



Depresijos vertinimo suvestinė: Lietuva

Ši ataskaita parengta remiantis instrukcija ir šablonu, kuriuos pagal iniciatyvą „Words to Actions“ parengė organizacija „The Health Policy Partnership“. Naudotojo vadovo ir šablono parengimą inicijavo ir finansavo „Janssen Pharmaceutica NV“. Jokiems ekspertams, išskyrus ekspertus iš „The Health Policy Partnership“, kurie parengė pirminę depresijos vertinimo suvestinę, nebuvo atlyginta už jų skirtą laiką. „INK agency“ paruošė Lietuvos ataskaitą finansavo „Janssen Pharmaceutica NV“.

Apie šią vertinimo suvestinę

Depresijos vertinimo suvestinė – tai priemonė, kuria siekiama padėti įvertinti esminius depresijos gydymo ir sergančiųjų priežiūros politikos aspektus konkrečioje valstybėje.

Ši suvestinė grindžiama sistema, kuri buvo sukurta remiantis tarptautinės literatūros apžvalga bei konsultacijomis su patariamąja ekspertų grupe.

Depresijos vertinimo suvestinės sumanymas kilo bendradarbiaujant organizacijai „The Health Policy Partnership“ (liet. „Sveikatos politikos partnerystė“) ir „Janssen Pharmaceutica NV“. Šis bendradarbiavimas vyko iniciatyvos „Words to Actions“ (liet. „Nuo žodžių prie veiksmų“) rėmuose. Išsamią informaciją apie šią iniciatyvą galima rasti tinklalapyje wordstoaction.eu/about.

„The Health Policy Partnership“, bendradarbiaudama su ekspertais, sukūrė depresijos vertinimo suvestinės sistemą, kurią išbandė keturiose šalyse: Belgijoje, Prancūzijoje, Italijoje ir Rumunijoje. Kiekvienoje šalyje gautos išvados apibendrintos atskirose vertinimo suvestinėse. Nacionalinio lygmens išvados parengtos remiantis išsamia literatūros apžvalga bei pokalbiais su pagrindiniais šalies ekspertais dirbančiais su depresija.

Dabar depresijos vertinimo suvestinės sistema paskelbta viešai tam, kad pasinaudojus sukurtu šablonu bei pateiktomis instrukcijomis, ją galima būtų pritaikyti ir kitose šalyse.

Remiantis pastarąja sistema parengta ir ši depresijos vertinimo suvestinė – ja siekiama įvertinti depresija sergančių žmonių priežiūrą Lietuvoje.

Informacija apie autorius ir prisidėjusius asmenis

Tyrimams ir šios depresijos vertinimo suvestinės ataskaitos rengimui vadovavo:

- Ervinas Spūdys, vyr. projektų vadovas, „INK agency“;
- Tomas Andriukonis, projektų vadovas, „INK Special Projects“.

Taip pat esame dėkingi ekspertams, kurie pateikė vertingų įžvalgų apie padėtį Lietuvoje:

- Martynui Marcinkevičiui, Vilniaus miesto psichikos sveikatos centro direktoriui ir Psichikos sveikatos vadybos asociacijos direktoriui;
- Ramunei Mazaliauskienei, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės Kauno klinikų Psichiatrijos klinikos vadovei ir Lietuvos psichiatrų asociacijos prezidentei;

- Edgarui Dlugauskui, Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų Neurologijos centro Psichiatrijos skyriaus vedėjui;
- Mindaugui Būtai, laikinai einančiam Respublikinės Klaipėdos ligoninės Psichiatrijos filialo vadovo pareigas;
- Vaidotui Nikžentaičiui, Lietuvos sutrikusios psichikos žmonių globos bendrijos vadovui.

„Janssen Pharmaceutica NV“ ir „The Health Policy Partnership“ nedalyvavo atliekant tyrimą bei rengiant šią depresijos vertinimo suvestinės ataskaitą ir už jos turinį neatsako.

Atsakomybės apribojimas dėl finansavimo

Kaip minėta, ši ataskaita parengta remiantis instrukcija ir šablonu, kuriuos pagal iniciatyvą „Words to Actions“ parengė organizacija „The Health Policy Partnership“. Naudotojo vadovo ir šablono parengimą inicijavo ir finansavo „Janssen Pharmaceutica NV“.

Jokiems ekspertams, išskyrus ekspertus iš „The Health Policy Partnership“, kurie dalyvavo rengiant pirminę

depresijos vertinimo suvestinę Belgijoje, Prancūzijoje, Italijoje ir Rumunijoje, nebuvo atlyginta už jų skirtą laiką. Tas pats pasakytina ir apie ekspertus, dalyvavusius rengiant vertinimo suvestinę Slovakijoje, Čekijoje, Vengrijoje, Slovėnijoje, Kroatijoje, Serbijoje, Bulgarijoje, Estijoje, Latvijoje ir Lietuvoje.

Turinys

Depresija – kodėl ji svarbi?	4
Depresijos vertinimo suvestinė: Lietuva	5
Apie šią depresijos vertinimo suvestinę	6
Lietuvos vertinimo suvestinė	8
Sujungtos ir visapusiškos su depresija susijusios paslaugos	10
Duomenys, leidžiantys gerinti depresijos gydymą	13
Sergančiųjų depresija įtraukimas ir įgalinimas	14
Technologijų taikymas siekiant gerinti priežiūros prieinamumą	16
Išvados ir rekomendacijos	18
Šaltiniai	20

Depresija – kodėl ji svarbi?

