

VšĮ Investuok Lietuvoje

Atviros Vyriausybės iniciatyvos

Įrodymais pagrįstų psichikos sveikatos priežiūros paslaugų plėtra: depresijos gydymas nemedikamentinėmis priemonėmis

Viešosios konsultacijos

Nemedikamentinio depresijos gydymo algoritmas. Paslaugų vartotojų poreikiai, kriterijai mokymų programai ir administracinės galimybės.

ATASKAITA

Aneta Buraitytė ir Barbora Butkutė

Vilnius, 2018



Kuriame
Lietuvos ateitį

2014–2020 metų
Europos Sąjungos
fondų investicijų
veiksmų programa

TURINYS

Santrumpos	3
Įvadas.....	4
Viešosios konsultacijos vykdymo metodologija	6
1 metodas: pusiau struktūruoti giluminiai interviu.....	6
2 metodas: struktūruoti giluminiai interviu	6
3 metodas: Kiekybinė internetinė apklausa	6
Viešosios konsultacijos vykdymo aprašymas.....	7
1. Inicijavimas.....	7
2. Vykdymas	7
3 Analizė ir vertinimas.....	11
4 Viešinimas	11
Išvados.....	12
Naudota literatūra.....	16
Priedai.....	17
Priedas Nr. 1 - Suinteresuotosios šalys, dalyvavusios individualiuose pusiau struktūruotuose giluminiuose interviu.....	18
Priedas Nr. 2 - Preliminarūs klausimai pusiau struktūruotiems interviu.....	20
Priedas Nr. 3 - Klausimai, kurie buvo užduoti struktūruotų interviu metu	25
Priedas Nr. 4 - Klausimai, kurie buvo užduoti kiekybinės apklausos metu	26

SANTRUMPOS

LSMU – Lietuvos sveikatos mokslų universitetas

PHQ 9 – Paciento sveikatos klausimynas (Patient Health Questionnaire)

GAD 7 – Generalizuoto nerimo sutrikimo skalė (Generalized Anxiety Disorder 7-item scale)

ĮVADAS

Atlikus teminį tyrimą „Nemedikamentinis depresijos gydymas: gerosios užsienio praktikos ir Lietuvos realijos“ paaiškėjo, kad ankstyvas depresijos ir nerimo sutrikimų pastebėjimas ir nesudėtinga pagalba su jais susidoroti pirminėje stadijoje yra privalomi, norint efektyviai ir tikslingai naudoti šalies resursus psichinės ir emocinės sveikatos gerinimui, prevencijai.

Toks sveikatos prevencijos ir priežiūros paslaugų organizavimo principas vadinamas pakopiniu. Kuo anksčiau pastebima problema, tuo mažesnės investicijos (laiko, darbo užmokesčio) reikalingos jai išspręsti. Kuo problema sudėtingesnė, tuo ją išspręsti yra sunkiau, reikalaujama daug daugiau investicijų¹. Nesprendžiamos problemos gali turėti tragiškų pasekmių – 50% nusižudžiusių asmenų savižudybės metu sirgo depresija². Depresija sergantis žmogus yra 25 kartus labiau linkęs nusižudyti nei statistinis pilietis³. Psichikos sveikatos priežiūroje esminis rodiklis – savižudybių skaičius 1000 gyventojų – Lietuvoje yra skausmingai aukštas⁴, todėl jo mažinimas yra vienas iš 17-tosios vyriausybės prioritetų⁵, šis tikslas priklauso vyriausybės strateginių projektų portfeliui. Numatomi viešosios konsultacijos rezultatai tiesiogiai prisidėtų prie šio skaičiaus mažėjimo anksti pastebint pirmuosius depresijos požymius ir užkertant kelią jiems progresuoti.

Atlikus teminį tyrimą „Nemedikamentinis depresijos gydymas: gerosios užsienio praktikos ir Lietuvos realijos“ buvo identifikuoti pagrindiniai depresijos nemedikamentinio gydymo būdo iššūkiai ir galimybės. Išnagrinėjus problemą bei identifikavus galimus sprendimo būdus, remiantis užsienio šalių praktika bei Psichikos sveikatos strategija, patvirtinta *Lietuvos Respublikos Seimo 2007 m. balandžio 3 d. nutarimu Nr. X-1070 „Dėl Psichikos sveikatos strategijos patvirtinimo“* išryškėjo poreikis rengti viešąją konsultaciją dėl paslaugų teikimo algoritmo asmenims, kurie susiduria su galimai pirmaisiais depresijos simptomais. Dėl tinkamiausio paslaugų teikimo algoritmo parengimo siekta konsultuotis su Valstybine ligonių kasa, LR sveikatos apsaugos ministerija, visuomenės sveikatos ir psichikos sveikatos mokslų bendruomenės atstovais, Lietuvos psichologų sąjunga, Jaunųjų psichiatrių asociacija, Lietuvos slaugos specialistų organizacija, Lietuvos socialinių darbuotojų asociacija, potencialiais paslaugų vartotojais, psichikos sveikatos priežiūros paslaugų gavėjais, Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centru, Sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų kompetencijų centru, Lietuvos savivaldybių asociacija, Antakalnio poliklinikos jaunimui palankias sveikatos priežiūros paslaugas koordinuojančiu centru, LSMU Neuromokslų institutu, Elgesio medicinos laboratorija, užsienio ekspertais ir Higienos institutu.

Pagrindinė viešosios konsultacijos **tema**: „Nemedikamentinio depresijos gydymo algoritmas. Paslaugų vartotojų poreikiai, kriterijai mokymų programai ir administracinės galimybės“. Viešąją konsultaciją bus siekiama **informuoti** interesų grupes bei įtraukti juos aktyviau dalyvauti algoritmo formavimo procese.

Konsultacijos **tikslai**:

- 1) Identifikuoti depresijos gydymo poreikius suaugusiųjų populiacijoje ir pacientams patrauklius paslaugų teikimo aspektus, kurie padėtų skatinti kreiptis pagalbos ir gerintų pasitenkinimą gautomis paslaugomis;
- 2) Identifikuoti administracinius poreikius ir galimybes, norint vertinti programos efektyvumą;
- 3) Atrinkti kriterijus, kurie padės pasirinkti tinkamiausias gydymo technikas nemedikamentinio gydymo plėtrai;

¹ Improving access to psychological therapy: Initial evaluation of two UK demonstration sites. (2009, July 14). Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005796709001703>

² Layard, R. (2014). Thrive: the power of evidence-based psychological therapies. Penguin, London.

³ Layard, R. (2014). Thrive: the power of evidence-based psychological therapies. Penguin, London.

⁴ Duomenys apie 2011–2016 m. savižudybių skaičių, pasiskirstymą pagal amžių, lytį, savivaldybes ir mirties priežastis, Higienos institutas

⁵ Lietuvos respublikos vyriausybės pasitarimo protokolas, 2017 m. balandžio 19 d. Nr. 15, 11. Dėl Vyriausybės 2018–2020 metų prioritetinių darbų

4) Sukurti paslaugų teikimo algoritmą.

Laukiami tiesioginiai konsultacijos **rezultatai**:

1. Įvykdyta 20 pusiau struktūruotų giluminių interviu;
2. Įvykdyta 10 struktūruotų giluminių interviu;
3. Įvykdyta kiekybinė apklausa (imtis: 150);
4. Parengtos ataskaitos: 3 viešai prieinami dokumentai.

Laukiami **galutiniai konsultacijos rezultatai**:

- 1) Identifikuoti **pacientų prioritetai** nemedikamentiniam depresijos gydymui;
- 2) Išsiaiškinti **reikalingi nauji administraciniai ištekliai** ar rastas **būdas pritaikyti egzistuojančius**;
- 3) Suformuoti **kriterijai**, padedantys pasirinkti gydymo technikas nemedikamentinio gydymo plėtrai;
- 4) Sukurtas **paslaugų teikimo algoritmas**.

VIEŠOSIOS KONSULTACIJOS VYKDYMO METODOLOGIJA

Viešosios konsultacijos vykdymas susideda iš šių etapų: inicijavimas, organizavimas, vykdymas, analizė ir vertinimas, viešinimas. Suorganizuota viešoji konsultacija pavadinimu „Nemedikamentinio depresijos gydymo algoritmas. Paslaugų vartotojų poreikiai, kriterijai mokymų programai ir administracinės galimybės“, kuri vyko taikant tris konsultavimosi metodus: pusiau struktūruotus giluminius interviu su suinteresuotomis šalimis, struktūruotus giluminius interviu su psichikos sveikatos priežiūros paslaugų gavėjais ir kiekybinę internetinę apklausą. Taikant visus tris metodus laikytasi visų konsultacijos vykdymo etapų.

