



Eglė Šumskienė
Ugnė Grigaitė
Karilė Levickaitė
Jurga Mataitytė-Diržienė
Jūratė Charenkova
Karina Kamandulytė

ŽMOGAUS TEISIŲ APSAUGA

psichikos sveikatos
priežiūros įstaigose





Vilnius
universitetas



PSICHIKOS
SVEIKATOS
PERSPEKTYVOS

ŽMOGAUS TEISIŲ APSAUGA

psichikos sveikatos priežiūros įstaigose

Mokslo studija

Autorės:

prof. dr. Eglė Šumskienė

dr. Ugnė Grigaitė

Karilė Levickaitė

doc. dr. Jurga Mataitytė-Diržienė

doc. dr. Jūratė Charenkova

Karina Kamandulytė

Vilniaus universitetas

Nevyriausybinių organizacijų „Psichikos sveikatos perspektyvos“



Studija parengta įgyvendinant projektą „Asmens sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų nuostatos apie žmogaus teisių principus, remiantis Jungtinių Tautų asmenų su negalia teisių konvencija“, finansuojamą Visuomenės sveikatos stiprinimo fondo lėšomis, kurį administruoja Sveikatos apsaugos ministerija.

Apsvarstė ir rekomendavo išleisti
Vilniaus universiteto Filosofijos fakulteto taryba
(2025 m. sausio 17–20 d., protokolas Nr. (1.2E) 250000-TP-01)

Recenzantai:

prof. dr. Eimantas Peičius
Ramunė Mazaliauskienė
prof. dr. Jonas Ruškus

Bibliografinė informacija pateikiama Lietuvos integralios bibliotekų informacinės sistemos (LIBIS) portale *ibiblioteka.lt*

ISBN 978-609-07-1147-7 (skaitmeninis PDF)

© Vilniaus universitetas, 2025

© Nevyriausybė organizacija „Psichikos sveikatos perspektyvos“, 2025

Turiny

SANTRAUKA	5
I V A D A S	9
TYRIMO TIKSLAS IR UŽDAVINIAI	10
LITERATŪROS ŠALTINIŲ APŽVALGA	11
Pasaulinis kontekstas	11
„Ženevos aklavietė“	12
Žinios ir nuostatos kaip žmogaus teisių apsaugos prielaida	13
Situacija Lietuvoje	14
Stigma teikiant psichikos sveikatos paslaugas	15
JT asmenų su negalia teisių konvencijos nuostatos ir Komiteto išaiškinimai	16
TYRIMO METODOLOGIJA	21
Kiekybinis tyrimas	21
Kiekybinių duomenų analizė	22
Kokybinis tyrimas	23
Atvirųjų anketos klausimų analizė	23
Fokusuotos diskusijų grupės	23
Mokymo programų analizė	25
Tyrimo etika	26
TYRIMO REZULTATAI	27
Kiekybinio tyrimo rezultatai	27
Tyrimo dalyvių sociodemografiniai bruožai	27
Konvencijos principų įgyvendinimas	28
Žinios apie Konvenciją	34
Žmogaus teisių, teikiant psichikos sveikatos priežiūros paslaugas, svarbos vertinimai	42
Kokybinio tyrimo rezultatai	44
Atvirųjų anketos klausimų teminė analizė	44
Fokusuotų diskusijų grupių teminė analizė	47

Mokymo programų analizės rezultatai	72
Universitetinės studijos.....	73
Koleginės studijos	76
TYRIMO APRIBOJIMAI	77
IŠVADOS	78
REKOMENDACIJOS	80
BIBLIOGRAFIJA.....	84
PRIEDAI	88
1 priedas. Anketos klausimai	88
2 priedas. Fokusuotų grupinių diskusijų klausimai dalyviams.....	98
3 priedas. Atsakymų pasiskirstymas pagal sociodemografines grupes.....	99
3.1 priedas. Respondentų sociodemografiniai bruožai	99
3.2 priedas. Atsakymai pagal socioekonominės grupes.....	101
4 priedas. Atvirųjų klausimų temos	175

Protection of Human Rights in Mental Healthcare Facilities

Summary

This study aims to examine and assess the knowledge and attitudes of mental healthcare professionals in Lithuania regarding human rights principles and their application in mental health services.

Research objectives are as follows: To evaluate the target groups' knowledge of the principles, provisions, and standards for ensuring human rights, as outlined in the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities, and their application in mental healthcare facilities; To assess the target groups' attitudes toward these principles, provisions, and standards; To explore professionals' perspectives on the necessary changes in mental healthcare services — organisational, managerial, and clinical—to align with the Convention standards; and To analyse the relationship between the professionals' knowledge and attitudes regarding human rights principles, their application in mental healthcare, attitudes toward service reforms, and the impact of sociodemographic and institutional factors.

Practical Significance. As Lithuania undertakes reforms in its mental healthcare system, ensuring compliance with human rights standards is a key priority. The findings of this study are valuable for driving positive change in healthcare practices, reducing stigma, and promoting person-centred mental health care. They also contribute to improving service quality and ensuring alignment with international human rights standards.

Methodology. The study follows a framework based on the human rights standards outlined in the Convention and WHO's QualityRights instruments. Data were collected through quantitative methods (online, telephone, and in-person surveys), qualitative methods (focus group discussions), and an analysis of secondary data (higher education study programs). The study received ethical approval from the Research Ethics Committee of the Institute of Sociology and Social Work and the Institute of Educational Sciences at Vilnius University's Faculty of Philosophy (protocol No. (1.13 E) 250000-KT-162, dated 25 September 2024).

The quantitative study included 87 psychiatrists, 129 nurses, 78 medical psychologists, 50 social workers and 46 nurse assistants. All participants worked in mental health centres, day hospitals, and psychiatric hospitals or units. Additionally, six focus group discussions were conducted with 36 participants, including psychiatrists, social workers, psychologists, nurses, nurse assistants, and users of mental health services. Moreover, 50 modules potentially addressing mental health and human rights issues were included in an analysis of 78 university and college study programs.

Key Findings. 74% of the survey participants claimed that mental health services in Lithuania ensure respect for patients' human rights. Nurse assistants and professionals from smaller institutions (with fewer than 50 employees) were the most likely to share this view. 70% supported the importance of considering patients' choices in mental health services and recognised its role in improving care quality. Men and nurse assistants were the least supportive of this approach. 82% of participants agreed with the human rights non-compliant statement that forced hospitalisation and involuntary treatment are necessary and acceptable in psychiatry. Support for coercion was higher among men, professionals over 65, psychiatrists, nurses, and staff in larger institutions (with over 200 beds and 200 employees). 54% disagreed with the stereotype that individuals with psychosocial disabilities are more dangerous than the general population. Psychiatrists and medical psychologists were the most likely to reject this belief, while nurse assistants showed the highest level of agreement with it.

42% of participants agreed, while 30% disagreed, that ratifying the Convention has no impact on daily mental healthcare practices. This finding suggests fragmented knowledge and inconsistent implementation of human rights standards in service provision.

63% supported the belief that limiting legal capacity can help protect human rights in mental health care. Support for this view was higher among men, the youngest (18–25) and oldest (65+) participants, and nurse assistants.

67% of the survey participants agreed that individuals with psychosocial disabilities can make their own decisions with appropriate support, in line with the Convention's principles. Medical psychologists expressed the highest level of support (78%), while only 28% of nurse assistants agreed, believing that legal capacity should be restricted to uncomplicated decisions.

80% of participants agreed that people with psychosocial disabilities have the right to choose their living arrangements, including where and with whom they live. This view was most strongly supported by psychiatrists and social workers.

57% perceived recovery as the ability to live a fulfilling life, while 24% defined it as an effective treatment, and 17% equated it with rehabilitation. Psychiatrists and medical psychologists most often associated recovery with leading a meaningful life, whereas nurses and nurse assistants linked it to effective treatment.

63% of participants emphasised that respectful and dignified treatment is essential for recovery. Only 12% believed that strict adherence to treatment protocols is necessary. 18% supported the persuading of patients to take medication. The highest support for dignified treatment came from the youngest professionals (18–25, 89%) and medical psychologists (82%). 71% agreed that treatment consent should be a fully informed process.

71% associated informed consent with a comprehensive understanding and independent decision-making. Men, psychiatrists, and medical psychologists were more likely to emphasise these aspects, whereas 48% of nurse assistants saw consent primarily as signing a form. Aligned with the Convention's principles, 61% recognised mechanical restraints as a form of violence. Against the Convention's standards, 55% believed that forced involuntary hospitalisation can aid recovery if used appropriately.

In focus groups, psychiatrists reported limited exposure to the Convention and a lack of formal knowledge. However, they frequently encountered moral dilemmas regarding patients' rights to voluntary treatment, anonymity, and restrictive practices, struggling to balance individual rights with public safety. Psychologists described their engagement with human rights issues as episodic, driven primarily by personal interest rather than structured training. Nurses focused on resolving day-to-day conflicts and noted the growing attention to matters of privacy and confidentiality. Social workers struggled with legal constraints and limited resources, expressing a desire for greater decision-making power. Mental health service users, although unfamiliar with the specific Convention provisions, reported frequent rights violations: ranging from the negative attitudes from staff and poor physical conditions to a lack of autonomy in decision-making.

Conclusions and Recommendations

There is a significant gap in knowledge about the Convention and a lack of strategic guidance on integrating human rights into mental healthcare. Professionals' limited understanding of human rights principles, coupled with negative attitudes and ethical dilemmas, impacts daily practice.

Institutional roles and responsibilities are poorly defined, with psychiatrists often taking on excessive legal and social responsibilities, which should be better distributed across disciplines. The Convention is perceived as a macro-level document with little practical relevance, due to fragmented knowledge and inconsistent human rights practices in mental healthcare. Mental health topics in academic programs are rarely taught through a human rights lens, leading to gaps in students' understanding.

To align mental healthcare with human rights principles and standards, reforms should include: Expanding professionals' knowledge of human rights and the Convention; Implementing legal and managerial reforms; Developing community-based services; Ensuring policies and procedures uphold the Convention's standards; Involving service users as equal partners in shaping mental healthcare policies.

Ivadas

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija paskelbė Valstybinio visuomenės sveikatos stiprinimo fondo (toliau – Fondas) lėšomis finansuotinių preventyvių projektų, socialinės informacinės kampanijos ir mokslinių tyrimų projektų finansavimo konkursą. Šio konkurso tikslas – skatinti sveiką gyvenseną ir stiprinti visuomenės psichikos sveikatą.

Vilniaus universiteto Filosofijos fakulteto Sociologijos ir socialinio darbo instituto kartu su nevyriausybine organizacija „Psichikos sveikatos perspektyvos“ pateikta paraiška buvo atrinkta įgyvendinti mokslinių tyrimų priemonę 3.2.1. Asmens sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų nuostatos dėl žmogaus teisių principų, remiantis Jungtinių Tautų asmenų su negalia teisių konvencija (toliau – Konvencija), jų požiūris į pokytį kuriant Konvencijos principus, nuostatas ir standartus atitinkančias asmens sveikatos priežiūros paslaugas bei su tuo susiję sociodemografiniai veiksniai.

Konsorciumo atstovai turi svarbios ilgametės patirties vykdant mokslinius ir taikomuosius tyrimus žmogaus teisių, negalios, psichikos sveikatos srityse.

Sociologijos ir socialinio darbo institutas vykdo globalių procesų, darančių įtaką šiuolaikinei Baltijos regiono ir kitų šalių visuomenių raidai, tyrimus, gilinasi į atskirų visuomenės grupių padėtį. Instituto tyrėjai aktyviai dalyvauja diskusijose apie socialinių pokyčių ir viešosios politikos socialinius, politinius ir ekonominius padarinius. Dalyvaudami tyrimuose apie Lietuvos šeimą ir migraciją, jaunimą ir asmenų su negalia padėtį, atlikdami lyginamąją Baltijos šalių istorinės sociologijos analizę, analizuodami visuomenės vertybių pokyčius ir gerovės valstybės raidą, vykdydami šiuolaikinių kriminologinių diskursų analizę, instituto mokslininkai pateikia unikalių išvalgų apie Lietuvos visuomenės raidos ypatumus ir rekomendacijas dėl viešosios politikos tobulinimo, socialinių paslaugų kokybės gerinimo ir inovacijų diegimo.

Nevyriausybėnė organizacija „Psichikos sveikatos perspektyvos“ (toliau – PSP) yra 2000 m. įkurta ne pelno siekianti, nevyriausybėnė, psichikos sveikatos, negalios ir žmogaus teisių srityje dirbanti organizacija. PSP misija – įtvirtinti žmogaus teisėmis grįstą požiūrį į psichikos sveikatą, kurio centre – empatija, pagarba ir į asmenį orientuota pagalbos sistema. PSP sėkmingai įgyvendino daugiau nei 100 nacionalinių ir tarptautinių projektų, atlieka su tema susijusius tyrimus, analizes, veda mokymus, vykdo advokaciją, žmogaus teisių stebėseną, dalyvauja

formuojant politiką ir šviečia visuomenę apie biopsichosocialinį, į asmenį orientuotą ir žmogaus teisėmis grįstą požiūrį į psichikos sveikatą bei negalią. PSP ekspertai prisidėjo prie inovatyvių ir šiandien sėkmingai teikiamų psichikos sveikatos paslaugų išplėtojimo. Organizacija yra įvairių nacionalinių ir tarptautinių žmogaus teisių ir psichikos sveikatos koalicijų narė.

Tyrimo tikslas ir uždaviniai

Tyrimo tikslas – išsiaiškinti ir įvertinti Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros specialistų nuostatas bei turimas žinias apie žmogaus teisių principus ir jų taikymą teikiant psichikos sveikatos priežiūros paslaugas.

Tyrimo uždaviniai:

1. Įvertinti tikslinių grupių turimas žinias apie Konvencijoje apibrėžtus žmogaus teisių užtikrinimo principus¹, nuostatas² ir standartus³ bei jų taikymą psichikos sveikatos priežiūros įstaigose;
2. Įvertinti tikslinių grupių turimas nuostatas dėl Konvencijoje apibrėžtų žmogaus teisių užtikrinimo principų, nuostatų ir standartų;
3. Įvertinti tikslinių grupių nuostatas dėl asmens psichikos sveikatos priežiūros paslaugų keitimo (organizaciniai, vadybiniai, klinikinės praktikos ir kiti pokyčiai) taip, kad jos atitiktų Konvencijoje apibrėžtus principus, nuostatas ir standartus;
4. Įvertinti turimas žinias ir nuostatas dėl Konvencijoje apibrėžtų žmogaus teisių užtikrinimo principų, nuostatų ir standartų bei jų taikymą psichikos sveikatos priežiūros įstaigose, nuostatas dėl asmens psichikos sveikatos priežiūros paslaugų, siekiant jų atitikties Konvencijoje apibrėžtiems principams, nuostatomis bei standartams, ir kaip šios žinios ir nuostatos siejasi su socio-demografiniais bei įstaigos organizaciniais veiksniais.

Tyrimo praktinė reikšmė – specialistų požiūrio ir žinių apie žmogaus teises, remiantis tarptautiniais įsipareigojimais, įvertinimas būtinas siekiant atliepti as-

1 Šie principai yra apibrėžti JT asmenų su negalia teisių konvencijos 3 str.

2 Šios nuostatos yra nusakomos skirtingais JT asmenų su negalia teisių konvencijos straipsniais.

3 Asmenų su negalia teisių standartai nurodomi ir detalizuojami skirtinguose JT konvencijos straipsniuose.

mens psichikos sveikatos priežiūros sistemos dalyvių švietimo ir mokymų poreikius bei diegti žmogaus teises įtvirtinančius procesus įstaigose. Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros sistemos reforma bei numatytos priemonės remiasi žmogaus teisių užtikrinimu, tad tyrimo rezultatai svarbūs siekiant pokyčių sveikatos priežiūros praktikoje, mažinant stigmą ir skatinant į asmenį orientuotą psichikos sveikatos priežiūrą, gerinant teikiamų paslaugų kokybę ir siekiant atitiktis žmogaus teisių standartams.

Literatūros šaltinių apžvalga

Pasaulinis kontekstas

Konvencija transformavo žmonių su psichosocialine negalia teisių suvokimą, įgyvendinimą ir apsaugą visame pasaulyje (Harpur, 2012; UN General Assembly, 2006). Jos tikslas – skatinti ir užtikrinti visų asmenų su negalia visapusišką ir lygiateisį naudojimąsi visomis žmogaus teisėmis ir pagrindinėmis laisvėmis, taip pat skatinti pagarbą šių asmenų prigimtiniam orumui. Žmogaus teisių atpažinimas ir užtikrinimas teikiant psichikos sveikatos priežiūros paslaugas tik palyginti neseniai tapo didesnis prioritetas ir jo svarba vis labiau pripažįstama įvairiose pasaulio šalyse (Funk ir Drew Bold, 2020; Funk ir Drew, 2017; UN Human Rights Council, 2017). Žmogaus orumo apsauga yra pamatinė vertybė, tačiau tyrimai rodo, kad psichikos sveikatos priežiūros sistemose ir teikiant paslaugas orumas ne visada skatinamas ar apsaugomas (Ventura et al., 2021). Pasaulio psichiatrų asociacija pabrėžia, kad žmogaus teisių apsauga psichikos sveikatos priežiūros srityje yra vienas „pagrindinių rūpesčių“ (Herrman et al., 2022).

Žmonės su psichosocialine negalia patiria stigmą, diskriminaciją, susiduria su politinių, pilietinių, socialinių ir ekonominių teisių apribojimais, tad žmogaus teisių užtikrinimas yra pagrindinis būdas užtikrinant jų gerovę. Taigi, psichikos sveikatos specialistai atlieka esminį vaidmenį ir yra atsakingi, kad jų vykdomos intervencijos būtų pagrįstos žmogaus teisių principais (Ventura et al., 2021). Ypač pastarųjų sveikatos, ekonomikos ir socialinio teisingumo krizių akivaizdoje itin svarbu pripažinti ir teikti prioritetą žmonių su psichosocialine negalia teisėms (Probert, 2021).

Nepaisant pažangos, psichikos sveikatos įstaigose išlieka stigmatizuojantis požiūris ir įvyksta žmogaus teisių pažeidimų (Mahdanian et al., 2023). Daugely-

je šalių psichikos sveikatos specialistai patiria sunkumų įgyvendindami žmogaus teisėmis grįstas praktikas ir susiduria su paternalistiniu požiūriu ar elgesiu. Tyrimai rodo, kad asmeninis požiūris ir subjektyvios „normos“ statistiškai reikšmingai numato psichikos sveikatos specialistų (ne)ketinimą vadovautis žmogaus teisėmis ir jų standartais (Davis Le Brun et al., 2023). Teikdami psichikos sveikatos priežiūros paslaugas specialistai nuolat susiduria su iššūkiais siekdami vadovautis žmogaus teisių nuostatomis (Ventura et al., 2021).

Ispanijoje psichikos sveikatos priežiūros specialistai kaip pagrindines priežastis, kurios riboja pagarbą paslaugų gavėjų žmogaus teisėms, įvardija finansinių ir žmogiškųjų išteklių ir socialinės paramos trūkumą, neretai pasitaikantį paternalistinį ir biomedicininį požiūrį. Specialistų kvalifikacijos kėlimo mechanizmų tobulinimas matomas kaip vienas galimų šios problemos sprendimo būdų (Febles Arévalo et al., 2023). Pietų Amerikos valstybėse, nepaisant pastaraisiais metais padarytos pažangos siekiant mažinti prievartinių priemonių taikymą, konstatuojama, kad reikia toliau gerinti psichikos sveikatos paslaugų kokybės standartus, pripažįstant pagarbos žmogaus teisėms vertę psichikos sveikatos paslaugų gavėjų ir specialistų organizacinei gerovei užtikrinti (Aviles Gonzalez et al., 2024). Indijoje didžiausias iššūkis, susijęs su naujai priimtais psichikos sveikatos priežiūrą reglamentuojančiais teisės aktais, jų įgyvendinimu ir paslaugų teikimu – psichikos sveikatos paslaugų ir socialinės paramos pacientams finansavimas ir personalo aprūpinimas. Indijoje svarbu mobilizuoti ir išlaikyti politinę valią tobulinti paslaugų kokybę ir užtikrinti žmogaus teises (Kelly, 2022). Pasauliniu mastu dar reikia nuveikti daug daugiau, kad būtų galima spręsti žmogaus teisėmis grįstų psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo iššūkius, kuriems įveikti reikia tęstinio ne tik psichikos sveikatos priežiūros specialistų, bet ir pacientų šeimų bei artimųjų, socialinių partnerių, politikos formuotojų ir visų piliečių įsipareigojimo (Carta ir Bhugra, 2023).

„Ženevos aklavietė“

Per pastarąjį dešimtmetį pastebimai išaugus dėmesiui žmonių su psichosocialine negalia teisėms, kilo iššūkių įprastoms psichiatrijos praktikoms. Žmogaus teisių sistema pastaraisiais metais nesutaria, ar priverstinės priemonės ir intervencijos, įskaitant priverstinę psichiatrinę hospitalizaciją ir gydymą, tam tikrais atvejais gali būti pateisinamos remiantis žmogaus teisių standartais. Kai kurie žmogaus teisių aktyvistai ir psichikos sveikatos specialistai mano, kad priverstinės priemonės ir praktikos potencialiai gali atitikti žmogaus teisių standartus, jei priverstinė

intervencija būtina ir proporcinga priemonė sutartiems tikslams pasiekti ir jei užtikrintos teisinės apsaugos priemonės. Kiti mano, kad priverstinės priemonės ir praktikos niekada negali būti pateisinamos. Nesutarimai šiuo klausimu lėmė susidariusią aklavietę žmogaus teisių sistemoje – vadinamąją „Ženevos aklavietę“ (Martin ir Gurbai, 2019). Nemažai tyrimų ir apžvalgų apie žmogaus teises psichikos sveikatos priežiūros sistemoje nagrinėja, ar reikalingi priverstinės psichikos sveikatos priežiūros apribojimai, kad jie atitiktų Konvencijos reikalavimus. Gausėja šaltinių, kuriuose nurodomos ir priemonės, skatinančios teisę į aukščiausią įmanomą psichikos sveikatos lygį. Nemažai dėmesio skiriama psichikos sveikatos paslaugų gavėjų teisės į laisvę ir lygybę prieš įstatymą apsaugai. Nauja akademinio diskurso apie žmogaus teisių propagavimą psichikos sveikatos priežiūros srityje kryptis gali reikšti potencialią galimybę išspręsti pastaraisiais metais pasauliniame viešajame diskurse vyravusią „Ženevos aklavietę“ (McSherry et al., 2023).

Žinios ir nuostatos kaip žmogaus teisių apsaugos prielaida

Žinios apie tam tikrus žmogaus teisių dokumentus ir nuostatos jų atžvilgiu, kuriomis disponuoja ir vadovaujasi psichikos sveikatos priežiūros specialistai, pateikiamos kaip žmogaus teisių apsaugos psichikos sveikatos priežiūros sistemoje prielaida. Psichikos sveikatos specialistams stokoiant žinių apie žmogaus teises ir jų taikymą praktikoje neretai priimami žmogaus teisių apsaugos principams prieštaraujantys sprendimai, pvz., priverstinės hospitalizacijos ar medikamentinės intervencijos praktikos naudojamos, nes trūksta mokymų apie alternatyvius gydymo metodus, kurie būtų orientuoti į paciento autonomiją. Reikšminga dalis psichikos sveikatos priežiūros specialistų negauna mokymų, kurie aiškiai susietų žmogaus teisių principus su jų kasdienėmis profesinėmis veiklomis. Tokio pobūdžio žinių trūkumas lemia ne tik pasipriešinimą naujovėms, bet ir specialistų patiriamą įtampą, kai jų vertybės neatitinka realių praktikų. Autoriai pabrėžia, kad žmogaus teisės turėtų tapti privaloma specialistų ugdymo dalimi, o mokymo programos – apimti konkrečius praktinius pavyzdžius. Davis Le Brun et al. (2023) tyrimai rodo, kad daugelis psichikos sveikatos specialistų kritiškai vertina savo turimas žinias apie žmogaus teises. Tai ypač akivaizdu įstaigose, kurios neskatina nuolatinio mokymosi ar neatlieka reguliarių profesinių kompetencijų vertinimų. Šių mokslininkų atliktame tyrime pastebėta, kad didelį krūvį turintys specialistai prioritetą teikia greitiems sprendimams, kurie ne visada atitinka žmogaus teisių principus. Žinios yra esminis veiksnys gerinant žmogaus teisių apsaugą psichikos

sveikatos sistemoje, o mokymai turi būti ne tik teoriniai, bet ir įtraukti praktinius įgūdžius, tokius kaip pacientų teisių pažeidimų atpažinimas ir tinkamų sprendimų priėmimas.

Davis Le Brun et al. (2023) analizavo, kaip psichikos sveikatos specialistų nuostatos veikia jų elgesį. Pasiitelkus suplanuoto elgesio teoriją buvo nustatyta, kad specialistų nuostatos tiesiogiai susijusios su jų elgesio būdais. Specialistai, kurie vertina pacientų autonomiją ir žmogaus teises, dažniau renkasi metodus, kurie nesikerta su žmogaus teisėmis (pvz., paslaugas bendruomenėje vietoje prievartinio hospitalizavimo). Stigmatizuojančios nuostatos lemia dažnesnį prievartos naudojimą, ypač jei specialistai mano, kad tai būtina paciento ar visuomenės apsaugai. Nuostatoms poveikio turi ir organizacinė kultūra. Avilesas Gonzalezas et al. (2024) nagrinėjo, kaip darbo aplinka formuoja specialistų požiūrį į žmogaus teisių laikymąsi, ir pastebėjo, kad teigiamos individualios nuostatos dažnai susilpnėja specialistams dirbant organizacinėje kultūroje, kur žmogaus teisės nėra laikomos prioritetu. Specialistai, dirbantys įtemptoje aplinkoje (pvz., nepakankamai finansuojamose įstaigose), dažnai racionalizuoja žmogaus teisių pažeidimus, jų neišvengiamumą pateisindami esamomis aplinkybėmis.

Mahdani et al. (2023) atliktas tyrimas rodo, kad nuostatos dėl prievartos psichikos sveikatos sistemoje yra kultūriškai ir istoriškai įsišaknijusios. Specialistai iš šalių, kuriose prievarta laikoma teisėta priemone, rečiau kvestionuoja tokių veiksmų teisėtumą ir atvirkščiai – šalyse, kur žmogaus teisės nuosekliai įtvirtintos teisės aktuose, specialistų nuostatos labiau orientuotos į paciento autonomijos išsaugojimą. Ventura et al. (2021) aptaria, kaip specialistų nuostatos yra susijusios su jų gebėjimu priimti sprendimus etinių dilemų akivaizdoje. Specialistai, kurie pritaria žmogaus teisių vertybėms, dažniau jaučia profesinę įtampą, kai tenka taikyti, jų manymu, neetiškas praktikas (pvz., izoliaciją ar suvaržymą).

Situacija Lietuvoje

LR Seimas Konvenciją ir jos Fakultatyvųjį protokolą ratifikavo 2010 metais ir jie sąlygoja Lietuvos teisinės bazės, programinius ir sisteminius pokyčius, tarp jų ir sveikatos apsaugos srityje veikiančių psichikos sveikatos paslaugų teikimo kokybės standartus. Politinis susitarimas tobulinti visuomenės ir asmens psichikos sveikatą, gerinti žmogaus teisių situaciją įtvirtintas aštuonioliktosios Vyriausybės programoje. Konkretūs šios srities pokyčiai pagrįsti ir patvirtinti plėtros programų pažangos priemonėse, įvardijant siektinus rodiklius iki 2030 metų. Pagrindiniai uždaviniai siejami su gyventojų psichikos sveikatos raštingumo didinimu,

stigmos mažinimu, pirminio lygmens psichikos sveikatos priežiūros paslaugų tobulinimu, specializuotų ambulatorinių paslaugų plėtros ir įvairovės užtikrinimu, stacionarių paslaugų optimizavimu. Šios nuostatos atsidūrė sveikatos apsaugos sektoriaus reformų darbotvarkėje.

2019 metais Pasaulio sveikatos organizacija (toliau – PSO) pristatė „QualityRights“ mokymo ir rekomendacinę medžiagą bei priemones, besiremiančias Konvencijos standartais (World Health Organization, 2019), kuriais siekiama padėti šalims pertvarkyti sveikatos sistemas ir paslaugas taip, kad jos būtų orientuotos į asmenį, atsigavimą ir gerbtų žmogaus teises, kaip numatyta Konvencijoje ir PSO generalinio direktoriaus Tedroso Ghebreyesuso „QualityRights“ medžiagos įžangoje pateiktoje vizijoje. „QualityRights“ iniciatyvos tikslas – tvariai keisti mąstyseną ir praktiką bei įgalinti visas suinteresuotąsias šalis skatinti teises ir atsigavimą, siekiant žmonių su psichosocialine ir intelekto negalia gyvenimo kokybės gerinimo visame pasaulyje.

Nuo 2021 metų Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros įstaigose vykdomas žmogaus teisių vertinimas ir stebėseną remiantis „QualityRights“ metodika. 2023 metais LR sveikatos apsaugos ir LR socialinės apsaugos ir darbo ministrai patvirtino Psichikos sveikatos priežiūros bei socialinės globos įstaigų teikiamų paslaugų atitikties žmogaus teisių standartams vertinimo, stebėsenos ir metodinės pagalbos teikimo tvarkos aprašą, numatantį įsipareigojimą gerinti žmogaus teisių padėtį psichikos sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų sistemose bei teikiamų paslaugų kokybę.

Nepaisant šių iniciatyvų, Lietuvoje vis dar itin gajos stigmatizuojančios nuostatos, trukdančios įgyvendinti žmonių su psichosocialine negalia teises. Šios nuostatos ypač akcentuojamos Lietuvos psichikos sveikatos sektoriaus analizėje (OECD, 2022). Higienos instituto Psichikos sveikatos centro užsakymu atlikto Lietuvos gyventojų stigmatizuojančių nuostatų psichikos sveikatos srityje tyrimo rezultatai leidžia įžvelgti žmogaus teisėms nepalankių ir stigmatizuojančių nuostatų paplitimą tarp psichikos sveikatos paslaugų teikėjų (Grigutyte et al., 2022).

Stigma teikiant psichikos sveikatos paslaugas

Grigutyte et al. (2022) tyrimas parodė, kad daugiausiai stigmatizuojančios nuostatos reiškiamos vertinant psichikos sveikatos paslaugų teikėjus ir pagalbos teikimo būdus sveikatos priežiūros sistemoje. Šis požiūris sietinas su menku žinių apie psichikos sveikatą lygiu ir ankstesne patirtimi gaunant psichikos sveikatos priežiūros paslaugas. Lietuvos gyventojai, kurie turėjo asmeninės psichikos svei-

katos sunkumų, pasižymėjo labiau stigmatizuojančiu požiūriu į psichikos sveikatos paslaugų teikėjus ir, priešingai, mažesne stigma psichikos sveikatos sutrikimų gydymo atžvilgiu. Šios sąsajos gali būti vertinamos kaip neigiamos patirtys gaudant paslaugas ir bendraujant su psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikėjais. Visi fokusuotų grupių diskusijose dalyvavę asmeninės patirties turintys dalyviai yra patyrę neigiamą požiūrį asmens sveikatos priežiūros sistemoje, patys gaudami sveikatos priežiūros paslaugas per pastaruosius 3 metus. Daugiau stigmatizuojančių nuostatų patiriama iš vyresnio amžiaus darbuotojų asmens sveikatos priežiūros įstaigose. Šio tyrimo rezultatus patvirtina ir Mikonės et al. (2021) tyrimas, apibendrinantis, kad gydytojų požiūris į asmenis su psychosocialine negalia yra gana stigmatizuotas.

JT asmenų su negalia teisių konvencijos nuostatos ir Komiteto išaiškinimai

JT asmenų su negalia teisių konvencija buvo priimta siekiant šalinti diskriminaciją ir skatinti visapusišką asmenų su negalia dalyvavimą visuomenės gyvenime, užtikrinant lygiavertį požiūrį, teises ir galimybes.

Valstybės, ratifikavusios Konvenciją, privalo įgyvendinti jos nuostatas per nacionalinius teisės aktus ir politiką. Tai apima priemones, užtikrinančias lygias teises ir galimybes asmenims su negalia, taip pat jų dalyvavimą visuomenės gyvenime, nesvarbu, ar tai būtų švietimas, darbas, ar socialinė apsauga. Numatyti mechanizmai vertinti, kaip šalys narės įgyvendina Konvenciją, ir imtis reikalingų veiksmų trūkumams šalinti. Konvencija yra svarbus dokumentas, skatinant asmenų su negalia socialinę įtrauktį ir teisinę lygybę, užtikrinant orų gyvenimą ir galimybę aktyviai dalyvauti visuomenės gyvenime.

Konvencijoje įtvirtinta asmens teisė į laisvę ir asmens neliečiamumą. 14 straipsnis įpareigoja valstybes užtikrinti, kad laisvės atėmimas negali būti teisinamas negalios, kuriai priklauso ir psychosocialinė negalia, turėjimu. Ši nuostata susijusi ir su Konvencijos 12 straipsniu dėl lygybės prieš įstatymą ir 25 straipsniu, kur nurodoma, kad asmenys su negalia turi teisę į aukščiausią įmanomą sveikatos priežiūrą jų nediskriminuojant dėl negalios, o sveikatos priežiūros specialistai asmenims, turintiems negalią, privalo teikti tokios pat kokybės paslaugas kaip ir kitiems, remdamiesi laisvu ir informuotu sutikimu.

Priverstinė hospitalizacija psichikos sveikatos priežiūros įstaigose reiškia asmens teisinio veiksnio spręsti dėl priežiūros, gydymo ir priėmimo į ligoninę ar kitą įstaigą atėmimą, todėl tai pažeidžia pirmiausia Konvencijos 12 ir 14 straipsnius.

JT Asmenų su negalia teisių komiteto (toliau – Komitetas) gairės dėl Konvencijos 14 straipsnio buvo patvirtintos 2015 m. rugsėjo mėnesį per 14-ąją Komiteto sesiją. Dokumente nurodoma, kad priverstinis asmenų su negalia sulaukymas sveikatos priežiūros pagrindais prieštarauja absoliučiam laisvės atėmimo dėl negalios draudimui (14 straipsnio 1 dalies b punktas) ir laisvo bei informuoto sutikimo dėl sveikatos priežiūros principui (25 straipsnis). Komitetas ne kartą yra pareiškęs, kad Konvenciją ratifikavusios valstybės turėtų panaikinti nuostatas, kurios leidžia priverstinį asmenų su negalia sulaukymą psichikos sveikatos priežiūros įstaigose dėl nustatytų ar tariamų sutrikimų.

Komitetas ragina šalis nares užtikrinti asmenų su negalia, kuriems atimta laisvė, saugumą ir asmeninį integralumą, įskaitant priverstinio gydymo, izoliacijos ir įvairių suvaržymo formų, tokių kaip fiziniai, cheminiai ir mechaniniai suvaržymai, panaikinimą medicinos įstaigose. Komitetas nustatė, kad šios praktikos yra nesuderinamos su kankinimo ir kitokio žiauraus, nežmoniško ar žeminančio elgesio ar bausmių draudimu pagal Konvencijos 15 straipsnį.

JT Asmenų su negalia teisių komiteto aštuonioliktojoje sesijoje, įvykusioje 2017 m. rugpjūčio 14–31 d., priimta Bendroji pastaba dėl 19 straipsnio, kuri nagrinėja teisę asmenims su negalia gyventi savarankiškai ir būti įtrauktiems į bendruomenę. Ši pastaba pabrėžia, kad teisė į savarankišką gyvenimą yra neatsiejama nuo galimybės naudotis bendruomeninėmis paslaugomis ir parama, kurios užtikrina asmenų su negalia autonomiją ir galimybę dalyvauti visuomenės gyvenime nepatiriant diskriminacijos. Komitetas aiškiai nurodo, kad Konvenciją ratifikavusios valstybės privalo pašalinti institucinės globos praktikas, kurios apriboja asmenų su negalia galimybes gyventi savarankiškai, ir vietoje jų sukurti paslaugų sistemą, orientuotą į individualias reikmes bei sprendimų priėmimo laisvę.

Teisės į laisvę ir asmens saugumo užtikrinimas yra esminis Konvencijos 19 straipsnio, garantuojančio teisę gyventi savarankiškai ir būti įtrauktam į bendruomenę, įgyvendinimo aspektas. Komitetas pabrėžė šį ryšį su 19 straipsniu ir išreiškė susirūpinimą dėl asmenų su negalia institucionalizavimo bei paslaugų bendruomenėje stokos bei rekomendavo plėtoti reikalingas paslaugas ir veiksmingas deinstitucionalizacijos strategijas konsultuojantis su asmenų su negalia organizacijomis. Be to, Komitetas ragino skirti daugiau finansinių išteklių, kad būtų užtikrinta pakankama bendruomeninių paslaugų sistema.

Priverstinį institucionalizavimą dėl negalios ar susijusių aplinkybių, pavyzdžiui, numanomo „pavojingumo“, ir kitų kriterijų, išdėstytų Komiteto gairėse dėl Konvencijos 14 straipsnio, dažnai lemia arba paspartina tai, jog trūksta specializuotų paslaugų. Todėl visiškai įgyvendinus Konvencijos 19 straipsnį bus išvengta 14 straipsnio pažeidimų.

Komiteto 11-ojoje sesijoje, įvykusioje 2014 m. kovo 31 d. – balandžio 11 d., priimta Bendroji pastaba Nr. 1 dėl Konvencijos 12 straipsnio (Lygybė prieš įstatymą). Komitetas pabrėžia, kad asmenys su negalia turi teisę būti laikomi lygiais prieš įstatymą užtikrinant, kad jų teisinis veiksnumas turi būti gerbiamas, o bet kokie jų teisių suvaržymai ar apribojimai turi būti pagrįsti tik teisiniais pagrindais, laikantis pagrindinių žmogaus teisių principų. Nurodoma, kad teisinis veiksnumas ir psichikos būklė yra skirtingos sąvokos. Teisinis veiksnumas yra teisinis statusas ir teisinis atstovavimas. Teisinis statusas reiškia galėjamą turėti teises ir pareigas. Teisinis atstovavimas yra galimybė naudotis šiomis teisėmis bei vykdyti šias pareigas ir tai yra svarbiausia prasmingo dalyvavimo visuomenėje sąlyga. Psichikos būklė susijusi su asmens sprendimų priėmimo įgūdžiais, kurie kiekvieno asmens yra skirtingi ir gali skirtis įvairiais etapais net kalbant apie konkretų asmenį, atsižvelgiant į daugybę veiksnių, įskaitant aplinkos ir socialinių veiksnus. Remiantis Konvencijos 12 straipsniu, numanomi arba įvertinti psichikos sutrikimai negali būti laikomi pagrindu nepripažinti asmens teisinio veiksnumo.

Asmenų su negalia teisė į teisinį veiksnumą lygiai su kitais asmenimis apima ir jų teisės į asmens laisvę ir saugumą pripažinimą. Teisinio veiksnumo nepripažinimas ir jų sulaikymas sveikatos priežiūros įstaigose prieš jų valią, be jų sutikimo arba gavus sprendimus už kitą asmenį priimančio asmens sutikimą tebėra aktuali problema. Tokia praktika prilyginama savavališkam laisvės atėmimui ir pažeidžia Konvencijos 12 ir 14 straipsnius.

Teisė į geriausią įmanomą sveikatos apsaugą (25 straipsnis) apima teisę į sveikatos apsaugą iš anksto informuojant asmenis ir gavus jų laisvą sutikimą. Šalys narės yra įsipareigojusios reikalauti visų sveikatos apsaugos ir medicinos darbuotojų (įskaitant psichikos sveikatos specialistus) iš anksto informuoti asmenis su negalia ir gauti jų laisvą sutikimą prieš taikant bet koki gydymą. Kartu su teise į teisinį veiksnumą lygiai su kitais asmenimis šalys narės yra įsipareigojusios neleisti sprendimus už kitus asmenis priimantiems asmenims duoti sutikimo už asmenis su negalia.

JT Asmenų su negalia teisių komiteto komentarai pabrėžia žmogaus autonomiją, nepriklausomybę, asmens valios prioritetą ir formuluoja aiškius reikalavimus valstybėms panaikinti teises ir praktines sistemas, kurios riboja asmenų su negalia teises remiantis jų negalia ar vadinamaisiais „geriausiais interesais“; sukurti paramos sprendimų priėmimui mechanizmus, kurie gerbia asmens valią ir užtikrina informuotą pasirinkimą; skatinti bendruomeninių paslaugų modelį, kuriame atsisakoma priverstinių praktikų ir užtikrinama žmogaus teisių pirmenybė.

Komiteto pareiškimas, kuris buvo priimtas per 20-ąją sesiją, vykusią 2018 m. rugpjūčio 27 d. – rugsėjo 21 d. Ženevoje, valstybes ragina prieštarauti Ovjedo konvencijos papildomo protokolo projektui. Teigiama, kad siūlomas protokolas tariamai siekia apsaugoti visų asmenų su „psichikos sutrikimais“ teises, susijusias su sulaikymu ir priverstiniu gydymu, akivaizdžiai prieštarauja asmenų su negalia teisėms, pripažintoms Konvencijoje. Šis protokolas ypač pažeidžia 5 straipsnį dėl lygiateisiškumo ir nediskriminavimo, 12 straipsnį dėl teisės į lygybę prieš įstatymą, 14 straipsnį dėl teisės į laisvę ir saugumą, 17 straipsnį dėl teisės į fizinį ir psichinį neliečiamumą bei 25 straipsnį dėl teisės į sveikatą.

Nurodoma, kad Konvencijos 25 straipsnis aiškiai reikalauja, kad valstybės teiktų sveikatos priežiūros paslaugas asmenims su negalia remiantis laisvu ir informuotu jų sutikimu, todėl sveikatos priežiūros specialistai privalo užtikrinti, kad sutikimas būtų gautas prieš atliekant bet kokią medicininę intervenciją. Pagrįstai gerbiant asmens sutikimą, žmonės turi teisę atsakyti gydymo net jei manoma, kad jis būtų naudingas jų sveikatai. Asmenys su psychosocialine negalia neturėtų būti traktuojami kitaip, todėl jie turi tokią pačią teisę priimti arba atsakyti medicininio gydymo.

JT specialiojo pranešėjo teisei į sveikatą prof. Dainiaus Pūro (2017) ataskaitoje mestas iššūkis pasaulinėje psichiatrijos praktikoje taikomoms priverstinio hospitalizavimo ir gydymo sąlygoms „medicininė būtinybė“ bei „asmens pavojingumas“, pabrėžiant jų subjektyvumą ir stigmatizuojančią prigimtį, ir raginama stabdyti priverstinių priemonių taikymą plėtojant alternatyvias psychosocialines paslaugas.

Asmenų su negalia teisių komiteto rekomendacijose Lietuvai (2016 m.) rekomenduota nedelsiant panaikinti įstatymus, kuriais leidžiama atimti laisvę dėl negalios, taikyti priverstinį gydymą ir taikyti suvaržymus bei izoliavimą, ir priimti naujus teisės aktus, kuriais būtų draudžiama ši praktika. Taip pat nurodoma įtraukti organizacijas, atstovaujančias asmenims su psychosocialine negalia, renkant naujus teisės aktus ir rinkti bei naudoti duomenis siekiant stebėti ir pašalinti psychosocialinę negalią turinčių asmenų visų formų priverstinį hospitalizavimą ir gydymą.

Komiteto rekomendacijos neįgyvendintos 2019 m. sausio 11 d. patvirtinus naują Psichikos sveikatos priežiūros įstatymo redakciją, kurioje buvo išplėstas priverstinio asmens hospitalizavimo institutas, įtraukiant žalą turtui kaip vieną asmens priverstinio hospitalizavimo pagrindų, o kreipimuisi į teismą numatomą laiką nuo 48 val. prailginus iki 3 darbo dienų. Įstatyme pirmą kartą nacionaliniu mastu numatyta priverstinio hospitalizavimo atvejų ir priverstinio gydymo metu taikomų fizinio suvaržymo priemonių stebėseną ir parengta jos įgyvendinimo tvarka.

Priverstinio hospitalizavimo sąlygų išplėtimas bei fizinio suvaržymo priemonių taikymo reglamentavimas nacionaliniu mastu prieštarauja Konvencijai bei Asmenų su negalia teisių komiteto rekomendacijoms Lietuvai. Be to, Įstatyme ir Tvarkoje nepakankamai reglamentuojamos apsaugos priemonės ir stebėseną: priverstinis hospitalizavimas ir priverstinis gydymas sunkiai atskiriami reglamentuojamose procedūrose, o stebėseną apima fizinio suvaržymo priemonių rankomis taikymą, fizinio suvaržymo specialiosiomis fizinio suvaržymo priemonėmis taikymą ir izoliavimą atskiroje patalpoje.

Komiteto 2022 m. spalio 10 d. paskelbtose Gairėse dėl deinstitucionalizavimo, įskaitant krizinių situacijų valdymą, pabrėžiama, kad institucionalizavimas, net ir ekstremaliose situacijose, yra nesuderinamas su tarptautiniais žmogaus teisių standartais ir turi būti pakeistas veiksmingomis deinstitucionalizavimo strategijomis bei paslaugomis bendruomenėje.

Komitetas aiškiai nurodo, kad priverstiniai medicininiai veiksmai ir suvaržymai neturi būti toleruojami jokiais aplinkybėmis, nes tai pažeidžia pagrindines asmenų su negalia teises ir orumą. Šalys narės skatinamos pripažinti, kad žmonių su negalia institucionalizavimas yra smurto forma prieš asmenis su negalia. Jis dažnai susijęs su priverstiniais medicininiais veiksmais, tokiais kaip psichotropinių vaistų (raminamųjų, nuotaikos stabilizatorių), elektros impulsų terapijos ar „konversinės terapijos“ taikymas. Tokios praktikos pažeidžia Konvencijos 15, 16 ir 17 straipsnius, kurie užtikrina apsaugą nuo kankinimų ir žiauraus elgesio, išnaudojimo, smurto ir prievartos bei teisę į fizinį ir psichikos neliečiamumą.

Be to, institucionalizavimo metu asmenims su negalia dažnai taikomas gydymas ir skiriami medikamentai be jų laisvo, išankstinio ir informuoto sutikimo, o tai pažeidžia Konvencijos 15 ir 25 straipsnius, reglamentuojančius asmens autonomiją ir teisę į prieinamą sveikatos priežiūrą lygiomis teisėmis su kitais. Todėl institucionalizavimas yra sisteminio smurto, diskriminacijos ir pagrindinių žmogaus teisių pažeidimo prieš asmenis su negalia forma.

Asmenų su negalia teisių komiteto rekomendacijose nurodoma gerinti socialinės psichiatrijos paslaugas teikiančių institucijų kontrolę siekiant užkirsti kelią smurtui ir prievartai prieš jose esančius asmenis su negalia, užtikrinti galimybę naudotis nepriklausomais skundų mechanizmais.

Analizėje apie smurto lyties pagrindu ir socialinių bei psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo moterims su negalia sankirtą (2023) nurodoma, kad smurto prevencijos, intervencijos ir postvencijos mechanizmai nepakankamai integruoti į įstaigų vidaus tvarkas, kurios, nors ir remiasi nacionaliniais teisės aktais, nesudaro sąlygų tinkamai, efektyviai ir laiku reaguoti į smurto ar prievartos patirtis įstaigose.

LR Seimo kontrolierių įstaigos ataskaitose, vykdamt nacionalinę kankinimų prevenciją, nurodomi trūkumai psichiatrijos stacionaruose, susiję su pacientų skundų nagrinėjimo tvarkų parengimu, komunikacija ir įgyvendinimu, t. y. dažnai nėra gauta arba nagrinėta pacientų rašytinių skundų dėl darbuotojų fizinio arba psichologinio smurto, provokuojamo elgesio arba netinkamo bendravimo, kurių pagrindu įstaigų administracija būtų pradėjusi tarnybinius patikrinimus.

Iki šiol Lietuvoje nėra atlikta mokslinių tyrimų, matuojančių ir įvertinančių psichikos sveikatos priežiūros specialistų nuostatas bei turimas žinias apie žmogaus teisių principus ir jų taikymą teikiant psichikos sveikatos priežiūros paslaugas.

Tyrimo metodologija

Tyrėjų komanda parengė tyrimo metodologiją, grindžiamą Konvencijoje įtvirtintais žmogaus teisių standartais bei atitinkamais PSO „QualityRights“ instrumentais. Empiriniams duomenims rinkti buvo pasitelkiama kiekybinis tyrimo metodas (internetinė, telefoninė ir tiesioginė apklausa, kurią atliko rinkos tyrimų kompanija RAIT), kokybinis tyrimo metodas (fokusuotos grupinės diskusijos) ir antrinių duomenų (studijų programų) analizė.

Kiekybinis tyrimas

Tyrimo instrumentas – anketa iš 30 uždaryjū klausimų (įskaitant 10 sociodemografinių) ir 2 atvirujū klausimų (1 priedas). Kiekybiniams duomenims rinkti buvo naudojama internetinė ir telefoninė apklausa bei popierinės anketos.

Internetinė apklausa – duomenų rinkimo būdas, kai respondentai savarankiškai užpildo klausimyną internetu. Naudoti platinimo būdai: kvietimai siunčiami gydymo įstaigoms ir tikslinių grupių atstovams į elektroninius paštus, platinami specialistų socialinių tinklų grupėse, pasitelktas sniego gniūžtės metodas, skambinama į gydymo įstaigas ir kviečiama atsakyti į klausimus internetu. Visiškai užpildytų anketų skaičius – 144, dalinai užpildytų anketų skaičius – 73, iš viso – 217.

Telefoninė apklausa – duomenų rinkimo metodas, kai tyrėjai skambina respondentams ir užduoda klausimus tiesiogiai telefonu. Visiškai buvo užpildytos 82 anketos, dalinai – 2, iš viso – 84.

Savipildos būdu vykdoma apklausa naudojant popierines anketas – duomenų rinkimo metodas, kai respondentai patys užpildo popierinius klausimynus. Popierinės anketos perduotos ligoninių personalo atstovui, kuris jas padalijo tikslinės grupės atstovams. Užpildytos anketos suvestos naudojant internetinės apklausos nuorodas. Iš viso – 89 anketos.

1 lentelė. Visais metodais apklausti tikslinės grupės atstovai, įskaitant dalinai užpildytas anketas (skaičius)

		Specialybė					
		Psichiatras (-ė)	Slaugytojas (-a)	Medicinos psichologas (-ė)	Socialinis darbuotojas (-a)	Slaugytojo padėjėjas (-a)	Iš viso
Duomenų rinkimo metodas	Internetinė apklausa	49	51	58	19	14	191
	Telefoninė apklausa	22	32	13	17	0	84
	Popierinių anketų pildymas	9	42	3	3	32	89
	Internetinė apklausa po skambučio	7	4	4	11	0	26
	Iš viso	87	129	78	50	46	390

Kiekybinių duomenų analizė

Analizuojant specialistų nuostatas, susijusias su žmogaus teisėmis, buvo siekiama atskleisti nuomonių pasiskirstymą pagal skirtingus sociodemografinius, profesinius ir organizacinius parametrus. Lyginamoji analizė atlikta naudojant SPSS statistinės analizės programą, kuri suteikė galimybę įvertinti bendrą atsakymų sklaidą ir atsakymų pasiskirstymą lyginamosiose grupėse (pasiskirstymas pagal lytį, amžių, gyvenamąją vietą, profesinę patirtį ir organizacijų charakteristikas, įskaitant darbuotojų ir vietų ar lovų skaičių, bei geografinę įstaigų vietą).

Siekiant identifikuoti statistiškai reikšmingus skirtumus tarp grupių atsakymų, buvo taikomas Z testas esant reikšmingumo lygmeniui $p < 0,05$. Tai leido išskirti statistiškai reikšmingus skirtumus tarp lyginamųjų grupių atsakymų proporcijų. Analitinėje dalyje nurodyti tik statistiškai reikšmingi skirtumai, o atsakymų bendroji sklaida pateikta 3 priede.

Kokybinis tyrimas

Atvirųjų anketos klausimų analizė

Anketos kokybinių duomenų teminė analizė buvo atlikta pasitelkus „MAXQDA“ programą. Atsakymai į atvirusius klausimus buvo kelis kartus perskaityti, teksto dalys buvo sukodautos, susintetintos ir suskirstytos į kategorijas. Kodavimas atliktas pasitelkus indukcinę teminę analizę. Pirminės temos buvo suformuluotos, tuomet peržiūrėtos, aptartos ir galutinai pateiktos, atsižvelgiant į modelius tiek teminėse kategorijose, tiek ir tarp jų.

Fokusuotos diskusijų grupės

Tyrimo dalyvių atranka ir charakteristikos

Atliktos 6 fokusuotos grupės diskusijos (toliau – FGD), kuriose dalyvavo vidutiniškai po 6 asmenis, iš viso – 36 FGD dalyviai. Tai – kokybinis tyrimo metodas, leidžiantis gauti informaciją apie giluminius tam tikrų temų aspektus, detaliau nagrinėti konkrečias temas, aptarti jų priežastis, suvokimus, interpretacijas, sužinoti nuomonę ir patirtis.

Penkios FGD su psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikėjais vyko nuotoliniu būdu per MS *Teams* programą, grupė su psichikos sveikatos paslaugų gavėjais vyko gyvai. Vidutinė vienos grupės trukmė buvo apie 90 min. Grupės vyko 2024 m. spalio–lapkričio mėn. pagal parengtus klausimus (2 priedas).

Tyrimo dalyviai atrinkti tikslinės atrankos principu, siekiant įtraukti paslaugų teikėjus iš skirtingų įstaigų, lygmenų ir regionų. Atrankos kriterijai: dirba skirtingo lygmens įstaigose, teikia paslaugas ambulatorinėje arba stacionarioje įstaigoje, dirba skirtinguose regionuose. Tyrime dalyvavo specialistai iš Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Alytaus, Šiaulių ir Panevėžio.

Paslaugų gavėjų grupė vyko tiesioginio kontakto būdu Vilniuje. Atrankos kriterijai: turi ne mažiau kaip 5 metus naudojimosi psichikos sveikatos paslaugomis patirties ambulatoriškai arba stacionare, tyrimo metu nejaučia sveikatos būklės pablogėjimo.

Tyrimo dalyvių vardai ir kita juos identifikuoti galinti informacija pristatant tyrimo rezultatus pakeista kiekvienam tyrimo dalyviui suteikiant unikalų kodą, konkretūs miestai, kuriuose dirba paslaugų teikėjai, nenurodomi, nes tai leistų nesunkiai juos identifikuoti. Fokusuotų diskusijų grupių dalyvių sociodemografinė informacija pateikta 2 ir 3 lentelėse.

2 lentelė. FGD dalyvių (paslaugų gavėjų) sociodemografinės charakteristikos (skaičius)

Lytis	
Moterys	4
Vyrai	3
Amžius metais	
36–45	3
46–55	3
56–65	1
Vietovė, kurioje gyvena	
Didmiestyje (> 200 000 gyv.)	7
Paslaugų vartojimo patirtis metais	
6–10	1
11–15	2
20+	4

3 lentelė. FGD dalyvių (paslaugų teikėjų) sociodemografinės charakteristikos (skaičius)

Sociodemografinė charakteristika	Socialiniai darbuotojai	Slaugytojai	Psichiatrai	Medicinos psichologai
Lytis				
Moterys	5	7	3	7
Vyrai	3	–	4	–
Amžius metais				
18–25	1	–	–	–
26–35	–	2	2	3
36–45	4	2	1	3
46–55	2	3	2	–
56–65	1	–	1	1
65+	–	–	1	–
Vietovė, kurioje dirba				
Didmiestyje (> 200 000 gyv.)	3	3	3	6
Mieste (30 001–200 000 gyv.)	4	3	2	1
Mieste (3 001–30 000 gyv.)	1	1	2	–

Profesinio darbo patirtis metais				
1–5	1	–	1	–
6–10	–	2	2	3
11–15	–	2	–	2
16–20	2	1	1	2
20+	5	2	3	–

Grupinės diskusijos eiga

Dėl dalyvavimo tyrime buvo tariamasi telefonu ir elektroniniu paštu. Visų grupės diskusijų įrašai buvo transkribuoti ir koduoti atliekant dedukcinę teminę analizę. Bendra įrašų trukmė – apie 8 val. Diskusijos vyko pokalbio forma, stengiantis laikytis klausimų sekos, tačiau nesistengiant jos žūtbūt išlaikyti, jeigu tyrimo dalyviai pradeda pasakoti tai, kas jiems aktualu, ir nukrypsta. Tokiu atveju prisitaikyta prie jų minčių sekos, leista jiems užbaigti savo pasisakymą ir korektiškai pasiūlyta grįžti prie diskusijos klausimų. Susitikimų metu buvo siekiama sukurti tokią atmosferą, kad tyrimo dalyviai jaustųsi saugūs emocine ir psichologine prasme. Tyrėjos atliko aktyvaus klausytojo vaidmenį: užduodami klausimai daugiausia buvo skirti palaikyti, patikslinti ar pokalbiui nukreipti, leidžiant kalbėti tyrimo dalyviams.