PSO teigimu – depresija yra dažnas psichikos sutrikimas. Skačiuojama, kad depresija serga 3,8 proc. visų gyventojų. Tarp suaugusiųjų šis rodiklis siekia 5,0 proc.¹

EBPO duomenys rodo, kad susirgimų depresija skaičių pasaulyje smarkiai išaugino išplitęs sergamumas COVID-19. Pandemijos poveikis psichikos sveikatai buvo didžiulis – duomenys rodo, kad kai kuriose šalyse nerimo ir depresijos paplitimas išaugo daugiau nei dvigubai, lyginant su priešpandeminiu laikotarpiu.²

Depresija gali būti sunki, o kai kada ir pražūtinga liga. Sergantieji ja gali prarasti susidomėjimą beveik visomis veiklomis ir tai daro didelį neigiamą poveikį kasdieniam gyvenimui. Depresija smarkiai padidina savižudybės riziką – PSO vertinimu, depresija yra pagrindinė mirties nuo savižudybės priežastis³, su ja siejama iki 60 proc. savižudybių pasaulyje.⁴

Neigiamą depresijos poveikį sustiprina šios ir kitų psichikos ligų stigmatizacija. Su depresija susijusi stigma gali sustiprinti sergančiųjų kančias ir trukdyti ieškoti bei gauti kokybišką pagalbą.^{3,5}

Depresija yra pagrindinė psichikos sveikatos problemų priežastis Europoje ir viena iš dažniausiai pasitaikančių ilgalaikio nedarbingumo ir neįgalumo priežasčių.³

2,8 proc.

vyresnių nei 15 metų Lietuvos gyventojų buvo diagnozuota depresija (2021)^{6,7}

5,7 proc.

viso PSDF biudžeto skirta psichinei sveikatai (2020)¹²

24 psichiatrai

tenka 100 tūkst. Lietuvos gyventojų. Europos Sąjungoje šis rodiklis siekia 17 (2017)¹⁰

26,1

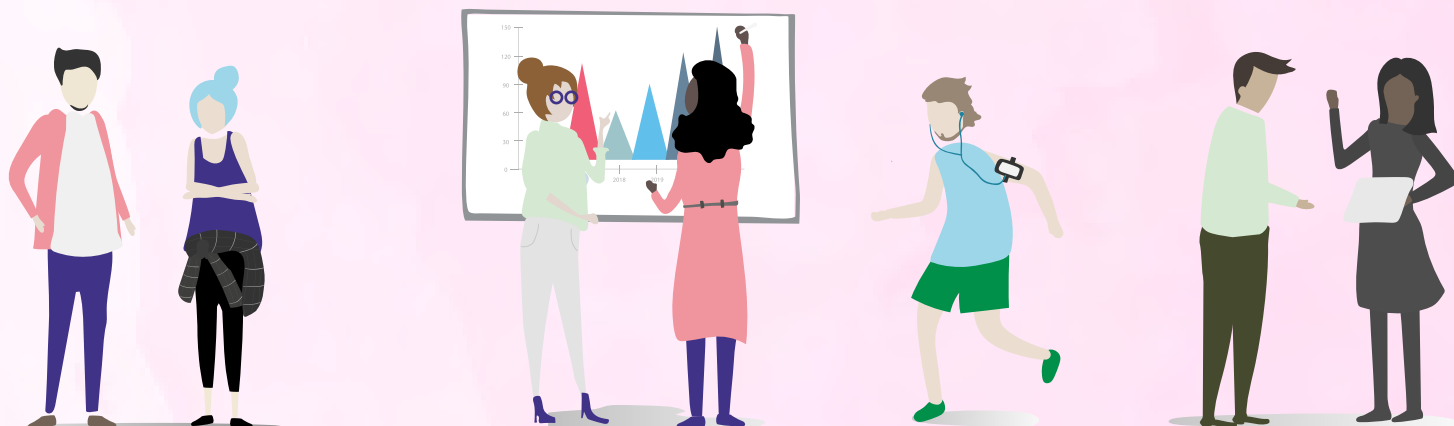
savižudybės atvejais tenka 100 tūkst. Lietuvos gyventojų (2019).⁸ Vidutiniškai Europoje šis rodiklis siekia 13 (2019).⁸ Skačiavimai rodo, kad depresija galėjo lemti iki 60 proc. šių mirčių⁴

0,99 mlrd. Eur

per metus skirta psichinei sveikatai (tiesiogiai ir netiesiogiai) Lietuvoje (2015)¹¹

2,64 proc.

šalies BVP (tiesiogiai ir netiesiogiai) Lietuvoje skiriami psichinei sveikatai. Europos Sąjungoje šio rodiklio vidurkis siekia 4 proc. (2015)¹¹



Depresijos vertinimo suvestinė: Lietuva

5

Savižudybės – rimta problema Lietuvoje. Daug metų Lietuva pagal šį rodiklį pirmauja visoje ES. Visgi matomos ir teigiamos tendencijos: 2010 - 2020 m. fiksuojamas nuoseklus savižudybių skaičiaus mažėjimas.¹³ Ryškiausias teigiamas pokytis – vyrų grupėje, kur savižudybių rodikliai yra aukščiausi.⁸

