



REPUBLIKINIS
PRIKLAUSOMYBĖS LIGŲ
CENTRAS



socialinių inovacijų institutas



2014–2020 metų
Europos Sąjungos
fondų investicijų
veiksmų programa

INTEGRUOTOS ANKSTYVOSIOS DIAGNOSTIKOS, PRIKLAUSOMYBĖS LIGŲ GYDYMO IR SOCIALINĖS INTEGRACIJOS SISTEMOS DABARTINĖS SITUACIJOS 15 SAVIVALDYBIŲ VERTINIMO TYRIMAS

Ataskaita

Dr. Ingrida Gečienė-Janulionė

Dr. Lilija Kublickienė

Užsakovas: Respublikinis priklausomybės ligų centras

2021

TURINYS

ĮVADAS	3
SAVIVALDYBIŲ SITUACIJOS VERTINIMO ATASKAITOS.....	9
1. AKMENĖS RAJONO SAVIVALDYBĖ	9
2. ALYTAUS MIESTO SAVIVALDYBĖ.....	20
3. ALYTAUS RAJONO SAVIVALDYBĖ	31
4. IGNALINOS RAJONO SAVIVALDYBĖ.....	43
5. KAUNO MIESTO SAVIVALDYBĖ	54
6. KLAIPĖDOS MIESTO SAVIVALDYBĖ	65
7. KUPIŠKIO RAJONO SAVIVALDYBĖ	79
8. MARIJAMPOLĖS SAVIVALDYBĖ.....	91
9. PAKRUOJO RAJONO SAVIVALDYBĖ.....	102
10. PASVALIO RAJONO SAVIVALDYBĖ.....	112
11. PLUNGĖS RAJONO SAVIVALDYBĖ.....	124
12. RASEINIŲ RAJONO SAVIVALDYBĖ.....	133
13. ŠILALĖS RAJONO SAVIVALDYBĖ	145
14. ŠVENČIONIŲ RAJONO SAVIVALDYBĖ	154
15. UKMERGĖS RAJONO SAVIVALDYBĖ	162
SSGG ANALIZĖ, IŠVADOS IR REKOMENDACIJOS.....	171
PRIEDAI.....	179

IVADAS

Integruotos ankstyvosios diagnostikos, priklausomybės ligų gydymo ir socialinės integracijos sistemos dabartinės situacijos 15 savivaldybių vertinimo tyrimas atliktas 2020 m. lapkričio 26 d. – 2021 m. kovo 12 d. Respublikinio priklausomybės ligų centro užsakymu, įgyvendinant priemonės „Priklausomybės ligų profilaktikos, diagnostikos ir gydymo kokybės ir pereinamumo gerinimas“ projektą „Integruotų priklausomybės ligų gydymo paslaugų kokybės ir pereinamumo gerinimas“, kodas 08.4.2-ESFA-V-621-01-0001.

Tyrimė buvo apimtos 15 savivaldybių, kurios dalyvauja minėto projekto įgyvendinime. Šių savivaldybių sąrašas pateiktas 1 lentelėje.

1 lentelė. Į tyrimą įtrauktų savivaldybių sąrašas.

Eil. Nr.	Savivaldybės pavadinimas	Partnerio, dalyvaujančio projekte, pavadinimas
1.	Akmenės rajono savivaldybė	Akmenės rajono savivaldybės visuomenės sveikatos biuras
2.	Alytaus miesto savivaldybė	Alytaus miesto savivaldybės administracija
3.	Alytaus rajono savivaldybė	Alytaus rajono savivaldybės administracija
4.	Ignalinos rajono savivaldybė	Ignalinos rajono savivaldybės visuomenės sveikatos biuras
5.	Kauno miesto savivaldybė	Kauno miesto savivaldybės administracija
6.	Klaipėdos miesto savivaldybė	Klaipėdos miesto savivaldybės administracija
7.	Kupiškio rajono savivaldybė	Kupiškio rajono savivaldybės administracija
8.	Marijampolės savivaldybė	Marijampolės savivaldybės visuomenės sveikatos biuras
9.	Pakruojo rajono savivaldybė	Pakruojo rajono savivaldybės visuomenės sveikatos biuras
10.	Pasvalio rajono savivaldybė	Pasvalio rajono savivaldybės administracija
11.	Plungės rajono savivaldybė	Plungės rajono savivaldybės visuomenės sveikatos biuras
12.	Raseinių rajono savivaldybė	Raseinių rajono savivaldybės administracija
13.	Šilalės rajono savivaldybė	Šilalės rajono savivaldybės visuomenės sveikatos biuras
14.	Švenčionių rajono savivaldybė	Švenčionių rajono savivaldybės administracija
15.	Ukmergės rajono savivaldybė	Ukmergės rajono savivaldybės visuomenės sveikatos biuras

Tyrimo tikslas – įvertinti 15 savivaldybių dabartinę esamą situaciją, susijusią su paslaugų psichoaktyvias medžiagas vartojantiems asmenims prieinamumą, spektrą ir jų koordinavimą.

Tyrimo uždaviniai:

1. Išsiaiškinti kaip savivaldybėse yra gaunama, teikiama ir apsieikiama informacija, susijusi su priklausomais asmenimis ir jiems teikiamomis paslaugomis;
2. Nustatyti, kokios savivaldybių institucijos ir/ar organizacijos teikia paslaugas žalingai psichoaktyvias medžiagas vartojantiems ar priklausomybės ligomis sergantiems asmenims bei identifikuoti teikiamas socialines, sveikatos ir kt. paslaugas, susijusias su priklausomybių įveika;
3. Iširti, kokios problemos kyla užtikrinant teikiamų paslaugų koordinavimą, prieinamumą, tęstinumą ir efektyvumą;
4. Išanalizuoti paslaugų teikimo sistemos silpnybes, stiprybes, grėsmes ir galimybes bei pateikti išvadas ir rekomendacijas integruotos sistemos kūrimui ir/ar tobulinimui.

Siekiant įgyvendinti išsikeltą tikslą ir uždavinius, tyrime buvo derinami du kokybiniai duomenų surinkimo **metodai: kokybinis pusiau struktūruotas interviu ir fokusuotų diskusijų grupės** (angl. focus group).

1. Kokybinis pusiau struktūruotas interviu buvo atliktas su kiekvienoje savivaldybėje esančiais projekto koordinatoriais ir/ar kt. jų rekomenduotais specialistais. Nustatant, ar reikia papildomų interviu, buvo remiamasi tokiu principu – jei fokusuotoje grupėje negalėjo dalyvauti kuris nors iš pagrindinių paslaugų priklausomiems asmenims teikėjų, su juo buvo atliekamas papildomas interviu. Toks interviu buvo atliktas tik vienas su Ignalinos Socialinių paslaugų centro atstovu, negalėjusiu dalyvauti fokusuotos diskusijos šioje savivaldybėje metu. Tokiu būdu, buvo atlikta 16 interviu. Kartu su fokusuotų diskusijų grupių duomenimis šie interviu pateikė pakankamai informacijos tyrimo išvadoms pagrįsti.

Interviu pravedimui buvo parengtas pusiau struktūruotas klausimynas, kurio klausimai buvo sudaryti iš tyrimo uždavinius atliepančių blokų: informacijos teikimo mechanizmas savivaldybėje; savivaldybės socialinio ir sveikatos sektoriaus infrastruktūra; psichoaktyvias medžiagas vartojantiems asmenims teikiamų paslaugų kokybė; tarpinstitucinis bendradarbiavimas ir paslaugų koordinavimas; rekomendacijos pagalbos sistemos prieinamumo didinimui ir integruotumo stiprinimui. Klausimynas pateiktas 1 priede.

Siekiant užtikrinti konfidencialumą, gauta informacija buvo nuasmeninta analizės metu ir pateikiama tik apibendrintai. Gavus informanto sutikimą, interviu buvo įrašomas, siekiant užfiksuoti visas mintis, tačiau patvirtinus galutinę tyrimo analizę įrašai ir išrašai bus sunaikinti.

2. Fokusuotų diskusijų grupės (angl. focus group). Fokusuotų diskusijų (toliau – FD) grupių metodas ypač naudingas siekiant per gana trumpą laiką (1–1,5 val.) sužinoti tam tikros tikslinės grupės skirtingas nuomones bei patirtis. FD buvo atliktos visose 15 į tyrimą įtrauktų savivaldybių. FD grupių dalyviai šiame tyrime apėmė pagrindinių paslaugų psichoaktyviomis medžiagomis piktnaudžiaujantiems ir priklausomiems nuo jų asmenims teikėjų atstovus, pasiūlytus projekto koordinatorių kiekvienoje savivaldybėje. FD grupėse dalyvavo nuo 6 iki 12 dalyvių, kadangi mažesnis dalyvių skaičius apriboja gaunamos informacijos kiekį, o didesnis – apsunkina moderavimą bei sumažina galimybę visiems išsakyti savo nuomonę. Savivaldybėse su mažiau išplėtotu paslaugų teikėjų tinklu, kaip taisyklė, dalyvavo mažiau dalyvių.

FD grupės dėl COVID-19 sudaromų apribojimų organizuotos nuotoliniu būdu taikant Zoom programos platformą. Tai turi ir pozityvią pusę, nes įgalina įtraukti skirtingose savivaldybės vietose gyvenančius dalyvius, ypač tai aktualu rajonų savivaldybėse. Tačiau nuotoliniu būdu organizuojamos FD gali būti šiek tiek mažiau efektyvios, nes stokoja gilumo bei dalyvių bendravimo, palyginti su tiesiogiai organizuojamomis FD (Murgado-Armenteros ir kt. 2012). Remiantis tyrėjų patirtimi, galima teigti, kad nepaisant trūkumų, nuotolinės FD labai pasiteisina, kai jos dalyviai jau pažįsta vienas kitą, kaip dažnu atveju išaiškėjo ir tirtose savivaldybėse.

FD moderavimą atliko pačios tyrėjos, turinčios ilgametę patirtį naudojant šį tyrimo metodą. Moderatoriaus funkcija – būti tarpininku tarp FD grupės dalyvių ir sudaryti galimybę visiems saugiai pasidalinti savo įžvalgomis ir patirtimis. FD pravedimui buvo parengtas pusiau struktūruotas klausimynas, kuriame pateikiami tokie patys klausimai, kaip ir interviu klausimyne. Klausimynas pateiktas 2 priede. Siekiant užtikrinti konfidencialumą, gauta informacija analizės metu buvo nuameninta ir pateikiama tik apibendrintai. Gavus dalyvių sutikimą, diskusija buvo įrašoma, siekiant užfiksuoti visas mintis, tačiau patvirtinus galutinę tyrimo analizę įrašai ir išrašai bus sunaikinti.

Tyrimo atranka

Kiekvieno kokybinio tyrimo imties dydis ir konkretūs tyrimui atrinkti imties vienetai iš esmės priklauso nuo tyrimo tikslų. Kokybiniam tyrimui rekomenduojama pasirinkti tokius atvejus,

kurie yra labiausiai informatyvūs. Paprastai kokybiniame tyrime tyrėjai naudoja tris imties sudarymo galimybes¹:

1. Planuojant kokybinį tyrimą iš anksto numatyti tyrimo imties dydį.
2. Iš anksto nenumatyti tyrimo imties dydžio, bet duomenis rinkti tol, kol jie pradeda kartotis ir akivaizdžiai sumažėja jų informatyvumas (atsiranda duomenų prisotinimas).
3. Numatyti preliminarų tyrimo imties dydį, tačiau prireikus palikti galimybę tyrimo imtį išplėsti.

Atliekant tyrimą „Integruotų priklausomybės ligų gydymo paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimas“ tiriamųjų imtis buvo sudaroma vadovaujantis pirmuoju ir trečiuoju principu. Atliekant individualius pusiau struktūruotus interviu buvo numatyta, kad informantais bus kiekvienos iš tikslinių savivaldybių projekto koordinatoriai. Taip pat kiekvienoje iš savivaldybių buvo numatyta surengti fokusuotų grupių diskusijas, į jas pasikviečiant pagrindinių paslaugų priklausomiems asmenims teikėjų atstovus. Tuo atveju kai fokusuotoje grupėje negalėjo dalyvauti kuris nors iš pagrindinių paslaugų priklausomiems asmenims teikėjų, su juo buvo atliekamas papildomas interviu.

Kokybiniuose tyrimuose paprastai taikoma tikslinė ir „sniego gniūžtės“ atranka. „Sniego gniūžtės“ atranka taikoma, kai tiriamosios visumos dydis nėra žinomas, tiriamieji yra sunkiai prieinami. Tikslinė atranka – tai tokia atranka, kai informantai atrenkami priklausomai nuo tyrimo tikslų. Šios atrankos privalumas – atrenkami tik tie informantai, kurie gali tyrėjui suteikti prasmingos informacijos tyrimo tema. Šiame tyrime buvo naudojama tikslinė atranka.

