

Sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje
2014–2023 m. veiksmų plano
2 priedas

PRIKLAUSOMYBĖS NUO ALKOHOLIO BEI KITŲ PSICHOAKTYVIŲJŲ MEDŽIAGŲ PREVENCIJOS, GYDYMO BEI SOCIALINĖS INTEGRACIJOS PASLAUGŲ PRIEINAMUMO DIDINIMO KRYPTIES APRAŠAS

I SKYRIUS

BENDROSIOS NUOSTATOS

1. Priklausomybės nuo alkoholio bei kitų psichoaktyviųjų medžiagų prevencijos, gydymo bei socialinės integracijos paslaugų prieinamumo didinimo srities aprašas (toliau – Aprašas) skirtas nustatyti tikslus, uždavinius, koordinuotas priemones iki 2022 metų pabaigos, kurių įgyvendinimas sudarytų sąlygas didinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą asmenims, piktnaudžiaujantiems alkoholiu ir kitomis psichoaktyviosiomis medžiagomis ir priklausomiems nuo jų, socialinės rizikos šeimoms bei jose gyvenantiems vaikams.

2. Apraše vartojamos sąvokos ir jų apibrėžtys:

Ankstyvosios intervencijos paslaugos vaikams – psichologinių, socialinių pedagoginių pagalbos priemonių taikymas vaikams po to, kai nustatoma, kad jie vartoja psichoaktyviasias medžiagas, skatinant nevartoti šių medžiagų. Teikiant ankstyvosios intervencijos paslaugas siekiama motyvuoti vaiką atsisakyti psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo (Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2002 m. balandžio 2 d. nutarimas Nr. 437 „Dėl vaikų, vartojančių narkotines, psichotropines, kitas psichiką veikiančias medžiagas, nustatymo organizavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“).

Ankstyvoji intervencija – tai visuma priemonių, skirtų nustatyti ankstyvą, dar neturinčią klinikinės išraiškos ligą ar sutrikimą, kuriomis siekiama sumažinti psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo pasekmes bei keisti rizikingą elgseną.

Žemo slenksčio paslaugos – taip kaip apibrėžta Žemo slenksčio paslaugų teikimo tvarkos apraše, patvirtintame Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. liepos 5 d. įsakymu Nr. V-584 „Dėl Žemo slenksčio paslaugų teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“;

Žemo slenksčio paslaugų kabinetai – taip kaip apibrėžta Žemo slenksčio paslaugų teikimo tvarkos apraše, patvirtintame Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. liepos 5 d. įsakymu Nr. V-584 „Dėl Žemo slenksčio paslaugų teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

Integruota sveikatos priežiūra – tai darni paslaugų finansavimo, organizavimo ir valdymo modelių ir metodų sistema, siekiant užtikrinti gydymo ir priežiūros sektorių tęstinumą, suderinamumą, bendradarbiavimą. Šių modelių ir metodų tikslas – pacientams su sudėtingais ir ilgalaikiais sveikatos sutrikimais, kuomet yra poreikis ilgą laiką gauti daug paslaugų iš skirtingų paslaugų teikėjų, pagerinti priežiūros ir gyvenimo kokybę, paslaugų vartotojų pasitenkinimą bei tobulinti sistemos efektyvumą (Kodner D, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications. International Journal of Integrated Care, v. 2, 2002), Sveikatos priežiūros paslaugos gali būti integruojamos tiek horizontaliu lygmeniu (pvz., gerinant specialistų komandinį darbą), tiek ir vertikaliu lygmeniu, kuomet užtikrinamas gydymo ir priežiūros tęstinumas tarp pirminio, antrinio ir tretinio lygio.

Socialinės integracijos paslaugos – paslaugos, skirtos asmenų, priklausomų nuo psichoaktyvių medžiagų, integracijai į visuomenę ir darbo rinką. Socialinės integracijos paslaugos apima medicininės, profesinės ir socialinės reabilitacijos paslaugų teikimą.

Socialinės rizikos šeima – kaip apibrėžta Lietuvos Respublikos socialinių paslaugų įstatyme.

Asmenys, piktnaudžiaujantys alkoholiu ir kitomis psichoaktyviosiomis medžiagomis – tai asmenys, turintys psichikos ir elgesio sutrikimus, vartojant psichoaktyvias medžiagas, atitinkamai pagal Tarptautinių ligų kodus (TLK) F10-F19.

II SKYRIUS

SITUACIJOS ANALIZĖ

3. Probleminis alkoholio vartojimas socialinės rizikos šeimose ir tarp darbingo amžiaus žmonių:

3.1. Lietuva pagal absoliutaus alkoholio suvartojimo, tenkančio vienam žmogui vidurkį (2012 m. 13,0 l, 15.2 l vienam gyventojui virš 15 metų) ženkliai lenkia daugelį Europos Sąjungos (toliau – ES) šalių. Remiantis Oficialios statistikos portalu 2010–2012 m. alkoholio vartojimas vienam gyventojui padidėjo nuo 11,6 l 2010 m. iki 13,0 l 2012 m.. Standartizuotas atsitiktinio apsinuodijimo alkoholiu rodiklis Lietuvoje pastaraisiais turimais duomenimis tarp šalių, kurios teikia Pasaulio sveikatos organizacijos (toliau – PSO) patikimą informaciją, buvo aukščiausias Europoje. Pagal hospitalizacijų dėl alkoholinės kepenų ligos ir kepenų cirozės dažnį Lietuva yra antroje vietoje tarp šalių, kurių tokie duomenys yra PSO duomenų bazėse, o pagal alkoholinių psichozių ir toksinio poveikio diagnozes – ketvirtoje. Dalis šalies gyventojų vartoja alkoholį didelėmis dozėmis, sukeliančiomis intoksikaciją bei kitus psichikos ir elgesio bei somatinius sutrikimus, ekonomines ir teises pasekmes.

3.2. Rehm J. (2012) duomenimis (Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe: Potential gains from effective interventions for alcohol dependence. Centre for Addiction and Mental Health. Canada, 2012), Lietuvoje kas dešimtam vyrui (9,9 proc.) ir 1,9 proc. moterų nustatyta priklausomybės nuo alkoholio diagnozė. Priklausomybės paplitimo tarp vyrų rodikliu Lietuva taip pat ženkliai lenkia ES vidurkį: (6,6 proc.), moterų – 1,6 proc.;

3.3. statistiniai duomenys patvirtina, kad yra koreliacija tarp mirtingumo dėl savižudybių ir mirtingumo, sietino su alkoholio vartojimu, ypač tarp darbingo amžiaus vyrų (25–59 m.) (Jakubonienė D., Gurevičius R. Mirtingumas nuo išorinių mirties priežasčių. Lyties ir amžiaus įtaka. Medicina, 2003). Lietuvoje didžiausias mirtingumas dėl savižudybių yra tarp vyrų – 54,6/100 000 gyventojų (2011). Tarp moterų šis rodiklis žymiai mažesnis – 11,6. Didžiausi mirtingumo dėl savižudybių rodikliai 100 000 gyventojų 2011 m. buvo tarp kaimo vyrų (72,4) ir ypatingai tarp darbingo amžiaus vyrų (tarp 25–44 m. rodiklis siekė 78,8, o tarp 45–59 m. – net 130,0). Mieste mirtingumas dėl savižudybių taip pat aukščiausias buvo tarp darbingo amžiaus vyrų. Tarp 25–44 m. šis rodiklis buvo 52,4, o tarp 45–59 m. – 70,3, ir jie ženkliai viršijo bendrą vyrų mirtingumo dėl savižudybių rodiklį mieste – 45,1;

3.4. Valstybės vaiko teisių apsaugos ir įvaikinimo tarnybos prie Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerijos duomenimis, 2012 m. pabaigoje savivaldybių vaiko teisių apsaugos skyrių socialinės rizikos šeimų apskaitoje buvo 5,1 tūkst. girtaujančių šeimų – tai

0,3 tūkst. (5,6 proc.) mažiau nei 2011 m. Šiose šeimose augantys vaikai patiria padidėjusią emocinės ir fizinės prievartos, smurto, skurdo ir kitų neigiamų veiksnių riziką, kurios sąlygoja vaikų psichikos sutrikimus, įskaitant psichiką veikiančių medžiagų ankstyvą vartojimą ir nusikalstamą elgesį.

