

Psichikos sveikatos priežiūros deinstytucionalizacija Lietuvoje: minimalūs pokyčiai „maksimalistinėse“¹ organizacijose

Eglė ŠUMSKIENĖ

Vilniaus universiteto

Filosofijos fakulteto Socialinio darbo katedra

Universiteto g. 9/1, Vilnius

Tel. (8-5) 266 76 10

El. paštas: egle.sumskiene@fsf.vu.lt

Santrauka. Remiantis institucionalizmo teorija straipsnyje nagrinėjama institucinės aplinkos įtaka psichikos sveikatos priežiūros įstaigų struktūrai, funkcijoms ir prisitaikymui prie aplinkos, jų inertiškumas ir priešinimasis psichikos sveikatos priežiūros sistemos reformai. Remiantis atsakingų institucijų renkama statistiniais duomenimis, įvertinama įstaigų veiklos, gyventojų, pacientų ir darbuotojų skaičiaus dinamika, leidžianti spręsti apie pokyčius socialinės globos bei psichikos sveikatos priežiūros sistemoje. Atsiliepdamos į deinstytucionalizacijos reikalavimus, organizacijos modifikuoja savo veiklą – diegia naujas paslaugas, kuriomis siekia atsiliepti į naujus poreikius bei reikalavimus, tačiau tai – minimalūs pokyčiai, faktiškai nekeičiantys įstaigos dydžio ir darbo principų, o deklaruojami inovatyvūs požiūriai ir veiklos tikslai prasilenkia su tikrove institucijos viduje.

Pagrindiniai žodžiai: *institucionalizmo teorija, deinstytucionalizacija, psichikos sveikatos priežiūra, socialinė globa.*

Tyrimą finansavo Lietuvos mokslo taryba (sutarties Nr. SIN-16/2012).

Įvadas

2004–2005 metais Lietuvoje, Latvijoje ir Estijoje, 2007 – Čekijoje, 2010 – Vengrijoje, 2011 – Kroatijoje, 2009 – Bulgarijoje, Serbijoje ir Rumunijoje ekspertai, atstovaujantys nevyriausybinėms organizacijoms, lankėsi psichiatrijos ligoninėse ir stacionarios globos institucijose, kuriose globojami psichosocialinę negalią turintys asmenys, ir parengė viešas ataskaitas apie jose pastebėtus pagrindinius žmogaus teisių pažeidimus. Reguliariai šias institucijas inspektuoja Kankinimų prevencijos komitetas ir reikalauja iš valstybių detalių atsakymų į savo pastabas apie pastebėtas nežmoniško elgesio apraiškas. Šių analizių duomenimis, stacionarios globos įstaigos pažeidžia visas bazines žmogaus teises – teisę į informaciją, privatumą, saugumą, galimybę pasirinkti ir priimti sprendimus, dalyvauti visuomenės gyvenime. Institucijose naudojamos represijos ir fiziniai suvaržymai, pasitaiko seksualinės ir fizinės prievartos atvejų. Dėl posovietinėse visuomenėse egzistuojančios stigmatos psichosocialinę negalią turinčių asmenų atžvilgiu, politinės valios stygiaus sisteminiams reformoms tik XXI a. pradžioje šiame regione prasidėjo pavieniai

¹ G. W. Dowdall (1996) vartojamas terminas apibūdinti pokyčiams atsparioms stacionarioms psichikos sveikatos priežiūros institucijoms.

bandymai uždaryti globos institucijas ir jas mažinti, kurti realias globos alternatyvas bendruomenėje. Paradoksalu, kad dar prieš keletą metų milijoninės Europos Sąjungos struktūrinių fondų lėšos buvo naudojamos stacionarių globos įstaigų rekonstrukcijai, tokį poreikį argumentuojant energijos išteklių vartojimo racionalizavimu ir aplinkos taršos mažinimu.

Straipsnio tikslas – remiantis institucionalizmo teorija išnagrinėti institucinės aplinkos įtaką psichikos sveikatos priežiūros įstaigoms ir jų funkcionavimo inertiškumą vykdant psichikos sveikatos priežiūros sistemos reformą.

Straipsnio uždaviniai:

- Įvertinti iš sovietmečio paveldėtos paslaugų teikimo kultūros įtaką psichikos sveikatos priežiūros įstaigoms.
- Aptarti šių įstaigų reformos prielaidas, galimybes ir kliūtis jai.
- Įvertinti psichikos sveikatos sistemoje vykstančių sisteminių pokyčių trajektorijas.

Psichikos sveikatos priežiūros deinstitutionalizacija Rytų ir Vakarų Europoje

Bendrosios Europos gairės dėl perėjimo nuo stacionarios prie bendruomeninės globos (2012) instituciją apibrėžia kaip stacionarią globą, kai gyventojai yra izoliuoti nuo bendruomenės ir priversti gyventi kartu, negali patys kontroliuoti savo gyvenimo ir dalyvauti priimant sprendimus dėl pačių savęs; įstaigos taisyklės turi viršenybę gyventojų poreikių atžvilgiu.

Deinstitutionalizacija suprantama kaip individų perkėlimas iš institucijų (socialinės globos įstaigų, psichiatrijos ligoninių, laisvės apribojimo įstaigų) gyventi, gydytis ar būti globojamiems bendruomenėje. Kartu ji reiškia tradicinės globos ar psichiatrijos modelio keitimą pereinant nuo paternalistinės, žmogaus teises ribojančios priežiūros 24 valandas per parą prie individualizuotų, savarankiškumą skatinančių socialinių ar medicinos paslaugų arti asmens gyvenamosios vietos.