Mokymo programų analizė

Siekiant įvertinti, kiek socialiniai darbuotojai, psichologai, slaugytojai ir psichiatrai studijų metu supažindinami su žmogaus teisių standartais ir Konvencija, 2024 m. spalio–lapkričio mėn. buvo atlikta išsami studijų programų analizė. Pirmasis žingsnis buvo sudaryti šias specialybes siūlančių Lietuvos aukštųjų mokyklų sąrašą, remiantis informacija, pateikta Atviroje informavimo, konsultavimo ir orientavimo sistemoje (AIKOS). Sudarius sąrašą, buvo ieškoma viešai prieinamų studijų planų, kurie peržiūrėti identifikuojant konkrečius dėstomuosius dalykus, kuriuose studentai galėtų būti supažindinami su psichikos sveikatos ir žmogaus teisių temomis. Nerasus dalykų, kuriuose nagrinėjamos šios temos, programa buvo šalinama iš sąrašo. Tolesniam analizės etapui buvo sudaromas paieškos kriterijus atitinkančių dalykų sąrašas kiekvienai studijų programai ir gilinamasi į kiekvieno dalyko turinį siekiant įvertinti, ar ir kiek detalai jame aptariami psichikos sveikatos ir žmogaus teisių klausimai. Jei dalyko aprašas neprieinamas internete, papildomai susisiekiama su studijų programą administruojančia aukštąja mo-

kykla ir paprašyta pasidalinti dalyko aprašu. Iš viso peržiūrėtos 78 universitetinių ir koleginių studijų programos ir rasta 50 dalykų, kuriuose galėjo būti aptariami psichikos sveikatos ir žmogaus teisių klausimai. Atmetus tuos, kuriuose nebuvo skiriama dėmesio psichikos sveikatos ir žmogaus teisių temoms, buvo analizuota 19 dalykų, kurie atitiko paieškos kriterijus.

4 lentelė. Studijų programų atrankos rezultatai

Studijų rūšis	Studijų pakopa	Rasta programų	Po studijų programos plano peržiūros liko programų	Kriterijus potencialiai atitinkantys dalykai	Analizuoti dalykai
Universitetinės	Bakaluro	21	15	23	5
	Magistro	36	20	22	9
	Rezidentūros	6	0	0	0
Koleginės	Profesinis bakalauro	15	5	5	5

Tyrimo etika

Prieš pradėdant tyrimą buvo kreiptasi į VU Filosofijos fakulteto Sociologijos ir socialinio darbo ir Ugdymo mokslų institutų atitikties mokslinių tyrimų etikai komitetą ir gautas komiteto pritarimas tyrimui: 2024 m. rugsėjo 25 d. protokolas Nr. (1.13 E) 250000-KT-162.

Atliekant tyrimą buvo laikomasi šių etikos principų: visa tyrimo dalyvių asmeninė ir diskusijos metu pateikta informacija yra konfidenciali ir neprieinama niekam, kas nėra susijęs su duomenų rinkimu ir jų analize, cituojant nenaudojami tikrieji tyrimo dalyvių ar jų minimų asmenų vardai ir pavardės, vietovių ar įstaigų pavadinimai. Pristatant tyrimo dalyvius pateikiamos tik bendros sociodemografinės charakteristikos, dalyvavimas tyrime savanoriškas, tyrimo dalyvis galėjo bet kuriuo metu prasidėjęs tyrimui pasitraukti arba paprašyti nenaudoti jo duomenų per 10 dienų laikotarpį nuo dalyvavimo diskusijoje. Tokių prašymų nebuvo gauta.

Tyrimo rezultatai

Kiekybinio tyrimo rezultatai

Tyrimo dalyvių sociodemografiniai bruožai

Tyrimė dalyvavo 87 proc. moterų ir 13 proc. vyrų. Dauguma tyrimo dalyvių (60 proc.) vyresni nei 46 m. amžiaus. 20 proc. priklauso 26–35 m. amžiaus grupei, 16 proc. – 36–45 metų.

Tyrimė dalyvavo 23 proc. psichiatrų, 31 proc. slaugytojų, 21 proc. medicinos psichologų, 13 proc. socialinių darbuotojų ir 11 proc. slaugytojų padėjėjų. Daugiau nei trečdalis tyrimo dalyvių (36 proc.) turi daugiau nei 20 metų profesinę patirtį, 1–5 metų profesinę patirtį nurodė turintys 16 proc. respondentų, 6–10 metų dirbantys teigė 13 proc. respondentų, 11–15 metų – 8 proc. ir 16–20 metų – 12 proc. Likę 12 proc. respondentų nenurodė savo profesinės patirties trukmės.

62 proc. tyrimo dalyvių yra iš Vilniaus ir Kauno, kur koncentruojasi didžiausios psichiatrijos ligoninės bei yra tankus PSC tinklas. 16 proc. respondentų – iš didžiųjų miestų (30 001–200 000 gyv.), 20 proc. – iš miestų (3 001–30 000 gyv.), likę 3 proc. – iš miestelių arba kaimų (iki 3 000 gyv.).

Pusė respondentų nurodė, kad jų pagrindinė darbovietė – psichiatrijos stacionaras viešajame (1 proc. – privačiame) sektoriuje. Daugiau nei trečdalis (36 proc.) teigė, kad jų pagrindinė darbovietė yra PSC viešajame (7 proc. – privačiame) sektoriuje. Likę 6 proc. pagrindine darbovieta laiko psichiatrijos arba psichoterapijos dienos stacionarą viešajame sektoriuje. Didžiausia stacionariose gydymo įstaigose dirbančių tyrimo dalyvių dalis (42 proc.) teigė dirbantys stacionaruose, kuriuose daugiau nei 200 lovų (vietų), kiek daugiau nei ketvirtadalis (27 proc.) – iki 30 lovų. Įstaigose, kuriose yra nuo 31 iki 50 ir nuo 51 iki 100 lovų, dirba atitinkamai 9 ir 10 proc. tyrimo dalyvių, 7 proc. dirba įstaigose, kuriose yra 101–200 lovų, likę 6 proc. teigė nežinantys arba rinkosi nenurodyti. PSC atstovaujantys respondentai daugiausia buvo iš įstaigų, aptarnaujančių nuo 10 000 iki 30 000 prirašytų gyventojų (37 proc.), dvigubai mažiau (18 proc.) dirba mažiausiuose PSC (iki 10 000 prirašytų gyventojų). Penktadalis (21 proc.) nežinojo, kiek gyventojų aptarnauja jų atstovaujamas PSC. 13 proc. nurodė dirbantys PSC, turinčiuose nuo 30 000 iki 50 000 prirašytų gyventojų; 2 proc. – PSC, turinčiuose nuo 50 000 iki 80 000 prirašytų gyventojų, ir 8 proc. – PSC, turinčiuose 80 000 ir

daugiau prirašytų gyventojų. Daugiausiai (14 proc.) respondentų dirba įstaigose, turinčiose nuo 31 iki 50 darbuotojų, panaši dalis (15 proc.) teigė nežinantys darbuotojų skaičiaus. 12 proc. dirba įstaigose, turinčiose didžiausią darbuotojų skaičių – daugiau negu 200, vienodas skaičius tyrimo dalyvių (po 5 proc.) dirba įstaigose, turinčiose 51–100 ir 101–200 darbuotojų.

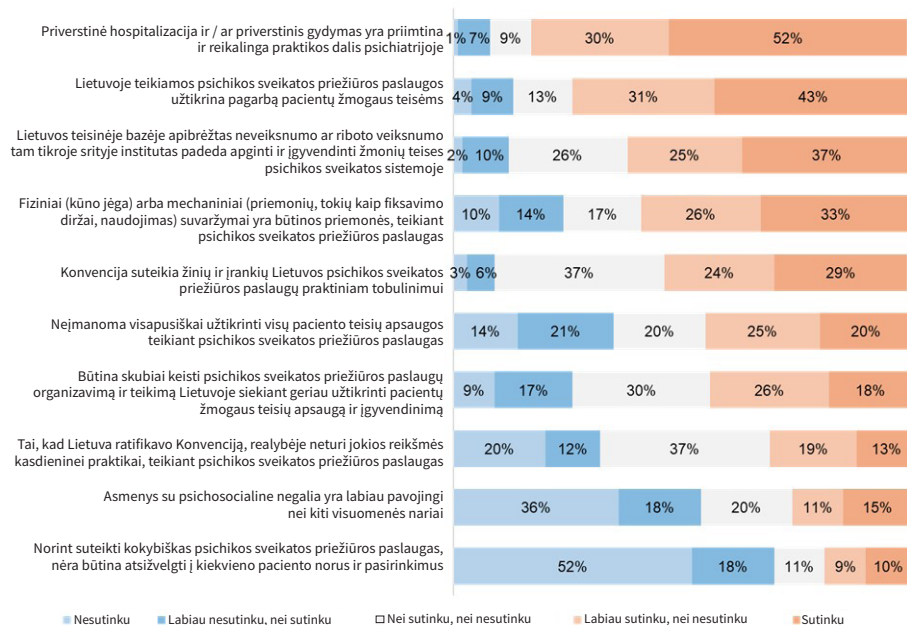
Užsienyje darbo patirties pagal savo specialybę teigė turintys tik 3 proc. tyrimo dalyvių. Medikų emigracija yra aktuali problema tiek Lietuvai, tiek kitoms Centrinės, Rytų ir Pietryčių Europos šalims (žr., pvz., Stan ir Erne, 2016; Stancu et al. 2024; Jurić et al., 2021; Becker ir Teney, 2020), o šis tyrimas parodė, kad Lietuvos atveju tik labai nedidelė šių migrantų dalis grįžta dirbti atgal į savo kilmės šalį. Vadinasi, pažangios užsienio šalių praktikos asmeninės patirties būdu tik labai retais atvejais ir labai nedidelėmis apimtimis pasiekia Lietuvos psichikos sveikatos sistemą.

Konvencijos principų įgyvendinimas

Tyrimo dalyviai buvo paprašyti įvertinti įvairius su žmogaus teisių užtikrinimu arba neužtikrinimu Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros sistemoje susijusius teiginius (žr. 1 pav.). Pateikta dešimt teiginių ir paprašyta kiekvieną įvertinti nurodant, ar *sutinka; labiau sutinka, negu nesutinka; nei sutinka, nei nesutinka; labiau nesutinka, nei sutinka; nesutinka* su pateiktu teiginiu.

Dauguma – 82 proc. respondentų (52 proc. „sutinku“ ir 30 proc. „labiau sutinku, nei nesutinku“) pritarė Konvencijos nuostatų bei standartų neatitinkančiam teiginiui, jog **priverstinė hospitalizacija ir / ar priverstinis gydymas yra priimtina ir reikalinga praktikos dalis psichiatrijoje.**

Kaip Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros sistemoje užtikrinamos žmogaus teisės? (N = 323)



1 pav. Žmogaus teisių užtikrinimas Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros sistemoje

Statistiškai reikšmingi⁴ vertinimų skirtumai stebimi lyginant šių atsakymų sklaidą pagal lytį, amžių, specialybę ir įstaigų dydį. Vyrų labiau linkę pritarti šiam teiginiui – net 67 proc. jų sutinka, palyginti su 50 proc. moterų. Vyresni nei 65 metų amžiaus respondentai labiausiai palaiko priverstinį gydymą, 65 proc. iš jų sutinka su teiginiu. 26–35 metų grupėje pritarimo procentas yra mažesnis – tik 41 proc. pateisina priverstinę hospitalizaciją.

Atsakymų pasiskirstymas pagal specialybę parodė, kad slaugytojų padėjėjai ryškiai išsiskiria, 74 proc. jų pritaria priverstinei hospitalizacijai. Medicinos psichologai priverstinę hospitalizaciją remia mažiausiai (10 proc. su šia praktika sutinka). Psichiatrai ir slaugytojai taip pat sutinka su priverstiniu gydymu (atitinkamai 63 proc. ir 66 proc.). Didžiausių įstaigų atstovai (daugiau kaip 200 lovų ir 200 darbuotojų) taip pat yra labiau linkę pritarti priverstinei hospitalizacijai.

4 Čia ir toliau: grupių skirtumas yra statistiškai reikšmingas esant reikšmingumo lygmeniui $p < 0,05$.

Kitose sociodemografinėse ir profesinių charakteristikų grupėse statistiškai reikšmingų skirtumų nėra.

Toks rezultatas rodo ryškų specialistų nuomonės atotrūkį nuo Konvencijos vertybių, standartų ir nuostatų, tokių kaip teisė į autonomiją, savarankiškumą ir laisvę nuo diskriminacijos. Konvencijoje pabrėžiama, kad priverstinė hospitalizacija ir priverstinis gydymas pažeidžia asmens teises, ypač teisę į informuotą sutikimą ir laisvą sprendimų priėmimą dėl sveikatos priežiūros.

Gairėse „Asmenų su negalia teisė į laisvę ir saugumą“ nurodoma, kad priverstinis asmenų su negalia (įskaitant asmenis su psichosocialine negalia) hospitalizavimas dėl sveikatos priežiūros priežasčių prieštarauja absoliučiam draudimui atimti laisvę dėl negalios (14 straipsnis) ir principui, kad sveikatos priežiūros srityje turi būti užtikrintas laisvas ir informuotas susijusio asmens sutikimas (25 straipsnis). Komitetas ne kartą yra pareiškęs, kad valstybės narės turėtų panaikinti nuostatas, kurios leidžia priverstinę asmenų su psichosocialine negalia hospitalizaciją psichikos sveikatos priežiūros įstaigose, remiantis faktine ar numanoma negalia. Priverstinė hospitalizacija reiškia, kad atimama asmens teisinė galia priimti sprendimus dėl priežiūros, gydymo, hospitalizavimo, taigi pažeidžiami Konvencijos 12 ir 14 straipsniai.

74 proc. tyrimo dalyvių (43 proc. „sutinku“ ir 31 proc. „labiau sutinku, nei nesutinku“) sutiko su Konvenciją atitinkančiu teiginiu, kad **psichikos sveikatos priežiūros paslaugos užtikrina pagarbą pacientų žmogaus teisėms**.

Statistiškai reikšmingi vertinimų skirtumai stebimi lyginant atsakymų sklaidą pagal specialybę ir įstaigų dydį. Slaugytojų padėjėjai išsiskyrė aukščiausiu pritarimo lygiu – 76 proc. sutiko su teiginiu, jog Lietuvoje teikiamos psichikos sveikatos priežiūros paslaugos užtikrina pagarbą žmogaus teisėms. Psichiatrai buvo labiau neutralūs: su teiginiu sutiko 28 proc. bei 43 proc. labiau sutiko, nei nesutiko. Medicinos psichologai – kritiškiausi psichikos sveikatos politikos atžvilgiu (17 proc. sutiko, 46 proc. labiau sutiko, nei nesutiko). Mažiausių pagal darbuotojų skaičių (iki 50 darbuotojų) įstaigų respondentai pacientų žmogaus teisių užtikrinimą vertina palankiau. Kitose sociodemografinėse ir profesinių charakteristikų grupėse statistiškai reikšmingų skirtumų nėra.

Būdami sistemos dalimi, tyrimo dalyviai pasižymi pozityviu požiūriu į esamą praktiką ir palankiai vertina profesinius standartus, taikomus psichikos sveikatos priežiūros specialistų. Toks santykinai nekritiškas požiūris sietinas su palankiu jų pačių dedamų pastangų vertinimu, tad veikiau atspindi fragmentišką vaizdą, o ne objektyvią žmogaus teisių padėtį. Pateikdami tokį palankų vertinimą specialistai labiau atsižvelgia į procedūrinius aspektus – etikos kodeksų laikymą-

si, fizinio smurto nebuvimą, mažiau orientuodamiesi į platesnį žmogaus teisių kontekstą, apimantį tokius aspektus kaip autonomija *versus* priverstinis gydymas, asmens privatumo užtikrinimas, pasirinkimo teisė ir pan. Tolesniuose skyriuose aptariami atsakymai į atviruosius klausimus demonstruoja fragmentišką informuotumą apie tarptautinius žmogaus teisių standartus, kuris iš dalies paaiškina aukštą palankaus vertinimo procentą.

Ne mažiau svarbūs yra ir kultūriniai bei istoriniai veiksniai, iš sovietmečio paveldėta represyvi psichikos sveikatos sistema, kurioje sisteminiai pokyčiai įgyvendinami lėtai. Specialistų požiūris gali būti labiau orientuotas į tradicines, įprastas praktikas ir procedūras, o ne į žmogaus teisių standartus, kurie reikalauja didesnės autonomijos, informuoto sutikimo, pagarbos žmogaus teisėms.

62 proc. respondentų (37 proc. „sutinku“ ir 25 proc. „labiau sutinku, nei nesutinku“) pritarė Konvencijos nuostatų ir standartų neatitinkančiam teiginiui, jog **Lietuvos teisinėje bazėje apibrėžtas neveiknumo ar riboto veiknumo tam tikroje srityje institutas padeda apginti ir įgyvendinti žmonių teises psichikos sveikatos sistemoje**. Beveik du trečdaliai respondentų tiki, kad toks institutas suteikia teisinį pagrindą padėti asmenims, kurie dėl psichikos sveikatos būklės susiduria su sunkumais priimant sprendimus, ir apsaugoti juos nuo galimai žalingų sprendimų ar išorinių grėsmių.

Statistiškai reikšmingi vertinimų skirtumai stebimi lyginant šių atsakymų sklaidą pagal lytį, amžių ir specialybę. Vyrai (54 proc.) labiau nei moterys (35 proc.) yra linkę teigti, kad neveiknumo ar riboto veiknumo tam tikroje srityje institutas padeda apginti ir įgyvendinti žmonių teises psichikos sveikatos sistemoje. Amžiaus grupėse teiginį labiausiai palaikė vyriausi (vyresni nei 65 metų) ir jauniausi (18–25 m.) respondentai (atitinkamai 50 proc. ir 42 proc.). 26–55 metų amžiaus grupė teiginį palaikė mažiau. Analizuojant pagal specialybes pasakytina, kad slaugytojų padėjėjai pasirodė esantys didžiausi teiginio šalininkai (su teiginiu sutiko 59 proc.), o medicinos psichologai su teiginiu sutiko mažiausiai – 10 proc. Psichiatrų grupėje 42 proc. sutiko su teiginiu. Kitose sociodemografinėse ir profesinių charakteristikų grupėse statistiškai reikšmingų skirtumų nėra.

Savo profesinėje veikloje dažnai susiduriant su atvejais, kai asmenys dėl sveikatos sutrikimų negeba be pagalbos priimti informuotų sprendimų, kurie atitiktų jų pačių interesus, neveiknumo institutas specialistams atrodo kaip praktinis būdas užtikrinti apsaugą, o teisinis įgaliojimas kitus asmenis ar institucijas priimti sprendimus asmens vardu vertinamas kaip būdas užtikrinti jo gerovę ir saugumą. Tačiau Konvencija reikalauja panaikinti teisinio neveiknumo ir riboto veiknumo praktikas, laikydama jas asmens autonomijos pažeidimu ir teisinės galios ap-

ribojimu: visi asmenys turi teisę į savarankiškumą, savarankišką sprendimų priėmimą su pagalba ir teisinės galias, jie neturėtų būti laikomi teisiškai neveiksniais ar ribotai veiksniais vien dėl psichosocialinės negalios. Jiems turėtų būti suteikta pagalba priimant sprendimus, išlaikant jų teisinę galią.

Mažiausiai specialistai pritarė šiems teiginiams:

Teiginiui, jog, **norint suteikti kokybiškas psichikos sveikatos priežiūros paslaugas, nėra būtina atsižvelgti į kiekvieno paciento norus ir pasirinkimus**, nepritarė 70 proc. respondentų (52 proc. „nesutinku“ ir 18 proc. „labiau nesutinku, nei sutinku“).

Statistiškai reikšmingi vertinimų skirtumai stebimi lyginant atsakymų sklaidą pagal lytį ir specialybę. Vyrų dažniau sutiko su teiginiu (20 proc.) nei moterų (9 proc.). Medicinos psichologai mažiausiai (tik 1 proc.) palaikė teiginį. Slaugytojų padėjėjų pritarimo lygis didžiausias (35 proc. sutiko). Kitose analizuotose sociodemografinėse ir profesinių charakteristikų grupėse statistiškai reikšmingų skirtumų nėra.

Psichikos sveikatos priežiūros srityje dirbantys specialistai linkę palaikyti paciento įtraukimą į sprendimų priėmimą, o tai atitinka Konvencijos reikalavimus ir siekį pereiti prie modelio, pagrįsto sutikimu ir bendradarbiavimu. Aukštas pritarimo lygis rodo, kad specialistai pripažįsta pacientų pasirinkimų svarbą kokybiškam paslaugų teikimui, ir tai atitinka Konvencijos principą, jog sveikatos priežiūra turi būti grindžiama pagarba paciento teisėms ir autonomijai, be to, kokybiška sveikatos priežiūra nėra tik techninis paslaugų teikimas, bet ir paciento orumo, asmeninio pasirinkimo bei teisių užtikrinimas visais gydymo etapais.

54 proc. respondentų (36 proc. „nesutinku“ ir 18 proc. „labiau nesutinku, nei sutinku“) nepritarė teiginiui, kad **asmenys su psichosocialine negalia yra labiau pavojingi nei kiti visuomenės nariai**.

Statistiškai reikšmingi vertinimų skirtumai stebimi lyginant atsakymų sklaidą pagal specialybę. Vertinant pagal profesijas, psichiatrai ir medicinos psichologai buvo labiausiai nusiteikę nepritari ti teiginiui, atitinkamai 52 proc. ir 55 proc. visiškai nesutiko su teiginiu. Slaugytojų padėjėjai išsiskyrė aukštu pritarimo lygiu – 62 proc. sutiko su teiginiu, kas buvo reikšmingai didesnis procentas nei kitose profesinėse grupėse. Kitose analizuotose grupėse statistiškai reikšmingų skirtumų nėra.

Daugiau nei pusės apklaustųjų nepritarimas stigmatizuojančiai nuostatai atspindi specialistų požiūrio kaitą ir gilesnį supratimą apie psichikos sveikatos problemas. Stereotipas, kad šie asmenys yra pavojingesni, prieštarauja Konven-

cijos principams, nes jis stiprina stigmą, atskirtį ir diskriminaciją. Respondentų nepritarimas šiam teiginiui atspindi atvirumą mokliškai pagrįstam požiūriui, jog asmenys su psichosocialine negalia nėra laikomi grėsme, o, atvirkščiai, dažniau tampa nusikaltimų aukomis (žr., pvz., Rosa-Roccor et al., 2020; Latalova et al., 2014; Fitzgerald et al., 2005; Teplin et al., 2005).

Didėjantis supratimas ir teigiamo požiūrio formavimasis tarp psichikos sveikatos priežiūros specialistų yra reikšmingas, nes jų požiūris ir elgesys turi tiesioginį poveikį paslaugų kokybei ir pacientų patirtims: stereotipai apie pavojingumą lemia daugiau prievartinių praktikų, perteklinę kontrolę ir atvirkščiai – mažiau šių stereotipų lems daugiau pagarbos ir pasitikėjimo psichikos sveikatos sistemoje.

Konvencijos ratifikavimo poveikio vertinimai labai išsiskyrė.

Teiginiui, jog **Konvencijos ratifikavimas realybėje neturi jokios reikšmės kasdieninei praktikai, teikiant psichikos sveikatos priežiūros paslaugas**, nepritaria 32 proc. respondentų (20 proc. „nesutinku“ ir 12 proc. „labiau nesutinku, nei sutinku“), o pritaria 42 proc. (13 proc. „sutinku“ ir 29 proc. „labiau sutinku, nei nesutinku“).

Statistiškai reikšmingi vertinimų skirtumai stebimi lyginant atsakymų sklaidą pagal lytį ir specialybę. Analizuojant pagal lytį pasakytina, kad vyrai dažniau sutiko su teiginiu (26 proc.) nei moterys (11 proc.). Specialybių analizė atskleidė, kad slaugytojų padėjėjai parodė didžiausią pritarimą teiginiui – 36 proc. sutiko su teiginiu. Medicinos psichologai parodė didesnę nesutikimo lygį – 26 proc. nesutiko su teiginiu. Socialiniai darbuotojai taip pat parodė didelį nesutikimo lygį (29 proc.). Kitose analizuotose sociodemografinėse ir profesinių charakteristikų grupėse statistiškai reikšmingų skirtumų nėra.

Konvencijos ratifikavimas formaliai įpareigoja laikytis žmogaus teisių standartų, bet praktikoje šie įpareigojimai ne visada tampa realiomis permainomis. Respondentai, nuvertinantys Konvencijos ratifikavimo reikšmę, gali jausti, kad kasdienybėje psichikos sveikatos priežiūra tebėra grindžiama tradicinėmis praktikomis, kurios neprisideda prie žmogaus teisių užtikrinimo. Kartu tai gali signalizuoti, kad Konvencijos principų įgyvendinimui trūksta sisteminio palaikymo, teisinės ir institucinės paramos priemonių, pvz., specialistų mokymų ir finansavimo prioritetų kaitos.

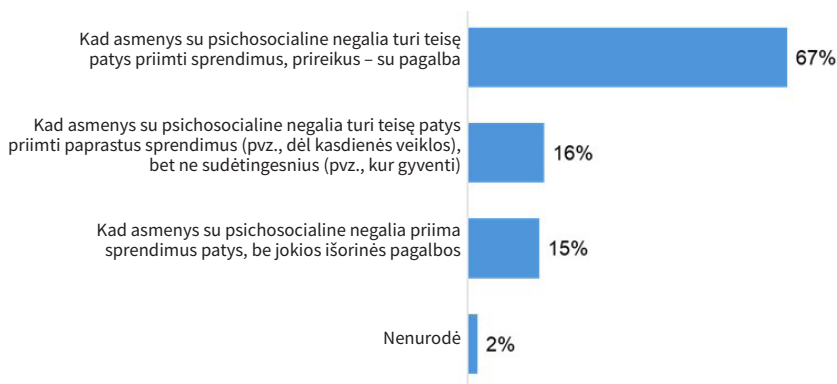
Radikaliai skirtingi tyrimo dalyvių vertinimai gali atspindėti ir skirtingus asmeninius bei profesinius įsitikinimus, konkrečias darbinės patirtis, susijusias su tiesioginėmis darbinėmis funkcijomis: tie darbuotojai, kurie teikdami paslaugas susiduria su teisiniais ar žmogaus teisių klausimais, gali aiškiau suvokti Konvencijos poveikį, o tie, kas dirba daugiau klinikinėje praktikoje, šio poveikio gali ir

nepastebėti (arba nemanyi, kad įtakingo tarptautinio dokumento nuostatos bei standartai gali būti taikomi kasdienėse darbinėse veiklose ir sąveikose). Šie skirtumai taip pat gali rodyti, kad Konvencijos įgyvendinimas – fragmentiškas, labiau pasireiškia tam tikrose srityse ar situacijose (arba teisiniame reglamentavime), o ne apskritai visoje psichikos sveikatos sistemoje.

Žinios apie Konvenciją

Tyrimo dalyvių žinioms apie Konvenciją ir jos straipsnius, susijusius su psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimu, ištirti anketoje buvo skirta dešimt klausimų, kiekvienas jų turėjo po tris atsakymus. Respondentai galėjo žymėti tik vieną atsakymą.

Remiantis Konvencija, ką reiškia teisė į teisinį veiksnumą? (N = 323)



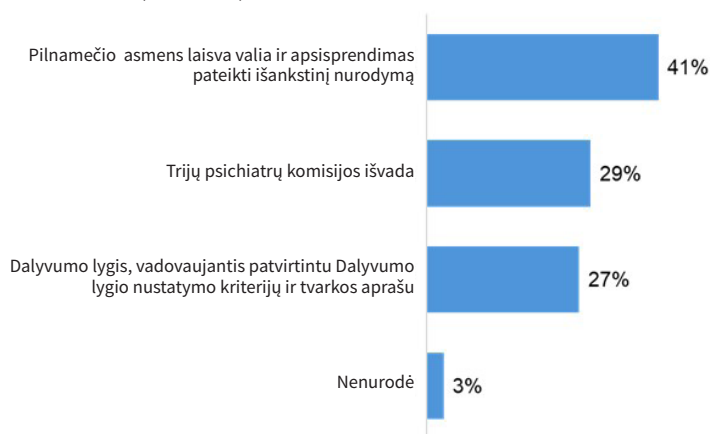
2 pav. Teisinio veiksnumo samprata Konvencijoje

Didžiosios dalies respondentų (67 proc.) nuomonė, kad žmonės su psichosocialine negalia turi teisę dalyvauti priimant sprendimus (kai reikia, su tam tikra pagalba), atitinka Konvencijos nuostatas ir standartus. Tik 15 proc. manė, kad jie gali priimti sprendimus visiškai savarankiškai, be jokios pagalbos, o 16 proc. teigė, jog jie gali priimti tik paprastus sprendimus.

Statistiškai reikšmingi vertinimų skirtumai stebimi lyginant atsakymų sklaidą pagal specialybę. Medicinos psichologai išsiskyrė aukščiausiu pritarimu teiginiui, kad žmonės turi teisę priimti sprendimus su pagalba (78 proc.), o slaugytojo

padėjėjai pritarė teiginiui (28 proc.), kad teisinis veiksnumas turėtų apsiriboti paprastais sprendimais. Kitose analizuotose sociodemografinėse ir profesinių charakteristikų grupėse statistiškai reikšmingų skirtumų nėra.

Remiantis Konvencija, išankstinio nurodymo dėl gydymo pateikimo pagrindas turi būti... (N = 319)

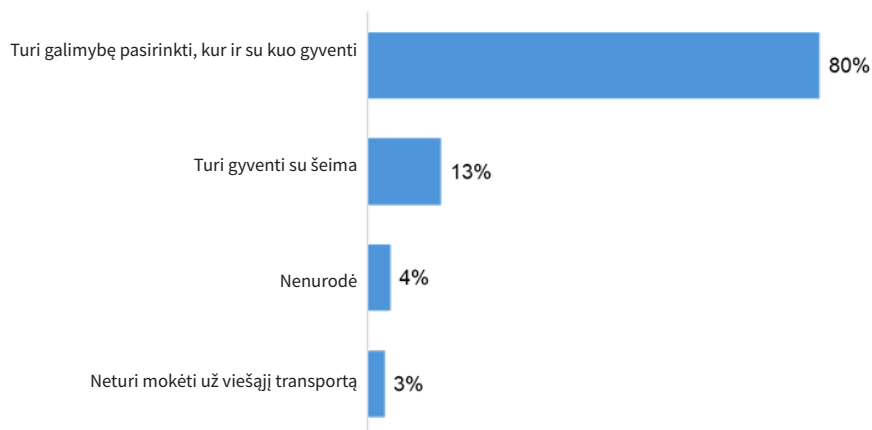


3 pav. Išankstinio nurodymo dėl gydymo pateikimo pagrindas

Dauguma tyrimo dalyvių sutinka su Konvencijos standartu, kad išankstinis nurodymas turėtų remtis laisva asmens valia. 41 proc. apklaustųjų manė, kad pagrindinis veiksnys turėtų būti laisvas apsisprendimas, 29 proc. – kad išankstinio nurodymo pagrindas turėtų būti trijų psichiatrų komisijos išvada, o 27 proc. – kad pagrindinis veiksnys turėtų būti dalyvumo lygis pagal nustatytus kriterijus.

Statistiškai reikšmingi vertinimų skirtumai stebimi lyginant atsakymų sklaidą pagal lytį ir specialybę. 63 proc. vyrų palaikė laisvą apsisprendimą, o moterų – 38 proc. Psichiatrai, medicinos psichologai ir socialiniai darbuotojai dažniausiai pasirinko laisvą apsisprendimą (atitinkamai 68 proc., 46 proc. ir 50 proc.). Slaugytojai ir jų padėjėjai dažniau rinkosi trijų psichiatrų komisijos išvados atsakymo variantą (atitinkamai 44 proc. ir 42 proc.). Kitose analizuotose grupėse statistiškai reikšmingų skirtumų nėra.

Remiantis Konvencija, savarankiškas gyvenimas ir įtrauktis asmenims su psichosocialine negalia reiškia, kad jie... (N = 319)

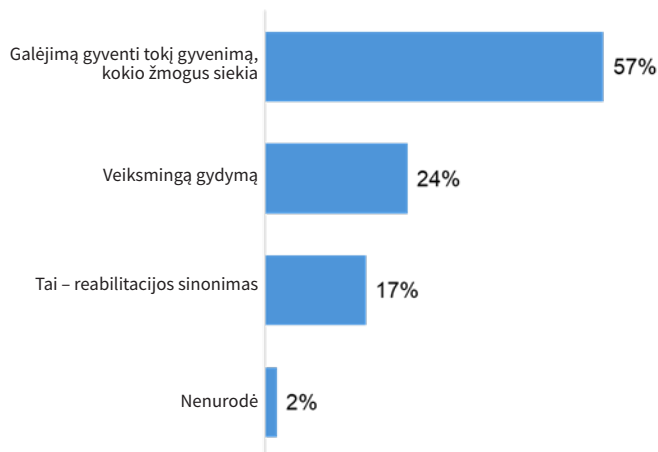


4 pav. Savarankiško gyvenimo ir įtraukties asmenims, turintiems psichosocialinę negalią, samprata

Dauguma respondentų pritaria Konvencijos standartui, kad žmonės su psichosocialine negalia turi teisę rinktis savo gyvenimo sąlygas, patys spręsti, kur ir su kuo gyventi. 80 proc. apklaustųjų manė, kad šie asmenys turėtų galėti patys nuspręsti, kur ir su kuo gyventi. 13 proc. manė, kad jie turėtų gyventi su šeima, o 3 proc. teigė, kad jiems turėtų būti suteikta teisė nemokėti už viešąjį transportą.

Statistiškai reikšmingi vertinimų skirtumai stebimi lyginant atsakymų sklaidą pagal specialybę. Psichiatrai ir socialiniai darbuotojai dažniausiai nurodė, kad savarankiškas gyvenimas reiškia galimybę pasirinkti gyvenimo sąlygas – atitinkamai 92 proc. ir 89 proc. Slaugytojų padėjėjai mažiau pritarė šiai idėjai – 56 proc., o 30 proc. jų atsakė, kad tai reiškia gyvenimą su šeima. Kitose analizuotose sociodemografinėse ir profesinių charakteristikų grupėse statistiškai reikšmingų skirtumų nėra.

Remiantis Konvencija, asmeniui su psichosocialine negalia *atsigavimas* (angl. *recovery*) reiškia... (N = 316)

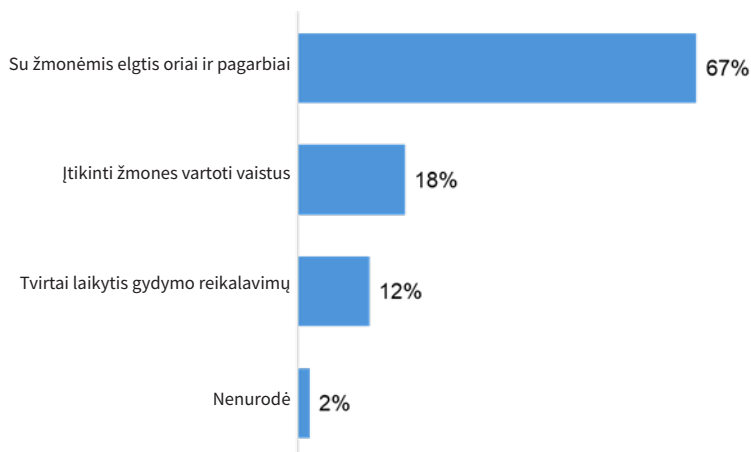


5 pav. Asmens su psichosocialine negalia atsigavimo samprata

Didžioji dalis tyrimo dalyvių (57 proc.) atsigavimą suvokė kaip galimybę gyventi norimą gyvenimą taip, kaip žmogus siekia, 24 proc. atsigavimą suprato kaip veiksmingą gydymą, o 17 proc. laikė jį reabilitacijos sinonimu.

Statistiškai reikšmingi vertinimų skirtumai stebimi lyginant atsakymų sklaidą pagal specialybę. Psichiatrai ir medicinos psichologai dažniausiai nurodė galimybę gyventi siekiamą gyvenimą – atitinkamai 73 proc. ir 78 proc. Slaugytojų padėjėjai ir slaugytojai dažniau atsigavimu laiko veiksmingą gydymą (48 proc. ir 31 proc.). Kitose analizuotose grupėse statistiškai reikšmingų skirtumų nėra.

Remiantis Konvencija, ką turėtų daryti specialistai, kad padėtų žmonėms su psichosocialine negalia atsigauti? (N = 316)

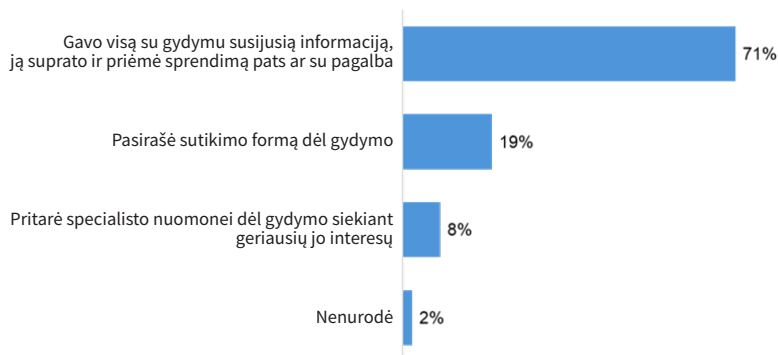


6 pav. Specialistų atsakomybės siekiant žmonių su psichosocialine negalia atsigavimo

Dauguma apklaustųjų pabrėžė, kad svarbiausias specialistų vaidmuo yra elgtis su pacientais oriai ir pagarbiai, kas atitinka Konvencijos principus, nuostatas ir standartus. 67 proc. manė, kad būtent pagarbus ir orus elgesys yra pagrindinis veiksnys padedant atsigauti. Tik 12 proc. manė, kad specialistai turėtų griežtai laikytis gydymo reikalavimų, o 18 proc. – kad svarbu įtikinti pacientus vartoti vaistus.

Statistiškai reikšmingi vertinimų skirtumai stebimi lyginant atsakymų sklaidą pagal respondentų amžių ir specialybę. 18–25 metų respondentų pritarimas oriam ir pagarbiam elgesiui buvo didžiausias (89 proc.), o vyresni nei 65 metų respondentai dažniau nurodė vaistų vartojimo skatinimą (29 proc.). Medicinos psichologai dažniausiai rinkosi orų ir pagarbų elgesį (82 proc.), o slaugytojų padėjėjai dažniau nurodė tvirtą gydymo reikalavimų laikymąsi (29 proc.). Kitose analizuotose grupėse statistiškai reikšmingų skirtumų nėra.

Remiantis Konvencija, informuotas asmens sutikimas gydytis reiškia, kad asmuo su psichosocialine negalia... (N = 316)

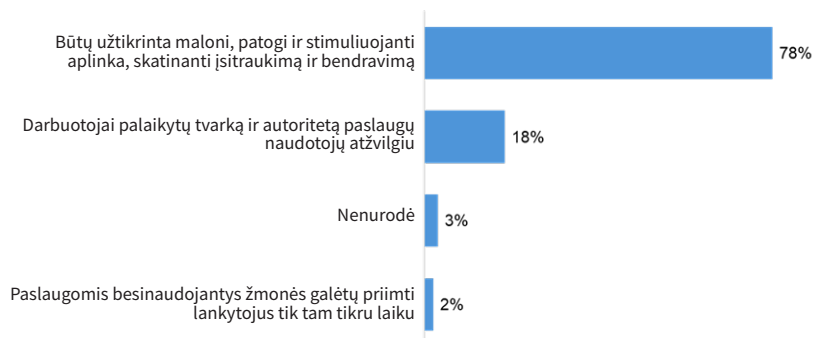


7 pav. Informuoto asmens sutikimo gydytis samprata

Dauguma respondentų pritarė Konvencijos standartus atitinkančiam standartui, kad sutikimas gydytis turi būti suprastas ir informuotas procesas. 71 proc. apklaustųjų manė, kad informuotas sutikimas reiškia visos informacijos apie gydymą supratimą ir savarankišką sprendimo priėmimą. 19 proc. respondentų teigė, kad pakanka pasirašyti sutikimo formą, o 8 proc. manė, kad užtenka pritarimo specialisto nuomonei.

Statistiškai reikšmingi vertinimų skirtumai stebimi lyginant atsakymų sklaidą pagal respondentų lytį ir specialybę. Vyrai dažniau rinkosi išsamios informacijos ir savarankiško sprendimo variantą (86 proc.) nei moterys (69 proc.). Vertinant pagal specialybes pasakytina, kad psichiatrai (94 proc.) ir medicinos psichologai (85 proc.) aiškiai palaikė informuoto ir savarankiško sprendimo svarbą, o slaugytojų padėjėjai dažniau rinkosi sutikimo formos pasirašymą (48 proc.). Kitose analizuotose grupėse statistiškai reikšmingų skirtumų nėra.

Remiantis Konvencija, stacionarių psichikos sveikatos paslaugų teikėjai turi užtikrinti, kad... (N = 316)

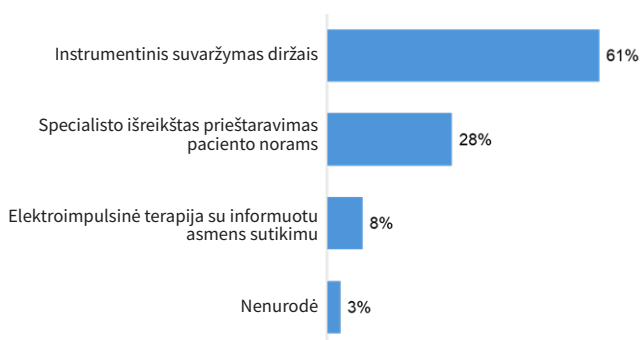


8 pav. Stacionarių psichikos sveikatos paslaugų teikėjų atsakomybės

78 proc. apklaustųjų manė, kad stacionarių psichikos sveikatos paslaugų teikėjai turi užtikrinti, kad aplinka būtų maloni, patogi ir stimuliuojanti bendravimą, kas atitinka Konvencijos standartus. Tik 18 proc. teigė, kad reikalinga griežta tvarka, o 2 proc. – kad pacientai turėtų priimti lankytojus tik nustatytu laiku.

Statistiškai reikšmingi vertinimų skirtumai stebimi lyginant atsakymų sklaidą pagal specialybę. Psichiatrai, socialiniai darbuotojai (po 89 proc.) ir medicinos psichologai (87 proc.) palaikė aplinkos užtikrinimą. Slaugytojų padėjėjai dažniau rinkosi tvarkos palaikymą (36 proc.). Kitose analizuotose sociodemografinėse ir profesinių charakteristikų grupėse statistiškai reikšmingų skirtumų nėra.

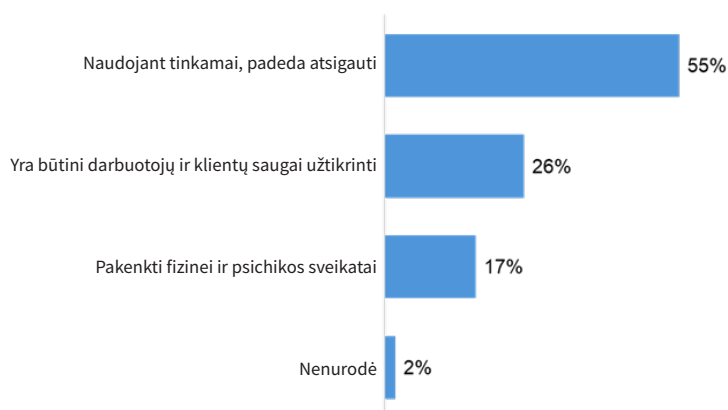
Remiantis Konvencija, kas laikytina smurtu teikiant psichikos sveikatos paslaugas? (N = 315)



9 pav. Smurtas teikiant psichikos sveikatos paslaugas

Dauguma respondentų (61 proc.) manė, kad suvaržymas diržais yra smurtas, o 28 proc. – kad smurtas yra specialisto prieštaravimas paciento norams, 8 proc. smurtu laikė elektroimpulsinę terapiją su informuotu sutikimu. Analizuotose grupėse statistiškai reikšmingų skirtumų nėra.

Remiantis Konvencija, priverstinė hospitalizacija ir gydymas psichikos sveikatos krizę patiriančiam žmogui gali... (N = 315)

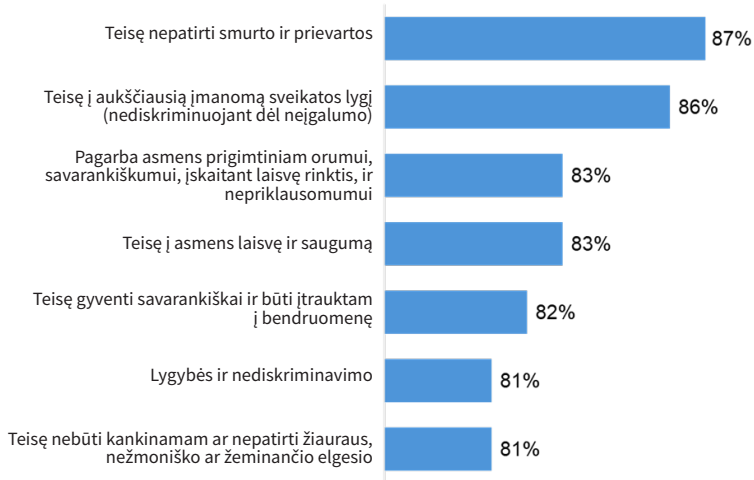


10 pav. Priverstinės hospitalizacijos ir gydymo pasekmės psichikos sveikatos krizę patiriančiam žmogui

Dauguma apklaustųjų manė, kad priverstinė hospitalizacija gali padėti atsigauti, jei naudojama tinkamai, kas neatitinka Konvencijos standartų. 55 proc. respondentų manė, kad tinkamas priverstinės hospitalizacijos taikymas gali padėti sveikti, tačiau 17 proc. vertino ją kaip galimą pavojų sveikatai. 26 proc. manė, kad priverstinė hospitalizacija būtina darbuotojų ir klientų saugumui užtikrinti.

Statistiškai reikšmingi vertinimų skirtumai stebimi lyginant atsakymų sklaidą pagal respondentų specialybę. Psichologų nuomonė ženkliai išsiskyrė iš kitų analizuotų specialybių – net 38 proc. palaikė teiginį, jog priverstinė hospitalizacija gali pakenkti fizinei ir psichikos sveikatai (bendras visų specialybių nuomonių vidurkis – 17 proc.). Kitose analizuotose grupėse statistiškai reikšmingų skirtumų nėra.

Kokias teises garantuoja Konvencija? (N = 315)



11 pav. Konvencijoje garantuojamos teisės

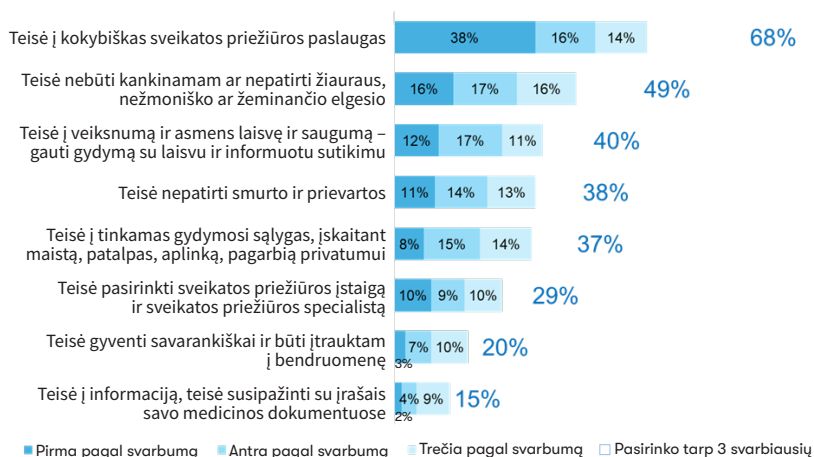
Aukšti pritarimo procentai rodo, kad respondentai Konvencijoje įtvirtintas teises vertina kaip vienodai svarbias. Statistiškai reikšmingų skirtumų lyginamosiose grupėse nėra.

Žmogaus teisių, teikiant psichikos sveikatos priežiūros paslaugas, svarbos vertinimai

Žmogaus teisių, susijusių su psichikos sveikatos paslaugų teikimu, svarba vertinta prašant išskirti tris svarbiausias teises ir priskiriant jas pirmai, antrai ir trečiai pagal svarbą kategorijoms (rangavimas).

Kokios teisės aktualios teikiant psichikos sveikatos priežiūros paslaugas?

(Išrinkite TRIS, jūsų nuomone, SVARBIAUSIAS teises ir jas suranguokite nuo svarbiausios iki mažiausiai svarbios) N = 315



12 pav. Aktualiausios teisės teikiant psichikos sveikatos priežiūros paslaugas

Pagal bendrą svarbos vertinimą „teisė į kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas“ ženkliai lenkia kitų teisių svarbos suvokimą – 68 proc. respondentų išskyrė šią teisę tarp trijų svarbiausių, 38 proc. respondentų šią teisę įvardijo kaip pirmą pagal svarbą. Sveikatos priežiūros paslaugų kokybė tiesiogiai veikia žmonių gyvenimo kokybę, todėl ji natūraliai tampa universaliu prioritetu, būtinu pagrindu kitoms teisėms.

„Teisė nebūti kankinamam ar nepatirti žiauraus, nežmoniško ar žeminančio elgesio“ taip pat pripažįstama labai svarbia. Pusė (49 proc.) respondentų šią teisę įvertino kaip vieną iš trijų svarbiausių, nes tai tiesiogiai siejasi su saugumo jausmu sveikatos sistemoje. Kaip pirmą pagal svarbą šią teisę įvardijo 16 proc. respondentų, kaip antrą pagal svarbą – 17 proc. respondentų. Šiems respondentams ši teisė gali atrodyti abstrakti arba nesusijusi su jų kasdiene patirtimi.

„Teisė į veiksnumą ir asmens laisvę ir saugumą – gauti gydymą su laisvu ir informuotu sutikimu“, „teisė nepatirti smurto ir prievartos“ ir „teisė į tinkamas gydymosi sąlygas, įskaitant maistą, patalpas, aplinką, pagarbą privatumui“ vertinimai sulaukė mažiau pirmumo pagal svarbą įvertinimų, tačiau bendras artimas 40 proc. suminis svarbos įvertinimas rodo, kad šios teisės yra svarbios reikšmingai respondentų daliai. Jei sveikatos priežiūros įstaigose informacija pateikiama nekokybiškai arba sutikimas atliekamas be realaus paaiškinimo, respondentai gali nematyti šių teisių aktualumo.

Santykinai mažesnės svarbos teisės, respondentų nuomone, yra „teisė į informaciją, teisė susipažinti su įrašais savo medicinos dokumentuose“ – 15 proc.,

„teisė gyventi savarankiškai ir būti įtrauktam į bendruomenę“ – 20 proc., „teisė pasirinkti sveikatos priežiūros įstaigą ir sveikatos priežiūros specialistą“ – 29 proc. (suminiai pirmo, antro ir trečio pagal svarbą pasirinkimų vertinimai).

Analizuojant teiginį apie teisę gyventi savarankiškai ir būti įtrauktam į bendruomenę pasakytina, kad 80 proc. respondentų šios teisės neįvardijo tarp trijų svarbiausių. 3 proc. ją įtraukė kaip pirmą pagal svarbą, 7 proc. – kaip antrą, o 10 proc. – kaip trečią. Ši teisė aktuali tik tam tikroms grupėms, tad respondentai, nesucidūrę su šia situacija, gali nesuvokti šios teisės svarbos. Be to, savarankiškas gyvenimas bendruomenėje gali būti suvokiamas kaip sunkiai pasiekiamas tikslas dėl infrastruktūros trūkumo.

Kokybinio tyrimo rezultatai

Atvirųjų anketos klausimų teminė analizė

Temiškai analizuojant specialistų (n = 228) anketoje pateiktas nuomones apie tai, ką pirmiausia ir nedelsiant reikėtų keisti ar tobulinti Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo srityje įgyvendinant žmogaus teisių principus, išryškėjo penkios pagrindinės temos: 1) požiūrio keitimas; 2) darbuotojų poreikiai ir teisės; 3) specialistų kvalifikacijos kėlimas; 4) paslaugų įvairovės plėtros poreikis; 5) sisteminės spragos.

1) Požiūrio keitimas

Nemaža dalis tyrime dalyvavusių specialistų pabrėžė, kad tobulinant psichikos sveikatos paslaugų teikimą, įgyvendinant žmogaus teisių principus, svarbu yra keisti požiūrį į pacientus, bendradarbius bei pačią darbo kultūrą ir apskritai požiūrį į psichikos sveikatą bei negalią, kovoti su stigma. Specialistai dalinosi, kad vis dar dažnai pasitaiko nepagarbos pacientų atžvilgiu atvejų, o jų pasirinkimo galimybės gaunant psichikos sveikatos priežiūros paslaugas yra ribotos. Įvardytas poreikis plėsti pacientų galimybes būti įtrauktiems į savo gydymo planavimą, priimti sprendimus bei gauti reikalingą pagalbą juos priimant, išreikšti savo poreikius ir pasirinkimus, o šie turi būti labiau paisomi specialistų.

2) Darbuotojų poreikiai ir teisės

Svarbi tema tyrimo dalyviams yra jų pačių teisės, darbo sąlygos bei jų gerinimas. Daugelis įvardijo, kad ypač didelė problema yra per dideli darbo krūviai,

per maži atlyginimai, žmogiškųjų resursų bendras trūkumas, žema motyvacija, saugumo neužtikrinimas, didelė perdegimo rizika, taip pat hierarchijų ir darbo kultūros problemos.

3) *Specialistų kvalifikacijos kėlimas*

Specialistai pabrėžė kvalifikacijos kėlimo, švietimo, mokymų, specializuotų žinių ir bendravimo įgūdžių lavinimo poreikį. Buvo minimas ypatingas poreikis kelti vyresnio amžiaus kolegų kvalifikaciją žmogaus teisių klausimais, organizuoti mokymus slaugos personalui, ugdyti kompetencijas slaugytojų bei slaugos padėjėjų grupėse. Taip pat svarbu pagarbiai vertinti ir užtikrinti slaugos personalo ir pagalbinių darbuotojų teisę į tinkamas darbo sąlygas ir adekvatų užmokestį.

4) *Paslaugų įvairovės plėtros poreikis*

Specialistai akcentavo paslaugų įvairovės būtinybę. Svarbu plėtoti dienos stacionarų ir ambulatorines, tęsines paslaugas, ypač regionuose. Siūloma įtvirtinti kompleksinį ir komandinį asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelį, teikti daugiau ir įvairesnių nemedikamentinių paslaugų, stiprinti socialinę pagalbą, tobulinti psichologinės pagalbos teikimo procedūras, plėsti ir apmokėti psichoterapinę pagalbą asmenims, kuriems medikamentai nėra būtini. Svarbu mažinti atskirtį ir diskriminaciją, didinti paslaugų prieinamumą ir įvairovę, atitinkančią žmonių individualius poreikius, didinančią žmogaus integraciją, įtrauktį ir savarankiškumą.

5) *Sisteminės spragos*

Tyrimo dalyviai įvardijo sisteminių spragų spektrą, kurį reikėtų atliepti ir keisti, norint tobulinti psichikos sveikatos paslaugų teikimą įgyvendinant žmogaus teisių principus. Šios spragos apima didelį žmogiškųjų ir finansinių išteklių trūkumą, dideles eiles patekti pas specialistus, nepakankamą paslaugų prieinamumą (ypač regionuose), ambulatorinės grandies stiprinimo poreikį, tarpinstitucinio bendradarbiavimo stoką, duomenų bazės trūkumus bei įvairius konfidencialumo užtikrinimo klausimus (4 priedas).

