

**Paslaugų  
ŽIV infekuotiesiems,  
sergantiesiems AIDS  
ir narkotikų vartotojams  
prieinamumas Lietuvoje**



2007 balandis

UDK 364:616.98(474.5)

Pa321

Studija parengta nevyriausybinių organizacijų ir ekspertų koalicijos „Galiu gyventi“ užsakymu pagal projektus *Tarpsektorinio bendradarbiavimo ir pajėgumų stiprinimas sprendžiant ŽIV/AIDS problemą Lietuvoje* ir *Geros politikos ir patirties sklaida sprendžiant narkomanijos problemą*.

Projektus remė JAV ambasada Lietuvoje, Šiaurės Ministrų Tarybos biuras ir Atviros visuomenės institutas.

Studijoje pateiktos nuomonės, išvados ir rekomendacijos nebūtinai sutampa su studijos rengimą parėmusių organizacijų pozicija.

ISBN 978-9955-608-40-0

© 2007 Koalicija „Galiu gyventi“  
Cituoiant šaltinį nuoroda būtina.  
Kitaip naudojant medžiagą būtinas koalicijos „Galiu gyventi“ leidimas.

# TURINYS

Sutrumpinimai .....	5
Terminologija .....	7
<b>I. PASLAUGŲ ŽIV INFEKUOTIESIEMS IR SERGANTIESIEMS AIDS PRIEINAMUMAS LIETUVOJE</b>	
I.1 Įvadas .....	9
I.2 Metodologija .....	10
Atlikti tyrimai .....	11
I.3 Testavimas ir su juo susijęs konsultavimas .....	13
I.4 Epidemiologinė stebėseną, gydymas, švietimas ir parama.....	20
I.4.1 CD4 ląstelių ir viruso krūvio kontrolė .....	21
I.4.2 Antiretrovirusinis gydymas ir gydymo režimo palaikymas.....	22
I.4.3 Oportunistinių (gretutinių) infekcijų profilaktika ir gydymas .....	26
I.4.4 Lytiškai plintančios infekcijos ir paliatyvi pagalba .....	27
I.4.5 ŽIV infekuotųjų ir jų artimųjų mokymas (konsultavimas), socialinė ir psichologinė pagalba .....	28
I.4.6 Sveikatos priežiūros įstaigos ir gydytojų kompetencija .....	30
I.5 ŽIV perdavimo motinos vaikui profilaktika.....	31
I.7 Apibendrinimas ir rekomendacijos .....	34
Literatūra ir šaltiniai .....	40
Priedas .....	47
Santrauka .....	49
Summary .....	53
Резюме .....	59
<b>II. PASLAUGŲ NARKOTIKŲ VARTOTOJAMS PRIEINAMUMAS LIETUVOJE</b>	
II.1 Metodologija .....	66
Teisinės bazės apžvalgos metodologija.....	68
Tarptautinių organizacijų ir užsienio šalių praktikos apžvalgos metodologija....	68
Literatūros sąrašas.....	69
II.2 Studijos rezultatai .....	70
III.2.1 Pirminė narkotikų vartojimo prevencija.....	70
II.2.2 Ankstyva narkotikų vartojimo (priklausomybės) diagnostika ir paslaugos eksperimentuojantiems su narkotikais asmenims .....	73
II.2.3 „Žemo slenksčio“ paslaugos narkotikų vartotojams .....	75

II.2.4 Abstinencijos ir priklausomybės gydymas ambulatoriškai ir stacionare .....	78
II.2.5 Socialinė-psichologinė rehabilitacija ir reintegracija į visuomenę .....	82
II.2.6 Ligų, kuriomis dažnai serga narkotikų vartotojai, diagnostika ir gydymas.....	85
II.3 Išvados.....	88
II.3.1 Teisinė bazė.....	88
II.3.2 Finansavimas .....	89
II.3.3 Konfidencialumas (stigma) ir visuomenės požiūris.....	89
II.3.4 Pagalbos tęstinumas.....	90
II.3.5 Specialistai.....	90
Priedai .....	91
Santrauka .....	100
Summary.....	104
Резюме .....	108

Nevyriausybinių organizacijų ir ekspertų koalicija „Galiu gyventi“ – tai nacionalinė pelno nesiekianti nevyriausybinė organizacija, jungianti asmenis ir organizacijas, siekiančias užtikrinti visuomenės dalyvavimą sprendžiant priklausomybių ir su jomis susijusias problemas. Koalicija veikia vadovaudamasi humanizmo, tolerancijos, partnerystės principais ir pagarba žmogaus teisėms bei laisvei, siekia skatinti valstybę formuoti bei įgyvendinti politiką, kuri užtikrintų pažeidžiamųjų grupių integraciją ir mažintų jų socialinę atskirtį, sprendžia su narkotikais ir kitomis priklausomybę sukeliančiomis medžiagomis bei ŽIV/AIDS susijusias problemas.

Daugiau informacijos: [www.galiugyventi.lt](http://www.galiugyventi.lt)

Šios studijos atsiradimas būtų neįmanomas be daugelio ekspertų ir organizacijų pagalbos: Virginijos Ambrazevičienės, Janinos Asadauskienės, Ritos Krikščiukaitytės, Giedriaus Likatavičiaus, Neringos Maleckienės, Raimondos Matulionytės, Agnės Marudinaitės, Jurgitos Poškevičiūtės, Astos Radvilaitės, Aleksandro Slatvickio, Emilio Subatos, Marijos Subataitės, Virginijos Stanionienės, Ramintos Štuikytės, Roko Uscilos, Rimos Vaitkienės, Irenos Vaicekavičienės taip pat Liubos Murauskienės ir Marijos Veniūtės iš Mokymų, tyrimų ir vystymo centro, asociacijos „Tavo drugys“ (anksčiau Narkotikų vartotojų tarpusavio iniciatyvos), „Lietuvos pozityviųjų grupės“, organizacijos „Pozityvus gyvenimas“. Taip pat be aktyvaus bendradarbiavimo su Atviros Lietuvos fondu, Kalėjų departamentu prie Lietuvos Respublikos Teisingumo ministerijos, Klaipėdos miesto, Mažeikių rajono, Molėtų ir Vilniaus miesto savivaldybių administracijomis, įvairių Lietuvos savivaldybių darbuotojais, dalyvavusiais teisiniame projekto tyrime, visiems tyrimų respondentams ir ypač asmenims, kuriuos asmeniškai paveikė ŽIV.

Studijos redaktorė: Raminta Štuikytė

Kalbos redaktorė: Leokadija Maižiešytė, Aldona Grigaitytė

## *Sutrumpinimai*

AIDS	įgytas imuniteto nepakankamumo sindromas (angl. Acquired Immune Deficiency Syndrome)
ARV	antiretrovirusiniai vaistai
ART	antiretrovirusinė terapija
ASPI	asmens sveikatos priežiūros įstaiga
BPL	bendrojo profilio ligoninės
EACS	Europos AIDS klinikinė draugija (angl. European AIDS Clinical Society)
EMCDDA	Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centras
ES	Europos Sąjunga
GMP	greitoji medicinos pagalba
JT	Jungtinės Tautos
KMUK	Kauno medicinos universiteto klinikos
LAC	Lietuvos AIDS centras
LNSS	Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema
LPI	lytiškai plintančios infekcijos
LR	Lietuvos Respublika
MTVC	viešoji įstaiga Mokymų, tyrimų ir vystymo centras
NKD	Narkotikų kontrolės departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės
NVO	nevyriausybinė organizacija
PLC	priklausomybės ligų centras
PPT	psichologinė pedagoginė tarnyba
PSC	psichikos sveikatos centras
PSDF	Privalomasis sveikatos draudimo fondas
PSO	Pasaulio sveikatos organizacija
PSPC	pirminės sveikatos priežiūros centras
PŽP	poekspozicinė ŽIV profilaktika

RNR	ribonukleino rūgštis
RTILUL	Respublikinė tuberkuliozės ir infekcinių ligų universitetinė ligoninė
SAMD	Socialinės apsaugos ir darbo ministerija
SAM	Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija
SP	sveikatos priežiūra
SVEIDRA	Privalomojo sveikatos draudimo fondo duomenų bazė
ŠG	šeimos gydytojas
ŠMM	Švietimo ir mokslo ministerija
ŠKP	švirkštų keitimo programa
TB	tuberkuliozė
TLK	teritorinė ligonių kasa
TLK-X	Tarptautinė statistinė ligų ir sveikatos problemų klasifikacija
UNAIDS	Jungtinių Tautų jungtinė AIDS programa (angl. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS)
VGPUL	Vilniaus greitosios pagalbos universitetinė ligoninė
VLK	Valstybinė ligonių kasa
VRC	vaiko raidos centras
VSC	visuomenės sveikatos centras
VTAT	Vaiko teisių apsaugos tarnyba
ŽIV	žmogaus imunodeficito virusas

## ***Terminologija***

ŽIV ir AIDS apgaubti mitais ir klaidingu suvokimu, visuomenės baime bei diskriminuojančiu ir stigmatizuojančiu požiūriu į infekcijos ir ligos paliestus žmones. Todėl, kalbant šia tema, yra ypač svarbu kreipti dėmesį kaip kalbame, kokius žodžius vartojame ar žodžiai neturi negatyvios reikšmės, ar savo žodžiais nestipriname klaidingo supratimo.

Pasaulyje aptariamą sritį apibūdinti geriausiai žinomu ir plačiausiai vartojamu terminu AIDS. AIDS yra žmogaus imunodeficito viruso (ŽIV) sukelta liga, pažengusi ŽIV stadija. Po infekavimosi ŽIV žmonės keletą ar net keliolika metų (gali būti 10 ar daugiau metų) pragyvena būdami infekuoti ŽIV, ir tik vėliau ligai progresuojant jiems diagnozuojama AIDS. AIDS negalima užsikrėsti. Perduodamas tik ŽIV, todėl, kalbant apie prevenciją ir testavimą, yra šnekama apie ŽIV prevenciją ir testą dėl ŽIV, o ne apie AIDS prevenciją ar AIDS testą. Anksčiau ŽIV ir AIDS sąvokos netiksliai buvo vartojamos kartu, tarsi tapačios sąvokos, dabar yra rekomenduojama skirti ŽIV ir AIDS. Šiame leidinyje naudojant informaciją iš šaltinių, ypač iš teisės aktų, šios nuostatos ne visada pavyko laikytis dėl bandymo tiksliai atspindėti galiojančių dokumentų ar apžvalgų duomenis.

Tarptautinės organizacijos rekomenduoja vengti tokio diskriminacinio apibūdinimo kaip „ŽIV auka“\*, todėl vartota „ŽIV infekuotieji ir sergantieji AIDS“. Virusio palietoms visuomenės grupėms apibūdinti siūloma vartoti žodžius be negatyvios išankstinės nuostatos, pavyzdžiui, narkotikų vartotojas (ar švirkščiamų narkotikų vartotojas), sekso paslaugų teikėjas, vyras, turintis lytinių santykių su vyrais, ir pan. Šiomis rekomendacijomis vadovaujasi ir koalicija „Galiu gyventi“.

Plačiau apie terminologiją galima pasiskaityti koalicijos leidinyje „Pozityviai apie visuomenės pažeidžiamas grupes“<sup>49</sup>.

---

\* Pavyzdžiui, UNAIDS 'Editors' Notes for authors (Redaktorių komentaras autoriams). August 2006.



# I. Paslaugų ŽIV infekuotiesiems ir sergantiesiems AIDS prieinamumas Lietuvoje

## I.1 Įvadas

ŽIV yra išskirtinis. Jis yra susijęs ne tik su sunkiomis pasekmėmis sveikatai, bet ir su nemažai socialinių ir psichologinių problemų, su negatyviomis visuomenės nuostatomis. Kiekvieną dieną virusu pasaulyje užsikrečia 14 000 žmonių ir kiekvieną minutę nuo AIDS miršta 8 000 žmonių. Labiausiai ŽIV yra išplitęs Afrikoje. Baltijos šalyse ir Rytų Europoje jau kelerius metus iš eilės registruojami didžiausi viruso plitimo tempai. Vienas iš greitą plitimą lemiančių veiksnių yra tai, kad čia prevencinės priemonės yra nepakankamos; jomis pasiekiamas pažeidžiamųjų grupių atstovų procentas yra vienas žemiausių pasaulyje<sup>35</sup>. Mūsų regione kol kas virusas labiausiai paveikė švirkščiamųjų narkotikų vartotojus, taip pat tokias socialiai pažeidžiamąsias grupes kaip kalinamieji, kiek mažiau sekso paslaugų teikėjus ir vyrus, turinčius lytinių santykių su vyrais. Lietuvoje pirmasis ŽIV atvejis (jau progresavęs į AIDS stadiją) buvo užregistruotas 1988 metais. 2006 m. gruodžio 1 d. buvo nustatyta 1188 ŽIV atvejų\*. Dauguma šių infekavimosi atvejų perduoti nesaugiai (dalijantis švirkštimosi priemonėmis) vartojant švirkščiamuosius narkotikus. Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) ir Jungtinių Tautų ŽIV ir AIDS programos (UNAIDS) vertinimais Lietuva yra mažo ŽIV paplitimo šalis<sup>55</sup>. Tačiau šis faktas neturėtų kelti nusiramavimo visuomenėje, tarp politikų, specialistų ir kitų grupių. Kaimyninėse valstybėse ŽIV išplitimas yra didesnis, o infekcijai plisti Lietuvoje, nepaisant ženklių pasiekimų, lieka nemažai galimybių – nėra paplitęs prezervatyvų naudojimas, trūksta „žemo slenksčio“ paslaugų, o jas pasiekia tik nedidelė pažeidžiamųjų grupių dalis ir pan. Kaip rodo Lietuvos ir pasaulio praktika, ŽIV virusas gali plisti labai greitai, ypač pažeidžiamosiose grupėse ir tokiose uždaroje bendruomenėse kaip kalinamieji.

Šia studija siekiama aptarti, kaip Lietuvoje yra teikiamos paslaugos ŽIV infekuotiems asmenims, pradedant nuo tada, kai žmogus dar tik įtaria galėjęs užsikrėsti ŽIV ir (ar) nusprendžia tikrintis dėl ŽIV. Kas vyksta vėliau, kokios gydymo ir rūpybos, socialinių paslaugų ir švietimo paslaugos suteikiamos. Prevencijos aspektai plačiau nėra nagrinėjami.

Studijos tikslas – sistemiškai įvertinti padėtį, kuri iki šiol nebuvo įvertinta, ir tokiu būdu suteikti informacijos sprendimams priimti, kaip gali būti gerinamos esamos paslaugos. Apžvalga yra skirta valstybės ir savivaldybių sveikatos ir socialinėje srityje sprendimų priėmėjams, ŽIV srities specialistams ir sveikatos bei socialinių įstaigų vado-

\* Epidemiologinė situacija. ŽIV pasiskirstymas pagal metus. Lietuvos AIDS centro tinklapis: [www.aids.lt](http://www.aids.lt) (2007 01 11)

vams ir darbuotojams, taip pat tyrėjams, nevyriausybinų organizacijų, žmogaus teisių grupių atstovams, žurnalistams.

Sveikatos priežiūros ir socialinės paslaugos ŽIV infekuotiesiems yra vienas iš dviejų Valstybinės ŽIV/AIDS profilaktikos ir kontrolės 2003–2008 metų programos<sup>1</sup> prioritetų. Taigi šiam klausimui vyriausybė programavimo dokumente skiria ypatingą dėmesį. Pagrindinis programos vykdytojas yra Lietuvos AIDS centras (LAC), o įgyvendinimo priežiūrą vykdo LR sveikatos apsaugos ministro sudaryta tarpsektorinė koordinavimo taryba<sup>5</sup>. Apie valstybinės ŽIV/AIDS profilaktikos ir kontrolės 2003–2008 metų programos veiksmingumą daugiau informacijos turėtų būti pateikta atlikus jos tarpinį vertinimą įgyvendinant LAC, Sveikatos apsaugos ministerijos ir Jungtinių Tautų vystymo programos projektą<sup>43</sup>.

Koaliciją „Galiu gyventi“ nagrinėti faktinio diagnostikos, gydymo, rūpybos, globos ir švietimo paslaugų prieinamumo temą paskatino gauti rezultatai atlikus „Sprinter tyrimų“ ir narkotikų vartotojų asociacijos „Tavo drugys“ (anksčiau „Narkotikų vartotojų tarpusavio iniciatyvos“) sociologinį tyrimą. Tyrimas parodė mažą informuotumą apie ŽIV, gydymą ir pan. labiausiai ŽIV paliestoje (švirkščiamųjų narkotikų vartotojų) grupėje. Atlikti išsamesnę analizę rekomendavo ir ŽIV infekuotųjų organizacijos.

Paslaugų prieinamumo analizė atlikta įgyvendinant projektą „*Tarpsektorinio bendradarbiavimo ir pajėgumų stiprinimas, sprendžiant ŽIV/AIDS problemą Lietuvoje*“. Norėtume išreikšti padėką Jungtinių Amerikos Valstijų (JAV) ambasadai Vilniuje ir Atviros visuomenės institutui, kurie parėmė finansiškai šį leidinį.

## ***I.2 Metodologija***

Rengiant šią apžvalgą, koalicijos „Galiu gyventi“ užsakymu 2005–2006 metais ekspertai atliko penkis skirtingus kokybinius tyrimus ir analizės: paslaugų prieinamumo tyrimą keturiuose savivaldybėse, ŽIV infekuotųjų apklausą, tarptautinių rekomendacijų ir užsienio praktikos apžvalgą, nacionalinių teisės aktų analizę bei ankstesnių tyrimų ir publikacijų (antrinių šaltinių) apžvalgą. Jie yra publikuojami koalicijos interneto svetainėje adresu [www.galiugyventi.lt](http://www.galiugyventi.lt).

Tyrimams buvo naudotas koalicijos „Galiu gyventi“ sudarytas bendras paslaugų sąrašas, į kurį įeina esminė su ŽIV diagnoze susijusi pagalba. Sąrašas apima testavimą ir konsultavimą, gydymą antiretrovirusiniais vaistais ir ŽIV diagnostiką, taip pat psichologines, švietimo ir socialines paslaugas asmenims, kuriems diagnozuotas ŽIV ar AIDS, gretutinių infekcijų ir kitų sveikatos problemų prevenciją, diagnostiką ir gydymą, pozityviąją prevenciją, ŽIV perdavimo motinos vaikui prevenciją bei pagalbą motinai ir kūdikiui, taip pat poekspozicinę (po galimo rizikingo įvykio) profilaktiką. Tyrimais buvo nagrinėjama daugiau paslaugų, tačiau šioje studijoje papildomos paslaugos nėra aptariamoms. Naudotas sąrašas pridedamas priede Nr. 1.

Analizuojant egzistuojančią praktiką (paslaugų teikimo, teisės aktų bei juridinės praktikos) pasirinktos keturios savivaldybės: Vilniaus miesto, Klaipėdos miesto, Molėtų ir Mažeikių rajonų. Pasirinkimą lėmė siekis įtraukti vietoves, kuriose fiksuojamas skirtingas ŽIV išplitimas, taip pat tikslas atspindėti realijas didmiesčiuose ir mažesniuose miestuose, palyginti savivaldybes su pripažintu poreikiu įgyvendinti ŽIV kontrolę tarp pažeidžiamųjų grupių ir su sąlyginai maža ŽIV pažeidžiamųjų grupių koncentracija. Su visomis savivaldybėmis tyrimo pradžioje pasirašytos bendradarbiavimo sutartys, įtvirtinančios savivaldybių pasiryžimą įvertinti esamas paslaugas ŽIV ir AIDS srityje bei jas gerinti. Dvi iš pasirinktų savivaldybių yra didmiesčiai, kuriuose pagal statistinius duomenis gyvena dauguma asmenų, kuriems diagnozuotas ŽIV (Vilnius ir Klaipėda). Kitose dviejose savivaldybėse ŽIV išplitimas yra palyginus mažas. Vienoje šių savivaldybių (Mažeikių raj.) veikia „žemo slenksčio“ ŽIV prevencijos programa švirkščiamų narkotikų vartotojams. Ketvirtoje savivaldybėje (Molėtų raj.) nėra didelės koncentracijos pažeidžiamųjų grupių: švirkščiamų narkotikų vartotojų, sekso paslaugų teikėjų, iš laivės atėmimo vietų išėjusių asmenų ar vyrų, turinčių lytinių santykių su vyrais. Šioje savivaldybėje ŽIV prevencija nėra prioritetinga sritis.

Tyrimai buvo apibendrinti 2006 m. rugsėjį – 2007 m. vasarį, papildant informaciją naujais šaltiniais. Remdamasi apibendrinta informacija, koalicija „Galiu gyventi“ parengė rekomendacijas.

## **Atlikti tyrimai**

**ŽIV infekuotiesiems teikiamų paslaugų įtvirtinimo nacionaliniuose teisės aktuose analizė** susideda iš dviejų dalių. Buvo nagrinėta, kaip nacionalinėje teisėje yra įtvirtinamos konkrečios paslaugos, ŽIV infekuotųjų, sergančiųjų AIDS ir bendrosios pacientų teisės. Taip pat keturiose savivaldybėse tirta, kokiais teisės aktais vadovaujasi savivaldos institucijos savo teritorijoje organizuodamos paslaugas infekuotiesiems asmenims, kokia egzistuoja teisinė praktika – ar šiais klausimais priimami teisės aktai savivaldos lygiu, ar taikomi bendri nacionaliniai teisės aktai.

Tyrimą atliko Asta Radvilaitė ir teisės mokslų daktaras, Mykolo Romerio universiteto kriminologijos katedros docentas Rokas Uscila. Abu jie yra anksčiau analizavę Lietuvos ŽIV ir narkomanijos teisinę bazę.

**Savivaldybių tyrimu** siekta įvertinti faktinį nagrinėjamų sveikatos priežiūros, socialinių ir švietimo paslaugų prieinamumą skirtingose vietovėse, išsiaiškinti dažnai iškilančias problemas ir pateikti rekomendacijas šioms problemoms spręsti. Tyrimas buvo atliktas platesniame kontekste nagrinėjant ne tik ŽIV, bet ir su psichotropinių medžiagų vartojimu susijusius klausimus.

Rengiant studiją, informacija buvo renkama pusiau struktūrizuoto interviu metu bendraujant su kompetentingais asmenimis bei ekspertų grupėmis. Vertinimai surinkti iš daugiau kaip 80 sveikatos priežiūros, švietimo institucijų ir įstaigų, „žemo slenksčio“

kabinetų, psichologinę pagalbą teikiančių organizacijų darbuotojų 4 savivaldybėse. ŽIV infekuotieji asmenys ar jų atstovai tyrime apklausti nebuvo.

Apklausos metu buvo nustatyta, kad:

- Labai ribota galimybė gauti tikslią informaciją apie ŽIV infekuotiems asmenims teikiamas paslaugas savivaldybės institucijose bei įstaigų tinkluose, išskyrus bendro pobūdžio informaciją. Norintieji gauti tikslią informaciją yra nukreipiami į sveikatos priežiūros įstaigas. Sveikatos priežiūros įstaigose informacijos teikimas dar labiau ribojamas dėl nedidelio ligoninių arba suteiktų paslaugų skaičiaus grindžiant tai asmens duomenų apsauga ir konfidencialumu;
- Savivaldybės institucijose bei įstaigose daugiausiai yra prieinama informacija apie švietimo bei socialinių paslaugų teikimą (priklausanti savivaldybių kompetencijai), tačiau teikiant socialines paslaugas, nėra išskiriamas tikslinis paslaugų teikimas ŽIV infekuotiems ir sergantiems AIDS asmenims, kadangi, pasak apklaustųjų, neatsiranda klientų, norinčių atskleisti ir reikalauti daugiau paslaugų būtent dėl šios diagnozės;
- Tiriant bendrą paslaugų teikėjų tinklą, buvo sudėtinga rasti gydytoją arba slaugytoją, turintį patirties dirbti su asmenimis, kuriems diagnozuotas ŽIV arba AIDS.

Dėl šių ribotumų apibendrinus apklausos duomenis papildomai buvo kreiptasi į specialistus (Lietuvos AIDS centre, Respublikinėje tuberkuliozės ir infekcinių ligų universitetinėje ligoninėje, laisvės atėmimo vietų ligoninėje).

2005 m. balandžio–lapkričio mėn. studiją parengė viešoji įstaiga Mokymų, tyrimų ir vystymo centras (MTVC).

**ŽIV infekuotųjų ir sergančiųjų AIDS apklausa** siekta išsiaiškinti paslaugų poreikį ir prieinamumą. Naudota anketa buvo parengta ir anoniminiai atsakymai surinkti bendradarbiaujant su nevyriausybinėmis organizacijomis „Lietuvos pozityvioji grupė“ ir „Pozityvusis gyvenimas“, Respublikine tuberkuliozės ir infekcinių ligų universitetine ligonine ir Kalėjimų departamentu prie LR Teisingumo ministerijos. Tiesiogiai pasiekti ŽIV infekuotuosius yra sudėtinga dėl visuomenėje paplitusios stigmatos – asmenys nenori atskleisti savo ŽIV teigiamo statuso.

Apklausti 196 asmenys iš sunkiai pasiekiamos žmonių grupės: 148 apklaustieji tyrimo metu buvo laisvės atėmimo vietose ir 48 – bendruomenėje (laisvėje).

ŽIV infekuotųjų apklausa vyko 2005 m. birželio–rugpjūčio mėn. Ataskaitą parengė MTVC.

**Tarptautinių rekomendacijų ir užsienio praktikos apžvalga** apėmė prevenciją, diagnostiką, gydymą ir rūpybą bei žmogaus teises. Tyrimui naudotasi Jungtinių Tautų (JT) ir Europoje priimtomis konvencijomis, deklaracijomis ir sistemos dokumentais, Jungtinių Tautų jungtinė AIDS programa (UNAIDS), Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) bei kitų JT agentūrų metodologiniais ir teminiais leidiniais bei rekomendacijomis, Europos Sąjungos ir Europos Tarybos dokumentais, taip pat nevyriausybinių organizacijų leidiniais ir deklaracijomis. Apžvalga sudaryta remiantis prieinamais literatūros

šaltiniais. Siekiant metodologijos aiškumo informacija apie šalis rinkta iš publikuotų ataskaitų, pristatymų ar tezių.

Apžvalga užbaigta 2006 m. rugpjūčio mėn.

Atliekant **antrinių šaltinių analizę**, šaltiniai buvo suskirstyti į tris grupes:

a) liudijančius apie konkrečias paslaugas, teikiamas ŽIV infekuotiesiems ir sergančiesiems AIDS,

b) įrodančius institucinę (teisinių) pagrindą paslaugoms teikti,

c) patvirtinančius paslaugų poreikį.

Antriniai šaltiniai apėmė teisinius dokumentus, publikacijas, išleistas priemones, veiklos ataskaitas, konferencijų tezes, informaciją atsakingų institucijų interneto svetainėse ir pan.

### ***1.3 Testavimas ir su juo susijęs konsultavimas***

Greitas ŽIV užsikrėtimo atvejų išaiškinimas yra vienas kertinių sėkmingo atsako į ŽIV plitimą veiksnių. Ekspertų vertinimais Europos Sąjungoje (ES) 30% asmenų nežino apie savo ŽIV pozityvų statusą<sup>40</sup>. Lietuvoje nemažai ŽIV atvejų nustatoma vėlyvoje AIDS stadijoje<sup>12</sup>. Todėl oficiali statistika negali atspindėti realios padėties, t.y. ŽIV atvejų yra daugiau negu registruojama. Pavyzdžiui, mūsų šalyje, ekspertų vertinimais, atvejų gali būti 2,7 karto (1,36–4,27 karto) daugiau nei registruojama<sup>47</sup>. Kita vertus, žmonės, kuriems virusas organizme nustatomas vėlyvoje (dažnai jau AIDS) stadijoje, negali savalaikiai pasinaudoti priežiūra ir gydymu, kuris užtikrintų ilgesnį ir kokybiškesnį gyvenimą. Žinodamas apie savo ŽIV pozityvų statusą ir turėdamas informacijos, įgūdžių ir priemones, kaip mažinti viruso perdavimo riziką, asmuo, siekdamas apsaugoti savo artimuosius ir kitus žmones, elgiasi saugiau, t.y. asmuo vykdo ŽIV prevenciją.

Lietuvoje per metus atliekama apie 60 000 diagnostinių testų\*. Prieš kelis metus diagnostinių testų buvo atlikta daugiau. 2002 ir 2003 metais jų buvo 30–46% daugiau nei vidutiniškai 2004 ir 2005 metais<sup>37</sup>.

ŽIV nustatomas dviem etapais:

- pirminis testas atliekamas daugelyje asmens sveikatos priežiūros įstaigų ir vienas atvejais būna mokamas, o kitais nemokamas;
- esant pirminiam testui teigiamam, t. y. įtarus, kad asmuo yra ŽIV infekuotas, kraujo mėginys patvirtinamajam tyrimui turi būti nusiųstas į Lietuvos AIDS centrą (LAC) – patvirtinamasis tyrimas yra nemokamas.

\* Bendras testų skaičius yra didesnis ir su duomenimis už 2003, 2004, 2005 metus galima susipažinti Lietuvos AIDS centro leidinyje (S.Čaplinskas ir kiti. Užsikrėtusiųjų lytiškai plintančiomis infekcijomis, žmogaus imunodeficito virusu ir sergančiųjų AIDS 2005 m. epidemiologinės situacijos apžvalga Lietuvoje. LR Sveikatos apsaugos ministerija, Lietuvos AIDS centras. Vilnius: Lietuvos AIDS centro leidykla, 2006.).

Mūsų šalyje ŽIV diagnozuotas dažniausiai laisvės atėmimo vietoje (virš 41% 2004 ir 2005 m.) arba tiriant profilaktiškai (33% – 2004 m. ir 30% – 2005 m.). Tiriant rizikos grupes\*, atvejų nustatyta gerokai mažiau – 2% 2004 m.<sup>56</sup> ir 10,8% 2005 m.<sup>33</sup>

2005 m. atliktų testų skaičius sudarė 17,0 testų 1000 gyventojų (plg. kaimyninėje Latvijoje 37,1; Lenkijoje 3,3 (2004 m. duomenys); Estijoje 46,5; Čekijoje 32,3; Vokietijoje 27,6)<sup>37</sup>.

Šie skirtingų šalių duomenys yra sunkiai lyginami ir turi būti vertinami atsargiai. Jie neatspindi, kiek testuota *žmonių* (dalis žmonių gali būti testavęsi daugiau nei vieną kartą per metus, kaip matysime iš toliau pateiktos kalinamųjų diagnostikos strategijos, tai praktikuojama Lietuvoje) ir kiek testavimas pasiekia labiausiai ŽIV pažeidžiamąsias visuomenės grupes. Ypač didelis testų skaičius gali būti susijęs su didelėmis testavimo kampanijomis, dirbančiomis neveiksmingai ir tam išleidžiančios nepagrįstai dideles lėšas. Ir atvirkščiai – mažas testavimosi skaičius gali būti susijęs su menku paslaugų prieinamumu ar visuomenės nusiraminiu, jog ŽIV negali jos paliesti.

### **Prieštestinis ir potestinis konsultavimas**

ŽIV testas yra neatskiriamas nuo konsultavimo (patarimų; angl. *counseling*) prieš ir po testo. Konsultavimas padeda psichologiškai pasiruošti testui ir priimti galimą diagnozę. Konsultuojant suteikiama informacijos, kaip ŽIV yra perduodamas ar neperduodamas, kaip ŽIV vystosi ir ką reiškia gyvenimas užsikrėtus, kokios paslaugos teikiamos ŽIV srityje. Įvairių šalių praktikoje paprastai yra sudaromi nacionaliniai konsultavimo protokolai (standartai). Kad nacionaliniai protokolai būtini, rekomenduoja PSO ir JT jungtinė AIDS programa šešiuose testavimo ir konsultavimo principuose.<sup>52</sup> Šių protokolų pagrindu yra išaiškinama asmens motyvacija testuotis, ŽIV perdavimui svarbūs elgsenos ypatumai ir pan. Ši informacija taip pat padeda stebėti testavimo paslaugomis besinaudojančiųjų tendencijas ir analizuoti, kaip gerinti ankstyvą ŽIV išaiškinimą. Konsultuoti gali tik tinkamų žinių ir pasirengimą turintys asmenys.

Atliekant tyrimą nebuvo rasta Lietuvos nacionalinių ŽIV testavimo, prieštestinio ir potestinio konsultavimo standartų, tačiau yra AIDS centro parengtos metodinės rekomendacijos kaip konsultuoti<sup>53</sup>. Mokymus, kaip teikti konsultacijas, organizuoja Lietuvos AIDS centras. Tačiau tokie mokymai nėra privalomi ir sertifikatų nereikalaujama iš asmenų, kurie testuoja ir konsultuoja.

Nebuvo rasta kitų teisės aktų Lietuvoje, kurie aiškiai rekomenduotų prieštestinio ir potestinio konsultavimo būtinumą. Kad tai yra aktualu ir nemažai žmonių daliai nesuteikiamas toks konsultavimas, rodo ŽIV infekuotųjų apklausos duomenys. Dauguma jų nebuvo konsultuoti prieš testą. Kiek geresnė padėtis yra su potestiniu konsultavimu, pranešant ŽIV teigiamą diagnozę. Apie tokią netinkamą praktiką pranešė tiek apklaustieji laisvės atėmimo vietose, tiek esantys laisvėje.

\* Rizikos grupė statistikos šaltinyje suprantama kaip asmenys, patekę į kardomojo kalnimo ar laisvės atėmimo vietas: keliautojas, komercinio sekso darbuotojas, narkotikų vartotojas, jūreivis ir kita.

## Savanoriškumas ir konfidencialumas

Testuoti ir konsultuoti dėl ŽIV yra rekomenduojama remiantis savanoriškumo ir konfidencialumo principais. Siekis plėsti savanoriško konsultavimo ir testavimo paslaugas bei užtikrinti jų konfidencialumą yra įtvirtintas ir Valstybinėje ŽIV/AIDS profilaktikos ir kontrolės 2003–2008 metų programoje<sup>12</sup>.

Tarptautiniai dokumentai, tarp jų ir Europos Tarybos Ministrų komitetas<sup>39</sup>, PSO, JT jungtinė AIDS programa<sup>52</sup>, rekomenduoja atsisakyti privalomo testavimo dėl ŽIV, kuomet nėra sąmoningo ir informuoto testuojamo asmens sutikimo, išskyrus kraujo, spermos ar organų donorystės atvejus. Privalomasis testavimas yra neetiškas, neefektyvus, nereikalingai primetamas, diskriminuojantis ir duodantis priešingus rezultatus. Todėl tokia praktika yra neefektyvi kaip prevencijos priemonė. Be bendrų normų, kritikuojančių privalomą ŽIV testavimą, yra pateikiami konkretūs atvejai ir konkrečios asmenų grupės, kurių atžvilgiu tikrinimas dėl ŽIV yra laikomas žmogaus teisių pažeidimu ir rekomenduojama jo atsisakyti:

- asmenys, siekiantys išsilavinimo,
- vaikai, kuriuos ketinama įsivaikinti ar globoti,
- kaliniai ar globos namų gyventojai,
- įsidarbinantys ar dirbantys asmenys.

Lietuvoje paprastai testuojama savanoriškai. Kaip rekomenduojama, privaloma tvarka yra testuojamas donorų kraujas, donorų ir recipientų organai ir sperma<sup>6</sup>.

Tačiau nepaisant tarptautinių rekomendacijų Vyriausybės ir žemesniais aktais yra numatyti ir kiti atvejai, kai yra privalomas tikrinimas dėl ŽIV – siekiant išsilavinimo, įsidarbinant bei dirbant:

- visi norintys įsidarbinti laivyne ir jau įsidarbinus – privalomas testavimas vieną kartą per metus (ŽIV ir AIDS yra kontraindikacija visų kategorijų laivyno darbuotojams)<sup>24</sup>;
- asmuo, stojantis į profesinę karo tarnybą ir karines mokymo įstaigas, atvykęs į Karo medicinos komisiją ar Karo medicinos ekspertizės komisiją<sup>22,23</sup>.

Be to, yra nustatyti apribojimai ŽIV infekuotų asmenų teisėms, kurie automatiškai reiškia, kad siekiant tam tikrų teisių ar paslaugų reikia pasitikrinti dėl ŽIV, pavyzdžiui:

- asmuo, kuris nori įvaikinti vaiką ar tapti jo globėju, ar rūpintoju, turi turėti ŽIV-neigiamą statusą, t.y. žmogus, infekuotas ŽIV, negali įsivaikinti, tapti vaiko globėju ar rūpintoju<sup>22,23</sup>;
- sergant AIDS (t.y. ŽIV sukelta liga) draudžiama apsigyventi bet kokio tipo globos įstaigose<sup>17</sup>;
- siunčiant nepilnametį į specialius globos namus, kartu su kitais mediciniais dokumentais privaloma pateikti ir AIDS tyrimo duomenis<sup>29</sup>.

Taip pat atskiros šalys (pvz., Rusija) reikalauja sertifikato apie ŽIV testo rezultatus, kai į šias valstybes prašoma daugkartinės įvažiavimo vizos\*. Atskleisti diagnozę prašoma pildant prašymą vizai į JAV gauti (atlikti testą ir pateikti pažymą nereikalaujama); nurodžiusiems ŽIV pozityvų statusą gali būti atsisakyta išduoti vizą. Tokie reikalavimai ir teisių apribojimai yra kritikuotini, tačiau jie nepriklauso nuo Lietuvos Respublikos teisės.

Laisvės atėmimo vietose aktyviai atliekama ŽIV diagnostika. Anksčiau kalinamieji ir nuteistieji buvo testuojami privaloma tvarka. Dabartinė tvarka leidžia atsisakyti atlikti testą, tačiau nėra žinoma, kiek realiai testuojami asmenys žino apie tokią galimybę apsispręsti.

Kaip rekomenduojama tarptautinių organizacijų, *privalomo* testavimo didesnės rizikos grupėms teisės aktuose nėra numatyta.

### **Anonimiškumas**

Valstybinėje ŽIV/AIDS profilaktikos ir kontrolės 2003–2008 metų programoje nurodoma, kad turi būti sudarytos galimybės išsirtinti dėl ŽIV anonimiškai.

Remiantis Lietuvos AIDS centro tinklapiu informacija, 2006 m. gruodį anonimiškai išsirtinti buvo galima bent šiuose devyniuose miestuose: Vilniuje (2 įstaigos), Kaune (3), Klaipėdoje (1), Šiauliuose (1), Panevėžyje (1), Alytuje (1), Utenoje (1), Telšiuose (1) ir Marijampolėje (1). Dauguma įstaigų – kraujo centrai, poliklinikos ar ligoninės, taip pat AIDS centras ir pirminės sveikatos priežiūros centro profilaktinis kabinetas.

Kainos, *anonimiškai* pasitikrinti, yra skirtingos skirtinguose miestuose – nuo 8 Lt Vilniuje AIDS centre ir 8,30 Lt Klaipėdos kraujo centre, iki 20,00 Lt Kauno II klinikinėje ligoninės Infekcinių ligų poliklinikoje, Panevėžio kraujo centre, Telšių konsultacinėje poliklinikoje ir 26,00 Lt Kauno kraujo centre<sup>31</sup>.

Kiek faktiškai žmonių tuo pasinaudoja, ar anoniminio testavimo ir konsultavimo vietose yra galimybė pažeidžiamųjų grupių atstovams išsirtinti nemokamai, nebuvo tirta.

### **Pažeidžiamosios grupės ir kitos grupės, kurioms rekomenduojama išsirtinti**

Siekiant tikslingai organizuoti testavimo ir konsultavimo strategiją rekomenduojama ypatingą dėmesį kreipti labiausiai ŽIV pažeidžiamoms (rizikos) grupėms ir tam tikroms grupėms pagal epidemiologinius požymius<sup>52</sup>.

Skirtinguose pasaulio regionuose šios grupės gali skirtis. Ir Lietuvoje nėra vieningai suprantama, kokios grupės yra priskiriamos prie pažeidžiamų virusui ar rizikos grupių.