Bendruomeninės psichikos sveikatos paslaugos, pasak R. Drake's ir bendraautorių (Drake et al. 2011), apima principus ir praktikas, reikalingas gerinti vietos gyventojų psichikos sveikatą pasitelkus šias priemones: 1) atsiliepti į vietos gyventojų poreikius priimtinais ir prieinamais būdais; 2) remtis asmenų, turinčių psichosocialinę negalią, tikslais ir stiprybėmis; 3) skatinti platų ir veiksmingą paramos, paslaugų ir išteklių tinklą; 4) plėtoti mokslo žiniomis grindžiamas ir orientuotas į gijimą paslaugas.

Psichikos sveikatos priežiūros sistemos reformų filosofija Europos šalyse grindžiama pagrindiniais bendruomenės psichiatrijos principais ir apima šiuos būtinus veiksmus: deinstitutionalizacija ir psichiatrijos ligoninių uždarymas; alternatyvių bendruomeninių paslaugų ir programų plėtojimas; kitų sveikatos, socialinių ir bendruomenės paslaugų integravimas (Becker, Vizquez-Barquero 2001).

XX a. viduryje, ypač Vakarų valstybėse, susidarė palankios prielaidos atsirasti ir plėtoti deinstitutionalizacijos procesui. Naujų psichotropinių vaistų atradimas leido pacientams kontroliuoti ligos simptomus ir gydytis namie. Lygia greta vykę antipsichiatrinis, psichikos sveikatos paslaugų vartotojų ir negalią turinčių asmenų teisių judėjimai pasisakė už tai, kad paslaugų gavėjai turėtų lemiamą balsą priimant sprendimus dėl jų gydymo ar globos plano. Medicininį negalios modelį keitė socialinis, pagrindinėmis kliūtimis negalią turinčių individų integracijai į visuomenę laikantis neigiamą požiūrį, nepritaikytą fizinę ar teisinę aplinką. Reikšminga buvo nevyriausybiinių ir tarptautinių organizacijų veikla, jų vykdomi žmogaus teisių uždaruose institucijose stebėji-

mo vizitai, rengiamos ataskaitos. Vakarų visuomenės turėjo kelis dešimtmečius laiko prisijaukinti bendruomeninės psichosocialinę negalią turinčių asmenų globos idėją, plėtoti deinstitutionalizacijos diskursą politiniu, akademinu, visuomeniniu lygmeniu, pripažinti reformos reikšmę ne tik paslaugų gavėjams, bet ir kiekvienam visuomenės nariui. Be to, šiose šalyse nebuvo tokio išplėto institucijų tinklo kaip Sovietų Sąjungoje, kurios dalis pusę XX a. buvo ir Lietuva.

G. Thornicroft ir M. Tansella (2003: 6–7) skiria tris psichikos sveikatos priežiūros sistemos raidos istorijos Europoje laikotarpius: pirmas laikotarpis, prasidėjęs XIX a. pradžioje ir trukęs iki XX a. vidurio, buvo institucinės psichikos sveikatos priežiūros – kai visoje Europoje buvo sukurtas stacionarių įstaigų tinklas. Antras laikotarpis, kuris truko nuo Antrojo pasaulinio karo iki 1970 metų, reprezentuoja sisteminių bendruomeninių psichikos sveikatos paslaugų pradžią – privačios psichiatrijos plėtrą, veiksmingų psichoaktyvių vaistų pasirodymą, dienos globos ir ambulatorinių paslaugų diegimą daugumoje psichiatrijos ligoninių. Šis laikotarpis laikomas bendruomeninės psichikos sveikatos paslaugų pradžia. Trečias laikotarpis, prasidėjęs 1970 metais PSO regioniniam Europos biurui paskelbus „Ilgalaikę programą“, tęsiasi iki dabar ir reprezentuoja vertikalios globos, pasižyminčios sektorizacija ir deinstitutionalizacija, ir horizontalios globos, kurią apibūdina visapusės bendruomeninės globos plėtra, prasidėjusi po Antrojo pasaulinio karo, plėtrą.

Sunku gauti tikslių ir patikimų duomenų apie lovų psichiatrijos ligoninėse ir globos institucijose skaičių naujosiose Europos Sąjungos šalyse. M. Knapp ir bendraautorai (2007) pažymi lovų mažėjimą per pastaruosius 20 metų, ypač – Lietuvoje, Estijoje, Kipre. Tačiau šis mažėjimas nebūtinai lydimas paslaugų bendruomenėje plėtros. Galima pastebėti kitą tendenciją, kuri rodo, kad bendruomeninių paslaugų plėtra nebūtinai vyksta mažinant didelių, atskirtį didinančių stacionarios globos paslaugų apimtį. Nors vis dar dominuoja paslaugų teikimas įstaigose, tuo pat metu gausėja mobilių tarnybų, krizių intervencijos komandų ir pan. paslaugų, kai specialistai aktyviai ieško klientų, padeda jiems jų socialinėje aplinkoje. Daugumoje šių šalių kuriasi nevyriausybinės organizacijos (NVO), veikiančios psichikos sveikatos srityje, kurios telkia šeimos narius, psichosocialinę negalią turinčius asmenis (Paldam, Svendsen 2001). Paslaugos dažniausiai teikiamos individualios iniciatyvos ir motyvacijos pagrindu, tai nėra koordinuotas vyriausybės vykdomas procesas. Todėl kartais naujai kuriamos bendruomeninės paslaugos būna mažai koordinuotos, jas teikiantieji tarpusavyje nebendradarbiauja, taip pat neužtikrinamas paslaugų tęstinumas bendruomenėje, pacientui arba klientui išėjus iš stacionarios institucijos (globos namų ar psichiatrijos ligoninės).

