

Nevyriausybinių organizacijų ir ekspertų koalicija „Galiu gyventi“

STACIONARINĖ PAGALBA NARKOTINIŲ MEDŽIAGŲ VARTOTOJAMS

Dr. Emilis Subata, Dr. Aušra Širvinskienė

NVO ir ekspertų koalicija „Galiu Gyventi“

Vilnius, 2012

Autoriai nuoširdžiai dėkoja Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentui bei įstaigoms už pagalbą, surenkant duomenis apžvalgai.

Apžvalgos rengimo metodologija

Duomenys gauti, parengus klausimyną, atitinkantį užduoties techninę specifikaciją. Klausimynas išsiųstas įstaigoms, kurios teikia profesionalias ir neprofesionalias stacionarinio gydymo paslaugas. Apžvalga atlikta 2012 m. spalio-lapkričio mėn.

Atitinkami su technine specifikacija apžvalgoje naudojamas “stacionarinio gydymo” apibrėžimas (residential treatment): „**stacionarinis gydymas**“ – tai programos ar gydymo modeliai, kurie apima terapinį gydymą ir kitokias pagalbos narkotikų vartotojams formas, įskaitant medicininės-socialines intervencijas kartu su apgyvendinimu. Šių programų pagrindinis bruožas yra tai, kad jos sprendžia kelis gydomojo asmens poreikius, įskaitant, bet neapsiribojant šiomis sritimis: narkotikų vartojimas, sveikata, gyvenimo kokybė ir socializacijos atstatymas arba resocializacija.

Šis apibrėžimas neapėmė vien tik stacionarinių detoksikacijos (abstinencijos gydymo) skyrių, programų, skirtų vien tik socialinei paramai (pvz.: prieglaudos, nakvynės namai) bei priklausomų nuo narkotikų gydymo laisvės atėmimo vietose.

Klausimynu surinkti duomenys iš įstaigų, turinčių 3-jų tipų stacionarinio gydymo programas, kurios atitinka **stacionarinio gydymo** paslaugų apibrėžimą (visas įstaigų sąrašas pateiktas 1 priede):

1. *stacionarinio gydymo programos, kurios teikia abstinencijos gydymo paslaugą*, kartu su socialinių darbuotojų ir psichologų konsultacijomis ir/ar paslaugomis asmens sveikatos priežiūros įstaigose (5 priklausomybės ligų centruose didžiuosiuose miestuose – Vilniuje, Kaune, Klaipėdoje, Šiauliuose ir Panevėžyje);
2. *ilgalaikės stacionarinio psichosocialinio gydymo programos*, kuriose buvo taikomi įvairūs metodai (individuali ir grupinė psichologinė pagalba, 12 žingsnių programa, darbinių ir socialinių įgūdžių lavinimas, ir kt.). Šiai grupei priklausė 2 programos Vilniaus ir Kauno priklausomybės ligų centruose (asmens sveikatos priežiūros įstaigose) ir 15 terapinių (reabilitacijos) bendruomenių (toliau - terapinės bendruomenės), kurios buvo privačios viešosios arba nevyriausybinės organizacijos.
3. *trumpalaikės stacionarinio psichosocialinio gydymo programos*, kuriose paslaugos teikiamos vadovaujantis vadinamu „Minesotos modeliu“. Tokių programų yra 3 – Vilniaus, Kauno ir Klaipėdos priklausomybės ligų centruose.

Apžvalga

1. History and policy frameworks The objective of this section is to describe the history of residential treatment provision, current policy frameworks and financing arrangements in your country.	
1.1. History of residential treatment	<p><i>- history of residential treatment for drug users (since 1980s if possible): origins, main actors, factors that have influenced development;</i></p> <p>Iki 1990 m. Lietuva buvo Sovietų Sąjungos sudėtyje. Narkotikų vartojimas buvo uždrausta tema. Apie narkotikų paplitimą ir jų vartotojų skaičių nebuvo skelbiama viešai. Lietuvai esant už „geležinės uždangos“ narkotikų vartojimas buvo retas, dažniausiai buvo vartojami medicinos preparatai (morfijus, kodeinas). Jų vartotojai dažniausiai patekdavo į laisvės atėmimo vietas. Populiarėjant iš vietinių aguonų (opijaus ir šiaudelių) švirkštimui po 1980 m., devintame dešimtmetyje įsteigtas specializuotas uždaras skyrius priklausomų nuo narkotikų detoksikacijai ir gydymui Kauno psichiatrijos ligoninėje. Privaloma gydymo trukmė buvo 2 mėn.</p> <p>Atgavus Lietuvai nepriklausomybę 1990 m., Lietuvos specialistai pradėjo lankytis Europos Sąjungos šalyse ir JAV. Grįžę jie pritaikė šiose šalyse taikomus vakarietiškus gydymo modelius. Vienų gydymo programų tikslas buvo siekti susilaikymo nuo narkotinių medžiagų. Kiti pradėjo taikyti tuo metu labiau kontroversiškus farmakoterapijos metadonu bei žalos mažinimo principus¹. 1992 metais Vilniaus m. savivaldybės priklausomybės ligų centre atidarytas specializuotas detoksikacijos skyrius narkotikų vartotojams, kiek vėliau - specialios palatos Klaipėdos savivaldybės priklausomybės ligų centre. 2000 m. įsikūrus Kauno, Šiaulių ir Panevėžio priklausomybės ligų centruose (toliau PLC) buvo atidaryti specializuoti skyriai narkotikų abstinencijos gydymui ir psichosocialinei pagalbai.</p> <p>1992 m. Vilniaus priklausomybės ligų centre įsteigta pirmoji 28 dienų trukmės stacionarinio gydymo „Minesotos programa“.² Vėliau Minesotos programos įsisteigė ir Kauno bei Klaipėdos priklausomybės ligų centruose. Nors iš pradžių jose buvo gydomi beveik išimtinai priklausomi nuo alkoholio pacientai, nuo 2000 m. į jas buvo priimami ir priklausomi nuo narkotinių ir psichotropinių medžiagų.</p>

