
ŽMOGAUS TEISIŲ STEBĖJIMO INSTITUTAS

GLOBALI INICIATYVA PSICHIATRIJOJE

LIETUVOS SUTRIKUSIO INTELEKTO ŽMONIŲ GLOBOS BENDRIJA „VILTIS“

VILNIAUS PSICHOSOCIALINĖS REABILITACIJOS CENTRAS

**ŽMOGAUS TEISIŲ STEBĖSENA
UŽDAROSE PSICHIKOS
SVEIKATOS PRIEŽIŪROS IR
GLOBOS INSTITUCIJOSE**

PROJEKTO ATASKAITA

Vilnius 2005

UDK 341.2(474.5)(083)

Žm-07

Ekspertų grupė:

Arūnas Germanavičius

Dainius Pūras

Dovilė Šakalienė

Eglė Rimšaitė

Lina Mališauskaitė

Robertas Povilaitis

Redaktorė Jūra Žeimantienė

Rėmėjai:



European Commission



Jungtinių Amerikos Valstijų ambasada

© Žmogaus teisių stebėjimo institutas, 2005

© Globali iniciatyva psichiatrijoje, 2005

© Lietuvos sutrikusio intelekto žmonių globos bendrija „Viltis“, 2005

© Vilniaus psichosocialinės reabilitacijos centras, 2005

ISBN 9955-501-92-8

Pratarmė

Per keletą pastarųjų dešimtmečių psichikos sveikatos priežiūros paradigma dramatiškai keitėsi visame pasaulyje. Vienas svarbiausių šiuos pokyčius paskatinusių veiksnių – suvokimas, kad, užtikrinant žmogaus teises psichikos sveikatos priežiūros sistemoje, galima taip transformuoti šios sistemos vertybes ir principus, jog jie skatintų pagarbą pacientams ir didintų jų integracijos į visuomenę tikimybę.

1991-aisiais Jungtinių Tautų Generalinė Asamblėja patvirtino psichikos sutrikimų turinčių asmenų apsaugos ir psichikos sveikatos priežiūros tobulinimo principus, kuriuose buvo pabrėžiamos psichikos sutrikimų turinčių žmonių teisės. Minėto aspekto išryškėjimas suteikia galimybę reformuoti psichikos sveikatos priežiūros paslaugas, atsisakant psichikos pacientų izoliavimo, stigmatizavimo, negerbimo ir ignoravimo. Žmogaus teisių, kaip vertybės, pripažinimas leidžia suteikti įgaliojimų psichikos sutrikimų turintiems asmenims, jų šeimoms bei teisių gynėjams.

Lietuvoje psichikos sveikatos priežiūros sistema nesulaukia pakankamo valstybės dėmesio, todėl mūsų šalyje vyrauja atgyvenusi institucijų vaidmens, funkcijų ir darbo metodų samprata. Tai patvirtina vengimas reformuoti dideles stacionarias gydymo bei globos institucijas, keičiant jas lankstesne paslaugų teikimo bendruomenėje sistema. Kadangi tradicinės stacionarios institucijos buvo kuriamos, vadovaujantis „defektyvių“ individų izoliavimo principu, jos iš esmės negali užtikrinti psichikos pacientų teisių įgyvendinimo. Dėl nuolatinio į neefektyvios sistemos fasado gerinimą, bendri visuomenės psichikos sveikatos rodikliai

išlieka prasti, o psichikos sutrikimus turinčių asmenų gydymo, reabilitacijos ir integracijos į visuomenę rezultatai yra menki bei abejotini.

Apie psichiatrijos ligoninių, ypač pensionatų, neefektyvumą akivaizdžiai byloja pasikartojantys netinkamo elgesio su pacientais atvejai šiose įstaigose. Geografinė ir profesinė minėtų įstaigų bei jų personalo atskirtis sąlygoja uždarnos bendruomenės susikūrimą įstaigos viduje. O tinkamų stebėsenos ir kontrolės procedūrų nebuvimas sudaro prielaidas sistemingam žmogaus teisių pažeidinėjimui. Paciento, patekusio į stacionarią psichikos priežiūros instituciją, gydymo ir sugrįžimo į visuomenę mechanizmams trūksta skaidrumo, o paciento galimybės palikti pensionatą šiuo metu tėra daugiau teorinės. Be to, dėl psichikos ar proto negalios atsirandančią stigmą dar labiau stiprina neigiamas stacionariose institucijose izoliuotų psichikos sutrikimų turinčių pacientų įvaizdis. Dėl to didelė visuomenės dalis iki šiol sutrikusios psichikos asmenis laiko socialiai pavojingais ir, nors tai visiškai neatitinka šiuolaikinio mokslo požiūrio, linkę pateisinti šių žmonių ilgalaikės izoliacijos specialiose institucijose faktą.

Siekiant efektyviai ginti psichikos sutrikimų turinčių asmenų teises, pirmiausia reikia atlikti esamos padėties analizę, t.y. įvertinti dabartinę žmogaus teisių padėtį stacionariose psichikos sveikatos priežiūros bei globos institucijose. Akivaizdu, kad tam reikia sukurti stebėsenos ir vertinimo instrumentus, kuriais naudodamiesi susijusios organizacijos bei ekspertai galėtų atlikti analizę ir stebėti pokyčius ateityje.

Keturių nevyriausybinių organizacijų koalicija, sutelkusi skirtingas ekspertines žinias ir patirtį – psichiatrijos žinias,

psichikos sveikatos priežiūros ir globos institucijų funkcionavimo mechanizmo žinojimą, tarptautinių žmogaus teisių standartų psichikos neįgaliesiems išmanymą, monitoringo metodų bei technikų žinias – atliko išsamią padėties psichikos sveikatos priežiūros ir globos institucijose analizę, kuri apibendrintai yra pateikiama šioje ataskaitoje. Projektas sukūrė pilietinės kontrolės psichikos sveikatos priežiūros ir globos institucijose precedentą ir sudaro galimybes suinteresuotoms organizacijoms bei ekspertams pakartoti tyrimą, naudojantis sukurta tyrimo metodologija.

Koalicijos partneriai tiki, kad projekto metu gauta informacija, padarytos išvados ir pateikti pasiūlymai sukels diskusiją tarp suinteresuotų institucijų ir asmenų ir prisidės prie atgyvenusios institucinės sistemos demontavimo ir jos pakeitimo modernia psichikos sveikatos priežiūros sistema.

Henrikas Mickevičius

Žmogaus teisių stebėjimo instituto
direktorius

Vytautas Blažys

Globali iniciatyva psichiatrijoje
direktorius

Dana Migaliova

Sutrikusio intelekto žmonių globos
bendrijos Viltis direktorė

Rūta Lukošaitytė

Vilniaus Psichosocialinės reabilitacijos
centro direktorė

Dainius Pūras

Vilniaus Universiteto Medicinos fakulteto
docentas
Žmogaus teisių stebėjimo instituto
valdybos narys

1.

Tradicinės centralizuotų globos ir gydymo institucijų sistemos transformavimas į bendruomeninių paslaugų tinklą

Lietuva priklauso Rytų ir Centrinės Europos regionui, kuriam būdinga: ypatingai stiprūs psichikos sveikatos priežiūros saitai su paveldėta neefektyvia sistema ir priklausomybė nuo tradicinių centralizuotų stacionarių globos ir gydymo institucijų. Nėra abejonių, kad ši priklausomybė yra tapusi didžiausia kliūtimi efektyviam bendruomeninių paslaugų vystymui.

Nepaisant akivaizdaus poreikio reformuoti psichikos sveikatos paslaugų sistemą ir nedviprasmiškų tarptautinių organizacijų rekomendacijų, regiono vyriausybės vis dar trūksta politinės valios pradėti deinstitucionalizavimo procesą.¹ Galinga centralizuota institucijų vaikams ir suaugusiesiems, turintiems psichikos problemų (tiek psichikos sutrikimų, tiek proto negalią), sistema efektyviai atlaiko visas pastangas diegti reformas.

Remiantis Pasaulio banko atliktais tyrimais, posovietinio bloko regione mažiausiai 1,3 mln. žmonių, turinčių psichikos sutrikimų, gyvena 7400 didelių struktūruotų institucijų. Šios institucijos pasisavina ir neefektyviai (stiprindamos socialinę atskirtį) naudoja ribotus finansinius išteklius, kurie galėtų būti skiriami bendruomeninių paslaugų infrastruktūrai kurti ir plėtoti. „Lietuvoje 1,75 proc. nacionalinio biudžeto skiriama pažeidžiamų individų institucinei globai.“²

¹ *Europos psichinės sveikatos apsaugos deklaracija*. PSO Europos ministrų konferencija psichinės sveikatos klausimais, Helsinkis, Suomija, 2005 m. sausio 12-15 d.

² Tobis D., 2000. *Moving from Residential Institutions to Community-based Services in Central and Eastern Europe and the Former Soviet Union*. World Bank, Washington, DC.

Sudėtingą institucijų sistemą valdo skirtingi teisiniai subjektai, tačiau visoms įstaigoms būdinga socialinės atskirties ideologija ir žmogaus teisių neigimas, taip pat ir teisės į gyvenimą mažiausiai ribojančioje aplinkoje.

Regione buvo įgyvendinta daugybė tarptautinių rėmėjų – Atviros visuomenės instituto, Ženevos iniciatyvos psichiatrijoje, Hamleto fondo, Pasaulio banko – finansuotų iniciatyvų. Šiomis iniciatyvomis buvo siekiama stiprinti į bendruomenę orientuotą socialinių paslaugų infrastruktūrą, užtikrinti visuomenės paramą, vykdyti bandomuosius projektus bendruomenėse, pristatyti modernių psichosocialinių technikų mokymų projektus ir pateikti tyrimais pagrįstą įrodymų, kad esama sistema yra neefektyvi. Deja, šių iniciatyvų sėkmei stipriai trukdė vietos vyriausybių pasyvumas ir vengimas pareikšti politinę valią bei, pasekus donorų pavyzdžiu ir tarptautinių organizacijų rekomendacijomis, pačioms investuoti į tokią paslaugų sistemą, kuri būtų orientuota į pažeidžiamų individų savarankišką gyvenimo stiprinimą ir jų išlikimą bendruomenėje, ir taip sukurti patrauklią ir ekonomiškai atsiperkančią alternatyvą institucinei rūpybai.

Kodėl Lietuvos, kaip ir kai kurių kitų minėto regiono valstybių, Vyriausybė delsia finansuoti naujas į bendruomenę orientuotas paslaugas šiuo palankiu laikotarpiu, kai tokią galimybę turime dėl bendro krašto ekonomikos augimo? Todėl, kad, įtakojant skirtingoms interesų grupėms, ji tebesivadovauja pasenusiais principais, suteikdama galimybę tolesniam stigmatizuojančių paslaugų dominavimui bei vienpusiam biomedicininiam požiūriui. Paradoksalu, kad Kaukazo ir Centrinės Azijos šalyse, kurias ištiko stipri ekonominė krizė, centralizuotos psichiatrijos institucijos bei pensionatai žlunga, o augančios ekonomikos šalyse, tokiose kaip Baltijos valstybės, vyriausybės investicijos į tradicinių

stacionarių institucijų sistemą didinamos, siekiant gerinti priežiūrą jose. Tačiau ateina laikas, kai politikai turi spręsti strateginį klausimą, ar efektyvus toks resursų panaudojimo būdas. Ar prasminga „maitinti“ neefektyvią sistemą ir skatinti ydingą ratą, išlaikant socialinės atskirties principu dirbančių institucijų monopolį, kai tuo tarpu į bendruomenines paslaugas orientuotoms alternatyvoms nebelieka lėšų?

Metas iškelti klausimą – ar tai modernus investavimo į psichikos sveikatos priežiūrą kelias Lietuvai, kaip naujajai Europos Sąjungos narei, ir kaip būtų galima pasinaudoti Europos Sąjungos plėtros procesu ydingam ratui, skatinančiam laikmečio principų bei Lietuvos vizijos nebeatitinkantį institucinės psichikos sveikatos priežiūros modelį, sustabdyti.

Uždaro didelės psichikos sveikatos priežiūros institucijos atstovauja paternalizmo ir socialinės atskirties tradicijai bei prieštarauja moderniai sveikatos ir socialinei politikai, kuri remiasi individo autonomijos principu, galių suteikimu bei teise gyventi mažiausiai ribojančioje aplinkoje. Tarptautinė patirtis patvirtino, kad stacionarios globos institucijos yra vienareikšmiškai žalingos, neadekvačiai brangios ir tik labai nedidelė dalis jose izoliuotų asmenų iš tiesų yra nepajėgūs gyventi bendruomenėje.³

Jei reforma nevyks, prireiks vis daugiau lėšų paslaugų kokybei centralizuotose globos institucijose užtikrinti. Priklausomybės kultūra, klestinti minėtose institucijose, atima iš ten gyvenančių asmenų bet kokią savarankiškumą ir socialinius gebėjimus. Tokiu būdu valstybė už savo lėšas atskiria asmenį nuo visuomenės, kad pati jį visą

gyvenimą išlaikytų, skirdama vis didėjančias lėšas institucinei globai.

Pozityvios permainos mūsų valstybėje ir narystė tarptautinėse bendrijose anksčiau ar vėliau privers atsisakyti minėtų uždarų institucijų monopolio. Valstybė privalės modernizuoti ir deinstitutionalizuoti psichikos sveikatos priežiūros sistemą, siūlydama bendruomenines paslaugas kaip alternatyvą uždaroms psichiatrijos įstaigoms. Kuo ilgiau uždarų institucijų sistema bus valstybės proteguojama, kaip pagrindinis psichikos pacientų ir sutrikusio intelekto asmenų globos bei socializacijos būdas, tuo daugiau lėšų ir pastangų ilgainiui prireiks ją reformuojant. Kadangi šiuo metu pensionatai bei psichiatrijos ligoninės yra paslaugų teikimo monopolistai, nenuostabu, kad nėra jokios motyvacijos keisti atgyvenusių sistemą. Finansines paskatas turi sukurti poįstatyminiai aktai, kuriuose būtų reglamentuota alternatyvių bendruomeninių paslaugų teikimo galimybė.

Kaip rodo stacionarios globos patirtis stiprios ekonomikos šalyse, kuo labiau didėja gerovė ir stiprėja socialinės paramos sektorius, tuo labiau decentralizuota tampa socialinių paslaugų sistema, atsisakant toliau plėtoti tradicinę stacionarią globą.

Oficialiai teigiama, kad nuo 1998 metų pagrindinė Lietuvos socialinių paslaugų politikos kryptis yra paslaugų decentralizavimas ir nestacionarių paslaugų vystymas. Socialinių paslaugų infrastruktūros plėtros programoje (SPIPP), patvirtintoje Vyriausybės nutarimu, prioritetinė paslaugų plėtros kryptimi pripažįstama nestacionarių socialinių paslaugų infrastruktūros plėtra. 1998-2004 metais, įgyvendinant minėtą programą, buvo finansuotas 101 socialinių paslaugų plėtros projektas, skiriant tam 29,75 mln. Lt. Kai tuo tarpu vien per vienerius metus tradicinių psichoneurologinių

³ Tobis D. *Moving from Residential Institutions to Community-Based Social Services in Central and Eastern Europe and the Former Soviet Union*. 2000, The World Bank.

pensionatų finansavimui vyriausybė skiria kelis kartus daugiau lėšų, negu per 6 metus skyrė modernių alternatyvų plėtrai.

Toliau augo stacionarių įstaigų skaičius (pvz., 2004 m. Lietuvoje veikė 21 psichoneurologinis pensionatas, kuriuose gyveno daugiau nei 6 tūkst. asmenų); daugėjo darbuotojų (pvz., nuo 2000 iki 2003 metų socialinį darbą dirbančių asmenų pensionatuose padaugėjo beveik dviem šimtais, tuo tarpu psichikos sveikatos priežiūros centruose nuo 2000 iki 2005 metų tokių darbuotojų buvo įdarbinta tik šešiasdešimt).⁴

Tokie sprendimai neužtikrina realių reformų, veikiau atvirkščiai, akivaizdžiai rodo, kad stokojama politinės valios ryžtis reformoms ir slapčia siekiama kuo ilgiau investuoti į iš praeities paveldėtą psichoneurologinių pensionatų sistemą, skirtą tūkstančiams asmenų visam gyvenimui atskirti nuo vietos bendruomenių ir paversti nevisaverčiais visuomenės nariais.

