



Bendrieji veiksmai (Joint Action) MENTAL HEALTH TOGETHER

Integruotos priežiūros kelio apibrėžimas

Versija	2.0
Autorius	Nacionalinis sveikatos institutas, Italija
Užduotis	5.4
Rezultato data	2026 m. gegužės 30 d.
Rezultato tipas	Ataskaita



Co-funded by
the European Union

Šis bendrųjų veiksmų projektas yra bendrai finansuojamas Europos Sąjungos sveikatos programos pagal dotacijos sutartį Nr. 101162928

1. Dokumento savybės

Finansuojama Europos Sąjungos. Vis dėlto čia išreikštos nuomonės ir požiūriai yra tik autoriaus (-ių) ir nebūtinai atspindi Europos Sąjungos ar Europos sveikatos ir skaitmeninės vykdomosios įstaigos (HaDEA) poziciją. Nei Europos Sąjunga, nei dotaciją suteikusi institucija už juos neatsako.

Projekto pavadinimas:	Mental Health Together
Projekto akronimas	MENTOR
Projekto numeris:	1011622928
Tema:	Žinių mainų ataskaita
Dokumento autorius:	Nacionalinis sveikatos institutas, Roma, Italija
Apimamas laikotarpis (trukmė):	18/06/2025 - 30/05/2026

1.1. Dokumento peržiūrų istorija

Versija	Data	Autoriai / bendraautoriai	Komentarai
1.0	18.11.2025	ISS	Pirma juodraštinė versija
1.1	29.01.2026	ISS/valstybės narės	Pataisymas
1.2	05.02.2026	ISS/valstybės narės	Pataisymas
2.0	26.02.2026	Suinteresuotieji subjektai/ISS/valstybės narės	Galutinė versija
2.0	26.03.2026	ISS	Vrtimas
2.0	15.05.2026	SAM	Vertimo validavimas

1.2.Originalumo pareiškimas



Co-funded by
the European Union

Šio rezultato turinys yra originalus ir sukurtas tik JA Mentor projekto dalyvių.



1.3 Turinys

1. Dokumento savybės	1
1.1. <i>Dokumento peržiūrų istorija</i>	<i>1</i>
1.2. <i>Originalumo pareiškimas</i>	<i>1</i>
1.3 Turinys.....	2
1.4 <i>Santrumpos ir akronimai.....</i>	<i>4</i>
2. Apie MENTOR projektą.....	6
2.1. <i>Šio dokumento paskirtis</i>	<i>7</i>
2.2. <i>5.4 užduotis.....</i>	<i>7</i>
2.2.1. <i>Užduoties aprašymas.....</i>	<i>7</i>
2.2.2. <i>Užduoties struktūra</i>	<i>9</i>
2.2.3. <i>Užduoties organizavimas.....</i>	<i>9</i>
2.3. <i>Kontaktai</i>	<i>10</i>
2.3.1. <i>Koordinatoriaus kontaktai.....</i>	<i>10</i>
2.3.2. <i>Pagrindiniai 5.4 užduoties rengėjai ir kontaktai</i>	<i>10</i>
D5.4.2. <i>Žinių mainų ataskaita</i>	<i>11</i>
3. Europos integruotos priežiūros kelias, taikant į asmenį orientuotą požiūrį, skirtą skatinti psichikos sveikatos sutrikimų turinčių žmonių socialinę įtrauktį ir gyvenimo kokybę.....	12
3.1. <i>Prielaidos.....</i>	<i>12</i>
3.2. <i>Sveikatos biudžeto metodikos patirtys.....</i>	<i>13</i>
3.3. <i>Europos asmens sveikatos biudžeto taikymas</i>	<i>17</i>
3.4. <i>Perėjimas nuo standartizuotų paslaugų paketų prie individualiai pritaikytos pagalbos</i>	<i>17</i>
4. PAGRINDINIAI integruotos priežiūros kelio KOMPONENTAI.....	18
4.1. <i>Daugiaprofesinė komanda</i>	<i>18</i>
4.2. <i>Daugiamatis vertinimas ir priemonės.....</i>	<i>19</i>
4.2.1. <i>ASB apibrėžimas taikant BENDRO PROGRAMAVIMO ir BENDRO VALDYMO POŽIŪRĮ</i>	<i>20</i>
4.3. <i>Individualizuota ir integruota intervencija.....</i>	<i>21</i>
4.4. <i>Asmens sveikatos biudžeto apibrėžimas</i>	<i>23</i>
4.4.1. <i>Iššūkiai kuriant ASB</i>	<i>24</i>
4.5. <i>Atvejo vadybininko nustatymas.....</i>	<i>24</i>
4.5.1. <i>Naujausia literatūra apie atvejo vadybininką: pagrindinės funkcijos ir vaidmenys.....</i>	<i>25</i>



4.5.2. Pagrindinės atvejo vadybininko funkcijos	25
4.6. Pasirašymas ir stebėseną.....	26
4.6.1. Rodiklių, skirtų ASB arba Europos bandomojo tyrimo stebėsenai, apibrėžimas	26
5. Integruotos priežiūros kelio FORMA.....	27
Teisinis atstovas (jei taikoma)	33
Atvejo vadybininkas (nurodykite profesinį vaidmenį)	33
Daugiadalykė komanda	33
Trečiojo sektoriaus paslaugų teikėjas.....	34
6. Bibliografija.....	35
7. Kitas žingsnis: integruotos priežiūros kelio bandomasis įgyvendinimas ir stebėseną..	36
7.1. Sinergijos.....	36

1.4 Santrumpos ir akronimai

EU	Europos Sąjunga
JA	Bendrieji veiksmai
MENTOR	Mental Health Together
PLE	Asmenys, turintys asmeninės patirties
WP	Darbo paketas

Santrumų sąrašas – WP5.4 dalyviai	
ASL of Turin	Azienda Sanitaria Locale Città di Torino (Italy)
BIOSISTEMAK	Asociación Instituto De Investigación En Sistemas De Salud-Biosistemak
FFIS	Fundacion para la Formacion e Investigacion Sanitarias de la Region de Murcia
FRCB-IDIBAPS/HCB	Fundació Recerca Clínic Barcelona-IDIBAPS/ Hospital Clínic de Barcelona
FUNDESALUD	Fundacion para la Formacion e Investigacion de los Profesionales de la Salud de Extremadura Fundesalud
GENCAT	Departament de Salut - Generalitat de Catalunya
ICO	Institut Català d'Oncologia
IDIVAL	Fundacion Instituto de Investigacion Marques de Valdecilla
ISS	Istituto Superiore di Sanità
Lombardy Region	Regione Lombardia
MOSA	Sotsiaalministeerium
NCMHFAD	Centrul National de Sanatate Mintala Si Lupta Antodrog
NHF	National Health Fund
PHC	State Institution Public Health Center of the Ministry of Health of Ukraine
PHCI	Primary Healthcare of the Capital Area
ProMIS	Azienda ULSS 4 Veneto Orientale



RDS	Southern Region of Denmark
SAS	Servicio Andaluz de Salud
SHSO-MHS	Organismos Kratikon Ypiresion Ygeias
SMS	Servicio Murciano de Salud
UNIMIBI	Università degli Studi di Milano-Bicocca

2. Apie MENTOR projektą

MENTOR siekia stiprinti psichikos sveikatą dalijantis plataus spektro patirtimi– nuo politinių iniciatyvų iki klinikinės profesinės praktikos. Projektas remiasi įrodymais grįsta gerąja praktika ir pritaiko iniciatyvas siekiant ilgalaikio tvarumo, stiprindamas psichikos sveikatą ir gerovę individualiu ir visuomenės lygmenimis.

MENTOR tikslai:

1. Užtikrinti veiksmingą MENTOR veiklų ir rezultatų sklaidą.
2. Skatinti MENTOR rezultatų tvarumą ir įgyvendinimą įvairiose Europos regiono psichikos sveikatos priežiūros sistemose.
3. Stiprinti psichikos sveikatos raštingumo gebėjimus rengiant politikos rekomendacijas ir intervencijos priemones, skirtas pažeidžiamoms grupėms, ir kovojant su stigma.
4. Didinti prieinamumą prie įrodymais grįstų praktikų ir novatoriškų psichikos sveikatos stebėsenos, skatinimo bei prevencijos metodų, padedančių valdyti psichikos sveikatos būklės bendruomenėse.
5. Tobulinti psichikos sveikatos stebėsenos sistemas, kad būtų didinamas informuotumas apie psichikos sveikatos problemas, užtikrinamas ankstyvesnis rizikos grupių asmenų nustatymas ir priimami duomenimis grįsti sprendimai.
6. Mažinti socialinę nelygybę visuomenėje, ypatingą dėmesį skiriant žmonėms, turintiems psichikos sveikatos problemų.
7. Skatinti metodus, skirtus MHIAP požiūrio vertinimui ir įgyvendinimui nacionaliniu bei regioniniu lygmenimis.
8. Nustatyti įrodymais grįstas intervencijas, skirtas psichikos sveikatos stiprinimui ir psichikos sveikatos problemų prevencijai pažeidžiamose bei bendrosiose populiacijose.
9. Remti į atsigavimą orientuotą ir įtraukią praktiką teikiant pagalbą žmonėms, turintiems psichikos sveikatos sutrikimų.
10. Įgyvendinti individualizuotus ir visapusiškus psichikos sveikatos stiprinimo ir priežiūros modelius.