Tyrimo etika

Atliekant tyrimą buvo remtasi pagrindiniais socialinių tyrimų etikos principais. Tyrimo dalyviai buvo supažindinami su tyrimu ir jo tikslu, buvo atsakyta į jiems iškilusius klausimus (**informavimas**). Tyrimas buvo atliekamas remiantis **laisvanoriškumo principu** – tyrimo dalyviai turėjo laisvą galimybę apsispręsti dėl dalyvavimo, jiems nebuvo daromas tiesioginis ar netiesioginis spaudimas. Buvo gautas visų tyrimo dalyvių žodinis sutikimas dalyvauti tyrime ir tam, kad interviu būtų įrašinėjami. Tyrimas buvo atliekamas remiantis **lygiavertiškumo principu**, t. y. buvo stengiamasi išlaikyti lygiavertį santykį tarp tyrimo dalyvių ir tyrimo vykdytojų. Interviu metu klausimai buvo formuluojami taip, kad jie atskleistų tiriamųjų požiūrį į tyrimo objektą, o ne primestų tyrėjų požiūrį ar klaidintų. Tyrimo dalyviams buvo naudinga (**naudingumo principas**) pasidalinti savo patirtimi ir daugeliui buvo įdomu gauti apibendrintus tyrimo rezultatus, pamatyti

¹ Bitinas, B.; Rupšienė, L.; Žydžiūnaitė, V. 2008. Kokybinių tyrimų metodologija. Klaipėda.

platesnį savivaldybėje teikiamų paslaugų priklausomybes turintiems asmenims vaizdą. Analizuojant tyrimo rezultatus buvo išsaugotas informantų anonimiškumas – pateikiami tik apdoroti ir užkoduoti duomenys. Tokiu būdu buvo užtikrintas tyrime dalyvavusių asmenų **konfidencialumas**.

Tyrimo duomenų analizės principai

Atlikto tyrimo duomenys buvo analizuojami remiantis kokybinės analizės strategija, kurios metodologinis tikslas yra atrasti tiriamų reiškinių ypatumus bei dėsningumus, kylančius iš empirinių duomenų konkrečiame kontekste. Šiai metodologijai būdinga tyrimo proceso kryptis – nuo empirinių duomenų pereiti prie teorinės analizės ir apibendrinimų.

John'as W. Creswell'as kokybinį tyrimą apibūdina taip: „Kokybinis tyrimas yra suvokimo procesas, kuris grindžiamas individualiomis metodologinėmis žmonių problemų tyrimo tradicijomis. Tyrėjas sukonstruoja kompleksinį, holistinį poveikslą, analizuoja žodžius, išsamiai perduoda informantų požiūrius bei atlieka tyrimą natūralioje aplinkoje“².

Svarbu pabrėžti, kad kokybinio tyrimo metodais siekiama interpretuoti reiškinį tais terminais, kokiais jį suvokia žmonės³. Taip pat pažymėtina, jog duomenų analizė kokybiniame tyrime – kūrybinis procesas, kuriame duomenų analizės fazė iš dalies persidengia su duomenų kaupimo faze. Kol tęsiasi duomenų analizė ir duomenų kaupimas, tyrėjai visą laiką grįžta atgal prie pirmųjų duomenų, kad galėtų paaiškinti duomenis⁴.

Šio tyrimo metu interviu įrašai buvo tiriami naudojant turinio (angl. content) analizę. Vadovaujantis turinio analizės principais, gautas kokybinių duomenų masyvas buvo analizuojamas keturiais etapais: 1) daugkartinis atsakymų skaitymas; 2) manifestinių kategorijų išskyrimas remiantis „raktiniais“ žodžiais; 3) kategorijų turinio skaidymas į subkategorijas; 4) kategorijų ir subkategorijų interpretavimas ir pagrindimas iš teksto ekstrahuotais įrodymais (citatomis).

Pateikiant tyrimo rezultatus buvo nurodomos tik tendencijos, nepažymint atvejų skaičiaus, nes kiekybiškai įvertinti duomenis, gautus užduodant atvirus klausimus, nėra prasminga.

Tyrimo rezultatų pateikimo struktūra

Tyrimo ataskaitą sudaro kelios pagrindinės dalys:

1. Įvadas, kuriame pateikiama tyrimo metodologija;

² Luobikienė, I. 2000. Sociologija: bendrieji pagrindai ir tyrimų metodika. Kaunas.

³ Pope, C., & Mays, N. 1999. Qualitative research in health care (2nd ed.). London: by the BMI Publishing group, BMA House, Tairstock square.

⁴ Jacelon, C.; O'Dell, K. 2005. Analysing qualitative data. Urologic nursing: 25 (3): 217 – 220.

2. 15 atskirų kiekvienai savivaldybei ataskaitų, pateikiančių savivaldybėse esamą paslaugų teikimo situacijos analizę ir jos apibendrinimą – išvadas ir rekomendacijas. Savivaldybių ataskaitos pateikiamos abėcėlės tvarka.
3. Visas 15 savivaldybių situacijos apibendrinimas pateikiantis SSGG analizę bei išvadas ir rekomendacijas.
4. Priedai, kuriuose pateikiami interviu ir FD klausimynai.

SAVIVALDYBIŲ SITUACIJOS VERTINIMO ATASKAITOS

1. AKMENĖS RAJONO SAVIVALDYBĖ

INFORMACIJOS (susijusios su pagalba psichoaktyvias medžiagas vartojantiems asmenims) TEIKIMO MECHANIZMAI SAVIVALDYBĖJE

Tyrimo metu buvo siekta išsiaiškinti, **kaip yra sužinoma** apie asmenis, kuriems reikia paslaugų. Anot pokalbių dalyvių, priklausomybės turintys asmenys patys pagalbos kreipiasi nelabai dažnai, paprastai informacija apie psichoaktyvias medžiagas vartojančius žmones gaunama iš artimosios aplinkos – giminių, kaimynų, seniūnijų socialinių darbuotojų: *„Dažniausiai paskambina artimieji. <...> Tas asmuo pats retai kviečiasi“ [AKR-14]*, *„Mes, kaip socialiniai darbuotojai, seniūnijoje esame arčiausiai žmonių, žinome visą jų buitinę. Būna kaimynų nusiskundimai, mes tas šeimas lankom“ [AKR-5]*, *„Dažniausiai giminaičiai sako – bandykit padėti. Labai retai patys žmonės nusprendžia keisti gyvenimo būdą, o kai būna didelė šeima, kyla grėsmė, kad gali atimti vaikus“ [AKR-4]*.

Informaciją apie galimybę gauti pagalbą viešina Visuomenės sveikatos biuras, savivaldybė, socialiniai darbuotojai, priklausomybių konsultantė: *„Visuomenės sveikatos biuras viešina šią informaciją savo svetainėje, taip pat savivaldybėje yra paskelbiama, tiek socialiniai darbuotojai perduoda šią informaciją, tiek konsultantė viešina savo veiklą“ [AKR-16]*. Priklausomybių konsultantė patvirtino, kad ne tik socialinių paslaugų specialistai nukreipia žmones pas ją, tačiau kreipiasi ir patys priklausomi asmenys, kurie informaciją gauna iš Visuomenės sveikatos biuro skelbimų, seniūnijose platinamos informacijos, socialinių tinklų, vieni iš kitų: *„Pas mane žmonės nukreipiami iš socialinių darbuotojų dėl įvykusių vadybos atvejų, rizikos šeimų, pagal skelbimus, kuriuos skelbia Sveikatos biuras. Atsiranda žmonės, kurie suranda socialiniuose tinkluose. <...> Jie mato skelbimus, kurie yra iškabinti seniūnijose. Vieni per kitus. Atsiranda ir tų, kurie nebūtinai yra atsiųsti, jie susiranda per kitus“ [AKR-15]*. Konsultantės požiūriu, ypač veiksmingos paskaitos, po kurių žmonės ateina konsultuotis niekieno neraginti: *„Man teko vesti kelias paskaitas Visuomenės sveikatos biure, tai po to, iš tų, kurie klausėsi paskaitų, be paskatinimo, be paraginimo, atėjo į konsultaciją“ [AKR-15]*.

Aiškinantis, **kaip keičiamasi informacija apie priklausomus asmenis tarp skirtingų paslaugų tiekėjų**, buvo teigiama, kad savivaldybės socialinių paslaugų tiekėjai tarpusavyje

bendradarbiauja: „Kiek pavyko išsiaiškinti, kas vyksta su seniūnijom, su socialiniais darbuotojais – viskas gerai, jie žino [priklausomybių konsultantą], jie perduoda, [priklausomybių konsultantas] perima koordinavimą. <...> Situacija tokia: kai atrandamas žmogus, kuriam reikalinga pagalba, kaip ir viskas pas mus gražiai vyksta. Tas žmogus gauna motyvacines konsultacijas ir yra nukreipiamas gydytis kažkur toliau“ [AKR-16].

Vis dėlto diskusijos metu išaiškėjo, kad tiesioginių kontaktų tarp socialinių darbuotojų ir priklausomybių konsultanto trūksta – ne visi socialiniai darbuotojai turi pakankamai žinių apie priklausomybių konsultanto veiklą, nėra labai aktyvūs organizuojant renginius priklausomybių temomis ar informuodami apie seniūnijų poreikius: „Labai priklauso, kiek patys socialiniai kreipiasi, norisi, kad būtų žinojimas, apie ką mes galim konsultuotis. Manau, kad kai vėl bus galimybės (nes dauguma nuotoliniu būdu negalės klausytis), reikės visom susisiekti, ieškoti temų, daryti paskaitas. <...> Galima ir man tiesiogiai skambinti, aš paruošiu ir atvažiuosiu su ta paskaita. <...> galiu atvažiuoti į seniūniją, tereikia surinkti seniūnijos priklausomus asmenis ir jiems atskirai pravesti“ [AKR-15]; „VSB apmoka už šitas paslaugas. O derinti vietą, tai mums reikia žinoti seniūnijų poreikį“ [AKR-16].

Tačiau ypač aktualiai buvo keliamas klausimas dėl bendradarbiavimo ir keitimosi informacija trūkumo tarp socialinės apsaugos ir sveikatos priežiūros bei teisėsaugos institucijų: „[žmogus] nukreipiamas gydytis kažkur toliau. Šioj vietoj grandinė nutrūksta – nežinome ar jis išvyko, ar neišvyko, gydėsi ar ne... Bet tokios informacijos iš kitų įstaigų (sveikatos priežiūros, teisėsaugos), čia turime kliūčių. Gal asmens duomenų apsauga tam trukdo? Kažkaip neperduodam informacijos, gal dėl to, kad nėra reglamentuota?“ [AKR-16].

Probacijos tarnybos atstovas patikino, kad būtent Asmens duomenų apsaugos įstatymas nesuteikia jiems teisės teikti informacijos apie jų žinioje esančius priklausomus asmenis, tačiau Probacijos tarnyba šią problemą sprendžia pati, nukreipdama psichoaktyviomis medžiagomis piktnaudžiaujančius žmones, pavyzdžiui, pas priklausomybių konsultantą: „Mes [Probacija] neturim teisės teikti informacijos apie tuos asmenis. Mūsų bendradarbiavimas dažniausiai prasideda, kai mes sumotyvuojame patį asmenį, jį nukreipiam į instituciją, kad imtųsi veiksmų problemai spręsti. <...> turim tam tikrų teisinių svertų jį paspausti, kad tai padarytų“ [AKR-11]. Kita vertus, priklausomybės konsultantė pažymėjo, kad su Probacijos tarnyba ji bendradarbiauja, teikdama informaciją, kokie Probacijos siųsti asmenys pas ją lankėsi: „Pavyzdžiui, dabar mes esam susitarę, kad Probacija gauna iš manęs atsiskaitomybes, nes aš galiu teikti tokią informaciją, kad pas mane lankėsi. Tik negaliu viešinti tos informacijos, kuri yra mūsų pokalbio metu“ [AKR-15].

Kalbant apie informacijos gavimą iš sveikatos apsaugos sistemos institucijų, buvo pažymėta, kad yra galimybė gauti tik statistinius duomenis: „[Iš Psichikos sveikatos centro] Mes

gauname informaciją tik kaip skaičių, be vardų ir pavardžių. Statistiniai duomenys, jei jie mums aktualūs“ [AKR-8], o asmeninių duomenų sveikatos apsaugos įstaigos, kaip ir Probacijos Tarnyba, viešinti neturi teisės. Nors buvo patikslinta, kad jeigu informacijos reikia su vaiko teisių apsauga susijusiais atvejais, gydymo įstaigos gali ją suteikti pagal pagrįstą užklausą: „Vaiko teisės gauna, jie turi tą teisinę bazę informacijai gauti“ [AKR-16], „Mano pareigybė man suteikia teisę gauti informaciją <...> Kalbant apie duomenų apsaugą, tai ji yra labai griežta ir norėdami gauti informaciją, ją turime pagrįsti teisiškai“ [AKR-7].