Projekto metu atliktas tyrimas patvirtino, kad buitinės sąlygos pensionatuose dabar yra daug geresnės: pastatyta naujų korpusų, atnaujintos gyvenamosios patalpos, sumažintas asmenų, gyvenančių viename kambaryje, skaičius. Tačiau tai tik stiprina stacionarios globos sistemos pozicijas ir didina jos paslaugomis besinaudojančių žmonių skaičių, kadangi šuo metu tai vienintelė rūpinimosi psichikos sutrikimų turinčiais asmenimis alternatyva. Dėl tų pačių priežasčių Lietuva linksnuojama tarptautinėse studijose kaip investuojanti didžiulį kiekį lėšų į neefektyvią institucinę globos sistemą.

Deja, investicijos į stacionarių institucijų modernizavimą neišsprendžia žmogaus teisių problemų. Nepaisant to, kad per

⁴ SADM 2005 m. ataskaita Psichikos sveikatos komitetui. Neoficialus dokumentas.

pastaruosius 15 metų padėtis Lietuvos stacionariose institucijose, lyginant su kitomis Baltijos valstybėmis, pagerėjo labiausiai, mūsų šalyje vis dar akivaizdžiai pažeidžiamos įvairios psichikos sutrikimų turinčių asmenų žmogaus teisės. Didelė stacionari institucija, sukurta „netinkamiems“ visuomenės nariams izoliuoti ir pasižyminti totalitarinės institucijos ypatybėmis,⁵ iš esmės negali užtikrinti žmogaus teisės į privataus gyvenimo gerbimą, informaciją, mažiausiai ribojančią aplinką, judėjimo laisvę ir kitas fundamentalias žmogaus teises. Taigi vėl sugrįžtame prie anksčiau minėto ydingo rato – kuo labiau pažeidžiamos psichikos pacientų žmogaus teisės arba, kitaip tariant, kuo labiau jie luošinami socialiai, skatinant visišką priklausomybę nuo globos, tuo brangiau valstybei kainuoja juos išlaikyti.

Psichiatrijos ligonines irgi galima vertinti kaip dar XIX a. suformuoto stigmatizuojančio psichikos ligonių izoliavimo palikimą. Kaip ir pensionatai, jos yra sudėtingos institucinės psichikos sveikatos priežiūros sistemos dalis, kurios pagrindą sudaro tokie patys paternalizmo, socialinės atskirties bei stigmos principai. Jau vien tai, kad psichikos ligoniai gydomi ne bendrojo pobūdžio, bet specializuotose psichiatrijos ligoninėse, yra akivaizdus stigmos pavyzdys. Didelių izoliuotų psichiatrijos ligoninių sistema sudaro prielaidas įvairiems žmogaus teisių pažeidimams ir gilina pacientų socialinę atskirtį bei stigmatizavimą.

⁵ Goffman E. apibūdina totalitarinę instituciją kaip vietą, kurioje dirbtinai sugriaunami barjerai tarp miego, laisvalaikio ir darbo, atimant iš individų galimybę patiems spręsti, kada, su kuo ir kam vadovaujant užsiimti šiomis veiklomis. Goffman teigimu, totalitarinėse institucijose žmogų ištinka savasties destruktija arba – pilietinė mirtis. Pgl. Tobis D. *Moving from Residential Institutions to Community-Based Social Services in Central and Eastern Europe and the Former Soviet Union*. 2000, The World Bank.

Be to, pastebėta ydinga praktika neigti žmogaus teisių pažeidimus, juos pateisinant ar pridengiant psichikos sutrikimo diagnoze. Bet koks ligonio elgesys, kuriuo jis siekia apginti įstatymais numatytas savo teises, neretai vienareikšmiškai vertinamas kaip ligos paūmėjimas. Motyvuojant galimu ligonio būklės pablogėjimu, kurį tariamai sukeltų jo informavimas apie psichikos sutrikimą bei gydymo galimybes, psichikos pacientui faktiškai neužtikrinama teisė į informaciją. Esamos sistemos požiūriu, pats psichikos sutrikimo diagnozės faktas eliminuoja paciento galimybes pasinaudoti žmogaus teisėmis, kurios, beje, turi būti užtikrinamos kiekvienam asmeniui, esančiam Lietuvos jurisdikcijoje, tiek remiantis LR Konstitucija, tiek ratifikuotais tarptautiniais teisės aktais, ginančiais žmogaus teises.

Pasaulio sveikatos organizacija (PSO) 2001-ųjų metiniame pranešime⁶ rekomenduoja psichikos pacientų neiškirti iš kitų ir kiek įmanoma integruoti psichiatrijos skyrius į bendrojo pobūdžio ligonines. 2005 m. priimtoje Europos psichinės sveikatos apsaugos deklaracijoje siūloma diegti specializuotas bendruomenines paslaugas, prieinamas 24 valandas per parą ir užtikrinančias žmonių, kenčiančių nuo rimtų psichikos sutrikimų, priežiūrą; teikti paslaugas ten, kur žmonės gyvena ir dirba; sukurti reabilitacijos paslaugas, kurios padėtų optimizuoti psichikos pacientų įtraukimą į visuomenę.⁷

PSO valstybės narės įsipareigojo nuo 2005 iki 2010 metų atsisakyti nehumaniško ir žeminančio elgesio bei priežiūros; pripažinti žmogaus teises ir psichinę

sveikatą reglamentuojančius teisės aktus, atitinkančius Jungtinių Tautų konvencijose apibrėžtus standartus bei tarptautinės teisės normas; akivaizdžiai sustiprinti žmonių, turinčių psichikos sutrikimų, socialinį aktyvumą.⁸

Visame Europos regione yra daroma pažanga reformuojant psichinės sveikatos priežiūrą. Ypatingai svarbu pripažinti ir remti žmonių teisę į efektyviausią gydymą ir intervenciją su mažiausia galima rizika, teikiama remiantis jų individualiais poreikiais ir norais bei atsižvelgiant į jų kultūrą, tikėjimą, lytį ir siekius. Atsižvelgdamos į sukauptus įrodymus ir patirtį, daugelis šalių remia bendruomenės pagrindu teikiamų paslaugų tinklų kūrimą, įskaitant vietas ligoninėse. Dvidešimt pirmajame amžiuje nėra vietos nehumaniškam ir žeminančiam elgesiui ir priežiūrai didelėse gydymo įstaigose: vis daugiau šalių uždaro stacionarias specializuotas globos ir gydymo institucijas ir dabar keičia jas efektyviomis bendruomenės pagrindu teikiamomis paslaugomis.

Lietuvoje, kaip ir kitose RCE regiono šalyse, išskirtume šias pagrindines kliūtis sėkmingai deinstitucionalizacijai:

- finansinis ir organizacinis spaudimas išlaikyti esamas institucijas;
- institucinę globą skatinančių mechanizmų finansavimas;
- teigiamas visuomenės požiūris į šią priežiūros formą;
- nacionalinės socialinių paslaugų infrastruktūros nebuvimas;
- nepriklausomos stebėsenos ir kontrolės nebuvimas;
- teisinės bazės, ginančios pažeidžiamų individų teises, trūkumas.

⁶ PSO 2001 metinis pranešimas Psichikos sveikata: naujas supratimas, nauja viltis. Valstybinis psichikos sveikatos centras, 2002.

⁷ Europos psichinės sveikatos apsaugos deklaracija. PSO Europos ministrų konferencija psichinės sveikatos klausimais, Helsinkis, Suomija, 2005 m. sausio 12-15 d.

⁸ Europos psichinės sveikatos apsaugos deklaracija. PSO Europos ministrų konferencija psichinės sveikatos klausimais, Helsinkis, Suomija, 2005 m. sausio 12-15 d.

Pasaulio banko atliktame tyrime siūloma reformų strategija apima visuomenės nuomonės keitimą ir bendruomenės paramos užtikrinimą; nacionalinės socialinių paslaugų infrastruktūros stiprinimą bei modernų reikalingų socialinės priežiūros profesionalų mokymą; bandomųjų bendruomeninių socialinių paslaugų projektų įgyvendinimą; šių projektų panaudojimą asmenų, patenkančių į stacionarias institucijas, srauto mažinimui; stacionarių institucijų pertvarkymą, sumažinimą bei uždarymą; nacionalinio bendruomeninių psichikos sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų tinklo sukūrimą.

Šios strategijos įgyvendinimas pareikalaus tiek teisinės bazės, tiek finansavimo tvarkos pokyčių. Pirmiausia įstatymais ir kitais teisės aktais turi būti aiškiai reglamentuota bendruomeninių psichikos sveikatos priežiūros bei socialinių paslaugų teikimo tvarka ir numatytas finansavimas. Vienas būdų pakeisti esamą finansavimo tvarką ir tuo pačiu paskatinti savivaldybes vystyti bendruomeninių paslaugų tinklą – sukurti psichikos paciento krepšelį, kuris „eitų“ paskui jį. Pacientui turėtų būti įstatymiškai suteikta pasirinkimo galimybė – gauti paslaugas stacionarioje įstaigoje arba bendruomenėje, ir tuo pačiu „nusinešti“ į pasirinktą įstaigą savo krepšelį. Tai sukurtų konkurencinę aplinką ir galėtų paskatinti savivaldybes sukurti patrauklią alternatyvią bendruomeninę paslaugų struktūrą, užuot stiprinus ekonomiškai neefektyvius ir žmogaus teisių neginančius stacionarių globos įstaigų teikiamų paslaugų monopolio mechanizmus.

Kitas svarbus momentas – turi būti įsteigta inspekcijos tarnyba, kuri padėtų įtvirtinti gerą praktiką ir užkirstų kelią aplaidžiam bei blogam elgesiui su pacientais

psichinės sveikatos priežiūros įstaigose. Šiuo metu psichikos sveikatos priežiūros sistemos – psichiatrijos ligoninių bei psichoneurologinių pensionatų – paslaugomis besinaudojantys pacientai gali skųstis dėl savo teisių pažeidimų LR Seimo kontrolieriaus įstaigai, tačiau stebėsenos ir kontrolės mechanizmo vis dar nėra. Pensionatų ir psichiatrijos ligoninių auditą atlieka Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos (SADM) bei Sveikatos apsaugos ministerijos (SAM) Audito departamentai ir apskričių viršininkų administracijos. Tokiu būdu kontrolė neperžengia vienos ar kitos sistemos ribų, kitaip tariant, nėra nepriklausomo kontrolės mechanizmo. Reikalinga nešališka ir nepriklausoma, tiesiogiai SAM ir SADM nepavaldi institucija, kuri vykdytų nuolatinę žmogaus teisių stebėseną stacionariose psichikos sveikatos priežiūros bei globos institucijose.

2.

Žmogaus teisių pažeidimai Lietuvos uždaroje psichikos sveikatos priežiūros įstaigose

Projektas „Žmogaus teisių stebėseną uždaroje psichikos sveikatos priežiūros institucijose“ – tai tarptautinio projekto „Monitoring human rights in closed institutions in Baltic countries“ tęsia. Pirmajame etape, vykdant tarptautinę stebėseną, buvo tiriamos šios institucijos: Vilniaus miesto Psichikos sveikatos centras, Respublikinė Vilniaus psichiatrijos ligoninė, Žiegdrių psichiatrijos ligoninė, Švėkšnos psichiatrijos ligoninė, Prūdiškių psichoneurologinis pensionatas ir Jurdaičių psichoneurologinis pensionatas. Tyrime dalyvavo šios institucijos: Ženevos iniciatyva psichiatrijoje, Vilniaus universitetas, Estijos pacientų teisių gynimo organizacija ir Psichikos negalios atstovavimo centras (Budapeštas, Vengrija).

Antrajame etape, vykdant nacionalinę stebėseną, buvo tiriamos šios psichikos sveikatos priežiūros institucijos: Kauno psichiatrijos ligoninė, Klaipėdos psichiatrijos ligoninė, Šiaulių psichiatrijos ligoninė, Šaukėnų psichiatrijos ligoninė, Rokiškio psichiatrijos ligoninė, Šilutės pensionatas, Didvyžių pensionatas, Aknystos pensionatas, Linkuvos pensionatas, Aukštelkės pensionatas, Jasiuliškių pensionatas, Dūseikių pensionatas, Strėvininkų pensionatas ir Skėmų pensionatas. Iš viso: 9 psichoneurologiniai pensionatai, kuriuose gyvena daugiau kaip 50 proc. visų Lietuvos pensionatų gyventojų (daugiau nei 3 tūkst.); 5 psichiatrijos ligoninės, esančios visuose Lietuvos regionuose.

Projekto tikslas: surinkti patikimą informaciją iš pirminių šaltinių apie esamas žmogaus teisių problemas, atsižvelgiant į valstybės politiką, įstatyminę bazę, praktiką ir sąlygas, susijusias su žmogaus orumo bei

teisių gynimu psichikos sveikatos priežiūros ir globos institucijose. Taip pat atkreipti visuomenės ir susijusių institucijų bei asmenų Lietuvoje ir užsienyje dėmesį į išaiškintas problemas bei paskatinti visuomenę susirūpinti žmogaus teisių standartais, gyvenimo sąlygomis ir žmogaus teisių pažeidimais uždaroje psichikos sveikatos priežiūros bei globos įstaigose.

Tyrimą atliko nevyriausybinių organizacijų koalicija, į kurios sudėtį įėjo Žmogaus teisių stebėjimo institutas, Globali iniciatyva psichiatrijoje, Lietuvos sutrikusio intelekto žmonių globos bendrija „Viltis“ ir Vilniaus Psychosocialinės reabilitacijos centras. Projektą rėmė Europos Komisija bei Jungtinių Amerikos Valstijų ambasada Lietuvoje.

Metodologija

Tyrimui buvo parengtas klausimynas, apimantis teisę į informaciją (taip pat ir žodžio laisvę), teisę į privataus gyvenimo gerbimą, atsisakant diskriminacijos, kankinimo ir nežmoniško elgesio, teisę į judėjimo laisvę, teisę į nuosavybę, teisę į mokslą, teisę į darbą, gydymą ir psychosocialinę reabilitaciją, socialines bei medicinos paslaugas, gaunamas iš kitų įstaigų, ir neveiksnių pacientų priežiūros bei teisių užtikrinimą.

Sudarant klausimyną buvo remiamasi šiais Jungtinių Tautų *Psichikos ligomis sergančių asmenų apsaugos ir psichinės sveikatos priežiūros gerinimo principais*:

- Visi žmonės turi teisę į geriausią įmanomą psichikos sveikatos priežiūrą, kuri turi būti sveikatos ir socialinės priežiūros sistemų dalis.
- Su kiekvienu psichikos sutrikimų turinčiu asmeniu turi būti elgiamasi humaniškai, gerbiant jo žmogiškąjį orumą.

- Kiekvienas psichikos liga sergantis žmogus turi teisę naudotis visomis civilinėmis, politinėmis, ekonominėmis, socialinėmis ir kultūrinėmis teisėmis, pripažintomis Visuotinėje žmogaus teisių deklaracijoje, kituose svarbiuose žmogaus, neįgalių asmenų teisių dokumentuose.
- Kiekvienas pacientas turi teisę būti gydomas mažiausiai ribojančioje aplinkoje ir mažiausiai varžančiais gydymo būdais, atitinkančiais paciento sveikatos poreikius bei kitų asmenų fizinės apsaugos užtikrinimo interesus.
- Kiekvieno paciento gydymas ir priežiūra turi būti vykdoma pagal su pacientu suderintą, nuolat peržiūrimą individualų planą.
- Kiekvieno paciento gydymas turi būti vykdomas siekiant išsaugoti ir išplėsti asmeninę jo autonomiją.
- Gydymas negali būti skiriamas be paciento kompetentingo sutikimo. Be kompetentingo sutikimo gydymas pacientui gali būti skiriamas tik tais atvejais, kai jam konkrečiam laikui paskiriamas priverstinis gydymas, kai asmuo yra neveiksnius pateikti tokį sutikimą ir kai nešališkas autoritetingas trečiasis asmuo gali patvirtinti, kad toks gydymas geriausiai atitinka paciento sveikatos poreikius.
- Sutikimas gydytis turi būti gaunamas laisvai, nenaudojant grasinimų ar netinkamo skatinimo, pateikus pacientui jam suprantama forma ir kalba informaciją apie diagnozę, siūlomo gydymo tikslus, metodus, tikėtiną gydymo trukmę bei numatomus rezultatus, alternatyvius gydymo metodus, galimą siūlomo gydymo riziką ir nepageidaujamą poveikį.
- Paciento fizinė laisvė negali būti varžoma, jo nevalia priverstinai izoliuoti, išskyrus tuos atvejus, kai nėra kitų priemonių išvengti tiesioginės ar gresiančios žalos pačiam pacientui ar kitiems asmenims. Minėtais atvejais turi būti vadovujamasi

oficialiomis psichinės sveikatos priežiūros įstaigos patvirtintomis procedūromis.