¹ Subata E., 1999. Drug Treatment in the Baltic Countries. EUROPEAN ADDICTION RESEARCH Volume: 5 Issue: 3 Pages: 138-144.

² Šis priklausomybių gydymo būdas pavadintas JAV Minesotos valstijos vardu. Būtent šios valstijos ligoninėse XX amžiaus šeštojo dešimtmečio pabaigoje medicinos specialistų konsultacijos ir skiriamas gydymas buvo pradėtas derinti su savitarpio pagalbos organizacijų sveikimo rekomendacijomis.

Narkotikų vartotojų ilgalaikę psichosocialinio gydymo programą, kaip terapinę bendruomenę, įsteigė LR SAM pavaldi įstaiga Lietuvos AIDS centras 1993 m. Joje gydymas trukdavo 14 mėn., buvo 13 vietų. 1994 m. Vilniaus priklausomybės ligų centras įsteigė ilgalaikio psichosocialinio gydymo padalinį, kur gydymo trukmė buvo 8 mėn. su 10 vietų. Apie 7 metus šios dvi ilgalaikio gydymo programos buvo vienintelės šalyje.

Priklausomybės ligų abstinencijos gydymo skyriai bei Minesotos programos, taip pat Lietuvos AIDS centro ir Vilniaus m. savivaldybės ilgalaikio psichosocialinio gydymo skyriai buvo steigiami ir išlaikomi valstybės arba savivaldybių biudžeto lėšomis. Nuo pat pradžių Minesotos programų ir ilgalaikio psichosocialinio gydymo personalas glaudžiai bendradarbiavo su Anoniminių narkomanų (NA) grupėmis, dažniausiai jų gydymo programoje buvo taikomi NA „12 žingsnių“ pagalbos modelis.

Nuo 2000 metų daugiausia buvę psichosocialinių gydymo programų pacientai/klientai bei religinės nevyriausybines organizacijos pradėjo steigti terapines bendruomenes. Dažniausiai už bendruomenių paslaugas mokėdavo klientų šeimos nariai, tačiau buvo teikiama ir valstybės parama. Dalinai terapines bendruomenes finansavo Narkotikų kontrolės departamentas prie LRV ir valstybės biudžeto lėšų, taip pat iš Europos socialinio fondo agentūros (ESFA). Dėl šių palankių aplinkybių, 2012 m. Lietuvoje veikė 15 ilgalaikio psichosocialinio gydymo, iš jų 10 iki 2012 m. buvo finansuojamos iš (ESFA).

- Overall trends in the duration of residential treatment programmes;

Stacionarinio gydymo programos, kuriose teikiama abstinencijos gydymo paslauga, kartu su socialinių darbuotojų ir psichologų konsultacijomis ir/ar paslaugomis, 12 žingsnių programa buvo skyriuose 5 priklausomybių ligų centruose. Šių paslaugų trukmė iki 28 dienų.

Ilgalaikės stacionarinio psichosocialinio gydymo programų (viso teikė 17 įstaigų) trukmė svyravo nuo 8-10 (Vilniaus ir Kauno PLC) iki 12-18 mėn. terapinėse bendruomenėse. Terapinės bendruomenės paprastai rekomendavo ilgą gydymo trukmę (12-18 mėn.). Tačiau vis labiau pastaruoju metu jos pripažįsta, kad stacionarinio gydymo trukmė gali skirtis priklausomai nuo individualių kliento poreikių, pvz., kai kurie klientai baigia 6 mėn. programos kursą. Trumpiau terapinės bendruomenės kursai taikomi, jei pacientas yra buvęs anksčiau jose.

