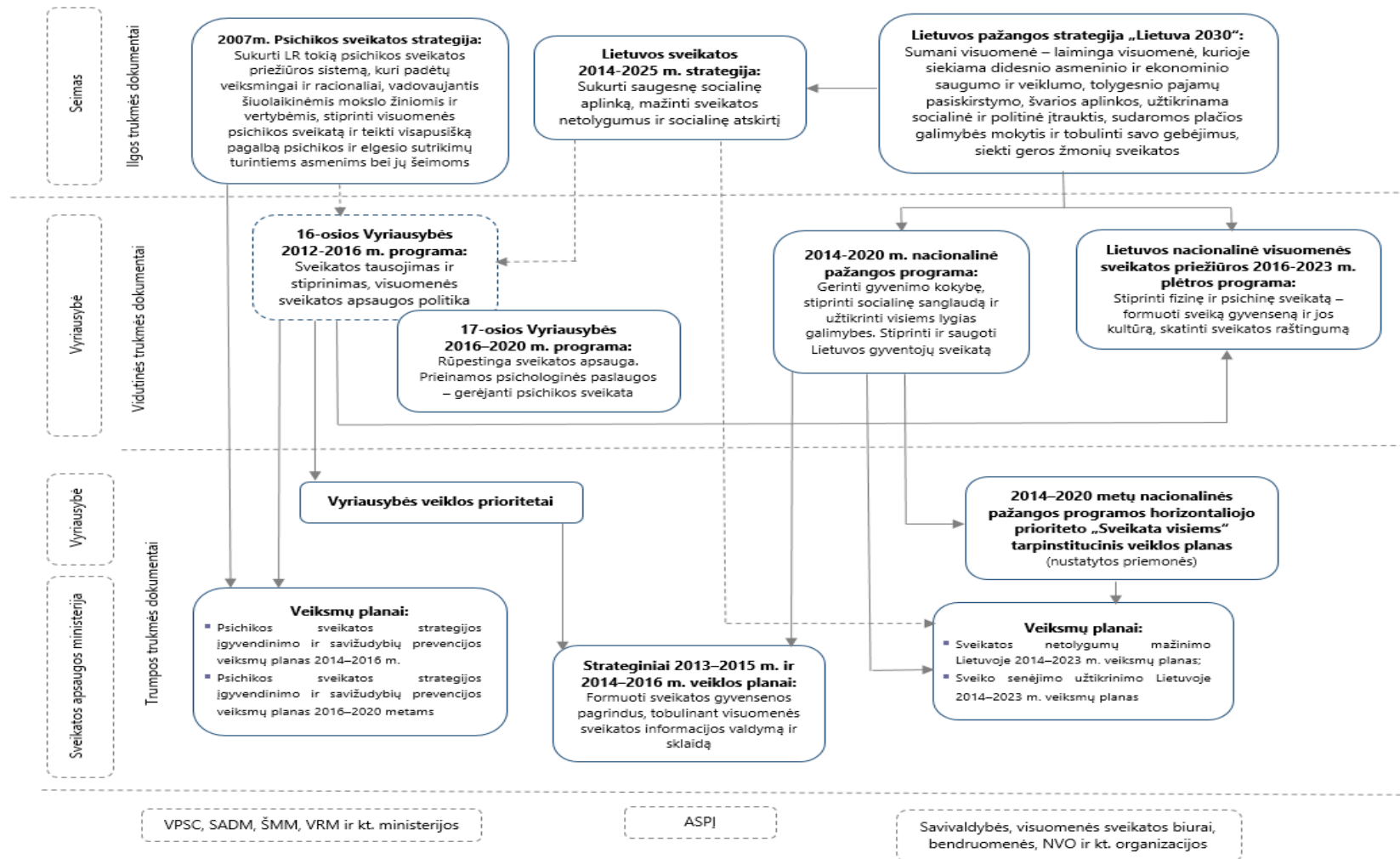
Šaltinis – Valstybės kontrolė

Valstybinio audito ataskaitos projekto
 „Savižudybių prevencija ir pagalba asmenims,
 susijusiems su savižudybės rizika“
 2 priedas