- Vaistai turi geriausiai atitikti paciento sveikatos poreikius. Juos reikia skirti tik gydymo bei diagnostikos tikslais, bet ne kaip bausmę ar siekiant naudoti kitiems asmenims.
- Psichinės sveikatos priežiūros įstaigų pacientai turi būti informuojami apie visas savo teises; šių įstaigų aplinka ir gyvenimo sąlygos turi būti kiek įmanoma artimesnės įprastoms panašaus amžiaus asmenų gyvenimo sąlygoms.
- Pacientas turi teisę į psichikos sveikatos priežiūros įstaigos turimų duomenų apie jo sveikatą ir asmens įrašus prieinamumą.
- Kiekvienas pacientas, jei jis nepriverstinai hospitalizuojamas, gali laisvai palikti gydymo įstaigą.

Klausimyną sudarė dvi versijos – pacientams ir personalui. Apklausos forma: žodinis pusiau standartizuotas interviu. Apklausos trukmė: neterminuota. Vienoje institucijoje buvo apklausama nuo 5 iki 10 personalo atstovų ir nuo 10 iki 15 pacientų. Apklausos tvarka: pirmiausia ekspertų grupė pateikdavo klausimus įstaigos administracijai, paskui vykdavo individualūs interviu su personalo atstovais bei pacientais.

Įstaigos buvo lankomos nuo 2004 metų lapkričio iki 2005 metų kovo. Kiekvieno vizito metu dirbo 5 ekspertų grupė.⁹ Kiekvienoje iš 14 institucijų ekspertų grupė praleisdavo nuo 4 iki 8 valandų.

Po kiekvieno vizito tą pačią dieną būdavo parengiama ataskaita apie aplankytą instituciją. Iš viso buvo parengta 14 ataskaitų. Čia pateikiama galutinė ataskaita, kurioje apibendrinti visų institucijų duomenys.

⁹ Išskyrus tris institucijas, kuriose apsilankė 4 ekspertų grupė.

Ataskaitoje pateikti duomenys gauti iš pacientų (psichoneurologinių pensionatų gyventojų ir psichiatrijos ligoninių pacientų), administracijos bei personalo, tiesiogiai dirbančio su pacientais. Kadangi tyrimo metu buvo siekiama išaiškinti pažeidimus, norint apsaugoti informacijos teikėjus nuo persekiojimo ir remiantis *LR Asmens duomenų apsaugos įstatymu*, ataskaitos tekste nenurodomi konkretūs informaciją suteikę asmenys.

2.1. Žmogaus teisių pažeidimai psichoneurologiniuose pensionatuose

Psichoneurologinio pensionato gyventojų gali tapti asmuo, turintis psichikos sutrikimą ar proto negalią, pateikęs savivaldybei pagal gyvenamąją vietą prašymą apgyvendinti jį psichoneurologiniame pensionate. Tuomet savivaldybė perduoda medžiagą Apskritis viršininko administracijos Socialinių reikalų skyriui, kuris įtraukia asmenį į eilę vietai viename iš apskrityje esančių pensionatų gauti.

Tačiau yra asmenų, kurie patenka į pensionatus tiesiog iš psichiatrijos ligoninės, kurios socialiniai darbuotojai neturinčiam kur grįžti pacientui (ar jo atstovui) pasiūlo kreiptis į pensionatą dėl apgyvendinimo. Be to, dalis psichoneurologinių pensionatų gyventojų yra pilnametystės sulaukę stacionarių vaikų globos įstaigų gyventojai – jiems nesūdomos gyvenimo ir priežiūros bendruomenėje alternatyvos, tad jie automatiškai perkeliama iš analogiško profilio vaikų įstaigos į suaugusiųjų. Pagrindinė priežastis, dėl kurios daugelis šių žmonių visą (ar likusį) gyvenimą priversti praleisti pensionatuose, – ne sunkus sutrikimas, o gyvenamosios vietos ir socialinių paslaugų bendruomenėje nesuteikimas.

Šiuo metu po ketelį šimtų asmenų, turinčių didesnę ar mažesnę psichikos sutrikimą,

faktiškai yra izoliuoti pensionatuose, esančiuose atokiose kaimo vietovėse. Šie pensionatai funkcionuoja kaip tam tikros „atskiros respublikos“, daugiausia palaikančios uždarus santykius sistemos viduje, t.y. su kitomis psichikos sveikatos priežiūros įstaigomis.

Pensionatų kompleksai paprastai sudaryti iš keleto ar keliolikos įvairaus dydžio ir kokybės pastatų, kurie yra pakankamai atskirti nuo artimiausios gyvenvietės. Dažniausiai pensionatus nuo artimiausios aplinkos skiria visą teritoriją (ar jos dalį) juosianti tvora. Pensionatų vadovybės teigimu, izoliavimo tikslas – apsaugoti pensionato gyventojus nuo priešiškos aplinkinių reakcijos ir užkirsti kelią galimam prastai besiorientuojančių pensionatų gyventojų paklydimui.

Daugiausia pensionatai buvo projektuojami ne atsižvelgiant į klientų poreikius, bet vadovaujantis izoliavimo nuostata. Kai kurie jų pertvarkyti iš dar XX a. pradžioje statytų prieglaudų ar senelių namų. Tradicinėje agrarinėje visuomenėje dvaro patalpose įrengti prieglaudas neįgaliesiems buvo normalus reiškinys, liudijantis apie atsakomybės prisiėmimą už silpnuosius bendruomenės narius. Tačiau šio reiškinio išlikimas dabartinėje visuomenėje nepriimtinas, kadangi įtvirtina neįgaliųjų atskirtį.

Pensionatų darbuotojai atrenkami ne pagal kvalifikacijos, bet pagal lokalizacijos kriterijų, t.y. absoliučią jų daugumą sudaro aplinkiniuose kaimuose ar miesteliuose gyvenantys žmonės, paprastai neturintys tinkamos kvalifikacijos darbui su psichikos pacientais. Tokiu būdu pensionatų darbuotojų kompetencijos ir profesinės kvalifikacijos problema tampa itin aktualia.

Nuo 1997 metų SADM sukūrė naują – socialinio darbuotojo padėjėjo – pareigybę

ir skubos tvarka surengė minimalius kursus, kad suteiktų minėtiems darbuotojams tam tikrą kvalifikaciją, kurios akivaizdžiai nepakanka. Kai kuriuose pensionatuose buvo pasitelktas bendradarbiavimo su darbo birža mechanizmas – pensionatai įdarbino jokie kito darbo nerandančius ir nekvalifikuotus asmenis, už tai gaudami mokestines lengvatas iš Sodros.

Šiuo metu pensionatai yra vieni didžiausių darbdavių savo rajonuose, tad pensionatų sistemos reformą stabdo darbo vietų persikirstymo problema.

Pensionatų personalo elgesiui su gyventojais akivaizdžiai stinga pagarbos, visiškai nepaisoma pacientų žmogiškojo orumo. Aiškiai jaučiamas hierarchinis principas; gyventojai laikomi žemesnės kategorijos žmonėmis, kalbant apie juos dažnai naudojami ironiški ir žeminantys posakiai (pvz., vieno pensionato vadovas gyventojus vadina „profesūros atstovais“, „žiopiukais“). Be to, aiškiai pastebima ir perdėto globėjiškumo nuostata: laikoma, kad gyventojai negali spręsti, kaip jiems gyventi.

Pensionatai pasižymi specifine kultūra, kuriai būdingi šie pagrindiniai bruožai:

- Personalo elgesys ir vidinės tvarkos taisyklės nukreiptos gyventojų paklusnumui ugdyti bei savarankiškumui minimalizuoti. Gyventojų kaita vyksta mirštant seniesiems gyventojams ir atvykstant naujiems, judėjimas – vienos krypties. Tik labai nedidelis procentas gyventojų (1-3 per metus) palieka pensionatą, kad apsigyventų bendruomenėje. Netgi veiksniams gyventojams, kurie čia atvyko teoriškai savo noru (buvo įkalbėti pasirašyti sutartį apsigyventi pensionate), yra leidžiama suprasti, kad jie čia gyvens iki savo

gyvenimo pabaigos, visiškai priklausomi nuo personalo. Įtikinimui pasitelkiami tokie argumentai: „Tau vienai bus per sunku; tu nepajėgus savim pasirūpinti; tave skriaus kaimynai ir pan.“

- Institucija primena uždara respubliką, kurioje yra „tėvelis“ – direktorius (tame pačiame poste mūsų aplankytose institucijose direktoriai dirba vidutiniškai po 16 metų, dauguma jų pradėjo dirbti dar sovietiniais metais), savos tradicijos, vertybės, rašyti ir nerašyti įstatymai. Ryški tendencija bausti bandančius maištauti prieš sistemą, o noriai bendradarbiaujantiems – suteikti privilegijų. Pati institucija bando tenkinti visus gyventojų poreikius, imdamasi švietimo, ugdymo, gydymo, teisėtvarkos, kultūros ir religijos poreikių tenkinimo funkcijų.

- Bendravimasu policijavykstatikišimtiniais atvejais. Institucijos autonomiškumą, uždaramą bendruomenei atspindi tokios tarp gyventojų paplitusios sąvokos, kaip „laisvė“ (kalbant apie gyvenimą anapus), „karceris“ (kalbant apie izoliatorius), „išlaikytinis“ ir pan. Šnekėdamiesi su veiksniais pensionato gyventojais apie galimybę gyventi bendruomenėje, sulaukėme itin emocišingos jų reakcijos ir stipraus troškimo „išeiti į laisvę“, tačiau buvo aiškiai matyti, kad jie netiki, jog tai galėtų įvykti.

Gerinama visų pirma fizinė aplinka, nekreipiant dėmesio į psichologinius ir socialinius gyventojų poreikius. Daugeliu atvejų modernizavimas vyksta siekiant įtvirtinti esamą sistemą ir dar labiau apriboti gyventojų teises bei laisves. Pvz., modernūs kodiniai užraktai reikalingi tik tam, kad apribotų judėjimą pensionato viduje ir praktiškai atimtų galimybę išeiti už pensionato ribų.

- Ryški tendencija iki ar po atvykimo į pensionatą pripažinti gyventoją neveiksniu. Beje, daugumos neveiksnių

gyventojų globa patikima pensionatui. Nustatyta atvejų, kai asmuo sužinojo, kad jis yra pripažintas neveiksniu, tik atvykęs į pensionatą arba apskritai nebuvo apie tai informuotas.

- Administracijos elgesys su veiksnių ir neveiksnių gyventojų grupėmis mažai skiriasi – visų gyventojų teisės maksimaliai ribojamos.

Pensionatų vidinio gyvenimo subtilūs aspektai kruopščiai slepiami. Tai pasakytina ir apie problemines sritis (abortai, gyventojų intymių santykių reguliavimas, savižudybės), ir apie progresyvias praktikas (leidimas bendrauti priešingos lyties asmenims, rūpintis naminiiais gyvūneliais), kadangi tam tikri dalykai nėra reglamentuoti. Jei atskirais klausimais ministerija nepateikia konkrečių nurodymų, juos spręsti apskritai vengiama (pvz., pensionatų gyventojų reprodukcinės sveikatos klausimas šiuo metu „užšaldytas“). Apibendrinant galima pasakyti, kad administracija skundžiasi instrukcijų iš SADM trūkumu ir abejoja, ar kai kurios tradicinės praktikos atitinka šiuolaikinės socialinės globos sampratą.

Nerengiami pensionatų gyventojų individualūs reabilitaciniai planai. Paradoksalu, kad oficialiai deklaruojant (pvz., nurodant socialinio darbuotojo pareigybinėje instrukcijoje) tokius pensionatų tikslus, kaip integruoti juose gyvenančius asmenis į visuomenę, realiai tegarantuojamas gyventojų socialinių įgūdžių regresas ir visiškas izoliavimas nuo tos pačios visuomenės (prarandami ryšiai su šeima, draugais, buvusią socialinę aplinką, gebėjimas pasirūpinti savimi). Pensionatuose taikoma adaptacijos programa, kuri orientuota į lūkesčių mažinimą, susitaikymą su gyvenimu institucijoje ir turimų įgūdžių praradimą.

Idealus pensionato gyventojas: besąlygiškai personalo nurodymus vykdamas ir demonstruojantis pasitenkinimą tuo žmogus, kuris neturi jokių asmeninių minčių ar pageidavimų, visiškai nesidomi informacija apie save, nejaučia seksualinio potraukio, labai nori įtikti personalui ir siekia saviraiškos nerdamas ir ardydamas servetėles.

Vadovaujantis buvusio socialinės apsaugos ir darbo ministro sprendimu, visi pensionatai buvo įpareigoti surasti bent po 10 gyventojų, kurie būtų pajėgūs gyventi bendruomenėje. Tačiau po metų dauguma jų sugrįžo atgal, ir tai laikoma argumentu, kad pensionatų gyventojai nepajėgūs gyventi bendruomenėje, kur jiems suteikiama daugiau savarankiškumo. Tačiau šis eksperimentas neapėmė alternatyvių paslaugų bendruomenėje teikimo, tad išvados apie pensionatų gyventojų nepajėgumą gyventi bendruomenėje yra nepagrįstos.

Subjektyviu administracijos vertinimu, apie 20 proc. pensionato gyventojų galėtų gyventi bendruomenėje, gaudami papildomas paslaugas (skirtinguose pensionatuose šis skaičius svyruoja nuo 10 iki 30 proc.). Tai liudija, kad žmonės patenka į pensionatus, neatsižvelgiant į jų socialinius gebėjimus ir poreikius. Tuo tarpu pensionate, kur dominuoja paklusnumo ugdymo ideologija, socialinių įgūdžių praradimas neišvengiamas. Tad pensionato gyventojų grįžimas į bendruomenę pirmiausia reikalauja jų socialinių gebėjimų atkūrimo.

Psichikos sutrikimų turinčių asmenų apgyvendinimas pensionatuose skatinamas valstybės lygiu – bendruomenėje gyvenantys psichikos sutrikimų (dažnai lydimų ir somatinių sutrikimų) turintys asmenys negauna jų poreikius atitinkančios paramos: medikamentų, socialinių paslaugų. Tokiu būdu asmens apgyvendinimas pensionate

gimnaisiams tampa vienintele galimybe užtikrinti jam medicininę ir socialinę pagalbą.

Dėl bendruomeninių paslaugų finansavimo savivaldybėse stygiaus susidaro didelės eilės į pensionatus. Savivaldybės nustato poreikį pensionato paslaugoms, įrašo asmenį į eilę apskrityje, ir apskrities viršininko administracija priima sprendimą dėl konkretaus asmens apgyvendinimo konkrečiame pensionate. Dažniausiai asmenys iš kelių savivaldybių laukia eilėje į tos pačios apskrities pensionatus, be to, tuo pat metu tas pats asmuo dažnai laukia eilėse į kelių apskričių pensionatus. Beje, eilių fenomenas irgi prisideda prie pensionatų populiarumo stiprinimo. Žmonės baiminasi, kad atsisakę vietos eilėje, turės vėliau labai ilgai laukti, jei nepajėgtų patys prižiūrėti psichikos sutrikimą turinčio gimnaisčio.

Pensionato paslaugų teikimas įforminamas sutartimi tarp pensionato ir gyventojų – žmogus prieš atvykimą ar tik atvykęs pasirašo sutartį ir moka už gaunamas paslaugas. Tačiau ši sistema neskaidri – neaišku, kokia atsisakymo apgyvendinti pensionate tvarka, kaip galima apskusti minėtą sprendimą ar atšaukti savo parašą, jei žmogus nebenori pasilikti pensionate. Kadangi nėra sutarties nutraukimo sąlygų, kyla abejonių pačios sistemos teisėtumu. Išaiškinta atvejų, kai administracija turi sutartį su žmogaus parašu, nors šis teigia, kad nepasirašė sutarties.

Pensionatų auditą atlieka SADM Audito departamentas ir apskričių viršininkų administracijos, taigi kontrolė vyksta tik sistemos viduje, o nepriklausomos kontrolės mechanizmas iki šiol nesukurtas.