Trumpalaikių stacionarinio psichosocialinio gydymo programos, kuriose paslaugos teikiamos vadovaujantis „Minesotos modeliu“ trukmė per pastaruosius 20 metų nesikeitė ir yra buvo 30 dienų.

- Non professional residential programmes existing in the country can be described in they are part of the national response;

	<p>5 priklausomybės ligų centrai turi asmens sveikatos priežiūros licencijas, kurios atnaujinamos kas 5 metai Sveikatos apsaugos ministerijos įgaliotos akreditacijos įstaigos, teikti abstinencijos gydymo, trumpalaikio ir ilgalaikio stacionarinio psichosocialinio gydymo paslaugas pagal LR SAM patvirtintus standartus³.</p> <p>Dauguma terapinių bendruomenių turėjo specialistų (psichologų, socialinių darbuotojų ir kt.). Jų profilis ir skaičius nėra reglamentuotas ir buvo skirtingas. Kai kurios terapinės bendruomenės neturėjo specialistų. Kai kurios terapinės bendruomenės taikė įvairių religijų komponentus. Todėl visos 15 terapinių bendruomenių ženkliai skirėsi pagal profesionalumą.</p> <p>Nuo 2013 metų, vadovaujantis Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2012 m. gegužės 16 d. nutarimu Nr. 528 „Dėl Socialinės globos įstaigų licencijavimo taisyklių patvirtinimo“ (Žin., 2012, Nr. 57-2864), bus licencijuojamos socialinės globos įstaigos. Nuo 2015 metų teikti trumpalaikę socialinę globą socialinės rizikos asmenims, priklausomiems nuo psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo, galės tik licencijas įgijusios psichologinės ir socialinės reabilitacijos įstaigos.</p> <p>Iki įsigalios minėta licencijavimo tvarka, <i>nėra pakankamai kriterijų atskirti neprofesionalias ilgalaikio psichosocialinio gydymo programas nuo profesionalių (licencijuotų).</i></p> <p>- changes in use of residential and outpatient treatment over time. Surinkus informaciją stebimos šios tendencijos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • jaunėjo asmenų amžius, besikreipiančių ambulatoriniam ir/ar stacionariam gydymui; • daugėjo asmenų besikreipiančių su nedideliu psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo stažu; • daugėjo asmenų, kurie yra priklausomi nuo kelių psichoaktyviųjų medžiagų; • vis daugiau kreipėsi pakartotinai asmenų, kurie jau yra keletą kartų buvę terapinėse bendruomenėse. • stacionarinės paslaugos tapo lankstesnės, labiau atsižvelgia į individualius kliento poreikius (planuojamą gydymo trukmę, galimybes mokytis, dalyvauti darbo biržos profesinio mokymuose, spręsti teisines ar sveikatos problemas).
<p>1.2. Strategy and policy frameworks for residential treatment</p>	<p>- current policy frameworks for provision of residential treatment; - objectives regarding residential treatment listed in documents (strategies/action plans) by national and/or local governments, social and /or health insurances, non-governmental organisations, associations;</p> <p>Asmens sveikatos priežiūros įstaigose (priklausomybės ligų centruose)</p>

³ LR SAM 2002 m. gegužės 3 d. Įsakymas Nr. 203 “Dėl priklausomybės ligų gydymo ir reabilitacijos standartų patvirtinimo” (Žin., 2002, Nr. [47-1824](#))

stacionarinio gydymo tikslai yra reglamentuoti priklausomybių ligų gydymo ir reabilitacijos standartuose (Žin., 2002, Nr. [47-1824](#)).

Priklausomybės ligų gydymo ir reabilitacijos standartuose yra keliami šie stacionarinio abstinencijos gydymo tikslai: abstinencijos būklės gydymas, motyvacija tęsti gydymą terapinėse bendruomenėse ir/ar dalyvauti savitarpio pagalbos grupėse, tęsti psichologo, socialinio darbuotojų konsultacijas, laboratorinis ištyrimas dėl ŽIV, virusinio hepatito C, suteikti informacijos apie priklausomybes ir sveikimą pacientams ir jų artimiesiems.

Priklausomybių ligų ir reabilitacijos standartuose yra nurodyta, kad trumpalaikėse ir ilgalaikėse stacionarinio psichosocialinio gydymo programose turi būti šios paslaugos: individuali ir grupinė psichoterapija, terapija bendruomenėje, psichologo, socialinio darbuotojo konsultacijos, specialios literatūros skaitymas, AA „12 žingsnių“ programos įsisavinimas, dienoraščio pildymas, videofilmų peržiūra ir aptarimas, AA susirinkimų lankymas ir kitų programos užduočių vykdymas. Psichotropiniai vaistai skiriami pagal individualias indikacijas. Toksikologinis psichiką veikiančių medžiagų nustatymas organizmo terpėse, įskaitant alkoholio koncentracijos išskvepiame ore matavimą techninėmis priemonėmis.