Argumentuojant informacijos gavimo iš sveikatos apsaugos įstaigų svarbą, pabrėžta, kad ji būtina siekiant užtikrinti pagalbos priklausomybę turintiems asmenims tęstinumą, jiems jau gavus gydymo paslaugas: *„Jei žmogus gavo antrinio lygio sveikatos paslaugas, stacionarą Šiauliuose, tai ten ir nutrūksta – jis paleidžiamas. Neaišku, kas už tą žmogų toliau atsakingas. Jei tai šeima su vaikais, tikėtina, kad padės atvejo vadybininkai. Bet jei be vaikų – tam žmogui pagalba nebeteikiama“ [AKR-16].*

Svarstant, **koku būdu galima būtų užtikrinti geresnį informacijos prieinamumą**, buvo suabejota, ar numatomas parengti integruotos paslaugų sistemos diegimo savivaldybėse tvarkos aprašas padės išspręsti tarpinstitucinės informacijos trūkumą, kadangi aprašas galios tik savivaldybės pavaldumo įstaigoms, o valstybinėms įstaigoms galios neturės: *„jis [aprašas] bus skirtas specialistams, patvirtintas Akmenės rajono savivaldybės Tarybos, tai mus visus įpareigos jo laikytis. Vis dėlto teisėsaugos institucijos yra valstybinės, jos nėra pavaldžios mūsų savivaldybei, tie aprašai neturi teisinės galios jų veikloje“ [AKR-16].*

Ieškant galimų problemos sprendimo kelių, reabilitacijos centro „Prieglobstis“ atstovė pasidalino savo patirtimi ir pasiūlė, kad socialiniai darbuotojai, nukreipdami priklausomybę turintį žmogų į gydymo įstaigą, galėtų būti įtraukti į asmenų, kuriems pacientas leidžia teikti informaciją, sąrašą arba stengtųsi gauti informaciją iš tame sąraše įrašytų šeimos narių: *„Manau, kad žmogus, patekęs į gydymo įstaigą, pasirašo kažkokį dokumentą, kam teikti informaciją. Jei žmogus pasirašys, kad informaciją gali teikti šeimos nariam ar net socialiniam darbuotojui, tai mes galim padėti. Pas mus žmogus, atvykęs į „Prieglobstį“, <...> nurodo, kam nori teikti informaciją. Kai mes siunčiame savo klientus į psichikos centrą ar į gydymo instituciją, mes nurodom, kad tai mūsų klientas, ir mums su informacijos gavimu nėra problemų“ [AKR-10].* Reabilitacijos centro požiūriu, visų, priklausomiems asmenims paslaugas teikiančių įstaigų, bendradarbiavimas yra optimalus ir jiems jokių problemų neiškyla: *„Kas liečia „Prieglobstį“, kiek mums yra poreikis, jei reikia su seniūnijom, su Probacija, niekada nebuvo problemų, kad mes kreiptumėmės ar į mus kreiptųsi, o mes vieni kitiem nepadėtume, neatsakytume. Negaliu pasakyti, kad kažkas stringa ar kažko*

negalime sužinoti ar padėti vieni kitiems. <...> taip pat glaudžiai bendradarbiaujam tiek su Šiaulių psichiatrijos ligonine, tiek su [Psichikos sveikatos centro psichiatru]“ [AKR-10].

Savivaldybės atstovai didesnio informacijos prieinamumo galimybes siejo su priklausomybių koordinatorių atsiradimu. Išsakyta nuomonė, kad būtent koordinatorius padėtų sutelkti įvairių institucijų turimą informaciją ir, kartu, galėtų būti atsakingas už priklausomybių paplitimo savivaldybėje stebėseną, kurios trūksta ne tik Akmenės rajone, bet ir Lietuvoje: „*Kalbant apie koordinatorių, būtų smagu, kad jis atsirastų. Manau, kad jis turėtų atsirasti <...> Mes norėdami matyti bendrą situaciją savivaldybėje, Lietuvoje, neturime stebėsenos mechanizmo: nežinome, kiek turime geriančių šeimų, vyresnio amžiaus geriančių. Turime tik epizodinius tyrimukus. Jei atsirastų toks koordinatorius, kuriam būtų suteiktos galios gauti informaciją iš institucijų apie asmenis, kuriems reikalinga pagalba, kokios reikia pagalbos, kokios paslaugos kam suteiktos“ [AKR-16].*

SAVIVALDYBĖS SOCIALINIO IR SVEIKATOS SEKTORIAUS TEIKIAMŲ PASLAUGŲ (susijusių su pagalba psichoaktyvias medžiagas vartojantiems asmenims) IR JŲ KOKYBĖS VERTINIMAS

Apibrėždami, **kokios institucijos ir/ar organizacijos teikia savivaldybės gyventojams paslaugas, susijusias su priklausomybėmis**, tyrimo dalyviai įvardijo tokius pagrindinius pagalbos tiekėjus kaip savivaldybės administracija, Paramos šeimai centras, Psichikos sveikatos centras, Priklausomybės ligų centras, Probacijos tarnyba, Visuomenės sveikatos biuras bei Labdaros ir paramos fondas „Prieglobstis“.

Buvo paminėta, kad savivaldybėje įgyvendinama Priklausomybių, smurto, savižudybių, prekybos žmonėmis prevencijos programa (toliau – **Priklausomybių programa**), kurios pagrindinis partneris – Labdaros ir paramos fondas „Prieglobstis“. Priklausomiems asmenims pagalbą teikia seniūnijų socialiniai darbuotojai, Paramos šeimai centro atvejo vadybininkai, kurie yra pirmoji grandis, nukreipiant šiuos žmones tolesnei pagalbai bei padedant ją pasiekti: „*Žinom tuos žmones, patys stengiamės juos motyvuoti, suteikti informaciją, kur galėtų kreiptis <...> Mes siūlom priklausomybių konsultantę, ar į Šiaulių priklausomybių ligų centrą, ar gydytojo konsultacijai, ar stacionariam gydymui.<...> Ne tik pasiūlom, jei patys nedrįsta, tai galim ir užregistruoti. Sprendžiam [transporto] klausimą kartu, jei neįmanoma, tai su seniūnijos pagalba, Paramos šeimai centras su savo transportu nuveža (su viešuoju transportu labai sudėtinga prisitaikyti)“ [AKR-4].*

Ambulatorinės gydymo paslaugas priklausomybes turintiems žmonėms teikia Pirminės sveikatos priežiūros centro (PSPC) padaliniai ir Psichikos sveikatos centras, kuriame dirba

psichiatras ir du psichologai. Buvo pasidžiaugta, kad paslaugų daugėja – atsirado nauja vaikų ir paauglių psichiatro paslauga: „*Dar gera naujiena, kad du penktadienius per mėnesį papildomai Naujojoje Akmenėje konsultuoja vaikų ir paauglių psichiatrė <...>. Mums čia labai didelė paspartis*“ [AKR-R5]. Tačiau, apibūdindami PSPC paslaugas, tyrimo dalyviai buvo pasimetę dėl tuo metu Centro veikloje vykstančių pertvarkų, niekas neturėjo patikimos informacijos, apie tai kas vyksta, ir buvo daromos prielaidos, kad Psichikos sveikatos centras „sugriuvo“, kiti teigė, jog tiesiog keičiasi jo pavaldumas: „*Kol nebuvo sugriuvęs psichikos sveikatos centras, turėjome galimybę taikyti ambulatorinį gydymą (vietoje, medikamentinį)*“ [AKR-16], „*Buvo, kad Pirminės sveikatos priežiūros centre dirbo [psichologai], bet prieš porą savaičių jie perėjo į naują, privačią įstaigą*“ [AKR-11], „*Kiek žinau, Pirminės sveikatos priežiūros centras sustabdė savo licenciją ir ieško naujos komandos. Tiesiog atsidarė nauja privati klinika ir seni darbuotojai perbėgo pas juos*“ [AKR-7], „*Norėčiau šiek tiek patikslinti, radau internete, kad Psichikos sveikatos centras atsidarė naujoje vietoje, paslaugų gyventojams tvarka nepasikeitė – tikriausiai tik vieta pasikeitė*“ [AKR-5].

Esant poreikiui, priklausomybėmis sergantys savivaldybės gyventojai gali gauti **stacionaraus gydymo paslaugas** – paprastai kreipiamasi į Respublikinio priklausomybės ligų centro Šiaulių filialą, taip pat pagalbą gali suteikti Šiaulių psichiatrijos klinika.

Be sveikatos apsaugos įstaigų, paslaugas priklausomiems asmenims savivaldybėje teikia Visuomenės sveikatos biuro samdomas **priklausomybių konsultantas**. Tai viena iš pirminio lygmens paslaugų, kurią galima gauti nesikreipiant į sveikatos apsaugos institucijas. Priklausomybių konsultantas savo klientams teikia 5 konsultacijas (1 ak. val. trukmės). Paties priklausomybių konsultanto požiūriu, tai optimali konsultavimo trukmė: „*Jam priklauso 5 konsultacijos, stengiamės dirbti su užduotimis, kurias jis turi atlikti, pokyčiai matomi. Galima būtų ir daugiau, bet gal geriau neužsikrauti, nes tada prasideda toks psichologinis gydymas, man to nereikia. Aš bandau žmogui padėti ir per 5 kartus*“ [AKR-15]. Pagrindinė konsultanto funkcija – motyvuoti žmogų ir jį nukreipti tolesnei pagalbai: „*Tai žmogų bandau nukreipti. Jei nuėjo tai, nuėjo. Visada palieku galimybę su manimi susiskambinti. Paprastai žmonės daro išvadą, nors yra tokių, kurie išvis jokių išvadų nedaro*“ [AKR-15]. Tolimesnių konsultaciją gavusių žmonių veiksmų priklausomybių konsultantas nekontroliuoja: „*Nemanau, kad socialiniai darbuotojai ar konsultantas turėtų ganyti*“ [AKR-15].

Labai didelį, jei ne pagrindinį, vaidmenį teikiant paslaugas rajono gyventojams, turintiems priklausomybės problemų, atlieka Labdaros ir paramos fondas „**Prieglobstis**“. Ši NVO priklausomybę turintiems asmenims teikia stacionarios reabilitacijos paslaugas (Reabilitacijos centras), kurios trunka nuo 12 iki 18 mėn., siekdama palengvinti šių žmonių integraciją į visuomenę, yra įkūrusi Adaptacijos namus, jai priklauso ir Krizių centras, teikiantis pagalbą

moterims su vaikais. Šalia to „Prieglobstis“ turi nemokamą pagalbos telefono liniją, „Žemo slenksčio“ kabinetą, teikia priklausomų asmenų konsultavimo paslaugas Naujojoje Akmenėje, Akmenėje ir Ventoje veikiančiuose kabinetuose, taip pat organizuoja Blaivybės klubo veiklą. Tyrimo dalyviai gana plačiai papasakojo apie „Prieglobsčio“ veiklą: *„Reabilitaciją pas mus teikia NVO – Labdaros ir paramos fondas „Prieglobstis“, kurie taiko 12 žingsnių programą, ir ten žmonės gali iki 1 m. gyventi ar kurti darbinius įgūdžius ir pan. <...> Praėję reabilitacijos programą, nebegali grįžti į savo gyvenamą vietą, kad nebūtų atkryčio, tai „Prieglobstis“ daug dirba, kad jie galėtų pakeisti aplinką. <...> Jiems dar priklauso AA. Jie ne tik teikia stacionarią reabilitaciją, taip pat žmogaus konsultavimą atkryčio prevencijai žmogaus namuose, jie turi savo konsultavimo kabinetus visame rajone“ [AKR-16], „Prieglobstis yra kaip tik įsikūręs Akmenės seniūnijoje, mes jiems tarpininkaujam, gaunam pagalbos iš jų“ [AKR-5].*

Buvo pabrėžta, kad „Prieglobsčio“ paslaugos yra finansuojamos iš savivaldybės biudžeto lėšų pagal Priklausomybių programą: *„Savivaldybė taip pat prisideda prie šių žmonių išlaikymo: ne tik [padedą su] nuvykimu ir grįžimu iš ligoninės, bet ir reabilitacija. <...> labai prisideda mūsų savivaldybė, nes turi Priklausomybių programą, kuri žmogui nekainuoja“ [AKR-16], „Taip, [savivaldybė apmoka reabilitacijos išlaidas] iki 200 Eur per mėn.“ [AKR-8].*

Savivaldybės administracijos atstovai teigė, kad, norint gauti reabilitacijos išlaidų kompensavimą, priklausomi asmenys turi pateikti prašymą ir gauti seniūnijos socialinio darbuotojo rekomendaciją, kurią aprobuoja savivaldybės administracijos Socialinės paramos skyrius, tokiu būdu užtikrinama socialinei paramai skiriamų lėšų kontrolė: *„Taip, kad programos skirtos lėšos šitai priemonei būtų tikslingai panaudotos. Kad mes žinotume, kad tas žmogus yra mūsų savivaldybės gyventojas, o ne atvažiavęs iš kitos savivaldybės. [Tokią galimybę turi] tik mūsų rajono gyventojai, kurie čia gyvena nemažiau kaip 3 metus“ [AKR-8]. Tačiau Labdaros ir paramos fondo „Prieglobstis“ atstovė, patikino, jog jie padeda savo pacientams spręsti biurokratinis klausimus: „<...> Dažniausiai su siuntimais žmogui būna sunku pirma parašyti prašymą, o tik po to atvykti. Jie pirma atvyksta, o mes tik po to organizuojame tuos prašymus. Jei žmogui reikia pagalbos, tai jos jam reikia čia ir dabar“ [AKR-10].*

Reabilitacijos Centro „Prieglobstis“ atstovė apibrėžė teikiamų paslaugų spektrą ir nurodė, kad čia teikiama visokeriopa pagalba, kuri apima:

- psichosocialinę reabilitaciją: *„pas mus yra 12 žingsnių programa plius bendruomeninis gydymo būdas, kai žmonės, besitirindami bendruomenėje, mokosi gyventi blaiviai: patirdami krizines situacijas, tarpusavio bendravimo problemas ir pan.“ [AKR-10],*

- pagalbą gaunant medicininės paslaugas: „Mes registruojam, nukreipiam, nuvežam ir padedam jiems vartoti vaistus kurį laiką, kol atsistato jų psichiniai sutrikimai“ [AKR-10],
- tarpininkavimą: „[vykdomas] tarpininkavimas su kitom institucijom: su Probacija, su teismais, Darbo birža, sveikatos įstaigos, vaikų teisės, kitų savivaldybių socialinės paramos skyriais, socialiniais darbuotojais, darželiais, mokyklomis“ [AKR-10],
- tęstinę pagalbą ir paramą: „...mes, baigus reabilitaciją, tais žmonėm pasirūpinam, pasiūlydami jiems kažkokią alternatyvą. Mūsų psichologė noriai sutinka pakonsultuoti net išvykusius iš mūsų centro, jei jie kreipiasi“ [AKR-10],
- kitų institucijų informavimą: „Kai kurie pasitiki savo jėgomis ir išvyksta namo, tai mes informuojame visas institucijas, kad mes jų atiduodame. Pavyzdžiui, pranešam Vaiko teisėm, Darbo biržai ar teisinėms institucijoms, socialinės paramos skyriams“ [AKR-10].