2.1. Šio dokumento paskirtis

Šis dokumentas yra 5.4.2 rezultato „Integruotos priežiūros kelio apibrėžimas“ žinių mainų ataskaita, parengta JA Mental Health Together – _MENTOR 5.4 užduočiai. Remiantis D.5.4.1 surinktais duomenimis ir Žinių mainų ataskaitoje pateikta informacija (prieinama šioje nuorodoje: <https://ja-mentor.eu/index.php/recources/>), bus detalizuoti esminiai integruotos priežiūros kelio psichikos sveikatos srityje elementai, įskaitant:

1. pradinio vertinimo daugiadalykės komandos nariai;
2. testavimo priemonės ir klausimynai klinikiniais bei asmeniniams rezultatams vertinti;
3. standartizuotas formatas integruotų socialinių ir sveikatos intervencijų planavimui ir stebėsenai.

Šioje žinių mainų ataskaitoje pateikiama informacija, surinkta iš užduotyje dalyvaujančių valstybių narių.

Šio dokumento projektas bus paskelbtas Bendrųjų veiksmų (JA) interneto svetainėje. Suinteresuotosios šalys (pvz., psichikos sveikatos klinikiniai centrai, asmenys, turintys asmeninės psichikos sunkumų patirties, NVO, savivaldybės ir kt.) bus pakviestos teikti pastabas ir pasiūlymus. Visas grįžtamasis ryšys bus peržiūrėtas grupės, siekiant galimų pakeitimų, po kurių dokumentas bus galutinai parengtas. Galutinis dokumentas bus išverstas į visas Europos valstybių narių kalbas, kad būtų plačiau prieinamas ir suprantamas.

2.2. 5.4 užduotis

2.2.1. Užduoties aprašymas

Integruotos priežiūros kelias, skirtas skatinti psichikos sveikatos sutrikimų turinčių žmonių socialinę įtrauktį ir gyvenimo kokybę

Individualizavimas yra pagrindinis sveikatos priežiūros politikos elementas, kaip pabrėžia Pasaulio sveikatos organizacija (PSO). Jis grindžiamas sveikatos priežiūros sistemos, orientuotos į žmogaus principus ir teises, tokias kaip lygybė, dalyvavimas, apsisprendimas ir nediskriminavimas, samprata. Tai reiškia, kad pacientai vertinami iš į asmenį orientuotos perspektyvos, klausomasi jų poreikių ir pripažįstami jų gebėjimai bei laisvė rinktis savo sveikatos labui. Į asmenį orientuotas požiūris leidžia skirtingiems sektoriams dirbti kartu, panaudojant turimus išteklius ir skirtingas kompetencijas, kad būtų visapusiškai patenkinti asmens poreikiai.

5.4 užduotis padeda dalyvaujantiems partneriams apibrėžti ir įgyvendinti integruotos priežiūros kelius žmonėms, turintiems psichikos sutrikimų, savo šalyse ir parengti rekomendacijas, stiprinančias sveikatą ir socialinę integraciją. Viešojo politika, įvairūs finansavimo šaltiniai, sveikatos, švietimo ir socialinės paslaugos, skirtingų profesijų atstovai ir kt. bendradarbiaus glaudžiai integruodamiesi ir siekdami partnerystės. Šios sinerginės intervencijos tikslas – žmonių, turinčių psichikos sveikatos sutrikimų, atsigavimas ir visiškai įtrauktis į bendruomenę. Pasitelkus novatorišką asmens sveikatos biudžeto metodiką, sveikatos ir socialinės paslaugos veikia kartu, kad užtikrintų integruotas intervencijas šiose keturiose srityse: sveikata, būstas, įdarbinimas, afektyvumas / socialumas / gyvenimo ir santykių įgūdžiai. Kiekvieną žmogų lydi individualiai pritaikytas projektas, sukurtas pagal jo konkrečius poreikius ir pageidavimus, naudojant turimus viešuosius / privačius / asmeninius išteklius. Asmens įgalinimas užtikrinamas jo pilnu įsitraukimu ir sutikimu kiekviename derybų bei sprendimų priėmimo etape.

Vertinant asmens poreikius ir asmens sveikatos biudžetą, atsižvelgiama į ekonominių / materialinių išteklių (pvz., būstas, pajamos, pensija, atlyginimas, anuitetinės išmokos...) ir neformalių išteklių (išsilavinimas, šeimos parama, socialinis tinklas, asmeniniai gebėjimai...) turėjimą arba trūkumą. Pastarasis apibrėžiamas kaip asmeniui ir jo aplinkai prieinamų išteklių visuma bei išteklių / intervencijų, kurias integruotos paslaugos užtikrina arba teikia individualizuoto projekto metu, sąrašas. Projektas yra stebimas, periodiškai vertinamas ir atitinkamai atnaujinamas.

Vykdant užduotį, iš dalyvaujančių šalių renkami ir analizuojami duomenys bei informacija apie viešąją politiką ir psichikos sveikatos paslaugų organizavimą. Asmenys, turintys asmeninės patirties, bus aktyviai įtraukiami į daugiadalykę komandą, vertinančią surinktus duomenis ir apibrėžiančią pagrindinius integruotos sveikatos ir socialinės priežiūros kelio komponentus, kurie bus įgyvendinti kai kuriose valstybėse narėse.

Asmens sveikatos biudžetas iki šiol buvo išbandytas įvairiose šalyse, įskaitant Jungtinę Karalystę, Belgiją, Daniją, Italiją, Suomiją, Austriją, Prancūziją, Švediją, Vokietiją, Australiją ir Jungtines Amerikos Valstijas, taikant skirtingų tipų programas – nuo įtraukties kriterijų, susijusių su užsakytomis paslaugomis, iki asmens pasirinkimo laipsnio. Daugumos programų pagrindinis tikslas buvo skatinti savarankišką gyvenimą, o kitos programos labiau orientavosi į slaugytojų priežiūros sistemos gerinimą.

5.4 užduotis glaudžiai bendradarbiauja su 5.3 užduotimi, siekdama paremti šio integruoto požiūrio įgyvendinimą, aktyviai įtraukiant skirtingus visuomenės sveikatos, socialinės ir

švietimo sistemos sektorius. Projekto partneriai perduoda patirtį ir įgytas žinias kitoms valstybėms narėms per šiuos keturis pagrindinius rezultatus:

- Žinių mainų ataskaita (D.5.4.1), paskelbta adresu: <https://ja-mentor.eu/index.php/recources/>
- ICP apibrėžimas (D.5.4.2), orientuotas į pažeidžiamus asmenis – ši ataskaita;
- Gairės ir mokymo medžiaga (D.5.4.3), skirtos psichikos sveikatos specialistams;
- Politikos rekomendacijos (D.5.4.4) nacionaliniams politikos formuotojams.

2.2.2. Užduoties struktūra

JA MENTOR 5.4 užduotį sudaro 4 potėmės: apklausos sklaida ir analizė (5.4.1), integruotos priežiūros kelio apibrėžimas (5.4.2), integruotos priežiūros kelio bandomasis įgyvendinimas ir stebėsena (5.4.3) bei bendruomene grindžiamos psichikos sveikatos politikos apibrėžimas ir sklaida (5.4.4).

5.4 užduotis turi užduoties vadovą (Nacionalinį sveikatos institutą, Italija), kuris atsakingas už užduoties rezultatų ir tikslų pasiekimą. Prie 5.4 užduoties prisijungė dvidešimt viena valstybė narė.

2.2.3. Užduoties organizavimas

5.4 užduotis apima plačią geografinę aprėptį Europoje (22 institucijos iš 10 šalių) – Kipras (SHSO-MHS), Danija (RSD), Estija (MOSA), Vokietija, Islandija (PHCI), Italija (ISS, ProMIS, Torino ASL, UNIMIBI, Lombardijos regionas), Lenkija (NHF), Rumunija (NCMHFAD), Ispanija (Biosistemak, GENCAT, FRCB-IDIBAPS, ICO, IDIVAL, FFIS, SMS, SAS, FundeSalud, SES) ir Ukraina (PHC).

Visos šalys, išskyrus Islandiją, Vokietiją ir Daniją, aktyviai dalyvauja darbo pakete (WP), todėl pateikia išsamesnę dabartinės situacijos ir susijusių iššūkių analizę.

Kiekviena dalyvaujanti institucija ir šalis / regionas prisideda prie užduoties vertingomis ir viena kitą papildančiomis žiniomis bei patirtimi. Partneriai turi reikiamų įgūdžių, kvalifikacijų ir išteklių užduočiai veiksmingai įgyvendinti. Jie taip pat turi tinkamus teisinius ir techninius įgaliojimus vykdyti užduoties veiklas nacionaliniu lygmeniu.