3.5. Valstybinio psichikos sveikatos centro duomenimis, 2012 m. 829 asmenys pirmą kartą užregistruoti susirgę alkoholine psichoze ir 1,7 tūkst. asmenų – priklausomybės nuo alkoholio sindromu. Palyginti su 2011 m., sergamumo alkoholine psichoze rodiklis išaugo 19,9 proc., priklausomybės nuo alkoholio sindromu – 19 proc., ligotumo rodikliai išaugo atitinkamai 10,5 ir 0,7 proc. 2012 m. pabaigoje gydymo įstaigų apskaitoje iš viso buvo 3,6 tūkst. asmenų, sirgusių alkoholine psichoze, ir 51,7 tūkst. – priklausomybės nuo alkoholio sindromu;

3.6. Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenimis, praėjusiais metais dėl alkoholio vartojimo mirė 930 žmonių – beveik tiek pat, kiek 2011 m. Dažniausios alkoholio vartojimo sukeltos mirties priežastys buvo alkoholinė kepenų liga (47,8 proc.), atsitiktinis apsinuodijimas alkoholiu (28,8 proc.) ir alkoholinė kardiomiopatija (14,7 proc.). 2012 m. vyrų mirtingumas dėl alkoholio vartojimo buvo 3,7 karto didesnis negu moterų;

3.7. Valstybinės darbo inspekcijos duomenimis, 2012 m. nuo nelaimingų atsitikimų darbe nukentėjo 43 (2011 m. – 45) neblaivūs asmenys, iš kurių 8 žuvo (tiek pat, kaip ir 2011 m.). Dar 7 neblaivūs asmenys (2011 m. – 9) nukentėjo kelyje iš darbo (į darbą);

3.8. Informatikos ir ryšių departamento prie Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministerijos duomenimis, 2012 m. 9,8 tūkst., arba beveik ketvirtadalį (22,7 proc.), ištirtų nusikalstamų veikų padarė neblaivūs asmenys. Palyginti su 2011 m., tokių nusikalstamų veikų skaičius išaugo 88,3 proc.;

3.9. Policijos departamento prie Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministerijos duomenimis, 2012 m. užregistruoti 535 kelių eismo įvykiai dėl neblaivių asmenų kaltės, tai yra, kas šeštą užregistruotą įvykį sukėlė neblaivus asmuo. Juose žuvo 87, buvo sužeisti 853 žmonės. Dėl kas antro neblaivių asmenų sukulto kelių eismo įvykio buvo kalti neblaivūs vairuotojai. Dėl jų kaltės 2011 m. žuvo 27 ir buvo sužeisti 374 žmonės. 2012 m., palyginti su 2011 m., neblaivių asmenų sukeltų kelių eismo įvykių padaugejo 4,9 proc., tačiau 8,4 proc. sumažėjo neblaivių vairuotojų sukeltų eismo įvykių;

3.10. dėl pacientų, kenčiančių dėl priklausomybės nuo alkoholio, stigmatizavimo visuomenėje bei nepakankamo specialistų paruošimo gydyti šį sutrikimą net ir išsivysčiusiose ES valstybėse gydymas žmonėms, priklausomiems nuo alkoholio, yra sunkiai prieinamas. Pavyzdžiui, atliktas tyrimas (Alonso et al. Acta Psychiatr. Scand. 2004) parodė, kad 6-iose ES valstybėse (Belgijoje, Prancūzijoje, Vokietijoje, Italijoje, Ispanijoje, Nyderlanduose), nepaisant valstybės skiriamų žmogiškųjų ir materialinių išteklių priklausomybės nuo alkoholio gydymui, jis tebuvo prieinamas tik 8 proc. asmenų, kuriems jo reikėjo. Palyginimui, depresijos gydymas buvo prieinamas 55 proc. tų žmonių, kuriems to reikėjo, o sergantiems šizofrenija – iki 82 proc.;

3.11. Lietuvoje 1997 m. įsteigus psichikos sveikatos centrus pirminės sveikatos priežiūros lygmenyje, buvo planuojama juose teikti asmens sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas, kurias teiktų gydytojas psichiatras, psichologas, socialinis darbuotojas bei slaugytojas. Tačiau dėl įvairių priežasčių (didelio priklausomų nuo alkoholio asmenų skaičiaus bendruomenėse, jų problemų sudėtingumo, šių pacientų stigmatizavimo, nepakankamai kvalifikuoto specialistų parengimo šiam darbui ir kt.) ši pagalba tebėra mažai prieinama vietos bendruomenėse. Daugumą specializuotų asmens sveikatos priežiūros paslaugų asmenims su priklausomybėmis teikia Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Šiaulių ir Panevėžio priklausomybės ligų centrai, kuriuose yra prieinamas stacionarinis

alkoholinės abstinencijos gydymas, taip pat ir ambulatorinis gydymas bei psichosocialinė pagalba. Ūmios psichiatrijos skyriai teikia būtinąją medicinos pagalbą susirgusiems alkoholinėmis ar kitų psichoaktyvių medžiagų sukeltomis psichozėmis arba esant sunkioms abstinencijos būklėms. Tačiau tebėra nepakankamai organizuoti priklausomybių gydymo tęstinumo bendruomenėse bei ligos atkryčių prevencijos klausimai;

3.12. nors Vaiko teisių apsaugos skyriai ir pirminės sveikatos priežiūros lygmenyje esantys psichikos sveikatos centrai turi tą patį steigėją, tačiau dažniausiai pagalba socialinės rizikos šeimoms, įskaitant tėvų priklausomybių gydymą bei vaikų apsaugą nėra pakankamai koordinuojama;

3.13. Teisingumo ministerijos Kalėjimo departamento 2012 m. duomenimis, 204 asmenis, buvusius Probacijos tarnybos priežiūroje, teismai įpareigojo gydytis nuo priklausomybės, atleisdami nuo realios laisvės atėmimo bausmės. Šiuos asmenis Probacijos tarnyba siuntė į asmens sveikatos priežiūros ir socialinės globos įstaigas. Efektyvaus gydymo nuo priklausomybės ir socialinės integracijos kontrolei būtinas glaudus Probacijos tarnybų bei asmens sveikatos priežiūros įstaigų bendradarbiavimas;

3.14. Vilniaus priklausomybės ligų centras (toliau – VPLC) nuo 2011 m. įgyvendina bendradarbiavimo su Vilniaus miesto administracijos Vaikų teisės skyriumi memorandumą, o nuo 2007 m. – bendradarbiavimo modelį su Vilniaus miesto Probacijos tarnyba Vilniaus miesto gyventojams. VPLC patirtis parodė, kad integruotas sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikimas, jų koordinavimas socialinės rizikos šeimoms bei asmenims, piktnaudžiaujantiems alkoholiu ar kitomis psichoaktyviosiomis medžiagomis, gerina paslaugų efektyvumą. Tuo klausimu parengtos metodinės rekomendacijos (Širvinskienė A. Bendradarbiavimo tinklo kūrimas Vilniaus mieste, sprendžiant šeimų, auginančių vaikus, kur yra piktnaudžiaujama alkoholiu ar narkotinėmis medžiagomis, problemas“ Metodinės rekomendacijos. VPLC, 2013);

3.15. VPLC gydymo paskirties pastate (Gerosios Vilties g. 3, Vilnius, 5 aukštų, bendras plotas 2823,00 kv. m.) funkcionuoja ambulatorinio gydymo ir socialinės pagalbos skyriai, VPLC administracija, stacionariniai abstinencijos gydymo ir psichosocialinio gydymo skyriai (78 lovos). Pastatas neapšiltintas, žiemos sezonu patiriami dideli kaštai už šilumos energiją, vamzdynai susidėvėję, nekokybiška, susidėvėjusi ventiliacija sąlygoja pelėsinio grybelio augimą daugelyje pacientų palatų. Todėl reikalinga kompleksiškai rekonstruoti pastatą, taip pat efektyvesniam paslaugų teikimui reikalinga gerinti paslaugų teikimo infrastruktūrą, apimant patalpų sutvarkymą ir reikalingų baldų bei įrangos įsigijimą/atnaujinimą;

3.16. VPLC priklausančiame pastate, adresu Šlaito g. 12, Vilnius (anksčiau Vilkpėdės g. 3, Vilnius), bendras plotas 194,18 kv. m., šiuo metu yra 12 stacionariųjų vietų vaikams ir jaunuoliams, priklausomiems nuo narkotikų, dalyvauti reabilitacijos programoje, tačiau patalpų būklė netinkama ir nepritaikyta paslaugų teikimui, o dėl fizinio patalpų trūkumo nėra galimybės teikti reikalingų kompleksinių (ambulatorinių, intensyvaus stacionaro, dienos stacionaro ir reabilitacijos) paslaugų, apimančių specialistų komandinį, lankstų ir individualių pacientų būklės įvertinimą, jos stabilizavimą stacionare, tėvų švietimą (su stacionarinio stebėjimo ir gydymo intarpais būklės stabilizacijai), įtraukiant į šį procesą daug kitų suinteresuotų tarnybų (probaciją, švietimo įstaigas, policiją ir pan.), t. y. organizuoti atvejo vadybą, taip pat negalima paslaugų plėtra, siekiant paslaugas suteikti daugiau vaikų. Šiuo metu taip pat stacionarinės paslaugos vaikams teikiamos Kauno PLC (2012 m. 23 pacientams, 2011 m. 12 pacientų). Išanalizavus Lietuvos situaciją, nustatyta, kad VPLC ženkliai

nedidinant personalo, ir padidinus lovų skaičių iki 30 šiame centre galėtų gauti stacionarines sveikatos priežiūros paslaugas daugiau vaikų ir jaunimo. VPLC centras galėtų teikti paslaugas vaikams iš visos Lietuvos iki 60 vaikų per metus. Tokiu būdu Vilniaus ir Kauno PLC vaikų skyriuose galės gauti stacionarinį gydymą/reabilitaciją vaikai ir jaunimas iš visos Lietuvos. Stacionariniam gydymui bus siunčiami vaikai ir jaunimas, kuriems nebus efektyvios ambulatorinės intervencijos paslaugos, suteiktos psichikos sveikatos ir kituose PLC. Siekiant gerinti paslaugų kokybę ir jų prieinamumą, vykdyti metodinį koordinacinį darbą Lietuvos mastu, reikalinga investuoti į VLPC patalpų plėtrą. Atsižvelgiant, kad iki šiol iš esmės Lietuvoje tokio paslaugų teikimo modelio nėra, pagrindinis tikslas yra jį sukurti, o taip pat jo įgyvendinimui užtikrinti reikalingas fizines, teisines ir finansines sąlygas;

