



Pažeidžiamųjų grupių atstovavimo koalicija

Projektas

**Geros politikos ir patirties sklaida
sprendžiant narkomanijos problemas**

PROJEKTO REZULTATŲ SANTRAUKA

**Vilnius
2005**

Projekto konsultantų grupė: Rita Kriščiukaiytė, Neringa Maleckienė, Raminta Štuikytė ir Rima Vaitkienė.

Projekto dalių autoriai: Ona Grimalauskienė, Eglė Pincevičiūtė – „Tarpautinių organizacijų rekomendacijos ir užsienio praktika“; VšĮ MTVC – „Sveikatos, socialinės ir švietimo paslaugos narkotikų vartotojams“; Rokas Uscila – „Narkomanijos pacientams teikiamų paslaugų įtvirtinimas teisės aktuose“; Neringa Maleckienė – „Informacijos šaltinių, atspindinčių galimybes gauti paslaugas narkomanijos ir ŽIV/AIDS srityje, apžvalga“.

Projekto koordinatore Jurgita Poškevičiūtė.

Dėkojame Agnei Marudinaitei, Virginijai Ambrazevičienei, Emiliui Subatai, Janinai Asadauskienei, Aleksandrui Slatvickiui, Irenai Vaicekavičienei, Virginijai Stalnionienei, Vilniaus m., Klaipėdos m., Mažeikių r. ir Molėtų r. savivaldybių atstovams už vertingas pastabas, pasiūlymus ir informaciją, taip pat įvairių Lietuvos savivaldybių darbuotojams, dalyvavusiems teisiniame projekto tyrime.

Šį projektą parėmė Šiaurės Ministrų Tarybos biuras ir Atviros visuomenės institutas.

Cituojant šią projektų rezultatų ataskaitą nuoroda būtina.

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

Daugiau informacijos: www.galiugyventi.lt

Turinys

TRUMPINIAI	4
METODOLOGIJA	6
PROJEKTO REZULTATAI	11
Pirminė narkotikų vartojimo prevencija	11
Ankstyva narkotikų vartojimo (priklausomybės) diagnostika ir paslaugos eksperimentuojantiems su narkotikais asmenims	15
Žemo slenksčio paslaugos narkotikų vartotojams.....	18
Abstinencijos ir priklausomybės gydymas ambulatoriškai ir stacionare	21
IŠVADOS	31
PRIEDAI	35

TRUMPINIAI

AIDS	įgytas imunodeficito sindromas; angl. <i>acquired immune deficiency syndrome</i>
ASPI	asmens sveikatos priežiūros įstaiga
BPL	bendrojo profilio ligoninės
BPG	bendrosios praktikos gydytojas
GMP	greitoji medicinos pagalba
EMCDDA	Europos narkotikų ir narkomanijos stebėsenos centras
LAC	Lietuvos AIDS centras
LNSS	Lietuvos nacionalinė sveikatos sistema
LPI	lytiškai plintančios infekcijos
LPL	lytiškai plintančios ligos
NKD	Narkotikų kontrolės departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės
NVO	nevyriausybinė organizacija
PLC	priklausomybės ligų centras
PPT	pedagoginė psichologinė tarnyba
PSDF	Privalomasis sveikatos draudimo fondas
PSPC	pirminės sveikatos priežiūros centras
PSC	psichikos sveikatos priežiūros centras
SAMD	Socialinės apsaugos ir darbo ministerija
SAM	Sveikatos apsaugos ministerija
SP	sveikatos priežiūra
SVEIDRA	Privalomojo sveikatos draudimo fondo duomenų bazė
ŠKP	švirkštų keitimo programa
ŠMM	Švietimo ir mokslo ministerija
TB	tuberkuliozė
TLK	teritorinė ligonių kasa
TLK-X	tarptautinė statistinė ligų ir sveikatos problemų klasifikacija
VGPUL	Vilniaus greitosios pagalbos universitetinė ligoninė
VLK	Valstybinė ligonių kasa
VSC	visuomenės sveikatos centras
VRC	vaiko raidos centras

VTAT	Vaiko teisių apsaugos tarnyba
ŽIV	žmogaus imunodeficito virusas
ŽM	žalos mažinimas
ŽS	žemas slenkstis

METODOLOGIJA

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

Projekto uždaviniai:

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

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

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

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

Pabrėžtina, kad šis paslaugų sąrašas sudarytas ne kaip pavyzdinis visų rekomenduojamų diegti paslaugų sąrašas, o tik kaip atspirties taškas kuo išsamiau

išnagrinėti įvairias esamas ir galimas paslaugas, siekiant išvengti narkomanijos plitimo ir sumažinti jos padarinius.

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

Savivaldybių tyrimo metodologija. Švietimo, socialinėms ir sveikatos priežiūros paslaugoms tirti buvo pasirinktos dvi didelės ir dvi mažesnės Lietuvos savivaldybės: Vilniaus ir Klaipėdos miestų, Mažeikių ir Molėtų rajonų (Klaipėdoje – 190 187 gyventojai, Vilniuje – 552 800 gyventojų, Mažeikių rajone – 66 773 gyventojai, Molėtų rajone – 24 567 gyventojai¹). Tyrimą atliko VšĮ MTVC 2005 m. birželį–rugspjūtį.

Aprašomuoju kokybiniu tyrimu buvo siekiama įvertinti paslaugų prieinamumą šiais aspektais:

- Kokios paslaugos ir kiek jų teikiama, palyginti su visų įmanomų paslaugų sąrašu?
- Kokios yra svarbiausios paslaugų gavėjų tikslinės grupės?
- Kokios yra paslaugų teikimo sąlygos?
- Kaip organizuotas paslaugų teikimas (kokios įstaigos teikia paslaugas ir kaip jos bendradarbiauja)?

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

Atliekant socialinio tinklo analizę, buvo derinami visiško bei „sniego kamuoliuko“ įstaigų identifikavimo metodai, pradedant nuo tyrėjams žinomų įstaigų tinklo ir toliau ieškant įstaigų, su kuriomis palaikomi formalūs arba neformalūs ryšiai, apklausiami jų darbuotojai (administracija ir specialistai). Iš viso buvo apklausta apie 70 specialistų, atstovaujančių savivaldybėms, mokykloms, vaikų namams, VTAT, PPT, policijai, pataisos darbų inspekcijai, GMP, PLC, PSC, PSPC/BPG, VSC, žemo slenksčio kabinetams, bendrojo profilio ir psichiatrijos ligoninėms, LAC, socialines paslaugas bei psichologinę pagalbą teikiančioms organizacijoms. Rengiant šią studiją, buvo naudojamosi išsamiau

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

psichologinės, medicininės ir socialinės pagalbos aprašymu leidinyje „Pagalba Vilniaus mieste žalingai vartojantiems alkoholį ir narkotikus“² bei LAC biuleteniu; taip pat buvo remtasi paslaugų teikimą bei jų finansavimą reguliuojančiais teisės aktais ir statistikos duomenimis.