2.1.1. Teisė į informaciją

Žmogui neturi būti kliudoma ieškoti, gauti ir skleisti informaciją... Pilietis turi teisę

įstatymo nustatyta tvarka gauti valstybės įstaigų turimą informaciją apie jį... Laisvė gauti ir skleisti informaciją negali būti ribojama kitaip, kaip tik įstatymu, jei tai būtina apsaugoti žmogaus sveikatai... (LR Konstitucijos 25 straipsnis)

Psichikos sutrikimų turintiems asmenims priklauso tokia pat teisė į informaciją, kaip ir kitiems visuomenės nariams. Tačiau informacijos teikimas turi būti psichoedukacinio pobūdžio – pacientą reikia informuoti apie ligą, gydymo metodus ir reikalingus medikamentus, tuo pačiu įgalinant priimti sprendimus. Grįžtamasis ryšys turi tapti privalomu informacijos teikimo proceso elementu. Pacientas turi būti aktyvus diskusijos su pagalbos teikėjais dalyvis ir dalytis su jais atsakomybe dėl tolesnio savo gyvenimo.

Tuo tarpu pensionatų kultūroje informacijos kiekis, teikiamas gyventojams, yra griežtai kontroliuojamas, tokiu būdu įtvirtinant jėgos santykį ir gyventojų kontrolę. Viename pensionatų veikianti gyventojų taryba keletą savaičių laukė atsakymo į paklausimą raštu apie gyventojų išlaikymo įkainius, nors ši informacija viešai prieinama išoriniams interesantams. Ekspertų apsilankymo metu gyventojų taryba atsakymo į šį klausimą dar nebuvo gavusi.

Gyventojai nusiteikę pasyviai ir nereikalauja informacijos. Tiesiogiai personalas gyventojams nei apie jų sutrikimus, nei apie gydymo metodus informacijos neteikia. Gyventojų gaunamas minimalus informacijos kiekis iš dalies priklauso nuo atskirų darbuotojų žinių apie gyventojų teises ir geranoriškumo. Į gyventojų klausimus paprastai atsakoma, tačiau apsiribojama mažiausia informacija, pvz., gyventojas gali būti informuojamas apie faktą, kad jam buvo pakeisti vaistai, neaiškinant, kodėl tai buvo padaryta ir koks naujųjų vaistų

poveikis. Dėl vaistų skyrimo dažniausiai su pacientais kalbasi psichiatrai ir atsižvelgia į jų nuomonę, parinkdami preparatą.

Teisė pateikti skundus ir gauti į juos atsakymą neįgyvendinama. Daugumoje pensonatų numatyti formalūs vidiniai skundų nagrinėjimo mechanizmai, tačiau realių galimybių pasiskųsti ir sulaukti adekvačios reakcijos gyventojai neturi. Skundai į aukštesnes instancijas apskritai netoleruojami, o personalo reakcija tokiais atvejais varijuoja nuo ignoravimo iki bausmių, pvz., išvežimo į psichiatrijos ligoninę.

Saviraiškos galimybės suteikiamos pagal personalo įsivaizduojamus gyventojų poreikius, tačiau realus siūlomų meninių/sportinių veiklų spektras dažnai neatitinka realių gyventojų saviraiškos poreikių. Dauguma gyventojų skundžiasi nuoboduliu ar laiko siūlomus užsiėmimus netinkamais savo patirčiais ir poreikiams. Informacija apie galimybę dalyvauti veiklose už pensonato ribų praktiškai neprieinama, išoriniai užsiėmimai priklauso nuo administracijos sprendimų. Vadinas, personalas sprendžia, kaip gyventojams išreikšti save.

2.1.2. Teisė į privatumą

Žmogaus privatus gyvenimas neliečiamas... Asmens susirašinėjimas, pokalbiai telefonu, telegrafo pranešimai ir kitoks susižinojimas neliečiami... (LR Konstitucijos 22 straipsnis)

Pensonatų gyventojų teisė į privataus gyvenimo gerbimą pažeidžiama iš esmės – visas jų gyvenimas yra viešas, nuolat stebimas personalo ir kitų gyventojų. Jie retai kada turi galimybę pabūti vieni. Paradoksalu, bet žmonės, patiriantys psichologinių sunkumų dėl nuolatinio buvimo viešumoje, patys prašosi patalpinami į izoliatorius (ar stebėjimo kambarius).

Telefono ryšys dažniausiai yra prieinamas – galima naudotis taksofonais, kai kurie gyventojai turi mobiliuosius telefonus, taip pat savo mobiliaisiais ir stacionariais telefonais jiems išimtiniais atvejais leidžia skambinti personalas. Tačiau gauta duomenų apie gyventojus, kurių ryšys su išoriniu pasaulius ribojamas. Pvz., neseniai pagimdžiusiai gyventojai neleidžiama skambinti telefonu ir išeiti už pensonato teritorijos ribų.

Tik viename pensonate gyventojai turi galimybę asmeniškai užsisakyti norimus periodinius leidinius.

Bendravimas su lankytojais neribojamas. Tačiau bendras lankytojų skaičius labai nedidelis, nes daugelio gyventojų nėra kam lankyti. Iš esmės bendravimas su asmenimis už pensonato ribų apsiriboja giminaičiais. Socialiniai darbuotojai neskatina turėtų ryšių palaikymo ir nesiima jokių priemonių pagelbėti užmegzti naujus ryšius. Tokiu būdu, patekę į izoliuotą pensonato aplinką, gyventojai pamažu praranda ryšį su išoriniu pasauliu – buvę ryšiai pamažu nutrūksta, o naujų užmegzti nėra galimybių.

Atliekant higienos procedūras nevaikštantiems gyventojams, širmos dažniausiai nenaudojamos. Be to, nevaikštantiems gyventojams šios procedūros atliekamos neatsižvelgiant į jų lytį. Kai kuriuose pensonatuose nesudaroma galimybių pagal poreikį naudotis vonia ar dušu. Beje, galimybė užsidaryti iš vidaus su higiena susijusiose patalpose absoliučioje daugumoje pensonatų neprieinama (taigi yra išimtis).

Pensonatuose pažeidžiama gyventojų teisė nepriklausomai užmegzti santykius su priešinga lytimi. Kadangi nėra jokios nei nacionalinės, nei regioninės gyventojų intymųjų santykių politikos, padėtis

pensionatuose skiriasi, priklausomai nuo darbuotojų bei administracijos nuostatų. Kai kuriuose pensionatuose atmosfera liberalesnė ir bendravimas tarp lyčių toleruojamas, kituose – vyrų ir moterų skyriai yra atskirti, o bendravimas griežtai ribojamas. Nepriklausomai nuo to, ar porai leidžiama intymiai bendrauti ir gyventi kartu, nėštumas suvokiamas kaip problema bei imamasi priemonių jo išvengti. Kontraceptinės priemonės labai įvairios (nuo intervencinių procedūrų iki geriamųjų kontraceptikų). Moterims, kurios priskiriamos rizikos grupei, kontraceptinių priemonių vartojimas yra privalomas, kas liečia likusiąsias, paprastai apsiribojama mėnesinių ciklo stebėjimu.

Apie nėštumo nutraukimą pensionatų administracija kalba labai nenoriai. Matyti, kad ši informacija slepiama. Nėštumo nutraukimas yra privalomas – jei moters nepavyksta įkalbėti, naudojamos įvairios spaudimo priemonės arba nėštumas nutraukiamas per prievartą. Nustatyta atvejų, kai moteris išvežama nutraukti nėštumo apgaule, pvz., pasakius, kad reikia apsilankyti pas psichologą. Taip pat pasitaiko, kad nėštumas nutraukiamas praėjus leistinam saugiam terminui (pvz., net 6 mėn. nėštumas).

Viena priežastis, kodėl nėštumai griežtai kontroliuojami, yra SADM nustatyta tvarka, kad pensiono gyventojai turi būti ne jaunesni nei 21 metų. Tokiu būdu vaikai formaliai net negalėtų gyventi pensionate. Tačiau net ir pakeitus šias taisykles, pensionate neįmanoma įgyvendinti vienos pagrindinių žmogaus teisių – teisės pratęsti giminę. Išplėtotas institucionalizavimas, t.y. žmonių talpinimas į uždaras institucijas, atima iš jų teises į reprodukciją, šeimos kūrimą ir gyvenimą kartu su kitu asmeniu.

2.1.3. Diskriminacija

Žmogaus teisių negalima varžyti ir teikti jam privilegijų dėl jo lyties, rasės, tautybės, kalbos, kilmės, socialinės padėties, tikėjimo, įsitikinimų ar pažiūrų pagrindu... (LR Konstitucijos 29 straipsnis)

Pagrindinės pažeidimų grupės:

- privilegijų teikimas personalo mėgstamiems, klusniems gyventojams;
- buities gerinimas materialinės giminaičių paramos sąskaita;
- sunkesnių ligonių diskriminacija.

Kaip jau minėta, personalo elgesys ir vidinė pensionato tvarka nukreipta į gyventojų paklusnumo ugdymą bei savarankiškumo atsisakymą. Tad klusnūs, aktyviai bendradarbiaujantys su personalu gyventojai – tiek dalyvaujantys laisvalaikio užimtumo programose, tiek padedantys personalui slaugos ir ūkio darbuose – yra skatinami, jiems suteikiama privilegijų, neprieinamų kitiems gyventojams. Skatinimo būdai:

- daugiau judėjimo laisvės (pvz., neribojamas išėjimas už pensionato ribų);
- didesnio savarankiškumo suteikimas (pvz., duodami kambarių raktai);
- dažnesnė išvykų galimybė (tiek ekskursijų, tiek renginių kituose pensionatuose);
- papildomas maisto daviny (pvz., dešros gabalėlis);
- apdovanojimai pensionato renginių metu (pvz., rudens šventės metu darbščiausias pagalbininkas gauna stereogrotuvą);
- kitoks paskatinimas.

Kita diskriminacijos forma – galimybė sudaryti kai kuriems pensionato gyventojams geresnes gyvenimo sąlygas iš giminaičių skiriamų lėšų. Pvz., įrengti atskirus kambarius su geresniais ir įvairesniais baldais.

Paradoksalu, tačiau sunkiausi pacientai paprastai apgyvendinami prasčiausios būklės pensionato korpusuose, jiems tenkančios slaugos apimtis ir kokybė paprastai nepakankamos (dažniausiai sunkių ligonių skyriuose tvyro nemalonus kvapas, ligoniai apleisti socialiai, nėra individualaus reabilitacinio darbo). Tik viename vieninteliame pensionate kaip tik sunkiausių pacientų skyrius buvo pats moderniausias. Jame įrengtos šildomos grindys. Nedidelis pacientų skaičius sąlygoja didesnes individualaus darbo galimybes.

2.1.4. Kankinimas ir nežmoniškas elgesys

Žmogaus asmuo neliečiamas... Žmogaus orumą gina įstatymas... Draudžiama žmogų kankinti, žaloti, žeminti jo orumą, žiauriai su juo elgtis, taip pat nustatyti tokias bausmes... (LR Konstitucijos 21 straipsnis)

Kankinimas (Jungtinės Tautos, 1984, Konvencija prieš kankinimus ir kitą žiaurų, nežmonišką, žeminantį elgesį): bet koks veiksmas, vykdomas su valdžios leidimu, kuriuo tyčia sukeliamas didelis fizinis ar psichinis skausmas ar kančia, siekiant išgauti prisipažinimą, nubausti ar įbauginti.

Kankinimo požymiai:

- juo sukeliama fizinė ar psichinė kančia;
- kančia yra sunki ir sukeliama tyčia;
- kančia yra nepateisinama esamoje situacijoje.

Kankinimas taip pat suprantamas kaip naudojimas tokių metodų prieš asmenį, siekiant sunaikinti jo asmenybę arba sumažinti fizinius ar dvasinius gebėjimus, kurie nesukelia fizinio skausmo ar psichinių kančių. Nežmoniškas ir žiaurus elgesys nuo kankinimo skiriasi tuo, kad sukeliant

skausmą bei kančią nesiekiami aiškių tikslų.¹⁰

Kankinimo ar nežmoniško elgesio naudojimas medicinos srityje laikomas ypatingai žiauriu, kadangi medicinos tikslas – padėti žmogui.

Kalbant apie nežmonišką elgesį bei kankinimus psichoneurologiniuose pensionatuose, svarbu atsižvelgti į gyvenimo šiose globos institucijose kontekstą – daugelis pensionatų gyventojų praleis čia visą likusį gyvenimą. Kaip jau minėta, tarp jų susiformavusi negatyvi gyvenimo pensionate samprata: savo buvimą čia jie traktuoja kaip laisvės atėmimą. Neturėdami kokybiško/visaverčio gyvenimo perspektyvų, jie visiškai nemotyvuoti prosocialiai elgtis. Vienos dažniausiai pasitaikančių gyventojų probleminio elgesio apraiškų – piktnaudžiavimas alkoholiu ir nepaskirtais vaistais, tarpusavio agresija bei nesankcionuoti seksualiniai santykiai (neveiksnių moterų išnaudojimas). Tad pensionatų personalo taikomos bausmės pensionato gyventojams už drausmės ir tvarkos pažeidimus dažnai tėra mėginimas užkirsti kelią netinkamam elgesiui. Tačiau personalo naudojami metodai (žr. žemiau), be abejo, yra netinkami žmogaus teisių požiūriu.

Į pensionatų vidaus tvarkos taisykles netgi įtrauktos bausmių taikymo procedūros ir numatyta, kas turi būti atsakingas už vienokių ar kitokių bausmių taikymą. Pvz., viename pensionate už gyventojų fiksaciją, iškilus konfliktinėms situacijoms, atsakingi socialiniai darbuotojai (tai numatyta pareigybinėse instrukcijose kaip 2.8. papunktis – konfliktinių situacijų sprendimas).

¹⁰ British Medical Association. *The Medical Profession & Human Rights: handbook for a changing agenda*. Zed books, 2001.

Dažniausiai pasitaikančios personalo netinkamo elgesio su gyventojais formos yra ignoravimas (tiek sveikatos, tiek socialinių problemų), pernelyg dažnas gyventojų judėjimo laisvės apribojimas (uždarymas į izoliatorius; judėjimo už pensionato teritorijos ribojimas), prievarta prieš pacientus (psichologinė, fizinė, seksualinė), sprendimų priėmimas už pacientą jo asmeninio gyvenimo klausimais (priverstiniai abortai).

Į pacientų skausmą (tiek fizinį, tiek dvasinį) kai kuriuose pensionatuose reaguojama netinkamai: gyventojui pasiskundus skausmais, nesiimama priemonių, netgi tyčiojamasi ir juokiamasi. Pvz.: vieno pensionato terapeutas nesilaiko paciento asmens duomenų konfidencialumo reikalavimų, tyčiojasi iš pacientų ir netiki, kai jie skundžiasi sveikatos sutrikimais (laiškas, kuriame pacientas vardija konkrečius somatinius nusiskundimus, ekspertams buvo demonstruojamas kaip pajuokos objektas).

Kai kuriais atvejais pacientams tenka laukti adekvačios medicininės pagalbos per ilgai, net keletą mėnesių. Nustatyta atvejų, kai gyventojai turėjo savaitę laukti, kol stomatologas sutaisys skaudamą dantį; kitam pacientui teko tris mėnesius laukti konsultacijos ir stuburo išvaržos operacijos. Dar vienu atveju pacientas dvejus metus nesulaukė akinių, nepaisant to, kad be jų nepajėgė skaityti ir atlikti kitų jam svarbių darbų.

Taip pat neatsižvelgiama į netinkamos fizinės aplinkos žalą gyventojų sveikatai, pvz., viename pensionatų šildymo sezonas buvo pradėtas tik lapkričio viduryje.

Daugelyje pensionatų bausme tampa judėjimo laisvės apribojimas. Dažniausiai gyventojai izoliuojami padidinto uždaro patalpose (stebėjimo ir intensyvaus stebėjimo

kambariuose, karceriuose ir pan.). Viename pensionate iki komisijos atvykimo karceriui buvo naudojamos patalpos, kuriose net nėra tualetų (gyventojai turėdavo naudotis „puoduku“, kurio turinio niekas neišnešdavo iki pat išleidimo iš karcerio – kai kuriais atvejais net iki dviejų savaitių).