2.3. Kontaktai

2.3.1. Koordinatoriaus kontaktai

Kontaktinio asmens vardas ir pavardė	Vaidmuo projekte	El. paštas
Maria Luisa Scattoni	5.4 užduoties vadovas	marialuisa.Scattoni@iss.it

2.3.2 Pagrindiniai 5.4 užduoties rengėjai ir kontaktai

Kontaktinio asmens vardas ir pavardė	Institucija	El. paštas
Martina Micai	ISS	martina.micai@iss.it
Francesca Fulceri	ISS	francesca.fulceri@iss.it
Mara Sabbioni	ISS	mara.sabbioni@iss.it
Angela Caruso	ISS	angela.caruso@iss.it
Letizia Gila	ISS	letizia.gila@iss.it
María del Pilar López Acuña	FFIS	mpla1204@gmail.com
Giulio Castelpietra		
Giuseppe Quintavalle	ASL Roma 1	Giuseppe.Quintavalle@aslroma1.it
Doriana Vallone	ASL Roma 1	doriana.vallone@aslroma1.it
Ana Bermejo Martínez	SMS	ana.bermejo@carm.es
Rosa Ayesa Arriola	IDIVAL	rosa.ayesa@idival.org
Claudia Parás Gutiérrez	IISPV	claudia.paras@iispv.cat
Laura Florea	NCMHFAD	florea.laura@cnsn.org.ro
Ane Fullaondo	Biosistemak	ANE.FULLAONDOZABALA@bio-sistemak.eus
Lola Verdoy	Biosistemak	DOLORES.VERDOYBERASTEGUI@bio-sistemak.eus

Juan de la Torre	Biosistemak	JUAN.DELATORREPARDOS@bio-sistemak.eus
Ane Rodríguez	Biosistemak	ANE.RODRIGUEZBODERO@bio-sistemak.eus
Jose Guzman Parra	SAS	jgp00004@gmail.com
Irene López Armenteros	SAS	ireloar@gmail.com
Jonathan Joseph Dawood Hristova	SAS	Jonathanjosepd@gmail.com
Jessica Marian Goodman Casanova	SAS	jmariangoodman@gmail.com
Silvia Matrai	FRCB-IDIBAPS/HCB	smatrai@recerca.clinic.cat
Fleur Braddick	FRCB-IDIBAPS/HCB	fmbooth@recerca.clinic.cat
Hugo López-Pelayo	FRCB-IDIBAPS/HCB	hlopez@clinic.cat
Jörg Utschakowski	Senate of Bremen/Health Ministry	joerg.utschakowski@gesundheit.bremen.de
Francisco Gil	ICO	fgil@iconcologia.net
Anna Casellas Grau	ICO	acgrau@iconcologia.net
Gabriele Klärs	BIÖG	gabriele.klaers@bioag.de

D5.4.2. Žinių mainų ataskaita

Šioje žinių mainų ataskaitoje apibendrinamas grupės, kurią sudarė ministerijų, viešųjų agentūrų nariai, psichikos sveikatos ir socialinio darbo specialistai, savivaldybės bei asmenys, turintys asmeninės patirties iš valstybių narių, darbas, atliktas pirmaisiais Bendrųjų veiksmų MENTAL HEALTH TOGETHER (MENTOR) metais.

3. Europos integruotos priežiūros kelias, taikant į asmenį orientuotą požiūrį, skirtą skatinti psichikos sveikatos sutrikimų turinčių žmonių socialinę įtrauktį ir gyvenimo kokybę

3.1. Prielaidos

Geros psichikos sveikatos užtikrinimas yra vienas iš pagrindinių Europos politikos ir finansavimo tikslų, o pagrindinis modernios ir veiksmingos sveikatos priežiūros sistemos tikslas yra nustatyti kuo veiksmingesnes metodikas ir priemones.

Tinkamas sunkių psichikos sutrikimų valdymas taip pat lemia reikšmingą šių sutrikimų sukeltos socialinės ir ekonominės naštos sistemai sumažėjimą.

Moksliniai įrodymai rodo, kaip svarbu užtikrinti tinkamas intervencijas bendruomenės aplinkoje žmonėms, turintiems sunkių psichikos sutrikimų. Toks požiūris padeda išvengti nereikalingų hospitalizacijų ir institucionalizacijos, kurios dažnai neišsprendžia problemų, ypač jei tęsiasi ilgą laiką. Norint veiksmingai atliepti psichikos sveikatos priežiūros sudėtingumą, būtina sukurti struktūrines sąlygas ir inovatyvius kontekstus, integruojančius sveikatos priežiūros politiką ir išteklius su socialinių ir bendruomeninių paslaugų ištekliais.

Šiuo požiūriu labai svarbus yra bendruomenės gebėjimas reaguoti integruojant sveikatos priežiūros poreikius su švietimo, užimtumo, būsto ir dalyvavimo bendruomenėje poreikiais. Prioritetas yra išbandyti integruotus ir individualizuotus socialinės įtraukties kelius žmonėms, turintiems sunkių psichikos sutrikimų, kurie dažnai yra marginalizuojami darbo, būsto ir sociokultūrinėse rinkose.

Europoje integruotas socialines ir sveikatos priežiūros intervencijas reglamentuoja nacionaliniai ir regioniniai teisės aktai bei strateginės sistemos, apimančios pagalbą nepilnamečiams, turintiems neuropsichiatrinių sutrikimų, žmonėms su psichikos sutrikimais, negaliomis, priklausomybėmis, ŽIV / AIDS ir autizmo spektro sutrikimais. Tai yra vykdytinos piliečių teisės, kuriomis siekiama atkurti ir (arba) išlaikyti bei stiprinti individualų savarankiškumą, kovoti su institucionalizacija ir segregacija bei išvengti priežiūros atsakomybės perkėlimo tretiesiems asmenims, skatinant asmeninį ir bendruomeninį įsitraukimą.

Pastaraisiais metais vis didesnis dėmesys skiriamas teritorinės integracijos patirtims, vykdomoms taikant „Sveikatos biudžeto“ organizacinį modelį – vieną pažangiausių ir inovatyviausių pasiūlymų integruoti sveikatos priežiūrą su bendruomenės sistemomis psichikos sveikatos srityje Europoje.

Sveikatos biudžeto modelis apjungia ekonominius, profesinius, žmogiškuosius ir santykių išteklius, reikalingus kurti palaikančius santykių, šeimos ir socialinius kontekstus, stiprinančius socialinę įtrauktį. Tai generatyvinė priemonė, palaikanti individualizuotus gyvenimo projektus, kurie užtikrina teisę į sveikatą per itin integruotas ir lanksčias socialines bei sveikatos priežiūros intervencijas. Šis modelis taip pat transformuoja paslaugų tinklą, nukreipdamas išteklių perskirstymą, kovodamas su naujomis institucionalizacijos formomis ir nustatydamas socialinės-ekonominės bei būsto įtraukties galimybes.

Sveikatos biudžeto modelis dabar plinta po Italijos regionus, nors netolygiai; patirtys skiriasi techniniais, profesiniais, administraciniais aspektais, finansavimo būdais, eksperimentų apimtimi ir trukme.

Pagrindinis jo tikslas – skatinti ir atgaivinti teritorinę pagalbą psichikos sveikatos srityje, laikant bendruomenę atskaitos sistema, saugant žmogaus teises ir psichikos sveikatos problemų turinčių žmonių orumą, skatinant, kai tik įmanoma, įtraukia ir dalyvaujamąją priežiūrą bei gerinant paslaugų kokybę ir saugumą pacientų, jų šeimų ir paslaugų teikėjų labui.

Šios strateginės gairės gali būti laikomos taikytinomis, atlikus konkrečius pritaikymus ir tinkamus koregavimus, visiems projektams, skirtiems asmenims, turintiems sudėtingų socialinių ir sveikatos priežiūros poreikių, kuriems tinka įgalinančios ir vystymąsi skatinančios intervencijos.

Italijoje parengtas nacionalinis pavyzdys (Strategic Guidelines: Designing the Health Budget with a Person-Centered Approach – Proposal of Qualifying Elements), kuriame pateikiamos administracinės ir veiklos gairės Sveikatos biudžeto modelio įgyvendinimui, buvo išverstas ir paskelbtas JA MENTOR svetainėje, jis prieinamas šioje nuorodoje: <https://ja-mentor.eu/wp-content/uploads/2025/06/Strategic-guidelines-for-health-budget-Italy-JA-MENTOR-Layout.pdf>

3.2 Sveikatos biudžeto metodikos taikymo patirtys

Temai pristatyti buvo atlikta tarptautinės literatūros apžvalga ir surinkta Regionų bei autonominių provincijų dokumentacija, siekiant nustatyti „gerąją praktiką“ ruošiantis nacionalinei konsensuso konferencijai.