4. Probleminis narkotikų vartojimas tarp darbingo amžiaus žmonių:

4.1. ekspertų ir atsakingų Lietuvos institucijų vertinimu Lietuvoje yra apie 5500 probleminių narkotikų vartotojų (Astrauskienė A., Dobrovolskij V., Stukas R. Medicina, 2011). Valstybinio psichikos centro duomenimis 2012 m. gale 4/5 oficialiai registruotų priklausomų nuo narkotikų, vartojo heroiną, 14 proc. kelias medžiagas;

4.2. mažiausiai trečdalis iš šių 5,5 tūkst. (oficialiais Teisingumo ministerijos Kalėjimo departamento duomenimis, 1,4–1,6 tūkst.) nuolat yra laisvės atėmimo įstaigose (tai sudaro apie penktadalį visų įkalintųjų asmenų);

4.3. Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centro duomenimis (toliau – ULAC), dominuojantis žmogaus imunodeficito viruso (toliau – ŽIV) plitimo būdas Lietuvoje – švirkščiamųjų narkotikų vartojimas. 2007–2013 metų laikotarpyje registruotas vidutinis naujų švirkščiamųjų narkotikų vartotojų (toliau – ŠNV), užsikrėtusių ŽIV, procentas siekė 51. Per visą ŽIV infekcijos registravimo laikotarpį (1988–2013) ŽIV užsikrėtę ŠNV sudarė 65,6 proc. nuo visų registruotų ŽIV atvejų Lietuvoje. 2012 m. Higienos instituto prie Sveikatos apsaugos ministerijos tyrimo duomenimis, Vilniuje kas dešimtas švirkščiamųjų narkotikų vartotojas yra užsikrėtęs ŽIV infekcija, o kas šimtas – užkrečiama kitiems atvira plaučių tuberkuliozės forma (Stonienė L., Narkauskaitė L., Davidavičienė E., Visuomenės sveikata, 2013). Signalinė užkrečiamųjų ligų (ŽIV, virusinių hepatitų B ir C, tuberkuliozės) markerių ir rizikingos elgsenos stebėseną tarp žemo slenksčio paslaugų klientų nevykdoma. Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamento (toliau – NTAKD) oficialiais duomenimis 2012 m. Lietuvoje 70 jaunuolių mirė dėl tiesioginio narkotikų poveikio, vidutinis mirusiųjų amžius buvo 33,2 metai;

4.4. Lietuvoje šią 5,5 tūkst. narkotikų vartotojų problemą, kaip numatyta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos teisės aktais, turėtų spręsti savivaldybių psichikos sveikatos centrai, esantys kiekvienoje savivaldybėje, ir priklausomybių centrai didžiuosiuose miestuose. Tačiau tik pavieniai psichikos sveikatos centrai ir šeimos medicinos paslaugas teikiančios įstaigos (pvz., Druskininkuose, Kėdainiuose, Telšiuose, Mažeikiuose, Šiauliuose, Šilutėje, Švenčionyse) pradėjo teikti gydymo ir reabilitacijos paslaugas priklausomybe sergantiems asmenims. Didžiųjų miestų priklausomybės ligų centrai buvo ribotai finansuojami. Preliminariais duomenimis per pastaruosius 2 metų ambulatorinio pakaitinio palaikomojo gydymo opioidiniais vaistais (metadonu) atvejų skaičius metų gale sumažėjo trečdaliu: nuo 672 atvejų 2010 m. iki 463 atvejų 2012 m., o 2013 m. mažėjo ir toliau – 402 atvejai. Medikų priežiūroje yra mažiau nei 10 proc. visų priklausomų nuo narkotikų, kitose ES šalyse šis skaičius siekia 40–50 proc.

4.5. 2011 m. Lietuvos Respublikos Valstybės kontrolė 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“;

1 paveikslas. Pakaitinio gydymo paslaugų teikimo vietos Lietuvoje (2010 m. duomenys)



5. „Žemo slenksčio“ paslaugos:

5.1. Lietuvoje vyraujantis ŽIV infekcijos perdavimo kelias iki šiol buvo per narkotinių medžiagų švirkštimą. Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centro duomenimis, iki 2013 m. sausio 1 d. Lietuvoje užregistruota 2060 užsikrėtusiųjų ŽIV, iš kurių 1399 (67,9 proc.) užsikrėtė vartodami švirkščiamuosius narkotikus. ŽIV infekcija, kaip ir virusinių hepatitų B ir C infekcijos, perduodamos per nesterilias ir bendrai naudojamas švirkštimui priemones (adatas, švirkštus, filtras, šaukštelius ir kt.). Nors oficialiais duomenimis užsikrėtimas per švirkščiamuosius narkotikus pastaraisiais metais sumažėjo, tačiau šis kelias tebėra dažniausias ŽIV plitimo kelias. 2011 m. 51,8 proc. visų naujai nustatytų ŽIV atvejų sudarė švirkščiamų narkotikų vartotojai, o 2012 m. – 38,8 proc. Pastaraisiais metais daugėja per lytinius santykius užsikrėtusiųjų moterų, kurių partneriai vartoja ar vartojo švirkščiamuosius narkotikus. Tai rodo, kad reikalingos paslaugų intervencijos ŠNV lytiniam partneriams;

5.2. siekiant išvengti ŽIV protrūkio ir didesnio mirčių skaičiaus, teikiamos žemo slenksčio paslaugos, vadovaujantis Žemo slenksčio paslaugų teikimo tvarkos aprašu, patvirtintu Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. liepos 5 d. įsakymu Nr. V-584 „Dėl Žemo slenksčio paslaugų teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“. Lietuvoje šias paslaugas teikia 11 kabinetų 8 savivaldybėse (Vilniuje, Kaune, Klaipėdoje, Šiauliuose, Alytuje, Mažeikiuose, Kėdainiuose ir Visagine), tarp jų 2 mobilūs žemo slenksčio kabinetai Vilniuje ir Klaipėdoje. Žemo slenksčio

paslaugos apima anonimines socialinių darbuotojų ar slaugytojų konsultacijas narkotikų vartotojams, švirkštimo priemonių keitimą, testavimą dėl ŽIV infekcijos, siuntimą gydymo programoms. Nuo 2008 m., pasibaigus Jungtinių tautų (toliau – JT) narkotikų ir nusikalstamumo projektui Baltijos šalyse „ŽIV prevencija tarp švirkščiamų narkotikų vartotojų ir laisvės atėmimo vietose Estijoje, Latvijoje ir Lietuvoje“ (2007–2011) dėmesys problemai ir finansavimas iš valstybės ir savivaldybių biudžeto mažėjo. Žemo slenksčio kabinetų skaičius sumažėjo nuo 14 iki 11 (2012), o kabinetų lankytojų skaičius nukrito 23 proc. (NTAKD duomenys). ULAC duomenimis, 2012 m. žemo slenksčio paslaugų kabinetuose bent kartą apsilankė 4719 žemo slenksčio paslaugų gavėjų, kuriems išdalinta virš 196 tūkst. švirkštų bei virš 103 tūkst. adatų, virš 238 tūkst. spiritinių servetėlių bei virš 32 tūkst. prezervatyvų. 2012 m. žemo slenksčio kabinetuose atlikta 4420 greitųjų ŽIV testų. Per 2012 m. iš viso užregistruota 46 344 apsilankymų;

5.3. Lietuvoje žemo slenksčio paslaugas teikia psichikos sveikatos centrai, priklausomybės ligų centrai bei nevyriausybinės organizacijos. Kai kuriose savivaldybėse, pvz., Kėdainių r., Šiaulių m., Druskininkų sav. žemo slenksčio paslaugos buvo teikiamos psichikos sveikatos centruose, derinant jas kartu su pakaitiniu priklausomybės nuo opioidų gydymu, kurį organizuoja psichikos sveikatos centrai. Klaipėdoje mobilias žemo slenksčio paslaugas teikia Klaipėdos psichikos sveikatos centras;

5.4. asmenims, vartojantiems narkotines ir psichotropines medžiagas, analogiškai kaip ir asmenims, priklausomiems nuo alkoholio, savivaldybių psichikos sveikatos centrai nenoriai teikia paslaugas dėl šių problemų sudėtingumo, tokių pacientų stigmatizavimo, nepakankamo specialistų parengimo, didėjančių finansinių sąnaudų. Dėl to ši pagalba tebėra mažai prieinama vietos bendruomenėse ir yra dideli medicininės ir socialinės pagalbos netolygumai tarp atskirų savivaldybių;