1 METODAS: PUSIAU STRUKTŪRUOTI GILUMINIAI INTERVIU

Tokia interviu forma pasirinkta duomenų rinkimui įvertinus jos privalumus: lankstumas, dinamiškumas, informacijos apimtis ir pobūdis. Interviu eigoje tiriamasis gali savarankiškai pereiti nuo vienos temos prie kitos ir kadangi iš tiriamojo norima išgirsti viską, ką jis turi pasakyti viena ar kita tema, pokalbis nėra stabdomas. Tokia interviu forma taip pat leidžia užduoti papildomus (patikslinančius, skatinančius ir kitus) klausimus, kilusius interviu metu, kad įžvalgos svarbiose vietose būtų pagilintos. Taigi, pusiau struktūruoti giluminiai interviu leidžia sukaupti maksimaliai galimą informacijos kiekį analizuojama tema. Be to, tokiu būdu sukaupia informacija leidžia taikyti skirtingas kokybinių duomenų analizės prieigas ir metodus, kadangi jos daugiaplaniškumas neapsiriboja tradicine turinio analize, bet leidžia atskleisti vyraujančius naratyvus ir iškylančius diskursus. Suinteresuotosios šalys, dalyvavusios individualiuose pusiau struktūruotuose giluminiuose interviu išvardintos [Priede Nr. 1.](#), o preliminarūs klausimai [Priede Nr. 2.](#)

2 METODAS: STRUKTŪRUOTI GILUMINIAI INTERVIU

Tokia interviu forma pasirinkta duomenų rinkimui įvertinus esminį privalumą - tikslingumą. Interviu eigoje tiriamajam yra užduodami tiksliai suformuluoti klausimai, į kuriuos prašoma atsakyti. Temai nukrypus, respondentui yra primenamas pirminis klausimas, norint gauti kuo tikslesnį atsakymą. Struktūruoti giluminiai interviu leidžia gauti maksimaliai tikslus ir visiškai unikalius atsakymus į užduodamus klausimus. Be to, tokiu būdu sukaupia informacija leidžia taikyti skirtingas kokybinių duomenų analizės prieigas ir metodus, kadangi jos daugiaplaniškumas neapsiriboja tradicine turinio analize, bet leidžia atskleisti vyraujančius naratyvus ir iškylančius diskursus. Kadangi interviu buvo imami iš psichikos sveikatos priežiūros paslaugų gavėjų, jų interviu yra anoniminiai. Klausimai, kurie buvo užduoti respondentams yra išdėstomi [Priede Nr. 3.](#) Apibendrintus apklausos duomenys galima rasti [čia.](#)

3 METODAS: KIEKYBINĖ INTERNETINĖ APKLAUSA

Šiuolaikinis perspektyvus sociologinės informacijos gavimo būdas yra kiekybinė internetinė apklausa. Internetinės apklausos turi daug privalumų lyginant su kitais apklausų tipais. Šis metodas nereikalauja didelių finansinių ir laiko sąnaudų, o anketų grįžtamumo lygis yra santykinai aukštas. Šis metodas buvo pasirinktas, nes suteikia didžiausią galimybę apklausti kuo daugiau žmonių, o būtent to buvo siekta norint suprasti, kokių paslaugų norėtų potencialūs paslaugų gavėjai, tai yra, bet kuris Lietuvos gyventojas. Klausimai, kurie buvo užduoti respondentams yra išdėstomi [Priede Nr. 4.](#) Apibendrintus apklausos duomenys galima rasti [čia.](#)

Pagal išsikeltus viešosios konsultacijos tikslus, iš visų suinteresuotų šalių gauta informacija buvo sisteminama, lyginama tarpusavyje. Į gautus pasiūlymus buvo atsižvelgta ruošiant algoritmą, formuojant mokymų programos kriterijus, derinant administracinius reikalavimus ir pritaikant visą algoritmą pagal paslaugų gavėjų poreikius. Viešosios konsultacijos metu gautų siūlymų viešinimas daugiausia buvo vidinis: dalintasi informacija ir siūlymais per susitikimus, suinteresuotosioms šalims išsiųsti apibendrinamieji elektroniniai laišakai, kurie apibendrino susitikimus, įvardino visus siūlymus. Taip pat, viešosios apklausos rezultatai buvo viešiniami puslapyje www.kurklit.lt.

VIEŠOSIOS KONSULTACIJOS VYKDYMO APRAŠYMAS

1. INICIJAVIMAS

Pirmiausia pradėta nuo inicijavimo etapo, kai buvo imtasi veiksmų siekiant tinkamai pasirengti konsultacijoms, todėl buvo įvertinti turimi ištekliai ir gebėjimai, sudarytas preliminarus konsultacijų grafikas. Projekto vadovės buvo pagrindinės konsultacijos organizatorės. Projekto vadovės viešąją konsultaciją rengė ir įgyvendino kartu, dirbdamos daugiau nei 3 mėnesius pilnu etatu. Visa veikla, tokia kaip individualių konsultacijų su specialistais rengimas, reikiamos medžiagos parengimas, informacijos struktūravimas ir t.t., buvo atliekama projekto vadovių resursais. Konsultacijos buvo vykdomos daugiau nei 3 mėnesius (2018 m. birželį, liepą ir rugpjūtį).

Konsultacijos aplinka:

Psichikos sveikatos priežiūra visame pasaulyje susiduria su atotrūkiu tarp psichikos sutrikimų keliamos naštos ir skiriamų resursų problemai spręsti⁶. Efektyvūs gydymo būdai yra sukurti, mokslškai įrodytas jų veiksmingumas⁷. Nors pakopinis gydymas yra teigiamai vertinamas kaip našus ir efektyvus užsienio šalyse,⁸ dabartinės situacijos analizė Lietuvoje atskleidė, kad šalyje pakopinis gydymas nėra tinkamai išvystytas ir lengvi sutrikimai yra arba visai negydomi arba gydomi aukščiausios kompetencijos specialistų. Toks sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo principas yra ir brangus, todėl vienas iš būdų gerinti efektyvumą yra vystyti ankstyvas žemo intensyvumo intervencijas⁹. Žemo intensyvumo paslaugas gali teikti įvairių kvalifikacijų specialistai, pavyzdžiui slaugytojai, socialiniai darbuotojai ar visuomenės sveikatos specialistai.

2. VYKDYMAS

Per numatytą laikotarpį atliekant pusiau struktūruotus giluminius interviu, struktūruotus giluminius interviu ir kiekybinę internetinę apklausą su suinteresuotomis šalimis, buvo gauti atsakymai apie paslaugų gavėjų prioritetines sritis, administracines galimybes, kuriomis remiantis galima formuoti mokymų programos kriterijus ir paslaugų teikimo algoritmą.

⁶ Layard, R. (2014). Thrive: the power of evidence-based psychological therapies. Penguin, London; Layard, R. and Clark, D. (2015). Why More Psychological Therapy Would Cost Nothing. *Frontiers in Psychology*, 6.

⁷ Layard, R. (2014). Thrive: the power of evidence-based psychological therapies.

⁸ Bower, P. and Gilbody, S. (2005). Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency. *British Journal of Psychiatry*, 186(01), pp.11-17.

⁹ Bennett-Levy, J., Richards, D., Farrand, P., Griffiths, D., Klein, B., Proudfoot, J. and Ritterband, L. (2014). *Oxford Guide to Low Intensity CBT Interventions*. Oxford: OUP Oxford.

Administraciniai poreikiai ir galimybės

Atliekant pusiau struktūruotus giluminius interviu su suinteresuotomis šalimis išaiškėjo:

Poreikiai	Galimybės
<p>Reikalinga, kad minimali informacija apie teikiamas paslaugas būtų sistemingai kaupiama ir analizuojama. Užtikrinant klientų konfidencialumą ir duomenų apsaugą turėtų būti kaupiama informacija apie jų lytį, amžių, užimtumo statusą ir PHQ9 ir/ar GAD7 klausimynų rezultatus (kiekvienos konsultacijos metu).</p> <p>Rodikliai apie tai kiek klientų kreipėsi, kiek pradėjo konsultacijų kursą, kiek gavo grupines paslaugas, kiek buvo nukreipti kitoms paslaugoms, kiek vidutiniškai sesijų turėjo, kiek pabaigė kursą bei keliams pasikeitė užimtumo statusas ir keliems rezultatai pagal PHQ9 ir/ar GAD7 pagerėjo/pablogėjo/nepakito.</p> <p>Reikalinga adaptuoti PHQ9 paciento sveikatos klausimyną ir GAD-7 bendro nerimo sutrikimo klausimyną Lietuvos kontekste.</p>	<p>Rekomenduojama sukurti naują elektroninę informacinę sistemą arba pritaikyti www.sveikatostinklas.lt internetinį puslapį būsimų paslaugų vartotojų ir/ar paslaugų teikėjų registracijai ir klausimynų pildymui.</p> <p>Pritaikyti Geros nuotaikos link posistemę, kad paslaugų gavėjai galėtų naudotis puslapiu internetinėms namų darbų užduotims atlikti.</p>

Pacientų poreikiai

Atliekant struktūruotus giluminius interviu ir kiekybinę internetinę apklausą su paslaugų gavėjais ir potencialiais paslaugų gavėjais išaiškėjo

- 1) Organizuojant naujas ir tobulinant esamas paslaugas, būtina užtikrinti, kad specialistai suteiktų pakankamai informacijos ir atsakyti į rūpimus klausimus aiškiai ir suprantamai.
- 2) Empatija ir racionalus darbo krūvis specialistų tarpe yra ypač svarbūs teikiant psichikos sveikatos priežiūros paslaugas.
- 3) Paslaugos turėtų būti labiau orientuotos į paslaugų gavėjų poreikius ir jų pasitenkinimo bei paslaugų kokybės rodikliai turėtų tapti neatsiejama psichikos sveikatos priežiūros dalimi.
- 4) Iš šių paslaugų daugiausia norėtų gyvų konsultacijų, mažiau interaktyvių užduočių internetu, dar mažiau konsultacijų telefonu.
- 5) 60,7% respondentų nenorėtų konsultuotis grupėje.
- 6) 95,7% apklaustųjų neprieštarautų atsakyti į standartizuotus klausimynus.
- 7) 53% respondentų norėtų konsultuotis nemokamai, konfidencialiai pateikiant savo duomenis. 25,3% nesutiktų konfidencialiai teikti savo asmens duomenų ir konsultuotųsi už savo lėšas.
- 8) Už konsultacijas apklaustieji sutiktų mokėti nuo 10 iki 30 eurų.
- 9) Svarbiausia respondentams yra gauti paslaugas greitai, mažiau svarbu jas gauti nemokamai, dar mažiau svarbu, kad jos būtų patogioje vietoje.
- 10) Patogiausias darbo laikas - 17-19h darbo dienomis ir 8-17h savaitgaliais.
- 11) Daugiausia apklaustųjų norėtų registruotis internetu (73%).
- 12) Tik 5% respondentų rinktųsi vien medikamentines paslaugas.
- 13) 80% Respondentų šiuo metu norėtų gauti viešojoje konsultacijoje apibūdintas konsultavimo paslaugas

Daugiau apie paslaugų gavėjų poreikius ir prioritetus galima skaityti [čia](#).