Tarptautinės literatūros sisteminė apžvalga nustatė 29 publikacijas, susijusias su Sveikatos biudžeto modeliu psichikos sveikatos kontekste, tiek iš kokybinės, tiek iš kiekybinės

perspektyvos. Joje apibendrinti naujausi įrodymai apie intervencijas, rezultatus ir Sveikatos biudžeto kaštų efektyvumą asmenims, turintiems psichikos sveikatos sutrikimų. Iš 29 atrinktų tarptautinių tyrimų, apėmusių apie 11 541 naudotoją, šeimos narius ir specialistus, vienuolika tyrimų atlikta Jungtinėje Karalystėje, 11 – Jungtinėse Amerikos Valstijose, 6 – Italijoje ir vienas – Australijoje laikotarpiu nuo 2013 m. balandžio iki 2021 m. rugsėjo. Į sisteminę apžvalgą įtraukti tyrimai atskleidžia tam tikrus apribojimus, dėl kurių sunku apibendrinti rezultatus. Pirma, šalių pasiskirstymas tyrimuose atspindi tik Vakarų pasaulį. Be to, lyginti Sveikatos biudžetus tarp šalių sudėtinga dėl reikšmingų jų sveikatos priežiūros sistemų skirtumų. Antra, daugelio tyrimų imtys yra mažos, dauguma tyrimų yra kokybiniai, nenaudojamos validuotos rezultatų vertinimo priemonės, o tyrimų kokybė ne visada tenkinanti. Trečia, įtrauktų tyrimų imtys ne visada reprezentuoja tiriamą populiaciją ir dažnai stokoja išsamaus pacientų fenotipų aprašymo. Galiausiai dažnai nepateikiama informacija apie Sveikatos biudžete naudotus ekonominius išteklius. Atsižvelgdami į šiuos apribojimus, galime padaryti keletą bendrų išvadų. Patvirtinti teigiami rezultatai asmenims, turintiems psichikos sveikatos sutrikimų ir naudojantiems Sveikatos biudžetą, ypač paciento pasirinkimo ir jo sveikimo kelio kontrolės aspektais. Sveikatos biudžeto naudojimas šiems asmenims parodė įvairią naudą, įskaitant paciento įgalinimą, didesnę suinteresuotųjų šalių įsitraukimą, priežiūros teikėjų ir personalo dalyvavimą apibrėžiant Sveikatos biudžetą bei savalaikę ir tinkamą prieigą prie gydymo. Be to, keli tyrimai parodė, kad naudotojai išreiškė pasitenkinimą Sveikatos biudžetų įgyvendinimu.

Be to, Italijoje Sveikatos biudžetas pagerino naudotojų klininius rezultatus, gyvenimo kokybę, įsitraukimą į apmokamą darbą ir patirtis užimtumo bei savarankiško gyvenimo srityse, o teigiamas poveikis išplito visai šeimai ir paramos tinklui. Įrodymai parodė, kad Sveikatos biudžetas lėmė reikšmingus pokyčius išteklių naudojime ir individualizuotų intervencijų požiūriuose, todėl šeimoms ir nacionalinėms sveikatos sistemoms sumažėjo sąnaudos. Tačiau keliuose tyrimuose buvo išreikštas susirūpinimas dėl Sveikatos biudžeto taikymo. Šeimos laikė Sveikatos biudžeto valdymą ir procedūras sudėtingomis bei keliančiomis stresą, taip pat sunkia laikė jo įgyvendinimą kartu su specialistais, todėl jautėsi mažiau įtrauktos į artimojo priežiūrą. Kai kuriuose tyrimuose specialistai Sveikatos biudžeto valdymą vertino kaip papildomą našta savo darbe.

Turtinga patirtis atskleidė įvairias Sveikatos biudžeto praktikas ir sampratas, atspindinčias vietos kontekstų kultūras ir poreikius bei istoriškai susiformavusius procesus, ypač psichikos sveikatos srityje, susijusioje su psichiatrijos ligoninių uždarymu. Tačiau iš sukauptų patirčių

taip pat išryškėjo poreikis skatinti Sveikatos biudžeto modelį, kad būtų palengvinti horizontalaus pobūdžio organizaciniai pokyčiai gerovės paslaugose.

Reglamentavimo požiūriu taip pat išryškėjo poreikis koordinuoti ir integruoti Viešųjų pirkimų kodekso ir Trečiojo sektoriaus kodekso nuostatas su administracine praktika, galinčia pasiekti Sveikatos biudžeto tikslus. Sveikatos ir socialinė praktika turėtų būti lanksti ir leisti pertvarkyti paslaugas taip, kad būtų stiprinamas individualizavimas, sudaromos sąlygos rizikos ir naudos vertinimui bei novatoriškam paslaugų ir bendruomenės išteklių panaudojimui, sutelkiant dėmesį į asmenį.

Todėl būtina apibrėžti administracines procedūras, kurios sudarytų sąlygas lankstumui ir inovacijoms taikant šį modelį. Projekto strategija siekia, kad Sveikatos biudžetas paslaugų praktikoje taptų vis aiškesnis ir labiau įtvirtintas, skatinant jo naudojimą ir tinkamą taikymą regioniniu lygmeniu.

Bendrieji veiksmai MENTAL HEALTH TOGETHER (MENTOR) siekia skatinti psichikos sveikatą ir gerovę, dalijantis patirtimi plačiame spektre – nuo politinių iniciatyvų iki klinikinės ir profesinės praktikos. Jis remiasi įrodymais pagrįsta gerąja praktika ir ją pritaiko ilgalaikiam tvarumui, siekdamas gerinti psichikos sveikatos rezultatus tiek individualiu, tiek gyventojų lygmeniu.

Šios iniciatyvos dalis – speciali užduotis, skirta integruotos priežiūros keliui, skatinančiam psichikos sveikatos sutrikimų turinčių žmonių socialinę įtrauktį ir gyvenimo kokybę. Šiame kontekste parengta Žinių mainų ataskaita (prieinama šioje nuorodoje: <https://ja-mentor.eu/index.php/recources/>), kurios pagrindinis tikslas buvo įvertinti vietos gyventojų poreikius, prieinamas paslaugas ir atitinkamą politiką. Šį vertinimą atliko daugiadalykė grupė, sudaryta iš ministerijų atstovų, viešųjų agentūrų, psichikos sveikatos ir socialinio darbo specialistų, savivaldybių bei asmenų, turinčių asmeninės patirties.

Veikla, lėmusi šios ataskaitos parengimą, prasidėjo nuo išsamaus poreikių, paslaugų ir psichikos sveikatos politikos dalyvaujančiose šalyse ir regionuose vertinimo. Grupė, atstovaujanti tiek viešajam, tiek privačiajam sektoriams, vadovavo išsamiai esamų sistemų ir paslaugų, remiančių asmenis, turinčius psichikos sveikatos sutrikimų, peržiūrai.

Svarbi šio proceso dalis buvo bendras apklausos kūrimas, vykdytas partnerių bendradarbiaujant. Apklausos tikslas buvo surinkti svarbią informaciją trijose pagrindinėse srityse:

1. vietos gyventojų nustatyti poreikiai, pasiūlymai ir iššūkiai;
2. socialinių ir sveikatos priežiūros paslaugų, skirtų asmenims, turintiems psichikos sveikatos sutrikimų, charakteristikos;
3. esama nacionalinė politika, susijusi su integruotais socialinės ir sveikatos priežiūros keliais.

Visi aktyvūs dalyviai ir stebėtojai sukūrė ir tobulino „Apklausą dėl integruotos priežiūros kelio, skirtą skatinti psichikos sveikatos sutrikimų turinčių žmonių socialinę įtrauktį ir gyvenimo kokybę, apibrėžimo“, kuri buvo parengta anglų kalba ir išversta / pritaikyta į italų, ispanų, ukrainiečių ir lenkų kalbas.

Apklausoje buvo šie skyriai:

- 1 dalis – Sveikatos ir socialinių paslaugų / psichikos sveikatos ir socialinės priežiūros sistemų organizavimas
- 2 dalis – Teikiamų intervencijų tipai
- 3 dalis – Naudos ir finansavimo mechanizmai
- 4 dalis – Psichikos sveikatos ir socialinio sektoriaus informacinės sistemos
- 5 dalis – Asmens sveikatos biudžetas (ASB): nacionalinė politika ir vietos patirtys
- 6 dalis – ASB struktūrizavimas
- 7 dalis – Vietos patirtys, susijusios su ASB ir integruota sveikatos-socialine priežiūra
- 8 dalis – Esamos sistemos stiprybės ir iššūkiai

Iš viso prie apklausos prisijungė 401 dalyvis, iš kurių 67 % (n = 268) ją užpildė visiškai arba iš dalies. Atsakymai buvo gauti iš:

- 176 Ukrainoje
- 39 Italijoje
- 34 Ispanijoje
- 12 Lenkijoje
- po 1 iš Estijos, Vokietijos, Rumunijos ir Latvijos

Dalyvaujančių šalių ir regionų poreikių, paslaugų ir psichikos sveikatos politikos vertinimas kartu su Žinių mainų ataskaitoje pateiktais apklausos rezultatais tapo šio dokumento pagrindu.

3.3. Europos asmens sveikatos biudžeto taikymas

Asmens sveikatos biudžetas (ASB) yra novatoriška metodika, pagal kurią sveikatos ir socialinės paslaugos dirba kartu, kad užtikrintų integruotas intervencijas šiose srityse:

- Gebėjimas jausti ir reikšti emocijas/ socialumas / gyvenimo ir santykių įgūdžiai
- Švietimas – mokymas – įdarbinimas
- Būstas

Kiekvieną asmenį lydi individualiai pritaikytas individualus projektas, sukurtas pagal jo konkrečius poreikius ir pageidavimus, naudojant turimus viešuosius / asmeninius / privačius išteklius.

Asmens įgalinimas turėtų būti remiamas jo įsitraukimu ir informuotu sutikimu kiekviename etape, suteikiant tinkamą paramą prasmingam dalyvavimui užtikrinti tais atvejais, kai sprendimų priėmimas yra sudėtingas.