Buvo atkreiptas dėmesys, kad neretai Reabilitacijos centrui pavyksta su savo klientais užmegzti pastovius ir ilgalaikius ryšius: „Kadangi pas mus klientai išbūna 1-1,5 m., nori nenori užsimezga tokie santykiai, kad klientai, išvykę iš mūsų, patys stengiasi su mumis užmegzti kontaktą. Turim atvejų, kai jau keli metai žmonės paskambina patys, prisistato, papasakoja, kaip jiems sekasi“ [AKR-10].

Pažymėtina, kad, anot „Prieglobsčio“ atstovo, priklausomybes turintys Akmenės rajono gyventojai Centro paslaugomis naudojami labai mažai ir socialiniai darbuotojai retai tarpininkauja siūlydami šią pagalbą: „Turėjom atvejų, kad nukreipia Vaikų teisės moteris su vaikais, kurios jų nenori prarasti, kreipiasi iš Probacijos, kai gresia teistumas, ir jie yra priversti pas mus atvažiuoti ir gydytis. Turim variantų, kai žmonės kreipiasi patys. Nukreipimų iš socialinių [darbuotojų] ar kažkur kitur nesam gavę – žmonės dažniausiai kreipiasi patys. Iš Akmenės pernai reabilitacijos centre turėjome apie 5 asmenis. Kur patenka visi kiti žmonės iš rajono, negaliu pasakyti. Buvo viena mama su vaikais, kitas iš Probacijos, o kiti atvyko savo noru“ [AKR-10].

Socialinių darbuotojų požiūriu, „Prieglobsčio“ Reabilitacijos centras nėra geriausias pasirinkimas vietos gyventojams, kadangi jis yra per arti jų įprastos aplinkos, todėl kyla didesnė pagunda nutraukti reabilitaciją: „O kodėl savo žmonių ten nenukreipiam? Minusas tas, kad jie žino visus kelius ir takelius: kaip iš ten išeiti. Jie ten neužsibūna. Į „Prieglobstį“ daugiausia atvažiuoja iš kitų rajonų. <...> Žiemos metu mes gavom didelę pagalbą, kai du benamiai buvo apgyvendinti. O iš mūsų žmonės yra išvežti į kitus rajonus, nes „Prieglobstis“ turi daug savo filialų“ [AKR-5]. Nors, remiantis Akmenės rajono savivaldybės 2020 m. Socialinių paslaugų plano⁵ informacija,

⁵ <https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/591ed4517e4411eaa38ed97835ec4df6>

stacionarios socialinės reabilitacijos paslaugos metų eigoje suteiktos 4 priklausomiems savivaldybės gyventojams.

Priklausomybių konsultantė skatino socialinius darbuotojus aktyviau su ja bendradarbiauti, ieškant stacionarios reabilitacijos galimybių: „*Jei tik yra tokie dalykai, kai nenori į „Prieglobstį“, ar nėra vietų – man gali skambinti bet kuri socialinė darbuotoja, aš ieškosiu kitose vietose. Mums pačioms tarpusavy reikia bendrauti*“ [AKR-15].

PSICHOAKTYVIAS MEDŽIAGAS VARTOJANTIEMS ASMENIMS TEIKIAMŲ PASLAUGŲ TOBULINTINI ASPEKTAI

Aptariant paslaugų priklausomiems asmenims tobulintinus aspektus pažymėta, kad viena svarbiausių problemų – tai **informacijos** iš gydymo įstaigų stoka, kuri riboja tolimesnių socialinių bei reabilitacijos paslaugų teikimo galimybes.

Kita problema buvo siejama su **teikiamų paslaugų prieinamumu ir savalaikiškumu**. Pažymėta, kad dažnu atveju stacionaraus gydymo skubumas lemia pagalbos efektyvumą: „*Jei jie ateina šiandien pasiryžę, pasiskambinti į Šiaulius, bet nėra laisvų vietų, po dviejų dienų atsiranda laisva vieta, bet tas žmogus jau prapuolęs*“ [AKR-14].

Taip pat tyrimo dalyviai apgailestavo, dėl **abstinencijos gydymo** galimybių stokos. Viena vertus, neblaivūs pacientai nepriimami stacionariam gydymui: „*bendraujam su Šiaulių priklausomybės ligų centru, ten irgi pagrindinė problema, kad asmuo turi atvykti visiškai blaivus. Už išblaivinimą susimokėti asmuo neturi pinigų*“ [AKR-14], kita vertus, netaikant abstinencijos gydymo, nustoti vartoti psichoaktyvias medžiagas yra pavojinga sveikatai: „*Vartojančiam žmogui staiga nutraukus vartojimą, pasireiškia abstinencija. Be mediko priežiūros yra be galo sunku. Mes priimdami tokį žmogų be detoksikacijos labai rizikuojame, jam gali prasidėti baltoji karštinė, esam turėję tokių atvejų*“ [AKR-10]. Todėl skubi medicininė pagalba priklausomybių atveju vertinama kaip neefektyvi: „*Jei yra susiduriama su asmeniu, kuris yra perdozavęs, tokiem asmenim kviečiama greitoji pagalba ir jie vežami į Šiaulių skubios pagalbos skyrių. Jį ten išblaivina, suteikia pirmąją pagalbą, bet detoksikacijos paslaugų tai nėra. <...> Jei žmogus nėra motyvuotas, tai iš skubios pagalbos skyriaus jis paleidžiamas į gatvę ir tai, kas toliau su tuo žmogumi daroma, niekas nežino*“ [AKR-16], „*Aš turiu patirties. Pirmiausia, kai nuveža su greitąja pagalba, tai paklausia ar sutinka gydytis. Dažniausiai tokie asmenys tokios būsenos nesutinka – jie pasirašo dokumentą ir išvyksta. O tada prasideda žmogaus kelionė per kopas į namus*“ [AKR-14].

Tyrimo dalyvių nuomone, medikų požiūris į priklausomybėmis sergančius asmenis atsainus: „*Su priklausomybe asmens medicininės įstaigos nepageidauja, nes tai nepatogus klientas*“ [AKR-14].

Aptariant specialistų, dirbančių su psichoaktyvias medžiagas vartojančiais asmenimis, **kompetencijų pakankamumo** klausimą, buvo išsakyta abejonė dėl priklausomybių konsultantų kompetencijai keliamų reikalavimų: „*Apraše parašyta, kas gali būti tuo konsultantu, tai paskaičiusi supykau. [turi būti] ne jaunesnis nei 18 m. asmuo, baigęs mokymus apie priklausomybę nuo alkoholio (120 val. kursai). Nėra jokie įpareigojimo turėti išsilavinimą. Aš iki šiol abejoju šių specialistų kompetencija, nors sako, kad padeda. <...> Pasamdėm buvusį priklausomą žmogų, kuris organizuodavo savipagalbos grupes ir t. t. Mes jam sumokėjom už mokslus ir jis dabar dirba. Suprantu, kad jam tai svarbu ir pan., bet aš vis tiek galvoju, kad turėtų būti mažiausiai socialinio darbo išsilavinimas. Reikia aukštesnių kompetencijų, negu tik pasikalbėti ant suoliuko ir palaikyti, atjausti. Abejoju, kad per 4 mėn. įmanoma įgyti kompetencijas, kurias žmogus įgyja studijuojant. Jei žmogus pabaigė mokyklą, paskui įklimpo į alkoholizmą, pasiekė dugną, išsikapstė, išklaušė mokymus – viskas puiku. Bet kiek jame yra kritinio mąstymo?*“ [AKR-16].

Kita vertus pats priklausomybės konsultantas pripažino, kad jo kompetencijos tobulintinos, ypač jų trūksta, norint dirbti su nepilnamečiais: „*Kol kas konsultuoju tik suaugusius, reiktų man daugiau kvalifikacijos. Galvoju, kad reiktų ir jaunimui, bet negaliu dėl kvalifikacijos stokos*“ [AKR-15].

PASIŪLYMAI IR REKOMENDACIJOS DĖL PAGALBOS SISTEMOS (vartojantiems psichoaktyvias medžiagas ir turintiems priklausomybę asmenims) PRIEINAMUMO DIDINIMO, INTEGRUOTUMO STIPRINIMO

Tyrimo dalyvių nuomone, didžiausios problemos teikiant socialinės pagalbos paslaugas priklausomiems asmenims kyla dėl socialinės srities darbuotojų ir sveikatos apsaugos bei teisėsaugos institucijų bendradarbiavimo nepakankamumo. Pagalbos sistemos prieinamumo bei integruotumo didinimo galimybės siejamos su savivaldybės poreikiu turėti priklausomybių koordinatorių, kuris kartu būtų atsakingas už priklausomybių paplitimo stebėseną.

Tačiau atkreiptinas dėmesys, kad fokus grupės diskusijos eigoje ne vieną kartą iš dalyvių skambėjo raginimas daugiau bendrauti tarpusavyje: „*Gal reiktų bendro mūsų visų susirinkimo? <...> Labai svarbu, kad mes tarpusavyje bendradarbiautume. <...> Vėl grįžtu prie to paties – mes turime bendradarbiauti tarpusavyje*“ [AKR-15].

APIBENDRINIMAS

- Akmenės r. savivaldybėje įgyvendinama Priklausomybių, smurto, savižudybių, prekybos žmonėmis prevencijos programa, kurios finansavimas leidžia didinant paslaugų prieinamumą priklausomiems asmenims (padengiamos transporto, išlaikymo Reabilitacijos centre išlaidos).
- Pagrindinis savivaldybės Priklausomybių programos įgyvendinimo partneris – Labdaros ir paramos fondas „Prieglobstis“, siūlo platų paslaugų priklausomiems asmenims spektrą. Tai didelis rajono privalumas. Tačiau stacionarios reabilitacijos paslaugomis naudojasi tik nedidelė rajono priklausomų žmonių dalis, socialiniai darbuotojai retai tarpininkauja siūlydami šią pagalbą. Tikslinga būtų skirti papildomą dėmesį, siekiant išsiaiškinti esamus barjerus.
- Didžiausias bendradarbiavimo ir keitimosi informacija stygius įžiūrimas tarp socialinių paslaugų tiekėjų ir sveikatos apsaugos bei teisėsaugos institucijų, kas didele dalimi susieta su Asmens duomenų apsaugos įstatymo apribojimais. Tačiau kitų socialinę pagalbą priklausomiems asmenims teikiančių institucijų (pvz., Prieglobstis) patirtis rodo, kad yra galimybės sukurti tokią paslaugų teikimo tvarką, kuri numatytų socialines paslaugas teikiančių specialistų įtraukimą į asmenų, kuriems galima teikti informaciją, sąrašą. Kita vertus, svarbu būtų socialinės apsaugos, sveikatos priežiūros ir teisėsaugos sistemos institucijoms apsibrėžti informacijos keitimosi mechanizmą ir galimos teikti informacijos ribas.
- Socialines paslaugas teikiantiems specialistams, dirbantiems su priklausomais žmonėmis, trūksta supratimo apie priklausomybių konsultanto veiklą, nepakankamai aktyviai naudojamosi priklausomybių konsultanto teikiamomis paslaugomis (pvz. paskaitos priklausomybių tema). Todėl tikslinga būtų organizuoti visų socialinės pagalbos priklausomiems asmenims tiekėjų sistemingus susitikimus, kurie padėtų geriau išsiaiškinti esamus poreikius, koordinuoti teikiamas paslaugas bei užmegzti asmeninius ryšius.
- Akmenės r. savivaldybės Visuomenės sveikatos biure teikiamos priklausomybių konsultanto paslaugos vertinamos kaip naudingos, tačiau abejojama priklausomybių konsultantui keliamų ir konsultavimo paslaugų teikimo tvarkos apraše⁶ apibrėžtų

⁶ Dėl priklausomybės konsultavimo paslaugų rizikingai ir žalingai alkoholį vartojantiems asmenims teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo <<https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/8bb6da11b4ca11e8aa33fe8f0fea665f?jfwid=q8i88lp51>>

kvalifikacinių reikalavimų pakankamumu. Todėl tikslinga būtų inicijuoti platesnę diskusiją dėl priklausomybių konsultantų kompetencijų bei funkcijų, supažindinti socialinių paslaugų specialistus su įvairiais priklausomybių konsultantų veiklos organizavimo modeliais, kas leistų labiau kompetentingai pasirinkti tinkamiausią priklausomybių konsultavimo paslaugų tiekėją.