Temiškai analizuojant specialistų (n = 260) anketoje pateiktus atsakymus į klausimą, ką jie žino apie Konvenciją ir kokios yra svarbiausios nuostatos bei standartai, susiję su psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimu, išryškėjo trys pagrindinės temos: 1) laiko stoka gilinantis į šią temą; 2) nacionalinių teisės aktų ir Konvencijos sankirta; 3) svarbiausia – pagarba žmogui ir autonomija.

1) Laiko stoka gilinantis į šią temą

Didelė dalis specialistų sakė žinantys mažai arba nieko nežinantys apie Konvenciją, kiti neturi nuomonės apie jos nuostatų bei standartų sąsajas su psichikos sveikatos paslaugų teikimu, tretį nurodė, kad dėl itin didelių darbo krūvių jiems paprasčiausia nelieka laiko gilinti žinių susijusiomis temomis.

2) Nacionalinių teisės aktų ir Konvencijos sankirta

Specialistai teigė tiksliai negalintys pasakyti, kurios jų žinomos nuostatos ar standartai atspindi Konvencijos principus, o kurios yra apibrėžtos Lietuvos teisės aktų. Specialistai pabrėžė, kad savo darbe remiasi Lietuvos įstatymais ir atitinkamais normatyvais bei protokolais.

3) Svarbiausia – pagarba žmogui ir autonomija

Dažnai minimas žmogaus teisių užtikrinimas, lygios galimybės ir nediskriminavimas dėl psichikos sveikatos sutrikimų ar negalios pobūdžio, siekis užtikrinti, kad žmonės su psichosocialine negalia turėtų tokias pačias galimybes ir teises kaip ir visi kiti. Taip pat buvo išskirta pagarba paciento orumui, savarankiškumui ir teisėms, siekis, kad žmonės su psichosocialine negalia būtų vertinami kaip lygiaverčiai visuomenės nariai, turintys teisę spręsti ir pasirinkti dėl savo gyvenimo ir gydymo. Specialistai įvardijo, kad svarbu užtikrinti pacientų teisę laisvai rinktis, gerbti jų nuomonę, pabrėžė paciento sprendimų laisvę, teisę rinktis, galimybę savarankiškai bei su pagalba priimti sprendimus. Būtina užtikrinti, kad pacientai nepatirtų atskirties, skatinti įtrauktį ir dalyvavimą, siekiant panaikinti kliūtis dalyvauti visuomeniniame gyvenime lygiomis teisėmis bei, esant poreikiui, gauti prieinamas, kokybiškas ir individualizuotas psichikos sveikatos priežiūros paslaugas (4 priedas).

Fokusuotų diskusijų grupių teminė analizė

Psichikos sveikatos priežiūros specialistų fokusuotų diskusijų grupių rezultatai

1 tema

Svarbiausios Konvencijos nuostatos bei standartai ir jų praktinis taikymas dirbant su psichikos sveikatos paslaugų gavėjais

Gydytojai psichiatrai negalėjo įvardyti konkrečių Konvencijos principų, kuriuos gerai žino, laiko svarbiausiais savo darbe ir kurių užtikrinimas kelia daugiausiai iššūkių, tačiau nurodė bendresnio pobūdžio jiems reikšmingiausius, sunkiausiai užtikrinamus ir labiausiai pažeidžiančius žmogaus teises principus – tai **asmens teisė į tinkamą gydymą ir gydymasis laisva valia** (25 straipsnis).

Tyrimo dalyviai įvardijo situacijas, susijusias su asmens valia, artimųjų norais, įvairių tarnybų praktika, pvz., asmuo, gydytojo vertinimu, dėl ligos paūmėjimo nepajėgia tinkamai vertinti situacijos ir nenori gydytis, bet medicinos personalo žodiniu spaudimu yra įtikinamas pasirašyti sutikimą gydytis, motyvuojant tokius veiksmus rūpinimusi „geriausiais asmens interesais“. Asmuo nori gauti psichikos sveikatos paslaugas, tačiau artimieji riboja jo teises nesutikdami su paskirtu medikamentiniu ar stacionariu gydymu, arba priešingai – artimieji mano, jog asmeniui reikia gydymo paslaugų, nors jis pats tam poreikio nemato, be asmens sutikimo pristato jį į gydymo įstaigą. Greitosios medicinos pagalbos, policijos, teismų darbuotojai, neretai vadovaudamiesi psichikos sveikatos sutrikimų stigma, inicijuoja asmens gydymą atgabendami jį į sveikatos priežiūros įstaigą arba teismo atveju paskirdami priverstinį gydymą, kurį tyrimo dalyviai tam tikrais atvejais mato kaip perteklinį.

Diskusijos metu buvo aptartos **anoniminių psichikos sveikatos paslaugų gavimo** galimybės, kurios glaudžiai siejasi su Konvencijos nuostatomis ir standartais: jos padeda išvengti stigmatizacijos ir diskriminacijos, apsaugo privatumą (22 straipsnis). Ekonominė diskriminacija, kai anonimiškumas prieinamas tik mokant už paslaugas, prieštarauja reikalavimui užtikrinti lygiavertes galimybes visiems asmenims (5 straipsnis). Konvencija reikalauja, kad psichikos sveikatos priežiūra būtų prieinama visiems, įskaitant priemones, kurios sumažina socialinę stigmą (pvz., anonimiškumą) (25 straipsnis). Tai, kad anoniminis gydymas prieinamas tik asmeniui pačiam sumokant už sveikatos priežiūros paslaugas, tyrimo dalyvių buvo įvertinta kaip diskriminuojanti žemesnių pajamų asmenis sąlyga.

Akcentuojama stigma, kuri neretai sulaiko nuo gydymosi: „*vis dar gajus tas supratimas, o, žiūrėkit, kad jeigu tu eini pas psichiatrą, tai tu esi psichas. [...] Bet jeigu tu realiai esi sutrikęs, bet tu nebuvai pas psichiatrą ir nevartoji vaistų, tada tu esi tikrai keistas*“⁵ (PsiHtr-FG-3). Tai, kad asmenys nesigydo, nes nėra galimybės tai daryti anonimiškai, sukelia jų funkcionavimo sutrikimų (pvz., slopinant simptomus alkoholiu) bei grėsmių visuomenei, kai toks asmuo gali sužaloti kitus ar save. Dalyvių vertinimu, tinkamai besigydantys asmenys socialiai geriau adaptojasi ir funkcionuoja nei dėl stigos to nedarantys asmenys.

Suvaržymo praktikos psichiatrijoje yra viena jautriausių temų, susijusi su žmogaus teisių apsauga, etiniais principais, sveikatos priežiūros reglamentavimu ir praktiniais iššūkiais. Diskusijoje akcentuota, kad suvaržymo praktikos dažnai neatitinka galiojančių teisės aktų. Psichiatrai įpareigoti nuolat vertinti paciento būklę ir priimti sprendimus dėl suvaržymų (dažniausiai – instrumentinių), tačiau kai kuriuose skyriuose, kur psichiatrų nėra, fiksavimas vyksta nesuderinant su reglamentais, o tai gali būti interpretuojama kaip žmogaus teisių pažeidimas:

„*Ir va tas jo fiksavimas pagal teisės aktus, jisai galimas tiktais gydytojo psichiatro galioje. Jo matyme, įvertinime, įvertinime to paciento būsenos. Ir tuomet kas valandą ar kas kažkokį tai laikotarpį reikalingas gydytojo psichiatro tęstinis įvertinimas, ar dar reikalinga tą fiksaciją tęsti? Tai šiuo metu toks reglamentavimas visiškai neatitinka realybės. Kitų skyrių – tai nu ne psichiatrijos skyrių, kur apskritai neįmanoma ten kad būtų psichiatrai. [...] Tai tie fiksavimai įvyksta ir jie arba neįrašomi, arba bandoma kažkaip ne pagal teisės aktus kažką tai parašyti, jog tai yra*“ (PsiHtr-FG-6).

Suvaržymo praktikos kelia psichiatrams moralinį konfliktą: jie stengiasi išvengti žmogaus teisių pažeidimų, tačiau jų darbo pobūdis dažnai reikalauja veikti sparčiai ir spręsti situacijas, kuriose grėsmė paciento ar aplinkinių saugumui yra didesnė už žmogaus teisių pažeidimo riziką. Esama tam tikro neapibrėžtumo dėl fiksavimo sampratos, diskusijoje kilo klausimų, ar tam tikros praktikos, pvz., laikinas paciento suvaržymas, kad jis neiškristų iš lovos, laikomas fiksavimu:

„*Jau netgi psichiatrijos skyriuose mes svarstome, kas tai yra fiksavimas. Ar koja ir ranka tai jau yra fiksavimas, ar viena ranka yra jau fiksavimas, kad neiškristų žmogus ten. [...] Tai va, čia karts nuo karto iškyla ir diskusijų realių, ar mes nuo tokio noro nepažeisti žmogaus teisių ir noro kažkaip tai nebūti tuo pastoviai pagal reglamentą pažeidžiančiais žmogaus teisės*“ (PsiHtr-FG-6).

5 Visos dalyvių citatos pateikiamos originalios, jų kalba neredaguota.

Dauguma **psichologų** negalėjo identifikuoti atvejų, kai susidūrė su akivaizdžiais paciento teisių pažeidimais, tačiau praktikoje pasitaiko atvejų, kai nepasitarus su pacientu informacija apie jo būklę perduodama kitiems asmenims „aiškinant, kad čia žmogus yra per daug sutrikęs, čia net neturime sukti galvos“ (P-FG-4), taip pat susidurta su atvejais, kai įstaigoje buvo „nuneigti [paciento] poreikiai, iškeliamas kažkoks įstaigos patogumas“ (P-FG-4).

Kaip itin svarbūs principai buvo išskirti pagarba, nediskriminavimas, paslaugų prieinamumas – tiek vertinant infrastruktūrą, tiek paciento galimybes naudotis paslaugomis, t. y. paslaugos (sveikatos būklės vertinimas, gydytojo apsilankymai, psichiatro, psichologo vizitai ir kt.) turi būti pasiekiamos namuose, jei jis neturi galimybės ar noro paslaugas gauti įstaigoje, tačiau šis aspektas priklauso nuo įstaigos ir vietos specifikos. Kita vertus, specialistai minėjo, kad dalis psichikos sveikatos priežiūros įstaigų fiziškai nepasiekiamos tiems, kurie greta psichosocialinės negalios turi ir judėjimo negalią, ir jos nesiekia tapti labiau prieinamos: „[įstaiga] patyrė įvairiausių nusiskundimų dėl apskritai fizinio pasiekiamumo [...] apie 10 metų taip yra nesureaguota [...] taip gražiai yra pasakoma, kad jeigu jums netinka, galite kreiptis kažkur kitur“ (P-FG-4).

Dėl veiklos specifikos pacientai linkę labiau atsiverti psichologams, pasidalyti patiriamais sunkumais ar neteisybe, todėl „[mes] daugiau kažką sužino[m], kažką, kas svarbu, pavyzdžiui, ir gydymui, ir kartais galim paatstovauti net ir prieš gydytojus, kažkokius jų poreikius paakcentuoti [...] kartais su atstovavimu ir tokiu pastiprinimu jų tiesiog“ (P-FG-5).

Slaugytojų nuomone, pacientų patiriami ribojimai priklauso nuo konkrečios gydymo įstaigos specifikos ir skyriaus. Pacientų, teismo pripažintų iš dalies neveiksniais, laisvė ir privatumas ribojami daugiau: žmogus negali išeiti vienas pasivaikščioti į lauką, kartais gydymosi laikotarpiu yra ribojama galimybė bendrauti su vaikais ir pan. Asmens patiriami ribojimai susiję ir su įstaigos vidaus taisyklėmis, rūkymo, maitinimosi grafiku, prie kurio ypač sudėtinga priprasti:

„Žinome, kad tai nėra SPA salonas [...] ypač pirmą kartą patekus į psichiatrijos stacionarą [...] tu negali savarankiškai išeiti į lauką, turi rūkyti patalpose, nors galbūt pacientė pripratusi rūkyti tik lauke [...] sakoma, kada tu valgysi, kada kelsiesi [...]. Bet šiaip kartą patekus į gydymo įstaigą – uždaromos durys į tavo bet kokį išėjimą ir realiai be personalo niekur išeiti negali“ (S-FG-5).

Kituose skyriuose dienos režimas laisvesnis „[pacientai] gali išeiti į lauką, į parduotuves [...] bendrauti su kitais asmenimis, juos gali lankyti, pasivaikščioti [...]

rašyti skundus, naudotis internetu paslaugomis, telefonu, mes nieko neapribojam [...]. Galima ir piešti, ir skaityti, ir prisijungti prie YouTube, pasiklaustyti muzikos“ (S-FG-1).

Slaugytojų vaidmuo dažniausiai apima įvairių buitinių konfliktų, nesusipratimų sprendimą, pvz., pacientai nepatenkinti dienotvarke, draudimu rūkyti ligoninės teritorijoje ar laikyti rūkymui skirtas priemones palatoje. Specialistai minėjo, kad tokiais atvejais vengiant konflikto ieškoma kompromisų. Susiduriama su prieinamumo problemomis, pvz., gydymo įstaigos patalpos nėra pritaikytos pacientams, turintiems judėjimo negalią, nėra sąlygų laikyti su kūdikiais atvykusių pacienčių pieną, nors šis ribojimas siejamas su siekiu apsaugoti kūdikį, ypač kai motina vartoja medikamentus ir pan.

Socialiniai darbuotojai tarp svarbiausių Konvencijos principų ir nuostatų, kuriomis vadovaujasi praktikoje, minėjo pagarbą klientui, nenuvertinimą, nediskriminavimą, orumo užtikrinimą ir individualizuotos pagalbos teikimą: „*pirmiausia tas požiūris į žmogų: ar aš matau žmogų, ar aš pirmiausia matau negalią*“ (SD-FG-5).

Vaidmuo užtikrinant pacientų teises matomas kaip paciento atstovavimas, tarpininkavimas tarp paciento ir kitų organizacijų ar asmenų siekiant užtikrinti poreikių patenkinimą, tačiau konkrečių atvejų, kai praktikoje būtų susidurta su žmogaus teisių pažeidimais, specialistai identifikuoti negalėjo.

Kita vertus, socialiniai darbuotojai minėjo susiduriantys „*daug su įstatymų netobulumu ir šiaip kartais norisi padėti žmogui, bet negali ir dėl įstatymų, ir dėl žmogiškųjų resursų [stokos]*“ (SD-FG-7), be to, kartais pastebi, kad psichikos sveikatos priežiūros specialistai vadovaujasi stereotipais ir išankstine nuomone apie pacientus su psichosocialine negalia: „*dažnai už žmogų su negalia linę taikyti tas išankstines nuomones, už jį nuspręsti, sprendimus priimti, ir tai, aišku, daro įtaką visam pagalbos procesui*“ (SD-FG-5). Tarp kitų įvardytų problemų buvo ribotas paslaugų prieinamumas paciento namuose ir apgyvendinimo paslaugų trūkumas.

Specialistai minėjo, kad stengiasi išlaikyti pagarbą žmogui nepaisant jo būklės, tačiau kartais būna sudėtinga subalansuoti paciento teisių užtikrinimą su jo artimųjų teisių užtikrinimu: „*kartais susiduriame su tokia dilema, kad žmogus jau jaučiasi pakankamai sveikas ir nori išeiti [...] nori išeiti ir išeina, mes įgyvendiname to žmogaus teises, o ar artimųjų, kaimynų, kitos visuomenės teisės nepažeidžiamos*“ (SD-FG-4).

Be to, kartais dilemą kelia paciento noras nutraukti gydymą, tačiau, specialisto vertinimu, gydymą būtina tęsti: „*ar to paciento, kliento noras ir valia yra*

žymiai svarbiau, negu yra kitas noras padėti pakeisti ir išgelbėti, ir ištraukti? [...] jeigu mes vadovausimės tik žmogaus teisėmis ir žiūrėsime į kito žmogaus norus, tai mes jam ir padėti negalime, nes jisai tos pagalbos atsisako. Atsisako kenkdamas sau, neturėdamas jokių pajamų, kenkdamas kaimynams, pavojų keldamas [...]. Kartais galvojame, ar dėl šitų įgyvendinimų žmogaus teisių mes tikrai padedame žmogui, ar dar labiau jam kenkiame“ (SD-FG-2).

Socialiniai darbuotojai dalijosi konkrečiais pavyzdžiais, kai teko ginti paciento teises, pvz., šeimos nariai nenorėjo pacientui suteikti pagalbos ir siekė jį apgyvendinti globos įstaigoje, tačiau socialiniai darbuotojai ir gydytojai tam pasipriešino motyvuodami asmens teise gyventi savo namuose. Kita vertus, buvo ir atvejais, kai socialinis darbuotojas palaikė sprendimą palikti pacientą neveiksniu.

Mišrios grupės diskusijos dalyviai kaip itin svarbią išskyrė pasirinkimo teisę: „kiekvienas žmogus turi teisę pasirinkti, kiekvienas turi turėti savo pasirinkimą. Į tą pasirinkimą ir įeina teisė į gydymą, teisė ten pasirinkti gydymą, teisė į privatumą ir taip toliau“ (M-FGD-2).

Kita vertus, specialistai minėjo susiduriantys su dilema, kai paciento pasirinkimo teisė (pvz., pasirinkti nutraukti gydymą) ne visuomet sutampa su jo geriausių interesu gydant ligą: „žmogus sako: „Ar aš turiu teisę atsisakyti gydymo? Ar aš turiu teisę pasirinkti gydytoją?“ Ir čia yra dilema, kai tu matai, kad žmogus antrą dieną dar psichozėj yra ir jis jau nori atsisakyti gydymo [...]. Nu jis kaip ir turi teisę atsisakyti gydymo, bet tu žinai, kad jam reikia gydytis“ (M-FGD-2).

Tyrimo dalyviai taip pat minėjo susiduriantys su atvejais, kai pacientus reikia supažindinti su jų teisėmis, jie nežino, kad gali keisti gydytoją, psichologą ir pan.: „Kartais pacientai nežino, kad jeigu jie atvyko savanoriškai į psichiatrijos ligoninę, kad jie lygiai taip pat savanoriškai bet kada gali iš jos išvykt. Tai vat būna dar tų nuostatų, kad tiktai gydytojas gali nuspręsti išrašymo datą, ar kažkokių kitų“ (M-FGD-3).

Pacientai turėtų būti detalai supažindami su savo diagnoze, vartojamais vaistais, ligos ir gydymo eiga, tačiau, viena vertus, ne visi atsakingi darbuotojai šią informaciją suteikia, kita vertus, patys pacientai ne visuomet išdrįsta pasiteirauti. Specialistams pacientai yra skundęsi dėl privatumo pažeidimų, ypač dėl bendro naudojimo patalpų (pvz., dušų), teigė susidūrę su nuvertinančiu personalo elgesiu, kai jų jausmai vertinami kaip ligos simptomai.

Be to, mišrios fokusuotos grupės diskusijos dalyviai minėjo, kad kartais pacientų teisės gali būti pažeidžiamos ne dėl neišmanymo, bet dėl skubėjimo: „specialistai yra pervargę ir kai kada ko nors nedaro arba specialiai nenustatinėja, nes tai

bus dar papildomas popierizmas, krūvis. Galiu net čia, gal taip jau pusiau juokais pasakysiu, bet nefiksuoti paciento vien dėl to, kad paskui reikės popierius pildyt ir „Ai, neturiu aš čia tam laikui, reikia dar krūvą pacientų apeiti“ (M-FGD-1).

Visose grupėse išryškėjo įtampa tarp paciento teisių užtikrinimo ir realių praktinių bei teisinių ribojimų. Šios dilemos ypač aktualios, kai sprendimai turi būti priimami greitai. Psychosocialinės negalios stigma ir diskriminacija išlieka viena didžiausių problemų, ribojančių paslaugų prieinamumą ir paciento galimybės gauti tinkamą gydymą. Specialistai pabrėžia paslaugų prieinamumo spragas, ypač susijusias su fiziniu paslaugų pasiekiamumu ir anonimiškumo užtikrinimu.

Psichologų ir socialinių darbuotojų vaidmuo neretai apima paciento poreikių atstovavimą kitų specialistų atžvilgiu, o tai rodo ne visada sklandžią tarpdisciplininę komunikaciją.

2 tema

Žinių apie Konvenciją šaltiniai

Psichiatrai nurodė savo kasdieniame darbe nenaudojantys Konvencijos: „*nėra taip, kad vat mes kiekvieną dieną atėjus į darbą atveriam konvenciją, perskaitom ir atidžiai stengiamės tos konvencijos laikytis*“ (PsiHtr-FG-2).

Tačiau visi sutiko, kad žmogaus teisių principų laikymasis yra vienas esminių dalykų teikiant psichikos sveikatos paslaugas tiek viešajame, tiek privačiame sektoriuose bei visose grandyse (tiek ambulatorinėje, tiek stacionarioje).

Tyrimo dalyviai nurodė manantys, kad Lietuvos įstatyminė bazė grįsta Konvencijos principais, nors konkrečiai Konvencija ir nėra paminėta, pvz., LR pacientų teisių apsaugos ir žalos atlyginimo įstatyme ar poįstatyminiuose teisės aktuose. Dalis dalyvių atskleidė, jog nėra susipažinę su Konvencija arba visai neseniai apie ją plačiau sužinojo mokymuose.

Diskutuojant apie švietimo apie Konvenciją poreikį ir būdus, dalyviai išreiškė norą, jog jų darbą reguliuojančiuose teisės aktuose, tvarkose ir įsakymuose būtų pateiktos nuorodos į Konvenciją, kas leistų jiems geriau įsisavinti jos principus. Taip pat buvo įvardytas poreikis diskutuoti ir šviesti per pokalbius su įstaigų personalo kolektyvais aiškinantis Konvencijos principus, kaip jie gali būti pažeisti ir ką daryti, kad jie nebūtų pažeidžiami. Gydytojai psichiatrai įvardijo, kad pradinių žinių apie Konvenciją arba visai neseniai gavę dalyvaudami specialiuose mokymuose šia tema, arba pasidomėję ja įstaigose atliktų patikrų metu. Tyrimo dalyvių buvo palankiai įvertinti įstaigose vykdomi žmogaus teisių auditai, kurie duoda pagrindą apmąstyti, įsivertinti ir pakoreguoti savo darbo praktikas.

Psichologai teigė, kad nėra supažindinami su Konvencijos nuostatomis ir standartais įstaigos lygmeniu, susipažinimas – epizodiškas, nenuoseklus: „*jeigu, pavyzdžiui, pats susiradai ar kažkaip tai užkliuvo akis*“ (P-FG-1).

Žinios ateina ir per praktiką – organizuojant ir dalyvaujant diskusijoje, darbo grupėse psichikos sveikatos ir žmonių teisių temomis, su darbu susijusia informacija pasidalina kolegos, kitų šioje srityje dirbančių organizacijų atstovai ir pan. Be to, psichologai pastebėjo, kad dažnai atsakomybė susirasti daugiau informacijos šia tema paliekama pačiam specialistui, tokia informacija pasiekia jį asmeniniais kanalais: „*kiek teko dirbti, tai nei vienoje [organizacijoje], man regis, aš nebuvau susidūrusi su tuo, kad mes tikrai stipriai aptarinėtume etikos arba žmogaus teisių kažkokius klausimus*“ (P-FG-4).

Psichologijos studijų metu dėstomi kursai, susiję su profesijos etika, o ne konkrečiai su žmogaus teisėmis. Tik pradėję praktiką specialistai ima domėtis psichikos sveikatos, žmogaus teisių temomis, kai išskyla poreikis arba susidūrus su konkrečia situacija pastebima žinių stoka: „*atrodo, viskas seka apie tai, kad pagal poreikį: jeigu atsiranda poreikis, tada ir skaitai preventiškai, kad turėtum daugiau žinių [...] neieškai tos informacijos, atrodo kaip vertybiškai savaime suprantama, bet yra kartais tokių atvejų [...]. Kažkokios specifinės situacijos, kuriose tiesiog pagalvoji, kad reiktų kažkaip pasidomėti*“ (P-FG-4).

Detaliau su Konvencija susipažįstama keliant kvalifikaciją, pvz., podiplominėse studijose yra kursų žmogaus teisių ir psichikos sveikatos temomis.

Slaugytojai įvardijo, kad nuolat siekia asmeninio tobulėjimo, neformaliai organizuoja mokymus, paskaitas ir seminarus darbuotojams, kurie daugiausia susiję su atliekamo darbo specifika, pvz., deeskalacijos mokymai.

Kai kurie **socialiniai darbuotojai** minėjo, kad su žmogaus teisių ir psichikos sveikatos tema susiduria studijų laikotarpiu, pvz., vienas socialinis darbuotojas dalinosi: „*iš tikrųjų dabar ir studijose labai didelis dėmesys skiriamas žmogaus teisių klausimui. Ir kaip ir atskiras dėstomas dalykas yra tai pačiai, ir žmogaus su negalia konvencija tikrai buvo detaliai analizuota*“ (SD-FG-5).

Kita vertus, kiti socialiniai darbuotojai minėjo tiesiog žinantys, kad Konvencija egzistuoja, bet nebuvo su ja detaliai susipažinę.

Pradėjus socialinio darbo praktiką, žinios apie Konvenciją atnaujinamos ruošiantis mokymams, dalyvaujant kvalifikacijos kėlimo kursuose, keičiantis ar atsinaujinant teisės aktams, prieš darbovietės auditus, žinios gaunamos per lankstinukus, informacines skrajutes, profesinės asociacijos naujienlaiškius ir pan. Specialistai taip pat pastebėjo, kad Konvencija minima žiniasklaidos rezonansi-

nių visuomenės įvykių kontekste, kai su žmogaus teisių pažeidimais susiduriama praktikoje: „*turbūt labai akcentuojama per tam tikrus skaudžius įvykius visuomenėje [...] buvo įvykis globos namuose, kad rado kažkokias patalpas, tai nemažai apie tai kalbėjome, kai atsitinka skaudus įvykis – vaikas žūsta, dar galime kalbėti, kai policininkas nušovė moterį*“ (SD-FG-2).

Patraukliausi būdai gauti praktinių žinių apie Konvenciją būtų mokymai su vaizdo medžiaga, pristatančia realias situacijas, praktiniai seminarai. Specialistų nuomone, tokie metodai būtų patrauklūs bei naudingi ir šviečiant visuomenę, pvz., paminėtos konkrečios antistigminės kampanijos ir iniciatyvos – „Kvaila bijoti atsisukusio varžtelio“, „Keisk plokštelę“.

Mišrios fokusuotos grupės diskusijos dalyviai minėjo, kad studijų metais su Konvencija nebuvo supažindinti, tik įvairių mokymų metu po studijų jau pradėjus praktiką. Įstaigos administracija pasidalina informacija apie naujus įsakymus, raštus ar potvarkius. Dalyviai taip pat pastebėjo, kad studijų laikotarpiu turėjo kursus, kuriuose buvo mokoma apie etišką elgesį su klientais, ir nors Konvencijos punktų nežino atmintinai, vis dėlto dirba pagal joje įvardytas vertybes: „*vertybiškai medicinos psychologams yra tikrai artimas tas požiūris tokio nuolat bendradarbiavimo, pagarbaus santykio kūrimo. Ir kažkaip natūraliai turbūt ir pavyksta, net nežinant turbūt tos neįgalųjų teisių konvencijos, vis tiek kažkaip pagal tuos principus dirbti*“ (M-FGD-3).

Pradėjus praktiką, į Konvenciją ir kitas teisinės nuostatas bei standartus gilinamasi atsiradus poreikiui: „*kažkokių konkrečių atvejų jeigu būna, iškyla klausimas, nu tai ten pasieškai informacijos*“ (M-FGD-1).

Specialistai dažniausiai susipažįsta su Konvencija per neformalius šaltinius, mokymus ar praktikoje iškilusias situacijas. Sistemingo mokymo apie Konvenciją trūkumas lemia, kad jos principai nėra visapusiškai integruojami į kasdienę praktiką. Šis fragmentiškumas mažina galimybę nuosekliai įgyvendinti žmogaus teisių apsaugą psichikos sveikatos priežiūros sistemoje.

Nors kai kurios profesijos, pvz., socialiniai darbuotojai, savo studijų metu gauna daugiau žinių apie žmogaus teises, Konvencijos analizė dažnai apsiriboja teorinėmis diskusijomis. Psichologai ir psichiatrai su žmogaus teisių klausimais susiduria tik praktikos ar podiplominės kvalifikacijos kėlimo kursuose, o tai parodo švietimo sistemų poreikį įtraukti Konvenciją į privalomus mokymo dalykus. Slaugytojų ir socialinių darbuotojų pastangos savarankiškai organizuoti mokymus ar seminarus rodo motyvaciją gilinti žinias, tačiau ši atsakomybė dažnai paliekama individualiam specialistui ar komandai.

3 tema

Profesijos vaidmens užtikrinant psichikos sveikatos paslaugų gavėjų teisių įgyvendinimą vertinimas

Psichiatrai atskleidė, kad jų darbas dažnai apima ne tik medicininius sprendimus, bet ir teisinių bei socialinių klausimų sprendimą, o tai neretai sukuria moralinę ir profesinę dilemą. Jie ne tik diagnozuoja ir gydo pacientus, bet ir dalyvauja teismo procesuose dėl veiksnio, priverstinio gydymo ar paciento socialinių teisių ribojimo:

„Bet tada aš dar einu į teismą, mes kaip įstaiga kreipėmės į teismą, kad jam, pavyzdžiui, pratęsti arba nepratęsti priverstinį gydymą. Ir tada, kai mes jam pratęsiame ar nepratęsiame, jis vėl pas mane grįžta kaip pas gydytoją tęsti gydymosi procesą. Ir tada gaunasi, kad aš turiu visus vaidmenis, visus įmanomus vaidmenis. Mes tada priimame sprendimus dėl jo nukrypimo ar nenukrypimo, dėl jo neįgalumo, darbingumo, kažkokių kitų socialinių pašalpy, jo socialinės padėties užtikrinimo. [...] Negali tu būti ir geras, ir blogas tuo pačiu metu“ (PsiHtr-FG-4).

Psichiatrai siekia išlaikyti pacientų pasitikėjimą, tačiau kartu jiems tenka priimti sprendimus, kurie gali būti suvokiami kaip priverstiniai arba ribojantys paciento teises. Tai ypač aktualu, kai jų vertinimai tampa pagrindu teisiniams sprendimams. Psichiatrai pabrėžė, kad jų funkcijos turėtų apsiriboti mediciniais sprendimais, o teisiniai ir socialiniai klausimai būti deleguoti atitinkamoms institucijoms ar specialistams. Šiuo metu ribos nėra aiškiai nustatytos ir dėl šios dvilypės funkcijos pacientai gali suvokti psichiatrą ne tik kaip gydytoją, bet ir kaip jų teises ribojantį asmenį. Tai apsunkina gydymo procesą, nes pacientai vengia bendradarbiauti arba atsisako pagalbos.

Tyrimo dalyviai įžvelgė ir prieštarą anoniminio gydymosi atveju, siejamą su visuomenės saugumu ar tam tikrais pavojais, kurių siekiant išvengti taikomi ribojimai asmenims eiti tam tikras pareigas, įsigyti ginklą ar vairuoti automobilį. Tai dalyviai įvardijo kaip nuolat jaučiamą jų profesinio vaidmens priešpriešą tarp asmens teisių ir visuomenės teisių į saugumą užtikrinimo. Ši dilema atskleidžia ir platesnę sisteminę problemą – aiškių gairių, kaip subalansuoti anonimiškumą ir grėsmių valdymą, stoką.

Anksčiau aptartos fiksavimo praktikos dažnai balansuoja tarp asmens autonomijos ir visuomenės ar paties paciento saugumo. Tai kelia klausimų apie žmogaus teisių apsaugą: fiksavimas dažnai atliekamas be paciento sutikimo, todėl pažeidžiama paciento teisė į savarankišką sprendimų priėmimą, numatyta Konvencijos 12 straipsnyje. Fiksavimo praktikos dažnai neproporcingai paveikia

žmones su psichosocialine negalia, o tai gali būti laikoma diskriminacija (Lygybė ir nediskriminavimas, 5 straipsnis). Fiziniai apribojimai turėtų būti taikomi tik išimtiniais atvejais ir tik pagal aiškias taisykles (Laisvės ir saugumo apsauga, 14 straipsnis). Gydytojai įvardijo nuolatos jaučiantys spaudimą pažeisti reglamentuotas žmogaus teises, nes praktinė realybė nesudaro jiems sąlygų laikytis įvairių tvarkų ir reglamentavimų dėl resursų trūkumo, dėl to jaučiamas diskomfortas.

Psichologai savo vaidmenį užtikrinant psichikos sveikatos paslaugų gavėjų teises matė kaip pagalbininko, tarpininko, paciento gynėjo, ypač jei asmuo nediršta išsakyti gydytojui ar kitiems specialistams savo poreikių ar skundų: „*kartais būni netgi skundiko vaidmeny, kai kažką pamatai, ko pacientas neišdrįsta pasakyti, nu ir eini ieškoti teisybės*“ (P-FG-1). Išsakyta nuomonė, kad „*medicinos psichologai yra vieni iš pagrindinių, kurie atsveria žmogaus teisių trūkumą psichiatrijoj*“ (M-FGD-3), labai daug psichologinio konsultavimo psichiatrijoje skirta deeskalacijai: „*psichologas yra tas, iš kurio yra lūkestis, kad pabendraus ir gal nurims, ir gal išsikalbės, ir gal personalui mažiau trukdys su savo klausimais ar kažkokiais poreikiais*“ (M-FGD-3).

Kadangi psichologai su pacientu praleidžia daugiau laiko, jie turi galimybę užmegzti su juo ryšį, jiems labiau atsiveriama, papasakojama apie teisių pažeidimus, nesutarimus su specialistais ar pacientais, nors nejaučia savo galios pasiekti pokyčių: „*jeigu pacientas pasisako [apie teisių pažeidimus], aš nelabai galiu ką su tuo padaryt. Aš galiu sakyti paciento gydytojui ir dažniausiai ten šitaip klausimas ir užsibaigia. Galiu dar paskatint pacientą parašyti skundą. Nežinau, kiek tai veiksminga, kur tai nuveda, bet bent jau abudu su pacientu galim jaustis, kad nu kažką dėl to padarėm*“ (M-FGD-1).

Psichologo veikloje svarbi šviečiamoji funkcija, ypač svarbu paciento nepagrįstų baimių (prarasti darbą, vairuotojo teises ir pan.), neteisingos informacijos apie ligą išsklaidymas, informacijos apie paslaugas, išmokas suteikimas, kai kuriais atvejais – įstatymų skaitymas kartu. Pacientas matomas kaip lygiavertis partneris kuriant bendradarbiavimu grįstą konsultavimo ryšį: „*pacientai kartais net sako: „Tiktai čia vat, pas psichologą kabinete, aš pagaliau vėl galiu žmogus, o ne ligonis jaustis, su manim kaip su žmogum, o ne kaip su ligoniu, kaip su simptomų rinkiniu čia elgiasi*“ (M-FGD-1).

Socialiniai darbuotojai save mato kaip specialistus, kurie palaiko pacientą, jam padeda, yra jo pusėje jautriausiu laikotarpiu: „*baisiausia ir yra, kad tas priverstinis paguldymas, stacionarizacija, neveiksnumo visas institutas, globa, rūpyba,*

kur labai apriboja žmogų. Čia ir visur mes, socialiniai darbuotojai, stengiamės, kad žmogus išliktų žmogumi“ (M-FGD-2). Kita vertus, jie pastebi socialinio darbuotojo vaidmens mažėjimą kitoms profesijoms perimant jų funkcijas, pvz., atvejo vadybininkai perėmė darbą su asmenimis, ką tik išėjusiais iš ligoninės, kurį anksčiau darydavo socialiniai darbuotojai. Be to, didėjant su pacientu dirbančių specialistų skaičiui, „žmogus kartais pasiklysta tarp tų specialistų ir nebesupranta, kas čia jam vis skambinėja ir skambinėja, ir jo ieško, tik nori padėti, be realios naudos“ (SD-FG-2).

Apskritai socialinis darbas šios profesijos atstovų buvo matomas kaip žmogaus teisių profesija: „ką mes darome, tai mes turime ir įgalinti, ir atstovauti, ir padėti užtikrinti tą lygybę prieš įstatymą, ir informuoti žmogų, kas jam priklauso, kas nepriklauso, tuo pačiu veikti socialinių paslaugų, sveikatos priežiūros paslaugų sistemoje“ (SD-FG-5).

Visgi nors pacientų įgalinimas matomas kaip profesijos tikslas, specialistai abejojo dėl savo įtakos sveikatos priežiūros sistemoje ir išreiškė norą profesijai turėti daugiau galios priimant sprendimus, organizuojant reformas, teikiant įvairesnes paslaugas: „mes tikrai mažai galios turime sveikatos priežiūros, ir mes nelicencijuojami, neprieiname prie daugelio dokumentų, bandai ieškoti per aplinkui, tas procesas išilgėja, sudėtingėja, ir pagalba žmogų pasiekia arba ne taip greitai, ne taip efektyviai, o gal galiausiai apskritai nepasiekia“ (SD-FG-5).

Slaugytojai savo vaidmenį ir indėlį užtikrinant paslaugų gavėjų teisių įgyvendinimą matė kaip itin reikšmingą ir didelį, nes su pacientu praleidžia daugiausiai laiko: „slaugytojas, tai yra pagrindinis žmogus, kur praleidžiame 24 valandas“ (S-FG-2). Slaugytojai turi „būti pacientui žmogumi, kuriam jis gali atsiverti ir nieko nebijoti. Labai svarbu išklausti tą žmogų, palaikyti jį, padrąsinti, nes jie labai nedrąsūs arba tiesiog dėl ligos specifikos nieko nenori daryti. Tai reikia mokėti prie jo prieiti“ (S-FG-4).

Psichiatrai balansuoja tarp gydytojo, teisėjo ir socialinio eksperto vaidmenų, o tai apsunkina jų santykį su pacientais, randasi pasitikėjimo spragų. Dėl šio funkcijų persidengimo pacientai neretai suvokia psichiatrus kaip jų teisių ribojimo įrankį, o ne kaip gydymo partnerius. Psichologai ir socialiniai darbuotojai tampa paciento teisių gynėjais ir įgalintojais, tačiau jų poveikį riboja sprendimų priėmimo galios trūkumas ir fragmentuota sistema. Jie pabrėžia pacientų orumo ir žmogaus teisių išsaugojimą, tačiau susiduria su praktinėmis kliūtimis, kai jų siūlymai ar intervencijos nepasiekia sisteminio lygmens.

Slaugytojai, kurie praleidžia daugiausiai laiko su pacientais, užtikrina tiesioginę paramą ir palaikymą. Tačiau jų darbo pobūdis dažnai neįvertinamas kaip kritiškai svarbus žmogaus teisių kontekste. Visų profesijų atstovai susiduria su ribota galimybe daryti įtaką sisteminiams pokyčiams, o pacientai dažnai „pasiklysta“ tarp specialistų.

4 tema

Pastarųjų metų pokyčių psichikos sveikatos priežiūros sistemoje vertinimas žmogaus teisių požiūriu

Dalis **psichiatru** įvardijo nepajutę jokių pokyčių, susijusių su Konvencijos principų diegimu, per pastaruosius keletą metų. Kiti, svarstydami apie pokyčius psichikos sveikatos paslaugų sistemoje, teigė pajutę iš Sveikatos apsaugos ministerijos atėjusius reikalavimus parengti įvairias tvarkas – dėl pacientų fiksavimo, hospitalizacijos tvarkos ir pan. bei susidūrę su Konvencijos nuostatų bei standartų aiškinimu ir diegimu per įstaigose atliekamus žmogaus teisių auditus. Šiuos auditus dalyviai vertino teigiamai, kaip sudarančius galimybę įsivertinti savo darbo praktiką žmogaus teisių aspektu ir imtis reikiamų pokyčių. Vykstantys pokyčiai glaudžiai siejasi su psichiatrų vaidmens kompleksiskumu ir dilemomis, su kuriomis jie susiduria, ir detaliau pristatomi kituose poskyriuose.

Psichologai pastebėjo, kad psichikos sveikatos ir žmogaus teisių temų svarba auga, daugėja įvairių mokymų, konferencijų šiomis temomis, tačiau ne visuomet aišku, kiek šios žinios pritaikomos praktikoje: *„gal ne tiek pasidžiaugčiau, kiek sakyčiau, kad vis dėlto tiek mokymai, tiek konferencijos, tiek visa ta informacija [...] lieka tam – labai negražiai išsireikšiu, bet – aukštesnės kvalifikacijos specialistų lygyje. O kai mes keliaujame žemyn, tai dažnai tenka susidurti su bendravimo ypatumais, tarkime, kažkokiais elementariais grubesniais pasisakymais, kurių tikrai būtų galima išvengti“* (P-FG-1).

Atskiros sveikatos priežiūros įstaigos arba skyriai toje pačioje įstaigoje gali dirbti skirtingai, tad paciento patirtis neretai priklauso nuo specialistų: *„pacientai grįžta [iš priėmimo skyriaus] su dar labiau šokiruojančia patirtim, kur juos ten iškoliojo, kažkas kažkur ten siuntė, nepriėmė [...] tiesiog kaip pasiseka“* (P-FG-5).

Taip pat vis dar susiduriama su neigiamomis kitų specialistų nuostatomis gydant asmenis su psichosocialine negalia, kadangi ši diagnozė neretai veikia kaip „filtras“ sveikatos priežiūros sprendimuose ir gali transformuotis į struktūrinę diskriminaciją. Tuomet ne tiek kovojama su stigma, kuri yra tokia stipri, kad pati sveikatos sistema skatina strategijas, kurios potencialiai prieštarauja medicininei

etikai – informacija slepiama, o ne vadovaujamas holistiniu požiūriu į paciento sveikatą: „patekus pas bet kurį gydytoją, pirmas dalykas, į ką yra atkreipiamas dėmesys, tai ne į tai, kad skauda pilvą, bet į tai, kad jisai turi F20. Ir visa tai yra interpretuojama jau truputėlį kitokiame kontekste. Reiškia, kad jeigu žmogui yra F20, jam apendicito būti negali. Jisai išsigalvoja, kad jisai turi apendicitą, ar ne? Tai, tiesą pasakius, mokinomės tokį dalyką, kad prisijungus per e. sveikatą galima užslaptinti savo asmeninius duomenis ir niekas jų nematys“ (P-FG-1).

Slaugytojai pastebi, kad dabar žymiai daugiau dėmesio skiriama privatumo ir konfidencialumo užtikrinimui: „buvo natūralu poste, žinoma, turėti lentą, kurioje būdavo surašytos pacientų pavardės [...]. Šiuo metu tau nieko, net pacientų pavardžių viešai nepamatysi“ (S-FG-7). Suleidžiant vaistus palatose, pastatoma širma, kad pacientui būtų daugiau privatumo, informacija apie paciento būklę neteikiama telefonu, atėjus lankytojui, pasiteiraujama, ar pacientas nori jį priimti, ir pan. Kitas svarbus pokytis – gydymo procese daugiau atsižvelgiama ne tik į su gydymu susijusius, bet ir į socialinius poreikius, skiriama daugiau dėmesio užimtumui, švietimui. Keičiasi ir darbuotojų požiūris į pacientą ir jo problemas, bendravimo kultūra, pvz., kreipiamasi vardais, o ne pavardėmis. Siekiama ne išlaikyti pacientą ligoninėje maksimalią gydymo trukmę, o kuo greičiau suteikti pagalbą ir pasiūlyti kitas paslaugas, pvz., dienos stacionaro, psichoterapijos ir kt., „kad pacientas kuo greičiau galėtų grįžti į visuomenę“ (S-FG-5). Psichikos sveikatos priežiūros įstaigoje stengiamasi sukurti namų sąlygas – leisti kada nori gerti kavą, naudotis dušu.

Esant geresniam santykiui su pacientu, lengviau išaiškinti ir įvairius su sveikatos priežiūros įstaigos vidinėmis tvarkomis susijusius draudimus: „yra uždrausti rūkantieji apskritai ligoninėse. Bet tai yra didelė problema [...]. Rūkymas yra šventas reikalas. Pas mumis, pavyzdžiui, jau kitame skyriuje yra taikoma, kad pacientus išsiveda į lauką tam paskirtu laiku“ (S-FG-7). Visgi, esant ūmiai būklei, paciento galimybės išeiti į lauką ar rūkyti yra labai ribotos.

Socialiniai darbuotojai pastebėjo, kad visuomenė tapo tolerantiškesnė psichikos sveikatos klausimais, nebijoma kreiptis pagalbos: „nebėra tokios baimės kreiptis į psichiatrą, padaugėjo pacientų ir drąsiau, dažniau centre apsilanko, o pradžioje buvo labai sudėtinga prisikalbinti, nes jiems labai baisu, kad kažkas sužinos“ (SD-FG-4). Kitas pokytis yra ženkliai išaugęs psichologų, slaugytojų, socialinių darbuotojų skaičius PSC: „jaučiasi tikrai jaunų žmonių, jaunų specialistų pozicija tokia ir proaktyvi, ir dar iš tikrųjų žmonės, ir gal, ir nepavargę, ir fiziškai, ir mo-

rališka, nusivylę gyvenimu ir darbu. Iš tikrųjų, bet tik yra daugiau, ir pozityvo daugiau, vertybinio, gal tiesiog vertybių ir natūrali priemonė to žmonės daugiau jo“ (SD-FG-3). Gydomo procese daugiau atsižvelgiama į paciento norus, tačiau šis pokytis vertinamas nevienareikšmiškai: „jeigu žmogus ar artimieji nebenori gydytis, anksčiau būdavo daugiau galių daktarams, kad galėtų ilgiau išlaikyti žmogų, tai dabar [...] žmogus turi būti paleistas“ (SD-FG-4).

Mišrios fokusuotos grupės diskusijos dalyviai pastebėjo, kad daugiau kalbama apie žmogaus teises psichiatrijoje, atsiranda daugiau įvairių paslaugų: plečiasi dienos stacionaro skyrius, siekiama užtikrinti palankesnę aplinką sveikti, gausėja mokymų psichikos sveikatos ir žmogaus teisių temomis, renkamas grįžtamasis ryšys apie suteiktas paslaugas. Visuomenėje taip pat daugiau kalbama apie žmogaus teises, tad pacientai geriau supranta savo teises, pvz., kad gali rašyti skundą, jei netinka gydymas, bendravimas ar kt. Pasikeitė ir specialistų požiūris į asmenis su psichosocialine negalia, atsirado daugiau komandinio darbo – skiriant paslaugas ar gydymą teiraujamosi kitų specialistų nuomonės ir vertinimo.

Keičiasi ir sveikatos priežiūros įstaigų veiklos principai, pvz., pacientų filmavimas griežtai reglamentuojamas, įrašai nėra daromi, informacija naudojama tik stebėjimui, pacientai turi galimybę susipažinti su ligos istorija. Slaugos taryba taip pat siekia vidaus tvarkos taisyklių lankstumo: „mažiau apribojimų, mažiau suvaržymų [...] kada gali dušais naudotis, kada gali eit pasivaikščiout, kad tokių būtų mažiau apribojimų“ (M-FG-3). Skyrių struktūra ir architektūra taip pat keičiasi, nebelieka skirstymo į vyrų ir moterų skyrius, skirstoma pagal ligos pobūdį. Statomi nauji psichikos sveikatos priežiūros įstaigų korpusai, kurie labiau pritaikyti skirtingų būklių pacientams: „toks pokytis, kurio laukia pacientai kai kurie, atidėlioja netgi, sako: „Aš gal biškį dar pakentėsiu porą mėnesių ir tada atvyksiu į ligoninę, į naują korpusą“ (M-FGD-1).

Kita vertus, buvo išsakyta abejonė, kiek specialistų pastebėtus pokyčius jaučia pacientai: „kiek tas realiai jaučiasi pas mus besigydantiems žmonėms, tai klausimas, nežinau, ar yra kažkoks pokytis, kad žmogus, kuris buvo prieš du–tris metus ir dabar, galėtų sakyt „Vat kažkaip čia jaučiuosi oriau, laisviau“ (M-FG-3).

Nors psichikos sveikatos sistemoje matoma teigiamų pokyčių, jie nėra sistemingi. Pokyčių poveikis dažnai priklauso nuo konkrečios įstaigos ar specialistų požiūrio, todėl pacientų patirtys lieka nenuoseklios. Konvencijos principų įgyvendinimas pasireiškia daugiau reglamentų kūrimu ir auditu, tačiau praktiniai pokyčiai dažnai nepasiekia visų specialistų ir pacientų.

Nors auga dėmesys paciento teisėms, vis dar trūksta sisteminių mechanizmų, užtikrinančių jų įgyvendinimą praktikoje. Daugėja diskusijų apie psichikos sveikatos ir žmogaus teises, keičiasi specialistų bendravimo kultūra bei didėja pacientų įgalinimas suprasti savo teises. Tačiau išlieka iššūkis užtikrinti, kad šie pokyčiai būtų jaučiami visų pacientų, ypač tų, kurių patirtys formuojasi labiausiai stigmatizuojančiose situacijose.

5 tema

Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros paslaugų sistemos pokyčiai, reikalingi žmogaus teisių apsaugai ir įgyvendinimo užtikrinimui

Psichiatrai, svarstydami apie pokyčius teikiant psichikos sveikatos paslaugas, įvardijo keletą svarbių aspektų. Pirmasis susijęs su **gydytojų psichiatrų vaidmens daugialypiškumu** ir kartais **viena kitai prieštaraujančiomis funkcijomis**, kurias jie turi atlikti. Pirmiausia, psichiatras turi užmegzti kontaktą su pacientu, kad įgytų jo pasitikėjimą ir galėtų asmenį gydyti, tačiau priverstinio gydymo atveju psichiatras turi liudyti teisme. Tai veikia paciento pasitikėjimą gydytoju ir jo paskirtu gydymu. Be to, psichiatras tampa „vartų sargu“, atsakingu už asmens darbingumo, neįgalumo įvertinimą, kuris nulemia, kokias socialines išmokas asmuo galės gauti, kaip keisis jo padėtis visuomenėje. Psichiatrai sprendžia dėl asmens teisės turėti ginklą, eiti tam tikras pareigas, vairuoti automobilį. Tai vėlgi turi įtakos paciento požiūriui į gydytoją: „*Ir visos šitos rolės yra tam tikruose sąlyčio taškuose prieštaraujančios viena kitai. Ir tada tas kontaktas su pacientu, tas paciento noras priimti pagalbą, sveikti, automatiškai labai stipriai nukenčia. [...] nes nu negali tu būti ir geras, ir blogas tuo pačiu metu*“ (PsiHtr-FG-4).

Tyrimo dalyviai įžvelgė dilemą dėl savo atsakomybių, balansuojant tarp skirtingų to paties asmens teisių apsaugos: „*iš vienos pusės, sergančiųjų žmonių teisės gali būti pažeistos, jeigu jie bus na santykinai būdami sveiki paguldyti, stacionarizuoti ir bus manipuluojama jais. Bet, iš kitos pusės, jų teisės gali būti pažeidžiamos kai kuriais atvejais lygiai taip pat, jeigu nebus taikomas gydymas, jeigu nebus imtasi kažkokių priemonių, kartais turbūt priverstinių, kai žmogus nėra adekvatus*“ (PsiHtr-FG-3).

Dalyviai neigiamai vertino psichiatrams priskiriamą atsakomybę už visuomenės saugumą, jų pareigą vertinti psichikos sveikatos būklę, išduoti pažymą, galiojančias keletą metų į priekį. Jie teigė negalintys numatyti, kaip asmens psichikos būklė keisis per artimiausius mėnesius ar metus, todėl tokios pažymos neužtikrina visuomenės saugumo ateityje, o tik esamu momentu, ir šią jiems priskirtą funkciją vertino kaip perteklinę.

Dalyviai įvardijo poreikį aiškiai įvardyti psichiatrų vaidmenį tik kaip gydytojų: „mes vertinam paciento būklę, vertinam simptomus, kokie yra, diagnozuojam, nustatom, paskiriame gydymą“ (PsiHtr-FG-3), o ne besirūpinančių kitais aspektais, teigdami, jog žmogaus teisių apsauga galėtų būti fakultatyvinė gydytojų veikla. Visi pritarė, kad psichikos sveikatos priežiūros paslaugas turėtų teikti įvairių specialistų komandos ir žmogaus teisių užtikrinimu turėtų užsiimti socialiniai darbuotojai ar slaugytojos, gydytojui paliekant tik gydymo atsakomybę.

Psichiatrai jaučiasi verčiami tarpininkauti tarp paciento, bendruomenės ir visuomenės – ši atsakomybė nedidina jų motyvacijos pokyčiams psichikos sveikatos sistemoje žmogaus teisių aspektu. Kiti aspektai, kurie turėtų keistis, susiję su pagarba profesijai plačiąja prasme, oriu atlygiu bei oriomis darbo sąlygomis, kurių šiuo metu trūksta. Taip pat buvo įvardyta ir gydytojų profesinio perdegimo grėsmė, nes dalyviai nesijautė, kad turi pakankamai resursų atliepti visus jiems keliamus reikalavimus.

Psichologų nuomone, būtų prasminga inicijuoti platesnio masto diskusijas ir edukacinę kampaniją visuomenėje apie žmogaus teises ir psichikos sveikatą, nepakanka tik priimti atitinkamų įstatymų, su kuriais daugiausia susipažįsta tik specialistai. Akcentuotas nuostatų keitimas, specialistų švietimas žmogaus teisių tema, ypač tų, kurie rečiau susiduria su asmenimis su psichosocialine negalia: „galvojant apie sistemą ir galvojant apie pacientus, kurie atvažiuoja į priėmimą, ieškodami pagalbos, ir ten juos kažkas iškolioja ir apšaukia [...] ar slaugytojos, kuriuos pavardės rėkia per koridorių, nepaisant konfidencialumo“ (P-FG-5).

Visuomenės švietimas buvo akcentuojamas kaip svarbi priemonė ir didinant kitų institucijų (švietimo įstaigų, policijos), susiduriančių su asmenimis su psichosocialine negalia, sąmoningumą: „tenka iš pačių žmonių išgirsti įvairių patirčių, vieni sako, jog labai buvo tinkamas adekvatus bendradarbiavimas, kiti tikrai baisius prisiminimus turi iš to, kaip jie buvo surakinti, kaip jie prispausti prie žemės buvo“ (P-FG-2). Specialistai pabrėžė, jog pacientai patys turėtų kalbėti apie patiriamus sunkumus, nebijoti konfrontacijos susidūrus su teisių pažeidimais ar netinkamu specialistų elgesiu.

Slaugytojai atkreipė dėmesį, kad užtikrinant paslaugų gavėjų teises svarbu skirti daugiau dėmesio ir pačių slaugytojų psichikos sveikatai. Krūvių reglamentavimas įvertinant pacientų skaičių, tenkantį vienam slaugytojui, atlyginimų peržiūrėjimas ir pan. buvo įvardijama kaip itin veiksmingos priemonės mažinant slaugytojų perdegimo riziką. Slaugytojai pabrėžė, kad institucijoms būtina ben-

dradarbiauti ir pranešti apie pastebėtus žmogaus teisių pažeidimus: „jeigu matome, kad žmogumi nesirūpina, turėtų gydymo įstaigos prisiimti atsakomybę, kreiptis į tarnybas, informuoti, kad pacientas atvyksta pastoviai, juo nesirūpinama ar globėjas netinkamai atlieka savo pareigą“ (S-FG-5). Buvo siūlymų plėsti paslaugas, skirti daugiau dėmesio socialinių įgūdžių ugdymui: „išmoksta jie gaminti valgyti, išmoksta apsipirkti [...] o namuose, jeigu paskirtas socialinis darbuotojas, tai ne daryti meškos paslaugą – viską atlikti už žmogų, o geriau atlikti viską kartu, kad tas žmogus nesijaustų, kad aplinkui visi viską gali ir turi padaryti“ (SD-FG-1).