6. Sveikatos sutrikimai, susiję su alkoholio ir kitų psichiką veikiančių medžiagų vartojimu, tarp 7–17 m. vaikų:

6.1. privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos „Sveidra“ duomenų bazė rodo, kad per 10 metų (2001–2011) alkoholio toksinio poveikio (TLK kodas T51) nustatymas 7–17 metų vaikams padidėjo 6,7 karto (2001 m. – 56, 2011 m. – 378 atvejai). Ūmi intoksikacija alkoholiu (F10.1) nustatyta taip pat dažniau (2001 m. – 13, 2011 m. – 22 atvejai). Per šį laikotarpį dvigubai padidėjo diagnozuotų priklausomybės nuo alkoholio atvejų (F10.0-F10.3) šios amžiaus grupės vaikams – nuo 26 atvejų 2001 m. iki 56 atvejų 2011 m. 2011 m. tarp šio amžiaus vaikų diagnozuoti 7 alkoholinės psichozės atvejai (Goštautaitė - Midttun N., Sveikatos priežiūros paslaugų vaikams, vartojantiems psichiką veikiančias medžiagas, prieinamumas Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros įstaigose. NTAKD, 2013);

6.2. pastaraisiais metais, mažėjo vaikų, pirmą kartą besigydančių stacionaruose dėl psichikos ir elgesio sutrikimų vartojant opioidus/heroiną (2009 m. – 15, 2011 m. – 5, 2012 m. – 3 vaikai), tačiau daugėjo vaikų su psichikos ir elgesio sutrikimais dėl kanabinoidų (kanapių ir panašių sintetinių darinių) vartojimo (2009 m. – 0, 2011 m. – 4, 2012 m. – 10 atvejų). 2012 m. naujai išaiškinti 3 vaikai, turintys psichikos ir elgesio sutrikimų dėl stimuliuojančių medžiagų vartojimo ir 9 vaikai dėl kelių psichiką veikiančių medžiagų vartojimo;

6.3. ambulatorinė ir stacionarinė pagalba vaikams su psichikos ir elgesio sutrikimais teikiama Vilniaus, Kauno ir Klaipėdos priklausomybių ligų centruose (toliau – PLC), kuriuose yra stacionariniai padaliniai/lovos abstinencijos gydymui ir psichosocialinei pagalbai. Juose prieinamos gydytojų vaikų ir paauglių psichiatrų, psichologų bei socialinių darbuotojų konsultacijos. Psichikos

sveikatos centrai, kuriuose dirba gydytojai vaikų ir paauglių psichiatrai, dėl šių pacientų ir jų šeimų stigmatizavimo, nepakankamo specialistų paruošimo ne visada teikė prieinamą pagalbą socialinės rizikos šeimoms ir ne visada bendradarbiavo su Vaiko teisių apsaugos skyriais bei globos įstaigomis;

6.4. 2011 m. NTAKD parengė metodinę medžiagą „Ankstyvosios intervencijos vadovas“ ir atliko pilotinius specialistų mokymus, tačiau ši efektyvi narkotikų, tabako ir alkoholio vartojimo tarp vaikų prevencijos metodika yra nepakankamai žinoma specialistams, dirbantiems psichikos sveikatos centruose, ir nepakankamai juose taikoma.

III SKYRIUS

TIKSLAI

7. Pagrindinis šios Veiksmų plano krypties tikslas – įdiegti integruotą priklausomybės nuo alkoholio bei kitų psichoaktyvių medžiagų prevencijos, gydymo bei socialinės integracijos sistemą, kuri padidintų asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros bei socialinių paslaugų prieinamumą ir kokybę asmenims, piktnaudžiaujantiems alkoholiu ir kitomis psichoaktyviosiomis medžiagomis ir priklausomiems nuo jų, socialinės rizikos šeimoms bei jose gyvenantiems vaikams mažinant jų socialinę atskirtį.

IV SKYRIUS

UŽDAVINIAI

8. Tikslui pasiekti nustatomi šie uždaviniai:

8.1. sustiprinti Lietuvoje veikiančių PLC materialinę techninę bazę ir užtikrinti įrengtų patalpų atitikimą higienos normoms, padidinti šių centrų teikiamų ambulatorinių ir stacionarių sveikatos priežiūros paslaugų kokybę nustatyti efektyvaus ankstyvos intervencijos, priklausomybių gydymo, socialinės integracijos ir žemo slenksčio paslaugų teikimo modelio kūrimo ir įgyvendinimo dalyvausiančius subjektus bei jų pasirengimo teikti integruotas paslaugas lygį.

8.2. padidinti ankstyvosios intervencijos, specializuoto priklausomybių gydymo, socialinės integracijos bei žemo slenksčio paslaugų prieinamumą ir kokybę suaugusiems ir vaikams.

V SKYRIUS

NUMATOMOS ĮGYVENDINTI PRIEMONĖS

9. Įgyvendinant uždavinį – sustiprinti Lietuvoje veikiančių PLC materialinę techninę bazę ir užtikrinti įrengtų patalpų atitikimą higienos normoms, padidinti šių centrų teikiamų ambulatorinių ir stacionarių sveikatos priežiūros paslaugų kokybę – numatoma:

9.1. įvertinus Lietuvoje veikiančių PLC veiklos apimtis bei pagal pagrįstą poreikį, atlikti PLC infrastruktūros modernizavimą: statinių ir (ar) patalpų, susijusių su priklausomybės ligų profilaktika, diagnostika ir gydymu, statybą, rekonstrukciją ir remontą. Užtikrinti įrengtų patalpų atitikimą higienos normoms, padidinti šių centrų teikiamų ambulatorinių ir

stacionariųjų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, įvairovę. Vykdytojai: Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Šiaulių ir Panevėžio PLC;

9.2. atnaujinti PLC patalpas ir aprūpinti juos baldais bei šiuolaikine medicinine įranga bei priemonėmis efektyvesniam paslaugų teikimu, priklausomybės ligų profilaktikai, diagnostikai ir gydymui užtikrinti. Įsigyti reikalingą kompiuterinę ir programinę įrangą pagal poreikį. Vykdytojai: Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Šiaulių ir Panevėžio PLC;

9.3. aprūpinti PLC specialiais automobiliais mobilioms (išvažiuojamosioms konsultacijoms) sveikatos priežiūros paslaugoms teikti. Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija ir (ar) jai pavaldžios įstaigos;

9.4. Siekiant efektyvaus veiklos organizavimo ir paslaugų prieinamumo bei geresnės kokybės, reikalinga sukurti, išbandyti ir įdiegti ankstyvos intervencijos, priklausomybių gydymo, socialinės integracijos ir žemo slenksčio paslaugų teikimo modelį, aiškiai nustatant skirtingų įstaigų tarpusavio bendradarbiavimą, atsakomybę bei funkcijas. Bus pasirinkta ne mažiau kaip po 2 savivaldybes iš visų 10 apskričių, kuriose bus įgyvendinamos priemonės. Šio etapo numatoma įgyvendinimo trukmė – apie 36 mėn. Priemonės bus įgyvendinamos Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Šiaulių ir Panevėžio regionuose, kur yra PLC. VPLC ir PLC organizuos darbą su savivaldybių atstovais, teiks specialistų konsultacijas priskirtų savivaldybių psichikos sveikatos centruose (priskirtose teritorijose) dėl integruoto paslaugų teikimo. Psichikos sveikatos centruose bus įrengiami kabinetai, pritaikyti teikti priklausomybės nuo opioidų pakaitinio gydymo paslaugas, taip pat savivaldybėse bus kuriami žemo slenksčio kabinetai. Tuo būdu psichikos sveikatos priežiūros specialistų paslaugos taps labiau prieinamos socialinės rizikos šeimoms bei jose esantiems vaikams. Bus stiprinami psichikos sveikatos specialistų (gydytojų psichiatrų, slaugytojų, socialinių darbuotojų, psichologų) gebėjimai teikti kokybiškas paslaugas ir bendradarbiauti su kitomis įstaigomis ir organizacijomis. Įkūrus kabinetus priklausomybės nuo opioidų pakaitiniam gydymui ir žemo slenksčio paslaugoms, pagerės gydymo ir ŽIV bei kitų infekcijų prevencijos paslaugos vartojantiems narkotines medžiagas;

9.5. siekiant pagerinti galutiniams naudos gavėjams (asmenims, piktnaudžiaujantiems alkoholiu ir kitomis psichoaktyviosiomis medžiagomis ir priklausomiems nuo jų) bei socialinės rizikos šeimoms, turinčioms problemų dėl alkoholio ar narkotikų, paslaugų prieinamumą numatoma:

9.5.1. reglamentuoti ir vykdyti mobiliųjų specialistų paslaugų teikimą (išvažiuojamąsias konsultacijas), kurias teiktų Lietuvoje veikiančios PLC. Planuojamos PLC papildomai įdarbintų gydytojų psichiatrų ir socialinių darbuotojų konsultacijos (atvejo vadybos ir edukacinių užsiėmimų) pasirinktoje savivaldybėje 6 dienas per metus (po 8 val.);