Teorinė prieiga

1999 m. vykusiam Pasaulio sveikatos organizacijos ir Europos Komisijos susitikime buvo apibendrinta, kad Rytų Europoje „daugiausia iniciatyvos [psichikos sveikatos priežiūros – *aut. past.*] vykdyti reformas rodė NVO sektorius, o vyriausybės dažniausiai būdavo statiškos arba net ir priešiška nusiteikusios (Knapp et al. 2007: 25). Oficiali psichiatrijos pozicija buvo palanki stacionarios globos įstaigoms išlikti. Tokią situaciją galima paaiškinti institucionalizmo teorija, kuri, pasak Scott (2003), yra viena pagrindinių psichikos sveikatos paslaugas teikiančių organizacijų tyrimų įkvėpėja. Ši teorinė perspektyva nagrinėja psichikos sveikatos priežiūros organizacijų struktūrinės formos ir siekia identifikuoti jų sąsajas su platesniais socialiniais kontekstais. Institucionalizmo teorija nagrinėja institucinės aplinkos įtaką psichikos sveikatos priežiūros įstaigų

struktūrai, funkcijoms ir organizaciniam prisitaikymui (Scott, 2003). Ši teorija domisi gilesniais ir atsparesniais pokyčiams socialinių struktūrų aspektais, nagrinėja procesus, kurių metu struktūros (taisyklės, normos, schemos, įprasti elgesio būdai) kuriami, skleidžiami, pritaikomi ir perimami, kaip institucijos traukiasi ir dingsta.

Vienas pirmųjų ir įtakingiausių biurokratinio aparato tyrėjų Weberis pastebėjo jo tendenciją tolydžio augti ir plėstis priimant naujus darbuotojus, gaunant papildomų išteklių, funkcijų ir atsakomybių. Nuolatinę institucijų plėtrą gali sutrikdyti jam priešingas – reorganizacijos procesas, keičiantis institucijų struktūrą, funkcijas ir pan. Tokio pobūdžio reformoms paprastai priešinasi tiek organizacijos vadovybė, tiek eiliniai darbuotojai. Pirmieji siekia išlaikyti turimą įtaką, antrieji – darbo vietas. Psichikos sveikatos sistemos deinstitutionalizacijos procese ši tendencija ypač ryški. G. W. Dowdall (1996: 23) stacionarias psichikos sveikatos priežiūros institucijas aprašo kaip „maksimalistines“ organizacijas, kurios gyvuoja ilgai ir yra atsparios pokyčiams. Didžiausia Lietuvoje Respublikinė Vilniaus psichiatrijos ligoninė buvo įkurta daugiau nei prieš 100 metų – 1903-iaisiais, carinės Rusijos valdymo laikotarpiu. Ji sėkmingai gyvavo ir sovietmečiu, ir atkūrus nepriklausomybę bei įstojus į Europos Sąjungą. Kitas pavyzdys atskleidžia, kaip viena kitą keičia drausminės visuomenės institucijos: didžiausi Lietuvoje šiuo metu veikiantys Macikų socialinės globos namai buvo įkurti buvusiam Macikų dvare, kuriame Antrojo pasaulinio karo metu veikė Vokietijos karo belaisvių lakūnų stovykla, pasibaigus Antrajam pasauliniam karui joje buvo kalinami sovietinio režimo priešininkai, o nuo 1955 metų pradėjo veikti Pagrynių invalidų namai. G. W. Dowdall (1996: 31) šių institucijų stabilumą ir funkcionavimą, kai kuriais atvejais net kelis šimtus metų, aiškina valstybės joms suteikta monopolija vykdyti priverstinę hospitalizaciją – įprastą institucinį atsaką į psichikos ligas. Mokslininkai teigia, kad, nepaisant deinstitutionalizacijos procesų, psichiatrijos ligoninės ir globos namai išlieka, nors ir sumažinę pacientų arba gyventojų skaičių arba pakeitę savo organizacinę struktūrą atliepdami į naujus institucinius reikalavimus. Pavyzdžiui, Vilniaus miesto psichikos sveikatos centre (nuo 1927 metų veikiančioje psichiatrijos ligoninėje) teikiamos dienos stacionaro paslaugos, psichosocialinė rehabilitacija, krizių intervencija, gydomi valgyimo sutrikimai, veikia konsultacinis centras ir psichoterapinis skyrius, teikiama socialinė pagalba ir pan. Jasiuliškių socialinės globos namai 2002 metais įsteigė dienos užimtumo centrą „Ažuolas“, skirtą globos namų gyventojams, taip stacionarias paslaugas papildydami bendruomeninėmis paslaugomis.