Socialinių darbuotojų nuomone, reikia peržiūrėti teisės aktus, ypač susijusius su neveiksnaus asmens hospitalizacija psichiatrijos ligoninėje. Dabar tam reikalingas teismo leidimas, kurio gavimas vertinamas kaip kliūtis greičiau gauti pagalbą: „artimieji tam ir daro neveikšnumą, tikėdamiesi, kad galės tą pagalbą užtikrinti greičiau. Tai ir ligoninės tokių nenori priimti, kadangi jums reikia kreiptis į teismą dėl leidimų gavimo“ (SD-FG-2). Vertindami žmogaus teisių reglamentavimą ir politinius sprendimus specialistai pastebėjo, kad trūksta tęstinumo ir nuoseklumo, kai kada ir politinės valios, pvz., perimant užsienio šalių gerąją praktiką.

Kitas svarbus pokytis yra tarpinstitucinio bendradarbiavimo plėtojimas, grįžtamojo ryšio iš kitų institucijų stoka, pvz., nukreipus asmenį į Asmens su negalia teisių apsaugos agentūrą įvertinti neįgalumo lygio, socialiniai darbuotojai negauna jokio atsakymo ir nežino sprendimo: „ką žmogus biškį pasako, ką artimieji biškį pasako, ką susirenki informaciją pats. Bet daug lengviau būtų dirbti, jeigu mes galėtumėme prieiti prie informacijos visumos ir gauti informaciją, ir padėti tam žmogui“ (SD-FG-4). Pacientai irgi dažnai negali suprasti atsakymo ir nesikreipia dėl jiems priklausančių paslaugų.

Mišrios fokusuotos grupės diskusijos dalyviai akcentavo aiškesnio atsakomybių paskirstymo psichikos sveikatos ir socialinės apsaugos sistemose svarbą. Trūksta aiškios atsakomybės ir koordinacijos tarp institucijų, kai reikia spręsti negalinčių savimi pasirūpinti žmonių problemas. Dėl biurokratinių barjerų ne visada aišku, kuri institucija turėtų prisiimti atsakomybę už asmens gerovę, ir galiausiai asmuo reikiamos pagalbos nesulaukia: „eilinės situacijos būna, kad kažkur žmogus, močiutė, kas nors neša šiukšles, smirda, kaimynai visur rašo pareiškimus. Ir prasideda raštų siuntinėjimas į prokuratūrą, savivaldybę, savivaldybės paramos skyrių, paramos skyrius – į psichikos sveikatos centrą. Psichikos centras pasakys: čia mums nepriklauso, skambinkite 112. Jeigu žmogus pavojingas savo sveikatai, sau ir aplinkiniams, tada guldyt į ligoninę [...] kartais atrodo daug įstaigų, bet [...]

atsakomybės nebėra, kas tada už tą žmogų atsakingas, nes vienas sako: „Mes tik už gydymą“, kitas – „Mes prie tokių nevažiuojam, nes mums nepriklauso“ (M-FGD-2).

Reikėtų aiškesnių gairių, kaip įgyvendinti teisės aktus užtikrinant geriausius paciento interesus nepažeidžiant jo teisių, pvz., kai pacientas atsisako gydymo, tačiau, specialisto nuomone, gydymas reikalingas: „žmogus atsisako pagalbos, ar-timieji skambina ir apibūdina būklę, ten žmogus praktiškai psichožėje yra, bet jisai atsisako važiuoti. Net jeigu iškviečia jam greitąją, jisai atsisako įleisti arba atsisako važiuoti su greitąja. Tada surištos rankos, nu negali nieko padaryti prieš žmogaus valią, viena vertus, nors tam žmogui reikia pagalbos, bet, kita vertus, jeigu vis dėlto turėtume sistemą, kuri leidžia padaryti prieš jo valią, tai tada pažeistume žmogaus teises“ (M-FGD-1).

Kitas įvardytas pokytis, galintis padėti geriau užtikrinti žmogaus teises, susijęs su paslaugų finansavimu, ypač tų, kurios įgalintų ne tik gydymo, bet visapusiškos pagalbos teikimą. Daugiau finansuojamos stacionarios paslaugos, kurios riboja pacientus, o ne psichosocialinės reabilitacijos centrų paslaugos. Socialiniai darbuotojai pabrėžė, kad, siekiant psichikos sveikatos sistemos pokyčių, reikia iš esmės keisti psichikos sveikatos sampratą: „psichikos sveikata suprantama ganėtinai siaurai – kaip simptomų buvimas arba nebuvimas, o visa psichosocialinė dalis lieka kažkur tarp eilučių [...] turėtų plėstis tas požiūris, kas yra psichikos sveikata, turėtų jungtis resursai ne tik sveikatos sistemos, bet ir švietimo, Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos, nes tikrai turim besikertančių sričių, kad nebūtų tada to futbolo žaidimo, kad čia ne mano, čia dar kažkas kitas“ (M-FGD-3).

Dalyviai taip pat nurodė pasigendantys stiprių pacientų organizacijų, kurios būtų naudingos išgirstant paciento balsą visuomenėje: „pacientų organizacijų stiprių nėra [...]. Lyg ir praskamba, kad norėtųsi išgirst pacientų nuomones kažkokią tvarką keičiant, kažką darant, bet kad tų pacientų nelabai girdisi [...] jų nesimato ir nesigirdi, ir jie nelabai dalyvauja“ (M-FGD-3). Be to, pačioje sveikatos priežiūros sistemoje nėra mechanizmo, padedančio įvertinti, kiek suteikta paslauga buvo efektyvi ir žmogui padėjo, tad „kol sistemos tikslas yra teikti paslaugas ir uždirbt pinigų, tai nežinau, kiek čia tas įgalinimas ir žmogaus teisės gali pramušti tą pagrindinį tikslą“ (M-FGD-3).

Psichikos sveikatos paslaugų sistema kenčia nuo aiškios atsakomybių paskirstymo stokos, psichiatrai priversti derinti gydymo, teisinių ir socialinių funkcijų vykdymą, o tai mažina paslaugų kokybę ir paciento pasitikėjimą. Sistemos fragmentacija ir tarpinstitucinio bendradarbiavimo trūkumas lemia, kad pacientai dažnai nesulaukia reikiamos pagalbos, o biurokratiniai barjerai stabdo veiksmingą žmogaus teisių apsaugą.

6 tema

Konvencijos poveikio ir diegimo psichikos sveikatos sistemoje vertinimas

Psichiatrai teigė nejučiantys Konvencijos poveikio psichikos sveikatos sistemoje, įstaigos ar individualiame lygmenyje. Vertindami neveiksnumo arba riboto veiksnio tam tikroje srityje institutą tyrimo dalyviai atskleidė paradoksišką situaciją, susijusią su **asmens veiksnio ribojimais** (12 straipsnis) iš savo darbo patirties: siekdamas netaikyti visiško veiksnio ribojimo instituto, teismas palieka asmeniui *pseudoteisę* dalyvauti politiniame visuomenės gyvenime (29 straipsnis) balsuojant rinkimuose, nors, tyrimo dalyvių vertinimu, asmuo dėl savo psichinės sveikatos būklės nėra pajėgus to daryti: „*kadangi neatsižvelgiant į tai, kad ir kokia žmogaus būtų psichikos būklė, visiškai neveiksnus jisai negali būti, dėl to yra paliekama pseudoteisė balsuoti. Visose kitose srityse jis yra visiškai neveiksnus, bet vieną balsavimo teisę palieka ir dėl to jisai tada tampa dalinai veiksnus. Ir tada, tada daug rečiau reikia peržiūrėti jo statusą kaip neveiksnaus asmens*“ (PsiHtr-FG-4). Tai tyrimo dalyviai vertina kaip manipuliavimą tiek sistema (dėl retesnių pakartotinių veiksnio vertinimų), tiek žmogumi, kai balsuojant išreiškiama ne paties žmogaus, o jo globėjų valia.

Palikti asmeniui tik rinkimų teisę („saugiausios“ teisės išsaugojimas), bet apriboti visas kitas teises, yra žmogaus teisių fragmentavimo pavyzdys. 12 straipsnis pabrėžia, kad visiems žmonėms turi būti užtikrinamas teisinis veiksnus visoje gyvenimo srityse, ir tai reiškia, kad teisės negali būti suteikiamos „dalimis“. Sprendimas palikti tik balsavimo teisę gali atrodyti kaip kompromisas, tačiau tai veikiau simbolinis veiksnio pripažinimas. Jei asmeniui leidžiama balsuoti, o visos kitos teisės apribojamos – vadinasi, veiksnus pripažįstamas tik formaliai, ir galiausiai tai sumažina balsavimo teisės vertę. Jei žmogus neturi kitų teisių (sudaryti sandorius, tvarkyti finansus ar priimti sprendimus dėl savo gyvenimo), nėra aišku, kokia prielaida grindžiamas įsitikinimas, kad jis gali realiai suprasti ir įvertinti politinius pasirinkimus. Balsavimas tokiu atveju tampa simboliine veikla, kuri anaipol nereiškia asmens integracijos į visuomenę.

Psichologų teigimu, Konvencijos poveikis geriausiai matomas pasikeitusiame teisiniame reglamentavime: sušvelninti kai kurie ribojimai – teisė vairuoti ar įsigyti ginklą, atskiros psichikos sveikatos kortelės, o bendroje medicinos kortelėje nebėra įrašų apie psichikos sveikatą, taip paciento duomenys labiau apsaugoti. Įvertinti, ar diegiant Konvencijos nuostatas ir standartus psichikos sveikatos sistemoje vadovaujamosi palaikančiu, įgalinančiu požiūriu, tyrimo dalyviai nurodė

negalintys, tačiau pabrėžė, kad įgalinimas yra labai svarbu individualiame santykiyje su pacientu.

Neveiksnumo arba riboto veiksnio tam tikroje srityje institutą psichologai laiko apsaugančiu pacientus veiksniumi, ypač esant sunkiems psichikos sutrikimams ar aukštai suicido rizikai: „*aš neišsivaizduoju, kaip kitaip mes galėtume padėt. Tikrai kartais pacientus reikia apsaugot nuo jų pačių tam tikrų veiksmų. Ir galvojant apie, pavyzdžiui, priverstinę hospitalizaciją, tai tikrai nėra kažkaip lengva ranka įvykstantys dalykai, tai yra tikrai tose situacijose, kur tai yra iš esmės neišvengiama [...]. Tai man atrodo, kad čia yra didžiulė pagalba, jeigu mes galim kartais ir be paciento sutikimo jį apsaugoti tuo kriziniu laikotarpiu ir suteikti visą įmanomą pagalbą*“ (P-FG-5).

Svarbu pabrėžti, kad neveiksnumo arba riboto veiksnio tam tikroje srityje institutas laikomas leidžiančiu užkirsti kelią sunkesnėms pasekmėms tik paciento būklės paūmėjimo laikotarpiu.

Slaugytojai pabrėžė, kad, diegiant Konvencijos standartus, pvz., užtikrinant pritaikytą aplinką skirtingą negalią turintiems asmenims, susiduriama su finansinėmis problemomis. Aplinkos pritaikymas kai kuriose sveikatos priežiūros įstaigose išlieka problema tiek asmenims, turintiems judėjimo negalią, tiek ir kitas negalias, pvz., patalpose trūksta nuorodų Brailio raštu. Taip pat sportuoti skirtos erdvės nėra pritaikytos skirtingas negalias turintiems asmenims.

Specialistai taip pat teigė, kad svarbu ne tik Konvencijos nuostatos bei standartai, bet ir personalo elgesys: „*konvencijoje viskas gerai aprašyta, bet aš manau, kad yra ir personalas, kuris dirba su tokiais pacientais. Jie [...] vis tiek stengiasi elgtis su pacientais taip, kaip jie norėtų, kad su jais pačiais elgtųsi*“ (S-FG-1). Rūpintis pacientu stengiamasi visapusiškai: „*jeigu, pavyzdžiui, atvažiuoja pacientas, neturintis nei avalynės, nei persirengti, visko mes turime, būna net iš savo lėšų ir dantų pastą, ir naują šepetuką duodame. Jeigu, pavyzdžiui, pakilo temperatūra, turime vaistažolių arbatos, medaus, kad kol ateis artimieji, kad kažką parūpinsi žmogui, kad jam būtų lengviau*“ (S-FG-1).

Slaugytojai sutiko, kad kartais reikia apriboti veiksnumą tam tikroje situacijoje, tačiau šis institutas vienareikšmiškai buvo vertinamas kaip apribojantis žmogaus teises: „*teises praktiškai visas praranda, kas liečia tą savarankišką sprendimų priėmimą, tai visiškai, visai nebegali teisiškai priimti jokio svarbaus sprendimo savo gyvenime [...] būna, kad ir artimieji piktnaudžiauja savo, kaip globėjų, teisėmis, nesirūpina žmogumi*“ (S-FG-5). Be to, nustačius neveiksnumą, asmens gerovė priklauso nuo globėjo, tad institutas buvo vertinamas kaip atveriantis galimybes

artimiesiems piktnaudžiauti globėjų teisėmis: „kartais [neveiknumo institutas] tikrai yra būtinas ir reikalingas, ir labai priklauso nuo paciento globėjo, nes tikrai yra globėjai, kurie labai rūpinasi, daug investuoja laiko ir finansų, ir visa kita. Pasitaiko ir kurie nelabai rūpinasi“ (S-FG-4).

Socialiniai darbuotojai pastebėjo, kad sustiprėjo jų vaidmuo vertinant asmens gebėjimus, nors nebuvo tikri, kad taip įvyko būtent dėl Konvencijos: „nuo 2016 metų asmuo veiksnius / neveiksnius tam tikroje srityse, labai svarbus yra socialinio darbuotojo asmens gebėjimo vertinimas [...] be tos išvados į teismą negalima kreiptis“ (SD-FG-7). Be to, išplėstos dienos stacionaro paslaugos, kurių „praplėtimas ir reglamentavimas, detalizavimas tikrai verčia dienos stacionaro daugiau paslaugų teikti, įvairių paslaugų – menų terapijos, nemedikamentinių įvairiausių, terapijos – tikrai padidintos galimybės Lietuvoje jau visuose miestuose gauti“ (SD-FG-1).

Neveiknumo arba riboto veiknumo tam tikroje srityje institutą socialiniai darbuotojai vertino skirtingai ir nurodė, kad ne visuomet su juo susiduria praktikoje. Vienas tyrimo dalyvis teigė: „neveiknumas dažniausiai riboja žmogaus teises, nes atsakomybė perkeliama kitam žmogui [...] labai abejočiau, ar tokiu būdu galima apginti tą žmogų“ (SD-FG-6). Kitas tyrimo dalyvis laikėsi nuomonės, kad neveiknumo arba riboto veiknumo tam tikroje srityje institutas „gina [žmogaus teises], nes tam ir akcentuojame teisme, kad neveiknumas nėra tam, kad žmogui pakenktų [...] yra gynyba, kad padėtų jam, kad jis nekenktų sau dėl, pavyzdžiui, tų pačių lizingo ir paskolų [...] ribojam jo kenkimą sau [...] iš šito kampo žiūriu, o žmogaus teisės labiau žiūri, kad suteiktų teisę žmogui kenkti sau“ (SD-FG-2).

Mišrios fokusuotos grupės diskusijos dalyviai pastebėjo tam tikrus teigiamus pokyčius psichikos sveikatos priežiūros sistemoje, tačiau nurodė, kad sunku įvertinti, ar šie pokyčiai yra Konvencijos poveikis, ar sietini su kitais teisinėje bazėje ar visuomenėje vykstančiais pokyčiais: „yra daugiau aiškumo apie pacientus, teises ir jų teisių suvaržymus [...] kiek laiko pacientas gali būti prieš savo valią hospitalizuojamas, kokia tvarka yra priverstinio gydymo skyrimo [...] tikrai daugiau aiškumo, kada ir kaip, ir kokiom objektyviom priežastimis gali būti teisės ribojamos. Bet sakau, aš nežinau, ar čia būtent Konvencijos poveikyje tas vyksta, tie pokyčiai“ (M-FGD-3).

Pacientai taip pat geriau žino savo teises, supranta, kada personalas elgiasi netinkamai, nebijo išsakyti savo nuomonės ir tai reikėtų dar labiau skatinti. Kitas svarbus teigiamas pokytis susijęs su asmens veiknumo vertinimu – dabar atsi-

žvelgiama ne vien tik į medikų nuomonę, o ir pats neveiksnumas dabar gali būti nustatomas tam tikroms, o ne visoms sritims. Kita vertus, nėra teisinio reglamentavimo, kuris leistų prižiūrėti globėjų veiklą: „tikrai jaučiu, kad ne visi globėjai tinkamai atlieka savo pareigas, bet čia, toj vietoj, mes nieko padaryt šiuo metu kaip sistema negalim“ (M-FGD-2). Sunkiausia vertinti Konvencijos poveikį individualiame lygmenyje, nes pacientai, specialistai ir sveikatos priežiūros įstaigos vadovaujasi skirtingais požiūriais į jos įgyvendinimą.

Neveiksnumo arba riboto veiksnumo tam tikroje srityje institutų dalyviai vertino nevienareikšmiškai, jų nuomone, tai yra ir ginanti, ir nuvertinanti funkcija: „jeigu [pacientas] kažkokį nusikaltimą atliko simptomų veikiamas [...] tai kaip ir užstoja jį, ir gina, kad tai buvo ligos išraiška. Bet, kita vertus, labai pakeičia požiūrį į patį žmogų tada [...]. Jau apie nieką jo kaip ir nebereikia informuoti, jis toks kaip daiktas pasidaro [...] ir tas tai tikrai labai nu skaudina, nes žmogus gali būti kažkuriais aspektais pripažįstamas kaip neveiksnus, bet jisai vis tiek žmogumi lieka“ (M-FGD-1). Svarbu tik laikinai riboti veiksnumą, padėti pacientams gauti tinkamą pagalbą ir gydymą, kad jie galėtų atsigauti. Specialistai išsakė nuomonę, kad „turbūt ne pats tas institutas neveiksnumo apriboja teises, bet kaip jis yra įgyvendinamas“ (M-FGD-3).

Pripažįstami teigiami teisinio reglamentavimo ir pacientų teisių užtikrinimo pokyčiai, tačiau abejojama, ar jie tiesiogiai susiję su Konvencijos įgyvendinimu. Nors pabrėžiama didesnė aiškumo apie priverstinio gydymo ar veiksnumo ribojimo procesus svarba, paslaugų kokybės skirtumai ir fragmentacija išlieka iššūkiu. Asmens veiksnumo ribojimas tam tikrose srityse vertinamas nevienareikšmiškai – ir kaip būdas apsaugoti asmenį nuo žalos, ir kaip ribojanti ar dehumanizuojanti priemonė. Specialistai pabrėžė, kad teisinis reguliavimas turėtų labiau individualizuoti veiksnumo vertinimą, užtikrinant žmogaus teisių apsaugą ir globėjų atsakomybę. Nepaisant sisteminių trūkumų, įgalinantis požiūris ir pagarbus santykis tarp paciento ir specialisto laikomas esmine Konvencijos įgyvendinimo dalimi. Net smulkūs įgalinimo elementai, tokie kaip informacijos teikimas ar individualaus požiūrio užtikrinimas, gali reikšmingai prisidėti prie žmogaus teisių apsaugos ir geresnio paslaugų poveikio.

Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų gavėjų fokusuotos diskusijų grupės rezultatai

1 tema

Žinios apie Konvenciją ir teisių pažeidimai

Paslaugų gavėjų paklausus, ar jie žino apie Konvenciją, dalis atsakė, kad teko kažkur apie ją skaityti, tačiau negalėjo tiksliau pasakyti kur, kita dalis teigė tokio dokumento nežinantys. Tačiau jie įvardijo aspektus, susijusius su psichikos sveikatos paslaugų gavimu, kurie, jų nuomone, galėjo pažeisti jų teises.

Medicinos personalo požiūris ir elgesys su pacientais. Dalyviai įvardijo, jog besigydydami ligoninėse yra patyrę nepagarbų, nuvertinantį, kartais grubų medicinos darbuotojų bendravimą ir elgesį tiek su jais, tiek su kitais pacientais. Jiems buvo grasinama: „*ir netgi gąsdindavo: jeigu nemiegosi, aš tau ten antklodę paimsiu arba pririšiu tave prie lovos [...] čia ligoninėje taip buvo. Gąsdindavo slaugytojos, nes tavo būseną ir taip sunki, o dar gąsdina, tai įsivaizduojat, koks jausmas...*“ (V-FG-6). Kiti dalyviai atskleidė, kad jie buvo netgi kankinami: „*uždarė į izoliatorių ir aš beldžiu į duris, nes noriu į tualetą, man niekas neatidaro durų*“ (V-FG-7).

Diskusijos dalyvius skaudino nuvertinantis gydytojų psichiatrų požiūris ir asmeniškai komentarai jų atžvilgiu: „*ir jis man sako, kad ir kokiame darbe bebūsi – tau visada bus tas pats. Jis net nežinodamas, koks mano darbas, nei kodėl šiandien čia esu, ir ten po to dar kažką panašaus pakomentavo. [...] O po to pokalbio man dar savaitę buvo stiprus nerimas*“ (V-FG7); „*Sako, tai tau nereikia šeimos. Kam tau tie vaikai?*“ (V-FG-1).

Taip pat tyrimo dalyviai atskleidė susidūrę su ignoravimu kitų jų negalavimų, fizinių skausmų ir pan., viską priskiriant ar „nurašant“ psichikos ligai ir hospitalizacijos metu neteikiant gydymo dėl kitų jaučiamų negalavimų (pvz., neskiriant vaistų numalšinti galvos skausmą ir kt.). Dalyviai įvardijo, jog medicinos personalo požiūris tiesiogiai veikia jų gydymo efektyvumą ir psichologinę gerovę, nes tokios patirtys smarkiai traumuoja ir nepaveda gydymo procesui.

Pasak paslaugų gavėjų, **sovietmečio paveldas** vis dar veikia Lietuvos psichikos sveikatos paslaugų sistemą ir senosios bei naujosios gydytojų kartų konfliktas apsunkina pacientų gydymą. „*Tai seno palikimo, sovietmečio gydytojai atsitraukė jau iš [...] ligoninės, ten perėjo jaunimas, su naujom pažįurom, su naujais metodais, ir palengvėjo viskas...*“ (V-FG-1).

Fizinės sąlygos turi tiesioginį poveikį pacientų savijautai ir jų orumui. Aplinkos sąlygų poveikis sveikatai, gydymo aplinka yra neatsiejama sveikimo proceso dalis ir dalyviai įvardijo, kad dalyje gydymo įstaigų jos yra netinkamos. „Nu ten ir sriuba toks vandenukas, ir personalas kitoks, į lauką sudėtingiau papulti, ir ten viskas kažkaip griežčiau...“ (V-FG-4); „eini į tualetą, ten yra rūkykla, ir viskas tualete kažkaip... net nejauku, tas kvapas. Čia labai didelis minusas“ (V-FG-6).

Pacientų teisių priimti sprendimus dėl savo gydymo, dalyvių nuomone, taip pat ne visada paisoma. Ne visada paaiškinama apie skiriamą vaistą, jo dozę, šalutinius poveikius bei nereaguojama į prašymą keisti vaistus ar dozę dėl šalutinių poveikių, juos kartais tiesiog „nurašant“ ligos simptomams. Nesuteikiama informacija dėl paciento hospitalizavimo specifiniame skyriuje priešasčių, kuris jai / jam nepriimtinas, nepaisoma prašymų perkelti kitur.

Gdytojų nekompetencija užtikrinant žmogaus teises, kai nesuteikiama aiški, konkrečiais teisės aktais pagrįsta informacija dėl potencialių teisių ribojimo (pvz., teisės vairuoti). Dalyviai pasakojo, jog jie buvo siuntinėjami nuo vieno gydytojo pas kitą sveikatos pažymos, reikalingos vairuotojo teisėms pratęsti, ir nei vienas gydytojas nenorėjo tokios pažymos išduoti, nors patys paslaugų gavėjai teisės aktuose ribojimų dėl savo diagnozės teigė neradę.

„Sakau: nu, žiūrėkit, įstatyme nėra surašyta tų diagnozių, jūs man paaiškinkit, kodėl man neišrašote? Jinai sako, o tai kas tam įstatyme parašyta? Tai ta prasme, aš suprantu, kad gal tikrai ne visi žmonės gali tas teises turėti, bet jeigu psichiatras manęs klausia, kas parašyta įstatyme, nu čia kažkas ne taip sistemoje reškiasi...“ (V-FG-7).

Dalyviai vieningai sutarė, kad skirtingose psichiatrijos ligoninėse **paslaugų kokybė skiriasi** ir tai lemia jų pasirinkimą, kur jie nori gauti paslaugas: „Ten, kas įspūdingiausia yra, kai vyksta gydymas, pacientui visą laiką pasako: va dabar vartosime tokius tokius vaistus ir aš, pacientas, teiraujuosi: ar aš su tais vaistukais galėsiu dirbti? Ar aš galėsiu gyventi? Kokie šalutiniai poveikiai? Tai ten viską išaiškina...“ (V-FG-2).

2 tema

Požiūris į asmens veiksnio ribojimo institutą

Paprašyti įvertinti veiksnio ribojimo institutą, dalyviai jį vertino kaip kartais reikalingą instrumentą. Kai asmuo elgiasi netinkamai, neadekvačiai ar dėl fizinų ir kitų ribotumų negali pats savimi pasirūpinti, šio instrumento gali prireikti. Dalis teigė besidžiaugiantys tuo, kad kažkas – giminaitis ar socialinis darbuoto-

jas – už juos tvarko jų finansus (visi diskusijos dalyviai buvo visiškai veiksnūs) ir sprendžia kitus sudėtingus klausimus.

Tačiau jie manė, jog kiekvienu atveju labai svarbu individualizuoti vertinimą dėl poreikio riboti veiksnumą. Taip pat jiems nebuvo aiškūs kriterijai, dėl kurių veiksnumas gali būti apribotas, ir norėjo, kad apie tai būtų aiškiau informuojama, bei nežinojo, į ką kreiptis pagalbos, susidūrus su piktnaudžiavimu jų veiksnumu: „*Tai manau, kad jeigu toks institutas yra, jis turi turėti aiškumą, ir, aišku, būtų smagu, kad tai būtų adekvatu*“ (V-FG-7).

3 tema

Pokyčių psichikos sveikatos paslaugų sistemoje poreikis

Paslaugų gavėjai išskyrė keletą dalykų, kuriuos pakeitus būtų geriau užtikrinamos jų teisės (tai siejasi ir su anksčiau įvardytomis spragomis). Visų pirma – medicinos personalo kartų kaita: dalyviai norėtų, kad dirbtų daugiau jaunų gydytojų, kurie vadovaujasi šiuolaikišku požiūriu į psichikos sveikatą ir gydymą.

Taip pat dalyviai manė, kad užsienio šalyse esama gerų praktikų, kurias reikėtų perimti ir įdiegti: tiek dėl atsigavimą skatinančios gydymo įstaigų fizinės aplinkos, tiek dėl mobiliųjų paslaugų. Dalyviai pateikė pavyzdį, jog kitose šalyse į sveikatos krizę patiriančio asmens namus atvyksta mobilioji komanda (psichiatras, psichoterapeutas, socialinis darbuotojas) ir teikia paslaugas visai šeimai namuose, o ne hospitalizuoja sergantį asmenį, jį atskiriant nuo artimųjų ir namų aplinkos. Tokią pagalbą dalyviai vertino kaip ypač pageidautiną. Taip pat jie išreiškė norą gauti daugiau nemedikamentinio gydymo, emocinės paramos, psichoterapijos ir kitų įvairių terapijų. Dalyvius gąsdino pacientų fiksavimo praktikos ligoninėse ir jie manė, kad jų neturėtų būti.

4 tema

Paslaugų gavėjų vaidmuo pokyčiuose

Aptardami, koks galėtų būti jų pačių vaidmuo keičiant nuostatas ir didinant visuomenės informuotumą apie paslaugų gavėjų teises, dalyviai įvardijo, kad visų pirma pats paslaugų gavėjas turi būti pakankamai proaktyvus, psichologiškai stiprus ir atsparus neigiamiems vertinimams, stereotipams ir pan. „*Aš manau, čia iš kiekvieno žmogaus individualiai, kiek jisai stengėsi į tai įdėti pastangas, nes dauguma sako, kad tu esi daržovė. Tiesiog per eilę metų supratau, kad čia jų problemos, o ne mano*“ (V-FG-4).

Dalyviai manė, jog kiekvienas asmuo yra skirtingas, todėl kiekvienam turėtų būti palikta galimybė dalyvauti tiek, kiek jis nori ir gali: „*Aš manau, tai priklauso kam ko reikia, nes visi mes skirtingi. Pavyzdžiui, vienas tylesnis, kitas aktyvesnis*“ (V-FG-5).

Paslaugų gavėjai norėtų, kad visuomenė būtų labiau šviečiama žiniasklaidoje, nes dar išlikę nemažai neigiamų nuostatų ir stereotipų. Jų nuomone, politikai turėtų prisiimti didesnę atsakomybę už pokyčius ir pagalbą paslaugų gavėjams, patiems siekiantiems pokyčių psichikos sveikatos paslaugų sistemoje, nes jų turima patirtis rodo, kad tai padaryti politikai vengia. Taip pat dalyviai įvardijo, kad pokyčiams įvykti reikia laiko, reikia kartų kaitos ir jų patirtis rodo, jog situacija keičiasi ir gerėja.

Psichikos sveikatos paslaugų gavėjai diskusijose atskleidė daugybę jų teisių pažeidimų, kurie tiesiogiai prieštarauja Konvencijos nuostatomis ir standartams. Nepagarbus ir stigmatizuojantis medicinos personalo elgesys, informacijos apie gydymą ir jo poveikį nesuteikimas, taip pat fizinių gydymo įstaigų sąlygų netinkamumas pažeidžia teisę į orumą, nediskriminavimą ir kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas (5 ir 25 straipsniai).

Dalyviai pabrėžė, kad būtina stiprinti pacientų autonomijos užtikrinimą, įskaitant aiškesnį informavimą apie teises bei aktyvų įtraukimą į sprendimų priėmimo procesus, nes šiuo metu teisės dažnai ribojamos be aiškaus pagrindimo, kas neatitinka Konvencijos reikalavimo gerbti asmens pasirinkimą (12 ir 14 straipsniai), tačiau gan santūriai vertino pačių paslaugų gavėjų galimybes aktyviau įsitraukti į šiuos pokyčius.

Mokymo programų analizės rezultatai

Socialinio darbo, psichologijos, slaugos ir psichiatrijos studijų programų turinio analizė leido įvertinti, kiek ir kaip žmogaus teisių ir psichikos sveikatos temos yra integruotos į šių studijų programas. Minėtų profesijų atstovai tiesiogiai susiduria su itin pažeidžiamomis visuomenės grupėmis, todėl galima teigti, kad gebėjimas suprasti ir užtikrinti žmogaus teises yra vienas pagrindinių jų darbo aspektų. Analizė taip pat leido įvertinti, kaip ir ar studijų programose skatinamas suvokimas apie žmogaus teisių svarbą profesinėje veikloje, ar studentai įgyja pakankamai žinių ir įgūdžių, kad galėtų spręsti problemas, susijusias su žmogaus teisių pažeidimais psichikos sveikatos priežiūros sistemoje, ir ar studijų programose užtikrinamas nuoseklus požiūris į žmogaus teises, palengvinantis profesijų tarpusavio bendradarbiavimą.

Universitetinės studijos

Bakalauro studijų pakopos programos

Šiame tyrimo etape analizei buvo naudojama informacija iš 10 dalykų, dėstomų 6 universitetinio lygmens bakalauro studijų pakopos programose (žr. 7 lentelę).

7 lentelė. Bakalauro studijų pakopos programos

Studijų programa	Dalykas	Programą įgyvendinantis universitetas
Socialinis darbas ir žmogaus teisės	Vaiko teisių apsauga	Mykolo Romerio universitetas
Socialinis darbas ir krizių intervencija	Žmogaus teisės ir socialinis darbas	Klaipėdos universitetas
Socialinis darbas ir psichosocialinis konsultavimas	Žmogaus teisės ir socialinis darbas	Vytauto Didžiojo universitetas
Socialinis darbas ir psichosocialinis konsultavimas	Alternatyvūs socialinio darbo konsultavimo metodai	Vytauto Didžiojo universitetas
Socialinis darbas ir psichosocialinis konsultavimas	Teisės pagrindai socialiniame darbe	Vytauto Didžiojo universitetas
Visos studijų programos, išskyrus socialinį darbą	Žmogaus teisės ir socialinė įvairovė	Vytauto Didžiojo universitetas
Socialinis darbas	Žmogaus teisės ir socialinis darbas	Vilniaus universitetas
Socialinė politika	Žmogaus teisės ir socialinė politika	Vilniaus universitetas

Šių dalykų turinio analizė parodė, kad juose dėstomas temas galima sąlygiškai grupuoti į keturias stambesnes grupes:

1. *Žmogaus teisių samprata ir istorinė raida.* Studentai supažindinami su žmogaus teisių samprata ir raida. Analizuojamos trys žmogaus teisių kartos, parodančios, kaip kito šios koncepcijos samprata: pilietinės ir politinės teisės, socialinės, ekonominės ir kultūrinės teisės bei darnaus vystymosi ir ekonominės teisės. Studentai supažindinami su modernia žmogaus teisių koncepcija ir jos formavimusi bei žmogaus teisėmis globalioje, vartotojiškoje visuomenėje.

2. *Tarptautinis ir nacionalinis žmogaus teisių reglamentavimas.* Studentai supažindinami su pagrindiniais žmogaus teisės reglamentuojančiais dokumentais:

Konvencija; Vaiko teisių konvencija; Konvencija dėl visų formų diskriminacijos panaikinimo moterims. Pristatomi tarptautiniai žmogaus teisių veikėjai ir jų vaidmuo užtikrinant socialiai pažeidžiamų visuomenės grupių teises bei socialines teises. Kai kuriose studijų programose šie veikėjai apima ne tik asmenims su psichosocialine negalia atstovaujančius veikėjus (NVO), bet ir Kankinimų prevencijos komiteto veiklą.

3. *Žmogaus teisių filosofiniai, vertybiniai ir etiniai aspektai.* Studentai supažindinami su žmogaus teisių ir moralumo sąsajomis, laisvės samprata skirtingose filosofinėse doktrinos ir žmogaus teisėmis universalizmo ir kultūrinio reliatyvizmo sandūroje. Žmogaus teisės aptariamos etikos ir vertybinių nuostatų kontekste: pristatoma tolerancijos samprata, analizuojamos įvairovės, diskriminacijos, stigos, neapykantos nusikaltimų temos.

4. *Žmogaus teisės ir socialinis darbas.* Dauguma dalykų priklauso socialinio darbo studijų programoms, tad juose pabrėžiamas šios profesijos vaidmuo užtikrinant žmogaus teises. Socialinį darbą pristatant kaip žmogaus teisių profesiją, studentai supažindinami su teisės ir žmogaus teisių sąsajomis, žmogaus teisių advokacija ir stebėseną socialinio darbo institucijose.

Magistro studijų programos

Šiame tyrimo etape analizei buvo naudojama informacija iš 7 dalykų, dėstomų 9 universitetinio lygmens magistro studijų pakopos programose (žr. 8 lentelę).

8 lentelė. Magistro studijų pakopos programos

Studijų programa	Dalykas	Programą įgyvendinantis universitetas
Transformuojantis socialinis darbas	Žmogaus teisių perspektyvos socialiniame darbe	Vytauto Didžiojo universitetas
Socialinis darbas globalių krizių kontekste (anglų k.)	Žmogaus teisių perspektyvos socialiniame darbe	Vytauto Didžiojo universitetas
Socialinis darbas globalių krizių kontekste (anglų k.)	Globalus socialinis darbas: reflektivi praktika siekiant teisingumo ir taikos	Vytauto Didžiojo universitetas
Socialinis darbas	Žmogaus teisės ir socialinis teisingumas	Klaipėdos universitetas
Sveikatos priežiūros vadyba	Sveikatos priežiūros paslaugų etika ir teisė	Klaipėdos universitetas
Visuomenės sveikatos ugdomas	Sveikatos priežiūros paslaugų etika ir teisė	Klaipėdos universitetas

Papildomoji ir alternatyvioji sveikatos priežiūra	Negalia, orumas ir žmogaus teisės	Klaipėdos universitetas
Sveikatos psichologija	Socialinė psichiatrija	Vilniaus universitetas
Socialinis darbas	Atstovaujamas socialinis darbas	Vilniaus universitetas

Šių dalykų turinio analizė parodė, kad juose dėstomas temas galima sąlygiškai grupuoti į keturias stambesnes grupes:

1. *Žmogaus teisių samprata, istorinė ir filosofinė raida.* Ši tema skirta supažindinti studentams su žmogaus teisių kilme, samprata ir istorine kaita bei atskleisti, kaip jos tapo neatsiejama šiuolaikinės visuomenės dalimi. Studentai supažindinami su pagrindiniais žmogaus teises reglamentuojančiais dokumentais ir filosofinėmis idėjomis. Žmogaus teisių istorija analizuojama nuo *Magna Carta* iki Konvencijos, supažindinant studentus su keturiomis žmogaus teisių kartomis, t. y. šalia pirmųjų trijų kartų (piliетinių ir politinių teisių; socialinių, ekonominių ir kultūrinių teisių; darnaus vystymosi ir ekonominių teisių) įtraukiant būsinių žmonių kartų, genetinės inžinerijos, technologijų naudojimo teises. Studentai taip pat supažindinami su prigimtinių teisių filosofiniais aspektais bei su skirtingomis žmogaus teisių teorijomis ir jų kritika.

2. *Tarptautiniai įsipareigojimai ir žmogaus teisių reglamentavimas.* Ši tema skirta supažindinti studentams su tarptautinių žmogaus teisių standartų ir teisės aktų įgyvendinimu ir kontrole, įskaitant ir supažindinimą su Konvencija. Studentams taip pat pristatomi žmogaus teisių įgyvendinimo vertinimo mechanizmai: Konvencijos šalių narių oficialiosios ir alternatyviosios ataskaitos, jų vertinimas, kritika, rekomendacijos šalims narėms. Pastebėta, kad tarptautiniai Lietuvos įsipareigojimai žmogaus teisių apsaugos srityje ir Konvencija kaip tarptautinis dokumentas, kuris reglamentuoja asmenų, turinčių negalią, žmogaus teises, konkrečiai išskiriami tik socialinio darbo ir teisės studijų programose.

3. *Žmogaus teisių praktinis įgyvendinimas.* Ši tema skirta atskleisti studentams, kaip žmogaus teisės ir principai yra integruojami į praktiką. Kadangi dauguma analizuotų dalykų priklauso visuomenės sveikatos specialistams ir socialiniams darbuotojams rengti skirtoms studijų programoms, akcentuojama būtent šių specialistų praktika, tačiau skirtingai. Socialinio darbo studentai supažindami su žmogaus teisių įgyvendinimo savo kasdienėje praktikoje ypatumais, įskaitant skirtingo lygmens intervencijas, tokias kaip advokacija, bendruomenės telkimas, klientų įgalinimas, žmogaus teisių kaip vertybės sklaida makrolygmeniu ir pan. Visuomenės sveikatos specialistų programose daugiau dėmesio skiriama žmogaus teisių analizei negalios kontekste: asmenų, turinčių negalią, teisė į sveikatos

priežiūrą arba orumas kaip žmogaus teisė. Taip pat žmogaus teisės analizuojamos teisinio reglamentavimo kontekste: studentai supažindinami su sveikatos priežiūros organizavimo ir paslaugų etikos struktūra, etikos problemomis, paciento teisėmis (įskaitant teisę sutikti ir atsisakyti gydymo) ir žalos atlyginimo teisine baze civiliniuose ieškiniuose ir baudžiamojoje teisėje, analizuojama ir pacientų, turinčių psichikos negalią, sveikatos priežiūros teisinė bazė, nors ne visuose dalykuose aišku, ar teisinė bazinė analizuojama per žmogaus teisių ir psichikos sveikatos prizmę, ar tiesiog paciento (įskaitant ir pacientus, turinčius negalią) sveikatos priežiūros užtikrinimo kontekste.

4. *Negalia ir orumas žmogaus teisių kontekste.* Ši tema skirta analizuoti orumui kaip asmens, turinčio negalią, teisei. Studentai supažindinami su skirtingomis orumo sampratomis, subjektyviomis asmenų, turinčių negalią, orumo sampratomis ir prasmėmis. Žmogaus orumo neliečiamumas pristatomas kaip esminis paciento teisių apsaugos principas.

Koleginės studijos

Analizei naudojama informacija iš 5 dalykų, dėstomų 1 kolegijų lygmens profesinio bakalauro studijų pakopos programoje (žr. 9 lentelę).

9 lentelė. Profesinio bakalauro studijų pakopos programos

Studijų programa	Dalykas	Programą įgyvendinanti kolegija
Socialinis darbas	Įvairovė ir įtrauktis	Šiaulių valstybinė kolegija
Socialinis darbas	Neįgaliųjų integracija	Šiaulių valstybinė kolegija
Socialinis darbas	Psichosocialinė rehabilitacija	Šiaulių valstybinė kolegija
Socialinis darbas	Socialinis darbas sveikatos priežiūros įstaigose	Šiaulių valstybinė kolegija
Socialinis darbas	Žmogaus teisės ir socialinis teisingumas	Šiaulių valstybinė kolegija

Šiuose dalykuose dėstomas temas galima grupuoti į dvi stambesnes grupes:

1. *Nediskriminavimo nuostatas ir lygių galimybių principus reglamentuojanti teisinė bazė.* Studentai supažindinami su nediskriminavimu ir lygiomis galimybėmis tarptautiniuose dokumentuose ir LR įstatymuose. Tarptautiniu ir nacionaliniu lygmenimis analizuojamas pagalbos asmenims, turintiems negalią, teisinis reglamentavimas.

2. *Žmogaus teisių pažeidimų analizė ir šių pažeidimų prevencija.* Studentai supažindinami su žmogaus teisių samprata, teisingumo principais, pamatinėmis teisėmis ir laisvėmis. Žmogaus teisių pažeidimų prevencijos tema gan plati ir apima ne tik asmenų, turinčių psichikos negalią, teises, bet ir prekybos žmonėmis ir nusikalstamo elgesio prevenciją, pažeidžiamų visuomenės grupių advokaciją.

Pastebėta, kad nors analizuoti dalykai supažindina kolegijų profesinio bakalauro studentus su žmogaus teisių ir psichikos sveikatos temomis, Konvencija kaip konkretus tarptautinis dokumentas, reglamentuojantis asmenų, turinčių negalią, teises, nėra atskirai išskiriamas.

Tyrimo apribojimai

Tyrimo identifiuoti apribojimai leidžia geriau suprasti tam tikrus iššūkius, kurie galėjo paveikti duomenų surinkimą, analizę ir jos pagrindu daromas išvadas bei rekomendacijas. Šie apribojimai apima laiko stoką, jautrią tyrimo temą, dalyvių įtraukimą bei studijų programų analizės ribotumus.

Analizuojant anketinės apklausos duomenis buvo pastebėta, kad ne visi respondentai anketą užpildė iki pabaigos. Anketas respondentai dažniausiai nustodavo pildyti ties klausimais, skirtais atskleisti jų žinioms apie Konvenciją ir jos nuostatų taikymą. Tikėtina, kad žmogaus teisių psichikos sveikatos priežiūros sistemoje temos jautrumas arba anketos klausimų vertinamasis pobūdis galėjo turėti įtakos respondentų sprendimui pasitraukti iš tyrimo.

Nepaisant plačios kvietimo dalyvauti tyrimo sklaidos, buvo sudėtinga surinkti dalyvius fokusuotoms grupinėms diskusijoms. Šis veiksnys apribojo tyrėjų galimybes užtikrinti tyrimo dalyvių įvairovę geografiniu aspektu, t. y. užtikrinti, kad tyrimo būtų atstovaujami visi Lietuvos regionai ir skirtingo dydžio psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios įstaigos, pavyko tik iš dalies. Be to, itin riboti laiko ištekliai renkant tyrimo duomenis ir didelis fokusuotų grupinių diskusijų dalyvių darbinis užimtumas neleido papildomai validuoti tyrėjų atliktos analizės rezultatų su specialistais. Toks validavimas, tikėtina, būtų leidęs pagilinti tyrimo įžvalgas.

Buvo susisiepta su visomis aukštosiomis mokyklomis, kurių studijų programose buvo rasti paieškos kriterijus atitinkantys dalykai, tačiau ne iš visų buvo gautas atsakymas (taip pat ir susisiekus pakartotinai). Be to, kai kurios aukštosios mokyklos atsisakė pasidalinti dėstomaisiais dalykais su tyrėjomis. Taigi, nors stu-

dijų programų analizė leido pateikti vertingų įžvalgų apie žmogaus teisių psichikos sveikatos priežiūros sistemoje vietą rengiant specialistus, šie veiksniai apribojo tyrėjų galimybę nuodugniai išanalizuoti visus paieškos kriterijus atitinkančius dalykus.

Išvados

1. Specialistai pastebi visuomenės nuostatų ir paslaugų teikimo infrastruktūros pokyčius, tačiau psichikos sveikatos paslaugų gavėjų patirtys rodo giluminį neatitikimą tarp teorinių žmogaus teisių standartų ir praktinio jų įgyvendinimo. Neretai pasitaikantys teisių pažeidimai, susiję su pasirinkimo laisve, privatumu bei fizinėmis gydymo sąlygomis, signalizuoja apie struktūrinę problemą – Konvencijos principų, nuostatų bei standartų įgyvendinimas paslaugų teikimo lygmenyje išlieka paviršutiniškas ir labiau priklauso nuo pavienių specialistų iniciatyvos, o ne sisteminio požiūrio.

2. Vertindami Konvencijos principų įgyvendinimą psichikos sveikatos priežiūros sistemoje, specialistai palankiai vertina pagarbą ir atitiktį žmogaus teisėms teikiant psichikos sveikatos priežiūros paslaugas. Tačiau, gilinantį į konkrečius žmogaus teisių įgyvendinimo aspektus, didelė dalis specialistų demonstruoja neigiamas nuostatas pritardami kertinių Konvencijos standartų neatitinkantiems teiginiams, pvz., jog priverstinė hospitalizacija ir (ar) priverstinis gydymas yra priimtina ir reikalinga praktikos dalis psichiatrijoje, o neveiknumo ar riboto veiknumo tam tikroje srityje institutas padeda apginti ir įgyvendinti žmonių teises. Tai demonstruoja, jog žmogaus teisės palankiai vertinamos ne su tiesioginėmis gydymo praktikomis susijusiose žmonių gyvenimo srityse, tačiau pateisinamos žmogaus teisėms prieštaraujanti praktikos teikiant psichikos sveikatos paslaugas. Tai aiškintina žmogaus teisėms nepalankių nuostatų turėjimu, ribotomis žiniomis ir praktinių alternatyvų stoka.

3. Psichikos sveikatos sektoriuje trūksta ne tik žinių apie Konvenciją, bet ir strateginio požiūrio, kaip įgyvendinti žmogaus teises tausojant specialistų profesinį integralumą. Tyrimo duomenys leido identifikuoti sąsajas tarp psichikos sveikatos priežiūros sistemoje veikiančių specialistų žinių apie žmogaus teises stokos, neigiamų nuostatų ir kasdiniame darbe patiriamų moralinių bei etinių dilemų. Tai rodo gilesnę problemą – instituciniu lygmeniu nėra apibrėžti profesionalų vaidmenys ir atsakomybės, o specialistai (ypač psichiatrai) neretai prisiima

pernelyg didelę socialinę ir teisinę naštą, kuri turėtų būti paskirstyta tarp disciplinų arba veiksmingiau koordinuojama. Stokojant aiškių metodologinių gairių bei kasdienių profesinių įgūdžių, sistema ne tik riboja specialistų galimybes efektyviai užtikrinti paslaugų gavėjų teises, bet ir apsunkina jų profesinius santykius su paslaugų gavėjais, mažina gydymo veiksmingumą.

4. Vertinant žinias apie Konvenciją, pastebėtina, kad tokios kasdienėje praktikoje reikšmingos žmogaus teisių temos, kaip teisinio veiksnio įgyvendinimas, išankstinio nurodymo, pagalbos priimant sprendimus, gydymo su informuotu sutikimu teikimas, deeskalavimas ir kitos alternatyvos priverstinėms priemonėms, asmens valia ir norai, atsigavimas, yra nepakankamai žinomos ir taikomos praktikoje.

5. Konvencijos reikšmę kasdinei praktikai specialistai vertina nevienareikšmiškai, ji laikoma makrolygmens dokumentu, neturinčiu tiesioginės reikšmės kasdinei praktikai. Tokį įsitikinimą galima sieti su fragmentiškais žiniomis ir ribotomis praktikomis dėl žmogaus teisių standartų teikiant psichikos sveikatos paslaugas. Kasdiniame darbe dominuoja tradicinės veiklos normos, o Konvencijos principai neretai suvokiami kaip teoriniai ar teisės aktų lygmens reikalavimai, kurių tiesioginė integracija į kasdienes situacijas nėra nei įprasta, nei laikoma būtina. Apskritai tyrimo dalyvių žinios apie Konvenciją yra tobulintinos, ypač slaugytojų ir slaugytojų padėjėjų profesinėse grupėse. Medicinos psichologų žinios – geriausios, lyginant su kitomis profesinėmis grupėmis.

6. Ypatingą praktinių Konvencijos įgyvendinimo įgūdžių stoką ir žmogaus teisėms nepalankias nuostatas demonstruoja tai, kad didžioji dauguma specialistų palaiko priverstinę hospitalizaciją ir priverstinio gydymo praktikas. Konvencija reikalauja pereiti nuo medicininio modelio (paremto asmens „gydymu“) prie žmogaus teisių modelio, kuris pabrėžia asmens autonomijos, orumo ir teisių praktinį įgyvendinimą, kurio Lietuvoje dirbantys specialistai stokoja.

7. Atskiros išvados vertas specialistų žinių ir nuostatų dėl neveiksnio ar riboto veiksnio tam tikroje srityje instituto, kaip žmogaus teisių psichikos sveikatos sistemoje indikatorius, įvertinimas. Beveik du trečdaliai kiekybinio tyrimo respondentų tiki, jog šis institutas padeda apginti ir įgyvendinti žmonių teises psichikos sveikatos sistemoje, nors Konvencija reikalauja panaikinti teisinio neveiksnio ir riboto veiksnio praktikas, laikydama jas asmens autonomijos pažeidimu ir teisinės galios apribojimu. Kokybinio tyrimo duomenys parodė, kaip psichikos sveikatos priežiūros specialistai intuityviai atpažįsta tikėtiną žmogaus teisių pažeidimą, kai, apribojus visas kitas teises, paliekama tik teisė balsuoti, tačiau žinių apie Konvenciją stoka neleidžia taikliai identifikuoti manipuliavimo sistema ir teisių fragmentavimo, juolab inicijuoti diskusijų ar siekti sisteminių pokyčių.

8. Analizuotose studijų programose esama nemažai dėstomųjų dalykų, skirtų negalios temai (ypač socialinio darbo, psichologijos, slaugos studijų programose) arba psichikos sveikatai (ypač psichologijos, psichiatrijos studijų programose), tačiau šios temos retai pristatomos žmogaus teisių kontekste. Tai rodo, kad nors studentai supažindami su psichikos sveikatos sutrikimų raiška ar gydymu, jie gali stokoti platesnio supratimo apie žmogaus teisių įgyvendinimo ypatumus, kuris leistų geriau atstovauti asmenims su psichosocialine negalia ir efektyviau prisidėti prie žmogaus teisių užtikrinimo sveikatos priežiūros sistemoje.

Rekomendacijos

LR sveikatos apsaugos ministerijai

1. Siekiant įtvirtinti pagarbą ir atitiktį žmogaus teisėms teikiant psichikos sveikatos priežiūros paslaugas, siūlytina imtis priemonių ne tik gilinant specialistų žinias apie žmogaus teises ir Konvencijos principus, nuostatas bei standartus, bet ir vadovautis kompleksiniu požiūriu į reformą, kuris apimtų tiek teises, tiek vadybines sistemos pertvarkos priemones. Būtina plėtoti bendruomenines paslaugas, užtikrinti Konvencijos standartus atitinkančią politiką, teisės aktus ir veiklos procedūras, įtraukti į paslaugų formavimą paslaugų gavėjus kaip lygiavertius partnerius.

2. Svarbu ne tik gilinti teorines žinias apie Konvencijos standartus teikiant psichikos sveikatos paslaugas, bet ir organizuoti reguliarius praktinius mokymus, kuriuose specialistai galėtų išmokti taikyti Konvencijos standartus kasdienėje veikloje, tokiu būdu mažinant pasipriešinimą pokyčiams. Ypatingą svarbą teikti šioms priemonėms: deeskalacijos technikos ir krizių valdymas nenaudojant priverstinių priemonių, išankstinis nurodymas, pagalba priimant sprendimus, informuotas sutikimas asmeniui suprantamu būdu, asmens valios ir norų prioriteto nustatymas teikiant paslaugas, atsigavimo koncepcijos taikymas teikiant psichikos sveikatos paslaugas.

3. Siekiant užtikrinti efektyvesnį žmogaus teisių užtikrinimą psichikos sveikatos sistemoje, būtina plėtoti tarpinstitucinį ir tarpdisciplininį bendradarbiavimą. Tarpinstitucinio bendradarbiavimo plėtojimas leistų greičiau ir efektyviau gauti iš su paslaugų gavėjais dirbančių organizacijų informaciją apie jo gaunamas paslaugas ar poreikius, o tai savo ruožtu užtikrintų efektyvesnį šių poreikių atliepimą. Dirbant tarpdisciplininėse komandose ypač svarbu detalizuoti kiekvieno

specialisto funkcijas ir atsakomybes, pvz., gydytojo dėmesio centre yra gydymas, socialinio darbuotojo – socialinių problemų sprendimas, įgūdžių ugdymas, psichologo – konsultavimas ir kt.

4. Peržiūrėti su žmogaus teisių įgyvendinimu psichikos sveikatos sistemoje susijusį teisinį reglamentavimą, plėtoti paslaugų spektrą ir alternatyvas suvaržymams bei pateikti aiškesnes profesionalaus veikimo gaires konkrečiais atvejais, pvz., kai asmuo atsisako gydymo, tačiau, specialisto nuomone, gydymas jam reikalingas. Šios gairės leistų specialistams užtikrinti geriausius paslaugų gavėjo interesus nepažeidžiant jo teisių.

5. Skirti daugiau dėmesio psichikos sveikatos paslaugų gavėjų įgalinimui ir įveiklinimui sudarant daugiau galimybių patiems ginti savo teises. To galima pasiekti stiprinant paslaugų gavėjams atstovaujančias organizacijas ir dažniau įtraukiant jas kaip dalyves atliekant stebėseną sveikatos priežiūros įstaigose, vykdant šviečiamąsias veiklas apie Konvenciją, teikiant savitarpio paramą. Psichosocialinės negalios patirtį turinčių žmonių savitarpio pagalba, psichosocialinę negalią turinčių žmonių organizacijos yra didžiulis resursas plėtojant savitarpio pagalbos būdus psichikos sveikatos srityje, todėl rekomenduojama skatinti ir remti šių organizacijų veiklą, jų vykdomą advokaciją, kartu ir savitarpio pagalbą, kuri yra viena efektyviausių pagalbos formų esant psichosocialinei negaliai.

6. Skatinti holistinį požiūrį į asmenis su psichosocialine negalia, t. y. ne tik gydyti turimą sutrikimą, bet skirti dėmesio psichosocialinių įgūdžių ugdymui, socialinės įtraukties programoms, įvairiems savitarpio paramos bei terapiniams užsiėmimams ir paslaugų gavėjų švietimui apie žmogaus teises. Holistinis požiūris prisidėtų prie asmenų su psichosocialine negalia efektyvesnės integracijos visuomenėje ir jų įgalinimo patiems geriau atstovauti savo interesams psichikos sveikatos sistemoje.

7. Pripažįstant, kad Lietuvos akademinis parengimas ir egzistuojanti praktika teikiant psichikos sveikatos paslaugas vis dar remiasi biomedicininio modeliu ir žmogaus teisėms nepakankamai palankia tradicija, svarbu ieškoti praktinių išteklių ir remtis gerosiomis užsienio praktikomis, Pasaulio sveikatos organizacijos priemonėmis, organizuoti mainų bei mokymų programas siekiant diegti žmogaus teisėmis grįstas praktikas Lietuvoje, suteikiant vadybinių įgūdžių sprendimų priėmėjams, įstaigų vadovams ir praktinių įgūdžių specialistams.