Teisinės bazės apžvalgos metodologija

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

Uždaviniai:

- nustatyti, kokie teisės aktai ir kokių mastu reglamentuoja narkomanijos pacientams teikiamas paslaugas Lietuvoje;
- pabrėžti konkrečias teisės normas, tiesiogiai įtvirtinančias atitinkamas paslaugas, palyginti jas su ekspertų parengtu narkomanijos pacientams galimų specifinių paslaugų sąrašu;
- atlikti atitinkamų teisės aktų ir teisinės praktikos analizę kai kuriose Lietuvos savivaldybėse;
- nustatyti, kokiais teisės aktais vadovaujasi savivaldos institucijos savo teritorijose teikdamos paslaugas narkomanijos pacientams;
- išsiaiškinti savivaldos institucijų nuomonę apie nacionalinių teisės aktų teikiant paslaugas nagrinėjamos kategorijos pacientams pakankumą, detalesnę paslaugų reglamentaciją savivaldos lygmeniu, narkomanijos pacientų teisinės apsaugos vertinimą.

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

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

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

² Parengė Vilniaus priklausomybės ligų centras 2004 m.

Tarptautinių organizacijų ir užsienio šalių praktikos apžvalgos metodologija

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

Projekto apribojimai:

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

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

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

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

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

– Projekte beveik nenagrinėjamos ŽIV/AIDS problemos, nes šiuos klausimus tiria kitas koalicijos „Galiu gyventi“ šiuo metu dar nebaigtas tyrimas.

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

Literatūros sąrašas

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

PROJEKTO REZULTATAI

Pirminė narkotikų vartojimo prevencija

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

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

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

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

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

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

Pagal Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro įsakymą³ turėtų būti organizuotos konsultacijos specialiųjų ugdymosi poreikių, psichologinių, asmenybės ir ugdymosi problemų turintiems asmenims, jų tėvams (globėjams, rūpintojams) psichologinių, asmenybės ir ugdymosi problemų prevencijos bei jų sprendimo klausimais, o mokiniams – jų polinkių ir gabumų klausimais.

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

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

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

³ Švietimo ir mokslo ministro 2003 m. gruodžio 24 d. įsakymas Nr. ISAK-1880 „Dėl Savivaldybės pedagoginės psichologinės tarnybos pavyzdinių nuostatų“. – Valstybės žinios, 2004, Nr. 10-277.

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

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

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

Nelankantiems mokyklos vaikams švietimo ir mokslo ministro įsakymu⁴ numatyta sudaryti savivaldybių prevencinio darbo koordinavimo grupes, kurios turi įgyvendinti priemones siekiant sugrąžinti į mokyklas jų nelankančius vaikus. Tačiau dirbant su šia tiksline grupe būtinybė imtis papildomų priemonių tyrimo duomenų rinkimo metu buvo pabrėžiama ne vieną kartą.

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

⁴ Švietimo ir mokslo ministro 2004 m. rugsėjo 17 d. įsakymas Nr. ISAK-1462 „Dėl teisės pažeidimų, mokyklos nelankymo, narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimo, ŽIV/AIDS, smurto ir nusikalstamumo prevencijos“. – Valstybės žinios, 2004, Nr. 145-5281.

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

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

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

Norvegijoje pagal Socialinės pagalbos aktą už tiesioginę alkoholizmo ir narkomanijos prevenciją atsakingos savivaldybės. Savivaldybių socialinės tarnybos turi teikti informacines ir žemo slenksčio paslaugas, organizuoti pagalbą gatvėse bei skleisti informaciją apie jų vartojimo žalą. Kiekviena savivaldybė pati sprendžia, kaip šis darbas turi būti organizuotas, atsižvelgdama į kultūrinės kiekvieno regiono ypatybes. Daugelyje savivaldybių prevencinę veiklą vykdo socialinės pagalbos tarnybos, tačiau kai kuriose didesnėse savivaldybėse skiriami nusikalstamumo ir narkotikų prevencijos koordinatoriai, siekiant užtikrinti įvairių tarnybų ir sektorių bendradarbiavimą.

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

Ankstyva narkotikų vartojimo (priklausomybės) diagnostika ir paslaugos eksperimentuojantiems su narkotikais asmenims

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

Akcentuotina kai kurių paslaugų teisinio reglamentavimo stoka, pvz., mobilios gatvės tarnybos vaikams. Tyrimas parodė, kad nors šios paslaugos nėra reglamentuotos, tačiau kai kuriose savivaldybėse jos teikiamos neva vadovaujantis nacionaliniais teisės aktais. Teisės aktai nurodo, kad gydytojas privalo žinoti „psichikos sveikatos priežiūros paslaugas reglamentuojančius Lietuvos Respublikos įstatymus ir kitus teisės aktus“⁵. Deja, teisės aktų taikymo praktika parodė, kad specialistai klysta manydami, jog atitinkamas teisės aktas reglamentuoja visas įmanomas paslaugas (pvz., Narkologinės priežiūros įstatymas), neteisingai interpretuoja teisės normas, pavieniais atvejais tik mano, jog yra kažkoks teisės aktas, tačiau realiai jo įvardyti negalėjo.

Ankstyva diagnostika iš esmės skiriama asmenims, kurie gali mėginti vartoti narkotikus ar kitas psichoaktyvias medžiagas, jomis eksperimentuoja arba vartoja epizodiškai. Tokie asmenys paprastai dar nėra fiziškai ir (ar) psichologiškai priklausomi nuo narkotikų. Pagrindinės priemonės siekiant ankstyvo išaiškinimo ir ankstyvosios intervencijos yra psichologo paslaugos (individualios ir grupinės), socialinio darbuotojo paslaugos, testavimas dėl narkotikų, alternatyvus užimtumas, tikslinės paslaugos pažeidžiamųjų grupių vaikams (mobilios gatvės tarnybos vaikams, dienos centrai), taip pat gali būti teikiamos laikino apgyvendinimo, maitinimo ir kitos socialinės paslaugos.

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

⁵ Sveikatos apsaugos ministro 2005 m. liepos 22 d. įsakymas Nr. V-601 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 53:2005 „Gydytojas psichiatras. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“. – Valstybės žinios, 2005, Nr. 94-3514.