Nors visuotinai pripažįstama, kad psichosocialinę negalią turintiems asmenims labiausiai reikia paslaugų bendruomenėje, didelės stacionarios institucijos vis dar gauna didžiąją lėšų dalį. P. S. Hovmand ir D. F. Gillespie (2010: 82) šį fenomeną vadina organizaciniu inertiškumu. Toks inertiškumas pasireiškia finansinėmis ir psichologinėmis investicijomis į esamą organizacijos veiklos kryptį. Šias investicijas sudaro esama politika ir procedūros, asmeniniai santykiai ir lojalumas, politinės struktūros organizacijos viduje, organizacinė kultūra, ryšiai su kitomis organizacijomis ir tinklais. Stabilioje aplinkoje organizacinis inertiškumas didėja, nes dirbama pagal įprastus veiklos modelius ir jie perteikiami naujiems darbuotojams. Organizacinis inertiškumas yra svarbus kriterijus organizacijos patikimumui įvertinti, nes patikimumas priklauso nuo deinstitutionalizacijos ir standartizuotų praktikų patvirtinimo (Hovmand, Gillespie 2010: 82). Remdamasi deinstitutionalizacijos teorija, straipsnio autorė siekia įvertinti pastarųjų metų pokyčius psichikos sveikatos priežiūros ir socialinės globos sistemose ir jų inertiškumo mastus. Kadangi deinstitutionalizacija yra politikos ciklo modeliuose įvardijamas baigmės (Parsons 2001: 504) atitikmuo, tyrimu bandoma identifikuoti stacionarių globos ir psichikos sveikatos priežiūros įstaigų mažėjimo ir nykimo bei sistemos reformavimo tendencijas.

Tyrimas

Atliekant tyrimą buvo naudojama antrinių šaltinių ir antrinė statistinių duomenų analizė, kuri atlikta naudojantis Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerijos ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos bei joms pavaldžių įstaigų duomenų bazėmis ir tyrimų ataskaitomis. Statistinius duomenis apie socialinės globos įstaigas renka Socialinių paslaugų priežiūros departamentas (SPPD) prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos (iki 2012 metų šią funkciją atliko Socialinės globos įstaigų administravimo tarnyba (SGIAT) prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos). Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos Higienos instituto Sveikatos informacijos centras kasmet rengia ataskaitas apie Lietuvos gyventojų sveikatos ir sveikatos priežiūros įstaigų veiklą.

Remiantis atsakingų institucijų renkamais duomenimis, įvertinama socialinės globos ir psichikos sveikatos priežiūros įstaigų veiklos dinamika, gyventojų, pacientų ir darbuotojų skaičiaus kitimas, leidžiantys spręsti apie sisteminius pokyčius stacionarioje socialinės globos bei psichikos sveikatos priežiūros sistemoje.

Remiantis Socialinių paslaugų įstatymu (2006), socialinė globa stacionarioje globos įstaigoje yra specialioji socialinė paslauga ir teikiant ją, kaip ir kitas socialines paslaugas, siekiama tam tikrų tikslų – „sudaryti sąlygas asmeniui (šeimai) ugdyti ar stiprinti gebėjimus ir galimybes savarankiškai spręsti savo socialines problemas, palaikyti socialinius ryšius su visuomene, taip pat padėti įveikti socialinę atskirtį“. Tame pačiame įstatyme numatoma, kad socialinės paslaugos valdomos, skiriamos ir teikiamos vadovaujantis tam tikrais principais, tarp kurių – bendradarbiavimas su organizacijomis, ginančiomis žmonių socialinių grupių interesus ir teises, socialinių paslaugų prieinamumas asmeniui (šeimai) kuo arčiau jo gyvenamosios vietos, interesų ir nustatytų poreikių atitikimas, racionalus išteklių naudojimas, derinimas su švietimu ir ugdymu, socialinio būsto suteikimu, specialiosios pagalbos priemonėmis.

Socialinės globos įstaigų administravimo tarnybos duomenimis, 2011 m. gruodžio 31 d. 28-iuose suaugusiųjų socialinės globos namuose gyveno 5 991 gyventojas (planinis vietų skaičius – 6 067), iš kurių – 3 263 vyrai ir 2 728 moterys, trečdalis jų – vieniši. Iš 5 991 socialinės globos namų gyventojų 24,3 % turėjo sunkią negalią, 21,3 % buvo neveiksnūs. 2011 m. gruodžio 31 d. suaugusiųjų socialinės globos namuose dirbo 3 071 darbuotojas, patvirtinti 3 072 etatai.

Lietuvoje per metus iš daugiau nei 6 000 stacionarios globos institucijų gyventojų jas palieka apie 400 asmenų, iš kurių į visuomenę grįžta mažiau nei 10 %. Likusieji – miršta (apie 85 %) arba persikelia į kitą globos įstaigą (iki 5 %) (Socialinės globos įstaigų administravimo tarnybos duomenys, 2011). Palyginimui ne mažiau svarbi yra informacija apie socialinių darbuotojų skaičių, nes ji atspindi, kiek šiose institucijose dirba specialistų, kurių pagrindiniai veiklos tikslai yra: gerinti asmenų, jų socialinių grupių, bendruomenių socialinį gyvenimą, mažinant jų socialinę atskirtį ir skatinant socialinę integraciją į visuomenę (Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymas „Dėl socialinių darbuotojų ir socialinių darbuotojų padėjėjų kvalifikacinių reikalavimų, socialinių darbuotojų ir socialinių darbuotojų padėjėjų profesinės kvalifikacijos kėlimo tvarkos bei socialinių darbuotojų atestacijos tvarkos aprašų patvirtinimo“, 2006). Lietuvoje stacionariose globos įstaigose, kur globojami sutrikusios psichikos ir sutrikusio intelekto asmenys, beveik du trečdaliai darbuotojų yra socialiniai darbuotojai ar jų padėjėjai. Sugretinus už integraciją atsakingų darbuotojų ir kasmet į visuomenę grįžtančių individų skaičius (žr. 1 ir 2 lenteles), atsiskleidžia sisteminis žmogiškųjų pastangų ir finansinių išteklių panaudojimo neefektyvumas siekiant integracinių socialinio darbo tikslų.