8. Remiantis LR Konstitucijos 138 straipsniu, tarptautinės sutartys, kurias ratifikavo LR Seimas, yra sudedamoji LR teisinės sistemos dalis. Taigi, LR Seimui 2010 metais ratifikavus Konvenciją ir jos Fakultatyvųjų protokolą, priverstinis hospitalizavimas ir priverstinis gydymas, suvaržymų naudojimas iš esmės prieš-

tarauja tarptautiniams žmogaus teisių principams bei standartams, nusakytiems Konvencijoje. Psichikos sveikatos priežiūros įstatymo 12 straipsnyje yra įtvirtintos priverstinio hospitalizavimo ir priverstinio gydymo sąlygos, o 9 straipsnyje numatomi psichikos ir elgesio sutrikimų turinčių pacientų teisių ribojimai, reglamentuojant, kaip pacientų judėjimo laisvė gali būti ribojama taikant suvaržymus. Todėl, siekiant keisti egzistuojančias žmogaus teisių neatitinkančias praktikas teikiant psichikos sveikatos paslaugas, reikia ne tik keisti paslaugų teikėjų nuostatas ir gilinti žinias, bet ir, atitinkamai koreguojant Konvencijai prieštaraujantį teisės aktą, panaikinti prievartines laisvės ribojimo psichiatrijoje priemones.

Savivaldybėms

Skirti daugiau dėmesio psichikos sveikatos ir socialinių paslaugų plėtrai, remti ir padėti organizuoti asmenų su psichosocialine negalia bendruomenėms, įtraukiant juos į paslaugų formavimą ir teikimą. Užtikrinti išplėtotų psichikos sveikatos paslaugų prieinamumą nepriklausomai nuo paslaugų gavėjų gyvenamosios vietos ar fizinės sveikatos būklės. Paslaugų prieinamumas susijęs su tinkamu žmogiškųjų išteklių valdymu. Itin svarbu užtikrinti priemones, reikalingas nuolatiniam specialistų, dirbančių su asmenimis su psichosocialine negalia, kompetencijų didinimui ir perdegimo prevencijai.

Psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioms įstaigoms

Užtikrinti žmogaus teisėms palankią organizacinę kultūrą įstaigose: ugdyti žmogaus teises gerbiančią lyderystę, diegti žmogaus teises atitinkančius įstaigų veiklos standartus ir procedūras, numatyti priverstinių priemonių naudojimo mažinimo ir eliminavimo strategijas, stebėti ir analizuoti žmogaus teises pažeidžiančius atvejus bei užtikrinti skaidrų jų nagrinėjimą. Svarbu sukurti ir komunuoti mechanizmus, leidžiančius tiek paslaugas gaunantiems asmenims, tiek darbuotojams atpažinti ir saugiai pranešti apie žmogaus teisių pažeidimus tiek įstaigos viduje, tiek pasitelkiant nepriklausomus dalyvius, bei numatyti veiksmingas priemones tokių situacijų prevencijai, vykdyti reguliarią stebėseną ir lydėti pokyčius remiantis Pasaulio sveikatos organizacijos pristatyta „QualityRights“ iniciatyva.

Socialinius darbuotojus, psichologus, slaugytojus ir psichiatrus rengiančioms aukštosioms mokykloms

Tyrimas atskleidė, kad specialistai su psichikos sveikatos ir žmogaus teisių temomis studijų metu nėra supažindinami, o su Konvencijos principais, nuosta-

tomis bei standartais dažnai susipažįsta tik epizodiškai ir iškilus poreikiui jau prisidėjus praktikai. Todėl socialinius darbuotojus, psichologus, slaugytojus ir psichiatrus rengiančioms aukštosioms mokykloms rekomenduojame įtraukti į šių studijų programas daugiau specializuotų kursų ar temų, pristatančių Konvenciją, ypač praktinius jos įgyvendinimo aspektus teikiant psichikos sveikatos priežiūros paslaugas.

Bibliografija

Aviles Gonzalez, C. I., Cerchiaro Fernandez, D. M., Guerra Munoz, M. E., Romero Ramirez, R., Abarca Arias, Y. M., Brasesco, M. V., Migliaccio, G. M., Romano, F., Cossu, G., Primavera, D., & Carta, M. G. (2024). Mental health professionals' perception of respect for human rights and organizational well-being in three countries of South America. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(2). <https://doi.org/10.3390/ijerph21020214>

Becker, R., & Teney, C. (2020). Understanding high-skilled intra-European migration patterns: the case of European physicians in Germany. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 46(9), 1737–1755.

Carta, M. G., & Bhugra, D. (2023). Human rights and mental health: critical challenges for health professionals, users, and citizens. *International Review of Psychiatry*, 35(2), 147–149. <https://doi.org/10.1080/09540261.2023.2178196>

Davis Le Brun, S., Butchard, S., Kinderman, P., Umeh, K., & Whittington, R. (2023). Applying the theory of planned behaviour to understand mental health professionals' intentions to work using a human rights-based approach in acute inpatient settings. *Journal of Mental Health*. <https://doi.org/10.1080/09638237.2023.2245910>

Europos komitetas prieš kankinimą ir kitokį žiaurų, nežmonišką ar žeminančių elgesį ir baudimą „Suvaržymo priemonės suaugusiųjų psichiatrijos įstaigose (Atnaujinti CPT standartai)“, Strasbūras, 2017 m. kovo 21 d., CPT/Inf(2017), <https://rm.coe.int/168096d6b7>

Febles Arévalo, C., Domínguez, J. J. M., Montesdeoca, R. G., Quevedo, R. H., & Navarro Vázquez, F. (2023). *Care quality from the perspective of human rights as perceived by mental health professionals in Gran Canaria: a qualitative study*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-2472278/v1>

Fitzgerald, P. B., de Castella, A. R., Filia, K. M., Filia, S. L., Benitez, J., & Kulkarni, J. (2005). Victimization of patients with schizophrenia and related disorders. *Aust N Z J Psychiatry*, 39(3), 169–174. doi: 10.1080/j.1440-1614.2005.01539.x. PMID: 15701066

Funk, M., & Drew Bold, N. (2020). *WHO's QualityRights initiative: transforming services and promoting rights in mental health*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7348459/pdf/hhr-22-01-069.pdf>.

Funk, M., & Drew, N. (2017). WHO QualityRights: transforming mental health services. *The Lancet Psychiatry*, 4(11), 826–827. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30394-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30394-2)

Grigaitė, U., & Kildžiūtė, G. (2023). *Sankirta tarp smurto lyties pagrindu ir socialinių bei psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo moterims su negalia Lietuvoje: situacijos apžvalga ir rekomendacijos sisteminiams pokyčiams*. Vilnius: Psichikos sveikatos perspektyvos.

Grigutytė, N., Jakubauskienė, M., & Levickaitė, K. (2022). *Stigmatizuojančios Lietuvos gyventojų nuostatos psichikos sveikatos srityje: tyrimo ataskaita*. https://www.hi.lt/uploads/pdf/Psichikos_sveikatos_centras/2023/Stigmatizuojanciu_nuostatu_psichikos_sveikatos_srityje_apklauso_duomenu_analize.pdf.

Harpur, P. (2012). Embracing the new disability rights paradigm: The importance of the convention on the rights of persons with disabilities. *Disability and Society*, 27(1). <https://doi.org/10.1080/09687599.2012.631794>

Herrman, H., Allan, J., Galderisi, S., Javed, A., & Rodrigues, M. (2022). The WPA task force on implementing alternatives to coercion in mental health care. Alternatives to coercion in mental health care: WPA position statement and call to action. *World Psychiatry*, 2(1(a)), 159–160.

JT Neigaliųjų teisių komitetas (2016). Baigiamosios pastabos dėl pirminės Lietuvos ataskaitos.

Jurić, T. (2021). Medical brain drain from southeastern Europe: using digital demography to forecast health worker emigration. *JMIRx Med*, 2(4), e30831.

Kelly, B. D. (2022). Psychiatric services, mental health law, and human rights. *Indian Journal of Medical Research*, 156(4), 567–569. https://doi.org/10.4103/ijmr.ijmr_1652_22

Latalova, K., Kamaradova, D., & Prasko, J. (2014). Violent victimization of adult patients with severe mental illness: a systematic review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10, 1925–1939. 10.2147/NDT.S68321.

LR psichikos sveikatos priežiūros įstatymo Nr. I-924 pakeitimo įstatymas Nr. XIII-1906, priimtas 2019 m. sausio 11 d.

LR Seimo kontrolierių įstaigos ataskaita dėl žmogaus teisių padėties VšĮ Respublikinės Kauno ligoninės Psichiatrijos klinikos Marių sektoriuje ir VšĮ Respublikinėje Vilniaus psichiatrijos ligoninėje, 2019-04-02, Nr. Nkp-2018/1-1, Vilnius.

LR socialinės apsaugos ir darbo ministro 2023 m. rugšėjo 15 d. įsakymas Nr. V-1004/A1-607 „Dėl psichikos sveikatos priežiūros bei socialinės globos įstaigų teikiamų paslaugų atitikties žmogaus teisių standartams vertinimo, stebėsenos ir metodinės pagalbos teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

LR sveikatos apsaugos ministro 2019 m. gegužės 17 d. įsakymas Nr. V-587 „Dėl psichikos ir elgesio sutrikimų turinčių pacientų priverstinio hospitalizavimo ir priverstinio gydymo bei priverstinio hospitalizavimo atvejų stebėsenos (monitoringo) tvarkos aprašo patvirtinimo“.

Mahdanian, A. A., Laporta, M., Drew Bold, N., Funk, M., & Puras, D. (2023). Human rights in mental healthcare: A review of current global situation. *International Review of Psychiatry*, 35(2), 150–162. <https://doi.org/10.1080/09540261.2022.2027348>

Martin, W., & Gurbai, S. (2019). Surveying the Geneva impasse: Coercive care and human rights. *International Journal of Law and Psychiatry*, 64, 117–128. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2019.03.001>

McSherry, B., Gooding, P., & Maker, Y. (2023). Human rights promotion and the 'Geneva impasse' in mental healthcare: scoping review. *BJPsych Open*, 9(3). <https://doi.org/10.1192/bjo.2023.50>

Mikonė, E., Gražulienė, V., & Vilkas, V. (2021). Medicinos gydytojų požiūris į psichikos sutrikimais sergančius asmenis. *Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija*, 23(1), 3–8.

Nutarimas „Dėl Aštuonioliktosios Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos“ (2020). <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/973c87403bc311eb8c97e01ffe050e1c>

OECD. (2022). *Health Working Paper No. 143 The provision of community-based mental health care in Lithuania*. <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/18de24d5-en.pdf?expires=1706266656&id=id&accname=guest&checksum=432197188702B54EF10B328A68AEC4D1>

Probert, J. (2021). Moving toward a human rights approach to mental health. *Community Mental Health Journal*, 57(8), 1414–1426. <https://doi.org/10.1007/s10597-021-00830-9>

Rossa-Roccor, V., Schmid, P., & Steinert, T. (2020). Victimization of people with severe mental illness outside and within the mental health care system: results on prevalence and risk factors from a multicenter study. *Front. Psychiatry*, 11, 563860. doi: 10.3389/fpsy.2020.563860

Stan, S., & Erne, R. (2016). Is migration from Central and Eastern Europe an opportunity for trade unions to demand higher wages? Evidence from the Romanian health sector. *European Journal of Industrial Relations*, 22(2), 167–183.

Stancu, B., Popa, S. L., Ismaiel, A., Turtoi, D. C., Brata, A. M., Duse, T. A., ... & Puia, I. C. (2024). Physician migration in Romania: a study on the emigration preferences within the Cluj County healthcare system. *Medicine and Pharmacy Reports*.

Sveikatos sistemos reformų planavimo ir įgyvendinimo apžvalga. (2022). <https://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/Sveikatos%20sistemos%20reformų%20apžvalga.pdf>

Teplin, L. A., McClelland, G. M., Abram, K. M., & Weiner, D. A. (2005). Crime victimization in adults with severe mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 62(8), 911–921.

UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities. (2014). General comment No. 1 Article 12: Equal recognition before the law. Document number: CRPD/C/GC/1.

UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities. (2015). Guidelines on article 14 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. The right to liberty and security of persons with disabilities.

UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities. (2017). General comment No. 5 on living independently and being included in the community. Document number: CRPD/C/GC/5.

UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities. (2018). Statement by the Committee on the Rights of Persons with Disabilities calling States parties to oppose the draft Additional Protocol to the Oviedo Convention.

UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities. (2022). Guidelines on deinstitutionalization, including in emergency situations. Document number: G2251904.

UN General Assembly. (2006). Convention on the rights of persons with disabilities. <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities>

UN Human Rights Council. (2017). Report of the special rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. http://ap.ohchr.org/documents/dpage_e.aspx?si=A/HRC/35/21

Ventura, C. A. A., Austin, W., Carrara, B. S., & de Brito, E. S. (2021). Nursing care in mental health: Human rights and ethical issues. *Nursing Ethics*, 28(4), 463–480. <https://doi.org/10.1177/0969733020952102>

World Health Organization. (2019). *QualityRights materials for training, guidance and transformation*. <https://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>

14 straipsnio gairės „Asmenų su negalia teisė į laisvę ir saugumą pagal Asmenų su negalia teisių konvenciją“, priimtos Asmenų su negalia teisių komiteto 14-ojoje sesijoje, vykusioje 2015 m. rugsėjį.

Priedai

1 priedas. Anketos klausimai



PSICHIKOS
SVEIKATOS
PERSPEKTYVOS



Sveiki!

Kviečiame dalyvauti **Vilniaus universiteto** Filosofijos fakulteto mokslininkų ir nevyriausybinės organizacijos „Psichikos sveikatos perspektyvos“ vykdomame tyrime apie žmogaus teises Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros sistemoje. Tyrimas vykdomas įgyvendinant LR sveikatos apsaugos ministerijos Valstybinio visuomenės sveikatos stiprinimo fondo remiamą projektą „**Asmens sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų nuostatos dėl žmogaus teisių principų, remiantis Jungtinių Tautų asmenų su negalia teisių konvencija**“.

Tyrimo tikslas – įvertinti psichikos sveikatos priežiūros specialistų **nuostatas bei turimas žinias apie žmogaus teisių principus** ir jų taikymą teikiant psichikos sveikatos priežiūros paslaugas.

Duomenų rinkimą atlieka rinkos tyrimų kompanija RAIT.

Tyrimas vykdomas **anonimiškai**, o jūsų dalyvavimas jame yra **savanoriškas**. Anonimiškumas reiškia, kad renkami nuasmeninti duomenys, neleidžiantys atpažinti tyrimo dalyvių. Savanoriškumo principas reiškia, kad jūs sutinkate dalyvauti tyrime ir suprantate, kad bet kuriuo metu galite iš jo pasitraukti atsisakydami toliau bendrauti su tyrėju arba pildyti anketą.

Jeigu nesutinkate dalyvauti tyrime – anketos nepildykite.

*Daugumoje klausimų prašome pažymėti **vieną jums labiausiai tinkamą atsakymo variantą**.*

Dviejuose paskutiniuose klausimuose perskaitykite instrukciją, kaip į ją atsakyti.

ANKETĄ PRAŠOME UŽPILDYTI ŠIŲ SPECIALYBIŲ ATSTOVUS:

- Psichiatras (-ė)
- Slaugytojas (-a)
- Medicinos psichologas (-ė)
- Socialinis darbuotojas (-a)
- Slaugytojo (-os) padėjėjas (-a)

Pradžioje keli klausimai apie jus:

D1. Jūsų lytis (VIENAS ATSAKYMO VARIANTAS):

1. Vyras
2. Moteris
3. Kita

D2. Jūsų amžius (VIENAS ATSAKYMO VARIANTAS):

1. 18–25
2. 26–35
3. 36–45
4. 46–55
5. 56–65
6. Daugiau nei 65

D3. Jūsų specialybė (VIENAS ATSAKYMO VARIANTAS):

1. Psichiatras (-ė)
2. Slaugytojas (-a)
3. Medicinos psichologas (-ė)
4. Socialinis darbuotojas (-a)
5. Slaugytojo (-os) padėjėjas (-a)

D4. Jūsų darbovietės, kurioje dirbate didžiausiu etatiniu krūviu (jei dirbate 2 darbovietėse vienodomis etato dalimis, pasirinkite, kurią laikote pagrindine), geografinė vietovė:

1. Didmiestis, kuriame gyvena daugiau nei 200 000 gyventojų (Vilnius, Kaunas)
2. Miestas, kuriame gyvena 30 001–200 000 gyventojų (Alytus, Klaipėda, Marijampolė, Panevėžys, Šiauliai, Mažeikiai)
3. Miestas, kuriame gyvena 3 001–30 000 gyventojų
4. Miestelis arba kaimas, kuriame gyvena iki 3 000 gyventojų

D4A. Nurodykite konkretų miestą (įrašykite): _____

D5. Jūsų profesinio darbo patirtis metais (VIENAS ATSAKYMO VARIANTAS):

1. Mažiau nei metai
2. 1–5 metai
3. 6–10 metų
4. 11–15 metų
5. 16–20 metų
6. Daugiau nei 20 metų

D6. Jūsų darbovietė, kurioje dirbate didžiausiu etatiniu krūviu (jei dirbate 2 darbovietėse vienodomis etato dalimis, pasirinkite, kurią laikote pagrindine) (VIENAS ATSAKYMO VARIANTAS):

1. Psichikos sveikatos centras viešajame sektoriuje (jeigu TAIP -> D8)
2. Psichikos sveikatos centras privačiame sektoriuje (jeigu TAIP -> D8)
3. Psichiatrijos arba psichoterapijos dienos stacionaras viešajame sektoriuje (jeigu TAIP -> D7)
4. Psichiatrijos arba psichoterapijos dienos stacionaras privačiame sektoriuje (jeigu TAIP -> D7)
5. Psichiatrijos stacionaras viešajame sektoriuje (jeigu TAIP -> D7)
6. Psichiatrijos stacionaras privačiame sektoriuje (jeigu TAIP -> D7)

Į ŠĮ KLAUSIMĄ ATSAKYKITE, JEIGU DIRBATE STACIONARE

D7. Lovų / vietų skaičius jūsų darbovietėje, kurioje dirbate didžiausiu etatiniu krūviu (jei dirbate 2 darbovietėse vienodomis etato dalimis, pasirinkite, kurią laikote pagrindine) (VIENAS ATSAKYMO VARIANTAS):

1. Iki 30 lovų / vietų
2. Nuo 31 iki 50 lovų / vietų
3. Nuo 51 iki 100 lovų / vietų
4. Nuo 101 iki 200 lovų / vietų
5. Daugiau negu 200 lovų / vietų
6. Nežinau / nesu tikras (-a)

Į ŠĮ KLAUSIMĄ ATSAKYKITE, JEIGU DIRBATE PSICHIKOS SVEIKATOS CENTRE

D8. Jūsų darbovietės (psichikos sveikatos centro) aptarnaujamų gyventojų skaičius (kurioje dirbate didžiausiu etatiniu krūviu) (jei dirbate 2 darbovietėse vienodomis etato dalimis, pasirinkite, kurią laikote pagrindine): (VIENAS ATSAKYMO VARIANTAS)

1. PSC, turintis iki 10 000 prirašytų gyventojų
2. PSC, turintis nuo 10 000 iki 30 000 prirašytų gyventojų
3. PSC, turintis nuo 30 000 iki 50 000 prirašytų gyventojų
4. PSC, turintis nuo 50 000 iki 80 000 prirašytų gyventojų
5. PSC, turintis 80 000 ir daugiau prirašytų gyventojų
6. Nežinau / nesu tikras (-a)

D9. Darbuotojų skaičius jūsų PSC / psichiatrijos arba psichoterapijos dienos stacionare / psichiatrijos stacionare, kuriame dirbate didžiausiu etatiniu krūviu (jei dirbate 2 darbovietėse vienodomis etato dalimis, pasirinkite, kurią laikote pagrindine) (VIENAS ATSAKYMO VARIANTAS):

1. Iki 30
2. Nuo 31 iki 50

3. Nuo 51 iki 100
4. Nuo 101 iki 200
5. Daugiau negu 200
6. Negaliu atsakyti

D10. Ar jums teko kada nors pagal savo specialybę dirbti užsienyje? (VIENAS ATSAKYMO VARIANTAS)

1. Taip → D11
2. Ne → K1

Į ŠĮ KLAUSIMĄ ATSAKYKITE, JEIGU PAGAL SAVO SPECIALYBĘ DIRBOTE UŽSIENYJE

D11. Kurioje šalyje / šalyse teko dirbti pagal specialybę?

Įrašykite šalies / šalių pavadinimą (-us): _____

Tolesnė klausimų grupė susijusi su jūsų vertinimu apie tai, **kaip Jungtinių Tautų asmenų su negalia teisių konvencijoje (Neįgaliųjų teisių konvencijoje) ir jos straipsniuose apibrėžti žmogaus teisių užtikrinimo principai** įgyvendinami Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros sistemoje.

K1. Asmenys su psichikos sveikatos sutrikimais ar psichosocialine negalia yra labiau pavojingi nei kiti visuomenės nariai: (VIENAS ATSAKYMO VARIANTAS)

1. Sutinku
2. Labiau sutinku, nei nesutinku
3. Nei sutinku, nei nesutinku
4. Labiau nesutinku, nei sutinku
5. Nesutinku

K2. Priverstinė hospitalizacija ir / ar priverstinis gydymas yra priimtina ir reikalinga praktikos dalis psichiatrijoje: (VIENAS ATSAKYMO VARIANTAS)

1. Sutinku
2. Labiau sutinku, nei nesutinku
3. Nei sutinku, nei nesutinku
4. Labiau nesutinku, nei sutinku
5. Nesutinku

K3. Fiziniai (kūno jėga) arba mechaniniai (priemonių, tokių kaip fiksavimo diržai, naudojimas) suvaržymai yra būtinos priemonės, teikiant psichikos sveikatos priežiūros paslaugas: (VIENAS ATSAKYMO VARIANTAS)

1. Sutinku
2. Labiau sutinku, nei nesutinku

3. Nei sutinku, nei nesutinku
4. Labiau nesutinku, nei sutinku
5. Nesutinku

K4. Tai, kad Lietuva ratifikavo Jungtinių Tautų asmenų su negalia teisių konvenciją (Neįgaliųjų teisių konvenciją), realybėje neturi jokios reikšmės kasdienei praktikai, teikiant psichikos sveikatos priežiūros paslaugas: (VIENAS ATSAKYMO VARIANTAS)

1. Sutinku
2. Labiau sutinku, nei nesutinku
3. Nei sutinku, nei nesutinku
4. Labiau nesutinku, nei sutinku
5. Nesutinku

K5. Lietuvos teisinėje bazėje apibrėžtas neveiksmo ar riboto veiksmo tam tikroje srityje institutas padeda apginti ir įgyvendinti žmonių teises psichikos sveikatos sistemoje: (VIENAS ATSAKYMO VARIANTAS)

1. Sutinku
2. Labiau sutinku, nei nesutinku
3. Nei sutinku, nei nesutinku
4. Labiau nesutinku, nei sutinku
5. Nesutinku

K6. Norint suteikti kokybiškas psichikos sveikatos priežiūros paslaugas, nėra būtina atsižvelgti į kiekvieno paciento norus ir pasirinkimus: (VIENAS ATSAKYMO VARIANTAS)

1. Sutinku
2. Labiau sutinku, nei nesutinku
3. Nei sutinku, nei nesutinku
4. Labiau nesutinku, nei sutinku
5. Nesutinku

K7. Lietuvoje teikiamos psichikos sveikatos priežiūros paslaugos užtikrina pagarbą pacientų žmogaus teisėms: (VIENAS ATSAKYMO VARIANTAS)

1. Sutinku
2. Labiau sutinku, nei nesutinku
3. Nei sutinku, nei nesutinku
4. Labiau nesutinku, nei sutinku
5. Nesutinku

K8. Neįmanoma visapusiškai užtikrinti visų paciento teisių apsaugos teikiant psichikos sveikatos priežiūros paslaugas: (VIENAS ATSAKYMO VARIANTAS)

1. Sutinku
2. Labiau sutinku, nei nesutinku
3. Nei sutinku, nei nesutinku
4. Labiau nesutinku, nei sutinku
5. Nesutinku

K9. Būtina skubiai keisti psichikos sveikatos priežiūros paslaugų organizavimą ir teikimą Lietuvoje siekiant geriau užtikrinti pacientų žmogaus teisių apsaugą ir įgyvendinimą: (VIENAS ATSAKYMO VARIANTAS)

1. Sutinku
2. Labiau sutinku, nei nesutinku
3. Nei sutinku, nei nesutinku
4. Labiau nesutinku, nei sutinku
5. Nesutinku

K10. Jungtinių Tautų asmenų su negalia teisių konvencija (Neįgaliųjų teisių konvencija) suteikia žinių ir įrankių Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros paslaugų praktiniam tobulinimui: (VIENAS ATSAKYMO VARIANTAS)

1. Sutinku
2. Labiau sutinku, nei nesutinku
3. Nei sutinku, nei nesutinku
4. Labiau nesutinku, nei sutinku
5. Nesutinku

K11. Jūsų nuomone, ką pirmiausia ir nedelsiant reikėtų keisti ar tobulinti Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo srityje įgyvendinant žmogaus teisių principus?

Įrašykite savo atsakymą į klausimą:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Tolesniuose klausimuose pasidomėsime, **ką žinote apie Jungtinių Tautų asmenų su negalia teisių konvenciją** (Neįgaliųjų teisių konvenciją) ir jos straipsnius, susijusius su psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimu. Mums labai svarbi jūsų nuomonė ir įžvalgos, todėl nuoširdžiai prašome pasidalinti savo patirtimi, atsakant į tolesnį atvirąjį klausimą.

K12. Parašykite, ką žinote apie Jungtinių Tautų asmenų su negalia teisių konvenciją (Neįgaliųjų teisių konvenciją), ir pakomentuokite, kokios yra svarbiausios šios konvencijos nuostatos jūsų kasdiniame darbe, teikiant psichikos sveikatos priežiūros paslaugas?

JEIGU Į KLAUSIMĄ NEGALITE ATSAKYTI, PARAŠYKITE: „NIEKO NEŽINAU“

Įrašykite savo atsakymą į klausimą:

.....

.....

.....

.....

.....

JEIGU NEŽINOTE TIKSLAUS ATSAKymo Į TOLESNIUS KLAUSIMUS, PAŽYMĖKITE VIENĄ ATSAKYMĄ, KURIS, JŪSŲ NUOMONE, YRA TINKAMIAUSIAS.

K13. Remiantis Jungtinių Tautų asmenų su negalia teisių konvencija (Neįgaliųjų teisių konvencija), ką reiškia teisė į teisinį veiksnumą?

(TIK VIENAS ATSAKymo VARIANTAS)

1. Kad žmonės, turintys psichikos sveikatos sutrikimų, priima sprendimus patys, be jokios išorinės pagalbos
2. Kad žmonės, turintys psichikos sveikatos sutrikimų, turi teisę patys priimti paprastus sprendimus (pvz., dėl kasdienės veiklos), bet ne sudėtingesnius (pvz., kur gyventi)
3. Kad žmonės, turintys psichikos sveikatos sutrikimų, turi teisę patys priimti sprendimus, prirėikus – su pagalba

K14. Remiantis Jungtinių Tautų asmenų su negalia teisių konvencija (Neįgaliųjų teisių konvencija), išankstinio nurodymo dėl gydymo pateikimo pagrindas turi būti:

(TIK VIENAS ATSAKymo VARIANTAS)

1. Trijų psichiatrų komisijos išvada
2. Pilnamečio asmens laisva valia ir apsisprendimas pateikti išankstinį nurodymą
3. Dalyvumo lygis, vadovaujantis patvirtintu Dalyvumo lygio nustatymo kriterijų ir tvarkos aprašu

K15. Remiantis Jungtinių Tautų asmenų su negalia teisių konvencija (Neįgaliųjų teisių konvencija), savarankiškas gyvenimas ir įtrauktis asmenims, turintiems psichikos sveikatos sutrikimų ar psichosocialinę negalią, reiškia, kad jie:

(TIK VIENAS ATSAKymo VARIANTAS)

1. Turi gyventi su šeima
2. Neturi mokėti už viešąjį transportą
3. Turi galimybę pasirinkti, kur ir su kuo gyventi

K16. Remiantis Jungtinių Tautų asmenų su negalia teisių konvencija (Neįgalųjų teisių konvencija), asmeniui, patiriančiam psichikos sveikatos sutrikimus, *atsigavimas* (angl. *recovery*) reiškia:

(TIK VIENAS ATSAKYO VARIANTAS)

1. Galėjimą gyventi tokį gyvenimą, kokio žmogus siekia
2. Veiksmingą gydymą
3. Tai – reabilitacijos sinonimas

K17. Remiantis Jungtinių Tautų asmenų su negalia teisių konvencija (Neįgalųjų teisių konvencija), ką turėtų daryti specialistai, kad padėtų žmonėms, patiriantiems psichikos sveikatos sutrikimus, atsigausti?

(TIK VIENAS ATSAKYO VARIANTAS)

1. Tvirtai laikytis gydymo reikalavimų
2. Su žmonėmis elgtis oriai ir pagarbiai
3. Įtikinti žmones vartoti vaistus

K18. Remiantis Jungtinių Tautų asmenų su negalia teisių konvencija (Neįgalųjų teisių konvencija), informuotas asmens sutikimas gydytis reiškia, kad psichikos sveikatos sunkumų ar sutrikimų turintis asmuo:

(TIK VIENAS ATSAKYO VARIANTAS)

1. Pasirašė sutikimo formą dėl gydymo
2. Pritarė specialisto nuomonei dėl gydymo siekiant geriausių jo interesų
3. Gavo visą su gydymu susijusią informaciją, ją suprato ir priėmė sprendimą pats ar su pagalba

K19. Remiantis Jungtinių Tautų asmenų su negalia teisių konvencija (Neįgalųjų teisių konvencija), stacionariųjų psichikos sveikatos paslaugų teikėjai turi užtikrinti, kad:

(TIK VIENAS ATSAKYO VARIANTAS)

1. Darbuotojai palaikytų tvarką ir autoritetą paslaugų naudotojų atžvilgiu
2. Būtų užtikrinta maloni, patogi ir stimuliuojanti aplinka, skatinanti įsitraukimą ir bendravimą
3. Paslaugomis besinaudojantys žmonės galėtų priimti lankytojus tik tam tikru laiku

K20. Remiantis Jungtinių Tautų asmenų su negalia teisių konvencija (Neįgalųjų teisių konvencija), kurie iš toliau išvardytų pavyzdžių yra smurto pavyzdys teikiant psichikos sveikatos paslaugas?

(TIK VIENAS ATSAKYO VARIANTAS)

1. Elektroimpulsinė terapija su informuotu asmens sutikimu
2. Instrumentinis suvaržymas diržais
3. Specialisto išreikštas prieštaravimas paciento norams

K21. Remiantis Jungtinių Tautų asmenų su negalia teisių konvencija (Neįgalųjų teisių konvencija), priverstinė hospitalizacija ir gydymas psichikos sveikatos krizę patiriančiam žmogui gali:

(TIK VIENAS ATSAKYMO VARIANTAS)

1. Pakenkti fizinei ir psichikos sveikatai
2. Naudojant tinkamai, padeda atsigauti
3. Yra būtini darbuotojų ir klientų saugai užtikrinti

K22. Kokias teises garantuoja Jungtinių Tautų asmenų su negalia teisių konvencija (Neįgalųjų teisių konvencija)?

(PAŽYMĖKITE VISUS TINKAMUS ATSAKYMO VARIANTUS)

1. Pagarba asmens prigimtiniam orumui, savarankiškumui, įskaitant laisvę rinktis, ir nepriklausomumui
2. Lygybės ir nediskriminavimo
3. Teisę į asmens laisvę ir saugumą
4. Teisę nebūti kankinamam ar nepatirti žiauraus, nežmoniško ar žeminančio elgesio
5. Teisę nepatirti smurto ir prievartos
6. Teisę gyventi savarankiškai ir būti įtrauktam į bendruomenę
7. Teisę į aukščiausią įmanomą sveikatos lygį (nediskriminuojant dėl neįgalumo)

K23. Kokios teisės aktualios teikiant psichikos sveikatos priežiūros paslaugas? Išrinkite TRIS, jūsų nuomone, SVARBIAUSIAS teises ir jas suranguokite nuo svarbiausios iki mažiausiai svarbios.

PILDYMO INSTRUKCIJA:

Atidžiai perskaitykite visus atsakymų variantus. Pasirinkite, kuri teisė, Jūsų nuomone, yra pati svarbiausia, ir nuo apskritimo su skaičiumi 1 nuveskite liniją iki jos. Tada pasirinkite antrą pagal svarbumą teisę ir nuo apskritimo su skaičiumi 2 nuveskite liniją iki jos. Galiausiai pasirinkite trečią pagal svarbumą teisę ir analogiškai sujunkite ją su apskritimu, pažymėtu skaičiumi 3.

1. Teisė į tinkamas gydymosi sąlygas, įskaitant maistą, patalpas, aplinką, pagarbą privatumui
2. Teisė į kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas, pvz., kvalifikuotų specialistų teikiamas paslaugas, grįstas paslaugų vartotojo poreikiais, stiprinančias jo galimybes savarankiškai gyventi bendruomenėje
3. Teisė į veiksnumą ir asmens laisvę ir saugumą – gauti gydymą su laisvu ir informuotu sutikimu (pvz., pirmenybė visada teikiama paslaugų vartotojų pageidavimui dėl gydymo vietos ir formos)

4. Teisė nebūti kankinamam ar nepatirti žiauraus, nežmoniško ar žeminančio elgesio
5. Teisė nepatirti smurto ir prievartos
6. Teisė gyventi savarankiškai ir būti įtrauktam į bendruomenę
7. Teisė pasirinkti sveikatos priežiūros įstaigą ir sveikatos priežiūros specialistą
8. Teisė į informaciją, teisė susipažinti su įrašais savo medicinos dokumentuose

Dėkojame už anketai pildyti skirtą laiką!

2 priedas. Fokusuotų grupinių diskusijų klausimai dalyviams

1. Pakomentuokite, kokios yra svarbiausios Konvencijos nuostatos jūsų kasdieniame darbe ir ar yra pasitaikę, kad gindami psichikos sveikatos paslaugų vartotojų teises rėmėtės Konvencijos nuostatomis? Papasakokite plačiau apie tokius atvejus.
2. Kaip vertinate, kas, žmogaus teisių požiūriu, keitėsi jūsų darbe per pastaruosius dvejus metus? Kokios šių permainų (arba stagnacijos) priežastys? Ar šie pokyčiai jūsų darbą palengvino? Apsunkino? Sudėjo vertybinius akcentus / išgrynino vertybes, svarbias jūsų darbe?
3. Ar sutiktumėte su teiginiu, kad diegiant Konvencijos nuostatas psichikos sveikatos sistemoje yra vadovaujama palaiKANČIU, įgalinančiu požiūriu? Ar daugiau teisiančiu, kritikuojančiu psichikos sveikatos priežiūros sistemą ir jos atstovus?
4. Kaip manote, koks yra slaugytojų / socialinių darbuotojų / psichologų / psichiatrų vaidmuo užtikrinant psichikos sveikatos paslaugų gavėjų teisių apsaugą ir įgyvendinimą? Ar šis vaidmuo galėtų būti kitoks, pvz., jiems galėtų būti priskirta daugiau atsakomybių užtikrinant psichikos sveikatos paslaugų gavėjų teisių apsaugą ir įgyvendinimą?
5. Kaip manote, ką reiktų keisti Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros paslaugų sistemoje siekiant geriau užtikrinti pacientų žmogaus teisių apsaugą ir įgyvendinimą?
6. Šiuo metu vykdomo kiekybinio tyrimo rezultatai rodo, kad:
 - Didesnė dalis tyrimo dalyvių mano, kad Lietuvos teisinėje bazėje apibrėžtas neveiksnumo ar riboto veiksnumo tam tikroje srityje institutas padeda apginti ir įgyvendinti žmonių teises psichikos sveikatos sistemoje.Kaip vertinate tokią nuomonę?
7. Iš kur gaunate žinių apie Konvenciją ir joje reglamentuojamas žmonių, turinčių negalią, teises? Ar žinių gavote per studijas, kėlėte kvalifikaciją, skaitėte literatūrą, dalyvavote seminaruose ar konferencijose? Ar manote, kad turite pakankamai žinių apie Konvenciją?
8. Jūsų nuomone, kuriame lygmenyje Konvencijos poveikis labiausiai juntamas: psichikos sveikatos priežiūros sistemoje (pvz., pagal Konvencijos reikalavimus sutvarkyta teisinė bazė); įstaigos lygmenyje (pvz., keičiasi institucijos kultūra, požiūris į pacientus, paslaugų teikimo praktika, prie Konvencijos nuostatų yra priderintos įvairios tvarkos ir reikalavimai); individualiame lygmenyje (pareigybinėse instrukcijose, kasdienėje veikloje, suvokiant savo profesinį vaidmenį, ribas ir atsakomybes)?

3 priedas. Atsakymų pasiskirstymas pagal sociodemografines grupes

3.1 priedas. Respondentų sociodemografiniai bruožai

Respondentų sociodemografiniai bruožai

		proc.	N
Lytis	Moteris	87 %	401
	Vyras	13 %	60
	Iš viso	100 %	461
Amžius	18–25	3 %	16
	26–35	20 %	92
	36–45	17 %	81
	46–55	30 %	138
	56–65	25 %	116
	Daugiau nei 65	5 %	22
	Iš viso	100 %	465
Specialybė	Psichiatras (-ė)	23 %	105
	Slaugytojas (-a)	31 %	139
	Medicinos psichologas (-ė)	21 %	94
	Socialinis darbuotojas (-a)	13 %	58
	Slaugytojo (-os) padėjėjas (-a)	11 %	50
	Iš viso	100 %	446
Darbo vietovė (pagrindinės darbovietės)	Didmiestis, kuriame gyvena daugiau nei 200 000 gyventojų (Vilnius, Kaunas)	62 %	270
	Miestas, kuriame gyvena 30 001–200 000 gyventojų	16 %	70
	Miestas, kuriame gyvena 3 001–30 000 gyventojų	20 %	88
	Miestelis arba kaimas, kuriame gyvena iki 3 000 gyventojų	3 %	11
	Iš viso	100 %	439
Profesinio darbo patirtis	Mažiau nei metai	4 %	19
	1–5 metai	16 %	79
	6–10 metų	13 %	65
	11–15 metų	8 %	39
	16–20 metų	12 %	57
	Daugiau nei 20 metų	36 %	176
	Nenurodė	12 %	60
	Iš viso	100 %	495

		proc.	N
Pagrindinė darbovietė	Psichikos sveikatos centras viešajame sektoriuje	36 %	155
	Psichikos sveikatos centras privačiame sektoriuje	7 %	29
	Psichiatrijos arba psichoterapijos dienos stacionaras viešajame sektoriuje	6 %	24
	Psichiatrijos arba psichoterapijos dienos stacionaras privačiame sektoriuje	0 %	2
	Psichiatrijos stacionaras viešajame sektoriuje	50 %	216
	Psichiatrijos stacionaras privačiame sektoriuje	1 %	3
	Iš viso	100 %	429
Lovų / vietų skaičius pagrindinėje darbovietėje (stacionarai)	Iki 30 lovų / vietų	27 %	66
	Nuo 31 iki 50 lovų / vietų	9 %	22
	Nuo 51 iki 100 lovų / vietų	10 %	24
	Nuo 101 iki 200 lovų / vietų	7 %	16
	Daugiau negu 200 lovų / vietų	42 %	103
	Nežino / nenurodė	6 %	14
	Iš viso	100 %	245
Pagrindinės darbovietės (psichikos sveikatos centro) aptarnaujamų gyventojų skaičius	PSC, turintis iki 10 000 prirašytų gyventojų	18 %	33
	PSC, turintis nuo 10 000 iki 30 000 prirašytų gyventojų	37 %	68
	PSC, turintis nuo 30 000 iki 50 000 prirašytų gyventojų	13 %	24
	PSC, turintis nuo 50 000 iki 80 000 prirašytų gyventojų	2 %	3
	PSC, turintis 80 000 ir daugiau prirašytų gyventojų	8 %	15
	Nežinau / nesu tikras	21 %	39
Iš viso	100 %	182	
Darbuotojų skaičius jūsų PSC / psichiatrijos arba psichoterapijos dienos stacionare / psichiatrijos stacionare	Iki 30	49 %	206
	Nuo 31 iki 50	14 %	59
	Nuo 51 iki 100	5 %	23
	Nuo 101 iki 200	5 %	20
	Daugiau negu 200	12 %	49
	Negaliu atsakyti	15 %	64
	Iš viso	100 %	421
Ar jums teko kada nors pagal savo specialybę dirbti užsienyje?	Taip	3 %	13
	Ne	96 %	405
	Nenurodė	0 %	2
	Iš viso	100 %	420

3.2 priedas. Atsakymai pagal socioekonominės grupes

K1 Asmenys su psichikos sveikatos sutrikimais ar psichosocialine negalia yra labiau pavojingi nei kiti visuomenės nariai:

	N = 496	Sutin- ku	Labiau sutin- ku, nei nesu- tinku	Nei sutin- ku, nei nesu- tinku	Labiau nesu- tinku, nei sutinku	Nesu- tinku	Nenu- rodė	Iš viso
Visi res- pondentai	proc.	15 %	11 %	20 %	18 %	36 %	0 %	100 %
	N	61	44	82	72	148	0	407
Lytis	Moteris	14 %	11 %	21 %	18 %	35 %	0 %	100 %
	Vyras	20 %	6 %	10 %	20 %	45 %	0 %	100 %
Amžius	18–25	0 %	23 %	62 %	8 %	8 %	0 %	100 %
	26–35	13 %	10 %	22 %	20 %	35 %	0 %	100 %
	36–45	11 %	6 %	25 %	22 %	35 %	0 %	100 %
	46–55	12 %	14 %	19 %	18 %	36 %	0 %	100 %
	56–65	22 %	9 %	13 %	13 %	43 %	0 %	100 %
	Daugiau nei 65	20 %	10 %	15 %	25 %	30 %	0 %	100 %
Specialybė	Psichiatras (-ė)	3 %	7 %	15 %	23 %	52 %	0 %	100 %
	Slaugytojas (-a)	19 %	18 %	25 %	16 %	22 %	0 %	100 %
	Medicinos psi- chologas (-ė)	1 %	5 %	16 %	23 %	55 %	0 %	100 %
	Socialinis dar- buotojas (-a)	5 %	7 %	27 %	18 %	42 %	0 %	100 %
	Slaugytojo (-os) padėjėjas (-a)	62 %	15 %	15 %	2 %	6 %	0 %	100 %
Darbo vietovė (pa- grindinės darbovietės)	Didmiestis, kuriame gyvena daugiau nei 200 000 gyven- tojų	20 %	12 %	19 %	16 %	33 %	0 %	100 %
	Miestas, ku- riame gyvena 30 001–200 000 gyventojų	8 %	11 %	23 %	13 %	45 %	0 %	100 %

	N = 496	Sutin- ku	Labiau sutin- ku, nei nesu- tinku	Nei sutin- ku, nei nesu- tinku	Labiau nesu- tinku, nei sutinku	Nesu- tinku	Nenu- rodė	Iš viso
	Miestas, kuriame gyvena 3 001– 30 000 gyventojų	6 %	8 %	20 %	27 %	38 %	0 %	100 %
	Miestelis arba kaimas, kuriame gyvena iki 3 000 gyventojų	20 %	10 %	20 %	0 %	50 %	0 %	100 %
Profesinio darbo pa- tirtis	Mažiau nei metai	24 %	24 %	41 %	6 %	6 %	0 %	100 %
	1–5 metai	14 %	8 %	18 %	26 %	34 %	0 %	100 %
	6–10 metų	21 %	5 %	25 %	16 %	33 %	0 %	100 %
	11–15 metų	16 %	13 %	18 %	26 %	26 %	0 %	100 %
	16–20 metų	14 %	13 %	25 %	9 %	39 %	0 %	100 %
	Daugiau nei 20 metų	13 %	12 %	16 %	17 %	42 %	0 %	100 %
Pagrindinė darbovietė	Psichikos sveika- tos centras vieša- jame sektoriuje	10 %	7 %	16 %	23 %	45 %	0 %	100 %
	Psichikos sveika- tos centras priva- čiame sektoriuje	7 %	11 %	32 %	7 %	43 %	0 %	100 %
	Psichiatrijos arba psichoterapijos dienos staciona- rų viešajame sektoriuje	0 %	5 %	38 %	14 %	43 %	0 %	100 %
	Psichiatrijos arba psichoterapijos dienos staciona- rų privačiame sektoriuje	0 %	0 %	50 %	50 %	0 %	0 %	100 %
	Psichiatrijos stacionarus vieša- jame sektoriuje	22 %	14 %	19 %	15 %	29 %	0 %	100 %
	Psichiatrijos stacionarus priva- čiame sektoriuje	0 %	0 %	33 %	67 %	0 %	0 %	100 %

	N = 496	Sutin- ku	Labiau sutin- ku, nei nesu- tinku	Nei sutin- ku, nei nesu- tinku	Labiau nesu- tinku, nei sutinku	Nesu- tinku	Nenu- rodė	Iš viso
Lovų / vietų skaičius pa- grindinėje darbovietėje (staciona- rai)	Iki 30 lovų / vietų	17 %	7 %	22 %	20 %	35 %	0 %	100 %
	Nuo 31 iki 50 lovų / vietų	14 %	5 %	27 %	18 %	36 %	0 %	100 %
	Nuo 51 iki 100 lovų / vietų	0 %	30 %	26 %	13 %	30 %	0 %	100 %
	Nuo 101 iki 200 lovų / vietų	0 %	7 %	21 %	14 %	57 %	0 %	100 %
	Daugiau negu 200 lovų / vietų	31 %	15 %	20 %	12 %	23 %	0 %	100 %
Pagrindinės darbovietės (psichikos sveikatos centro) ap- tarnaujamų gyventojų skaičius	PSC, turintis iki 10 000 prirašytų gyventojų	13 %	6 %	31 %	19 %	31 %	0 %	100 %
	PSC, turintis nuo 10 000 iki 30 000 prirašytų gyven- tojų	6 %	7 %	21 %	21 %	46 %	0 %	100 %
	PSC, turintis nuo 30 000 iki 50 000 prirašytų gyven- tojų	9 %	14 %	14 %	18 %	45 %	0 %	100 %
	PSC, turintis nuo 50 000 iki 80 000 prirašytų gyven- tojų	0 %	0 %	0 %	33 %	67 %	0 %	100 %
	PSC, turintis 80 000 ir daugiau prirašytų gyven- tojų	0 %	7 %	0 %	20 %	73 %	0 %	100 %
Darbuotojų skaičius jūsų PSC / psichia- trijos arba psichotera- pijos dienos stacionare / psichiatrijos stacionare	Iki 30	14 %	8 %	21 %	20 %	38 %	0 %	100 %
	Nuo 31 iki 50	26 %	7 %	19 %	14 %	33 %	0 %	100 %
	Nuo 51 iki 100	0 %	18 %	14 %	23 %	45 %	0 %	100 %
	Nuo 101 iki 200	5 %	15 %	25 %	25 %	30 %	0 %	100 %
	Daugiau negu 200	11 %	13 %	21 %	13 %	43 %	0 %	100 %

	N = 496	Sutin- ku	Labiau sutin- ku, nei nesu- tinku	Nei sutin- ku, nei nesu- tinku	Labiau nesu- tinku, nei sutinku	Nesu- tinku	Nenu- rodė	Iš viso
Ar jums teko kada nors pagal savo specialybę dirbti užsienyje?	Taip	9 %	9 %	36 %	36 %	9 %	0 %	100 %
	Ne	15 %	11 %	20 %	17 %	37 %	0 %	100 %

K2 Priverstinė hospitalizacija ir / ar priverstinis gydymas yra priimtina ir reikalinga praktikos dalis psichiatrijoje:

	N = 496	Sutin- ku	Labiau sutin- ku, nei nesu- tinku	Nei sutin- ku, nei nesu- tinku	Labiau nesu- tinku, nei sutinku	Nesu- tinku	Nenu- rodė	Iš viso
Visi respon- dentai	proc.	52 %	30 %	9 %	7 %	1 %	0 %	100 %
	N	211	123	38	29	6	0	407
Lytis	Moteris	50 %	32 %	9 %	8 %	1 %	0 %	100 %
	Vyras	67 %	20 %	10 %	2 %	2 %	0 %	100 %
Amžius	18–25	54 %	38 %	0 %	8 %	0 %	0 %	100 %
	26–35	41 %	39 %	7 %	9 %	4 %	0 %	100 %
	36–45	44 %	38 %	11 %	6 %	0 %	0 %	100 %
	46–55	51 %	26 %	12 %	9 %	2 %	0 %	100 %
	56–65	62 %	24 %	9 %	5 %	0 %	0 %	100 %
	Daugiau nei 65	65 %	30 %	5 %	0 %	0 %	0 %	100 %
Specialybė	Psichiatras (-ė)	63 %	29 %	7 %	2 %	0 %	0 %	100 %
	Slaugytojas (-a)	66 %	22 %	8 %	3 %	0 %	0 %	100 %
	Medicinos psichologas (-ė)	10 %	47 %	16 %	24 %	4 %	0 %	100 %
	Socialinis darbuotojas (-a)	44 %	38 %	9 %	4 %	5 %	0 %	100 %
	Slaugytojo (-os) padėjėjas (-a)	74 %	17 %	6 %	2 %	0 %	0 %	100 %

	N = 496	Sutin- ku	Labiau sutin- ku, nei nesu- tinku	Nei sutin- ku, nei nesu- tinku	Labiau nesu- tinku, nei sutinku	Nesu- tinku	Nenu- rodė	Iš viso
Darbo vietovė (pa- grindinės darbovietės)	Didmiestis, kuriame gyvena daugiau nei 200 000 gyventojų	55 %	28 %	10 %	5 %	2 %	0 %	100 %
	Miestas, kuriame gy- vena 30 001–200 000 gyventojų	44 %	38 %	6 %	13 %	0 %	0 %	100 %
	Miestas, kuriame gyvena 3 001–30 000 gyventojų	49 %	33 %	8 %	7 %	2 %	0 %	100 %
	Miestelis arba kaimas, kuriame gyvena iki 3 000 gyventojų	50 %	20 %	10 %	20 %	0 %	0 %	100 %
Profesinio darbo pa- tirtis	Mažiau nei metai	59 %	41 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %
	1–5 metai	40 %	40 %	6 %	11 %	3 %	0 %	100 %
	6–10 metų	49 %	18 %	23 %	9 %	2 %	0 %	100 %
	11–15 metų	47 %	39 %	8 %	3 %	3 %	0 %	100 %
	16–20 metų	57 %	20 %	11 %	11 %	2 %	0 %	100 %
	Daugiau nei 20 metų	55 %	31 %	7 %	6 %	1 %	0 %	100 %
Pagrindinė darbovietė	Psichikos sveikatos centras viešajame sektoriuje	47 %	34 %	6 %	10 %	2 %	0 %	100 %
	Psichikos sveikatos centras privačiame sektoriuje	32 %	43 %	4 %	21 %	0 %	0 %	100 %
	Psichiatrijos arba psichoterapijos dienos stacionaras viešajame sektoriuje	33 %	24 %	38 %	5 %	0 %	0 %	100 %
	Psichiatrijos arba psichoterapijos dienos stacionaras privačiame sekto- riuje	0 %	50 %	50 %	0 %	0 %	0 %	100 %
	Psichiatrijos stacio- narus viešajame sektoriuje	61 %	27 %	9 %	3 %	0 %	0 %	100 %
	Psichiatrijos stacio- narus privačiame sektoriuje	0 %	0 %	33 %	0 %	67 %	0 %	100 %

	N = 496	Sutin- ku	Labiau sutin- ku, nei nesu- tinku	Nei sutin- ku, nei nesu- tinku	Labiau nesu- tinku, nei sutinku	Nesu- tinku	Nenu- rodė	Iš viso
Lovų / vietų skaičius pa- grindinėje darbovietėje (staciona- rai)	Iki 30 lovų / vietų	43 %	30 %	20 %	5 %	2 %	0 %	100 %
	Nuo 31 iki 50 lovų / vietų	59 %	27 %	9 %	0 %	5 %	0 %	100 %
	Nuo 51 iki 100 lovų / vietų	43 %	39 %	9 %	9 %	0 %	0 %	100 %
	Nuo 101 iki 200 lovų / vietų	29 %	57 %	14 %	0 %	0 %	0 %	100 %
	Daugiau negu 200 lovų / vietų	76 %	14 %	7 %	2 %	1 %	0 %	100 %
Pagrindinės darbovietės (psichikos sveikatos centro) ap- tarnaujamų gyventojų skaičius	PSC, turintis iki 10 000 prirašytų gyventojų	47 %	31 %	6 %	13 %	3 %	0 %	100 %
	PSC, turintis nuo 10 000 iki 30 000 prirašytų gyventojų	50 %	31 %	4 %	13 %	1 %	0 %	100 %
	PSC, turintis nuo 30 000 iki 50 000 prirašytų gyventojų	41 %	36 %	5 %	18 %	0 %	0 %	100 %
	PSC, turintis nuo 50 000 iki 80 000 prirašytų gyventojų	33 %	67 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %
	PSC, turintis 80 000 ir daugiau prirašytų gyventojų	47 %	40 %	7 %	7 %	0 %	0 %	100 %
Darbuotojų skaičius jūsų PSC / psichia- trijos arba psichotera- pijos dienos stacionare / psichiatrijos stacionare	Iki 30	45 %	32 %	10 %	12 %	2 %	0 %	100 %
	Nuo 31 iki 50	58 %	35 %	4 %	2 %	2 %	0 %	100 %
	Nuo 51 iki 100	36 %	41 %	14 %	9 %	0 %	0 %	100 %
	Nuo 101 iki 200	35 %	55 %	5 %	5 %	0 %	0 %	100 %
	Daugiau negu 200	72 %	13 %	13 %	2 %	0 %	0 %	100 %
Ar jums teko kada nors pagal savo specia- lybę dirbti užsienyje?	Taip	36 %	55 %	9 %	0 %	0 %	0 %	100 %
	Ne	52 %	30 %	9 %	7 %	2 %	0 %	100 %

K3 Fiziniai (kūno jėga) arba mechaniniai (priemonių, tokių kaip fiksavimo diržai, naudojimas) suvaržymai yra būtinos priemonės, teikiant psichikos sveikatos priežiūros paslaugas:

	N = 496	Sutin- ku	Labiau sutin- ku, nei nesu- tinku	Nei sutin- ku, nei nesu- tinku	Labiau nesu- tinku, nei sutinku	Ne- su- tinku	Nenu- rodė	Iš viso
Visi respon- dentai	proc.	33 %	26 %	17 %	14 %	10 %	0 %	100 %
	N	133	105	70	58	39	0	405
Lytis	Moteris	30 %	25 %	19 %	14 %	11 %	0 %	100 %
	Vyras	49 %	33 %	4 %	12 %	2 %	0 %	100 %
Amžius	18–25	31 %	54 %	0 %	8 %	8 %	0 %	100 %
	26–35	29 %	26 %	21 %	16 %	7 %	0 %	100 %
	36–45	32 %	24 %	19 %	22 %	3 %	0 %	100 %
	46–55	26 %	26 %	20 %	16 %	13 %	0 %	100 %
	56–65	43 %	24 %	13 %	8 %	12 %	0 %	100 %
	Daugiau nei 65	40 %	25 %	15 %	15 %	5 %	0 %	100 %
Specialybė	Psichiatras (-ė)	32 %	36 %	15 %	12 %	4 %	0 %	100 %
	Slaugytojas (-a)	42 %	27 %	20 %	5 %	6 %	0 %	100 %
	Medicinos psicholo- gas (-ė)	2 %	17 %	22 %	38 %	21 %	0 %	100 %
	Socialinis darbuoto- jas (-a)	20 %	30 %	22 %	15 %	13 %	0 %	100 %
	Slaugytojo (-os) padė- jėjas (-a)	77 %	15 %	0 %	2 %	6 %	0 %	100 %
Darbo vietovė (pa- grindinės darbovietės)	Didmiestis, kuriame gyvena daugiau nei 200 000 gyventojų	37 %	28 %	16 %	9 %	9 %	0 %	100 %
	Miestas, kuriame gy- vena 30 001–200 000 gyventojų	20 %	31 %	16 %	25 %	8 %	0 %	100 %
	Miestas, kuriame gyvena 3 001–30 000 gyventojų	30 %	17 %	19 %	23 %	12 %	0 %	100 %
	Miestelis arba kaimas, kuriame gyvena iki 3 000 gyventojų	30 %	20 %	40 %	0 %	10 %	0 %	100 %