Testavimas atliekamas sveikatos priežiūros įstaigose, psichikos sveikatos centruose. Į juos gali nusiųsti mokyklos socialinis pedagogas, pasikonsultavęs su vaiku, su mokyklos administracija ir su tėvais. Gali būti testuojama ir mokykloje, jeigu yra sveikatos priežiūros specialistas, tačiau realiai tai neapraktikuojama. Pagal Vyriausybės 2002 m. balandžio 2 d. nutarimą Nr. 437 „Dėl ankstyvojo vaikų (moksleivių) psichiką veikiančių medžiagų vartojimo nustatymo tvarkos patvirtinimo“⁶ testavimas dėl narkotikų turi būti atliekamas asmens sveikatos priežiūros įstaigoje. Tai taikoma asmenims iki 18 metų. Testavimo dėl narkotikų praktika tirtose savivaldybėse yra skirtinga. Didesnėse savivaldybėse testus atlieka priklausomybės ligų centrai ir ligoninės. Vienoje savivaldybėje buvo paminėtas psichikos sveikatos centras, kitoje – visuomenės sveikatos centrai, o dar vienoje savivaldybėje nepavyko nustatyti asmens sveikatos priežiūros įstaigos, atliekančios testavimą.

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

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

Sunku atskirti pradedančius vartoti narkotikus (eksperimentuojančius) klientus. Todėl psichologo ir socialinio darbuotojo – jie dirba skirtingose įstaigose – paslaugos

⁶ Žr. Valstybės žinios, 2002, Nr. 35-1305.

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

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

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

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

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

Žemo slenksčio paslaugos narkotikų vartotojams

Žalos mažinimo, arba žemo slenksčio, priemonių įgyvendinimas Lietuvoje yra numatytas Seimo patvirtintoje Nacionalinėje narkomanijos prevencijos ir narkotikų kontrolės 2004–2008 m. programoje ir Vyriausybės priimtoje Valstybinėje ŽIV/AIDS prevencijos ir kontrolės 2003–2008 m. programoje. Teisės aktų analizė parodė, kad ŽS paslaugos narkotikų vartotojams reglamentuotos silpniausiai, palyginti su kitomis paslaugų grupėmis. Teisės aktai tik užsimena apie tokias paslaugas kaip tiesioginis darbas su neidentifikuotais vartotojais gatvėje (angl. *outreach*), adatų ir švirškštų keitimas, dezinfekuojamųjų medžiagų, kontracetinių priemonių dalijimas, saugesnio švirškštimosi technikos mokymas. Pabrėžtina, kad nėra nustatyti žalos mažinimo kabinetų veiklos reikalavimai, teisės aktais nėra reglamentuotas saugesnio švirškštimosi technikos mokymasis ir pan.

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

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

Jungtinės Tautos laikosi pozicijos, jog žemo slenksčio programos yra būtinos tam, kad būtų pasiekta daugiau narkotikų vartotojų, kurie dar nesikreipė į gydymo ar priklausomybės ligų gydymo institucijas. Tai turėtų būti lanksčios, nešabloniškos programos, vykdomos už formalių sveikatos ir socialinių įstaigų ribų. Jų tikslas – pasiekti ir remti kuo daugiau narkotikų vartotojų, motyvuoti

juos kreiptis į medicininės ir socialinės tarnybas, didinti jų suinteresuotumą gydytis ir mažinti žalingas su narkotikais susijusias pasekmes.

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

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

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

Savivaldybės lygmeniu PSC ir PSPC nuostatai nenumato uždavinio teikti ŽS paslaugas.

Šiuo metu dauguma žalos mažinimo programų yra finansuojamos iš savivaldybių lėšų, tačiau teikiamos paslaugos yra ribotos dėl nepakankamo finansavimo. Adatų ir švirkštų keitimas žemo slenksčio kabinetuose, kontracetinių priemonių dalijimas ribotas ir vykdomas vos keliose įstaigose. Šios priemonės dėl trumpalaikio projekcinio ar

nepakankamo biudžetinio finansavimo yra netolygios, trūkios, ribotos, nes taikomos tik kai kurioms grupėms.

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

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

Nuo 1988 metų Oslo, vėliau ir kituose Norvegijos miestuose buvo pradėtos steigti mobilių paslaugų narkotikų vartotojams tarnybos. Šiandien tokios tarnybos ne tik dalija švirkštus, adatas ir prezervatyvus, bet ir padeda priklausomiems nuo narkotikų asmenims (ypač neseniai pradėjusiems juos vartoti) išsivaduoti nuo priklausomybės, padeda organizuoti skubiąją pagalbą (pvz., perdozavus). Jos glaudžiai bendradarbiauja su GMP, organizuoja pristatymą į detoksikacijos pagalbą teikiančias įstaigas arba namo ir aktyviai stebi vartotojus po perdozavimo.

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

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

Abstinencijos ir priklausomybės gydymas ambulatoriškai ir stacionare

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

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

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

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

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

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

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

PLC užima pagrindinę vietą SP sektoriuje gydant priklausomybės ligas. Palyginti su kitomis įstaigomis, Vilniaus ir Klaipėdos PLC teikia daugiausia paslaugų narkotikų vartotojams ir jų artimiesiems, tarp jų: neapsvaigusiu pacientų abstinencijos gydymas, įvairios rehabilitacijos programos (pvz., stacionari rehabilitacijos programa Klaipėdos PLC specializuotame centre ir 8–9 mėn. trukmės ilgalaikė programa rehabilitacijos centre) bei ambulatorinis gydymas, įskaitant pakaitinio gydymo metadonu programas. Vilniuje papildomai teikiamos dienos centro paslaugos, konsultacijos, anoniminė Minesotos programa, palaikomoji ambulatorinė programa po stacionarios rehabilitacijos, dienos stacionaro paslaugos, įvairios prevencinio bei socialinio pobūdžio paslaugos.

Tyrimas rodo, kad PSC nėra linkę gydyti priklausomybių, nors yra patvirtinti pirminio ir antrinio lygio priklausomybės ligų gydymo standartai ir taip sukurta palanki teisinė bazė šioms paslaugoms teikti. PSC arba siunčia priklausomybės ligomis sergančius ligonius į PLC (dideliuose miestuose), arba teikia ribotą atitinkamų gydymo paslaugų skaičių. Išimtis sudaro centrai, kuriuose dirbantys psichiatrai turi priklausomybės ligų psichiatro kvalifikaciją arba sutinka dalyvauti pakaitinio gydymo programoje (pvz., septyni Vilniaus pirminės sveikatos priežiūros centrai). Tai, kad PSC mažai dalyvauja gydant priklausomybės ligomis sergančius asmenis, rodo ir 2003 m. SVEIDROS duomenys: PSC bei kitose pirminės SP įstaigose ligonių, kuriems pagal TLK-X nustatyta F10–19 diagnozė⁷, buvo atitinkamai 8905 ir 2724. Tai sudarė atitinkamai 3 ir 3,6 proc. visų jų aptarnaujamų ligonių, turinčių psichikos ir elgesio sutrikimų. Tuo tarpu Lietuvoje priklausomybių ligotumas sudaro 42,5 proc. visų psichikos ir elgesio sutrikimų.