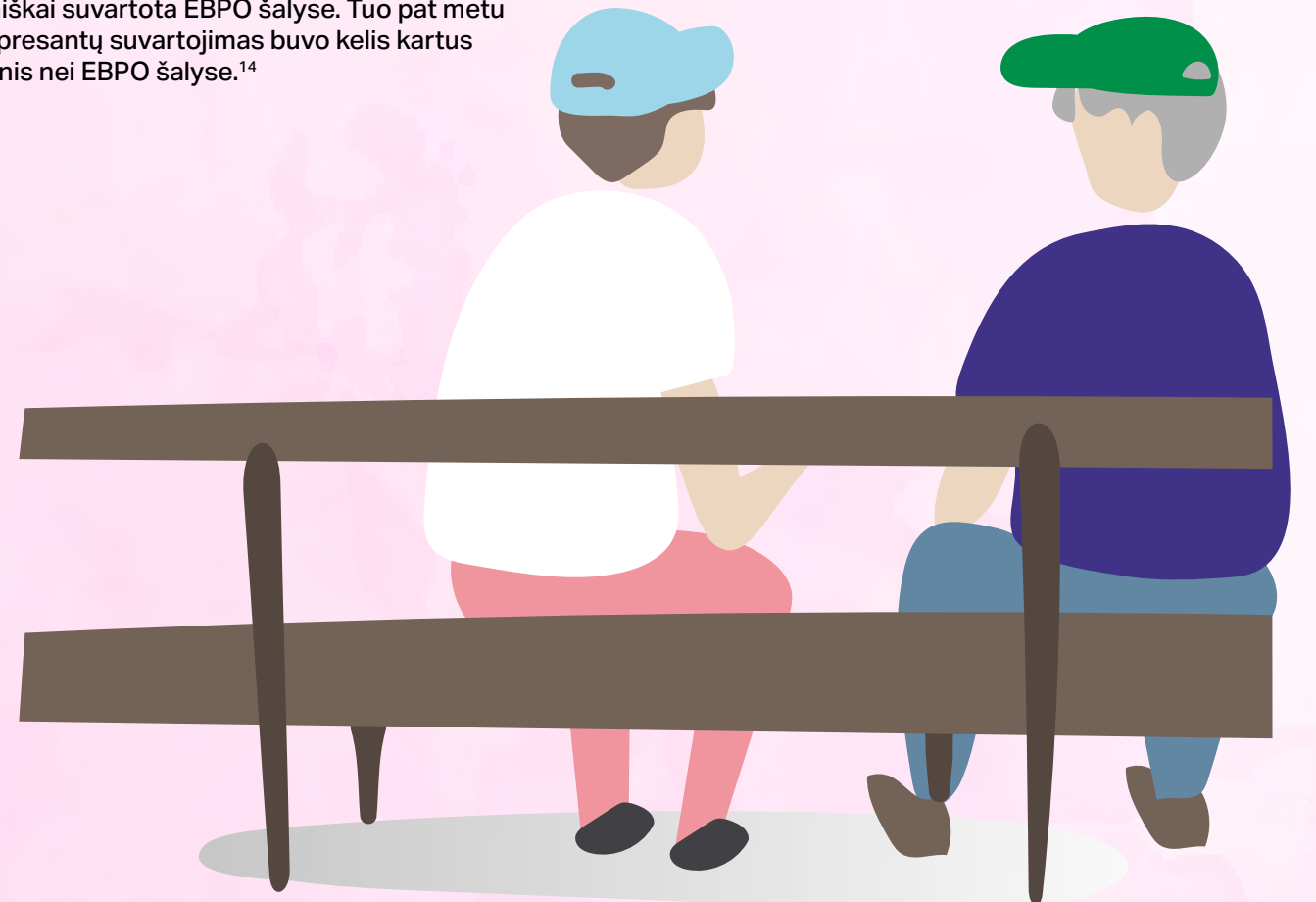
Nors savižudybės – didelė problema Lietuvoje ir pripažįstama, kad depresija didina savižudybės riziką, visgi nėra išsamesnių tyrimų, nagrinėjančių šios ligos ir savižudybių atvejų sąryšius šalyje.

Lietuvoje fiksuojamas nuoseklus depresijos diagnozių skaičiaus augimas – nuo 15 atvejų 1 tūkst. gyventojų 2011 m. iki 24 atvejų 1 tūkst. gyventojų 2019 m.⁶ Vienintelis nukrypimas – 2020 m. buvo fiksuotas depresijos atvejų mažėjimas. Tai aiškinama ne sergamumo mažėjimu, o ribojimais dėl COVID-19 pandemijos, kurie apribojo psichikos sveikatos specialistų paslaugų prieinamumą.

Nors depresijos diagnozių skaičius auga, viena didžiausių problemų Lietuvoje išlieka nediagnozuoti šios ligos atvejai. Juos netiesiogiai liudija vaistų suvartojimo statistika – 2017 m. Lietuvos gyventojai suvartojo dvigubai daugiau benzodiazepinų nei vidutiniškai suvartota EBPO šalyse. Tuo pat metu antidepresantų suvartojimas buvo kelis kartus mažesnis nei EBPO šalyse.¹⁴

Pirminės grandies specialistų išrašomi benzodiazepinai neretai vartojami depresijos simptomams malšinti, tuo tarpu antidepresantus dažniausiai skiria psichikos sveikatos specialistai. Kadangi psichikos sveikatos specialistų paslaugos Lietuvoje pasiekiamos lengvai, galima teigti, kad tokios situacijos susidarymui įtaką daro psichikos ligų, tarp jų ir depresijos, stigmatizavimas, dėl ko žmonės vengia kreiptis į psichikos sveikatos specialistus.

Depresijos gydymo paslaugų kompensavimui Valstybinė ligonių kasa gydymo įstaigoms 2018 - 2020 m. kasmet išmokėdavo vidutiniškai po 15 mln. Eur (2020 m. lėšų kompensacijoms skirta mažiau, nes karantino suvaržymai apribojo paslaugų teikimą). Tai maždaug 1 proc. visų Privalomojo sveikatos draudimo fondo lėšų (bendrai psichikos ligų gydymui skiriama apie 6 proc. fondo lėšų).¹²



Apie šią depresijos vertinimo suvestinę

Ši vertinimo suvestinė parengta siekiant atkreipti politikos formuotojų dėmesį į sritis, kuriose labiausiai reikia pokyčių gerinant depresijos valdymą Lietuvoje. Tikimės, kad šis dokumentas gali paskatinti politikos formuotojus glaudžios partnerystės pagrindais dirbti su visomis suinteresuotosiomis šalimis. Kartu tikimės, kad šis darbas leis pritaikyti visapusišką bei prevencinį

požiūrį į tokį kompleksiską reiškinį kaip depresiją ir tokiu būdu prisidės prie kovos su ja.