Mokymų programos kriterijai

Atliekant pusiau struktūruotus giluminius interviu su suinteresuotomis šalimis išaiškėjo:

Sudedamosios dalys	Organizavimo principas	Turinys	Mokymų formatas
<i>Konsultantams</i>			<p><i>Teorija ir įgūdžių lavinimas</i> Didžioji dalis mokymų turi būti atlikta žaidimo vaidmenimis forma. Informacija ir praktinės užduotys gali būti pateikiamos įvairiai: paskaitomis gyvai, įrašytomis į skaitmenines laikmenas ar prisijungiant internetu, video konferencijomis, seminarais, diskusijų grupėmis, prižiūrimu skaitymu ir savarankišku mokymusi.</p> <p><i>Prižiūrima praktika</i> Patyrusio specialisto darbo stebėjimas ir observavimas, žaidimas vaidmenimis ir kliento būklės įvertinimo bei konsultacinių intervencijų praktikavimas su savo lygio ir/ar aukštesnio lygio specialistais, savarankiška praktika taikant intervencijas savo asmeninėms problemoms ir reflektuojant apie tai, probleminis mokymasis (directed problem-based learning). Atsiradus baziniams įgūdžiams, pradedamos taikyti žemo intensyvumo konsultavimo technikos klientams, atvejus nuosekliai aptariant su supervisoriais.</p>
25 dienos teorijos ir įgūdžių lavinimo; 20 dienų prižiūrimos praktikos; 80h tiesioginio konsultavimo; 20h atvejo vadybos supervizijų; 20h tiesioginio konsultavimo įgūdžių supervizijų.	Bazinė informacija turėtų būti išdėstyta per pirmąsias 6 savaites. Likusi mokymų dalis yra praeinama per 46 savaites.	<p>Modulis 1 - Klientų, kuriems pasireiškia dažni emociniai sutrikimai, įtraukimas ir jų būklės įvertinimas;</p> <p>Modulis 2 – Kognityvinės psichologijos principais grįstas, žemo intensyvumo konsultavimas dažniausiems emociniams sutrikimams (elgesio skatinimas (behavioural activation), ekspozicija (exposure), kognityvinis restruktūrizavimas (cognitive restructuring), panikos valdymas (panic management), problemų sprendimas (problem solving) ir nemigos valdymas (management of insomnia) bei namų darbų vykdymą tarp konsultacijų;</p> <p>Modulis 3 - Vertybės, įvairovė ir kontekstas</p>	
<i>Supervizoriams</i>			
3 – 5 dienos	Išdėstoma mokymų vietoje	Žemo intensyvumo paslaugų išmanymas; adaptavimasis prie supervizuojamo specialisto poreikių; pagalba supervizuojamam asmeniui bandant suprasti, ar žemo intensyvumo paslaugos yra tinkamos paslaugų gavėjui; pagalba supervizuojamam asmeniui teikiant žemo intensyvumo paslaugas; ; pagalba supervizuojamam asmeniui rutiniškai stebint rezultatus; pagalba supervizuojamam asmeniui priimant sprendimą dėl paslaugų tinkamumo.	

Plačiau apie mokymų programos kriterijus galima rasti [čia](#).

Paslaugų teikimo algoritmas

Parengtas pagal viešosios konsultacijos metu gautą ir apdorotą informaciją



3 ANALIZĖ IR VERTINIMAS

Suinteresuotosios šalys buvo įtrauktos atliekant pusiau struktūruotus giluminius interviu, struktūruotus giluminius interviu ir kiekybinę internetinę apklausą. Konsultacijos metu gauta informacija buvo analizuojama sisteminant duomenis ir lyginant dalyvių pasisakymus tarpusavyje. Toks informacijos lyginimas leido suprasti skirtingas ekspertų iš įvairių psichikos sveikatos priežiūros pozicijas, taip pat individualius specialistų, teikiančių paslaugas, poreikius ir svarbiausia, pačių paslaugų gavėjų lūkesčius. Viešoji konsultacija įvertinta kaip veiksminga priemonė paslaugų teikimo algoritmui formuoti, administracinėms galimybėms ir pacientų poreikiams identifikuoti bei mokymų programos kriterijams atrinkti. Nuoširdus suinteresuotųjų šalių įsitraukimas leido užfiksuoti ir susisteminti skirtingus požiūrius, poreikius, prašymus, pastebėjimus ir vizijas. Suinteresuotos šalys konsultacijų metu ir pačios sužinojo apie žemo intensyvumo paslaugų teikimo algoritmo poreikį ir teikiamą naudą, buvo pastebėtas motyvacijos kilimas vykdyti naujas panašias iniciatyvas.

Galutiniai viešosios konsultacijos rezultatai pasiekti, o tiesioginiai viešosios konsultacijos rezultatai pranoko iškeltus rezultato tikslus:

1. Įvykdyta 35 pusiau struktūruotų giluminių interviu;
2. Įvykdyta 12 struktūruotų giluminių interviu;
3. Įvykdyta kiekybinė apklausa (imtis: 300);
4. Parengtos ataskaitos: 3 viešai prieinami dokumentai.

Itin svarbu, kad po šios viešosios konsultacijos įgyvendinimo planuojama skirti iki 1 600 000 EUR algoritmo įgyvendinimui keliuose iš savivaldybių. Šis finansavimas užtikrins algoritmo įgyvendinimą ir padės 17-tai ir kitoms vyriausybėms formuoti tokią Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros politiką, kuri tarnautų pacientams ir visuomenei, mažintų grėsmingą savižudybių skaičių.

4 VIEŠINIMAS

Sugeneruotų pasiūlymų viešinimas buvo vidinis – dalintasi informacija ir siūlymais dar vykstant susitikimams, suinteresuotoms šalims išsiųsti el. laiška, kuriuose apibendrinti susitikimai, įvardinti visi siūlymai, kokybinių interviu respondentams išsiųsta apibendrinta analizė. Viešųjų konsultacijų rezultatai ir kiekybinė internetinė apklausa buvo viešiniami ir plačiai visuomenei www.kurkl.lt svetainėje bei per socialines medijas¹⁰. Šios viešinimo priemonės užtikrino, kad visi dalyvavę konsultacijose gautų grįžtamąjį ryšį apie jų pasiūlymų panaudojimą bei galutinį viešosios konsultacijos rezultatą, o papildomas viešinimas visuomenei užtikrino platesnį stebėsenos ir jos naudų žinomumą.

¹⁰ <https://www.facebook.com/KurkLietuvai/photos/a.225092220949490/1678375872287777/?type=3&theater>
<https://www.facebook.com/KurkLietuvai/photos/a.225092220949490/1615819138543451/?type=3&theater>
<http://kurkl.lt/2018/08/09/orientacija-i-paslaugu-gaveja-psichikos-sveikatos-prevencijoje-ir-prieziuroje/>

IŠVADOS

Atliktos viešosios konsultacijos rezultatai – tai sugeneruoti pasiūlymai, padėję patikrinti dėl pasirinkto užsienio praktika ir Lietuvos strateginiais dokumentais bei tyrimais grįsto psichikos sveikatos paslaugų teikimo algoritmo diegimo Lietuvoje.

Pasiūlymai iš suinteresuotųjų šalių taip pat išryškino esminius nuogąstavimus, kuriuos suvaldžius garantuojama paslaugų algoritmo diegimo sėkmė: savivaldybių administracijos įtraukimas ir galimybė paslaugų teikėjams dirbti ne pilnu etatu. Atsižvelgus į šias esmines pastabas ir daugybę kitų komentarų, identifikuoti paslaugų vartotojų poreikiai, mokymų programos kriterijai, administracinės galimybės ir sukurtas paslaugų teikimo algoritmas:

Administraciniai poreikiai ir galimybės

- Reikalinga, kad minimali informacija apie teikiamas paslaugas būtų sistemingai kaupiama ir analizuojama. Užtikrinant klientų konfidencialumą ir duomenų apsaugą turėtų būti kaupiama informacija apie jų lytį, amžių, užimtumo statusą ir PHQ9 ir/ar GAD7 klausimynų rezultatus (kiekvienos konsultacijos metu). Rodikliai apie tai kiek klientų kreipėsi, kiek pradėjo konsultacijų kursą, kiek gavo grupines paslaugas, kiek buvo nukreipti kitoms paslaugoms, kiek vidutiniškai sesijų turėjo, kiek pabaigė kursą bei keliams pasikeitė užimtumo statusas ir keliems rezultatai pagal PHQ9 ir/ar GAD7 pagerėjo/pablogėjo/nepakito.
- Reikalinga adaptuoti PHQ9 paciento sveikatos klausimyną ir GAD-7 bendro nerimo sutrikimo klausimyną Lietuvos kontekste. Rekomenduojama sukurti naują informacinę sistemą arba pritaikyti www.sveikatostinklas.lt internetinį puslapį būsimų paslaugų vartotojų ir/ar paslaugų teikėjų registracijai ir klausimynų pildymui
- Pritaikyti Geros nuotaikos link posistemę, kad paslaugų gavėjai galėtų naudotis puslapiu internetinėms namų darbų užduotims atlikti.