Tipiškos tyrimo respondentų įvardytos PSC „nedalyvavimo pozicijos“ priežastys:

- nėra galimybės išrašyti kompensuojamųjų vaistų narkotikų priklausomybei gydyti, kadangi šiems ligoniams nenumatytas vaistų išlaidų kompensavimas. Įstatymai tam sudaro prielaidą, tačiau siekiant galutinio rezultato vaistai narkomanijai gydyti turi būti įtraukti į Kompensuojamųjų vaistų sąrašą, kaip tai numato LR sveikatos apsaugos ministro 2002 m. balandžio 5 d. įsakymu Nr. 159 patvirtinta nauja „Ligų ir

⁷ Psichikos ir elgesio sutrikimai vartojant psichoaktyvias medžiagas.

kompensuojamųjų vaistų joms gydyti, kompensuojamųjų vaistų ir kompensuojamųjų medicinos pagalbos priemonių sąrašų keitimo tvarka⁸;

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

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

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

- suteikus pirmąją pagalbą sunkius ligonius veža į nustatytas specializuotas SP įstaigas: Vilniuje apsinuodijus – į VGPUL, Toksikologijos kliniką, vaikus – į Vilniaus miesto universitetinę ligoninę. Jei ligonis yra psichozės būklės, iškviečiama policija ir ligonis vežamas į Respublikinę Vilniaus psichiatrijos ligoninę Naujojoje Vilnioje. Abiem atvejais hospitalizuojami tik labai sunkūs ligoniai pagal būtinosios pagalbos indikacijas.

- GMP darbuotojai dažniausiai suteikia pagalbą vietoje, kadangi epizodinis vartojimas nėra priklausomybė ir nėra indikacija stacionarizuoti. Be to, gydymas yra savanoriškas.

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

Abstinenciją stacionare taip pat gydo kai kurios bendrojo profilio ligoninės. Psichiatrijos ligoninės, kurios, skirtingai nuo PLC, turi reanimavimo galimybes sunkiems⁹ priklausomybės ligomis sergantiems pacientams (tarp jų ir siunčiamiems iš mažų miestelių), teikia trumpalaikį abstinencijos gydymą ir ambulatorines specialistų konsultacijas. Vilniuje komplikotos abstinencijos būsenos gydomos ir VGPUL Toksikologijos centre.

⁸ Žr. Valstybės žinios, 2002, Nr. 39-1450.

⁹ Ūmūs atvejai, dažnai psichozė.

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

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

Finansinės prieinamumo kliūtys:

- net apdrausti sveikatos draudimu asmenys turi mokėti už ambulatorinio gydymo metu vartojamus vaistus visose ambulatorinėse SP įstaigose (pacientams, kurių diagnozė pagal TLK F10–19, šioms ligoms gydyti kompensuojamieji vaistai neišrašomi¹⁰, pagal SVEIDRA šie ligoniai gauna apie 0,1 proc. visos kompensuojamųjų vaistų, skirtų F grupės ligoniams, kurių diagnozės TLK-X, išlaidų sumos);

- PLC ir socialinių įstaigų paslaugos dideliuose miestuose yra nemokamos tik miesto arba tam tikros jo teritorijos gyventojams.

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

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

Danijoje narkotikų vartotojų abstinencijos gydymas kaip sudedamoji viso gydymo dalis nemokamai atliekamas ir privačiuose, ir valstybiniuose sveikatos institucijų gydymo centruose. Abstinencijos gydymas gali būti ir ambulatorinis,

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

ir stacionarus. Abiem atvejais gydymas pradamas pasikonsultavus su apskrities konsultacijų centru ir tada asmeniui sudaromos sąlygos gydytis įvairiais gydymo metodais.

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

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

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

Socialinė-psichologinė rehabilitacija ir reintegracija į visuomenę

Baigus gydymo programą, teikiama rehabilitacija ir reintegracija. Tai reglamentuoja daugiausia poįstatyminiai teisės aktai – ministrų įsakymai. Lietuvos Respublikos

narkologinės priežiūros įstatymas reglamentuoja trumpą, vidutinės trukmės, ilgalaikę stacionarią psichoterapinę reabilitacijos programą ir socialinio darbuotojo paslaugas.

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

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

Remiantis Narkotikų kontrolės departamento (NKD) duomenimis, valstybė nuolat finansuoja 27 reabilitacijos vietas, kurios yra dviejose sveikatos priežiūros įstaigose Vilniuje, Lietuvos AIDS centre (jo steigėja yra Sveikatos apsaugos ministerija) ir Vilniaus priklausomybės ligų centre (jo steigėja yra Vilniaus miesto savivaldybė). Kitos socialinės reabilitacijos paslaugas teikiančios įstaigos yra įsteigtos nevyriausybiinių organizacijų bei religinių bendrijų ir yra išlaikomos iš privačių lėšų, labdaros bei įvairių projektų. SADM finansuoja narkotikų vartotojų socialinės reabilitacijos bendruomenių projektus. 2004 m. 68 proc. visų projektų vykdytojų teikė paslaugas nuo narkotikų priklausomų asmenų šeimos nariams. Mažiau projektų buvo skirta narkotikų vartotojų išsilavinimo, perkvalifikavimo, įsidarbinimo problemoms spręsti. Teisinėms paslaugoms teikti taip pat buvo nedaug projektų. Didžiausią dalį specialistų, dalyvaujančių vykdant projektus, sudarė socialiniai darbuotojai. Narkotikų vartotojų socialinės reabilitacijos centruose teikiamos šios paslaugos: ilgalaikė socialinė ir (arba) psichologinė reabilitacija, individuali ir grupinė psichoterapija, psichologo, psichiatro, socialinio darbuotojo konsultacijos, „12 žingsnių“, „Day top“ programa, darbo terapija ir kt.

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

Dabartiniu metu SADM inicijuota ir palaiko psichosocialinės reabilitacijos tinklo kūrimą. Tačiau ir išplėtus tinklą reikės spręsti jau dabar opius paslaugų kokybės ir

paslaugų pirkimo bei finansavimo¹¹ klausimus. Psichosocialinės reabilitacijos standartų kūrimas yra NKD kompetencija.

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

Faktinių paslaugų tyrimas suteikė mažai informacijos apie narkotikų vartotojų reintegraciją į visuomenę. Šis klausimas aktualus, nes iki šiol nėra funkcionuojančios gydymo–reabilitacijos–reintegracijos sistemos, kuri leistų po gydymo narkotikų vartotojams įgyti specialybę, grįžti į darbą, turėti būstą. Laikini globos namai, alternatyvus užimtumas, dienos centrų paslaugos galimos ir kaip reintegracijos į visuomenę baigus gydymo ir reabilitacijos programas dalis. NKD direktoriaus įsakymu „Dėl psichologinės ir socialinės reabilitacijos paslaugų kainos nustatymo metodikos patvirtinimo“¹² numatyti įvairūs socialinės psichologinės reabilitacijos įstaigų modeliai – motyvacijos, ilgalaikės ir trumpalaikės reabilitacijos, teikiantys laikino apgyvendinimo paslaugas ir dienos centrai, adaptacijos institucijos.

