

Rekomendacijos narkotikų žalos mažinimo

paslaugų plėtrai ir kokybės gerinimui
Lietuvoje

**ŽALOS
MAŽINIMAS
VEIKIA –
FINANSUOKITE!**

Nevyriausybinių organizacijų
ir ekspertų koalicija
„Galiu gyventi“

**Rekomendacijos
narkotikų žalos mažinimo
paslaugų plėtrai ir kokybės gerinimui
Lietuvoje**

Padėka

Dėkojame už suteiktą vertingą pagalbą ir patarimus Lietuvos valdžios institucijų atstovams, nevyriausybinių organizacijų atstovams, kitiems specialistams, priklausomybės ligų centrų, psichikos sveikatos centrų ir žemo slenksčio paslaugas bei farmakoterapiją metadonu teikiančių institucijų administracijos bei medicinos darbuotojams, pacientams ir klientams, dalyvavusiems žalos mažinimo paslaugų prieinamumo, finansavimo ir kaštų tyrime.

Autoriai:

Dr. Aušra Širvinskienė, doc. dr. Marija Jakubauskienė, Erika Matuizaitė

Koalicija „Galiu gyventi“ nuo 2014 m. lapkričio prisijungė prie „Eurazijos žalos mažinimo tinklo“ vykdomo regioninio projekto „Žalos mažinimas veikia: finansuokite!“, kurį finansuoja Globalus fondas kovai su AIDS, tuberkulioze ir maliarija.

Pagrindinis šio regioninio projekto dėmesys yra skiriamas AIDS epidemijai mažinti, stiprinant advokacinę veiklą dėl tvaraus narkotikų žalos mažinimo programų finansavimo, įtraukiant partnerius iš Gruzijos, Kazachstano, Moldovos, Tadžikistano, Baltarusijos ir Lietuvos.

Pirmajame projekto etape - iki 2015 m. kovo pabaigos - naudojant bendrą visoms šalims metodologiją, buvo renkama ir analizuojama informacija apie esamą žalos mažinimo paslaugų prieinamumo ir finansavimo būklę. Analizė buvo atliekama dviem būdais:

- analizuojamas esamas žemo slenksčio kabinetų (ŽSK) bei farmakoterapijos metadonu (FM) finansavimas ir kaštai konkrečiose paslaugų vietose, taip pat skaičiuojama, kiek realiai kainuoja kiekvienas paslaugų elementas,
- pačių švirkščiamuosius narkotikus vartojančių (ŠNV) asmenų jėgomis buvo atliekama klientų/pacientų apklausa ir vedamos grupinės diskusijos, kurių metu buvo siekiama klientų/pacientų akimis įvertinti paslaugų prieinamumo kliūtis ir įvardinti, kurie paslaugų elementai yra svarbiausi.

Svarbu tai, kad projekte aktyviai dalyvauja ŠNV asmenys, yra siekiama padėti jiems dalyvauti analizuojant situaciją, išsakant savo problemas ir poreikius. Pirmajame etape Koalicija „Galiu gyventi“ dirbo su neseniai įsikūrusia vartotojų savipagalbos organizacija VŠĮ „Resetas“.

Tollesni projekto vykdymo tikslai – remiantis pateiktomis prioritetinėmis rekomendacijomis ir uždaviniais, kurti advokacijos dėl žalos mažinimo programų gerinimo Lietuvoje veiksmų planą bei jį įgyvendinti.

© Koalicija „Galiu gyventi“, 2015

TURINYS

TURINYS	5
1. ĮŽANGINIS ŽODIS	7
2. ŽALOS MAŽINIMO PROGRAMŲ POVEIKIS BENDRAI ŠALIES GYVENTOJŲ SVEIKATAI	8
2.1. ŽIV ir psichoaktyvių medžiagų vartojimo situacija Lietuvoje	8
2.2. Žalos mažinimo programų poveikis narkotikus vartojančių asmenų sveikatai, socialiniam gyvenimui, šeimoms ir artimiausiai aplinkai	11
2.3. Teigiamo žalos mažinimo programų poveikio stiprinimas	19
2.4. Žalos mažinimo programų įtaka narkotinių medžiagų paklausai šalyje	21
3. ŽALOS MAŽINIMO PASLAUGŲ PLĖTROS SCENARIJAI LIETUVOJE	22
3.1. Paslaugų aprėptis	23
3.2. ŽSK ir FM paslaugų plėtros scenarijai	25
3.3. Bendri kaštai	31
3.4. Siūlomo scenarijaus pagrindimas	32
4. IŠSAMIOS REKOMENDACIJOS	33
4.1. Koalicijos „Galiu gyventi“ planuojami artimiausi veiksmai žemo slenksčio paslaugų ŠNV aprėpčiai didinti	34
4.1.1. ŽSK paslaugų įsteigimo skatinimas naujose savivaldybėse	34
4.1.2. Klientų skaičiaus didinimas esamuose kabinetuose per paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimą	35
4.1.3. Investicijų į žalos mažinimo programas didinimas	36
4.2. Koalicijos „Galiu gyventi“ planuojami artimiausi veiksmai FM paslaugų aprėpčiai didinti	38
4.2.1. FM paslaugų įsteigimas naujose savivaldybėse	39
4.2.2. Pacientų skaičiaus esamose FM programose didinimas per programų kokybės gerinimą.	39
4.2.3. Investicijų į FM programas didinimas	41
4.2.4. FM paslaugų laisvės atėmimo vietose teikimas	42
5. DUOMENŲ RINKIMO IR ANALIZĖS METODOLOGIJA	44
5.1. Žalos mažinimo paslaugų finansavimo, išlaidų ir kaštų tyrimo metodologija	44
5.1.1. Tyrimo imties suformavimas	44
5.1.2. Žemo slenksčio paslaugos	44
5.1.3. Farmakoterapija metadonu	45
5.1.4. Tyrimo duomenų rinkimas	45
5.1.5. Tyrimo ataskaitos rengimas ir rezultatų pristatymas	45
5.2. Žalos mažinimo paslaugų vertinimo, atlikto ŠNV bendruomenės jėgomis, metodologija	46

NAUDOJAMŲ SANTRUMPŲ SĄRAŠAS

AIDS (angl. Acquired immune deficiency syndrome) – Įgytasis imuninio nepakankamumo sindromas

ART – Antiretrovirusinė terapija

ASPĮ – Asmens sveikatos priežiūros įstaiga

FM – Farmakoterapija metadonu

FOV – Farmakoterapija opioidiniais vaistais

GKK – Gydytojų konsultacinė komisija

JT – Jungtinės Tautos

LAV – Laisvės atėmimo vietos

NVO – Nevyriausybinė organizacija

NTAKD – Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas

PSPC – Pirminės sveikatos priežiūros centras

PSC – Psichikos sveikatos centras

PSDF – Privalomojo sveikatos draudimo fondas

PLC – Priklausomybės ligų centras

PSO (angl. World Health Organisation, WHO) – Pasaulio sveikatos organizacija

SAM – Sveikatos apsaugos ministerija

ŠNV – Švirkščiamųjų narkotikų vartotojai

TLK – Teritorinė ligonių kasa

TM – Teisingumo ministerija

ULAC – Užkrečiamų ligų ir AIDS centras

UNAIDS (angl. Joint United Nations Programme on HIV and AIDS) – Jungtinių Tautų programa kovai su ŽIV ir AIDS

UNODC (angl. United Nations Office on Drugs and Crime) – Jungtinių Tautų narkotikų ir nusikalstamumo biuras

VŠĮ – Viešoji įstaiga

ŽIV – Žmogaus imunodeficito virusas

ŽSK – Žemo slenksčio kabinetas

1. ĮŽANGINIS ŽODIS

„Lietuvoje gyvenimo trukmė – viena iš trumpiausių ne tik Europos Sąjungoje, bet ir visame Europos regione. Oficialiais duomenimis, mirčių nuo narkotikų nėra daug, tačiau Lietuvoje, kitaip nei kitose Europos Sąjungos šalyse, miršta jauni žmonės, o tai reiškia, kad jiems laiku nesuteikiamos reikiamos paslaugos. Vienos gyvybiškai svarbių paslaugų švirkščiamuosius narkotikus vartojantiems asmenims yra narkotikų žalos mažinimo programos, skirtos mažinti su narkotikų vartojimu susijusias neigiamas pasekmes (mirtino perdozavimo riziką, ŽIV bei virusinių hepatitų B ir C plitimą) asmeniui ir visuomenei. Žalos mažinimo paslaugos Lietuvoje, nors ir aiškiai reglamentuotos Sveikatos apsaugos ministro įsakymais, dar nėra pakankamai prieinamos asmenims, kuriems reikia tokios pagalbos. Malonu, kad vis aktyviau į tokių paslaugų teikimą ir jų analizę įsijungia nevyriausybinis sektorius. Šioje ataskaitoje analizuojamas žalos mažinimo paslaugų finansavimo mechanizmas, teikiamų paslaugų apimtys. Tikiuosi, kad ataskaitoje pateikti pasiūlymai ir rekomendacijos padės valstybės ir savivaldybių institucijoms priimti naujus sprendimus, kad mūsų šalies visuomenė būtų saugesnė ir sveikesnė.“

Doc. Audronė Astrauskienė,
Vilniaus Universiteto Medicinos fakulteto
Visuomenės sveikatos institutas,
PSO bendradarbiaujantis centras žalos mažinimo klausimais

„Šį rudenį sukanka dvidešimt metų, kai pirmieji pacientai Vilniuje, Kaune ir Klaipėdoje gavo gydymą metadonu. Pavasarį – aštuoniolika metų po pirmojo žalos mažinimo kabineto Lietuvoje atidarymo. Reikšmingi pokyčiai, organizuojant pagalbą asmenims, vartojantiems nelegalias psichoaktyvias medžiagas, prasidėjo iš „apačios“, profesionalų, suprantančių problemos sprendimo svarbą, dėka. Jau beveik du dešimtmečius žalos mažinimo programos vykdomos dėl keliolikos entuziastų pastangų ir pavienių Lietuvos savivaldybių įžvalgumo. Valstybės dalyvavimas buvo ir išlieka epizodinis ir simbolinis. Dabar Lietuva atsidūrė ties tuo slenksčiu, kai vėl atėjo laikas reikšmingiems pokyčiams, nes be atsakingų valstybės institucijų aktyvaus dalyvavimo, be adekvataus valstybinio žalos mažinimo programų finansavimo mūsų šalis gali patirti labai skaudžias pasekmes, kurių likvidavimas pareikalautų daug didesnių investicijų, nei dabar patiriamos išlaidos. „Šykštus (o aš papildyčiau – ir trumparegis) moka du kartus“.

Gyd. Aleksandras Slatvickis,
Klaipėdos psichikos sveikatos centro vyriausiasis gydytojas,
Koalicijos „Galiu gyventi“ tarybos narys

2. ŽALOS MAŽINIMO PROGRAMŲ POVEIKIS BENDRAI ŠALIES GYVENTOJŲ SVEIKATAI

2.1. ŽIV IR PSICHOAKTYVIŲ MEDŽIAGŲ VARTOJIMO SITUACIJA LIETUVOJE

Nors viešajame diskurse dažnai galima išgirsti, kad Lietuva yra nedidelio ŽIV paplitimo šalis, sergamumo ŽIV infekcija rodiklis Lietuvoje lyginant su bendru Europos Sąjungos šalių sergamumo rodikliu yra panašus, pastaraisiais metais jis Lietuvoje turi tendenciją augti ir yra didesnis nei Europos Sąjungos šalių vidurkis.

Remiantis Užkrečiamų ligų ir AIDS centro (toliau – ULAC) pateiktais duomenimis, 2014 m. Lietuvoje užregistruotas 141 naujas ŽIV atvejis w(90 vyrų ir 51 moteris). Daugiausiai užsikrėtusiųjų ŽIV 2014 m buvo nustatyta 30-34 metų asmenų amžiaus grupėje. Jauniausiam pacientui – 17 metų (neskaitant dviejų kūdikių), vyriausiam – 68 metai.

Pagal užsikrėtimo būdą 2014 m. metais:

- 27 proc. (38 asmenys) ŽIV užsikrėtė vartodami švirkščiamuosius narkotikus,
- 54,6 proc. (77 asmenys) – lytinių santykių metu, iš kurių 46,8 proc. (66) heteroseksualių ir 7,8 proc. (11 asmenų) homoseksualių santykių metu,
- 17 proc. (24 asmenų) užsikrėtimo būdas nenustatytas.

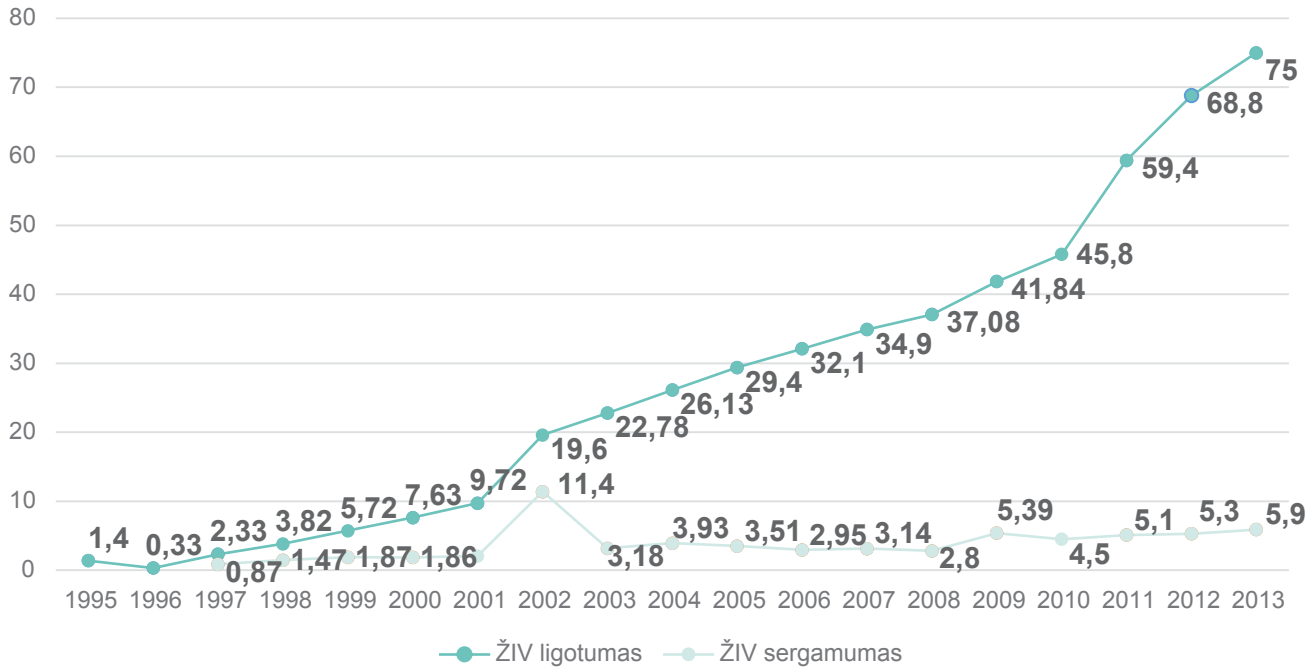
Užsikrėtusiųjų ŽIV infekcija per narkotikų vartojimą 2014 m. užregistruota mažiau nei 2013 m. 2014 metais padaugėja užsikrėtusiųjų per lytinus santykius. Tai nauja tendencija, nes iki 2013 m. daugiausia būdavo užsikrečiama vartojant narkotikus švirkščiamuoju būdu.

Iki 2015 m. sausio 1 d. iš viso Lietuvoje ŽIV infekcija diagnozuota 2 378 asmenims, iš kurių 80 proc. (1902) vyrų ir 20 proc. (476) moterų.

Per pastaruosius penkerius (2010-2014) metus moterų ir vyrų, kuriems nustatyta ŽIV infekcija, santykis sumažėjo daugiau nei dvigubai, t.y., kasmet daugėja ŽIV infekuotų moterų.

ULAC duomenimis sergamumo ŽIV infekcija rodiklis 2014 metais, lyginant su 2013 metais, sumažėjo – atitinkamai nuo 5,9 iki 4,8 atvejo 100 tūkst. gyventojų.

1 pav. ŽIV paplitimas (ligotumas) ir sergamumas Lietuvoje 100 tūkst. gyventojų. Šaltinis: Užkrečiamų ligų ir AIDS centras, www.ulac.lt



Valstybinio psichikos sveikatos centro duomenimis 2013 m. iš 2 082 asmenų, kurie kreipėsi į asmens sveikatos priežiūros įstaigas dėl psichikos ir elgesio sutrikimų, atsiradusių vartojant narkotines ar psichotropines medžiagas, 217 asmenų (13,45 proc.) buvo užsikrėtę ŽIV.

Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamento metiniame pranešime¹ nurodoma, kad tyrimų dėl ŽIV 2013 m. atlikta 8,5 proc. daugiau nei 2012 m. 2013 m. daugiausia (119 132 tyrimai) dėl ŽIV ištirta kraujo donorų (13,7 proc. daugiau nei 2012 m.). Antroji pagal tyrimų apimtį grupė – nėščiosios, kurioms atliktų ŽIV tyrimų skaičius, lyginant su 2012 metais, išliko stabilus ir siekė daugiau nei 45 tūkstančius tyrimų per metus. Savo noru dėl ŽIV 2013 m. pasitikrino 12 090 asmenų ir tai yra 1,7 karto daugiau nei 2012 m. Du su puse karto išaugo ištirtų dėl ŽIV asmenų, turėjusių lytinių kontaktų su ŽIV užsikrėtusiu asmeniu, ir daugiau nei 12 kartų išaugo ištirtų dėl ŽIV vyrų, turėjusių lytinių santykių su vyrais, lyginant su 2012 m.

ULAC duomenimis 2013 m. ŽIV gydymas – antiretrovirusinė terapija – iš viso buvo skirta 407 ŽIV užsikrėtusiems asmenims, iš kurių – 119 moterų ir 228 vyrai. 39,9 proc. (n = 162) ART gydomų pacientų sudarė asmenys, užsikrėtę ŽIV per švirkščiamųjų narkotikų vartojimą, tarp kurių 5,9 proc. (n = 24) pacientų ART pradžios metu buvo metadono programos dalyviai.

Lietuvoje nuo 2010 m. iki 2013 m. ŽIV užsikrėtusių asmenų, kuriems buvo taikoma antiretrovirusinė terapija, skaičius išaugo daugiau negu 2 kartus².

¹ Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas, Metinis pranešimas, 2014 m., 71 psl. http://ntakd.lt/files/informacine_medzega/0-NTAKD_medziaga/1-MP/2014_LT.pdf

² Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas, Metinis pranešimas, 2014 m., 71-72 psl. http://ntakd.lt/files/informacine_medzega/0-NTAKD_medziaga/1-MP/2014_LT.pdf

1 lentelė. Laboratorijų pateikti duomenys apie ištirtus dėl ŽIV asmenis pagal tiriamąsias grupes, 2012 – 2013 m. Šaltinis: Užkrečiamų ligų ir AIDS centras, www.ulac.lt. Cit. pagal Narkotikų tabako ir alkoholio kontrolės departamento metinį pranešimą 2014 m., psl. 71.

Kodas	Tiriamosios grupės pavadinimas	Tirta	
		2012 m.	2013 m.
01	Tiriamieji pagal klinikinius požymius	2 049	3 147
02	Sergantieji lytiškai plintančiomis infekcijomis	199	129
03	Asmenys turintys daugiau negu vieną partnerį	448	178
04	Sergantieji tuberkulioze	2 165	1 724
05	Kraujo donorai	102 897	119 132
06	Nėščiosios	45 071	45 242
07	Savo noru besitikrinantieji	6 846	12 090
08	Patekusieji į kardomojo kalinimo ar laisvės atėmimo vietas	16 797	13 912
09	Profesinis kontaktas	213	178
10	Asmenys vartojantys narkotikus	2 897	2 116
11	Seksualines paslaugas teikiantys asmenys	327	220
12	Vyrai, turintys lytinių santykių su vyrais	38	464
13	Migrantai, pabėgėliai	42	10
14	Užsieniečiai	37	37
15	Asmenys, turėję lytinių kontaktų su ŽIV užsikrėtusiuoju	43	109
16	Kreipėsi dėl pažymos	8 189	8 138
17	Kiti	15 681	14 467
	Iš viso	203 939	221 293

Ekspertų ir atsakingų Lietuvos institucijų vertinimu Lietuvoje yra apie 5 500 probleminių narkotikų vartotojų³. Valstybinio psichikos centro duomenimis 2013 m. mažiausiai trečdalis iš šių 5,5 tūkst. asmenų nuolat yra laisvės atėmimo įstaigose. Oficialiais Kalėjų departamento prie LR Teisingumo ministerijos duomenimis - 1,4–1,6 tūkst., o tai sudaro apie penktadalį visų įkalintųjų asmenų.

³ Astrauskiene A., Dobrovolskij V., Stukas R. The prevalence of problem drug use in Lithuania. Medicina (Kaunas), 47 (6) (2011), pp. 340–346.

2.2. ŽALOS MAŽINIMO PROGRAMŲ POVEIKIS NARKOTIKUS VARTOJANČIŲ ASMENŲ SVEIKATAI, SOCIALINIAM GYVENIMUI, ŠEIMOMS IR ARTIMIAUSIAI APLINKAI

Lietuvos teisės aktuose žalos mažinimo programos apibrėžiamos kaip „programos, kuriomis siekiama sumažinti galimas su narkotikų vartojimu ir rizikinga elgsena susijusias neigiamas medicinines, socialines, ekonomines, teisines pasekmes visuomenei ir asmeniui“⁴.

Lietuva viena pirmųjų Europoje ir pirmoji Sovietų Sąjungoje pradėjo įgyvendinti narkotikų žalos mažinimo programas, kaip veiksmingas priemonės gydant priklausomus nuo narkotikų asmenis ir mažinant su švirkščiamųjų narkotikų vartojimu susijusias neigiamas ekonomines ir socialines pasekmes visuomenėje (mažinant nusikalstamumą, stabdant kraujo būdu plintančių ligų, tokių kaip ŽIV, hepatitai B ir C, plitimą).

Šių programų įgyvendinimas ir plėtra Lietuvoje teigiamai paveikė ne tik priklausomų asmenų bei jų šeimos narių gyvenimo kokybę (dėl atsiradusios galimybės laiku gauti pagalbą, motyvacijos didinimo kreiptis pagalbos į sveikatos priežiūros įstaigas ir pan.), bet ir prisidėjo prie priklausomybių politikos bei pačios sveikatos politikos modernizavimo.

2013 m. Lietuvoje žemo slenksčio (švirkštų ir adatų keitimo) paslaugas teikė 12 kabinetų 8 savivaldybėse (Vilniuje, Kaune, Klaipėdoje, Šiauliuose, Alytuje, Mažeikiuose, Kėdainiuose ir Visagine), tarp jų - 2 mobilūs kabinetai Vilniuje ir Klaipėdoje⁵. Žemo slenksčio paslaugos apima:

- 1) anonimines socialinių darbuotojų ar slaugytojų konsultacijas narkotikų vartotojams,
- 2) švirkštimo priemonių keitimą,
- 3) testavimą dėl ŽIV infekcijos (ne visuose žalos mažinimo kabinetuose ir ne nuolatos),
- 4) nukreipimą į gydymo programas ir/ar konsultaciją apie jas.

Nuo 2008 m., pasibaigus Jungtinių Tautų (toliau – JT) narkotikų ir nusikalstamumo biuro projektui Baltijos šalyse „ŽIV prevencija tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų ir laisvės atėmimo vietose Estijoje, Latvijoje ir Lietuvoje“ (2007–2011 m.) dėmesys problemai ir finansavimas iš valstybės ir savivaldybių biudžeto mažėjo. Žemos slenksčio kabinetų skaičius sumažėjo nuo 14 iki 12 (2012 m.), o kabinetų lankytojų skaičius nukrito 23 proc.⁶.

Pasaulyje ir Lietuvoje atlikti moksliniai tyrimai rodo, kad labai svarbus sterilių instrumentų prieinamumas, nes švirkščiamuoju būdu narkotikus vartojantys asmenys (toliau – ŠNV), kuriems sudėtinga įsigyti

⁴ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. liepos 5 d. įsakymas Nr. V-584 „Dėl narkotinių ir psichotropinių medžiagų žalos mažinimo programų vykdymo tvarkos aprašo patvirtinimo“. Žin., 2006, Nr.77-3020.

⁵ Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas, Metinis pranešimas, 2014 m., 75-77 psl. http://ntakd.lt/files/informacine_medzega/0-NTAKD_medziaga/1-MP/2014_LT.pdf

⁶ Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas, Metinis pranešimas, 2014 m., 75-77 psl. http://ntakd.lt/files/informacine_medzega/0-NTAKD_medziaga/1-MP/2014_LT.pdf

sterilios įrangos, naudos jau naudotą švirkštą^{7,8}.

Poreikis greitai susišvirkšti narkotikų ir nenoras gaišti laiko ieškant sterilių priemonių yra viena pagrindinių dalijimosi adatomis ir švirkštais priežasčių, rodanti, kad net menki nepatogumai įsigyti sterilią injekcijos įrangą gali būti pagrindine kliūtimi rizikai mažinti⁹.

ŽIV prevencijos srityje ne mažiau yra svarbi ir farmakoterapija opioidiniais vaistais (toliau – FOV), Lietuvos teisės aktuose vis dar vadinama pakaitiniu palaikomuoju gydymu¹⁰. FOV skyrimo ir vykdymo tvarką nustato Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. rugpjūčio 6 d. įsakymas Nr. V-653 „Dėl pakaitinio gydymo skyrimo ir taikymo priklausomybei nuo opioidų gydyti ir pakaitinių opioidinio vaistinių preparatų išrašymo, išdavimo, laikymo ir apskaitos asmens sveikatos priežiūros įstaigose tvarkos aprašų patvirtinimo“ (Žin., 2007, Nr. 90-3587; 2011, Nr.154-7301). Apraše yra įvardinti šie FOV skyrimo tikslai:

- 1) sumažinti ligos atkryčio riziką,
- 2) pagerinti sergančiųjų priklausomybe nuo opioidų somatinę ir psichinę būklę, gerinti jų socialinę adaptaciją ir integraciją į visuomenę,
- 3) geriau organizuoti ŽIV, hepatitų B ir C bei kitų infekcinių ligų prevenciją tarp narkotikus vartojančių asmenų,
- 4) efektyviau gydyti gretutinius susirgimus (tuberkuliozę, cukrinį diabetą, gretutinius psichikos sutrikimus ir kt.),
- 5) efektyviau gydyti narkotikų švirkštimosi komplikacijas (sepsį, pūlines infekcijas, hepatitus B, C, ir kt.) arba padėti jų išvengti,
- 6) sudaryti sąlygas geresnei prenatalinei ir postnatalinei narkotikus vartojančių nėščių moterų priežiūrai,
- 7) pritraukti narkotikus vartojančius asmenis gydytis asmens sveikatos priežiūros įstaigose,
- 8) ŽIV infekuotiems priklausomiems nuo narkotikų asmenims sudaryti galimybę nutraukti švirkščiamųjų narkotikų vartojimą, pagerinti antiretrovirusinio gydymo efektyvumą.

Svarbu atkreipti dėmesį į tai, kad siekiant sumažinti šių paslaugų teikimo slenkstį 2014 m. liepos 16 d. buvo priimtas minėto įsakymo

⁷ Valenciano M, Emmanuelli J, Lert F. Unsafe injecting practices among attendees of syringe exchange programmes in France. *Addiction*, 2001;96(4):597-606.

⁸ Shaw SY, Shah L, Jolly AM, Wylie JL. Determinants of injection drug user (IDU) syringe sharing: the relationship between availability of syringes and risk network member characteristics in Winnipeg, Canada. *Addiction*, 2007;102(10):1626-3

⁹ Perngmark P, Celentano DD, Kawichai S. Needle sharing among southern Thai drug injectors. *Addiction*, 2003;98(8):1153-61.

¹⁰ **Pakaitinis palaikomasis gydymas metadonu ir buprenorfinu (farmakoterapija opioidiniais vaistais)** – asmenų, sergančių priklausomybe nuo opioidų, tęstinis gydymas, skiriant santykinai stabilias opioidinių vaistinių preparatų dozes, siekiant maksimaliai normalizuoti paciento somatinę ir psichikos būseną, skatinti pozityvius elgesio ir socialinės adaptacijos pokyčius. **Pakaitiniai opioidiniai vaistiniai preparatai** – tai vaistiniai preparatai, kurių sudėtyje yra sintetinės kilmės vaistinių medžiagų, priklausančių opioidų grupei, įregistruoti Lietuvos Respublikos vaistinių preparatų registre arba Bendrijos vaistinių preparatų registre ir pagal indikacijas skiriami sergantiesiems priklausomybe nuo opioidų gydyti.

pakeitimas, kuriame numatyta, kad FOV skiriama ne asmens sveikatos priežiūros įstaigos (toliau – ASPĮ) sudarytos gydytojų konsultacinės komisijos (toliau – GKK) sprendimu, o gydytojo psichiatro sprendimu. Palaikomąjį gydymą gydytojas skiria, įvertinęs paciento diagnozę ir indikacijas. FOV ASPĮ organizuojama vadovaujantis ASPĮ vadovo ar jo įgalioto asmens nustatyta tvarka.

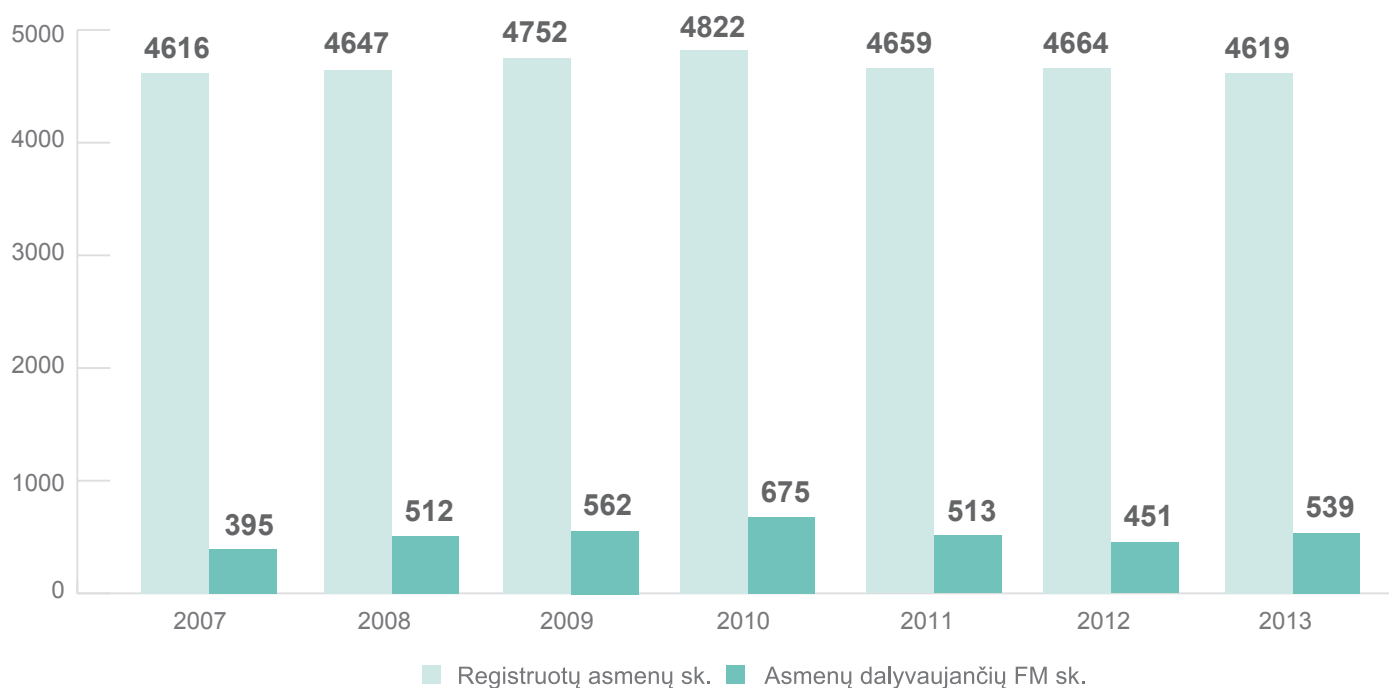
Dar vienas svarbus pasiekimas yra tai, kad Lietuvoje yra parengtos ir galioja pacientų gydymui būtinos priklausomybių ligų gydymo metodikos:

- 1) priklausomybės nuo opioidų gydymo naltreksonu metodika. Autoriai: E. Subata, E. Pincevičiūtė. Lietuvos psichiatrų asociacija, 2008,
- 2) priklausomybės nuo opioidų gydymo metadonu metodika. Autoriai: E. Subata, V. Danilevičiūtė, V. Adomaitienė, R. Matulionytė, S. Naujokienė, A. Malinauskaitė. Lietuvos psichiatrų asociacijos darbo grupė, 2010,
- 3) vaikų ir paauglių, vartojančių psichoaktyvias medžiagas, gydymo ir skausmo malšinimo opioidais metodika. Autoriai: V. Adomaitienė, D. Leskauskas, O. Ančiulytė. Kauno medicinos universitetas, 2009,
- 4) priklausomybės nuo opioidų gydymo buprenorfinu ir buprenorfinu / naloksonu metodika. Autoriai: E. Subata, V. Danilevičiūtė, V. Adomaitienė, R. Matulionytė, J. Kuznecova, N. Šinkūnienė, S. Zamkovaja, T. Zikaras, S. Naujokienė, A. Malinauskaitė. Lietuvos psichiatrų asociacijos darbo grupė, 2009,
- 5) priklausomybės sunkumo indeksas. Autoriai: Tom McLellan, Deni Carise. Leidinį lietuvių kalba adaptavo: dr. E. Subata, A. Malinauskaitė, E. Pincevičiūtė, J. Stankevičiūtė, A. Jacynaitė, 2011.