Pacientų poreikiai

- 1) Organizuojant naujas ir tobulinant esamas paslaugas, būtina užtikrinti, kad specialistai suteiktų pakankamai informacijos ir atsakytų į rūpimus klausimus aiškiai ir suprantamai.
- 2) Empatija ir racionalus darbo krūvis specialistų tarpe yra ypač svarbūs teikiant psichikos sveikatos priežiūros paslaugas.
- 3) Paslaugos turėtų būti labiau orientuotos į paslaugų gavėjų poreikius ir jų pasitenkinimo bei paslaugų kokybės rodikliai turėtų tapti neatsiejama psichikos sveikatos priežiūros dalimi.
- 4) Iš šių paslaugų daugiausia norėtų gyvų konsultacijų, mažiau interaktyvių užduočių internetu, dar mažiau konsultacijų telefonu.
- 5) 60,7% respondentų nenorėtų konsultuotis grupėje.
- 6) 95,7% apklaustųjų neprieštarautų atsakyti į standartizuotus klausimynus.
- 7) 53% respondentų norėtų konsultuotis nemokamai, konfidencialiai pateikiant savo duomenis. 25,3% nesutiktų konfidencialiai teikti savo asmens duomenų ir konsultuotųsi už savo lėšas.
- 8) Už konsultacijas apklaustieji sutiktų mokėti nuo 10 iki 30 eurų.
- 9) Svarbiausia respondentams yra gauti paslaugas greitai, mažiau svarbu jas gauti nemokamai, dar mažiau svarbu, kad jos būtų patogioje vietoje.
- 10) Patogiausias darbo laikas - 17-19h darbo dienomis ir 8-17h savaitgaliais.
- 11) Daugiausia apklaustųjų norėtų registruotis internetu (73%).
- 12) Tik 5% respondentų rinktųsi vien medikamentines paslaugas.
- 13) 80% Respondentų šiuo metu norėtų gauti viešojoje konsultacijoje apibūdintas konsultavimo paslaugas

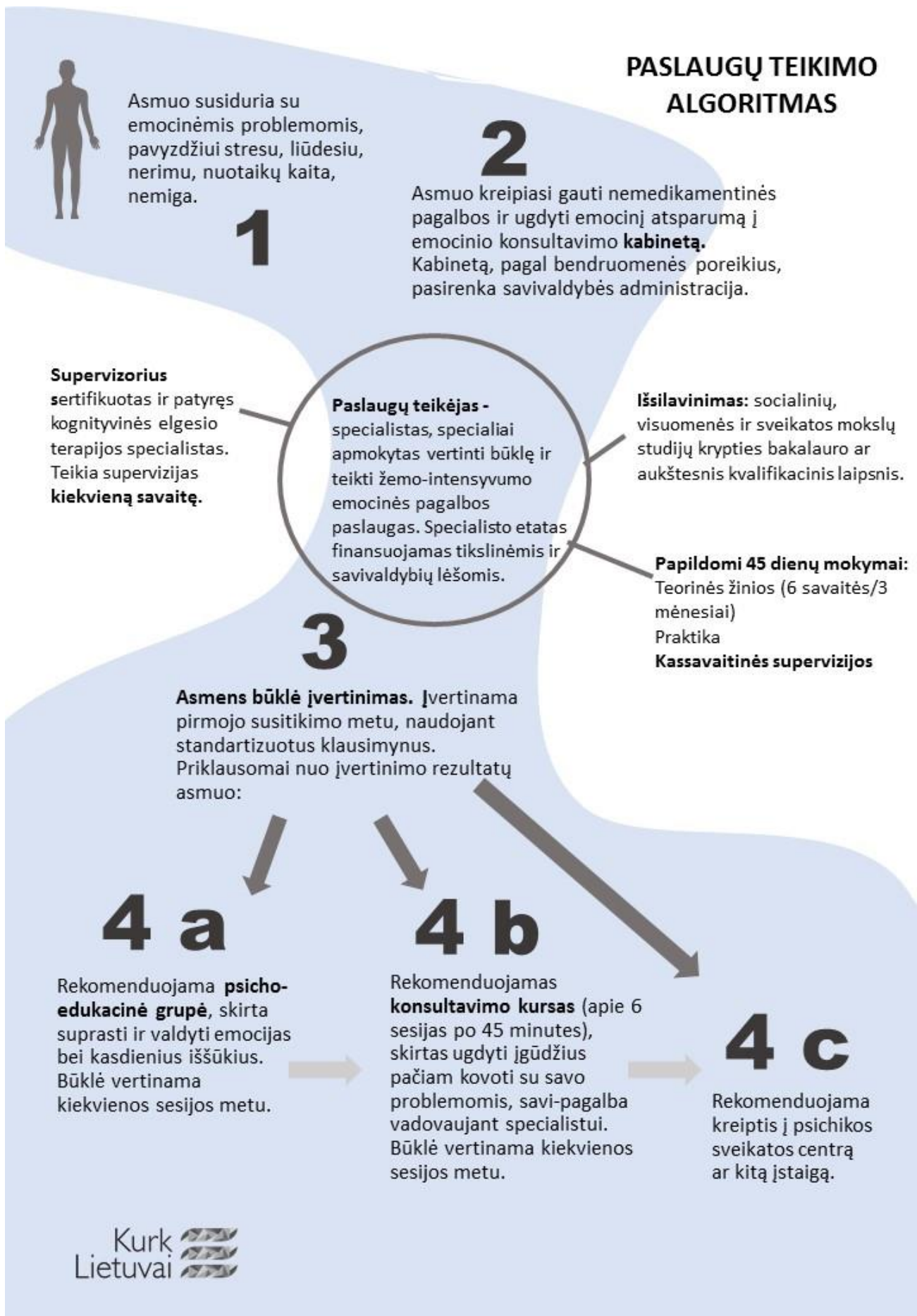
Daugiau apie paslaugų gavėjų poreikius ir prioritetus galima skaityti [čia](#).

Mokymų programos kriterijai

Sudedamosios dalys	Organizavimo principas	Turinys	Mokymų formatas
<i>Konsultantams</i>			<p><i>Teorija ir įgūdžių lavinimas</i> Didžioji dalis mokymų turi būti atlikta žaidimo vaidmenimis forma. Informacija ir praktinės užduotys gali būti pateikiamos įvairiai: paskaitomis gyvai, įrašytomis į skaitmenines laikmenas ar prisijungiant internetu, video konferencijomis, seminarais, diskusijų grupėmis, prižiūrimu skaitymu ir savarankišku mokymusi.</p> <p><i>Prižiūrima praktika</i> Patyrusio specialisto darbo stebėjimas ir observavimas, žaidimas vaidmenimis ir kliento būklės įvertinimo bei konsultacinių intervencijų praktikavimas su savo lygio ir/ar aukštesnio lygio specialistais, savarankiška praktika taikant intervencijas savo asmeninėms problemoms ir reflektuojant apie tai, probleminis mokymasis (directed problem-based learning). Atsiradus baziniams įgūdžiams, pradedamos taikyti žemo intensyvumo konsultavimo technikos klientams, atvejus nuosekliai aptariant su supervisoriais.</p>
25 dienos teorijos ir įgūdžių lavinimo; 20 dienų prižiūrimos praktikos; 80h tiesioginio konsultavimo; 20h atvejo vadybos supervizijų; 20h tiesioginio konsultavimo įgūdžių supervizijų.	Bazinė informacija turėtų būti išdėstyta per pirmąsias 6 savaites. Likusi mokymų dalis yra praeinama per 46 savaites.	<p>Modulis 1 - Klientų, kuriems pasireiškia dažni emociniai sutrikimai, įtraukimas ir jų būklės įvertinimas;</p> <p>Modulis 2 – Kognityviosios psichologijos principais grįstas, žemo intensyvumo konsultavimas dažniausiems emociniams sutrikimams (elgesio skatinimas (behavioural activation), ekspozicija (exposure), kognityvinis restruktūrizavimas (cognitive restructuring), panikos valdymas (panic management), problemų sprendimas (problem solving) ir nemigos valdymas (management of insomnia) bei namų darbų vykdymą tarp konsultacijų;</p> <p>Modulis 3 - Vertybės, įvairovė ir kontekstas</p>	
<i>Supervisoriams</i>			
3 – 5 dienos	Išdėstoma mokymų vietoje	Žemo intensyvumo paslaugų išmanymas; adaptavimasis prie supervizuojamo specialisto poreikių; pagalba supervizuojamam asmeniui bandant suprasti, ar žemo intensyvumo paslaugos yra tinkamos paslaugų gavėjui; pagalba supervizuojamam asmeniui teikiant žemo intensyvumo paslaugas; ; pagalba supervizuojamam asmeniui rutiniškai stebint rezultatus; pagalba supervizuojamam asmeniui priimant sprendimą dėl paslaugų tinkamumo.	

Plačiau apie mokymų programos kriterijus galima rasti [čia](#).

Paslaugų teikimo algoritmas



Vykdamt viešųjų konsultacijų rezultatų viešinimą buvo užtikrinta jų sklaida suinteresuotoms šalims, vykdamt komunikaciją el. laiškais, kai buvo naudojami vienlapiai, apibendrinantys informaciją, bei vykstant susitikimams, kada buvo parengtos prezentacijos ir parodomas galutinis produktas. Platesnei visuomenei konsultacijų rezultatai buvo viešunami socialinių medijų kanalais, patalpinti į www.kurkl.lt svetainę.