- Trūksta stacionaraus gydymo paslaugų (psichiatrinėje ligoninėje ar Priklausomybės ligų centre) operatyvumo, ko pasekoje priklausomybėmis sergantys asmenys praranda motyvaciją gydytis. Iš dalies problemos sprendimą palengvintų didesnis savivaldybių specialistų informuotumas apie planinės medicininės pagalbos organizavimo ypatumus ir įrankius, kurie padėtų dirbti su gydymo laukiančiu asmeniu.
- Sunkiai prieinamas abstinencijos gydymas neleidžia dėl užsitęsusio psichoaktyvių medžiagų vartojimo kritinėje būklėje esančiam žmogui suteikti kokybišką ir saugią pagalbą, taip pat riboja galimybes patekti į stacionaraus gydymo įstaigas.

2. ALYTAUS MIESTO SAVIVALDYBĖ

INFORMACIJOS (susijusios su pagalba psichoaktyvias medžiagas vartojantiems asmenims) TEIKIMO MECHANIZMAI SAVIVALDYBĖJE

Aiškinantis, **kaip yra sužinoma apie priklausomą nuo psichoaktyvių medžiagų asmenį**, kuriam reikia paslaugų, buvo teigiama, kad dažnai pirmosios praneša Vaiko teisių apsaugos tarnyba ir Probacijos tarnyba ar policija, kai susiduria su psichoaktyvias medžiagas vartojančiais tėvais ir smurtu artimoje aplinkoje: „*Tai Vaiko teisių apsaugos tarnyba, mes iš jos gauname dokumentus apie vaiko teisių pažeidimus*“ [AMR-1]; „*Labai glaudžiai bendradarbiauju su Probacijos tarnyba, iš jų gaunu daug klientų. Pastebiu, kad teisininkai siunčia pas konsultantą, jei žmogus buvo išgėręs, pagavo neblaivų, įvyko smurtas artimoj aplinkoj*“ [AMR-6]. Taip pat praneša ir prašo padėti priklausomo asmens artimieji: „*Kartais net neprasidėjus atvejo vadybai ateina ir kreipiasi vartojančių asmenų artimieji*“, „*dažnai pirmiausia kreipiasi artimieji, paskui atveda priklausomą asmenį, sūnų arba vyrą, ir prasideda tolimesnės konsultacijos*“ [AMR-6]. Apskritojo stalo diskusijos, organizuotos 2020 m. vasario 15 d., metu buvo paminėta, kad dažnai dėl asmens gydymo nuo priklausomybės kreipiasi darbdaviai: „*Specialistai pastebėjo naują tendenciją. Dažnai dėl asmens gydymo nuo priklausomybės kreipiasi darbdaviai. Jie ne atleidžia iš darbo, o nori jam padėti*“ [Apskritojo stalo diskusijos medžiaga]. Manoma, kad prie pranešimo apie psichoaktyvių medžiagų naudojimo atvejus turėtų aktyviau prisidėti gydytojai, kaip yra daroma naujagimių atveju: „*Mes vaikų ligų skyriuje visada turime būti budrūs dėl vaikų socialinės aplinkos namuose. Jei naujagimiai gimsta ir gydytojams kyla įtarimas dėl problemų, tada tai pranešama vaikų teisių tarnyboms*“ [AMR-4].

Aptariant, **kaip asmenys, kuriems reikia pagalbos, sužino apie galimas paslaugas**, buvo teigiama, kad informacija skleidžiama panaudojant lankstinukus, talpinant į įstaigų svetaines, informacija suteikia poliklinikos sveikatos centras: „*Yra spausdinami lankstinukai, keliami į įstaigų svetaines*“, „*Taip pat poliklinikos sveikatos centras yra išitraukęs [į informacijos sklaidą]*“ [AMR-8]. Manoma, kad informacija pasiekia asmenis, kuriems reikia pagalbos, nors visados informacijos nebūna per daug: „*Informacijos visada gali būti daugiau, bet tikrai neblogai*“ [AMR-8].

Aiškinantis, **kaip keičiamasi informacija apie priklausomus asmenis tarp skirtingų paslaugų tiekėjų**, buvo teigiama, kad keitimasis informacija vyksta sklandžiai: „*Mes informacija tikrai draugiškai dalinamės, informuojame visas ugdymo įstaigas*“ [AMR-8].

SAVIVALDYBĖS SOCIALINIO IR SVEIKATOS SEKTORIAUS TEIKIAMŲ PASLAUGŲ (susijusių su pagalba psichoaktyvias medžiagas vartojantiems asmenims) IR JŲ KOKYBĖS VERTINIMAS

Nustatant, **kokios institucijos ir/ar organizacijos** teikia savivaldybės gyventojams paslaugas, susijusias su priklausomybėmis, buvo teigiama, kad tokias paslaugas teikia 14 organizacijų: „Mano skaičiavimu, šiame procese dalyvauja 14 organizacijų“ [AMR-2]. Buvo išvardintos šios institucijos ir organizacijos: Psichologinė pedagoginė tarnyba, savivaldybės administracija, Socialinių paslaugų centras, Vaiko teisių apsaugos skyrius, Nakvynės namai, Psichikos sveikatos centras, Visuomenės sveikatos biuras, Raudonasis kryžius, Moterų krizių centras, Vyrų krizių centras, du priklausomybių konsultantai, Probacijos tarnyba ir AA grupės. Jų funkcijos papildo viena kitą:

- Vaiko teisių apsaugos tarnyba rūpinasi vaikų gerove, pirmoji signalizuoja apie priklausomybės problemas šeimoje;
- Probacijos tarnyba ir policija įsijungia išaiškėjus nusižengimams ar smurtui artimoje aplinkoje, dažnai sąlygotam psichoaktyvių medžiagų vartojimo;
- Psichologinė pedagoginė tarnyba dalyvauja ankstyvosios intervencijos programoje, kurią vykdo kartu su Visuomenės sveikatos biuru;
- Visuomenės sveikatos biuras be ankstyvosios intervencijos teikia priklausomybės 2 konsultantų paslaugas: informavimą, motyvavimą, trumpas intervencijas, veiksmų plano sudarymą;
- Savivaldybės tarpinstitucinio bendradarbiavimo koordinatorius ir Vaiko gerovės komisija, dirbantys su vartojančiais nepilnamečiais ir iš dalies jų socialine aplinka;
- Socialinių paslaugų centras teikia socialinių darbuotojų ir atvejo vadybos paslaugas šeimoms su nepilnamečiais vaikais;
- Poliklinikoje teikiamos pirminio lygio psichikos sveikatos centro paslaugos, kur dirba psichiatrai, psichoterapeutai, psichologai, yra anoniminis kabinetas ir antrinio lygio psichikos dienos stacionaras suaugusiems ir vaikams;
- Nakvynės namai suteikia nakvynės paslaugas;
- Moterų krizių centras ir Vyrų krizių centras turi priklausomybių konsultantų paslaugas;
- Raudonasis kryžius vykdo žemo slenksčio paslaugą. Ten dirba ir konsultantai slaugytojai, slaugytojų padėjėjai, infektologai. Yra pasitikėjimo kabinetas, kuriame teikiama švirkštų keitimo paslauga, testavimas ir dalinai integracijos į gydymą paslauga;
- Anoniminių alkoholikų grupės, kurių yra 4 Alytaus mieste, vykdo 12 žingsnių programą.

Aptariant socialinių paslaugų teikimą priklausomiems asmenims, visų pirma buvo kalbama apie vykdomas **prevenčines programas mokyklose**. Prevencija vykdoma vaikams ir jaunuoliams ugdymo įstaigose: „*Prevenciją skatiname, kas susiję su jaunuoliais. Siekiame įgalinti ugdymo įstaigas (darželius, mokyklas), nes jos yra arčiausiai vaiko*“ [AMR-7]. Paminima, kad gana sunku rasti kontaktą, bendradarbiavimą su ugdymo įstaigomis, nes Alytaus miestas neturi seniūnijų: „*Kadangi pas mus nėra seniūnijų, tai nelabai lengva rasti kontaktą*“ [AMR-7]. Visgi lieka neaišku, kuo seniūnijos galėtų padėti, gal lengviau būtų pasiekti ugdymo įstaigas per juose dirbančius psichologus, socialinius darbuotojus. Prevencijos veikla nėra labai išplėtotą, nors kaip teigiama Apskritojo stalo diskusijos metu, jaunėja priklausomų asmenų amžius: „*Pastebima, kad pradeda vartoti ir 10-12 metų vaikai*“ [Apskritojo stalo diskusijos medžiaga].

Ankstyvosios intervencijos programą savivaldybėje vykdo Psichologinė pedagoginė tarnyba kartu su Visuomenės sveikatos biuru. Šios programos metu padedama vartojantiems jaunuoliams: „*Čia mes jau galime padėti jaunuoliams, kai pamatoma, kad jie vartoja*“ [AMR-7]. Tačiau matoma, kad sunku identifikuoti tokius jaunuolius ugdymo įstaigose, dažniausiai jie pakliūva į programą iš atvejo vadybos, policijos: „*Tik galėtų būti daugiau jaunuolių, mes juos sunkiai identifikuojam. Apie juos dažnai sužinome per atvejo vadybą, iš policijos, bet norėtusi įtraukti ir mokyklas*“ [AMR-7]. Taip pat lieka neužpildyta niša suaugusiems žmonėms: „*Šeimos be vaikų ar vieniši žmonės, tai yra grandis, kuri yra neužpildyta*“ [AMR-7].

Teigiama, kad vienas pagrindinių paslaugų priklausomiems asmenims tiekėjų Alytaus mieste yra **Socialinių paslaugų centras**, kuris turi 14 socialinių darbuotojų ir 5 atvejo vadybininkus, kurie prisideda prie paslaugų koordinavimo. Centro duomenimis, paslaugas Alytaus mieste gauna apie 170 šeimų, turinčių psichoaktyvių medžiagų vartojimo problemų. Pabrėžiama, kad darbo apimtis yra labai didelė ir apgailestaujama, kad nėra seniūnijų, kurių socialiniai darbuotojai galėtų prisidėti: „*Tikrai didžiulė aprėptis. Miestas nemažas, žmonių daug ir jų įstaigai tenka pagrindinis krūvis, nes neturime mažesnių vienetų – seniūnijų*“ [AMR-7].

Gavęs informaciją iš Vaiko teisių apsaugos tarnybos apie vaiko teisių pažeidimus, centras inicijuoja atvejo vadybą šeimai, kurios problemos paprastai būna kompleksinės: „*Kai susiduriame konkrečiai su šeima, tai problemos būna kompleksinės*“ [AMR-2]. Dažnai į atvejo vadybos posėdžius pakviečiamas priklausomybių konsultantas, padedantis įvertinti vartojimo problemą, nes manoma, kad socialiniai darbuotojai neturi pakankamos kompetencijos priklausomybių atveju: „*Dažnai į atvejo nagrinėjimo posėdį, vienas, kaip iš prioritetinių specialistų, kviečiamas priklausomybių konsultantas. Kaip žinia, su šeima dirba socialiniai darbuotojai, bet kaip sako klientai – „Jūs negalit būti visų galų meistrai“. Jie priklausomybės ligų konsultantu pasitiki, pasitiki jo kompetencija ir tie žmonės labai prisideda prie įvertinimo, kiek ta problema opi*“ [AMR-

2]. Sudėtingiau tapo dirbti su priklausomybės konsultantais tada, kai vieno jų paslaugos tapo mokamos: „Dabar apsunkina tai, kad <...> konsultacijos yra mokamos ir ne visi klientai gali sau leisti konsultuotis mokamai“ [AMR-1].

Vėliau vartojimo problemų turintis asmuo pagal poreikį nukreipiamas psichiatro konsultacijai, tačiau Alytuje yra didelės eilės: „Kitas dalykas, būtinas vizitas pas psichiatrą, pas kurį eilė labai didelė ir tą pačią savaitę patekti neįmanoma“ [AMR-5]. Abejojama dėl priklausomybės alkoholiui gydymo vaistais efektyvumo, nors toks gydymas vis dar populiarus: „Vis dar populiarus gydymas ilgalaikio poveikio vaistais nuo alkoholio, nors tai veikia tik sąlyginai“ [AMR-1].

Jei prireikia stacionarių gydymo paslaugų, pacientai nukreipiami į Respublikinio priklausomybių centrą Vilniuje arba Kauno filialus, tačiau į juos patekti sunku: „Mūsų klientai daugiausia vyksta į Vilniaus arba Kauno priklausomybių centrus“ [AMR-1]; „Patekti į priklausomybių centrus patekti sunku, ypač dėl atstumo“ [AMR-3]; „Jiems paslaugų prieinamumas yra labai sudėtingas, nes reikalinga pagalba, kuri teikiama kituose miestuose (Priklausomybių centruose)“ [AMR-5]. Apgailestaujama, kad Alytuje nėra psichosomatinio stacionaro: „Alytuje yra problema, kad nėra <...> psichosomatinio stacionaro“ [AMR-3], nors, skirtingai, nei mažesnės savivaldybės, Alytus turi, kaip minėta, antrinio lygio psichikos dienos stacionarą suaugusiems ir vaikams.