Lietuvos valstybės kontrolė (2011 m.) pažymėjo, kad „*mūsų šalyje pakaitinio gydymo prieinamumas ribotas. 2010 m. tokias paslaugas teikė tik 19 įstaigų. Daugelis šalies pirminės psichikos sveikatos priežiūros centrų pakaitinio gydymo neatlieka, nors teisės aktuose tokia galimybė numatyta. Šias paslaugas teikia tik specializuoti gydymo centrai, kurie išsidėstę netolygiai, todėl daliai asmenų toks gydymas neprieinamas. Iš šešiasdešimties savivaldybių pakaitinio gydymo paslaugos teikiamos tik trylikoje. Dviejuose mūsų šalies regionuose – šiaurės rytuose ir pietvakariuose – pakaitinio gydymo iš viso nėra, nors tose savivaldybėse bendras sergamumo narkomanija rodiklis viršija šalies ir rajonų vidurkius. Pavyzdžiui, Biržų ir Visagino savivaldybėse 2010 m. vidutinis sergamumo rodiklis viršytas tris kartus, Tauragės rajone – du kartus“¹¹.*

¹¹ Valstybės kontrolė, „Metadono vartojimo Lietuvoje 2009-2010 metais tyrimo ataskaita“, 2011 m. lapkričio 30 d., Nr. VA-P-10-10-19, <http://www.vkontrolė.lt/failas.aspx?id=2476>

2 pav. Asmenų, registruotų dėl psichikos ir elgesio sutrikimų, atsiradusių vartojant opioidus, ir gaunančių pakaitinį gydymą, skaičius Lietuvoje 2007–2013 m. gruodžio 31 d. Šaltinis: NTAKD metinis 2014 m. pranešimas, psl. 59.



2013 m. pabaigoje FOV buvo taikomas 539 pacientams ir tai sudarė 11,6 procentų nuo visų 4 619 asmenų, registruotų dėl psichikos ir elgesio sutrikimų, atsiradusių vartojant opioidus. 2012 m. ši dalis buvo 9,7 proc. (451 iš 4 664), 2011 m. – 11 proc. (513 iš 4 659), 2010 m. – 14 proc. (676 iš 4 822). Gydymas metadonu 2013 m. sausio 1 d. Lietuvoje buvo taikomas 518 asmenų, per 2013 metus 240 pradėjo gydymą, 197 baigė gydymą, o 2013 m. gruodžio 31 d. buvo gydomas 321 asmuo. Pakaitinis gydymas buprenorfinu 2013 m. sausio 1 d. Lietuvoje buvo taikomas 74 asmenims, per 2013 metus gydymą pradėjo 67 asmenys, o baigė tik 5¹².

Nežiūrint tam tikrų aprėpties problemų, reiktų paminėti, kad žemo slenksčio programos turėjo ir turi gana svarbų indėlį susijusį su:

- 1) švirkščiamų narkotikų vartotojų integracija į sveikatos priežiūros, socialinės pagalbos įstaigas, kurios padeda spręsti kompleksines šios asmenų grupės problemas,
- 2) infekcinių ligų profilaktika.

Galima pateikti pavyzdį iš TUBIDU projekto metu 2012 m. atlikto tyrimo, kuris parodė, kad ŽIV infekcijos paplitimas tarp ŠNV Vilniaus mieste yra 9,7 proc. Nustatyti tokie ŽIV rizikos veiksniai, kaip narkotiko iš bendro indo (32,1 proc.) traukimas, svetimo ar rasto švirkšto (18,2 proc.) naudojimas, narkotiko švirkšte (6,7 proc.) ar švirkšto (32,4 proc.) pirkimas iš narkotikų platintojo, narkotiko (68,8 proc.) švirkštimsis

¹² Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas, Metinis pranešimas, 2014 m., 61 psl. http://ntakd.lt/files/informacine_medzega/0-NTAKD_medziaga/1-MP/2014_LT.pdf

laisvės atėmimo vietoje¹³. Taip pat nustatyti ir riziką mažinantys veiksniai: sterilaus švirkšto įsigijimas iš saugių tiekėjų – vaistinėje (73,6 proc.) ar žemo slenksčio kabinetuose (75,1 proc.), sterilaus švirkšto naudojimas paskutinio narkotiko švirkštimosi metu (87 proc.) ir vienos dalies švirkšto naudojimas (57,9 proc.).

Žemo slenksčio kabinetai (toliau – ŽSK), kuriuose dalijami švirkštai ir adatos bei kitos reikalingos priemonės bei teikiamos konsultacijos, žymiai prisideda prie ŠNV integracijos į sveikatos priežiūros, socialinės pagalbos įstaigas. Tai galima pagrįsti ir ULAC duomenimis, surinktais iš ŽSK 2013 m. (žiūr. 2 lentelę).

ŽSK aprėptis Lietuvoje yra maža, susiduriama ir su rimtais ŽSK finansavimo sunkumais. Nors finansavimo labai trūksta, kaip matome iš pateiktos suvestinės, 2008 – 2013 m., kabinetų darbuotojai aktyviai dirbo ir užmezgė bei palaikė ryšius su ŠNV, tarpininkavo tarp jų ir reikalingų gydymo, socialinių, teises paslaugas teikiančių įstaigų: vien 2013 m. į gydymo ir socialines įstaigas buvo nukreiptas ir / ar palydėtas 4 821 asmuo.

ŽSK specialistai motyvuoja ŠNV atsisakyti psichoaktyvių medžiagų vartojimo ne gydymo tikslu, mažinti rizikingą elgseną, skatina paslaugų gavėjus gydytis psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo sukeltus psichikos ir elgesio sutrikimus ir kitas ligas bei konsultuoja ir informuoja ŠNV infekcijų plitimo, narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimo prevencijos bei saugesnės lytinės elgsenos klausimais (2013 metais konsultuoti 16 157 asmenys).

Kiti tyrimai (Stonienė et al., 2013), kurie buvo atlikti tarp ŠNV, rodo, kad rizikingas elgesys pamažu kinta, t.y., ŠNV turi daugiau informacijos, galimybės gauti švirkštimosi įrankius, dezinfekcijos priemones ir kt.¹⁴ Šis tyrimas atskleidė, kad ŠNV paskutinio narkotiko švirkštimosi metu naudojo sterilų švirkštimosi instrumentą, lyginant su ankstesniais tyrimais¹⁵ taip: tarp ŽSK klientų - 79,3 proc. ir tarp naujų ŽSK klientų - 70,8 proc.¹⁶ Vertinant sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą nustatyta, kad sveikatos draudimą turėjo dvigubai daugiau (atitinkamai 35 proc. ir 68,8 proc.) respondentų, tačiau labai svarbų ŽIV tyrimą bent kartą gyvenime yra atlikę mažiau respondentų, t. y., 89,7 proc., lyginant su 94,8 proc. Atitinkamai mažiau – nuo 72,5 proc. iki 61,2 proc. – asmenų buvo atlikę ŽIV tyrimą per paskutiniuosius metus ir žinojo tyrimo rezultata.

¹³ Stonienė, L.; Narkauskaitė, L.; Davidavičienė, E. ŽIV ir tuberkuliozės tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų paplitimas, rizikos veiksniai ir paslaugų prieinamumas. Visuomenės sveikata, 2013/3(62), p. 41–48.

¹⁴ Stonienė L, Narkauskaitė L, Davidavičienė E. ŽIV ir tuberkuliozės tarp švirkščiamųjų narkotikų vartotojų paplitimas, rizikos veiksniai ir paslaugų prieinamumas. Visuomenės sveikata. 2013;3(62):41-48

¹⁵ UNODC, Gurevičius R, Stonienė L. Sterilios švirkštimosi įrangos prieinamumo vaistinėse tyrimas. 2008:12-13.

¹⁶ Stonienė L. Mikroaplinkos veiksniai, turintys įtakos užsikrėsti ŽIV vartojant švirkščiamuosius narkotikus. Visuomenės sveikata. 2011;4(55):94-102.

2 lentelė. Žemo slenksčio kabinetų veiklos metinė suvestinė, 2008 – 2013 m. Šaltinis: NTAKD metinis 2014 m. pranešimas.

Iš viso Lietuvoje							
Eil. Nr.	Paslaugų pavadinimas / lankytojai	Metai					
		2008	2009	2010	2011	2012	2013
1.	Visų apsilankymų kabinete skaičius	56 548	47 375	42 736	39 266	46 344	38 017
2.	Nuolatinių paslaugų gavėjų skaičius				-	2 589	2 660
3.	Naujų paslaugų gavėjų skaičius				-	1 943	1 148
4.	Paslaugų gavėjų, kurie bent kartą per metus apsilankė kabinete, skaičius				-	4 719	7 720
5.	Išdalytų švirkštų skaičius	238 755	242 890	192 350	181 408	196 446	168 943
6.	Adatų, išdalintų be švirkšto, skaičius	313 894	188 364	102 763	110 726	103 536	96 787
7.	Surinktų švirkštų skaičius	371 217	270 206	205 914	161 615	140 239	128 265
8.	Adatų, surinktų be švirkšto, skaičius	277 109	225 857	136 553	157 145	126 867	133 591
9.	Išdalintų dezinfekcijos priemonių skaičius	280 591	256 532	209 428	234 342	238 791	205 123
10.	Išdalintų prezervatyvų skaičius	42 848	34 722	30 051	32 697	32 031	27 170
11.	Išdalintos tvarsliaivos skaičius	39 968	21 035	17 426	20 555	21 724	19 558
12.	Atliktų žaizdų perrišimo procedūrų skaičius	2 715	2 606	1 257	696	1 150	1 425
13.	Atliktų atrankinių ŽIV testų skaičius		-	1 739	3 775	4 420	5 949
14.	Atliktų kitų atrankinių greityjų testų skaičius				-	169	315
15.	Konsultavimo ir informavimo paslaugų skaičius	29 290	23 587	24 309	20 871	17 534	16 157
16.	Tarpininkavimo paslaugų (registravimo į sveikatos priežiūros įstaigas, pagalbos gaunant socialines, teisines paslaugas) skaičius	1 209	1 738	2 502	2 672	3 094	4 821
17.	Suteiktų asmens higienos paslaugų (prausimosi, skalbimo ir kt.) skaičius	3 425	2 458	3 224	1 617	2 009	2 034
18.	Kitų paslaugų skaičius					7 562	10 096

Kalbant apie FOV, taip pat galima pateikti įrodymų, kurie pagrindžia šios programos efektyvumą ir asmens, ir visuomenės atžvilgiu. Galima paminėti tyrimą, kuri atliko Subata et.al.¹⁷ (2011 m.), siekdami iširti kompleksinio poveikio įtaką asmens ir visuomenės sveikatai bei nusikalstamumui, susijusiam su narkotikų įsigijimu ir vartojimu Vilniaus romų tabore. Tuo tikslu 2010 m. liepos 15 d. buvo pasirašyta trišalė bendradarbiavimo sutartis tarp Narkotikų kontrolės departamento prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės, Vilniaus apskrities vyriausiojo policijos komisariato ir Vilniaus priklausomybės ligų centro. Sutarties tikslas – pagal kompetenciją stiprinti ir plėsti tarpusavio bendradarbiavimą, sprendžiant su romų taboru susijusias narkomanijos problemas. Įgyvendindami sutartį, Vilniaus II policijos komisariato pareigūnai, intensyviai patruliuodami Vilniaus romų tabore ir jo apylinkėse, informuodavo asmenis, vartojančius narkotines ir psichotropines medžiagas, apie galimybę gydytis Vilniaus priklausomybės ligų centre bei suteikdavo kitą reikalingą informaciją. Trišalės sutarties vykdymo laikotarpiu nuo 2010 m. rugpjūčio mėn. iki gruodžio mėn. į Vilniaus priklausomybės ligų centrą atvyko 121 asmuo su raštišku policijos nukreipimu. Pacientai kartu su specialistais galėjo pasirinkti gydymo ir pagalbos rūšį. 117 asmenų buvo priimti į farmakoterapiją opioidiniais vaistinėmis preparatais, 2 asmenys pasirinko stacionarų gydymą narkotinės abstinencijos gydymo skyriuose Vilniaus priklausomybės ligų centre, 2 asmenys konsultavosi ambulatoriškai. Vykdamas palyginti trumpą 4 mėnesių trišalį bendradarbiavimą tarp minėtų įstaigų, pavyko pasiekti rezultatų, rodančių, kad teisėsaugos ir sveikatos priežiūros įstaigų bendradarbiavimas, sprendžiant narkomanijos problemas Vilniaus romų tabore, buvo veiksmingas. Šio bendradarbiavimo metu atliktas tyrimas parodė, kad sudarius narkotikų vartotojams, policijos sulaikytiems romų tabore, galimybę be eilės patekti į gydymo programas ir policijos pareigūnų paragintiems gydytis, net po labai trumpo gydymo laikotarpio pastebėti žymūs teigiami poslinkiai narkotikų vartotojų elgsenoje, o dauguma pacientų (apie 80,3 proc.) tęsė gydymą po 4 mėn. nuo priėmimo į farmakoterapijos metadonu programą. Atlikto tyrimo rezultatai taip pat atskleidė, kad policijos nukreipti asmenys noriai kreipėsi pagalbos, o jiems skyrus kompleksinį gydymą metadonu nustojo vartoti arba žymiai mažiau vartojo narkotinių medžiagų, pasižymėjo mažiau rizikingu elgesiu, galinčiu lemti užsikrėtimą ŽIV ir kitomis virusinėmis infekcijomis, mažiau darė nusikalstamų veikų, pagėrėjo jų gyvenimo kokybę ir subjektyvus sveikatos būklės vertinimas.

Vilniaus apskrities Vyriausiojo policijos komisariato duomenimis, sugriežtinus policijos patruliavimą Vilniaus romų tabore ir nukreipus daugiau narkotikus vartojančių asmenų į farmakoterapijos metadonu programą, 2010 m. mieste sumažėjo vagysčių bei smurtinių nusikaltimų,

¹⁷ Subata E., Malinauskaitė A., Astrauskienė A. Teisėsaugos ir sveikatos priežiūros įstaigų bendradarbiavimas ir jo veiksmingumas, sprendžiant opioidų vartotojų problemas. Visuomenės sveikata. 2011;2(53):36-45

ypač Naujininkų mikrorajone, esančiame šalia romų taboro¹⁸.

Dėl bendradarbiavimo, orientuoto į gydymą, o ne tik į baudimą, sumažėjo neteisėtų narkotikų vartojimas bei vartojimo sukeltas pavojus visuomenės sveikatai ir socialiniam stabilumui Vilniaus mieste.

Verta pastebėti, kad Lietuvoje įgyvendinama farmakoterapijos opioidais programa teigiamai įvertinta 2004–2006 m. Pasaulio sveikatos organizacijos atliktame tyrime. Jame be Lietuvos, dalyvavo Lenkija, Ukraina, Indonezija, Iranas, Kinija bei Tailandas¹⁹. Iš viso tyrime dalyvavo 726 pacientai, iš jų 102 iš Lietuvos. Lietuvos tyrimas parodė, kad pacientų, kuriems taikoma farmakoterapija metadonu, gyvenimo kokybė žymiai pagerėjo po 3 ir 6 mėnesių, įskaitant ir subjektyvų sveikatos vertinimą²⁰. Visose tyrime dalyvavusiose šalyse, nepriklausomai nuo ekonominio-kultūrinio konteksto, stebėtas ryškus heroino ir kitų neteisėtų narkotikų vartojimo, rizikingo elgesio užsikrėsti ŽIV ir kitomis per kraują plintančiomis infekcijomis bei dalyvavimo kriminalinėje veikloje sumažėjimas. Tyrimų rezultatai parodė žymų pacientų fizinės ir psichinės sveikatos bei bendros savijautos pagerėjimą.

Narkotikų kontrolės departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006 metais atlikęs pacientų, dalyvaujančių farmakoterapijoje metadonu apklausą, padarė išvadą, kad kuo ilgiau taikomas gydymas, tuo labiau mažėja rizika vartoti ir švirkštis narkotikus. Jeigu pirmaisiais metais dažniau ar rečiau narkotikus vartojo 28 proc., tai gydomi ilgiau nei 1 metus – tik apie 10 proc., gydomi dar ilgiau – 5 proc. (Narkotikų kontrolės departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės, 2008 m.)

¹⁸ Mikulskis A. Referral to drug dependence treatment by Vilnius police. UNODC conference „HIV prevention among injecting drug users and in prison settings”, March 24-25, 2011, Riga, Latvia. Prieiga per internetą: http://www.unodc.org/documents/balticstates//Events-Presentations/FinalConf_24-5Mar11/Mikulskis_25_March.pdf.

¹⁹ Lawrinson P. et al., (2008). Peter Lawrinson, Robert Ali, Aumphornpun Buavirat, Sithisat Chiamwongpaet, Sergey Dvoryak, Boguslaw Habrat, Shi Jie, Ratna Mardiati, Azaraksh Mokri, Jacek Moskalewicz, David Newcombe, Vladimir Poznyak, Emilis Subata, Ambrose Uchtenhagen, Diah S.Utami, Robyn Vial and Chengzheng Zhao. Key findings from the WHO collaborative study on substitution therapy for opioid dependence and HIV/AIDS. *Addiction*, 103, 1484-1492.