9.5.2. savivaldybėse įgyventi bendradarbiavimo modelius tarp Vaiko teisių apsaugos skyrių ir psichikos sveikatos centrų, teikiant integruotas psichikos sveikatos priežiūros paslaugas rizikos šeimoms, kuriose tėvai vartoja alkoholį ar kitas psichoaktyvias medžiagas bei taikomos prevencinės (ankstyvosios intervencijos) priemonės jose gyvenantiems vaikams. Organizuoti visose apskrityse po 1 apskrito stalo diskusiją (8 val.), į kuriuos bus kviečiama dalyvauti visų pirma atrinktų savivaldybių atstovai, psichikos sveikatos priežiūros specialistai ir teritorinių probacijos tarnybų apygardų atstovai. Jų metu planuojama parengti tarpsektorinio bendradarbiavimo susitarimus organizuojant integruotas pagalbos sistemą. Vykdytojai: Lietuvoje veikiančios PLC su partneriais;

9.5.3. padidinti visų pirma atrinktų savivaldybių psichikos sveikatos centrų specialistų gebėjimus kokybiškai teikti psichikos sveikatos priežiūros paslaugas tikslinėms grupėms, plačiau įtraukiant psichikos sveikatos centrų socialinius darbuotojus. Vykdytojai: Lietuvoje veikiančios PLC, Valstybinis psichikos sveikatos centras. Šiam tikslui pasiekti planuojama:

9.5.3.1. parengti atvejo vadybos mokymo programą, patvirtintą Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos (toliau – SADM) įgaliotos institucijos, skirtą psichikos sveikatos centrų ir kitų įstaigų socialiniams darbuotojams, dirbantiems su žalingai vartojančiais alkoholi ir priklausomiems nuo jo (8 val.);

9.5.3.2. organizuoti 5 regioninius atvejo vadybos mokymus (8 val.) pagal patvirtintą SADM programą: socialiniams darbuotojams, psichologams, slaugytojams ir gydytojams psichiatriams, vaikų ir paauglių psichiatriams;

9.5.3.3. organizuoti 3 regioninius „Ankstyvosios intervencijos“ (16 val.) mokymus (parengtus NTAKD) psichikos sveikatos, PLC ir kitiems specialistams (vaikų ir paauglių psichiatriams, psichologams, socialiniams darbuotojams), dirbantiems su rizikos grupės vaikais;

9.5.3.4. organizuoti 3 regioninius „Motyvacinio interviu“ (16 val.) mokymus pagal patvirtintą SADM programą psichikos sveikatos centrų specialistams: socialiniams darbuotojams, psichologams, gydytojams psichiatriams, vaikų ir paauglių psichiatriams;

9.5.3.5. organizuoti 3 regioninius „Intervizijos“ vedimo seminarus, pagal SADM patvirtintą programą psichikos sveikatos centrų specialistams: socialiniams darbuotojams, psichologams, gydytojams;

9.5.3.6. organizuoti 3 regioninius seminarus žemo slenksčio kabinetų paslaugų teikėjams, pagal Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto patvirtintą 8 val. mokymo programą;

9.5.3.7. parengti priklausomybės nuo alkoholio ankstyvos diagnostikos ir ambulatorinio gydymo metodiką, skirtą psichikos sveikatos centrų gydytojams;

9.5.3.8. parengti ir patvirtinti priklausomybės nuo alkoholio ankstyvos diagnostikos ir ambulatorinio gydymo kvalifikacijos tobulinimo kurso programą (8 val.), skirtą gydytojams psichiatriams, vaikų ir paauglių psichiatriams, dirbantiems psichikos sveikatos centruose;

9.5.3.9. surengti 3 regioninius seminarus ir apmokyti ne mažiau kaip 80 gydytojų psichiatrių bei vaikų ir paauglių psichiatrių pagal Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto aprobuotą metodiką;

9.5.4. 20 savivaldybių psichikos sveikatos centruose įrengti kabinetus, pritaikytus priklausomybės nuo opioidų pakaitinio gydymo paslaugoms teikti. Priklausomybės nuo opioidų pakaitinio gydymo kabinetams įsteigti reikalinga: patalpų įrengimas / atnaujinimas, aprūpinimas baldais, seifais, vaistų dozatoriais, apsaugos sistemomis, interneto prieiga bei kompiuterine įranga ir pan. Pakaitinio gydymo kabinetai bus įrengiami savivaldybėse, kuriose labiausiai paplitęs švirkščiamųjų narkotikų vartojimas ir kuriose šių kabinetų nėra, arba esamų kiekis nepakankamas. Šių kabinetų įrengimas bei juose vykdoma veikla pagal galimybes turi būti derinama su tuberkuliozės tiesiogiai stebimo trumpo gydymo kurso (toliau – DOTS) kabinetų įrengimu pagal Tuberkuliozės profilaktikos, diagnostikos ir gydymo efektyvumo didinimo krypties aprašą, siekiant maksimaliai efektyvaus išteklių panaudojimo. Vykdytojai: psichikos sveikatos centrai;

9.5.5. taip pat 20 savivaldybių, kuriose labiausiai paplitęs švirkščiamųjų narkotikų vartojimas, įkurti kabinetus žemo slenksčio paslaugoms teikti. Psichikos sveikatos centruose esantys pakaitinio gydymo kabinetai, esant tiksliniam valstybės ar savivaldybės finansavimui, gali būti naudojami stacionariųjų ar mobiliųjų žemo slenksčio paslaugų teikimui (toks modelis jau įgyvendinamas Šiaulių ir Kėdainių psichikos sveikatos centruose), taip pat šių paslaugų teikėjai gali būti nevyriausybinės organizacijos (toliau – NVO). Siekiant užtikrinti švirkščiamųjų narkotikų ir psichotropinių medžiagų vartotojams integruotos sveikatos priežiūros prieinamumą žemo slenksčio paslaugų teikimas koordinuojamas su DOTS kabinetų veikla. Vykdytojai: psichikos sveikatos centrai, NVO;

9.5.6. žemo slenksčio paslaugų teikimas ir prieinamumas neatsiejamas nuo šios veiklos finansavimo. Šiuo metu valstybės biudžeto skiriamas finansavimas yra nepakankamas, taip pat tik kelios savivaldybės skiria lėšas žemo slenksčio kabinetuose teikiamų paslaugų apmokėjimui, tokiu būdu neskatinama šių paslaugų plėtra, todėl numatoma tobulinti žemo slenksčio paslaugų apmokėjimo sistemą ir reglamentavimą, ieškoti kitų finansavimo šaltinių, siekiant užtikrinti efektyvų šių paslaugų teikimą bei prieinamumą gyventojams. Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija ir (ar) jai pavaldžios įstaigos;

9.5.7. Lietuvoje veikiančios PLC organizuos metodinį vadovavimą ir paramą, įgyvendinant priemones. Tuo tikslu Lietuvoje veikiančios PLC organizuos mokymus ir konsultacijas numatomiems projekto partneriams ir naudos gavėjams: pirmines ambulatorines asmens priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų, socialinės pagalbos įstaigų, Probacijos tarnybos, Vaiko teisių apsaugos tarnybų specialistams, pagal patvirtintas Sveikatos apsaugos ministerijos klinikinės bei socialinių darbuotojų kvalifikacijos kėlimo metodikas (atvejo vadybos, intervizijos ir kt.). Socialiniai darbuotojai ir kiti specialistai bus apmokyti dirbti paslaugų koordinatoriais, t. y. atvejo vadybos metodu, ir teikti integruotas paslaugas. Daugiau socialinių darbuotojų bus įtraukta į paslaugų teikimą ir koordinavimą;

9.5.8. priemonių įgyvendinimą koordinuoti su šiam tikslui skiriamomis privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto lėšomis, kuriomis dalinai finansuojamas draustų asmenų gydymas. Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija ir (ar) jai pavaldžios įstaigos;

9.5.9. siekiant padidinti paslaugų prieinamumą, įgyvendinti visuomenės informavimo veiksmus savivaldybių lygiu apie įgyvendinamas šios krypties priemones bei teikiamą pagalbą. Šios priemonės vykdytojai: Lietuvoje veikiančios PLC bendradarbiaujant su savivaldybių visuomenės sveikatos biurais;

9.6. trečiuoju etapu, kuris preliminariai apims iki 12 mėn., planuojamos veiklos, skirtos darbo ankstesniuose etapuose įvertinimui. Atsižvelgus į antrojo etapo praktinio darbo patirtį ir esant poreikiui, Lietuvoje veikiančios PLC įvertins ir pateiks pasiūlymus Sveikatos apsaugos ministerijai, teisės aktų, reglamentuojančių priklausomybės ligų gydymą ir socialinę integraciją, pakeitimams bei tolesniam šių paslaugų prieinamumo gerinimui. Esant kitų savivaldybių suinteresuotumui naujai sukurto ir įdiegto paslaugų teikimo ir organizavimo modelio įgyvendinimu, PLC toliau teiks techninę pagalbą (konsultacijas, specialistų mokymą).