Nacionalinių lygmeniu terapinių bendruomenių gydymo tikslai nėra apibrėžti strateginiuose ar politikos dokumentuose. Kuomet teiktas finansavimas iš savivaldybių ar ESFA pagal projektus, stacionarinio gydymo tikslai buvo numatomi projektuose.

- financing models and main funders of residential treatment; costs per patient per day

Pagrindiniai stacionarinių paslaugų finansavimo šaltiniai yra šie:

1. *Valstybės biudžeto lėšos*. Kauno, Klaipėdos, Šiaulių ir Panevėžio PLC buvo pagrindiniai išlaikomi iš valstybės biudžeto lėšų, Vilniaus PLC iš Vilniaus m. savivaldybės biudžeto lėšų. Tuo būdu teikiamos paslaugos visiems pacientams, nepriklausomai ar jie drausti privalomuoju sveikatos draudimu. Dalis terapinių bendruomenių buvo dalinai finansuojamos iš valstybės ar savivaldybių biudžetų projektų pagrindu, pvz. integracijai grįžusių iš laisvės atėmimo vietų).
2. *Privalomojo sveikatos draudimo lėšos* pagal priklausomybės ligų gydymo programas 2004-2012 m. skirtos visiems 5 priklausomybės ligų centrams.
3. *ESFA lėšos* skiriamos atskiriems projektams. 2009 m. rugpjūčio 14 d. socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymu Nr. A1-503 priimtas sprendimas finansuoti projektus pagal priemonę „Socialinės rizikos ir socialinę atskirtį patiriančių asmenų integracija į darbo rinką“, kurių įgyvendinimui skirta apie 31 mln. litų. Šis finansavimas šiuo skiriamas 10 terapinių bendruomenių.

	<p>4. <i>Privačių ir juridinių asmenų savanoriška pinigine parama ir/ar labdara.</i> Dalį finansavimo, kai kurių įstaigų, sudaro privačių ir juridinių asmenų parama ir/ar labdara.</p> <p>5. <i>Klientų mokestis už paslaugas.</i> Kai kurios Priklausomybių ligų centrų teikiamos paslaugos yra mokamos ar iš dalies mokamos, pavyzdžiui, reikia mokėti už trumpalaikes stacionarines psichosocialinės programos, kuriose paslaugos teikiamos remiantis Minesotos modeliu.</p> <p>Apibendrinus visų įstaigų teiktus duomenis, abstinencijos gydymo ir psichosocialinių paslaugų teikimo išlaidos vienam pacientui per dieną yra nuo 140 Lt iki 200 Lt. Ilgalaikės stacionarinio psichosocialinio gydymo programos išlaidos nurodo, kad vieno paciento/kliento išlaidos per dieną siekė nuo 40 Lt iki 144 Lt, vidurkis visų 17 ilgalaikių gydymo programų yra apie 93 Lt. „Minesotos programų“ išlaidų vidurkis 1 pacientui per dieną yra 104 Lt.</p> <p>Apibendrinant, galima teigti, kad tik priklausomybės ligų centrai turėjo pastovų finansavimą. Terapinės bendruomenės, įsteigtos privačių asmenų ir NVO, dirbo pagal projektus ir iš labdaros bei klientų lėšų. Pasibaigus reikšmingai ESFA paramai 2012 m., nuo 2013 iškilis poreikis sukurti stacionarinių paslaugų finansavimo modelį.</p>
<p>2. Availability and characteristics The objective of this section is to assess the availability of residential treatment and to examine some key features of service provision.</p>	
<p>2.1. National (overall) availability and accessibility</p>	<p><i>- availability (number of units) of residential treatment at national level (Please report the data in the xls file available on the RTX extranet)</i></p> <p>Duomenys pateikti Priede: SG_duomenu_forma_LT.xls</p> <p>Optional domain for reporting: please describe the capacity (number of beds) and client group(s) targeted (e.g. basic socio-demographic and drug use characteristics) by residential treatment programmes and indicate the number of residential clients treated in the previous year⁴.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) stacionarinio gydymo programos, kuriose atliekamos abstinencijos gydymo paslaugos teikiamos 5 priklausomybių ligų centruose iš viso turėjo 57 lovas. 2) ilgalaikės stacionarinio psichosocialinio gydymo programose bendras vietų skaičius – 310.

⁴ - Facilities that treat both alcohol and drug users, should be described, their numbers should be included in the units counts but only drug-related clients should be counted under the number of clients.

-Regarding clients (i) the total number of individuals reached by treatment facilities in the reporting year (treatment prevalence, 2011 or the latest available) (ii) and or one-day residential clients census data (how many clients in residential treatment in one specific day; please specify the date when census data was obtained) should be provided. If such information is not available TDI data can be reported but should be clearly stated. Reporting coverage should also be described.