²⁰ Padaiga Ž., Subata E., Vanagas G. (2007). Outpatient methadone maintenance treatment program: Quality of life and health of opioid-dependent persons in Lithuania. *Medicina*, 2007; 43(3). – 235-241.

2.3. TEIGIAMO ŽALOS MAŽINIMO PROGRAMŲ POVEIKIO STIPRINIMAS

Nors ŽSK ir FM teigiamas poveikis asmeniui ir visuomenei yra įrodytas moksliniais tyrimais, Lietuvoje jų aprėptis ir prieinamumas vis dar pakankamai problemiški. 2.2 skyriuje minėtus ŽSK ir FM paslaugų teikimo poveikius asmeniui ir visuomenei, tikėtina, galima sustiprinti didinant ŽSK ir FM paslaugų teikimo aprėptį, gerinant šių paslaugų teikimo kokybę atsižvelgiant į narkotikus vartojančių asmenų poreikius.

2014 - 2015 m. Lietuvoje bendradarbiaujant Koalicijai „Galiu gyventi“ ir Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto mokslininkams atliktas „Žalos mažinimo paslaugų kaštų vertinimo“ tyrimas, kurio metu buvo vertinti žemo slenksčio kabinetų bei farmakoterapijos metadonu paslaugų teikimo kaštai visoje Lietuvoje (toliau – kaštų vertinimo tyrimas). Šis tyrimas atliktas įgyvendinant tarptautinį Globalaus fondo projektą „Žalos mažinimas veikia: finansuokite!“, jo atlikimui taikyta adaptuota tarptautinė metodologija.

ŽSK ir FM paslaugų prieinamumo ir kokybės vertinimui naudojami rodikliai turi remtis patikimais ir prieinamais duomenimis, o Lietuvoje šių duomenų prieinamumas ir patikimumas yra kritiškai vertinami (pvz., ŠNV asmenų skaičius šalyje). Kaštų vertinimo tyrimo metu gauta informacija leido įvertinti kai kuriuos ŽSK ir FM prieinamumo rodiklius, tokius kaip:

- **ŽSK:**
 - ŽSK skaičius, tenkantis 1000-ui ŠNV,
 - ŠNV dalis, nuolat gaunančių ŽSK paslaugas,
 - išdalintų švirkštų skaičius per paskutinius 12 mėn.
- **FM:**
 - FM paslaugų teikimo vietų skaičius, tenkantis 1000-čiui ŠNV,
 - FM paslaugas gaunančių pacientų ir ŠNV santykis,
 - ŠNV dalis, gaunanti FM paslaugas.

2014–2015 m. Lietuvoje atliktas ŽSK ir FM paslaugų teikimo kaštų vertinimas leido identifikuoti paslaugų teikimo kaštus šalyje. Atlikto tyrimo duomenimis, 2013 metais Lietuvoje 9-se ŽSK paslaugas gavo 1 177 nuolatiniai klientai (nuolatinis klientas buvo laikomas asmuo, bent kartą per mėnesį gavęs(-usi) minimalų paketą žemo slenksčio kabinete teikiamų paslaugų per pastaruosius 12 mėnesių). Lietuvoje, remiantis prieinamais vertinimais, probleminių narkotikų vartotojų skaičius siekia apie 5 500 asmenų (Hay, 2005; Astrauskiene et al., 2011).

Lietuvoje 1000-čiui ŠNV tyrimo metu teko 2,18 žemo slenksčio kabinetų. 2013 m. duomenimis, žemo slenksčio paslaugų prieinamumas Lietuvoje siekė 21,4 proc. (prieinamumo rodiklis skaičiuotas remiantis probleminių narkotikų vartotojų skaičiumi – 5 500 asmenų). Tarptautinių organizacijų parengtose techninėse gairėse tokio lygio ŽSK paslaugų prieinamumas vertinamas kaip vidutinis (kai prieinamumo rodiklis yra didesnis nei 20 proc. ir mažesnis arba lygus 60 proc.)²¹, nors jis tik kiek daugiau nei 1 proc. didesnis nei minimali vidutinės aprėpties riba. Remiantis tyrimo metu gauta informacija, 1-am nuolatiniam klientui išdalintų švirkštų skaičius per metus yra 72 švirkštai – toks rodiklis

²¹ WHO, UNODC, UNAIDS. Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care, 2009.

remiantis minėtomis tarptautinėmis rekomendacijos yra laikomas mažas (išdalintų švirkštų skaičius 1-am nuolatiniam klientui ≤ 100 laikomas mažu).

2013 m. Lietuvoje 19-oje asmens sveikatos priežiūros įstaigų FM paslaugas gavo 581 asmuo (kaštų vertinimo tyrimo duomenimis ir preliminariais duomenimis automatizuotoje statistinėje informacinėje sistemoje ASIS). Lietuvoje 1000-čiui ŠNV tenka 3,45 FM paslaugų teikėjai, kurie yra itin netolygiai pasiskirstę geografiškai ir koncentruojasi Vilniaus mieste. FM paslaugas gaunančių pacientų ir probleminių ŠNV asmenų skaičiaus santykis yra 0,1. Pasaulio sveikatos organizacijos, Jungtinių Tautų Narkotikų ir nusikalstamumo biuro, Jungtinių Tautų AIDS programos Techninėse gairėse²² pateiktos rekomendacijos leidžia daryti išvadą, kad toks rodiklis atspindi mažą paslaugų aprėptį (kai rodiklis $\leq 0,2$, aprėptis laikoma maža, kai $\geq 0,4$, aprėptis laikoma didele). Tyrimo duomenimis 2013 m. ŠNV dalis, gaunanti FM paslaugas, yra 10,6 proc. (kai ŠNV dalis, gaunanti FM paslaugas, yra ≤ 20 proc., FM paslaugų prieinamumas laikomas mažu, jei rodiklis yra $>$ nei 40 proc., tokio lygio prieinamumas laikomas aukštu).

Projekto įgyvendinimo metu Koalicijos „Galiu gyventi“ (toliau – KGG) ekspertai įvertino, kad Lietuvoje nei FM, nei ŽSK paslaugų aprėpties rodikliai neatitinka PSO, UNAIDS ir UNODC rekomendacijų veiksmingai ŽIV prevencijai ir turi būti didinami.

ŽSK ir FM paslaugų kokybės klausimas reikalauja atskiro vertinimo, kuris nebuvo šio tyrimo tikslas. Visgi tyrimo metu aiškiai matėsi, kad ŽSK yra pajėgūs teikti tik minimalias paslaugas ir susiduria su rimtais iššūkiais dėl kokybės užtikrinimo. FM kokybė skirtingose įstaigose yra skirtinga ir itin priklauso nuo konkrečios įstaigos ir joje dirbančio personalo. ŽSK ir FM paslaugų prieinamumui ir kokybei Lietuvoje įtakos turi ir bendros ŽSK ir FM paslaugų teikimą lemiančios aplinkybės:

- ŽSK ir FM paslaugų finansavimo ir jo tvarumo stoka,
- mažas ŽSK ir FM paslaugų prieinamumas,
- visa dar plačiai paplitusios nepalankios ir stigmatizuojančios nuostatos paslaugų ir klientų atžvilgiu (įskaitant ir tarp pačių paslaugų teikėjų bei ŠNV),
- informacijos trūkumas tarp sprendimų priėmėjų apie moksliniais įrodymais pagrįstas veiksmingas ŽIV prevenciją ir kitus neigiamus sveikatos poveikius mažinančias intervencijas ŠNV grupėje,
- personalo, teikiančio ŽSK ir FM paslaugas motyvacijos stoka,
- konfidencialumo užtikrinimo sunkumai.

²² WHO, UNODC, UNAIDS. Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care, 2009.

2.4. ŽALOS MAŽINIMO PROGRAMŲ ĮTAKA NARKOTINIŲ MEDŽIAGŲ PAKLAUSAI ŠALYJE

Remiantis tarptautinių organizacijų rekomendacijomis, atliktais tyrimais ir analizėmis Lietuvoje įgyvendinus tarptautinių organizacijų rekomendacijas ir padidinus žemo slenksčio ir farmakoterapijos metadonu paslaugų aprėptį atitinkamai iki 60 ir 40 procentų, tikėtini šie poveikiai:

- sumažėtų švirkščiamus narkotikus vartojančių asmenų skaičius šalyje,
- ženkliai sumažėtų neigiamų sveikatos pasekmių paplitimas (ŽIV, hepatitai B ir C, TB, kiti infekciniai susirgimai) ir ŠNV, ir bendroje populiacijoje ^{23, 24, 25, 26}.

Norint pasiekti numatytus poveikius, rekomenduojamas ŽSK ir FM paslaugų aprėpties didinimas atitinkamai iki 60 ir 40 proc., tačiau tikėtina, kad pasiekta mažesnė aprėptis taip pat gali turėti teigiamų poveikių narkotikus vartojančių asmenų skaičiaus šalyje bei neigiamų sveikatos pasekmių paplitimo bendroje populiacijoje mažėjimui.

²³ WHO, UNODC, UNAIDS. Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care, 2009.

²⁴ MacArthur GJ, Minozzi S, Martin N, Vickerman P, Deren S, Bruneau J, Degenhardt L, Hickman M. Opiate substitution treatment and HIV transmission in people who inject drugs: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2012 Oct 3;345:e5945. doi: 10.1136/bmj.e5945.

²⁵ Abdul-Quader AS, Feelemyer J, Modi S, Stein ES, Briceno A, Semaan S, Horvath T, Kennedy GE, Des Jarlais DC. Effectiveness of structural-level needle/syringe programs to reduce HCV and HIV infection among people who inject drugs: a systematic review. *AIDS Behav*. 2013 Nov;17(9):2878-92. doi: 10.1007/s10461-013-0593-y.

²⁶ Feelemyer JP, Des Jarlais DC, Arasteh K, Phillips BW, Hagan H. Changes in quality of life (WHOQOL-BREF) and addiction severity index (ASI) among participants in opioid substitution treatment (OST) in low and middle income countries: an international systematic review. *Drug Alcohol Depend*. 2014 Jan 1;134:251-8.

3. ŽALOS MAŽINIMO PASLAUGŲ PLĖTROS SCENARIJAI LIETUVOJE

Šiame skyriuje aprašoma, kokia buvo žalos mažinimo paslaugų ir jų finansavimo šalyje padėtis 2012–2013 metais ir pateikiami du scenarijai ateičiai, pagrįsti žalos mažinimo paslaugų finansavimo ir kaštų tyrimo duomenimis:

- **1 scenarijus (minimalus):** toliau palaikyti esamą situaciją, nežymiai padidinant skaičių klientų ir pacientų, sutinkančių naudotis esamos kokybės paslaugomis,
- **2 scenarijus (optimalus):** siekti optimalios paslaugų aprėpties ir kokybės – padidinti FM aprėptį iki 40 proc., ŽSK – iki 60 proc. Kiekvienas scenarijus aprašomas detalai atsižvelgiant į šias tendencijas:

2012–2013 m. Lietuvoje ŽSK buvo finansuojami iš valstybės ir savivaldybių biudžetų. Išlaidos ŽSK paslaugoms teikti 2012 m. sudarė 174 529,08 Eur (602 614 Lt), o 2013 m. – 169 810,88 Eur (586 323 Lt). Per metus išlaidos ŽSK sumažėjo 3,7 proc., nors klientų skaičius tuo pačiu laikotarpiu išaugo 5 proc. (t.y., 57 klientais).

FM paslaugos Lietuvoje finansuojamos iš Priklausomybės ligų programos (patvirtintos LR sveikatos apsaugos ministro 2008 m. gruodžio 31 d. įsakymu Nr. 1288 „Dėl 2009-2012 metų priklausomybės ligų gydymo programos patvirtinimo“) pasirašant sutartį su Vilniaus teritorine ligonių kasa bei LR valstybės biudžeto lėšų (asmenims, neturintiems privalomojo sveikatos draudimo) lėšų. Išlaidos FM paslaugoms 2012 m. sudarė 359 789,16 Eur (1 242 280 Lt), o 2013 m. sumažėjo net 11,4 proc. ir sudarė 318 708,29 Eur (1 100 436 Lt). FM programose dalyvaujančių pacientų skaičius šiuo laikotarpiu sumažėjo 4,4 proc.

Atsižvelgiant į mažą minėtų programų aprėptį ir prieinamumą, taip pat PSO rekomendacijas, KGG rekomenduoja, kad Lietuvoje tikslinga siekti įgyvendinti **optimalų scenarijų** (2-as scenarijus) ir didinti šių paslaugų aprėptį, prieinamumą, kokybę, kad būtų galima įgyvendinti šioms programoms keliamus, aukščiau išvardintus tikslus. Todėl rekomenduojama valstybei užtikrinti, kad nuo 2016 m. iki 2020 m. ŽSK paslaugų prieinamumas padidėtų iki 60 proc., o FM paslaugų prieinamumas – iki 40 proc. visų švirkščiamus narkotikus vartojančių asmenų.

Įgyvendinti šią rekomendaciją, ŽSK paslaugas gaunančių nuolatinių klientų skaičius Lietuvoje iki 2020 metų turėtų pasiekti 3 300 asmenų, o FM paslaugas turėtų gauti 2 200 pacientų. Iki 2020 metų būtų numatomas tolygus ŽSK klientų skaičiaus augimas – po 21,4 proc. kasmet, t.y., visuose ŽSK paslaugas gaunančių naujų klientų skaičius kasmet padidėtų 425 asmenimis, o FM paslaugas pradėtų gauti kasmet po 323, o paskutiniaisiais metais – 327 asmenys visoje Lietuvoje.

Paslaugų paketai, paremtai šiuo metu teikiamomis priemonėmis ir paslaugomis, atsižvelgiant į rekomenduojamą tolygų ŽSK ir FM paslaugų teikimo aprėpties augimą, pateikiami toliau. Taip pat toliau pateikiamos lentelės pagal minimalų ir optimalų scenarijus, remiantis šiais aspektais:

- paslaugų aprėptis,
- paslaugos vieneto kaina,
- paslaugų ir priemonių paketas.

3.1. PASLAUGŲ APRĖPTIS

3 lentelė. ŽSK ir FM aprėpties didinimo pagal atitinkamas rekomendacijas rodikliai ir tikėtinas rezultatas

Kriterijus	Scenarijus	Paslaugos tipas	Aprėpties rodikliai	Tikėtinas rezultatas
Apimtis	Minimalus scenarijus	ŽSK	Asmenų, dalyvaujančių programoje skaičius išlieka toks pat arba nežymiai pakitęs	Poveikis ŽIV ir kitų infekcinių prevencijai ir sveikatos paslaugų prieinamumui ŠNV tarpe išliks nepakitęs, t.y., mažas
		FM	Asmenų, dalyvaujančių programoje skaičius išlieka toks pat arba nežymiai pakitęs	Poveikis ŽIV ir kitų infekcinių prevencijai ir sveikatos paslaugų prieinamumui ŠNV tarpe išliks nepakitęs
	Optimalus scenarijus	ŽSK	Numatoma, kad per penkerius metus iki 2020 m. ŽSK nuolatinių paslaugas gaunančių klientų skaičius turėtų pasiekti 3300 asmenų. Kad būtų užtikrintas ŽSK paslaugų prieinamumas 60 proc. ŠNV, reikalinga paslaugų teikimo aprėptį išplėsti kasmet pradedant teikti paslaugas naujiems 425 klientams, t.y., po 21 proc. kiekvienais metais didinant paslaugų teikimo apimtį.	Sumažės ŽIV ir kt. infekcinių ligų plitimas, padidės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas, pagerės klientų gyvenimo kokybė ir t.t.
		FM	FM paslaugų teikimo aprėptis didinti iki 40 proc., kad 2020 metais FM programoje paslaugas turėtų gauti 2200 asmenų. Numatomas tolygus paslaugų aprėpties augimas, tad planuojama, kad kasmet FM paslaugas pradės gauti po 323, o paskutiniaisiais metais – 327 asmenys visoje Lietuvoje.	

Optimalus scenarijus. Rekomenduojama, kad per penkerius metus iki 2020 m. ŽSK nuolatinių paslaugas gaunančių klientų skaičius turėtų pasiekti 3 300 asmenų. Kad būtų užtikrintas ŽSK paslaugų prieinamumas 60 proc. ŠNV, reikalinga paslaugų teikimo aprėptį nuo 2016 m. išplėsti kasmet pradedant teikti paslaugas naujiems 425 klientams, t.y., po 21 proc. kiekvienais metais didinant paslaugų teikimo apimtį.

FM paslaugų teikimo aprėptį didinti iki 40 proc. 2-as scenarijus (optimalus) numato, kad 2020 metais FM programoje paslaugas turėtų gauti 2 200 asmenų. Numatomas tolygus paslaugų aprėpties augimas, tad planuojama, kad nuo 2016 m. kasmet FM paslaugas pradės gauti po 323, o paskutiniaisiais metais – 327 asmenys visoje Lietuvoje.