1 lentelė. Socialinės globos įstaigose dirbančių socialinių darbuotojų ir jų padėjėjų skaičiaus pokyčiai 2002–2011 metais. SGIAT ir SPPD duomenys.

Metai	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Socialinių darbuotojų dalis (%)	9,1	9,2	9	9,1	9,2	10	10
Socialinių darbuotojų padėjėjų dalis (%)	37,3	39,8	41	41	41	40	54

Nors socialinių darbuotojų ir jų padėjėjų skaičius kasmet didėjo, paskutiniaisiais metais pastebimas į bendruomenę grįžtančių gyventojų dalies mažėjimas. Keliais procentiniais punktais sumažėjęs stacionarių globos įstaigų gyventojų grįžimas į bendruomenę laike sutampa su šešių įstaigų, kuriose globojami ir pagyvenę asmenys, prijungimu prie socialinės globos institucijų (2010–2011 metai). Tačiau šis faktas negali paaiškinti įstaigą palikusių ir į bendruomenę grįžusių asmenų proporcijos sumažėjimo: remiantis SPPD ir SGIAT renkama pagyvenusių asmenų globos įstaigų gyventojų judėjimo statistika, matyti, kad šių įstaigų gyventojai ne rečiau negu socialinės globos įstaigų gyventojai grįžta gyventi į bendruomenę, pavyzdžiui, 2009 metais gyventi į šeimą ar pas gimines grįžo 11 % visų išvykusiųjų.

2 lentelė. Socialinės globos įstaigų gyventojų kaitos dinamika 2002–2011 metais. SGIAT ir SPPD duomenys

Metai	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Išvyko	363	446	389	437	386	383	373	529	484
Mirė (%)	84,8	84,5	86,1	82,3	86,5	89	84	83	85,8
Grįžo į bendruomenę (%)	8	8,8	8,5	7,6	10,4	8	9	6,6	6

2011 metų duomenimis, 62,3 % socialinės globos namų gyventojų nustatytas 30–40 % darbingumo / vidutinių specialiųjų poreikių lygis, taigi beveik 2/3 gyventojų galėtų dirbti ir tai sudarytų deinstitucionalizacijos ir integracijos į bendruomenę procesų prielaidas. Įdarbinimui ir išsilaikymui darbo rinkoje organizuoti ir Socialinių paslaugų įstatyme numatytam visapusiškumo principui, reikalaujančiam socialinių paslaugų dermės su užimtumo priemonėmis, pasiekti reikia specialistų pagalbos. Vertinant įstaigų personalo sudėtį, tik 0,13 % visų darbuotojų yra užimtumo specialistai (mažiau negu po vieną kiekvienoje įstaigoje).

3 lentelė. Globos įstaigų gyventojų darbingumas 2002–2011 metais. SGIAT ir SPPD duomenys

Metai	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
30–40 % darbingumas (II invalidumo grupė iki 2005)	80,96	81,1	80,78	81	80,5	76	74,3	73,2	64,2	62,1
45–55 % darbingumas (III invalidumo grupė iki 2005)	0,13	0,1	0,09	0,1	0,04	0,2	0,6	0,7	0,2	0,2
Užimtumo, įdarbinimo, ugdymo specialistai	n. n.	n. n.	n. n.	2	0,1	0,1	0,1	0,2	1	0,13

2011 m. gruodžio 31 d. eilėse į suaugusiųjų socialinės globos įstaigas laukė 123 asmenys – tai beveik keturis kartus mažiau negu prieš dešimtmetį.

4 lentelė. Eilių į socialinės globos įstaigas pokyčiai 2002–2011 metais. SGIAT ir SPPD duomenys

Metai	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Eilė	438	364	337	457	455	413	413	317	171	123

Nuo 2002 metų socialinės globos įstaigų gyventojų skaičius svyravo tarp 5–6 tūkstančių. 2010 metais įvyko gyventojų skaičiaus šuolis, kuris susijęs su šešių naujų socialinės globos įstaigų atsiradimu apskrityje.

5 lentelė. Socialinės globos įstaigų gyventojų skaičiaus pokyčiai 2002–2011 metais. SGIAT ir SPPD duomenys

Metai	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Gyventojų skaičius	5 237	5 348	5 349	5 272	5 303	5 222	5 207	5 159	6 018	5 991

Nuo 2010 metų greta 22 socialinės globos įstaigų atsiranda 6 papildomos – Padvarių socialinės globos namai, Marijampolės socialinės globos namai, Utenos socialinės globos namai, Veisiejų socialinės globos namai, Zarasų socialinės globos namai ir Specialieji socialinės globos namai „Tremtinių namai“. Tai – įstaigos, kurios iki 2009 metų buvo apskaitomos kaip pagyvenusiems asmenims skirti globos namai, nuo 2010 metų skirtos ne tik pagyvenusiems, bet ir asmenų, kuriems dėl proto negalios ar psichinių sutrikimų nustatytas 0–40 % darbingumo lygis, specialus nuolatinės slaugos ar nuolatinės priežiūros (pagalbos) poreikis arba nustatytas didelių ar vidutinių specialiųjų poreikių lygis.