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

- užtikrinti tolesnę psichologinės ir emocinės būklės gerėjimą, užkirsti kelią atkryčiui;
- sumažinti ar visiškai nutraukti psichoaktyviųjų medžiagų vartojimą (didžioji dauguma reabilitacinių programų yra orientuotos į visišką blaivybę);

¹¹ Tikėtina, kad nemažai narkotikų vartotojų norės gauti reabilitacijos paslaugas ne „pagal savo gyvenamąją vietą“.

¹² Žr. Valstybės žinios, 2005, Nr. 114-4183.

- mokyti ir skatinti elgesį, kuris padėtų gerinti sveikatą, socialinį funkcionavimą ir mažintų potencialaus pavojaus visuomenei grėsmę;
- mokyti elgesio, kuris būtų nesuderinamas su psichoaktyviųjų medžiagų vartojimu.

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

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

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

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

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

2002 m. Lenkijoje, EMCDDA duomenimis, veikė 77 terapinės bendruomenės, organizuotos nevyriausybių organizacijų. Dideliuose miestuose (Varšuvoje, Krokuvoje) veikia programos, skirtos aprūpinti gyvenamuoju plotu. Šią veiklą 2003 metais vykdė 10 nevyriausybių organizacijų ir 2 nepriklausomi

visuomenės sveikatos priežiūros centrai. Gyvenamuoju plotu stengiamasi aprūpinti narkotikų vartotojus, baigusius reabilitacinį gydymą ir pradedančius reintegracijos į visuomenę procesą. Tai ypač aktualu vartotojams iš probleminių šeimų.

Ligų, kuriomis dažnai serga narkotikų vartotojai, diagnostika ir gydymas

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

Pagrindines paslaugas – tarp jų įtarti lytiškai plintančias ligas, gydyti paviršinius abscesus, odos ir poodžio pūlinius, pradėti ir, atsižvelgus į specialistų rekomendacijas, tęsti lėtinio hepatito gydymą, sudaryti tyrimų planą ir jį paaiškinti pacientui ir pan. – turi teikti bendrosios praktikos gydytojas (BPG) pagal sveikatos apsaugos ministro įsakymą.¹³ Kitas tirtas paslaugas (LPL diagnostika ir gydymas, ūmių hepatitų gydymas, hepatito B vakcinavimas, trofinių opų gydymas ir pan.) teikia įvairūs specialistai ir įvairios įstaigos. Remiantis sveikatos apsaugos ministro¹⁴ patvirtinta Lietuvos medicinos norma, gydytojas dermatovenerologas privalo diagnozuoti ir gydyti lytiškai plintančias infekcijas, turi mokėti diagnozuoti ir gydyti ŽIV sukeltą ligą, visas infekcines odos ligas, tarp jų abscesus ir trofines opas. Pagal Lytiškai plintančių infekcijų, ŽIV nešiojimo ir ŽIV epidemiologinės priežiūros asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigose tvarką asmens sveikatos priežiūros įstaigos atlieka sergančiųjų ar įtariamų sergant LPL, ŽIV liga bei ŽIV nešiotųjų klinikinius bei laboratorinius-diagnostinius tyrimus. Gydytojas, diagnozavęs ar įtaręs LPL, ŽIV ar AIDS, gali siųsti ligonį gydytojo dermatovenerologo, o įtaręs ŽIV nešiojimą ar ŽIV ligą – gydytojo infektologo konsultacijai patikslinti diagnozės.

¹³ Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:1999 „Bendrosios praktikos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo.“ – Valstybės žinios, 1999, Nr. 109-3196.

¹⁴ Sveikatos apsaugos ministro įsakymo „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 59:2004 „Gydytojas dermatovenerologas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo.“ – Valstybės žinios, 2004, Nr. 184-6814.

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

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

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

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

Finansinės gydymo prieinamumo kliūtys:

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

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

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

Aptariant, kas trukdo narkotikų vartotojams atlikti tyrimus ir gauti tinkamą bei visavertį dažniausiai pasitaikančių ligų gydymą, reikia pažymėti programų, skirtų socialiai neapdraustų asmenų sveikatos priežiūrai, finansavimo problemas. Ne visada programoms ar projektams pinigų skiriama tiek, kiek jų realiai reikėtų, dažnai finansavimas vėluoja, todėl paslaugų teikimas laikinai nutrūksta.

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

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

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

IŠVADOS

Teisinė bazė

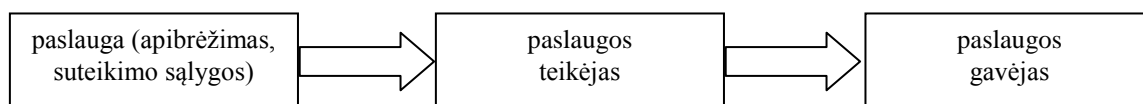
– Tyrimas parodė, kad Lietuvoje yra sąlygiškai pakankama (kiekybės požiūriu) teisinė bazė narkomanijos prevencijai ir narkomanijos pacientų gydymui organizuoti. Formaliai yra priimti ir galioja baziniai įstatymai, ypač daug yra poįstatyminių aktų, tačiau susiduriama su jų įgyvendinimo problema. Vyrauja eklektiškas narkomanijos pacientų

paslaugų teisinis reglamentavimas, t. y. nėra nuoseklios sistemos, galioja daug įvairių teisės aktų, kurių tarpusavio sąsajos nėra aiškios, kyla teisės normų interpretavimo ir taikymo problemų.

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

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

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



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

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

– Atlikus tyrimą paaiškėjo, kad savivaldybėse trūksta informacijos apie su narkotikų problema susijusią teisinę bazę (apie nacionalinius, apskričių ir vietos savivaldos teisės aktus). Remiantis iš savivaldybių gauta informacija, paslaugų teikimą reglamentuoja vietos savivaldos aktai, tačiau vientisos teisinės praktikos nėra. Lietuvoje yra savivaldybių, kurios įtvirtina platų paslaugų spektrą ir vadovaujasi ne tik nacionaliniais, bet ir vietos savivaldos priimtais aktais. Tyrimas, į kurio paklausimus atsakė 30 iš 60 savivaldybių, parodė, kad 14 asmenų, atsakingų už tirtų paslaugų užtikrinimą, negalėjo pateikti informacijos, kuriais teisės aktais remiantis turi būti teikiamos paslaugos narkotikų vartotojams. Kai kurie asmenys nurodė kažkokius licencijų

numerius ar sutartis, pasitaikė įvairiausių įrašų, pvz., „nemokamas testavimas dėl ŽIV X pirminės sveikatos priežiūros centre“; kai kas į visus atsakymus įrašydavo vieną teisės aktą, pvz., Narkologinės priežiūros įstatymą, kai kas – teisės aktus, kurių, deja, nepavyko rasti.