Galutiniai konsultacijos rezultatai:

- 1) Identifikuoti **pacientų prioritetai** nemedikamentiniam depresijos gydymui;
- 2) Išsiaiškinti reikalingi nauji **administraciniai ištekliai** ar rastas būdas pritaikyti egzistuojančius;
- 3) Suformuoti **kriterijai**, padedantys atsirinkti gydymo technikas nemedikamentinio gydymo plėtrai;
- 4) Sukurtas **paslaugų teikimo algoritmas**.

NAUDOTA LITERATŪRA

Layard, R. (2014). *Thrive: the power of evidence-based psychological therapies*. Penguin, London.

Layard, R. and Clark, D. (2015). Why More Psychological Therapy Would Cost Nothing. *Frontiers in Psychology*, 6.

Bower, P. and Gilbody, S. (2005). Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency. *British Journal of Psychiatry*, 186(01), pp.11-17.

Bennett-Levy, J., Richards, D., Farrand, P., Griffiths, D., Klein, B., Proudfoot, J. and Ritterband, L. (2014). *Oxford Guide to Low Intensity CBT Interventions*. Oxford: OUP Oxford.

Duomenys apie 2011–2016 m. savižudybių skaičių, pasiskirstymą pagal amžių, lytį, savivaldybes ir mirties priežastis, Higienos institutas.

Improving access to psychological therapy: Initial evaluation of two UK demonstration sites. (2009, July 14). Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005796709001703>.

Lietuvos respublikos vyriausybės pasitarimo protokolas, 2017 m. balandžio 19 d. Nr. 15, 11. Dėl Vyriausybės 2018–2020 metų prioritetinių darbų.

PRIEDAI

Suinteresuotosios šalys, dalyvavusios individualiuose pusiau struktūruotuose giluminiuose interviu išvardintos [Priede Nr. 1](#)

Preliminarūs klausimai pusiau struktūruotiems interviu [Priede Nr. 2](#)

Klausimai, kurie buvo užduoti struktūruotų interviu metu yra išdėstomi [Priede Nr. 3](#).

Klausimai, kurie buvo užduoti kiekybinės apklausos metu yra išdėstomi [Priede Nr. 4](#).

PRIEDAS NR. 1 - SUINTERESUOTOSIOS ŠALYS, DALYVAVUSIOS INDIVIDUALIUOSE PUSIAU STRUKTŪRUOTUOSE GILUMINIUOSE INTERVIU

Algoritmas

Audronė Astrauskienė, departamento direktoriaus pavaduotoja, LR sveikatos apsaugos ministerija, Visuomenės sveikatos priežiūros departamentas

Igoris Baikovskis, ministro patarėjas, LR sveikatos apsaugos ministerija

Gytė Sirgedienė, skyriaus vedėja, LR sveikatos apsaugos ministerija, Tarptautinių projektų valdymo skyrius

Alma Buginytė, skyriaus vedėja, Respublikinė Vilniaus Psichiatrijos ligoninė, Socialinės pagalbos skyrius

Jūratė Tamašauskienė, asociacijos prezidentė, Lietuvos socialinių darbuotojų asociacija

Audronė Vareikytė, patarėja socialiniais klausimais, Lietuvos savivaldybių asociacija

Milda Vickutė, koordinatorė, Antakalnio poliklinikos jaunimui palankias sveikatos priežiūros paslaugas koordinuojantis centras

Daiva Berūkštienė, skyriaus vedėja, Valstybinė ligonių kasa, Paslaugų ekspertizės ir kontrolės skyrius

Oksana Burokienė, vyriausioji specialistė, Valstybinė ligonių kasa, Paslaugų ekspertizės ir kontrolės skyrius

Neringa Grigutytė, prezidentė, Lietuvos psichologų sąjunga

Edgaras Diržius, prezidentas, Jaunųjų psichiatrų asociacija

Diana Aleksejevaitė, skyriaus vedėjos pavaduotoja, Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras, Vaikų sveikatos skyrius

Rima Viliūnienė, Individualios psichodinaminės psichoetarpijos mokymo programos vadovė, VU MF Psichiatrijos klinika

Kriterijai/Mokymai

Julius Neverauskas, mokslo darbuotojas, LSMU Neuromokslų institutas, Elgesio medicinos laboratorija

Narseta Mickuvienė, vyriausiasis mokslo darbuotojas, LSMU Neuromokslų institutas, Elgesio medicinos laboratorija

Odeta Geleželytė, medicinos psichologė

Rasa Radivanovska, skyriaus vedėja, Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras, Specialistų tobulinimo organizavimo skyrius

Zenonas Javtokas, direktorius, Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras

Raimondas Natka, direktoriaus pavaduotojas, Sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų kompetencijų centras

Vilma Krupinskienė, skyriaus vedėja, Metodikų rengimo ir kokybės užtikrinimo skyrius, Sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų kompetencijų centras

Administracija/skalės

Justina Marcinkėnaitė, vyriausioji specialistė, Valstybinė ligonių kasa, Statistikos ir analizės skyrius

Rasa Višinskienė, patarėja, Valstybinė ligonių kasa, Klinikinio koordavimo skyrius

Jolita Matuzienė, vyriausioji specialistė, LR sveikatos apsaugos ministerija, Rizikos sveikatai valdymo skyrius

Kristina Medžiaušytė, ministro padėjėja, LR sveikatos apsaugos ministerija

Monika Valeišaitė, specialistė, LR sveikatos apsaugos ministerija, Tarptautinių projektų valdymo skyrius

Viktorija Karlienė, vyriausioji specialistė, Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras, Sveikatos mokykla

Aušra Želvienė, skyriaus vadovė, Higienos instituto Sveikatos informacijos centras, Biostatistinės analizės skyrius

Linas Kavolius, E. sveikatos informacinių technologijų koordinavimo ir įgyvendinimo patarėjas, LR sveikatos apsaugos ministerija

Elena Vengrienė, generalinė direktorė, UAB "Algoritmų sistemos"

Neringa Čėnaitė, vaikų psichiatrija, rezidentė

Kamilė Mineikytė, Vilniaus universiteto studentė

Antanas Kiziela, Vilniaus universiteto studentas

Dėl pacientų poreikių:

Marija Jakubauskienė, Vilniaus universiteto docentė, Visuomenės sveikatos katedra

12 asmenų struktūruoti giluminiai interviu

300 respondentų kiekybinėje apklausoje

Užsienio ekspertai

Ketil Nordstrand, Senior Adviser, Dep. of Community Health Care Services

Lucy Hughes, NewAccess Project Officer

Lucy Beardall, NewAccess Implementation Manager at beyondblue

David Clark, Chair of Experimental Psychology University of Oxford, National Clinical & Informatics Advisor for IAPT

Paul Farrand, Director of IAPT Step 2 Psychological Therapies Training

PRIEDAS NR. 2 - PRELIMINARŪS KLAUSIMAI PUSIAU STRUKTŪRUOTIEMS INTERVIU

Algoritmas

- 1) Ar matote naujų paslaugų poreikį? Vertę?
- 2) Kokią rolę galėtų atlikti slaugytojai/socialiniai darbuotojai/psichikos sveikatos slaugytojai/visuomenės sveikatos specialistai?
- 3) Kokia slaugytojų/socialinių darbuotojų/visuomenės sveikatos specialistų rolė bendruomenėje? Kur dažniausia darbo vieta?
- 4) Kokie šiuo metu egzistuoja mokymai? Ar būtų paklausa kvalifikacijos kėlimui?
- 5) Kokias galimybes matote vykti į mokymus kartą per savaitę? Kokios galimybės mokytis ištisą mėnesį?
- 6) Kokia galėtų būti darbo vieta?
- 7) Koks dabartinis darbo krūvis ar įmanoma būtų dirbti pusę etato?
- 8) Kokias matote rizikas?
- 9) Kokį siūlytumėte pavadinimą konsultantams?
- 10) Kokių pasiūlymų dar turėtumėte, kaip tobulinti algoritmą?

Užsienio ekspertai

Australija

- 1) How did you select the sites for the pilot?
- 2) How you advertised to invite the first batch of Coaches during the pilot? Do you had enough interested applicants? How competitive was the selection?
- 3) During the first Coach selection Flinders university CBT trainers interviewed the perspective coaches and used role-play. What is the current practice? How coaches are selected? You mentioned that personality was one of the key criteria, what particular selection tools, apart from role-play, you have used?
- 4) How did you train the first batch of coaches? For example, when setting up the services during the PILOT, how you were able to ensure practice-based learning of the new Coaches, if there was no experienced staff providing services who could support the trainees in the first place? Especially in rural areas! Wasn't it hard to find supervisors?
- 5) After completion of the 52 weeks do Coaches receive post graduate certificate? What kind of health specialist licence or its equivalent do coaches receive? Do you have separate accreditation for trainers, supervisors and services providers? Who is in charge of this aspect?
- 6) Are Coaches able to practice outside of the program boundaries - lets say provide CBT interventions privately?
- 7) How are the services integrated with existing healthcare sector? How independent are the teams of coaches from PHN? What is the ratio of novel to experienced staff in one service?
- 8) How does the supervision take place? What about the training of the supervisors as they have in IAPT? What is the current ratio of supervisors to Coaches? Do coaches ever become supervisors?
- 9) Could you tell us more about setting up a new service location? How is the service site selected? What is the role of the local Primary health network? Are they responsible for the selection?
- 10) The Patient Case Management Information System seems to be an integral part of coordination and monitoring. Do new trainees get immediate access to the portal? Or do they need to complete a certain number of training modules? How is the patient data protected? What information is accessible to each coach - do they get to see only their own clients records?
- 11) Is the IT system integrated with other healthcare administrative systems? For instance, if a client needs a referral to family doctor can the patient records be sent directly to the GP?
- 12) Do you use PHQ and or GAF in each session or only at the start and at the end of the 6 sessions?
- 13) Branding, marketing seems to be a very important part. Are the services getting more popular as time passes? Were you able to attract a bigger male population as planned?
- 14) As new services emerge, what are the key ways to ensure that the quality remains high and manage risks?
- 15) Could you tell us more about the online services? Are your coaches hired to work for the MindSpot E-clinic? GENERAL:
- 16) How have you collaborated with IAPT/UK and Norway? Any other countries?
- 17) What factors affect recovery rates?
- 18) What challenges have you faced?
- 19) What have been the greatest lessons learned during the design and implementation of NewAccess ? DOs and DONTs?