Please report the data in the xls file available on the RTX extranet.

3) trumpalaikės stacionarinio psichosocialinio gydymo programų (Minesotos), teikiamos 3 priklausomybės ligų centruose. Narkotikų vartotojams skiriamas lovų skaičius iki 15 (daugumą vietų užima pacientai, priklausomi nuo alkoholio).

Daugiausia stacionarinės pagalbos kreipiasi pacientai/klientai priklausomi nuo heroino. 2011 metais, asmenys, pagal vartojamų medžiagų rūšį, pasiskirstę taip:

- 1) stacionarinio abstinencijos gydymo programose gydėsi 467 opioidų vartotojai, 12 raminamųjų ir/ar migdomųjų vaistų vartotojų, 31 amfetamino vartotojas, 2 kokaino vartotojai, 19 vartojančių lakiąsias medžiagas, 17 vartojančių kanapes, 177 asmenys, priklausomi nuo kelių psichoaktyvių medžiagų.
- 2) ilgalaikėse stacionarinio psichosocialinio gydymo programose 2011 m. buvo 362 asmenys priklausomi nuo opioidų, 9 asmenys priklausomi nuo raminamųjų ir/ar migdomųjų vaistų, 36 asmenys priklausomi nuo anfetamino, 16 asmenų priklausomų nuo kokaino, 1 asmuo priklausomas nuo lakiųjų medžiagų, 2 priklausomi nuo kanapių, 161 asmenys priklausomi nuo kelių psichoaktyvių medžiagų.
- 3) Trumpalaikės stacionarinio psichosocialinio gydymo programose dėl narkotikų vartojimo Vilniaus priklausomybės ligų centre 2011 metais gydėsi 31 opioidų vartotojas, 1 vartojo raminamuosius, 2 amfetamino vartotojai, 17 vartoję kelias medžiagas, 1 vartojantis kanapes.

Terapinėms bendruomenėms, kuriose nėra gydytojų psichiatrų, sunku pateikti duomenis su tikslia klientų diagnoze.

Remiantis visų įstaigų pateiktais duomenimis galima pateikti tokį narkotikų vartotojų socialinį-demografinį portretą: tai - vyrai, priklausomi nuo opiatų (heroino), turintys vidurinį išsilavinimą, nedirbantys, heroiną vartojantys nuo 5 iki 10 metų, vartojimo būdas – švirškimas. Moterys sudaro apie 30 proc. visų besikreipiančiųjų į stacionarias gydymo įstaigas asmenų.

Reikalavimai kreipimuisi, priėmimo kriterijai, siuntimo į stacionarinį gydymą būdai; application requirements, intake criteria, referral pathways to residential treatment

Asmens sveikatos priežiūros įstaigose (PLC) visų 3 tipų stacionariniam gydymui iš paciento reikalaujama turėti asmens dokumentą ir psichiatro/šeimoms gydytojo siuntimą. Pacientas turi neturėti medicininių kontraindikacijų gydymui skyriuje (pvz.: infekcinių ar sunkių somatinių susirgimų). Priėmimo kriterijai yra šie: atitinka patvirtintas indikacijas gydymui skyriuje, sutinka su skyriaus vidaus tvarkos taisyklėmis, pasirašo informuoto asmens sutikimą gydymui.

Ilgalaikės stacionarinio psichosocialinio gydymo programos nurodo šiuos reikalavimus: asmens dokumentai, sunkių somatinių susirgimų nebuvimas.