Pagal valstybinę ŽIV/AIDS profilaktikos ir kontrolės 2003–2008 metų programą<sup>12</sup> tokios rizikos grupės apima:

---

\* Dėl šio reikalavimo yra gana daug išsityrusių dėl ŽIV vairuotojų: apie 2 tūkst. 2003 metais ir 1 tūkst. 2004 metais (Lietuvos AIDS centro informacija pagal leidinį: A united Europe, a shared concern. HIV and population mobility in an enlarged European Union. AIDS & Mobility Europe. NIGZ. September 2006)



- asmenis, vartojančius švirkščiamuosius\* narkotikus, ir jų šeimos narius;
- asmenis, kurie verčiasi prostitucija, ir jų klientus, ypač jūreivius, tolimųjų reisų vairuotojus ir kitus;
- laisvės atėmimo įstaigose esančius ir iš jų paleistus asmenis;
- laisvės atėmimo įstaigų darbuotojus, policijos pareigūnus, karius;
- jaunimą ir paauglius;
- sveikatos priežiūros specialistus.

Atkreiptina, kad į šį sąrašą neįtraukti vyrai, turintys lytinių santykių su vyrais, taip pat kai kurios grupės per plačiai apibūdinamos. Galima kelti klausimą, kodėl, pavyzdžiui, visi sveikatos priežiūros specialistai yra priskirti prie rizikos grupių.

Kituose dokumentuose randame kitokius rizikos grupių apibrėžimus. Pavyzdžiui, sveikatos apsaugos ministro įsakyme rizikos grupėmis įvardijami narkotikų vartotojai, sekso paslaugų teikėjai (moteriškos lyties), homoseksualūs asmenys (abiejų lyčių); sąrašas nėra baigtinis<sup>16</sup>.

Tarp grupių, kurios nemokamai tiriamos dėl ŽIV, sveikatos apsaugos ministro informaciniame rašte<sup>44</sup> įvardijami asmenys, turintys tam tikrus klinikinius ar epidemiologinius požymius. Nors šis dokumentas ir nėra teisės aktas, o kiek į jį yra atsižvelgiama šiuo metu praėjus beveik 4 metams yra neaišku\*\*, jis yra svarbus išsiaiškinant, kam rekomenduojama išsirtinti. Jame įvardijami tokie epidemiologiniai požymiai:

- asmenys, turėję lytinius santykius su ŽIV infekuotais asmenimis;
- vartojantys narkotines medžiagas\*\*\*
- vyrai, turintys lytinius santykius su vyrais;
- turintys vieną ar daugiau atsitiktinių lytinių partnerių per mėnesį;
- sergantys sifiliu, gonorėja, chlamidioze ir lytinių organų pūsleline;
- asmenys, patyrę lytinę prievartą;
- nėščios moterys.

Tarp klinikinių požymių yra besikartojančios pneumonijos, tuberkuliozė, onkologiniai susirgimai, susirgimas hepatitu C (12–30 m. amžiaus) ir pan.

Be to, ŽIV antikūnų tyrimas nemokamai atliekamas asmenims, turėjusiems profesinę kontaktą<sup>9</sup> su pavojingomis substancijomis, kurios yra išvardintos poekspozicinės ŽIV profilaktikos dokumentacijoje.

Tyrimuose nesurinkta daug duomenų, leidžiančių nagrinėti, ar visos grupės, kurioms rekomenduojama išsirtinti, aktyviai naudojami galimybėmis išsiaiškinti ŽIV statusą ir ar tokios galimybės yra pakankamos. Tačiau surinkta informacija keturiuose savivaldybėse rodo, jog savivaldybės iš esmės skirdamos papildomą dėmesį ir finansavimą

\* Tekste, jei tai nėra teisės akto citata ar nuoroda į kitą šaltinį, siekta vietoj sąvokos „intraveniniai narkotikai“ vartoti žodžių junginį „švirkščiamieji narkotikai“; antroji sąvoka yra tikslesnė ir platesnė: narkotikai gali būti švirkščiami ne tik į veną, bet ir į raumenis.

\*\* Savivaldybių tyrimo metu dalis specialistų minėjo šį raštą kaip svarbias praktines rekomendacijas.

\*\*\* Atkreiptinas dėmesys, kad minimi asmenys, vartojantys narkotikus ne tik švirkščiamu būdu. Tai iš dalies galima paaiškinti tuo, jog vartojant kai kurias narkotikų rūšis stimuliuojamas seksualumas. Tačiau ne visi narkotikai turi tokį poveikį.

diagnostikai, visų pirma finansuoja testavimo ir konsultavimo paslaugas švirksčiamų narkotikų vartotojams ir nėsčiosioms. Kita vertus, Kalėjinų departamentas prie LR Teisingumo ministerijos skiria lėšų nuteistųjų bei kalinamųjų ŽIV diagnostikai.

### *Švirksčiamųjų narkotikų vartotojai*

Teisės aktai numato, kad gydant priklausomybę nuo narkotikų turi būti kreipiamas didelis dėmesys ŽIV. Pasitikrinti dėl ŽIV narkotikų vartotojams turėtų rekomenduoti pirminės priklausomybės ligų psichiatras apžiūros metu (pagal indikacijas)<sup>21</sup>. Taip pat nuo narkotikų priklausomiems asmenims, kuriems pradedama pakaitinė terapija, tarp kitų infekcijų ir ligų taip pat numatomas „skryningas [patikra] dėl ŽIV“<sup>28</sup>, kuris turėtų būti atliekamas ne rečiau kaip kartą per metus<sup>21</sup>. Tokių priemonių mastai negali būti dideli, nes plačiausiai taikomo pakaitinio gydymo paslaugomis naudojasi mažiau nei 500 asmenų, priklausomų nuo švirksčiamų narkotikų (t.y. mažiau nei 5% visų pagal vertinimus 13 000 švirksčiamų narkotikų vartotojų Lietuvoje).

Asmenys, aktyviai vartojantys švirksčiamus narkotikus, ar sekso paslaugų teikėjai paprastai išsitiria „žemo slenksčio“ kabinetuose ar naudodamiesi mobiliomis paslaugomis, jei šios paslaugos apima ŽIV testavimą ir konsultavimą. Vilniuje, Klaipėdoje ir Mažeikiuose veikia tokie kabinetai, be to, teikiamos mobilios paslaugos; dauguma jų organizuoja tyrimą dėl ŽIV. Ši paslauga teikiama reguliariai arba trumpalaikių akcijų metu. Daugiausia pažeidžiamų žmonių pasiekiančios paslaugos (Vilniaus priklausomybės ligų centro mobili programa švirksčiamųjų narkotikų vartotojams „Mėlynasis autobusukas“) sostinėje testavimo ir konsultavimo pagalbą pradėjo teikti 2005 metais pasitelkusi greituosius testus. 2006 metais ši paslauga nebuvo teikiama, tačiau priklausomybės ligų centras (PLC) pagal finansines galimybes planuoja ją teikti 2007 metais. Teikiant minėtas „žemo slenksčio“ paslaugas, ŽIV testavimo ir konsultavimo paslauga teikiama nemokamai. Galimybes išaiškinti ŽIV atvejus, teikiant „žemo slenksčio“ paslaugas, riboja paslaugas teikiančių specialistų kompetencija.

Molėtuose, ketvirtojoje iš nagrinėtų tyrime savivaldybių, „žemo slenksčio“ paslaugos pažeidžiamų grupių atstovams nebuvo teikiamos.

### *Nėsčiosios*

Esant nėštumui ŽIV ir AIDS priskiriami didelės rizikos veiksniams. Nėsčiosioms rekomenduojama išsitiirti pirmojo vizito metu (iki 12 nėštumo savaitės) ir 32 savaitę. Testavimas ir konsultavimas dėl ŽIV yra padengiami iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto<sup>2</sup>, t.y. nieko nekainuoja nėščiajai. Tokia tvarka įsigaliojo 2007 m. sausio 7 d.

Pasak Sveikatos apsaugos ministerijos ataskaitos, 2005 m. iš viso iširtos ir konsultuotos 5 554 nėščiosios, t.y. apie 18% visų gimdžiusiųjų. Joms už testus mokėti nereikėjo<sup>46</sup>. 2006 metais nėščiosioms galėjo tekti susimokėti už diagnostiką dėl ŽIV ne akcijų metu<sup>48</sup>. Kaip tai lėmė naudojimąsi šia paslauga, nėra žinoma.

## *Kalinamieji ir nuteistieji*

Asmenys, patekę į Kalėjimo departamentui pavaldžias įstaigas, profilaktiškai tiriami dėl pavojingų ir ypač pavojingų užkrečiamų ligų, tarp jų ir ŽIV. Kalinamiesiems ir nuteistiesiems tyrimai atliekami pagal medicininės indikacijas tik patekus į tardymo izoliatorių ar atvykusiems į Laisvės atėmimo vietų ligoninę iš policijos komisariatų areštinių. Visiems nuteistiesiems, laikomiems pataisos darbų įstaigose, rekomenduojama atlikti tyrimus dar bent keletą kartų: praėjus 3 mėnesiams po atvykimo, likus 3 mėnesiams iki paleidimo iš pataisos darbų įstaigų, taip pat praėjus 3 mėnesiams po ilgalaikių pasimatymų ar atostogų. Be to, nuteistiesiems siūloma pasitikrinti dėl ŽIV pagal epidemiologines ar medicininės indikacijas<sup>19</sup>. Už tyrimus kalinamiesiems ir nuteistiesiems mokėti nereikia. Tokia tvarka patvirtinta 2002 m. po ŽIV protrūkio Alytaus pataisos darbų kolonijoje.

Nepilnamečių kardomojo kalinimo ir pataisos įstaigoje organizuojami tyrimai dėl ŽIV<sup>7</sup>.

Paskutiniaisiais metais būtent šioje kalinamųjų ir nuteistųjų grupėje daugiausia nustatoma visų diagnozuojamų ŽIV teigiamų atvejų (2004 m. ir 2005 m. virš 40%). Ar būtent šioje grupėje daugiausiai ir testuojama ir konsultuojama, informacijos gauti nepavyko.

Pagrindinė šių ŽIV atvejų dalis yra siejama su švirksčiamų narkotikų vartojimu\*. Tai svarbus indikatorius „žemo slenksčio“ paslaugų narkotikų vartotojams tinklui, kad šių paslaugų nėra pakankamai arba jos tobulintinos, kad būtų daugiau išaiškinta ŽIV tarp švirksčiamų narkotikų vartotojų.

## **Prieinamumas savivaldybėse**

Remiantis sveikatos apsaugos ministro įsakymu, atlikti laboratorinius-diagnostinius tyrimus dėl ŽIV gali asmens sveikatos priežiūros įstaigos (arba organizuoti tokius tyrimus), licenciją turinčios visuomenės sveikatos priežiūros įstaigos ir AIDS centras. Be to, asmens sveikatos priežiūros įstaigos esant reikalui organizuoja rizikos grupių asmenų kraujo ėmimą ir jo siuntimą ŽIV tirti.<sup>16</sup>

Kalbant apie faktinę asmenų ištyrimo dėl ŽIV situaciją keturiose savivaldybėse, kokybinio tyrimo metu buvo paminėtos įstaigos, kur 2004 m. buvo atliekami ŽIV tyrimai:

- Mažeikiuose – Mažeikių pirminės sveikatos priežiūros centre (PSCS) bei Mažeikių ligoninėje (2004 m. 265 tyrimai);
- Molėtuose – nebuvo įvardintų įstaigų;
- Klaipėdoje – Nacionalinio kraujo centro filialas, Klaipėdos universitetinė ligoninė (AIDS kabinetas), PSPC „Lorna“;
- Vilniuje – LAC, Šeškinės poliklinikos anoniminis kabinetas, kitos asmens sveikatos priežiūros įstaigos (pavyzdžiui, Vilniaus odos ir veneros ligų kabinetas).

\* Remiamasi Kalėjimų departamento Sveikatos priežiūros tarnybos viršininko V.Kasperiuono pranešimu 2007 m. vasario 13 d. Oficialių duomenų gauti nepavyko.

Kaip faktiškai organizuojamas ištyrimas, ar jis mokamas ir pan., priklauso nuo valstybinio ir savivaldybių biudžeto programinių lėšų.

Mažeikių rajono savivaldybė skyrė lėšų ŽIV diagnostikos plėtrai tiek 2004, tiek 2005 metais. 2004 metais buvo paremta Mažeikių PSPC „Lytiškai plintančių ligų ir AIDS diagnostikos, gydymo ir profilaktikos programa“ (10 tūkst. litų), kurios dalis skirta nemokamiems testams dėl ŽIV. Pagal programą buvo paimtas 551 kraujo mėginys tyrimui dėl ŽIV, iš jų 481 nėščiai moteriai, 79 anoniminiai. Mėginiai perduoti į LAC ir gauti atsakymai. 2005 m. panašiai veiklai skirta dvigubai mažiau lėšų.

Klaipėdoje ŽIV testavimas ir konsultavimas tikslinėse grupėse akcijų metu yra atliekamas nemokamai. 2005 m. nuo rugsėjo 1 d. iki gruodžio 10 d. uostamiestyje buvo vykdoma akcija. „Rizikos grupių asmenų ištyrimas dėl ŽIV“, kurią organizavo Klaipėdos visuomenės sveikatos centras (VSC), Klaipėdos PLC bei Nacionalinio kraujo centro filialas. Pagrindinis akcijos rėmėjas – Klaipėdos miesto savivaldybė, kuri skyrė 13 tūkst. litų miesto VSC ir Klaipėdos universitetinei ligoninei. Akcijos metu atliekami tyrimai buvo nemokami ir anoniminiai, kraujo mėginiai buvo tiriami Nacionalinio kraujo centro Klaipėdos filiale. Kraujas buvo imamas Klaipėdos PLC anoniminiame konsultavimo kabinete ir narkotikų vartotojų susibūrimo vietose. Ne akcijų metu Klaipėdos PLC pasiekiami narkotikų vartotojai ir asmenys iš kitų pažeidžiamų grupių buvo nukreipiami į įstaigas, kurios tuo metu teikė diagnostikos paslaugą už mažiausią kainą.

Nustačius ŽIV po patvirtinamojo tyrimo, asmeniui yra siūloma kreiptis į gydytoją, kuris toliau konsultuotų ir rūpintųsi sveikatos priežiūra dėl ŽIV. Analizuojamose savivaldybėse rekomenduojama kreiptis:

- Vilniuje – daugiausia į LAC gydytojus bei Respublikinės tuberkuliozės ir infekcinių ligų universitetinės ligoninės (RTILUL) gydytojus;
- Klaipėdoje – į Klaipėdos universitetinės ligoninės AIDS kabineto gydytoją;
- Mažeikių gyventojams – į anksčiau išvardintus LAC ir Klaipėdos specialistus;
- Molėtų gyventojams – į Vilniuje praktikuojančius gydytojus.

Verta priminti, kad Lietuvoje pacientas turi pasirinkimo laisvę, todėl siuntime konsultuotis pas gydytojus-specialistus nevardinami konkretūs gydytojai arba sveikatos priežiūros įstaigos. Išrašydamas siuntimą, gydytojas turi suteikti informaciją, kur kreiptis toliau, neakcentuodamas vienos kurios įstaigos. Suprantama, kad ši informacija priklauso nuo gydytojo informuotumo bei nuostatų.

#### ***1.4 Epidemiologinė stebėseną, gydymas, švietimas ir parama***

Infekuotųjų ŽIV ir sergančiųjų AIDS sveikatos priežiūros gerinimas, globos ir rūpybos paslaugų prieinamumas ir geresnė kokybė bei diskriminacijos šių žmonių atžvilgiu mažinimas yra Valstybinės ŽIV/AIDS profilaktikos ir kontrolės 2003-2008 metų programos prioritetas<sup>58</sup>.

Tinkama pagalba asmenims, kuriems diagnozuotas ŽIV, yra sudėtinis ilgalaikis procesas, nukreiptas į paciento poreikius. Jis turi apimti:

- paciento sveikatos stebėseną;
- antiretrovirusinės terapijos (ART) inicijavimą ir jos palaikymą;
- oportunistinių (gretutinių) infekcijų, taip pat kitų koinfekcijų ir susirgimų prevenciją ir gydymą
- psichologinę pagalbą
- konsultavimą ir švietimą
- nukreipimus tęstinei rūpybai.

Taip pat ŽIV infekuotuosius reikia imunizuoti nuo hepatitų B ir A bei gripo<sup>58</sup>.

ŽIV ir AIDS nėra išgydoma, todėl asmenims yra reikalingas gydymas ir rūpyba iki pat gyvenimo pabaigos. Kaip stebimi ir gydomi ŽIV infekuotieji, yra nustatyta 2004 m. sveikatos apsaugos ministro įsakymu patvirtintoje „Žmogaus imunodeficito viruso ligos diagnostikos bei ambulatorinio gydymo, kompensuojamo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, metodika“<sup>11</sup>.

Nustačius asmeniui ŽIV, jis automatiškai apdraudžiamas valstybės lėšomis iš Privalomo sveikatos draudimo fondo (PSDF)<sup>33</sup>. Tai garantuoja, kad nemokamai pagrindinėmis sveikatos priežiūros paslaugomis gali pasinaudoti ir tie ŽIV infekuotieji, kurie jiems nustačius infekciją neturėjo socialinio draudimo, o paslaugos potencialiai yra prieinamos ne tik finansuojamo iš valstybės biudžeto Lietuvos AIDS centro, bet ir dirbančių pagal sutartį su ligonių kasomis ir priklausančiomis Lietuvos nacionalinei sveikatos sistemai asmens sveikatos priežiūros įstaigų paslaugos. Kad šalyje tokių asmenų yra nemažai, rodo skaičiai. Tarp asmenų, kuriems 2003–2005 m. diagnozuotas ŽIV, tik 23,3% iki tol buvo socialiai drausti, 68,3% neturėjo socialinio draudimo<sup>33</sup>. Ar faktiškai ŽIV infekuotieji pasinaudoja laiduojama sveikatos draudimo galimybe, ekspertai neatsako vienareikšmiai ir sieja ją su stigmatizuojančios diagnozės viešinimo galimybe bei kelia klausimą, ar ŽIV infekuoti asmenys žino apie tokias valstybės garantijas.

#### *1.4.1 CD4 ląstelių ir viruso krūvio kontrolė*

Yra du esminiai laboratoriniai tyrimai, kurie nustato viruso sukeltų pokyčių organizme progresavimą. Tai CD4\* ląstelių ir ŽIV ribonukleino rūgšties (ŽIV RNR) tyrimai. Jie naudojami kaip žymekliai, nustatantys, kada pradėti gydymą, ir padedantys stebėti, ar taikoma terapija yra veiksminga.

---

\* CD4 yra glikoproteinas, priskiriamas imunoglobulinams. Žmogaus imunodeficito virusas (ŽIV) pirmiausia infekuoja žmogaus imuninę sistemą, t.y. tokias ląsteles kaip T helperius (specifines CD4 ląsteles). Kai CD4 ląstelių skaičius sumažėja žemiau kritinio lygio, tai rodo, kad pakenktas asmens ląstelinis imunitetas ir organizmas tampa jautrus oportunistinėms infekcijoms. Negydant vystosi AIDS. ([www.en.wikipedia.org/wiki/CD4](http://www.en.wikipedia.org/wiki/CD4))

Panašiai kaip ir rekomenduojama PSO klinikiniuose ŽIV/AIDS protokoluose Europos regionui<sup>58</sup>, Lietuvoje pagal sveikatos apsaugos ministro patvirtintą metodologiją „Užsikrėtusių ŽIV pacientų priežiūros schema“<sup>61</sup>

CD4 ląstelių tyrimus reikia atlikti 2–4 kartus per metus, o ŽIV RNR – 1–4 kartus per metus, jei nėra papildomų klinikinių įvykių. Tai reiškia, kad nepriklausomai nuo to, kada žmogui buvo nustatytas ŽIV, jo kraujas (viruso progresavimas) turi būti tiriamas bent 2 kartus per metus.

Tokiems tyrimams nukreipimus išrašo ŽIV infekuotąjį gydantis gydytojas.

Patys laboratoriniai tyrimai daromi Lietuvos AIDS centre bei kitų asmens sveikatos priežiūros įstaigų laboratorijose (pavyzdžiui, Respublikinėje tuberkuliozės ir infekcinių ligų universitetinėje ligoninėje, Klaipėdos universitetinėje ligoninėje). Virusinio krūvio tyrimai, kurie yra sudėtingesni, brangesni ir daromi surinkus pakankamą bandinių skaičių, yra daromi tik AIDS centre.

Apibendrinęs 2004 m. darbo patirtį, AIDS centras nurodė, kad apie 500–600 ŽIV infekuotų ir sergančių AIDS asmenų (t.y. apie 56% iš apytiksliai 980 išaiškintų ŽIV atvejų iki tų metų pabaigos) kreipėsi, kad jiems būtų atlikti diagnostiniai tyrimai, suteiktos gydytojų konsultacijos bei gydymas antiretrovirusiniais vaistais<sup>45</sup>. 2005 m. Sveikatos apsaugos ministerijos ataskaitoje nurodoma, kad ištirti 348 asmenys atlikus stebėsenos tyrimus ŽIV infekuotiems asmenims (t.y. be 51 AIDS sergančiojo, 4,6% iš 1100 atvejų, registruotų iki 2005 m. pabaigos)<sup>46</sup>.

Taigi 2004 ir 2005 metais faktiškai buvo tiriama tik dalis asmenų, kuriems buvo diagnozuotas ŽIV. Šiai apžvalgai specialiai atlikti tyrimai neatskleidė priežasčių, kodėl taip yra. Remiantis sociologinių tyrimų agentūros „Spinter tyrimai“ ir narkotikų vartotojų organizacijos „Tavo drugys“ tyrimo duomenimis 2005–2006 metais\*, viena galimų priežasčių yra ta, kad dalis ŽIV infekuotųjų nežino apie tokius diagnostikos testus ar net nežino apie gydymo galimybes. Tai leidžia daryti pagrįstą prielaidą, jog dalis jų neturi savo gydytojo, nesikreipia dėl tyrimų, todėl jiems tyrimai ir neatliekami. Kodėl žmonės nežino apie gydymo galimybes, gali būti paaiškinama nepakankamu švietimu ir nepakankamu prieš ar po testo konsultavimu.

Kad ne visi ŽIV infekuotieji yra tiriami, rodo ir ŽIV infekuotų asmenų apklausa, atlikta rengiant šią apžvalgą. Tarp apklaustųjų buvo reikšminga dalis, kuriems niekada nebuvo atlikti CD4 ląstelių ir viruso krūvio tyrimai.

#### ***1.4.2 Antiretrovirusinis gydymas ir gydymo režimo palaikymas***

Esminis gydymo ŽIV infekuotiesiems ir sergantiejiems AIDS komponentas yra antiretrovirusinė terapija (ART). Ji padidina šių asmenų gyvenimo trukmę ir kokybę bei

---

\* Tyrimas rengiamas publikuoti. Dėl papildomos informacijos galima kreiptis į Asociaciją „Tavo drugys“: [www.drugys.lt](http://www.drugys.lt), [vilnius@drugys.lt](mailto:vilnius@drugys.lt)

sumažina tolesnį viruso perdavimą. Gydomo kursas gali trukti metus ar net dešimtmečius – iki gyvenimo pabaigos<sup>58</sup>.

ART yra brangus gydymas. Vidutiniškai per metus Lietuvos valstybė išleidžia apie 30 000 litų vieno asmens antiretrovirusiniams vaistams<sup>30</sup>. Konkrečiam asmeniui taikomo gydymo kaina gali žymiai skirtis, priklausomai nuo vaistų kombinacijos. Lietuvoje yra registruojami ir naujausi vaistai. Iki 2005 metų pabaigos iš 20 pasaulyje registruotų vaistų buvo perkami 14 rūšių antiretrovirusiniai vaistai<sup>57</sup>. Jie yra perkami centralizuotai, iš anksto įvertinant galimą poreikį ateinantiems metams.

Privalomo sveikatos draudimo fondo finansavimas centralizuotai pirkti antiretrovirusinius vaistus 2003 metais sudarė apie 1,5 milijono litų, 2004 ir 2005 metais – 2 milijonus litų. 2005 m. vaistų kainos išaugo. Farmacinių bendrovių keliamos kainos pastebimos ir kitose naujosiose ES šalyse, kurios laikomos pajėgios mokėti aukštesnę kainą, beveik tokią pat kaip ir Vakarų šalyse. Ateityje išlaidos gydymui augs, nes virusui „sensitive“ Lietuvoje daugės asmenų, kuriems reikės šio gydymo. Valstybinės ligonių kasos (VLK) vertinimu 2008 m. išlaidos antiretrovirusiniams vaistams gali sudaryti apie 4,4 mln. litų arba 0,8% iš viso kompensuojamų vaistų<sup>41</sup>.

2004 metais iš valstybės lėšų apmokamą antiretrovirusinį gydymą gavo 47 pacientai (2005 m. – 51 AIDS liga\* sergantis asmuo<sup>46</sup>). Jie gydėsi Vilniuje, Kaune, Klaipėdoje ir Šiauliuose<sup>42</sup>. Tiesa, labai mažai jų gydėsi uostamiestyje (3 žmonės, t.y. mažiau nei kuriamame kitame mieste), nors čia tais pačiais metais gyveno beveik pusė visų ŽIV infekuotų asmenų laisvėje\*\*. Pagal savivaldybėse atliktą tyrimą, tarp Klaipėdos universitetinėje ligoninėje besigydančiųjų gydos ir dalis mažėkietčių. Remiantis to paties savivaldybių tyrimo duomenimis, Molėtų raj. gyventojams patariama kreiptis į Vilniuje praktikuojančius gydytojus. Klaipėdoje apklaustieji nurodė, kad dėl patvirtinamo ŽIV testo nukreipiama į Klaipėdos universitetinės ligoninės AIDS kabineto gydytoją, kuris toliau konsultuoja asmenį, pagal galimybes nukreipia ar gydo. Vilniuje asmuo nukreipiamas į AIDS centrą arba Respublikinę tuberkuliozės ir infekcinių ligų universitetinę ligoninę. Asmuo pagal Lietuvos įstatymus turi teisę pasirinkti gydytoją. Faktiškai dauguma infekuotųjų, nors ir turėdami galimybę rinktis gydytoją arčiau savo gyvenamosios vietos, važiuoja į Vilnių (būtent čia gydėsi daugiau kaip 70% gaunančiųjų gydymą). Priežasčių, kas lemia tokį žmonių pasirinkimą – ar galimi gydymo kokybės skirtumai, ar dėl konfidencialumo,

\* Cituojama pagal šaltinį. Jei ministerijos ataskaitoje duomenys yra tikslūs, 2005 m. nebuvo nei vieno atvejo, kad ART būtų skiriama simptotinėje ŽIV stadijoje (viena iš dviejų ŽIV stadijų, kai skiriamas gydymas); visais atvejais gydymas buvo skiriamas paskutinėje AIDS stadijoje.

\*\* Lietuvos AIDS centro duomenimis 2006 06 01 Klaipėdos apskrityje gyveno 356 ŽIV infekuoti asmenys; iš jų 332 uostamiestyje; bendras skaičius (netraukiant asmenų Alytaus pataisos namuose, ne Lietuvos gyventojus ir asmenis, kurių gyvenamoji vieta nežinoma) – 753. Šaltinis: S.Čaplinskas ir kiti; redaktorė – I.Čaplinskienė. Užsikrėtusiųjų lytiškai plintančiomis infekcijomis, žmogaus imunodeficito virusu ir sergančiųjų AIDS 2005 m. epidemiologinės situacijos apžvalga Lietuvoje. LR Sveikatos ministerija, Lietuvos AIDS Centras. Vilnius: Lietuvos AIDS centro leidykla, 2006.

ar dėl to, kad nenorima keisti gydytojo, ar trumpas gydytojų darbo laikas\*, ar dėl kitų priežasčių – tirta nebuvo.

Antiretrovirusinis gydymas Lietuvoje, AIDS centro duomenimis, nuo 1998 metų yra prieinamas visiems, kuriems jo reikia pagal gydymo indikacijas (klinikines, imunologines ir virusologines)<sup>30</sup>. PSO vertinimais 2004 m. rugpjūtį Lietuvoje ART prieinamumas buvo labai mažas (<25% visų asmenų, kuriems šios terapijos reikia) ir vertino, jog tuo metu šios terapijos reikėjo 200 žmonių. Panašus prieinamumas buvo ir dalyje kitų Europos šalių – Estijoje, Rusijoje, Ukrainoje, Gruzijoje ir Makedonijoje. Tuo tarpu visose ES valstybėse, išskyrus Lietuvą ir kitas dvi Baltijos valstybes (Latvijoje ir Estijoje, beje, ŽIV išplitimas yra vienas aukščiausių ES) prieinamumas buvo geras (virš 75%)<sup>64</sup>. Šiuos skaičius reikia vertinti su išlygomis. Tačiau ši plačiai išplatinta ir tarptautiniu mastu pristatyta studija išpėja apie galimus trūkumus Lietuvoje organizuojant gydymą ir rūpybą ŽIV infekuotiesiems. Tokią galimybę taip pat patvirtina ir anksčiau minėti duomenys, jog maždaug pusei, ar net mažiau, žmonių reguliariai atliekami diagnostiniai tyrimai.

Gydymo skyrimo Lietuvoje sąlygos yra įvardintos anksčiau minėtame sveikatos ministro įsakyme<sup>11</sup>. Jis skiriamas:

- a) diagnozavus AIDS, esant bet kokiam CD4 limfocitų skaičiui;
- b) kai CD4 limfocitų skaičius 200-250/mm<sup>3</sup> ir ŽIV RNR >50 000 kopijų/ml;
- c) kai CD4 limfocitų skaičius <200/mm<sup>3</sup>, esant bet kokiam ŽIV RNR kopijų skaičiui.

ART taip pat skiriama ŽIV užsikrėtusiai moteriai nėštumo ir gimdymo metu, bei po galimo infekavimosi atveju kaip poekspozicinę profilaktiką.

Šie gydymo pradžios kriterijai nevisiškai atitinka 2005 metų Europos AIDS klinikinės draugijos (angl. *European AIDS Clinical Society* – EACS\*\*) rekomendacijas<sup>38</sup> ir 2006 metų PSO klinikinius protokolus Europos regionui. Ar reikia gydymo, EACS ir PSO rekomenduoja svarstyti anksčiau – nukritus CD4 limfocitų skaičiui iki 200–350/mm<sup>3</sup> ir jei yra viena ar keletas iš nurodytų kitų klinikinių indikacijų (pavyzdžiui, koinfekcija su hepatitu C\*\*\*, staigus CD4 ląstelių sumažėjimas nepriklausomai nuo virusinės apkrovos, virusinė apkrova (ŽIV RNR) > 100 000 kopijų/ml). Toks neatitikimas gali būti iš dalies susijęs su tuo, jog Lietuvoje metodikos buvo priimtos anksčiau nei buvo peržiūrėtos EACS rekomendacijos ir priimti PSO protokolai.

---

\* Klaipėdoje kabinetas dirba šešias valandas per savaitę (šaltinis: Klaipėdos universitetinės ligoninės telefonu (46) 396610 2007 02 19 gauta informacija; kabineto darbo laikas yra antradieniais 11-14 val. ir penktadieniais 15-18 val.).

\*\* Europos klinikinė AIDS draugija yra profesinė organizacija, jungianti praktikuojančius ŽIV ir AIDS srityje klinacistus.

\*\*\* Koinfekcija su hepatitu C virusu ypač dažnai pasitaiko tarp asmenų, užsikrėtusių ŽIV dėl nesaugios švirkštimosi praktikos. Lietuvoje tarp jų 98% yra koinfektuoti virusiniu hepatitu C (šaltinis – Lithuanian Country Report 2005. Prieiga internetu: <http://www.aids.lt/download/LCRT.zip>).



Kaip ir rekomenduojama tarptautiniuose dokumentuose, Lietuvos gydymo metodikoje nėra numatytų išimties kriterijų, kas turėtų negauti gydymo dėl socialinės padėties, elgsenos ar pan. Taigi gydymas pagal šį dokumentą garantuojamas visiems asmenims iš pažeidžiamųjų grupių (švirkščiamų narkotikų vartotojai, kalinamieji ir pan.), jei jie yra Lietuvos Respublikos piliečiai. Ar praktiškai tai įgyvendinama, ypač švirkščiamų narkotikų vartotojų atveju, tirta nebuvo. Tačiau tai aktualus Lietuvai klausimas, nes čia ŽIV infekcija labiausiai palietė būtent šią pažeidžiamą grupę. Šalyje nėra sukaupta ilgalaikės patirties, kaip teikti visapusišką pagalbą ŽIV infekuotiems švirkščiamų narkotikų vartotojams\* todėl ateityje verta atkreipti dėmesį, ar organizuojama pagalba atitinka PSO protokolus dėl priežiūros ŽIV infekuotiems švirkščiamų narkotikų vartotojams (aktyviai vartojantiems, besigydantiems priklausomybę ir esantiems remisijoje)<sup>61</sup> ir ar tam užtikrinti yra pakankamai žinių, įgūdžių ir priemonių tarp ŽIV gydytojų ir susijusių tarnybų, ypač dirbančių priklausomybių srityje.

Antivirusiniam ŽIV gydymui naudojamos vaistų schemos yra numatytos patvirtintose metodikose. Su ART prieinamumu ir gydymo sėkme taip pat yra susiję bent trys kiti aspektai: šalutinių poveikių valdymas, atsparumo testai ir gydymo režimo laikymasis („drausmingas“ vaistų gėrimas). Nesiplečiant norėtusi pažymėti, jog Lietuvos gydymo protokolai glaustai aptaria pirmuosius du aspektus. Apie trečiąjį nėra užsimenama. Tuo tarpu PSO protokoluose\*\* režimo laikymuisi skiriama daug dėmesio ir išsamiai aptariama, kaip galima gerinti režimo laikymąsi, kokiais metodais stebėti režimo laikymąsi ir koks dažnai taikomas metodas yra klaidingas ir pan. Atsparumo (genotipo\*\*\*) testai Lietuvoje pagal gydymo metodiką atliekami esant antrai bei tolesnėms gydymo nesėkmėms. Tokius tyrimus yra pajėgi atlikti AIDS centro laboratorija. Papildomos informacijos apie atsparumo testų atlikimą Lietuvoje (gydytojų, pacientų ir suinteresuotų organizacijų ar kitų asmenų nuomones) nebuvo rinkta.

---

\* PSO 2003 m. tarp ART pradėjusių ŽIV infekuotųjų ir sergančiųjų AIDS nebuvo nei vieno švirkščiamųjų narkotikų vartotojo; 2004 m. pirmoje pusėje tokių asmenų buvo 3 (World Health Organization's Regional Office for Europe. Injecting Drug Users' (IDUs) Access to Highly Active Anti-Retroviral Therapy (HAART) in the WHO European Region 2004. Summary of Preliminary Survey Results). Narkotikų vartotojų Asociacijos „Tavo drugys“ ir „Sprinter tyrimai“ atlikti sociologiniai tyrimai rodo, kad tarp ŽIV infekuotų švirkščiamų narkotikų vartotojų yra nežinančių, jog antiretrovirusinis gydymas egzistuoja (Tyrimas rengiamas publikuoti. Dėl papildomos informacijos galima kreiptis į Asociaciją „Tavo drugys“: [www.drugys.lt](http://www.drugys.lt), [vilnius@drugys.lt](mailto:vilnius@drugys.lt)).

\*\* PSO atkreipia profesionalų dėmesį, kad gydančio gydytojo vertinimai, kiek laikomasi režimo, nėra patikimi ir dėl to nerekomenduoja naudoti jį kaip gydymo režimo laikymosi ženklą (World Health Organization (2006) Clinical Protocol for the WHO European Region; 1 Patient Evaluation and Antiretroviral Treatment for Adults and Adolescents (Editors: Irina Eramova, Srdan Matic, Monique Munz). World Health Organization's Regional Office for Europe. Copenhagen, 2006.)

\*\*\*Gydymo metodikoje nėra numatyta galimybės atlikti viruso fenotipo testą, kuris Vakarų Europoje ir JAV taikomas ypač sudėtingų gydymo istorijų atveju. Dėl viruso atsparumo testų taikymo atvejų tarptautiniu mastu iki šiol nėra bendrų rekomendacijų. Nemaža dalimi tai susiję aukšta jų kaina (genotipo testas kainuoja apie 400 eurų, o fenotipo – apie 800 eurų) bei sąlyginai neaukštu atsparių vaistams virusų paplitimu.

Lietuvos protokoluose nėra plačiau aptariama galima vaistų sąveika (ne tik tarpusavio antivirusinių vaistų sąveika, bet ir ART vaistų bei oportunistinių ligų gydymo medikamentų, ar antiretrovirusinių vaistų ir metadono, taikomo pakaitinėje terapijoje priklausomiems asmenims\*).

### *1.4.3 Oportunistinių (gretutinių) infekcijų profilaktika ir gydymas*

Oportunistinių infekcijų\*\* kontrolė yra būtina visapusiško gydymo, rūpybos ir globos asmenims, infekuotiems ŽIV ar sergantiems AIDS. Jiems gretutinės infekcijos yra pavojingos (pavyzdžiui, negydant *Cryptococcus meningito* pacientas gali mirti per vieną mėnesį)<sup>59</sup>; jų atsiradimas rodo susilpnėjusį imunitetą ir pažengusią ŽIV stadiją, tiksliau dvi paskutines iš penkių stadijų pagal Lietuvoje patvirtintą gydymo metodiką: simptominę ŽIV ligą ir AIDS.

Į oportunistinių infekcijų kontrolę įeina tiek prevencija, tiek diagnostika ir gydymas. Informacija apie gretutines infekcijas, tai, kad daliai jų egzistuoja profilaktinės priemonės, kokie infekcijų simptomai ir pan., bent iš dalies turėtų būti suteikiama potestinio konsultavimo metu, jei nustatomas ŽIV.

Keturiuose Lietuvos savivaldybėse atlikto tyrimo metu gydytojai teigė, kad mūsų šalyje oportunistinių ligų profilaktika yra gydančio gydytojo kompetencijoje. Jei pacientui išsivysto pneumonija, gimdos kaklelio vėžys ar Kapoši sarkoma, tikėtina, kad pacientui nenorint atskleisti savo ŽIV pozityvaus statuso, būtent nuo šių ligų jis bus gydomas atitinkamose asmens sveikatos priežiūros įstaigose ar jų padaliniuose (pavyzdžiui, tuberkuliozės arba onkologinių ligų gydymo įstaigoje ar jos padalinyje). Tyrimo metu gydytojai teigė, kad pagrindinis stacionarizuojamų AIDS sergančiųjų srautas nukreipiamas į specializuotas infekcines ligonines ir skyrius. Tokių ligonių skaičius buvo vertinamas kaip nedidelis, vengiant nurodyti tikslesnius skaičius.

Tarp apklaustų ŽIV infekuotųjų ir sergančiųjų AIDS didesnei daliai buvo diagnozuota viena ar daugiau gretutinių ligų.

Savivaldybių apklausoje respondentai pastebėjo, kad atskirais atvejais ŽIV infekuoti asmenys skundžiasi esantys nepajėgūs įsigyti oportunistinių ligų profilaktikai ir gydymui reikalingų vaistų, nes išlaidos ambulatoriniam gydymui (pavyzdžiui, priešgrybelinės

---

\* Pavyzdžiui, vartojamas neravipinas, efavirenzas ar ritonaviras sumažina metadono koncentraciją ir gali atsirasti netgi abstinencijos simptomai. Todėl atsiradus tokiems požymiams reiktų didinti metadono dozę. Yra atvejų, kai metadonas ar kiti preparatai sumažina antiretrovirusinio preparato lygį ir pan. Yra fiksuota ir reikšminga kitų legalių ar nelegalių narkotikų sąveika su antiretrovirusiniais vaistais. Šaltinis: World Health Organization (2006) Clinical Protocol for the WHO European Region; 5 HIV/AIDS Treatment and Care for Injecting Drug Users (Editors: Irina Eramova, Srđan Matic, Monique Munz). World Health Organization's Regional Office for Europe. Copenhagen, 2006.