Anglija

Development of the training program

- 1) Is the curriculum as detailed as the one you shared and universities have some freedom or is the program identical wherever offered? Are in some instances same lecturers deliver the training?
- 2) If you want to expand the training by adding more focus on children and adolescent services or employment, how do you make adjustments? Have you considered including Motivational interview? Why?
- 3) What was the process and how long did it take to develop the training program and accreditation standards?
- 4) How does it go? Commissionaires buy services of training based on the curriculum?

Training

- 5) How centralized is the training? What about service providers in more remote locations? Any special arrangements accommodating their needs? What was the process of increasing the number of universities offering the relevant courses? How many universities are currently offering courses for PWPs and High-Intensity practitioners? Do you currently have distance learning options for the theoretical part of the course?
- 6) What are the main criteria on the student selection? Any special emphasis on personality, like in Australia?
- 7) What are the most common professional backgrounds of PWPs? Are there any trends?
- 8) How competitive is the course? Has it become more competitive with time? Quality of applications?
- 9) For the pilot program, how much of the training PWPs had to complete before they started providing services? How did you go about this when no fully-functioning services were in place? Supervisions?
- 10) At the moment, is there a minimum number of classes that students who just started the course need to complete before applying skills practically at CCG-based IAPT services?
- 11) HOW TO ASSURE the values based approach? WHO report on human rights - stigmatising from specialists themselves? What mechanisms you employ for ensuring the implementation of this approach?
- 12) Can you briefly tell us about the training of supervisors? How does it look like, how long it lasts, how many supervisors, who is selected?

Providing the services:

We understand that services differ in different places.

- 13) Some teams offer ONLY low-intensity services. What about supervision in such instances? Are any of the providers rely on online/phone supervision?
- 14) It is recommended to have 40 specialists for 250.000 people. Do most of the services manage to hire enough staff?
- 15) What are some best practices of innovation between the providers? For example, in Norway to encourage low-intensity group sessions, one PMHC required patients to attend 2 days of group psychoeducation program for patients before moving to face-to-face therapy. Any similar examples?
- 16) Do you have any experience sharing workshops or events in England? Internationally?
- 17) Do professionals have some informal platform where they are sharing their ongoing experiences? Like facebook or group? Could we join?

Stigma/help-seeking

- 18) Stigma. What do they think of Australia's approach on destigmatization? Adjusting vocabulary. Do you find it important?
- 19) In your opinion, what is the most important aspect of improving help-seeking for different groups? Any outreach or destigmatization campaigns that were especially successful?
- 20) What are the newest developments with chronic patients? Seniors?

Monitoring

- 21) In Lithuania electronic patient records are still not available in most municipalities and we have serious data quality issues. Clinicians do not use outcome measurement and most of the scales are not adapted. We hope to establish a new administrative database and include case management training as part of the curriculum. We plan to start with GAD, PHQ9 and patient satisfaction scores in the beginning.
- 22) What could we learn from your experience establishing national outcomes monitoring system? What advice could you give?
- 23) How many people are working on national outcomes analysis and reporting at Mental Health Information Network? How academia is involved?
- 24) Is the administrative data enough for cost-effectiveness analysis?

- 25) What greatest challenges and risks you faced when introducing outcomes based funding?
- 26) You are collaborating with ICHOM international consortium for health outcomes measurement. What is your role?

General

- 27) Which other countries are adapting IAPT apart from Norway and Australia?
- 28) What was the collaboration process? Who would you recommend to contact?
- 29) Have you collaborated with other countries to support the development of their curriculum or other aspects of the program? If yes, HOW? What are consulting opportunities? In which areas?

Administrative/monitoring system

- 30) M&E
- 31) Training curriculum
- 32) iCBT - self-help
- 33) What are the greatest lessons learned from your overall experience with IAPT? What would be your advice? DOs and DONTs?

Norvegija

General questions

- 1) How many people at the Directorate of Health are involved in managing the current programme and its expansion? Is it a separate department, team, work group?
- 2) Have you collaborated with IAPT team in setting up the services or preparing the training curriculum? How? In what capacity? Any other countries?

Current situation

- 3) Are more municipalities apply for the grants now than when the PMHC just started?
- 4) On what do you think it depends, whether municipalities apply or not? Local staff enthusiasm?
- 5) IAPT tries to move beyond CBT...Do you? Norwegian Association for CBT - was there any clash/resilience with other schools (psychodynamic, Gestalt, Jung, etc). If so, how was it managed?

Qualifications/training/team

- 6) During the training, how do therapists manage with their ongoing jobs? What are their jobs? What if they are from other sectors than health, for example, social workers ? Is it hard to cover their absence? Are they being paid their usual salary on those days? How do you cover their absence?
- 7) You mentioned that "a therapist" makes the first assessment. By the therapist you mean anyone who has completed the CBT training or Clinical Psychologist who is the lead of the PMHC team?
- 8) Algorithms for referral. Are the algorithms based just on scale results?
- 9) How many people on average work in the team in each municipality?
- 10) You have a strong focus on employment, do you have Employment Specialists separately trained or employment support is a part of the general training?

Stigma/who seeks help?

- 11) Stigma is a big issue in Lithuania, have you noticed the same in Norway? Have people actively sought services from the very beginning or you had mixed success depending on municipality? If so, what were the factors?
- 12) Are the services getting more popular as time passes?
- 13) Have you noticed that certain age groups or gender seek services more often than others? Do you have a balanced amount of male patients? Senior patients? Why?
- 14) How is the therapist called? Mental health counselor? ... some other name? Does in norwegian language it has psychiatric connotation?

General discussion

- 15) What challenges have you faced?
- 16) What have been the greatest lessons learned during the design and implementation of PMHC? Feedback - advice.

Psichoterapijų mokyklų atstovams

Bendrieji klausimai

- 1) Trumpai pristatykite esminius _____ terapijos principus
- 2) Kokiems psichikos sveikatos sutrikimams rekomenduotumėte būtent Jūsų terapiją? Kokius sutrikimus Lietuvoje gydate dažniausiai?
- 3) Kokioms amžiaus grupėms taikoma terapija?
- 4) Kiek laiko užtrunka išmokyti esminių terapijos įgūdžių?
- 5) Ar mokymo programoje įtraukiate koordinaciją su sveikatos sistemos ar kt. įstaigomis?
- 6) Ar turite darbo/etikos kodeksą, nerašytas taisykles?
- 7) Ar teikiate sertifikatą? Jei taip, kokie reikalavimai/egzaminai jį gauti? Tarptautiniu mastu? Palaikymas?
- 8) Kiek asmenų jau turi sertifikatą Lietuvoje?
- 9) Kiek kainuoja studijos?
- 10) Ar/kaip vyksta supervizijos? Kokia kaina?
- 11) Kaip atnaujinate savo įgūdžius, ar draugija organizuoja seminarus, dalinasi naujausiais moksliniais tyrimais?
- 12) Kaip vertinate savo darbo/terapijos kokybę?
- 13) Ar turite RCT Lietuvoje? Gerieji pavyzdžiai užsienyje?

Depresijos atveju

- 14) Kokie asmenys kreipiasi? Kaip? Jei klientą atveda, tarkime, žmona, o pats klientas nelabai atvirauja, kaip sprendžiate situaciją?
- 15) Kai nusprendžiate su klientu pradėti gydymą, kiek vidutiniškai trunka ciklas? Trumpiausiai-ilgiausiai.
- 16) Kaip su pacientu nusprendžiate, kad ciklas baigtas?
- 17) Ar naudojate diagnostines skales? Ar naudojate testus? Kokius?
- 18) Kaip struktūruoti/nestruktūruoti Jūsų susitikimai? Ar prasideda tęstiniu Jūsų klausimu, ar klientas pasakoja savo pasirinkimu?
- 19) Kokius metodus taikote? Ar, jei matote, kad naudinga, pritaikote ir kitų mokyklų?
- 20) Ar užduodate namų darbus? Ar rekomenduojate literatūros/filmų/veiklų?
- 21) Ką patariate dėl vaistų?
- 22) Jei pasirodo savižudiškos mintys, kaip elgiatės?
- 23) Ar yra buvę stacionarizavimo atvejų arba perėjimų pas kolegą? Tokiu atveju, ar teikiate savo įžvalgas?
- 24) Jei pasimato komorbidinis su alkoholio priklausomybe, kaip sprendžiate šį klausimą?
- 25) Jei gili depresija ir šeima prašo atvažiuoti į namus?

Trumposios intervencijos

- 26) Ar įsivaizduojate struktūrizuotą _____ intervenciją lengvos ar vidutinės depresijos gydymui?
- 27) Kiek susitikimų/sesijų galėtų trukti?
- 28) Kaip siūlytumėte organizuoti tokias paslaugas viešajame sektoriuje? Kur ir kas tokias paslaugas galėtų teikti?
- 29) Ar galėtų terapijos pagrindas būti parengtos internetinės intervencijos?