Įstaigų ir organizacijų, dalyvaujančių savižudybių prevencijoje ir postvencijoje, schema



Pagrindinių strateginių planavimo dokumentų, susijusių su savižudybių prevencija, ir ryšių tarp jų schema



Valstybinio audito ataskaitos projekto
„Savižudybių prevencija ir pagalba
asmenims, susijusiems su savižudybės
rizika“
4 priedas

Svarbiausios ministerijų ir kitų institucijų suplanuotos savižudybių prevencijos priemonės ir jų įgyvendinimas

Įstaigos pavadinimas	Dokumentas	Savižudybių prevencijos priemonės	Informacija apie įgyvendinimą
SAM, SADM, ŠMM	2014–2016 m. veiksmų planas ⁹⁷ , 2016–2020 m. veiksmų planas ⁹⁸	Parengti vaikų psichologinės gerovės stiprinimo tarpinstitucinio mechanizmo rekomendacijas.	Priemonė 2014–2016 m. laikotarpiu neįgyvendinta, perkelta į 2016–2020 m. veiksmų planą.
SAM, SADM	2014–2016 m. veiksmų planas	Parengti pagalbos teikimo aprašą bandžiusiam nusižudyti asmeniui (nuo įvykio iki asmens sveikatos priežiūros paslaugų, psichosocialinės reabilitacijos).	Priemonė 2014–2016 m. laikotarpiu neįgyvendinta, formuluotė pakoreguota ir perkelta į 2016–2020 m. veiksmų planą.
	2016–2020 m. veiksmų planas	Parengti savižudybės rizikos nustatymo modulį / programą ir pagalbos teikimo aprašą bandžiusiam nusižudyti asmeniui (nuo įvykio iki asmens sveikatos priežiūros paslaugų, psichosocialinės reabilitacijos).	
SAM, SADM, ŠMM	2014–2016 m. veiksmų planas, 2016–2020 m. veiksmų planas	Sukurti savižudybių rizikos įvertinimo ir pirmosios psichologinės pagalbos mokymų programą, integruotą į įvairių įstaigų darbuotojų programas.	Priemonė 2014–2016 m. laikotarpiu neįgyvendinta, perkelta į 2016–2020 m. veiksmų planą.
SADM, savivaldybės	Nacionalinė smurto prieš vaikus prevencijos ir pagalbos vaikams 2011–2015 metų programa ⁹⁹	Organizuoti kompleksinių paslaugų teikimą vaikams, nukentėjusiems nuo smurto, ar netiesioginio šeimyninio smurto aukoms (liudininkams) ir jų šeimų nariams.	Parengtas ir nuo 2016 m. pradedamas vykdyti Kompleksiškai teikiamų paslaugų šeimai 2016–2020 metų veiksmų planas ¹⁰⁰ .
SADM, savivaldybės	Nacionalinė smurto prieš vaikus prevencijos ir pagalbos vaikams 2011–2015 metų programa	Finansuoti psichologinės pagalbos tarnybas, teikiančias psichologinės pagalbos telefonu paslaugas.	Lietuvos emocinės paramos tarnybų asociacijai 2012 m. skirta 184 tūkst. Eur, 2013 m. – 204 tūkst. Eur, 2014 ir 2015 m. – po 262 tūkst. Eur, 2016 m. – 347 tūkst. Eur.
ŠMM, Specialiosios pedagogikos ir psichologijos centras	2014–2016 m. veiksmų planas, 2016–2020 m. veiksmų planas	Parengti savižudybių prevencijos programą mokykloms.	2014 m. panaudojant valstybės biudžeto lėšas buvo parengtas savižudybių prevencijos programos projektas mokyklos bendruomenei. Tačiau, kad šis projektas galėtų būti įgyvendinamas, būtina parengti numatytą metodinę medžiagą ir atlikti bandomąjį programos

⁹⁷ Patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014-03-28 įsakymu Nr. V-417.