\*\* Dažniausiai pasitaikanti mūsų kontinente oportunistinės infekcijos: tuberkuliozė, bakterinės infekcijos, *Pneumocystis jirovecii* pneumonija, įvairūs herpes, stemplės kandidozė, *Cryptococcus meningitis* ir toksoplazmozė.

profilaktikos arba herpio gydymo vaistai) nėra kompensuojamos. PSO savo klinikinių ŽIV protokolų dalyje apie oportunistines infekcijas ir bendrus ŽIV ir AIDS simptomus<sup>59</sup> pabrėžia, kad socialinė padėtis (t.y. galimybės susimokėti) neturėtų lemti sprendimo, kuriuos ŽIV ir gretutinėmis infekcijomis infekuotus asmenis gydyti ir kurių negydyti.

#### *I.4.4 Lytiškai plintančios infekcijos ir paliatyvi pagalba*

Apie kitas, artimai su ŽIV susijusias sveikatos priežiūros paslaugas surinkta informacija yra ribota.

Lytiškai plintančių infekcijų gydymas yra gydytojų dermatovenerologų<sup>8</sup> bei akušerių ginekologų<sup>27</sup> kompetencija. Dermatovenerologai – tai vieninteliai gydytojai specialistai, į kuriuos pacientai gali kreiptis tiesiogiai, be siuntimo<sup>20</sup>. Šie gydytojai kaip antro ir trečio lygio specialistai konsultuoja asmens sveikatos priežiūros įstaigose, dažniausiai miesto poliklinikose arba ligoninių konsultacinėse poliklinikose. Lytine ir reprodukcinė sveikata taip pat rūpinasi urologai<sup>3</sup> ir šeimos gydytojai<sup>4</sup>. Nesurinkta informacijos apie seksualinės ir reproduktyvinės sveikatos paslaugas. Ateityje peržiūrint praktiką rekomenduotina lygiuotis į specialiai šiai temai skirtą PSO protokolą<sup>62</sup>.

Kaip organizuojama paliatyvi pagalba, kuri visų pirma skirta fizinei kančiai mažinti ir (ar) jos išvengti, yra įtvirtinta 2007 m. pradžioje<sup>1</sup>. Pagal sveikatos apsaugos ministro patvirtintą tvarką paliatyvi slauga turi būti teikiama esant terminalinei ŽIV ligos stadijai, nepasiduodančiai optimaliam gydymui, ir gyvybei pavojingoms komplikacijoms, kai *Karnovskio* indeksas mažesnis kaip 50%. Ši pagalba yra integruota į bendrą paliatyvios pagalbos organizavimo sistemą. Pagalba apima sveikatos būklės vertinimą, reikalingų tyrimų ir stebėsenos skyrimą, medikamentinį gydymą, slaugos poreikių nustatymą ir jų įgyvendinimą, psichologinę pagalbą asmeniui ir jo artimiesiems, socialinių poreikių vertinimą bei stebėjimą, socialinės pagalbos planavimą ir teikimą, tarpininkavimą sprendžiant socialines problemas, ligonio ir jo artimųjų mokymą ir pan. Paliatyvi pagalba gali būti stacionarinė, teikiama dienos stacionare ir ambulatorinė (sveikatos priežiūros įstaigoje ar ŽIV infekuoto asmens namuose). Ją teikia specialistų komanda, koordinuojama gydytojo. Numatoma savanorių įsitraukimo galimybė, kuri atveria kelią nevyriausybinėms ir kitoms organizacijoms prisidėti prie pagalbos teikimo. Paliatyvi pagalba yra teikiama nemokamai kompensuojant išlaidas iš Privalomo sveikatos draudimo fondo.

Iš esmės ši tvarka atitinka principus, įtvirtintus PSO klinikiniame paliatyvios pagalbos ŽIV infekuotiems ir sergantiems AIDS pacientams protokole<sup>60</sup>. PSO rekomenduojamos detalios praktinės metodikos gali būti naudingos paliatyvią pagalbą teikiančioms komandoms.

2004 metais atliekant savivaldybių tyrimą buvo išsiaiškinta, jog specializuotų AIDS palaikomojo gydymo įstaigų nebuvo, ir apklaustų ekspertų vertinimu paliatyvi pagalba sergantiems AIDS asmenims turi būti organizuojama kaip integruota paliatyvios pagalbos dalis. Savivaldybių tyrimo metu veikiančios slaugos ligoninės priiminėjo

sergančiuosius AIDS, atsižvelgdamos ne į diagnozę, bet į paciento būklę, kaip tai numatyta Slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninės medicinos normoje<sup>26</sup>. Savivaldybių studijos rengimo metu gauta informacija apie du sergančiųjų AIDS priežiūros atvejus – vieną Mažeikiuose ir vieną Klaipėdoje (abiem atvejais – slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėse).

Patronažas, pasak apklaustųjų savivaldybės tyrime, šalyje reikalingas tik pavieniais atvejais. Vilniuje šį darbą, esant reikalui, atlieka dvi Lietuvos AIDS centro slaugytojos. Kiek kartų joms faktiškai teko teikti tokią paslaugą, informacija negauta. Kitose savivaldybėse, ekspertų informacija, tokių paslaugų nebuvo. Taigi šios paslaugos poreikis nedidelis, tačiau kol kas yra (potencialiai) teikiama tik sostinėje ir nėra teikiama mieste (Klaipėdoje), kur tokios paslaugos poreikis, sprendžiant iš epidemiologijos, turėtų būti didžiausias šalyje.

#### *1.4.5 ŽIV infekuotųjų ir jų artimųjų mokymas (konsultavimas), socialinė ir psichologinė pagalba*

Pacientų švietimas ir konsultavimas yra esminis paciento rūpybos komponentas. Pradėti reiktų nuo socialinių gyvenimo sąlygų įvertinimo ir diskusijos. Tai apima santykių padėtį ir kokybę, darbo statusą, darbo pobūdį ir sąlygas, žmones, kuriuos reiktų informuoti apie ŽIV statusą, žmones, su kuriais sveikatos priežiūros darbuotojai galėtų aptarti su paciento sveikata susijusius klausimus, santykius šeimoje, galimybę saugiai šaldytuve laikyti medikamentus, gyvenimo būdo veiksnius, kurie gali veikti gydymą.

Sveikatos priežiūros darbuotojas, kuris konsultuoja infekuotąjį ŽIV ar sergantįjį AIDS, turi užtikrinti, kad atitinkama svarbi informacija yra ne tik aptarta su pacientu, bet ir jo suprasta. Klausimai apima:

- rizikos mažinimą (saugus seksas, švirkštimosi praktika ir pan., pavojus, jog neapsaugotas seksas su ŽIV infekuotais partneriais gali sąlygoti superinfekcijos atsiradimą, kuri gali būti atspari antiretrovirusiniams vaistams)
- esant negatyviam toksoplazmos serologiniam tyrimui, perdavimo kelius ir būdus užkirsti kelią infekcijai;
- hepatito B ir hepatito C prevenciją, kaip mažinti su kepenimis susijusios žalos riziką, apsaugoti nuo infekcijos perdavimo motinos vaikui;
- galimų oportunistinių infekcijų simptomus;
- nustojimą vartoti narkotikus, o jei tai neįmanoma ar pacientas nelinkęs nustoti – žalos mažinimo priemonės (vartojimo mažinimas, nesišvirkštimas, nesidalijimas adatomis, švirkštais ir kita švirkštimosi įranga, pakaitinė terapija priklausomiems nuo narkotikų);
- priklausomai nuo socialinių sąlygų – sveikos kasdienės gyvensenos įpročius – miegą, maitinimąsi, mankštą;

- pradedantys antiretrovirusinę terapiją – apie gydymo režimą ir jo laikymąsi, galimą antiretrovirusinių preparatų toksiškumą, preparatų tarpusavio sąveiką, patikimą kontracepciją, jei gydymo schemoje yra efavirencas;
- teisinę atsakomybę (jei tokia yra) ir jų teises bei nukreipimą, kur galima gauti tokias paslaugas;
- imunizaciją (ir kelionių atvejais) bei galimą profesinę riziką<sup>58</sup>.

Kad ŽIV infekuotiesiems kyla daug klausimų ir reikalingos konsultacijos įvairiais gyvenimo klausimais, patvirtina apklaustieji bendruomenėje ir laisvės atėmimo įstaigose. Dažnai nurodoma, kad domina informacija apie mitybą, lytinį gyvenimą. Tačiau žymiai rečiau asmenys nurodo konsultavęsi ir gavę konsultaciją.

Daugumai reikia tiek socialinės, tiek psichologo pagalbos. Nepaisant tokio didelio poreikio beveik visi nurodė, kad psichologo pagalbos per paskutinį pusmetį negavo.

Konsultavimas ir pagalba taip pat leistų pasinaudoti socialinėmis garantijomis ŽIV infekuotiems ir sergantiems AIDS asmenims. Viena tokių socialinių garantijų – valstybės parama būstui įsigyti ar išsinuomoti<sup>14</sup>. Koalicijos žiniomis yra bent du atvejai, kai tokia parama buvo pasinaudota. Tačiau greičiausiai poreikis paramai yra gerokai didesnis ir asmenys tiesiog nežino apie tokią galimybę. O tie, kurie bando ja naudotis, nurodo, jog sunku tikėtis faktinės paramos dėl ilgų laukiančiųjų eilių tokią paramą gauti.

Pacientų mokymu paprastai užsiima gydantis gydytojas. ŽIV infekuotų asmenų partneriams ar tiems asmenims, su kuriais kartu naudojama narkotikų švirkštimosi įranga, rekomenduojama atlikti tyrimus dėl ŽIV, paaiškinama apie apsaugos priemones.

Kalbantis su specialistais paaiškėjo, kad ŽIV infekuoti asmenys dažniausiai nenori, kad gydytojai bendrautų su jų šeimos nariais. Todėl bendraujama paprastai tuomet, kai artimieji patys yra suinteresuoti padėti ŽIV užsikrėtusiam žmogui.

Spausdinta informacija yra platinama kabinetuose, kur imami kraujo mėginiai tyrimams bei „žemo slenksčio“ kabinetuose.

Informacija apie tyrimų dėl ŽIV reikalingumą ir galimybes juos atlikti, taip pat apie rizikingo elgesio veiksmus, teikiama nemokama Lietuvos AIDS centro telefono linija ir jo interneto svetainėje. 2005 m. lietuvių kalba išleistas specialus leidinys apie ŽIV ir gydymą infekuotiesiems asmenims<sup>34</sup>. Nemokama telefono linija klientai konsultuojami tik Lietuvos AIDS centro darbo metu, t.y. darbo dienomis nuo 8 iki 17 val. 2005 metais buvo suteiktos 493 konsultacijos asmenų šeimos nariams ir artimiesiems<sup>46</sup>.

Vilniuje, LAC konsultaciniame kabinete bei psichologinės pagalbos kabinete be medicininės pagalbos, ŽIV infekuotiems bei sergantiems AIDS asmenims dar siūloma psichologinė-socialinė pagalba.

Organizacijos, vienijančios ŽIV infekuotus asmenis, veikia Vilniuje, Šiauliuose ir Klaipėdoje. Šių organizacijų veiklos mastai (dėl tariamai mažai dalyvaujančių asmenų) apklausų metu buvo vertinami prieštaringai. Projekto ekspertai yra susipažinę su gera praktika, kaip labiausiai paliesta visuomenės grupė šviečia savo atstovus lygus lygiam principu. Narkotikų vartotojų organizacija „Tavo drugys“, bendradarbiaudama su Respu-

blikinės tuberkuliozės ir infekcinių ligų universitetinės ligoninės darbuotojais, 2006 m. organizavo mokymus ŽIV infekuotiesiems nuo narkotikų priklausantiems asmenims, taip pat ir priklausomybės ligų centrų darbuotojams.

#### *1.4.6 Sveikatos priežiūros įstaigos ir gydytojų kompetencija*

ŽIV infekuotieji nurodė, kad dėl sveikatos priežiūros, susijusios su ŽIV, kreipėsi į LAC, Alytaus griežto režimo pataisos darbų koloniją, Šiaulių tardymo izoliatorių, Šiaulių miesto ligoninę, Respublikinę tuberkuliozės ir infekcinių ligų universitetinę ligoninę. Paprastai visi asmenys, kuriems reikėjo konsultacijos dėl ŽIV, ją gavo.

Savivaldybių tyrimo metu apklausti ekspertai nurodė, jog trūksta aiškumo dėl gydytojų kompetencijos, kas faktiškai turėtų teikti pagalbą ŽIV infekuotiesiems ir sergantiems AIDS, kas turėtų vykdyti ŽIV progresavimo diagnostiką, skirti antiretrovirusinį gydymą ir pan.

Pagal LR Sveikatos apsaugos ministerijos patvirtintų medicinos normų nuostatas ŽIV ir AIDS gydymas yra šių specialistų kompetencija:

- Infekcinių ligų gydytojas<sup>10</sup> turi mokėti diagnozuoti ir gydyti žmogaus imunodeficito viruso [ŽIV] ligą B20-B24, konsultuoti dėl žmogaus imunodeficito viruso (ŽIV) infekcijos Z 71.7.
- Dermatovenerologas<sup>8</sup> privalo išmanyti odos, odos darinių, šalia odos esančios gleivinės ligų, ŽIV ir lytiškai plintančių infekcijų epidemiologiją, klasifikaciją, priežastis, patogenezę ir klinikinius požymius, medicinos etiką, turi mokėti diagnozuoti ir gydyti žmogaus imunodeficito viruso (ŽIV) sukeltą ligą (B20-B24).
- Šeimos gydytojas<sup>4</sup> privalo įtarti imunodeficito sindromą, sukeltą ŽIV, AIDS. AIDS pagrindinius požymius, tęsti kitų odos ligų ir lytiškai plintančių infekcijų gydymą, atsižvelgiant į specialistų konsultacijas.

Akušerio ginekologo ir urologo medicinos normų nepavyko gauti, jų nėra viešose teisės aktų sistemose (LR Seimo ir SAM).

Šie specialistai buvo minimi savivaldybių apklausos metu. Tačiau gydytojų medicinos normose nustatyta kompetencija reikalauja atskiro nagrinėjimo\*. Kitiems gydytojams specialistams skirtose patvirtintose medicinos normose yra numatyta diagnozuoti ir gydyti tam tikrus žmogaus imunodeficito ligos simptomus. Antai, gydytojo neurologo medicinos normoje numatyta diagnozuoti ir gydyti ŽIV demenciją arba encefalopatiją dėl ŽIV ligos B22.0. Praktikoje RTULT konsultuoja ir gydo infektologas, AIDS centre – didelę praktiką ir daug specializuotų kursų išklauses kitos srities gydytojas.

Medicinos normos leidžia gydymą skirti gydytojams specialistams ir tęsti gydymą pas šeimos gydytoją. Taigi 2005 m. pabaigoje, pakeitus šeimos gydytojo medicininę nor-

---

\* Tuo labiau, kad ne visos medicinos normos yra visuomenei atvirose duomenų bazėse.

mą, išspręsta geografinio prieinamumo problema. Tačiau praktikoje pastebėta, jog asmenys kreipiasi pagalbos į didesnę patirtį turinčius gydytojus arba gydytojai neapsiima gydyti ŽIV infekuotuosius ir nukreipia pas praktiką sukaupusius gydytojus.

Sušvelninti šią problemą, pasak apklaustų ekspertų, galėtų pirminės sveikatos priežiūros gydytojų geresnis pasirengimas, taip pat su normatyviniais reikalavimais suderintos materialinės bei finansinės galimybės (numatyti apmokėjimą už papildomą darbą).

Galbūt tai iš dalies padėtų spręsti kitą problemą (nurodytą ŽIV infekuotų asmenų apklausoje) – paslaugų kokybę. Nors trečdalis apklaustųjų gautas paslaugas įvertino gerai ir labai gerai, panaši dalis įvertino jas blogai ir labai blogai. Ypač neigiamai vertintos paslaugos laisvės atėmimo vietoje.

Koalicijos „Galiu gyventi“ užsakyму yra atliktas atskiras tyrimas apie gydytojų ir kitų specialistų pasirengimą dirbti su ŽIV ir AIDS.

## ***1.5 ŽIV perdavimo motinos vaikui profilaktika***

ŽIV gali būti perduodamas ŽIV infekuotos motinos jos vaikui (nešiojant vaisių, jį gimdant ar kūdikį maitinant krūtimi). Netaikant jokio gydymo, perdavimas svyruoja nuo 15 iki 45% . Šią dalį galima sumažinti iki 1 ar 2% taikant:

- profilaktiką antiretrovirusiniais vaistais nėštumo, gimdymo ir pirmosiomis savaitėmis po gimdymo
- akušerines intervencijas – Cezario pjūvis ir pan.
- atsisakymą maitinti krūtimi<sup>63</sup>.

Išsiaiškinti galimus rizikos perdavimo atvejus yra numatytos dvi strategijos. Abi jos yra įtvirtintos sveikatos apsaugos ministro įsakymais. Kaip minėta anksčiau, nėščiosioms išsirtinti dėl ŽIV turi būti siūloma du kartus: iki 12 nėštumo savaitės ir 32 nėštumo savaitė<sup>2</sup>. Tokiu būdu tarp nėščiųjų siekiama išsiaiškinti ŽIV atvejus. Kita vertus, tarp ŽIV infekuotų asmenų nustatyti nėštumo atvejus ministro patvirtintose schemose numatoma per reguliarius ginekologinius tyrimus: nustačius ŽIV teigiamą diagnozę ir toliau 1–2 kartus per metus priklausomai nuo to, ar asmuo gauna ART, ar ne\*.

ŽIV perdavimo motinos vaikui profilaktiką ir antiretrovirusinių vaistų skyrimą nėščiosioms bei naujagimiams reglamentuoja LR sveikatos apsaugos ministro patvirtinta „Žmogaus imunodeficito viruso ligos diagnostikos bei ambulatorinio gydymo, kompensuojamo iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, metodika“<sup>11</sup>. Šiame glaustame dokumente skiriamas palyginus didelis dėmesys antiretrovirusinio gydymo taikymui.

---

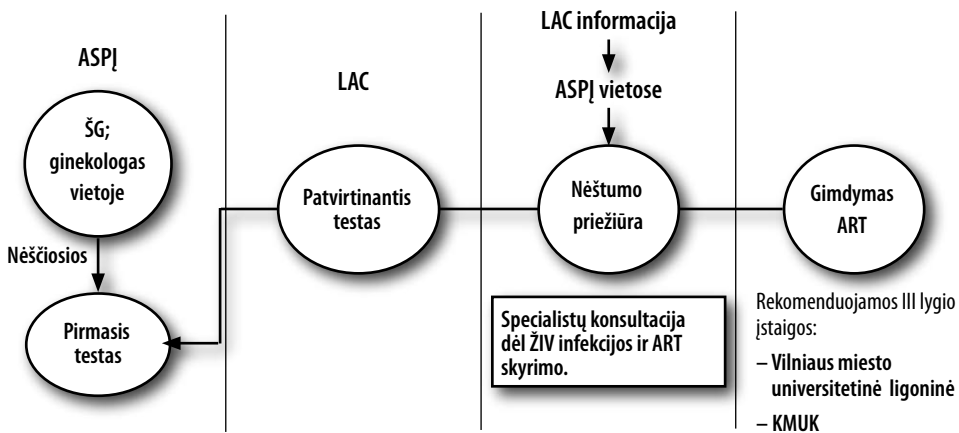
\* PSO protokoluose rekomenduojama taip pat daryti nėštumo testą prieš pradėdant ART (World Health Organization (2006) Clinical Protocol for the WHO European Region; 1 Patient Evaluation and Antiretroviral Treatment for Adults and Adolescents (Editors: Irina Eramova, Srdan Matic, Monique Munz). World Health Organization's Regional Office for Europe. Copenhagen, 2006.)

Be to, organizuojant pagalbą nėščiosioms ir naujagimiams remiamasi ir specialistų draugijų rekomendacijomis. Pavyzdžiui, Lietuvos akušerių ir ginekologų draugija 2000 m. išleido leidinį „Perinatalinė infekcija. Diagnostikos, gydymo ir profilaktikos rekomendacijos“<sup>50</sup>. Jame rekomenduojama nėščioms ŽIV infekuotoms moterims gimdyti III lygio akušerijos ginekologijos paslaugas teikiančiose įstaigose. Praktikoje, pasak savivaldybių apklausos ekspertų, gimdyvės nukreipiamos į įstaigas, kuriose jau yra patirties priimant ŽIV infekuotųjų gimdymus. Egzistuojančią praktiką keturiose tirtose savivaldybėse apibendrina ir 1 paveiksle pateikta schema.

ŽIV perdavimo motinos vaikui atvejų Lietuvoje iki 2005 m. pabaigos nebuvo<sup>37</sup>. 2002–2004 metų laikotarpiu šalyje gimė 5 ŽIV infekuotos moterys. Visos jos gimė Vilniuje. 2005 metais buvo nustatyti 3 ŽIV atvejai tarp nėščiųjų. Tais pačiais metais stebėtos dvi ŽIV infekuotos moterys iš Mažeikių – abi jos vėlgi gimė Vilniuje. Nėra gautos informacijos, ar buvo atvejų, kai nėštumas buvo nutrauktas dėl ŽIV pozityvaus statuso. Turėdama tikslią ir išsamią informaciją apie galimą riziką ir jos valdymo galimybes ŽIV infekuota moteris gali priimti sprendimą, ar gimdyti, ar nutraukti nėštumą. Tačiau ji neturi būti verčiama nutraukti nėštumą dėl ŽIV.

*1 paveikslas. ŽIV infekuotų nėščiųjų moterų sveikatos priežiūra praktikoje Vilniuje, Klaipėdoje, Mažeikių raj. ir Molėtų raj.*

*Pastaba. Į schemą nėra įtraukta priežiūra po gimdymo.*





## I.6 Poekspozicinė ŽIV profilaktika

Šiuo metu nėra vakcinų nuo ŽIV ir dėl nuolat kylančių problemų ją kuriant, efektyvios vakcinų sukūrimas ir pateikimas į rinką gali dar ilgai trukti. Nepaisant egzistuojančių veiksmingų prevencinių priemonių (prezervatyvai, sterili švirkštimosi įranga, geros praktikos taisyklių laikymasis sveikatos priežiūros tarnybose ir pan.), net ir stengiantis jas naudoti kartais neišvengiama rizikingų atvejų, kai ŽIV infekuoto asmens ar kito asmens, kurio ŽIV statusas nėra žinomas, audinių, kraujo ar tam tikrų organizmo skysčių (spermų, makšties išskyrių, pleuros ir pan.) ar koncentruotas virusas patenka ant kito asmens pažeistos odos, gleivinės arba į organizmą. Tokiais atvejais taikoma poekspozicinė ŽIV profilaktika antiretrovirusiniais vaistais. Geriausias jos efektas pasiekiamas, jei yra suspėjama gauti gydymą per pirmąsias 4 valandas, t.y. iki pirmo viruso ciklo replikacijos pabaigos. Remiantis tyrimais, poekspozicinė profilaktika veiksminga, jei taikoma nepraėjus 72 val. po rizikingo įvykio.

Kad žmogus gautų pagalbą, yra būtina greita jo paties reakcija ir žinios, jog iš viso yra galimybė išvengti infekcijos net ir po rizikingo atvejo ir kad tokia pagalba yra organizuojama toje šalyje\*. Kol kas nėra apibrėžtų tarptautinių rekomendacijų šioje srityje, PSO šiuo metu rengia specialų protokolą Europos regionui, kuris turėtų būti publikuojamas 2007 m. pirmojoje pusėje.

Lietuvoje poekspozicinė profilaktika vykdoma vadovaujantis „Poekspozicinės žmogaus imunodeficito viruso profilaktikos skyrimo aprašu“, patvirtintu sveikatos apsaugos ministro<sup>9</sup>. Jis apibrėžia, kaip nustatomas poreikis profilaktikai, kokie veiksmai atliekami su galimu infekcijos šaltiniu, taip pat šešių nustatytų įstaigų aprūpinimo (profilaktiniams tikslams naudojamų) antiretrovirusiniais vaistais būdą ir atsakomybę.

Yra apibrėžti atvejai, kuomet už poekspozicinės profilaktikos tikslais taikomą gydymą Lietuvoje mokėti nereikia. Tai ekspozicija darbo metu, atliekant profesines pareigas ir smurto ar prievartos atvejai. Visi jie turi būti užregistruoti įstatymuose nustatyta tvarka. Po kitokių ekspozicijos aplinkybių (jei atvejis nebuvo nustatyta tvarka užregistruotas) už antiretrovirusinius vaistus tenka mokėti pačiam asmeniui.

Pagal galiojančią tvarką gydymą pradėti rekomenduojama kuo greičiau ir ne vėliau kaip po 72 valandų po ekspozicijos. Todėl ypač svarbi adekvati asmens ir gydytojų reakcija, taip pat geografiniai atstumai iki įstaigų, kur galima gauti konsultaciją ir gydymą, jų darbo laikas tiek darbo dienomis, tiek nedarbo ir švenčių dienomis.

Antiretrovirusinių vaistų, skirtų poekspozicinei profilaktikai, atsargas turi 6 sveikatos priežiūros įstaigos: Respublikinė tuberkuliozės ir infekcinių ligų universitetinė li-

\* Pavyzdžiui, Didžiojoje Britanijoje vykdomos specialios informacinės kampanijos apie poekspozicinę profilaktiką po galimo infekavimosi lytiniu būdu nuo 1998 m. Dėl neseniai vykusios nacionalinės kampanijos žinios apie poekspozicinę profilaktiką tarp gėjų, kurie yra didžiausios rizikos grupė šioje šalyje, išaugo nuo 22% 2003 m. iki beveik 40% 2005 m. Šaltinis: **Edwin J. Bernard**, Equal access to PEP in UK legal spotlight, AIDSMap news 2006 04 26; prieiga internetu: <http://www.aidsmap.com/en/news/5C4924E6-1D0D-438C-9ED7-D99216910C0C.asp>

goninė, Lietuvos AIDS centras, Kauno miesto 2-oji ligoninė, Klaipėdos universitetinė ligoninė, Panevėžio ir Šiaulių miesto ligoninės. Kiekvienoje įstaigoje yra ne mažiau kaip 3 antiretrovirusiniai preparatai. Tirtose Mažeikių raj. ir Molėtų savivaldybėse nėra saugomų antiretrovirusinių vaistų ir žmonės nukreipiami į artimiausias ligonines. Pasak Kalėjimo departamento, antiretrovirusinių preparatų poekspozicinės profilaktikos tikslais yra saugoma Kalėjimo departamento įstaigoje (jų sveikatos priežiūros sistema yra paralelinė bendrai sveikatos priežiūros sistemai).

Susižalojimai darbe ŽIV infekuotais *instrumentais*\* AIDS centre registruojami nuo 1990 m. Taikyti poekspozicinį gydymą antiretrovirusiniais preparatais pradėta 1996 m. (6 atvejai). Per 10 metų užregistruota 15 susižalojimo ŽIV infekuotais instrumentais atvejų, užsikrėtimo ŽIV atvejų nediagnozuota<sup>51</sup>. Kiek buvo registruota kitų atvejų (susižalojimo ne ŽIV infekuotais instrumentais, bet, pavyzdžiui, išprievartavus ar smurto atvejais), informacijos negauta ir cituojamose AIDS centro specialistų ataskaitose nepateikiama.

## ***I.7 Apibendrinimas ir rekomendacijos***

*„Žinoti nepakanka, reikia žinias taikyti.  
Norėti nepakanka, reikia daryti.“*

Volfgangas Gėtė (Wolfgang Goethe)

*Dabar pagrindinis iššūkis – paversti politinius  
įsipareigojimus konkrečiais veiksmais <...>*

Europos Komisijos narys Pavelas Telička  
2004 m. Vilniaus konferencijos metu

Lietuvoje įvairiuose dokumentuose išreikšta politinė valia didelį dėmesį skiria ŽIV ir AIDS klausimams. Teisiniuose dokumentuose yra įtvirtintos garantijos užtikrinti tinkamas sveikatos priežiūros, socialines ir psichologines paslaugas ŽIV infekuotiems ir sergantiems AIDS asmenims, teisė į anoniminį ir kitą testavimą ir konsultavimą, ypač pažeidžiamoms grupėms. Bendra paslaugų teikimo schema yra pateikiama 2 paveiksle.

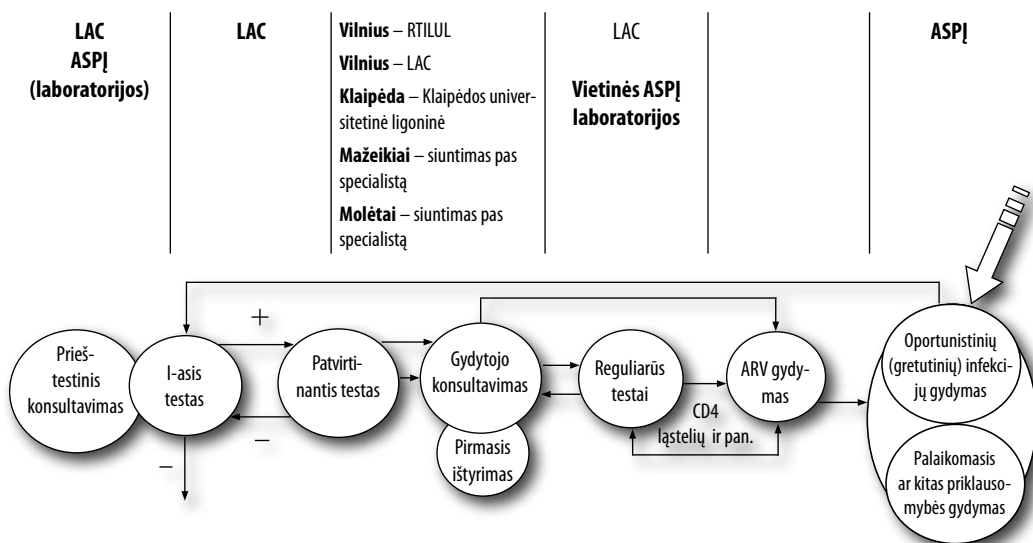
Lietuvoje testavimas ir konsultavimas organizuojamas daugiausia remiantis savanoriškumo principu. Dar yra atvejų, kai yra privalomas tikrinimasis dėl ŽIV ir (ar) apribojamos ŽIV infekuotųjų teisės siekiant darbo, išsilavinimo ar socialinių paslaugų. Viena iš silpniausių diagnostikos pusių yra praktinis prieštestinio ir potestinio konsultavimo įgyvendinimas. Dažnai tokio konsultavimo nėra. O nesant tokio konsultavimo, sumažėja asmens pasiruošimas testui ir testo rezultatams, nėra šviečiamas asmuo apie gyvenimą infekavusis. Nesant konsultavimo, neįmanoma gauti informuoto asmens sutikimo tikrintis dėl ŽIV. Gerinti konsultavimą galėtų geresnis paslaugos reglamentavimas (vieno-

---

\* Paryškino šios publikacijos redaktorė.

di testavimo ir konsultavimo standartai, juose įtvirtintos rekomendacijos ir reikalavimai asmenims, atliekantiems paslaugą) ir reguliarius mokymai bei šviečiamoji veikla tiems, kurie konsultuoja ar turėtų konsultuoti.

**2 paveikslas. ŽIV infekuotų ir sergančių AIDS asmenų sveikatos priežiūra, egzistuojanti Vilniuje, Klaipėdoje, Mažeikių raj. ir Molėtų raj.**



Testavimas ir konsultavimas tarp rizikos grupių ir kitų testuotis rekomenduojamų grupių pagal epidemiologinius požymius priklauso nuo savivaldybių ir valstybės finansavimo, kuris paprastai yra neilgalaikis, finansavimo pakanka tik tam tikrų akcijų metu. Pačios rizikos grupės yra skirtingai apibrėžtos skirtinguose dokumentuose, net ir Valstybinėje ŽIV/AIDS profilaktikos ir kontrolės 2003–2008 metų programoje yra trūkumų įvardinant tokias grupes (pavyzdžiui, per plačiai apibrėžiamos kai kurios grupės, nepaminimi vyrai, turintys lytinių santykių su vyrais).

„Žemo slenksčio“ kabinetai teikia testavimo ir konsultavimo paslaugą paprastai kampanijų metu, esant papildomoms lėšoms, t.y. šiuo metu ši paslauga neįeina į pagrindines (privalomas) „žemo slenksčio“ paslaugas. Kaip ir visos „žemo slenksčio“ paslaugos, tokiose programose testavimo ir konsultavimo paslauga yra nemokama. Svarbu pabrėžti, jog būtent per „žemo slenksčio“, mobilias paslaugas ar specializuotas įstaigas įmanoma pasiekti, kad būtų testuojamos ir konsultuojamos tokios pažeidžiamos grupės kaip švirkščiamų narkotikų vartotojai, sekso paslaugų teikėjai ar vyrai, turintys lytinių santykių su vyrais, neverčiant atskleisti savo seksualinės orientacijos, gyvenimo būdo, elgsenos ir suteikti galimybę tai padaryti nemokamai.

Kitai išsiriti rekomenduojamai grupei – nėščiosioms – nuo 2007 m. pagal įtvirtintą tvarką testas rekomenduojamas daugiau nei du kartus (kaip buvo numatyta ir anksčiau galiojusia tvarka), už tyrimą nereikia mokėti.

Kalinamieji sudaro didelę dalį asmenų, kuriems daromas diagnostinis testas. Būtent per Kalėjų departamento testavimo ir su juo susijusio konsultavimo sistemą ir yra išaiškinama didžioji ŽIV atvejų Lietuvoje dalis. Dauguma čia nustatomų atvejų yra susiję su švirksčiamų narkotikų vartojimu. Viena vertus, tai ženklas, jog nepakankamas diagnostikos prieinamumas net ir „žemo slenksčio“ kabinetuose narkotikų vartotojams bendruomenėje. Kita vertus, didelį besitikrinančiųjų skaičių galima paaikškinti viena arba keliomis iš trijų priežasčių: pačių kalinamųjų ir nuteistųjų susirūpinimas dėl galimo infekavimosi (taigi ir rizikingą praktiką); Kalėjų departamento dėmesys ŽIV; „sava-noriškai privalomo“ testavimo praktika, kai bandoma užkirsti kelią galimiems infekcijos protrūkiams, panašioms į vykusį 2002 m. Alytaus pataisos namuose.

Anoniminio išsityrimo dėl ŽIV geografinė aprėptis yra palyginus gera, tačiau visose vietose jis yra mokamas (išimtys gali būti trumpalaikių akcijų metu). Kaina skirtinguose miestuose gali skirtis daugiau kaip 3 kartus. Galimybių išsityrėti dėl ŽIV (ypač anonimiškai) yra daugiau miestuose ir sudėtingesnė mažesnėse savivaldybėse, ypač jei jose nėra nustatyta daugiau nei keletas ŽIV atvejų.

Asmenys, kuriems diagnozuotas ŽIV ar AIDS, yra draudžiami valstybės lėšomis, taigi jiems prieinamas visas paketas sveikatos draudimo apmokamų sveikatos priežiūros paslaugų.

Lietuvoje ŽIV infekuotiesiems ir sergantiejiems AIDS nemokamai suteikiamos gydytojo konsultacijos, stebėjimas, taip pat imunologiniai ir virusologiniai testai bei testavimas oportunistinėms infekcijoms, t.y. tiesiogiai su ŽIV ir AIDS susijusios sveikatos priežiūros paketas yra nemokamas. Tiesa, už tam tikras paslaugas gali tekti mokėti. Pavyzdžiui, dalies oportunistinių ligų profilaktikos ir gydymo išlaidas reikia padengti patiems pacientams.

ŽIV infekuotųjų gydymas ir diagnostika yra organizuojami remiantis „Žmogaus imunodeficito viruso ligos diagnostikos bei ambulatorinio gydymo, kompensuojamo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, metodika“, patvirtinta sveikatos apsaugos ministro. Ši metodika yra lakoniška. Ji nėra reguliariai atnaujinama. Dokumente (tarp klinikinių kriterijų, kada pradamas gydymas) yra neatitikimų vėlesnėms europinėms rekomendacijoms. Remiantis teisės aktais, visi Lietuvos piliečiai, infekuoti ŽIV ar sergantys AIDS, turi priėjimą prie stebėsenos tyrimų ir gydymo. Teigiamai vertintina, jog šis gydymas turi būti skiriamas remiantis tik klinikiniais kriterijais – nėra numatyta jokių kitų kriterijų, susijusių su asmens ekonominėmis galimybėmis, socialine padėtimi, infekavimosi būdu, gyvenama vieta ar pan.

Patvirtintoje metodikoje, kaip ir rekomenduoja tarptautinės organizacijos, numatoma reguliariai stebėti, kiek progresuoja virusas organizme. Tačiau tikrinasi tik dalis asmenų. Nemažam ŽIV infekuotų asmenų procentui tyrimai nėra atliekami, todėl, ar jiems reikia antiretrovirusinio gydymo, nežinoma. Priežasčių, kodėl dalis asmenų nesitikrina, nebuvo tirta, tačiau remiantis asociacijos „Tavo drugys“ tyrimais galima daryti prielaidą, jog tai yra bendrai susiję su informacijos apie ŽIV infekuoto asmens galimybes ir teises stoka. Tokios informacijos gali trūkti ne tik apie diagnostiką, bet ir apie kitas

valstybės garantijas, pavyzdžiui, apie ŽIV infekuotųjų asmenų socialinį draudimą valstybės lėšomis, valstybės paramą būstui įsigyti ir nuomotis. Todėl daugiau dėmesio reikia skirti ŽIV infekuotų asmenų švietimui. Šviesti ir konsultuoti gali ir turi tiek gydytojai, tiek lygus lygiam konsultantai, tiek „žemo slenksčio“ paslaugų teikėjai. Pastarieji (taip pat ir Kalėjimo departamento sistema) galėtų būti tarpininkai asmenims, kuriems yra diagnozuotas ŽIV, tačiau kurie nėra pasiekiami, pavyzdžiui, organizuojant viruso stebėseną. Konsultuojant ir šviečiant daugiau dėmesio reikia skirti tokiems klausimams kaip mitybos sutrikimai, ŽIV prevencija, lytinis gyvenimas.

ŽIV infekuotų asmenų apklausa rodo ypač didelius neatitikimus tarp poreikių ir faktinių psichologinės ir socialinės pagalbos paslaugų. Tačiau tikslesnius poreikius turėtų numatyti tolesnė analizė.

2007 m. pradžioje patvirtintas „Paliatyvios pagalbos paslaugų suaugusiems ir vaikams teikimo tvarkos aprašas“ numato nemokamas sveikatos priežiūros, rūpybos, psichologinės, socialinės, konsultavimo ir kitas paslaugas asmenims terminalinėje ŽIV stadijoje ir esant gyvybei pavojingoms komplikacijoms. Faktinis prieinamumas prie šių paslaugų priklausys nuo naujos tvarkos įgyvendinimo.

Lietuvoje gydymas ir priežiūra ŽIV infekuotiesiems ir sergantiesiems AIDS, lyginant su kaimyninėmis valstybėmis, yra decentralizuoti. Šiuo metu dauguma ŽIV infekuotų ir sergančių AIDS asmenų gydymą gauna sostinėje. Yra gaunančiųjų ir kituose keturiuose miestuose. Klaipėdoje, kurioje gyvena daugiausia ŽIV infekuotųjų, gydytis pasirenka maža dalis asmenų. Ar tokio pasirinkimo nelemia tokie objektyvūs veiksniai kaip, pavyzdžiui, trumpas gydytojo uostamiestyje darbo laikas ir didelis užimtumas ar konfidencialumo stoka, reikia papildomos analizės. Tokia studija yra aktuali, nes ateityje „senstant“ infekcijai tarp Lietuvoje užsikrėtusių asmenų poreikis gydymui auga.

Panaši praktika, kad asmenys pasirenka didesnę patirtį turinčias sveikatos priežiūros įstaigas, pastebima ir organizuojant ŽIV perdavimo profilaktiką infekuotos motinos vaikui. Profilaktika atliekama vadovaujantis sveikatos ministro patvirtinta metodika ŽIV stebėsenai ir gydymui.