Mokymai

- 30) Kiek laiko užtruktų paruošti mokymų programą trumpoms intervencijoms?
- 31) Kiek asmenų galėtumėte apmokyti per metus, atsižvelgiant į tai, kad mokiniams turėtų būti teikiamos supervizijos? Kokios žemiausios kvalifikacijos reikėtų?
- 32) Kaip siūlytumėte vertinti paslaugos/mokymų/intervencijos efektyvumą?
- 33) Kiek galėtų kainuoti paruošti mokymų programą? Nuo ko priklauso kaina?
- 34) Kiek kainuotų supervizija (vnt.)?

Dėl mokymų

- 1) Kokie mokymai egzistuoja depresijos tematika?
- 2) Kokių tikslumu reikia suformuluoti užklausą naujai mokymų programai?
- 3) Kokių principu vyksta mokymų organizavimas? Kaip perkama?
- 4) Kokios programos populiariausios? Kodėl? Tarp kurių specialistų?
- 5) Ar pasiteisina nuotolio mokymo programos?
- 6) Ar yra stebėsenos programų efektyvumui įvertinti?
- 7) Ar yra vidiniai kriterijai, kurie turi būti išpildomi, kad programa būtų traktuojama kaip parengta?

Dėl administracinių sistemų

- 1) Kiek apytiksliai gali kainuoti ir laiko užtrukti sukurti arba adaptuoti administracinę sistemą viešajam sektoriui?
- 2) Kokie faktoriai įtakoja išteklius (pvz. požymių skaičius, platformos patogumas paslaugų teikėjui, asmens duomenų saugumo užtikrinimas)?
- 3) Kokio tipo duomenys/požymiai apie asmenį galėtų būti kaupiami, neidentifikuojant jo tapatybės?
- 4) Kokios yra asmens duomenų nuasmeninimo galimybės?
- 5) Kokie paslaugų gavėjo sutikimai reikalingi norint kaupti asmens duomenis?
- 6) Ar reikalavimai asmens sveikatos priežiūrai, visuomenės sveikatai, ir projektinėms (pvz. EEA Grants) programoms skiriasi?
- 7) Kokie tikslūs planai dėl psichikos sveikatos paslaugų administravimo E-Sveikatoje?
- 8) Kokie tokio tipo projektai buvo vykdyti praeityje, bendradarbiaujant su HI? Su kokiomis IT firmomis buvo bendradarbiauta praeityje?

PRIEDAS NR. 3 - KLAUSIMAI, KURIE BUVO UŽDUOTI STRUKTŪRUOTŲ INTERVIU METU

- 1) Dėl kokių priežasčių kreipėtės? Kokie pagrindiniai nusiskundimai? Kiek laiko tęsėsi kol nusprendėte kreiptis profesionalios pagalbos?
- 2) Ar galite pažingsniui apibūdinti, kaip kreipėtės į psichikos sveikatos centrą ar šeimos gydytoją? Kaip sužinojote kur kreiptis? Kiek ilgai truko nuo pirmos minties iki registracijos? Ar kas nors pastūmėjo? Rekomendavo? Kiek laiko reikėjo laukti priėmimo?
- 3) Kokie buvo Jūsų lūkesčiai? Ko tikėjotės?
- 4) Kiek laiko truko gydymas ir kurie specialistai teikė paslaugas?
- 5) Kaip bendrai vertintumėte savo patirtį ar buvo atliepti jūsų lūkesčiai?
- 6) Ar Jums buvo suteikta informacija apie Jūsų situaciją? Ligos/simptomų priežastis, kaip gyventi su savo liga, galimas gydymo rizikas ir naudas? Ar buvo pasiūlyta kreiptis simptomams atsinaujinus ar tiesiog esant norui susisiekti?
- 7) Ar/Kokią pažangą padarėte? Ar gydymas padėjo? Ar/Kaip pasikeitė jūsų gyvenimo kokybė?
- 8) Kaip vertintumėte specialistų, su kuriais susidūrėte, profesionalumą ir kompetencijas?
- 9) Kaip vertintumėte paslaugų vietos prieinamumą, patogumą? Ar lengvai radote? Kiek truko atvykti? Ar patalpose jautėtės saugiai ir patogiai? Ar patogus darbo laikas?
- 10) Ar/Kaip buvo įtraukti ar įsitraukę Jūsų artimieji?
- 11) Ar/Kiek savo lėšų išleidote gydymo reikmėms?
- 12) Ar/Su kokiais problemomis susidūrėte?
- 13) Ar/Kaip siūlytumėte tobulinti paslaugas?
PSICHIATRAS
- 14) Ar galite apibūdinti pirmą susitikimą su psichiatru? Ar/Kokius tyrimus gavote?
- 15) Ar/Kokią informaciją specialistai suteikė apie jūsų būklę ir būsimą gydymo eigą?
- 16) Kiek, apytiksliai, kartų lankėtės pas specialistą?
- 17) Kiek truko vienas susitikimas?
- 18) Kokias paslaugas/vaistus gavote?
- 19) Ar buvo keistas vaistų receptas? Ar keitėsi diagnozė?
- 20) Ar buvote nusiųstas pas kitą specialistą?
- 21) Kaip gydytojas bendravo? - šaltai, draugiškai, aiškiai, nepagarbiai?
ŠEIMOS GYDYTOJAS
- 22) Ar galite apibūdinti pirmą susitikimą su ŠEIMOS GYDYTOJU? Ar/Kokius tyrimus gavote?
- 23) Ar/Kokią informaciją specialistai suteikė apie jūsų būklę ir būsimą gydymo eigą?
- 24) Kiek, apytiksliai, kartų lankėtės pas specialistą? Kiek truko vienas susitikimas?
- 25) Kiek truko vienas susitikimas?
- 26) Kokias paslaugas/vaistus gavote?
- 27) Ar buvo keistas vaistų receptas? Ar keitėsi diagnozė?
- 28) Ar buvote nusiųstas pas kitą specialistą?
- 29) Kaip gydytojas bendravo? - šaltai, draugiškai, aiškiai, nepagarbiai?
PSICHOLOGAS
- 30) Ar galite apibūdinti pirmą susitikimą su kiekvienu, iš Jūsų minėtų, specialistu?
- 31) Ar/Kokius tyrimus gavote?
- 32) Ar/Kokią informaciją specialistai suteikė apie jūsų būklę ir būsimą gydymo eigą?
- 33) Kiek, apytiksliai, kartų lankėtės pas specialistą? Kiek truko vienas susitikimas?
- 34) Kokias paslaugas gavote?
- 35) Ar buvote nusiųstas pas kitą specialistą?
- 36) Kaip specialistas bendravo? - šaltai, draugiškai, aiškiai, nepagarbiai?
PSICHIKOS SVEIKATOS SLAUGYTOJAS
- 37) Ar galite apibūdinti pirmą susitikimą specialistu?
- 38) Ar/Kokią informaciją specialistai suteikė apie jūsų būklę ir būsimą gydymo eigą?
- 39) Kiek, apytiksliai, kartų lankėtės pas specialistą?
- 40) Kokias paslaugas gavote?
- 41) Ar buvote nusiųstas pas kitą specialistą?
- 42) Kaip specialistas bendravo? - šaltai, draugiškai, aiškiai, nepagarbiai?

PRIEDAS NR. 4 - KLAUSIMAI, KURIE BUVO UŽDUOTI KIEKYBINĖS APKLAUSOS METU

Apklausa apie konsultacines paslaugas susiduriantiems su emocinėmis problemomis

Dėkojame, kad apsilankėte mūsų apklausos puslapyje! „Kirk Lietuvai“ programos projektų vadovės šiuo metu kuria naują paslaugų, skirtų padėti susidoroti su emocinėmis problemomis ir užkirsti kelią depresijai, modelį.

PASLAUGOS APIBŪDINIMAS. Trukmė: 2 - 12 susitikimų ciklas (vidutiniškai 6 susitikimai). Konsultantas - specialistas, apmokytas mokslu grįsta, gerosiomis užsienio praktikomis patvirtinta konsultavimo technika. Konsultacijos metu analizuojamos emocinės problemos, su kuriomis susiduria asmuo, ieškomi į pokyčius orientuoti sprendimo būdai. Ši konsultavimo technika gali padėti susidoroti su, pavyzdžiui, darbo ar darbo neužtikrintumo keliamu stresu, šeimos problemų keliamu nerimu ar užsitęsusia vienatve, apatija, liūdesiu.

Žemiau pateikiami klausimai, į kuriuos atsakydami padėsite mums geriau suprasti, kaip reikėtų tokias paslaugas organizuoti, kad jos būtų lengvai prieinamos ir jomis būtų paprasta pasinaudoti.

Apklausiai užpildyti turėtų pakakti 10 min. Labai vertiname Jūsų nuoširdžius atsakymus ir laisva forma siūlomas idėjas (laukeliuose „kita“). Ačiū, kad prisidedate prie tvaraus paslaugų sistemos kūrimo proceso!

Duomenų apsauga

Šioje apklausoje neprašysime Jūsų asmens duomenų - nei vardo, nei pavardės.

Rezultatai bus naudojami norint vykdyti viešąją konsultaciją.

Pradžią

Įsivaizduokite situaciją, kai Jūs jau dvi savaites neturite jėgų rytais atsikelti, darbe sunku susikaupti, o vakarais neturite noro imtis savo mėgstamų veiklų, jus lydi liūdesys.