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

Finansavimas

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

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

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

Konfidencialumas (stigma) ir visuomenės požiūris

– Dėl stigos, susijusios su priklausomybės ligomis, labai svarbus yra gydymo konfidencialumas. Asmenys nenori kreiptis pagalbos, nes bijo, kad jų ligos paslaptis bus atskleista. Visuomeninis sektorius konfidencialumo užtikrinti negali dėl privalomos psichikos sveikatos įskaitos (pvz., PSC, PLC), galimybių sužinoti jų diagnozę neformaliais (medicinos įstaigose daug personalo turi galimybę susipažinti, nors ir atsitiktinai, su paciento mediciniais dokumentais, be to, pats apsilankymas tam tikrose sveikatos įstaigose gali pasirodyti „įtartinas“ ir pan.) arba pusiau formaliais būdais (per paslapties atskleidimą kitose įstaigose, kurios gali prašyti suteikti informaciją apie ligonį¹⁵). Tai ypač

¹⁵ Tikras atvejis: darbdavys norėjo sužinoti apie savo darbuotoją per pažįstamus medicinos įstaigoje, gavo teigiamą atsakymą į užklausimą apie asmens gydymo faktą ir atleido jį iš darbo.

svarbus gydymo nedideliuose miestuose, kur „visi visus pažįsta“, aspektas. Todėl logiška, kad norintis gydytis asmuo stengiasi kreiptis pagalbos bent jau į didelio miesto SP įstaigas.

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

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

Pagalbos tęstinumas

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

Specialistai

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

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

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

PRIEDAI**Priedas Nr. 1****Sveikatos, socialinių ir švietimo paslaugų narkotikų vartotojams sąrašas**

1. Pirminė narkotikų vartojimo prevencija (skirtingoms žmonių grupėms, ypač moksleiviams ir jaunimui):

- 1.1. švietimas (bendro pobūdžio, kompleksinis apie keliamus neigiamus padarinius ir t. t.);
- 1.2. individualios konsultacijos;
- 1.3. pagalbos ir informacijos telefono linijos;
- 1.4. paslaugos „rizikos šeimų“ vaikams (konsultavimas dėl rizikingo elgesio, socialinė pagalba, laisvalaikio užimtumas, nakvynė, nemokamas maitinimas, drabužiai ir t.t.).

2. Ankstyva narkotikų vartojimo (priklausomybės) diagnostika ir paslaugos eksperimentuojantiems su narkotikais asmenims:

- 2.1. psichologo paslaugos (individualus darbas ir darbas grupėje);
- 2.2. socialinio darbuotojo paslaugos (individualus darbas ir darbas grupėje);
- 2.3. testavimas dėl narkotikų vartojimo;
- 2.4. alternatyvus užimtumas;
- 2.5. laikini globos namai (nakvynė, maistas, pagalba);
- 2.6. mobili gatvės tarnyba vaikams (t. y. vaikų surinkimas iš gatvės, medicininė, socialinė, psichologinė pagalba ir t. t.);
- 2.7. dienos centrų paslaugos.

3. Žemo slenksčio paslaugos narkotikų vartotojams:

- 3.1. tiesioginis darbas su neidentifikuotais vartotojais gatvėje – mobilios paslaugos (angl. – „outreach“);
- 3.2. adatų ir švirkštų keitimas, dezinfekuojamųjų medžiagų, kontraceptinių priemonių dalijimas;
- 3.3. saugesnio švirkštimosi technikos mokymas;
- 3.4. švietimas apie ŽIV/AIDS ir kitų infekcijų bei LPL perdavimą;
- 3.5. testavimas dėl ŽIV, hepatitų, TB;
- 3.6. socialinio darbuotojo konsultacijos;

3.7. gydytojų (ginekologų, dermatovenerologų, chirurgų) konsultacijos bei gydymas.

4. Abstinencijos ir priklausomybės gydymas ambulatoriškai ir stacionare:

4.1. priklausomybės ligų psichiatro konsultacija, diagnozės nustatymas;

4.2. medicininė apžiūra apsvaigimui nustatyti;

4.3. psichologo konsultacija (individuali, vėliau gali būti ir grupinė);

4.4. psichoterapeuto konsultacija (individuali, vėliau gali būti ir grupinė);

4.5. socialinio darbuotojo konsultacija (individuali, vėliau gali būti ir grupinė);

4.6. priklausomybės nuo kitų psichoaktyviųjų medžiagų (neopiatų) ambulatorinis abstinencijos gydymas;

4.7. opiatinės abstinencijos gydymas;

4.8. trumpalaikis opiatinės abstinencijos gydymas metadonu;

4.9. ilgalaikis opiatinės abstinencijos gydymas metadonu;

4.10. pakaitinis (palaikomasis) gydymas (metadonu, buprenorfinu, naltreksonu) bei nespecifinis palaikomasis gydymas (vitaminais, migdomaisiais, antidepresantais, narkoleptikais ir kt.) ir atkryčių profilaktika;

4.11. gretutinių psichikos sutrikimų gydymas;

4.12. psichologo, psichiatro, socialinio darbuotojo konsultacijos narkotikų vartotojo artimiesiems.

5. Socialinė ir psichologinė rehabilitacija bei reintegracija į visuomenę:

5.1. trumpa, vidutinės trukmės, ilgalaikė ambulatorinė psichoterapinė rehabilitacijos programa dienos centre (įskaitant NA, „12 žingsnių“ programą, dienoraščio rašymą, individualią ir grupinę psichoterapiją, pokalbius su psichologu ir kt.);

5.2. trumpa, vidutinės trukmės, ilgalaikė stacionari psichoterapinė rehabilitacijos programa (įskaitant NA, „12 žingsnių“ programą, dienoraščio rašymą, individualią ir grupinę psichoterapiją, terapiją bendruomenėje, pokalbius su psichologu ir kt.);

5.3. socialinio darbuotojo paslaugos: pagalba įsidarbinant, atkuriant asmens dokumentus, darbo ir socialinių įgūdžių formavimas ir pan.

5.4. savipagalbos grupės (skirtingose gydymo programose, taip pat aktyvių narkotikų vartotojų, asmenų, baigusių gydymo programas (rehabilitaciją), tarp žmonių, sergančių ŽIV/AIDS, tarp asmenų, paveiktų narkomanijos ar ŽIV/AIDS artimųjų).