Poekspozicinė profilaktika atliekama remiantis sveikatos apsaugos ministro patvirtintu „Poekspozicinės žmogaus imunodeficito viruso profilaktikos skyrimo aprašu“. Valstybė garantuoja nemokamą poekspozicinę profilaktiką tam tikrais ekspozicijos atvejais (profesinėje veikloje, prievartos ir išprievartavimo atvejais). Kitais atvejais asmenims reikia mokėti. Poekspozicinė profilaktika yra pasinaudoję asmenys po susižalojimų *instrumentais*. Reikia užtikrinti geresnį informuotumą apie poekspozicinės profilaktikos galimybes. Tai yra svarbu tiek sveikatos priežiūros įstaigose, tiek tokiose institucijose kaip moterų ir vyrų krizių, psichologinės pagalbos centrai, policija, į kuriuos pirmiausia kreipiasi asmenys, patyrę prievartą ir smurtą.

Informacijos trūkumas – ar tai būtų nevisiškai prieinami norminiai aktai apie konkrečių specializacijų gydymo normas, ar internete nepublikuojamos rekomendacijos dėl ŽIV testavimo ir konsultavimo, ar išskaidytų duomenų apie ŽIV testus ir konsultacijas

pagal rekomenduojamas išsirtinti duomenis nebuvimas – riboja ne tik faktinės situacijos analizę, bet ir asmenų, kuriems reikalingos paslaugos ar kurie teikia paslaugas, prieinamumą prie informacijos.

Atliekant tyrimus, apklausti specialistai konstatavo, jog dabartinis poreikis ŽIV gydymo ir rūpybos paslaugoms yra nedidelis, nes sąlyginai mažai žmonių, kuriems nustatytas ŽIV. Tai yra viena priežasčių, kodėl specialistai turi nedaug darbo su ŽIV infekuotaisiais patirties.

Užtikrinti kokybiškas paslaugas reikia tinkamo ir ilgalaikio finansavimo. Ateityje poreikis brangiam antiretrovirusiniam gydymui augs, todėl būtina garantuoti pakankamas biudžeto lėšas vaistams, diagnostikai ir gydymo paslaugoms.

### **Rekomenduojame:**

- Parengti ir priimti nacionalinius standartus, kuriuose būtų apibrėžtas prieštestinis ir potestinis konsultavimas (tvarka, reikalavimai konsultantams ir pan.), taip pat organizuoti mokymus asmens sveikatos priežiūros įstaigų, „žemo slenksčio“ paslaugų teikėjams, laisvės atėmimo įstaigų sveikatos priežiūros darbuotojams. Šiuose standartuose ir juos įgyvendinant turi būti užtikrinama, kad asmenys galėtų priimti informuotą sprendimą ar išsirtinti.
- Numatyti finansavimą testavimo ir konsultavimo paslaugai iš valstybės lėšų (panašiai kaip nėsčiųjų tyrimui) ir (ar) skatinti savivaldybes skirti papildomų lėšų nemokamoms testavimo ir konsultavimo programoms, ypač pažeidžiamoms grupėms ir asmenims pagal epidemiologinius požymius. Tokia parama turėtų būti tęstinė kaip ilgalaikės programos dalis.
- Valstybinės ŽIV/AIDS profilaktikos ir kontrolės 2003–2008 metų programos koordinavimo tarybai, pasitelkus į pagalbą ir kitos srities specialistus, reiktų peržiūrėti rizikos grupių ir grupių, kurioms rekomenduojama pasitikrinti dėl ŽIV, apibrėžimus Valstybinėje ŽIV/AIDS profilaktikos ir kontrolės 2003–2008 metų programoje, taip pat kituose dokumentuose, kad būtų aiškios rekomendacijos tiek paslaugų teikėjams, tiek savivaldybėms ir kitoms institucijoms, kur, visų pirma, reiktų fokusuoti ribotas diagnostikos pajėgas. Nustatyti rizikos grupes, kurioms apmokami ŽIV testai iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto ar valstybės (savivaldybės) biudžeto lėšų.
- Gerinti gydytojų parengimą ŽIV ir AIDS, bei su ŽIV ir AIDS susijusiais klausimais.
- Peržiūrėti galimybes ir įtraukti tikrinimosi dėl ŽIV paslaugas į pagrindinių „žemo slenksčio“ paslaugų programų paketą. Išplėsti paslaugas, organizuojant informavimo apie valstybės garantijas, egzistuojantį paslaugų tinklą ir pan., taip pat tarpininkauti organizuojant viruso stebėseną tiems ŽIV infekuotiems asmenims, su kuriais kontakto nepalaiko sveikatos priežiūros tarnybos.
- Gerinti ŽIV infekuotų asmenų pasiekiamumą per „žemo slenksčio“ ir kitas paslaugas bei per pažeidžiamųjų grupių organizacijas, siekiant gerinti ŽIV infekuotų

- tų asmenų žinias ir gebėjimus pasinaudoti valstybės garantijomis, esamu paslaugų tinklu, taip pat užtikrinti jų geresnę gyvenimo kokybę, ŽIV prevenciją.
- Stiprinti ŽIV infekuotųjų ir kitų pažeidžiamųjų grupių potencialą ir jų vaidmenį tiek mobilizuojant bendruomenes, jas šviečiant, tiek atstovaujant interesams ir teisėms.
  - Peržiūrėti teisinę bazę, numatančią privalomą testavimą dėl ŽIV ir ribojančią socialinių paslaugų prieinamumą ŽIV statuso pagrindu.
  - Patikslinti sveikatos priežiūros specialistų kompetenciją, kas gali teikti gydymą ir rūpybą asmenims, kuriems diagnozuotas ŽIV ar AIDS. Apibrėžiant specialistų kompetenciją numatyti jų darbo apmokėjimą ir tinkamą apmokymą.
  - Pasitelkus šalies specialistus ir paliestas bendruomenes peržiūrėti egzistuojančias gydymo, diagnostikos ir poekspozicinės profilaktikos metodikas, remiantis PSO protokolais Europos regionui ir Europos AIDS klinikinės draugijos rekomendacijomis. Šiose metodikose gali būti numatytos nuorodos į šių tarptautinių organizacijų dokumentus, kad ateityje nereiktų reguliariai peržiūrėti rekomendacijų, atsižvelgiant į naujų mokslinių tyrimų duomenis. Nuorodos į dokumentus (taip pat jų vertimas į lietuvių kalbą) galėtų būti publikuojamas AIDS centro tinklapyje.
  - Organizuojant pagalbą asmenis, infekuotiems ŽIV ir sergantiems AIDS, daugiau dėmesio skirti konsultavimui įvairiais gyvenimo infekavusis ŽIV ir sergant AIDS aspektais, taip pat psichologinei ir socialinei pagalbai.
  - Įgyvendinti paslaugų kokybės kontrolę įtraukiant į šį procesą specialistus ir paliestų grupių atstovus.
  - Į būsimų tyrimų ir apklausų (kaip ir pačių paslaugų) ŽIV ir AIDS srityje planavimą, įgyvendinimą ir vertinimą tiesiogiai įtraukti ŽIV infekuotųjų ir pažeidžiamųjų grupių atstovus.
  - Gerinti informacijos prieinamumą specialistams, tyrėjams ir ŽIV infekuotiems asmenims apie situaciją, paslaugas, gyvenimą infekavusis. Tai turi apimti internetu teikiamos informacijos plėtrą ir tobulinimą (pavyzdžiui, į viešąsias duomenų bazes įdėti visas veikiančias medicinos normas, publikuoti metodines rekomendacijas dėl prieštestinio ir potestinio konsultavimo, informaciją ŽIV infekuotiesiems apie paslaugas, teises ir gyvenimą infekavusis, poekspozicinę profilaktiką, pagrindinių įstaigų kontaktus, jų darbo laiką ir pan.). Be to, reiktų peržiūrėti, kaip yra kaupiami statistiniai duomenys ir ar jie atitinka situacijos stebėsenos poreikius (ypač priimant sprendimus, pavyzdžiui, Valstybinės ŽIV/AIDS profilaktikos ir kontrolės 2003–2008 metų programos koordinavimo taryboje).

# Literatūra ir šaltiniai

## Teisės aktai

1. LR sveikatos apsaugos ministro 2007 m. sausio 11 d. įsakymas Nr. V-14 „Dėl Paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiesiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“ (Žin., 2007, Nr. 7-290)
2. LR sveikatos apsaugos ministro 2006 m. gruodžio 29 d. įsakymas Nr. 2-103 „Dėl nėščiųjų sveikatos tikrinimų“ (Žin., 2007, Nr. 2-103)
3. LR sveikatos apsaugos ministro 2006 m. lapkričio 3 d. įsakymas Nr. V-899 „Dėl Specialiųjų stacionariųjų urologijos paslaugų vaikams ir suaugusiesiems teikimo reikalavimų patvirtinimo“ (Žin., 2006, Nr. 121-4598)
4. LR sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 22 d. įsakymas Nr. V-101 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“ (Žin., 2006, Nr. 3-62; Žin., 2006, Nr. 111-4253)
5. LR sveikatos apsaugos ministro 2005 m. balandžio 1 d. nutarimas Nr. V-213 „Dėl Valstybinės ŽIV/AIDS profilaktikos ir kontrolės 2003-2008 metų ir Valstybinės lytiškai plintančių ligų profilaktikos programų koordinavimo tarybos sudarymo“ (Žin., 2005, Nr. 46-1518; Žin., 2005, Nr. 58-2047)
6. LR sveikatos apsaugos ministro 2005 m. vasario 4 d. įsakymas Nr. V-84 „Dėl kraujo donorų sveikatos tikrinimo tvarkos aprašo, privalomųjų tyrimų sąrašo, reikiamų sveikatos rodiklių ir kraujo donorų apklausos anketos patikrinimo“ (Žin., 2005, Nr. 18-588)
7. LR sveikatos apsaugos ministro 2004 m. gruodžio 23 d. įsakymas Nr. V-946 „Dėl narkomanijos prevencijos priemonių, organizuojamų ir įgyvendinamų nepilnamečių karamojo kalnimo ir pataisos įstaigoje, sąrašo patvirtinimo“ (Žin., 2005, Nr. 3-37)
8. LR sveikatos apsaugos ministro 2004 m. gruodžio 10 d. įsakymas Nr. V-899 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 59:2004 „Gydytojas dermatovenerologas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“ (Žin., 2004, Nr. 184-6814)
9. LR sveikatos apsaugos ministro 2004 m. gruodžio 1 d. įsakymas Nr. V- 853 „Dėl poekspozicinės žmogaus imunodeficito viruso profilaktikos skyrimo aprašo patvirtinimo“ (Žin., 2004, Nr. 179-6634)



10. LR sveikatos apsaugos ministro 2004 m. lapkričio 11 d. įsakymas Nr. V-778 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 117:2004 „Infekcinių ligų gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“ (Žin., 2004, Nr. 167-6149)
11. LR sveikatos apsaugos ministro 2004 m. gegužės 4 d. įsakymas Nr. V-313 „Dėl artrozės, žmogaus imunodeficito viruso, chlamydia trachomatis sukeltų ligų diagnostikos bei ambulatorinio gydymo, kompensuojamo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, metodikų patvirtinimo“ (Žin., 2004, Nr. 89-3299)
12. LR Vyriausybės 2003 m. spalio 14 d. nutarimas Nr. 1273 „Dėl valstybinės ŽIV/AIDS profilaktikos ir kontrolės 2003-2008 metų programos patvirtinimo“ (Žin., 2003, Nr. 98-4399)
13. LR sveikatos apsaugos ministro 2003 m. rugpjūčio 8 d. įsakymas Nr. V-481 „Dėl sąrašo lėtinių ligų, kurių sunkiomis formomis sergantiesiems asmenims suteikiama teisė į valstybės paramą pagal Lietuvos Respublikos valstybės paramos būstui įsigyti ar išsinuomoti įstatymą, patvirtinimo“ (Žin., 2003, 81(1)-3719)
14. LR Vyriausybės 2003 m. gegužės 28 d. nutarimas Nr. 670 „Dėl Valstybės paramos būstui įsigyti ar išsinuomoti teikimo tvarkos“ (Žin., 2003, Nr. 52-2345)
15. LR sveikatos apsaugos ministro 2003 m. gegužės 14 d. įsakymas Nr. V-276 „Dėl visuomenei pavojingų užkrečiamųjų ligų, kuriomis sergantys asmenys laikomi apdraustaisiais, kurie draudžiami valstybės lėšomis privalomuoju sveikatos draudimu, sąrašo patvirtinimo (Žin., 2003 Nr. 51-2282)
16. LR sveikatos apsaugos ministro 2003 m. vasario 25 d. įsakymas Nr. V-117 „Dėl lytiškai plintančių infekcijų, ŽIV nešiojimo ir ŽIV ligos epidemiologinės priežiūros tvarkos asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigose“ (Žin., 2003, Nr. 27-1105)
17. LR socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymas 2002 m. liepos 9 d. Nr. 97 „Dėl reikalavimų stacionarioms socialinės globos įstaigoms ir asmenų nukreipimo į stacionarias socialinės globos įstaigas tvarkos patvirtinimo“ (Žin., 2002, Nr. 76-3274)
18. LR Vyriausybės 2002 m. liepos 12 d. nutarimu Nr. 1125 patvirtinti „Karinės medicinos ekspertizės nuostatai“ (Žin., 2002, Nr. 72-3073)
19. LR sveikatos apsaugos ministro ir LR teisingumo ministro 2002 m. liepos 02 d. įsakymas Nr. 343/191 „Dėl Kalėjimų departamentui prie Teisingumo ministerijos pavaldžiose įstaigose laikomų asmenų profilaktinio tyrimo dėl pavojingų ir ypač pavojingų užkrečiamųjų ligų tvarkos patvirtinimo“ (Žin., 2002, Nr. 71-2992)
20. LR sveikatos apsaugos ministro 2002 m. birželio 10 d. įsakymas Nr. 265 „Dėl pacientų kreipimosi į gydytojus specialistus: dermatovenerologą, oftalmologą, otorinolaringologą“ (Žin., 2002, Nr. 58-2363)

21. LR sveikatos apsaugos ministro 2002 m. gegužės 3 d. įsakymas Nr. 204 „Dėl priklausomybės ligų gydymo ir reabilitacijos standartų patvirtinimo“ (Žin., 2002, Nr. 47-1824)
22. LR sveikatos apsaugos ministro ir LR socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymas 2001 m. liepos 24 d. Nr. 404/96 „Dėl medicininių kontraindikacijų, kurioms esant asmenys negali būti įvaikintojai, sąrašo patvirtinimo“ (Žin., 2001, Nr. 66-2427)
23. LR sveikatos apsaugos ministro 2001 m. liepos 17 d. įsakymas Nr. 386 „Dėl ligų, kuriomis sergantis asmuo negali būti skiriamas vaiko globėju (rūpintoju), sąrašo patvirtinimo“ (Žin., 2001, Nr. 64-2373)
24. LR sveikatos apsaugos ministro 2001 m. gegužės 28 d. įsakymas Nr. 305 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 05 31 įsakymo Nr. 301 „Dėl profilaktinių sveikatos tikrinimų sveikatos priežiūros įstaigose“ 11 priedo „Laivyno darbuotojų sveikatos tikrinimo tvarka“ dalinio pakeitimo ir papildymo (Žin., 2001, Nr. 47-1643)
25. LR Vyriausybės 2000 m. rugpjūčio 23 d. nutarimas Nr. 961 „Dėl Žmogaus audinių ir organų donorų bei recipientų registro įsteigimo ir jo nuostatų patvirtinimo“ (Žin., 2000, Nr. 72-2230)
26. LR sveikatos apsaugos ministro 2000 m. vasario 21 d. įsakymas Nr. 100 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 80:2000 „Palaikomojo gydymo slaugos ligoninė“ patvirtinimo“ (Žin., 2000, Nr. 18-444; Žin., 2002, Nr. 116-5241; Žin., 2002, Nr. 120-5455; Žin., 2005, Nr. 138-4998; Žin., 2006, Nr. 46-1671)
27. LR sveikatos apsaugos ministro 1999 m. sausio 18 d. įsakymas Nr. 28 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 64:1999 „Gydytojas akušeris-ginekologas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ tvirtinimo“ (Žin., 1999, Nr. 10-227)
28. LR sveikatos apsaugos ministro 1997 m. gruodžio 22 d. įsakymas Nr. 702 „Dėl Substitucinės terapijos taikymo sergantiesiems priklausomybe nuo opioidų tvarkos patvirtinimo“ (Žin., 1998, Nr. 13-326; Žin., 1998, Nr. 25-657; Žin., 1998, Nr. 13-327)
29. LR Vidaus reikalų ministerijos 1993 m. spalio 7 d. įsakymas Nr. 769 „Dėl Nepilnamečių socialinės pagalbos ir skirstymo centro“, 14 priedas (Žin., 1994, Nr. 3-48)

### **Kiti šaltiniai**

30. A united Europe, a shared concern. HIV and population mobility in an enlarged European Union. AIDS & Mobility Europe. NIGZ. September 2006.

31. Anonimiškai dėl ŽIV galima pasitikrinti, 2006 12 21 naujiena. Lietuvos AIDS centro tinklapis. [www.aids.lt](http://www.aids.lt) (tikrinta 2006 12 23)
32. Bernard Edwin J. Equal access to PEP in UK legal spotlight, AIDSMap news 2006 04 26; prieiga internetu: <http://www.aidsmap.com/en/news/5C4924E6-1D0D-438C-9ED7-D99216910C0C.asp>
33. Čaplinskas S. ir kiti; redaktorė – I. Čaplinskienė. Užsikrėtusiųjų lytiškai plintančiomis infekcijomis, žmogaus imunodeficito virusu ir sergančiųjų AIDS 2005 m. epidemiologinės situacijos apžvalga Lietuvoje. LR Sveikatos apsaugos ministerija, Lietuvos AIDS centras. Vilnius: Lietuvos AIDS centro leidykla, 2006.
34. Čaplinskas S., Uždavinienė V. ŽIV liga ir jos gydymas: ką tu turi žinoti: informacija pacientui. Vilnius: [Lietuvos AIDS centro leidykla]: D. Jankūnienės personalinė įmonė, 2005. 14 p.
35. Declaration of Commitment on HIV/AIDS: five years later. Report of the Secretary-General. United Nations. A/60/736.
36. Epidemiologinė situacija. ŽIV pasiskirstymas pagal metus. Lietuvos AIDS centro tinklapis. [www.aids.lt](http://www.aids.lt) (tikrinta 2007 01 11)
37. EuroHIV. HIV/AIDS Surveillance in Europe. End-year report 2005. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire, 2006. No. 73. Prieiga internetu: <http://www.eurohiv.org> (2007 01 10).
38. European AIDS Clinical Society (EACS). European Guidelines for the Clinical Management and Treatment of HIV Infected Adults in Europe, 2005. Prieiga internetu: <http://www.eacs.ws>.
39. Europos Tarybos Ministrų komiteto 1989 metų rekomendacija „Dėl etinių ŽIV infekcijos klausimų sveikatos apsaugos ir socialinėje sferoje“ (Recommendation No R(89)14 of the Committee of Ministers to member states on the ethical issues of HIV infection in the health care and social settings (adopted by the Committee of Ministers on 24 October 1989, at the 429th meeting of the Ministers' Deputies). Prieiga internetu: [http://www.coe.int/t/e/social\\_cohesion/health/recommendations/Rec\(1989\)14.asp](http://www.coe.int/t/e/social_cohesion/health/recommendations/Rec(1989)14.asp) (2007 01 11)).
40. Hamers, FF, Devaux, I, Alix, J, Nardone, A. HIV/AIDS in Europe: trends and EU-wide priorities // Eurosurveillance weekly releases 2006. Volume 11 / Issue 11. Prieiga internetu: <http://www.eurosurveillance.org/ew/2006/061123.asp#1> (2006 01 05)

41. Informacinis pranešimas „Išlaidos ŽIV infekuotų asmenų gydymui po trejų metų išaugs daugiau negu dvigubai, prognozuoja VLK“. BNS 2005 10 08. Prieiga internetu [http://www.sam.lt/images/Dokumentai/Apzvalgos/tns%20media-intelligence%20informacija-sam-20051010.html#0\\_20](http://www.sam.lt/images/Dokumentai/Apzvalgos/tns%20media-intelligence%20informacija-sam-20051010.html#0_20) (2007 01 11)
42. „Lietuvos sveikatos“ informacija „Įvyko pasitarimas ŽIV/AIDS klausimais“, savaitraštis „Lietuvos sveikata“, Nr. 9 (642) 2006 m. kovo 1–8 d.
43. Lithuanian Country Report‘2005, Lithuanian AIDS Centre, 2005. Prieiga internetu: <http://www.aids.lt/download/LCRT.zip> (2007 01 11)
44. LR Sveikatos apsaugos ministerijos 2002 m. birželio 21 d. informacinis raštas Nr. 01-27-1842, skirtas apskričių ir savivaldybių gydytojams, sveikatos priežiūros įstaigų direktoriams, bendrosios praktikos gydytojams. Iš dalies susipažinti galima „ŽIV/AIDS naujienos“. Lietuvos AIDS centro biuletenis 2002 m. gruodis. Nr. 12 Prieiga internetu: <http://www.aids.lt/download/Biuletenis12.doc> (2007 01 12)
45. LR Sveikatos apsaugos ministerijos 2004 metų veiklos ataskaita. Prieiga internetu: <http://www.sam.lt/images/Dokumentai/AIDS/Programos%20ir%20projektai/ataskaita%20bendra%20nauja%2002%202.doc>.
46. LR Sveikatos apsaugos ministerijos 2005 metų veiklos ataskaita. Prieiga internetu: <http://www.sam.lt/lt/sam/veikla/>
47. Matic S, Lazarus JV, Donoghoe MC (redaktoriai). HIV/AIDS in Europe: Moving from Death Sentence to Chronic Disease Management . Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006.
48. Pagrindiniai VVSPT įstaigų renginiai 2006 m. vasario 6-12 d.; prieiga internetu [http://www.vvspt.lt/renginiai\\_2006](http://www.vvspt.lt/renginiai_2006) („Vasario 1-28 d. Lietuvos AIDS centras rengia akciją, skirtą nėščioms moterims. Joms visą mėnesį suteikiama galimybė nemokamai pasitikrinti dėl ŽIV/AIDS <...>“)
49. Pažeidžiamųjų grupių atstovavimo koalicija „Galiu gyventi“. Pozityviai apie visuo-  
menės pažeidžiamas grupes. Svarbiausi terminai ir apibrėžimai žurnalistas. Vilnius, 2004. Prieiga internetu: <http://www.galiugyventi.lt/downloads/structure//AIDS%20terminu%20zodynelis%202004%2011.pdf> (2007 01 23)
50. Perinatalinė infekcija: diagnostikos, gydymo ir profilaktikos rekomendacijos / Lietuvos akušerių ir ginekologų draugija; redaktorė Rita Kliopmanienė. – [Kaunas], 2000. – 38 p.
51. Rakickienė J, Uždavinienė V, Čaplinskas S. Sveikatos priežiūros darbuotojų užsikrėtimo virusais rizika ir profilaktika. <http://www.aids.lt>

52. Scaling-up HIV testing and counselling services: a toolkit for programme managers. World Health Organization, UNAIDS, GTZ and International HIV/AIDS Alliance. World Health Organization: 2005.
53. Trečiokas A. [recenzavo: Saulius Čaplinskas, Gediminas Navaitis]. Konsultacinė parama: metodinės rekomendacijos Vilnius: Lietuvos AIDS centro leidykla, 2005, 23 psl.
54. UNAIDS 'Editors' Notes for authors (Redaktorių komentaras autoriams). August 2006.
55. UNAIDS/WHO AIDS Epidemic Update: December 2006. Prieiga internetu: [www.unaids.org](http://www.unaids.org) (2007 01 11).
56. Užsikrėtusiųjų lytiškai plintančiomis infekcijomis, žmogaus imunodeficito virusu ir sergančiųjų AIDS 2004 m. epidemiologinės situacijos apžvalga Lietuvoje. Vilnius, Lietuvos AIDS centro leidykla, 2005 m.
57. Valstybinės ligonių kasos (VLK). ŽIV infekcija gydoma moderniais vaistais. VLK informacinis pranešimas. 2005 09 28. Prieiga internetu: <http://www.vlk.lt>.
58. World Health Organization (2006) Clinical Protocol for the WHO European Region; 1 Patient Evaluation and Antiretroviral Treatment for Adults and Adolescents (Editors: Irina Eramova, Srdan Matic, Monique Munz). World Health Organization's Regional Office for Europe. Copenhagen, 2006.
59. World Health Organization (2006) Clinical Protocol for the WHO European Region; 2 Management of Opportunistic Infections and General Symptoms of HIV/AIDS (Editors: Irina Eramova, Srdan Matic, Monique Munz). World Health Organization's Regional Office for Europe. Copenhagen, 2006.
60. World Health Organization (2006) Clinical Protocol for the WHO European Region; 3 Palliative Care for People Living with HIV/AIDS (Editors: Irina Eramova, Srdan Matic, Monique Munz). World Health Organization's Regional Office for Europe. Copenhagen, 2006.
61. World Health Organization (2006) Clinical Protocol for the WHO European Region; 5 HIV/AIDS Treatment and Care for Injecting Drug Users (Editors: Irina Eramova, Srdan Matic, Monique Munz). World Health Organization's Regional Office for Europe. Copenhagen, 2006.
62. World Health Organization (2006) Clinical Protocol for the WHO European Region; 9 Support for Sexual and Reproductive Health in People Living with HIV/AIDS (Editors: Irina Eramova, Srdan Matic, Monique Munz). World Health Organization's Regional Office for Europe. Copenhagen, 2006.

63. World Health Organization (2006) Clinical Protocol for the WHO European Region; 10 Prevention of HIV Transmission from HIV Infected Mothers to their Infants. (Editors: Irina Eramova, Srdan Matic, Monique Munz). World Health Organization's Regional Office for Europe. Copenhagen, 2006.
64. World Health Organization's Regional Office for Europe. Injecting Drug Users' (IDUs) Access to Highly Active Anti-Retroviral Therapy (HAART) in the WHO European Region 2004. Summary of Preliminary Survey Results.

## Priedas

### Sveikatos priežiūros, socialinės ir švietimo paslaugos ŽIV infekuotiesiems ir sergantiesiems AIDS

- savanoriškas ir (arba) anoniminis ŽIV testavimas kartu su prieštestiniu ir postestiniu konsultavimu skirtingoms grupėms (narkotikų vartotojams, jaunimui, nėščioms moterims, sekso darbuotojams, įkalintiesiems, tolimų reisų vairuotojams)
- CD4 ir viruso kopijų skaičiaus (ŽIV RNR) tyrimas
- antiretrovirusinis gydymas
- gydymo režimo palaikymas
- šalutinių poveikių valdymas
- konsultavimas apie mitybą, mitybos sukeltų poveikių valdymas
- viruso atsparumo (rezistencijos) testai
- lytiniu keliu plintančių ligų diagnostika ir gydymas
- oportunistinių infekcijų diagnostika, gydymas ir profilaktika
- priklausomybių gydymas\*
- hepatitų B ir C diagnostika, gydymas ir profilaktika\*\*
- patronažas, paliatyvi slauga ir palaikomasis gydymas sunkiems ligoniams sveikatos priežiūros įstaigoje arba namuose (priklausomai nuo paciento pasirinkimo)
- socialinio darbuotojo paslaugos
- švietimas ŽIV infekuotiesiems ir jų artimiesiems apie infekcijos perdavimo prevenciją
- tolesnis nuolatinis ŽIV infekuotųjų konsultavimas bei švietimas apie gyvenimą infekavusis ŽIV ar sergant AIDS (ir infekuotųjų artimiesiems)
- ŽIV perdavimo motinos vaikui profilaktika (antiretrovirusinis gydymas, gimdymo eiga, konsultavimas dėl žindymo ir papildomo maitinimo)
- poekspozicinė ŽIV profilaktika (profesinė ir neprofesinė)

---

\* Nebuvo tirta, nes tam skirta atskira koalicijos „Galiu gyventi“ studija“

\*\* Savivaldybių tyrime ir antrinių šaltinių tyrime tirta nebuvo, todėl šioje studijoje nėra nagrinėjama

## Santrauka

Rengiant šią apžvalgą, koalicijos „Galiu gyventi“ užsakymu 2005–2006 metais ekspertai atliko penkis skirtingus kokybinius tyrimus ir analizės: paslaugų prieinamumo tyrimą keturiuose savivaldybėse, ŽIV infekuotųjų apklausą, tarptautinių rekomendacijų ir užsienio praktikos apžvalgą, nacionalinių teisės aktų analizę bei ankstesnių tyrimų ir publikacijų (antrinių šaltinių) apžvalgą. Jie yra publikuojami koalicijos interneto svetainėje adresu [www.galiugyventi.lt](http://www.galiugyventi.lt)

Tyrimams buvo naudotas koalicijos „Galiu gyventi“ sudarytas bendras paslaugų sąrašas, į kurį įeina esminė su ŽIV diagnoze susijusi pagalba. Sąrašas apima testavimą ir konsultavimą, gydymą antiretrovirusiniais vaistais ir ŽIV diagnostiką, taip pat psichologines, švietimo ir socialines paslaugas asmenims, kuriems diagnozuotas ŽIV ar AIDS, gretutinių infekcijų ir kitų sveikatos problemų prevenciją, diagnostiką ir gydymą, pozityviąją prevenciją, ŽIV perdavimo motinos vaikui prevenciją bei pagalbą motinai ir kūdikiui, taip pat poekspozicinę (po galimo rizikingo įvykio) profilaktiką. Tyrimais buvo nagrinėjama daugiau paslaugų, tačiau šioje studijoje papildomos paslaugos nėra aptariamoms.

Analizuojant egzistuojančią praktiką (paslaugų teikimo, teisės aktų bei juridinės praktikos) pasirinktos keturios savivaldybės: Vilniaus miesto, Klaipėdos miesto, Molėtų ir Mažeikių rajonų. Pasirinkimą lėmė siekis įtraukti vietoves, kuriose fiksuojamas skirtingas ŽIV išplitimas, taip pat tikslas atspindėti realijas didmiesčiuose ir mažesniuose miestuose, palyginti savivaldybes su pripažintu poreikiu įgyvendinti ŽIV kontrolę tarp pažeidžiamųjų grupių ir su sąlyginai maža ŽIV pažeidžiamųjų grupių koncentracija.

### *Atlikti tyrimai*

**ŽIV infekuotiesiems teikiamų paslaugų įtvirtinimo nacionaliniuose teisės aktuose analizė** susideda iš dviejų dalių. Buvo nagrinėta, kaip nacionalinėje teisėje yra įtvirtinamos konkrečios paslaugos, ŽIV infekuotųjų, sergančiųjų AIDS ir bendrosios pacientų teisės. Taip pat keturiuose savivaldybėse tirta, kokiais teisės aktais vadovaujasi savivaldos institucijos savo teritorijoje organizuodamos paslaugas infekuotiesiems asmenims, kokia egzistuoja teisinė praktika – ar šiais klausimais priimami teisės aktai savivaldos lygiu, ar taikomi bendri nacionaliniai teisės aktai.

**Savivaldybių tyrimu** siekta įvertinti faktinį nagrinėjamų sveikatos priežiūros, socialinių ir švietimo paslaugų prieinamumą skirtingose vietovėse, išsiaiškinti dažnai iškilančias problemas ir pateikti rekomendacijas šioms problemoms spręsti. Tyrimas buvo atliktas platesniame kontekste nagrinėjant ne tik ŽIV, bet ir su psichotropinių medžiagų vartojimu susijusius klausimus.

**ŽIV infekuotųjų ir sergančiųjų AIDS apklausa** siekta išsiaiškinti paslaugų poreikį ir prieinamumą. Naudota anketa buvo parengta ir anoniminiai atsakymai surinkti



bendradarbiaujant su nevyriausybinėmis organizacijomis „Lietuvos pozityvioji grupė“ ir „Pozityvusis gyvenimas“, Respublikine tuberkuliozės ir infekcinių ligų universitetine ligonine ir Kalėjimų departamentu prie LR Teisingumo ministerijos. Tiesiogiai pasiekti ŽIV infekuotuosius yra sudėtinga dėl visuomenėje paplitusios stigos – asmenys nenori atskleisti savo ŽIV teigiamo statuso.

Apklausti 196 asmenys iš sunkiai pasiekiamos žmonių grupės: 148 apklaustieji tyrimo metu buvo laisvės atėmimo vietose ir 48 – bendruomenėje (laisvėje).

**Tarptautinių rekomendacijų ir užsienio praktikos apžvalga** apėmė prevenciją, diagnostiką, gydymą ir rūpybą bei žmogaus teises. Tyrimui naudotasi JT ir Europoje priimtomis konvencijomis, deklaracijomis ir sistemos dokumentais, Jungtinių Tautų jungtinė AIDS programa (UNAIDS), PSO bei kitų JT agentūrų metodologiniais ir teminiais leidiniais bei rekomendacijomis, ES ir Europos Tarybos dokumentais, taip pat nevyriausybinių organizacijų leidiniais ir deklaracijomis. Apžvalga sudaryta remiantis prieinamais literatūros šaltiniais. Siekiant metodologijos aiškumo informacija apie šalis rinkta iš publikuotų ataskaitų, pristatymų ar tezių.

Atliekant **antrinių šaltinių analizę**, šaltiniai buvo suskirstyti į tris grupes:

- a) liudijančius apie konkrečias paslaugas, teikiamas ŽIV infekuotiesiems ir sergančiesiems AIDS,
- b) įrodančius institucinį (teisinį) pagrindą paslaugoms teikti,
- c) patvirtinančius paslaugų poreikį.

Antriniai šaltiniai apėmė teisinius dokumentus, publikacijas, išleistas priemones, veiklos ataskaitas, konferencijų tezes, informaciją atsakingų institucijų interneto svetainėse ir pan.

## ***Apibendrinimas***

Lietuvoje įvairiuose dokumentuose išreikšta politinė valia didelį dėmesį skiria ŽIV ir AIDS klausimams. Teisiniuose dokumentuose yra įtvirtintos garantijos užtikrinti tinkamas sveikatos priežiūros, socialines ir psichologines paslaugas ŽIV infekuotiems ir sergantiems AIDS asmenims, teisė į anoniminį ir kitą testavimą ir konsultavimą, ypač pažeidžiamoms grupėms.

Lietuvoje testavimas ir konsultavimas organizuojamas daugiausia remiantis savanoriškumo principu. Dar yra atvejų, kai yra privalomas tikrinimasis dėl ŽIV ir (ar) apribojamos ŽIV infekuotųjų teisės siekiant darbo, išsilavinimo ar socialinių paslaugų. Viena iš silpniausių diagnostikos pusių yra praktinis prieštestinio ir potestinio konsultavimo įgyvendinimas. Dažnai tokio konsultavimo nėra. O nesant tokio konsultavimo, sumažėja asmens pasiruošimas testui ir testo rezultatams, nėra šviečiamas asmuo apie gyvenimą infekavusis. Nesant konsultavimo, neįmanoma gauti informuoto asmens sutikimo tikrintis dėl ŽIV. Gerinti konsultavimą galėtų geresnis paslaugos reglamentavimas (vieno-

di testavimo ir konsultavimo standartai, juose įtvirtintos rekomendacijos ir reikalavimai asmenims, atliekantiems paslaugą) ir reguliarūs mokymai bei šviečiamoji veikla tiems, kurie konsultuoja ar turėtų konsultuoti.

Testavimas ir konsultavimas tarp rizikos grupių ir kitų testuotis rekomenduojamų grupių pagal epidemiologinius požymius priklauso nuo savivaldybių ir valstybės finansavimo, kuris paprastai yra neilgalaikis, finansavimo pakanka tik tam tikrų akcijų metu. Pačios rizikos grupės yra skirtingai apibrėžtos skirtinguose dokumentuose, net ir Valskybinėje ŽIV/AIDS profilaktikos ir kontrolės 2003–2008 metų programoje yra trūkumų įvardinant tokias grupes (pavyzdžiui, per plačiai apibrėžiamos kai kurios grupės, nepaminimi vyrai, turintys lytinių santykių su vyrais).

„Žemo slenksčio“ kabinetai teikia testavimo ir konsultavimo paslaugą paprastai kampanijų metu, esant papildomoms lėšoms, t.y. šiuo metu ši paslauga neįeina į pagrindines (privalomas) „žemo slenksčio“ paslaugas. Kaip ir visos „žemo slenksčio“ paslaugos, tokiose programose testavimo ir konsultavimo paslauga yra nemokama. Svarbu pabrėžti, jog būtent per „žemo slenksčio“, mobiliąs paslaugas ar specializuotas įstaigas įmanoma pasiekti, kad būtų testuojamos ir konsultuojamos tokios pažeidžiamos grupės kaip švirkščiamų narkotikų vartotojai, sekso paslaugų teikėjai ar vyrai, turintys lytinių santykių su vyrais, neverčiant atskleisti savo seksualinės orientacijos, gyvenimo būdo, elgsenos ir suteikti galimybę tai padaryti nemokamai.

Kitai išsirtinti rekomenduojamai grupei – nėsčiosioms – nuo 2007 m. pagal įtvirtintą tvarką testas rekomenduojamas daugiau nei du kartus (kaip buvo numatyta ir anksčiau galiojusia tvarka), už tyrimą nereikia mokėti.

Informacijos trūkumas – ar tai būtų nevisiškai prieinami norminiai aktai apie konkrečių specializacijų gydymo normas, ar internete nepublikuojamos rekomendacijos dėl ŽIV testavimo ir konsultavimo – riboja ne tik faktinės situacijos analizę, bet ir asmenų, kuriems reikalingos paslaugos ar kurie teikia paslaugas, prieinamumą prie informacijos.

Kalinamieji sudaro didelę dalį asmenų, kuriems daromas diagnostinis testas. Būtent per Kalėjimų departamento testavimo ir su juo susijusio konsultavimo sistemą ir yra išaiškinama didžioji ŽIV atvejų Lietuvoje dalis. Dauguma čia nustatomų atvejų yra susiję su švirkščiamų narkotikų vartojimu. Viena vertus, tai ženklas, jog nepakankamas diagnostikos prieinamumas net ir „žemo slenksčio“ kabinetuose narkotikų vartotojams bendruomenėje. Kita vertus, didelį besitikrinančiųjų skaičių galima paaiškinti viena arba keliomis iš trijų priežasčių: pačių kalinamųjų ir nuteistųjų susirūpinimas dėl galimo infekavimosi (taigi ir rizikingą praktiką); Kalėjimų departamento dėmesys ŽIV; „savanoriškai privalomo“ testavimo praktika, kai bandoma užkirsti kelią galimiems infekcijos protrūkiams, panašiams į vykusį 2002 m. Alytaus pataisos namuose.

Anoniminio išsityrimo dėl ŽIV geografinė aprėptis yra palyginus gera, tačiau visose vietose jis yra mokamas (išimtys gali būti trumpalaikių akcijų metu). Kaina skirtinguose miestuose gali skirtis daugiau kaip 3 kartus. Galimybių išsirtinti dėl ŽIV (ypač anonimiš-

kai) yra daugiau miestuose ir sudėtingesnė mažesnėse savivaldybėse, ypač jei jose nėra nustatyta daugiau nei keletas ŽIV atvejų.

Asmenys, kuriems diagnozuotas ŽIV ar AIDS, yra draudžiami valstybės lėšomis, taigi jiems prieinamas visas paketas sveikatos draudimo apmokamų sveikatos priežiūros paslaugų.

Lietuvoje ŽIV infekuotiesiems ir sergantiesiems AIDS nemokamai suteikiamos gydytojo konsultacijos, stebėjimas, taip pat imunologiniai ir virusologiniai testai bei testavimas oportunistinėms infekcijoms, t.y. tiesiogiai su ŽIV ir AIDS susijusios sveikatos priežiūros paketas yra nemokamas. Tiesa, už tam tikras paslaugas gali tekti mokėti. Pavyzdžiui, dalies oportunistinių ligų profilaktikos ir gydymo išlaidas reikia padengti patiems pacientams.