Taip pat iškeliamą detoksikacijos paslaugų problema, kad detoksikacija vyksta tik reanimaciniame skyriuje, kai pacientai yra komoje: „Pati detoksikacija vyksta tik reanimaciniam skyriuje, kai pacientai yra komoje ir nebūtinai tęsiamas gydymas“ [AMR-3]. Paminima, kad narkotines medžiagas vartojantiems asmenims, reikia pereiti kelias detoksikacines programas, kurios kainuoja, o lėšų jie neturi: „Turėtų praeiti visas detoksikacines programas, bet neturi lėšų“ [AMR-5]. Šiems asmenims siekiama padėti pereiti prie metadono programos, tačiau pasitikėjimo kabineto darbuotojai pastebi, kad jie nėra įpareigoti jų integruoti į reabilitacinę programą: „Mes bandome praeiti visus žingsnius, bent jau pereiti prie metadono. <...> Mes, kaip pasitikėjimo kabinetas, juos skatinam, bandom padėti, bet nesam įpareigoti integruoti jų į reabilitacinę programą. Mes turime atlikti tik tam tikras funkcijas: išduoti švirkštus, pakeisti“ [AMR-5]. Teigiama, kad priklausomi nuo narkotinių medžiagų asmenys iškrinta iš socialinių paslaugų teikimo sistemos, gyvena nepriimtina visuomenei gyvenimo būdą, yra nutraukę ryšius su savo artimaisiais ir dažnai smerkiami: „Čia problema yra itin aštri, kadangi šie žmonės neturi jokio prieraišumo su savo buvusiomis šeimomis, jie jau eliminuoti iš jų, gyvena nepriimtina visuomenei gyvenimo būdą, dažnai smerkiami. <...> Kadangi jų šeimose nėra vaikų, tai jie nėra apčiuopti nei

socialinių darbuotojų“ [AMR-5]. Tokiu būdu jie patiria didesnę stigmatizaciją nei priklausomi nuo alkoholio asmenys.

Atkreipiamas dėmesys į paslaugų prieinamumo trūkumą ir kitiems vienišiams, neturintiems nepilnamečių vaikų asmenimis, pavyzdžiui, žmonėms išėjusiems iš įkalinimo įstaigų ar pusiaukelės namų: „*Alytus yra tas miestas, kuriame yra įkalinimo įstaiga. Plius dar turime pusiaukelės namus, kur yra pusiau laisva kolonija. Mūsų kabineto lankytojų skaičius niekad nemažėja, net atvirkščiai – auga*“ [AMR-5]. Baiminamasi, kad priėmus įstatymą dėl galimybės nebaudžiamam turėti didesnę narkotikų kiekį, problema su narkotinių medžiagų naudojimu dar labiau paaštrės: *Priėmus įstatymą dėl galimybės turėti didesnio narkotikų kiekio ir likti nenubaustam, tai ši problema dar labiau paaštrės*“ [AMR-1].

Pagalbos asmenims po gydymo tęstinumo užtikrinimas vyksta siūlant praeiti reabilitacijos programas, tačiau pastebima, kad tenka išvykti ilgam toli nuo gyvenamosios vietos, todėl retas kuris tam ryžtasi: „*Minesotos programai kai kurie klientai ryžtasi. Būtų labai smagu, kad reabilitacijos centrai būtų populiarūs, bet gydymas yra ilgas, ir kai klientas turi pastovų darbą, šeimą, tai pakankamai sudėtinga išimti iš vieno socialinio gyvenimo ir susidėti kitur*“ [AMR-1].

Tie, kuriems vykdoma atvejo vadyba, grįžę po gydymo, toliau gauna tęstinės paslaugas: „*Jei tai yra šeima, kuriai inicijuojama atvejo vadyba, <...> tai tikrai užtikrinu, kad socialiniai darbuotojai seka situaciją ir po reabilitacijos niekas nepasibaigia, <...> kol vyksta patys procesai, kol šeimai teikiamos paslaugos*“ [AMR-1]. Be to, kai baigiasi numatytos paslaugos šeimai, paliekamas 3 mėnesių prevencinis laikotarpis, kurio metu socialinis darbuotojas vis dar susisiečia su šeima: „*Jei šeimai būna nutraukiamos paslaugos, mes net paliekame trijų mėnesių prevencinį laikotarpį. Tada socialinio darbuotojo pagalba yra mažiau intensyvesni, bendrauja nuotoliniu būdu, susiskambina*“ [AMR-1]. Prireikus, tas prevencinis periodas gali būti pratęsimas socialinio darbuotojo iniciatyva: „*Jei yra poreikis, darbuotojai savo iniciatyva pratęsia daugiau*“ [AMR-1].

Tačiau pastebima, kad jei tai vieniši, neturintys nepilnamečių vaikų asmenys, jiems pagalbos tęstinumo užtikrinimas yra sudėtingas, nėra atskiros institucijos ar asmens, kuris užtikrintų paslaugų tęstinumą: „*Jei tai pavieniai asmenys, tada truputį sunkiau, nes mūsų darbuotojai dirba tikslingai su šeimomis*“ [AMR-1]; „*Neturime atskiros institucijos ar asmens, kuris užtikrintų paslaugų tęstinumą*“ [AMR-7]. Tokiais atvejais mąstoma sukurti kitą algoritmą tęstinei pagalbai, kurio vykdymo metu, gavę išrašą iš gydymo vietos šeimos gydytojais ar psichiatras nukreipia asmenį pas Psichikos sveikatos centro socialinį darbuotoją, kuris būtų atsakingas už tolimesnę socialinę pagalbą: „*Būtų tikslinga numatyti seką. Išivaizduoju, kad psichiatras arba šeimos gydytojas gauna informaciją, kad asmuo buvo gydomas. Tada turėtų įsijungti psichikos sveikatos centro socialinis darbuotojas, pasidomėti, kaip žmogui sekasi*“ [AMR-7].

Apskritojo stalo diskusijos metu buvo paminėta, kad pagalbos vis dažniau kreipiasi priklausomų asmenų artimieji. Teigiama, kad *„gavę kvalifikuotą ir savalaikę pagalbą, jie gali geriau suprasti savo priklausomus artimuosius ir jiems padėti“* [Apskritojo stalo diskusijos medžiaga]. Tokios paslaugos yra teikiamos, nors tyrimo metu ši tema nebuvo labai išplėtotą.

Alytaus miesto savivaldybėje aktyviai prie priklausomybių ligų įveikos prisideda **nevyriausybinės organizacijos**: Raudonasis kryžius su Žemo slenksčio paslauga, Caritas, Nakvynės namai, Moterų ir vyrų krizių centrai, Maltos ordino pagalbos tarnyba, NVO „Gelbėkit vaikus“, Anoniminių alkoholikų klubai. Teigiama, kad Moterų krizių centras ne tik konsultuoja priklausomybių tema, bet teikia apgyvendinimo paslaugą ir psichologų konsultacijas: *„Moterų krizių centras ne tik konsultuoja priklausomybių tema, bet ir apgyvendina, smurto šeimoje situacijas nukreipia, turi savo psichologus“* [AMR-2]. Stipriai dirba Anoniminių alkoholikų klubai, nors dėl karantino jų paslaugos šiek tiek pristabdytos: *„Jie turi 12 žingsnių programą ir stengiasi tuos, kurie patenka pas juos, motyvuoti, padėti“* [AMR-2]; *„Pakankamai neblogai žmonės lanko AA grupes, karantino laikotarpiu tai pakankamai sudėtinga“* [AMR-1]; *„Dėl techninių dalykų ne visi turi galimybę susitikti nuotoliniu būdu, tai nevyksta“* [AMR-7].

Kitos organizacijos dirba su priklausomais asmenimis ne taip tiesiogiai, tačiau prisideda kitais aspektais. Maltiečiai padeda maistu, dėmesiu ir pan.: *„Taip pat turime Maltiečius, tik jie tiesiogiai jie neteikia paslaugų, bet kompleksiškai padeda – maistas, dėmesys, asmens radimas“* [AMR-7]. Organizacija „Gelbėkit vaikus“ turi vaikų dienos centrą, kuriame dirba ne tik su vaikais, bet ir jų tėvais: *„Turime „Gelbėkit vaikus“, jie turi vaikų dienos centrą, bet dirba ir su šeimomis. Tai irgi šaltinis apčiuopti, rasti šeimą, asmenį, kuris turi šių problemų“* [AMR-7]. Taip pat veikia Alytaus miesto bendruomenės centras, kuris organizuoja įvairias veiklas jaunimui: *„Dar veikia VŠĮ Alytaus miesto bendruomenės centras, kuris įtraukia mažiau motyvuotą, linkusį į priklausomybes, į įvairias veiklas, užimtumą“* [AMR-7]. Prie nepilnamečių vartojimo problemos sprendimo prisideda ir Alytaus SOS vaikų kaimas: *„Dar <...> SOS vaikų kaimas veikia mūsų mieste“* [AMR-7].

Paklausus apie **paslaugų efektyvumą**, buvo teigiama, kad džiaugiamasi kiekvienu žingsniu sveikimo link: *„Sėkmės atvejis yra tada, kai vaikai gali grįžti į šeimą, jaustis saugiai, lankyti ugdymo įstaigą, turėti laisvalaikį, kai tėvai jiems užtikrina būtinąsias gyvenimo sąlygas“* [AMR-1]; *„Mes laimėjimu laikome, kai žmogus žengia nors vieną žingsnį į priekį. Tai gali būti nuėjimas nuo vienos psichotropinių medžiagų, prie kitų (metadono programa). Tai yra gerai, nes jis nustoja vogti, stabilizuojasi jo gyvenimo ritmas“* [AMR-5]. Manoma, kad paslaugų efektyvumą galėtų padidinti kompleksinės paslaugos, įtraukiančios ne tik gydymą, bet ir socialinę bei humanitarinę pagalbą: *„Čia reiktų stiprinti. Kartu turėtų eiti ir socialinė, humanitarinė pagalba. Paslaugos turėtų eiti kartu“* [AMR-5]. Taip pat teigiama, kad prie gydymo efektyvumo galėtų prisidėti naujos kartos

vaistai: „Lietuvoje galėtų būti ne tik gydymas metadonu, bet atsirasti gydymas pažangesniais medikamentais, kurie yra geresni. Deja, jie Lietuvai yra per brangūs ir pasilieka prie pigaus metadono. Prancūzijos ar Švedijos gydytojai jiems išrašo Subutex ar kitus preparatus ir jų gyvenimo kokybė gerokai pagerėja“ [AMR-3].

Aptariant bendradarbiavimą tarp paslaugas teikiančių institucijų, teigiama, nors anksčiau buvo laikotarpis, kada kiekviena organizacija dirbo atskirai, šiuo metu situacija yra pasikeitusi, bendradarbiavimas yra neblogas, visada surandamas bendras problemų sprendimas: „Anksčiau buvo taip, kad kiekvienas dirbame tik savo darbo lauke, o dabar keletą metų stengiamės, kad būtų kitaip“ [AMR-7]; „Manau, kad mūsų mieste bendradarbiavimas yra neblogas. Mes nesam sulaukę priešiško, neigiamų atsakymų. Jei vienas ar kitas dalykas nėra įmanomas, mes tiesiog pasiaiškinam, ieškom pagalbos“ [AMR-1]; „Visada gali paskambinti, paklausti, rašto tikrai siųsti nereikia“ [AMR-2]. Teigiama, kad bendradarbiavimas vyksta, tik nėra aprašytas: „Viskas vyksta, tik nėra aprašyta“ [AMR-2]; „Manychiau, kad tinklas yra ir jis veikia“ [AMR-7].

Iš bendradarbiavimo trūkumų buvo pažymėta, kad galbūt kai kurios nevyriausybės organizacijos neturi pakankamai informacijos apie taikomas programas, finansavimo galimybes: „Tik kai kurių NVO vadovai turi ne visą informaciją apie taikomas programas, smulkmenas“ [AMR-2]; [Raudonojo kryžiaus direktorė nustebo, kad yra tiek daug paslaugų“ [AMR-2]. Taip pat silpniau bendradarbiavimas vyksta su ugdymo įstaigomis: „Apimtys galėtų būti didesnės, gaunant informacijos iš mokyklos, nes jose ne visais atvejais mokiniai patenka į Vaiko gerovės komisiją“ [AMR-3]. Nors iš kitos pusės yra teigiama, kad siekiama šį bendradarbiavimą sustiprinti: „Tikrai stengiamės įjungti ir ugdymo įstaigas. Socialiniai pedagogai, mokytojai geriausiai mato vaikus ir jie gali būti ta pirmoji grandis, kuri ankstyvoje stadijoje galėtų pamatyti kylančias problemas. Nuolat informuojame mokyklų švietimo pagalbos specialistus. Labai aktyviai bendradarbiaujame su socialiniais pedagogais, <...> kad neliktų abejingi“ [AMR-7].