Klientų bei pacientų, gaunančių ŽSK ar FM paslaugas, skaičiaus augimą rekomenduojama pasiekti dviem būdais:

1. Didinant paslaugų teikimo apimtį jau šiuo metu paslaugas teikiančiose ŽSK ar FM paslaugas teikiančiose asmens sveikatos priežiūros įstaigose.
2. Didinant geografinę aprėptį bei pradedant teikti paslaugas naujose vietose (tikslus paslaugų plėtros scenarijus gali būti numatytas vėliau, patikslinus ŽSK plėtros planus, kurie, tikėtina, galės būti finansuojami ES Struktūrinių fondų lėšomis).

ŽSK ir FM paslaugų kokybei gerinti rekomenduojama:

1. Atsižvelgti į klientų poreikius, identifikuotus žalos mažinimo paslaugų prieinamumo tyrimo metu (geresnės kokybės ir optimalūs kiekiai priemonių: švirkštai, adatos, papildomos priemonės, pvz., šaukštai, filtrai, optimalesnės kabinetų darbo valandos, paslaugos lygus-lygiu principu ir pan.). Detalus pageidaujamas paslaugų ir priemonių paketas pateiktas 4-oje lentelėje.
2. Organizuoti personalo kvalifikacijos kėlimo mokymus ir didinti jų motyvaciją.

3.2. ŽSK IR FM PASLAUGŲ PLĖTROS SCENARIJAI

4 lentelė. Rekomenduojamas ŽSK ir FM paslaugų ir priemonių paketas

Poveikio kriterijus	Paslaugų tipas	Minimalus scenarijus (I)	Optimalus Scenarijus (II)
Aprėptis	ŽSK	Klientų skaičius išlieka beveik nekintantis. Geografinė aprėptis nesikeičia	Klientų skaičius padidėja iki 3300 asmenų iki 2020 m., t.y. išauga iki 60 proc. visų probleminių narkotikų vartotojų. Numatomas tolygus augimas – vidutiniškai kasmet didinant apimtį 425 asmenimis (21 proc.). Atsiranda nauji ŽSK savivaldybėse.
	FM	Klientų skaičius išlieka beveik nekintantis. Geografinė aprėptis nesikeičia	Klientų skaičius padidėja iki 2200 asmenų iki 2020 m. Atsiranda nauji ŽSK šalyje atsižvelgiant į savivaldybių poreikius. Iki 2020 metų numatomas tolygus FM klientų skaičiaus augimas – po 323 asmenis kasmet, o paskutiniaisiais metais – 327 asmenys.
Teikiamos paslaugos	ŽSK	Išlieka tokios pačios kaip dabar pagal Žalos mažinimo programų vykdymo tvarkos aprašą	<ol style="list-style-type: none"> Švirkštų, adatų ir kitų švirkštimosi priemonių dalijimas (detalus priemonių sąrašas pateikiamas lentelėje žemiau) neribojant kiekiu tvarkos apraše. Greitasis atrankinis ŽIV ištyrimas. Prieš / po testinis konsultavimas. Naloksonas - perdozavimo prevencija. Žaizdų gydymas (sveikatos priežiūros įstaigos). Hepatito, ŽIV, sifilio testavimas. Informacinė medžiaga / informacijos sklaida. Darbo laikas užtikrinant tam tikras darbo valandas.
	FM	Išlieka tokios pačios kaip dabar pagal Pakaitinio gydymo skyrimo ir taikymo priklausomybei nuo opioidų gydyti aprašą	<ol style="list-style-type: none"> Gydymas opioidiniais vaistais ir jo prieinamumas. ŽIV, Hepatito C, sifilio tyrimai. Medikamento gavimas išsinešimui (esant stabiliai remisijai) iki 1 karto per savaitę. Tinkamas medikamento dozės koregavimas. Atvejo vadyba (individualių problemų/ poreikių identifikavimas ir jų sprendimo organizavimas). Gretutinių sutrikimų diagnozavimas ir gydymas, arba gydymo organizavimas. Tuberkuliozės tyrimai pagal indikacijas. Patogus darbo laikas dirbantiems pacientams.

Poveikio kriterijus	Paslaugų tipas	Minimalus scenarijus (I)	Optimalus Scenarijus (II)
	FM	Išlieka tokios pačios kaip dabar pagal Pakaitinio gydymo skyrimo ir taikymo priklausomybei nuo opioidų gydyti aprašą	<ol style="list-style-type: none"> 1. Medikamentas. 2. Dozavimo priemonės. 3. Seifas. 4. Pagal reikalavimus įrengta patalpa. 5. Narkotinių medžiagų testai. 6. ŽIV ištyrimas
	ŽSK	Priemonės pagal Žalos mažinimo programų vykdymo tvarkos aprašą	Žr. lentelę žemiau <i>Heroino vartotojui – 2 švirkštai per dieną; Amfetamino vartotojui – 4 švirkštai per dieną.</i>



Naudojamos priemonės

Priemonės	Šiandien yra	Optimalus pageidaujamas variantas	Reikalingas kiekis
Švirkštai	Kiniški	100% klientų: 1 ml švirkštai – 4 vnt. 2 ml – 1 vnt. ir 0,4/0,45 mm adatos – 5 vnt.; 30% klientų: 5 ml – 1 vnt. 10% klientų: 20ml – 2 vnt. +0,4/0,45 mm adatos – 5 vnt.	100%
Adatos	Kiniškos	1, 2 ir 3 ml	90%
Šaukštai		5 vnt. (10 ir 20 ml)	100%
		0,4 ir 0,45 ml	10%
Sterilus vanduo		5 ml - 5 vnt. 1-am klientui per dieną	100%
Filtrai	Nėra	„Skrituliukai (kosmetiniai, sterilūs)“ – 5 vnt/dieną 1-am klientui	100%
Vata	Nėra		100%
Sterilios servetėlės		1 servetėlė x 1 injekcija	100%
Naloksonas	Nėra	5 vnt. (ampulės) per metus	100%
ŽIV testai		Reikia 10 tūkst. testų per metus	100%
Informacinė medžiaga	Yra, bet nepakanka	4 lankstinukai (skirtingomis temomis) x 1 kartą per metus. Moterims – apie reprodukcinę sveikatą.	100%
Mokymai vartotojams	Nėra	1 kartą per metus. 6 val. seminaras – 1158,48 Eur (4000 Lt); jei daro lygus lygiam – (3-4 val.), 144,81 Eur (500 Lt)	

Poveikio kriterijus	Paslaugų tipas	Minimalus scenarijus (I)	Optimalus Scenarijus (II)
Paslaugas teikiantis personalas	ŽSK	<ol style="list-style-type: none"> Slaugytojas Socialinis darbuotojas 	<ol style="list-style-type: none"> Slaugytojas, gebanti teikti šias paslaugas: <ol style="list-style-type: none"> ŽIV testavimas Naloksonas- perdozavimo prevencija Žaizdų gydymas (sveikatos priežiūros įstaigos) Hepatito, ŽIV ištyrimas. Socialinis darbuotojas, gebantis teikti šias paslaugas: <ol style="list-style-type: none"> Prieš/po testinis ŽIV konsultavimas Atvejo vadybininkas Švirkštų keitimas Informacinė medžiaga / info sklaida Savitarpio pagalbos grupės Konsultantas lygus lygiam principu (peer-to-peer), gebantis teikti šias paslaugas: <ol style="list-style-type: none"> „Outreach“ (gatvės darbuotojo) paslaugos ŽIV, hepatito, sifilio, perdozavimo prevencija ir informavimas
	FM	<ul style="list-style-type: none"> Gydytojas psichiatras Socialinis darbuotojas Slaugytojas Psichologas 	<ol style="list-style-type: none"> Gydytojas psichiatras Socialinis darbuotojas – atvejo vadybininkas Slaugytojas Psichologas
Socialiniai poveikiai	ŽSK, FM	<ol style="list-style-type: none"> ŽIV sergamumas ir paplitimas išlieka augantis ŠNV grupėje ŽIV sergamumas ir paplitimas auga bendroje populiacijoje Išlieka didelis lytiškai plintančių infekcijų paplitimas ŠNV grupėje Išlieka TB augimo rizika ŠNV grupėje Greta priklausomybės nuo psichoaktyvių medžiagų vystosi gretutiniai psichikos ir elgesio bei somatiniai susirgimai, dažni ŠNV tarpe (hepatitas C, depresija ir pan.) Išlieka aukštas ŠNV mirtingumo rodiklis ŠNV gyvenimo kokybė išlieka prasta Sveikatos priežiūros (įskaitant ŽSK ir FM) ir socialinių paslaugų prieinamumas išlieka minimalus ŽIV gydymo prieinamumas ŠNV išlieka tokio pačio lygio (2015 m.) Išsilaikymo darbo rinkoje ar grįžimo į darbo rinką galimybės minimalios 	<ol style="list-style-type: none"> ŽIV sergamumas ir paplitimas ŠNV grupėje mažėja ŽIV sergamumas ir paplitimas bendroje populiacijoje mažėja Mažėja lytiškai plintančių infekcijų paplitimas ŠNV grupėje Stabilizuojasi ir mažėja TB augimo rizika ŠNV grupėje Laiku diagnozuojami ir gydomi gretutiniai psichikos ir elgesio bei somatiniai susirgimai, dažni ŠNV tarpe (hepatitas C, depresija ir pan.) Mažėja ŠNV mirtingumo rodiklis Pagerėja ŠNV gyvenimo kokybė Pagerėja sveikatos priežiūros (įskaitant ŽSK ir FM) ir socialinių paslaugų prieinamumas Pagerėja ŽIV gydymo prieinamumas ŠNV Pagerėja ŠNV galimybės išsilaikyti darbo rinkoje ar sugrįžti į darbo rinką Mažėja ŠNV įvykdomų nusikalstamų veikų apimtys

Poveikio kriterijus	Paslaugų tipas	Minimalus scenarijus (I)	Optimalus Scenarijus (II)
Lėšų poreikis	ŽSK	Išlieka panašaus lygio (2013 m. duomenimis) – apie 168 400 Eur	2016-2020 m. – 4 058 060 Eur
	FM	Išlieka panašaus lygio (2013 m. kaštų vertinimo tyrimo duomenimis) – apie 318 708 Eur	2016-2020 m. – 4 590 368 Eur
Kaštai vienam klientui per metus	ŽSK	250,2 Eur	331 Eur
	FM	615 Eur	592 Eur

Išlaidos:

Šiuo metu Lietuvoje išlaidos vienam ŽSK paslaugų vartotojui sudaro **150,02 Eur (518 Lt)** per metus. Vienam FM paslaugų vartotojui išlaidos per metus sudaro **570,26 Eur (1 969 Lt)** per metus.

2013 m. duomenimis, visų ŽSK išlaidos sudarė iš viso 169 810,88 Eur (586 323 Lt). Didžiausią dalį - per 99 proc. išlaidų - sudaro tiesioginės išlaidos priemonėms ir personalo darbo užmokesčiui. Netiesioginės išlaidos (nemedicininės priemonės, kitos pridėtinės išlaidos) sudaro mažiau nei 1 proc. Numatoma, kad optimizavus ŽSK paslaugų ir priemonių paketą, išlaidų struktūra išliktų tokia pati.

2013 m. išlaidos FM paslaugoms teikti sudarė 318 708,29 Eur (1 100 436 Lt). Kaip ir ŽSK atveju, didžioji dalis išlaidų teikiant FM paslaugas taip pat teko tiesioginėms išlaidoms – per 90 proc.; netiesioginės išlaidos sudarė nedidelę išlaidų dalį.

Paslaugų paketas:

Atsižvelgiant į ŽSK paslaugų vartotojų identifikuotus prioritetus, buvo sudarytas rekomenduojamas optimizuotas pageidaujamas ŽSK paslaugų ir priemonių paketas:

- švirkštų, adatų ir kitų švirkštimosi priemonių dalijimas (žr. 4 lentelę) neribojant kiekio ŽSK paslaugų teikimo tvarkos apraše (2012 m. rugpjūčio 23 d. Nr. V-793) ²⁷,
- greitasis atrankinis ŽIV ištyrimas,
- prieš / po testinis konsultavimas,
- Naloksonas - perdozavimo prevencija,
- žaizdų gydymas (sveikatos priežiūros įstaigos),
- hepatito, ŽIV, sifilio testavimas,
- informacinė medžiaga / informacijos sklaida,
- darbo laikas užtikrinant tam tikras darbo valandas.

²⁷ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas "Dėl žemo slenksčio paslaugų teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo", 2012 m. rugpjūčio 23 d. Nr. V-793

Priemonių paketas:

heroino vartotojui – 2 švirkštai per dieną,
amfetamino vartotojui – 4 švirkštai per dieną.

5 lentelė. Optimizuotas ŽSK paslaugų ir priemonių paketas bei kliūtys

Priemonės per dieną	Šiandien yra	Optimalus pageidaujamas variantas – priemonės per dieną	Reikalingas kiekis	Kliūtys
Švirkštai	Kiniški	100% klientų: 1 ml švirkštai – 4 vnt. 2 ml – 1 vnt. ir 0,4/0,45 mm adatos – 5 vnt. 30% klientų: 5 ml – 1 vnt. 10% klientų: 20 ml – 2 vnt. +0,4/0,45 mm adatos – 5 vnt.	100%	Kokybė
Adatos	Kiniškos	1, 2 ir 3 ml	90%	Kokybė
Šaukštai		5 vnt. (10 ir 20 ml)	100%	Paslaugos iš viso nėra
		0,4 ir 0,45 ml	10%	Papildomai TIK adatos
Sterilus vanduo		5 ml - 5 vnt. 1-am klientui per dieną	100%	Nepakankamas kiekis
Filtrai	Nėra	„Skrituliukai (kosmetiniai, sterilūs)“ – 5 vnt / dieną 1-am klientui	100%	Paslaugos nebuvimas
Vata	Nėra		100%	Sterilumas
Sterilios servetėlės		1 servetėlė x 1 injekcija	100%	Nepakankamas kiekis
Naloksonas	Nėra	5 vnt. (ampulės) per metus	100%	Paslaugos nebuvimas
ŽIV testai		Reikia 10 tūkst. testų per metus	100%	Nepakankamas paslaugos kiekis
Informacinė medžiaga	Yra, bet nepakanka	4 lankstinukai (skirtingomis temomis) x 1 kartą per metus. Moterims – apie reprodukcinę sveikatą.	100%	Kokybė
Mokymai vartotojams	Nėra	1 kartą per metus. 6 val. seminaras – 1158,48 Eur (4000 Lt); jei daro lygus lygiam – (3-4 val.), 144,81 Eur (500 Lt)		Nepakankamas mokymų skaičius ir kokybė

Personalas:

1. Slaugytoja, gebanti teikti šias paslaugas:
 - c. ŽIV testavimas (prieš ir po testinis konsultavimas),
 - d. Naloksonas – opiatų perdozavimo prevencija,
 - e. žaizdų perrišimas (sveikatos priežiūros įstaigose),
 - f. hepatito, ŽIV greitųjų atrankinių tyrimų atlikimas,
 - g. informacijos apie infekcines ligas ir saugų švirkštimąsi teikimas.
2. Socialinis darbuotojas, gebantis teikti šias paslaugas:
 - h. prieš/po testinis ŽIV konsultavimas,
 - i. individualios pagalbos plano sudarymas taikant atvejo vadybos metodą,
 - j. švirkštų ir adatų keitimas, kitų priemonių (dezinfekcijos, prezervatyvų ir pan.) dalinimas,
 - k. informacinės medžiagos / informacijos apie saugų švirkštimąsi teikimas,
 - l. motyvavimas kreiptis į sveikatos, socialines ir kt. įstaigas,
 - m. tarpininkavimas tarp sveikatos ir kitų įstaigų,
 - n. nukreipimas į savitarpio pagalbos grupes.
3. Konsultantas lygus lygiam principu, gebantis teikti šias paslaugas:
 - a. darbas gatvėje,
 - b. informavimas ir švietimas.

Atsižvelgiant į FM paslaugų vartotojų identifikuotus prioritetus, buvo sudarytas optimizuotas pageidaujamas FM paslaugų ir priemonių paketas:

Paslaugų paketas:

1. Gydymas opioidiniais vaistais ir jo prieinamumas.
2. ŽIV, hepatito C, sifilio ištyrimas.
3. Medikamento gavimas išsinešimui (esant stabiliai remisijai) iki 1 karto per savaitę.
4. Tinkamas medikamento dozės koregavimas.
5. Atvejo vadyba (individualių problemų / poreikių identifikavimas ir jų sprendimo organizavimas).
6. Gretutinių sutrikimų diagnozavimas ir gydymas, arba gydymo organizavimas.
7. Tuberkuliozės tyrimai pagal indikacijas.
8. Patogus darbo laikas dirbantiems pacientams.

Reikalingos priemonės:

1. Medikamentas.
2. Dozavimo priemonės.
3. Seifas.
4. Pagal reikalavimus įrengta patalpa.
5. Narkotinių medžiagų testai.
6. Vakutaineriai ir kt. priemonės reikalingos ŽIV, sifilio ir hepatito C tyrimams paimti ir pristatyti į laboratoriją.