3.4. Perėjimas nuo standartizuotų paslaugų paketų prie individualiai pritaikytos pagalbos

Psichikos sveikatos būklių turintys žmonės kartu kuria į asmenį orientuotus, į sveikimą nukreiptus priežiūros planus ir pasirenka paslaugas, atitinkančias jų poreikius, pageidavimus ir gyvenimo tikslus, o visa tai remiama koordinuotais veiksmais mikro-, mezo- ir makrolygmenimis, skatinant savarankiškumą ir įtrauktį į bendruomenę.

Veiksmai, skirti atliepti kintančius asmens poreikius, pageidavimus ir siekius, atsižvelgiant į jo konkretų funkcinį profilį, aplinkos kontekstą ir asmeninius tikslus.

Klinikinių, edukacinių, socialinių ir santykių intervencijų integracijai būtinas nuoseklumas tarp paslaugų ir tęstinumas laikui bėgant.

Dinaminė priemonė, kuri nukreipia individualizuotas priežiūros trajektorijas, stiprina dalyvavimą ir skatina savarankiškumą bei gyvenimo kokybę viso gyvenimo eigoje.

4. PAGRINDINIAI integruotos priežiūros kelio KOMPONENTAI

Žemiau pateikiami kvalifikuojantys elementai, kurie visi turi kartu egzistuoti apibrėžiant Sveikatos biudžetą, taip pat veiklos elementai, apimantys tinkamus administracinius kelius ir priemones. Šios dvi sritys turi vykti lygiagrečiai. Siekiant proceso vienovės ir visiško Sveikatos biudžeto kelių įgyvendinimo, būtina sukurti sąlyčio taškus tarp klinikinės-priežiūros ir administracinių komponentų.

4.1. Daugiadalykė komanda

Sveikatos biudžetas skirtas asmenims, kuriuos prižiūri teritorinių sveikatos paslaugų tinklas ir kurie turi sudėtingų socialinių bei sveikatos priežiūros poreikių. Sveikatos biudžeto centre yra asmuo, vertinamas savo bendruomenės kontekste ir matomas visų savo išteklių, socialinių ir sveikatos priežiūros poreikių, santykių bei tikslų visumoje, kurių atžvilgiu jis gali įgyvendinti savo teisę į apsisprendimą. Sveikatos biudžetas remia individualizuotus projektus, skirtus skatinti asmens gyvenimą jo pasirinktame būste, įtraukiant įvairius bendruomenės dalyvius.

Sveikatos biudžetas yra viešai valdomas ir koordinuojamas, kad būtų užtikrinta tikra socialinės ir sveikatos priežiūros integracija. Prašymą aktyvuoti Sveikatos biudžetą, kurį taip pat gali inicijuoti pats asmuo ir (arba) jo teisinis atstovas, turi pateikti už atvejį atsakingas sveikatos priežiūros, socialinės sveikatos priežiūros ar socialinių paslaugų specialistas. Jo tikslas – įgalinti asmenis, visapusiškai įgyvendinant jų teises ir gerbiant pilietines pareigas. Sveikatos ir socialinės paslaugos dirba kartu, laikydamosi nacionalinių / regioninių teisės aktų. Sveikatos paslaugos užtikrina klinikinę priežiūrą ir gydymo tęstinumą, o socialinės paslaugos – prieigą prie socialinių teisių, išmokų ir bendruomeninės paramos. Daugiaprofesinė komanda yra veiklos aplinka bendrajam vertinimui, bendram planavimui ir stebėsenai. Procesą koordinuoja atvejo vadybininkas.

Socialinis komponentas užtikrina pilietybės teises ir pareigas, o sveikatos priežiūros komponentas saugo teisę į sveikatą; abu jie prisideda prie teisės į įgalinimą. Kiekviena tarnyba laikosi savo reglamentų teikdama intervencijas. Socialinės ir sveikatos priežiūros komanda, kurią sudaro bent vienas sveikatos priežiūros, vienas socialinės sveikatos priežiūros ir vienas socialinis specialistas, turi įtraukti paties asmens, bet kurio pagal įgaliojimus paskirto teisinio globėjo ir, asmeniui paprašius, reikšmingų jam asmenų indėlį. Socialinės ir sveikatos priežiūros komanda, kurią sudaro bent vienas sveikatos priežiūros, socialinės sveikatos priežiūros ir socialinis specialistas, turi įtraukti paties asmens, bet kurio pagal įgaliojimus paskirto globėjo ir, asmeniui pageidaujant, kitų reikšmingų asmenų indėlį.

Tokia sąranga užtikrina, kad asmuo aktyviai dalyvautų vertinant poreikius ir išteklius bei įgyvendintų savo teisę į apsisprendimą dalijantis priežiūra ir apibrėžiant savo gyvenimo projektą, į kurį jis gali sąmoningai investuoti savo išteklius, įskaitant finansinius.

Daugiaprofesinė komanda turėtų būti sudaryta taip:

- **Sveikatos komponentas:** bent vienas sveikatos priežiūros arba socialinės sveikatos priežiūros specialistas, atsakingas už asmens priežiūrą, atsižvelgiant į bet kokias specifines gretutines ligas.
- **Socialinis komponentas:** socialinis darbuotojas iš vietos valdžios institucijos kartu su kitais švietimo ar socialiniais specialistais, dalyvaujančiais asmens palaikyme.

5.4 MENTOR apklausoje, atsakant į klausimą „Ar yra suformuota daugiadalykė komanda psichosocialiniam funkcionavimui įvertinti ir priežiūros planui parengti?“, dauguma šalių nurodė, kad tokia komanda yra. Dauguma komandos specialistų yra psichiatrai, psichologai, slaugytojai, socialiniai darbuotojai, bendrosios praktikos gydytojai, ergoterapeutai, reabilitacijos terapeutai ir kiti.

Daugiadalykinėje komandoje turėtų būti bent vienas sveikatos komponento specialistas ir bent vienas socialinio komponento specialistas.

Remiantis ataskaita, siūlomi sveikatos komponento specialistai yra psichiatras, psichologas ir slaugytojas, o socialiniam komponentui rekomenduojamas socialinis darbuotojas.

Psichikos sveikatos sutrikimų turintis asmuo VISADA turėtų būti pagrindinis komandos narys ir priimti sprendimus pagal savo pageidavimus; globėjai įtraukiami tik tada ir tiek, kiek pats asmuo pasirenka. Dalyvavimas užtikrinamas per bendrą sprendimų priėmimą, išankstinį planavimą, palaikomą savitvarką ir į asmenį orientuotą, į sveikimą nukreiptą priežiūrą.

4.2. Daugiamatis vertinimas ir priemonės

Įgalinantis požiūris siekia sukurti pasitikėjimu grįstą santykį, kad būtų galima atlikti daugiadalykinį ir daugiamatį poreikių bei išteklių vertinimą ir apibrėžti Sveikatos biudžetą. Šis vertinimas turi būti atliekamas santykio ir dialogo su asmeniu pagrindu, naudojant validuotas ir standartizuotas priemones, ir turi apimti visas šias sritis:

- Klinikinė sritį
- Psichosocialinio funkcionavimo sritį

- Asmeninių ir bendruomenės poreikių bei išteklių sritį
- Gyvenimo kokybės sritį

Nustačius diagnozę ir apibrėžus sveikatos priežiūros planą, kiekvienam asmeniui turėtų būti pasiūlyta kurti gyvenimo projektą, pritaikytą visoms svarbioms sritims. Jei asmuo sutinka, specialistas turėtų inicijuoti sveikatos priežiūros plano apibrėžimą ir suplanuoti susitikimą su asmeniu ir daugiaprofesine komanda, kurią sudaro bent vienas sveikatos specialistas ir vienas socialinės priežiūros specialistas.

Integruotos priežiūros kelias turėtų būti grindžiamas asmens pageidavimais. Procesas prasideda nuo klinikinės būklės ir funkcinio profilio įvertinimo. Toliau daugiaprofesinė komanda turėtų įvertinti asmens poreikius ir pageidavimus. Galiausiai komanda turėtų apibrėžti intervencijas nustatytose srityse (sveikata, būstas, mokymas / švietimas / užimtumas, mokymasis / socializacija / afektyvumas), kurias prioritetu laiko pats asmuo. Be to, kelias turėtų pripažinti, kad psichikos sveikatos krizės gali paveikti šeimą ir socialinius tinklus; todėl socialinės intervencijos bus parenkamos taip, kad padėtų asmeniui tvarkytis su šeimos ir socialiniais vaidmenimis.

Turi būti paskirtas atvejo vadybininkas ir įvertinti asmens asmeniniai bei bendruomenės ištekliai, atsižvelgiant į klinikinį profilį ir šalyje prieinamas paslaugas. Šiame etape gali būti nustatytas asmens sveikatos biudžetas.

4.2.1. ASB apibrėžimas taikant BENDRO PROGRAMAVIMO ir BENDRO VALDYMO POŽIŪRĮ

Tikslinė amžiaus grupė yra 18 metų ir vyresni asmenys, tačiau esant prašymui ir klinikiniam / psichosocialiniam poreikiui pereinamuoju laikotarpiu gali būti įtraukiami ir jaunesni žmonės.

Daugiadalykės komandos susitikime, kuriame dalyvauja psichikos sveikatos sutrikimų turintis asmuo, vertinami šie aspektai:

- klinikinės būklės
- funkcionavimo profilis
- gyvenimo kokybė.