~~9. Siekiant įgyvendinti iškeltą tikslą ir numatytus uždavinius numatoma veiksmus vykdyti keliais etapais:~~

~~9.1. visų pirma numatoma atlikti kokybinį kompleksinį tyrimą, kuris įvertins PLC, psichikos sveikatos centrų (toliau – PSC), šeimos medicinos paslaugas teikiančių įstaigų~~

galimybes ir pasirengimą teikti kokybiškas reikalingas asmens sveikatos priežiūros bei socialines paslaugas asmenims, piktnaudžiaujantiems alkoholiu ir kitomis psichoaktyviosiomis medžiagomis ir priklausomiems nuo jų, socialinės rizikos šeimoms bei jose gyvenantiems vaikams mažinant jų socialinę atskirtį, bendradarbiauti su kitomis įstaigomis ir organizacijomis. Šiuo tyrimu bus nustatytos savivaldybės, organizacijos ir asmens sveikatos priežiūros įstaigos, kurios bus suinteresuotos teikti minėtas paslaugas. Planuojamo tyrimo atlikimo trukmė – apie 12 mėn. Atsižvelgiant į turimą veiklos patirtį, žmogiškuosius išteklius, gebėjimus ir pan. už šio tyrimo atlikimą bus atsakingas VPLC, kuris taip pat, kartu su kitais regioniniais PLC, koordinuos šios srities priemonių tinkamą ir savalaikį įgyvendinimą bei nuolatinę siekiamų rezultatų stebėseną bei vykdys efektyvumo analizę;

9.2. atsižvelgiant į kokybinio tyrimo rezultatus numatoma peržiūrėti visų PLC turimus išteklius ir problemines sritis, plėtoti bendradarbiavimą, sudarant bendradarbiavimo sutartis su numatomais šios srities tikslų, uždavinių ir priemonių įgyvendinimui reikalingais partneriais ir naudos gavėjais. Iškilus poreikiui, VPLC teiks Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai (toliau – Sveikatos apsaugos ministerija) siūlymus koreguoti ir tobulinti teisės aktus;

9.3. siekiant sustiprinti PLC materialinę techninę bazę ir užtikrinti įrengtų patalpų atitikimą higienos normoms, padidinti šių centrų teikiamų ambulatorinių ir stacionariųjų sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, įvairovę bei veiklos efektyvumą reikalinga atnaujinti ir pagal poreikį išplėtoti patalpas, įsigyti reikalingą kompiuterinę ir programinę įrangą, transporto priemones pagal poreikį. Ši priemonė bus įgyvendinama lygiagrečiai su antrajame etape (po kokybinio kompleksinio tyrimo atlikimo) numatomomis vykdyti priemonėmis:

9.3.1. VPLC gydymo paskirties pastate (Gerosios Vilties g. 3, Vilnius, 5 aukštų, bendras plotas 2823,00 kv. m.) funkcionuoja ambulatorinio gydymo ir socialinės pagalbos skyriai, VPLC administracija, stacionariniai abstinencijos gydymo ir psichosocialinio gydymo skyriai (78 lovos). Pastatas neapsiltintas, žiemos sezonu patiriami dideli kaštai už šilumos energiją, vamzdynai susidėvėję, nekokybiška, susidėvėjusi ventiliacija sąlygoja pelėsinio grybelio augimą daugelyje pacientų palatų. Todėl reikalinga kompleksiskai rekonstruoti pastatą, taip pat efektyvesniam paslaugų teikimui reikalinga gerinti paslaugų teikimo infrastruktūrą, apimant patalpų sutvarkymą ir reikalingų baldų bei įrangos įsigijimą/atnaujinimą. Vykdytojas: VPLC;

9.3.2. kitame VPLC priklausančiame pastate, adresu Šlaito g. 12, Vilnius (anksčiau Vilkpėdės g. 3, Vilnius), bendras plotas 194,18 kv. m., šiuo metu yra 12 stacionariųjų vietų vaikams ir jaunuoliams, priklausomiems nuo narkotikų, dalyvauti reabilitacijos programoje, tačiau patalpų būklė netinkama ir nepritaikyta paslaugų teikimui, o dėl fizinio patalpų trūkumo nėra galimybės teikti reikalingų kompleksinių (ambulatorinių, intensyvaus stacionaro, dienos stacionaro ir reabilitacijos) paslaugų, apimančių specialistų komandinį, lankstų ir individualų pacientų būklės įvertinimą, jos stabilizavimą stacionare, tėvų švietimą (su stacionarinio stebėjimo ir gydymo intarpais būklės stabilizacijai), įtraukiant į šį procesą daug kitų suinteresuotų tarnybų (probaciją, švietimo įstaigas, policiją ir pan.), t. y. organizuoti atvejo vadybą, taip pat negalima paslaugų plėtra, siekiant paslaugas suteikti daugiau vaikų. Šiuo metu taip pat stacionarinės paslaugos vaikams teikiamos Kauno PLC (2012 m. 23 pacientams, 2011 m. 12 pacientų). Išanalizavus Lietuvos situaciją, nustatyta, kad

VPLC ženkliai nedidinant personalo, ir padidinus lovų skaičių iki 30 šiame centre galėtų gauti stacionarines sveikatos priežiūros paslaugas daugiau vaikų ir jaunimo. VPLC centras galėtų teikti paslaugas vaikams iš visos Lietuvos iki 60 vaikų per metus. Tokiu būdu Vilniaus ir Kauno PLC vaikų skyriuose galės gauti stacionarinį gydymą/reabilitaciją vaikai ir jaunimas iš visos Lietuvos. Stacionariniam gydymui bus siunčiami vaikai ir jaunimas, kuriems nebus efektyvios ambulatorinės intervencijos paslaugos, suteiktos psichikos sveikatos ir kituose PLC. Siekiant gerinti paslaugų kokybę ir jų prieinamumą, vykdyti metodinį koordinacinį darbą Lietuvos mastu, reikalinga investuoti į VLPC patalpų plėtrą. Atsižvelgiant, kad iki šiol iš esmės Lietuvoje tokio paslaugų teikimo modelio nėra, pagrindinis tikslas yra jį sukurti, o taip pat jo įgyvendinimui užtikrinti reikalingas fizines, teisines ir finansines sąlygas. Vykdytojas: VPLC;

9.3.3. kituose PLC, įvertinus veiklos apimtį bei pagal pagrįstą poreikį, atnaujinti patalpas ir aprūpinti juos baldais bei šiuolaikine medicinine įranga bei priemonėmis efektyvesniam paslaugų teikimui, gerinant jų kokybę. Vykdytojai: Kauno, Klaipėdos, Šiaulių ir Panevėžio PLC;

9.4. antrajam etapui bus pasirinkta ne mažiau kaip po 2 savivaldybes iš visų 10 apskričių, kuriose bus įgyvendinamos priemonės. Šio etapo numatoma įgyvendinimo trukmė — apie 36 mėn. Priemonės bus įgyvendinamos Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Šiaulių ir Panevėžio regionuose, kur yra PLC. VPLC ir PLC organizuos darbą su savivaldybių atstovais, teiks specialistų konsultacijas priskirtų savivaldybių psichikos sveikatos centruose (priskirtose teritorijose) dėl integruoto paslaugų teikimo. Psichikos sveikatos centruose bus įrengiami kabinetai, pritaikyti teikti priklausomybės nuo opioidų pakaitinio gydymo paslaugas, taip pat savivaldybėse bus kuriami žemo slenksčio kabinetai. Siekiant efektyvaus veiklos organizavimo ir paslaugų prieinamumo bei geresnės kokybės, reikalinga sukurti, išbandyti ir įdiegti ankstyvos intervencijos, priklausomybių gydymo, socialinės integracijos ir žemo slenksčio paslaugų teikimo modelį, aiškiai nustatant skirtingų įstaigų tarpusavio bendradarbiavimą, atsakomybę bei funkcijas. Tuo būdu psichikos sveikatos priežiūros specialistų paslaugos taps labiau prieinamos socialinės rizikos šeimoms bei jose esantiems vaikams. Bus stiprinami psichikos sveikatos specialistų (gydytojų psichiatrių, slaugytojų, socialinių darbuotojų, psichologų) gebėjimai teikti kokybiškas paslaugas ir bendradarbiauti su kitomis įstaigomis ir organizacijomis. Įkūrus kabinetus priklausomybės nuo opioidų pakaitiniam gydymui ir žemo slenksčio paslaugoms, pagerės gydymo ir ŽIV bei kitų infekcijų prevencijos paslaugos vartojantiems narkotines medžiagas;

9.5. siekiant pagerinti galutiniams naudos gavėjams (asmenims, piktnaudžiaujantiems alkoholiu ir kitomis psichoaktyviosiomis medžiagomis ir priklausomiems nuo jų) bei socialinės rizikos šeimoms, turinčioms problemų dėl alkoholio ar narkotikų, paslaugų prieinamumą numatoma:

9.5.1. reglamentuoti ir vykdyti mobiliųjų specialistų paslaugų teikimą (išvažiuojamąsias konsultacijas), kurias teiktų VPLC ir kiti PLC. Planuojamos PLC papildomai įdarbintų gydytojų psichiatrių ir socialinių darbuotojų konsultacijos (atvejo vadybos ir edukacinių užsiėmimų) pasirinktoje savivaldybėje 6 dienas per metus (po 8 val.). Esant poreikiui VPLC ir PLC bus aprūpinti automobiliais bei kitomis priemonėmis, reikalingomis išvažiuojamųjų konsultacijų teikimui. Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija ir (ar) jai pavaldžios įstaigos;