6. Dažnai pasitaikančių narkotikų vartotojų ligų diagnostika ir gydymas:

6.1. hepatito B vakcinavimas;

6.2. hepatito C diagnostika;

6.3. hepatitų gydymas;

6.4. lytiškai plintančių ligų diagnostika ir gydymas;

6.5. abscesų, trofinių opų ir kitų odos infekcijų gydymas (utėlėtumo, niežų ir pan.),
žaiždų perrišimas.

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

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

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

	Molėtai	Mažeikiai	Klaipėda	Vilnius
1.3. pagalbos ir informacijos telefono linijos	8 800 numerio nemokamos telefono linijos, vienijamos Lietuvos telefoninių psichologinės pagalbos tarnybų asociacijos ir prieinamos visiems Lietuvos gyventojams. Veikia Jaunimo linija (3 zonų teikėjai) – 28888 (darbo dienomis 16–7 val., savaitgaliais visą parą), Vaikų linija – 11111 (11–21 val.), Moksleivių linija – 23300 (darbo dienomis 15–21 val.), Rusakalbių linija – 77277 (darbo dienomis 13–18 val.), Vilties linija – 60700 (10–6 val.), Moterų linija – 66366 (darbo dienomis 16–21 val.). Linijų specializacija susijusi su asmens savęs identifikavimu. Budi savanoriai konsultantai, o Vaikų ir Vilties linijose – specialistai. Taip pat veikia LAC nemokama pagalbos linija 01111.			
	Nėra teikėjo	Yra teikėjas, dirbantis kartu su Klaipėdos teikėjais	Yra 4 teikėjai (įskaitant PSC)	Yra 8 teikėjai
1.4. paslaugos „rizikos šeimų“** vaikams	Projektai mokyklose			
	Policijos vykdomi projektai	2 vaikų dienos centrai (NVO „Gelbėkit vaikus“), Mažeikių vaikų našlaičių ir senelių globos namuose (savivaldybės biudžetinė įstaiga) laikinos paramos grupė (stacionari globa)	Klaipėdos vaikų krizių centras	Jaunimo psichologinės paramos centras (pirmenybė Rasų mikrorajono vaikams); PLC; Lietuvos vaikų teisių gynimo organizacija „Gelbėkit vaikus“ (tik Lazdynų, lauktina, kad ir Karoliniškių mikrorajono vaikams); Vilniaus miesto savivaldybės Socialinės paramos centro tarnyba „Parama“; Palaimintojo Jurgio Matulaičio socialinis centras
2. Ankstyva narkotikų vartojimo (priklausomybės) diagnostika ir paslaugos eksperimentuojantiems su narkotikais asmenims				
2.1. psichologo paslaugos (individualus darbas ir darbas grupėje)	Į PPT arba gydymo įstaigų psichologus kreipiasi tėvai, įtarę savo vaikus eksperimentuojant su narkotikais			
	X	Žemo slenksčio kabinete konsultuoja psichologas	Vaikų krizių centras, PPT dirba psichoterapeutas	Vilniaus miesto savivaldybės Socialinės paramos centro tarnyba „Parama“; VRC; Jaunimo psichologinės paramos centras
2.2. socialinio darbuotojo paslaugos (individualus darbas ir darbas grupėje)	Socialiniai pedagogai mokyklose ir PSC socialiniai darbuotojai (dažniausiai individualus darbas)			
	X	X	Vaikų krizių centras; Socialinės ir psichologinės paramos centras	Vilniaus miesto savivaldybės Socialinės paramos centro tarnyba „Parama“; Jaunimo psichologinės paramos centras

	Molėtai	Mažeikiai	Klaipėda	Vilnius
2.3. testavimas dėl narkotikų vartojimo	X	Savivaldybė skyrė pinigų testams, kurių nuo 2005 m. rudens bus ligoninės priimamajame ir jau yra PSC. Visos mokyklos turi testus, bet jų nenaudoja.	Nenaudojami testai mokyklose, po kelių šimtų testavimų per metus VSC kabinete, PLC, Klaipėdos vaikų ligoninėje	PLC, ligoninės
2.4. alternatyvus užimtumas	Laisvalaikio užimtumo programos moksleiviams vykdo mokyklos			
	Policija	X	Vaikų krizių centras	Savivaldybės vaikų dienos centras; Palaimintojo Jurgio Matulaičio socialinis centras (parapijos teritorijoje – 4 mikrorajonai); Visų Šventųjų šeimos centras (stoties rajono teritorijos klientai); NVO „Gelbėkit vaikus“ – 4 vaikų dienos centrai
2.5. laikini globos namai (nakvynė, maistas, pagalba)	Nakvynės namų nėra, bet teikiama nuolatinio apgyvendinimo pagalba, maisto talonai	Laikino apgyvendinimo namai (17 vietų); Moterų krizių centro projektinė veikla (laikino apgyvendinimo namų pagrindu); nemokamas maitinimas (atskirai)	Laikino apgyvendinimo vaikų namai; NVO parama	Nakvynės namai (pvz., Visų Šventųjų parapijos vaikų laikinos globos namai, Vilniaus miesto Motinos ir vaiko pensionas); kitų NVO parama
2.6. mobili gatvės tarnyba vaikams	Specializuotos mobilios gatvės tarnybos vaikams nėra			
	X	X	Atskira Vaikų krizių centro darbo su gatvės vaikais programa	
2.7. dienos centrų paslaugos***	X	Dienos centras prie vaikų globos namų; 2 NVO „Gelbėkit vaikus“ vaikų dienos centrai	Vaikų krizių centro programos, PLC	PLC, LAC, NVO (pvz., „Gelbėkit vaikus“); savivaldybės Vaikų dienos centras
3. Žemo slenksčio paslaugos narkotikų vartotojams				