Personalias:

1. Gydytojas psichiatras.
2. Socialinis darbuotojas – atvejo vadybininkas.
3. Slaugytojas.
4. Psichologas.

3.3. BENDRI KAŠTAI

Vertinant ŽSK paslaugų teikimo kaštus, ŽSK vienam klientui teikiamų paslaugų kaštai yra 250,23 Eur (864 Lt) per metus. FM paslaugų teikimo kaštai vienam klientui sudaro 614,57 Eur (2 122 Lt) per metus. Lėšų poreikis remiantis dabartinių paslaugų paketu 2016-2020 m. ŽSK sudaro beveik 3 079 mln. eurų, FM paslaugoms – 4 766 mln. eurų. Iš viso ŽSK ir FM paslaugų plėtros poreikis sudarytų 7 845 mln. eurų per metus.

Lėšų poreikis atsižvelgiant į optimalaus scenarijaus paslaugų paketą yra 4 058 060 eurų ŽSK paslaugoms 2016-2020 metais (kaštai vienam klientui išauga iki 331 euro per metus) ir 4 590 368 eurų FM paslaugoms (kaštai vienam klientui sumažėja iki 592 eurų per metus). Optimalaus scenarijaus atveju ŽSK ir FM lėšų poreikis 2016-2020 m. sudaro 8 648 mln. eurų.

6 lentelė. Lėšų poreikis rekomenduojamai žalos mažinimo paslaugų plėtrai (remiantis dabartiniu paslaugų paketu)

Metai	2016 m.	2017 m.	2018 m.	2019 m.	2020 m.	Lėšų poreikis iš viso (Eur):
ŽSK	400 918	527 278	604 951	720 000	825 860	3 079 007
FM	555 627	754 153	952 679	1 151 205	1 352 190	4 765 854
Lėšų poreikis iš viso (Eur):	956 545	1 281 431	1 557 630	1 871 205	2 178 050	7 844 861

3.4. SIŪLOMO SCENARIJAUS PAGRINDIMAS

Pagrindinis pasirinkto rekomenduojamo žalos mažinimo paslaugų plėtros scenarijaus privalumas – jis parengtas remiantis objektyviais žemiau išdėstytais kriterijais, pagrindinių suinteresuotų pusių dalyvavimu ir naujausia finansine informacija, gauta aprašomo tyrimo metu.

ŽSK ir FM paslaugų optimalus plėtros scenarijus – ŽSK paslaugų aprėpties didinimas iki 60 proc. ir FM – iki 40 proc. pasirinktas remiantis keletu šaltinių:

- **Plėtros scenarijus atitinka tarptautinių organizacijų rekomendacijas** – atsižvelgta į 2009 m. Pasaulio sveikatos organizacijos, Jungtinių Tautų Narkotikų ir nusikalstamumo biuro, Jungtinių Tautų AIDS programos Techninėse gairėse rekomenduojamus aprėpties kriterijus (WHO, UNODC, UNAIDS, 2009);
- **Plėtros scenarijaus ŽSK ir FM paslaugų paketai sudaryti remiantis mokslinių tyrimų duomenimis** apie ŽSK ir FM teigiamus poveikius ŽIV prevencijai, sveikatai, ir gerovei (Gowing, 2012; MacArthur, 2012; Edelman, 2013; Feelemyer, 2014);
- **Plėtros scenarijus atitinka nacionalinius strateginius dokumentus** – Lietuvos sveikatos 2014-2025 metų programą (LR Seimas, 2014, Nr. XII-964), Nacionalinę narkotikų kontrolės ir narkomanijos prevencijos 2010-2016 m. programą (LR Seimas, 2010, Nr. XI-1078), „Sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014-2023 m. veiksmų plano“ (LR Seimas, 2014, Nr. V-815) 2-ame priede (Priklausomybės nuo alkoholio bei kitų psichoaktyviųjų medžiagų prevencijos, gydymo bei socialinės integracijos paslaugų prieinamumo didinimo srities apraše) išdėstytas nuostatas;
- **Nacionalinių žalos mažinimo srityje dirbančių ekspertų vertinimu ir rekomendacijomis** (tyrimo darbo grupės susitikimai 2015 m. kovo – balandžio mėn.);
- **Šalies ŽSK ir FM paslaugų vartotojų vertinimais** ir identifikuotomis prioritetinėmis problemomis (paslaugų vartotojų apklausą ir diskusines grupes atliko VŠĮ „Resetas“);
- **Koalicijos „Galiu gyventi“ atlikto Žalos mažinimo paslaugų išlaidų ir kaštų vertinimo tyrimo duomenimis** (tyrimas atliktas 2014-2015 m.);
- Pasirinktas **scenarijus atitinka tarptautines gerosios praktikos reikalavimus ir pagarbos žmogaus teisėms principus.**

4. IŠSAMIOS REKOMENDACIJOS

I REKOMENDACIJA:

Padidinti valstybės finansuojamų žemo slenksčio paslaugų švirkščiamųjų narkotikų vartotojams aprėptį nuo 20 proc. (2014 m.) iki vidutinės PSO rekomenduojamos 60 proc. aprėpties, būtinos veiksmingai ŽIV prevencijai (iki 2020 m.)²⁸.

Ši rekomendacija atitinka nacionalinius strateginius dokumentus, įskaitant „Sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014-2023 m. veiksmų planą“ (LR Seimas, 2014, Nr. V-815). Koalicijos rekomenduojami žalos mažinimo programų aprėpties didinimo rodikliai atitinka šiame dokumente numatytą paslaugų plėtros scenarijų Lietuvoje: priklausomybės nuo alkoholio bei kitų psichoaktyviųjų medžiagų prevencijos, gydymo bei socialinės integracijos paslaugų prieinamumo didinimo srities apraše numatomas savivaldybių, kuriose prieinamos žemo slenksčio paslaugos, aprėpties didėjimas nuo 13 proc. (2013 m.) iki 40 proc. (2023 m.) ir žemo slenksčio paslaugų aprėpties išlaikymas 60 proc. nuo probleminių narkotikų vartotojų skaičiaus.

2013 metais Lietuvoje tirtuose 9-uose ŽSK paslaugas gavo 1177 nuolatiniai klientai²⁹. Rekomenduojama, kad per penkerius metus iki 2020 m. ŽSK nuolatinį paslaugas gaunančių klientų skaičius pasiektų 3300 asmenų. Kad būtų užtikrintas ŽSK paslaugų prieinamumas 60 proc. ŠNV, reikalinga paslaugų teikimo aprėptį išplėsti ir pradėdant nuo 2016 m. kasmet teikti paslaugas naujiems 425 klientams, t.y., po 21 proc. kiekvienais metais didinant paslaugų teikimo apimtį.

ŽSK klientų, kuriuos reikėtų naujai pritraukti naudotis paslaugomis, skaičius:

7 lentelė. Rekomenduojamas ŽSK aprėpties didinimas

Metai	2016 m.	2017 m.	2018 m.	2019 m.	2020 m.
Naujų klientų skaičius	425	425	425	425	425
Bendras klientų skaičius ³⁰	1602	2027	2452	2877	3302

²⁸ Pasaulio sveikatos organizacija, JT Narkotikų ir nusikaltamumo biuras, JT kovos su ŽIV ir AIDS programa, „Techninis gidas valstybėms, siekiantis nustatyti tikslus, siekiant visuotinės prieigos prie ŽIV prevencijos, gydymo ir priežiūros paslaugų švirkščiamųjų narkotikų vartotojams“, 2012 m., http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en/

²⁹ 2014-2015 m. Lietuvoje Koalicijos „Galiu gyventi“ atlikto žemo slenksčio kabinetų (ŽSK) ir farmakoterapijos metadonu (FM) paslaugų teikimo kaštų vertinimo duomenimis

³⁰ Skaičiuojant nuo nuolatinį klientų skaičiaus 2013 m.

4.1. KOALICIJOS „GALIU GYVENTI“ PLANUOJAMI ARTIMIAUSI VEIKSMAI ŽEMO SLENKSČIO PASLAUGŲ ŠNV APRĖPČIAI DIDINTI

4.1.1. ŽSK PASLAUGŲ ĮSTEIGIMO SKATINIMAS NAUJOSE SAVIVALDYBĖSE

Valstybei atlikus narkotikų vartojimo paplitimo Lietuvoje tyrimą, būtų pasirinktos 3 savivaldybės, kuriose labiausiai paplitęs švirkščiamųjų narkotikų vartojimas ir kuriose žemo slenksčio paslaugų poreikis yra didžiausias. Savivaldybių pasirinkimas bus suderintas su „Sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014-2023 m. veiksmų plano“ (LR Seimas, 2014, Nr. V-815) įgyvendintojais, kurie iki 2023 m. numato įkurti naujus kabinetus žemo slenksčio paslaugoms teikti 20 savivaldybių. Pasirinktose savivaldybėse bus atlikta infrastruktūros analizė (įvertintas pasirengimas teikti paslaugas) ir nustatytas optimaliausias paslaugų teikimo modelis: paslaugas teikia NVO, savivaldybei pavaldi įstaiga, priklausomybės ligų centras ar paslaugos integruojamos į kitas paslaugas savivaldybėje. Bus rengiami susitikimai su konkrečių savivaldybių atstovais, jiems teikiama informacija apie žemo slenksčio paslaugų tikslus, naudą bei praktinio įgyvendinimo galimybes ir būdus.

Tam, kad į naujai atidarytas programas būtų pritraukta klientų, bus aktyviai dirbama su asmenų, vartojančių narkotikus, bendruomenėmis: jos bus informuojamos apie programas ir skatinamos jomis naudotis. Siekiant parengti naujų ŽSK savivaldybių gyventojus programų atidarymui, bus dirbama su vietos žiniasklaida.

Teisiniai pokyčiai: naujų ŽSK atidarymas nereikalauja teisinių pokyčių.

Finansiniai pokyčiai: naujų ŽSK atidarymas susijęs su papildomomis išlaidomis. Atlikus narkotikų vartojimo paplitimo Lietuvoje tyrimą ir įvertinus žemo slenksčio paslaugų tikslinėse savivaldybėse poreikį bei norimą pasiekti nuolatinių klientų skaičių, bus apskaičiuotas ŽSK kiekvienoje tikslinėje savivaldybėje metinis biudžetas. Advokacijos renginių su vietos politikais ir savivaldybių partijų lyderiais bei administracija metu bus siekiama užsitikrinti dalinį (numatoma – 50 proc.) finansavimą iš savivaldybių biudžeto lėšų. Likusią dalį (planuojama – 50 proc.) – iš nacionalinio biudžeto lėšų, ypač pasinaudojant LR Sveikatos apsaugos ministerijos „Sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014-2023 m. veiksmų planu“.

Programos pokyčiai: naujo ŽSK personalo apmokymas, parengimas darbui, bendradarbiaujant su „Sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014-2023 m. veiksmų plano“ (LR Seimas, 2014, Nr. V-815) įgyvendintojais: mokymams ir kabinetų įrengimui numatyta lėšų 2014-2020 m. Europos Sąjungos fondų investicijų veiksmų programoje.

4.1.2. KLIENTŲ SKAIČIAUS DIDINIMAS ESAMUOSE KABINETUOSE PER PASLAUGŲ KOKYBĖS IR PRIEINAMUMO GERINIMĄ

Žemo slenksčio paslaugų aprėptis taip pat bus didinama pritraukiant daugiau klientų į jau esamus ŽSK. To bus siekiama advokataujant dėl paslaugų prieinamumo gerinimo ir paslaugų spektro išplėtimo, remiantis šioje ataskaitoje aprašomo atlikto tyrimo rekomendacijomis:

- ŽSK darbo laiko koregavimas atsižvelgiant į klientų poreikius (savaitės dienomis ne mažiau nei 6 darbo valandas bei dalį dienos šeštadienį),
- papildomų žmogiškųjų išteklių į ŽSK pritraukimą: ilgiau dirbančio socialinio darbuotojo, kuris teiktų konsultacijas, užsiimtų atvejo vadyba, dalintų adatas ir švirkštus bei kitas priemones, padalomąją medžiagą; „outreach“ (gatvės) darbuotojų (pageidautina - lygus-lygiam principu) – tokie darbuotojai galėtų žymiai padidinti klientų skaičių, nes žino žmonių, vartojančių narkotikus, susibūrimo vietas, turi jų pasitikėjimą, supranta jų mąstymo būdą, galėtų veiksmingiau perduoti norimą perteikti informaciją; slaugytojo - greitųjų testų dėl ŽIV ir/ar hepatitų atlikimas, žaizdų perrišimas,
- dalijamų priemonių kokybės gerinimas: būtini kokybiški tinkamo ir įvairaus dydžio adatos ir švirkštai bei kitos švirkštimosi priemonės (žr. 4 lentelę 25-28 psl.), neribojamas dalijamų / keičiamų priemonių kiekis, greitieji atrankiniai ŽIV testai, Naloksonas.

Teisiniai pokyčiai: rekomenduojamiems kokybės pokyčiams įtvirtinti (darbo valandos, personalas, kokybiškos priemonės, neribojamas priemonių kiekis) bus inicijuojamas Žemo slenksčio paslaugų teikimo tvarkos aprašo keitimas. Bus siekiama nustatyti ir apraše įtvirtinti optimalų skaičių klientų, tenkantį vienam socialiniam ir vienam „outreach“ darbuotojui. Teisiniai pokyčiai reikalingi ir tam, kad kabinetuose atsirastų „outreach“ darbuotojas, ypač lygus-lygiam principu.

Finansiniai pokyčiai: numatoma, kad optimizavus ŽSK paslaugų ir priemonių paketą, išlaidos padidės 32 proc. ir sudarys 4 058 mln. eurų.

Programos pokyčiai: reikalingas naujų etatų įdiegimas („outreach“ darbuotojai) ir darbuotojų apmokymas. Siekiant užtikrinti ŽSK teikiamų paslaugų kokybę, bus siekiama, kad valstybėje atsirastų institucija (metodologinis ir stebėsenos centras), kuri atliktų ŽSK teikiamų paslaugų kokybės stebėseną ir kontrolę.

4.1.3. INVESTICIJŲ Į ŽALOS MAŽINIMO PROGRAMAS DIDINIMAS

Paslaugų aprėptį taip pat bus siekiama didinti per investicijų į žalos mažinimo programas skatinimą (biudžetinės advokacijos veiksmus), siekiant užtikrinti tvarų ir nuolatinį žalos mažinimo programų (pageidaujama paslaugų paketą žr. 4 lentelėje 25-28 psl.) finansavimą iš savivaldybių ir nacionalinio biudžeto santykiu 50:50 proc.

2012-2013 m. Lietuvoje ŽSK buvo finansuojami iš valstybės ir savivaldybių biudžetų apytiksliai santykiu 30 proc. valstybės ir 70 proc. savivaldybių biudžetų. Vienas kabinetas taip pat turėjo privačių užsienio rėmėjų lėšų atrankiniams ŽIV testams, kuriuos teikdavo ir kai kuriems kitiems kabinetams. Visos išlaidos ŽSK paslaugoms teikti 2012 m. sudarė 174 529 Eur (602 614 Lt), o 2013 m. – 169 811 Eur (586 323 Lt). Vertinant ŽSK paslaugų teikimo kaštus, ŽSK vienam klientui teikiamų paslaugų kaštai yra vidutiniškai 250,23 Eur (864 Lt) per metus, nors atskirų kabinetų vieneto kaštai gali žymiai skirtis. Atsižvelgiant į siūlomą žemo slenksčio paslaugų plėtrą, lėšų poreikis eurais pateiktas 8-oje lentelėje.

Atliktos finansavimo ir kaštų analizės metu, kalbant su ŽSK darbuotojais paaiškėjo, kad savivaldybės sprendimų priėmėjams trūksta informacijos apie ŽSK naudą, su narkotikus vartojančiais ir ŽIV infekuotais asmenimis susijusios ir vis dar gajos stigmos išstumia šias žmonių grupes iš sprendėjų prioritetų, o šioms paslaugoms „konkuruojant“ dėl taip trūkstamų lėšų su kitais savivaldybių poreikiais, ŽSK finansavimo klausimai lieka visiškame užribyje. Turėdamos labai ribotas galimybes prisitraukti papildomų lėšų į savivaldybės biudžetą, savivaldybės nėra pajėgios savarankiškai išlaikyti reikiamos apimties ir kokybės žemo slenksčio paslaugas. Tai, kad net ir tose savivaldybėse, kuriose jau seniai tokios paslaugos sėkmingai teikiamos, nuolat kyla paslaugų finansavimo nutraukimo grėsmė, aiškiai rodo, kad vienai savivaldai tai yra per didelė finansinė našta. Todėl finansavimas iš nacionalinio biudžeto 50:50 santykiu taptų svarbiu postūmiu savivaldybėms šias paslaugas išlaikyti ar imti teikti.