	N = 496	Sutin- ku	Labiau sutin- ku, nei nesu- tinku	Nei sutin- ku, nei nesu- tinku	Labiau nesu- tinku, nei sutinku	Ne- su- tinku	Nenu- rodė	Iš viso
Profesinio darbo pa- tirtis	Mažiau nei metai	41 %	47 %	0 %	6 %	6 %	0 %	100 %
	1–5 metai	27 %	30 %	23 %	13 %	8 %	0 %	100 %
	6–10 metų	37 %	19 %	19 %	16 %	9 %	0 %	100 %
	11–15 metų	34 %	24 %	18 %	18 %	5 %	0 %	100 %
	16–20 metų	29 %	30 %	11 %	20 %	11 %	0 %	100 %
	Daugiau nei 20 metų	34 %	24 %	18 %	13 %	11 %	0 %	100 %
Pagrindinė darbovietė	Psichikos sveikatos centras viešajame sek- toriuje	24 %	22 %	19 %	22 %	13 %	0 %	100 %
	Psichikos sveikatos centras privačiame sektoriuje	29 %	21 %	14 %	25 %	11 %	0 %	100 %
	Psichiatrijos arba psi- choterapijos dienos stacionaras viešajame sektoriuje	19 %	24 %	29 %	14 %	14 %	0 %	100 %
	Psichiatrijos arba psi- choterapijos dienos stacionaras privačiame sektoriuje	0 %	0 %	50 %	50 %	0 %	0 %	100 %
	Psichiatrijos stacionaras viešajame sektoriuje	42 %	30 %	16 %	6 %	6 %	0 %	100 %
	Psichiatrijos stacionaras privačiame sektoriuje	0 %	0 %	0 %	67 %	33 %	0 %	100 %
Lovų / vietų skaičius pa- grindinėje darbovietėje (staciona- rai)	Iki 30 lovų / vietų	50 %	15 %	22 %	7 %	7 %	0 %	100 %
	Nuo 31 iki 50 lovų / vietų	32 %	32 %	18 %	0 %	18 %	0 %	100 %
	Nuo 51 iki 100 lovų / vietų	39 %	22 %	13 %	17 %	9 %	0 %	100 %
	Nuo 101 iki 200 lovų / vietų	21 %	36 %	29 %	14 %	0 %	0 %	100 %
	Daugiau negu 200 lovų / vietų	41 %	36 %	12 %	5 %	7 %	0 %	100 %

	N = 496	Sutin- ku	Labiau sutin- ku, nei nesu- tinku	Nei sutin- ku, nei nesu- tinku	Labiau nesu- tinku, nei sutinku	Ne- su- tinku	Nenu- rodė	Iš viso
Pagrindinės darbovietės (psichikos sveikatos centro) ap- tarnaujamų gyventojų skaičius	PSC, turintis iki 10 000 prirašytų gyventojų	26 %	19 %	23 %	19 %	13 %	0 %	100 %
	PSC, turintis nuo 10 000 iki 30 000 prira- šytų gyventojų	25 %	24 %	21 %	13 %	18 %	0 %	100 %
	PSC, turintis nuo 30 000 iki 50 000 prira- šytų gyventojų	18 %	23 %	9 %	45 %	5 %	0 %	100 %
	PSC, turintis nuo 50 000 iki 80 000 prira- šytų gyventojų	0 %	67 %	33 %	0 %	0 %	0 %	100 %
	PSC, turintis 80 000 ir daugiau prirašytų gy- ventojų	7 %	27 %	20 %	33 %	13 %	0 %	100 %
Darbuotojų skaičius jūsų PSC / psichia- trijos arba psichotera- pijos dienos stacionare / psichiatrijos stacionare	Iki 30	29 %	24 %	20 %	14 %	13 %	0 %	100 %
	Nuo 31 iki 50	37 %	23 %	12 %	25 %	4 %	0 %	100 %
	Nuo 51 iki 100	32 %	5 %	27 %	23 %	14 %	0 %	100 %
	Nuo 101 iki 200	20 %	40 %	20 %	20 %	0 %	0 %	100 %
	Daugiau negu 200	32 %	38 %	19 %	6 %	4 %	0 %	100 %
Ar jums teko kada nors pagal savo speci- alybę dirbti užsienyje?	Taip	9 %	27 %	9 %	27 %	27 %	0 %	100 %
	Ne	33 %	26 %	18 %	14 %	9 %	0 %	100 %

K4 Tai, kad Lietuva ratifikavo Jungtinių Tautų asmenų su negalia teisių konvenciją (Neįgalųjų teisių konvenciją), realybėje neturi jokios reikšmės kasdieni praktikai, teikiant psichikos sveikatos priežiūros paslaugas:

	N = 496	Sutinku	Labiau sutinku, nei nesutinku	Nei sutinku, nei nesutinku	Labiau nesutinku, nei sutinku	Nesutinku	Nenurodė	Iš viso
Visi respondentai	proc.	13 %	19 %	37 %	12 %	20 %	1 %	100 %
	N	52	75	146	46	78	2	399
Lytis	Moteris	11 %	20 %	39 %	10 %	19 %	1 %	100 %
	Vyras	26 %	10 %	20 %	20 %	24 %	0 %	100 %
Amžius	18–25	0 %	15 %	62 %	8 %	15 %	0 %	100 %
	26–35	7 %	12 %	49 %	13 %	18 %	0 %	100 %
	36–45	8 %	29 %	26 %	19 %	18 %	0 %	100 %
	46–55	11 %	19 %	35 %	10 %	24 %	1 %	100 %
	56–65	20 %	18 %	35 %	6 %	19 %	1 %	100 %
	Daugiau nei 65	30 %	15 %	25 %	20 %	10 %	0 %	100 %
Specialybė	Psichiatras (-ė)	11 %	15 %	37 %	13 %	24 %	0 %	100 %
	Slaugytojas (-a)	11 %	18 %	47 %	9 %	14 %	2 %	100 %
	Medicinos psichologas (-ė)	5 %	21 %	31 %	16 %	26 %	0 %	100 %
	Socialinis darbuotojas (-a)	12 %	17 %	37 %	6 %	29 %	0 %	100 %
	Slaugytojo(-os) padėjėjas (-a)	36 %	28 %	17 %	13 %	6 %	0 %	100 %
Darbo vietovė (pagrindinės darbovietės)	Didmiestis, kuriame gyvena daugiau nei 200 000 gyventojų	13 %	19 %	37 %	13 %	17 %	1 %	100 %
	Miestas, kuriame gyvena 30 001–200 000 gyventojų	11 %	21 %	38 %	13 %	17 %	0 %	100 %
	Miestas, kuriame gyvena 3 001–30 000 gyventojų	14 %	18 %	35 %	7 %	26 %	0 %	100 %
	Miestelis arba kaimas, kuriame gyvena iki 3 000 gyventojų	10 %	20 %	40 %	0 %	30 %	0 %	100 %

	N = 496	Sutinku	Labiau sutinku, nei nesutinku	Nei sutinku, nei nesutinku	Labiau nesutinku, nei sutinku	Nesutinku	Nenurodė	Iš viso
Profesinio darbo patirtis	Mažiau nei metai	24 %	12 %	53 %	6 %	6 %	0 %	100 %
	1–5 metai	11 %	18 %	35 %	13 %	23 %	0 %	100 %
	6–10 metų	13 %	21 %	36 %	20 %	11 %	0 %	100 %
	11–15 metų	18 %	21 %	29 %	11 %	21 %	0 %	100 %
	16–20 metų	9 %	33 %	26 %	13 %	19 %	0 %	100 %
	Daugiau nei 20 metų	13 %	14 %	41 %	9 %	22 %	1 %	100 %
Pagrindinė darbovietė	Psichikos sveikatos centras viešajame sektoriuje	11 %	19 %	36 %	11 %	23 %	0 %	100 %
	Psichikos sveikatos centras privačiame sektoriuje	11 %	26 %	33 %	11 %	19 %	0 %	100 %
	Psichiatrijos arba psichoterapijos dienos stacionaras viešajame sektoriuje	25 %	25 %	20 %	5 %	25 %	0 %	100 %
	Psichiatrijos arba psichoterapijos dienos stacionaras privačiame sektoriuje	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %	100 %
	Psichiatrijos stacionaras viešajame sektoriuje	14 %	17 %	40 %	12 %	17 %	1 %	100 %
	Psichiatrijos stacionaras privačiame sektoriuje	0 %	33 %	0 %	33 %	33 %	0 %	100 %
Lovų / vietų skaičius pagrindinėje darbovietėje (stacionarai)	Iki 30 lovų / vietų	17 %	17 %	42 %	7 %	17 %	2 %	100 %
	Nuo 31 iki 50 lovų / vietų	18 %	0 %	32 %	27 %	23 %	0 %	100 %
	Nuo 51 iki 100 lovų / vietų	5 %	27 %	36 %	14 %	18 %	0 %	100 %
	Nuo 101 iki 200 lovų / vietų	0 %	7 %	50 %	14 %	29 %	0 %	100 %
	Daugiau negu 200 lovų / vietų	17 %	22 %	32 %	13 %	16 %	1 %	100 %
Pagrindinės darbovietės (psichikos sveikatos centro) aptarnaujamų gyventojų skaičius	PSC, turintis iki 10 000 prirašytų gyventojų	13 %	27 %	33 %	3 %	23 %	0 %	100 %
	PSC, turintis nuo 10 000 iki 30 000 prirašytų gyventojų	15 %	18 %	38 %	9 %	20 %	0 %	100 %
	PSC, turintis nuo 30 000 iki 50 000 prirašytų gyventojų	5 %	19 %	38 %	19 %	19 %	0 %	100 %

	N = 496	Sutinku	Labiau sutin- ku, nei nesu- tinku	Nei sutin- ku, nei nesu- tinku	Labiau nesu- tinku, nei sutinku	Nesu- tinku	Nenu- rodė	Iš viso
	PSC, turintis nuo 50 000 iki 80 000 prirašytų gyventojų	0 %	33 %	0 %	33 %	33 %	0 %	100 %
	PSC, turintis 80 000 ir daugiau prirašytų gyventojų	7 %	20 %	27 %	27 %	20 %	0 %	100 %
Darbuotojų skaičius jūsų PSC / psichiatrijos arba psichoterapijos dienos stacionare / psichiatrijos stacionare	Iki 30	15 %	20 %	32 %	11 %	22 %	1 %	100 %
	Nuo 31 iki 50	13 %	25 %	35 %	9 %	18 %	0 %	100 %
	Nuo 51 iki 100	0 %	32 %	41 %	14 %	14 %	0 %	100 %
	Nuo 101 iki 200	10 %	10 %	35 %	30 %	15 %	0 %	100 %
	Daugiau negu 200	13 %	21 %	34 %	11 %	21 %	0 %	100 %
Ar jums teko kada nors pagal savo specialybę dirbti užsienyje?	Taip	0 %	18 %	27 %	18 %	27 %	9 %	100 %
	Ne	13 %	19 %	37 %	11 %	19 %	0 %	100 %

K5 Lietuvos teisinėje bazėje apibrėžtas neveiksnumo ar riboto veiksnumo tam tikroje srityje institutas padeda apginti ir įgyvendinti žmonių teises psichikos sveikatos sistemoje:

	N = 496	Sutin- ku	Labiau sutin- ku, nei nesu- tinku	Nei sutin- ku, nei nesu- tinku	Labiau nesutin- ku, nei sutinku	Nesu- tinku	Nenu- rodė	Iš viso
Visi respon- dentai	proc.	37 %	25 %	26 %	10 %	2 %	1 %	100 %
	N	147	98	102	38	7	2	394

	N = 496	Sutin- ku	Labiau sutin- ku, nei nesu- tinku	Nei sutin- ku, nei nesu- tinku	Labiau nesutin- ku, nei sutinku	Nesu- tinku	Nenu- rodė	Iš viso
Lytis	Moteris	35 %	26 %	28 %	10 %	2 %	1 %	100 %
	Vyras	54 %	20 %	16 %	8 %	2 %	0 %	100 %
Amžius	18–25	42 %	33 %	17 %	8 %	0 %	0 %	100 %
	26–35	18 %	34 %	34 %	14 %	0 %	0 %	100 %
	36–45	38 %	31 %	21 %	7 %	3 %	0 %	100 %
	46–55	37 %	19 %	31 %	9 %	3 %	0 %	100 %
	56–65	46 %	23 %	19 %	10 %	1 %	1 %	100 %
	Daugiau nei 65	50 %	20 %	20 %	5 %	0 %	5 %	100 %
Specialybė	Psichiatras (-ė)	42 %	28 %	18 %	12 %	0 %	0 %	100 %
	Slaugytojas (-a)	41 %	24 %	25 %	9 %	0 %	1 %	100 %
	Medicinos psicholo- gas (-ė)	14 %	28 %	38 %	14 %	5 %	0 %	100 %
	Socialinis darbuoto- jas (-a)	36 %	24 %	32 %	4 %	4 %	0 %	100 %
	Slaugytojo (-os) padėję- jas (-a)	59 %	17 %	15 %	4 %	2 %	2 %	100 %
Darbo vietovė (pa- grindinės darbovietės)	Didmiestis, kuriame gy- vena daugiau nei 200 000 gyventojų	37 %	22 %	27 %	11 %	2 %	1 %	100 %
	Miestas, kuriame gyvena 30 001–200 000 gyven- tojų	30 %	37 %	22 %	10 %	2 %	0 %	100 %
	Miestas, kuriame gyvena 3 001–30 000 gyventojų	42 %	27 %	24 %	6 %	1 %	0 %	100 %
	Miestelis arba kaimas, kuriame gyvena iki 3 000 gyventojų	50 %	10 %	30 %	10 %	0 %	0 %	100 %
Profesinio darbo pa- tirtis	Mažiau nei metai	41 %	24 %	24 %	12 %	0 %	0 %	100 %
	1–5 metai	33 %	23 %	30 %	8 %	5 %	0 %	100 %
	6–10 metų	25 %	33 %	24 %	15 %	2 %	2 %	100 %
	11–15 metų	49 %	24 %	22 %	5 %	0 %	0 %	100 %
	16–20 metų	35 %	20 %	30 %	13 %	2 %	0 %	100 %
	Daugiau nei 20 metų	41 %	25 %	25 %	8 %	1 %	1 %	100 %

	N = 496	Sutin- ku	Labiau sutin- ku, nei nesu- tinku	Nei sutin- ku, nei nesu- tinku	Labiau nesutin- ku, nei sutinku	Nesu- tinku	Nenu- rodė	Iš viso
Pagrindinė darbovietė	Psichikos sveikatos cen- tras viešajame sektoriuje	39 %	28 %	25 %	7 %	1 %	0 %	100 %
	Psichikos sveikatos cen- tras privačiame sektoriuje	23 %	27 %	38 %	8 %	4 %	0 %	100 %
	Psichiatrijos arba psicho- terapijos dienos staciona- ras viešajame sektoriuje	30 %	20 %	30 %	20 %	0 %	0 %	100 %
	Psichiatrijos arba psicho- terapijos dienos staciona- ras privačiame sektoriuje	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %	100 %
	Psichiatrijos stacionaras viešajame sektoriuje	39 %	23 %	25 %	10 %	2 %	1 %	100 %
	Psichiatrijos stacionaras privačiame sektoriuje	50 %	50 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %
Lovų / vietų skaičius pa- grindinėje darbovietėje (staciona- rai)	Iki 30 lovų / vietų	38 %	19 %	26 %	12 %	3 %	2 %	100 %
	Nuo 31 iki 50 lovų / vietų	48 %	24 %	24 %	5 %	0 %	0 %	100 %
	Nuo 51 iki 100 lovų / vietų	9 %	32 %	41 %	18 %	0 %	0 %	100 %
	Nuo 101 iki 200 lovų / vietų	38 %	15 %	23 %	15 %	8 %	0 %	100 %
	Daugiau negu 200 lovų / vietų	47 %	24 %	20 %	8 %	1 %	1 %	100 %
Pagrindinės darbovietės (psichikos sveikatos centro) ap- tarnaujamų gyventojų skaičius	PSC, turintis iki 10 000 prirašytų gyventojų	43 %	30 %	17 %	7 %	3 %	0 %	100 %
	PSC, turintis nuo 10 000 iki 30 000 prirašytų gy- ventojų	37 %	23 %	34 %	6 %	0 %	0 %	100 %
	PSC, turintis nuo 30 000 iki 50 000 prirašytų gy- ventojų	33 %	43 %	14 %	10 %	0 %	0 %	100 %
	PSC, turintis nuo 50 000 iki 80 000 prirašytų gy- ventojų	67 %	33 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %
	PSC, turintis 80 000 ir daugiau prirašytų gy- ventojų	40 %	40 %	20 %	0 %	0 %	0 %	100 %

	N = 496	Sutin- ku	Labiau sutin- ku, nei nesu- tinku	Nei sutin- ku, nei nesu- tinku	Labiau nesutin- ku, nei sutinku	Nesu- tinku	Nenu- rodė	Iš viso
Darbuotojų skaičius jūsų PSC / psichia- trijos arba psichotera- pijos dienos stacionare / psichiatrijos stacionare	Iki 30	40 %	25 %	25 %	8 %	2 %	0 %	100 %
	Nuo 31 iki 50	49 %	28 %	19 %	4 %	0 %	0 %	100 %
	Nuo 51 iki 100	14 %	27 %	32 %	27 %	0 %	0 %	100 %
	Nuo 101 iki 200	21 %	37 %	21 %	21 %	0 %	0 %	100 %
	Daugiau negu 200	32 %	19 %	28 %	15 %	6 %	0 %	100 %
Ar jums teko kada nors pagal savo specia- lybę dirbti užsienyje?	Taip	9 %	36 %	27 %	27 %	0 %	0 %	100 %
	Ne	38 %	25 %	26 %	9 %	2 %	1 %	100 %

K6 Norint suteikti kokybiškas psichikos sveikatos priežiūros paslaugas, nėra būtina atsižvelgti į kiekvieno paciento norus ir pasirinkimus:

	N = 496	Sutin- ku	Labiau sutin- ku, nei nesu- tinku	Nei sutin- ku, nei nesu- tinku	Labiau nesutin- ku, nei sutinku	Nesu- tinku	Nenu- rodė	Iš viso
Visi respon- dentai	proc.	10 %	9 %	11 %	18 %	52 %	0 %	100 %
	N	39	34	45	70	205	0	393
Lytis	Moteris	9 %	9 %	12 %	19 %	51 %	0 %	100 %
	Vyras	20 %	4 %	6 %	12 %	58 %	0 %	100 %
Amžius	18–25	0 %	8 %	25 %	42 %	25 %	0 %	100 %
	26–35	9 %	8 %	8 %	22 %	54 %	0 %	100 %
	36–45	7 %	10 %	0 %	16 %	67 %	0 %	100 %
	46–55	8 %	9 %	16 %	13 %	54 %	0 %	100 %
	56–65	13 %	9 %	14 %	18 %	46 %	0 %	100 %
	Daugiau nei 65	25 %	5 %	10 %	25 %	35 %	0 %	100 %

	N = 496	Sutin- ku	Labiau sutin- ku, nei nesu- tinku	Nei sutin- ku, nei nesu- tinku	Labiau nesutin- ku, nei sutinku	Nesu- tinku	Nenu- rodė	Iš viso
Specialybė	Psichiatras (-ė)	3 %	7 %	7 %	22 %	61 %	0 %	100 %
	Slaugytojas (-a)	11 %	11 %	17 %	19 %	42 %	0 %	100 %
	Medicinos psicholo- gas (-ė)	1 %	4 %	6 %	19 %	69 %	0 %	100 %
	Socialinis darbuotojas (-a)	10 %	2 %	10 %	14 %	64 %	0 %	100 %
	Slaugytojo (-os) padėję- jas (-a)	35 %	22 %	15 %	7 %	22 %	0 %	100 %
Darbo vietovė (pa- grindinės darbovietės)	Didmiestis, kuriame gy- vena daugiau nei 200 000 gyventojų	10 %	9 %	13 %	16 %	52 %	0 %	100 %
	Miestas, kuriame gyvena 30 001–200 000 gyven- tojų	11 %	6 %	13 %	22 %	48 %	0 %	100 %
	Miestas, kuriame gyvena 3 001–30 000 gyventojų	7 %	10 %	6 %	20 %	57 %	0 %	100 %
	Miestelis arba kaimas, kuriame gyvena iki 3 000 gyventojų	20 %	0 %	20 %	10 %	50 %	0 %	100 %
Profesinio darbo pa- tirtis	Mažiau nei metai	18 %	18 %	12 %	35 %	18 %	0 %	100 %
	1–5 metai	8 %	13 %	10 %	17 %	52 %	0 %	100 %
	6–10 metų	22 %	13 %	4 %	16 %	45 %	0 %	100 %
	11–15 metų	8 %	3 %	11 %	16 %	62 %	0 %	100 %
	16–20 metų	7 %	6 %	9 %	13 %	65 %	0 %	100 %
	Daugiau nei 20 metų	7 %	7 %	15 %	19 %	51 %	0 %	100 %
Pagrindinė darbovietė	Psichikos sveikatos cen- tras viešajame sektoriuje	6 %	9 %	9 %	21 %	55 %	0 %	100 %
	Psichikos sveikatos centras privačiame sek- toriuje	12 %	0 %	15 %	19 %	54 %	0 %	100 %
	Psichiatrijos arba psicho- terapijos dienos staciona- ras viešajame sektoriuje	15 %	0 %	10 %	20 %	55 %	0 %	100 %
	Psichiatrijos arba psicho- terapijos dienos staciona- ras privačiame sektoriuje	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	100 %

	N = 496	Sutin- ku	Labiau sutin- ku, nei nesu- tinku	Nei sutin- ku, nei nesu- tinku	Labiau nesutin- ku, nei sutinku	Nesu- tinku	Nenu- rodė	Iš viso
	Psichiatrijos stacionaras viešajame sektoriuje	12 %	11 %	13 %	15 %	49 %	0 %	100 %
	Psichiatrijos stacionaras privačiame sektoriuje	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	100 %
Lovų / vietų skaičius pa- grindinėje darbovietėje (staciona- rai)	Iki 30 lovų / vietų	14 %	7 %	17 %	19 %	43 %	0 %	100 %
	Nuo 31 iki 50 lovų / vietų	5 %	0 %	5 %	10 %	81 %	0 %	100 %
	Nuo 51 iki 100 lovų / vietų	5 %	23 %	5 %	18 %	50 %	0 %	100 %
	Nuo 101 iki 200 lovų / vietų	0 %	0 %	15 %	23 %	62 %	0 %	100 %
	Daugiau negu 200 lovų / vietų	16 %	13 %	13 %	12 %	47 %	0 %	100 %
Pagrindinės darbovietės (psichikos sveikatos centro) ap- tarnaujamų gyventojų skaičius	PSC, turintis iki 10 000 prirašytų gyventojų	3 %	3 %	20 %	13 %	60 %	0 %	100 %
	PSC, turintis nuo 10 000 iki 30 000 prirašytų gyventojų	8 %	9 %	11 %	22 %	50 %	0 %	100 %
	PSC, turintis nuo 30 000 iki 50 000 prirašytų gyventojų	0 %	10 %	5 %	10 %	76 %	0 %	100 %
	PSC, turintis nuo 50 000 iki 80 000 prirašytų gyventojų	0 %	0 %	0 %	33 %	67 %	0 %	100 %
	PSC, turintis 80 000 ir daugiau prirašytų gy- ventojų	7 %	7 %	7 %	33 %	47 %	0 %	100 %
Darbuotojų skaičius jūsų PSC / psichia- trijos arba psichotera- pijos dienos stacionare / psichiatrijos stacionare	Iki 30	9 %	7 %	10 %	18 %	55 %	0 %	100 %
	Nuo 31 iki 50	9 %	13 %	15 %	13 %	49 %	0 %	100 %
	Nuo 51 iki 100	5 %	9 %	9 %	18 %	59 %	0 %	100 %
	Nuo 101 iki 200	11 %	5 %	5 %	26 %	53 %	0 %	100 %
	Daugiau negu 200	9 %	11 %	13 %	13 %	55 %	0 %	100 %

	N = 496	Sutin- ku	Labiau sutin- ku, nei nesu- tinku	Nei sutin- ku, nei nesu- tinku	Labiau nesutin- ku, nei sutinku	Nesu- tinku	Nenu- rodė	Iš viso
Ar jums teko kada nors pagal savo specialybę dirbti užsienyje?	Taip	0 %	0 %	18 %	36 %	45 %	0 %	100 %
	Ne	10 %	9 %	11 %	17 %	53 %	0 %	100 %

K7 Lietuvoje teikiamos psichikos sveikatos priežiūros paslaugos užtikrina pagarbą pacientų žmogaus teisėms:

	N = 496	Sutin- ku	Labiau sutin- ku, nei nesu- tinku	Nei sutin- ku, nei nesu- tinku	Labiau nesu- tinku, nei sutinku	Nesu- tin- ku	Ne- nuro- dė	Iš viso
Visi res- pondentai	proc.	43 %	31 %	13 %	9 %	4 %	0 %	100 %
	N	170	121	51	35	15	0	392
Lytis	Moteris	43 %	30 %	15 %	9 %	4 %	0 %	100 %
	Vyras	48 %	34 %	2 %	10 %	6 %	0 %	100 %
Amžius	18–25	50 %	17 %	17 %	17 %	0 %	0 %	100 %
	26–35	27 %	42 %	13 %	13 %	6 %	0 %	100 %
	36–45	39 %	30 %	15 %	10 %	7 %	0 %	100 %
	46–55	39 %	32 %	16 %	9 %	4 %	0 %	100 %
	56–65	56 %	27 %	8 %	6 %	2 %	0 %	100 %
	Daugiau nei 65	60 %	20 %	15 %	5 %	0 %	0 %	100 %
Specialybė	Psichiatras (-ė)	28 %	43 %	13 %	11 %	4 %	0 %	100 %
	Slaugytojas (-a)	57 %	22 %	16 %	3 %	2 %	0 %	100 %
	Medicinos psicholo- gas (-ė)	17 %	46 %	12 %	18 %	8 %	0 %	100 %
	Socialinis darbuoto- jas (-a)	46 %	24 %	18 %	12 %	0 %	0 %	100 %
	Slaugytojo (-os) padėję- jas (-a)	76 %	13 %	2 %	2 %	7 %	0 %	100 %

	N = 496	Sutin- ku	Labiau sutin- ku, nei nesu- tinku	Nei sutin- ku, nei nesu- tinku	Labiau nesu- tinku, nei sutinku	Ne- su- tin- ku	Ne- nu- ro- dė	Iš viso
Darbo vietovė (pagrindi- nės darbo- vietės)	Didmiestis, kuriame gy- vena daugiau nei 200 000 gyventojų	42 %	30 %	13 %	10 %	5 %	0 %	100 %
	Miestas, kuriame gyvena 30 001–200 000 gyven- tojų	37 %	38 %	19 %	3 %	3 %	0 %	100 %
	Miestas, kuriame gyvena 3 001–30 000 gyventojų	49 %	30 %	10 %	11 %	0 %	0 %	100 %
	Miestelis arba kaimas, kuriame gyvena iki 3 000 gyventojų	80 %	20 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %
Profesinio darbo patirtis	Mažiau nei metai	47 %	24 %	6 %	12 %	12 %	0 %	100 %
	1–5 metai	32 %	40 %	10 %	12 %	7 %	0 %	100 %
	6–10 metų	43 %	31 %	13 %	4 %	9 %	0 %	100 %
	11–15 metų	46 %	24 %	11 %	14 %	5 %	0 %	100 %
	16–20 metų	44 %	26 %	13 %	15 %	2 %	0 %	100 %
	Daugiau nei 20 metų	46 %	31 %	15 %	7 %	1 %	0 %	100 %
Pagrindinė darbovietė	Psichikos sveikatos cen- tras viešajame sektoriuje	48 %	31 %	13 %	9 %	0 %	0 %	100 %
	Psichikos sveikatos centras privačiame sek- toriuje	23 %	50 %	15 %	12 %	0 %	0 %	100 %
	Psichiatrijos arba psi- choterapijos dienos stacionaras viešajame sektoriuje	45 %	35 %	5 %	5 %	10 %	0 %	100 %
	Psichiatrijos arba psi- choterapijos dienos stacionaras privačiame sektoriuje	0 %	50 %	0 %	50 %	0 %	0 %	100 %
	Psichiatrijos stacionaras viešajame sektoriuje	43 %	28 %	14 %	9 %	6 %	0 %	100 %
	Psichiatrijos stacionaras privačiame sektoriuje	50 %	0 %	0 %	0 %	50 %	0 %	100 %
Lovų / vietų skaičius pa- grindinėje darbovietė- je (stacio- narai)	Iki 30 lovų / vietų	49 %	19 %	14 %	7 %	11 %	0 %	100 %
	Nuo 31 iki 50 lovų / vietų	43 %	38 %	10 %	5 %	5 %	0 %	100 %

	N = 496	Sutin- ku	Labiau sutin- ku, nei nesu- tinku	Nei sutin- ku, nei nesu- tinku	Labiau nesu- tinku, nei sutinku	Ne- su- tin- ku	Ne- nuro- dė	Iš viso
Lovų / vietų skaičius pa- grindinėje darbovietė- je (stacio- narai)	Nuo 51 iki 100 lovų / vietų	23 %	55 %	14 %	0 %	9 %	0 %	100 %
	Nuo 101 iki 200 lovų / vietų	31 %	38 %	8 %	23 %	0 %	0 %	100 %
	Daugiau negu 200 lovų / vietų	48 %	26 %	14 %	9 %	4 %	0 %	100 %
Pagrindi- nės dar- bovietės (psichikos sveikatos centro) aptar- naujamų gyventojų skaičius	PSC, turintis iki 10 000 prirašytų gyventojų	43 %	33 %	13 %	10 %	0 %	0 %	100 %
	PSC, turintis nuo 10 000 iki 30 000 prirašytų gyventojų	50 %	27 %	17 %	6 %	0 %	0 %	100 %
	PSC, turintis nuo 30 000 iki 50 000 prirašytų gyventojų	43 %	43 %	14 %	0 %	0 %	0 %	100 %
	PSC, turintis nuo 50 000 iki 80 000 prirašytų gyventojų	67 %	0 %	33 %	0 %	0 %	0 %	100 %
	PSC, turintis 80 000 ir daugiau prirašytų gy- ventojų	27 %	47 %	7 %	20 %	0 %	0 %	100 %
Darbuoto- jų skaičius jūsų PSC / psichia- trijos arba psicho- terapijos dienos staciona- re / psi- chiatrijos stacionare	Iki 30	47 %	31 %	12 %	7 %	3 %	0 %	100 %
	Nuo 31 iki 50	55 %	21 %	15 %	8 %	2 %	0 %	100 %
	Nuo 51 iki 100	18 %	50 %	23 %	5 %	5 %	0 %	100 %
	Nuo 101 iki 200	32 %	42 %	11 %	11 %	5 %	0 %	100 %
	Daugiau negu 200	30 %	28 %	17 %	19 %	6 %	0 %	100 %
Ar jums teko kada nors pagal savo speci- alybę dirbti užsienyje?	Taip	36 %	36 %	18 %	9 %	0 %	0 %	100 %
	Ne	43 %	31 %	13 %	9 %	4 %	0 %	100 %

K8 Neįmanoma visapusiškai užtikrinti visų paciento teisių apsaugos teikiant psichikos sveikatos priežiūros paslaugas:

	N = 496	Sutinku	Labiau sutinku, nei nesutinku	Nei sutinku, nei nesutinku	Labiau nesutinku, nei sutinku	Nesutinku	Nenurodė	Iš viso
Visi respondentai	proc.	20 %	25 %	20 %	21 %	14 %	0 %	100 %
	N	78	97	78	84	53	1	391
Lytis	Moteris	20 %	25 %	20 %	22 %	13 %	0 %	100 %
	Vyras	22 %	22 %	16 %	20 %	18 %	0 %	100 %
Amžius	18–25	8 %	42 %	33 %	17 %	0 %	0 %	100 %
	26–35	16 %	23 %	19 %	28 %	14 %	0 %	100 %
	36–45	15 %	25 %	16 %	25 %	20 %	0 %	100 %
	46–55	22 %	27 %	20 %	21 %	10 %	0 %	100 %
	56–65	23 %	21 %	19 %	19 %	17 %	1 %	100 %
	Daugiau nei 65	25 %	25 %	30 %	10 %	10 %	0 %	100 %
Specialybė	Psichiatras (-ė)	16 %	28 %	17 %	23 %	16 %	0 %	100 %
	Slaugytojas (-a)	27 %	20 %	25 %	16 %	12 %	0 %	100 %
	Medicinos psichologas (-ė)	4 %	24 %	12 %	44 %	17 %	0 %	100 %
	Socialinis darbuotojas (-a)	8 %	30 %	30 %	18 %	14 %	0 %	100 %
	Slaugytojo (-os) padėjėjas (-a)	48 %	26 %	15 %	2 %	7 %	2 %	100 %
Darbo vietovė (pagrindinės darbovietės)	Didmiestis, kuriame gyvena daugiau nei 200 000 gyventojų	19 %	25 %	22 %	22 %	12 %	0 %	100 %
	Miestas, kuriame gyvena 30 001–200 000 gyventojų	21 %	30 %	24 %	21 %	5 %	0 %	100 %
	Miestas, kuriame gyvena 3 001–30 000 gyventojų	23 %	21 %	13 %	20 %	23 %	0 %	100 %
	Miestelis arba kaimas, kuriame gyvena iki 3 000 gyventojų	20 %	30 %	0 %	20 %	30 %	0 %	100 %
Profesinio darbo patirtis	Mažiau nei metai	24 %	41 %	12 %	18 %	6 %	0 %	100 %
	1–5 metai	23 %	18 %	15 %	28 %	15 %	0 %	100 %
	6–10 metų	22 %	22 %	20 %	22 %	13 %	0 %	100 %
	11–15 metų	16 %	30 %	19 %	19 %	16 %	0 %	100 %
	16–20 metų	15 %	30 %	17 %	21 %	17 %	0 %	100 %
	Daugiau nei 20 metų	20 %	24 %	23 %	20 %	12 %	1 %	100 %

	N = 496	Sutinku	Labiau sutinku, nei nesutinku	Nei sutinku, nei nesutinku	Labiau nesutinku, nei sutinku	Nesutinku	Nenurodė	Iš viso
Pagrindinė darbovietė	Psichikos sveikatos centras viešajame sektoriuje	19 %	25 %	19 %	22 %	15 %	0 %	100 %
	Psichikos sveikatos centras privačiame sektoriuje	19 %	23 %	19 %	31 %	8 %	0 %	100 %
	Psichiatrijos arba psichoterapijos dienos stacionaras viešajame sektoriuje	15 %	20 %	20 %	25 %	20 %	0 %	100 %
	Psichiatrijos arba psichoterapijos dienos stacionaras privačiame sektoriuje	0 %	0 %	0 %	50 %	50 %	0 %	100 %
	Psichiatrijos stacionaras viešajame sektoriuje	21 %	25 %	21 %	19 %	12 %	0 %	100 %
	Psichiatrijos stacionaras privačiame sektoriuje	0 %	50 %	50 %	0 %	0 %	0 %	100 %
Lovų / vietų skaičius pagrindinėje darbovietėje (stacionarai)	Iki 30 lovų / vietų	16 %	18 %	30 %	16 %	20 %	0 %	100 %
	Nuo 31 iki 50 lovų / vietų	29 %	14 %	10 %	29 %	19 %	0 %	100 %
	Nuo 51 iki 100 lovų / vietų	14 %	27 %	9 %	45 %	5 %	0 %	100 %
	Nuo 101 iki 200 lovų / vietų	0 %	31 %	31 %	15 %	23 %	0 %	100 %
	Daugiau negu 200 lovų / vietų	27 %	27 %	22 %	13 %	11 %	1 %	100 %
Pagrindinės darbovietės (psichikos sveikatos centro) aptarnaujamų gyventojų skaičius	PSC, turintis iki 10 000 prirašytų gyventojų	27 %	20 %	10 %	20 %	23 %	0 %	100 %
	PSC, turintis nuo 10 000 iki 30 000 prirašytų gyventojų	16 %	25 %	23 %	20 %	16 %	0 %	100 %
	PSC, turintis nuo 30 000 iki 50 000 prirašytų gyventojų	24 %	29 %	10 %	24 %	14 %	0 %	100 %
	PSC, turintis nuo 50 000 iki 80 000 prirašytų gyventojų	0 %	33 %	0 %	67 %	0 %	0 %	100 %
	PSC, turintis 80 000 ir daugiau prirašytų gyventojų	7 %	33 %	33 %	27 %	0 %	0 %	100 %

	N = 496	Sutinku	Labiau sutinku, nei nesutinku	Nei sutinku, nei nesutinku	Labiau nesutinku, nei sutinku	Nesutinku	Nenurodė	Iš viso
Darbuotojų skaičius PSC / psichiatrijos arba psichoterapijos dienos stacionare / psichiatrijos stacionare	Iki 30	20 %	24 %	18 %	21 %	16 %	1 %	100 %
	Nuo 31 iki 50	28 %	25 %	21 %	13 %	13 %	0 %	100 %
	Nuo 51 iki 100	9 %	27 %	23 %	32 %	9 %	0 %	100 %
	Nuo 101 iki 200	11 %	21 %	11 %	42 %	16 %	0 %	100 %
	Daugiau negu 200	15 %	28 %	21 %	23 %	13 %	0 %	100 %
Ar jums teko kada nors pagal savo specialybę dirbti užsienyje?	Taip	36 %	18 %	18 %	18 %	9 %	0 %	100 %
	Ne	19 %	25 %	20 %	22 %	14 %	0 %	100 %

K9 Būtina skubiai keisti psichikos sveikatos priežiūros paslaugų organizavimą ir teikimą Lietuvoje siekiant geriau užtikrinti pacientų žmogaus teisių apsaugą ir įgyvendinimą:

	N = 496	Sutinku	Labiau sutinku, nei nesutinku	Nei sutinku, nei nesutinku	Labiau nesutinku, nei sutinku	Nesutinku	Nenurodė	Iš viso
Visi respondentai	proc.	18 %	26 %	30 %	17 %	9 %	0 %	100 %
	N	71	100	117	65	36	1	390
Lytis	Moteris	20 %	26 %	31 %	16 %	6 %	0 %	100 %
	Vyras	6 %	22 %	20 %	20 %	31 %	0 %	100 %

	N = 496	Sutin- ku	Labiau sutin- ku, nei nesu- tinku	Nei sutin- ku, nei nesu- tinku	Labiau nesutin- ku, nei sutinku	Nesu- tinku	Nenu- rodė	Iš viso
Amžius	18–25	0 %	42 %	25 %	17 %	17 %	0 %	100 %
	26–35	8 %	32 %	37 %	19 %	5 %	0 %	100 %
	36–45	15 %	34 %	25 %	13 %	13 %	0 %	100 %
	46–55	19 %	22 %	35 %	14 %	10 %	0 %	100 %
	56–65	28 %	20 %	27 %	15 %	9 %	1 %	100 %
	Daugiau nei 65	15 %	20 %	15 %	45 %	5 %	0 %	100 %
Specialybė	Psichiatras (-ė)	9 %	21 %	24 %	30 %	16 %	0 %	100 %
	Slaugytojas (-a)	21 %	22 %	41 %	12 %	4 %	1 %	100 %
	Medicinos psichologas (-ė)	14 %	36 %	19 %	23 %	8 %	0 %	100 %
	Socialinis darbuotojas (-a)	20 %	30 %	30 %	10 %	10 %	0 %	100 %
	Slaugytojo (-os) padėjė- jas (-a)	33 %	24 %	28 %	2 %	13 %	0 %	100 %
Darbo vietovė (pagrindi- nės darbo- vietės)	Didmiestis, kuriame gy- vena daugiau nei 200 000 gyventojų	16 %	27 %	34 %	14 %	8 %	0 %	100 %
	Miestas, kuriame gyvena 30 001–200 000 gyventojų	24 %	25 %	21 %	21 %	10 %	0 %	100 %
	Miestas, kuriame gyvena 3 001–30 000 gyventojų	18 %	23 %	23 %	22 %	13 %	0 %	100 %
	Miestelis arba kaimas, kuriame gyvena iki 3 000 gyventojų	30 %	10 %	50 %	0 %	10 %	0 %	100 %
Profesinio darbo patirtis	Mažiau nei metai	19 %	38 %	13 %	19 %	13 %	0 %	100 %
	1–5 metai	10 %	37 %	28 %	17 %	8 %	0 %	100 %
	6–10 metų	15 %	33 %	31 %	13 %	7 %	0 %	100 %
	11–15 metų	32 %	27 %	14 %	14 %	14 %	0 %	100 %
	16–20 metų	17 %	21 %	38 %	15 %	9 %	0 %	100 %
	Daugiau nei 20 metų	20 %	20 %	33 %	19 %	9 %	1 %	100 %
Pagrindi- nė darbo- vietė	Psichikos sveikatos centras viešajame sektoriuje	19 %	26 %	20 %	21 %	14 %	0 %	100 %
	Psichikos sveikatos centras privačiame sektoriuje	12 %	38 %	19 %	23 %	8 %	0 %	100 %
	Psichiatrijos arba psichote- rapijos dienos stacionaras viešajame sektoriuje	16 %	16 %	42 %	16 %	11 %	0 %	100 %

	N = 496	Sutin- ku	Labiau sutin- ku, nei nesu- tinku	Nei sutin- ku, nei nesu- tinku	Labiau nesutin- ku, nei sutinku	Nesu- tinku	Nenu- rodė	Iš viso
	Psichiatrijos arba psichote- rapijos dienos stacionaras privačiame sektoriuje	0 %	100 %	0 %	0 %	0 %	0 %	100 %
	Psichiatrijos stacionaras viešajame sektoriuje	19 %	24 %	38 %	12 %	6 %	0 %	100 %
	Psichiatrijos stacionaras privačiame sektoriuje	50 %	0 %	0 %	50 %	0 %	0 %	100 %
Lovų / vie- tų skaičius pagrindi- nėje dar- bovietėje (staciona- rai)	Iki 30 lovų / vietų	21 %	20 %	41 %	13 %	5 %	0 %	100 %
	Nuo 31 iki 50 lovų / vietų	20 %	20 %	30 %	20 %	10 %	0 %	100 %
	Nuo 51 iki 100 lovų / vietų	14 %	23 %	32 %	27 %	5 %	0 %	100 %
	Nuo 10 iki 200 lovų / vietų	8 %	15 %	46 %	0 %	31 %	0 %	100 %
	Daugiau negu 200 lovų / vietų	20 %	26 %	37 %	12 %	5 %	1 %	100 %
Pagrindi- nės dar- bovietės (psichikos sveikatos centro) aptar- naujamų gyventojų skaičius	PSC, turintis iki 10 000 prirašytų gyventojų	23 %	23 %	20 %	23 %	10 %	0 %	100 %
	PSC, turintis nuo 10 000 iki 30 000 prirašytų gy- ventojų	19 %	33 %	14 %	19 %	16 %	0 %	100 %
	PSC, turintis nuo 30 000 iki 50 000 prirašytų gy- ventojų	24 %	19 %	19 %	29 %	10 %	0 %	100 %
	PSC, turintis nuo 50 000 iki 80 000 prirašytų gy- ventojų	0 %	33 %	0 %	33 %	33 %	0 %	100 %
	PSC, turintis 80 000 ir dau- giau prirašytų gyventojų	0 %	13 %	47 %	27 %	13 %	0 %	100 %
Darbuoto- jų skaičius jūsų PSC / psichia- trijos arba psicho- terapijos dienos staciona- re / psi- chiatrijos stacionare	Iki 30	19 %	26 %	26 %	17 %	10 %	1 %	100 %
	Nuo 31 iki 50	21 %	19 %	30 %	23 %	8 %	0 %	100 %
	Nuo 51 iki 100	14 %	36 %	41 %	9 %	0 %	0 %	100 %
	Nuo 101 ir 200	11 %	21 %	42 %	16 %	11 %	0 %	100 %
	Daugiau negu 200	15 %	30 %	32 %	15 %	9 %	0 %	100 %

	N = 496	Sutin- ku	Labiau sutin- ku, nei nesu- tinku	Nei sutin- ku, nei nesu- tinku	Labiau nesutin- ku, nei sutinku	Nesu- tinku	Nenu- rodė	Iš viso
Ar jums teko kada nors pagal savo specialybę dirbti užsienyje?	Taip	18 %	27 %	18 %	18 %	18 %	0 %	100 %
	Ne	18 %	26 %	30 %	17 %	9 %	0 %	100 %

K10 Jungtinių Tautų asmenų su negalia teisių konvencija (Neįgaliųjų teisių konvencija) suteikia žinių ir įrankių Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros paslaugų praktiniam tobulinimui:

	N = 496	Sutin- ku	Labiau sutin- ku, nei nesu- tinku	Nei sutin- ku, nei nesu- tinku	Labiau nesutin- ku, nei sutinku	Nesu- tinku	Ne- nuro- dė	Iš viso
Visi respondentai	proc.	29 %	24 %	37 %	6 %	3 %	1 %	100 %
	N	113	91	141	24	13	2	384
Lytis	Moteris	30 %	24 %	36 %	6 %	3 %	1 %	100 %
	Vyras	30 %	21 %	38 %	4 %	6 %	0 %	100 %
Amžius	18–25	8 %	50 %	42 %	0 %	0 %	0 %	100 %
	26–35	16 %	30 %	41 %	8 %	5 %	0 %	100 %
	36–45	18 %	28 %	42 %	7 %	5 %	0 %	100 %
	46–55	34 %	19 %	40 %	6 %	2 %	0 %	100 %
	56–65	39 %	22 %	27 %	7 %	4 %	2 %	100 %
	Daugiau nei 65	40 %	15 %	35 %	5 %	5 %	0 %	100 %
Specialybė	Psichiatras (-ė)	27 %	24 %	38 %	6 %	5 %	0 %	100 %
	Slaugytojas (-a)	28 %	22 %	38 %	6 %	5 %	2 %	100 %
	Medicinos psichologas (-ė)	10 %	30 %	51 %	6 %	3 %	0 %	100 %
	Socialinis darbuotojas (-a)	38 %	26 %	28 %	8 %	0 %	0 %	100 %
	Slaugytojo (-os) padėjėjas (-a)	62 %	13 %	16 %	7 %	2 %	0 %	100 %

	N = 496	Sutin- ku	Labiau sutin- ku, nei nesu- tinku	Nei sutin- ku, nei nesu- tinku	Labiau nesutin- ku, nei sutinku	Nesu- tinku	Ne- nuro- dė	Iš viso
Darbo vietovė (pagrindi- nės darbo- vietės)	Didmiestis, kuriame gy- vena daugiau nei 200 000 gyventojų	27 %	23 %	39 %	7 %	3 %	1 %	100 %
	Miestas, kuriame gyvena 30 001–200 000 gyventojų	24 %	32 %	37 %	2 %	5 %	0 %	100 %
	Miestas, kuriame gyvena 3 001–30 000 gyventojų	39 %	22 %	25 %	9 %	5 %	0 %	100 %
	Miestelis arba kaimas, kuriame gyvena iki 3 000 gyventojų	40 %	0 %	60 %	0 %	0 %	0 %	100 %
Profesinio darbo patirtis	Mažiau nei metai	25 %	38 %	38 %	0 %	0 %	0 %	100 %
	1–5 metai	24 %	24 %	39 %	8 %	5 %	0 %	100 %
	6–10 metų	22 %	30 %	39 %	6 %	4 %	0 %	100 %
	11–15 metų	41 %	30 %	19 %	8 %	3 %	0 %	100 %
	16–20 metų	27 %	20 %	37 %	8 %	6 %	2 %	100 %
	Daugiau nei 20 metų	33 %	20 %	39 %	5 %	2 %	1 %	100 %
Pagrindinė darbovietė	Psichikos sveikatos centras viešajame sektoriuje	31 %	21 %	36 %	6 %	6 %	0 %	100 %
	Psichikos sveikatos centras privačiame sektoriuje	19 %	31 %	46 %	4 %	0 %	0 %	100 %
	Psichiatrijos arba psichote- rapijos dienos stacionaras viešajame sektoriuje	21 %	37 %	32 %	11 %	0 %	0 %	100 %
	Psichiatrijos arba psichote- rapijos dienos stacionaras privačiame sektoriuje	0 %	0 %	0 %	100 %	0 %	0 %	100 %
	Psichiatrijos stacionaras viešajame sektoriuje	31 %	23 %	37 %	6 %	3 %	1 %	100 %
	Psichiatrijos stacionaras privačiame sektoriuje	0 %	50 %	50 %	0 %	0 %	0 %	100 %
Lovų / vie- tų skaičius pagrindi- nėje dar- bovietėje (staciona- rai)	Iki 30 lovų / vietų	26 %	24 %	30 %	15 %	2 %	4 %	100 %
	Nuo 31 iki 50 lovų / vietų	40 %	25 %	30 %	0 %	5 %	0 %	100 %
	Nuo 51 iki 100 lovų / vietų	18 %	55 %	27 %	0 %	0 %	0 %	100 %
	Nuo 101 iki 200 lovų / vietų	23 %	8 %	54 %	15 %	0 %	0 %	100 %
	Daugiau negu 200 lovų / vietų	36 %	19 %	37 %	5 %	2 %	0 %	100 %

	N = 496	Sutin- ku	Labiau sutin- ku, nei nesu- tinku	Nei sutin- ku, nei nesu- tinku	Labiau nesutin- ku, nei sutinku	Nesu- tinku	Ne- nuro- dė	Iš viso
Pagrin- dinės darbovietės (psichikos sveikatos centro) ap- tarnaujamų gyventojų skaičius	PSC, turintis iki 10 000 prirašytų gyventojų	43 %	17 %	33 %	7 %	0 %	0 %	100 %
	PSC, turintis nuo 10 000 iki 30 000 prirašytų gy- ventojų	32 %	24 %	35 %	5 %	5 %	0 %	100 %
	PSC, turintis nuo 30 000 iki 50 000 prirašytų gy- ventojų	25 %	30 %	30 %	0 %	15 %	0 %	100 %
	PSC, turintis nuo 50 000 iki 80 000 prirašytų gy- ventojų	67 %	0 %	33 %	0 %	0 %	0 %	100 %
	PSC, turintis 80 000 ir daugiau prirašytų gyven- tojų	20 %	13 %	60 %	0 %	7 %	0 %	100 %
Darbuotojų skaičius jūsų PSC / psichia- trijos arba psicho- terapijos dienos stacionare / psichiatri- jos stacio- nare	Iki 30	32 %	22 %	34 %	8 %	4 %	1 %	100 %
	Nuo 31 iki 50	41 %	16 %	39 %	2 %	2 %	0 %	100 %
	Nuo 51 iki 100	14 %	45 %	36 %	0 %	5 %	0 %	100 %
	Nuo 101 iki 200	26 %	32 %	37 %	5 %	0 %	0 %	100 %
	Daugiau negu 200	22 %	27 %	36 %	13 %	2 %	0 %	100 %
Ar jums teko kada nors pagal savo speci- alybę dirbti užsienyje?	Taip	18 %	18 %	36 %	27 %	0 %	0 %	100 %
	Ne	30 %	24 %	37 %	5 %	4 %	1 %	100 %

K13 Remiantis Jungtinių Tautų asmenų su negalia teisių konvencija (Neįgaliųjų teisių konvencija), ką reiškia teisė į teisinį veiksnumą:

	N = 496	Kad žmonės, turintys psichikos sveikatos sutrikimų, priima sprendimus patys, be jokios išorinės pagalbos	Kad žmonės, turintys psichikos sveikatos sutrikimų, turi teisę patys priimti paprastus sprendimus, bet ne sudėtingesnius	Kad žmonės, turintys psichikos sveikatos sutrikimų, turi teisę patys priimti sprendimus, prirėikus – su pagalba	Nenurodė	Iš viso
Visi respondentai	proc.	15 %	16 %	67 %	2 %	100 %
	N	48	51	217	7	323
Lytis	Moteris	15 %	16 %	67 %	2 %	100 %
	Vyras	18 %	13 %	69 %	0 %	100 %
Amžius	18–25	0 %	22 %	78 %	0 %	100 %
	26–35	22 %	14 %	61 %	2 %	100 %
	36–45	10 %	17 %	73 %	0 %	100 %
	46–55	12 %	14 %	73 %	2 %	100 %
	56–65	22 %	16 %	59 %	3 %	100 %
	Daugiau nei 65	0 %	24 %	71 %	6 %	100 %
Specialybė	Psichiatras (-ė)	21 %	13 %	66 %	0 %	100 %
	Slaugytojas (-a)	16 %	19 %	61 %	4 %	100 %
	Medicinos psichologas (-ė)	16 %	5 %	78 %	2 %	100 %
	Socialinis darbuotojas (-a)	11 %	14 %	75 %	0 %	100 %
	Slaugytojo (-os) padėjėjas (-a)	5 %	28 %	63 %	5 %	100 %
Darbo vietovė (pagrindinės darbo vietės)	Didmiestis, kuriame gyvena daugiau nei 200 000 gyventojų	15 %	13 %	68 %	4 %	100 %
	Miestas, kuriame gyvena 30 001–200 000 gyventojų	18 %	16 %	67 %	0 %	100 %

	N = 496	Kad žmonės, turintys psichikos sveikatos sutrikimų, priima sprendimus patys, be jokios išorinės pagalbos	Kad žmonės, turintys psichikos sveikatos sutrikimų, turi teisę patys priimti paprastus sprendimus, bet ne sudėtingesnius	Kad žmonės, turintys psichikos sveikatos sutrikimų, turi teisę patys priimti sprendimus, prareikus – su pagalba	Nenurodė	Iš viso
	Miestas, kuriame gyvena 3 001–30 000 gyventojų	14 %	23 %	63 %	0 %	100 %
	Miestelis arba kaimas, kuriame gyvena iki 3 000 gyventojų	0 %	14 %	86 %	0 %	100 %
Profesinio darbo patirtis	Mažiau nei metai	0 %	31 %	69 %	0 %	100 %
	1–5 metai	16 %	16 %	67 %	0 %	100 %
	6–10 metų	14 %	16 %	67 %	2 %	100 %
	11–15 metų	12 %	18 %	67 %	3 %	100 %
	16–20 metų	10 %	19 %	69 %	2 %	100 %
	Daugiau nei 20 metų	18 %	13 %	66 %	3 %	100 %
Pagrindinė darbovietė	Psichikos sveikatos centras viešajame sektoriuje	13 %	16 %	71 %	0 %	100 %
	Psichikos sveikatos centras privačiame sektoriuje	13 %	26 %	61 %	0 %	100 %
	Psichiatrijos arba psichoterapijos dienos stacionaras viešajame sektoriuje	33 %	8 %	58 %	0 %	100 %
	Psichiatrijos arba psichoterapijos dienos stacionaras privačiame sektoriuje	0 %	50 %	50 %	0 %	100 %
	Psichiatrijos stacionaras viešajame sektoriuje	15 %	15 %	66 %	4 %	100 %
	Psichiatrijos stacionaras privačiame sektoriuje	50 %	0 %	50 %	0 %	100 %

	N = 496	Kad žmonės, turintys psichikos sveikatos sutrikimų, priima sprendimus patys, be jokios išorinės pagalbos	Kad žmonės, turintys psichikos sveikatos sutrikimų, turi teisę patys priimti paprastus sprendimus, bet ne sudėtingesnius	Kad žmonės, turintys psichikos sveikatos sutrikimų, turi teisę patys priimti sprendimus, prireikus – su pagalba	Nenurodė	Iš viso
Lovų / vietų skaičius pagrindinėje darbovietėje (stacionarai)	Iki 30 lovų / vietų	29 %	14 %	50 %	7 %	100 %
	Nuo 31 iki 50 lovų / vietų	25 %	8 %	67 %	0 %	100 %
	Nuo 51 iki 100 lovų / vietų	24 %	12 %	65 %	0 %	100 %
	Nuo 101 iki 200 lovų / vietų	20 %	10 %	70 %	0 %	100 %
	Daugiau negu 200 lovų / vietų	8 %	16 %	72 %	4 %	100 %
Pagrindinės darbovietės (psichikos sveikatos centro) aptarnaujamų gyventojų skaičius	PSC, turintis iki 10 000 prirašytų gyventojų	4 %	26 %	70 %	0 %	100 %
	PSC, turintis nuo 10 000 iki 30 000 prirašytų gyventojų	21 %	21 %	58 %	0 %	100 %
	PSC, turintis nuo 30 000 iki 50 000 prirašytų gyventojų	11 %	16 %	74 %	0 %	100 %
	PSC, turintis nuo 50 000 iki 80 000 prirašytų gyventojų	0 %	33 %	67 %	0 %	100 %
	PSC, turintis 80 000 ir daugiau prirašytų gyventojų	25 %	8 %	67 %	0 %	100 %
Darbuotojų skaičius jūsų PSC / psichiatrijos arba psichoterapijos dienos stacionare / psichiatrijos stacionare	Iki 30	15 %	15 %	69 %	1 %	100 %
	Nuo 31 iki 50	2 %	28 %	70 %	0 %	100 %
	Nuo 51 iki 100	33 %	11 %	56 %	0 %	100 %
	Nuo 101 iki 200	14 %	21 %	64 %	0 %	100 %
	Daugiau negu 200	14 %	14 %	67 %	6 %	100 %