ŽIV infekuotųjų gydymas ir diagnostika yra organizuojami remiantis „Žmogaus imunodeficito viruso ligos diagnostikos bei ambulatorinio gydymo, kompensuojamo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, metodika“, patvirtinta sveikatos apsaugos ministro. Ši metodika yra lakoniška. Ji nėra reguliariai atnaujinama. Doku- mente (tarp klinikinių kriterijų, kada pradedamas gydymas) yra neatitikimų vėlesnėms europinėms rekomendacijoms. Remiantis teisės aktais, visi Lietuvos piliečiai, infekuoti ŽIV ar sergantys AIDS, turi priėjimą prie stebėsenos tyrimų ir gydymo. Teigiamai vertintina, jog šis gydymas turi būti skiriamas remiantis tik klinikiniais kriterijais – nėra numatyta jokių kitų kriterijų, susijusių su asmens ekonominėmis galimybėmis, socialine padėtimi, infekavimosi būdu, gyvenama vieta ar pan.

Patvirtintoje metodikoje, kaip ir rekomenduoja tarptautinės organizacijos, numatoma reguliariai stebėti, kiek progresuoja virusas organizme. Tačiau tikrinasi tik dalis asmenų. Nemažam ŽIV infekuotų asmenų procentui tyrimai nėra atliekami, todėl, ar jiems reikia antiretrovirusinio gydymo, nežinoma. Priežasčių, kodėl dalis asmenų nesitikrina, nebuvo tirta, tačiau remiantis asociacijos „Tavo drugys“ tyrimais galima daryti prielaidą, jog tai yra bendrai susiję su informacijos apie ŽIV infekuoto asmens galimybes ir teises stoka. Tokios informacijos gali trūkti ne tik apie diagnostiką, bet ir apie kitas valstybės garantijas, pavyzdžiui, apie ŽIV infekuotųjų asmenų socialinį draudimą valstybės lėšomis, valstybės paramą būstui įsigyti ir nuomotis. Todėl daugiau dėmesio reikia skirti ŽIV infekuotų asmenų švietimui. Šviesti ir konsultuoti gali ir turi tiek gydytojai, tiek lygus lygiam konsultantai, tiek „žemo slenksčio“ paslaugų teikėjai. Pastarieji (taip pat ir Kalėjimo departamento sistema) galėtų būti tarpininkai asmenims, kuriems yra diagnozuotas ŽIV, tačiau kurie nėra pasiekiami, pavyzdžiui, organizuojant viruso stebėseną. Konsultuojant ir šviečiant daugiau dėmesio reikia skirti tokiems klausimams kaip mitybos sutrikimai, ŽIV prevencija, lytinis gyvenimas.

ŽIV infekuotų asmenų apklausa rodo ypač didelius neatitikimus tarp poreikių ir faktinių psichologinės ir socialinės pagalbos paslaugų. Tačiau tikslesnius poreikius turėtų numatyti tolesnė analizė.

2007 m. pradžioje patvirtintas „Paliatyvios pagalbos paslaugų suaugusiems ir vaikams teikimo tvarkos aprašas“ numato nemokamas sveikatos priežiūros, rūpybos, psi-

chologinės, socialinės, konsultavimo ir kitas paslaugas asmenims terminalinėje ŽIV stadijoje ir esant gyvybei pavojingoms komplikacijoms. Faktinis prieinamumas prie šių paslaugų priklausys nuo naujos tvarkos įgyvendinimo.

Lietuvoje gydymas ir priežiūra ŽIV infekuotiesiems ir sergantiesiems AIDS, lyginant su kaimyninėmis valstybėmis, yra decentralizuoti. Šiuo metu dauguma ŽIV infekuotų ir sergančių AIDS asmenų gydymą gauna sostinėje. Yra gaunančiųjų ir kituose keturiuose miestuose. Klaipėdoje, kurioje gyvena daugiausia ŽIV infekuotųjų, gydytis pasirenka maža dalis asmenų. Ar tokio pasirinkimo nelemia tokie objektyvūs veiksniai kaip, pavyzdžiui, trumpas gydytojo uostamiestyje darbo laikas ir didelis užimtumas ar konfidencialumo stoka, reikia papildomos analizės. Tokia studija yra aktuali, nes ateityje „senstant“ infekcijai tarp Lietuvoje užsikrėtusių asmenų poreikis gydymui augs.

Panaši praktika, kad asmenys pasirenka didesnę patirtį turinčias sveikatos priežiūros įstaigas, pastebima ir organizuojant ŽIV perdavimo profilaktiką infekuotos motinos vaikui. Profilaktika atliekama vadovaujantis sveikatos ministro patvirtinta metodika ŽIV stebėsenai ir gydymui.

Poekspozicinė profilaktika atliekama remiantis sveikatos apsaugos ministro patvirtintu „Poekspozicinės žmogaus imunodeficito viruso profilaktikos skyrimo aprašu“. Valstybė garantuoja nemokamą poekspozicinę profilaktiką tam tikrais ekspozicijos atvejais (profesinėje veikloje, prievartos ir išprievartavimo atvejais). Kitais atvejais asmenims reikia mokėti. Poekspozicine profilaktika yra pasinaudoję asmenys po susižalojimų *instrumentais*. Reikia užtikrinti geresnį informuotumą apie poekspozicinės profilaktikos galimybes. Tai yra svarbu tiek sveikatos priežiūros įstaigose, tiek tokiose institucijose kaip moterų ir vyrų krizių, psichologinės pagalbos centrai, policija, į kuriuos pirmiausia kreipiasi asmenys, patyrę prievartą ir smurtą.

Informacijos trūkumas – ar tai būtų nevisiškai prieinami norminiai aktai apie konkrečių specializacijų gydymo normas, ar internete nepublikuojamos rekomendacijos dėl ŽIV testavimo ir konsultavimo, ar išskaidytų duomenų apie ŽIV testus ir konsultacijas pagal rekomenduojamas išsirtinti duomenis nebuvimas – riboja ne tik faktinės situacijos analizę, bet ir asmenų, kuriems reikalingos paslaugos ar kurie teikia paslaugas, prieinamumą prie informacijos.

Atliekant tyrimus, apklausti specialistai konstatavo, jog dabartinis poreikis ŽIV gydymo ir rūpybos paslaugoms yra nedidelis, nes sąlyginai mažai žmonių, kuriems nustatytas ŽIV. Tai yra viena priežasčių, kodėl specialistai turi nedaug darbo su ŽIV infekuotaisiais patirties.

Užtikrinti kokybiškas paslaugas reikia tinkamo ir ilgalaikio finansavimo. Ateityje poreikis brangiam antiretrovirusiniam gydymui augs, todėl būtina garantuoti pakankamas biudžeto lėšas vaistams, diagnostikai ir gydymo paslaugoms.

## Summary

### **Accessibility of Services for People Living with HIV and AIDS in Lithuania**

When preparing this overview, in 2005-2006 the *I Can Live* Coalition commissioned experts to carry out five different qualitative pieces of research and analyses: research of service availability in four municipalities, a survey of people living with HIV, an overview of international recommendations and foreign practices, analysis of national legal acts and an overview of previous research and publications (secondary sources). The individual pieces of research are published on the Coalition's website at [www.galiugyventi.lt](http://www.galiugyventi.lt).

A common list of services compiled by the *I Can Live* coalition including essential help related to HIV diagnosis was used for the studies. The list covers testing and counselling, antiretroviral therapy and HIV testing as well as psychological, educational and social services for persons diagnosed with HIV or AIDS, prevention, diagnosis and treatment of opportunistic infections and other health problems, positive prevention, prevention of mother-to-child HIV transmission and help for mothers and babies as well as post-exposure prevention (prevention after a possibly risky event). The studies analysed more services but this paper does not discuss additional services. The list used is given as an annex.

Analysis of the existing practices (service provision, legal acts and legal practices) was carried out for four municipalities: Vilnius City, Klaipėda City, Molėtai and Mažeikiai Regions. The choice was determined by the aspiration to include locations with different registered levels of HIV prevalence, to reflect the reality in large and small towns, to compare municipalities with the acknowledged need for implementation of HIV control among vulnerable groups and with a relatively low concentration of HIV vulnerable groups.

All pieces of research were summarised in September 2006-February 2007 supplementing information with new sources. Based on the summarised information, the *I Can Live* Coalition has prepared the recommendations.

### ***Research Performed***

**Analysis of legal stipulation of services provided to people living with HIV** consists of two parts. It analyses how specific services and rights of people living with HIV/AIDS and general patients' rights are stipulated in the national legislation. Moreover, in the four municipalities we studied which legal acts were followed by municipal institutions when organising services for infected persons in their territories, what legal practice was

in place – whether legal acts regulating those issues were adopted at the municipal level and whether common national legal acts were applied.

**The research in the municipalities** was aimed at evaluating factual availability of health care, social and educational services in different locations, identifying frequently faced problems and providing recommendations for solving these problems. The study was carried out in a broader context analysing not only HIV but also issues related to the use of psychotropic substances.

The research was conducted by a public institution Centre for Training, Research and Development (CTRD) in April-November 2005.

The purpose of **the survey of people living with HIV and AIDS** was to identify the need for services and availability thereof. The questionnaire was compiled and anonymous responses were collected in cooperation with non-governmental organisations the Lithuanian Positive Group and the Positive Life, the National University Hospital for Tuberculosis and Infectious Diseases and the Prison Department under the Ministry of Justice of the Republic of Lithuania. It would have been difficult to directly reach people living with HIV because of the stigma wide spread in the society. People do not want to disclose their HIV positive status.

196 persons of the difficult-to-reach group were surveyed. During the study 148 respondents were in places of confinement and 48 were in the community (free).

The survey of people living with HIV was carried out in June-August 2005. The report was drafted by the CTRD.

**The overview of international recommendations and foreign practices** covered prevention, diagnosis, treatment and care as well as human rights. The study used the conventions, declarations and system documents of the United Nations (UN) and Europe, UNAIDS, WHO and other UN methodological and topical publications and recommendations, documents of the European Union and the Council of Europe as well as publications and declarations of non-governmental organisations. The overview was compiled using accessible literature. For the sake of clarity of the methodology, information on countries was collected from published reports, presentations or theses.

The overview was completed in August 2006.

When performing the **analysis of secondary sources**, they were divided into three groups:

- a) those witnessing specific services provided to people living with HIV and AIDS;
- b) those proving the institutional (legal) right to provide services;
- c) those proving the need for services.

Secondary sources covered legal documents, publications, measures issued, performance reports, conference theses, information on websites of responsible institutions, etc.

## *Digest*

Various documents in Lithuania express political will to focus on HIV and AIDS issues. Legal documents enshrine guarantees to ensure proper healthcare, social and psychological services for people living with HIV and AIDS, the right to anonymous and other testing and counselling, especially for vulnerable groups. The general system of service provision is presented in Figure 3.

In Lithuania, testing and counselling are organised mainly on voluntary basis. Cases of compulsory testing for HIV exist and/or rights of people living with HIV are restricted when looking for a job and pursuing educational or social services. One of the weakest aspects of testing is practical implementation of pre-test and post-test counselling. There is often no such counselling. This creates concerns not only because the absence of test-related counselling undermines the readiness of a person to handle the test and test results and the person is not educated about life with the infection. Without counselling it is impossible to obtain informed consent of a person to undergo an HIV test. Counselling could be improved by better regulation of the service (uniform testing and counselling standards, recommendations and requirements to persons providing the service enshrined therein) and regular training and educational activities targeted at those who provide or should provide counselling.

Testing and counselling among risk groups and other groups recommended to have a test because of epidemiological indicators depend on municipal and state funding which is usually not long-term. The funding suffices only for certain campaigns. The “risk” groups are defined differently in various documents. Even the National HIV/AIDS Prevention and Control Programme for 2003-2008 has shortcomings in listing such groups (e.g. some groups are defined too broadly, men having sex with men are not mentioned).

Low-threshold programs provide the testing and counselling service, usually during campaigns when there are additional funds, i.e. at present this service is not included into key (mandatory) range of low-threshold services. As the entire low-threshold service range, the testing and counselling service is free of charge in such programs. It is important to emphasise that namely low-threshold, outreach or specialised institutions can help to reach such vulnerable groups as injecting drug users, sex workers or men having sex with men through testing and counselling services without making them disclose their sexual orientation, lifestyle and behaviour and providing them this opportunity free of charge.

According to the procedure in force since 2007, another group recommended to have a test – pregnant women – is recommended to have the test more than twice (as has been provided for in the procedure previously in force) and the test is free.

People in prisons make a large share of persons undergoing the diagnostic test. Namely, the system of testing and related counselling of the Department of Prisons had revealed

the majority of HIV cases in Lithuania. The majority of such cases are related to injecting drug use. On the one hand, this is a sign that diagnosing is insufficiently accessible for drug users in the society through low-threshold programs. On the other hand, large numbers of those taking the test demonstrate the concern of people in prison and convicts themselves about possible infection (and risky practices), focus of the Department of Prisons on the HIV and/or “voluntarily compulsory” testing practice when attempts are made to prevent possible outbreaks of the infection like the one in 2002 in Alytus Correction House.

Geographical coverage of anonymous HIV testing is relatively good. However, it for a fee everywhere (exceptions can be made during short-time campaigns). The price in different towns can differ more than threefold. There are more opportunities to have the HIV test (especially anonymously) in cities, and the situation is more complicated in smaller municipalities, especially if no more than just a few HIV cases have been identified there.

Persons with an HIV or AIDS diagnoses are insured at the expense of the state, so the entire package of healthcare services paid by the national health insurance is accessible to them.

In Lithuania, people living with HIV and AIDS receive free counselling by physicians, monitoring, immunological and virological tests and testing for opportunistic infections, i.e. the healthcare package directly related to HIV and AIDS is free. True, one may have to pay for certain services. For example, a part of expenses on prevention and treatment of opportunistic infections is to be covered by the patients themselves.

Treatment and diagnosing of people living with HIV are organised in accordance with the Methodology for Diagnosing and Outpatient Treatment of the Human Immunodeficiency Virus Compensated by the Funds of the Compulsory Health Insurance Fund approved by the Minister of Health. This Methodology is very concise. It is not regularly updated. The document (apart from clinical criteria when treatment is started) is not in line with later European recommendations. Pursuant to legal acts, all citizens of Lithuania living with HIV or AIDS have access to monitoring tests and treatment. One should positively view the fact that this treatment should be prescribed only based on clinical criteria; no other criteria related to the person’s economic capacity, social status, mode of infection, place of residence, etc. are provided for.

The approved methodology as recommended by international organisations provides for regular monitoring of progress made by the virus in the body. However, only a part of persons take tests. A significant percentage of people living with HIV undergo no tests, which is why it is not known whether they need antiretroviral treatment. No study of the reasons why some people do not take tests has been conducted but according to research of the TAVO DRUGYS Association one can assume that the general reason is lack of information about opportunities and rights of a person living with HIV. Such information may be insufficient not only about diagnosing but also about other state guarantees, for example, state coverage of social insurance of people living with HIV, state



support for purchasing and renting accommodation. Therefore, more attention is to be devoted to education of people living with HIV. Such education and counselling can and must be provided by both physicians and peer-to-peer counsellors and low-threshold programs. The latter (as well as the system of the Department of Prisons) could become a bridge to people with HIV but who are not reachable, for example, when organising virus monitoring. The process of counselling and education should focus more on such issues as dietary disorders, HIV prevention and sexual life.

The survey of people living with HIV shows especially big discrepancies between needs and factual psychological and social services. However, more precise needs should be revealed in further analysis.

The Description of the Procedure for Provision of Palliative Care Services to Adults and Children approved at the beginning of 2007 provides for free treatment, care, psychological, social, counselling and other services for persons in the terminal HIV stage and during life-threatening complications. Factual availability of these services will depend on the implementation of the new procedure.

Treatment and care for people living with HIV and AIDS as compared to neighbouring countries are decentralised. At present, the majority of people living with HIV and AIDS receive treatment in the capital. There are also others who receive it in other four larger cities. In Klaipėda, where most people living with HIV reside, a small share of people opt for treatment. Is such choice not conditioned by such objective factors as, for instance, short working hours and high level of workload of physicians in the port city or lack of confidentiality? Additional analysis is needed. Such a study is essential as in the future with the “ageing” of the infection among people living with it in Lithuania the need for treatment will increase.

Similar practice when people tend to choose more experienced healthcare institutions is also seen when organising prevention of HIV transmission from mother to child. Prevention is carried out in accordance with the methodology for HIV monitoring and treatment approved by the Minister of Health.

Post-exposure prevention is carried out in accordance with the Description of the Procedure for Post-Exposure Prevention of Human Immunodeficiency Virus approved by the Minister of Health. The state guarantees free post-exposure prevention in certain cases of exposure (professional activities and in cases of violence and rape). In other cases people have to pay. Post-exposure prevention has been used by people after *instrumental* injuries. Better awareness of opportunities of post-exposure prevention needs to be ensured. It is important in both healthcare institutions and such institutions as crisis and psychological support centres for women and men and the police that a person having experienced rape and violence first contact.

The lack of information – be it lack of access to regulatory legal acts on norms of treatment with specific specialisation or not publishing the recommendations on HIV testing and counselling on the Internet, or absence of split data on HIV tests and

counselling according to data recommended for testing – restricts not only the analysis of the factual situation but also access to information of persons who need a service or who provide services.

In the course of studies, surveyed specialists stated that the current need for HIV treatment and care services was not high as there were relatively few people were diagnosed with HIV. This is one of the reasons why specialists have little experience working with people living with HIV.

Assurance of quality services also requires proper long-term funding. In the future the need for expensive antiretroviral treatment will grow, which means that sufficient budget funds must be earmarked for medications, diagnosis and treatment services.

## Резюме

### **Доступность услуг людям, живущим с ВИЧ и больными СПИДом, в Литве**

В процессе подготовки этого обзора по заказу коалиции «Могу жить» в 2005-2006 гг. эксперты провели пять различных качественных исследований: исследование доступности услуг в четырех самоуправлениях Литвы, опрос ВИЧ-инфицированных, обзор международных рекомендаций и мировой практики, анализ национальных правовых актов, а также обзор прошлых исследований и публикаций (вторичных источников). Их результаты частично опубликованы на веб-сайте коалиции [www.galiugyventi.lt](http://www.galiugyventi.lt).

Для проведения исследований коалицией «Могу жить» был подготовлен список услуг, связанных с диагнозом ВИЧ, в который вошли: тестирование и консультации больных, лечение антиретровирусными лекарствами и диагностика ВИЧ, наравне с психологическими, образовательными и социальными услугами лицам с диагностированными ВИЧ или СПИД, профилактикой сопутствующих инфекций и других проблем со здоровьем, помощью матери и ребенку, а также профилактикой после наступления возможного случая риска. При исследовании был проведен анализ и других услуг, которые не обсуждаются в данном обзоре. Список услуг прилагается.

Для анализа существующей практики (предоставления услуг, действия правовых актов и сложившейся юридической практики) выбраны четыре самоуправления Литвы: города Вильнюс и Клайпеда, Молетский и Мажейкяйский районы. Выбор был определен стремлением включить в исследование регионы с различной степенью распространения ВИЧ, отразить реальную ситуацию в крупных и малых городах, сравнить самоуправления с признанной необходимостью контроля за распространением ВИЧ среди групп риска с районами относительно низкой концентрации групп, уязвимых для ВИЧ.

Результаты исследований были обобщены и дополнены новыми данными в сентябре 2006 г. – феврале 2007 г. На основе обобщенной информации коалиция «Могу жить» подготовила ряд рекомендаций.

### ***Проведенные исследования***

**Анализ регулирования услуг, предоставляемых ВИЧ-инфицированным, национальными правовыми актами** состоит из двух частей. В ходе исследования было рассмотрено, как национальные правовые акты определяют конкрет-

ные услуги и права людей, живущих с ВИЧ и больным и СПИДом, и общие права пациентов. Кроме того, в четырех регионах было проведено исследование, посвященное вопросам применения учреждениями самоуправления правовых актов в процессе организации и предоставления услуг для инфицированных лиц на своей территории, а также анализу правовой практики в части принятия самоуправлениями необходимых правовых актов по данным вопросам и применения общенациональных норм права.

Цель **исследования самоуправлений** – оценить фактическую доступность услуг здравоохранения, социальных и образовательных услуг в различных регионах, выявить часто возникающие проблемы и представить рекомендации для их решения. Исследование, призванное провести анализ вопросов, связанных не только с ВИЧ, но и с употреблением психотропных веществ, было проведено общественной организацией «Центр обучения, исследований и развития» (ЦОИР) в апреле-ноябре 2005 г.

Задачей **опроса людей, живущих с ВИЧ и больным СПИДом, стало определение** потребности в услугах и их доступности. Участие в проведении исследования таких неправительственных организаций, как «Позитивная группа Литвы», «Позитивная жизнь», Республиканская университетская больница туберкулеза и инфекционных заболеваний, а также Департамент тюрем при Министерстве юстиции Литовской Республики, позволило получить анонимные ответы на вопросы исследователей: непосредственный контакт с ВИЧ-инфицированными затруднен, так как люди не хотят раскрывать своего ВИЧ-положительного статуса.

Всего было опрошено 196 человек, из которых 148 на момент исследования находились в местах лишения свободы и лишь 48 – на свободе. Опрос ВИЧ-инфицированных был проведен в июне-августе 2005 г. Отчет подготовлен ЦОИР.

**Обзор международных рекомендаций и иностранной практики** охватил профилактику, диагностику, лечение и уход за больными, а также права человека. В ходе исследования были проанализированы конвенции, декларации и системные документы, принятые Организацией Объединенных Наций (ООН) и в европейских странах, методические и тематические публикации и рекомендации UNAIDS, ВОЗ и других подразделений ООН, документы Европейского Союза и Совета Европы, а также публикации и декларации неправительственных организаций. Обзор составлен на основе имеющихся источников. В целях обеспечения прозрачности методики информация о странах собиралась из опубликованных отчетов, презентаций или тезисов. Обзор закончен в августе 2006 г.

При проведении **анализа вторичных источников** они были разделены на три группы:

- a. свидетельствующие о конкретных услугах, предоставляемых людям, живущим с ВИЧ и больным СПИДом;

- b. подтверждающие институциональную (правовую) основу предоставления услуг;
- c. подтверждающие потребность в услугах.

Вторичные источники включили в себя правовые документы, публикации, принятые меры, отчеты о деятельности, тезисы конференций, информацию с веб-сайтов ответственных учреждений и т.п.

## ***Заключение***

В Литве многие документы выражают политическую волю уделять пристальное внимание вопросам распространения ВИЧ и СПИДа. В правовых документах предусмотрены гарантии предоставления достойных услуг здравоохранения, социальных и психологических услуг людям, живущим с ВИЧ/СПИДом, право на анонимное тестирование и консультации, особенно для членов групп риска.

В Литве тестирование и консультации организуются, в основном, на добровольной основе. Также существуют случаи обязательной проверки на ВИЧ и/или ограничения прав ВИЧ-инфицированных при поиске работы, в системе образования или при обращении за социальными услугами. Одна из самых слабых сторон современной диагностики – практическое предоставление консультаций до теста и после теста. Зачастую таких консультаций просто нет. Это вызывает беспокойство не только потому, что их отсутствие снижает уровень подготовки лиц как к самому тестированию, так и к его результатам. Без консультирования участники групп риска не получают информации о жизни с инфекцией. Кроме того, без него невозможно получение информированного согласия лица пройти проверку на ВИЧ. Улучшить консультирование могло бы совершенствование механизма регулирования услуг (единые стандарты тестирования и консультаций, указанные в них рекомендации и требования к лицам, предоставляющим услуги), регулярное обучение и образовательная деятельность для тех, кто осуществляет или должен осуществлять консультирование.

Тестирование и консультации среди групп риска и других групп, которым рекомендуется пройти тестирование по эпидемиологическим признакам, зависят от финансирования самоуправлениями и государством, которое традиционно не носит долгосрочный характер. Выделяемых сумм хватает только на проведение определенных информационных кампаний. Сами группы «риска» по-разному определяются в разных документах; даже в Государственной программе профилактики и контроля ВИЧ/СПИДа на 2003-2008 гг. есть недостатки при перечислении подобных групп (например, некоторые группы определены слишком широко; не упоминаются мужчины, имеющие половые отношения с мужчинами).

**Программы с низким пороговым значением предоставляют услуги тестирования и консультации обычно во время кампаний при условии наличия дополнительных средств**, т.е. в настоящее время эта услуга не входит в список основных (обязательных) услуг с низким пороговым значением. Как и все виды обслуживания в программах с низким пороговым значением услуга тестирования и консультаций в этом случае бесплатна. Важно отметить, что при помощи услуг тестирования и консультаций именно через подобного рода программы или специализированные учреждения можно найти подход к ряду уязвимых групп (потребители инъекционных наркотиков, лица, предоставляющие сексуальные услуги, мужчины, которые имеют половые отношения с мужчинами), не заставляя их представителей раскрывать сексуальную ориентацию, образ жизни и поведение.

Согласно действующему с 2007 года порядку беременным женщинам рекомендуется проводить тест на ВИЧ более двух раз (как было предусмотрено в действовавшем ранее порядке) и за него не надо платить.

Заключенные составляют значительную часть лиц, среди которых проводится диагностический тест. Именно через систему тестирования и связанного с ним консультирования Департамента тюрем и выявляется большая часть случаев ВИЧ в Литве. Большинство устанавливаемых здесь случаев связаны с потреблением инъекционных наркотиков. С одной стороны, это признак того, что доступность диагностики через программы с низким пороговым значением для потребителей наркотиков в обществе недостаточна. С другой стороны, большое число проверяющихся указывает на обеспокоенность заключенных по поводу возможного инфицирования, значительное внимание Департамента тюрем ВИЧ к существующей проблеме и/или практику «добровольно-принудительного» тестирования с целью предотвращения возможных вспышек инфекции, как та, что имела место в 2002 г. в исправительном учреждении в Алитусе.

Географический охват анонимного тестирования на ВИЧ в Литве относительно неплох. Однако оно везде платное (исключения могут быть во время непродолжительных кампаний). Стоимость в разных городах может различаться более чем в 3 раза. Возможности пройти проверку на ВИЧ (особенно анонимно) больше в городах. Ещё более сложная ситуация сложилась в небольших самоуправлениях, где выявлено не более нескольких случаев ВИЧ. Лица, у которых диагностирован ВИЧ или СПИД, страхуются за счет государства, так что им доступен весь пакет услуг здравоохранения, оплачиваемый медицинской страховкой.

В Литве людям, живущим с ВИЧ, консультации врача, наблюдение, иммунологические и вирусологические тесты, тестирование на наличие оппортунистических инфекций, т.е. непосредственно связанный с ВИЧ и СПИДом пакет услуг здравоохранения, предоставляется бесплатно. Правда, определенные услуги все

же могут быть платными. Например, часть расходов на профилактику и лечение оппортунистических инфекций должны покрыть сами пациенты.

Лечение и диагностика ВИЧ-инфекции организуются в соответствии с «Методикой диагностики и амбулаторного лечения вируса иммунодефицита человека, оплачиваемой за счет средств бюджета Фонда обязательного страхования здоровья», утвержденной Министром здравоохранения Литовской Республики. Эта методика лаконична. Она не обновляется регулярно. В документе (среди клинических критериев для начала лечения) есть несоответствия более поздним европейским рекомендациям. Согласно правовым актам, все граждане Литвы, живущие с ВИЧ, имеют доступ к исследованиям мониторинга и лечению. Положительной оценки достойно то, что это лечение должно назначаться только на основе клинических критериев. Не предусмотрены никакие критерии, связанные с экономическими возможностями человека, его социальным положением, способом инфицирования, местом проживания или т.п.

В утвержденной методике, как и рекомендуют международные организации, предусмотрено регулярное наблюдение за тем, как вирус прогрессирует в организме. Однако проверяется только часть лиц. Среди значительного количества ВИЧ-инфицированных анализы не проводятся, поэтому о необходимости для них антиретровирусного лечения ничего неизвестно. Причины, по которым часть лиц не проверяется, не изучались, но согласно исследованиям ассоциации ТАВО ДРУГИС можно сделать предположение, что в целом это связано с недостатком информации о возможностях и правах человека, инфицированного ВИЧ. Такой информации может не хватать не только в сфере диагностики, но и в сфере других государственных гарантий, таких как социальное страхование ВИЧ-инфицированных за счет государства, государственная помощь для приобретения и аренды жилья и др.

Поэтому больше внимания следует уделять просвещению ВИЧ-инфицированных лиц. Такую просветительскую и консультационную деятельность могут и должны вести и врачи, и консультанты (по принципу «равный-равному»), и программы с низким пороговым значением. Последние (а также система Департамента тюрем) могли бы стать для недоступных для организации мониторинга развития вируса лиц с диагностированным ВИЧ мостом надежды. При этом при проведении консультационной и просветительской деятельности больше внимания следует уделять таким вопросам как нарушение питания, профилактика ВИЧ, безопасная половая жизнь.

Опрос ВИЧ-инфицированных лиц указывает на особенно значительные несоответствия между необходимыми и фактически предоставляемыми услугами психологической и социальной помощи. Однако более точные результаты должен предоставить дальнейший анализ.

В начале 2007 г. утверждено «Описание порядка предоставления услуг паллиативного ухода взрослым и детям», в котором предусмотрены бесплатные услуги здравоохранения, ухода, психологической, социальной помощи, консультации и другие услуги лицам в терминальной стадии ВИЧ и при наличии опасных для жизни осложнений. Фактическая доступность этих услуг будет зависеть от внедрения нового порядка.

По сравнению с соседними государствами, лечение и уход за живущими с ВИЧ и больным и СПИДом, лицами в Литве децентрализованы. В настоящее время большинство лиц, живущих с ВИЧ/СПИДом, проходят лечение в столице. Есть и такие, которые лечатся в других крупнейших городах страны. В Клайпеде, где живет наибольшее число ВИЧ-инфицированных, к лечению прибегает лишь незначительная часть лиц. Чтобы узнать, не определяется ли этот выбор такими объективными факторами как, например, рабочие часы и высокая занятость врача в портовом городе или недостаточный уровень конфиденциальности, необходим дополнительный анализ. Такое исследование актуально, так как в будущем при «старении» инфекции среди инфицированных лиц в Литве потребность в лечении будет расти.

Аналогичная практика, когда люди выбирают учреждения здравоохранения с более обширным опытом, наблюдается и при организации профилактики передачи ВИЧ от инфицированной матери к ребенку. Профилактика проводится на основе методики мониторинга и лечения ВИЧ, утвержденной Министром здравоохранения.

Профилактика после случая риска проводится на основании «Описания назначения профилактики вируса иммунодефицита человека после рискованного случая», утвержденного Министром здравоохранения. Государство гарантирует бесплатную профилактику после случая риска в определенных ситуациях (в профессиональной деятельности, а также в случаях насилия и изнасилования). В других случаях она должна быть оплачена. Надо отметить, что профилактикой после случая риска воспользовались лишь те лица, которые поранились *инструментами*. Необходимо обеспечить более высокий уровень информированности о возможностях профилактики после случая риска. Это утверждение актуально и для организаций здравоохранения, и для таких учреждений как кризисные центры для мужчин и женщин, центры психологической помощи, и даже полиция, куда в первую очередь обращаются лица, подвергшиеся насилию.

Недостаток информации – будь то недоступные нормативные акты о нормах лечения конкретных заболеваний или непубликуемые в Интернете рекомендации относительно тестирования и консультаций по поводу ВИЧ, либо отсутствие отдельных данных о тестах и консультациях по вопросам ВИЧ в группах, которым рекомендуется пройти тестирование – ограничивает не толь-



ко анализ фактической ситуации, но и доступ к информации всем тем, для кого она актуальна.

Во время проведения исследований, опрошенные специалисты констатировали, что настоящие потребности в лечении ВИЧ и уходе за ВИЧ-инфицированными невелики, поскольку есть относительно немного людей с этим диагнозом. Это одна из причин, по которой специалисты не обладают обширным опытом работы с ВИЧ-инфицированными.

Кроме того, для обеспечения качественных услуг необходимо достаточное и длительное финансирование. В будущем потребность в дорогостоящем антиретровирусном лечении будет расти, поэтому необходимо гарантировать достаточные бюджетные средства на лекарства, диагностику и лечение.

## II. Paslaugų narkotikų vartotojams prieinamumas Lietuvoje

### II.1 Metodologija

**Studijos tikslas** – apžvelgti šiuo metu keturiose pasirinktose savivaldybėse teikiamas sveikatos priežiūros, socialines ir švietimo paslaugas, susijusias su narkotikų vartojimo ir ŽIV/AIDS problemomis, įvertinti šių paslaugų prieinamumą, atskleisti gerą praktiką bei iškelti problemas, kylančias teikiant šias paslaugas.

#### **Studijos uždaviniai:**

- apžvelgti pripažintų tarptautinių organizacijų rekomendacijas bei trijų užsienio šalių – Danijos, Norvegijos ir Lenkijos – patirtį;
- aptarti anksčiau darytus šios srities tyrimus, straipsnius, kitą literatūrą;
- apžvelgti ir išanalizuoti šias paslaugas reglamentuojančią teisinę bazę, savivaldos teisinius dokumentus;
- keturiose pasirinktose savivaldybėse atlikti kokybinį šių paslaugų realios situacijos ir prieinamumo tyrimą siekiant geriau teikti paslaugas ir sumažinti priklausomybės nuo narkotinių medžiagų keliamas neigiamas pasekmes.

**Studijos rezultatas** – remiantis situacijos savivaldybėse tyrimu, teisinės bazės apžvalga ir tarptautine praktika, pateikti rekomendacijas valstybės ir savivaldybių institucijoms dėl savivaldybėse teikiamų paslaugų, susijusių su narkomanijos ir ŽIV/AIDS prevencija bei kontrole.

Atskirų studijos dalių jungiamoji ašis – Lietuvos ir užsienio praktika bei tarptautinių organizacijų rekomendacijomis paremtas visų galimų sveikatos priežiūros, socialinių ir švietimo paslaugų sąrašas (priedas Nr. 1). Jame paslaugos skirstomos į šešias grupes:

1. Pirminė narkotikų vartojimo prevencija.
2. Ankstyva narkotikų vartojimo (priklausomybės) diagnostika ir paslaugos eksperimentuojantiems su narkotikais asmenims.
3. „Žemo slenksčio“ paslaugos narkotikų vartotojams.
4. Abstinencijos ir priklausomybės gydymas ambulatoriškai ir stacionare.
5. Socialinė-psichologinė reabilitacija ir reintegracija į visuomenę.
6. Ligų, kuriomis dažnai serga narkotikų vartotojai, diagnostika ir gydymas.

Pabrėžtina, kad šis paslaugų sąrašas sudarytas ne kaip pavyzdinis visų rekomenduojamų diegti paslaugų sąrašas, o tik kaip atspirties taškas kuo išsamiau išnagrinėti įvairias esamas ir galimas paslaugas siekiant išvengti narkomanijos plitimo ir sumažinti jos padarinius.

Šio studijos išvados ir rekomendacijos – atskirų studijos dalių sintezė ir ekspertinis esamos padėties įvertinimas teikiant švietimo, socialines bei sveikatos paslaugas su narkotikų vartojimu susijusiems asmenims siekiant išvengti narkomanijos plitimo ir sumažinti jos padarinius. Toliau pateikiama atskirų studijos dalių metodologija.

**Savivaldybių tyrimo metodologija.** Švietimo, socialinėms ir sveikatos priežiūros paslaugoms tirti buvo pasirinktos dvi didelės ir dvi mažesnės Lietuvos savivaldybės: Vilniaus ir Klaipėdos miestų, Mažeikių ir Molėtų rajonų (Klaipėdoje – 190 187 gyventojai, Vilniuje – 552 800 gyventojų, Mažeikių rajone – 66 773 gyventojai, Molėtų rajone – 24 567 gyventojai\*). Tyrimą atliko VšĮ MTVC 2005 m. birželį–rugpjūtį.

Aprašomuoju kokybiniu tyrimu buvo siekiama įvertinti paslaugų prieinamumą šiais aspektais:

– Kokios paslaugos ir kiek jų teikiama, palyginti su visų įmanomų paslaugų sąrašu?

– Kokios yra svarbiausios paslaugų gavėjų tikslinės grupės?

– Kokios yra paslaugų teikimo sąlygos?

– Kaip organizuotas paslaugų teikimas (kokios įstaigos teikia paslaugas ir kaip jos bendradarbiauja)?

Įvairių švietimo, socialinių, sveikatos įstaigų atstovai buvo apklausiami taikant kokybinių tyrimų metodiką – fokus grupėse (Klaipėda, Mažeikiai ir Molėtai) bei individualiai pagal pusiau struktūrizuotą klausimyną apie teikiamas paslaugas bei įstaigų tarpusavio ryšius.

Atliekant socialinio tinklo analizę, buvo derinami visiško bei „sniego kamuoliuko“ įstaigų identifikavimo metodai, pradedant nuo tyrėjams žinomų įstaigų tinklo ir toliau ieškant įstaigų, su kuriomis palaikomi formalūs arba neformalūs ryšiai, apklausiami jų darbuotojai (administracija ir specialistai). Iš viso buvo apklausta apie 70 specialistų, atstovaujančių savivaldybėms, mokykloms, vaikų namams, Vaiko teisių apsaugos tarnybai (VTAT), psichologinei pedagoginei tarnybai (PPT), policijai, pataisos darbų inspekcijai, greitajai medicininei pagalbai (GMP), priklausomybės ligų centrams (PLC), psichikos sveikatos centrams (PSC), pirminės sveikatos priežiūros centrams (PSPC), visuomenės sveikatos centrams (VSC), „žemo slenkščio“ kabinetams, bendrojo profilio ir psichiatrijos ligoninėms, Lietuvos AIDS centrui (LAC), socialines paslaugas bei psichologinę pagalbą teikiančioms organizacijoms. Rengiant šią studiją, buvo naudojamos išsamios psichologinės, medicininės ir socialinės pagalbos aprašymų leidinyje „Pagalba Vilniaus mieste žalingai vartojantiems alkoholį ir narkotikus“\*\* bei LAC biuleteniui; taip pat buvo remtasi paslaugų teikimą bei jų finansavimą reguliuojančiais teisės aktais ir statistikos duomenimis.

\* Savivaldybių teritorijoje gyventojų skaičius nurodytas pagal Lietuvos statistikos departamento 2004 m. sausio 1 d. duomenis.

\*\* Parengė Vilniaus priklausomybės ligų centras 2004 m.

## *Teisinės bazės apžvalgos metodologija*

Tikslas – išanalizavus narkomanijos pacientų sveikatos apsaugą reglamentuojančius nacionalinius teisės aktus, pateikti siūlymus ir rekomendacijas šių pacientų teisei apsaugai tobulinti.

Uždaviniai:

- nustatyti, kokie teisės aktai ir koku mastu reglamentuoja narkomanijos pacientams teikiamas paslaugas Lietuvoje;

- pabrėžti konkrečias teisės normas, tiesiogiai įtvirtinančias atitinkamas paslaugas, palyginti jas su ekspertų parengtu narkomanijos pacientams galimų specifinių paslaugų sąrašu;

- atlikti atitinkamų teisės aktų ir teisinės praktikos analizę kai kuriose Lietuvos savivaldybėse;

- nustatyti, kokiais teisės aktais vadovaujasi savivaldos institucijos savo teritorijose teikdamos paslaugas narkomanijos pacientams;

- išsiaiškinti savivaldos institucijų nuomonę apie nacionalinių teisės aktų teikiant paslaugas nagrinėjamos kategorijos pacientams pakankamumą, detalesnę paslaugų reglamentaciją savivaldos lygmeniu, narkomanijos pacientų teisinės apsaugos vertinimą.

Objektas – nacionaliniai teisės aktai, reglamentuojantys narkomanijos pacientų sveikatos apsaugą, ir atitinkama teisinė praktika kai kuriose Lietuvos savivaldybėse.

Metodai – teisės aktų analizė atlikta duomenų bei lyginamosios analizės, taip pat už narkomanijos pacientams teikiamų paslaugų infrastruktūros kūrimą ir palaikymą atsakingų asmenų anketinės apklausos metodu.