6 lentelė. Socialinės globos įstaigų skaičiaus pokyčiai 2002–2011 metais. SGIAT ir SPPD duomenys

Metai	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Įstaigų skaičius	22	22	22	22	22	22	22	22	28	28

Kasmet socialinės globos įstaigose apsigyvena keli šimtai naujų gyventojų. Iki 2009 metų jų skaičius mažėjo, nuo 2010 metų, prie socialinės globos įstaigų apskaitos pridėjus 6 naujas institucijas, naujai atvykusiųjų skaičius vėl beveik pasiekė 500 asmenų per metus. Kartu didėjo ligoninių svarba aprūpinant socialinės globos įstaigas naujais gyventojais: 2003 metais iš ligoninių atvyko šeštadalys (15,7 %) naujų gyventojų, 2011 – daugiau nei ketvirtis (26,5 %).

7 lentelė. Lovų skaičiaus psichiatrijos ligoninėse pokytis nuo 1996 iki 2011 metų.

Sudaryta autorės, remiantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos Higienos instituto Sveikatos informacijos centro kasmet rengiamomis Lietuvos gyventojų sveikatos ir sveikatos priežiūros įstaigų veiklos ataskaitomis (1999, 2003, 2006, 2009, 2010, 2011 m.)

Metai	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Lovų skaičius	4 327	4 164	4 395	4 427	4 420	4 262	3 819	3 722	3 669	3 530	3 474	3 453	3 453	3 409	3 303	3 368

Vidutinė gulėjimo psichiatrijos ligoninėse trukmė 2011 metais buvo 22,46 dienos (nuo 48 dienų sergantiems demencija pacientams iki 7,73 dienos pacientams, turintiems psichikos ir elgesio sutrikimų dėl kitų psichoaktyviųjų medžiagų (ne alkoholio vartojimo)). Lovų skaičius per pastaruosius 15 metų sumažėjo beveik 1 000 vietų, t. y. 22 %.

Analogiškai trumpėjo ir gydymosi trukmė – nuo 28,4 dienos 1999 metais iki 22,46 dienos 2011 metais, t. y. 21 %.

*8 lentelė. Vidutinės gydymosi trukmės psichiatrijos ligoninėse pokytis nuo 1999 iki 2011 metų.
Sudaryta autorės, remiantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos
Higienos instituto Sveikatos informacijos centro kasmet rengiamomis Lietuvos gyventojų
sveikatos ir sveikatos priežiūros įstaigų veiklos ataskaitomis (1999–2011 m.)*

Metai	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Vidutinė gulėjimo trukmė	28,4	30,2	28,8	29,9	28,9	26,6	25,9	26,02	24,71	24,13	23,9	23,89	22,46

Mažėjant lovų skaičiui psichiatrijos ligoninėse ir trumpėjant gydymo trukmei – t. y. psichikos sveikatos priežiūros sistemoje vykstant deinstitucionalizacijai, socialinės globos sistemoje ryškėja atvirkštinės tendencijos. Griežčiau reglamentuojant gydymosi psichiatrijos ligoninėse trukmę, intensyviau bendradarbiaujama su socialinės apsaugos sistemos įstaigomis, kurios globoja savarankiškumo netekusius individus. Kadangi ligoninėse gydymas sutrumpėjo, o bendruomenėje individualizuotų paslaugų psichosocialinę negalią turintiems asmenims nėra, belieka pasikliauti stacionariomis socialinės globos institucijomis. Jei ligoninėje gydomas asmuo, kuris neturi saugaus būsto, artimųjų, kurie galės juo pasirūpinti, ligoninėje dirbantys socialiniai darbuotojai sutvarko dokumentus tokio asmens apgyvendinimui stacionarioje globos įstaigoje. Šios socialinių darbuotojų funkcijos apibrėžiamos jų pareiginėse instrukcijose. Pavyzdžiui, Respublikinėje Vilniaus psichiatrijos ligoninėje 1996 metais įsteigtame Socialinės pagalbos skyriuje dirba 28 socialiniai darbuotojai. Viena jų veiklos sričių yra ligoninėje besigydančių pacientų socialinių paslaugų poreikio vertinimas, organizuojant apgyvendinimą socialinės globos namuose ir gyvenamojoje vietoje (Respublikinė Vilniaus psichiatrijos ligoninė 2013).

VšĮ „Vilniaus miesto psichikos sveikatos centras“ (Vasaros ligoninėje) esančio Socialinės pagalbos skyriaus viena iš funkcijų yra paciento perkėlimo į globos įstaigą dokumentų rengimas (Vilniaus miesto psichikos sveikatos centras 2013). Socialinių paslaugų priežiūros departamentas ir Socialinės globos įstaigų administravimo tarnybos renkami statistiniai duomenys rodo, kad vidutiniškai kas ketvirtas penktas globos įstaigos gyventojas atvyksta būtent iš psichiatrijos ligoninės (žr. 7 lentelę).

Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerijos duomenimis (2011 metų), valstybinių socialinės globos įstaigų asmenims, turintiems negalią, investiciniams projektams iš valstybės investicijų programos 2004–2011 metais skirta 17,46 mln. eurų ir 12,45 mln. eurų iš Europos Sąjungos fondų. Tikslinės ekspertų grupės ataskaitoje apie perėjimą nuo globos specializuotose įstaigose prie bendruomeninės globos (2009: 9) laikomasi nuomonės, kad išorinės tokių įstaigų ypatybės – pastatai – tai tik geriausiai matomas, tačiau toli gražu ne pats svarbiausias, institucinei globai būdingas požymis. Psichosocialinę negalią turinčių asmenų poreikio kokybiškoms paslaugoms anaipol netenkina pagerėjusios fizinės gyvenimo sąlygos patalpose, nes tai

7 lentelė. *Naujų gyventojų socialinės globos įstaigose dinamika ir atvykstančiųjų iš ligoninių dalies pokyčiai 2002–2011 metais. SGIAT ir SPPD duomenys*