	N = 496	Kad žmonės, turintys psichikos sveikatos sutrikimų, priima sprendimus patys, be jokios išorinės pagalbos	Kad žmonės, turintys psichikos sveikatos sutrikimų, turi teisę patys priimti paprastus sprendimus, bet ne sudėtingesnius	Kad žmonės, turintys psichikos sveikatos sutrikimų, turi teisę patys priimti sprendimus, prirėikus – su pagalba	Nenurodė	Iš viso
Ar jums teko kada nors pagal savo specialybę dirbti užsienyje?	Taip	11 %	33 %	56 %	0 %	100 %
	Ne	15 %	15 %	68 %	2 %	100 %

K14 Remiantis Jungtinių Tautų asmenų su negalia teisių konvencija (Neįgaliųjų teisių konvencija), išankstinio nurodymo dėl gydymo pateikimo pagrindas turi būti:

	N = 496	Trijų psichiatrų komisijos išvada	Pilnamečio asmens laisva valia ir apsisprendimas pateikti išankstinį nurodymą	Dalyvumo lygis, vadovaujantis patvirtintu Dalyvumo lygio nustatymo kriterijų ir tvarkos aprašu	Nenurodė	Iš viso
Visi respondentai	proc.	29 %	41 %	27 %	3 %	100 %
	N	92	130	86	11	319
Lytis	Moteris	31 %	38 %	27 %	4 %	100 %
	Vyras	11 %	63 %	26 %	0 %	100 %
Amžius	18–25	33 %	33 %	33 %	0 %	100 %
	26–35	27 %	39 %	31 %	4 %	100 %
	36–45	27 %	53 %	20 %	0 %	100 %
	46–55	24 %	43 %	30 %	3 %	100 %
	56–65	37 %	35 %	23 %	5 %	100 %
	Daugiau nei 65	29 %	29 %	35 %	6 %	100 %
Specialybė	Psichiatras (-ė)	12 %	68 %	20 %	0 %	100 %
	Slaugytojas (-a)	44 %	23 %	27 %	6 %	100 %
	Medicinos psichologas (-ė)	16 %	46 %	37 %	2 %	100 %

	N = 496	Trijų psichiatrų komisijos išvada	Pilnamečio asmens laisva valia ir apsisprendimas pateikti išankstinį nurodymą	Dalyvumo lygis, vadovaujantis patvirtintu Dalyvumo lygio nustatymo kriterijų ir tvarkos aprašu	Nenurodė	Iš viso
	Socialinis darbuotojas (-a)	20 %	50 %	30 %	0 %	100 %
	Slaugytojo (-os) padėjėjas (-a)	42 %	28 %	23 %	7 %	100 %
Darbo vietovė (pagrindinės darbovietės)	Didmiestis, kuriame gyvena daugiau nei 200 000 gyventojų	32 %	36 %	26 %	6 %	100 %
	Miestas, kuriame gyvena 30 001–200 000 gyventojų	27 %	53 %	20 %	0 %	100 %
	Miestas, kuriame gyvena 3 001–30 000 gyventojų	19 %	46 %	35 %	0 %	100 %
	Miestelis arba kaimas, kuriame gyvena iki 3 000 gyventojų	43 %	29 %	29 %	0 %	100 %
Profesinio darbo patirtis	Mažiau nei metai	38 %	23 %	38 %	0 %	100 %
	1–5 metai	24 %	43 %	31 %	2 %	100 %
	6–10 metų	29 %	44 %	25 %	2 %	100 %
	11–15 metų	22 %	41 %	34 %	3 %	100 %
	16–20 metų	29 %	36 %	31 %	5 %	100 %
	Daugiau nei 20 metų	30 %	43 %	23 %	4 %	100 %
Pagrindinė darbovietė	Psichikos sveikatos centras viešajame sektoriuje	19 %	48 %	33 %	0 %	100 %
	Psichikos sveikatos centras privačiame sektoriuje	4 %	61 %	35 %	0 %	100 %
	Psichiatrijos arba psichoterapijos dienos stacionaras viešajame sektoriuje	25 %	25 %	42 %	8 %	100 %

	N = 496	Trijų psichiatrų komisijos išvada	Pilnamečio asmens laisva valia ir apsisprendimas pateikti išankstinį nurodymą	Dalyvumo lygis, vadovaujantis patvirtintu Dalyvumo lygio nustatymo kriterijų ir tvarkos aprašu	Nenurodė	Iš viso
Pagrindinė darbovietė	Psichiatrijos arba psichoterapijos dienos stacionaras privačiame sektoriuje	0 %	50 %	50 %	0 %	100 %
	Psichiatrijos stacionaras viešajame sektoriuje	40 %	34 %	20 %	6 %	100 %
	Psichiatrijos stacionaras privačiame sektoriuje	50 %	0 %	50 %	0 %	100 %
Lovų / vietų skaičius pagrindinėje darbovietėje (stacionariai)	Iki 30 lovų / vietų	33 %	26 %	31 %	10 %	100 %
	Nuo 31 iki 50 lovų / vietų	33 %	33 %	33 %	0 %	100 %
	Nuo 51 iki 100 lovų / vietų	29 %	53 %	18 %	0 %	100 %
	Nuo 101 iki 200 lovų / vietų	10 %	60 %	30 %	0 %	100 %
	Daugiau negu 200 lovų / vietų	47 %	30 %	15 %	8 %	100 %
Pagrindinės darbovietės (psichikos sveikatos centro) aptarnaujamų gyventojų skaičius	PSC, turintis iki 10 000 prirašytų gyventojų	30 %	48 %	22 %	0 %	100 %
	PSC, turintis nuo 10 000 iki 30 000 prirašytų gyventojų	14 %	50 %	36 %	0 %	100 %
	PSC, turintis nuo 30 000 iki 50 000 prirašytų gyventojų	6 %	61 %	33 %	0 %	100 %
	PSC, turintis nuo 50 000 iki 80 000 prirašytų gyventojų	0 %	100 %	0 %	0 %	100 %
	PSC, turintis 80 000 ir daugiau prirašytų gyventojų	27 %	73 %	0 %	0 %	100 %

	N = 496	Trijų psichiatrų komisijos išvada	Pilnamečio asmens laisva valia ir apsisprendimas pateikti išankstinių nurodymą	Dalyvumo lygis, vadovaujantis patvirtintu Dalyvumo lygio nustatymo kriterijų ir tvarkos aprašu	Nenurodė	Iš viso
Darbuotojų skaičius jūsų PSC / psichiatrijos arba psichoterapijos dienos stacionare / psichiatrijos stacionare	Iki 30	22 %	44 %	32 %	1 %	100 %
	Nuo 31 iki 50	54 %	27 %	20 %	0 %	100 %
	Nuo 51 iki 100	33 %	44 %	22 %	0 %	100 %
	Nuo 101 iki 200	29 %	43 %	29 %	0 %	100 %
	Daugiau negu 200	26 %	51 %	14 %	9 %	100 %
Ar jums teko kada nors pagal savo specialybę dirbti užsienyje?	Taip	33 %	33 %	33 %	0 %	100 %
	Ne	29 %	41 %	27 %	4 %	100 %

K15 Remiantis Jungtinių Tautų asmenų su negalia teisių konvencija (Neįgaliųjų teisių konvencija), savarankiškas gyvenimas ir įtrauktis asmenims, turintiems psichikos sveikatos sutrikimų ar psichosocialinę negalią, reiškia, kad jie:

	N = 496	Turi gyventi su šeima	Neturi mokėti už viešąjį transportą	Turi galimybę pasirinkti, kur ir su kuo gyventi	Nenurodė	Iš viso
Visi respondentai	proc.	13 %	3 %	80 %	4 %	100 %
	N	43	10	254	12	319
Lytis	Moteris	15 %	2 %	80 %	4 %	100 %
	Vyras	5 %	8 %	84 %	3 %	100 %

	N = 496	Turi gyven- ti su šeima	Neturi mokėti už viešąjį trans- portą	Turi gali- mybę pasi- rinkti, kur ir su kuo gyventi	Nenurodė	Iš viso
Amžius	18–25	11 %	22 %	56 %	11 %	100 %
	26–35	8 %	4 %	82 %	6 %	100 %
	36–45	8 %	4 %	88 %	0 %	100 %
	46–55	15 %	1 %	81 %	3 %	100 %
	56–65	18 %	1 %	76 %	4 %	100 %
	Daugiau nei 65	12 %	12 %	71 %	6 %	100 %
Specialybė	Psichiatras (-ė)	8 %	0 %	92 %	0 %	100 %
	Slaugytojas (-a)	14 %	5 %	74 %	7 %	100 %
	Medicinos psichologas (-ė)	11 %	2 %	86 %	2 %	100 %
	Socialinis darbuotojas (-a)	9 %	2 %	89 %	0 %	100 %
	Slaugytojo (-os) padėję- jas (-a)	30 %	7 %	56 %	7 %	100 %
Darbo vietovė (pagrindi- nės darbo- vietės)	Didmiestis, kuriame gy- vena daugiau nei 200 000 gyventojų	13 %	3 %	78 %	6 %	100 %
	Miestas, kuriame gyvena 30 001–200 000 gyventojų	14 %	2 %	84 %	0 %	100 %
	Miestas, kuriame gyvena 3 001–30 000 gyventojų	14 %	4 %	81 %	0 %	100 %
	Miestelis arba kaimas, kuriame gyvena iki 3 000 gyventojų	14 %	0 %	86 %	0 %	100 %
Profesinio darbo patirtis	Mažiau nei metai	23 %	15 %	62 %	0 %	100 %
	1–5 metai	5 %	5 %	86 %	5 %	100 %
	6–10 metų	21 %	2 %	75 %	2 %	100 %
	11–15 metų	13 %	3 %	78 %	6 %	100 %
	16–20 metų	14 %	5 %	76 %	5 %	100 %
	Daugiau nei 20 metų	13 %	1 %	82 %	4 %	100 %
Pagrindinė darbovietė	Psichikos sveikatos centras viešajame sektoriuje	14 %	3 %	84 %	0 %	100 %
	Psichikos sveikatos centras privačiame sektoriuje	13 %	4 %	83 %	0 %	100 %
	Psichiatrijos arba psichote- rapijos dienos stacionaras viešajame sektoriuje	25 %	0 %	75 %	0 %	100 %

	N = 496	Turi gyven- ti su šeima	Neturi mokėti už viešąjį trans- portą	Turi gali- mybę pasi- rinkti, kur ir su kuo gyventi	Nenurodė	Iš viso
Pagrindinė darbovietė	Psichiatrijos arba psichote- rapijos dienos stacionaras privačiame sektoriuje	0 %	50 %	50 %	0 %	100 %
	Psichiatrijos stacionaras viešajame sektoriuje	13 %	3 %	77 %	7 %	100 %
	Psichiatrijos stacionaras privačiame sektoriuje	0 %	0 %	100 %	0 %	100 %
Lovų / vie- tų skaičius pagrindi- nėje dar- bovietėje (staciona- rai)	Iki 30 lovų / vietų	14 %	0 %	76 %	10 %	100 %
	Nuo 31 iki 50 lovų / vietų	17 %	0 %	83 %	0 %	100 %
	Nuo 51 iki 100 lovų / vietų	0 %	0 %	100 %	0 %	100 %
	Nuo 101 iki 200 lovų / vietų	0 %	10 %	90 %	0 %	100 %
	Daugiau negu 200 lovų / vietų	17 %	5 %	68 %	9 %	100 %
Pagrin- dinės darbovietės (psichikos sveikatos centro) aptar- naujamų gyventojų skaičius	PSC, turintis iki 10 000 prirašytų gyventojų	11 %	4 %	85 %	0 %	100 %
	PSC, turintis nuo 10 000 iki 30 000 prirašytų gy- ventojų	11 %	4 %	86 %	0 %	100 %
	PSC, turintis nuo 30 000 iki 50 000 prirašytų gy- ventojų	17 %	0 %	83 %	0 %	100 %
	PSC, turintis nuo 50 000 iki 80 000 prirašytų gy- ventojų	67 %	0 %	33 %	0 %	100 %
	PSC, turintis 80 000 ir dau- giau prirašytų gyventojų	18 %	9 %	73 %	0 %	100 %
Darbuoto- jų skaičius jūsų PSC / psichia- trijos arba psicho- terapijos dienos staciona- re / psi- chiatrijos stacionare	Iki 30	15 %	2 %	81 %	1 %	100 %
	Nuo 31 iki 50	27 %	2 %	68 %	2 %	100 %
	Nuo 51 iki 100	6 %	0 %	89 %	6 %	100 %
	Nuo 101 iki 200	0 %	14 %	86 %	0 %	100 %
	Daugiau negu 200	9 %	9 %	74 %	9 %	100 %

	N = 496	Turi gyven- ti su šeima	Neturi mokėti už viešąjį trans- portą	Turi gali- mybę pasi- rinkti, kur ir su kuo gyventi	Nenurodė	Iš viso
Ar jums teko kada nors pagal savo speci- alybę dirbti užsienyje?	Taip	11 %	11 %	78 %	0 %	100 %
	Ne	14 %	3 %	80 %	4 %	100 %

K16 Remiantis Jungtinių Tautų asmenų su negalia teisių konvencija (Neįgaliųjų teisių konvencija), asmeniui, patiriančiam psichikos sveikatos sutrikimus, atsigavimas (angl. *recovery*) reiškia:

	N = 496	Galėjimą gyventi tokį gyvenimą, kokio žmogus siekia	Veiksmingą gydymą	Tai – rea- bilitacijos sinonimas	Nenurodė	Iš viso
Visi respon- dentai	proc.	57 %	24 %	17 %	2 %	100 %
	N	179	75	55	7	316
Lytis	Moteris	56 %	23 %	19 %	3 %	100 %
	Vyras	65 %	30 %	5 %	0 %	100 %
Amžius	18–25	44 %	22 %	33 %	0 %	100 %
	26–35	69 %	13 %	17 %	2 %	100 %
	36–45	63 %	29 %	8 %	0 %	100 %
	46–55	58 %	20 %	19 %	3 %	100 %
	56–65	47 %	30 %	19 %	3 %	100 %
	Daugiau nei 65	53 %	29 %	18 %	0 %	100 %
Specialybė	Psichiatras (-ė)	73 %	14 %	14 %	0 %	100 %
	Slaugytojas (-a)	42 %	31 %	22 %	5 %	100 %
	Medicinos psicholo- gas (-ė)	78 %	7 %	13 %	2 %	100 %
	Socialinis darbuoto- jas (-a)	64 %	18 %	18 %	0 %	100 %
	Slaugytojo (-os) padėjėjas (-a)	33 %	48 %	17 %	2 %	100 %

	N = 496	Galėjimą gyventi tokį gyvenimą, kokio žmogus siekia	Veiksmingą gydymą	Tai – reabilitacijos sinonimas	Nenurodė	Iš viso
Darbo vietovė (pagrindinės darbovietės)	Didmiestis, kuriame gyvena daugiau nei 200 000 gyventojų	56 %	22 %	19 %	4 %	100 %
	Miestas, kuriame gyvena 30 001–200 000 gyventojų	71 %	18 %	12 %	0 %	100 %
	Miestas, kuriame gyvena 3 001–30 000 gyventojų	46 %	33 %	20 %	0 %	100 %
	Miestelis arba kaimas, kuriame gyvena iki 3 000 gyventojų	86 %	14 %	0 %	0 %	100 %
Profesinio darbo patirtis	Mažiau nei metai	54 %	23 %	23 %	0 %	100 %
	1–5 metai	68 %	20 %	12 %	0 %	100 %
	6–10 metų	63 %	21 %	15 %	2 %	100 %
	11–15 metų	47 %	37 %	10 %	7 %	100 %
	16–20 metų	60 %	29 %	12 %	0 %	100 %
	Daugiau nei 20 metų	53 %	22 %	22 %	3 %	100 %
Pagrindinė darbovietė	Psichikos sveikatos centras viešajame sektoriuje	62 %	26 %	12 %	0 %	100 %
	Psichikos sveikatos centras privačiame sektoriuje	57 %	30 %	13 %	0 %	100 %
	Psichiatrijos arba psichoterapijos dienos stacionaras viešajame sektoriuje	75 %	8 %	17 %	0 %	100 %
	Psichiatrijos arba psichoterapijos dienos stacionaras privačiame sektoriuje	0 %	50 %	50 %	0 %	100 %
	Psichiatrijos stacionaras viešajame sektoriuje	52 %	22 %	22 %	4 %	100 %
	Psichiatrijos stacionaras privačiame sektoriuje	100 %	0 %	0 %	0 %	100 %

	N = 496	Galėjimą gyventi tokį gyvenimą, kokio žmogus siekia	Veiksmingą gydymą	Tai – reabilitacijos sinonimas	Nenurodė	Iš viso
Lovų / vietų skaičius pagrindinėje darbovietėje (stacionarai)	Iki 30 lovų / vietų	60 %	10 %	29 %	2 %	100 %
	Nuo 31 iki 50 lovų / vietų	70 %	0 %	20 %	10 %	100 %
	Nuo 51 iki 100 lovų / vietų	71 %	24 %	6 %	0 %	100 %
	Nuo 101 iki 200 lovų / vietų	9 0%	10 %	0 %	0 %	100 %
	Daugiau negu 200 lovų / vietų	40 %	32 %	23 %	5 %	100 %
Pagrindinės darbovietės (psichikos sveikatos centro) aptarnaujamų gyventojų skaičius	PSC, turintis iki 10 000 prirašytų gyventojų	44 %	37 %	19 %	0 %	100 %
	PSC, turintis nuo 10 000 iki 30 000 prirašytų gyventojų	57 %	32 %	11 %	0 %	100 %
	PSC, turintis nuo 30 000 iki 50 000 prirašytų gyventojų	65 %	24 %	12 %	0 %	100 %
	PSC, turintis nuo 50 000 iki 80 000 prirašytų gyventojų	67 %	33 %	0 %	0 %	100 %
	PSC, turintis 80 000 ir daugiau prirašytų gyventojų	73 %	18 %	9 %	0 %	100 %
Darbuotojų skaičius jūsų PSC / psichiatrijos arba psichoterapijos dienos stacionare / psichiatrijos stacionare	Iki 30	57 %	25 %	18 %	1 %	100 %
	Nuo 31 iki 50	51 %	32 %	17 %	0 %	100 %
	Nuo 51 iki 100	61 %	22 %	17 %	0 %	100 %
	Nuo 101 iki 200	71 %	21 %	7 %	0 %	100 %
	Daugiau negu 200	51 %	20 %	20 %	9 %	100 %
Ar jums teko kada nors pagal savo specialybę dirbti užsienyje?	Taip	33 %	22 %	44 %	0 %	100 %
	Ne	58 %	24 %	16 %	2 %	100 %

K17 Remiantis Jungtinių Tautų asmenų su negalia teisių konvencija (Neįgaliųjų teisių konvencija), ką turėtų daryti specialistai, kad padėtų žmonėms, patiriantiems psichikos sveikatos sutrikimus, atsigauti?

	N = 496	Tvirtai laikytis gydymo reikalavimų	Su žmonėmis elgtis oriai ir pagarbiai	Įtikinti žmones vartoti vaistus	Nenurodė	Iš viso
Visi respondentai	proc.	12 %	67 %	18 %	2 %	100 %
	N	39	212	58	7	316
Lytis	Moteris	12 %	66 %	19 %	3 %	100 %
	Vyras	11 %	81 %	8 %	0 %	100 %
Amžius	18–25	0 %	89 %	11 %	0 %	100 %
	26–35	8 %	88 %	2 %	2 %	100 %
	36–45	12 %	78 %	10 %	0 %	100 %
	46–55	12 %	66 %	20 %	2 %	100 %
	56–65	15 %	53 %	28 %	4 %	100 %
	Daugiau nei 65	18 %	53 %	29 %	0 %	100 %
Specialybė	Psichiatras (-ė)	5 %	79 %	17 %	0 %	100 %
	Slaugytojas (-a)	16 %	54 %	26 %	5 %	100 %
	Medicinos psichologas (-ė)	7 %	82 %	7 %	4 %	100 %
	Socialinis darbuotojas (-a)	7 %	80 %	14 %	0 %	100 %
	Slaugytojo (-os) padėjėjas (-a)	29 %	50 %	21 %	0 %	100 %
Darbo vietovė (pagrindinės darbovietės)	Didmiestis, kuriame gyvena daugiau nei 200 000 gyventojų	13 %	64 %	19 %	4 %	100 %
	Miestas, kuriame gyvena 30 001–200 000 gyventojų	10 %	73 %	18 %	0 %	100 %
	Miestas, kuriame gyvena 3 001–30 000 gyventojų	13 %	68 %	19 %	0 %	100 %
	Miestelis arba kaimas, kuriame gyvena iki 3 000 gyventojų	0 %	100 %	0 %	0 %	100 %
Profesinio darbo patirtis	Mažiau nei metai	23 %	54 %	23 %	0 %	100 %
	1–5 metai	12 %	78 %	10 %	0 %	100 %
	6–10 metų	19 %	71 %	8 %	2 %	100 %
	11–15 metų	3 %	73 %	20 %	3 %	100 %
	16–20 metų	10 %	81 %	10 %	0 %	100 %
	Daugiau nei 20 metų	12 %	59 %	26 %	4 %	100 %

	N = 496	Tvirtai laikytis gydymo reikalavimų	Su žmonėmis elgtis oriai ir pagarbiai	Įtikinti žmones vartoti vaistus	Nenurodė	Iš viso
Pagrindinė darbovietė	Psichikos sveikatos centras viešajame sektoriuje	10 %	66 %	24 %	0 %	100 %
	Psichikos sveikatos centras privačiame sektoriuje	13 %	83 %	4 %	0 %	100 %
	Psichiatrijos arba psichoterapijos dienos stacionaras viešajame sektoriuje	8 %	75 %	17 %	0 %	100 %
	Psichiatrijos arba psichoterapijos dienos stacionaras privačiame sektoriuje	50 %	50 %	0 %	0 %	100 %
	Psichiatrijos stacionaras viešajame sektoriuje	14 %	65 %	17 %	4 %	100 %
	Psichiatrijos stacionaras privačiame sektoriuje	0 %	100 %	0 %	0 %	100 %
Lovų / vietų skaičius pagrindinėje darbovietėje (stacionarai)	Iki 30 lovų / vietų	14 %	64 %	19 %	2 %	100 %
	Nuo 31 iki 50 lovų / vietų	10 %	80 %	10 %	0 %	100 %
	Nuo 51 iki 100 lovų / vietų	18 %	82 %	0 %	0 %	100 %
	Nuo 101 iki 200 lovų / vietų	10 %	80 %	10 %	0 %	100 %
	Daugiau negu 200 lovų / vietų	14 %	59 %	21 %	7 %	100 %
Pagrindinės darbovietės (psichikos sveikatos centro) aptarnaujamų gyventojų skaičius	PSC, turintis iki 10 000 prirašytų gyventojų	11 %	70 %	19 %	0 %	100 %
	PSC, turintis nuo 10 000 iki 30 000 prirašytų gyventojų	14 %	66 %	20 %	0 %	100 %
	PSC, turintis nuo 30 000 iki 50 000 prirašytų gyventojų	6 %	76 %	18 %	0 %	100 %
	PSC, turintis nuo 50 000 iki 80 000 prirašytų gyventojų	0 %	33 %	67 %	0 %	100 %
	PSC, turintis 80 000 ir daugiau prirašytų gyventojų	0 %	55 %	45 %	0 %	100 %
Darbuotojų skaičius jūsų PSC / psichiatrijos arba psichoterapijos dienos stacionare / psichiatrijos stacionare	Iki 30	9 %	74 %	17 %	0 %	100 %
	Nuo 31 iki 50	12 %	63 %	24 %	0 %	100 %
	Nuo 51 iki 100	22 %	61 %	17 %	0 %	100 %
	Nuo 101 iki 200	14 %	71 %	14 %	0 %	100 %
	Daugiau negu 200	11 %	63 %	17 %	9 %	100 %

	N = 496	Tvirtai laikytis gydymo reikalavimų	Su žmonėmis elgtis oriai ir pagarbiai	Įtikinti žmones vartoti vaistus	Nenurodė	Iš viso
Ar jums teko kada nors pagal savo specialybę dirbti užsienyje?	Taip	33 %	67 %	0 %	0 %	100 %
	Ne	12 %	68 %	18 %	2 %	100 %

K18 Remiantis Jungtinių Tautų asmenų su negalia teisių konvencija (Neįgaliųjų teisių konvencija), informuotas asmens sutikimas gydytis reiškia, kad psichikos sveikatos sunkumų ar sutrikimų turintis asmuo:

	N = 496	Pasirašė sutikimo formą dėl gydymo	Pritarė specialisto nuomonei dėl gydymo siekiant geriausių jo interesų	Gavo visą su gydymu susijusią informaciją, ją suprato ir priėmė sprendimą pats ar su pagalba	Nenurodė	Iš viso
Visi respondentai	proc.	19 %	8 %	71 %	2 %	100 %
	N	59	25	225	7	316
Lytis	Moteris	19 %	9 %	69 %	3 %	100 %
	Vyras	11 %	3 %	86 %	0 %	100 %
Amžius	18–25	22 %	0 %	78 %	0 %	100 %
	26–35	8 %	10 %	79 %	2 %	100 %
	36–45	12 %	10 %	78 %	0 %	100 %
	46–55	21 %	5 %	72 %	2 %	100 %
	56–65	23 %	10 %	63 %	4 %	100 %
	Daugiau nei 65	29 %	6 %	65 %	0 %	100 %
Specialybė	Psichiatras (-ė)	3 %	3 %	94 %	0 %	100 %
	Slaugytojas (-a)	22 %	12 %	61 %	5 %	100 %
	Medicinos psichologas (-ė)	7 %	5 %	85 %	2 %	100 %
	Socialinis darbuotojas (-a)	20 %	5 %	75 %	0 %	100 %
	Slaugytojo (-os) padėjėjas (-a)	48 %	12 %	38 %	2 %	100 %

	N = 496	Pasirašė sutikimo formą dėl gydymo	Pritarė specialisto nuomonei dėl gydymo siekiant geriausių jo interesų	Gavo visą su gydymu susijusią informaciją, ją suprato ir priėmė sprendimą pats ar su pagalba	Nenurodė	Iš viso
Darbo vietovė (pagrindinės darbo vietės)	Didmiestis, kuriame gyvena daugiau nei 200 000 gyventojų	25 %	6 %	66 %	4 %	100 %
	Miestas, kuriame gyvena 30 001–200 000 gyventojų	6 %	14 %	80 %	0 %	100 %
	Miestas, kuriame gyvena 3 001–30 000 gyventojų	12 %	10 %	78 %	0 %	100 %
	Miestelis arba kaimas, kuriame gyvena iki 3 000 gyventojų	14 %	0 %	86 %	0 %	100 %
Profesinio darbo patirtis	Mažiau nei metai	8 %	15 %	77 %	0 %	100 %
	1–5 metai	17 %	10 %	73 %	0 %	100 %
	6–10 metų	21 %	13 %	65 %	2 %	100 %
	11–15 metų	3 %	7 %	87 %	3 %	100 %
	16–20 metų	17 %	5 %	76 %	2 %	100 %
	Daugiau nei 20 metų	23 %	6 %	68 %	3 %	100 %
Pagrindinė darbovietė	Psichikos sveikatos centras viešajame sektoriuje	9 %	9 %	82 %	0 %	100 %
	Psichikos sveikatos centras privačiame sektoriuje	4 %	13 %	83 %	0 %	100 %
	Psichiatrijos arba psichoterapijos dienos stacionaras viešajame sektoriuje	33 %	0 %	67 %	0 %	100 %
	Psichiatrijos arba psichoterapijos dienos stacionaras privačiame sektoriuje	0 %	0 %	100 %	0 %	100 %
	Psichiatrijos stacionaras viešajame sektoriuje	27 %	7 %	62 %	4 %	100 %
	Psichiatrijos stacionaras privačiame sektoriuje	0 %	0 %	100 %	0 %	100 %

	N = 496	Pasirašė sutikimo formą dėl gydymo	Pritarė specialisto nuomonei dėl gydymo siekiant geriausių jo interesų	Gavo visą su gydymu susijusią informaciją, ją suprato ir priėmė sprendimą pats ar su pagalba	Nenurodė	Iš viso
Lovų / vietų skaičius pagrindinėje darbovietėje (stacionariai)	Iki 30 lovų / vietų	26 %	7 %	67 %	0 %	100 %
	Nuo 31 iki 50 lovų / vietų	0 %	0 %	100 %	0 %	100 %
	Nuo 51 iki 100 lovų / vietų	0 %	18 %	82 %	0 %	100 %
	Nuo 101 iki 200 lovų / vietų	0 %	0 %	100 %	0 %	100 %
	Daugiau negu 200 lovų / vietų	38 %	5 %	49 %	8 %	100 %
Pagrindinės darbovietės (psichikos sveikatos centro) aptarnaujamų gyventojų skaičius	PSC, turintis iki 10 000 prirašytų gyventojų	7 %	15 %	78 %	0 %	100 %
	PSC, turintis nuo 10 000 iki 30 000 prirašytų gyventojų	13 %	9 %	79 %	0 %	100 %
	PSC, turintis nuo 30 000 iki 50 000 prirašytų gyventojų	0 %	12 %	88 %	0 %	100 %
	PSC, turintis nuo 50 000 iki 80 000 prirašytų gyventojų	33 %	0 %	67 %	0 %	100 %
	PSC, turintis 80 000 ir daugiau prirašytų gyventojų	18 %	0 %	82 %	0 %	100 %
Darbuotojų skaičius jūsų PSC / psichiatrijos arba psichoterapijos dienos stacionare / psichiatrijos stacionare	Iki 30	16 %	8 %	75 %	1 %	100 %
	Nuo 31 iki 50	32 %	7 %	61 %	0 %	100 %
	Nuo 51 iki 100	11 %	6 %	83 %	0 %	100 %
	Nuo 101 iki 200	0 %	14 %	86 %	0 %	100 %
	Daugiau negu 200	14 %	6 %	71 %	9 %	100 %

	N = 496	Pasirašė sutikimo formą dėl gydymo	Pritarė specialisto nuomonei dėl gydymo siekiant geriausių jo interesų	Gavo visą su gydymu susijusią informaciją, ją suprato ir priėmė sprendimą pats ar su pagalba	Nenurodė	Iš viso
Ar jums teko kada nors pagal savo specialybę dirbti užsienyje?	Taip	33 %	11 %	56 %	0 %	100 %
	Ne	18 %	8 %	72 %	2 %	100 %

K19 Remiantis Jungtinių Tautų asmenų su negalia teisių konvencija (Neįgaliųjų teisių konvencija), stacionariųjų psichikos sveikatos paslaugų teikėjai turi užtikrinti, kad:

	N = 496	Darbuotojai palaikytų tvarką ir autoritetą paslaugų naudotojų atžvilgiu	Būtų užtikrinta maloni, patogi ir stimuliuojanti aplinka, skatinanti išitraukimą ir bendravimą	Paslaugomis besinaudojantys žmonės galėtų priimti lankytus tik tam tikru laiku	Nenurodė	Iš viso
Visi respondentai	proc.	18 %	78 %	2 %	3 %	100 %
	N	57	245	5	9	316
Lytis	Moteris	17 %	78 %	2 %	3 %	100 %
	Vyras	27 %	73 %	0 %	0 %	100 %
Amžius	18–25	22 %	78 %	0 %	0 %	100 %
	26–35	8 %	88 %	2 %	2 %	100 %
	36–45	16 %	82 %	2 %	0 %	100 %
	46–55	13 %	85 %	0 %	2 %	100 %
	56–65	27 %	65 %	3 %	5 %	100 %
	Daugiau nei 65	29 %	65 %	0 %	6 %	100 %
Specialybė	Psichiatras (-ė)	11 %	89 %	0 %	0 %	100 %
	Slaugytojas (-a)	22 %	70 %	4 %	5 %	100 %
	Medicinos psichologas (-ė)	11 %	87 %	0 %	2 %	100 %

	N = 496	Darbuotojai palaikytų tvarką ir autoritetą paslaugų naudotojų atžvilgiu	Būtų užtikrinta maloni, patogi ir stimuliuo- janti aplinka, skatinanti įsitraukimą ir bendravimą	Paslaugomis besinaudo- jantys žmonės galėtų priimti lankytojus tik tam tikru laiku	Nenu- rodė	Iš viso
	Socialinis darbuo- tojas (-a)	11 %	89 %	0 %	0 %	100 %
	Slaugytojo (-os) padėjėjas (-a)	36 %	55 %	2 %	7 %	100 %
Darbo vietovė (pa- grindinės darbovie- tės)	Didmiestis, kuria- me gyvena daugiau nei 200 000 gyven- tojų	21 %	74 %	1 %	5 %	100 %
	Miestas, kuriame gyvena 30 001– 200 000 gyventojų	8 %	92 %	0 %	0 %	100 %
	Miestas, kuriame gyvena 3 001– 30 000 gyventojų	20 %	75 %	4 %	0 %	100 %
	Miestelis arba kaimas, kuriame gyvena iki 3 000 gyventojų	0 %	100 %	0 %	0 %	100 %
Profesinio darbo patirtis	Mažiau nei metai	31 %	62 %	8 %	0 %	100 %
	1–5 metai	17 %	80 %	2 %	0 %	100 %
	6–10 metų	10 %	85 %	0 %	4 %	100 %
	11–15 metų	17 %	80 %	0 %	3 %	100 %
	16–20 metų	19 %	74 %	2 %	5 %	100 %
	Daugiau nei 20 metų	20 %	76 %	1 %	3 %	100 %
Pagrindinė darbovietė	Psichikos sveikatos centras viešajame sektoriuje	18 %	81 %	1 %	0 %	100 %
	Psichikos sveikatos centras privačiame sektoriuje	22 %	74 %	4 %	0 %	100 %
	Psichiatrijos arba psichoterapijos dienos stacionaras viešajame sektoriuje	8 %	83 %	8 %	0 %	100 %

	N = 496	Darbuotojai palaikytų tvarką ir autoritetą paslaugų naudotojų atžvilgiu	Būtų užtikrinta maloni, patogi ir stimuliuojanti aplinka, skatinanti išitraukimą ir bendravimą	Paslaugomis besinaudojantys žmonės galėtų priimti lankytojus tik tam tikru laiku	Nenurodė	Iš viso
	Psichiatrijos arba psichoterapijos dienos stacionaras privačiame sektoriuje	0 %	100 %	0 %	0 %	100 %
	Psichiatrijos stacionaras viešajame sektoriuje	19 %	75 %	1 %	6 %	100 %
	Psichiatrijos stacionaras privačiame sektoriuje	0 %	100 %	0 %	0 %	100 %
Lovų / vietų skaičius pagrindinėje darbovietėje (stacionariai)	Iki 30 lovų / vietų	17 %	81 %	2 %	0 %	100 %
	Nuo 31 iki 50 lovų / vietų	20 %	80 %	0 %	0 %	100 %
	Nuo 51 iki 100 lovų / vietų	12 %	88 %	0 %	0 %	100 %
	Nuo 101 iki 200 lovų / vietų	0 %	100 %	0 %	0 %	100 %
	Daugiau negu 200 lovų / vietų	21 %	68 %	1 %	10 %	100 %
Pagrindinės darbovietės (psichikos sveikatos centro) aptarnaujamų gyventojų skaičius	PSC, turintis iki 10 000 prirašytų gyventojų	19 %	78 %	4 %	0 %	100 %
	PSC, turintis nuo 10 000 iki 30 000 prirašytų gyventojų	23 %	75 %	2 %	0 %	100 %
	PSC, turintis nuo 30 000 iki 50 000 prirašytų gyventojų	18 %	82 %	0 %	0 %	100 %
	PSC, turintis nuo 50 000 iki 80 000 prirašytų gyventojų	33 %	67 %	0 %	0 %	100 %
	PSC, turintis 80 000 ir daugiau prirašytų gyventojų	18 %	82 %	0 %	0 %	100 %

	N = 496	Darbuotojai palaikytų tvarką ir autoritetą paslaugų naudotojų atžvilgiu	Būtų užtikrinta maloni, patogi ir stimuliuojanti aplinka, skatinanti išitraukimą ir bendravimą	Paslaugomis besinaudojantys žmonės galėtų priimti lankytojus tik tam tikru laiku	Nenurodė	Iš viso
Darbuotojų skaičius jūsų PSC / psichiatrijos arba psichoterapijos dienos stacionare / psichiatrijos stacionare	Iki 30	18 %	81 %	1 %	0 %	100 %
	Nuo 31 iki 50	32 %	63 %	0 %	5 %	100 %
	Nuo 51 iki 100	6 %	89 %	6 %	0 %	100 %
	Nuo 101 iki 200	14 %	86 %	0 %	0 %	100 %
Daugiau negu 200	9 %	83 %	0 %	9 %	100 %	
Ar jums teko kada nors pagal savo specialybę dirbti užsienyje?	Taip	22 %	78 %	0 %	0 %	100 %
	Ne	18 %	78 %	2 %	3 %	100 %

K20 Remiantis Jungtinių Tautų asmenų su negalia teisių konvencija (Neįgaliųjų teisių konvencija), kurie iš toliau išvardytų pavyzdžių yra smurto pavyzdys teikiant psichikos sveikatos paslaugas?

	N = 496	Elektroimpulsinė terapija su informuotu asmens sutikimu	Instrumentinis suvaržymas diržais	Specialisto išreikštas prieštaravimas paciento norams	Nenurodė	Iš viso
Visi respondentai	proc.	8 %	61 %	28 %	3 %	100 %
	N	24	193	89	9	315
Lytis	Moteris	8 %	60 %	29 %	3 %	100 %
	Vyras	6 %	69 %	25 %	0 %	100 %
Amžius	18–25	0 %	56 %	33 %	11 %	100 %
	26–35	2 %	64 %	32 %	2 %	100 %

	N = 496	Elektroimpulsinė terapija su informuotu asmens sutikimu	Instrumentinis suvaržymas diržais	Specialisto išreikštas prieštaravimas paciento norams	Nenurodė	Iš viso
Amžius	36–45	10 %	69 %	20 %	0 %	100 %
	46–55	6 %	63 %	27 %	4 %	100 %
	56–65	12 %	56 %	29 %	3 %	100 %
	Daugiau nei 65	6 %	53 %	41 %	0 %	100 %
Specialybė	Psichiatras (-ė)	5 %	60 %	35 %	0 %	100 %
	Slaugytojas (-a)	12 %	51 %	31 %	6 %	100 %
	Medicinos psichologas (-ė)	2 %	73 %	24 %	2 %	100 %
	Socialinis darbuotojas (-a)	9 %	61 %	27 %	2 %	100 %
	Slaugytojo (-os) padėjėjas (-a)	7 %	74 %	17 %	2 %	100 %
Darbo vietovė (pagrindinės darbovietės)	Didmiestis, kuriame gyvena daugiau nei 200 000 gyventojų	6 %	63 %	27 %	5 %	100 %
	Miestas, kuriame gyvena 30 001–200 000 gyventojų	10 %	61 %	29 %	0 %	100 %
	Miestas, kuriame gyvena 3 001–30 000 gyventojų	10 %	59 %	30 %	0 %	100 %
	Miestelis arba kaimas, kuriame gyvena iki 3 000 gyventojų	14 %	43 %	43 %	0 %	100 %
Profesinio darbo patirtis	Mažiau nei metai	15 %	46 %	31 %	8 %	100 %
	1–5 metai	7 %	68 %	24 %	0 %	100 %
	6–10 metų	6 %	68 %	23 %	2 %	100 %
	11–15 metų	0 %	67 %	27 %	7 %	100 %
	16–20 metų	5 %	67 %	29 %	0 %	100 %
	Daugiau nei 20 metų	10 %	55 %	31 %	4 %	100 %
Pagrindinė darbovietė	Psichikos sveikatos centras viešajame sektoriuje	10 %	59 %	30 %	0 %	100 %
	Psichikos sveikatos centras privačiame sektoriuje	4 %	74 %	22 %	0 %	100 %

	N = 496	Elektroimpulsinė terapija su informuotu asmens sutikimu	Instrumentinis suvaržymas diržais	Specialisto išreikštas prieštaravimas paciento norams	Nenurodė	Iš viso
Pagrindinė darbovietė	Psichiatrijos arba psichoterapijos dienos stacionaras viešajame sektoriuje	0 %	67 %	33 %	0 %	100 %
	Psichiatrijos arba psichoterapijos dienos stacionaras privačiame sektoriuje	0 %	100 %	0 %	0 %	100 %
	Psichiatrijos stacionaras viešajame sektoriuje	7 %	60 %	28 %	6 %	100 %
	Psichiatrijos stacionaras privačiame sektoriuje	0 %	100 %	0 %	0 %	100 %
Lovų / vietų skaičius pagrindinėje darbovietėje (stacionarai)	Iki 30 lovų / vietų	5 %	74 %	19 %	2 %	100 %
	Nuo 31 iki 50 lovų / vietų	0 %	40 %	50 %	10 %	100 %
	Nuo 51 iki 100 lovų / vietų	12 %	59 %	29 %	0 %	100 %
	Nuo 101 iki 200 lovų / vietų	11 %	44 %	44 %	0 %	100 %
	Daugiau negu 200 lovų / vietų	5 %	58 %	29 %	8 %	100 %
Pagrindinės darbovietės (psichikos sveikatos centro) aptarnaujamų gyventojų skaičius	PSC, turintis iki 10 000 prirašytų gyventojų	7 %	74 %	19 %	0 %	100 %
	PSC, turintis nuo 10 000 iki 30 000 prirašytų gyventojų	9 %	50 %	41 %	0 %	100 %
	PSC, turintis nuo 30 000 iki 50 000 prirašytų gyventojų	6 %	65 %	29 %	0 %	100 %
	PSC, turintis nuo 50 000 iki 80 000 prirašytų gyventojų	33 %	67 %	0 %	0 %	100 %
	PSC, turintis 80 000 ir daugiau prirašytų gyventojų	0 %	82 %	18 %	0 %	100 %

	N = 496	Elektroimpulsinė terapija su informuotu asmens sutikimu	Instrumentinis suvaržymas diržais	Specialisto išreikštas prieštaravimas paciento norams	Nenurodė	Iš viso
Darbuotojų skaičius jūsų PSC / psichiatrijos arba psichoterapijos dienos stacionare / psichiatrijos stacionare	Iki 30	7 %	59 %	33 %	1 %	100 %
	Nuo 31 iki 50	5 %	80 %	15 %	0 %	100 %
	Nuo 51 iki 100	17 %	61 %	22 %	0 %	100 %
	Nuo 101 iki 200	7 %	64 %	29 %	0 %	100 %
	Daugiau negu 200	6 %	51 %	34 %	9 %	100 %
Ar jums teko kada nors pagal savo specialybę dirbti užsienyje?	Taip	0 %	78 %	22 %	0 %	100 %
	Ne	8 %	61 %	29 %	3 %	100 %

- 1 Kokios teisės aktualios teikiant psichikos sveikatos priežiūros paslaugas? Išrinkite TRIS, jūsų nuomone, SVARBIAUSIAS teises ir jas suranguokite nuo svarbiausios iki mažiausiai svarbios.

Teisė į tinkamas gydymosi sąlygas, įskaitant maistą, patalpas, aplinką, pagarbą privatumui

	N = 294	Nepasirinko tarp 3 svarbiausių teisių	Pirma pagal svarbumą	Antra pagal svarbumą	Trečia pagal svarbumą	Iš viso
Visi respondentai	proc.	63 %	8 %	15 %	14 %	100 %
	N	184	24	44	42	294
Lytis	Moteris	62 %	8 %	15 %	15 %	100 %
	Vyras	69 %	10 %	10 %	10 %	100 %
Amžius	18–25	57 %	0 %	14 %	29 %	100 %
	26–35	54 %	5 %	15 %	27 %	100 %
	36–45	65 %	10 %	15 %	10 %	100 %
	46–55	66 %	8 %	14 %	12 %	100 %
	56–65	65 %	10 %	15 %	10 %	100 %
	Daugiau nei 65	43 %	0 %	29 %	29 %	100 %

	N = 294	Nepasirinko tarp 3 svarbiausių teisių	Pirma pagal svarbumą	Antra pagal svarbumą	Trečia pagal svarbumą	Iš viso
Specialybė	Psichiatras (-ė)	67 %	2 %	13 %	19 %	100 %
	Slaugytojas (-a)	56 %	11 %	21 %	12 %	100 %
	Medicinos psichologas (-ė)	70 %	4 %	8 %	19 %	100 %
	Socialinis darbuotojas (-a)	67 %	5 %	12 %	17 %	100 %
	Slaugytojo (-os) padėjėjas (-a)	56 %	24 %	18 %	3 %	100 %
Darbo vietovė (pagrindinės darbovietės)	Didmiestis, kuriame gyvena daugiau nei 200 000 gyventojų	58 %	9 %	19 %	14 %	100 %
	Miestas, kuriame gyvena 30 001–200 000 gyventojų	68 %	2 %	14 %	16 %	100 %
	Miestas, kuriame gyvena 3 001–30 000 gyventojų	70 %	10 %	7 %	12 %	100 %
	Miestelis arba kaimas, kuriame gyvena iki 3 000 gyventojų	57 %	14 %	0 %	29 %	100 %
Profesinio darbo patirtis	Mažiau nei metai	40 %	0 %	30 %	30 %	100 %
	1–5 metai	59 %	8 %	11 %	22 %	100 %
	6–10 metų	64 %	10 %	17 %	10 %	100 %
	11–15 metų	68 %	4 %	20 %	8 %	100 %
	16–20 metų	57 %	14 %	19 %	10 %	100 %
	Daugiau nei 20 metų	65 %	7 %	12 %	15 %	100 %
Pagrindinė darbovietė	Psichikos sveikatos centras viešajame sektoriuje	66 %	6 %	11 %	17 %	100 %
	Psichikos sveikatos centras privačiame sektoriuje	77 %	0 %	9 %	14 %	100 %
	Psichiatrijos arba psichoterapijos dienos stacionaras viešajame sektoriuje	58 %	8 %	8 %	25 %	100 %

	N = 294	Nepasirinko tarp 3 svarbiausių teisių	Pirma pagal svarbumą	Antra pagal svarbumą	Trečia pagal svarbumą	Iš viso
Pagrindinė darbovietė	Psichiatrijos arba psichoterapijos dienos stacionaras privačiame sektoriuje	50 %	0 %	50 %	0 %	100 %
	Psichiatrijos stacionaras viešajame sektoriuje	58 %	11 %	19 %	12 %	100 %
	Psichiatrijos stacionaras privačiame sektoriuje	100 %	0 %	0 %	0 %	100 %
Lovų / vietų skaičius pagrindinėje darbovietėje (stacionarai)	Iki 30 lovų / vietų	63 %	10 %	13 %	15 %	100 %
	Nuo 31 iki 50 lovų / vietų	67 %	0 %	22 %	11 %	100 %
	Nuo 51 iki 100 lovų / vietų	71 %	6 %	12 %	12 %	100 %
	Nuo 101 iki 200 lovų / vietų	78 %	0 %	11 %	11 %	100 %
	Daugiau negu 200 lovų / vietų	49 %	15 %	25 %	10 %	100 %
Pagrindinės darbovietės (psichikos sveikatos centro) aptarnaujamų gyventojų skaičius	PSC, turintis iki 10 000 prirašytų gyventojų	67 %	15 %	7 %	11 %	100 %
	PSC, turintis nuo 10 000 iki 30 000 prirašytų gyventojų	74 %	0 %	13 %	13 %	100 %
	PSC, turintis nuo 30 000 iki 50 000 prirašytų gyventojų	71 %	6 %	6 %	18 %	100 %
	PSC, turintis nuo 50 000 iki 80 000 prirašytų gyventojų	0 %	0 %	67 %	33 %	100 %
	PSC, turintis 80 000 ir daugiau prirašytų gyventojų	70 %	0 %	10 %	20 %	100 %

	N = 294	Nepasirinko tarp 3 svarbiausių teisių	Pirma pagal svarbumą	Antra pagal svarbumą	Trečia pagal svarbumą	Iš viso
Darbuotojų skaičius jūsų PSC / psichiatrijos arba psichoterapijos dienos stacionare / psichiatrijos stacionare	Iki 30	63 %	7 %	15 %	14 %	100 %
	Nuo 31 iki 50	62 %	8 %	21 %	10 %	100 %
	Nuo 51 iki 100	61 %	17 %	6 %	17 %	100 %
	Nuo 101 iki 200	54 %	0 %	23 %	23 %	100 %
	Daugiau negu 200	58 %	10 %	19 %	13 %	100 %
Ar jums teko kada nors pagal savo specialybę dirbti užsienyje?	Taip	44 %	22 %	33 %	0 %	100 %
	Ne	63 %	7 %	14 %	15 %	100 %

2 Kokios teisės aktualios teikiant psichikos sveikatos priežiūros paslaugas? Išrinkite TRIS, jūsų nuomone, SVARBIAUSIAS teises ir jas suranguokite nuo svarbiausios iki mažiausiai svarbios.

Teisė į kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas, pvz., kvalifikuotų specialistų teikiamas paslaugas, grįstas paslaugų vartotojo poreikiais, stiprinančias jo galimybes savarankiškai gyventi bendruomenėje

	N = 294	Nepasirinko tarp 3 svarbiausių teisių	Pirma pagal svarbumą	Antra pagal svarbumą	Trečia pagal svarbumą	Iš viso
Visi respondentai	proc.	31 %	38 %	16 %	14 %	100 %
	N	92	113	48	41	294
Lytis	Moteris	31 %	39 %	15 %	15 %	100 %
	Vyras	31 %	34 %	31 %	3 %	100 %
Amžius	18–25	0 %	57 %	29 %	14 %	100 %
	26–35	32 %	22 %	27 %	20 %	100 %
	36–45	35 %	46 %	8 %	10 %	100 %
	46–55	29 %	37 %	19 %	15 %	100 %
	56–65	31 %	42 %	15 %	12 %	100 %
	Daugiau nei 65	43 %	43 %	0 %	14 %	100 %

	N = 294	Nepasirinko tarp 3 svarbiausių teisių	Pirma pagal svarbumą	Antra pagal svarbumą	Trečia pagal svarbumą	Iš viso
Specialybė	Psichiatras (-ė)	33 %	30 %	22 %	16 %	100 %
	Slaugytojas (-a)	31 %	43 %	12 %	15 %	100 %
	Medicinos psichologas (-ė)	28 %	42 %	15 %	15 %	100 %
	Socialinis darbuotojas (-a)	33 %	31 %	24 %	12 %	100 %
	Slaugytojo (-os) padėjėjas (-a)	32 %	47 %	12 %	9 %	100 %
Darbo vietovė (pagrindinės darbovietės)	Didmiestis, kuriame gyvena daugiau nei 200 000 gyventojų	25 %	45 %	16 %	14 %	100 %
	Miestas, kuriame gyvena 30 001–200 000 gyventojų	38 %	26 %	16 %	20 %	100 %
	Miestas, kuriame gyvena 3 001–30 000 gyventojų	45 %	27 %	18 %	10 %	100 %
	Miestelis arba kaimas, kuriame gyvena iki 3 000 gyventojų	14 %	71 %	14 %	0 %	100 %
Profesinio darbo patirtis	Mažiau nei metai	10 %	40 %	20 %	30 %	100 %
	1–5 metai	22 %	30 %	30 %	19 %	100 %
	6–10 metų	43 %	33 %	12 %	12 %	100 %
	11–15 metų	20 %	52 %	16 %	12 %	100 %
	16–20 metų	31 %	40 %	26 %	2 %	100 %
	Daugiau nei 20 metų	34 %	39 %	11 %	16 %	100 %
Pagrindinė darbovietė	Psichikos sveikatos centras viešajame sektoriuje	36 %	37 %	15 %	12 %	100 %
	Psichikos sveikatos centras privačiame sektoriuje	41 %	18 %	18 %	23 %	100 %
	Psichiatrijos arba psichoterapijos dienos stacionaras viešajame sektoriuje	42 %	8 %	25 %	25 %	100 %

	N = 294	Nepasirinko tarp 3 svarbiausių teisių	Pirma pagal svarbumą	Antra pagal svarbumą	Trečia pagal svarbumą	Iš viso
Pagrindinė darbovietė	Psichiatrijos arba psichoterapijos dienos stacionarus privačiame sektoriuje	50 %	50 %	0 %	0 %	100 %
	Psichiatrijos stacionarus viešajame sektoriuje	25 %	45 %	16 %	14 %	100 %
	Psichiatrijos stacionarus privačiame sektoriuje	0 %	0 %	100 %	0 %	100 %
Lovų / vietų skaičius pagrindinėje darbovietėje (stacionarai)	Iki 30 lovų / vietų	30 %	38 %	18 %	15 %	100 %
	Nuo 31 iki 50 lovų / vietų	11 %	33 %	22 %	33 %	100 %
	Nuo 51 iki 100 lovų / vietų	29 %	47 %	12 %	12 %	100 %
	Nuo 101 iki 200 lovų / vietų	22 %	33 %	33 %	11 %	100 %
	Daugiau negu 200 lovų / vietų	25 %	47 %	15 %	13 %	100 %
Pagrindinės darbovietės (psichikos sveikatos centro) aptarnaujamų gyventojų skaičius	PSC, turintis iki 10 000 prirašytų gyventojų	37 %	26 %	26 %	11 %	100 %
	PSC, turintis nuo 10 000 iki 30 000 prirašytų gyventojų	37 %	35 %	15 %	13 %	100 %
	PSC, turintis nuo 30 000 iki 50 000 prirašytų gyventojų	24 %	35 %	24 %	18 %	100 %
	PSC, turintis nuo 50 000 iki 80 000 prirašytų gyventojų	33 %	67 %	0 %	0 %	100 %
	PSC, turintis 80 000 ir daugiau prirašytų gyventojų	40 %	40 %	0 %	20 %	100 %

	N = 294	Nepasirinko tarp 3 svarbiausių teisių	Pirma pagal svarbumą	Antra pagal svarbumą	Trečia pagal svarbumą	Iš viso
Darbuotojų skaičius jūsų PSC / psichiatrijos arba psichoterapijos dienos stacionare / psichiatrijos stacionare	Iki 30	34 %	35 %	16 %	14 %	100 %
	Nuo 31 iki 50	28 %	49 %	13 %	10 %	100 %
	Nuo 51 iki 100	39 %	28 %	6 %	28 %	100 %
	Nuo 101 iki 200	15 %	38 %	38 %	8 %	100 %
	Daugiau negu 200	26 %	39 %	19 %	16 %	100 %
Ar jums teko kada nors pagal savo specialybę dirbti užsienyje?	Taip	22 %	44 %	11 %	22 %	100 %
	Ne	32 %	38 %	16 %	14 %	100 %

- 3 Kokios teisės aktualios teikiant psichikos sveikatos priežiūros paslaugas? Išrinkite TRIS, jūsų nuomone, SVARBIAUSIAS teises ir jas suranguokite nuo svarbiausios iki mažiausiai svarbios.