Šioje suvestinėje dėmesys sutelkiamas ties keturiomis pagrindinėmis sritimis, kurios identifikuotos kaip labiausiai tobulintinos:

1

Sujungtos ir visapusiškos su depresija susijusios paslaugos

Integruota priežiūra – į pacientą orientuota sistema, kuri padeda sergančiajam depresija visą gyvenimą ir užtikrina gydymo tęstinumą visoje sveikatos sistemoje. Tokia priežiūra esmingai svarbi norint suteikti tinkamą pagalbą ir gydymą. Psichikos sveikatos paslaugas verta integruoti į platesnes sveikatos ir socialinės priežiūros paslaugas, nes dėl to gali gerėti gydymo rezultatai, išaugti priežiūros visapusiškumas, o kaštai – sumažėti.¹⁵

2

Duomenys, leidžiantys gerinti depresijos gydymą

Siekiant, kad tinkamos depresijos gydymo paslaugos būtų prieinamos tiems, kam jų reikia, labai svarbu rinkti bei analizuoti patikimus ir naujausius duomenis apie depresiją. Pacientų gydymo rezultatų stebėseną padeda identifikuoti ir informuoti apie gerąją praktiką. O paslaugų gavėjams tai leidžia tikėtis, kad dėl to bus geriau pasirūpinta jų psichikos sveikata.¹⁵ Tinkami duomenys apie paslaugas gali padėti gydytojams, politikos formuotojams ir sergantiesiems depresija geriau suprasti, kokios bendrai yra gydymo galimybės ir kiek jos prieinamos. Skaidresni duomenys taip pat palengvins bendrą mokymąsi visose sergančiųjų depresija priežiūros srityse. Naujos skaitmeninės priemonės gali palengvinti dokumentavimą siekiant skaidrumo ir atliekant mokslinius tyrimus, kartu išsaugant naudotojo anonimiškumą.¹⁵

3

Sergančiųjų depresija įtraukimas ir įgalinimas

Labai svarbu, kad sergantieji depresija, o kartu ir jų šeimos nariai, draugai bei prižiūrintys asmenys, būtų aktyviai įgalinami dalyvauti visuose ligos priežiūros plano etapuose. Įgalinimas reiškia, kad asmuo įgyja informacijos ir savo gyvenimo kontrolę, taip pat jis gauna galimybę veikti pagal tai, kas jam atrodo svarbu, o tai savo ruožtu leis optimaliau valdyti depresiją.¹⁶ Savitarpio parama, kuomet anksčiau depresiją išgyvenęs asmuo pasiūlo empatiją, suteikia viltį bei gali padėti sveikti depresija sergantiems žmonėms ir padėti kitiems paramos grupės nariams.¹⁷ Socialinių sistemų, pacientus atstovaujančių grupių ir kitų pilietinės visuomenės organizacijų, bendraujančių su nepakankamai paslaugų gaunančiomis bendruomenėmis, aktyvus įsitraukimas yra labai svarbus užtikrinant, kad psichikos sveikatos paslaugas gautų visi, įskaitant tuos, kurie „praslydo pro tinklą“.¹⁵

4

Technologijų taikymas siekiant gerinti priežiūros prieinamumą

Skaitmeninės platformos, skirtos, pavyzdžiui, organizuoti nuotolines terapijos sesijas ir nuotolinius receptų išrašymus, taip pat kita į depresijos įveiką orientuota programinė įranga, tokia kaip telefonų programėlės bei virtualios platformos, gali suteikti didesnį gydymo būdų pasirinkimą sergantiesiems depresija ir tuo pat metu padėti jiems geriau kontroliuoti savo būklę. Nors virtualios sesijos negali pakeisti įprasto gydymo, jos gali būti papildoma galimybė padėti depresija sergantiems žmonėms tarpuose tarp jau suplanuotų vizitų. Kartu skaitmeninės priemonės gali palengvinti sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų duomenų rinkimą ir priežiūros stebėjimą.^{18,19} Taip pat, sergantiesiems depresija skaitmeninės priemonės gali būti naudingos palaikant ryšį su kitais žmonėmis ir taip sumažinant savo izoliaciją.²⁰



Lietuvos vertinimo suvestinė

Ne

Iš dalies

Taip

Sujungtos ir visapusiškos su depresija susijusios paslaugos

Ar depresija įtraukta į nacionalinį sveikatos planą arba atskirą psichikos sveikatos planą?



Ar Vyriausybėje yra už psichikos sveikatą atsakingas asmuo, kuriam tenka atsakomybė remti tarpministerinį požiūrį „psichikos sveikata visuose planuose“?



Ar remiamas, skatinamas/drąsinamas/palengvinamas bendradarbiavimas tarp pirminės sveikatos priežiūros ir psichikos sveikatos paslaugų teikėjų?



Ar yra pirminės sveikatos ir psichiatrijos specialistų bendrai parengtos sergančiųjų depresija gydymo ir priežiūros gairės?



Ar sergantiems depresija prieinamos ir kompensuojamos skirtingos terapijos paslaugos, pavyzdžiui, psichoterapija, konsultacijos, kognityvinė elgesio terapija?



Ar prieinamos depresijos gydymo paslaugos pritaikytos atskiroms rizikos grupėms?

- jauniems žmonėms
- vyresnio amžiaus žmonėms
- žmonėms darbo vietoje
- benamiams



Duomenys, leidžiantys gerinti depresijos gydymą

Ar sveikatos sistemos institucijos sistemingai renka duomenis apie depresiją sergančius asmenis?



Ar duomenys apie psichikos sveikatos paslaugas naudojami planavimui?



Ar sistemingai vertinama iš pacientų gaunama gydymo rezultatų informacija?



Sergančiųjų depresija įtraukimas ir įgalinimas

Ar depresija sergančių žmonių priežiūros gairėse ar metodikose pripažįstama pacientų įgalinimo svarba?



Ar gydymo gairėse pripažįstamas depresija sergančiųjų šeimų bei sergančiuosius prižiūrinčių asmenų vaidmuo priimant sprendimus dėl priežiūros planavimo ir teikimo?



Ar pacientų ir juos prižiūrinčių asmenų atstovai dalyvavo rengiant naujausią nacionalinį planą ar strategiją skirtą depresijai?



Ar depresija sergančius pacientus prižiūrintys asmenys gali gauti finansinę pagalbą, kad galėtų padėti sergantiems artimiesiems?



Ar depresija sergančių žmonių priežiūros gairėse rekomenduojama savitarpio pagalba?