- 1) Kaip manote, ar kreiptumėtės profesionalios pagalbos? (pažymėkite visus Jums tinkamus variantus)
 - i. Taip
 - ii. Ne, nes susidoročiau su problemomis pats
 - iii. Ne, nes man padėtų artimieji ir draugai
 - iv. Ne, nes tokios paslaugos brangiai kainuoja
 - v. Ne, nes bijočiau, kad sužinos kiti
 - vi. Ne, nes profesionali pagalba skirta tokioms ligoms, kaip, pavyzdžiui, šizofrenija
 - vii. Ne, nes nenoriu savo ligos istorijoje turėti įrašų, susijusių su psichiatrais ar psichologais
 - viii. Kita
 - 2) Ar žinotumėte, kur galite kreiptis profesionalios pagalbos?
 - i. taip
 - ii. ne
 - 3) Jei nuspręstumėte kreiptis, į ką kreiptumėtės (pažymėkite visus Jums tinkamus variantus)?
 - i. Į šeimos gydytoją
 - ii. Į psichikos sveikatos centrą (psichologas ar psichiatras pirminės sveikatos priežiūros centre)
 - iii. Skambinčiau nemokama konsultavimo linija (vaikų linija, jaunimo linija, senjorų linija, kita)
 - iv. Ieškočiau privataus psichiatro, psichologo ar psichoterapeuto
 - v. Kita
 - 4) Įsivaizduokite, kad susitikimo metu, gydytojas pasiūlo kelis gydymo variantus. Visi gydymo būdai Jums kainuotų tiek pat. Neturėdami daugiau informacijos, kaip manote, kurį gydymo variantą pasirinktumėte?
 - i. Medikamentinį, skiriant vaistus
 - ii. Nemedikamentinį, skiriant 8 konsultacijų ciklą
 - iii. Norėčiau abiejų gydymo būdų vienu metu
 - iv. Nežinau
- Taigi, toliau įsivaizduokite situaciją, kurioje neturite jėgų rytais atsikelti, darbe sunku susikaupti, o vakarais neturite noro imtis savo mėgstamų veiklų, jus lydi liūdesys. Įsivaizduokite, kad pamatėte patrauklią reklamą, kuri skatina kreiptis, pasireiškus užsitęsusiai apatijai ar liūdesiui. Reklamoje nurodoma, kad galite susisiekti su specialiai apmokytu konsultantu, gauti daugiau informacijos ir užsiregistruoti nemokamai gyvai konsultacijai. Iš reklamos matyti, kad paslaugą organizuoja viešasis sektorius, o ne privati klinika.
- 5) Kaip manote, ar pabandytumėte susisiekti nurodytais kontaktais?
 - i. Tikrai bandyčiau
 - ii. Tikriausiai bandyčiau

- iii. Tikriausiai nebandyčiau
 - iv. Tikrai nebandyčiau
- 6) Jei nuspręstumėte nesusisiekti, kokios būtų pagrindinės priežastys? (laisva forma)
- 7) Kas Jus galėtų paskatinti kreiptis (pažymėkite visus Jums tinkamus variantus)?
- i. Draugų ar pažįstamų rekomendacija
 - ii. Šeimos gydytojo ar kito sveikatos priežiūros specialisto rekomendacija
 - iii. Išgirstumėte reklamą per radiją
 - iv. Pamatytumėte TV ar interneto reklamoje
 - v. Garsus žmogus interviu metu papasakotų, kaip pats naudojosi šia paslauga
 - vi. Kita
- 8) Kaip Jums būtų patogiau užsiregistruoti paslaugoms?
- i. Internetu
 - ii. Telefonu
 - iii. Kita
- 9) Kur Jums būtų patogu susitikti su konsultantu? (pažymėkite visus Jums tinkamus variantus)
- i. Savo pirminės sveikatos priežiūros įstaigoje (poliklinika)
 - ii. Visuomenės sveikatos biure
 - iii. Jaunimo centre
 - iv. Savivaldybės patalpose įrengtame kabinete
 - v. Bibliotekoje
 - vi. Kita
- 10) Kur Jums būtų PATOGIAUSIA susitikti su konsultantu?
- i. Savo pirminės sveikatos priežiūros įstaigoje (poliklinika)
 - ii. Visuomenės sveikatos biure
 - iii. Jaunimo centre
 - iv. Savivaldybės patalpose įrengtame kabinete
 - v. Bibliotekoje
 - vi. Kita
- 11) Įvertinkite, kuriuo būdu labiausiai norėtumėte gauti paslaugas:
- | | |
|---------------------|---|
| Labiausiai norėčiau | Kuo daugiau interaktyvių paslaugų gauti internetu: užduočių sprendimas, namų darbai, priminimai ir pan. |
| Mažiau norėčiau | Kuo daugiau konsultacijų gauti telefonu |
| Mažiausiai norėčiau | Kuo daugiau konsultacijų gauti gyvai |
- 12) Įvertinkite, kuris paslaugų bruožas Jums būtų svarbiausias?
- i. Paslaugos nemokamos
 - ii. Paslaugos teikiamos Jums patogioje vietoje
 - iii. Paslaugos suteikiamos per porą dienų nuo registracijos
- 13) Kiek maksimaliai sutiktumėte sumokėti už vieną konsultaciją? (laisva forma)
- 14) Kaip manote, kur būtumėte linkęs kreiptis labiau?
- i. Į specialistą, apie kurį gavote puikias rekomendacijas. Artimiausias susitikimas po mėnesio, už 50 km, konsultacijos kaina - 30 Eur.
 - ii. Į konsultantą, apie kurį nieko nesate girdėjęs, bet kurio teikiamas paslaugas apmoka valstybė. Artimiausias susitikimas po poros dienų, netoli Jūsų gyvenamos vietos.
- 15) Emocinių problemų konsultavimas gali vykti ir kelių asmenų grupėje. Ar sutiktumėte konsultuotis 5 žmonių grupėje?
- i. Tikrai sutikčiau
 - ii. Tikriausiai sutikčiau
 - iii. Tikriausiai nesutikčiau
 - iv. Tikrai nesutikčiau
- 16) Su kokio amžiaus specialistu jaustumėtės patogiai kalbėdamas konsultacijos metu (pažymėkite visus Jums tinkamus variantus):
- i. Iki 29 metų
 - ii. 30-49 metų
 - iii. 50 - 64 metų
 - iv. 65+
- 17) Su kokios lyties specialistu, manote, jaustumėtės patogiai kalbėdamas konsultacijos metu:
- i. Vyras

- ii. Moteris
- iii. Nesvarbu

Specialistas, pirmos konsultacijos metu, Jums paaiškina, kad, norėdamas geriau įvertinti Jūsų emocinių problemų stiprumą, panaudos standartizuotą 5 klausimų anketą (trukmė iki 2 minučių). Vėliau, kiekvieno susitikimo metu tai pakartos, norėdamas stebėti būklės kitimą.

18) Kaip manote, ką pirmiausia pagalvotumėte?

- i. Suprantu, kam to reikia, mielai atsakysiu
- ii. Nevisiškai suprantu, kam to reikia, bet pasitikiu specialistu, todėl atsakysiu į užduotus klausimus
- iii. Netikiu testais ar anketomis, atsakinėsiu atsainiai

19) Jei konsultacija truktų 30-45 minutes, koku laiku patogų būtų nuvykti į konsultacijos vietą (pažymėkite visus Jums tinkamus variantus):

- i. 8-12 val. darbo dienomis
- ii. 13-17 val. darbo dienomis
- iii. 7-8 val. darbo dienomis
- iv. 17-19 val. darbo dienomis
- v. 8-17 val. savaitgaliais

Anoniminis paslaugų gavimas - paslaugų teikėjui NEpateikiamas asmens vardas, pavardė.

Konfidencialus paslaugų gavimas - paslaugų teikėjas valdo asmens informaciją, užtikrindamas, kad trečiosios šalys, be paciento žinios, neturės priėjimo prie informacijos.

20) Kuris paslaugų variantas jums būtų priimtinesnis:

- i. Pateikti informaciją apie save (konfidencialiai, kaip šeimos gydytojui) paslaugos teikėjui ir konsultuotis nemokamai
- ii. Mokėti už viena konsultaciją apie 20 Eur (daugiausia 240 EUR už 12 konsultacijų) ir konsultuotis anonimiškai (neteikiant vardo, pavardės, kt.)
- iii. Anonimiškumas man nėra svarbus

21) Realiame gyvenime, dabartinėje savo emocinėje būsenoje, ar norėtumėte nemokamai išbandyti 2 - 12 susitikimų ciklą (vidutiniškai 6 susitikimai), kuris būtų teikiamas Jums patogioje vietoje, Jums priimtina forma? Konsultacijos pagrindas - mokslu grįsta, gerosiomis užsienio praktikomis patvirtinta, konsultavimo technika. Konsultacijų metu analizuojamos emocinės problemos, su kuriomis susiduriate, ieškomi į pokyčius orientuoti sprendimo būdai.

- i. Tikrai norėčiau išbandyti
- ii. Tikriausiai norėčiau išbandyti
- iii. Tikriausiai nenorėčiau išbandyti
- iv. Tikrai nenorėčiau išbandyti

22) Jūsų amžius:

- i. iki 18
- ii. 19-29
- iii. 30-49
- iv. 50-64
- v. 65 +

23) Jūsų lytis:

- i. Vyras
- ii. Moteris
- iii. Kita

24) Kur šiuo metu gyvenate?

- i. Vilniuje, Kaune, Klaipėdoje, Šiauliuose ar Panevėžyje
- ii. Kitame mieste
- iii. Kaime

25) Ar esate gavę psichologo, psichoterapeuto ar psichiatro paslaugas?

- i. Taip, viešajame sektoriuje
- ii. Taip, privačiai
- iii. Taip, abiejuose sektoriuose: ir privačiame, ir viešajame
- iv. Ne