Po susitikimo vyksta bendras planavimo procesas, suskirstytas į šiuos etapus:

1. Suprasti individualius asmens poreikius ir pageidavimus.



2. Asmuo prašo intervencijų konkrečiose srityse, tokiose kaip sveikata, būstas, mokymas / užimtumas, švietimas, socializacija ir afektyvumas.
3. Nustatyti intervencijas kiekvieno subjekto pasirinktose / pasiūlytose srityse (bendrakūra)
4. Nustatyti prieinamus asmeninius ir bendruomenės išteklius.
5. Nustatyti atvejo vadybininką svarbiausioje srityje.
6. Nustatyti ASB ir pasirašyti.

Siekiant paremti tiek vertinimą, tiek bendro planavimo procesą, buvo naudojamas standartizuotų priemonių rinkinys. Priemonės buvo parinktos taip, kad būtų nemokamos, kiek įmanoma prieinamos keliomis kalbomis ir jau naudojamos valstybių narių klinikinėje praktikoje.

Mokslinė literatūra siūlo naudoti šias priemones klinikinėms būklėms, psichikos sveikatai ir psichosocialiniam funkcionavimui vertinti (Gelkopf, Mazor, Roe, 2022):

- Health of the Nation Outcomes Scale (HoNOS; HoNOS secure, HoNOS- ABI, HoNOS-LD, HoNOS 65+);

Mokslinė literatūra siūlo naudoti šias priemones bendram funkcionavimui, negaliai ir funkciniam sutrikimui vertinti (Gelkopf, Mazor, Roe, 2022):

- GAF (Global Assessment of Functioning)

Mokslinė literatūra siūlo naudoti šias priemones gyvenimo kokybei vertinti (Gelkopf, Mazor, Roe, 2022):

- WHOQoL-Bref (Pasaulio sveikatos organizacijos gyvenimo kokybė), prieinama keliomis kalbomis: <https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-bref>

4.3. Individualizuota ir integruota intervencija

Nustatyti intervencijas kiekvienam asmeniui pasirinktose / pasiūlytose srityse, taip pat atsižvelgiant į individualius poreikius ir pageidavimus:

- Sveikata
- Būstas
- Mokymas / švietimas / užimtumas
- Mokymasis / socializacija / afektyvumas

Apibrėžti pagrindinį intervencijų tikslą (trumpalaikį ir ilgalaikį), dieną / valandą, įtrauktus specialistus, prieinamus išteklius, stebėsenos rodiklius.

Žemiau išvardytos intervencijos pirmiausia buvo nustatytos iš MENTOR 5.4 apklausos (2 dalis: teikiamų intervencijų tipai), kurioje buvo žemėlapiškai apibendrinta dabartinė praktika dalyvaujančiose valstybėse narėse / regionuose. Apklausos rezultatai buvo patikslinti grupės diskusijose ir vėliau susisteminti į keturias ASB sritis. Intervencijos turėtų būti parenkamos iš šio sąrašo:

Sveikatos intervencija	Būsto intervencija	Mokymo / švietimo / užimtumo intervencija	Mokymosi / socializacijos / afektyvumo intervencija
Ambulatorinė terapija	Būstas, kuriame teikiama priežiūra	Profesinės paramos paslaugos	Palaikomo užimtumo programos
Stacionarinė psichiatrinė priežiūra	Savarankiško gyvenimo įgūdžių lavinimas	Profesinio mokymo programos	Socialinių įgūdžių lavinimas
Vaistų vartojimo valdymas / stebėsena	Pereinamojo būsto programos	Darbo vietos parinkimas ir užimtumas	Parama globėjams
Psichologinė intervencija	Ilgalaikės gyvenamosios įstaigos	Įgūdžių ugdymo dirbtuvės	Pagalba būstui arba palaikomo gyvenimo formos
Kultūrinė ir kūrybinė terapija	Skubi pagalba būstui	Palaikomo švietimo programos	Bendraamžių paramos grupės
Psichologinė parama	Būstas pirmiausia	Stażuotės ar pameistrystė su psichikos sveikatos parama	Integracijos į bendruomenę programos
Dienos stacionaras	Kita	Kooperatyvai ir socialinės įmonės	Asmeninio savarankiškumo programos
Bendruomeninė reabilitacijos programa		Bendruomeninės laisvalaikio programos	Laiko banko arba savanoriškos veiklos programos

Bendruomeninis psichikos sveikatos stiprinimas		Mentorystės arba darbo koučingo programos	Bendruomeninė kultūrinė programa
Fizinės sveikatos stebėseną		Jaunimo perėjimo programos	Kita
Krizės intervencijos paslauga		Kita	
Šeimos intervencija			
Savižudybių prevencijos programos			
Tikslinės intervencijos konkrečioms grupėms			
Kita			

Sveikatos biudžetas integruoja asmens priežiūros kelią su jo gyvenimo projektu. Remiantis vertinimais, atliktais visose intervencijos srityse (būstas / gyvenamoji aplinka, švietimas / darbas, socializacija ir mokymasis / raiška / komunikacija), kartu su asmeniu, atsižvelgiant į jo pageidavimus, parengiamas individualizuotas „Individualizuotas terapinės reabilitacijos projektas“. Individualizuotas terapinės reabilitacijos projektas apibrėžia veiksmus ir tikslus kiekvienoje srityje ir, kaip į sveikimą orientuotas priežiūros kelias, vystosi kartu su gyvenimo projektu.

4.4. Asmens sveikatos biudžeto apibrėžimas

Kadangi rezultatus galima pateikti įvairiais būdais, daugiaprofesinė komanda turėtų apibrėžti šias galimybes ir nustatyti tinkamiausią požiūrį, kad asmuo gautų didžiausią galimą naudą ir finansavimą. Specialistai turėtų nustatyti bendruomenėje prieinamus išteklius ir, jei yra konkrečių išmokų, suteikti asmeniui atitinkamą informaciją. Kartu su asmeniu turėtų būti išanalizuotos prieigos kliūtys. Atvejo vadybininko buvimas gali palengvinti finansavimo prašymų teikimą, tačiau tai gali būti sudėtinga tiems asmenims, kuriems pirmiausia reikia sužinoti, kaip kreiptis dėl atvejo vadybininko.

Daugiaprofesinę komandą sudaro psichikos sveikatos paslaugų sveikatos priežiūros specialistas ir savivaldybės socialinis darbuotojas.

Komanda turėtų:

- **nustatyti prieinamus išteklius** (profesinius, asmeninius, ekonominius ir kt.)
- **su kiekvienu asmeniu parinkti** tinkamiausias galimybes ir palengvinti prieigą prie jų

4.4.1. Iššūkiai kuriant ASB

Kaip aprašyta Žinių mainų ataskaitoje, pagrindiniai iššūkiai kuriant asmens sveikatos biudžetus yra glaudžiai susiję su aplinkų, finansavimo šaltinių bei sveikatos ir socialinių sistemų skirtumais. Pavyzdžiui, Italijoje ir Ispanijoje ASB turi veikti tarp bendruomenės psichikos sveikatos centrų, socialinių paslaugų ir vietos savivaldybių, kurių kiekviena turi savas taisykles ir prioritetus, todėl koordinavimas tarp aplinkų yra sudėtingas. Ukraina, Lenkija, Rumunija ir Latvija susiduria su panašiu susiskaidymu, kurį dar labiau apsunkina silpnesnė bendruomeninė infrastruktūra, todėl ASB turi sujungti ligoninių paslaugas, nepakankamai išvystytą socialinę priežiūrą ir dažnai neformalią šeimos paramą. Finansavimo šaltiniai taip pat skiriasi: kai kuriose Italijos ir Ispanijos vietovėse ištekliai daugiausia gaunami iš regioninių sveikatos biudžetų ir savivaldybių, o tokiose šalyse kaip Lenkija, Rumunija ar Ukraina tenka derinti socialines išmokas, neįgalumo pensijas ir atsitiktinius projektinius fondus, o tai sukuria neapibrėžtumą ir nelygybę prieigos srityje. Vokietija ir Estija parodo dar vieną sudėtingumo lygmenį, kai ASB (ar analogiškos priemonės) turi būti pritaikytos sistemose, daugiausia grindžiamose sveikatos draudimu ir atskiromis socialinio draudimo schemomis, todėl reikia susitarimų tarp draudikų, socialinių paslaugų ir vietos valdžios institucijų. Apskritai Ukrainoje, Italijoje, Ispanijoje, Lenkijoje, Estijoje, Vokietijoje, Latvijoje ir Rumunijoje ASB labiau iššūkius kelia ne pati idėja, o poreikis sujungti labai skirtingas paslaugų aplinkas, suderinti kelis nestabilius finansavimo šaltinius ir orientotis įvairiose sveikatos bei socialinės apsaugos sistemose – nuo iš mokesčių finansuojamų viešųjų modelių iki draudimu grindžiamų sistemų.

JA MENTOR skatins šalių lyginamąją analizę, siekiant nustatyti perkeliamus įgyvendinimo sprendimus tarp šalių / regionų, turinčių panašias sveikatos ir socialinės apsaugos sistemas, ir parengs praktines galimybes, kurios galėtų padėti kitoms šalims plėsti ASB taikymą.