	Molėtai	Mažeikiai	Klaipėda	Vilnius
3.1. tiesioginis darbas su neidentifikuotais vartotojais gatvėje	X	X	Žemo slenksčio kabinetai	PLC – „Mėlynas autobusiukas“
3.2. adatų ir švirškštų keitimas, dezinfekuojamųjų medžiagų, kontraceptinių priemonių dalijimas	X	Adatų ir švirškštų keitimas žemo slenksčio kabinetuose, kontraceptinių priemonių dalijimas ribotas („Demetros“ klinika, Klaipėdos darbo su sekso darbuotojais projektas)		
		1 kabineto projektinė veikla atnaujinta 2005 m. antrame pusmetyje	2 nuolat dirbantys žemo slenksčio kabinetai (dabartiniu metu prie PLC)	PLC – „Mėlynas autobusiukas“, LAC „Demetros“ klinika ir žemo slenksčio kabinetas
3.3. mokymas saugesnio švirškštimosi technikos	X	X	PLC, žemo slenksčio kabinetai	PLC ir LAC žemo slenksčio programos
3.4. švietimas apie ŽIV/AIDS ir kitų infekcijų bei LPL perdavimą	Vietinis VSC ir AIDS centras			
	X	X	PLC žemo slenksčio kabineto programa	PLC, NVO, Odos ir veneros ligų centras
3.5. testavimas dėl ŽIV, hepatitų, TB	ŽIV testai AIDS centre rizikos grupių atstovams nemokamai, tačiau transporto išlaidos išlieka. Apdraustiesiems – SP įstaigos			
	X	PSPĮ (rizikos grupėms) ŽIV testai neščiosioms (transporto išlaidas dengia SP įstaigos), ambulatorinės patikros dėl TB neapdraustiesiems asmenims (apmoka savivaldybė)	PLC siuntimai į Klaipėdos ligoninę	LAC, TB ligoninė, PLC
3.6. socialinio darbuotojo konsultacijos	X	X	PLC ir žemo slenksčio programose	PLC ir žemo slenksčio programose
3.7. gydytojų (ginekologų, dermatovenerologų, chirurgų) konsultacijos ir gydymas	SP įstaigos			
	X	X	Per žemo slenksčio kabinetus nemokamos specialistų konsultacijos	PLC, Odos ir veneros kabinetas, „Demetra“
4. Abstinencijos ir priklausomybės gydymas ambulatoriškai ir stacionare				
4.1. priklausomybės ligų psichiatro konsultacija, diagnozės nustatymas	X	PSC	PLC	PLC, Psichiatrijos ligoninė

	Molėtai	Mažeikiai	Klaipėda	Vilnius
4.2. medicininė apžiūra apsvaigimui nustatyti	GMP			
	X	Ligoninės priėmimo skyrius	PLC, psichiatrijos ligoninės	PLC, psichiatrijos ligoninės, Toksikologijos centras
4.3. psichologo konsultacija	(PSC)*	(PSC)	PLC	PLC
4.4. psichoterapeuto konsultacija	X	X	PPT	Kai kurie PSC
4.5. socialinio darbuotojo konsultacija	(PSC)	PSC	PLC	PLC
4.6. priklausomybės nuo kitų psichoaktyviųjų medžiagų (neopiatų) ambulatorinis abstinencijos gydymas	X	GMP	PLC	PLC
4.7. opiatinės abstinencijos gydymas	X	GMP	PLC, psichiatrijos ligoninės	PLC, Toksikologijos klinika, psichiatrijos ligoninės
4.8. trumpalaikis opiatinės abstinencijos gydymas metadonu	X	X	PLC	PLC
4.9. ilgalaikis opiatinės abstinencijos gydymas metadonu	X	X	PLC	PLC
4.10. pakaitinis (palaikomasis) gydymas metadonu, buprenorfinu, naltreksonu ir nespecifinis palaikomasis gydymas bei atkryčių profilaktika	X	X	PLC	PLC, 7 PSC
4.11. gretutinių psichikos sutrikimų gydymas	X	Ligoninės psichiatrijos skyrius	Psichiatrijos ligoninė (ūmūs atvejai, psichoze)	Psichiatrijos ligoninė (ūmūs atvejai, psichoze)

	Molėtai	Mažeikiai	Klaipėda	Vilnius
4.12. psichologo, psichiatro, socialinio darbuotojo konsultacijos narkotikų vartotojo artimiesiems	(PSC) nepasitaiko tokių ligonių	PSC, žemo slenksčio kabinetas	PLC, PSC, psichologinę pagalbą teikiančios įstaigos	PLC, PSC, kitos įstaigos (pvz., Specialiosios pedagogikos ir psichologijos centras)
5. Reabilitacija baigus įvairias gydymo programas ir reintegracija				
5.1. trumpa, vidutinės trukmės, ilgalaikė ambulatorinė psichoterapinė reabilitacijos programa dienos centre (įskaitant NA, „12 žingsnių“ programą, dienoraščio rašymą, individualią ir grupinę psichoterapiją, psichologo konsultaciją)	X	X	PLC	PLC
5.2. trumpa, vidutinės trukmės, ilgalaikė stacionari psichoterapinė reabilitacijos programa (įskaitant NA, „12 žingsnių“ programą, dienoraščio rašymą, individualią ir grupinę psichoterapiją, terapiją bendruomenėje, psichologo konsultaciją ir kt.)	X	X	PLC reabilitacijos skyrius	PLC, LAC

	Molėtai	Mažeikiai	Klaipėda	Vilnius
5.3. socialinio darbuotojo paslaugos: pagalba įsidarbinant, atkuriant asmens dokumentus, darbo ir socialinių įgūdžių formavimas ir pan.	X	Socialinės paramos centro socialiniai darbuotojai	PLC	PLC
5.4. savipagalbos grupės (skirtingose gydymo programose, taip pat aktyvių narkotikų vartotojų, asmenų, baigusiu gydymo programas (reabilitaciją), tarp žmonių, užsikrėtusių ŽIV/AIDS, tarp asmenų, paveiktų narkomanijos ar ŽIV/AIDS artimųjų)	X	Policijos projektas: aktyvių narkotikų vartotojų, asmenų, baigusiu gydymo programas, reabilitacija	Skirtingos nuomonės apie NVO aktyvumą – ar jos realiai veikia; Savivaldybė perka reabilitacijos paslaugas už miesto teritorijos ribų	NVO
6. Dažnai pasitaikančių narkotikų vartotojų ligų diagnostika ir gydymas				
6.1. hepatito B vakcinavimas	Privalomai atliekamas kūdikiams (99 proc.) akušerijos įstaigose, dvylikos metų vaikams PSPC. Planuojama teikti socialinės rizikos grupėms per Nacionalinę imunoprofilaktikos programą. Mokama paslauga teikiama PSPC.			
6.2. hepatito C diagnostika	Kompensuojama iš PSDF biudžeto lėšų, teikiama pagal 2003 m. patvirtintą (2005 m. koreguotą) diagnostikos ir ambulatorinio gydymo metodiką.			
6.3. hepatitų gydymas	SP įstaigos (finansuoja PSDF)			
6.4. lytiškai plintančių ligų diagnostika ir gydymas	SP įstaigos (finansuoja PSDF)		Žemo slenksčio kabinetas	LAC, Odos ir veneros kabinetas
6.5. abscesų, trofinių opų ir kitų odos infekcijų gydymas (utėlėtumo, niežų ir pan.), žaizdų perrišimas	BPG pirminės sveikatos priežiūros centruose			
	Specialistai BP ligoninėje (konsultacinė poliklinika ir priėmimo skyrius)	Specialistai BP ligoninėje (konsultacinė poliklinika ir priėmimo skyrius)	Specialistai poliklinikose ir ligoninėse	Specialistai poliklinikose ir ligoninėse

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

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

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