	<p>Siuntimas iš medicinos įstaigų, kaip nurodo dauguma terapinių bendruomenių nebūtinai. Kai kurios terapinės bendruomenės prašo dokumento iš gydytojo psichiatro ir/ar šeimos gydytojo, kuriame nurodoma, kad asmuo yra priklausomas nuo psichoaktyvių medžiagų.</p>
<p>2.2. Types and characteristics of residential treatment units</p> <p>2.2.1. common approaches;</p> <p>2.2.2. typical mix/integration of services;</p> <p>2.2.3.</p>	<p>- <i>therapeutic approaches applied; (e.g. pharmaco-therapy; therapeutic community, cognitive-behavioural therapy-based, psycho-analytical, marital/family systems, 12-Step (NA)/ Minnesota models);</i></p> <p>- <i>programme characteristics</i></p> <p>Stacionarinio abstinencijos gydymo programose, teikiama medicininė pagalba, įskaitant buprenorfiną, metadoną, raminamuosius ir kitus vaistus. Kartu teikiamos socialinio darbuotojo konsultacijos, edukaciniai užsiėmimai, grupiniai užsiėmimai, kurie dažniausiai remiasi 12 žingsnių programa ir/arba socialinių įgūdžių lavinimo metodais. Taip pat šiose programose teikiamos ir psichologų konsultacijos ir grupiniai užsiėmimai (dažniausiai informacinio pobūdžio ir/ar relaksaciniai užsiėmimai). Pacientai yra tikrinami dėl ŽIV, virusinio hepatito C.</p> <p>Ilgalaikės stacionarinio psichosocialinio gydymo programos dažniausiai taiko šiuos metodus: 12 žingsnių, socialinių įgūdžių lavinimo, motyvacinis interviu, darbo terapija, meno terapija, kognityvinė elgesio terapija, šeimos terapija, DAY TOP programa.</p> <p>Trumpalaikės stacionarinio psichosocialinio gydymo programos (Minesotos) taiko 12 žingsnių programą, gydytojai psichiatrai, psichologai teikia individualias konsultacijas, veda psichoterapines grupes. Esant gretutiniams psichikos sutrikimams, tęsiamas gydymas antipsichotikais ar antidepresantais.</p> <p>- <i>provision of services for specific sub-groups of clients (migrants, youth)</i></p> <p>Kauno priklausomybės ligų centras taiko psichosocialinę programą (10 mėn. trukmės) nepilnamečiams ir jaunimui, kartu su viduriniu mokymu, socialinių įgūdžių lavinimu, meno terapija, ir kt.</p> <p>Farmakoterapija opioidiniais vaistinėmis preparatais (metadonu, buprenorfinu) integruojama į gydymą Vilniaus, Kauno ir Klaipėdos priklausomybės ligų centrų stacionarinius skyrius. Į juos patenka farmakoterapijos metadonu pacientai, kuriems reikia pagalbos nutraukti raminamųjų, amfetamino ar alkoholio vartojimą, o taip pat nutraukiantys ilgalaikę farmakoterapiją metadonu. Kai kurios ilgalaikio psichosocialinio gydymo programos, kurios turi gydytoją psichiatrą, taiko trumpą (kelių dienų) opioidinės abstinencijos gydymą buprenorfinu ar buprenorfinu/naloksonu. Atskirais atvejais opioidinės abstinencijos gydymas mažinamomis buprenorfino ir metadono dozėmis</p>

<p>integration of OST in residential treatment</p>	<p>taikomas kelias savaites ar net kelis mėnesius derinant medikamentinį gydymą su psichosocialine pagalba turinti galutinį tikslą susilaikymą nuo visų psichoaktyvių medžiagų. .</p> <p>Minesotos programose gydymas buprenorfinu ir metadonu taikomas labai retai. Šių skyrių personalas yra priešiškas farmakoterapijos pacientų gydymui jų skyriuose.</p>
<p>2.2.4 Typical levels of collaboration and networking;</p>	<p>- systemic links of residential treatment to other units and services: descriptively, to what extent each level of networking is being used (please use the categories provided in the Appendix 1); If available, please give examples of established collaborations with external partners and organisations, indicating the particular area of collaboration (e.g. referral process; management of co-morbidity; programme exit, aftercare, management of drop out);</p> <p>Įstaigų bendradarbiavimas priklauso nuo profesionalių socialinių darbuotojų buvimo ir kompetencijos stacionarinio gydymo programoje.</p> <p>Stacionarinės abstinencijos gydymo bei „Minesotos“ programos dažniausiai bendradarbiauja tik <i>pirmu lygiu</i>. Jų pagrindinis dėmesys skiriamas 12 žingsnių terapijai. Šiose programose personalas pacientus dažniausiai motyvuoja lankyti NA susirinkimus, duoda NA kontaktai. Kai kada rekomenduojama tęsti gydymą reabilitacijos bendruomenėje ir duodami jų kontaktai, kad pacientai savarankiškai pasirūpintų paslaugos gavimu.</p> <p>Šiose programose atskirais atvejais, pacientui aktyviai išreiškus poreikį, organizuojamo ir <i>antro lygio</i> bendradarbiavimas. Šiuo atveju įstaigos atstovai, pvz., socialiniai darbuotojai tarpininkauja užsiregistruojant darbo biržoje, siunčiant pacientus į medicinos įstaigas, suranda vietą nakvynės namuose ir pan. Kliento pageidavimu tai atliekama ir terapinėse bendruomenėse, ypač siunčiant klientus į darbinių įgūdžių mokymo kursus, kuriuos organizuoja darbo birža ar kitos įstaigos.</p> <p>Trečio lygio bendradarbiavimas, kuomet yra oficialus bendras darbas su kitomis įstaigomis, kai nesidalinama dokumentais apie pacientą/klientą atliekamas pagal paciento/kliento poreikius. Dažniausiai bendradarbiaujama su darbo birža, socialinės paramos skyriais, antstolių kontoromis, sveikatos priežiūros įstaigomis. Trečio lygio bendradarbiavimas daugiau būdingas ilgalaikio psichosocialinio gydymo programoms. Jo apimtis ir kokybė priklauso nuo profesionalių socialinių darbuotojų, kiek jie sugeba nustatyti individualius paciento/kliento poreikius ir su jais dirbti.</p> <p>Ketvirto lygio bendradarbiavimas, kai keičiamasi dokumentais apie pacientą/klientą, dažniausiai vyksta ilgalaikėse stacionarinio psichosocialinio gydymo programose, kartu vykdant Teisingumo ministerijos probacijos tarnybos arba savivaldybių Vaikų teisių apsaugos skyrių siųstų pacientų/klientų, turinčių</p>