Tyrimas buvo atliktas (2005 m. sausio–liepos mėn.) vadovaujantis tuo metu galiojančiais teisės aktais, esamais *Litlex* ir kitose teisės aktų paieškos duomenų bazėse bei gautais iš atitinkamų savivaldybių.

## *Tarptautinių organizacijų ir užsienio šalių praktikos apžvalgos metodologija*

Šioje apžvalgoje surinkta ir lietuvių kalba trumpai apibendrinta informacija, kurią pateikia tokios pripažintos tarptautinės organizacijos, dirbančios visuomenės sveikatos ir tiesiogiai narkomanijos prevencijos ir narkotikų kontrolės srityje, kaip PSO, JT, Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centras. Trijų šalių – Danijos, Norvegijos ir Lenkijos – praktika teikiant švietimo, socialines ir sveikatos paslaugas surinkta remiantis prieinamais duomenų šaltiniais. Analizė atlikta 2005 m. liepos–rugsėjo mėn.

### **Projekto apribojimai:**

- Tiriant savivaldybių teikiamas paslaugas nebuvo siekiama išsamiai įvertinti paslaugų kokybės, o tik aprašyti esamą padėtį ir įvertinti paslaugų prieinamumą.

- Tiriant nebuvo vertintas paslaugų poreikis ir finansinės gyventojų galimybės gauti vienokias ar kitokias paslaugas.

– Studijos reikmėms sudarytas galimų paslaugų sąrašo pirminės prevencijos dalis gali nevisiškai atspindėti esamas prevencijos paslaugas, nes dažnai šviečiamoji ar laisvalaikio užimtumo veikla nėra organizuojama kaip vien tik narkomanijos prevencijos priemonė. Ir tarptautinėje, ir Lietuvos praktikoje šios priemonės yra pačios įvairiausios, sunkiai klasifikuojamos, trūksta (o gal ir nevisada gali būti) aiškumo, kokios prevencinės priemonės yra veiksmingos ir rekomenduotinos.

– Siekiant nustatyti, kokiais teisės aktais vadovaujasi savivaldos institucijos savo teritorijoje teikdamos paslaugas narkomanijos pacientams, informacija buvo renkama ne iš savivaldybių dokumentacijos, o iš savivaldos įstaigų specialistų, todėl surinkta informacija gali būti sąlygota jų kompetencijos.

– Literatūra apie užsienio šalių praktiką savivaldybių lygmeniu dažnai pateikiama tik tų šalių nacionaline kalba, o ribotos studijos lėšos neleido tokios literatūros surinkti ir išversti.

– Studijoje beveik nenagrinėjamos ŽIV/AIDS problemos, nes šie klausimai nagrinėjami kitu koalicijos „Galiu gyventi“, šiuo metu dar nebaigtu tyrimu.

– Studijai pateiktas paslaugų sąrašas nėra baigtinis (pvz., nėra numatytos perdozavimo prevencijos), atskirose sąrašo grupėse dalis paslaugų pakartojama.

### *Literatūros sąrašas*

Dėl ribotos apimties tyrimo rezultatų apibendrinimo dokumente nėra sudarytas literatūros sąrašas. Jį faktiškai sudaro keturių tyrimo dalių norminių ir kitų teisės aktų, tyrimų, ataskaitų ir apžvalgų bei šaltinių užsienio kalbomis sąrašai. Jie bus pateikti kiekvienos dalies ataskaitoje koalicijos „Galiu gyventi“ interneto svetainėje [www.galiugyventi.lt](http://www.galiugyventi.lt)

## **II.2 Studijos rezultatai**

### **III.2.1 Pirminė narkotikų vartojimo prevencija**

Teisės aktų analizė parodė, kad pirminė narkotikų vartojimo prevencija yra pakankamai (palyginti su kitomis analizuotomis paslaugomis) reglamentuota įstatymais (Narkologinės priežiūros, Socialinių paslaugų, Vietos savivaldos ir kt.) ir poįstatyminiais teisės aktais. Juose pateikiamas ne tik šios paslaugos turinys, tikslinės poveikio grupės, bet ir prevencijos subjektai. Akcentuotina Nacionalinė narkotikų kontrolės ir narkomanijos prevencijos 2004–2008 metų programa, kurioje narkotikų vartojimo prevencija laikoma nacionalinės strategijos narkotikų srityje prioritetu.

Savivaldybių apklausa parodė, jog įgyvendindamos prevencinę veiklą savivaldybės taiko nacionalinius teisės aktus. Geros praktikos pavyzdžiai yra Mažeikių rajono, Šiaulių, Vilniaus ir Visagino miestų savivaldybės.

Antra vertus, būtina paminėti tai, jog nepagrįstai daug tikimasi iš pavienių prevencinių programų, kurios yra epizodinio pobūdžio, paslaugos realiai neteikiamos ar teikiamos nesistemiškai, nėra jų tęstinumo, daug kas priklauso nuo pareigūnų iniciatyvos.

Iš valstybės ir savivaldybių biudžetų projektinės veiklos finansavimas yra nepastovus: metų pradžioje sužinoma, ar bus skelbiamas konkursas, kokios jo sąlygos, bet pati veikla prasideda tik antrą ar trečią metų ketvirtį ir už ją reikia atsiskaityti iki metų pabaigos.

Sunku įvertinti kiekvienos narkomanijos prevencijos priemonės veiksmingumą (pvz., choro organizavimas yra papildomas ugdymas, o ne prevencija ir pan.).

Tikslines konsultacijas (sveikatinimo veiklos metodinės konsultacijos mokytojams, mokiniams, jų tėvams, specialiųjų ugdymosi poreikių, psichologinių, asmenybės ir ugdymosi problemų turintiems asmenims, jų tėvams ir kt.) teikia priklausomybės ligų psichiatrai, švietimo įstaigos medicinos punkto asmens sveikatos priežiūros specialistai, slaugos specialistai, visuomenės sveikatos priežiūros specialistai, socialiniai darbuotojai, psichologai.

Pagal Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro įsakymą\* turėtų būti organizuotos konsultacijos specialiųjų ugdymosi poreikių, psichologinių, asmenybės ir ugdymosi problemų turintiems asmenims, jų tėvams (globėjams, rūpintojams) psichologinių, asmenybės ir ugdymosi problemų prevencijos bei jų sprendimo klausimais, o mokiniams – jų polinkių ir gabumų klausimais.

Visos tirtos savivaldybės vykdo pirminę prevenciją. Dažniausiai ji vykdoma per ugdymo įstaigas ir skirta moksleiviams. Prevencinės programos finansuojamos iš ŠMM ir

---

\* Švietimo ir mokslo ministro 2003 m. gruodžio 24 d. įsakymas Nr. ISAK-1880 „Dėl Savivaldybės pedagoginės psichologinės tarnybos pavyzdinių nuostatų“. – Valstybės žinios, 2004, Nr. 10-277.

savivaldybių biudžeto lėšų. Įgyvendinant programas taip pat dalyvauja visuomenės sveikatos centrų, policijos, gydymo įstaigų atstovai. Tačiau nepakankamai dėmesio skiriama tėvų švietimui ir jų dalyvavimui prevencijoje. Užsienio šalių praktikoje ypač rūpinamasi į narkomanijos prevenciją įtraukti tėvus. Tėvų vaidmuo gali būti labai svarbus formuojant atsakingą požiūrį į psichoaktyviųjų medžiagų vartojimą, nustatant taisykles, kurių reikia laikytis šeimoje. Taip pat labai svarbus yra tėvų ir mokyklos bendradarbiavimas, o tėvų parama sprendžiant narkotikų prevencijos mokykloje klausimą yra esminė. Rekomenduojama suteikti tėvams kuo aiškesnę informaciją apie mokyklinio amžiaus vaikų narkotikų vartojimo situaciją ir galimas narkotikų vartojimo priežastis, išsklaidyti mitus apie narkotikus ir narkotikų vartotojus bei padėti tėvams suformuoti adekvatų vaikų požiūrį į alkoholio ir narkotikų vartojimą.

Danijoje mokykla yra svarbiausia institucija, teikianti informaciją apie narkotikus. Vienas iš privalomų dalykų yra mokymas apie sveikatą ir šeimos gyvenimą. Vaikai supažindinami su faktoriais, neigiamai veikiančiais sveikatą, šeimos ir lytinių gyvenimą. Yra siekiama tikslingos asmenybės raidos, moksleiviai mokosi saugoti ne tik savo, bet ir kitų sveikatą. Apie narkotikus informacija teikiama 7–9 klasėse, naudojama specialiai parengta mokomoji medžiaga.

Tyrimo metu paaiškėjo, kad mažiausiai užimtas moksleivių laikas yra po pamokų, savaitgaliais ir vasarą. Pavyzdžiui, vasaros metu mokyklų organizuojamas moksleivių užimtumas yra trumpalaikis, dažniausiai trunkantis vos kelias dienas. ŠMM skiriamos lėšos moksleivių vasaros poilsiui organizuoti yra mokyklų panaudojamos (mokyklos pačios organizuoja dienos stovyklas, kurios dažniausiai baigiasi birželį), tačiau tų lėšų nepakanka paslaugoms pirkti iš kitų vasaros poilsio organizatorių (pvz., vaikų stovyklų), o tai garantuotų visą vasarą trunkantį moksleivių užimtumą.

Šalyje veikia 800-ojo numerio nemokamos pagalbos telefonu ir informacijos linijos. Jas vienija Lietuvos telefoninių psichologinės pagalbos tarnybų asociacija, jos prieinamos visiems Lietuvos gyventojams. Veikia jaunimo, vaikų, moksleivių, moterų ir Vilties linija. Mažose savivaldybėse šios paslaugos teikėjų nėra arba yra tik vienas: jis dirba kooperuodamasis su didelės savivaldybės paslaugų teikėjais. Klaipėdoje yra 4 teikėjai (įskaitant PSC), Vilniuje – 8. Tyrimas atskleidė, jog trūksta informacijos apie telefonu teikiamas konsultacijas. Dauguma šių paslaugų teikėjų gyvena iš projektinių lėšų, ribotas jų darbo laikas, todėl neužtikrinamas tinkamas paslaugos prieinamumas.

Rizikos grupės vaikams mažuose miestuose paslaugas teikia VTAT, disponuojanti tik teisinėmis priemonėmis, taip pat veiklą gali papildyti NVO, o dideliuose miestuose – ir kitos įstaigos, pvz., Vaikų krizių centras Klaipėdoje. Rizikos grupės vaikams priskiriami vaikai, gyvenantys šeimose, kurių pajamos yra žemiau oficialios skurdo ribos; kurių tėvai yra priklausomi nuo alkoholio, narkotikų; kurių tėvams atimtos tėvystės (motinystės) teisės; kurių tėvai laisvės atėmimo vietose. Nauja problema, kurią nurodo vaikų

teisių apsaugos tarnybos, – į užsienį dirbti išvykusių tėvų nepilnamečiai vaikai, dažnai palikti senelių priežiūrai.

Mokyklos sudaro probleminio elgesio vaikų sąrašus ir keičiasi šia informacija su VTAT bei policijos prevencinių poskyrių pareigūnais. Šie vaikai yra ir turi būti įtraukiami į įvairius prevencinius projektus. Tačiau kartais abejonių kelia projektų konkursų reikalavimai prevencinę švietimo ir informavimo veiklą vykdyti būtent tik su šiais vaikais – tada juos reikėtų išskirti iš bendraamžių ir draugų. Žinoma, negalima teigti, kad rizikos vaikams nereikia atskirų projektų, tačiau jie turi būti vykdomi ne mokykloje.

Nelankantiems mokyklos vaikams švietimo ir mokslo ministro įsakymu\* numatyta sudaryti savivaldybių prevencinio darbo koordinavimo grupes, kurios turi įgyvendinti priemones siekiant sugrąžinti į mokyklas jų nelankančius vaikus. Tačiau dirbant su šia tiksline grupe būtinybė imtis papildomų priemonių tyrimo duomenų rinkimo metu buvo pabrėžiama ne vieną kartą.

Remiantis tyrimo duomenimis, dirbančių su vaikais specialistų prieinamumas labai ribotas. Mažų savivaldybių mokyklose specialistų yra mažai, o mažesnėse mokyklose jų išvis nėra. Todėl, pavyzdžiui, eilės pas PPT psichologą laukti reikia 2 mėnesius.

Mokyklose dirbančių specialistų mokymu jau pradėta rūpintis, tačiau, remiantis ne kartą tyrimo metu išsakyta nuomone, jiems vis dar trūksta įgūdžių dirbti su moksleiviais individualiai. Visi tyrimo metu apklausti ugdymo įstaigų atstovai minėjo, jog trūksta priemonių, reikalingų prevencinėms programoms vykdyti (vaizdajuosčių, plakatų, brošiūrų ir pan.).

Neretai mokyklų ir vaikų globos namų administracija tik formaliai palaiko prevencinį darbą mokyklose. Socialinių pedagogų ir sveikatos priežiūros specialistų veikla mokyklose dėl tiesioginio jų pavaldumo labiausiai priklauso nuo administracijos požiūrio į narkomanijos problematiką.

Danijoje daugelyje bendruomenių sudarytas formalus tarpinstitucinis mokyklų, socialinės pagalbos specialistų ir policijos bendradarbiavimo tinklas. Jo tikslas – prevencinė veikla ir rūpinimasis vaikų ir jaunimo gerove, pavyzdžiui, dalyvauti mokyklų ir jaunimo klubų veikloje, organizuoti mobiliąsias paslaugas ir pagalbą jaunimui, susidūrusiam su problemomis dėl narkotikų ir (ar) kriminalinės veiklos. Tikslinė prevencija yra taikoma naktiniuose klubuose, pasilinksminimų vietose siekiant sumažinti narkotikų vartojimą.

Norvegijoje pagal Socialinės pagalbos aktą už tiesioginę alkoholizmo ir narkomanijos prevenciją atsakingos savivaldybės. Savivaldybių socialinės tar-

\* Švietimo ir mokslo ministro 2004 m. rugsėjo 17 d. įsakymas Nr. ISAK-1462 „Dėl teisės pažeidimų, mokyklos nelankymo, narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimo, ŽIV/AIDS, smurto ir nusikaltamumo prevencijos“. – Valstybės žinios, 2004, Nr. 145-5281.



nybos turi teikti informacines ir „žemo slenksčio“ paslaugas, organizuoti pagalbą gatvėse bei skleisti informaciją apie jų vartojimo žalą. Kiekviena savivaldybė pati sprendžia, kaip šis darbas turi būti organizuotas, atsižvelgdama į kultūrinės kiekvieno regiono ypatybes. Daugelyje savivaldybių prevencinę veiklą vykdo socialinės pagalbos tarnybos, tačiau kai kuriose didesnėse savivaldybėse skiriami nusikalstamumo ir narkotikų prevencijos koordinatoriai siekiant užtikrinti įvairių tarnybų ir sektorių bendradarbiavimą.

Norvegijoje visose savivaldybėse yra vaikų sveikatos priežiūrai skirtų klinikų. Čia dirba gydytojai, slaugos personalas, kartais akušerės. Klinikos veikia kaip visuomeninės institucijos, galinčios pasiekti daugumą vaikų auginančių šeimų, jos gali būti svarbia grandimi alkoholio ir narkotikų vartojimo prevencijos sistemoje. Todėl vaikų sveikatos priežiūros klinikos personalui organizuojami mokymai apie alkoholizmą ir narkomaniją.

## ***II.2.2 Ankstyva narkotikų vartojimo (priklausomybės) diagnostika ir paslaugos eksperimentuojantiems su narkotikais asmenims***

Analizuojant su ankstyvąja narkotikų vartojimo diagnostika susijusių paslaugų teisinį reglamentavimą pastebėta, jog didžioji dalis paslaugų, pvz., psichologo ir socialinio darbuotojo paslaugos (individualus darbas bei darbas grupėje ir kt.), daugiau ar mažiau yra apibrėžta teisės aktuose. Čia susiduriama ne tiek su teisinio reglamentavimo nebuvimo problema, kiek su atitinkamos praktikos nebuvimu, atsakingų pareigūnų ir tarnautojų neveiklumu, finansavimo stoka ar kitomis paslaugų neteikimo priežastimis.

Akcentuotina kai kurių paslaugų teisinio reglamentavimo stoka, pvz., mobiliosios gatvės tarnybos vaikams. Tyrimas parodė, kad nors šios paslaugos nėra reglamentuotos, tačiau kai kuriose savivaldybėse jos teikiamos neva vadovaujantis nacionaliniais teisės aktais. Teisės aktai nurodo, kad gydytojas privalo žinoti „psichikos sveikatos priežiūros paslaugas reglamentuojančius Lietuvos Respublikos įstatymus ir kitus teisės aktus“\*. Deja, teisės aktų taikymo praktika parodė, kad specialistai klysta manydami, jog atitinkamas teisės aktas reglamentuoja visas įmanomas paslaugas (pvz., Narkologinės priežiūros įstatymas), neteisingai interpretuoja teisės normas, pavieniais atvejais tik manė, jog yra kažkoks teisės aktas, tačiau realiai jo įvardyti negalėjo.

Ankstyva diagnostika iš esmės skiriama asmenims, kurie gali mėginti vartoti narkotikus ar kitas psichoaktyviasias medžiagas, jomis eksperimentuoja arba vartoja epizodiškai. Tokie asmenys paprastai dar nėra fiziškai ir (ar) psichologiškai priklausomi nuo narkotikų. Pagrindinės priemonės siekiant ankstyvo išaiškinimo ir ankstyvosios intervencijos yra psichologo paslaugos (individualios ir grupinės), socialinio darbuotojo

\* Sveikatos apsaugos ministro 2005 m. liepos 22 d. įsakymas Nr. V-601 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 53:2005, Gydytojas psichiatras. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė patvirtinimo“. – Valsstybės žinios, 2005, Nr. 94-3514.

paslaugos, testavimas dėl narkotikų, alternatyvus užimtumas, tikslinės paslaugos pažeidžiamųjų grupių vaikams (mobilios gatvės tarnybos vaikams, dienos centrai), taip pat gali būti teikiamos laikino apgyvendinimo, maitinimo ir kitos socialinės paslaugos.

Savivaldybių tyrimo rezultatai parodė, jog į visose savivaldybėse veikiančias PPT arba į gydymo įstaigų psichologus kreipiasi tėvai, įtarę savo vaikus eksperimentuojant su narkotikais. Mokyklų socialiniai pedagogai ir PSC socialiniai darbuotojai dažnai konsultuoja individualiai, nes manoma, kad individualios konsultacijos yra veiksmingesnės už darbą grupėse.

Testavimas atliekamas sveikatos priežiūros įstaigose, psichikos sveikatos centruose. Į juos gali nusiųsti mokyklos socialinis pedagogas, pasikonsultavęs su vaiku, su mokyklos administracija ir su tėvais. Gali būti testuojama ir mokykloje, jeigu yra sveikatos priežiūros specialistas, tačiau realiai tai nepraktikuojama. Pagal Vyriausybės 2002 m. balandžio 2 d. nutarimą Nr. 437 „Dėl ankstyvojo vaikų (moksleivių) psichiką veikiančių medžiagų vartojimo nustatymo tvarkos patvirtinimo“\* testavimas dėl narkotikų turi būti atliekamas asmens sveikatos priežiūros įstaigoje. Tai taikoma asmenims iki 18 metų. Testavimo dėl narkotikų praktika tirtose savivaldybėse yra skirtinga. Didesnėse savivaldybėse testus atlieka priklausomybės ligų centrai ir ligoninės. Vienoje savivaldybėje buvo paminėtas psichikos sveikatos centras, kitoje – visuomenės sveikatos centrai, o dar vienoje savivaldybėje nepavyko nustatyti asmens sveikatos priežiūros įstaigos, atliekančios testavimą.

ŠG dažniausiai dirba nuošaliai nuo narkomanijos prevencijos ir diagnostikos. Panašiai elgiasi PSC, kurie arba siunčia priklausomybės ligomis sergančiuosius į didesniuose miestuose esančius PLC, arba teikia labai ribotą atitinkamų gydymo paslaugų skaičių. Testavimas dėl narkotikų yra numatytas visoms amžiaus grupėms. Paprastai testuojama policijos iniciatyva. Pirmasis testas yra gana nebrangus. Šioje studijoje naudojami greitieji testai paprastai yra įsigyti iš Nacionalinės narkomanijos prevencijos ir narkotikų kontrolės programos lėšų arba išskirtiniais atvejais iš kitų lėšų (pvz., savivaldybės). Tačiau tam, kad būtų galutinai įrodytas narkotikų vartojimas, reikalinga gydytojo apžiūra ir pakartotinis laboratorinis tyrimas. Šis testas turi būti apmokamas iš policijos biudžeto. Mažesnėse savivaldybėse dėl pakartotinio tyrimo kraujo mėginys siunčiamas į didesnius miestus, todėl tokiam tyrimui reikia gerokai daugiau lėšų. Respondentų nuomone, policija nesuinteresuota nustatyti narkotikų vartojimo atvejų dėl finansinių priežasčių.

Trijose savivaldybėse visi apklaustų mokyklų ir socialinių pedagogų atstovai teigė, jog mokyklose nebuvo nustatyta nė vieno moksleivio apsvaigimo nuo narkotikų atvejo. Mokyklos nėra suinteresuotos, kad jose būtų nustatyta narkotikų vartojimo atvejų, nes tokia informacija, patekusi į viešumą, gali pakenkti mokyklos reputacijai, o tai savo ruožtu gali sumažinti moksleivių skaičių ir kartu finansavimą.

Sunku atskirti pradedančius vartoti narkotikus (eksperimentuojančius) klientus. Todėl psichologo ir socialinio darbuotojo – jie dirba skirtingose įstaigose – paslaugos tokiems narkotikų vartotojams gali būti suteiktos tik atsitiktinai. Viena iš galimų prie-

---

\* Žr. Valstybės žinios, 2002, Nr. 35-1305.

monių padėti eksperimentuojantiems su narkotikais asmenims yra alternatyvus jų užimtumas. Tyrimo duomenys rodo, kad laisvalaikio užimtumo programas moksleiviams vykdo mokyklos, kitos ugdymo įstaigos, socialinės pagalbos įstaigos, iš dalies NVO. Vienoje savivaldybėje prevencinę ir alternatyvaus užimtumo veiklą taip pat vykde ir policija. Mažesnėse savivaldybėse vaikų dienos centrų nėra. Viename didžiųjų miestų veikia vaikams skirti dienos centrai, tačiau jie nesirūpina psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencija. Kitame didmiestyje yra trys centrai, kurie specializuojasi priklausomybių srityje. Taip pat yra ir daugiau įvairių centrų, kurie paprastai organizuoja alternatyvų užimtumą tam tikroje seniūnijoje, parapijoje ar kitame ribotame geografiniame vienetu.

Dienos centrų ir mobilių gatvės tarnybų mažesnėse savivaldybėse nėra. Tokių programų yra tik didžiuosiuose miestuose, čia bandoma kontaktuoti su benamiais vaikais.

1960 metų pabaigoje daugelyje Norvegijos savivaldybių buvo įsteigtos nedidelės viešos gatvių tarnybos. 2003 metais veikė 63 tokios tarnybos miestuose. Šios tarnybos dirbo su vaikais ir jaunimu už mokyklos ribų. Vidutiniškai tarnyboje buvo 2–3 darbuotojai, išskyrus Oslą, kur dirbo 25 darbuotojai. Jie dirbo prevencinį darbą – stengėsi užmegzti kontaktus su vyresniais vaikais ir jaunimu, išsiaiškinti ir padėti jiems, o tiems, kurie pradėjo vartoti alkoholį ar narkotikus, padėjo kreiptis ir gauti gydymą ir kt.

Siekiant padėti probleminėms šeimoms Lenkijoje, vykdomos įvairios programos, nukreiptos į „rizikos šeimas“, steigiami socialiniai-terapiniai kambariai, veikia auklėjimui skirtos organizacijos, jaunimo laisvalaikio aikštelės, sveikatos priežiūros centrai ir socialinės pagalbos įstaigos. Vykdoma nevyriausybinių organizacijų programa „Ambulatorinė šeimos klinika“, kurios specialistų komanda (psichologai, pedagogai, psichiatrai, teisininkai) teikia informaciją šeimoms, turinčioms problemišką ar narkotikus vartojančių jaunuolių, jas konsultuoja, vykdo krizines intervencijas, buria tėvų ir šeimos grupes.

Programa „Tėvai – tėvams“ apima tėvų konsultavimą, informacijos teikimą, pagalbą tėvams telefono linijų ir savitarpio pagalbos grupių organizavimą. Pagalbą organizuoja nevyriausybinių organizacijų, ją teikia išmokyti priklausomų vaikų turintys tėvai ir savanoriai.

### ***II.2.3 „Žemo slenksčio“ paslaugos narkotikų vartotojams***

Žalos mažinimo, arba „žemo slenksčio“, priemonių įgyvendinimas Lietuvoje yra numatytas Seimo patvirtintoje Nacionalinėje narkomanijos prevencijos ir narkotikų kontrolės 2004–2008 m. programoje ir Vyriausybės priimtoje Valstybinėje ŽIV/AIDS prevencijos ir kontrolės 2003–2008 m. programoje. Teisės aktų analizė parodė, kad „žemo slenksčio“ paslaugos narkotikų vartotojams reglamentuotos silpniausiai, palyginti su kitomis paslaugų grupėmis. Teisės aktai tik užsimena apie tokias paslaugas kaip tie-

sioginis darbas su neidentifikuotais vartotojais gatvėje (angl. *outreach*), adatų ir švirktų keitimas, dezinfekuojamųjų medžiagų, kontraceptinių priemonių dalijimas, saugesnio švirktimosi technikos mokymas. Pabrėžtina, kad nėra nustatyti žalos mažinimo kabinetų veiklos reikalavimai, teisės aktais nėra reglamentuotas saugesnio švirktimosi technikos mokymasis ir pan.

Vis dėlto tyrimas parodė, kad praktikoje yra atvejų, kai paslaugos iš esmės teisės aktuose nereglamentuotos, tačiau realiai bandoma jas teikti. Tad keltinas klausimas, ar nevēluojama teisiškai jų reglamentuoti, o gal Lietuvoje linkstama prie precedentinių mechanizmų, kai iš pradžių įsitvirtina praktika, o tik vėliau jos teisinis reglamentas. Trys savivaldybės, kurios teikia tokias paslaugas (švirktų ir adatų keitimas ar kontraceptinių priemonių dalijimas), į klausimą, kokiais aktais vadovaudamosi organizuoja šių paslaugų teikimą, atsakė: jokiais. Nuo devintojo dešimtmečio pabaigos, kai atsirado reali ŽIV išplitimo grėsmė tarp švirktščių narkotikų vartotojų ir kai vėlavo nacionaliniai teisės aktai, reglamentuojantys „žemo slenksčio“ paslaugas, specializuotos įstaigos (Lietuvos AIDS centras, PLC) buvo priverstos pasitvirtinti tokių paslaugų teikimo vidaus tvarką ir pradėti teikti „žemo slenksčio“ paslaugas.

Rekomenduotina šias paslaugas detaliau, nuosekliau reglamentuoti nacionaliniais teisės aktais. Remiantis projekto ekspertų informacija, sveikatos apsaugos ministro įsakymu jau yra sudaryta darbo grupė dėl „žemo slenksčio“ paslaugų.

Jungtinės Tautos laikosi pozicijos, jog „žemo slenksčio“ paslaugos yra būtinos tam, kad būtų pasiekta daugiau narkotikų vartotojų, kurie dar nesikreipė į gydymo ar priklausomybės ligų gydymo institucijas. Tai turėtų būti lanksčios, nešabloniškos paslaugos, teikiamos už formalių sveikatos ir socialinių įstaigų ribų. Jų tikslas – pasiekti ir remti kuo daugiau narkotikų vartotojų, motyvuoti juos kreiptis į medicininės ir socialinės tarnybas, didinti jų suinteresuotumą gydytis ir mažinti žalingas su narkotikais susijusias pasekmes.

Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centro leidinyje „Outreach Work Among Drug Users in Europe: Concepts, Practice and Terminology“ nurodoma, kad „žemo slenksčio“ paslaugas teikiančiose organizacijose įdarbinami specialistai, buvę ar esami vartotojai ar tos tautybės, kurios atstovus bandoma pasiekti, darbuotojai, savanoriai. Nurodomos tokios „žemo slenksčio“ paslaugų organizacijų darbo formos:

- Mobilios paslaugos, teikiamos gatvėje, baruose, diskotekose, viešose vietose, gali būti nukreiptos ir į pavienius individus, ir į vartotojų grupes.
- Paslaugos, teikiamos pagal gyvenamąją vietą.
- Paslaugos, orientuotos į institucijas ir organizacijas – „žemo slenksčio“ paslaugos kalėjimuose, prieglaudose, nakvynės namuose, mokyklose. Jos paprastai nukreiptos į tiesiogiai dirbančių specialistų mokymą, tarpinstitucinių ryšių formavimą.

Trisdešimties savivaldybių teisinė apklausa parodė, kad daugumoje jų paslaugos ne-teikiamos. Tačiau faktinis paslaugų įgyvendinimo tyrimas rodo, kad 3-ose iš 4 tirtų sa-  
vivaldybių tokios paslaugos buvo teikiamos. Didžiuosiuose miestuose „žemo slenksčio“  
paslaugas daugiausia teikia specializuotos valstybinės įstaigos, pirmiausia PLC. Savival-  
dybių lygmeniu pagal programas teikiančių „žemo slenksčio“ paslaugas gydymo įstaigų  
beveik nėra. Tiriant faktinių paslaugų tiekimą paaiškėjo, kad mažesnėse savivaldybė-  
se teikiama tik dalis paslaugų ir kuo mažesnis miestas, tuo mažiau paslaugų paprastai  
teikiama. Iš „žemo slenksčio“ paslaugų plačiausiai Lietuvoje vykdomas švietimas apie  
ŽIV/AIDS ir kitų infekcijų bei lytiškai plintančių infekcijų (LPI) perdavimą (tai atlieka  
vietos VSC bei LAC). Tai vienintelė paslauga, kuri teikiama visose 4-iose apklaustose  
savivaldybėse. Nevyriausybinės organizacijos, kurios nagrinėtose užsienio valstybėse at-  
lieka svarbų vaidmenį organizuojant „žemo slenksčio“ paslaugas narkotikų vartotojams  
ir kurių vaidmuo akcentuojamas tarptautinėse rekomendacijose, tirtose keturiose savi-  
valdybėse nėra tiesiogiai įsitraukusios į tokių paslaugų teikimą.

Savivaldybės lygmeniu PSC ir PSPC nuostatai nenumato uždavinio teikti „žemo  
slenksčio“ paslaugas.

Šiuo metu dauguma žalos mažinimo programų yra finansuojamos iš savivaldybių  
lėšų, tačiau teikiamos paslaugos yra ribotos dėl nepakankamo finansavimo. Adatų ir  
švirkštų keitimas „žemo slenksčio“ kabinetuose, kontraceptinių priemonių dalijimas ri-  
botas ir vykdomas vos keliose įstaigose. Šios priemonės dėl trumpalaikio projekcinio ar  
nepakankamo biudžetinio finansavimo yra netolygios, trūkios, ribotos, nes taikomos tik  
kai kurioms grupėms.

Norvegijoje „žemo slenksčio“ programos organizuojamos savivaldybės  
lygmeniu ir skirtos tiems narkotikų vartotojams, kurie neturi galimybės pasi-  
naudoti įprastomis sveikatos priežiūros paslaugomis: jiems siūlomos sveikatos  
tikrinimo paslaugos, skiepijimas, dalijama švirkštimosi įranga, apsaugos nuo  
infekcinių susirgimų priemonės, priežiūra po perdozavimo. Pradėta siūlyti ir  
stomatologo pagalba. Kai kuriose savivaldybėse „žemo slenksčio“ paslaugos in-  
tegruotos į tarnybų, teikiančių skubiąją pagalbą, darbą.

1999 m. Osle ir kai kuriuose kituose miestuose buvo įsteigti gatvės medic-  
nos punktai, sujungti su „žemo slenksčio“ dienos prieglaudomis. Į jas gali ano-  
nimiškai kreiptis narkotikų vartotojai ir blaivūs asmenys ir gauti elementarią  
medicinos pagalbą, informaciją, o vėliau būti siunčiami į sveikatos priežiūros  
ar socialinės pagalbos institucijas. Šiuose punktuose registruojamos sveikatos  
problemos, dėl kurių į juos kreipiasi klientai. Nuo 2000 metų Oslo medicinos  
punktai kartu su adatų ir švirkštų keitimo autobusais skiepijo dėl hepatito A ir  
B ir darė rentgenologinius tyrimus.

Nuo 1988 metų Oslo, vėliau ir kituose Norvegijos miestuose buvo pradė-  
tos steigti mobilių paslaugų narkotikų vartotojams tarnybos. Šiandien tokios

tarnybos ne tik dalija švirškštus, adatas ir prezervatyvus, bet ir padeda priklausomiems nuo narkotikų asmenims (ypač neseniai pradėjusiems juos vartoti) išsivaduoti nuo priklausomybės, padeda organizuoti skubiąją pagalbą (pvz., perdozavus). Jos glaudžiai bendradarbiauja su GMP, organizuoja pristatymą į detoksikacijos pagalbą teikiančias įstaigas arba namo ir aktyviai stebi vartotojus po perdozavimo.

Daugumoje miestų yra specializuotų centrų, skirtų padėti gatvių sekso darbuotojams – dirbama gatvėje ir siūlomas trumpalaikis prieglobstis. Neretai bent vienas šių centrų mieste teikia elementarias sveikatos priežiūros paslaugas sekso darbuotojams.

Su narkotikais susijusios žalos mažinimo programoms vykdyti 2003 m. Norvegijos vyriausybė savivaldybių lygmeniu skyrė 5,25 mln. EUR (šalies gyventojų – 4,6 mln., tyrimais nustatyta, kad *probleminių* narkotikų vartotojų 2002 m. buvo 11 000–15 000).

#### ***II.2.4 Abstinencijos ir priklausomybės gydymas ambulatoriškai ir stacionare***

Teisės aktų analizė rodo, kad dalis šios grupės paslaugų, pvz., priklausomybės ligų psichiatro konsultacija, diagnozės nustatymas; medicininė apžiūra apsvaigimui nustatyti; psichologo, psichoterapeuto, socialinio darbuotojo konsultacija (individuali, grupinė) ir pan., yra apibrėžtos teisės aktuose. Vyrauja sąlygiškai vientisa šių paslaugų teikimo praktika.

Tačiau šioje paslaugų grupėje daugiausia problemų kyla dėl paslaugų, kurios yra susijusios su gydymu metadonu. Akivaizdu, kad detalesnio metadono teisinio reglamentavimo klausimas yra išskirtinai politizuotas. Tad teisinis reglamentavimas apsiriboja tik poįstatyminiais aktais, kurių teisėkūros procesas itin paprastas.

Teisės aktų analizė parodė, kad metadonas yra nustatyta tvarka įregistruotas, priimta jo taikymo tvarka, todėl pacientai turi teisę jį gauti, o specialistai – jį skirti. Tačiau iš tyrimo ir savivaldybių apklausos paaiškėjo, kad sergantieji priklausomybe nuo narkotikų šią paslaugą gali gauti vos keliose savivaldybėse, kai kur ji mokama, kitur valstybės remiama.

Abstinencijos ir priklausomybės gydymo paslaugas reglamentuojantys pagrindiniai teisės aktai numato, kad priklausomybės ligą diagnozuoja ir gydymo planą sudaro gydytojas psichiatras, gydymas (jei reikia) organizuojamas psichikos sveikatos centruose, specializuotose psichiatrijos, narkologijos ligoninėse (taip pat priklausomybės ligų centruose). Pagal sudarytas programas narkologinės priežiūros paslaugas gali teikti bendrosios praktikos gydytojas, be to, jis konsultuoja ir stebi nuolatinius narkologinius ligonius bei teikia pagalbą krizinės sveikatos būklės atvejais, prireikus siunčia į specializuotas gydymo įstaigas.

Sveikatos apsaugos ministras įsakymu yra nustatęs standartus, kuriais apibrėžti PLC, PSC ir psichiatrijos stacionaruose taikomi abstinencijos gydymo būdai (tarp jų detoksikacija metadonu, buprenorfinu, naltreksonu), jų maksimali trukmė ir pan. Greitą detoksikaciją taip pat taiko ligoninių toksikologijos skyriai, priklausomybės ligų centrai ir privačios toksikologijos klinikos.

Palaikomasis gydymas metadonu, naltreksonu bei nespecifinis palaikomasis gydymas ir atkryčių profilaktika yra taikomi remiantis standartais. Įstaigų, teikiančių pakaitinį gydymą, sąrašą tvirtina sveikatos apsaugos ministras.

Esminis darbas diagnozuojant ir gydant narkotikų vartotojus deleguotas specializuotoms įstaigoms. Kai narkotikų vartojimas susijęs su kitais sveikatos sutrikimais (infekcinėmis, psichikos ir kitomis ligomis), pacientai gydomi antrinio arba tretinio lygio asmens sveikatos priežiūros įstaigose SAM nustatyta tvarka.

PLC užima pagrindinę vietą sveikatos priežiūros (SP) sektoriuje gydant priklausomybės ligas. Palyginti su kitomis įstaigomis, Vilniaus ir Klaipėdos PLC teikia daugiausia paslaugų narkotikų vartotojams ir jų artimiesiems, tarp jų: neapsvaigusiu pacientų abstinencijos gydymas, įvairios reabilitacijos programos (pvz., stacionari reabilitacijos programa Klaipėdos PLC specializuotame centre bei ambulatorinis gydymas, įskaitant pakaitinio gydymo metadonu programas. Vilniuje papildomai teikiamos dienos centro paslaugos, konsultacijos, anoniminė Minesotos programa, palaikomoji ambulatorinė programa po stacionarios reabilitacijos, dienos stacionaro paslaugos, įvairios prevencinio bei socialinio pobūdžio paslaugos.

Tyrimas rodo, kad PSC nėra linkę gydyti priklausomybių, nors yra patvirtinti pirminio ir antrinio lygio priklausomybės ligų gydymo standartai ir taip sukurta palanki teisinė bazė šioms paslaugoms teikti. PSC arba siunčia priklausomybės ligomis sergančius ligonius į PLC (dideliuose miestuose), arba teikia ribotą atitinkamų gydymo paslaugų skaičių. Išimtis sudaro centrai, kuriuose dirbantys psichiatrai turi priklausomybės ligų psichiatro kvalifikaciją arba sutinka dalyvauti pakaitinio gydymo programoje (pvz., septyni Vilniaus pirminės sveikatos priežiūros centrai). Tai, kad PSC mažai dalyvauja gydant priklausomybės ligomis sergančius asmenis, rodo ir 2003 m. SVEIDROS duomenys: PSC bei kitose pirminės SP įstaigose ligonių, kuriems pagal TLK-X nustatyta F10–19 diagnozė\*, buvo atitinkamai 8905 ir 2724. Tai sudarė atitinkamai 3 ir 3,6 proc. visų jų aptarnaujamų ligonių, turinčių psichikos ir elgesio sutrikimų. Tuo tarpu Lietuvos priklausomybių ligotumas sudaro 42,5 proc. visų psichikos ir elgesio sutrikimų.

Tipiškos tyrimo respondentų įvardytos PSC „nedalyvavimo pozicijos“ priežastys:

- nėra galimybės išrašyti kompensuojamųjų vaistų narkotikų priklausomybei gydyti, kadangi šiems ligoniams nenumatytas vaistų išlaidų kompensavimas. Įstatymai tam sudaro prielaidą, tačiau siekiant galutinio rezultato vaistai narkomanijai gydyti turi būti įtraukti į Kompensuojamųjų vaistų sąrašą, kaip tai numato LR

---

\* Psichikos ir elgesio sutrikimai vartojant psichoaktyviasias medžiagas.

sveikatos apsaugos ministro 2002 m. balandžio 5 d. įsakymu Nr. 159 patvirtinta nauja „Ligų ir kompensuojamųjų vaistų joms gydyti, kompensuojamųjų vaistų ir kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių sąrašų keitimo tvarka“\*;

- trūksta žinių;
- nėra motyvacijos: vengiama „neprestižinių“ ligonių; šis darbas suprantamas kaip papildomas, nes aptarnauti „įprastus“ psichikos sutrikimų turinčius ligonius ir šiaip yra didelis krūvis; nėra papildomo specifinio finansavimo.