⁹⁸ Patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016-02-09 įsakymu Nr. V-213.

⁹⁹ Patvirtinta Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2011-01-03 įsakymu Nr. A1-2.

¹⁰⁰ Patvirtinta Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2016-03-10 įsakymu Nr. A1-133.

Įstaigos pavadinimas	Dokumentas	Savižudybių prevencijos priemonės	Informacija apie įgyvendinimą
			įgyvendinimą 10 atsitiktų Lietuvos mokyklų, įvertinti programos veiksmingumą bei, esant reikalui, koreguoti pirminį programos projektą. Šiuos darbus planuojama atlikti įgyvendinant 2014–2020 m. ES Socialinio fondo lėšomis finansuojamą projektą „Saugios aplinkos mokykloje kūrimas II“.
ŠMM, Specialiosios pedagogikos ir psichologijos centras	2014–2016 m. veiksmų planas, 2016–2020 m. veiksmų planas	Organizuoti mokymus pedagogams savižudybių prevencijos programos taikymo klausimais.	Priemonė 2014–2016 m. laikotarpiu neįgyvendinta, perkelta į 2016–2020 m. veiksmų planą.
Specialiosios pedagogikos ir psichologijos centras	ES struktūrinės paramos 2007–2013 m. projektas „Pagalbos mokiniui efektyvumo ir kokybės plėtra, II etapas“	Savižudybių prevencijos mokymai mokyklos bendruomenėms.	2012–2014 m. krizių valdymo konsultantai vedė mokymus apie savižudybių prevenciją mokyklose. Per projekto įgyvendinimo laikotarpį mokymuose dalyvavo 500 mokyklų, 11575 Vaiko gerovės komisijų nariai ir klasių auklėtojai, švietimo pagalbos specialistai.
Specialiosios pedagogikos ir psichologijos centras, VšĮ Paramos vaikams centras, VšĮ „Vaiko labui“	Nacionalinė smurto prieš vaikus prevencijos ir pagalbos vaikams 2008–2010 metų programa ¹⁰¹	Olweus patyčių ir smurto prevencijos programos, programų „Antras žingsnis“, „Zipio draugai“, „Vyresniųjų brolių ir vyresniųjų seserų“ ir kt. vykdymas.	Smurto ir patyčių prevencijos programos 2012 m. vykdė 544 mokyklos, 2013 m. – 538 mokyklos, 2014 m. – 675 mokyklos. 2015/2016 mokslo metais – 624 mokyklos (53,7 proc. bendrojo ugdymo mokyklų).
Vidaus reikalų ministerija	2011–2013 m. tarpinstitucinis planas ¹⁰²	Organizuoti vidaus tarnybos sistemos pareigūnams skirtą Streso, nerimo, lėtinio nuovargio įveikimo programos parengimą ir ją patvirtinti.	2014 m. parengta vidaus tarnybos sistemos pareigūnams skirta Streso, nerimo, lėtinio nuovargio įveikimo programa.
Policijos departamentas	Policijos pareigūnų ir darbuotojų savižudybių prevencijos metmenų įgyvendinimo 2015–2017 metų priemonių planas ¹⁰³	Šalies policijos įstaigose dirbančių psichologų kompetencijų savižudybių prevencijos srityje tobulinimas.	Suorganizuotas šalies policijos įstaigose dirbančių psichologų kompetencijų savižudybių prevencijos srityje tobulinimo seminaras.
Policijos departamentas, Lietuvos policijos mokykla	Policijos pareigūnų ir darbuotojų savižudybių prevencijos metmenų įgyvendinimo 2015–2017 metų priemonių planas	Psichologinis policijos darbuotojų, Lietuvos policijos mokyklos kursantų švietimas savižudybių prevencijos tema.	Nuo 2016 m. sausio 1 d. policijos įstaigose dirbantys psichologai veda 5 akademinį valandų trukmės tarnybinius mokymus „Savižudybių prevencija“ visiems policijos sistemos darbuotojams.
Policijos departamentas, Vilniaus apskrities vyriausiasis policijos komisariatas	Policijos pareigūnų ir darbuotojų savižudybių prevencijos metmenų įgyvendinimo 2015–2017 metų priemonių planas	Bendradarbių paramos grupių organizavimas.	Priemonės įgyvendinimo laikotarpis dar nepasibaigęs.