8 lentelė. ŽSK paslaugų plėtros finansinis poreikis

Metai	2016 m.	2017 m.	2018 m.	2019 m.	2020 m.
ŽSK lėšų poreikis (dabartinis paslaugų paketas)	400 918	527 278	604 951	720 000	825 860
ŽSK lėšų poreikis (optimalus paketas)	530 262	670 937	811 612	952 287	1 092 962

KGG ketina atlikti nacionalinių programų ir kitų potencialių žemo slenksčio finansavimo šaltinių analizę ir jos pagrindu parengti detalų planą biudžetinei advokacijai, kuris siektų skatinti valstybės ir savivaldos įsipareigojimą finansuoti žemo slenksčio paslaugas reikiama apimtimi. Taip pat bus dirbama su Lietuvos savivaldybių asociacija bei konkrečiomis savivaldybėmis, siekiant užtikrinti žemo slenksčio kabinetų finansavimą savivaldybių lygiu.

Teisiniai pokyčiai: investicijų į žemo slenksčio programų didinimas nereikalauja teisinių pokyčių.

Finansiniai pokyčiai: žemo slenksčio programų aprėpčiai didinti valstybė turės skirti papildomų lėšų. Koalicija „Galiu gyventi“ planuoja parengti ir įgyvendinti *biudžetinės* advokacijos veiksmų planą, nukreiptą į adekvataus finansavimo iš nacionalinio biudžeto užtikrinimą.

Programos pokyčiai: vykdant biudžetinę advokaciją gali atsirasti su žemo slenksčio programų finansavimo administravimu susiję pokyčiai, ypač kalbant apie ES struktūrinio finansavimo skirstymo planus, kurie šios ataskaitos rengimo metu yra kuriami bei siekiant identifikuoti valstybės instituciją, kuri metodiškai vadovautų žemo slenksčio plėtros ir kokybės klausimams.

II REKOMENDACIJA:

Padidinti valstybės finansuojamos farmakoterapijos opioidiniais vaistais aprėptį nuo 10,6 proc. (2014 m.) iki vidutinės PSO rekomenduojamos 40 proc. aprėpties (iki 2020 m.).

Ši rekomendacija atitinka nacionalinius strateginius dokumentus, įskaitant „Sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014-2023 m. veiksmų planą“ (LR Seimas, 2014, Nr. V-815). Koalicijos rekomenduojami farmakoterapijos vaistiniai opioidiniais vaistiniai preparatais aprėpties didinimo rodikliai atitinka šiame dokumente numatytą paslaugų plėtros scenarijų Lietuvoje: priklausomybės nuo alkoholio bei kitų psichoaktyviųjų medžiagų prevencijos, gydymo bei socialinės integracijos paslaugų prieinamumo didinimo srities apraše numatomas pakaitinio gydymo aprėpties didėjimas (asmenų, dalyvaujančių pakaitiniame gydyme skaičius/asmenų vartojančių švirkščiamus opiatų skaičius šalyje) nuo 9,7 proc. (2012 m.) iki 30 proc. (2023 m.), taip pat, 20 savivaldybių psichikos sveikatos centruose įrengti kabinetus, pritaikytus priklausomybės nuo opioidų pakaitinio gydymo paslaugoms teikti.

2013 m. Lietuvoje 19-oje asmens sveikatos priežiūros įstaigų FM paslaugas gavo 581 asmuo (preliminarūs duomenys, ASIS informacinė sistema). Šiuo metu farmakoterapijos opioidiniais vaistais paslaugas teikiamos 12 savivaldybių.

FM paslaugų teikimo aprėpties didinimui iki 40 proc. rekomenduojama, kad 2020 metais FM paslaugos pasiektų 2200 asmenų. Rekomenduojamas nuo 2016 m. tolygus paslaugų aprėpties augimas, tad kasmet nuo 2016 m. FM paslaugas turėtų pradėti gauti po 323, o paskutiniaisiais metais – 327 nauji pacientai visoje Lietuvoje.

9 lentelė. Rekomenduojamas FM aprėpties didinimas

Metai	2016 m.	2017 m.	2018 m.	2019 m.	2020 m.
Naujų klientų skaičius	323	323	323	323	327
Bendras klientų skaičius ³¹	904	1 227	1 550	1 873	2 200

4.2. KOALICIJOS „GALIU GYVENTI“ PLANUOJAMI ARTIMIAUSI VEIKSMAI FM PASLAUGŲ APRĖPČIAI DIDINTI

4.2.1. FM PASLAUGŲ ĮSTEIGIMAS NAUJOSE SAVIVALDYBĖSE

Valstybei atlikus narkotikų vartojimo paplitimo Lietuvoje tyrimą, būtų pasirinktos 3 savivaldybės, kuriose labiausiai paplitęs švirkščiamųjų narkotikų vartojimas ir kuriose žemo slenksčio paslaugų poreikis yra didžiausias. Savivaldybių pasirinkimas bus suderintas su „Sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014-2023 m. veiksmų plano“ (LR Seimas, 2014, Nr. V-815) įgyvendintojais, kurie iki 2023 m. numato 20 savivaldybių psichikos sveikatos centruose įrengti kabinetus, pritaikytus priklausomybės nuo opioidų pakaitinio gydymo paslaugoms teikti.

Teisiniai pokyčiai: teisinių pokyčių šios dalies įgyvendinimas nereikalauja. Pakaitinio palaikomojo gydymo paslaugas teikia asmens sveikatos priežiūros įstaigos, turinčios galiojančią psichikos sveikatos priežiūros licenciją. Vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 11 d. įsakymu Nr. V-749 „Dėl Lietuvos respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. liepos 30 d. įsakymo Nr. 357 „Dėl mokamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašo, kainų nustatymo ir jų indeksavimo tvarkos bei šių paslaugų teikimo ir apmokėjimo tvarkos“ pakeitimo, FM paslaugos turi būti teikiamos nemokamai, nes mokamoms paslaugoms, teikiamoms Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos įstaigose, priskiriamos paslaugos, kurių išlaidos nekompensuojamos iš:

- 1) valstybės ir savivaldybių biudžetų lėšų,
- 2) privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto lėšų,
- 3) valstybės, savivaldybių, įmonių ir kitų organizacijų sveikatos fondų bei lėšų, skirtų sveikatos programoms finansuoti.

Šiuo metu FM finansuojama iš Priklausomybės ligų programos (patvirtintos LR SAM 2008 12 31 d. įsakymu Nr. 1288 „Dėl priklausomybės ligų programos 2009-2012 m. patvirtinimo“) pasirašant sutartį su TLK, bei LR valstybės biudžeto (asmenims, neturintiems privalomojo sveikatos draudimo). Pagrindinės kliūtys paslaugų prieinamumui yra pacientų baimė kreiptis dėl gydymo, dažnai sąlygota

³¹ Skaičiuojant nuo klientų skaičiaus 2013 m.

vyraujančios neigiamos nuostatos tarp specialistų, kompetencijos trūkumo, bei nenoras be papildomų finansinių paskatų skirti dėmesio ir šiai esančiai socialinės rizikos žmonių grupei.

Finansiniai pokyčiai: naujų programų finansavimo reikės patalpoms įrengti ir būtinoms priemonėms įsigyti, vaistiniam preparatui. Patalpų įrengimas ir priemonių įsigijimas numatomas „Sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014-2023 m. veiksmų plane“, lėšų tam numato ir 2014-2020 m. Europos Sąjungos fondų investicijų veiksmų programa. Vaistinio preparato įsigijimas susijęs su sveikatos priežiūros įstaigos metinio biudžeto perskirstymu. Koalicija „Galiu gyventi“ advokataus, kad vadovaujantis galiojančiais teisės aktais, didžiajai FM pacientų daliai ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos būtų finansuojamos iš PSDF, bei stebės, kad būtų parengta nauja LR SAM Priklausomybės ligų gydymo programa, finansuojama iš PSDF, ir tokie rengimo procesai šios ataskaitos išleidimo metu jau yra prasidėję.

Programos pokyčiai: mokymai gydytojams psichiatriams bus rengiami per „Sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014-2023 m. veiksmų plano“ (LR Seimas, 2014, Nr. V-815) įgyvendinimą; mokymams numatyta lėšų 2014-2020 m. Europos Sąjungos fondų investicijų veiksmų programoje.

Siekiant paskatinti gydytojus psichiatus teikti FM paslaugas, KGG ir jos partnerių pastangomis bus aktyviai informuojama ir mobilizuojama asmenų, vartojančių narkotikus, bendruomenė konkrečiose pasirinktose savivaldybėse, asmenys skatinami kreiptis į sveikatos priežiūros įstaigas dėl priklausomybės nuo opioidų gydymo. Siekiant informuoti visuomenę apie priklausomybės gydymo poreikį ir mokslu pagrįstus metodus, KGG planuoja dirbti su vietos žiniasklaida.

4.2.2. PACIENTŲ SKAIČIAUS ESAMOSE FM PROGRAMOSE DIDINIMAS PER PROGRAMŲ KOKYBĖS GERINIMĄ

FM paslaugų aprėptį taip pat rekomenduojama didinti, pritraukiant daugiau klientų į jau esamas FM programas. To bus siekiama advokataujant už paslaugų kokybės gerinimą: darbo laiko koregavimą, darbuotojų kvalifikacijos kėlimą, vaistinių preparatų dozių koregavimą taip, kaip numatyta priklausomybės nuo opioidų gydymo metadonu ir buprenorfinu metodikose.

Pagal optimalų scenarijų parengti ŽSK ir FM paslaugų paketai pateikiami 10-oje lentelėje:

10 lentelė. Rekomenduojamas ŽSK ir FM paslaugų ir priemonių paketas pagal optimalų scenarijų

ŽSK paslaugų paketas					FM paslaugų paketas	
Paslaugų paketas					Paslaugų paketas	
<ol style="list-style-type: none"> Švirkštų, adatų ir kitų švirkštimosi priemonių dalijimas (žr. lentelę žemiau) neribojant kiekio tvarkos apraše. Greitasis atrankinis ŽIV ištyrimas. Prieš / po testinis konsultavimas. Naloksonas - perdozavimo prevencija. Žaizdų gydymas (sveikatos priežiūros įstaigos). Hepatito, ŽIV, sifilio testavimas. Informacinė medžiaga / informacijos sklaida. Darbo laikas užtikrinant tam tikras darbo valandas. 					<ol style="list-style-type: none"> Gydymas opioidiniais vaistais ir jo prieinamumas. ŽIV, hepatito C, sifilio tyrimai. Medikamento gavimas išsinešimui (esant stabiliai remisijai) iki 1 karto per savaitę. Tinkamas medikamento dozės koregavimas. Atvejo vadyba (individualių problemų / poreikių identifikavimas ir jų sprendimo organizavimas). Gretutinių sutrikimų diagnozavimas ir gydymas, arba gydymo organizavimas. Tuberkuliozės tyrimai pagal indikacijas. Patogus darbo laikas dirbantiems pacientams. 	
Priemonių paketas					Priemonių paketas	
					Medikamentas. Dozavimo priemonės. Seifas. Pagal reikalavimus įrengta patalpa. Narkotinių medžiagų testai. ŽIV ištyrimas.	
Priemonės	Šiandien yra	Optimalus pageidaujamas variantas	Reikalingas kiekis	Pastaba		
Švirkštai	Kiniški	100% klientų: 1 ml švirkštai – 4 vnt, 2 ml – 1 vnt. ir 0,4/0,45 mm adatos – 5 vnt.; 30% klientų: 5 ml – 1 vnt; 10% klientų: 20 ml – 2 vnt. +0,4/0,45 mm adatos – 5 vnt.	100%	Klientų vertinimu, prasta kokybė		
Adatos	Kiniškos	1, 2 ir 3 ml	90%	Klientų vertinimu, prasta kokybė		
Šaukštai		5 vnt. (10 ir 20 ml)	100%	Kokybė		
		0,4 ir 0,45 ml	10%	Papildomai TIK adatos		
Sterilus vanduo		5 ml - 5 vnt. 1-am klientui per dieną	100%			
Filtrai	Nėra	„Skrituliukai (kosmetiniai, sterilūs)“ – 5 vnt/dieną 1-am klientui	100%			
Vata	Nėra		100%	Sterilumas		
Sterilios servetėlės		1 servetėlė x 1 injekcija	100%			
Naloksonas	Nėra	5 vnt. (ampulės) per metus	100%			
ŽIV testai		Reikia 10 tūkst. testų per metus	100%			
Informacinė medžiaga	Yra, bet nepakanka	4 lankstinukai (skirtingomis temomis) x 1 kartą per metus. Moterims – apie reprodukcinę sveikatą. 1 kartą per metus.	100%			
Mokymai vartotojams	Nėra	6 val. Seminaras – 1158,48 Eur (4000 Lt); jei daro lygus lygiam – (3-4 val.), 144,81 Eur (500 Lt)				
<ol style="list-style-type: none"> Heroino vartotojui – 2 švirkštai per dieną; Amfetamino vartotojui – 4 švirkštai per dieną. 						

Personalas

1. Slaugytoja, gebanti teikti šias paslaugas:
 - a. ŽIV testavimas
 - b. Naloksonas- perdozavimo prevencija
 - c. Žaizdų gydymas (sveikatos priežiūros įstaigos)
 - d. Hepatito, ŽIV ištyrimas.
2. Socialinis darbuotojas, gebantis teikti šias paslaugas:
 - a. Prieš/po testinis ŽIV konsultavimas
 - b. Atvejo vadybininkas
 - c. Švirkštų keitimas
 - d. Informacinė medžiaga / sklaida
 - e. Savitarpio pagalbos grupės
3. Konsultantas lygus lygiam principu (peer-to-peer), gebantis teikti šias paslaugas:
 - a. „Outreach“ (gatvės darbuotojo) darbas
 - b. ŽIV, hepatito, sifilio, perdozavimo prevencija ir informavimas.

Personalas

1. Gydytojas psichiatras
2. Socialinis darbuotojas – atvejo vadybininkas
3. Slaugytojas
4. Psichologas

Teisiniai pokyčiai: šios dalies įgyvendinimas teisinių pokyčių nereikalauja.

Finansiniai pokyčiai: išaugus pacientų skaičiui padidės vaistinių preparatų įsigijimui skirtų išlaidų dalis. Koalicija „Galiu gyventi“ sieks, kad būtų parengta nauja LR SAM Priklausomybės ligų gydymo programa, finansuojama iš PSDF, kurioje būtų remiamasi šiais principais:

1. Skatinti daugiau psichikos sveikatos centrų teikti FM.
2. Numatyti atvejo vadybos kaštų, medikamentų (metadono), narkotikų ir alkoholio vartojimo kontrolės priemonių (pvz., testų) kompensavimą.

Programiniai pokyčiai: FM programų darbuotojų mokymai, bendradarbiaujant su „Sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014-2023 m. veiksmų plano“ (LR Seimas, 2014, Nr. V-815) ir ES struktūrinių fondų projekto įgyvendintojais.

4.2.3. INVESTICIJŲ Į FM PROGRAMAS DIDINIMAS

2013 m. išlaidos FM paslaugoms teikti sudarė 318 708,29 Eur (1 100 436 Lt). FM paslaugų teikimo kaštai vienam klientui vidutiniškai sudaro 614,57 Eur (2 122 Lt) per metus, o bendras lėšų poreikis FM paslaugų teikimui remiantis dabartiniu paslaugų paketu sudaro 4,7 mln. eurų. 2016-2020 m. Remiantis optimaliu FM paslaugų teikimo scenarijumi, bendras lėšų poreikis 2016-2020 m. sumažėjo 3,7 proc. ir sudaro 4,5 mln. eurų (FM paslaugų teikimo kaštai vienam klientui neženkliai sumažėja iki 592 eurų per metus).

Įgyvendinti ŽSK ir FM paslaugų plėtros 2016-2020 m. optimalų scenarijų iki 2020 m. iš viso reikalingi daugiau nei 8,6 mln. eurų.

Išaugus klientų skaičiui padidės vaistinių preparatų įsigijimui skirtų išlaidų dalis. Rekomenduojama siekti, kad būtų parengta nauja LR SAM

Priklausomybės ligų gydymo programa, finansuojama iš PSDF, kurioje būtų siekiama, remtis šiais principais:

1. Sskatinti daugiau psichikos sveikatos centrų teikti FM.
2. Numatyti atvejo vadybos kaštų, medikamentų (metadono), narkotikų ir alkoholio vartojimo kontrolės priemonių (pvz., testų) kompensavimą.

Atsižvelgiant į FM paslaugų plėtrą, lėšų poreikis eurais pateiktas 11-oje lentelėje:

11 lentelė. FM paslaugų plėtros poreikis

Metai	2016 m.	2017 m.	2018 m.	2019 m.	2020 m.	Lėšų poreikis iš viso, eurais
FM (dabartinis paslaugų paketas)	555 627	754 153	952 679	1 151 205	1 352 190	4 765 854
FM (optimalus paslaugų paketas)	535 168	726 384	917 600	1 108 816	1 302 400	4 590 368

Teisiniai pokyčiai: šios dalies įgyvendinimas teisinių pokyčių nenumato.

Finansiniai pokyčiai: finansavimo gerinimas advokataujant už skatinamųjų paslaugų įvedimą už priklausomybės gydymą; dalyvavimas nacionalinio biudžeto formavimo procesuose, susijusiuose su priklausomybių gydymo finansavimo skyrimu.

Programos pokyčiai: vykdant biudžetinę advokaciją gali atsirasti su FM paslaugų finansavimo administravimu susiję pokyčiai.