Dažniausiai ŠG dirba nuošaliai nuo narkomanijos prevencijos bei diagnostikos. Kaip rodo Privalomo sveikatos draydimo fondo (PSDF) statistika, kartu su PSC plėtra Lietuvoje „ŠG komandose“ nuolat mažėja psichiatrų, kurie yra pasirašę sutartį su ŠG dėl paslaugų teikimo ŠG aptarnaujamiems gyventojams, ir jų teikiamų paslaugų. Priklausomybės ligomis sergantys pacientai ir jų artimieji siunčiami į PSC.

GMP paprastai teikia paslaugas narkotikus vartojantiems asmenims abstinencijos ir perdozavimo atvejais, žino nuolatinių klientų arba tikėtinų iškvietimo vietų adresus. GMP tarnyba veikia pagal vieną iš dviejų modelių:

- suteikus pirmąją pagalbą sunkius ligonius veža į nustatytas specializuotas SP įstaigas: Vilniuje apsinuodijus – į Vilniaus greitosios pagalbos universitetinę ligoninę (VGPUL), Toksikologijos kliniką, vaikus – į Vilniaus miesto universitetinę ligoninę. Jei ligonis yra psichozės būklės, iškviečiama policija ir ligonis vežamas į Respublikinę Vilniaus psichiatrijos ligoninę Naujojoje Vilnioje. Abiem atvejais hospitalizuojami tik labai sunkūs ligoniai pagal būtinosios pagalbos indikacijas.
- GMP darbuotojai dažniausiai suteikia pagalbą vietoje, kadangi epizodinis vartojimas nėra priklausomybė ir nėra indikacija stacionarizuoti. Be to, gydymas yra savanoriškas.

Nedidelių miestų gydytojams ne visada aišku, kur geriau siųsti sunkių ligonių toliau gydyti. Psichiatrinei pagalbai teikti yra nustatytos zonos, o kur siųsti priklausomybės ligomis sergančius pacientus – nėra aišku.

Abstinenciją stacionare taip pat gydo kai kurios bendrojo profilio ligoninės. Psichiatrijos ligoninės, kurios, skirtingai nuo PLC, turi reanimavimo galimybes sunkiems\*\* priklausomybės ligomis sergantiems pacientams (tarp jų ir siunčiamiems iš mažų miestelių), teikia trumpalaikį abstinencijos gydymą ir ambulatorines specialistų konsultacijas. Vilniuje komplikotos abstinencijos būsenos gydomos ir VGPUL Toksikologijos centre.

Psichoterapeuto paslaugos, abstinencijos ir priklausomybės gydymas daugiausia koncentruotas dideliuose miestuose, bet ir čia tenka ilgai laukti (pvz., norint patekti į Vilniaus PLC stacionare gydyti abstinenciją, reikia laukti 2–3 savaites). Iš valstybės ir savivaldybės biudžeto yra finansuojamos tik dvi reabilitacijos bendruomenės, todėl tenka laukti dar ilgiau.

---

\* Žr. Valstybės žinios, 2002, Nr. 39-1450.

\*\* Ūmūs atvejai, dažnai psichozė.



Didžioji dauguma įstaigų veikia darbo dienomis, įprastomis darbo valandomis. Tik kelių tarnybų, tokių kaip GMP, ligoninių, „žemo slenksčio“ paslaugų bei palaikomojo gydymo metadonu paslaugų ir telefono linijų darbo laikas yra pritaikytas pagal poreikius.

Finansinės prieinamumo kliūtys:

- net apdrausti sveikatos draudimu asmenys turi mokėti už ambulatorinio gydymo metu vartojamus vaistus visose ambulatorinėse SP įstaigose (pacientams, kurių diagnozė pagal TLK F10–19, šioms ligoms gydyti kompensuojamieji vaistai neišrašomi\*, pagal SVEIDRA šie ligoniai gauna apie 0,1 proc. visos kompensuojamųjų vaistų, skirtų F grupės ligoniams, kurių diagnozės TLK-X, išlaidų sumos);
- PLC ir socialinių įstaigų paslaugos dideliuose miestuose yra nemokamos tik miesto arba tam tikros jo teritorijos gyventojams.

Jungtinių Tautų Organizacijos biuras narkotikų ir nusikaltimų klausimais teigia, kad planuojant narkomanų gydymo ir reabilitacijos priemones būtina atsižvelgti, jog gydytis kreipiasi narkotikų vartotojai, gyvenę labai įvairiomis sąlygomis ir turintys skirtingus poreikius. Todėl turi būti organizuojamos įvairios paslaugos, priimtinos kiekvienam pacientui. Gydymo ir reabilitacijos procesas turi prasidėti nuo ankstyvo narkotikų vartojimo išaiškinimo. Šis procesas turi keletą pakopų, o galutinis jo tikslas – reintegracija į visuomenę.

Danijoje nuo 1996 m. už narkomanų gydymą ir reabilitaciją atsakinga savivaldybė (apygardos centras). Nuo 2003 m. sausio 1 d. Danijos socialinės tarnybos įstatymas buvo papildytas nuostata, pagal kurią apygarda išsipareigoja per 14 dienų, kai narkotikų vartotojas kreipėsi į apygardos centrą su prašymu priimti gydytis, pradėti jam teikti socialinę pagalbą ir gydymą.

Danijoje narkotikų vartotojų abstinencijos gydymas kaip sudedamoji viso gydymo dalis nemokamai atliekamas ir privačiuose, ir valstybiniuose sveikatos institucijų gydymo centruose. Abstinencijos gydymas gali būti ir ambulatorinis, ir stacionarus. Abiem atvejais gydymas pradedamas pasikonsultavus su apskrities konsultacijų centru ir tada asmeniui sudaromos sąlygos gydytis įvairiais gydymo metodais.

Danijoje dažniausiai taikomas ambulatorinis gydymas. Stacionarus gydymas taikomas, jei būtina pakeisti aplinką, jei reikia intensyvesnio darbo, ligonis sunkesnės būklės ir jam reikia intensyvios priežiūros. Gydymą vaistais visada papildo psichosocialinės priemonės pagal socialinės pagalbos planą. Socialinės pagalbos intervencijos priklausomiems nuo narkotikų asmenims vis dažniau prieinamos „žemo slenksčio“ centruose.

\* Sveikatos apsaugos ministro 2000 m. sausio 28 d. įsakymas Nr. 49 „Dėl kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“. – Valstybės žinios, 2000, Nr. 10-253.

2004 m. Kopenhagos apskrityje (amte) buvo atidaryta nauja specializuota ambulatorija KASA. Joje dirba psichikos sveikatos ir priklausomybės ligų specialistai. Šiame ambulatoriniame gydymo centre teikiamos psichikos sutrikimų ir priklausomybės gydymo paslaugos. Gydymo centras teikia ir kitas paslaugas – psichoterapines, socialines (maitinimo, fizinio aktyvumo). Č skaitomos paskaitos narkotikų vartotojams ir jų artimiesiems. Ambulatorijoje dirba specialistų komanda – gydytojas, psichologas, socialinis darbuotojas, sveikatos ir socialinio darbo padėjėjas, slaugytojos ir socialinio švietimo specialistai.

Norvegijoje ambulatorinę psichiatro pagalbą alkoholio ir narkotikų vartotojai gali gauti psichiatrinėse vaikų ir paauglių klinikose (jos teikia psichiatrijos pagalbą vaikams ir jaunuoliams iki 18 metų psichikos problemų turintiems), socialinės medicinos klinikose, psichiatrinės pagalbos jaunimui komandose (jos teikia pagalbą 15–30 metų asmenims, turintiems priklausomybę ir kartu – psichikos sutrikimą), psichiatrijos klinikose. Sveikatos priežiūros paslaugas priklausomiems asmenims teikiančių įstaigų nuosavybės forma gali būti įvairi – jų steigėjas gali būti valstybė, viešieji ar privatūs fondai, verslo įmonės ar privatūs asmenys (privatiems asmenims priklauso apie 2/3 visą parą dirbančių įstaigų, teikiančių sveikatos priežiūros paslaugas narkotikų ir alkoholio vartotojams). Dauguma jų dažniausiai finansuojamos iš visuomeninių fondų.

### *II.2.5 Socialinė-psichologinė rehabilitacija ir reintegracija į visuomenę*

Baigus gydymo programą, teikiama rehabilitacija ir reintegracija. Tai reglamentuoja daugiausia poįstatyminiai teisės aktai – įsakymai. Lietuvos Respublikos narkologinės priežiūros įstatymas reglamentuoja trumpą, vidutinės trukmės, ilgalaikę stacionarią psichoterapinę rehabilitacijos programą ir socialinio darbuotojo paslaugas.

Pozityvus teisinės reglamentacijos pavyzdys yra trumpa, vidutinės trukmės ir ilgalaikė ambulatorinė psichoterapinė rehabilitacijos programa dienos centre ir stacionare. Ši programa teisės aktuose reglamentuojama detalai, numatytos ne tik priemonės, bet ir jų taikymo trukmė.

Socialinė rehabilitacija vadinama gydymu be vaistų. Kol kas Lietuvoje socialinė rehabilitacija nėra įteisinta kaip tęstinio narkotikų vartotojų gydymo etapas.

Remiantis Narkotikų kontrolės departamento (NKD) duomenimis, valstybė nuolat finansuoja 27 rehabilitacijos vietas, kurios yra dviejose sveikatos priežiūros įstaigose Vilniuje, Lietuvos AIDS centre (jo steigėja yra Sveikatos apsaugos ministerija) ir Vilniaus priklausomybės ligų centre (jo steigėja yra Vilniaus miesto savivaldybė). Kitos socialinės rehabilitacijos paslaugas teikiančios įstaigos yra įsteigtos nevyriausybiinių organizacijų bei religinių bendrijų ir yra išlaikomos iš privačių lėšų, labdaros bei įvairių projektų. SADM finansuoja narkotikų vartotojų socialinės rehabilitacijos bendruomenių projektus. 2004 m. 68 proc. visų projektų vykdytojų teikė paslaugas nuo narkotikų priklausomų asmenų

šeimos nariams. Mažiau projektų buvo skirta narkotikų vartotojų išsilavinimo, perkvalifikavimo, įsidarbinimo problemoms spręsti. Teisinėms paslaugoms teikti taip pat buvo nedaug projektų. Didžiausią dalį specialistų, dalyvaujančių vykdant projektus, sudarė socialiniai darbuotojai. Narkotikų vartotojų socialinės reabilitacijos centruose teikiamos šios paslaugos: ilgalaikė socialinė ir (arba) psichologinė reabilitacija, individuali ir grupinė psichoterapija, psichologo, psichiatro, socialinio darbuotojo konsultacijos, „12 žingsnių“, „Day top“ programa, darbo terapija ir kt.

Iš apklaustų savivaldybių tik Vilniaus miesto savivaldybė teikia nemokamas, bet labai ribotas reabilitacijos paslaugas narkotikų vartotojams, o Klaipėdos savivaldybė kaupia reabilitacijos paslaugų pirkimo patirtį. Klaipėdos miesto savivaldybė apmoka ilgalaikės stacionarios socialinės reabilitacijos paslaugas miesto gyventojams. Mažas socialinės reabilitacijos vietų skaičius ir nepakankama valstybės bei savivaldybių finansinė parama lemia šių paslaugų fragmentiškumą.

Dabartiniu metu SADM inicijuota ir palaiko psichosocialinės reabilitacijos tinklo kūrimą. Tačiau ir išplėtus tinklą reikės spręsti jau dabar opius paslaugų kokybės ir paslaugų pirkimo bei finansavimo\* klausimus. Psichosocialinės reabilitacijos standartų kūrimas yra NKD kompetencija.

Šiuo metu socialinio sektoriaus įstaigos iš savo klientų neišskiria nuo narkotikų priklausomų asmenų ir teikia jiems pagalbą daugiausia remdamosi kitais kriterijais, susijusiais su galimybe tenkinti bazinius – pajamų, darbo, būsto – poreikius. Socialiniame sektoriuje jau yra nusistovėjusios tam tikros pagalbos teikimo taisyklės, todėl čia gana atsainiai žiūrima į specifinius nuo narkotinių medžiagų priklausomų klientų poreikius. Kita vertus, pats narkotikų vartotojas nėra linkęs viešinti savo diagnozės. Išimtį sudaro tik kai kurie prevencinio pobūdžio terminuoti projektai ir priemonės, kurios yra skirtos asmenims, grįžusiems iš laisvės atėmimo vietų. Todėl turbūt neatsitiktinai viešojo sektoriaus lėšomis remiamos ir labai jų stokojančios reabilitacijos programos atsirado prie specializuotų SP įstaigų. Vilniaus, Klaipėdos ir Mažeikių savivaldybėse teikiamos socialinių darbuotojų paslaugos priskiriamos prie socialinės reabilitacijos paslaugų, taip pat veikia nevyriausybines organizacijos (savipagalbos grupės).

Faktinių paslaugų tyrimas suteikė mažai informacijos apie narkotikų vartotojų reintegraciją į visuomenę. Šis klausimas aktualus, nes iki šiol nėra funkcionuojančios gydymo–reabilitacijos–reintegracijos sistemos, kuri leistų po gydymo narkotikų vartotojams įgyti specialybę, grįžti į darbą, turėti būstą. Laikini globos namai, alternatyvus užimtumas, dienos centrų paslaugos galimos ir kaip reintegracijos į visuomenę baigus gydymo ir reabilitacijos programas dalis. NKD direktoriaus įsakymu „Dėl psichologinės ir socialinės reabilitacijos paslaugų kainos nustatymo metodikos patvirtinimo“\*\* numatyti įvairūs socialinės psichologinės reabilitacijos įstaigų modeliai – motyvacijos, ilgalaikės

\* Tikėtina, kad nemažai narkotikų vartotojų norės gauti reabilitacijos paslaugas ne „pagal savo gyvenamąją vietą“.

\*\* Žr. Valstybės žinios, 2005, Nr. 114-4183.

ir trumpalaikės reabilitacijos, teikiantys laikino apgyvendinimo paslaugas ir dienos centrai, adaptacijos institucijos.

JT pranešime „Šiuolaikinis narkotikų vartojimo gydymas“ aptartas ir reabilitacijos bei reintegracijos paslaugų teikimas. Reabilitacinių programų tikslai:

- užtikrinti tolesnį psichologinės ir emocinės būklės gerėjimą, užkirsti kelią atkryčiui;
- sumažinti ar visiškai nutraukti psichoaktyviųjų medžiagų vartojimą (didžioji dauguma reabilitacinių programų yra orientuotos į visišką blaivybę);
- mokyti ir skatinti elgesį, kuris padėtų gerinti sveikatą, socialinį funkcionavimą ir mažintų potencialaus pavojaus visuomenei grėsmę;
- mokyti elgesio, kuris būtų nesuderinamas su psichoaktyviųjų medžiagų vartojimu.

Reabilitacijos strategijos gali būti įvairios ir apimti tokius skirtingus elementus kaip:

- psichotropinių medikamentų skyrimas (psichikos sutrikimams gydyti);
- medikamentų potraukiui mažinti skyrimas (tarp jų pakaitinė terapija, nors didžioji dauguma reabilitacinių programų yra orientuotos į visišką blaivybę);
- švietimas ir mokymas;
- grupinė terapija ir filmai, skirti neteisingsiems įsitikinimams apie alkoholio ir narkotikų vartojimą koreguoti;
- grupinė terapija, individualus konsultavimas ir terapiniai susitikimai, skirti elgesio korekcijai;
- tarpusavio pagalbos grupės (anoniminiai alkoholikai, anoniminiai narkomanai ir kt. grupės), kurių tikslas – įtvirtinti ir paremti teigiamus pokyčius.

Labai svarbus reabilitacijos aspektas – socialinių problemų sprendimas. Todėl yra svarbus:

- darbas su darbdaviais ir socialinėmis agentūromis, tikslas – grąžinti į darbą arba darbą surasti;
- darbas su teisėsaugos institucijomis siekiant sulaikyti pacientus nuo grįžimo prie nusikalstamos veiklos;
- darbas su šeimos agentūromis ir kitomis institucijomis, atsakingomis už darbą su šeimomis, siekiant sugrąžinti pacientus į šeimas ar įgalinti prisiimti savo vaidmenį šeimoje (pvz., tėvo ar motinos).

Danijoje organizuojant priklausomų asmenų gydymą gana daug dėmesio skiriama gyvenamosios vietos problemai spręsti. Organizuojamos įvairios socialinės paslaugos, pvz., apgyvendinimo tarnybos suteikia laikiną būstą („pusiaukelės namai“) narkotikų vartotojams, gaunantiems abstinencijos gydymą ir reabilitaciją, organizuojama slauga nepagydomiems pacientams, padedama gauti specialias pašalpas, mokoma rūpintis savo buitimi kasdieniame gyvenime, suteikiami būstai gyvenamuosiuose rajonuose.

2002 m. Lenkijoje, Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centro (EMCDDA) duomenimis, veikė 77 terapinės bendruomenės, organizuotos nevyriausybinų organizacijų. Dideliuose miestuose (Varšuvoje, Krokuvoje) veikia programos, skirtos aprūpinti gyvenamuoju plotu. Šią veiklą 2003 metais vykdė 10 nevyriausybinų organizacijų ir 2 nepriklausomi visuomenės sveikatos priežiūros centrai. Gyvenamuoju plotu stengiamasi aprūpinti narkotikų vartotojus, baigusius reabilitacinį gydymą ir pradedančius reintegracijos į visuomenę procesą. Tai ypač aktualu vartotojams iš probleminių šeimų.

### *II.2.6 Ligy, kuriomis dažnai serga narkotikų vartotojai, diagnostika ir gydymas*

Teisės aktų analizė parodė, kad tarp narkotikų vartotojų dažnai pasitaikančių ligų diagnostika ir gydymas nacionaliniuose teisės aktuose yra nepakankamai reglamentuoti. Įstatymuose šios paslaugos iš viso neregamentuojamos, o ir poįstatyminiuose teisės aktuose normos formuluojamos abstrakčiai, nurodomi tikslai, bet nedetalizuojamos jų įgyvendinimo priemonės ir eiga. Dažniausiai šios paslaugos reglamentuojamos ministrų įsakymuose dėl Lietuvos medicinos normų, apibrėžiančiose medicinos specialistų teises, pareigas, kompetenciją ir atsakomybę.

Pagrindines paslaugas – tarp jų įtarti lytiškai plintančias ligas, gydyti paviršinius abscesus, odos ir poodžio pūlinius, pradėti ir, atsižvelgus į specialistų rekomendacijas, tęsti lėtinio hepatito gydymą, sudaryti tyrimų planą, ir jį paaiškinti pacientui, ir pan. – turi teikti ŠG pagal sveikatos apsaugos ministro įsakymą\*. Kitas tirtas paslaugas (LPI diagnostika ir gydymas, ūmių hepatitų gydymas, hepatito B vakcinavimas, trofinių opų gydymas ir pan.) teikia įvairūs specialistai ir įvairios įstaigos. Remiantis sveikatos apsaugos ministro\*\* patvirtinta Lietuvos medicinos norma, gydytojas dermatovenerologas privalo diagnozuoti ir gydyti LPI, turi mokėti diagnozuoti ir gydyti ŽIV sukeltą ligą, visas infekcines odos ligas, tarp jų abscesus ir trofines opas. Pagal lytiškai plintančių infekcijų, ŽIV nešiojimo ir ŽIV epidemiologinės priežiūros asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigose tvarką asmens sveikatos priežiūros įstaigos atlieka sergančiųjų ar įtariamų sergant LPI ŽIV liga bei ŽIV nešiojotojų klinikinius bei laboratorinius diagnostinius tyrimus. Gydytojas, diagnozavęs ar įtaręs LPI, ŽIV ar AIDS, gali siųsti ligonį gydytojo dermatovenerologo, o įtaręs ŽIV nešiojimą ar ŽIV ligą – gydytojo infektologo konsultacijai patikslinti diagnozės.

\* Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:1999 ‚Bendrosios praktikos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė‘ patvirtinimo.“ – Valstybės žinios, 1999, Nr. 109-3196.

\*\* Sveikatos apsaugos ministro įsakymo „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 59:2004 ‚Gydytojas dermatovenerologas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė‘ patvirtinimo.“ – Valstybės žinios, 2004, Nr. 184-6814.

ŽIV/AIDS gydymas antiretrovirusiniais preparatais, taip pat tuberkuliozės ir sifilio gydymas yra nemokamas nepriklausomai nuo to, ar asmuo turi sveikatos draudimą, ar jo neturi; tai nustatyta Sveikatos draudimo įstatyme.

Sveikatos apsaugos ministro įsakymu patvirtintoje 2005–2008 m. priklausomybės ligų programoje numatyta PLC atlikti virusinių hepatitų, ŽIV, infekcinių ligų ir tuberkuliozės diagnostiką. Sveikatos draudimo įstatymas riboja sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą socialiai neapdraustiems piliečiams, kurių tarp narkotikų vartotojų yra daug. Socialiai neapdrausti asmenys gali gauti paslaugas tik priklausomai nuo to, koks tikslinis finansavimas skirtas iš valstybės ir savivaldybių biudžetų ar kitų fondų.

Sveikatos priežiūros paslaugų teikimą net ir draustiems asmenims smarkiai veikia ligonių kasų nustatyti paslaugų įkainiai ir įstaigų konkurencija. Nors savivaldybės ir yra dalies sveikatos priežiūros įstaigų steigėjos, tačiau jos turi santykinai mažai reguliavimo galimybių, nes pagrindiniai finansiniai svertai yra SAM, PSDF, Valstybinės ligonių kasos (VLK) ir Teritorinės ligonių kasos (TLK) rankose.

ŠG praktiškai (su labai retomis išimtimis) dirba nuošaliai nuo ŽIV/AIDS pacientų gydymo. Pirminiai sveikatos priežiūros centrai taip pat nelinkę teikti paslaugų narkotikų vartotojams arba teikia jas labai ribotai.

Finansinės gydymo prieinamumo kliūtys:

- net apdrausti sveikatos draudimu asmenys turi mokėti už vaistus, paskirtus ambulatorinėse sveikatos priežiūros įstaigose, jei šie vaistai nėra įrašyti į Kompensuojamųjų vaistų sąrašą;
- neapdraustiems sveikatos draudimu asmenims mažose savivaldybėse nemokamai prieinamos tik ribotos GMP ir ligoninių paslaugos. Specializuotos nemokamos paslaugos dideliuose miestuose yra nemokamos tik to miesto ar rajono gyventojams.

Atkreiptinas dėmesys į Jungtinių Tautų poziciją dėl narkotikus vartojančių asmenų gydymo. Pabrėžiama, kad turi būti organizuojamos įvairios pacientui priimtinos paslaugos. Ypatingo dėmesio reikalauja nuo narkotikų priklausomi ŽIV infekuoti asmenys. Šiems pacientams taikomas gydymas specialiais preparatais bei galimų sąlygiškai patogeniškų infekcijų gydymas. Būtina atkreipti dėmesį į galimą farmakologinių preparatų, taikomų virusinei ar (ir) sąlygiškai patogeniškai infekcijai ir narkotikų priklausomybei gydyti tarpusavio poveikį. Būtinai labai glaudūs tarnybų, gydančių narkomaniją ir ŽIV, ryšiai.

Daugelyje užsienio šalių pakaitinio gydymo programų dalyviams siūlomas testavimas dėl ŽIV ir virusinių hepatitų, taip pat teikiama pirminė ar kita reikalinga medicinos pagalba.

Aptariant, kas trukdo narkotikų vartotojams atlikti tyrimus ir gauti tinkamą bei visavertį dažniausiai pasitaikančių ligų gydymą, reikia pažymėti programų, skirtų so-

cialiai neapdraustų asmenų sveikatos priežiūrai, finansavimo problemas. Ne visada programoms ar projektams pinigų skiriama tiek, kiek jų realiai reikėtų, dažnai finansavimas vėluoja, todėl paslaugų teikimas laikinai nutrūksta.

Kliūtis yra ir visuomenės, taip pat ir medikų, smerkiamas požiūris į narkotikų vartotojus, darbas su šiais žmonėmis nelaikomas prestižiniu, todėl medikai nelinkę papildomai rūpintis narkotikų vartotojų sveikatos problemomis, kelti kvalifikaciją ar domėtis teigiama kitų šalių patirtimi.

Paslaugos sunkiau prieinamos mažų miestų ir rajonų gyventojams, o jei ir atsiranda atskirų narkotikų vartotojams skirtų programų, jie vengia lankytis, nes bijo viešumo. Nepakankamai užtikrinama, o dažnai ir visai neužtikrinama draugiška paslaugų teikimo aplinka, ne visada paslaugų teikėjai atsižvelgia į klientų poreikius nustatydami darbo laiką, dėl to paslauga tampa nepatraukli ir dalis klientų jos atsisako. Taip pat narkotikų vartotojai dažnai atsisako paslaugų dėl eilių prie gydymo kabinetų. Trūksta nuoseklios paslaugų teikimo sistemos, nėra atsakomybės pasidalijimo tarp įstaigų, todėl nėra ir atsakomybės už galutinį rezultatą.

Šiuo metu galiojantys teisės aktai, jeigu jais tinkamai vadovaujamosi kasdieniame darbe ir jei yra reikiamai finansuojama, suteikia galimybę narkotikų vartotojams gauti sveikatos priežiūros paslaugas, reikalingas dažniausiai pasitaikančių ligų diagnostikai ir gydymui.

## II.3 Išvados

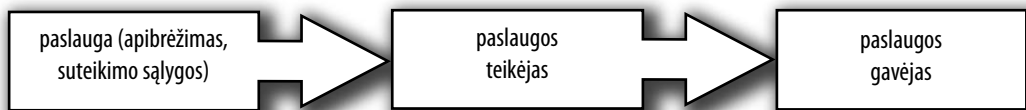
### II.3.1 Teisinė bazė

– Tyrimas parodė, kad Lietuvoje yra sąlygiškai pakankama (kiekybės požiūriu) teisinė bazė narkomanijos prevencijai ir narkomanijos pacientų gydymui organizuoti. Formaliai yra priimti ir galioja baziniai įstatymai, ypač daug yra poįstatyminių aktų, tačiau susiduriama su jų įgyvendinimo problema. Vyrauja eklektiškas narkomanijos pacientų paslaugų teisinis reglamentavimas, t. y. nėra nuoseklios sistemos, galioja daug įvairių teisės aktų, kurių tarpusavio sąsajos nėra aiškios, kyla teisės normų interpretavimo ir taikymo problemų.

Akivaizdu, jog teisės aktų gausa negarantuoja veiksmingos ir veikiančios sistemos. Trūksta imperatyvių teisės normų, įpareigojančių teikti šias paslaugas, o pats paslaugos paminėjimas ar aprašymas nieko neduoda.

Paminėtina ir tai, jog specialistų apklausa parodė, kad kiek daugiau negu 1/3 respondentų mano, jog narkomanijos pacientų apsaugai Lietuvoje yra priimta ir galioja pakankamai teisės aktų. Tik apie 1/5 apklaustųjų nurodė, jog ši teisinė bazė yra nepakankama.

Taigi narkomanijos pacientų teisinė apsauga yra tobulintina, kai rekomenduojama laikytis formulės:



– Tyrimas parodė, kad dalis paslaugų tik paminėtos viename ar keliuose teisės aktuose, pvz., mobili gatvės tarnyba vaikams bei pagalbos ir informacijos telefono linijos, specializuotų dienos centrų paslaugos. Šios paslaugos praktikoje taikomos, tad rekomenduotina nuoseklesnė paslaugų teisinė reglamentacija ir nacionaliniuose, ir savivaldos teisės aktuose.

Tyrimas parodė, kad būtent savivaldos lygmeniu kyla problemų, kai reikia įgyvendinti priimtus įstatymus ar poįstatyminius teisės aktus. Net 74 proc. apklaustųjų (23 savivaldybės) nurodė, kad trūksta detalesnio narkomanijos pacientams teikiamų paslaugų reglamentavimo savivaldos lygmeniu.

– Atlikus tyrimą paaiškėjo, kad savivaldybėse trūksta informacijos apie teisinę bazę susijusią su narkotikų problema (apie nacionalinius, apskričių ir vietos savivaldos teisės aktus). Remiantis iš savivaldybių gauta informacija, paslaugų teikimą reglamentuoja vietos savivaldos aktai, tačiau vientisos teisinės praktikos nėra. Lietuvoje yra savivaldybių, kurios įtvirtina platų paslaugų spektrą ir vadovaujasi ne tik nacionaliniais, bet ir vietos



savivaldos priimtais aktais. Tyrimas, į kurio paklausimus atsakė 30 iš 60 savivaldybių, parodė, kad 14 asmenų, atsakingų už tirtų paslaugų užtikrinimą, negalėjo pateikti informacijos, kuriais teisės aktais remiantis turi būti teikiamos paslaugos narkotikų vartotojams. Kai kurie asmenys nurodė kažkokius licencijų numerius ar sutartis, pasitaikė įvairiausių įrašų, pvz., „nemokamas testavimas dėl ŽIV X pirminės sveikatos priežiūros centre“; kai kas į visus atsakymus įrašydavo vieną teisės aktą, pvz., Narkologinės priežiūros įstatymą, kai kas – teisės aktus, kurių, deja, nepavyko rasti.

Tad rekomenduotinas specializuotų, tikslių mokymų (kursų) organizavimas, geros teisinės praktikos sklaida įtraukiant bioteisės specialistus, savivaldos praktikus.

### ***II.3.2 Finansavimas***

– Palyginti su švietimo ir socialiniu valstybės sektoriais, savivaldybės, nors ir yra kai kurių įstaigų steigėjos, turi gana mažai veiklos reguliavimo galimybių, nes pagrindiniai finansiniai švertai yra SAM, PSDF, VLK, TLK rankose. Taigi savivaldybių biudžeto galimybės finansuoti ir tokiu būdu skatinti SP įstaigas yra mažos.

– Pasitaiko atvejų, kai dubliuojamos ar yra neaiškios valstybės ir savivaldybės institucijų funkcijos bei jų finansavimas, nėra aiškiai nustatyti atskiros veiklos finansavimo šaltiniai (ta pati veikla gali būti kelis kartus finansuojama pagal skirtingas eilutes).

– Teikiamos privačios paslaugos, tačiau jos nėra kompensuojamos. Šių paslaugų prieinamumą riboja santykinai didelė jų kaina.

### ***II.3.3 Konfidencialumas (stigma) ir visuomenės požiūris***

– Dėl stigos, susijusios su priklausomybės ligomis, labai svarbus yra gydymo konfidencialumas. Asmenys nenori kreiptis pagalbos, nes bijo, kad jų ligos paslaptis bus atskleista. Visuomeninis sektorius konfidencialumo užtikrinti negali dėl privalomos psichikos sveikatos įskaitos (pvz., PSC, PLC), galimybių sužinoti jų diagnozę neformaliais (medicinos įstaigose daug personalo turi galimybę susipažinti, nors ir atsitiktinai, su paciento mediciniais dokumentais, be to, pats apsilankymas tam tikrose sveikatos įstaigose gali pasirodyti „įtartinas“ ir pan.) arba pusiau formaliais būdais (per paslapties atskleidimą kitose įstaigose, kurios gali prašyti suteikti informaciją apie ligonį\*). Tai ypač svarbus gydymo nedideliuose miestuose, kur „visi visus pažįsta“, aspektas. Todėl logiška, kad norintis gydytis asmuo stengiasi kreiptis pagalbos bent jau į didelio miesto SP įstaigas.

– Konfidencialumo atžvilgiu (išskyrus „žemo slenksčio“ paslaugas) valstybės įstaigos beviltiškai pralaimi privačioms konkurencinėje kovoje dėl pacientų. Privačiose įstaigose pakanka bet kokio pseudonimo ir paslaugų apmokėjimo.

---

\* Tikras atvejis: darbdavys norėjo sužinoti apie savo darbuotoją per pažįstamus medicinos įstaigoje, gavo teigiamą atsakymą į užklausimą apie asmens gydymo faktą ir atleido jį iš darbo.

– Narkomanijos problemos nepripažinimas ir neigiamas visuomenės požiūris į narkotikų vartotojus trukdo pradėti teikti ar plėsti „žemo slenksčio“ ir kitas narkotikų vartotojams skirtas paslaugas. Tai ypač ryšku mažose savivaldybėse.

### ***II.3.4 Pagalbos tęstinumas***

– Neužtikrintas tęstinių ir organizuojamų pagal klientų poreikius paslaugų teikimas. Nėra nuoseklios paslaugų teikimo sistemos. Klientų siuntimas į bet kurią įstaigą neužtikrina, kad jam bus suteiktos paslaugos kitose šio sektoriaus įstaigose, juo labiau kito sektoriaus įstaigose.

### ***II.3.5 Specialistai***

– Socialinės paslaugos tradiciškai Lietuvoje pirmiausia orientuojamos padėti negalintiems išsiversti be pagalbos iš išorės (vienišiemis, seniems, sunkiai sergantiems asmenims), todėl atsainiai žiūrima į specifinius priklausomų nuo narkotinių medžiagų klientų poreikius.

– Socialiniai pedagogai geriausiai supranta švietėjiškas intervencijas. Nors ir dalyvauja kursuose, tačiau labai stokoja žinių, kaip elgtis konkrečiu narkotikų vartojimo atveju.

– Nors darbuotojai domisi dokumentais ir geros praktikos aprašymais, vis tiek dažnai teiraujasi aiškesnių nuorodų, pavyzdžiui, dėl „žemo slenksčio“ kabinetų veiklai būtinų reikalavimų ir „sėkmės rodiklių“, prevencinio švietėjiško darbo metodų.

# Priedai

## Priedas Nr. 1

### Sveikatos, socialinių ir švietimo paslaugų narkotikų vartotojams sąrašas

- 1. Pirminė narkotikų vartojimo prevencija** (skirtingoms žmonių grupėms, ypač mokslieiviams ir jaunimui):
  - 1.1. švietimas (bendro pobūdžio, kompleksinis apie keliamus neigiamus padarinius ir t. t.);
  - 1.2. individualios konsultacijos;
  - 1.3. pagalbos ir informacijos telefono linijos;
  - 1.4. paslaugos „rizikos šeimų“ vaikams (konsultavimas dėl rizikingo elgesio, socialinė pagalba, laisvalaikio užimtumas, nakvynė, nemokamas maitinimas, drabužiai ir t.t.).
  
- 2. Ankstyva narkotikų vartojimo (priklausomybės) diagnostika ir paslaugos eksperimentuojantiems su narkotikais asmenims:**
  - 2.1. psichologo paslaugos (individualus darbas ir darbas grupėje);
  - 2.2. socialinio darbuotojo paslaugos (individualus darbas ir darbas grupėje);
  - 2.3. testavimas dėl narkotikų vartojimo;
  - 2.4. alternatyvus užimtumas;
  - 2.5. laikini globos namai (nakvynė, maistas, pagalba);
  - 2.6. mobili gatvės tarnyba vaikams (t. y. vaikų surinkimas iš gatvės, medicininė, socialinė, psichologinė pagalba ir t. t.);
  - 2.7. dienos centrų paslaugos.
  
- 3. „Žemo slenksčio“ paslaugos narkotikų vartotojams:**
  - 3.1. tiesioginis darbas su neidentifikuotais vartotojais gatvėje – mobilios paslaugos (angl. – „outreach“);
  - 3.2. adatų ir švirškštų keitimas, dezinfekuojamųjų medžiagų, kontracetinių priemonių dalijimas;
  - 3.3. saugesnio švirškštimosi technikos mokymas;
  - 3.4. švietimas apie ŽIV/AIDS ir kitų infekcijų bei LPI perdavimą;
  - 3.5. testavimas dėl ŽIV, hepatitų, TB;
  - 3.6. socialinio darbuotojo konsultacijos;
  - 3.7. gydytojų (ginekologų, dermatovenerologų, chirurgų) konsultacijos bei gydymas.

#### **4. Abstinencijos ir priklausomybės gydymas ambulatoriškai ir stacionare:**

- 4.1. priklausomybės ligų psichiatro konsultacija, diagnozės nustatymas;
- 4.2. medicininė apžiūra apsvaigimui nustatyti;
- 4.3. psichologo konsultacija (individuali, vėliau gali būti ir grupinė);
- 4.4. psichoterapeuto konsultacija (individuali, vėliau gali būti ir grupinė);
- 4.5. socialinio darbuotojo konsultacija (individuali, vėliau gali būti ir grupinė);
- 4.6. priklausomybės nuo kitų psichoaktyviųjų medžiagų (ne opiatų) ambulatorinis abstinencijos gydymas;
- 4.7. opiatinės abstinencijos gydymas;
- 4.8. trumpalaikis opiatinės abstinencijos gydymas metadonu;
- 4.9. ilgalaikis opiatinės abstinencijos gydymas metadonu;
- 4.10. pakaitinis (palaikomasis) gydymas (metadonu, buprenorfinu, naltreksonu) bei nespecifinis palaikomasis gydymas (vitaminais, migdomaisiais, antidepresantais, narkoleptikais ir kt.) ir atkryčių profilaktika;
- 4.11. gretutinių psichikos sutrikimų gydymas;
- 4.12. psichologo, psichiatro, socialinio darbuotojo konsultacijos narkotikų vartotojų artimiesiems.

#### **5. Socialinė ir psichologinė rehabilitacija bei reintegracija į visuomenę:**

- 5.1. trumpa, vidutinės trukmės, ilgalaikė ambulatorinė psichoterapinė rehabilitacijos programa dienos centre (įskaitant NA, „12 žingsnių“ programą, dienoraščio rašymą, individualią ir grupinę psichoterapiją, pokalbius su psichologu ir kt.);
- 5.2. trumpa, vidutinės trukmės, ilgalaikė stacionari psichoterapinė rehabilitacijos programa (įskaitant NA, „12 žingsnių“ programą, dienoraščio rašymą, individualią ir grupinę psichoterapiją, terapiją bendruomenėje, pokalbius su psichologu ir kt.);
- 5.3. socialinio darbuotojo paslaugos: pagalba įsidarbinant, atkuriant asmens dokumentus, darbo ir socialinių įgūdžių formavimas ir pan.
- 5.4. savipagalbos grupės (skirtingose gydymo programose, taip pat aktyvių narkotikų vartotojų, asmenų, baigusių gydymo programas (rehabilitaciją), tarp žmonių, sergančių ŽIV/AIDS, tarp asmenų, paveiktų narkomanijos ar ŽIV/AIDS artimųjų).

#### **6. Dažnai pasitaikančių narkotikų vartotojų ligų diagnostika ir gydymas:**

- 6.1. hepatito B vakcinavimas;
- 6.2. hepatito C diagnostika;
- 6.3. hepatitų gydymas;
- 6.4. lytiškai plintančių ligų diagnostika ir gydymas;
- 6.5. abscesų, trofinių opų ir kitų odos infekcijų gydymas (utėlėtumo, niežų ir pan.), žaizdų perrišimas.

**Paslaugų prieinamumas Molėtų, Mažeikių, Klaipėdos  
ir Vilniaus m. savivaldybėse**

Lentelėje pateikiamas paslaugų prieinamumas keturiose savivaldybėse. Informacija, tinkanti visoms savivaldybėms, pateikiama vienoje eilutėje, o lentelėje teikiama informacija atspindi konkrečios savivaldybės situaciją.