Ar savitarpio pagalba yra kompensuojama?



Ar yra nacionalinių asociacijų, atstovaujančių:

- depresija sergančius žmones?
- asmenis prižiūrinčius sergančiuosius depresija



Technologijų taikymas siekiant gerinti priežiūros prieinamumą

Ar depresija sergantys pacientai gali gauti pagalbą nuotoliniu būdu (telefonu arba internetu) šalia įprastai teikiamų paslaugų?



Ar profesinės organizacijos arba gairės rekomenduoja nuotolines paslaugas teikti šalia įprastinių paslaugų?



Ar depresija sergantiems žmonėms kompensuojama nuotolinė pagalba?



Ar depresija sergantys žmonės gali iš namų telefonu ar internetinėse platformose pratęsti receptų galiojimą?



Sujungtos ir visapusiškos su depresija susijusios paslaugos

Lietuvos sveikatos 2014–2025 m. strategijoje depresija minima fizinės veiklos naudos ir savižudybių prevencijos kontekste. Strategijoje pripažįstama, kad gyventojų psichinė sveikata yra iššūkis, tačiau kalbama ne apie depresiją konkrečiai, o apie psichoemocinę sveikatą bendrai.²¹

Lietuvoje gyventojų sergamumo psichikos ligomis bei savižudybių skaičiaus mažinimu, visuomenės ir individo psichikos sveikatos gerinimu užsiima Valstybinis psichikos sveikatos centras – įstaiga, pavaldi Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai.

Pagal Lietuvos Respublikos psichikos sveikatos priežiūros įstatymą, atskirais psichikos sveikatos klausimais tvarką nustato socialinės apsaugos ir darbo ministras (psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimas socialinės globos įstaigose), teisingumo bei vidaus reikalų ministrai (psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimas pataisos įstaigose ir tardymo izoliatoriuose).

Bendradarbiavimas tarp pirminės sveikatos priežiūros ir psichikos sveikatos priežiūros institucijų vyksta. Visgi jis galėtų būti efektyvesnis. Įstaigų tarpusavio koordinacijai trukdo vieningos elektroninės sveikatos sistemos nebuvimas. Taip pat esama bendradarbiavimo problemų tarp socialinės ir sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų, kurių veikla apmokama iš skirtingų fondų.

Pirminės grandies specialistams užtenka kompetencijų pastebėti psichinės sveikatos sutrikimo požymius, tačiau – daugiausiai dėl kultūrinių priežasčių – ligoniai pernelyg retai nukreipiami pas psichikos sveikatos specialistus. Kai kada ir nukreipimą gavę sergantieji nesikreipia į aukštesnio lygmens specialistą.

Lietuvoje yra galiojančios nacionalinės depresijos gydymo gairės, tačiau jos turi 2 esminius trūkumus:²²

- gairės apima tik medikamentinį depresijos gydymą valstybės kompensuojamais vaistiniais preparatais,
- jas reikia esmingai atnaujinti.

Šis 2012 m. priimtas (2018 m. būta vienos minimalios redakcijos) dokumentas yra atnaujintinas ir plėstinas.

Medikamentinis depresijos gydymas Lietuvoje lengvai prieinamas – dauguma antidepresantų, išskyrus pačius naujausius, yra kompensuojami.

Tuo metu nemedikamentinio depresijos gydymo prieinamumas gerokai menkesnis. Gydymo įstaigose psichoterapijos paslaugos teikiamos retai. Nors psichoterapija Lietuvoje yra valstybės kompensuojama paslauga, visgi nustatyti paslaugos teikimo įkainiai yra itin žemi ir nepadengia faktinių gydymo įstaigų sąnaudų. Esama tvarka gydymo įstaigoms neleidžia nustatyti aukštesnės paslaugų kainos, todėl daugelis jų tiesiog nebeteikia ar nesiima teikti šios paslaugos.

Dėl tokios situacijos psichoterapijos paslaugų teikimas persikėlė į privačios medicinos sektorių. O tai reiškia, kad norint gauti nemedikamentinį depresijos gydymą, tenka susidurti su finansiniu slenksčiu, kuris įveikiamas ne visiems sergantiesiems.

Konkrečioms rizikos grupėms pritaikytos sisteminės depresijos gydymo paslaugos Lietuvoje neteikiamos. Galima minėti nebent atskirose gydymo įstaigose vykdytus projektus ar iniciatyvas.

2022 m. pradžioje Lietuvoje pristatytos „Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų pokyčių gairės“ numato ryškius psichikos sveikatos priežiūros pokyčius, kurie leistų spręsti opiausias problemas: nemedikamentinio depresijos gydymo prieinamumą, bendruomeninių paslaugų plėtrą ir t. t. Tačiau dar nėra aišku, kiek ir kokia apimtimi pavyks įgyvendinti numatytus pokyčius.²³

Situacijos pavyzdys 1 – Psichikos sveikatos centrai

Lietuvoje veikia pacientui palanki sistema – psichikos sveikatos centrai pasiekiami pirminiame lygmenyje. Todėl pacientas į psichikos sveikatos specialistą gali kreiptis tiesiogiai – be šeimos gydytojo siuntimo.

2,8 mln. gyventojų turinčioje Lietuvoje veikia 106 skirtingo dydžio psichikos sveikatos centrai: tai gali būti tiek atskiros psichikos sveikatos priežiūros įstaigos, tiek padaliniai poliklinikose bei kitose pirminės grandies sveikatos priežiūros įstaigose.²³

Psichikos sveikatos centruose dirba komandos, kuriose yra gydytojas psichiatras, psichologas bei socialinis darbuotojas.

Palyginti lengvai gaunamos ir stacionarinės paslaugos: pacientas gali kreiptis tiesiogiai, atvykti su gydytojo siuntimu, taip pat jį gali atvežti greitoji pagalba. Eilės šioms paslaugoms pasitaiko, tačiau jos palyginti nedidelės.