4.5. Atvejo vadybininko identifikavimas

Kad Sveikatos biudžetas taptų veiksmingas, būtinas sutikimas, kuris išreiškiamas asmens pasirašomu susitarimu, kuriame detalizuojami visų dalyvaujančių šalių tikslai ir įsipareigojimai. Šis susitarimas yra neatskiriama Sveikatos biudžeto dalis.

Įgyvendinimo etape Sveikatos biudžetą turi nuolat stebėti ir peržiūrėti socialinės ir sveikatos priežiūros komanda, bent kartą per metus, aktyviai dalyvaujant pačiam asmeniui. Šį stebėsenos ir peržiūros procesą koordinuoja planavimo etape paskirtas atvejo vadybininkas. Peržiūroje taip pat atsižvelgiama į rezultatų rodiklius.

Siekiant sudaryti sąlygas Sveikatos biudžeto taikymui ir užtikrinti proceso kokybę, kartu palengvinant jo diegimą visose teritorijose, būtina apibrėžti platų ir plačiai taikomą strateginį planą, pagrįstą Darbo grupės sutartais kvalifikuojančiais ir veiklos elementais. Į šį planą taip pat turėtų būti įtrauktas tinkamas esminės strateginės informacijos rinkinys.

Konkrečiau, būtina per Vieningąją konferenciją pasidalyti strateginiu dokumentu, kuriame pateiktos gairės, pasiekiant formalų susitarimą, pagal kurį regionai ir autonominės provincijos įsipareigotų perimti jo turinį per savo priemones ir (arba) įgyvendinimo planus. Be to, turėtų būti sukurta nacionalinė periodinė stebėsenos sistema, taikant struktūrizuotus įgyvendinimo metodus, naudojant proceso kokybės ir gyvenimo kokybės rezultatų rodiklius.

- a) Priskirta pagal sritį, kurioje sutelkta daugiausia intervencijų (sveikatos arba socialinės priežiūros).
- b) Aiškiai apibrėžia savo vaidmenį, informuodamas asmenį apie prieinamas išmokas ir palengvindamas prieigą prie jų, naudodamas motyvacinio interviu metodą, kad skatintų įsitraukimą ir aktyvų dalyvavimą.

4.5.1. Naujausia literatūra apie atvejo vadybininką: pagrindinės funkcijos ir vaidmenys

Atvejo vadybininkai teikia įvairią pagalbą, įskaitant santykinę paramą, nuoseklumą, validavimą, socialinį ryšį, pagalbą kasdieniame gyvenime ir profesinę paramą. Ši pagalba pritaikoma unikaliems psichikos sveikatos paslaugų naudotojų poreikiams, pabrėžiant santykio kūrimą, pripažinimą ir nuoseklų įsitraukimą kaip pagrindines funkcijas (Fitzgerald et al., 2024). Atvejo vadybininkai taip pat veikia kaip paslaugų koordinatoriai, padėdami klientams orientuotis sudėtingose sistemose siekiant gauti būstą, išmokas, sveikatos priežiūrą ir socialinę paramą, dažnai dirbdami bendruomenės aplinkoje (Kim et al., 2020).

4.5.2. Pagrindinės atvejo vadybininko funkcijos

Atvejo vadybininkai, dirbantys su žmonėmis, turinčiais psichikos sveikatos poreikių, yra atsakingi už įvairias palaikomąsias veiklas, įskaitant:

- priežiūros plano įgyvendinimo koordinavimą sveikatos, socialinėse ir bendruomenės paslaugose, kad pacientai laiku gautų tinkamą paramą.
- terapinių santykių kūrimą, kurie skatina pasitikėjimą, validavimą ir pripažinimą, o tai itin svarbu paciento įsitraukimui ir sveikimui.
- pacientų poreikių gynimą, įskaitant prieigą prie būsto, finansinės pagalbos ir socialinių paslaugų, bei pagalbą orientuojantis sudėtingose sistemose.
- praktinės ir emocinės paramos teikimą, pavyzdžiui, pagalbą kasdieniame gyvenime, profesinę paramą ir socialinį ryšį.
- poreikių stebėseną ir vertinimą siekiant nustatyti psichikos sveikatos būklės pokyčius ir prireikus susieti pacientus su specializuota priežiūra.
- savarankiškumo ir atsigavimo skatinimą, įgalinant pacientus dalyvauti priežiūros planavime ir remiant jų nepriklausomumą.

4.6. Pasirašymas ir stebėseną

4.6.1. Rodiklių, skirtų ASB arba Europos bandomojo tyrimo stebėsenai, apibrėžimas

Šie rodikliai renkami šiais laiko momentais: T0 (pradinis lygis): priėmimo / gydymo pradžios metu ir T1 (tolesnis stebėjimas): išrašymo metu arba po iš anksto nustatyto stebėjimo laikotarpio (pvz., po 6 ar 12 mėnesių nuo T0):

1. Privalomojo gydymo / priverstinio hospitalizavimo atvejų skaičius ir bendra trukmė
2. Hospitalizacijų skaičius ir bendra trukmė
3. Klinikiniai ir funkciniai rezultatai
4. Vertinimo priemonės pagal amžių:
 - Suaugusieji (>18 metų): HoNOS, GAF, WHOQoL BREF
 - Vaikai ir paaugliai (<18 metų): HoNOSCA
5. Gydymo trukmė
6. Intervencijos tipas ir gydymo intensyvumas (valandos / dienos)

5. Integruotos priežiūros kelio FORMA

PAVARDĖ	VARDAS	GIMIMO DATA

PIRMOJO VIZITO DATA _____ PASKUTINIO ĮVERTINIMO / TOLIMESNIO STEBĖJIMO DATA _____

TLK diagnozės kodai _____

LYGIS PAGAL SUNKUMĄ

1 2 3

Užpildymo data: _____

VARDAS: _____ PAVARDĖ: _____

PRADŽIOS DATA: nuo patvirtinimo _____ PABAIGOS DATA: _____

INTENSIVUMO LYGIS:

NUSTATYTI BENDRO VALDYMO DALYVIAI:

PERŽIŪROS: kas ketvirtį _____ kas šešis mėnesius _____ kita _____

ASMENS DUOMENŲ LAPAS	
Gimimo vieta ir data	
Lytis	
Pilietybė	



Gyvenamosios vietos adresas (nurodykite, jei tai gyvenamoji vieta)	
Telefono numeris	
El. paštas	
DEMOGRAFINIAI DUOMENYS	
Neįgalumo pripažinimas ir %	
Neįgalumo statuso vertinimas	
Išsilavinimo lygis	
Užimtumas	
Kiti svarbūs duomenys	
IŠTEKLIAI	
Pensija / invalidumo pensija	
Priežiūros išmoka	
Naudojamos transporto priemonės	
Kiti pajamų šaltiniai (tipas / suma)	

DAUGIAMATIS VERTINIMAS

ŠEIMOS NARIAI / ATSKAITOS ASMENYS			
VARDAS	PAVARDĖ	SANTYKIO TIPAS	GYVENA KARTU taip / ne

SVEIKATOS / LIGOS / SUNKUMŲ ISTORIJA	
Priežiūros pradžia (data ir tarnyba)	
Šeimos anamnezė	
Asmeninė anamnezė	



Ankstesnės sveikatos intervencijos	
Ankstesnės socialinės intervencijos	

ASMENINĖ PRIEŽIŪRA		
Vertintini aspektai	Nustatytos situacijos aprašymas	Prioritetiniai poreikiai
<i>Pavyzdys</i>	<i>Nesilaikymas, atsisakymas gydytis, dalinis arba visiškas laikymasis, netaikoma</i>	
Farmakologinio gydymo laikymasis		
Terapinio plano laikymasis		

DIAGNOZĖ	TLK-10	TLK-10 APRAŠAS
Pagrindinė diagnozė		
Antrinė diagnozė		

FUNKCIONAVIMO PROFILIO VERTINIMAS

VERTINIMAS		
Testas <i>(pvz., HONOS, GAF, WHOQoL BREF)</i>	Atlikimo data	Rezultatai <i>(jei įmanoma, pateikite kiekvieno testo bendrus ir poskalių balus)</i>



Trumpas

aprašymas: _____

PRIORITETINIŲ POREIKIŲ VERTINIMAS KIEKVIENOJE SRITYJE

VERTINTINI ASPEKTAI	SITUACIJOS APRAŠYMAS	PRIORITETINIAI POREIKIAI	
Sveikata			
<i>Pavyzdys</i>	<i>vaistų terapijos taikymas</i>	<i>Nestabilus antipsichozinės terapijos laikymasis</i>	<i>Vaistų vartojimo ir galimų šalutinių poveikių stebėseną</i>
1a			
2a			
3a			
Mokymasis / socializacija / afektyvumas			
<i>Pavyzdys</i>	<i>Socialinė sąveika</i>	<i>Socialinė izoliacija</i>	<i>Kurti prasmingus santykius</i>
1b			
2b			
3b			
Mokymas / švietimas / užimtumas			
<i>Pavyzdys</i>	<i>Užimtumas</i>	<i>Dalyvauja stažuotėje, kuri vertinama kaip menkai tenkinanti</i>	<i>Prasmingos ir tenkinančios profesinės galimybės</i>
1c			
2c			
3c			
Būstas			