	<p>vaikų, gydymą.</p> <p>Priklausomybės ligų centrai, kaip medicinos įstaigos nustatyta tvarka keičiasi medicinos dokumentacija, organizuojant pacientų gretutinių psichiatrinių sutrikimų, ŽIV infekcijos, virusinio hepatito C, narkotikų švirkštimo komplikacijų gydymą su šeimos gydytojais, infekcinėmis ir psichiatrinėmis ligoninėmis.</p>
<p>3. Quality management The objective of this section is to assess the quality management of residential treatment in Europe</p>	
<p>3.1. Availability of guidelines and service standards for residential treatment</p>	<p>- national and/or local guidelines (if those are not available, service level guidelines)</p> <p>Priklausomybės ligų centruose taikomi LR SAM patvirtinti gydymo standartai, kurie apibrėžia abstinencijos gydymo bei trumpalaikių bei ilgalaikių stacionarių gydymo programų turinio principus, trukmę, personalą, kurio sudėtyje turi būti gydytojai psichiatrai, slaugytojos, socialiniai darbuotojai bei psichologai.</p> <p>Higienos reikalavimai gydymo sąlygoms nesiskiria nuo kitų medicinos įstaigose taikomų reikalavimų. Kiekvienas priklausomybių ligų centras, kaip ir kitos medicinos įstaigos, privalo įsteigti vidaus audito tarnybą, kuri formuoja įstaigos kokybės sistemą, tvirtina paslaugų teikimo protokolus, kokybės rodiklius, nagrinėja pacientų skundus, tiria paslaugų kokybę ir efektyvumą.</p> <p>Ilgalaikės stacionarinio psichosocialinio gydymo programoms rekomendacijas darbo profesionalios paslaugų teikimo tikslu išleido Narkotikų kontrolės departamentas prie LR Vyriausybės⁵. Šiuo metu nėra kitų nacionalinių dokumentų, kurie reglamentuotų stacionarių paslaugų teikimo tvarką. Šių įstaigų licencijavimo tvarką numatoma paruošti 2013 m.</p> <p>- service standards: staffing levels, minimum requirements for staff qualification;</p> <p>Priklausomybės ligų centrai taiko stacionarinį gydymą vadovaudamiesi LR SAM patvirtintais priklausomybės ligų gydymo ir reabilitacijos standartais⁶. Juose numatyta, kad paslaugas teikia gydytojai psichiatrai, slaugytojos, psichologai ir socialiniai darbuotojai. Paslaugas gali teikti tik licencijuoti specialistai. Medicinos specialistų kompetencija reglamentuota teisiškai patvirtintose specialistų medicinos normose, jie privalo atnaujinti licenciją kas 5 metai. Nuo 2012 m. socialiniai darbuotojai taip pat turi periodiškai patvirtinti licenciją.</p> <p>Terapinės bendruomenės nacionalinių standartų minimaliai specialistų</p>

⁵ Auglytė Ž., Dragūnevičius K., Litvinienė J., Kriščiukaiytė R., Narmontienė J., Skučienė D., Subata E., Šumskaitė L., Žalimienė L. Asmenų, priklausomų nuo narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimo, reintegracija į visuomenę ir į darbo rinką: socialinės atskirties problemų sprendimas. Darbo su priklausomais nuo narkotinių medžiagų asmenimis metodika// Narkotikų kontrolės departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės. Vilnius, 2008

⁶ LR SAM 2002 m. gegužės 3 d. įsakyme Nr.204 „Dėl priklausomybės ligų gydymo ir reabilitacijos standartų patvirtinimo“ (koreguotas 2011 m. gruodžio 9 d. SAM įsakymu Nr.V-1055);