4.2.4. FM PASLAUGŲ LAISVĖS ATĖMIMO VIETOSE TEIKIMAS

FM paslaugų aprėptis taip pat bus didinama advokataujant už FM paslaugų tęstinumo LR Teisingumo ministerijos pavaldume esančiose baudmės atlikimo vietose užtikrinimą.

Teisiniai pokyčiai: visos teisinės prielaidos FM paslaugų tęstinumui baudmės atlikimo vietose yra. Taip pat yra jau įsigalėjusi praktika šias paslaugas teikti Vidaus reikalų ministerijos pavaldumo laisvės atėmimo vietose. Pagrindinis Koalicijos „Galiu gyventi“ uždavinys - įtikinti Teisingumo ministerijos vadovybę, kad nėra jokių formalių praktinių kliūčių raštu išreikšti palaikymą FM taikymui laisvės atėmimo vietose, kaip kad to reikalauja LR teisės aktai, ir teikti techninę pagalbą Kalėjimų departamentui planuojant realų paslaugų įgyvendinimą.

Finansiniai pokyčiai: lėšų reikės patalpų įrengimui, priemonių įsigijimui, vaistinių preparatų pirkimui. Sveikatos priežiūra baudmės atlikimo vietose yra finansuojama kitaip nei laisvėje: Kalėjimų departamentas turi atskirą biudžetą ir pats juo disponuoja sveikatos priežiūros reikmėms užtikrinti. Todėl ir FM finansavimo skyrimas

priklauso nuo Kalėjimų departamento prie Teisingumo ministerijos sprendimų.

Programiniai pokyčiai: bausmės atlikimo vietose dirbančių sveikatos priežiūros darbuotojų (gydytojų psichiatrų, slaugytojų) apmokymai. Mokymų organizavimas priklauso nuo Kalėjimų departamento sprendimų.

KITOS REKOMENDACIJOS:

- **Vykdyti tęstinį žalos mažinimo paslaugų teikimo finansinį monitoringą.** 2015 m. pradėta ŽSK ir FM išlaidų ir kaštų stebėseną leistų vertinti žalos mažinimo paslaugų išlaidas, finansavimo šaltinius ir apimtis, kokios paslaugos teikiamos, suteiktų galimybę vertinti tiesioginius ir netiesioginius kaštus bei jų pobūdį, valdyti išlaidas ir optimizuoti žalos mažinimo paslaugų teikimą.
- **Peržiūrėti žemo slenksčio paslaugų valdymo principus.** Reikalinga užtikrinti vieningą žalos mažinimo paslaugų koordinavimą, poreikių vertinimą, tobulinti centralizuotą būtinųjų priemonių pirkimą, galintį sumažinti išlaidas ir užtikrinti aukštą medicininių priemonių kokybę.
- **Didinti žemo slenksčio paslaugų prieinamumo lygį.** Atsižvelgiant į galimybes, optimizuoti nevyriausybinę organizacijų galimybes teikti ŽSK paslaugas. Rekomenduojama taip pat pagerinti fizinį ŽSK paslaugų prieinamumą prailginant ir/ar pritaikant žemo slenksčio kabineto darbo laiką pagal klientų poreikius ir galimybes (ypač rajonuose).
- **Stiprinti žemo slenksčio paslaugų teikimo (proceso ir rezultatų) vertinimo kultūrą Lietuvoje.** Nuoseklus žalos mažinimo paslaugų teikimo proceso ir rezultatų vertinimas leistų gerinti ŽSK ir FM paslaugų prieinamumą, kokybę, klientų pasitenkinimą paslaugomis, kryptingą personalo motyvaciją, klientų įgalinimą, taip pat leistų prognozuoti ir įvertinti žalos mažinimo paslaugų poveikius visuomenės sveikatai, taip pat socialinius ir ekonominius poveikius.
- **Rengti mokymus ir suteikti metodinį koordinavimą žalos mažinimo paslaugų teikėjams apie modernias moksliniais įrodymais paremtas ŽSK ir FM intervencijas ir jų poveikius.**

5. DUOMENŲ RINKIMO IR ANALIZĖS METODOLOGIJA

5.1. ŽALOS MAŽINIMO PASLAUGŲ FINANSAVIMO, IŠLAIDŲ IR KAŠTŲ TYRIMO METODOLOGIJA

Tyrimo objektas – ŽSK ir FM paslaugų finansavimas Lietuvoje 2012-2013 m. Tyrimas buvo atliekamas 2015 m., bandomasis tyrimas atliktas 2014 m. Tyrime naudoti trys tarptautiniai tyrimo instrumentai:

- žalos mažinimo paslaugų išlaidų vertinimo klausimynas;
- žalos mažinimo paslaugų kaštų vertinimo klausimynas;
- finansavimo poreikio vertinimo klausimynas.

Tyrimo vykdymo etapai:

- tyrimo imties suformavimas;
- tyrimo duomenų rinkimas ir validavimas;
- tyrimo ataskaitos rengimas ir rezultatų pristatymas.

5.1.1. TYRIMO IMTIES SUFORMAVIMAS

Tyrimo imtis sudaryta taikant netikimybinės tikslinės atrankos būdą ir remiantis tarptautine tyrimo metodologija ir paslaugų teikėjų įtraukimo į tyrimą reikalavimais: jei šalyje ŽSK/FM paslaugų teikėjų skaičius yra nuo 11 iki 30, tuomet tyrimo imtį turi sudaryti 10 ŽSK ir 10 FM paslaugų teikėjų.

5.1.2. ŽEMO SLENKSČIO PASLAUGOS

ULAC duomenimis Lietuvoje žemos slenksčio kabinetų paslaugas teikia 12 ŽSK. ŽSK yra homogeniški pagal savo paslaugų teikimo vietą ir pobūdį. Dalyvauti tyrime atrinkta 10 ŽSK, tyrime dalyvavo 9 ŽSK. Vienas paslaugų teikėjas nepateikė duomenų. Du paslaugų teikėjai neatitiko įtraukimo į tyrimą kriterijų ir tyrime nedalyvavo:

- paslaugų teikėjas paslaugas teikia nereguliariai, daugiau atsitiktinai, maža apimtimi, paslaugos yra mobilios ir pagrindinis tikslas – motyvuoti klientus dalyvauti reabilitacijos programose, todėl šio ŽSK paslaugų teikėjo aptarnaujamų nuolatinių klientų skaičius yra nežinomas,
- antrasis paslaugų teikėjas ŽSK veiklą vykdo nedidele apimtimi (ULAC duomenimis, priemonėms per metus skiria tik apie 290 eurų), nepateikė duomenų ir nedalyvavo tyrime,
- vienas paslaugų teikėjas nepateikė duomenų.

Tyrimo metu 2012-2013 m. du ŽSK teikė mobilias paslaugas (Vilniaus PLC, Klaipėdos PSC), 4 ŽSK nurodė teikiantys tik stacionarias ŽSK paslaugas (Demetra, Kauno socialinių paslaugų centras, Šiaulių centro poliklinikos PSC, Mažeikių nakvynės namai), o 3 ŽSK nurodė teikiantys stacionarias ir mobilias ŽSK paslaugas (Alytaus RK, Visagino ŽSK ir Kėdainių PSPC).

5.1.3. FARMAKOTERAPIJA METADONU

FM paslaugas Lietuvoje teikia 19 asmens sveikatos priežiūros įstaigų (ASPĮ) – 3 priklausomybės ligų centrai ir 16 psichikos sveikatos centrų. Dalyvauti tyrime buvo atrinkta 10 FM paslaugas teikiančių ASPĮ. Tyrime dalyvavo 8 FM paslaugų teikėjai (du į tyrimą įtraukti teikėjai nepateikė duomenų).

5.1.4. TYRIMO DUOMENŲ RINKIMAS

Tyrimo duomenys buvo renkami 2015 m. sausio – vasario mėnesiais. Tyrimo duomenys buvo renkami remiantis tokia metodika:

- iš anksto į visas tyrimo vietas išsiunčiamas supaprastintas Žalos mažinimo paslaugų išlaidų vertinimo klausimynas,
- tyrėjui nuvykus į tyrimo vietą renkama ir tikslinama informacija, renkami finansiniai dokumentai,
- atliekamas finansinių duomenų validavimas tikslinant tyrimo metu gautą informaciją.

Surinkus finansinius duomenis pagal Žalos mažinimo paslaugų išlaidų ir kaštų vertinimo klausimynus, buvo užpildytas Finansavimo poreikio vertinimo klausimynas. Žalos mažinimo paslaugų finansavimo poreikio klausimynas pridedamas prie šios ataskaitos, o bendras lėšų poreikis pateiktas šios ataskaitos 3 skyriuje.

5.1.5. TYRIMO ATASKAITOS RENGIMAS IR REZULTATŲ PRISTATYMAS

Tyrimo ataskaita parengta 2015 m. kovo-gegužės mėn. tyrimo rezultatai aptarti dviejuose Koalicijos „Galiu gyventi“ organizuotuose seminaruose.

Pastabos dėl duomenų rinkimo ir interpretavimo: su technine duomenų rinkimo ataskaita galima susipažinti Koalicijos „Galiu gyventi“ administracijoje.

5.2. ŽALOS MAŽINIMO PASLAUGŲ VERTINIMO, ATLIKTO ŠNV BENDRUOMENĖS JĖGOMIS, METODOLOGIJA

Siekiant vartotojų akimis įvertinti žemo slenksčio paslaugų prieinamumo barjerus, vartotojų tyrimas buvo atliekamas dviem kryptimis:

1. žemo slenksčio kabinetuose ir farmakoterapijos metadonu teikimo vietose pagal iš anksto parengtą metodiką – specialią anketą su atvirais ir uždariais klausimais - apklausiant šių programų dalyvius ir pacientus su tikslu išsiaiškinti, kaip žalos mažinimo programos vykdoma veikla atitinka vartotojų ir pacientų poreikius bei lūkesčius,
2. inicijuojant ir suburiant žemo slenksčio kabinetų lankytojų ir farmakoterapijos metadonu programos pacientų diskusines grupes, kurių metu pagal iš anksto parengtą tarptautinę metodiką buvo vertinamos žalos mažinimo paslaugų prieinamumas vartotojų akimis ir aptarti aktualiausi klausimai bei įvardintos prioritetinės probleminės sritys.

Norintys atlikti tyrimą asmenys turėjo dalyvauti dviejų dienų „Žalos mažinimo paslaugų vertinimo“ metodologiniuose mokymuose, kuriuos vedė užsienio ekspertas. Mokymų metu įgytos žinios sudarė palankias sąlygas vartotojams tinkamai surinkti respondentų (klientų ir pacientų) pasitenkinimo žalos mažinimo paslaugomis duomenis ir klausimynus, taikant kokybinius tyrimo metodus. Taip pat tinkamai organizuoti ir vesti diskusines grupes, leidžiant pasisakyti kiekvienam grupės dalyviui, ir pildant žalos mažinimo paslaugų ir priemonių prioritetizavimo lenteles.

Verta pastebėti, kad šio tyrimo negalima laikyti išbaigtu moksliniu tyrimu, pilnai atitinkančiu kokybinius ir kiekybinius kriterijus, nes tyrimą vykdė ne profesionalai, o iniciatyvūs narkotikus vartojančių asmenų bendruomenės atstovai. Tačiau jį galima laikyti vartotojų nuomonių apžvalga, kurios privalumai ir ribotumai pateikiami 12-oje lentelėje:

12 lentelė. Žalos mažinimo paslaugų prieinamumo tyrimo privalumai ir ribotumai

Privalumai	Ribotumai
<ul style="list-style-type: none">• Didelis tarpusavio pasitikėjimo laipsnis tarp apklausėjo ir respondento, grupės vedančiojo ir dalyvio• Susitapatinimas ir atvirumas• Žemas respondentų ir dalyvių baimės slenkstis• Žemas tyrimo slenkstis - lengvesnis priėjimas prie vartotojo	<ul style="list-style-type: none">• Nepatikimai išpildyti tyrimo kokybiniai ir kiekybiniai metodai• Duomenys nevalidūs, vietomis prieštaringi• Subjektyvumas

VšĮ „Resetas“, narkotikus vartojančių asmenų savitarpio pagalbos organizacija, buvo vienintelė regioninės programos Lietuvoje pirmojo etapo dalyvė ir, taikydama minėtą metodologiją, atliko 160 apklausų Vilniuje, Kaune ir Klaipėdoje (69 vnt. ŽSK ir 91 vnt. FM) bei organizavo

8 diskusines grupes (3 - Vilniuje, 3 - Kaune ir 2 – Klaipėdoje). Ribotas projekto įgyvendinimo laikas ir finansai sumažino galimybes praplėsti tyrimą į kitus miestus ir rajonus. Apklausų pasiskirstymą pagal miestus ir respondentų tipus nusako 13-oje lentelėje pateikiami duomenys:

13 lentelė. ŽSK ir FM paslaugų prieinamumo tyrimo duomenys

Apklausų tipas	Miestas	Respondentų skaičius	Anketavimo periodas	Respondentai
FM	Klaipėda	20	2015.01.12-02.02	FM programos pacientai
FM	Vilnius	40	2015.01.12-02.08	FM programos pacientai
FM	Kaunas	31	2015.01.12-02.08	FM programos pacientai
ŽSK	Klaipėda	20	2015.01.12-02.02	ŽSK klientai, aktyvūs ŠNV
ŽSK	Vilnius	30	2015.01.12-02.06	ŽSK klientai, aktyvūs ŠNV
ŽSK	Kaunas	19	2015.01.12-02.08	ŽSK klientai, aktyvūs ŠNV

14-oje lentelėje pateikiami duomenys apie diskusinių grupių pasiskirstymą pagal miestus, tipą ir dalyvių sudėtį.

14 lentelė. ŽSK klientų ir FM pacientų diskusinių grupių duomenys

Grupė	Vieta	Grupės data	Dalyviai
ŽSK	Klaipėda	2015.01.13	8 dalyviai: mišri vyrų ir moterų grupė, aktyvūs ŠNV
FM	Klaipėda	2015.01.22	8 dalyviai: mišri vyrų ir moterų grupė, FM programos dalyviai
ŽSK	Kaunas	2015.02.18	10 dalyvių: mišri vyrų ir moterų grupė, aktyvūs ŠNV
FM	Kaunas	2015.02.19	8 dalyviai: mišri vyrų ir moterų grupė, FM programos dalyviai
Moterų (ŽSK)	Kaunas	2015.02.18	5 dalyvės: moterų grupė, FM programos dalyvės, aktyvios ŠNV
ŽSK	Vilnius	2015.02.24	14 dalyvių: mišri vyrų ir moterų grupė, aktyvūs ŠNV
FM	Vilnius	2015.02.13	9 dalyviai: mišri vyrų ir moterų grupė, FM programos dalyviai
Moterų (FM)	Vilnius	2015.03.05	5 dalyvės: moterų grupė, FM programos dalyvės, aktyvios ŠNV

Šio tyrimo rezultatai - diskusinių grupių protokolai ir anketų duomenų statistinės suvestinės - sudarė sąlygas išryškinti keletą žalos mažinimo teikiamų paslaugų ir priemonių, kurios didžiosios daugumos apklaustųjų

ir grupių dalyvių visuose miestuose buvo įvertintos kaip prioritetinės ir kurių prieinamumą riboja įvairios kliūtys.

Farmakoterapijos metadonu programos pacientai išskiria šias svarbiausias sritis:

- 1) nenutrūkstamas FOV prieinamumas,
- 2) metadono dozių koregavimo ir didinimo problematika, apsunkintas savarankiškas metadono vartojimas (išduodama dozė savaitei),
- 3) ribotos galimybės gerti metadoną pagal gyvenamąją vietą poliklinikose,
- 4) FM poreikis įkalinimo įstaigose,
- 5) visuomenės, gydytojų stigmos ir neigiamos nuostatos į FM pacientus,
- 6) specializuotų paslaugų psichoaktyvias medžiagas vartojančioms moterims stygius,
- 7) apsunkintas patekimas į FM programą.

Žemo slenksčio kabinetų lankytojai išskiria šiuos prioritetus:

- 1) poreikių netenkinantis esamų švirkštų ir adatų spektras ir kokybė,
- 2) papildomų priemonių (šaukštų, vandens injekcijoms, pirmosios pagalbos rinkinių, sterilizavimo priemonių ir kt.) trūkumas,
- 3) nepakankamas kabinetų darbo laikas,
- 4) perdozavimo prevencijos stygius ir ribotas Naloksono prieinamumas (receptinis preparatas),
- 5) gana aukštas mobilaus kabineto slenkstis (policijos pareigūnų buvimas greta kelia diskomfortą klientams),
- 6) gatvės socialinių darbuotojų ir konsultantų „lygus-lygiam“ poreikis,
- 7) konsultacijų prieš/po ŽIV testavimo ir tuberkuliozės tyrimų poreikis,
- 8) specializuotų paslaugų ir konsultacijų moterims stygius.

Išleido Nevyriausybinių organizacijų
ir ekspertų koalicija „Galiu gyventi“
už The Global Fund lėšas