9.5.2. savivaldybėse įgyventi bendradarbiavimo modelius tarp Vaiko teisių apsaugos skyrių ir psichikos sveikatos centrų, teikiant integruotas psichikos sveikatos priežiūros paslaugas rizikos šeimoms, kuriose tėvai vartoja alkoholį ar kitas psichoaktyvias medžiagas bei taikomos prevencinės (ankstyvosios intervencijos) priemonės jose gyvenantiems vaikams. Organizuoti visose apskrityse po 1 apskrito stalo diskusiją (8 val.), į kuriuos bus kviečiama dalyvauti visų pirma atrinktų savivaldybių atstovai, psichikos sveikatos priežiūros specialistai ir teritorinių probacijos tarnybų apygardų atstovai. Jų metu planuojama parengti tarpsektorinio bendradarbiavimo susitarimus organizuojant integruotas pagalbos sistemą
Vykdytojai: VPLC su partneriais;

9.5.3. padidinti visų pirma atrinktų savivaldybių psichikos sveikatos centrų specialistų gebėjimus kokybiškai teikti psichikos sveikatos priežiūros paslaugas tikslinėms grupėms, plačiau įtraukiant psichikos sveikatos centrų socialinius darbuotojus. Vykdytojai: VPLC, Valstybinis psichikos sveikatos centras. Šiam tikslui pasiekti planuojama:

9.5.3.1. parengti atvejo vadybos mokymo programą, patvirtintą Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos (toliau – SADM) įgaliotos institucijos, skirtą psichikos sveikatos centrų ir kitų įstaigų socialiniams darbuotojams, dirbantiems su žalingai vartojančiais alkoholį ir priklausomiems nuo jo (8 val.);

9.5.3.2. organizuoti 5 regioninius atvejo vadybos mokymus (8 val.) pagal patvirtintą SADM programą: socialiniams darbuotojams, psichologams, slaugytojams ir gydytojams psichiatriams, vaikų ir paauglių psichiatriams;

9.5.3.3. organizuoti 3 regioninius „Ankstyvosios intervencijos“ (16 val.) mokymus (parengtus NTAKD) psichikos sveikatos, PLC ir kitiems specialistams (vaikų ir paauglių psichiatriams, psichologams, socialiniams darbuotojams), dirbantiems su rizikos grupės vaikais;

9.5.3.4. organizuoti 3 regioninius „Motyvacinio interviu“ (16 val.) mokymus pagal patvirtintą SADM programą psichikos sveikatos centrų specialistams: socialiniams darbuotojams, psichologams, gydytojams psichiatriams, vaikų ir paauglių psichiatriams;

9.5.3.5. organizuoti 3 regioninius „Intervizijos“ vedimo seminarus, pagal SADM patvirtintą programą psichikos sveikatos centrų specialistams: socialiniams darbuotojams, psichologams, gydytojams;

9.5.3.6. organizuoti 3 regioninius seminarus žemo slenksčio kabinetų paslaugų teikėjams, pagal Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto patvirtintą 8 val. mokymo programą;

9.5.3.7. parengti priklausomybės nuo alkoholio ankstyvos diagnostikos ir ambulatorinio gydymo metodiką, skirtą psichikos sveikatos centrų gydytojams;

9.5.3.8. parengti ir patvirtinti priklausomybės nuo alkoholio ankstyvos diagnostikos ir ambulatorinio gydymo kvalifikacijos tobulinimo kurso programą (8 val.), skirtą gydytojams psichiatriams, vaikų ir paauglių psichiatriams, dirbantiems psichikos sveikatos centruose;

9.5.3.9. surengti 3 regioninius seminarus ir apmokyti ne mažiau kaip 80 gydytojų psichiatrių bei vaikų ir paauglių psichiatrių pagal Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto aprobuotą metodiką;

9.5.4. 20 savivaldybių psichikos sveikatos centruose įrengti kabinetus, pritaikytus priklausomybės nuo opioidų pakaitinio gydymo paslaugoms teikti. Priklausomybės nuo opioidų pakaitinio gydymo kabinetams įsteigti reikalinga: patalpų įrengimas / atnaujinimas,

aprūpinimas baldais, seifais, vaistų dozatoriais, apsaugos sistemomis, interneto prieiga bei kompiuterine įranga ir pan. Pakaitinio gydymo kabinetai bus įrengiami savivaldybėse, kuriose labiausiai paplitęs švirkščiamųjų narkotikų vartojimas ir kuriose šių kabinetų nėra, arba esamų kiekis nepakankamas. Šių kabinetų įrengimas bei juose vykdoma veikla pagal galimybes turi būti derinama su tuberkuliozės tiesiogiai stebimo trumpo gydymo kurso (toliau — DOTS) kabinetų įrengimu pagal Tuberkuliozės profilaktikos, diagnostikos ir gydymo efektyvumo didinimo krypties aprašą, siekiant maksimaliai efektyvaus išteklių panaudojimo. Vykdytojai: psichikos sveikatos centrai;

9.5.5. taip pat 20 savivaldybių, kuriose labiausiai paplitęs švirkščiamųjų narkotikų vartojimas, įkurti kabinetus žemo slenksčio paslaugoms teikti. Psichikos sveikatos centruose esantys pakaitinio gydymo kabinetai, esant tiksliniam valstybės ar savivaldybės finansavimui, gali būti naudojami stacionarinių ar mobilių žemo slenksčio paslaugų teikimui (toks modelis jau įgyvendinamas Šiaulių ir Kėdainių psichikos sveikatos centruose), taip pat šių paslaugų teikėjai gali būti nevyriausybinės organizacijos (toliau — NVO). Siekiant užtikrinti švirkščiamųjų narkotikų ir psichotropinių medžiagų vartotojams integruotos sveikatos priežiūros prieinamumą žemo slenksčio paslaugų teikimas koordinuojamas su DOTS kabinetų veikla. Vykdytojai: psichikos sveikatos centrai, NVO;

9.5.6. žemo slenksčio paslaugų teikimas ir prieinamumas neatsiejamas nuo šios veiklos finansavimo. Šiuo metu valstybės biudžeto skiriamas finansavimas yra nepakankamas, taip pat tik kelios savivaldybės skiria lėšas žemo slenksčio kabinetuose teikiamų paslaugų apmokėjimui, tokiu būdu neskatinama šių paslaugų plėtra, todėl numatoma tobulinti žemo slenksčio paslaugų apmokėjimo sistemą ir reglamentavimą, ieškoti kitų finansavimo šaltinių, siekiant užtikrinti efektyvų šių paslaugų teikimą bei prieinamumą gyventojams. Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija ir (ar) jai pavaldžios įstaigos;

9.5.7. VPLC organizuos metodinį vadovavimą ir paramą, įgyvendinant priemones. Tuo tikslu VPLC organizuos mokymus ir konsultacijas numatomiems projekto partneriams ir naudos gavėjams: pirmines ambulatorines asmens priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų, socialinės pagalbos įstaigų, Probacijos tarnybos, Vaiko teisių apsaugos tarnybų specialistams, pagal patvirtintas Sveikatos apsaugos ministerijos klinikinės bei socialinių darbuotojų kvalifikacijos kėlimo metodikas (atvejo vadybos, intervizijos ir kt.). Socialiniai darbuotojai ir kiti specialistai bus apmokyti dirbti paslaugų koordinatoriais, t. y. atvejo vadybos metodu, ir teikti integruotas paslaugas. Daugiau socialinių darbuotojų bus įtraukta į paslaugų teikimą ir koordinavimą;

9.5.8. priemonių įgyvendinimą koordinuoti su šiam tikslui skiriamomis privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau — PSDF) biudžeto lėšomis, kuriomis dalinai finansuojamas draustų asmenų gydymas. Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija ir (ar) jai pavaldžios įstaigos;

9.5.9. siekiant padidinti paslaugų prieinamumą, įgyvendinti visuomenės informavimo veiksmus savivaldybių lygiu apie įgyvendinamas šios krypties priemones bei teikiamą pagalbą. Šios priemonės vykdytojas: VPLC bendradarbiaujant su savivaldybių visuomenės sveikatos biurais;

9.6. trečiuoju etapu, kuris preliminariai apims iki 12 mėn., planuojamos veiklos, skirtos darbo ankstesniuose etapuose įvertinimui. Atsižvelgus į antrojo etapo praktinio darbo patirtį ir esant poreikiui, VPLC įvertins ir pateiks pasiūlymus Sveikatos apsaugos ministerijai, teisės

~~aktu, reglamentuojančių priklausomybės ligų gydymą ir socialinę integraciją, pakeitimams bei tolesniam šių paslaugų prieinamumo gerinimui. Esant kitų savivaldybių suinteresuotumui naujai sukurti ir įdiegti paslaugų teikimo ir organizavimo modelio įgyvendinimu, PLC toliau teiks techninę pagalbą (konsultacijas, specialistų mokymą ir pan.).~~