¹⁰¹ Patvirtinta Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2008-04-24 nutarimu Nr. 392.

¹⁰² Patvirtinta Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2011-07-13 nutarimu Nr. 888.

¹⁰³ Patvirtinta Lietuvos policijos generalinio komisaro 2015-06-08 įsakymu Nr. 5-V-551.

Įstaigos pavadinimas	Dokumentas	Savižudybių prevencijos priemonės	Informacija apie įgyvendinimą
Policijos departamentas, Klaipėdos ir Kauno apskričių vyriausieji policijos komisariatai	Policijos pareigūnų ir darbuotojų savižudybių prevencijos metmenų įgyvendinimo 2015–2017 metų priemonių planas	Psichologinės pagalbos šalies policijos įstaigose prieinamumo didinimas.	2015 m. įsteigti 3 nauji psichologo etatai.
Policijos departamentas, Lietuvos policijos mokykla, apskričių vyriausieji policijos komisariatai, specializuotos policijos įstaigos	Policijos pareigūnų ir darbuotojų savižudybių prevencijos metmenų įgyvendinimo 2015–2017 metų priemonių planas	Policijos darbuotojų rūpinimosi savo psichologine gerove kultūros formavimas.	Pradėti vesti streso valdymo seminarai policijos pareigūnams, kurių metu daug dėmesio skiriama savižudybėms. Psichologai dirba visuose apskričių VPK, Policijos departamente, beveik visose specializuotose policijos įstaigose.
Policijos departamentas, Lietuvos policijos mokykla, apskričių vyriausieji policijos komisariatai, Lietuvos kriminalinės policijos biuras, Lietuvos policijos antiteroristinių operacijų rinktinė „Aras“	Policijos pareigūnų ir darbuotojų savižudybių prevencijos metmenų įgyvendinimo 2015–2017 metų priemonių planas	Savižudybės krizės prevencijos, intervencijos ir savižudybių postvencijos vykdymas šalies policijos įstaigose.	Lietuvos policijos generalinio komisaro 2015-12-28 įsakymu Nr. 5-V-1199 patvirtintas „Psichologinės pagalbos teikimo po kritinių įvykių tvarkos aprašas“. Lietuvos policijos generalinio komisaro 2016-04-01 įsakymu Nr.5-V-291 „Dėl mobilios komandos narių sąrašo sudarymo“ patvirtinta mobilios psichologų komandos, teikiančios skubią psichologinę pagalbą, sudėtis.
Teisingumo ministerija	2011–2013 m. tarpinstitucinis planas ¹⁰⁴ , 2013-01-01 redakcija (priemonė koreguota)	Organizuoti laisvės atėmimo vietų pareigūnams skirtą Streso, nerimo, lėtinio nuovargio įveikimo programos parengimą ir ją patvirtinti. Mokyti laisvės atėmimo vietų pareigūnus įveikti stresą, patiriamą darbe.	2013–2014 m. buvo pravesti streso, patiriamo darbe, įveikos mokymai Kybartų, Alytaus, Marijampolės, Panevėžio, Praveniškių pataisos namuose bei Šiaulių, Kauno tardymo izoliatoriuose, Lukiškių tardymo izoliatoriuje–kalėjime bei Kalėjimų departamente.

Šaltinis – Valstybės kontrolė pagal ministerijų ir kitų institucijų informaciją

¹⁰⁴ Patvirtinta Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2011-07-13 nutarimu Nr. 888.