	Molėtai	Mažeikiai	Klaipėda	Vilnius
<b>1. Pirminė narkotikų vartojimo prevencija</b>				
1.1. bendro pobūdžio švietimas	Mokslieviams ir tėvams teikiama ugdymo įstaigos (dažniausiai socialiniai pedagogai). Dalyvauja VSC, policijos, gydymo įstaigų atstovai.	9 socialiniai pedagogai, 3 psichologai, 17 sveikatos priežiūros specialistų 35-iose mokyklose	45 socialiniai pedagogai ir 15 psichologų mokyklose, PLC	PLC, LAC, Vilniaus miesto savivaldybės Socialinės paramos centro tarnyba „Pamera“
1.2. individualios konsultacijos	Tėvus ir mokytojus dėl vaikų konsultuoja psichologai, dirbantys PPT ir ugdymo įstaigose, taip pat ugdymo įstaigų socialiniai pedagogai ir sveikatos priežiūros specialistai.	X	Konsultacijos psichologų paramos centruose (pvz., Vaikų krizių centre, Klaipėdos socialinės ir psichologinės pagalbos centre	Konsultacijos psichologų paramos centruose (pvz., Jaunimo psichologinės paramos centre, Paramos vaikams centre, Vilniaus miesto savivaldybės Socialinės paramos centre), taip pat Specialiosios pedagogikos ir psichologijos centre, VRC

	Molėtai	Mažeikiai	Klaipėda	Vilnius
1.3. pagalbos ir informacijos telefono linijos	8 800 numerio nemokamos telefono linijos, vienijamos Lietuvos telefoninių psichologinės pagalbos tarnybų asociacijos ir prieinamos visiems Lietuvos gyventojams. Veikia Jaunimo linija (3 zonų teikėjai) – 28888 (darbo dienis 16–7 val., savaitgaliais visą parą), Vaikų linija – 1111 (11–21 val.), Moksleivių linija – 23300 (darbo dienis 15–21 val.), Rusakalbių linija – 77277 (darbo dienis 13–18 val.), Vilties linija – 60700 (10–6 val.), Moterų linija – 66366 (darbo dienis 16–21 val.). Linijų specializacija susijusi su savo asmens identifikavimu. Budi savanoriai konsultantai, o Vaikų ir Vilties linijose – specialistai. Taip pat veikia LAC nemokama pagalbos linija 01111.	Yra teikėjas, dirbantis kartu su Klaipėdos teikėjais	Yra 4 teikėjai (įskaitant PSC)	Yra 8 teikėjai
1.4. paslaugos „rizikos šeimų“ <sup>***</sup> vaikams	Projektai mokyklose Policijos vykdomi projektai	2 vaikų dienos centrai (NVO „Gelbėkit vaikus“), Mažeikių vaikų našlaičių ir senelių globos namuose (savivaldybės biudžetinė įstaiga) laikinos paromos grupė (stacionari globa)	Klaipėdos vaikų krizių centras	Jaunimo psichologinės paramos centras (pirmenybė Rasų mikrorajono vaikams); PLC; Lietuvos vaikų teisių gynimo organizacija „Gelbėkit vaikus“ (tik Lazdynų, lauktina, kad ir Karoliniškių mikrorajono vaikams); Vilniaus miesto savivaldybės Socialinės paramos centro tarnyba „Parama“; Palaimintojo Jurgio Matulaitio socialinis centras
<b>2. Ankstyva narkotikų vartojimo (priklausomybės) diagnostika ir paslaugos eksperimentuojantiems su narkotikais asmenims</b>				
2.1. psichologo paslaugos (individualus darbas ir darbas grupėje)	X	„Žemo slenkščio“ kabinete konsultuoja psichologas	Vaikų krizių centras, PPT dirba psichoterapeutas	Vilniaus miesto savivaldybės Socialinės paramos centro tarnyba „Parama“; VRC; Jaunimo psichologinės paramos centras

	<b>Molėtai</b>	<b>Mažeikiai</b>	<b>Klaipėda</b>	<b>Vilnius</b>
2.2. socialinio darbuotojo paslaugos (individualus darbas ir darbas grupėje)	X	X	Vaikų krizių centras; Socialinės ir psichologinės paramos centras	Vilniaus miesto savivaldybės Socialinės paramos centro tarnyba „Parama“; Jaunimo psichologinės paramos centras
	X	Savivaldybė skyrė pinigų testams, kurių nuo 2005 m. rudens bus liginės priimamajame ir jau yra PSC. Visos mokyklos turi testus, bet jų nenaudoja.	Nenaudojami testai mokyklose, po kelių šimtų testavimų per metus VSC kabinete, PLC, Klaipėdos vaikų ligoninėje	PLC, ligoninės
2.4. alternatyvus užimtumas	Laisvalaikio užimtumo programos moksleiviams vykdo mokyklos			
	Policija	X	Vaikų krizių centras	Savivaldybės vaikų dienos centras; Palaimintojo Jurgio Matulaičio socialinis centras (parapijos teritorijoje – 4 mikrorajonai); Visų Šventųjų šeimos centras (stoties rajono teritorijos klientai); NVO „Gelbėkit vaikus“ – 4 vaikų dienos centrai
2.5. laikini globos namai (nakvynė, maistas, pagalba)	Nakvynės namų nėra, bet teikiama nuolatinio apgyvendinimo pagalba, maisto talonai	Laikino apgyvendinimo namai (17 vietų); Moterų krizių centro projektinė veikla (laikino apgyvendinimo namų pagrindu); nemokamas maitinimas (atskirai)	Laikino apgyvendinimo vaikų namai; NVO parama	Nakvynės namai (pvz., Visų Šventųjų parapijos vaikų laikinos globos namai, Vilniaus miesto Motinos ir vaiko pensionas); kitų NVO parama

	Molėtai	Mazeikiai	Klaipėda	Vilnius
2.6. mobilią gatvės tarnybą vaikams	Specializuotos mobiliosios gatvės tarnybos vaikams nėra			
	X	X	Atskira Vaikų krizių centro darbas su gatvės vaikais programa	
2.7. dienos centrų paslaugos**	X	Dienos centras prie vaikų globos namų; 2 NVO „Gelbėkit vaikus“ vaikų dienos centrai	Vaikų krizių centro programos, PLC	PLC, LAC, NVO (pvz., „Gelbėkit vaikus“); savivaldybės Vaikų dienos centras
<b>3. „Žemo slenksčio“ paslaugos narkotikų vartotojams</b>				
3.1. tiesioginis darbas su neidentifikuotais vartotojais gatvėje	X	X	„Žemo slenksčio“ kabinetai	PLC – „Mėlynas autobusukas“
3.2. adatų ir švirkštų keitimas, dezinfekuojamųjų medžiagų, kontraceptinių priemonių dalijimas	X	Adatų ir švirkštų keitimas „žemo slenksčio“ kabinetuose, kontraceptinių priemonių dalijimas ribotas („Demetros“ klinika, Klaipėdos darbo su seksu darbuotojų projektas)		
	X	1 kabineto projektinė veikla atnaujinta 2005 m. antrame pusmetyje	2 nuolat dirbantys „žemo slenksčio“ kabinetai (dabartiniu metu prie PLC)	PLC – „Mėlynas autobusukas“, LAC „Demetros“ klinika ir „žemo slenksčio“ kabinetas
3.3. mokymas saugesnio švirkštimosi technikos	X	X	PLC, „žemo slenksčio“ kabinetai	PLC ir LAC „žemo slenksčio“ programos
3.4. švietimas apie ŽIV/AIDS ir kitų infekcijų bei LPI perdavimą	Vietinis VSC ir AIDS centras			
	X	X	PLC „žemo slenksčio“ kabineto programa	PLC, NVO, Odos ir veneros ligų centras
3.5. testavimas dėl ŽIV, hepatitų, TB	ŽIV testai AIDS centre rizikos grupių atstovams nemokamai, tačiau transporto išlaidos išlieka. Apdraustiesiems – SP įstaigos			
	X	PSPI (rizikos grupės) ŽIV testai nešiosioms (transporto išlaidas dengia SP įstaigos), ambulatorinės patikros dėl TB neapdraustiems asmenims (apmoka savivaldybė)	PLC siuntimai į Klaipėdos ligoninę	LAC, TB ligoninė, PLC



	Molėtai	Mažeikiai	Klaipėda	Vilnius
3.6. socialinio darbuotojo konsultacijos	X	X	PLC ir „žemo slenksčio“ kabinetuose	PLC ir „žemo slenksčio“ kabinetuose
3.7. gydytojų (ginekologų, dermatovenerologų, chirurgų) konsultacijos ir gydymas	SP įstaigos X	X	Per „žemo slenksčio“ kabinetus nemokamos specialistų konsultacijos	PLC, Odos ir veneros kabinetas, „Demetra“
<b>4. Abstinencijos ir priklausomybės gydymas ambulatoriškai ir stacionare</b>				
4.1. priklausomybės ligų psichiatro konsultacija, diagnozės nustatymas	X	PSC	PLC	PLC, Psichiatrijos ligoninė
4.2. medicininė apžiūra apsvaigimui nustatyti	GMP	Ligoninės priėmimo skyrius (PSC)	PLC, psichiatrijos ligoninės	PLC, psichiatrijos ligoninės, Toksikologijos centras
4.3. psichologo konsultacija	(PSC)*	X	PLC	PLC
4.4. psichoterapeuto konsultacija	X	X	PPT	Kai kurie PSC
4.5. socialinio darbuotojo konsultacija	(PSC)	PSC	PLC	PLC
4.6. priklausomybės nuo kitų psichoaktyviųjų medžiagų (neopiatių) ambulatorinis abstinencijos gydymas	X	GMP	PLC	PLC
4.7. opiatinės abstinencijos gydymas	X	GMP	PLC, psichiatrijos ligoninės	PLC, Toksikologijos klinika, psichiatrijos ligoninės
4.8. trumpalaikis opiatinės abstinencijos gydymas metadonu	X	X	PLC	PLC
4.9. ilgalaikis opiatinės abstinencijos gydymas metadonu	X	X	PLC	PLC
4.10. pakaitinis (palaikomasis) gydymas metadonu, buprenorfinu, naltreksonu ir nespecifinis palaikomasis gydymas bei atkryčių profilaktika	X	X	PLC	PLC, 7 PSC
4.11. gretutinių psichikos sutrikimų gydymas	X	Ligoninės psichiatrijos skyrius	Psichiatrijos ligoninė (ūmūs atvejai, psichoze)	Psichiatrijos ligoninė (ūmūs atvejai, psichoze)

	Molėtai	Mažeikiai	Klaipėda	Vilnius
4.12. psichologo, psichiatro, socialinio darbuotojo konsultacijos narkotikų vartotojo artimiesiems	(PSC) nepasitaiko tokių ligonių	PSC, „žemo slenksčio“ kabinetas	PLC, PSC, psichologinę pagalbą teikiančios įstaigos	PLC, PSC, kitos įstaigos (pvz., Specialiosios pedagogikos ir psichologijos centras)
<b>5. Reabilitacija baigus įvairias gydymo programas ir reintegracija</b>				
5.1. trumpa, vidutinės trukmės, ilgalaikė ambulatorinė psichoterapinė reabilitacijos programa dienos centre (įskaitant NA, „12 žingsnių“ programą, dienoraščio rašymą, individualią ir grupinę psichoterapiją, psichologo konsultaciją)	X	X	PLC	PLC
5.2. trumpa, vidutinės trukmės, ilgalaikė stacionari psichoterapinė reabilitacijos programa (įskaitant NA, „12 žingsnių“ programą, dienoraščio rašymą, individualią ir grupinę psichoterapiją, terapiją bendruomenėje, psichologo konsultaciją ir kt.)	X	X	PLC reabilitacijos skyrius	PLC, LAC
5.3. socialinio darbuotojo paslaugos: pagalba įsidarbinant, atkuriant asmens dokumentus, darbo ir socialinių įgūdžių formavimas ir pan.	X	Socialinės paramos centro socialiniai darbuotojai	PLC	PLC
5.4. svipagalbos grupės (skirtingose gydymo programose, taip pat aktyvių narkotikų vartotojų, asmenų, baigusių gydymo programas (reabilitaciją), tarp žmonių, užsikrėtusių ŽIV/AIDS, tarp asmenų, paveiktų narkomanijos ar ŽIV/AIDS artimųjų)	X	Policijos projektas: aktyvių narkotikų vartotojų, asmenų, baigusių gydymo programas, reabilitacija	Skirtingos nuomonės apie NVO aktyvumą – ar jos realiai veikia; Savivaldybė perka reabilitacijos paslaugas už miesto teritorijos ribų	NVO
<b>6. Dažnai pasitaikančių narkotikų vartotojų ligų diagnostika ir gydymas</b>				
6.1. hepatito B vakcinavimas	Privalomai atliekamas kūdikiams (99 proc.) akušerijos įstaigose, dvylikos metų vaikams PSPC. Planuojama teikti socialinės rizikos grupėms per Nacionalinę imunoproflaktikos programą. Mokama paslauga teikiama PSPC.			

	<b>Molėtai</b>	<b>Mažeikiai</b>	<b>Klaipėda</b>	<b>Vilnius</b>
6.2. hepatito C diagnostika	Kompensuojama iš PSDF biudžeto lėšų, teikiama pagal 2003 m. patvirtintą (2005 m. koreguotą) diagnostikos ir ambulatorinio gydymo metodiką.			
6.3. hepatitų gydymas	SP įstaigos (finansuoja PSDF)			
6.4. lytiškai plintančių ligų diagnostika ir gydymas	SP įstaigos (finansuoja PSDF)			
			„Žemo slenksčio“ kabinetas	LAC, Odos ir veneros kabinetas
6.5. abscesų, trofinių opų ir kitų odos infekcijų gydymas (utėlėtumo, niežų ir pan.), žaizdų perrisimas	ŠG pirminės sveikatos priežiūros centruose			
	Specialistai BP ligoninėje (konsultacinė poliklinika ir priėmimo skyrius)	Specialistai BP ligoninėje (konsultacinė poliklinika ir priėmimo skyrius)	Specialistai poliklinikoje ir ligoninėse	Specialistai poliklinikoje ir ligoninėse

\* Jei įstaiga paminėta skliaustuose, tai, nors ji turi atitinkamų darbuotojų, šių atvejų nepasitaiko.

\*\* Paslaugos teikiamos skirtingai apibrėžiamoms „rizikos vaikų“ grupėms (pavyzdžiui, vaikams, siunčiamiems policijos arba VTAT pareigūnų, arba skurstančių šeimų vaikams).

\*\*\* Vaikų dienos centrų paslaugos iš dalies jau pažymėtos aprašant kitas, pvz., alternatyvaus užimtumo, paslaugas.

# Santrauka

**Studijos tikslas** – apžvelgti šiuo metu keturiuose pasirinktose savivaldybėse teikiamas sveikatos priežiūros, socialines ir švietimo paslaugas, susijusias su narkotikų vartojimo ir ŽIV/AIDS problemomis, įvertinti šių paslaugų prieinamumą, atskleisti gerą praktiką bei iškelti problemas, kylančias teikiant šias paslaugas.

## **Studijos uždaviniai:**

- apžvelgti pripažintų tarptautinių organizacijų rekomendacijas bei trijų užsienio šalių – Danijos, Norvegijos ir Lenkijos – patirtį;
- aptarti anksčiau darytus šios srities tyrimus, straipsnius, kitą literatūrą;
- apžvelgti ir išanalizuoti šias paslaugas reglamentuojančią teisinę bazę, savivaldos teisinius dokumentus;
- keturiuose pasirinktose savivaldybėse atlikti kokybinį šių paslaugų realios situacijos ir prieinamumo tyrimą siekiant geriau teikti paslaugas ir sumažinti priklausomybės nuo narkotinių medžiagų keliamas neigiamas pasekmes.

**Studijos rezultatas** – remiantis situacijos savivaldybėse tyrimu, teisinės bazės apžvalga ir tarptautine praktika, pateikti rekomendacijas valstybės ir savivaldybių institucijoms dėl savivaldybėse teikiamų paslaugų, susijusių su narkomanijos ir ŽIV/AIDS prevencija bei kontrole.

Atskirų studijos dalių jungiamoji ašis – Lietuvos ir užsienio praktika bei tarptautinių organizacijų rekomendacijomis paremtas visų galimų sveikatos priežiūros, socialinių ir švietimo paslaugų sąrašas. Jame paslaugos skirstomos į šešias grupes:

1. Pirminė narkotikų vartojimo prevencija.
2. Ankstyva narkotikų vartojimo (priklausomybės) diagnostika ir paslaugos eksperimentuojantiems su narkotikais asmenims.
3. „Žemo slenksčio“ paslaugos narkotikų vartotojams.
4. Abstinencijos ir priklausomybės gydymas ambulatoriškai ir stacionare.
5. Socialinė-psichologinė rehabilitacija ir reintegracija į visuomenę.
6. Ligų, kuriomis dažnai serga narkotikų vartotojai, diagnostika ir gydymas.

Pabrėžtina, kad šis paslaugų sąrašas sudarytas ne kaip pavyzdinis visų rekomenduojamų diegti paslaugų sąrašas, o tik kaip atspirties taškas kuo išsamiau išnagrinėti įvairias esamas ir galimas paslaugas siekiant išvengti narkomanijos plitimo ir sumažinti jos padarinius.

Šios studijos išvados ir rekomendacijos – atskirų jos dalių sintezė ir ekspertinis esamos padėties įvertinimas teikiant švietimo, socialines bei sveikatos paslaugas su narkotikų vartojimu susijusiems asmenims siekiant išvengti narkomanijos plitimo ir sumažinti jos padarinius. Toliau pateikiama atskirų studijos dalių metodologija.

## *Išvados*

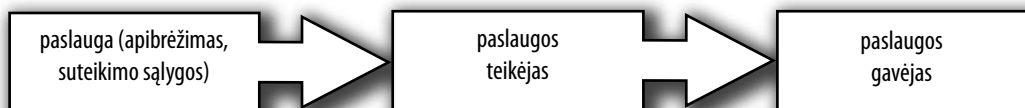
### *Teisinė bazė*

– Tyrimas parodė, kad Lietuvoje yra sąlygiškai pakankama (kiekybės požiūriu) teisinė bazė narkomanijos prevencijai ir narkomanijos pacientų gydymui organizuoti. Formaliai yra priimti ir galioja baziniai įstatymai, ypač daug yra poįstatyminių aktų, tačiau susiduriama su jų įgyvendinimo problema. Vyrauja eklektiškas narkomanijos pacientų paslaugų teisinis reglamentavimas, t. y. nėra nuoseklios sistemos, galioja daug įvairių teisės aktų, kurių tarpusavio sąsajos nėra aiškios, kyla teisės normų interpretavimo ir taikymo problemų.

Akivaizdu, jog teisės aktų gausa negarantuoja veiksmingos ir veikiančios sistemos. Trūksta imperatyvių teisės normų, įpareigojančių teikti šias paslaugas, o pats paslaugos paminėjimas ar aprašymas nieko neduoda.

Paminėtina ir tai, jog specialistų apklausa parodė, kad kiek daugiau negu 1/3 respondentų mano, jog narkomanijos pacientų apsaugai Lietuvoje yra priimta ir galioja pakankamai teisės aktų. Tik apie 1/5 apklaustųjų nurodė, jog ši teisinė bazė yra nepakankama.

Taigi narkomanijos pacientų teisinė apsauga yra tobulintina, kai rekomenduojama laikytis formulės:



– Tyrimas parodė, kad dalis paslaugų tik paminėtos viename ar keliuose teisės aktuose, pvz., mobili gatvės tarnyba vaikams bei pagalbos ir informacijos telefono linijos, specializuotų dienos centrų paslaugos. Šios paslaugos praktikoje taikomos, tad rekomenduotina nuoseklesnė paslaugų teisinė reglamentacija ir nacionaliniuose, ir savivaldos teisės aktuose.

Tyrimas parodė, kad būtent savivaldos lygmeniu kyla problemų, kai reikia įgyvendinti priimtus įstatymus ar poįstatyminius teisės aktus. Net 74 proc. apklaustųjų (23 savivaldybės) nurodė, kad trūksta detalesnio narkomanijos pacientams teikiamų paslaugų reglamentavimo savivaldos lygmeniu.

– Atlikus tyrimą paaiškėjo, kad savivaldybėse trūksta informacijos apie teisinę bazę susijusią su narkotikų problema (apie nacionalinius, apskričių ir vietos savivaldos teisės aktus). Remiantis iš savivaldybių gauta informacija, paslaugų teikimą reglamentuoja vietos savivaldos aktai, tačiau vientisos teisinės praktikos nėra. Lietuvoje yra savivaldybių, kurios įtvirtina platų paslaugų spektrą ir vadovaujasi ne tik nacionaliniais, bet ir vietos

savivaldos priimtais aktais. Tyrimas, į kurio paklausimus atsakė 30 iš 60 savivaldybių, parodė, kad 14 asmenų, atsakingų už tirtų paslaugų užtikrinimą, negalėjo pateikti informacijos, kuriais teisės aktais remiantis turi būti teikiamos paslaugos narkotikų vartotojams. Kai kurie asmenys nurodė kažkokių licencijų numerius ar sutartis, pasitaikė įvairiausių įrašų, pvz., „nemokamas testavimas dėl ŽIV X pirminės sveikatos priežiūros centre“. Kai kas į visus atsakymus įrašydavo vieną teisės aktą, pvz., Narkologinės priežiūros įstatymą, kai kas – teisės aktus, kurių, deja, nepavyko rasti.

Tad rekomenduotinas specializuotų, tikslinių mokymų (kursų) organizavimas, geros teisinės praktikos sklaida įtraukiant bioteisės specialistus, savivaldos praktikus.

### *Finansavimas*

– Palyginti su švietimo ir socialiniu valstybės sektoriais, savivaldybės, nors ir yra kai kurių įstaigų steigėjos, turi gana mažai veiklos reguliavimo galimybių, nes pagrindiniai finansiniai svertai yra SAM, PSDF, VLK, TLK rankose. Taigi savivaldybių biudžeto galimybės finansuoti ir tokiu būdu skatinti SP įstaigas yra mažos.

– Pasitaiko atvejų, kai dubliuojamos ar yra neaiškios valstybės ir savivaldybės institucijų funkcijos bei jų finansavimas, nėra aiškiai nustatyti atskiros veiklos finansavimo šaltiniai (ta pati veikla gali būti kelis kartus finansuojama pagal skirtingas eilutes).

– Teikiamos privačios paslaugos, tačiau jos nėra kompensuojamos. Šių paslaugų prieinamumą riboja santykinai didelė jų kaina.

### *Konfidencialumas (stigma) ir visuomenės požiūris*

– Dėl stigos, susijusios su priklausomybės ligomis, labai svarbus yra gydymo konfidencialumas. Asmenys nenori kreiptis pagalbos, nes bijo, kad jų ligos paslaptis bus atskleista. Visuomeninis sektorius konfidencialumo užtikrinti negali dėl privalomos psichikos sveikatos įskaitos (pvz., PSC, PLC), galimybių sužinoti jų diagnozę neformaliais (medicinos įstaigose daug personalo turi galimybę susipažinti, nors ir atsitiktinai, su paciento mediciniais dokumentais, be to, pats apsilankymas tam tikrose sveikatos įstaigose gali pasirodyti „įtartinas“ ir pan.) arba pusiau formaliais būdais (per paslapties atskleidimą kitose įstaigose, kurios gali prašyti suteikti informaciją apie ligonį\*). Tai ypač svarbus gydymo nedideliuose miestuose, kur „visi visus pažįsta“, aspektas. Todėl logiška, kad norintis gydytis asmuo stengiasi kreiptis pagalbos bent jau į didelio miesto SP įstaigas.

– Konfidencialumo atžvilgiu (išskyrus žemo slenksčio programas) valstybės įstaigos beviltiškai pralaimi privačioms konkurencinėje kovoje dėl pacientų. Privačiose įstaigose

---

\* Tikras atvejis: darbdavys norėjo sužinoti apie savo darbuotoją per pažįstamus medicinos įstaigoje, gavo teigiamą atsakymą į užklausimą apie asmens gydymo faktą ir atleido jį iš darbo.

pakanka bet kokio pseudonimo ir paslaugų apmokėjimo.

– Narkomanijos problemos nepripažinimas ir neigiamas visuomenės požiūris į narkotikų vartotojus trukdo pradėti teikti ar plėsti “žemo slenksčio” ir kitas narkotikų vartotojams skirtas paslaugas. Tai ypač ryšku mažose savivaldybėse.

### *Pagalbos tęstinumas*

– Neužtikrintas tęstinių ir organizuojamų pagal klientų poreikius paslaugų teikimas. Nėra nuoseklios paslaugų teikimo sistemos. Klientų siuntimas į bet kurią įstaigą neužtikrina, kad jam bus suteiktos paslaugos kitose šio sektoriaus įstaigose, juo labiau kito sektoriaus įstaigose.

### *Specialistai*

– Socialinės paslaugos tradiciškai Lietuvoje pirmiausia orientuojamos padėti negalintiems išsiversti be pagalbos iš išorės (vienišiams, seniems, sunkiai sergantiems asmenims), todėl atsainiai žiūrima į specifinius priklausomų nuo narkotinių medžiagų klientų poreikius.

# Summary

## Accessibility of Services to Drug Users in Lithuania

### *Summary and Recommendations*

**The goal of the study** was to review healthcare, social and education services related to drug use and HIV/AIDS issues currently provided in the four selected municipalities, to evaluate accessibility of such services, to reveal good practices and highlight problems in service provision.

**Objectives of the study:**

- to overview recommendations of recognised international organisations and the experience of three foreign countries – Denmark, Norway and Poland;
- to review previous studies, articles and other literature in the field;
- to make an overview and analyse the national legislation regulating these services and municipal legal documents;
- in the four selected municipalities, to carry out a qualitative study of the factual situation and accessibility of such services with a view to improve provision of the services and mitigating negative consequences of dependency on narcotic substances.

**The result of the study:** based on the study of the situation in the municipalities, the overview of the legislation, and international practices, to provide recommendations to state and municipal institutions with regard to services related to prevention and control of drug use and HIV/AIDS that are provided in the municipalities.

The joining axis of separate parts of the study is the list of all possible healthcare, social and education services that was compiled based on practices of Lithuania and foreign countries and recommendations of international organisations (Annex 1). It divides services into six groups:

1. Primary prevention of drug use.
2. Early diagnosis of drug use (dependency) and services to persons experimenting with drugs.
3. Low-threshold services to drug users.
4. Treatment of the withdrawal syndrome and dependency in outpatient and inpatient settings.
5. Social and psychological rehabilitation and reintegration into the society.
6. Diagnosis and treatment of diseases common to drug users.

It must be underlined that this list of services is compiled not as a benchmark list of services recommended for implementation but only as a starting point for the most thorough analysis possible of available and possible services to avoid the spread of drug use and to mitigate its consequences.



Conclusions and recommendations of this study are synthesis of separate parts thereof and expert evaluation of the current situation with the provision of educational, social and healthcare services to persons related to drug use in order to avoid the spread of drug use and to mitigate its consequences.

## ***Conclusions***

### ***Legislation***

– The study has shown that Lithuania has relatively sufficient (in terms of quantity) legislation for drug use prevention and organisation of dependency treatment. Formally, basic laws are adopted and in force, and there are particularly many legal acts but their implementation is problematic. Eclectic legal regulation of services to drug users is prevalent, i.e. there is no coherent system and many various legal acts are in force without clear interaction between them. There are problems related to interpretation and application of legal norms.

It is obvious that the diversity of legal acts does not guarantee an efficient and functioning system. Imperative legal norms obliging to provide such services are insufficient and the very reference to or description of the service leads nowhere.

It is worth mentioning that the survey of specialists has revealed that just a bit more than 1/3 of respondents think that sufficient legal acts are adopted and in force in Lithuania to protect drug users. Only about 1/5 of respondents have indicated that this legislation is insufficient.

So the legal protection of drug users is to be improved when the following formula is recommended to follow:



– The research has demonstrated that a part of services are only mentioned in one or several legal acts, e.g. outreach services for children and help and information telephone lines and services of specialised day centres. These services are provided in practice so more coherent legal regulation of the services is recommended in national and municipal legal acts.

The study has shown that namely the municipal level creates problems when laws or legal acts adopted are to be implemented. As many as 74% of respondents (23 municipalities) have pointed out the lack of more detailed regulation of services provided to drug users at the municipal level.

– The study has revealed the lack of information in municipalities about legislation related to drugs (about national, county and local municipal legal acts). Based on the information received from municipalities, service provision is regulated by local municipal acts but there is no coherent legal practice. Lithuania has municipalities that have a wide range of services and follow not only national but also local municipal acts. A survey whose questionnaire was returned by 30 of 60 municipalities showed that 14 persons responsible for assurance of the services in question could not provide information about which legal acts were to be followed when providing services to drug users. Some persons indicated some licence numbers or agreements and various entries, e.g. “free HIV testing at X primary healthcare centre”. Some indicated the same legal act, e.g. the Law on Addiction Control, in answers to all questions and some specified legal acts that unfortunately did not exist.

So organisation of specialised targeted trainings (courses) and dissemination of good legal practice involving biological law specialists and municipal practitioners are recommended.

### *Financing*

– As compared with other education and social sectors at the state level, municipalities even being incorporators of some institutions have quite few opportunities for performance regulation as the main financial levers are in the hands of the the Ministry of Health, Compulsory Health Insurance Fund, the State patient fund under the Ministry of Health and the Territorial Patients’ Funds. So the possibilities of municipal budgets to finance and thus support healthcare institutions are limited.

– There are cases when state and municipal institution functions and funding overlap or are unclear, sources of funding for individual activities are not clearly set (the same activity can be financed several times under different headings).

– Private services are provided but they are not reimbursed; accessibility of these services is limited by their relatively high price.

### *Confidentiality (Stigma) and Public Attitude*

– Because of the stigma associated with dependency diseases, treatment confidentiality is crucial. People do not want to seek help as they are afraid that the secret of their disease will be disclosed. The public sector cannot ensure confidentiality because of compulsory mental health registration (e.g. State Mental Health Center, Center for Addictive Disorders) and possibilities to learn their diagnosis by informal (in medical institutions many staff can familiarise themselves (even accidentally) with the patient’s medical documents and even a visit to certain health institutions may seem “suspicious”,

etc.) or semi-formal means (when the secret is disclosed in other institutions that may request information on the patient\*). This is a particularly important aspect of treatment in small towns where “all know all”. Therefore, it is logical that in order to receive treatment people try to ask for help at least at healthcare institutions of large cities.

– In terms of confidentiality (except for low-threshold programs) state institutions hopelessly lose to private ones in competition for patients. Private institutions are satisfied with a patient’s nickname and payment for the services.

– Denial of the drug use problem and negative attitude of the public to drug users are among obstacles to start provision or expand low-threshold and other services for drug users. It is especially obvious in small municipalities.

### *Follow-up Support*

– Provision of continuous and customised services is not ensured. There is no coherent service provision system. Referral of clients to any institution does not ensure that they will receive services in other institutions of the sector not even speaking about institutions of another sector.

### *Specialists*

– In Lithuania, social services are conventionally targeted primarily at those who cannot do without external support (single, elderly and seriously ill people), which is why specific needs of clients dependent on narcotic substances are viewed with nonchalance.

---

\* A real case: an employer wanted to obtain information about one employee through some acquaintances at a medical institution, received a positive answer to the query about the fact of the person having received treatment and dismissed him from work.

## Резюме

### Доступность услуг для потребителей наркотиков в Литве

#### *Обобщение и рекомендации*

**Цель исследования** – провести обзор услуг здравоохранения, социальной помощи и просвещения, связанных с проблемами потребления наркотиков и ВИЧ/СПИДа, которые предоставляются в четырех избранных самоуправлениях, оценить доступность этих услуг, выявить положительную практику и указать на проблемы, возникающие при предоставлении этих услуг.

#### **Задачи исследования:**

- провести обзор рекомендаций признанных международных организаций и опыта трех стран – Дании, Норвегии и Польши;
- обсудить результаты ранее проведенных исследований в данной области, статьи, другую литературу;
- провести обзор и анализ правовой базы, юридических документов самоуправлений, регламентирующих эти услуги;
- в четырех избранных самоуправлениях выполнить качественное исследование реальной ситуации и доступности этих услуг с целью их совершенствования и смягчения отрицательных последствий зависимости от наркотических веществ.

**Результат исследования** – предоставление на основе исследования самоуправлений, обзора правовой базы и международной практики рекомендаций государственным учреждениям и учреждениям самоуправлений относительно услуг в сфере профилактики и контроля потребления наркотиков и ВИЧ/СПИДа на основе исследования самоуправлений, обзора правовой базы и международной практики.

Ось, объединяющая части отдельных исследований – список всех возможных услуг здравоохранения, социальных и просветительских услуг, составленный на основе литовской и иностранной практики, а также рекомендаций международных организаций (приложение № 1). В списке услуги распределяются на шесть групп:

1. Первичная профилактика потребления наркотиков.
2. Ранняя диагностика потребления наркотиков (зависимости) и услуги для лиц, экспериментирующих с наркотиками.
3. Услуги с низким пороговым значением для потребителей наркотиков.
4. Амбулаторное и стационарное лечение абстиненции и зависимости.
5. Социально-психологическая реабилитация и реинтеграция в общество.
6. Диагностика и лечение заболеваний, часто возникающих среди потребителей наркотиков.

Следует подчеркнуть, что указанный список услуг составлен не как образцовый перечень всех рекомендуемых услуг, а только как точка опоры для подробного анализа различных имеющихся и возможных услуг. Цель его разработки – избежание распространения потребления наркотиков и смягчение последствий их использования.

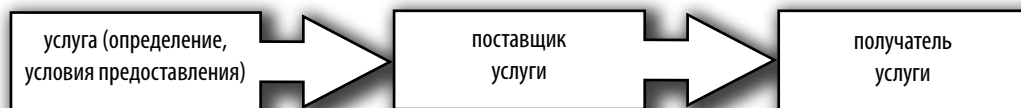
**Выводы и рекомендации исследования** – синтез отдельных частей исследования и экспертная оценка текущего положения с предоставлением просветительских, социальных и медицинских услуг лицам, связанным с потреблением наркотиков, в связи с необходимостью избежать распространения потребления наркотиков и смягчить его последствия.

## **Выводы**

### **Правовая база**

– Исследование показало, что в Литве относительно достаточная (с точки зрения количества) правовая база для профилактики потребления наркотиков и организации лечения пациентов, потребляющих наркотики. Формально приняты и введены в действие базовые законы, существует множество подзаконных актов, но актуальна проблема их исполнения. Доминирует эклектическое правовое регулирование предоставления услуг пациентам, потребляющим наркотики. При этом в условиях действия большого числа бессвязных правовых актов, возникают проблемы с толкованием и применением правовых норм. Очевидно, что современная нормативно-правовая база не гарантирует эффективно действующей системы. Не хватает императивных правовых норм, обязывающих предоставлять услуги, а в то время как упоминание или описание услуги ничего не дает. По результатам опроса специалистов установлено, что немногим более трети респондентов уверены, что для защиты пациентов, принимающих наркотики, в Литве принято и действуют достаточно правовых актов. И только лишь пятая часть опрошенных указали, что эта правовая база недостаточна.

Таким образом, правовая защита пациентов, принимающих наркотики, должна совершенствоваться. При этом рекомендуется придерживаться следующей формулы:



– Исследование показало, что часть услуг только упоминаются в одном или нескольких правовых актах, напр., мобильная уличная служба для детей и телефонные линии помощи и информации, услуги специализированных дневных центров. Так как эти услуги предоставляются на практике, рекомендуется более последовательно регламентировать их в национальных и муниципальных правовых актах.

Исследование также показало, что именно на уровне самоуправления возникают проблемы при необходимости выполнения принятых законов или подзаконных правовых актов. Целых 74% опрошенных (23 самоуправления) указали, что не хватает более детального регламентирования услуг, предоставляемых принимающим наркотики пациентам, на уровне самоуправления.

– После проведения исследования выяснилось, что в самоуправлениях не хватает информации о правовой базе, связанной с проблемами наркотиков (о национальных, областных и муниципальных правовых актах). На основе информации, полученной из самоуправлений, предоставление услуг регламентируют акты самоуправлений, но единой практики не существует. В Литве есть самоуправления, в которых утвержден широкий спектр услуг и которые руководствуются не только национальными, но и местными правовыми актами. Исследование, на вопросы которого ответили 30 из 60 самоуправлений, показало, что 14 сотрудников, ответственных за обеспечение изучаемых услуг, не могли предоставить информации о том, на основе каких правовых актов должны предоставляться услуги потребителям наркотиков. Некоторые участники указали какие-то номера лицензий или договоры, попадались самые разные записи, напр., «бесплатное тестирование на ВИЧ в центре первичных услуг здравоохранения X»; некоторые в ответах на все вопросы привели один и тот же правовой акт, напр., Закон о наркологическом контроле, другие – правовые акты, которые, к сожалению, не удалось найти.

Таким образом, рекомендуется организовать специализированное направленное обучение (курсы) для распространения положительной правовой практики с привлечением специалистов по биологическому праву и практиков самоуправлений.

### **Финансирование**

– По сравнению с государственными секторами образования и социальных услуг, самоуправления, хотя они и являются учредителями некоторых организаций, обладают довольно ограниченными возможностями регулирования деятельности, так как основные финансовые рычаги находятся в руках Министерства здравоохранения, Фонда обязательного страхования здоровья, Государственной больничной кассы, Территориальной больничной кассы, Центра психического здоровья. Таким образом, возможности бюджета самоуправлений финансировать и этим поощрять учреждения здравоохранения невелики.

– Известны случаи, когда функции государственных и муниципальных учреждений и их финансирование дублируются или неясны, нет четко определенных источников финансирования отдельных видов деятельности (один и тот же вид деятельности может несколько раз финансироваться по разным статьям).

– Предоставляются частные услуги, но их доступность ограничивается относительно высокой стоимостью.

## *Конфиденциальность (стигма) и отношение общества*

– Из-за стигмы, связанной с зависимостями, очень важна конфиденциальность лечения. Люди не хотят обращаться за помощью, потому что боятся, что тайна их заболевания будет раскрыта. Общественный сектор не может обеспечить конфиденциальность из-за обязательного учета психического здоровья (напр., ЦПЗ, ЦЗЗ), возможности узнать диагноз неофициально (в медицинских учреждениях многие работники имеют возможность ознакомиться, хотя бы и случайно, с медицинскими документами пациента, кроме того, само посещение определенных медицинских учреждений может показаться «подозрительным» и т.п.) или наполовину официально (из-за раскрытия тайны в других учреждениях, которые могут требовать предоставления информации о больном\*). Это особенно важный аспект лечения в небольших городах, где «все всех знают». Поэтому логично, что желающие лечиться, стараются обращаться за помощью, по крайней мере, в медицинские учреждения крупного города.

– С точки зрения конфиденциальности (за исключением программ с низким пороговым значением) государственные учреждения безнадежно проигрывают частным клиникам в конкурентной борьбе за пациентов: сегодня в частных учреждениях достаточно любого псевдонима и оплаты услуг.

– Нежелание признать проблему потребления наркотиков и отрицательное отношение общества к их потребителям мешают начать предоставление или расширение спектра услуг с низким пороговым значением и других услуг, предназначенных для данной группы лиц. Это особенно очевидно в небольших самоуправлениях.

## *Длительность помощи*

– Не обеспечено длительное предоставление услуг, которые соответствуют потребностям клиентов. Нет системы последовательного предоставления услуг: направление клиента из одного учреждения сектора в другое не гарантирует предоставление услуг, уж тем более не говоря об организациях другого сектора.

## *Специалисты*

– Социальные услуги в Литве традиционно ориентированы на помощь тем, кто не может обойтись без поддержки со стороны (одиноким, старым, тяжело больным людям), поэтому существует небрежное отношение к специфическим потребностям клиентов, зависимых от наркотических веществ.

---

\* Известен случай, когда работодатель предпринял попытку получить информацию о работнике через собственные контакты в медицинских учреждениях. После положительного ответа на запрос о прохождении работником курса лечения от наркотической зависимости, сотрудник был уволен.

**Paslaugų  
ŽIV infekuotiesiems,  
sergantiesiems AIDS  
ir narkotikų vartotojams  
prieinamumas Lietuvoje**

2007 04 26. 7 sp. l. Užsakymas Nr. 95  
Išleido UAB „Inforastras“, Papilėnų g. 7-22, LT-06224 Vilnius  
Spausdino UAB „Petro ofsetas“ Žalgirio g. 90, LT-09303 Vilnius