Naudojamos ilgalaikės bausmės, pvz., palikus pensionato teritoriją be leidimo ar negrįžus sutartu laiku, gyventojas apvelkamas pažama, kuriai suteikiama stigmatizuojanti reikšmė (taip atrodant nedrįstama pasirodyti už kambario ribų).

Vienas grubiausių žmogaus teisių pažeidimų pensionatuose – priverstiniai nėštumo nutraukimai. Šie kankinimo ir nežmoniško elgesio atvejai paprastai slepiami nuo visuomenės. Tyrimo metu pensionatų administracija ir personalas taip pat vengė kalbėti apie nėštumo nutraukimą, neatsakinėjo į klausimus arba apskritai neigė šią problemą. Tuo tarpu visų pensionatų gyventojai konkrečiai įvardydavo abortų atvejus, nurodydavo konkrečias moteris, kurioms buvo atlikta ši procedūra. Tą patį galima pasakyti ir apie kontracepciją – gauta duomenų ir apie priverstinę invazinę kontracepciją (spiralijų dėjimą).

Apibendrinant galima pasakyti, kad nėštumas pensionatuose visuomet nutraukiamas (išskyrus tuos atvejus, kai jis pasiekęs antrojo trimestro pabaigą). Visos lytiškai aktyvios moterys, kurių skaičius kiekvienoje institucijoje svyruoja nuo 15 iki 50, yra akylai stebimos slaugos personalo ir socialinių darbuotojų padėjėjų. Slaugos darbuotojos registruoja pacienčių mėnesinių ciklą specialiai tam tikslui skirtuose sąsiuvinuose. Tokios priemonės buvimo negalima mediciniškai paaiškinti vien tik pasyviu stebėjimu. O į tyrėjų klausimus, ką slaugytojos daro po to, kai nustato, kad pacientei sutriko mėnesinių ciklas, dauguma

slaugytojų atsakė, jog atlieka nėštumo testą. Į klausimą, ar buvo per pastaruosius penkerius metus teigiamų nėštumo testų, slaugytojos atsakė neigiamai. Kai kuriose institucijose slaugos personalas tyrėjams melavo, kad nėštumo atvejų nėra buvę, tuo tarpu apklausiant pacientės paaiškėjo, kad tokių atvejų pasitaikė ne vienas. Paprastai pacientėms daromas įvairus poveikis: nuo įkalbinėjimo iki psichologinio spaudimo, apgavystės ar net tiesioginės prievartos nėštumui nutraukti. Vieno pensionato gyventojai nėštumas priverstinai buvo nutrauktas šeštajame mėnesyje. Kai minėta moteris susisiekė su Lietuvos ryto televizija ir papasakojo apie šį bei kitus analogiškus atvejus, už tai susilaukė bausmės – buvo išsiųsta į psichiatrijos ligoninę.

2.1.5. Teisė į judėjimo laisvę

Žmogaus laisvė neliečiama... (LR Konstitucijos 22 straipsnis) Piliėtis gali laisvai kilnotis ir pasirinkti gyvenamąją vietą Lietuvoje... (LR Konstitucijos 32 straipsnis)

Paprastai pensionatų gyventojų asmens dokumentai su jų žinia laikomi administracijoje. Pasas išduodamas tik išimtiniais atvejais, dažniausiai norint jį atgauti reikia rašyti prašymą. Surinktais duomenimis, paso kontrolė tampa pensionato gyventojų asmeninio gyvenimo ribojimo priemone (pvz., pasų negauna norinti susituokti jauna pora).

Didesnė dalis pensionatų gyventojų gali palikti pensionato teritoriją kelioms valandoms, tačiau išvykimas parai ar ilgesniam laikui paprastai ribojamas. Norintiems išvykti dažniausiai keliama šie reikalavimai:

- pateikti motyvuotą prašymą raštu;
- pateikti kitų asmenų (ne pensionato gyventojų) sutikimą rūpintis gyventojų jo nebuvimo pensionate metu (neretai

reikalaujama raštiško sutikimo ar kvietimo).

Paprastai ilgesniam laikui už pensionato ribų neišleidžiami priklausomybės (nuo alkoholio) problemų turintys gyventojai. Tačiau nėra aiškiai nustatytos tvarkos, kuriems gyventojams draudžiama palikti pensionato teritoriją ir kodėl. Dažniausiai pensionatų administracija pasitenkina „neorientuoto gyventojų“ kriterijumi, t.y. teigia, kad „neorientuoti gyventojai“ jų pačių labai vieni už pensionato ribų (turima galvoje fizinės pensionato pastato ribos) neišleidžiami. Tai sąlygoja rimtus judėjimo laisvės pažeidimus šaltojo sezono metu – sunkesnių sutrikimų turintys bei sunkiai vaikstantys (ar visai nevaikstantys) gyventojai į lauką neišvežami apie pusę metų (nuo antros rudens pusės iki antros pavasario pusės).

Gauta duomenų apie kai kurių gyventojų judėjimo laisvės varžymą (pvz.: gyventojas, kurio veiksnumas apribotas, negali aplankyti tėvo kapo; neseniai kūdikį pagimdžiusiai moteriai neleidžiama išeiti už pensionato teritorijos ribų). Be to, surinktais duomenimis, ribojama kai kurių pacientų teisė pasimatyti su vaikais (pvz., gyventoja neišleidžiama į kūdikių namus aplankyti savo vaiko, nepateikiant jokių motyvų).

Didesnę dalį pensionatų juosia tvoros. Kai kurie pensionatai labiau primena įkalinimo įstaigas, pvz., aukšta tvora aptvetoje teritorijoje darbuotojai tarpusavio kontaktams naudoja radijo stoteles.

Pensionatų gyventojų naudojimas savo asmeninėmis lėšomis irgi daugiau ar mažiau ribojamas. Ribojimo lygis skiriasi įvairiuose pensionatuose. Paprastai teigiama, kad veiksniais pacientams, t.y. „sugebantiems naudotis pinigais“, jokie apribojimai netaikomi. Tačiau aiškaus mechanizmo, kas

sprendžia, ar pacientas sugeba naudotis pinigais, nėra.

Pacientams, kurie, personalo nuomone, nepajėgūs priimti sprendimų dėl savo lėšų panaudojimo, sudaromos netiesioginio pirkinių įsigijimo galimybės. Paprastai tai reiškia, kad pensionato darbuotojas nuperka gyventojui jo pageidaujamų prekių, tačiau, gyventojų teigimu, tokiais atvejais pasirinkimas ir pirkinių pristatymo laikas nepriklauso nuo jų pageidavimų. Be to, gyventojai turi mažai galimybių kontroliuoti savo pinigų likutį – pateikiamuose čekiuose ne visuomet pakanka informacijos, be to, jie apskritai ne visuomet pateikiami. Dėl to kyla nemažai tarpusavio nesutarimų, gyventojai dažnai jaučiasi apgauti. Viena priežasčių – minėtas finansinių gebėjimų trūkumas. Tačiau pensionatų gyventojų gebėjimų suvokti pinigų vertę ir priimti su jais susijusius sprendimus ugdymas arba visai nevykdomas, arba yra formalaus pobūdžio.

Kaip jau buvo minėta anksčiau, visuose pensionatuose gyventojai naudoja terminą „laisvė“, kalbėdami apie gyvenimą už pensionato ribų. Pvz., dažnai vartojami tokie išsireiškimai – „niekada nebeišėsiu į laisvę; manęs niekada nebeišleis į laisvę“. O populiarį judėjimo laisvės apribojimo priemonė – izoliatorius – vadinamas „karceriu“.

2.1.6. Teisė į nuosavybę

Nuosavybė neliečiama... Nuosavybės teisės saugojstatymai... (LR Konstitucijos 23 straipsnis)

Asmeninių daiktų turėjimas paprastai neribojamas, išskyrus izoliatorių, kur dažniausiai negalima turėti jokių asmeninių daiktų. Kai kuriuose

pensionatuose gyventojams leidžiama rūpintis naminiiais gyvūneliais – katinais, šunimis, jūrų kiaulytėmis. Tačiau asmeninio turto apsauga dažniausiai neužtikrinama (paprastai nėra kambarių/ spintų užraktų, registracijos žurnalų), žalos atlyginimo sistemos irgi nėra. Kai kurių pensionatų gyventojai skundžiasi dėl didelio vagysčių skaičiaus. Dažniausiai vagystes vykdo priklausomybę nuo alkoholio turintys gyventojai. Beje, kai kurie iš pastariųjų tyrėjams skundėsi, buvę patys apvogti būdami neblaivūs, ir kaltino tuo pensionato sanitarus.

Kai kuriuose pensionatuose gyventojai turi galimybę atsidaryti asmenines sąskaitas banke ir jomis laisvai disponuoti (pvz., viena neoficialiai uždarbiaujanti gyventoja nuolat neša gautą atlygį į vieną Šiaulių banką). Tačiau kituose pensionatuose paplitusi praktika gyventojų lėšas laikyti bendroje pensionato sąskaitoje ir išduoti jas gyventojams pagal vidines pensionatų taisykles, beje, ne visuomet aiškiai apibrėžtas.

Užfiksuota atvejų, kai teisė į nuosavybę buvo grubiai pažeidžiama. Kai kuriuose pensionatuose gyventojams daromas spaudimas atiduoti savo pinigus auklytėms, motyvuojant saugumu („nepavogs“), patogumu („nupirksiu, kada norėsi ir ko norėsi“), o tai sudaro prielaidas personalui piktnaudžiauti pacientų asmeninėmis lėšomis. Užfiksuotas išnaudojimo atvejis – gyventojui perkant sau prekes, slaugytoja paprašė, kad jis jai nupirktų šokoladą. Gauta informacijos apie atvejus, kai trukdoma naudotis asmeniniais daiktais (pvz., drabužiais), sudėtais į užrakinamą spintą, nuo kurios raktą turi personalas, kuris nekreipia dėmesio į gyventojų prašymus atrakinti šią spintą.

2.1.7. Teisė į mokslą

Mokslas prieinamas visiems pagal kiekvieno žmogaus sugebėjimus... (LR Konstitucijos 41 straipsnis)

Pensionatų gyventojų teisė į mokslą neįgyvendinama. Tai sąlygoja minėta antiintegracinė nuostata – kadangi skatinamas gyventojų savarankiškumo regresas, pensionatams neparanku rūpintis gyventojų išsilavinimu ar profesijos įgijimu. Tad pensionatų personalas neskatina gyventojų mokytis, nepalaiko norinčiųjų iniciatyvos ir neieško galimybių jai įgyvendinti.

Atskiruose pensionatuose vos vienas kitas gyventojas yra baigęs vieną ar kitą specialiųjų poreikių asmenų ugdymo įstaigą arba dar mokosi. Iš daugiau nei 3000 ekspertų aplankytų pensionatų gyventojų pensionato pastangomis išsilavinimą įgijo (ar šiuo metu mokosi) tik 7 asmenys.

Kai kuriuose pensionatuose vyksta tam tikri mokymai, pvz., pagrindinių pinigų valdymo įgūdžių, pasirašymo, darbo kompiuteriu. Tačiau tai daugiau išimtis nei taisyklė. Paprastai kaip lavinimasis suvokiamos laisvalaikio užimtumo programos – sporto, šokių, dainavimo ir kt.

2.1.8. Teisė į darbą

Kiekvienas žmogus gali laisvai pasirinkti darbą bei verslą ir turi teisę turėti tinkamas, saugias ir sveikas darbo sąlygas, gauti teisingą apmokėjimą už darbą ir socialinę apsaugą nedarbo atveju... Priverčiamasis darbas draudžiamas... (LR Konstitucijos 48 straipsnis)

Pensionatų administracija iki šiol neturi jokio mechanizmo, kaip apsaugoti savo gyventojus nuo išnaudojimo, patiriamo iš jiems darbą

suteikiančių aplinkinių vietovių gyventojų ar pačių pensionatų darbuotojų. Šis klausimas paprastai sprendžiamas dviem paradoksaliais būdais – arba pensionato gyventojams uždraudžiama dirbti pas aplinkinius, arba pensionatų vadovai individualiai kalbasi su savo darbuotojais ir kaimo gyventojais.

Apskritai darbinė veikla nėra reabilitacinio pobūdžio, be to, nesuteikiama galimybė dirbti už adekvatų užmokestį – paprastai nesudaromos oficialios darbo sutartys, neieškoma galimybių įdarbinti norinčių gyventojų. Retais atvejais buvo sudarytos darbo sutartys su keliais pensionato gyventojais pusei etato. Kai kuriuose pensionatuose kaip alternatyva buvo sudaromi susitarimai dėl keliasdešimties litų mėnesio darbo apmokėjimo, motyvuojant tuo, kad, viršijus šią sumą, būtų sudėtinga įforminti sutartį ir tektų mokėti mokesčius.

2.1.9. Gydymas ir psichosocialinė reabilitacija

Valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus... (LR Konstitucijos 53 straipsnis)

Turint omenyje, kad praktiškai visi (su retomis išimtimis) pensionatų gyventojai praleidžia čia visą gyvenimą, nėra prasmės kalbėti apie integraciją į visuomenę, nors ji formaliai deklaruojama socialinių darbuotojų pareigybinėse instrukcijose. Tad ir psichosocialinės reabilitacijos klausimas labai sudėtingas. Nesudaromi individualūs reabilitacijos planai pensionato gyventojams (tik viename pensionate pavyko rasti dokumentuotus individualius gyventojų psichosocialinės reabilitacijos planus, tačiau jų turinys ir įgyvendinimas kelia abejonių). Socialinių įgūdžių stiprinimo ar atkūrimo metodikų irgi nėra. Kaip jau minėta, pensionatai neorientuoti į gyventojų perspektyvą savarankiškai gyventi

bendruomenėje. Išimtimi galėtume laikyti nebent Anykščių rajono Aknystos pensionatą, kurio globotiniai, turintys pakankamai savarankiško gyvenimo įgūdžių, yra įsikūrę atokiau nuo centrinio pastato esančiuose penkiuose filialuose, kur jiems santykinai suteikiama daugiau savarankiškumo.

Pensionatuose vyrauja medikamentinis gydymas. Paprastai tiesiog pratęsiamas psichiatrijos ligoninėje paskirtas gydymas, o tais atvejais, kai gyventojas atvežamas tiesiai iš namų, ryški tendencija kuogreičiau pradėti gydymą medikamentais, nestebint paciento būklės ir nesiekiant ieškoti alternatyvių pagalbos metodų. Dažniau skiriama įprastinių (senesnės kartos, ypač pasižyminčių stipriu slopinamuoju ar migdomuoju poveikiu) preparatų, tačiau neatsakoma ir modernių neuroleptikų bei kitų medikamentų. Be to, skiriama ir prailginto veikimo medikamentų, siekiant užtikrinti, kad pacientas gautų reikiamą vaistų kiekį. Tačiau tokiais atvejais kyla rizika, kad prireikus nebus galimybių atšaukti preparato vartojimo – vienos dozės poveikis gali būti jaučiamas net iki trijų savaičių.

Gyventojai faktiškai neturi galimybės kontroliuoti savo teisės į tinkamą gydymą – dažniausiai jų informuotumo apie vartojamus preparatus lygis priklauso nuo asmeninių gydytojo (psichiatro ar terapeuto) nuostatų dėl paciento informuotumo. Be to, dėl psichiatrų trūkumo rajonuose pensionatų gyventojai neturi galimybės gauti nepriklausomą psichikos būklės įvertinimą arba alternatyvią (ne pensionato psichiatro) konsultaciją. Taigi susidaro paradoksali padėtis: nors asmuo, gyvenantis pensionate, yra priregistruotas ir rajono psichikos sveikatos centre, tačiau neretai ir pensionate, ir minėtame centre dirba tas pats psichiatras.

Tyrimo metu pastebėtas ryškus tinkamų psichologinio konsultavimo ir psichoterapijos paslaugų trūkumas. Daugelyje pensionatų yra dalimi etato dirbantis psichologas, tačiau praktiškai visuose pensionatuose iš gyventojų gauta informacija liudija apie nepatenkinamą gaunamų paslaugų kokybę, pasirinkimo nebuvimą (nėra galimybių gauti psichologo pagalbos už pensionato ribų) ir bendrą tokių paslaugų trūkumą. Nustatyta atvejų, kai veiksnūs pensionatų gyventojai nė nežinojo apie galimybę pensionate gauti psichologinio konsultavimo ar psichoterapijos paslaugas ir jas teikiančią specialistą.