VI SKYRIUS

VERTINIMO KRITERIJAI

10. Apraše numatytų tikslų, uždavinių ir priemonių įgyvendinimo vertinimo kriterijai:

10.1. savivaldybių, kuriose įgyvendinta integruota sveikatos priežiūra socialinės rizikos šeimoms, skaičius (pasirašyti bendradarbiavimo memorandumai tarp psichikos sveikatos centrų ir Vaiko teisių apsaugos skyriais dėl koordinuotos pagalbos socialinės rizikos šeimoms);

10.2. asmenų, piktnaudžiaujančių alkoholiu, kurie gavo gydymo ir socialinės integracijos paslaugas psichikos sveikatos centruose aprėptis, lyginant su asmenų, kuriems reikalingos šios paslaugos, skaičiumi savivaldybėje pagal atskiras kategorijas (suaugę, vaikai);

10.3. socialinės rizikos šeimų ir jose gyvenančių vaikų, gavusių psichikos sveikatos priežiūros paslaugas, skaičius;

10.4. savivaldybių, kuriose buvo prieinamas pakaitinis gydymas ir socialinės integracijos paslaugos, skaičius;

10.5. pakaitiniame gydyme esančių priklausomų nuo opioidų asmenų aprėptis nuo visų probleminių opioidų vartotojų Lietuvoje;

10.6. naujų ŽIV atvejų, susijusių su narkotikų švirkštimu, skaičius Lietuvoje, proc.;

10.7. savivaldybių, kuriose teikiamos žemo slenksčio paslaugos, skaičius;

10.8. žemo slenksčio paslaugų gavėjų skaičius (aprėptis) Lietuvoje.

VII SKYRIUS

NUMATOMI PASIEKTI REZULTATAI

11. Iki 2023 metų numatoma:

11.1. mažiausiai 40 proc. visų Lietuvos savivaldybių įgyvendinta integruota sveikatos priežiūra socialinės rizikos šeimoms (pasirašyti bendradarbiavimo memorandumai tarp pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigų ir Vaiko teisių apsaugos skyrių);

11.2. asmenų, piktnaudžiaujančių alkoholiu ir gaunančių gydymo ir socialinės integracijos paslaugas psichikos sveikatos centruose skaičius pagal atskiras kategorijas (suaugę, vaikai su psichikos ir elgesio sutrikimais, vartojant psichoaktyvias medžiagas) bei socialinės rizikos šeimų, kurios gaus pagalbą, aprėpties didėjimas po 5 proc. kasmet nuo bendro šių asmenų (šeimų), kuriems reikalinga ši pagalba savivaldybėje skaičiaus (rodiklis pradedamas skaičiuoti praėjus vieneriems metams po I etapo įgyvendinimo, lyginant su rodikliais, nustatytais kompleksinio tyrimo metu, numatyto pirmajame priemonių įgyvendinimo etape);

11.3. savivaldybių, kuriose prieinamos priklausomybių nuo narkotikų pakaitinio gydymo ir socialinės integracijos paslaugos, dalies didėjimas nuo 22 proc.(2013 m.) iki 50 proc. (2023 m.) nuo visų savivaldybių;

11.4. 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.);

11.5. naujų ŽIV atvejų, susijusių su narkotikų švirkštimu, sumažėjimas nuo vidutinio 51 proc. (2007–2013 m. laikotarpiu) iki 35 proc. (2023 m.);

11.6. savivaldybių, kuriose prieinamos žemo slenksčio paslaugos, aprėpties didėjimas nuo 13 proc. (2013 m.) iki 40 proc. (2023 m.);

11.7. žemo slenksčio paslaugų aprėpties išlaikymas 60 proc. nuo probleminių narkotikų vartotojų skaičiaus;

11.8. apmokyta ne mažiau kaip 90 specialistų dirbti pagal atvejo vadybos, ankstyvosios intervencijos, motyvacinio interviu ir intervizijos metodus. Taip pat apmokyti 80 gydytojų psichiatrų pagal Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto aprobuotą metodiką.

VIII SKYRIUS

VYKDYTOJAI

12. Šios krypties priemonių vykdytojai:

12.1. pagrindiniai Apraše numatytų priemonių vykdytojai ir koordinatoriai–Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Šiaulių ir Panevėžio PLC, pagal kompetenciją, metodiškai vadovauja ir organizuoja specialistų mokymus, inicijuoja teisės aktų pakeitimus, teikia mobiliąsias specialistų konsultacijas ir specializuotas paslaugas regioniniu principu, plėtoja bendradarbiavimą su regione esančiomis savivaldybėmis ir NVO, didindami jose teikiamų psichikos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir tęstinumą.

~~pagrindinis Apraše numatytų priemonių vykdytojas ir koordinatorius – VPLC, turintis plačiausią žemo slenksčio, asmens sveikatos priežiūros ir socialinių integracijos paslaugų spektrą, bendradarbiavimo su Vaiko teisių apsaugos skyriais, Probacijos tarnyba patirtį. Metodiškai vadovauja ir organizuoja specialistų mokymus. Inicijuoja teisės aktų pakeitimus. Teikia mobiliąsias specialistų konsultacijas ir specializuotas paslaugas. Partneriai: Kauno, Klaipėdos, Šiaulių ir Panevėžio PLC, kurie teiks specializuotas paslaugas regioniniu principu, plėtos bendradarbiavimą su regione esančiomis savivaldybėmis ir NVO, didindami jose teikiamų psichikos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir tęstinumą;~~

12.2. psichikos sveikatos centrai pagal sudarytas sutartis bendradarbiauja su VPLC bei kitomis įstaigomis, teikdami paslaugas vaikams ir suaugusiems asmenims iš socialinės rizikos šeimų, asmenims, dėl alkoholio ir kitų psichiką veikiančių medžiagų vartojimo patiriantiems riziką dėl savižudybių ar infekcinių ligų platinimo. Kuria priklausomybės nuo opioidų pakaitinio gydymo paslaugoms teikti ir (ar) žemo slenksčio paslaugų kabinetus;

12.3. Sveikatos apsaugos ministerija ir (ar) jai pavaldžios įstaigos – dalyvauja tobulinant teisinį reglamentavimą šioje srityje, taip pat per Priklausomybių gydymo programos finansavimą, dalyvauja siekiant projekto tikslų ir uždavinių įgyvendinimo. Valstybinis psichikos sveikatos centras, su kuriuo derinama veikla, susijusi su psichikos sveikatos centrų pajėgumų stiprinimu. Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras vykdo žemo slenksčio paslaugų stebėseną, infekcijų tarp žemos slenksčio kabinetų paplitimo vertinimą;

12.4. teritorinės probacijos tarnybos sudaro sutartis su psichikos sveikatos centrais ir PLC dėl teismo įpareigotų asmenų gydymo, priežiūros ir socialinės reintegracijos;

12.5. savivaldybių administracijos tvirtina psichikos sveikatos centrų ir Vaiko teisių apsaugos skyrių bendradarbiavimo reglamentus, kitus savivaldos teisės aktus, reglamentuojančius integruotų paslaugų teikimą socialinės rizikos šeimoms bei kitiems asmenims, dėl psichiką veikiančių medžiagų vartojimo patiriantiems savižudybių ir (ar) užsikrėtimo/užkrėtimo kitų asmenų infekcinėmis ligomis riziką;

12.6. NVO (reabilitacijos bendruomenės, Lietuvos paramos fondas SOS vaikų kaimai Lietuvoje ir kt.) bus kviečiamos dalyvauti mokymuose, pasirašyti bendradarbiavimo sutartis. Taip jos prisidės savo kompetencijos ir galimybių ribose prie integruotų paslaugų teikimo socialinės rizikos šeimoms bei kitiems asmenims, dėl psichiką veikiančių medžiagų vartojimo patiriantiems savižudybių ir (ar) užsikrėtimo/užkrėtimo kitų asmenų infekcinėmis ligomis riziką, pagal poreikį kurs žemo slenksčio kabinetus;

12.7. savivaldybių visuomenės sveikatos biurai periodiškai informuos savivaldybių gyventojus apie įgyvendinamas priemones bei teikiamą pagalbą.

IX SKYRIUS

BAIGIAMOSIOS NUOSTATOS

13. Šios Veiksmų plano krypties įgyvendinimui numatoma skirti iki 28 mln. Lt. Planuojami finansavimo šaltiniai: valstybės, savivaldybių biudžeto lėšos, ES fondų ir tarptautinės paramos lėšos, PSDF lėšos, nuosavos vykdytojų lėšos ir kt. šaltiniai.

14. Investuojant į kuriamus žemo slenksčio kabinetus turi būti užtikrintas valstybės ir (ar) savivaldybės tikslinis šių kabinetų vykdomos veiklos finansavimas.

15. Rezultato rodiklių pasiekimo įvertinimas bus atliekamas 2019 ir 2023 metais. Kiti rodikliai stebimi ir vertinami kasmet, pradėjus įgyvendinti priemones. Atsižvelgiant į vertinamų rodiklių pasiekimus, esant poreikiui, Aprašas gali būti peržiūrimas ir tobulinamas.