Metai	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Atvyko	472	456	340	439	307	369	325	470	472
Iš kitų globos namų (%)	9,5	10,1	9,1	19,5	15	19	17	10,2	13,8
Iš namų (%)	73,5	73,9	74,4	55,7	63,8	51	57	62,1	58
Iš ligoninių (%)	15,7	12,9	15,6	23,4	19,2	26	25	24,5	26,5
Iš nakvynės namų, benamiai ir pan (%)	1,3	3,1	0,9	1,4	2	4	1	3,2	1,7

nelema hierarchinių santykių pokyčių, integracijos į bendruomenę ir kitų žmogaus teisių užtikrinimo. Greičiau atvirkščiai – išorinių dalykų tobulinimas gali lemti stagnaciją, esamos sistemos užkonservavimą ir sisteminės kliūtis plėtoti bendruomenines paslaugas.

Lietuvoje socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymu 2012 m. lapkričio 16 d. buvo patvirtintos Neįgalių vaikų, likusių be tėvų globos vaikų, suaugusių neįgalių asmenų socialinės globos namų deinstitutionalizacijos strateginės gairės. Šio dokumento pagrindu kitais metais bus rengiama Neįgaliųjų vaikų, likusių be tėvų globos vaikų, suaugusių neįgaliųjų asmenų socialinės globos namų deinstitutionalizacijos strategija, pagal kurią iki 2030 metų bus pereita nuo institucinės prie bendruomeninės globos. Strategija bus įgyvendinama pasitelkiant ES struktūrinės paramos lėšas, numatomas planuojant ES struktūrinių fondų paramą Lietuvai 2014–2020 metais, ją įgyvendinant bendradarbiaus visų lygmenų (nacionalinio, regioninio ir savivaldybių) valdžios sektorius ir nevyriausybines organizacijas.

Lietuvoje, kaip ir kitose Vidurio ir Rytų Europos šalyse, ypač inertiškų socialinės globos ir psichikos sveikatos priežiūros organizacijų deinstitutionalizacija prasidėjo nuo nevyriausybinių organizacijų ir tarptautinių iniciatyvų, didelę paskatą jos eigai suteikė tarptautiniai teisės aktai, pavyzdžiui, Neįgaliųjų teisių konvencija, tarptautinės bendruomenės spaudimas. Kol tarptautiniai veikėjai apsiribojo finansinės paramos teikimu, o lobizmo ir atstovavimo veiklomis užsiėmė tik vietos nevyriausybines organizacijos, deinstitutionalizacijos procesai socialiniame ir sveikatos sektoriuose nevyko, greičiau atvirkščiai – milžiniški ištekliai buvo skiriami institucinei bazei stiprinti. Realūs pokyčiai prasidėjo tada, kai, siekiant deinstitutionalizacijos, susijungė tarptautinė ekspertizė, finansinė tarptautinių donorų (ypač – Europos Sąjungos) parama ir griežtesnis jos teikimo sąlygų reglamentavimas, aktyvus nevyriausybinių organizacijų įsitraukimas, politinė valdžios sektoriaus valia ir visuomenės sąmoningumas. Šios aplinkybės patvirtina De Leon (cit. pgl. Parsons 2001: 509) teiginį, kad programos baigmė yra ne analitinio, o politinio sprendimo rezultatas, kurį priimant lemiamą vaidmenį atlieka ideologija.

Išvados

- Socialinės globos ir psichikos sveikatos priežiūros institucijos Lietuvoje yra inertiškų organizacijų pavyzdžiai – tai didelės brangiai kainuojančios įstaigos, kuriose vis dar gaji iš sovietmečio paveldėta paslaugų teikimo kultūra. Daugelį dešimtmečių jos buvo neatskiriama socialinės globos ir psichikos sveikatos priežiūros dalis, disponavo didele įtaka, žmogiškaisiais ir finansiniais ištekliais ir tolydžio juos plėtojo.

- Pasipriešinimas pokyčiams, lėta reformos eiga leidžia daryti prielaidą, kad stacionarios globos ir psichikos sveikatos priežiūros įstaigų baigmės procesas Lietuvoje vyksta „ilgo marino“ keliu, nes staigiam „nukirsdinimo“ (Bardach, cit. pgl. Parsons 2001) metodui trūksta politinės valios, visuomenės palaikymo ir galiausiai – išplėtotų bendruomeninių paslaugų.
- Atsižvelgdamos į deinstitutionalizacijos reikalavimus, šios „maksimalistinės“ organizacijos keičia savo veiklą diegdamos naujas paslaugas, kuriomis siekia atsiliiepti į naujus poreikius bei reikalavimus, tačiau tai – minimalūs pokyčiai, faktiškai nekeičiantys įstaigos dydžio ir darbo principų. Naujos paslaugos nefunkcionuoja savarankiškai – jos integruojamos į esamą institucijos struktūrą ir užtikrina Weberio pastebėtą organizacijų ambiciją plėstis ir įtvirtinti savo įtaką naujų reikalavimų kontekste.
- Dažnu atveju deklaruojami inovatyvūs požiūriai ir veiklos tikslai prasilenkia su tikrove institucijos viduje: socialinės globos įstaigos deklaruoja integracinius tikslus, jose dirba už gyventojų integraciją ir jų savarankiškumo didinimą atsakingi socialiniai darbuotojai, užimtumo ir įdarbinimo specialistai, kurių veikla nelemia kryptingų pokyčių grąžinant įstaigos gyventojus į bendruomenę.
- Lietuvoje deinstitutionalizacija nėra sklandi ir vienakryptė. Stingant koordinacijos tarp visų veikėjų, taip pat tarp sveikatos ir socialinės srities sektorių, deinstitutionalizacija medicinos sektoriuje prisideda prie institucionalizacijos mastų didėjimo socialinės globos namuose.