Lėtiniais somatiniais sutrikimais sergantiems pensionato gyventojams slaugos darbuotojai užtikrina patenkinamą sveikatos priežiūrą. Bronchine astma, epilepsija, cukriniu diabetu, širdies-kraujagyslių, sąnarių ir akių ligomis sergantieji gauna adekvatų medikamentinį gydymą. Tuo tarpu nemedikamentinių fizioterapinių priemonių prieinamumas yra labai skirtingas – vienuose pensionatuose jų iš viso nėra, kituose fizioterapinės ar fizinės reabilitacijos procedūros atliekamos.

Judėjimo kompensavimo technika pacientams prieinama, tačiau visi vežimėliai – mechaniniai. Akiniai ir dantų protezai paprastai gaminami pensionato sąskaita, tačiau kartais kyla problemų, jei gyventojai juos pameta ar sugadina. Tuomet naujų tenka ilgėliau palaukti.

Profilaktinių sveikatos patikrų kai kurie pensionatai visiškai atsisakė. Dalyje pensionatų išlikusi tradicija vieną kartą per metuos rengti profilaktinį gyventojų fizinės sveikatos patikrinimą, atliekant ir keletą laboratorinių testų ar fluorografiją. Tikslinių padidėjusios fizinių susirgimų rizikos grupių nustatymas ir atitinkamas tikrinimas buvo atliekamas tik viename pensionate. Be to, kelių pensionatų gyventojai ir personalas yra kasmet skiepijami nuo gripo.

2.1.10. Pagalba, gaunama iš kitų įstaigų

Pensionatai bendradarbiauja su įvairaus pobūdžio įstaigomis – tiek gydymo, tiek mokymo, tiek teisėsaugos. Tačiau šis bendradarbiavimas nėra nukreiptas į kokybiškesnį gyventojų poreikių tenkinimą ir atskirties mažinimą; jis iš esmės skirtas administracijos tikslams tenkinti.

Kai kuriuose rajonuose policija kviečiama atsisako atvykti į pensionatą sudrausminti smurtautojų, motyvuodama tuo, kad pensionato darbuotojai neva privalo „tvarkytis“ patys, o policininkai neva negali „tramdyti“ neįgaliųjų.

Bendradarbiaujant su aplinkinių bendruomenių mokymo įstaigomis (pvz., mokyklomis), apsiribojama tam tikromis rekreacinėmis veiklomis. Pvz., keliolika pensionato gyventojų vežiojami į mokyklos baseiną. Tačiau neieškoma galimybių toje pačioje mokykloje sudaryti sąlygų pageidaujantiems pensionato jaunuoliams lankyti tam tikrų užsiėmimų.

Bendradarbiavimas su kitomis gydymo įstaigomis dažnai priklauso nuo pensionato administracijos geranoriškumo. Paprastai pensionato gyventojai vežami pas tuos gydytojus, kurių nėra pensionate, tačiau pasirinkimo galimybių pensionato gyventojai neturi. Daugumoje pensionatų gauta informacijos, kad trūksta ginekologinių paslaugų. Beje, problemų kyla ir dėl kitų gydymo įstaigų nenoro priimti pensionatų gyventojų – tiek dėl jų turimų psichikos ar proto negalių, tiek dėl priklausomybės nuo alkoholio.

Be abejo, įstaigos, su kuriomis pensionatai glaudžiausiai bendradarbiauja, – tai psichiatrijos ligoninės. Daugelis pensionatų darbuotojų, su kuriais kalbėjosi tyrėjai, išsakė nepasitenkinimą globojamų

gyventojų gydymu minėtose įstaigose – tiek jo per trumpa trukme, tiek nepasikeitusiu gyventojų elgesiu, sugrįžus iš psichiatrijos ligoninės į pensionatą.

Nukreipimą į pensionatą paprastai išrašo psichiatras, kuris dirba ir rajono PSC, ir tame pačiame pensionate. Taip sukuriama sąlyga piktnaudžiavimams – administracija gali įtakoti „nepalankių“ pacientų nukreipimą į psichiatrijos ligoninę.

2.1.11. Neveiksnių pacientų priežiūra ir teisių užtikrinimas

Globa yra nustatoma siekiant įgyvendinti, apsaugoti ir apginti neveiksnaus fizinio asmens teises ir interesus... (LR Civilinio kodekso 3.238 straipsnis)

Jeigu pripažintas neveiksniu asmuo pasveiksta arba jo sveikata labai pagerėja, teismas pripažįsta jį veiksniumi. Įsiteisėjus teismo sprendimui, tokiam asmeniui nustatyta globa panaikinama... (LR Civilinio kodekso 2.10 straipsnis)

Neveiksnių gyventojų teisės apribojamos maksimaliai. Tais atvejais, kai gyventojas globa patikima pensionatui, gyvendamas jame jis neturi jokių galimybių apskūsti netinkamą priežiūrą ar teisių atstovavimą.

Tais atvejais, kai neveiksnių gyventojų globėjais paskiriami jų giminaičiai, pensionatai paprastai nesiima jokių priemonių užtikrinti tinkamą neveiksnaus paciento teisių atstovavimą.

Pastebėta abejotino neveiksnumo problema – tiek ekspertų nuomone, tiek pensionatų administracijos teigimu, abejotinas kai kurių asmenų neveiksnumo faktas. Visais požūriais adekvačiai bendraujantys asmenys, teismo pripažinti neveiksniais,

kelia abejonių dėl neveiksmo nustatymo mechanizmo skaidrumo. Administracijos nuomone, kai kuriais atvejais neveiksmo nustatymui įtakos turi turiniai interesai. Kitais atvejais galima manyti, kad neveiksmo nustatymas panaudojamas apsaugotino laisvės atėmimo nusikalstamą veiklą atlikusius asmenis.

2.2. Žmogaus teisių pažeidimai psichiatrijos ligoninėse

Psichiatrijos ligoninės geografinė prasme mažiau izoliuotos kaip pensionatai – dauguma jų yra miestuose. Tradiciškai jos buvo kuriamos kaip atskiros institucijos, nesusietos su bendrojo pobūdžio ligoninėmis. Uždarumo prasme psichiatrijos ligoninės analogiškos psichoneurologiniams pensionatams: nepaisant to, kad jos glaudžiai apsuptos gyvenamųjų rajonų, ligoninių gyvenimas čia yra izoliuotas.

Sovietmečiu ambulatorinės pagalbos funkcijos buvo priskirtos ligoninėms, ir paslaugų teikimas buvo labai centralizuotas, t.y. sutelktas vadinamuosiuose psichoneurologiniuose dispanseriuose. Tai sąlygojo ligoninių steigimą miestų centruose, kur gyventojams būtų patogų kasdien lankytis. Vykstant privatizacijai ir medicinos reformai, psichiatrijos ligoninių lokalizavimas miestų centruose tampa problemiškas – stengiamasi jas išstumti į miesto pakraščius.

Praėjusio amžiaus aštuntojo dešimtmečio pabaigoje priklausomybės ligomis sergantiems asmenims buvo sukurta atskira pagalbos sistema, tad priklausomybės ligomis sergančių pacientų gydymas psichiatrijos ligoninėse būdavo greičiau išimtis nei taisyklė. Šiuo metu kai kuriose psichiatrijos ligoninėse įkurti atskiri skyriai šiems ligoniams, bet, pvz., vienoje ligoninėje į šį skyrių priimami tik vyrai.

Nuo 1997 metų, pradėjus kurti ambulatorinius psichikos sveikatos centrus, pradėta mažinti lovų skaičių ligoninėse. Iki šiol tebėra išlikęs tradicinis sovietinei psichiatrijai vyrų ir moterų gydymas atskirose įstaigose. Kartu su judėjimo laisvės ribojimu, t.y. atskirų skyrių ir pačios ligoninės uždarumu, tai stipriai sumažina gydomų asmenų galimybes bendrauti.

Psichiatrijos ligoninės abipusiais ryšiais glaudžiai susijusios su pensionatais:

- Iš psichiatrijos ligoninių pacientai patenka į pensionatus. Kai kuriais atvejais dar pacientui gydantis ligoninėje priimamas sprendimas jį apgyvendinti pensionate; kitais atvejais sprendimas dėl apgyvendinimo pensionate jau būna priimtas prieš ligoniui patenkant į ligoninę, ir joje jis tiesiog laukia, kol ateis jo eilė ir atsiras vieta pensionate.¹¹
- Pensionatų gyventojai, kurių elgesys pensionato personalui atrodo problemiškas, guldomi į psichiatrijos ligoninę. Patys pensionato gyventojai nukrepiamą į psichiatrijos ligoninę vertina trejopai – kaip būtiną gydymą būklei paūmėjus, kaip bausmę už neklusnumą ir kaip priemonę sutaupyti pinigų (gydantis psichiatrijos ligoninėje, pacientui atitenka visa jo pensija, o ne 20 proc., kaip gyvenant pensionate).
- Kai kuriais atvejais psichiatrijos ligoninės kurį laiką atlieka pensionato funkciją – kai kurie ligoniai faktiškai „gyvena“ ligoninėje po keletą mėnesių ar ilgiau. Tačiau tai reti atvejai, kurie dažniausiai baigiasi apgyvendinimu pensionate.

¹¹ Dviejose psichiatrijos ligoninėse taikomi kiti ligonių, laukiančių eilėje, problemos sprendimo metodai - viena ligoninė sudariusi sutartį su miesto slaugos ligonine dėl kelių vietų eilėje laukiantiems ligoniams, kita ligoninė sudariusi sutartį su savivaldybe bei sudaro sutartis su ligonio giminaičiais dėl papildomai finansuojamų kelių vietų (stacionarių socialinių paslaugų teikimo) tokio tipo ligoniams.

Tame rajone, kuriame yra pensionatas, PSC gydytojas psichiatras dalyvauja priimant sprendimą dėl pensionatogvyventojosiuntimo į psichiatrijos ligoninę. Tačiau būdamas kartu ir pensionato darbuotojas, jis visiškai priklauso nuo pensionato vadovybės, tad paprastai priima pastarajai parankius sprendimus. Šiuo atveju pasireiškia bendruomeninės pagalbos institucionalizavimas – dirbdamas pensionate psichiatras užpildo PSC dokumentus, todėl pacientui faktiškai nėra neapsilankius PSC, psichiatras išduoda siuntimą į psichiatrijos ligoninę. Tokiu būdu pensionate institucionalizuotas asmuo neturi jokios galimybės gauti psichikos sveikatos paslaugų bendruomenėje: dėl psichikos sveikatos problemų jis automatiškai siunčiamas į stacionarią instituciją – psichiatrijos ligoninę. Vyrauja nuostata, kad patekęs į pensionatą žmogus turi tenkintis ten gaunamomis paslaugomis.

Psichiatrijos ligoninėse (taip pat ir pensionatuose) skiriant gydymą vadovaujamosi neįteisinta, bet tradicija tapusia praktika, kad gydytojai, net ir žinodami diagnozės klaidingumą, nesiima jos keisti, nenoriai kalba apie tokius atvejus bei skiria klaidingą diagnozę atitinkantį gydymą. Vyrauja tradicija teismo psichiatrų arba gydytojų konsultacinio konsiliumo (GKK) nustatytos diagnozės nekvestionuoti.

Taip pat visuotinai vyrauja praktika priimti sprendimą dėl paciento priverstinio gydymo (ar priverstinio gydymo pratęsimo) teismo posėdyje nedalyvaujant pačiam pacientui. Pvz., vienos ligoninės vadovas dažnai siūlosi atvežti į teismą pacientus, tačiau teisėjai visuomet atsisako. Tačiau daugeliu atveju psichiatrai rengdami teikimą dėl priverstinio gydymo patys įtraukia komentarą, kad pacientas nepajėgus dalyvauti teismo posėdyje. Tai akivaizdžiai pažeidžia paciento teises – tiek į teisingą teismą, tiek į teisę gauti tinkamą gydymą (po to

vykdant teismo sprendimą, kuris remiasi vienpusiška informacija iš psichikos sveikatos profesionalo, ir neatsižvelgiant į paciento nuomonę).

Žmogaus teises ir laisves psichiatrijos ligoninėje apsprendžia jam skirtas režimas, kuris parenkamas atsižvelgiant į psichikos būklę. Šiuo metu galioja keturi režimo tipai:

- (1) intensyvaus stebėjimo režimas, kuomet asmeniui, turinčiam psichikos sutrikimų, neleidžiama išeiti iš palatos ir jis lydimas net į tualetą;
- (2) vidutinio intensyvumo stebėjimo režimas, kai žmogus gali išeiti iš palatos ir naudotis psichiatrijos skyriaus patalpomis, tačiau jo palikti negali. Kartais asmeniui, kuriam skirtas šis režimas, leidžiama trumpam išeiti iš skyriaus su artimaisiais, tačiau tuomet personalas visą atsakomybę už šio žmogaus priežiūrą perleidžia jiems ir reikalauja, kad jie sugrąžintų pacientą į skyrių;
- (3) neintensyvaus stebėjimo režimas, kai pacientas trumpam išleidžiamas savarankiškai pasivaikščioti ligoninės teritorijoje;
- (4) laisvas režimas, kai pacientui leidžiama išeiti iš ligoninės teritorijos.

Pirmo ir antro režimo atvejais pacientas privalo dėvėti ligoninės pižamą. Nuo režimo priklauso ir paciento galimybė naudotis teisėmis į privatumą, judėjimo laisvę ir nuosavybę. Be to, kankinimo ir nežmoniško elgesio apraiškos.

Darbo terapija ligoninėse nėra orientuota į konkrečius ligonių poreikius – vieniems asmenims, pvz., turintiems proto negalią, ji naudinga, tuo tarpu psichikos ligonius nekvalifikuotas mechaninis darbas atbukina ir stabdo jų sveikimo procesą. Sovietmečiu kai kurios ligoninės, panašiai kaip ir

psichoneurologiniai pensionatai, turėjo išplėtotus darbo terapijos, t.y. žemės ūkio bei pramonės veiklos, padalinius, kuriuose dirbdavo ligoniai. Tuo metu darbinė veikla užėmė tam tikrą vietą gydymo procese, tačiau ji nebuvo nukreipta į individualių įgūdžių vystymą, o apsiribojo laisvalaikio praleidimu. Baigę gydymą ligoniai ir toliau lankydavosi šiose darbo vietose ir tęsdavo ankstesnę veiklą. Tai, kad minėtos dirbtuvės ar užimtumo padaliniai vienokia ar kitokia forma tebėra išlikę iki šiol, akivaizdžiai rodo, jog prioritetas tebeteikiamas ne ugdymui, bet priežiūrai. Tokiu būdu tiesiog formaliai tenkinami minimalūs ligonio poreikiai, visiškai neįtraukiant jo į sprendimų priėmimo procesą ir skatinant tolesnį nesavarankiškumą bei priklausomybę nuo sistemos.

2.2.1. Teisė į informaciją

Žmogui neturi būti kliudoma ieškoti, gauti ir skleisti informaciją... Pilietis turi teisę įstatymo nustatyta tvarka gauti valstybės įstaigų turimą informaciją apie jį... Laisvė gauti ir skleisti informaciją negali būti ribojama kitaip, kaip tik įstatymu, jei tai būtina apsaugoti žmogaus sveikatai... (LR Konstitucijos 25 straipsnis)

Sutikimas gydytis pasirašomas visiškai formaliai, pensionatų personalas neįsitikina, kad pacientas supranta pasirašomų dokumentų turinį (pvz., gauta informacija, jog pacientas, kuris pamiršo namuose akinius, pasirašė visus dokumentus, nė nematydamas, kas juose parašyta). Tuo tarpu administracija parašo buvimą laiko besąlygišku paciento informuotumo pasirašymo proceso metu įrodymu.

Jei pacientas priėmimo kambaryje nesutinka pasirašyti sutikimo gydytis, jis vis tiek gali būti hospitalizuojamas 48 valandoms; per šį laiką personalas mėgina išgauti paciento parašą (darydamas psichologinį spaudimą

ir pasinaudodamas paskirtų medikamentų poveikiu). Per minėtas 48 valandas taip pat skiriamas gydymas, net ir nesant paciento sutikimo.