Duomenys, leidžiantys gerinti depresijos gydymą

Pagrindiniai duomenys apie sergančiuosius depresija yra renkami, su dalimi jų galima susipažinti „Higienos instituto“ duomenų bazėje bei statistikos leidiniuose.⁶

Pagrindinis duomenų rinkimo tikslas – lėšų už suteiktas paslaugas paskirstymas. Dalis duomenų naudojami rengiant planus, bet tai nėra daroma išsamiai.

Elektroninės sveikatos sistemose potencialiai yra duomenų, kurių analizė leistų koreguoti ir efektyvinti depresijos gydymą, tačiau analizės centrų nebuvimas neleidžia išnaudoti šio potencialo.

Patys pacientai taip pat gali teikti atsiliepimus apie stacionarinio gydymo paslaugas, tačiau ši atsiliepimų sistema nėra pritaikyta specialiai depresijos gydymui ar gydymo veiksmingumo vertinimui. Pacientų apklausose pateikiami bendri klausimai, tad jų atsakymai didesnės įtakos turėti negali.

Situacijos pavyzdys 2 – Vaistų prieinamumas

PSO ne kartą pastebėjo, kad išlaidos ambulatoriniam gydymui skirtiems vaistams Lietuvoje yra dažniausia priežastis, dėl kurios namų ūkiai patiria nepakeliamas išlaidas su sveikatos priežiūra susijusiose srityse.²⁴

Pagrindinis Lietuvos kompensuojamųjų vaistų sąrašas, kuriame konkrečioms ligoms gydyti numatyti konkretūs vaistai, vadinamas A sąrašu. Juo vadovaudamiesi medikai skiria pacientams gydymą.²⁵

Reaguojant į PSO ir EBPO rekomendacijas, 2019 m. balandį visų šiame A sąraše esančių vaistų, tarp jų ir skirtų depresijos gydymui, kompensavimo lygis buvo pakeltas iki 100 proc. Taip medikamentinis depresijos gydymas šalies gyventojams tapo prieinamesnis.²⁶

Sergančiųjų depresija įtraukimas ir įgalinimas

Lietuvoje vis dar trūksta pacientų įgalinimo iniciatyvų ir jų įtraukimo į sprendimų priėmimą.

Lietuvoje galiojančios nacionalinės depresijos gydymo gairės apima tik medikamentinį depresijos gydymą, tad jose neminima nei pacientų įgalinimo svarba, nei šeimų ir besirūpinančių (prižiūrinčių) asmenų svarba priimant sprendimus dėl gydymo planavimo ar paslaugų teikimo. Dėl tos pačios priežasties gairėse neminimos ir savitarpio paramos grupės, kurių veikla nėra kompensuojama.²²

Nors pacientai ir juos prižiūrinčių asmenų atstovai įtraukiami į tam tikrų sprendimų svarstymus, visgi realios galimybės daryti įtaką pokyčiams, o ne tik būti išklausytiems sprendimus priimančių grupių, lieka problemiškos.

Asmenys, besirūpinantys depresija sergančiais artimaisiais, finansinę paramą gali gauti tik sunkios ligos atvejais, kuomet sergančiajam pripažįstama psichinė negalia.

Tiek depresija sergančiųjų, tiek sergančiaisiais besirūpinančiųjų teises Lietuvoje atstovauja nacionalinė asociacija Lietuvos sutrikusios psichikos žmonių globos bendrija. Tai – skėtinė organizacija, siekianti atstovauti visus psichikos negalią turinčius asmenis ir jų šeimas Lietuvoje.²⁷

Depresija – vienas iš daugelio šios organizacijos interesų, paprastai į jos akiratį patenka sunkios, su psichine negalia susijusios depresijos atvejai. Šiuo metu Lietuvoje nėra nei nacionalinės, nei regioninės organizacijos atstovaujančios vien tik depresija sergančiųjų žmonių ar/ir jų šeimų interesus.



Technologijų taikymas siekiant gerinti priežiūros prieinamumą

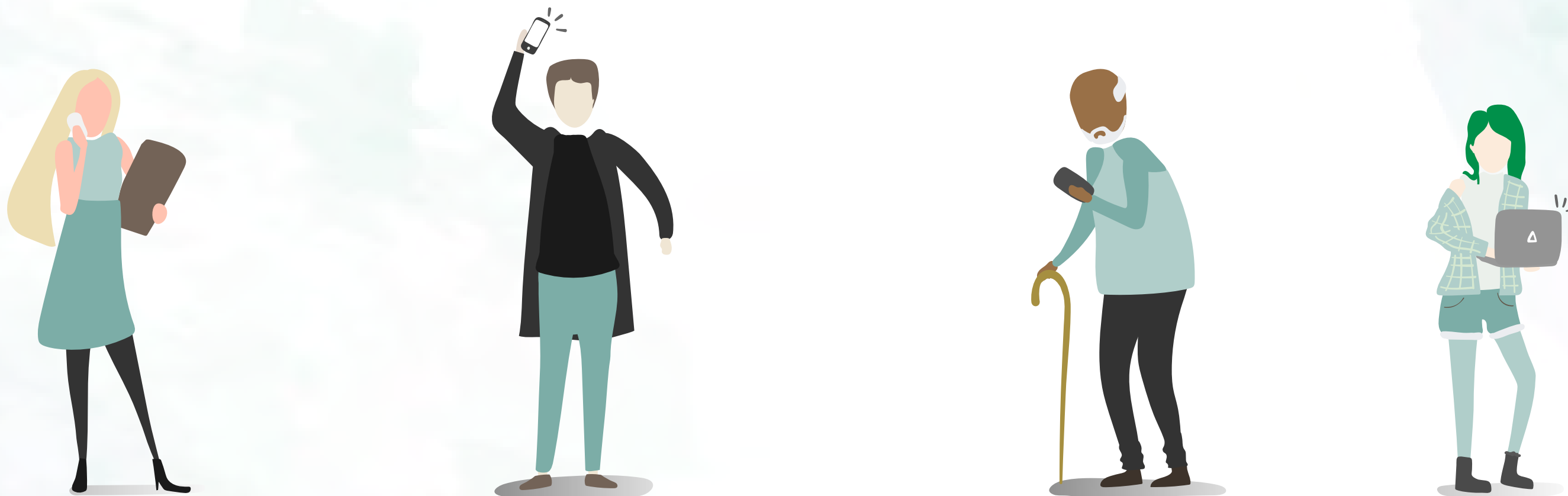
Gerinant paslaugų prieinamumą COVID-19 pandemijos metu, pacientams suteiktos galimybės gauti paslaugas telefonu ir internetu. „Ilgalaikių neigiamų Covid-19 pandemijos pasekmių psichikos sveikatai mažinimo veiksmų plane“ numatoma didinti šių paslaugų prieinamumą.²⁸