LITERATŪRA

Becker, T.; Vázquez-Barquero, J. L. 2001. The European perspective of psychiatric reform, *Acta Psychiatrica Scandinavica* no 104: 8–14.

Dowdall, G. W. 1996. *The Eclipse of the State Mental Hospital: Policy, Stigma, and Organization*. SUNY Series in the Sociology of Work, Albany, State University of New York Press.

Europos ekspertų grupė perėjimo nuo institucinės prie bendruomenėje teikiamos globos klausimais 2012, *Europos fondų panaudojimo perėjimui nuo institucinės prie bendruomeninės globos priemonių rinkinys ir Beįdrosios Europos perėjimo nuo institucinės prie bendruomenėje teikiamos globos gairės*, EEG, Briuselis. Prieiga per internetą: <http://deinstitutionalisationguide.eu/wp-content/uploads/2013/04/Toolkit_Lithuanian-version.pdf> [žiūrėta 2013 08 13].

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos ir Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. 2011. *Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla*. Vilnius: Sveikatos informacijos centras.

Hovmand, P. S.; Gillespie, D. F. 2010. Implementation of evidence-based practice and organizational performance. *Journal of Behavioral Health Services and Research* 37 (1): 79–94.

Drake, R.; Szmukler, G.; Mueser, K.; Thornicroft, G. (eds.). 2011. Introduction to community mental health care, in *Oxford Textbook of Community Mental Health*. New York: Oxford University Press. Prieiga per internetą: <<http://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780199565498.001.0001/med-9780199565498-chapter-001>> [žiūrėta 2013 08 19].

Knapp, M.; McDaid, D.; Mossialos, E.; Thornicroft, G. (eds.). 2007. *Mental Health Policy and Practice across Europe*. Buckingham: Open University Press.

Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2006 m. balandžio 5 d. įsakymas Nr. A1-92 „Dėl socialinių darbuotojų ir socialinių darbuotojų padėjėjų kvalifikacinių reikalavimų, socialinių darbuotojų ir socialinių darbuotojų padėjėjų profesinės kvalifikacijos kėlimo tvarkos bei socialinių darbuotojų atestacijos tvarkos aprašų patvirtinimo“. Valstybės žinios, 2006, Nr. 43-1569.

Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerija 2013, SADM, Vilnius. Prieiga per internetą: <www.socmin.lt> [žiūrėta 2013 05 08].

Lietuvos Respublikos Socialinių paslaugų įstatymas, 2006-01-19, Nr. X-493. Valstybės žinios, 2006, Nr. 17-589.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos Higienos instituto Sveikatos informacijos centras 1999–2011. *Lietuvos gyventojų sveikatos ir sveikatos priežiūros įstaigų veiklos ataskaitos*. Vilnius: Sveikatos informacijos centras.

Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2012 m. lapkričio 16 d. įsakymas Nr. A1-517 dėl Neįgalių vaikų, likusių be tėvų globos vaikų, suaugusių neįgalių asmenų socialinės globos namų deinstitutionalizacijos strateginių gairių patvirtinimo. Valstybės žinios, 2012, Nr. 135 -6912.

Paldam, M.; Svendsen T. 2001. Missing social capital and the transition in eastern Europe. *Journal for Institutional Innovation, Development and Transition*, no. 5: 21–34.

Parsons, W. 2001. *Viešoji politika*. Vilnius: Eugrimas.

Respublikinė Vilniaus psichiatrijos ligoninė. 2008. RVPL, Vilnius. Prieiga per internetą: <www.rvpl.lt> [žiūrėta 2013 06 14].

Socialinės globos įstaigų administravimo tarnyba prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos 2011. Socialinės globos įstaigų administravimo tarnyba. Vilnius. Prieiga per internetą: <www.sgiat.lt> [žiūrėta 2011 30 10].

Socialinių paslaugų priežiūros departamentas prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos 2013, Socialinių paslaugų priežiūros departamentas, Vilnius. Prieiga per internetą: <www.sppd.lt> [žiūrėta 2013 07 08].

Thornicroft, G.; Tansella M. 2003. *What Are the Arguments for Community Based Mental Health Care?* WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Vilniaus psichikos sveikatos centras 2008, Vilniaus psichikos sveikatos centras, Vilnius. Prieiga per internetą: <www.vasaros.lt> [žiūrėta 2013 07 01].

DEINSTITUTIONALISATION IN LITHUANIA: MINIMAL CHANGES IN THE “MAXIMALIST” ORGANISATIONS

Eglė Šumskienė

Summary

The article employs the institutional theory to examine the influence of institutional environments on the structure and function of mental health and social care organizations as well as their resistance to the reform. On the basis of statistical data collected by responsible organizations, the dynamics of mental health and social care organizations' practice, changes in the numbers of clients and employees are analysed. These alterations allow evaluating the status quo and actual direction of the mental health care reform. The usual institutional response to deinstitutionalization is the modification of activities by introducing new services which respond to the emerging requirements. Nevertheless, these are minimal changes since they do not influence the size of an institution and the principles of its work. Innovative attitudes and organisational goals are of declarative character as they do not correspond to the poor institutional reality.

Key words: institutional theory, deinstitutionalisation, mental health and social care