<i>Pavyzdys</i>	<i>Savarankiškas gyvenimas</i>	<i>Gyvena su nepalaikančiais tėvais</i>	<i>Savarankiškas gyvenimas</i>
1d			
2d			
3d			

SANTRAUKA, TIKSLAI IR BENDRAI VALDOMAS PLANAVIMAS

a. Sveikatos sritis

Gydymo grafikas (dienos / valandos)	Įtrauktas specialistas (pvz., psichiatras, psichologas, slaugytojas, socialinis darbuotojas)	Prieinami išteklių	Vidutinės trukmės tikslai (iki 6 mėn.)	Proceso rodikliai	Ilgalaikiai tikslai (nuo 6 iki 12 mėn.)
1b					
2b					
3b					

b. Mokymosi / komunikacijos / afektyvumo sritis

Gydymo grafikas (dienos / valandos)	Įtrauktas specialistas (pvz., psichiatras, psichologas, slaugytojas, socialinis darbuotojas)	Prieinami išteklių	Vidutinės trukmės tikslai (iki 6 mėn.)	Proceso rodikliai	Ilgalaikiai tikslai (nuo 6 iki 12 mėn.)
1b					
2b					
3b					

c. Mokymo / švietimo / užimtumo sritis



Cydymo grafikas (dienos / valandos)	Įtrauktas specialistas (pvz., psichiatras, psichologas, slaugytojas, socialinis darbuotojas)	Prieinami ištekliai	Vidutinės trukmės tikslai (iki 6 mėn.)	Proceso rodikliai	Ilgalaikiai tikslai (nuo 6 iki 12 mėn.)
1b					
2b					
3b					

d. Būsto sritis

Cydymo grafikas (dienos / valandos)	Įtrauktas specialistas (pvz., psichiatras, psichologas, slaugytojas, socialinis darbuotojas)	Prieinami ištekliai	Vidutinės trukmės tikslai (iki 6 mėn.)	Proceso rodikliai	Ilgalaikiai tikslai (nuo 6 iki 12 mėn.)
1b					
2b					
3b					



INTERVENCIJOS

Planuojami veiksmai	NUO..... IKI.....	Žmogiškieji ištekliai ir intensyvumo lygis (bendras mėnesinių valandų skaičius)	Mėnesinė intervencijos kaina
------------------------	----------------------	--	---------------------------------

PARAŠAI

Vaidmuo	Vardas ir pavardė (spausdintinėmis raidėmis)	Parašas
Naudos gavėjas / projekto vykdytojas		

Teisinis atstovas (jei taikoma)

Vaidmuo	Vardas ir pavardė (spausdintinėmis raidėmis)	Parašas
Tėvas / motina		
Globėjas		
Pagalbos administratorius		
Kita (nurodykite:)		

Atvejo vadybininkas (nurodykite profesinį vaidmenį)

Profesinis vaidmuo	Vardas ir pavardė (spausdintinėmis raidėmis)	Parašas
Atvejo vadybininkas (vaidmuo:)		



Daugiadalykė komanda

Profesinis vaidmuo	Vardas ir pavardė (spausdintinėmis raidėmis)	Parašas
Psichiatras	_____	_____
Psichologas	_____	_____
Socialinis darbuotojas	_____	_____
Slaugytojas	_____	_____
Ergoterapeutas / edukatorius	_____	_____
Kita (nurodykite: _____)	_____	_____

Trečiojo sektoriaus paslaugų teikėjas

Vaidmuo	Vardas ir pavardė (spausdintinėmis raidėmis)	Parašas
Organizacijos pavadinimas	_____	_____
Teisinis atstovas	_____	_____

Data, _____

6. Bibliografija

1. Arya, D. (2020). Case management, care-coordination and casework in community mental health services. *Asian journal of psychiatry*, 50, 101979. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.101979>.
2. Fitzgerald, S., Chronister, J., Zheng, Q. M., & Chou, C. C. (2025). The Meaning of Social Support for Mental Health Service-Users: The Case Managers' Perspective. *Community Mental Health Journal*, 61(2), 314-328. <https://doi.org/10.1007/s10597-024-01349-5>.
3. Gelkopf, M., Mazor, Y., & Roe, D. (2022). A systematic review of patient-reported outcome measurement (PROM) and provider assessment in mental health: goals, implementation, setting, measurement characteristics and barriers. *International Journal for Quality in Health Care*, 34(Supplement_1), ii13-ii27.
4. Kim, H., Oh, H., & Lee, H. (2020). Experiences of Case Managers Who Provide Residential Services to People with Mental Disorders Living in Independent Housing. *Stress*. <https://doi.org/10.17547/kjsr.2020.28.4.221>. Seo, M., & Kim, Y. (2022). Effects of Human Rights Sensitivity of case managers on the working relationships with people suffering from mental illness mediated by empathy. *European Psychiatry*, 65, S303 - S303. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.773>.

7. Kitas žingsnis: integruotos priežiūros kelio bandomasis įgyvendinimas ir stebėseną

Remiantis D.5.4.1 surinktais duomenimis, bus detalizuoti esminiai integruotos priežiūros kelio psichikos sveikatos (PS) srityje elementai, įtraukiant: 1. daugiadalykės komandos narius pradiniam vertinimui; 2. testavimo priemones ir klausimynus klinikiniais bei asmeniniams rezultatams vertinti; 3. standartizuotą formatą integruotų socialinių ir sveikatos intervencijų planavimui ir stebėsenai. Apibrėžtas dokumentas bus paskelbtas Bendrųjų veiksmų interneto svetainėje, kviečiant teikti atsiliepimus ir pasiūlymus suinteresuotąsias šalis, tokias kaip PS klinikiniai centrai, asmenys, turintys asmeninės patirties (PLE), NVO, savivaldybės ir kt. Visos pastabos bus peržiūrėtos grupės, siekiant galimų pakeitimų, po kurių dokumentas bus galutinai parengtas. Galutinis dokumentas bus išverstas į visas skirtingas Europos kalbas, kad būtų plačiau prieinamas ir suprantamas.

7.1. Sinergijos

Bendras integruotos priežiūros kelio apibrėžimo (5.4.2 potėmė) kūrimas paskatino vertingas sinergijas tarp projekto partnerių ir išorės suinteresuotųjų šalių.

1. Gerosios praktikos mainai tarp šalių

Dviejų savaitinių periodiškumo susitikimai ir nuolatinės diskusijos palengvino nacionalinės ir regioninės politikos, gairių bei strategijų, susijusių su integruota psichikos sveikatos priežiūra, mainus. Tai sustiprino tarpusavio mokymąsi ir praturtino apklausos turinį įvairiomis perspektyvomis, užtikrinant jos aktualumą skirtingoms sveikatos priežiūros sistemoms.

2. Tarpdisciplininis bendradarbiavimas

Ministerijų, viešųjų agentūrų, psichikos sveikatos paslaugų, socialinės gerovės ir darbo sektorių, asmenų, turinčių asmeninės patirties, ir trečiojo sektoriaus organizacijų (NVO, savanorių grupių ir ne pelno organizacijų) įtraukimas sustiprino daugiasektorinį požiūrį.

3. Stiprinti tinklai būsimiems veiksams

Apklausos sklaidos procesas sustiprino ryšius tarp skirtingų institucijų ir suinteresuotųjų šalių, padėdamas pagrindus būsimam bendradarbiavimui, kuris tęsis ir pasibaigus pradinei projekto apimčiai. Tikimasi, kad šie ryšiai palengvins būsimas bendras iniciatyvas, politikos plėtrą ir tyrimus integruotų priežiūros kelių bei socialinės įtraukties strategijų srityse.

4. Atitiktis politikos ir mokslinių tyrimų sistemoms

Surinkti duomenys prisideda ne tik prie projekto rezultatų, bet ir prie platesnių Europos ir nacionalinių politikos diskusijų apie psichikos sveikatos paslaugų gerinimą, socialinę įtrauktį ir integruotus priežiūros modelius. Per šią iniciatyvą įgytos žinios dera su esamomis ES sistemomis ir tarnauja kaip atskaitos taškas būsimiems tyrimams bei politikos rekomendacijoms.

Šios sinergijos – tiek planuotos, tiek nenumatytos – sustiprino bendrą projekto poveikį, skatindamos koordinuotą ir tvarų požiūrį į psichikos sveikatos priežiūrą vietos, regioniniu, nacionaliniu ir Europos lygmenimis.



Integruotos priežiūros kelio apibrėžimas

Autorius	Nacionalinis sveikatos institutas, Italija
Užduotis	5.4
Rezultato data	30 gegužės 2026
5.4 užduoties vadovo kontaktas	Marialuisa.Scattoni@iss.it



Co-funded by
the European Union

Šis Bendrieji veiksmai yra bendrai finansuojamas Europos Sąjungos sveikatos programos pagal dotacijos sutartį Nr. 101162928

Finansuojama Europos Sąjungos. Vis dėlto čia išreikštos nuomonės ir požiūriai yra tik autoriaus (-ių) ir nebūtinai atspindi Europos Sąjungos ar Europos sveikatos ir skaitmeninės vykdomosios įstaigos (HaDEA) poziciją. Nei Europos Sąjunga, nei dotaciją suteikusi institucija už juos neatsako.