Sergantieji depresija gali nuotoliniu būdu gauti pirmines ambulatorines psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikiančio gydytojo konsultaciją bei prasių receptus – naujausias šią tvarką reguliuojantis dokumentas (ministro įsakymas), galioja nuo 2020 m. lapkričio 10 d.²⁹

Nuotolinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugos, taip pat ir nuotolinė pagalba sergantiesiems depresija, yra kompensuojamos – kompensacija yra tokio paties dydžio kaip konsultuojant tiesioginio kontakto metu.²⁹

Nuotolinių paslaugų teikimas Lietuvoje galiojančiose nacionalinėse depresijos gydymo gairėse neminimas, mat šis dokumentas parengtas dar iki tokių paslaugų teikimo pradžios.²²

Tuo metu psichikos sveikatos profesionalai bei asocijuotos struktūros pasisako už tolimesnę telemedicinos plėtrą, visgi tolesniems jos žingsniams reikalingas nuoseklesnis reglamentavimas.



Išvados ir rekomendacijos

Lietuvoje yra platus psichikos sveikatos centrų tinklas, kurių paslaugas gyventojai gali gauti kreipdamiesi tiek tiesiogiai, tiek nukreipti medikų. Lengvai prieinamas ir medikamentinis depresijos gydymas. Tačiau gauti nemedikamentinį gydymą: psichoterapijos ar psichosocialinės reabilitacijos paslaugas gerokai sunkiau. Nors šios paslaugos kompensuojamos, tačiau nustatyti paslaugų įkainiai neatitinka faktinių sąnaudų. Dėl to šitų paslaugų teikiamas smarkiai apribotas.

Pagrindiniai statistiniai duomenys apie depresiją Lietuvoje renkami. Gilesnės analizės potencialą teikia ir elektroninės sveikatos informacinės sistemos. Visgi Lietuvoje nėra analizės centrų, kurie apdorotų šią informaciją.

Kadangi nėra vieningos elektroninės sveikatos sistemos, paciento sveikatos duomenys nėra prieinami skirtingose sveikatos priežiūros įstaigose. Tai apsunkina paciento ligos istorijos, skirto gydymo, režimo laikymosi atsekamumą.

Pacientai ir jų globėjai su psichikos sveikatos reglamentavimu susijusiuose sprendimuose dalyvauja, tačiau nėra aišku, kiek tai lemia politiką formuojančių institucijų sprendimus.

Telemedicinos paslaugų reglamentavimą bei jų teikimą esmingai paskatino COVID-19 pandemija. Šiuo metu pirminio lygio telemedicinos paslaugos kompensuojamos kaip ir tiesioginio kontakto paslaugos. Visgi telemedicinos plėtrai trūksta nuoseklesnio reglamentavimo, tinkamos programinės įrangos ir kompiuterinės technikos.

Šiuo metu Lietuvoje pristatytos psichikos sveikatos priežiūros paslaugų pokyčių gairės numato nemažas permainas. Dalis jų – nemedikamentinių paslaugų prieinamumas, paslaugų orientavimas į atskiras grupes, bendruomeninių paslaugų ir savitarpio paramos grupių plėtra – minimos šios suvestinės rekomendacijose.

Duomenys, leidžiantys gerinti depresijos gydymą:

- pasitelkiant duomenis iš elektroninės sveikatos sistemų, efektyvinti depresijos gydymo politikos planavimą, sprendimų priėmimą;
- remiantis duomenimis iš elektroninės sveikatos sistemų vertinti sprendimų, susijusių su depresijos gydymu, efektyvumą.

Depresija sergančių žmonių įtraukimas ir įgalinimas:

- tobulinti mechanizmus, kurie į sprendimų priėmimą leistų įtraukti pacientų ir jų atstovų pozicijas;
- skatinti tarpusavio paramos grupių bei kitų bendruomeninių paslaugų gyvavimą ir plėtrą.

Prioritetinės rekomendacijos

Sujungtos ir visapusiškos su depresija susijusios paslaugos:

- gerinti nemedikamentinių depresijos gydymo paslaugų prieinamumą;
- kurti depresijos įveikos priemones, orientuotas į specifines žmonių grupes: jaunimą, senjorus ir kt.

Technologijų taikymas siekiant gerinti priežiūros prieinamumą:

- išsaugoti teigiamą telemedicinos pažangą padarytą COVID-19 pandemijos metu;
- plėsti telemedicinos reglamentavimą ir taip sudaryti sąlygas teikti aukštesnio lygmens nuotolines paslaugas;
- gerinti technines galimybes gydytojams teikti nuotolines paslaugas.