Netgi įsigaliojus įstatymams, įpareigojantiems personalą suteikti pacientui informacijos apie jo ligą, galimus gydymo būdus ir jų pasekmes, pacientas realiai negali pasinaudoti teise į informaciją. Nėra kultūros ir praktikos pristatyti pacientui jo ligą, skiriamus vaistus, jų poveikį, galimą riziką ir nepageidaujamus poveikius. Personalui trūksta žinių apie pacientų teisę į informaciją. Daugeliui pacientų nesuteikiama pakankamai informacijos apie gydymą. Vienintelė įgaliojta ją teikti grandis – gydytojai. Minėtos informacijos pacientai gali iš jų tikėtis tik atkakliai reikalaudami. Daugeliu atvejų informacijos teikimas priklauso nuo gydytojo geranoriškumo ir pagarbos pacientui. Pacientai dažnai nė nežino, kad gali susipažinti su savo ligos istorija, nors ligoninės personalas ir neneigia galimybės parodyti ją pacientui, išskyrus informaciją, liečiančią trečiuosius asmenis. Susipažinti su ligos istorija ligoniai neskatinami, nors įmanoma gauti išrašą, pateikus raštišką prašymą pensionato direktoriui (ypač šia galimybe domisi priverstinai gydomi pacientai). Informacijos apie ligą teikimą pacientams personalas supranta kaip potencialią grėsmę jų būklės pablogėjimui.

Rokiškio psichiatrijos ligoninės administracija yra parengusi paciento informavimo apie priverstinį gydymą formą, naudojamą pacientui nesutikus gydytis stacionare, tačiau šioje įstaigoje yra labai mažai priverstinai gydomų pacientų.

Nėra skundų pateikimo ir atsakymo į juos raštu praktikos. Skundai priimami tik žodžiu. Dažniausiai skundžiamasi dėl pacientų laisves ribojančio personalo elgesio ir

nepritaikytų aplinkos sąlygų (pvz., skyriuose „saugumo sumetimais“ nėra rozečių). Vienoje ligoninėje savo nuomonę pacientai gali išreikšti užpildydami anoniminę paslaugų vertinimo anketą. Tačiau administracija nemano, kad vertinimo rezultatai galėtų būti panaudoti diskusijai su pacientais apie teikiamų paslaugų kokybę.

Telefono ryšys prieinamas ne visiems pacientams. Kai kuriems neleidžiama turėti mobiliųjų telefonų. Taksofonai sunkiai prieinami uždaro režimo pacientams (norėdami įsigyti taksofono kortelę, jie turi ieškoti galimybių susitarti su žmogumi, kuriam leidžiama išeiti už ligoninės teritorijos ribų, arba skambinti kito paciento sąskaita).

Kiekviename skyriuje dirba užimtumo organizatorius, atsakingas už užsiėmimus skyriuose ir už jų ribų. Dauguma užsiėmimų vyksta ne skyriuose, todėl prieinami tik laisvesnio režimo pacientams. Pacientai gali patenkinti savo pomėgius tik standartiniuose terapiniuose būreliuose, tačiau ir į juos nelengva patekti (pvz., ūmių skyrių pacientams). Tai leidžia daryti prielaidą, kad administracija neteikia didelės reikšmės pacientų saviraiškai, pvz., mėnesį sergančio bibliotekininko niekas nepavadoja, ir pacientai apskritai neturi galimybės naudotis biblioteka.

2.2.2. Teisė į privatumą

Žmogaus privatus gyvenimas neliečiamas... Asmens susirašinėjimas, pokalbiai telefonu, telegrafo pranešimai ir kitoks susižinojimas neliečiami... (LR Konstitucijos 22 straipsnis)

Teisė į privataus gyvenimo gerbimą yra viena fundamentalių žmogaus teisių, o psichikos pacientams ši teisė neabejotinai yra labai svarbi. Pacientų, turinčių psichikos sutrikimų, teisė į privataus gyvenimo

gerbimą glaudžiai susijusi su autonomijos išsaugojimu, o autonomija yra vienas kertinių psichikos sveikatos priežiūros organizavimo principų, kadangi skatina pacientų sveikimą. Paradoksalu, bet visose aplankytose psichiatrijos ligoninėse ši teisė buvo grubiai pažeidžiama.

Psichiatrijos ligoninės pacientų teisė į privataus gyvenimo gerbimą yra maksimaliai ribojama, o ūmių būklių skyriuose šia teise praktiškai neįmanoma pasinaudoti. Minėta teisė pažeidžiama nesilaikant paciento asmens duomenų apsaugos reikalavimų, nesudarant galimybių pacientui privačiai atlikti higienos procedūrų ir naudotis telefonu, nesilaikant pacientų skaičiaus palatose reikalavimų, tuo pačiu neleidžiant pacientui panorėjus pabūti vienumoje.

Nedaugelis profesionalų turi savo kabinetus, o jei ir turi – nepakankamai jais naudojasi pacientą liečiančių klausimų konfidencialiam aptarimui. Paprastai paciento diagnozė ir socialinės problemos aptarinėjamos dalyvaujant kitiems asmenims – tiek ligoniams, tiek personalui.

Pacientai dažniausiai neturi galimybės atlikti higienos procedūrų be kitų asmenų dalyvavimo. Be to, nėra galimybės užsidaryti vonioje, tualetuose ir dušuose. Remiantis duomenimis, gautais iš vienos ligoninės išrašomo paciento, maudytis šios ligoninės bendrųjų skyrių dušuose galima tik po du, tad pacientas yra priverstas ieškoti sau „kompaniono“. Tuo tarpu ūmių būklių skyriuje dušu naudotis apskritai neleidžiama, o maudytis vonioje tegalima du kartus per savaitę. Kitos ligoninės viename skyriuje vonia, dušas, tualetai ir rūkomasis yra vienoje pertvaromis neatskirtoje patalpoje.

Naudojimasis telefonu yra daugiau ar mažiau ribojamas. Taksofonai įrengti visose ligoninėse, tačiau tokiose vietose, kur

nuolat gausu ligonių, tad skambinantysis neturi galimybių privačiam telefoniniam pokalbiui. Pvz., vienoje ligoninėje pacientai vedami skambinti taksofonu grupėmis. Be to, apklausus ūmių būklių skyriuose besigydančius pacientus, paaiškėjo, kad personalas linkęs riboti jų telefoninius kontaktus, t.y. ne visada leidžia naudotis mobiliaisiais telefonais, o prieiti prie taksofonų, kurie paprastai būna bendruosiuose skyriuose, šie ligoniai dažniausiai neturi galimybės. Dar galima paskambinti iš stacionaraus personalo telefono skyriuje, tačiau tai pavysta tik išimtiniais atvejais, be to, pokalbį neišvengiamai girdi personalas.

Lankytose Lietuvos psichiatrijos ligoninėse pacientų skaičius viename kambaryje kai kuriais atvejais siekia 20 žmonių. Vienuose kambariuose visai nėra durų, kituose jos nuolat laikomos atidarytos. Tokiu būdu pacientai praktiškai neturi galimybės pabūti vieni. Kai kurie jų, išsvargintinuolatinio buvimo su kitais asmenimis, patys prašosi uždaromi į izoliatorių, kad galėtų nors trumpam pailsėti nuo triukšmo ir pabūti vieni. Pvz., vienos ligoninės vyrų ūmių būklių skyriaus koridoriuje labai triukšminga, personalas garsiai šūkauja, ir pacientai skundžiasi, kad juos labai išvargina nuolatinis šurmulyš. O užimtumo kambarys, kuris formaliai skirtas privatumo poreikiui tenkinti, nuolat būna užrakintas. Taigi galima daryti prielaidą, kad nuolatinis viešumas, triukšmas ir priverstinis buvimas su kitais žmonėmis ištisą parą ne tik nepadeda, bet net trukdo sveikimui. Tad bet kokios kalbos apie terapinę aplinką tėra tuščias dalykas.

Kiek teko pastebėti, pensionatuose plačiai paplitusi praktika nustatytą valandą skyriuje išjungti šviesą. Ligoniams patiems ją įsijungti ne tik griežtai draudžiama, bet dažnai nėra neįmanoma, kadangi elektros saugikliai yra rakinami, o raktą turi slaugytojos. Kita vertus, visą naktį palatoje dega silpna lemputė, ir

ligoniai priversti miegoti prie šviesos. Taigi pacientai neturi galimybės pasirinkti, kada (ir kokio) jie norėtų apšvietimo, o kada ne.

2.2.3. Diskriminacija

Žmogaus teisių negalima varžyti ir teikti jam privilegijų dėl jo lyties, rasės, tautybės, kalbos, kilmės, socialinės padėties, tikėjimo, įsitikinimų ar pažiūrų pagrindu... (LR Konstitucijos 29 straipsnis)

Kaip teigiama LR Konstitucijoje, kiekvienas pacientas turi teisę į tinkamą sveikatos priežiūrą, tačiau aplankytose psichiatrijos ligoninėse pacientai beveik nediferencijuojami, t.y. kartu ir pagal tas pačias taisykles gydomi ir pirmą kartą besigydantieji ir jau ne sykų gydęsi ligoniai, ir priverstinai gydomi nuteistieji, ir savanoriškai besigydantys sunkios ar lengvesnės negalios asmenys.

Psichiatrijos ligoninėse, taip pat kaip ir pensionatuose, akivaizdžiai matyti, kai kuriems pacientams teikiamos privilegijos. Personalas mėgstami paklusnūs pacientai gauna daugiau laisvių ir kitiems ligoniams neprieinamų lengvatų. Pvz.: jie išleidžiami į miestą, jiems duodamas raktas nuo vonios kambario, nedraudžiama kada panorėjus naudotis mobiliuoju telefonu, suteikiamas papildomų cigarečių davinys arba leidžiama rūkyti lauke/kitoje patalpoje ir t.t.

Kai kuriose įstaigose nėra atskirų patalpų rūkymui, todėl pažeidžiamos tiek nerūkančiųjų teisės į gryną orą, tiek rūkančiųjų teisės į tinkamas sąlygas rūkymui.

2.2.4. Kankinimas ir nežmoniškas elgesys

Žmogaus asmuo neliečiamas... Žmogaus orumą gina įstatymas... Draudžiama žmogų kankinti, žaloti, žeminti jo orumą, žiauriai su juo elgtis, taip pat nustatyti tokias bausmes... (LR Konstitucijos 21 straipsnis)

Daugelyje ligoninių nėra standartizuotos fizinės atskirties, fizinio ir cheminio suvaržymo skyrimo procedūros ir šių poveikių atšaukimo mechanizmo. O ligoninėse, kuriose minėtos procedūros yra oficialiai reglamentuotos, nustatyta jų įgyvendinimo trūkumų: pažeidžiami fiksacijos protokolų pildymo reikalavimai (nepasirašoma kas pusvalandį); ligoniai fiksuojami ilgiau nei dviem valandoms (gauta informacija, kad kai kuriais atvejais pacientai fiksuojami visai nakčiai); kalbantis su pacientais nustatyta, kad personalas neslaugo pacientų fiksavimo laikotarpiu, palieka be priežiūros po keletą valandų; nepalaiko kontakto su ligoniu fiksacijos metu; kartu su fiksacija visuomet taiko ir cheminio poveikio priemones.

Dėl žinių apie agresijos valdymą stygiaus personalas ieško jiems prieinamų būdų maldyti ligonių agresiją. Deja, šie būdai dažnai pasirodo netinkami. Kadangi personalui stinga darbuotojų, o ir įgūdžių saugiai nuvesti agresyvų pacientą į tualetą, paprasčiausiai naudojamosi „antele“ ir sauskelnėmis.

Pasitaiko atvejų, kai fiksavimas taikomas prevenciškai. Jei budėjimo metu pritrūksta personalo, o ir tais atvejais, kai darbuotojai nori apsisaugoti nuo galimų agresijos proveržių, fiksuojami ir tie ligoniai, kurie tėra sujaudrinti. Fiksavimas taip pat taikomas kaip bausmė.

Pacientų fizinis ir psichinis integralumas neužtikrinamas. Daugelyje ligoninių buvo pastebėta smurto prieš pacientus atvejų. Smurto iniciatoriai – ir personalas, ir kiti pacientai. Išaiškinta, kad vieni pacientai smurtauja prieš kitus pacientus, netgi juos kankina, tačiau personalas nesiima priemonių arba taiko fiksavimą visiems konflikto dalyviams, taip pat ir aukai. Vienoje ligoninėje gauta duomenų apie pasikartojantį smurtavimą prieš pacientą

(tiek iš personalo, tiek iš pacientų pusės). Motyvas – aukos įkyrumas. Nuo pastarojo „ginamasi“ pakartotiniu uždarymu į izoliatorių, fiksavimu ir raminamųjų preparatų suleidimu.

Daugelyje ligoninių pacientams atsisakius gerti vaistus, jie sugirdomi arba suleidžiami naudojant psichologinį spaudimą ir fizinę prievartą (pvz., užspaudus nosį supilami į burną).

Paprastai ligoniams taikomos įvairios bausmės. Labiausiai paplitusios: tramdomieji marškiniai, fiksavimas, injekcijos, draudimas gerti kavą ir rūkyti, režimo pakeitimas (iš lengvesnio į sunkesnį). Dažniausiai sprendimus dėl bausmių (net ir cheminių preparatų) parinkimo priima vidurinis medicinos personalas.

Tyrėjus pasiekė informacija, kad nesena gimdžiusiai moteriai buvo neleidžiama prausti duše, esančiame bendrojo režimo skyriuje, nepaisant to, kad dėl fiziologinių indikacijų ji negali maudytis vonioje.

2.2.5. Teisė į judėjimo laisvę

Žmogaus laisvė neliečiama... (LR Konstitucijos 22 straipsnis) Piliėtis gali laisvai kilnotis ir pasirinkti gyvenamąją vietą Lietuvoje... (LR Konstitucijos 32 straipsnis)

Ši teisė iš esmės pažeidžiama, nes netaikomas mažiausiai varžančios aplinkos principas. Pacientams nesuteikiama adekvati informacija apie jų galimybes laisvai judėti po ligoninės teritoriją ir už jos ribų. Pacientai ne visuomet žino, kur saugomi jų asmens dokumentai, kurie jiems paprastai neišduodami.

Psichiatrijos ligoninėse pacientų judėjimo laisvė yra varžoma. Lietuvoje netgi nėra įteisintas pacientų išleidimas į namus gydymosi

proceso metu. Tebevyrauja nuostata, kad stacionaraus gydymo metu ligoniui negalima leisti palikti ligoninės teritorijos, o dažniausiai ir skyriaus ribų. Pvz., vienos ligoninės administracijos teigimu, paciento buvimas psichiatrijos ligoninėje savaime implikuoja jo judėjimo laisvės suvaržymą.

Pacientai dažniausiai išleidžiami į miestą priklausomai nuo personalo geros valios. Ligoninės pačios susikuria pacientų išleidimo už teritorijos ribų tradicijas, taikant įvairius judėjimo laisvės lygius, pvz., anksčiau minėtus keturis režimus (nuo judėjimo palatos ribose iki išėjimo į miestą). Tarkim, vienoje ligoninėje artėjant išrašymui pacientai gydytojo sprendimu gali būti išleidžiami namo savaitgaliais, kad vėl adaptuotųsi prie namų aplinkos.

Kitoje ligoninėje taikoma leidimų, kuriuos išduoda gydytojas, sistema. Beje, ši ligoninė aptverta kalėjimo tipo (betonine daugiau nei dviejų metrų aukščio, pratęsta metaliniais strypais, apraizgytais spygliuota viela) tvora. Viename kampe įrengtas stebėjimo bokštelis. Daugelis ligonių turi leidimus išeiti už teritorijos ribų (išėjimas yra vienas, prie jo būtina pateikti leidimą). Šie leidimai yra nuolatiniai arba laikini, dviem arba vienam kartui per dieną (nurodant konkrečias valandas). Leidimai neišduodami dviem atvejais - ligai paūmėjus ir gydantis nuo priklausomybės alkoholiui.

Ligoninių viduje durys paprastai yra be rankenų, todėl ligoninės pastate laisvai gali judėti tik personalas. Kita vertus, ūmiuose skyriuose nėra automatinių durų užraktų. Tai sukelia problemų, kadangi pacientai gali iš minėtų skyrių pabėgti. Taigi neužtikrinamas saugumas ir tinkama priežiūra. Tad galiam daryti išvadą, kad dėl primityvios sistemos vieniems pacientams judėjimo laisvė perdėta ribojama, tuo tarpu kitiems neužtikrinamas reikalingas saugumas.