	<p>kvalifikacijai bei būtinumui turėti įvairių specialistų, ar minimaliam specialistų skaičiui nėra.</p> <p>- <i>outcome documentation and evaluation;</i> Priklausomybės ligų centrų stacionarinio gydymo programose vedama medicinos dokumentacija pagal LR SAM patvirtintas medicinos dokumentacijos formas bei teikiamos statistinės ataskaitos nustatyta tvarka. Įstaigos vidaus auditas nustatyta tvarka vertina stacionariųjų paslaugų kokybę ir efektyvumą. Terapinės bendruomenės, kurios gauna lėšų iš ESFA, pildo dokumentaciją pagal ESFA reikalavimus.</p> <p>Terapinių bendruomenių dokumentacijos vedimas nacionaliniu mastu nėra reglamentuotas. Suteiktos paslaugos terapinėse bendruomenėse dokumentuojamos įstaigoje nustatyta tvarka arba laisva forma.</p> <p>- <i>links between funding and reporting</i> Priklausomybės ligų centrų stacionarinio gydymo paslaugos yra finansuojamos pagal planuojamų juose gydyti pacientų skaičių (lovadienius). Finansavimas nepriklauso nuo suteiktų paslaugų skaičiaus ir kokybės. Terapinės bendruomenės, kurios gauna finansavimą iš ESFA teikia paraiškas finansavimui pagal nustatytus ESFA dokumentų rengimo reikalavimus.</p>
<p>4. Discussion and outlook The objective of this section is to give an outlook and discuss challenges and added value</p>	
<p>4.1. Outlook</p>	<p>- <i>trends in demand for residential treatment over past decade (approx. since 2000);</i> Stacionarinis psichosocialinio gydymo vietų skaičius padidėjo nuo 2000 m. apie 10 kartų (nuo 23 iki 310), įstaigų teikiančių paslaugas apie 8 kartus (nuo 2 iki 17). Į šio tipo paslaugas investuota didelės Europos Sąjungos ir valstybės biudžeto lėšos. Neaišku, ar yra poreikis didinti toliau vietų skaičių ilgalaikio stacionarinio gydymo programose. Pirma nėra pakankamai atliekama stebėseną šių paslaugų iš nežinomas jų efektyvumas. Iš kitos pusės, nepilnai išnaudotos ambulatorinio gydymo galimybės psichikos sveikatos centruose ir PLC (farmakoterapija, ankstyvoji intervencija, motyvacinis interviu, kognityvinė- elgesio psichoterapija) dėl finansavimo trūkumo.</p> <p>- <i>challenges (e.g. critical discussion of the role of the non professional programmes)</i></p> <p>Pasibaigus kai kurių terapinių bendruomenių finansavimui iš ESFA 2013 m., lieka neaiškus terapinių bendruomenių finansavimo modelis. 15 iš 17 ilgalaikio psichosocialinio stacionarinio gydymo programų nėra licencijuotos. Nėra patvirtintų nacionalinių teisės aktų su minimaliais reikalavimais indikacijoms, paslaugų turiniui ir kokybei, efektyvumo vertinimui, bendradarbiavimui su kitomis įstaigomis. Nepakankama stacionarinio gydymo paslaugų sistemos, paslaugų teikimo stebėseną. Neaišku kiek efektyviai yra naudojamos ESFA ir valstybės biudžeto lėšos stacionariniui gydymui. Nėra atlikta lėšų efektyvaus naudojimų sąnaudų analizės.</p>

Kitos stacionarinio gydymo programos (2 ilgalaikės psichosocialinio gydymo programos, stacionariniai abstinencijos gydymo skyriai bei Minesotos programos) veikia kaip medicinos įstaigų padaliniai ir atitinka medicinos įstaigoms keliamus reikalavimus. Jos privalo vykdyti vidaus paslaugų kokybės užtikrinimo reikalavimus. Tačiau stacionarinio priklausomybių gydymo, kaip ir kitų paslaugų finansavimas nėra susietas su suteiktų paslaugų skaičiumi ir kokybe. Toks finansavimo modelis neskatino paslaugų plėtros ir kokybės. Skiriamas finansavimas iš valstybės ir savivaldybių biudžeto nėra pakankamas. Todėl pacientai už kai kurias stacionarinio gydymo programas turi dalį kaštų padengti patys, Finansavimo nepriteklių užpildė ir priklausomybės ligų gydymo programos iš Valstybinės ligonių kasos.

- *specific added value of residential treatment*

Stacionarinis, ypač ilgalaikis psichosocialinis gydymas, potencialiai yra svarbus kai kurioms narkotikus vartojančių grupėms, ypač toms, kur ambulatorinis gydymas yra/buvo nepakankamai efektyvus. Ilgalaikės stacionarinės psichosocialinio gydymo programos galėtų būti labai tinkamos asmenys, esantys socialinėje atskirtyje, kuriems reikalingas ilgesnis laikotarpis atstatyti narkotinių medžiagų pažeistą sveikatą, išmokti socialinių įgūdžių. Kita pacientų grupė – kurių šeimoje artimiausioje aplinkoje yra vartojamos narkotinės medžiagos ar kitaip aplinka nėra stabili dėl šeimos narių alkoholio ar narkotikų vartojimo, psichikos sutrikimų, fizinio ar psichinio smurto. Trumpalaikis ir ilgalaikis stacionarinis gydymas gali būti labiau tinkamas gydymas priklausomiems nuo amfetamino, kokaino, kanapės, kuomet ambulatorinio gydymas mažiau efektyvus.