Vertindami specialistų, dirbančių su psichoaktyvias medžiagas vartojančiais asmenimis, **kompetencijų pakankumą ir mokymų poreikį**, kalbinti tyrimo dalyviai teigė, kad visi su priklausomybės ligomis susiduriantys specialistai yra pakankamai kompetentingi, tačiau nori toliau tobulėti, mokytis: „Specialistai, kurie dirba šioje srityje, yra pakankamai kompetentingi, geri specialistai, tiek atvejo vadybininkai, tiek gydytojai. Mokymų jie norėtų, nori tobulėti“ [AMR-2]; „Daktarai, psichiatrai, socialiniai darbuotojai, priklausomybių konsultantai yra labai geranoriški, jie patys sako, kad jiems trūksta sistemos, mokymų“ [AMR-1]; „Praeitais metais specialistai, dalyvavę apskritojo stalo diskusijoje, išreiškė didelį tokių mokymų poreikį“ [AMR-7]. Ypač reiktų mokymų apie naujas žinias ir darbo metodikas: „Žinant, kad informacija keičiasi, atsiranda naujos metodikos, tai mums žinios yra reikalingos [AMR-1]; „Medicinos darbuotojų kvalifikacijos kėlimas

šita tema turėtų būti nuolatinis“ [AMR-3]. Taip pat reiktų požiūrį į sergančius priklausomybių ligomis keičiančių mokymų: „Negalime to paneigti, iš medikų bendruomenės irgi pasitaiko netolerantiškų žmonių“ [AMR-3]; „Ne tik specialistai, bet ir artimieji kartais to nesuvokia, smerkia, tai kartais ta socialinė aplinka nesumotyvuoja žmogaus žengti žingsnio į priekį“ [AMR-1].

PSICHOAKTYVIAS MEDŽIAGAS VARTOJANTIEMS ASMENIMS TEIKIAMŲ PASLAUGŲ TOBULINTINI ASPEKTAI

Kaip ir daugelyje savivaldybių, aptariant paslaugų priklausomiems asmenims tobulintinus aspektus, teigiama, kad trūksta specialistų, dirbančių su priklausomais asmenimis, ypač paauglių psichiatrų, priklausomybių psichiatrų, socialinių darbuotojų, priklausomybių konsultantų: „Specialistų tai visada trūksta, ypatingai gydytojų“ [AMR-2]; „Vaikų paauglių psichiatrų, respublikoje yra didžiulis jų deficitas. Gal psichiatrų ir yra, bet turėtų būti didesnis dėmesys skiriamas priklausomybių ligoms. Nepakanka ir socialinių darbuotojų“ [AMR-3]; „Socialinių darbuotojų krūviai yra neadekvatūs“ [AMR-7]. Manoma, kad socialiniai darbuotojai Psichikos sveikatos centruose galėtų teikti paslaugas neturintiems nepilnamečių vaikų priklausomiems asmenims, kuriais nesirūpina Socialinių paslaugų centro atvejo vadybininkai: „Socialiniai darbuotojai psichikos sveikatos centruose, kai kalbame apie trūkstamą grandį, būtų tie asmenys, kurie padėtų susirasti darbą, užpildyti dokumentus, kreiptis į specialistus“ [AMR-7].

Nors bendradarbiavimas vyksta, tačiau trūksta aiškaus koordinavimo: „Alytaus mieste visko yra, bet trūksta aiškaus koordinavimo“ [AMR-2]. Taip pat teigiama, kad trūksta bendrų visų paslaugų teikėjų veiklos sistemos, ypač, kai priklausomas asmuo grįžta po gydymo: „Padaro savo darbą, žmogus grįžo ir tiek. Juk ir šeimos gydytojai neskambina mums po ligos, neklausia kaip jaučiamės. Taip pat ir sistemos nebuvimas. Jei jie [gydytojai] žinotų, ką reikia daryti toliau po viso gydymo, tai jie, manau, darytų“ [AMR-2].

PASIŪLYMAI IR REKOMENDACIJOS DĖL PAGALBOS SISTEMOS (vartojantiems psichoaktyvias medžiagas ir turintiems priklausomybę asmenims) PRIEINAMUMO DIDINIMO, INTEGRUOTUMO STIPRINIMO

Vienas iš siūlymų, kaip užtikrinti paslaugų po gydymo tęstinumą, buvo siejamas su integracijos pagalba tvarkant dokumentus, surandant darbą, paaiškinant įstatymus, padedant atkurti ryšius su artimaisiais: „Kalbant apie laikotarpį po gydymo, tam laikotarpiui galėtų atsirasti integracinės programos, nes tiems žmonėms labiausiai padeda darbo susiradimas, jie po gydymo neturi už ko užsikabinti“ [AMR-5]. Pateikiama analogiškų paslaugų išėjusiems iš įkalinimo įstaigų asmenims pavyzdys: „Mes tai darom su iš įkalinimo įstaigų išėjusiais mūsų miesto gyventojais. Jie iškart po išleidimo ateina į mūsų pasitikėjimo kabinetą, kuriame gauna pradinę integracinę

pagalbą. Nors mes nesame įsipareigoję tokių paslaugų teikti, bet savanoriškai jiems pagelbstime. Jie, išėję iš įkalinimo įstaigos, dažnai nežino naujų įstatymų, tvarkų, reikia pasakyti kaip užsiregistruoti į Darbo biržą, kaip pakliūti pas gydytojus ir t. t. Yra tokių atvejų, kai žmogus išeina, įkalinimo įstaigoje nustojęs vartoti, ir jei gauna darbą, tai užsikabina už gyvenimo. Padedam atkurti ryšius su šeimomis“ [AMR-5].

Taip pat manoma, kad būtų puiku perimti iš Ispanijos ir Švedijos gerą patirtį įsteigiant priklausomiems asmenims centrą, kuriame jie galėtų naudotis kompiuteriais, kažko naujo išmokyti, užsiimti kažkokiomis veiklomis: „*Labai gerai, jei mūsų mieste būtų centriukas, kur būtų galima ateiti, kažką padaryti, išmokyti. Paprastai jie neturi gyvenamosios vietos, priėjimo prie kompiuterių. Esu lankiusis Ispanijoje tokiame centre“ [AMR-5]; „Man tokius teko matyti Švedijoje, kur jie yra labai populiarūs“ [AMR-3]. Manoma, kad verta būtų tokį pilotinį projektą sukurti ir gavus finansavimą iš savivaldybės visuomenės sveikatos priežiūros fondo, įgyvendinti: „Gal mums reikia tapti pirmaisiais Lietuvoje ir per kažkokį pilotinį projektą parodyti, kad tai įmanoma“ [AMR-5]; „Manychiau, kad iš savivaldybės visuomenės sveikatos priežiūros fondo galėtų remti ir kurti tokias organizacijas, dienos centrus“ [AMR-3].*

Manoma, kad paslaugų teikimo priklausomiems asmenims sistemai pagerinti savivaldybėje būtinas koordinatorius, kuris dirbtų savivaldybės administracijoje ar Visuomenės sveikatos biure: „*Reiktų vieno asmens, kuris stebėtų ir koordinuotų situaciją“ [AMR-7]; „Geriausia koordinuoti mieste vienam žmogui. Įsivaizduoju, kad tam turėtų būti VSB įdarbintas vienas žmogus“ [AMR-2]. Koordinatoriaus vietą savivaldybės administracijoje paremia tokie argumentai, kad šioje vietoje koordinatorius galėtų aprėpti visus paslaugų tiekėjus, įskaitant NVO, mokyklų tinklą, gydymo įstaigas, bei galėtų bendradarbiauti su kitose šalies vietose esančiomis organizacijomis: „Manau, kad koordinatorius būtų reikalingas, jis galėtų būti prie savivaldybės administracijos. Kadangi paslaugas teikia ir NVO, ir didelis mokyklų tinklas, gydymo įstaigos, bendradarbiauti tenka ir su respublikoje esančiomis įstaigomis“ [AMR-3]. Šio darbuotojo funkcijos apimtų informacijos susistemimą, koordinuotų priklausomybių ligų įveikos veiklas, organizuotų bendrus posėdžius: „Kad pas jį būtų visų organizacijų grįžtamasis ryšys, visa integruota veikla, kad jis ją organizuotų, darytų posėdžius“ [AMR-2]. Tai turėtų būti darbuotojas, įdarbintas visu etatu: „Tai turėtų dirbti žmogus, už tai gaunantis atlyginimą, besigilinantį į sistemą, nes projektas laikinas, mes tai darom papildomai prie kitų darbų“ [AMR-2]. Tokiam koordinavimui turėtų būti sukurta tvarka ar aprašas, kuriame būtų pasiskirstyta atsakomybėmis: „Tai turėtų būti gražiai sukurta struktūra: apibendrinta aprašu, pasiskirstymą atsakomybėm, aptariami rezultatai“ [AMR-3].*

Pastebima, kad reikėtų inicijuoti psichinės sveikatos politikos pokyčius Lietuvos mastu, priartinti Psichikos ligų centrus, reabilitaciją prie kiekvieno regiono: „*Tokia psichikos sveikatos*

politika, kokia dabar yra Sveikatos apsaugos ministerijoje, turėtų būti koreguojama. Tai, kad priklausomybių gydymo centrai tampa privačiais, nėra pakankama. Turime šitą paslaugą ir 12 žingsnių priartinti prie kiekvieno regiono“ [AMR-3]; „Mažesnėse savivaldybėse nėra tų paslaugų, kurių reikėtų: detoksikacijos, Minesotos ar 12 žingsnių programos“ [AMR-6].

APIBENDRINIMAS

- Alytaus miesto savivaldybėje paslaugų priklausomiems asmenims tinklas yra plačiai išplėtotas, bendradarbiavimas vyksta, labiau trūksta koordinuojančio darbuotojo, geriausiai savivaldybės administracijoje, nes jo funkcijos būtų stebėti paslaugų poreikį, sisteminti informaciją iš skirtingų paslaugų teikėjų, koordinuoti kompleksinių paslaugų teikimą, užtikrinti, kad po gydymo būtų tęsiamas asmens integravimas į darbo rinką ir bendruomenę, bendradarbiauti šalies mastu su kitomis savivaldybėmis ir organizacijomis.
- Prevencijos veikla nėra labai išplėtotą, šiek tiek trūksta bendradarbiavimo su ugdymo įstaigomis. Verta būtų į prevenciją įtraukti Probacijos tarnybą, nevyriausybinės organizacijas, kurios per įdomesnes, kūrybines, interaktyvias veiklas galėtų efektyviau prisidėti prie prevencinio darbo. Vienu iš galimų būdų galėtų būti socialinio teatro metodas, šį metodą taiko nemažai šalies nevyriausybinių organizacijų.
- Ypač trūksta paslaugų tęstinumo grįžus po gydymo tiems priklausomiems asmenims, kuriems nėra taikoma atvejo vadyba. Atvejo vadybos metodą reiktų taikyti ir šiems asmenims, savivaldybei būti apsispręsti, kuri organizacija tai daryti, nes šiuo metu yra kalbama apie Psichikos sveikatos centro socialinius darbuotojus. Tačiau geriau tokias paslaugas teikti Socialinių paslaugų centre, kur galima didesnė sinergija, patirties perėmimas iš jau patyrusių atvejo vadybininkų, galimos .
- Reiktų didesnę dėmesį skirti socialinės reabilitacijos, reintegracijos priemonėms, padedančioms priklausomiems asmenims rasti darbą ir dalyvauti bendruomenės gyvenime. Fragmentiškų pastangų šia linkme yra, tačiau tai turėtų tapti algoritmo stipria dalimi.
- Buvo iškelta detoksikacijos paslaugų teikimo, priklausomybių konsultantų, vaikų ir paauglių psichiatrių trūkumas, kuris pažymimas beveik visose tirtose savivaldybėse. Alytaus mieste jaučiamas net socialinių darbuotojų, dirbančių su priklausomais asmenimis, trūkumas, nes šiuo metu jų krūvis yra per didelis.

- Buvo pateikta įdomi idėja apie centrus priklausomiems asmenims, kuriuose jie galėtų naudotis kompiuteriais, kažko naujo išmokyti, užsiimti kažkokiomis veiklomis. Tačiau reiktų racionaliai peržiūrėti jau esamų centrų galimybes praplėsti savo veiklas, nei steigti viską iš naujo.
- Pateiktas pasiūlymas įsteigti šalyje daugiau Priklausomybės ligų centrų ir priartinti reabilitacijos programas prie regionų, kad jomis galėtų lengviau pasinaudoti priklausomi asmenys. Tai padėtų išspręsti didelių eilių į Respublikinio priklausomybės centrą Vilniuje ir Kauno filialą problemą.

3. ALYTAUS RAJONO SAVIVALDYBĖ

INFORMACIJOS (susijusios su pagalba psichoaktyvias medžiagas vartojantiems asmenims) TEIKIMO MECHANIZMAI SAVIVALDYBĖJE

Tyrimo metu buvo siekta išsiaiškinti, **kaip yra sužinoma apie asmenis, kuriems reikia paslaugų**. Anot pokalbių dalyvių, informacija apie psichoaktyvias medžiagas vartojančius asmenis dažniausiai gaunama iš artimiausios socialinės aplinkos – socialinių darbuotojų, bendruomenės: „Administracijos sudėtyje yra seniūnijų socialiniai darbuotojai, tai jie yra pirmieji, kurie užmezga kontaktą su priklausomais asmenimis“ [ALR-9]; „Socialiniai darbuotojai žino savo žmones...“ [ALR-5]; „<...> bendruomenė sužino, socialiniai darbuotojai sužino“ [ALR-1].