Teisė į veiksmumą ir asmens laisvę ir saugumą – gauti gydymą su laisvu ir informuotu sutikimu (pvz., pirmenybė visada teikiama paslaugų vartotojų pageidavimui dėl gydymo vietos ir formos)

	N = 294	Nepasirinko tarp 3 svarbiausių teisių	Pirma pagal svarbumą	Antra pagal svarbumą	Trečia pagal svarbumą	Iš viso
Visi respondentai	proc.	60 %	12 %	17 %	11 %	100 %
	N	175	36	51	32	294
Lytis	Moteris	60 %	12 %	18 %	10 %	100 %
	Vyras	55 %	14 %	10 %	21 %	100 %
Amžius	18–25	43 %	0 %	43 %	14 %	100 %
	26–35	61 %	15 %	15 %	10 %	100 %
	36–45	56 %	8 %	25 %	10 %	100 %
	46–55	58 %	13 %	16 %	14 %	100 %
	56–65	62 %	12 %	17 %	9 %	100 %
	Daugiau nei 65	71 %	21 %	0 %	7 %	100 %

	N = 294	Nepasirinko tarp 3 svarbiausių teisių	Pirma pagal svar- bumą	Antra pagal svar- bumą	Trečia pagal svar- bumą	Iš viso
Specialybė	Psichiatras (-ė)	56 %	17 %	13 %	14 %	100 %
	Slaugytojas (-a)	60 %	10 %	19 %	11 %	100 %
	Medicinos psicholo- gas (-ė)	64 %	9 %	13 %	13 %	100 %
	Socialinis darbuoto- jas (-a)	62 %	14 %	19 %	5 %	100 %
	Slaugytojo (-os) padėjėjas (-a)	53 %	12 %	26 %	9 %	100 %
Darbo vietovė (pagrindi- nės darbo- vietės)	Didmiestis, kuriame gyvena daugiau nei 200 000 gyventojų	58 %	12 %	20 %	9 %	100 %
	Miestas, kuriame gy- vena 30 001–200 000 gyventojų	56 %	8 %	16 %	20 %	100 %
	Miestas, kuriame gyvena 3 001–30 000 gyventojų	64 %	16 %	12 %	7 %	100 %
	Miestelis arba kai- mas, kuriame gyvena iki 3 000 gyventojų	71 %	0 %	14 %	14 %	100 %
Profesinio darbo patirtis	Mažiau nei metai	50 %	10 %	20 %	20 %	100 %
	1–5 metai	59 %	14 %	16 %	11 %	100 %
	6–10 metų	64 %	10 %	10 %	17 %	100 %
	11–15 metų	48 %	4 %	40 %	8 %	100 %
	16–20 metų	62 %	12 %	17 %	10 %	100 %
	Daugiau nei 20 metų	61 %	15 %	15 %	9 %	100 %
Pagrindinė darbovietė	Psichikos sveikatos centras viešajame sektoriuje	66 %	10 %	14 %	10 %	100 %
	Psichikos sveikatos centras privačiame sektoriuje	50 %	18 %	18 %	14 %	100 %
	Psichiatrijos arba psi- choterapijos dienos stacionaras viešajame sektoriuje	75 %	17 %	0 %	8 %	100 %
	Psichiatrijos arba psi- choterapijos dienos stacionaras privačia- me sektoriuje	0 %	50 %	50 %	0 %	100 %

	N = 294	Nepasirinko tarp 3 svarbiausių teisių	Pirma pagal svar- bumą	Antra pagal svar- bumą	Trečia pagal svar- bumą	Iš viso
Pagrindinė darbovietė	Psichiatrijos stacio- narus viešajame sektoriuje	56 %	12 %	21 %	12 %	100 %
	Psichiatrijos stacio- narus privačiame sektoriuje	0 %	100 %	0 %	0 %	100 %
Lovų / vietų skaičius pa- grindinėje darbovietėje (stacio- nariai)	Iki 30 lovų / vietų	50 %	15 %	25 %	10 %	100 %
	Nuo 31 iki 50 lovų / vietų	89 %	11 %	0 %	0 %	100 %
	Nuo 51 iki 100 lovų / vietų	41 %	18 %	24 %	18 %	100 %
	Nuo 101 iki 200 lovų / vietų	33 %	11 %	44 %	11 %	100 %
	Daugiau negu 200 lovų / vietų	61 %	13 %	16 %	10 %	100 %
Pagrindinės darbovietės (psichikos sveikatos centro) ap- tarnaujamų gyventojų skaičius	PSC, turintis iki 10 000 prirašytų gyventojų	70 %	11 %	4 %	15 %	100 %
	PSC, turintis nuo 10 000 iki 30 000 prirašytų gyventojų	59 %	13 %	17 %	11 %	100 %
	PSC, turintis nuo 30 000 iki 50 000 prirašytų gyventojų	59 %	6 %	29 %	6 %	100 %
	PSC, turintis nuo 50 000 iki 80 000 prirašytų gyventojų	100 %	0 %	0 %	0 %	100 %
	PSC, turintis 80 000 ir daugiau prirašytų gyventojų	70 %	20 %	10 %	0 %	100 %
Darbuotojų skaičius jūsų PSC / psichia- trijos arba psichoterapijos dienos stacionare / psichiatrijos stacio- nare	Iki 30	61 %	12 %	16 %	11 %	100 %
	Nuo 31 iki 50	67 %	13 %	13 %	8 %	100 %
	Nuo 51 iki 100	56 %	22 %	11 %	11 %	100 %
	Nuo 101 iki 200	46 %	15 %	8 %	31 %	100 %
	Daugiau negu 200	48 %	19 %	19 %	13 %	100 %

	N = 294	Nepasirinko tarp 3 svarbiausių teisių	Pirma pagal svarbumą	Antra pagal svarbumą	Trečia pagal svarbumą	Iš viso
Ar jums teko kada nors pagal savo specialybę dirbti užsienyje?	Taip	44 %	11 %	33 %	11 %	100 %
	Ne	60 %	12 %	17 %	11 %	100 %

- 4 Kokios teisės aktualios teikiant psichikos sveikatos priežiūros paslaugas? Išrinkite TRIS, jūsų nuomone, SVARBIAUSIAS teises ir jas suranguokite nuo svarbiausios iki mažiausiai svarbios.

Teisė nebūti kankinamam ar nepatirti žiauraus, nežmoniško ar žeminančio elgesio

	N = 294	Nepasirinko tarp 3 svarbiausių teisių	Pirma pagal svarbumą	Antra pagal svarbumą	Trečia pagal svarbumą	Iš viso
Visi respondentai	proc.	51 %	16 %	17 %	16 %	100 %
	N	151	46	50	47	294
Lytis	Moteris	52 %	16 %	17 %	15 %	100 %
	Vyras	45 %	10 %	17 %	28 %	100 %
Amžius	18–25	43 %	43 %	0 %	14 %	100 %
	26–35	41 %	27 %	22 %	10 %	100 %
	36–45	60 %	10 %	6 %	23 %	100 %
	46–55	52 %	15 %	18 %	16 %	100 %
	56–65	49 %	12 %	20 %	18 %	100 %
	Daugiau nei 65	64 %	14 %	21 %	0 %	100 %
Specialybė	Psichiatras (-ė)	53 %	20 %	17 %	9 %	100 %
	Slaugytojas (-a)	52 %	16 %	17 %	15 %	100 %
	Medicinos psichologas (-ė)	62 %	15 %	15 %	8 %	100 %
	Socialinis darbuotojas (-a)	43 %	14 %	21 %	21 %	100 %
	Slaugytojo (-os) padėjėjas (-a)	38 %	9 %	15 %	38 %	100 %
Darbo vietovė (pagrindinės darbovietės)	Didmiestis, kuriame gyvena daugiau nei 200 000 gyventojų	48 %	15 %	18 %	19 %	100 %

	N = 294	Nepasirinko tarp 3 svarbiausių teisių	Pirma pagal svarbumą	Antra pagal svarbumą	Trečia pagal svarbumą	Iš viso
Darbo vietovė (pagrindinės darbovietės)	Miestas, kuriame gyvena 30 001–200 000 gyventojų	56 %	18 %	18 %	8 %	100 %
	Miestas, kuriame gyvena 3 001–30 000 gyventojų	55 %	16 %	15 %	13 %	100 %
	Miestelis arba kaimas, kuriame gyvena iki 3 000 gyventojų	71 %	0 %	14 %	14 %	100 %
Profesinio darbo patirtis	Mažiau nei metai	50 %	30 %	20 %	0 %	100 %
	1–5 metai	51 %	19 %	11 %	19 %	100 %
	6–10 metų	50 %	21 %	17 %	12 %	100 %
	11–15 metų	36 %	20 %	12 %	32 %	100 %
	16–20 metų	52 %	12 %	10 %	26 %	100 %
	Daugiau nei 20 metų	54 %	12 %	22 %	12 %	100 %
Pagrindinė darbovietė	Psichikos sveikatos centras viešajame sektoriuje	60 %	13 %	17 %	10 %	100 %
	Psichikos sveikatos centras privačiame sektoriuje	45 %	32 %	9 %	14 %	100 %
	Psichiatrijos arba psichoterapijos dienos stacionaras viešajame sektoriuje	50 %	17 %	17 %	17 %	100 %
	Psichiatrijos arba psichoterapijos dienos stacionaras privačiame sektoriuje	100 %	0 %	0 %	0 %	100 %
	Psichiatrijos stacionaras viešajame sektoriuje	44 %	15 %	19 %	22 %	100 %
	Psichiatrijos stacionaras privačiame sektoriuje	100 %	0 %	0 %	0 %	100 %
Lovų / vietų skaičius pagrindinėje darbovietėje (stacionariai)	Iki 30 lovų / vietų	45 %	15 %	18 %	23 %	100 %
	Nuo 31 iki 50 lovų / vietų	33 %	22 %	22 %	22 %	100 %
	Nuo 51 iki 100 lovų / vietų	35 %	6 %	35 %	24 %	100 %

	N = 294	Nepasirinko tarp 3 svarbiausių teisių	Pirma pagal svarbumą	Antra pagal svarbumą	Trečia pagal svarbumą	Iš viso
	Nuo 101 iki 200 lovų / vietų	67 %	22 %	0 %	11 %	100 %
	Daugiau negu 200 lovų / vietų	46 %	16 %	16 %	22 %	100 %
Pagrindinės darbovietės (psichikos sveikatos centro) aptarnaujamų gyventojų skaičius	PSC, turintis iki 10 000 prirašytų gyventojų	48 %	22 %	15 %	15 %	100 %
	PSC, turintis nuo 10 000 iki 30 000 prirašytų gyventojų	61 %	11 %	15 %	13 %	100 %
	PSC, turintis nuo 30 000 iki 50 000 prirašytų gyventojų	71 %	18 %	6 %	6 %	100 %
	PSC, turintis nuo 50 000 iki 80 000 prirašytų gyventojų	67 %	0 %	33 %	0 %	100 %
	PSC, turintis 80 000 ir daugiau prirašytų gyventojų	50 %	10 %	40 %	0 %	100 %
Darbuotojų skaičius jūsų PSC / psichiatrijos arba psichoterapijos dienos stacionare / psichiatrijos stacionare	Iki 30	55 %	16 %	13 %	16 %	100 %
	Nuo 31 iki 50	49 %	13 %	18 %	21 %	100 %
	Nuo 51 iki 100	44 %	6 %	28 %	22 %	100 %
	Nuo 101 iki 200	54 %	23 %	15 %	8 %	100 %
	Daugiau negu 200	55 %	16 %	19 %	10 %	100 %
Ar jums teko kada nors pagal savo specialybę dirbti užsienyje?	Taip	89 %	0 %	11 %	0 %	100 %
	Ne	50 %	16 %	17 %	17 %	100 %

- 5 Kokios teisės aktualios teikiant psichikos sveikatos priežiūros paslaugas? Išrinkite TRIS, jūsų nuomone, SVARBIAUSIAS teises ir jas suranguokite nuo svarbiausios iki mažiausiai svarbios.

Teisė nepatirti smurto ir prievartos

	N = 294	Nepasirinko tarp 3 svarbiausių teisių	Pirma pagal svarbumą	Antra pagal svarbumą	Trečia pagal svarbumą	Iš viso
Visi respondentai	proc.	62 %	11 %	14 %	13 %	100 %
	N	183	31	41	39	294
Lytis	Moteris	61 %	10 %	14 %	14 %	100 %
	Vyras	69 %	14 %	14 %	3 %	100 %
Amžius	18–25	86 %	0 %	0 %	14 %	100 %
	26–35	59 %	17 %	12 %	12 %	100 %
	36–45	71 %	4 %	17 %	8 %	100 %
	46–55	56 %	16 %	15 %	14 %	100 %
	56–65	64 %	7 %	12 %	17 %	100 %
	Daugiau nei 65	64 %	7 %	21 %	7 %	100 %
Specialybė	Psichiatras (-ė)	56 %	14 %	17 %	13 %	100 %
	Slaugytojas (-a)	68 %	5 %	11 %	16 %	100 %
	Medicinos psichologas (-ė)	58 %	17 %	15 %	9 %	100 %
	Socialinis darbuotojas (-a)	60 %	14 %	12 %	14 %	100 %
	Slaugytojo (-os) padėjėjas (-a)	65 %	6 %	18 %	12 %	100 %
Darbo vietoje (pagrindinės darbovietės)	Didmiestis, kuriame gyvena daugiau nei 200 000 gyventojų	61 %	12 %	14 %	14 %	100 %
	Miestas, kuriame gyvena 30 001–200 000 gyventojų	64 %	12 %	12 %	12 %	100 %
	Miestas, kuriame gyvena 3 001–30 000 gyventojų	63 %	7 %	16 %	13 %	100 %
	Miestelis arba kaimas, kuriame gyvena iki 3 000 gyventojų	71 %	0 %	14 %	14 %	100 %

	N = 294	Nepasirinko tarp 3 svarbiausių teisių	Pirma pagal svarbumą	Antra pagal svarbumą	Trečia pagal svarbumą	Iš viso
Profesinio darbo partitis	Mažiau nei metai	80 %	10 %	0 %	10 %	100 %
	1–5 metai	78 %	11 %	5 %	5 %	100 %
	6–10 metų	52 %	5 %	26 %	17 %	100 %
	11–15 metų	72 %	12 %	8 %	8 %	100 %
	16–20 metų	64 %	10 %	14 %	12 %	100 %
	Daugiau nei 20 metų	57 %	12 %	15 %	16 %	100 %
Pagrindinė darbovietė	Psichikos sveikatos centras viešajame sektoriuje	65 %	9 %	13 %	13 %	100 %
	Psichikos sveikatos centras privačiame sektoriuje	68 %	14 %	18 %	0 %	100 %
	Psichiatrijos arba psichoterapijos dienos stacionaras viešajame sektoriuje	50 %	25 %	17 %	8 %	100 %
	Psichiatrijos arba psichoterapijos dienos stacionaras privačiame sektoriuje	100 %	0 %	0 %	0 %	100 %
	Psichiatrijos stacionaras viešajame sektoriuje	60 %	10 %	14 %	16 %	100 %
	Psichiatrijos stacionaras privačiame sektoriuje	100 %	0 %	0 %	0 %	100 %
Lovų / vietų skaičius pagrindinėje darbovietėje (stacionarai)	Iki 30 lovų / vietų	63 %	13 %	15 %	10 %	100 %
	Nuo 31 iki 50 lovų / vietų	33 %	22 %	11 %	33 %	100 %
	Nuo 51 iki 100 lovų / vietų	76 %	12 %	0 %	12 %	100 %
	Nuo 101 iki 200 lovų / vietų	78 %	11 %	0 %	11 %	100 %
	Daugiau negu 200 lovų / vietų	57 %	6 %	19 %	18 %	100 %
Pagrindinės darbovietės (psichikos sveikatos centro) aptarnaujamų gyventojų skaičius	PSC, turintis iki 10 000 prirašytų gyventojų	74 %	4 %	19 %	4 %	100 %
	PSC, turintis nuo 10 000 iki 30 000 prirašytų gyventojų	56 %	9 %	17 %	19 %	100 %

	N = 294	Nepasirinko tarp 3 svarbiausių teisių	Pirma pagal svarbumą	Antra pagal svarbumą	Trečia pagal svarbumą	Iš viso
	PSC, turintis nuo 30 000 iki 50 000 prirašytų gyventojų	76 %	0 %	6 %	18 %	100 %
	PSC, turintis nuo 50 000 iki 80 000 prirašytų gyventojų	33 %	33 %	0 %	33 %	100 %
	PSC, turintis 80 000 ir daugiau prirašytų gyventojų	70 %	30 %	0 %	0 %	100 %
Darbuotojų skaičius jūsų PSC / psichiatrijos arba psichoterapijos dienos stacionare / psichiatrijos stacionare	Iki 30	64 %	8 %	14 %	14 %	100 %
	Nuo 31 iki 50	59 %	13 %	13 %	15 %	100 %
	Nuo 51 iki 100	44 %	22 %	17 %	17 %	100 %
	Nuo 101 iki 200	92 %	0 %	8 %	0 %	100 %
	Daugiau negu 200	58 %	10 %	13 %	19 %	100 %
Ar jums teko kada nors pagal savo specialybę dirbti užsienyje?	Taip	33 %	22 %	0 %	44 %	100 %
	Ne	63 %	10 %	14 %	12 %	100 %

6 Kokios teisės aktualios teikiant psichikos sveikatos priežiūros paslaugas? Išrinkite TRIS, jūsų nuomone, SVARBIAUSIAS teises ir jas suranguokite nuo svarbiausios iki mažiausiai svarbios.

Teisė gyventi savarankiškai ir būti įtrauktam į bendruomenę

	N = 294	Nepasirinko tarp 3 svarbiausių teisių	Pirma pagal svarbumą	Antra pagal svarbumą	Trečia pagal svarbumą	Iš viso
Visi respondentai	proc.	80 %	3 %	7 %	10 %	100 %
	N	235	10	20	29	294
Lytis	Moteris	81 %	4 %	6 %	9 %	100 %
	Vyras	72 %	0 %	14 %	14 %	100 %
Amžius	18–25	86 %	0 %	14 %	0 %	100 %
	26–35	90 %	0 %	2 %	7 %	100 %

	N = 294	Nepasirinko tarp 3 svarbiausių teisių	Pirma pagal svarbumą	Antra pagal svarbumą	Trečia pagal svarbumą	Iš viso
Amžius	36–45	71 %	4 %	13 %	13 %	100 %
	46–55	81 %	3 %	6 %	9 %	100 %
	56–65	80 %	4 %	6 %	10 %	100 %
	Daugiau nei 65	71 %	7 %	7 %	14 %	100 %
Specialybė	Psichiatras (-ė)	72 %	5 %	13 %	11 %	100 %
	Slaugytojas (-a)	84 %	2 %	7 %	7 %	100 %
	Medicinos psichologas (-ė)	75 %	2 %	6 %	17 %	100 %
	Socialinis darbuotojas (-a)	71 %	10 %	5 %	14 %	100 %
	Slaugytojo (-os) padėjėjas (-a)	100 %	0 %	0 %	0 %	100 %
Darbo vietovė (pagrindinės darbovietės)	Didmiestis, kuriame gyvena daugiau nei 200 000 gyventojų	87 %	2 %	4 %	7 %	100 %
	Miestas, kuriame gyvena 30 001–200 000 gyventojų	70 %	4 %	12 %	14 %	100 %
	Miestas, kuriame gyvena 3 001–30 000 gyventojų	69 %	6 %	10 %	15 %	100 %
	Miestelis arba kaimas, kuriame gyvena iki 3 000 gyventojų	86 %	0 %	14 %	0 %	100 %
Profesinio darbo patirtis	Mažiau nei metai	90 %	0 %	10 %	0 %	100 %
	1–5 metai	76 %	5 %	14 %	5 %	100 %
	6–10 metų	86 %	0 %	5 %	10 %	100 %
	11–15 metų	80 %	0 %	4 %	16 %	100 %
	16–20 metų	81 %	2 %	5 %	12 %	100 %
	Daugiau nei 20 metų	78 %	5 %	7 %	10 %	100 %
Pagrindinė darbovietė	Psichikos sveikatos centras viešajame sektoriuje	67 %	6 %	13 %	13 %	100 %
	Psichikos sveikatos centras privačiame sektoriuje	77 %	5 %	0 %	18 %	100 %
	Psichiatrijos arba psichoterapijos dienos stacionaras viešajame sektoriuje	50 %	8 %	25 %	17 %	100 %

	N = 294	Nepasirinko tarp 3 svarbiausių teisių	Pirma pagal svarbumą	Antra pagal svarbumą	Trečia pagal svarbumą	Iš viso
Pagrindinė darbovietė	Psichiatrijos arba psichoterapijos dienos stacionaras privačiame sektoriuje	0 %	0 %	0 %	100 %	100 %
	Psichiatrijos stacionaras viešajame sektoriuje	94 %	1 %	1 %	4 %	100 %
	Psichiatrijos stacionaras privačiame sektoriuje	100 %	0 %	0 %	0 %	100 %
Lovų / vietų skaičius pagrindinėje darbovietėje (stacionarai)	Iki 30 lovų / vietų	83 %	3 %	3 %	13 %	100 %
	Nuo 31 iki 50 lovų / vietų	78 %	0 %	22 %	0 %	100 %
	Nuo 51 iki 100 lovų / vietų	82 %	0 %	6 %	12 %	100 %
	Nuo 101 iki 200 lovų / vietų	67 %	0 %	0 %	33 %	100 %
	Daugiau negu 200 lovų / vietų	99 %	1 %	0 %	0 %	100 %
Pagrindinės darbovietės (psichikos sveikatos centro) aptarnaujamų gyventojų skaičius	PSC, turintis iki 10 000 prirašytų gyventojų	74 %	4 %	7 %	15 %	100 %
	PSC, turintis nuo 10 000 iki 30 000 prirašytų gyventojų	74 %	11 %	9 %	6 %	100 %
	PSC, turintis nuo 30 000 iki 50 000 prirašytų gyventojų	65 %	6 %	12 %	18 %	100 %
	PSC, turintis nuo 50 000 iki 80 000 prirašytų gyventojų	100 %	0 %	0 %	0 %	100 %
	PSC, turintis 80 000 ir daugiau prirašytų gyventojų	50 %	0 %	30 %	20 %	100 %
Darbuotojų skaičius jūsų PSC / psichiatrijos arba psichoterapijos dienos stacionare / psichiatrijos stacionare	Iki 30	75 %	5 %	10 %	10 %	100 %
	Nuo 31 iki 50	79 %	0 %	5 %	15 %	100 %
	Nuo 51 iki 100	83 %	6 %	11 %	0 %	100 %
	Nuo 101 iki 200	85 %	0 %	0 %	15 %	100 %
	Daugiau negu 200	90 %	3 %	0 %	6 %	100 %

	N = 294	Nepasirinko tarp 3 svarbiausių teisių	Pirma pagal svarbumą	Antra pagal svarbumą	Trečia pagal svarbumą	Iš viso
Ar jums teko kada nors pagal savo specialybę dirbti užsienyje?	Taip	78 %	0 %	0 %	22 %	100 %
	Ne	80 %	4 %	7 %	10 %	100 %

- 7 Kokios teisės aktualios teikiant psichikos sveikatos priežiūros paslaugas? Išrinkite TRIS, jūsų nuomone, SVARBIAUSIAS teises ir jas suranguokite nuo svarbiausios iki mažiausiai svarbios.

Teisė pasirinkti sveikatos priežiūros įstaigą ir sveikatos priežiūros specialistą

	N = 294	Nepasirinko tarp 3 svarbiausių teisių	Pirma pagal svarbumą	Antra pagal svarbumą	Trečia pagal svarbumą	Iš viso
Visi respondentai	proc.	71 %	10 %	9 %	10 %	100 %
	N	209	28	27	30	294
Lytis	Moteris	70 %	9 %	10 %	11 %	100 %
	Vyras	79 %	10 %	3 %	7 %	100 %
Amžius	18–25	86 %	0 %	0 %	14 %	100 %
	26–35	80 %	10 %	7 %	2 %	100 %
	36–45	54 %	17 %	10 %	19 %	100 %
	46–55	75 %	7 %	9 %	8 %	100 %
	56–65	71 %	9 %	9 %	11 %	100 %
	Daugiau nei 65	71 %	7 %	14 %	7 %	100 %
Specialybė	Psichiatras (-ė)	75 %	11 %	5 %	9 %	100 %
	Slaugytojas (-a)	72 %	10 %	7 %	11 %	100 %
	Medicinos psichologas (-ė)	53 %	11 %	23 %	13 %	100 %
	Socialinis darbuotojas (-a)	74 %	10 %	7 %	10 %	100 %
	Slaugytojo (-os) padėjėjas (-a)	85 %	3 %	6 %	6 %	100 %
Darbo vietovė (pagrindinės darbovietės)	Didmiestis, kuriame gyvena daugiau nei 200 000 gyventojų	81 %	3 %	5 %	11 %	100 %

	N = 294	Nepasirinko tarp 3 svarbiausių teisių	Pirma pagal svarbumą	Antra pagal svarbumą	Trečia pagal svarbumą	Iš viso
Darbo vietovė (pagrindinės darbovietės)	Miestas, kuriame gyvena 30 001–200 000 gyventojų	58 %	26 %	10 %	6 %	100 %
	Miestas, kuriame gyvena 3 001–30 000 gyventojų	60 %	13 %	16 %	10 %	100 %
	Miestelis arba kaimas, kuriame gyvena iki 3 000 gyventojų	43 %	14 %	29 %	14 %	100 %
Profesinio darbo patirtis	Mažiau nei metai	80 %	10 %	0 %	10 %	100 %
	1–5 metai	70 %	14 %	8 %	8 %	100 %
	6–10 metų	67 %	14 %	10 %	10 %	100 %
	11–15 metų	76 %	8 %	0 %	16 %	100 %
	16–20 metų	76 %	10 %	5 %	10 %	100 %
	Daugiau nei 20 metų	70 %	7 %	13 %	9 %	100 %
Pagrindinė darbovietė	Psichikos sveikatos centras viešajame sektoriuje	58 %	18 %	12 %	13 %	100 %
	Psichikos sveikatos centras privačiame sektoriuje	68 %	9 %	23 %	0 %	100 %
	Psichiatrijos arba psichoterapijos dienos stacionaras viešajame sektoriuje	83 %	8 %	8 %	0 %	100 %
	Psichiatrijos arba psichoterapijos dienos stacionaras privačiame sektoriuje	100 %	0 %	0 %	0 %	100 %
	Psichiatrijos stacionaras viešajame sektoriuje	81 %	3 %	6 %	10 %	100 %
	Psichiatrijos stacionaras privačiame sektoriuje	0 %	0 %	0 %	100 %	100 %
Lovų / vietų skaičius pagrindinėje darbovietėje (stacionarai)	Iki 30 lovų / vietų	83 %	5 %	5 %	8 %	100 %
	Nuo 31 iki 50 lovų / vietų	89 %	11 %	0 %	0 %	100 %
	Nuo 51 iki 100 lovų / vietų	71 %	6 %	12 %	12 %	100 %
	Nuo 101 iki 200 lovų / vietų	67 %	22 %	11 %	0 %	100 %
	Daugiau negu 200 lovų / vietų	85 %	0 %	3 %	13 %	100 %

	N = 294	Nepasirinko tarp 3 svarbiausių teisių	Pirma pagal svarbumą	Antra pagal svarbumą	Trečia pagal svarbumą	Iš viso
Pagrindinės darbovietės (psichikos sveikatos centro) aptarnaujamų gyventojų skaičius	PSC, turintis iki 10 000 prirašytų gyventojų	56 %	19 %	11 %	15 %	100 %
	PSC, turintis nuo 10 000 iki 30 000 prirašytų gyventojų	59 %	17 %	15 %	9 %	100 %
	PSC, turintis nuo 30 000 iki 50 000 prirašytų gyventojų	47 %	29 %	12 %	12 %	100 %
	PSC, turintis nuo 50 000 iki 80 000 prirašytų gyventojų	67 %	0 %	0 %	33 %	100 %
	PSC, turintis 80 000 ir daugiau prirašytų gyventojų	60 %	0 %	10 %	30 %	100 %
Darbuotojų skaičius jūsų PSC / psichiatrijos arba psichoterapijos dienos stacionare / psichiatrijos stacionare	Iki 30	65 %	14 %	11 %	10 %	100 %
	Nuo 31 iki 50	79 %	5 %	10 %	5 %	100 %
	Nuo 51 iki 100	72 %	0 %	22 %	6 %	100 %
	Nuo 101 iki 200	69 %	15 %	8 %	8 %	100 %
	Daugiau negu 200	81 %	3 %	3 %	13 %	100 %
Ar jums teko kada nors pagal savo specialybę dirbti užsienyje?	Taip	89 %	0 %	11 %	0 %	100 %
	Ne	71 %	10 %	9 %	10 %	100 %

- 8 Kokios teisės aktualios teikiant psichikos sveikatos priežiūros paslaugas? Išrinkite TRIS, jūsų nuomone, SVARBIAUSIAS teises ir jas suranguokite nuo svarbiausios iki mažiausiai svarbios.

Teisė į informaciją, teisė susipažinti su įrašais savo medicinos dokumentuose

	N = 294	Nepasirinko tarp 3 svarbiausių teisių	Pirma pagal svarbumą	Antra pagal svarbumą	Trečia pagal svarbumą	Iš viso
Visi respondentai	proc.	85 %	2 %	4 %	9 %	100 %
	N	250	6	11	27	294

	N = 294	Nepasirinko tarp 3 svarbiausių teisių	Pirma pagal svarbumą	Antra pagal svarbumą	Trečia pagal svarbumą	Iš viso
Lytis	Moteris	85 %	2 %	4 %	9 %	100 %
	Vyras	83 %	7 %	0 %	10 %	100 %
Amžius	18–25	100 %	0 %	0 %	0 %	100 %
	26–35	85 %	5 %	0 %	10 %	100 %
	36–45	94 %	0 %	4 %	2 %	100 %
	46–55	84 %	1 %	3 %	12 %	100 %
	56–65	82 %	3 %	6 %	9 %	100 %
	Daugiau nei 65	71 %	0 %	7 %	21 %	100 %
Specialybė	Psichiatras (-ė)	89 %	2 %	2 %	8 %	100 %
	Slaugytojas (-a)	82 %	4 %	5 %	9 %	100 %
	Medicinos psichologas (-ė)	89 %	0 %	6 %	6 %	100 %
	Socialinis darbuotojas (-a)	90 %	2 %	0 %	7 %	100 %
	Slaugytojo (-os) padėjėjas (-a)	74 %	0 %	6 %	21 %	100 %
Darbo vietoje (pagrindinės darbovietės)	Didmiestis, kuriame gyvena daugiau nei 200 000 gyventojų	84 %	1 %	5 %	10 %	100 %
	Miestas, kuriame gyvena 30 001–200 000 gyventojų	92 %	4 %	2 %	2 %	100 %
	Miestas, kuriame gyvena 3 001–30 000 gyventojų	82 %	3 %	3 %	12 %	100 %
	Miestelis arba kaimas, kuriame gyvena iki 3 000 gyventojų	86 %	0 %	0 %	14 %	100 %
Profesinio darbo patirtis	Mažiau nei metai	100 %	0 %	0 %	0 %	100 %
	1–5 metai	92 %	0 %	5 %	3 %	100 %
	6–10 metų	74 %	7 %	5 %	14 %	100 %
	11–15 metų	100 %	0 %	0 %	0 %	100 %
	16–20 metų	81 %	0 %	2 %	17 %	100 %
	Daugiau nei 20 metų	84 %	2 %	4 %	9 %	100 %
Pagrindinė darbovietė	Psichikos sveikatos centras viešajame sektoriuje	86 %	1 %	5 %	8 %	100 %
	Psichikos sveikatos centras privačiame sektoriuje	82 %	5 %	0 %	14 %	100 %

	N = 294	Nepasirinko tarp 3 svarbiausių teisių	Pirma pagal svarbumą	Antra pagal svarbumą	Trečia pagal svarbumą	Iš viso
	Psichiatrijos arba psichoterapijos dienos stacionarus viešajame sektoriuje	92 %	8 %	0 %	0 %	100 %
	Psichiatrijos arba psichoterapijos dienos stacionarus privačiame sektoriuje	100 %	0 %	0 %	0 %	100 %
	Psichiatrijos stacionarus viešajame sektoriuje	84 %	2 %	3 %	10 %	100 %
	Psichiatrijos stacionarus privačiame sektoriuje	100 %	0 %	0 %	0 %	100 %
Lovų / vietų skaičius pagrindinėje darbovietėje (stacionarai)	Iki 30 lovų / vietų	90 %	3 %	3 %	5 %	100 %
	Nuo 31 iki 50 lovų / vietų	100 %	0 %	0 %	0 %	100 %
	Nuo 51 iki 100 lovų / vietų	94 %	6 %	0 %	0 %	100 %
	Nuo 101 iki 200 lovų / vietų	89 %	0 %	0 %	11 %	100 %
	Daugiau negu 200 lovų / vietų	78 %	1 %	5 %	15 %	100 %
Pagrindinės darbovietės (psichikos sveikatos centro) aptarnaujamų gyventojų skaičius	PSC, turintis iki 10 000 prirašytų gyventojų	81 %	0 %	7 %	11 %	100 %
	PSC, turintis nuo 10 000 iki 30 000 prirašytų gyventojų	83 %	4 %	0 %	13 %	100 %
	PSC, turintis nuo 30 000 iki 50 000 prirašytų gyventojų	94 %	0 %	6 %	0 %	100 %
	PSC, turintis nuo 50 000 iki 80 000 prirašytų gyventojų	100 %	0 %	0 %	0 %	100 %
	PSC, turintis 80 000 ir daugiau prirašytų gyventojų	90 %	0 %	0 %	10 %	100 %
Darbuotojų skaičius jūsų PSC / psichiatrijos arba psichoterapijos dienos stacionare / psichiatrijos stacionare	Iki 30	88 %	3 %	3 %	7 %	100 %
	Nuo 31 iki 50	82 %	0 %	8 %	10 %	100 %
	Nuo 51 iki 100	100 %	0 %	0 %	0 %	100 %
	Nuo 101 iki 200	85 %	8 %	0 %	8 %	100 %
	Daugiau negu 200	84 %	0 %	6 %	10 %	100 %

	N = 294	Nepasirinko tarp 3 svarbiausių teisių	Pirma pagal svarbumą	Antra pagal svarbumą	Trečia pagal svarbumą	Iš viso
Ar jums teko kada nors pagal savo specialybę dirbti užsienyje?	Taip	100 %	0 %	0 %	0 %	100 %
	Ne	85 %	2 %	4 %	10 %	100 %

4 priedas. Atvirųjų klausimų temos

Atrinktos citatos iš atsakymų į atviruosius anketos klausimus apie tai, ką pirmiausia ir nedelsiant reikėtų keisti ar tobulinti psichikos sveikatos sistemoje įgyvendinant žmogaus teisių principus: N = 228

Tema	Citatos
1) <i>Požiūrio keitimas</i>	<p>„[Keisti] požiūrį į psichikos sutrikimų ir negalių turinčius asmenis, dabar jis dažnai stokoja pagarbos, atsižvelgimo į individualius skirtumus, mandagaus kalbėjimosi.“ – Medicinos psichologė, PSC viešajame sektoriuje, 223</p> <p>„Keisti visą kultūrą, kurioje mokingas, abejingumas ir piktnaudžiavimas galia yra norma ir kasdienybė. Darbuotojai negali su pacientais elgtis geriau, nei elgiasi su savimi ar vieni su kitais.“ – Psichiatrė, Psichiatrijos stacionaras viešajame sektoriuje, 58</p> <p>„Labai trūksta pagarbos pacientų atžvilgiu. Daug beprasmiškų draudimų, ribojančių žmonių pasirinkimą.“ – Slaugytojo (-os) padėjėja, Psichiatrijos stacionaras viešajame sektoriuje, 379</p> <p>„Pasiūlgstama individualizuoto požiūrio į asmenį, praktikoje dar vis vyrauja noras visus suvienodinti, mažai dar vis gilinamasi į kiekvieno individualų lūkestį ir situaciją.“ – Medicinos psichologė, Psichiatrijos stacionaras viešajame sektoriuje, 236</p> <p>„Diegti pagarbos kitam žmogui nuostatą su pacientais dirbančio personalo tarpe ir ugdyti jų psichosocialines kompetencijas, ypatingai slaugytojų ir slaugos padėjėjų grupėse.“ – Medicinos psichologė, Psichiatrijos stacionaras viešajame sektoriuje, 219</p> <p>„Naikinti neveiknumus ir teikti individualią priežiūrą, pagalbą priimant sprendimus.“ – Socialinė darbuotoja, PSC viešajame sektoriuje, 358</p> <p>„Reikėtų šviesti pacientus, kad jie gali bendradarbiauti gydymo procese, parenkant jiems tinkamiausią medikamentinį ir nemedikamentinį gydymą (nes dabar patiems pacientams, net dažniau nei gydytojams, vis dar artimas paternalistinis matymas, kad gydytojas žino geriausiai, koks gydymas jiems tinkamiausias, ir taip jie tarsi nusikrato atsakomybės už savo sveikatą ir gerovę).“ – Psichiatrė, Psichiatrijos stacionaras viešajame sektoriuje, 43</p> <p>„Keisti priėjimą, daugiau pirminio kontakto su psichologais ir labai švelnioje aplinkoje, nes dažnai žmonės išsigąsta po pokalbių su psichiatrais, dar jaučiasi labai pažeidžiami.“ – Medicinos psichologė, PSC viešajame sektoriuje, 249</p> <p>„[Tobulinti] kaip išlaikant asmens teises (privatumą, laisvę ir pan.) teikti gydymą, kuris atspindėtų pacientų poreikius, kurtų pakankamai komfortišką aplinką ir padėtų gydymui. Svarbūs individualūs kiekvieno paciento poreikiai, bet ir pacientų kaip grupės gerovė.“ – Medicinos psichologė, Psichiatrijos stacionaras viešajame sektoriuje, 228</p> <p>„Daugiau šviesti visuomenę, kad nebijotų kreiptis esant problemoms.“ – Slaugytoja, PSC viešajame sektoriuje, 476</p>

Tema	Citatos
<p>2) Darbuotojų poreikiai ir teisės</p>	<p>„Apginti ne tik pacientą, tačiau ir su juo dirbantį personalą.“ – Slaugytojo (-os) padėjėja, PSC privačiame sektoriuje, 208</p> <p>„Labiau atsižvelgti į specialistų, dirbančių psichikos sveikatos centre, patirtį, poreikius, lūkesčius. Darbo krūviai dideli.“ – Socialinė darbuotoja, PSC viešajame sektoriuje, 347</p> <p>„Gerinti psichikos srityje dirbančių darbuotojų darbo sąlygas: peržiūrėti darbo krūvius, didinti darbo užmokestį, ilginti atostogų trukmę.“ – Socialinė darbuotoja, Psichiatrijos stacionaras viešajame sektoriuje, 117</p> <p>„Saugoti medikus nuo perdegimo.“ – Medicinos psychologė, Dienos stacionaras viešajame sektoriuje, 28</p> <p>„Prisiminti, kad su šiais ligoniais dirba irgi žmonės, kurie irgi norėtų jaustis saugūs (darbuotojai), todėl kalbant apie pacientus – nepamiršti ir darbuotojų saugumo bei teisių.“ – Slaugytojo (-os) padėjėja, Psichiatrijos stacionaras viešajame sektoriuje, 463</p> <p>„Užtikrinti slaugos personalo ir pagalbinių darbuotojų teisę į adekvatų darbo užmokestį – mokėti papildomus priedus už darbą pavojingomis sąlygomis.“ – Slaugytoja, Psichiatrijos stacionaras viešajame sektoriuje, 202</p> <p>„[Keisti] įstaigos vadovų susidarytą nuomonę, nes nereaguoja į darbuotojų išsakytas pastabas, kaip gerinti darbą ir geriau užtikrinti pacientų saugumą.“ – Slaugytoja, Psichiatrijos stacionaras viešajame sektoriuje, 107</p> <p>„Gerinti personalo darbo sąlygas, krūvį ir darbo atlygį. Perdegę ir pervargę specialistai teikia prastesnes paslaugas.“ – Psichiatrė, Psichiatrijos stacionaras viešajame sektoriuje, 241</p>
<p>3) Specialistų kvalifikacijos kėlimas</p>	<p>„Kelti psichikos sveikatos priežiūros specialistų kvalifikaciją ir sutelkti dėmesį į pagarbą mūsų darbuvi.“ – Socialinė darbuotoja, PSC viešajame sektoriuje, 468</p> <p>„Šviesti darbuotojus, dirbančius su pacientais, apie teises, bendravimo ypatumus. Tačiau bėda yra, kad trūksta darbuotojų, jie dirba milžiniškais krūviais, pervargsta, perdega, dėl laiko stokos nebelieka daugumai resursų emocinių ir laiko atliepti pilnai žmogaus poreikius ir teises, nes dėl laiko stokos norima tik kuo greičiau suteikti paslaugą, kai laukia kiti.“ – Psichiatrė, Psichiatrijos stacionaras viešajame sektoriuje, 148</p> <p>„Saugoti medikus nuo perdegimo bei nukreipti į pakartotinius mokymus bendravimo su pacientais laikantis etikos reikalavimų.“ – Medicinos psychologė, Dienos stacionaras viešajame sektoriuje, 28</p> <p>„Organizuoti daugiau bendravimo įgūdžių mokymų personalui.“ – Medicinos psychologė, Psichiatrijos stacionaras viešajame sektoriuje, 224</p> <p>„Darbuotojų atranka, personalo mokymai, darbo kultūros kėlimas.“ – Medicinos psychologė, Psichiatrijos stacionaras viešajame sektoriuje, 217</p> <p>„Didinti medicinos personalo kvalifikaciją, edukuoti žmogaus teisių srityje, didinti minimalius reikalavimus darbuotojams, dirbantiems su pacientais.“ – Psichiatras, Psichiatrijos stacionaras viešajame sektoriuje, 450</p>

Tema	Citatos
4) <i>Paslaugų įvairovės plėtros poreikis</i>	<p>„Pirmiausia išspręsti stacionarizavimo klausimą. Diduma pacientų, stacionarizuojami ne dėl ūmios psichiatrijos, gali būti gydomi dienos stacionaruose, tačiau jų paslaugų kokybė nėra visur vienoda ar lengvai prieinama. Kai pacientas yra stacionarizuotas į psichiatrijos stacionarą, ką jis ten veikia? Naudoja medikamentus ir guli? Ar yra visuose stacionaruose suteikiama pagalba pagal psichoterapinį gydymą? Pasaulis jau seniai nuėjęs ta linkme, kad psichikos sutrikimai atsiranda pagal „psichotrauma -> disociacija -> psichozė“ paradigmą. Priklausomybės nėra atskira psichiatrijos dalis ir priklausomybė yra kaip savigyda esančios pagrindinės psichologinės, psichiatrinės priežasties, o tai reiškia, kad gydyti pirmiausia reikia priežastį, o ne pasekmes.“ – Psichiatras, Psichiatrijos stacionaras viešajame sektoriuje, 472</p> <p>„Aš matyčiau svarbą siūlyti kuo daugiau skirtingų intervencijų, nes ne visiems reikia / pakanka / tinka vaistai ir / ar psichologinės konsultacijos. Manau, reikia daugiau įvairių grupinių, meninių, kūno, socializacijos, užimtumo veiklų. Kad žmonės kur turėtų ateiti / kuo užsiimti išrašyti iš ligoninės po stipraus atkryčio.“ – Medicinos psichologė, PSC privačiame sektoriuje, 4</p> <p>„Mažinti atskirtį, diskriminaciją, atsakingai bei profesionaliai vertinti neveiksmo ar riboto veiksmo poveikį, daugiau skirti investicijų asmenų su psichikos sutrikimais integravimui (darbo vietos, užimtumas, pramogos, psichoedukavimas ir kita). Vengti prievartos, kurti pagarbą grįstą pagalbą, neignoruoiant pažeidžiamų asmenų teisių ir laisvės rinktis, mažinti hospitalizacijos skaičius, teikti pagalbą „išorėje“, arčiau žmogaus, jam įprastoje aplinkoje.“ – Medicinos psichologė, Psichiatrijos stacionaras viešajame sektoriuje, 402</p> <p>„Realiais veiksmis stiprinti ambulatorinę sveikatos ir socialinę pagalbą. Ypatingai vieniši ar šeimų atstumti pacientai po stacionarinio gydymo „kabo“ tarp blogos ir pakenčiamos psichinės būsenos.“ – Slaugytoja, Psichiatrijos stacionaras viešajame sektoriuje, 84</p> <p>„Tobulinti ambulatorinę grandį, kad kuo daugiau išvengti kraštutinių psichikos sutrikimų atvejų (pvz., sunkių psichozės paūmėjimų), perteklinių hospitalizacijų sergantiems sunkiais, giliais protiniais atsilikimais.“ – Psichiatras, Psichiatrijos stacionaras viešajame sektoriuje, 406</p> <p>„Didesnį dėmesį skirti į ankstyvą diagnozę ir prevenciją ir taip pat užtikrinti paslaugų pasiekiamumą.“ – Slaugytoja, Psichiatrijos stacionaras viešajame sektoriuje, 106</p> <p>„Teikti daugiau nemedikamentinių pagalbos priemonių, įtraukti pacientus į socialinį gyvenimą taip mažinant atskirtį; įgalinti bendruomeninę psichiatriją.“ – Psichiatras, Psichiatrijos stacionaras viešajame sektoriuje, 461</p> <p>„Didinti psichoterapinių paslaugų prieinamumą siekiant mažinti medikamentinio gydymo prioritetą. Plėsti ir tobulinti socialinės pagalbos sferą – socialiniai darbuotojai, atvejo vadybininkai ir pan., padedantys integruotis asmenims su psichikos problemomis.“ – Psichiatrė, Psichiatrijos stacionaras viešajame sektoriuje, 38</p> <p>„Užtikrinti pakankamą psichoterapinę pagalbą teikiančių specialistų kiekį stacionaruose; prieinamą nemokamą psichoterapinę pagalbą pacientams ambulatorinėje grandyje.“ – Psichiatras, Psichiatrijos stacionaras viešajame sektoriuje, 169</p>

Tema	Citatos
5) <i>Sisteminės spragos</i>	<p>„Lėšų trūkumas bei poreikis investuoti į psichikos sveikatos priežiūrą.“ – Socialinė darbuotoja, Psichiatrijos stacionaras viešajame sektoriuje, 456</p> <p>„Specialistų trūkumas, kuris yra dėl mažų atlyginimų.“ – Medicinos psichologė, PSC viešajame sektoriuje, 10</p> <p>„[Reikia] daugiau specialistų, kurie sutiktų vykti dirbti į rajoną.“ – Socialinė darbuotoja, Dienos stacionaras viešajame sektoriuje, 361</p> <p>„[Gerinti] prieinamumą pas psichikos sveikatos priežiūros specialistus, ypač mažuose miestuose. Psichoterapijos, psichologo paslaugų plėtrą.“ – Socialinė darbuotoja, Psichiatrijos stacionaras viešajame sektoriuje, 177</p> <p>„Mažinti patekimo pas psichikos sveikatos specialistą eiles, kad paslaugą ir pagalbą pacientas gautų 2–5 dienų bėgyje ir kuo arčiau gyvenamosios vietos esančioje įstaigoje, o ne po 2–3 savaitių.“ – Slaugytoja, Dienos stacionaras viešajame sektoriuje, 35</p> <p>„Didinti paslaugų prieinamumą pirminiame lygmenyje, skirti daugiau etatų psichologams, psichiatriams ir kitiems psichikos sveikatos priežiūros darbuotojams.“ – Medicinos psichologė, PSC viešajame sektoriuje, 20</p> <p>„[Tobulinti] pacientų informavimą apie jų teises ir galimybes. Kartais pacientai gydomi stacionare „priverstinai“, t. y. neinformuojant, kad gali išsirašyti ar atsisakyti gydymo be psichiatro pritarimo (kai gydomi nepriverstinai).“ – Medicinos psichologė, Psichiatrijos stacionaras viešajame sektoriuje, 401</p> <p>„Mažiau biurokratijos, neversti žmogaus, pvz., lankytis pas tam tikrus specialistus, jei jis dar nėra pasiruošęs, vien tam, kad sistemoje pažymėti, kad buvo suteikta paslauga, ir neskubinti žmonių išsirašyti.“ – Medicinos psichologė, Psichiatrijos stacionaras viešajame sektoriuje, 233</p> <p>„[Reikalingas] visų specialistų tarpžinybinis bendradarbiavimas.“ – Medicinos psichologė, PSC viešajame sektoriuje, 300</p> <p>„Svarbu efektyvesnis bendradarbiavimas tarp institucijų.“ – Medicinos psichologė, PSC viešajame sektoriuje, 14</p> <p>„Gerbti žmonių teisę į informacijos privatumą, neaptarinėti jų sveikatos būklės vietoje, kuriose visi tai girdi (kiti pacientai, darbuotojai).“ – Medicinos psichologė, Psichiatrijos stacionaras viešajame sektoriuje, 226</p> <p>„Reguluoti priėmimo skaičių, vienam pacientui turi būti skiriamas ilgesnis priėmimo laikas.“ – Slaugytoja, PSC viešajame sektoriuje, 71</p>

Atrinktos citatos iš atsakymų į atviruosius anketos klausimus apie tai, ką specialistai žino apie Konvenciją ir kokios yra svarbiausios jos nuostatos dėl psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo: N = 260

Tema	Citatos
1) <i>Laiko stoka gilinantį šią temą</i>	<p>„Žinau labai mažai, nes dėl didelio darbo krūvio šitai sričiai nebėra laiko.“ – Psichiatrė, PSC privačiame sektoriuje, 222</p> <p>„Mažai gilinausi dėl darbo krūvio į tai.“ – Slaugytoja, PSC viešajame sektoriuje, 278</p> <p>„Girdėjau, bet reikia daugiau pasidomėti. Trūksta informacijos.“ – Slaugytoja, PSC viešajame sektoriuje, 339</p> <p>„Nelabai žinau, gal išsamiau reikėtų pasidomėti, gal būtų neblogai teikti konferencijas medikams būtent šiuo klausimu.“ – Slaugytoja, PSC viešajame sektoriuje, 71</p>
2) <i>Nacionalinių teisės aktų ir Konvencijos sankirta</i>	<p>„Tiksliai nežinau, kurios nuostatos yra iš Konvencijos, o kurios apibrėžiamos Lietuvos įstatymų.“ – Medicinos psichologė, Psichiatrijos stacionaras viešajame sektoriuje, 240</p> <p>„Remiamės Lietuvos įstatymais.“ – Slaugytoja, Psichiatrijos stacionaras viešajame sektoriuje, 326</p> <p>„Priverstinės hospitalizacijos protokolas.“ – Psichiatrė, Psichiatrijos stacionaras viešajame sektoriuje, 262</p> <p>„Iš principo teisės įtvirtintos sveikatos apsaugos normatyvuose. Aš vadovaujuosi LR sveikatos apsaugos ministerijos įstatymais. Kadangi dirbu poliklinikoje, mano įrankiai nėra tokie platūs, kad daryčiau prieš pacientų valią.“ – Psichiatras, PSC viešajame sektoriuje, 277</p>
3) <i>Svarbiausia – pagarba žmogui ir autonomija</i>	<p>„Pagrindinių žmogaus teisių ir laisvių bei orumo užtikrinimas, teikiant psichikos sveikatos paslaugas.“ – Slaugytoja, Psichiatrijos stacionaras viešajame sektoriuje, 78</p> <p>„Man svarbiausia, kad šie žmonės turi turėti visas tas pačias teises, kaip ir kita visuomenės dalis, ir kad jie yra pažeidžiamoje grupėje, tad turime dėti papildomas pastangas šias visiems galiojančias teises užtikrinti.“ – Psichiatrė, Psichiatrijos stacionaras viešajame sektoriuje, 43</p> <p>„Pagarba paciento atžvilgiu, darbo etika.“ – Slaugytojo (-os) padėjėja, Psichiatrijos stacionaras viešajame sektoriuje, 379</p> <p>„Kiekvienas žmogus yra svarbus ir vertingas, kiekvienas gali laisvai rinktis.“ – Socialinė darbuotoja, Dienos stacionaras viešajame sektoriuje, 139</p> <p>„Svarbiausia nuostata – lygybės principas, nėra diskriminacijos, paciento laisvos valios gerbimas.“ – Medicinos psichologė, PSC viešajame sektoriuje, 244</p> <p>„Paciento nuomonė svarbi.“ – Socialinis darbuotojas, PSC viešajame sektoriuje, 3</p> <p>„Kiekvienas žmogus vertas pagarbos. Jei turi negalią, turi būti vertinami poreikiai ir gebėjimai. Laisvė rinktis, dalyvauti procese, kad ne už jį būtų nusprendžiama.“ – Medicinos psichologė, PSC viešajame sektoriuje, 284</p> <p>„Lygiavertis, pagarbus santykis į žmogų, turintį negalią, jo informavimas suprantama jam kalba, jo nuomonės paisyimas, lygiavertis bendradarbiavimas.“ – Medicinos psichologė, Psichiatrijos stacionaras viešajame sektoriuje, 217</p>

Tema	Citatos
	<p>„Įsiklausyti į asmens norą, padėti gauti paslaugas namuose.“ – Socialinė darbuotoja, Psichiatrijos stacionaras viešajame sektoriuje, 129</p> <p>„Kiekvienas žmogus, nepaisant jo negalios (psichinės ar fizinės), turi teisę gauti kokybiškas paslaugas.“ – Socialinė darbuotoja, PSC viešajame sektoriuje, 475</p> <p>„Teisė pasirinkti arba atsisakyti paslaugų.“ – Socialinė darbuotoja, PSC viešajame sektoriuje, 338</p> <p>„Man svarbi nuostata, kad žmonės su negalia gali dalyvauti priimant sprendimus apie savo gydymą. Man ši nuostata kelia klausimų, nes psichikos sutrikimai tuo ir pasireiškia, kad sprendimų priėmimas yra sutrikęs, apsunktas, asmuo nelabai pajėgus priimti teisingus sprendimus.“ – Medicinos psichologė, PSC privačiame sektoriuje, 237</p>

Žmogaus teisių apsauga psichikos sveikatos priežiūros įstaigose / Mokslo studija. Autoriai: Eglė Šumskienė, Ugnė Grigaitė, Karilė Levickaitė, Jurga Mataitytė-Diržienė, Jūratė Charenkova, Karina Kamandulytė. – Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla, 2025. – 181 p.

ISBN 978-609-07-1147-7 (skaitmeninis PDF)

Mokslo studijoje siekiama išsiaiškinti ir įvertinti Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros specialistų turimas žinias bei nuostatas dėl žmogaus teisių principų ir jų taikymo teikiant psichikos sveikatos priežiūros paslaugas. Atliktas tyrimas parodė, kad psichikos sveikatos sektoriuje stokojama išmanymo apie Asmenų su negalia teisių konvenciją, o kartu ir strateginio požiūrio, kaip įgyvendinti žmogaus teises tausojant specialistų profesinį integralumą. Taip pat identifikuotos sąsajos tarp specialistų žinių apie žmogaus teises stokos, skeptiškumo Asmenų su negalia konvencijoje įtvirtintų nuostatų atžvilgiu ir kasdieniame darbe patiriamų etinių dilemų. Tyrimo rezultatai svarbūs siekiant pokyčių psichikos sveikatos priežiūros praktikoje, jos atitikties žmogaus teisių standartams bei mažinant stigmą, skatinant į asmenį orientuotą psichikos sveikatos priežiūrą ir gerinant teikiamų paslaugų kokybę.

Dailininkė *Jurga Tėvelienė*
Kalbos redaktorė *Dalia Blažinskaitė*
Maketuotoja *Nijolė Bukantienė*

Vilniaus universiteto leidykla, Saulėtekio al. 9, LT-10222 Vilnius
info@leidykla.vu.lt, www.leidykla.vu.lt
Knygos internete knygynas.vu.lt
Mokslo periodikos žurnalai zurnalai.vu.lt
7,8 aut. l.



Mokslo studijoje siekiama išsiaiškinti ir įvertinti Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros specialistų turimas žinias bei nuostatas dėl žmogaus teisių principų ir jų taikymo teikiant psichikos sveikatos priežiūros paslaugas. Atliktas tyrimas parodė, kad psichikos sveikatos sektoriuje stokojama išmanymo apie Asmenų su negalia teisių konvenciją, o kartu ir strateginio požiūrio, kaip įgyvendinti žmogaus teises tausojant specialistų profesinį integralumą. Taip pat identifiкуotos sąsajos tarp specialistų žinių apie žmogaus teises stokos, skeptiškumo Asmenų su negalia konvencijoje įtvirtintų nuostatų atžvilgiu ir kasdieniame darbe patiriamų etinių dilemų. Tyrimo rezultatai svarbūs siekiant pokyčių psichikos sveikatos priežiūros praktikoje, jos atitikties žmogaus teisių standartams bei mažinant stigmą, skatinant į asmenį orientuotą psichikos sveikatos priežiūrą ir gerinant teikiamų paslaugų kokybę.



9 786090 711477

knygynas.vu.lt
zurnalai.vu.lt