2.2.6. Teisė į nuosavybę

Nuosavybė neliečiama... Nuosavybės teises saugo įstatymai... (LR Konstitucijos 23 straipsnis)

Teisė į nuosavybę ribojama: neleidžiama turėti net tokių asmeninių daiktų, kurie nekelia pavojaus pacientui (pvz.: popieriaus, tušinukų), o ypač elektros prietaisų (pvz., plaukų džiovintuvų); varžoma galimybė naudotis leidžiamais turėti asmeniniais daiktais (pvz., draudžiama laikyti mobiliuosius telefonus palatose, motyvuojant pacientų nuosavybės apsauga; nėra rozečių jiems pakrauti, motyvuojant elektros energijos taupymu); žinoma atvejų, kai asmeniniai daiktai buvo atimti (pvz., atimtas ir suplėšytas pacientės baudžiamasis kodeksas; atimti batai); nėra pacientų naudojamų daiktų apsaugos bei apskaitos.

Pacientų turimų asmeninių daiktų kiekis ribojamas ir dėl patalpų trūkumo, pvz., fiziškai nėra vietos penkiavietėje palatoje pastatyti paciento televizorių.

Beje, vidutinė gydymo trukmė psichiatrijos ligoninėje – trisdešimt dienų (tuo tarpu bendrojo pobūdžio ligoninėje – nuo septynių iki dešimties dienų), todėl naudojimosi asmeniniais daiktais ribojimas akivaizdžiai pablogina pacientų gyvenimo ligoninėje kokybę ir žeidžia jų žmogiškąjį orumą.

Gauta informacijos, kad kyla atskaitomybės problemų: pacientams, kuriems personalas perka maisto produktų ar higienos reikmenų, ne visuomet pateikiami čekiai, motyvuojant tuo, kad prekės buvo perkamos turguje; neatsižvelgiama į pacientų prašymą pirkti parduotuvėse ir pateikti čekius. Kai kuriems pacientams (pvz.: atvykusiems iš pensonatų ar priverstinai gydomiems) neleidžiama turėti savo pinigų, suma už prekes nuskaitoma iš paciento sąskaitos banke.

2.2.7. Teisė į mokslą

Mokslas prieinamas visiems pagal kiekvieno žmogaus sugebėjimus... (LR Konstitucijos 41 straipsnis)

Kaip galima kalbėti apie žmonių, turinčių psichikos sutrikimų, integraciją į visuomenę, jei penkerius ar septynerius metus gydomi pacientai neugdomi, nemokomi profesijos, nerengiami grįžimui į visuomenę.

Apsilankius vienos psichiatrijos ligoninės vaikų skyriuje paaikšėjo, kad jo pacientai nėra mokomi – nesilanko pedagogai, nevyksta pamokos.

2.2.8. Teisė į darbą

Kiekvienas žmogus gali laisvai pasirinkti darbą bei verslą ir turi teisę turėti tinkamas, saugias ir sveikas darbo sąlygas, gauti teisingą apmokėjimą už darbą ir socialinę apsaugą nedarbo atveju... Priverčiamasis darbas draudžiamas... (LR Konstitucijos 48 straipsnis)

Tik vienos ligoninės gamybinio-reabilitacinio skyriaus pacientai turi galimybę dirbti už atlygį, tiesa, ne nuolat, bet tik tuomet, kai įstaiga gauna užsakymų. Likusieji ligoniniai šios teisės įgyvendinti negali.

Kitose ligoninėse paplitusi praktika, kai pacientai savanoriškai padeda personalui. Tačiau tai, kad pacientai padeda slaugyti ar fiksuoti kitus ligonius, peržengia profesinės etikos ribas.

2.2.9. Gydymas ir psichosocialinė reabilitacija

Valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus... (LR Konstitucijos 53 straipsnis)

Dėl sisteminių vaistų kompensavimo tvarkos trūkumų klastojami kai kurių pacientų asmens duomenys – su jų sutikimu į ligos

istoriją įrašoma klaidinga diagnozė, siekiant pacientui užtikrinti galimybę gauti tinkamą gydymą, kadangi kai kuriomis sunkiomis psichikos ligomis sergantiems pacientams vaistai nėra kompensuojami (pvz.: praeinantys bei trumpalaikiai psichoziniai sutrikimai, kliesdiniai sutrikimai ir kt.).

Vyrauja medikamentinis gydymas. Ryški tendencija kuo greičiau pradėti gydymą medikamentais, o ne stebėti paciento būklę, ieškant alternatyvių gydymo metodų. Dažniau skiriama įprastų (senesnės kartos) preparatų, tačiau neatsisakoma ir modernių neuroleptikų bei kitų medikamentų. Jei pasigendama paciento motyvacijos vartoti vaistus, skiriama prailginto veikimo medikamentų, kurie užtikrina, kad pacientas gaus reikiamą vaistų dozę. Tačiau šiuo atveju kyla rizika, kad prireikus nebus galimybių atšaukti preparato vartojimo – vienos dozės poveikis gali būti juntamas net iki trijų savaičių.

Pacientai faktiškai neturi galimybės kontroliuoti savo teisės į tinkamą gydymą – dažniausiai jie nė nežino, kokius preparatus vartoja (pacientų žodžiais tariant, „geriu tris baltas tabletes ir vieną raudoną“).

Kai kuriose ligoninėse viduriniajam medicinos personalui nepagrįstai suteikiama per didelė atsakomybė. Pastebėta atvejų, kai į ligos istoriją įrašomi vaistai, kurie turėtų būti duodami pacientams ligos paūmėjimo ar agresijos protrūkio atvejais. Tačiau toks „gydyimas“ gali sukelti pavojų ligonio sveikatai, kadangi sprendimų priėmimas dėl vaistų skyrimo patikimas viduriniajam medicinos personalui, kuris gali neteisingai įvertinti ligonio būklę.

Skiriant gydymą vadovaujamosi praktika, kuri nėra įteisinta, bet plačiai paplitusi, kad

gydytojai, net ir žinodami, jog pacientui klaidingai nustatyta diagnozė, nesiima jos keisti ir nenoriai kalba apie tokius atvejus, skirdami klaidingą diagnozę atitinkantį gydymą. Vyrauja tradicija teismo psichiatrų arba gydytojų konsultacinio konsiliumo (GKK) nustatytos diagnozės nekvestionuoti.

Visose aplankytose ligoninėse nustatyta ilgalaikio ligonių hospitalizavimo atvejų – nuo 104 dienų iki 20 metų. Būtent šie ligoniai labiausiai nukenčia dėl žmogaus teisių ribojimo stacionariose gydymo įstaigose, kadangi jie akivaizdžiai praranda įgūdžius, reikalingus norint adaptuotis visuomenėje. Todėl jiems būtina reabilitacija. Tačiau ir vėl paradoksas – kaip tik su tokiais ligoniais mažiausiai dirbama; jiems akivaizdžiai nepakanka psichosocialinės reabilitacijos paslaugų. Ne visose ligoninėse sudaromi individualūs pacientų reabilitacijos planai.

Psichiatrijos ligoninėse iki šiol neregamentuotas užimtumo terapijos organizavimas ir atsakomybė už jos įgyvendinimą. Kai kur ja rūpinasi psychologai, kitur – slaugos personalas ar socialiniai darbuotojai. Paprastai užimtumo terapija tėra orientuota į bendravimą ir laisvalaikio praleidimą. Trūksta užsiėmimų, skirtų įgūdžiams lavinti ar palaikyti. Nėra tęstinumo – net jei ligoninėje vykdoma reabilitacinė veikla, ji nutrūksta vos pacientui išėjus iš ligoninės.

Socialinių darbuotojų funkcijos kiekvienoje ligoninėje skiriasi, tačiau visur jie atsakingi už pacientų ryšių su išoriniu pasauliu palaikymą (pvz., rūpinasi ligonių pašalpomis ir pensijomis) bei kontaktais su kitomis institucijomis.

Pastebėta didelė problema – trūksta psichologų, kurie teiktų stacionariai besigydantiems pacientams adekvačias psichoterapines ir psichologines paslaugas.

O tokių paslaugų teikimas paciento šeimos nariams apskritai nėra praktikuojamas. Neretai ligoninės pacientams trūksta informacijos apie ligoninėje dirbančius psichologus ir jų teikiamas paslaugas (pvz., vienoje ligoninėje pacientai nustebo sužinoję, kad jų gydymo įstaigoje dirba psichologas).

Ligoninėse iki šiol nėra ergoterapeutų (darbo terapijos specialistų). Nors šie specialistai jau rengiami mūsų šalies mokymo įstaigose, tačiau dėl nepakankamos specializacijos psichiatrijos ligoninės jų kol kas nesulaukia.

2.2.10. Pagalba, gaunama iš kitų įstaigų

Paprastai, jei somatinis sutrikimas pasirodo sunkesnis už psichinį, ligonis perkeliamas į bendrąją ligoninę. Praktiškai į visas psichiatrijos ligonines kviečiami gydytojai konsultuoti. Nors tenka konstatuoti, kad pagalba ne visuomet yra savalaikė, tačiau iš principo ligoniams yra prieinamos įvairių sričių specialistų konsultacijos. Dažniausiai skundžiamasi įstaigose dirbančių stomatologų paslaugų kokybe, pvz., vienoje ligoninėje, pacientų teigimu, populiariausias stomatologo darbo metodas – dantų traukimas.

Bendradarbiavimas su policija irgi vyksta – agresyvūs pacientai palydimi į priėmimą, o prirėkus ir į skyrių. Bendradarbiaujama su vaiko teisių apsaugos tarnyba, savivaldybėmis, seniūnijomis, apskritimis ir pan. Teismo sprendimu dėl atliktos nusikalstamos veikos priverstinai gydomus asmenis vienoje ligoninėje saugo privati saugos tarnyba.

Kai kuriais atvejais kyla problemų bendraujant su atskiromis institucijomis. Dažniausiai taip nutinka bendradarbiaujant su apskričių administracijomis dėl pacientų apgyvendinimo pensionatuose. Pvz., nustatyta keletas atvejų, kai pensionatai

vilkino pacientų priėmimo procesą ar visiškai atsisakė juos priimti. Visais atvejais pacientų ligos istorijoje būta įrašo apie nusikalstamą veiką. Beje, ir patys pacientai ne visuomet nori būti apgyvendinami pensionatuose, tad tai ir alternatyvių socialinių paslaugų teikimo bendruomenėje trūkumo problema.

2.2.11. Neveiksnių pacientų priežiūra ir teisų užtikrinimas

Globa yra nustatoma siekiant įgyvendinti, apsaugoti ir apginti neveiksnaus fizinio asmens teises ir interesus... (LR Civilinio kodekso 3.238 straipsnis)

Jeigu pripažintas neveiksniu asmuo pasveiksta arba jo sveikata labai pagerėja, teismas pripažįsta jį veiksniu. Įsiteisėjus teismo sprendimui, tokiam asmeniui nustatyta globa panaikinama... (LR Civilinio kodekso 2.10 straipsnis)

Iki šiol nėra aiškiai reglamentuota, kaip turi būti hospitalizuojami neveiksniūs pacientai, jei jų globėjas neduoda sutikimo. Taip pat nėra mechanizmų, kurie leistų įpareigoti neveiksnių pacientų globėjus vykdyti savo pareigas. Apskritai neveiksnių pacientų globėjimo praktika turi ydų, sudarančių palankias sąlygas paciento teisių pažeidimams ir trukdančių tinkamai teikti reikiamą pagalbą. Akivaizdi spraga ir tai, kad neveiksnius pacientas neturi teisės inicijuoti savo globėjo pakeitimą ar apskritai skųstis globėjo netinkamai vykdoma priežiūra.

Nustatytas atvejis, kai dėl globėjo neatvykimo pacientui buvo pratęstas priverstinis gydymas psichiatrijos ligoninėje, nepaisant to, kad specialistų sutarimu tam nebuvo jokių medicininių indikacijų. Šią problemą kėlė ir pacientą gydantys psichiatrai, kurie prašė patarimo, kaip išspręsti susidariusią situaciją.

Minėtu atveju, neatsižvelgiant į paciento norą ir pasirinkimą, ne tik buvo pažeistos asmens teisės gyventi kuo mažiau ribojančioje aplinkoje, bet ir švaistomi mokesčių mokėtojų pinigai, kadangi dar mažiausiai šešis mėnesius šiam žmogui teks gyventi ir gydytis psichiatrijos ligoninėje.

Be to, plačiai paplitusi praktika priimti sprendimą dėl paciento priverstinio gydymo (ar priverstinio gydymo pratęsimo) teismo posėdyje nedalyvaujant pačiam pacientui. Tai akivaizdžiai pažeidžia paciento teises – tiek į teisingą teisimą, tiek į teisę gauti tinkamą gydymą.

3.

Baigiamosios pastabos

Tarptautinė patirtis rodo, kad stacionarios globos institucijos yra vienareikšmiškai žalingos, neadekvačiai brangios ir tik labai nedidelė dalis jose laikomų asmenų iš tiesų yra nepajėgūs gyventi bendruomenėje.

Didelės stacionarios institucijos, sukurtos „netinkamų“ visuomenės narių izoliavimui, iš esmės negali užtikrinti fundamentalių žmogaus teisių į privataus gyvenimo gerbimą, informaciją, mažiausiai ribojančią aplinką, judėjimo laisvę ir kt.

Susidaro ydingas ratas – kuo labiau pažeidžiamos šių asmenų žmogaus teisės arba, kitaip tariant, kuo labiau jie suluošinami socialiai ir paverčiami visiškai priklausomais nuo globos, tuo brangiau valstybei kainuoja juos išlaikyti.

Išvados

- Lietuvos stacionarių psichikos sveikatos priežiūros ir globos institucijų sistema neefektyvi ekonomiškai, todėl rekomenduotina atlikti nepriklausomą išlaidų ir gaunamos naudos analizę.
- Sistema neefektyvi ir gydymo, ir/ar reabilitacijos aspektu. Ji sąlygoja pacientų socialinę atskirtį, stigmatizavimą ir nesugebėjimą reintegrotis į visuomenę. Todėl rekomenduotina nedelsiant deinstacionalizuoti sistemą ir sukurti platų į bendruomenę orientuotų paslaugų tinklą.
- Tradicinė centralizuota izoliuotų psichiatrijos ligoninių ir pensionatų sistema sudaro prielaidas įvairiems žmogaus teisių pažeidimams bei gilina pacientų socialinę atskirtį ir stigmatizavimą. Rekomenduotina

diegti specializuotas bendruomenines paslaugas, prieinamas 24 valandas per parą ir užtikrinančias žmonių, kenčiančių nuo rimtų psichikos sutrikimų, priežiūrą; siūlyti paslaugas ten, kur žmonės gyvena ir dirba, bei sukurti reabilitacijos paslaugas, kurios padėtų optimizuoti psichikos pacientų įtraukimą į visuomenę.

Valstybė turėtų imtis priemonių pacientų srautui į stacionarias institucijas mažinti; sukurti nacionalinį bendruomeninių psichikos sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų tinklą bei pradėti stacionarių institucijų pertvarkymą, mažinimą ir likvidavimą.

Norint tai įgyvendinti, reikia keisti tiek teisinę bazę, tiek finansavimo tvarką. Pirmiausia įstatymais ir kitais teisės aktais turi būti aiškiai reglamentuota bendruomeninių psichikos sveikatos priežiūros bei socialinių paslaugų teikimo tvarka ir numatytas finansavimas. Vienas būdų pakeisti esamą finansavimo tvarką ir tuo pačiu paskatinti savivaldybes vystyti bendruomeninių paslaugų tinklą – sukurti psichikos sutrikimą turinčio paciento krepšelį. Įstatymiškai turėtų būti įtvirtinta paciento pasirinkimo galimybė – gauti paslaugas stacionarioje įstaigoje arba bendruomenėje ir tuo pačiu „nusinešti“ į pasirinktą įstaigą savo krepšelį. Tai suformuotų konkurencinę aplinką ir galėtų paskatinti savivaldybes kurti patrauklią alternatyvią bendruomeninę paslaugų struktūrą, užuot atidavus paciento krepšelį stacionariai įstaigai.

ŽMOGAUS TEISIŲ STEBĖSENA UŽDAROSE
PSIČIKOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS IR
GLOBOS INSTITUCIJOSE

Projekto ataskaita

Maketuotojas Simonas Savickas

Išleido leidykla „Eugrimas“, Kalvarijų g. 98-36, Lt-08211 Vilnius
Tel./faks. 5-2 733955, info@eugrimas.lt, www.eugrimas.lt
Spausdino AB „Sapnų sala“ Moniuškos g. 21, Vilnius