1. World Health Organization. Depression. Key facts. Šaltinis: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression> [Žiūrėta: 2021 12 27].
2. OECD. Health at a Glance 2021. Šaltinis: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/ae3016b9-en.pdf?expires=1640611112&id=id&accname=guest&checksum=1D07BF28E03083D431DBB34E6B9A1473> [Žiūrėta: 2021 12 27].
3. World Health Organization. Europe. Depression. Šaltinis: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/areas-of-work/depression> [Žiūrėta: 2021 12 27].
4. Ng CW, How CH, Ng YP. Depression in primary care: assessing suicide risk. Singapore Med J. 2017 Feb;58(2):72-77.
5. Mental Health Foundation. Stigma and discrimination. Available at: <https://www.mentalhealth.org.uk/a-to-z/s/stigma-and-discrimination> [Žiūrėta: 2021 12 27].
6. Higienos institutas. Šaltinis: https://stat.hi.lt/default.aspx?report_id=256 [Žiūrėta: 2022 04 14].
7. Oficialiosios statistikos portalas. Šaltinis: <https://osp.stat.gov.lt/statistiniu-rodikliu-analize?hash=ab672ada-e22f-409e-9ce0-33915afade8f#/> [Žiūrėta: 2022 04 15].
8. Suicide Rate by Country. Šaltinis: <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/suicide-rate-by-country> [Žiūrėta: 2022 04 15].
9. World Health Organization. 2018. Mental health atlas 2017. Šaltinis: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/1272735/9789241514019-eng.pdf> [Žiūrėta: 2022 04 15].
10. Eurostat. Number of psychiatrists: how do countries compare? Available at: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20200506-1> [Žiūrėta: 2022 04 15].
11. OECD, Health at a Glance: Europe 2018. Estimates of total costs (direct and indirect) of mental health problems in EU countries, in million EUR and as a share of GDP, 2015. Šaltinis: https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance_eur-2018-en.pdf?expires=1640093693&id=id&accname=guest&checksum=55DC813932D4C97AB64D3ADB6F2B061D [Žiūrėta: 2021 12 21].
12. VLK. PSDF biudžeto lėšų paskirstymo duomenų analizė pagal apmokėjimo grupes 2018-2020 m. Šaltinis: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiNzljOGUzYjctNmZjMS00MGU4LWE5ZDMtMWU1NDNkMmZiYTQ3IiwidCI6IjA3ZTZlZTM1LTY4MTOtNDc5MCO4NjY5LTgwNzY3Njk0YzI4ZCIsImMiQjI9&pageName=ReportSection-a80534f29d865795e033> [Žiūrėta: 2021 12 27].
13. The World Bank. Suicide mortality rate (per 100,000 population) - European Union. 2019. Šaltinis: https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.SUIC.P5?end=2019&locations=EU&most_recent_value_desc=true&start=2000 [Žiūrėta 2021 12 21].
14. E. Etneris, V. Gerasimavičiūtė. Lietuvos analizė. Benzodiazepinai. 2018. http://kurkl.lt/wp-content/uploads/2018/11/1.-BZD_Lietuvos-analiz%C4%97_PDF.pdf [Žiūrėta: 2021 12 21].
15. Beezhold J, Destrebecq F, grosse Holtforth M, et al. 2018. A sustainable approach to depression: moving from words to actions. London: The Health Policy Partnership.
16. European Patients Forum. 2015. EPF Background Brief: Patient Empowerment. Brussels: EPF.
17. Repper J, Carter T. 2011. A review of the literature on peer support in mental health services. J Ment Health 20(4): 392-411.
18. Europos Komisija. 2018. Tackling depression with digital tools Šaltinis: https://ec.europa.eu/research/in-focentre/article_en.cfm?id=research/headlines/news/article_18_06_04_en.html?infocentre&item=infocentre&artid=48877 [žiūrėta 2021 12 20].
19. Hallgren KA, Bauer AM, Atkins DC. 2017. Digital technology and clinical decision making in depression treatment: Current findings and future opportunities. Depression and Anxiety 34(6): 494-501.
20. Prescott J, Hanley T, Ujhelyi K. 2017. Peer Communication in Online Mental Health Forums for Young People: Directional and Nondirectional Support. JMIR Ment Health 4(3): e29-e29.
21. SAM. XII-964 Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų strategijos patvirtinimo. Šaltinis: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/35834810004f11e4b0ef967b-19d90c08/asr> [Žiūrėta: 2021 12 21].
22. SAM. V-841. Dėl depresijos ir nuotaikos (afektyvių) sutrikimų, ambulatorinio gydymo kompensuojamaisiais vaistais Tvarkos aprašo tvirtinimo. 2018.05.18 Šaltinis: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.E8F6C2343BAC/asr> [Žiūrėta: 2021 12 21].
23. SAM. Psichikos sveikatos priežiūros paslaugų pokyčių gairės. 2022. Šaltinis: <https://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/2022%2003%2022%20pristatymas%20soc%20partneriams.pdf> [Žiūrėta: 2022 03 30].
24. WHO. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/372425/ltu-fp-report-eng.pdf [Žiūrėta: 2022 03 30].
25. VLK. Vaistai ir medicinos pagalbos priemonės (MPP). Šaltinis: <https://ligoniukasa.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/gyventojams-1/vaistai-ir-medicinos-pagalbos-priemones-mpp> [Žiūrėta: 2022 03 30].
26. SAM. 2019. Pagerėjo vaistų ir medicinos pagalbos priemonių prieinamumas. <https://sam.lrv.lt/lt/naujienuos/pagerejo-vaistu-ir-medicinos-pagalbos-priemoniu-prieinamumas> [Žiūrėta: 2022 03 30].
27. LSPŽGB. Lietuvos sutrikusios psichikos žmonių globos bendrija. Šaltinis: <https://lspzgb.lt/apie-mus/> [Žiūrėta: 2022 03 30].
28. SAM. Ilgalaičių neigiamų Covid-19 pandemijos pasekmių psichikos sveikatai mažinimo veiksmų planas. Šaltinis: <https://sam.lrv.lt/uploads/sam/documents/files/Covid-19%20psichikos%20sveikatos%20planas.pdf> [Žiūrėta: 2022 01 10].
29. SAM. V-2569 Dėl nuotolinių gydytojo ir šeimos gydytojo komandos nario konsultacijų pacientui ir gydytojo konsultacijų gydytojui teikimo ir jų... Šaltinis: <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/cb9195e2239411eb8c97e01ffe050e1c> [Žiūrėta: 2022 03 30].

Kontaktai

Dėl papildomos informacijos apie ataskaitą susisiekite su Ervinu Spūdžiu

INK agency
Aukštaičių g. 7
LT-11341
Vilnius