Nors neretai priklausomybės problemų turintys asmenys pagalbos kreipiasi patys: „būna, kad žmonės ateina savarankiškai“ [ALR-5], „[tokių atvejų kai kreipiasi patys] nėra ir labai mažai“ [ALR-1]. Kalbinti specialistai pastebėjo, kad vienas iš stabdžių kreiptis pagalbos – neigiamas visuomenės požiūris į priklausomus asmenis: „Jie bijo kreiptis, nes yra visuomenės smerkiami“ [ALR-5], „Alkoholis yra gėdinga problema, reiktų visuomenės požiūrį pakeisti“ [ALR-1]. Problemų kelia ir tai, kad priklausomas žmogus dažniausiai yra siunčiamas pas psichologą ar psichiatrą, kas kelia baimę būti įvertintu kaip psichiškai nepilnavertis žmogus, todėl lankymosi pas šiuos specialistus faktą priklausomi asmenys linkę neafišuoti: „Vieni drįsta jas [problemas] spręsti, kiti – ne, bijo vertinimo iš šalies. Yra tokia nuostata, kad kas psicho, tai tas kvailas, sako „aš ne durnas, man nėra ko eiti“ [ALR-5], „apskritai stigmatizuotas lankymasis pas psichiatrą dėl priklausomybių. Kartais žmogų lengviau nuvežti į Kauną nei čia priprašyti, kad apsilankytų“ [ALR-6].

Aptariant, **kaip asmenys, kuriems reikia pagalbos, sužino apie galimas paslaugas**, buvo pažymėta, kad šią informaciją skleidžia seniūnijų socialiniai darbuotojai, vietos bendruomenės, dažnai informacija apie paslaugas priklausomiems žmonėms sklinda iš lūpų į lūpas: „Per metus [kreipiasi] apie 30 žmonių. Sužino iš seniūnų ir bendruomenių“ [ALR-9], „vienas nuo kito sužino apie mūsų priklausomybių mažinimo programą. Arba jiems pasiūlo socialiniai darbuotojai, nes seniūnijos turi daug reikalų su jais, su šeimom“ [ALR-1].

Psichoaktyvias medžiagas vartojančių asmenų įtraukimas į pagalbos sistemą savivaldybėje organizuotas daugiavektoriškai – priklausomybės turintys žmonės informaciją ir pagalbą gali gauti per nedarbingų asmenų atvejo vadybininką, Šeimos pagalbos centro atvejo vadybininką ar savivaldybės priklausomybių programos koordinatorių: „jei jis yra bedarbis ir turi priklausomybę,

jis atsiduria ten [pas nedarbančių asmenų atvejo vadybininką], jei jis socialinių darbuotojų priežiūroje – čia atsiduria [Alytaus šeimos pagalbos centre], jei jis savarankiškai perskaitė skelbimą, jis atsiduria pas ... [savivaldybės priklausomybių programos koordinatorių]. Konkrečios sistemos, kad būtų konkrečiai pas vieną žmogų, tai jos nėra“ [ALR-6].

Aiškinantis, **kaip keičiamasi informacija apie priklausomus asmenis tarp skirtingų paslaugų tiekėjų**, buvo užtikrinta, kad visi savivaldybės socialinių paslaugų tiekėjai dalinasi turima informacija ir esama tvarka yra efektyvi, tačiau jaučiamas bendradarbiavimo bei keitimosi informacija stygius tarp socialinės paramos ir sveikatos apsaugos institucijų: „Mes tarp institucijų bendraujam betarpiškai, informacija vaikšto. Kur ji vaikšto sunkiau, tai tarp gydymo įstaigų ir mūsų. Duomenų sauga – mes negalime paskambinti ir paklausti, koks gydymas pritaikytas žmogui“ [ALR-6], „Manau, kad ypatingai trūksta tarpinstitucinio bendradarbiavimo. Pirmas ir svarbiausias dalykas, asmens sveikatos priežiūros įstaiga, ar tai psichiatrinė ligoninė, ar poliklinikoje veikiantis psichikos sveikatos centras, jis yra uždaras, neskleidžiantis informacijos“ [ALR-9].

Šios problemos analizei tyrimo dalyviai skyrė ypač daug dėmesio. Pirmiausiai buvo argumentuojama, kad informacijos gavimas iš gydymo įstaigų yra labai svarbus sužinant, kada asmuo grįžo po priklausomybės gydymo, nustatant, kokios tolimesnės paslaugos priklausomam asmeniui reikalingos, kaip užtikrinti, kad jis nenutrauktų gydymo, koku būdu žmogų palaikyti po gydymo ir pan.: „Mums būtų labai gerai žinoti, kai jie grįžta. Jei lieka vienas, labai sunku išsilaikyti, atkristi galima“ [ALR-1], „Mums informacijos reikia, kad žinotume, kaip toliau dirbti su ta šeima: ar pasiųsti pas mūsų specialistus, ar jie ten kažkur gauna pagalbą“ [ALR-3], „Kartais reikia ir detalesnės informacijos. Kartais ir konkrečių medikamentų vartojimas yra labai esminis, ypač, jei tu nori jį nukreipti į specializuotą įstaigą. Vaistų išrašymas taip pat svarbus atvejo vadybininkui, nes paskui sako, kad negers, nes neturi recepto“ [ALR-6], „niekas iš Psichikos sveikatos centro nepapasakos, kokia procedūra buvo taikoma, ką rekomendavo, kuo galim padėti. Jei žmogus pats atsigulė į Minesotos programą, jis išėjo ir bendruomenėje pasidarė uždaresnis, bet mums vis tiek jis rūpi, nors mūsų vengia. Tokiu atveju mums norėtųsi pasikalbėti su Minesotos programos vedančiuoju ar socialiniu darbuotoju, kad padėtų suprasti, kas tam žmogui nutiko. <...> mums to [patarimo] pakaktų, bet net ir tai nevyksta“ [ALR-9].

Buvo pateiktas ir konkretus pavyzdys, kai galimybės gauti informaciją iš gydymo įstaigos stoka tampa barjeru socialiniams darbuotojams tęsti globojamo priklausomo asmens priežiūrą: „Tarkim, 58 metų vyrukas <...> nutarė nustoti gerti. Jis, kreipėsi į [koordinatorę], ji susidarė planą, nuvežė pas psichiatrą, jam pritaikytas medikamentinis gydymas. Ji nusiuntė jį pas AA. Ji su juo kartais bendrauja, kartais nebendrauja ir staiga – jis dingsta, įtariamasis atkrytis. O kažkada jis ima ir atsiliepia – aš gydausi pas psichiatrą, vaistus geriu. Viskas. Čia yra pabaiga, nes ji,

paskambinusi psichiatrui, nesvarbu, ar jis dirba mūsų PSPC, ar RPLC – ji negaus jokio atsakymo, ar tas žmogus pas juos lankosi, ar jam dar taikomas gydymas“ [ALR-6].

Buvo nurodyta, kad sveikatos apsaugos įstaigos dėl Asmens duomenų apsaugos įstatymo apribojimų informaciją apie pacientą be jo sutikimo gali teikti tik sveikatos apsaugos ministro įsakyme apibrėžtoms įstaigoms, tarp kurių dažniausiai nepatenka socialines paslaugas priklausančioms asmenims teikiančių institucijų (išskyrus įstaigas susijusias su vaiko teisių apsauga): „*Policija, teismas, Vaiko teisės, Probacija – tai įstaigos, kurios įvardintos ministro ar teisės aktu, kur sveikatos apsaugos įstaigos, yra įpareigosotos gavę tokį raštą, teikti informaciją, <...> bet seniūnijos, bendruomenės nėra įvardintos tarp tų, kuriems teikiama informacija“ [ALR-9], „[Šeimos pagalbos centro] darbuotojai turi kuo remtis, nes jie oficialiai vadybininkauja tom šeimom. Bet VSB specialistas ar kitas, kuris blaivėjimo keliu vedė žmogų, kuris neturi vaikų <...> visais kitais atvejais neturime kuo pasiremti“ [ALR-6].*

Tačiau pabrėžta ir tai, kad net turinčios teisę gauti informaciją institucijos susiduria su sunkumais, kai tenka pagrįsti prašomos informacijos poreikį: „*Atvejo vadybos apraše parašyta, kad mes galime kreiptis į gydymo įstaigas, juo mes ir vadovaujamės. <...> jei kažkas yra susiję su vaikais, ir mums reikia sužinoti, kokia gydymo eiga, jei gydomas pas psichiatrą ar kokias paslaugas gauna. Tada mes užklausiam gydymo įstaigos, o ji mum atrašo labai trumpai, kad tas žmogus buvo gydytas arba ne, daugiau nedetalizuojama. <...> Iš Alytaus mes gauname, bet dar prisideda Kaunas, Vilnius. Tada klausia, kokiais teisės aktais, kokia priežastis. <...>. Taip, [norint gauti informaciją] reikia dar ir atsimušinėti raštais, tikslinti, pagal kokį straipsnį ir pan.“ [ALR-3].*

Socialinių paslaugų tiekėjai teigė, kad jie ieško galimybių sumažinti šią informacinę spragą – asmeniškai lydi priklausomą asmenį pas gydytoją arba siekia būti įtraukti į asmenų, kuriems galima gauti informaciją, sąrašą: „*Dažniausiai aš [nedirbančių asmenų atvejo vadybininkė] lydžiu žmogų, tada prisistatau, kas aš esu ir mes einam kartu – tada daugiau sužinau. Bet jei tektų kreiptis tiesiog, tai neturėčiau jokio motyvo“ [ALR-4], „Jei socialinis darbuotojas nėra oficialiai įrašytas paciento knygelėje, kaip asmuo, kuriam galima teikti informaciją, tai tu gali klausti 50 kartų...“ [ALR-9].*

Tyrimo dalyviai diskutavo aptardami, **kokiu būdu galima būtų užtikrinti geresnį informacijos prieinamumą.** Buvo svarstoma galimybė siekti praplėsti į sveikatos ministro įsakyme išvardintų tinkamų informacijos gavėjų sąrašą, į jį įtraukiant papildomas institucijas ar atsakingus asmenis, kuriais, pavyzdžiui, galėtų būti savivaldybės gydytojas arba Visuomenės sveikatos biuro specialistas, arba tarpinstitucinio bendradarbiavimo specialistas (praplečiant jo funkcijas), arba savivaldybės priklausomybių mažinimo programos koordinatorius. Vieningos nuomonės šiuo klausimu prieita nebuvo, nors visi sutarė, kad „*Labai reikia asmens sveikatos*

priežiūros įstaigų atvirumo“ [ALR-9], nes tai ženkliai padidintų paslaugų priklausomiems asmenims efektyvumą.

Galima daryti prielaidą, kad kai kurių tarnybų atstovai pernelyg akcentuoja informacijos gavimo iš kitų institucijų svarbą ir nepakankamai skiria dėmesio galimybėms organizuoti efektyvų pagalbos procesą be asmeninių duomenų perdavimo, pvz., galimybei reguliariai susiekti su klientu ir jo paties paklausti, kaip jam sekasi, kur jis gydosi, kada planuoja grįžti iš gydymo įstaigos ir pan. Mokslinėje literatūroje minima, kad, siekiant įgalinti klientą veikti savarankiškai, socialinės tarnybos, taikydamos atvejo vadybą, turėtų daugiau dėmesio skirti paties kliento galimybei suteikti norimos apimties informaciją. Pernelyg didelis susitelkimas į atvejo kontroliavimą, o ne santykio su klientu kūrimą, lemia priklausomo žmogaus iniciatyvumo bei asmeninės atsakomybės už savo gyvenimo pokyčius sumažėjimą (Joo, Huber, 2017⁷). Bet galimybė tęsti pagalbos procesą ir perduoti klientą iš vienos institucijos į kitą (su rekomendacijomis pagalbos planui) yra svarbus momentas užtikrinant integruotų paslaugų teikimą, todėl tokios praktikos, kaip pvz. bendradarbiavimo sutartys ir pan., leidžia sklandžiau užtikrinti pagalbos procesą įvairiuose lygmenyse.

SAVIVALDYBĖS SOCIALINIO IR SVEIKATOS SEKTORIAUS TEIKIAMŲ PASLAUGŲ (susijusių su pagalba psichoaktyvias medžiagas vartojantiems asmenims) IR JŲ KOKYBĖS VERTINIMAS

Apibrėždami, **kokios institucijos ir/ar organizacijos teikia savivaldybės gyventojams paslaugas, susijusias su priklausomybėmis**, tyrimo dalyviai įvardijo tokius pagrindinius pagalbos tiekėjus kaip Psichikos sveikatos centras, Priklausomybės ligų centras, Visuomenės sveikatos biuras ir savivaldybės socialinės paramos įstaigos ir NVO.

Šių įstaigų teikiamų paslaugų specifiška nusakoma kaip skirtingi pagalbos gavimo keliai: *„Vienas kelias – kreiptis į gydymo įstaigą. Mes turime Alytaus rajono pirminės sveikatos priežiūros centrą, kurio sudėtyje yra psichikos sveikatos centras, ten dirba psichiatrai. Tas žmogus gali pats kreiptis į psichikos sveikatos centrą. Kitas kelias – žmogus, gavęs nukreipimą iš šeimos gydytojo, <...> važiuoja tiesiai į Priklausomybės ligų centrą, pas mus populiariausia važiuoti į Kauno filialą. Trečias kelias, sukurtas mūsų, – tai priklausomybės programa“ [ALR-6].*

Buvo pabrėžta, kad savivaldybės **Priklausomybių mažinimo programa** yra veiksmingas įrankis koordinuojant įvairių savivaldybės socialinės paramos padalinių veiklą: *„nuo 2012 m. turime veikiančią Priklausomybių mažinimo programą. Pagal tą programą yra paskirtas atvejo*

⁷ J. Y. Joo, D. L. Huber. 2018. Barriers in Case manager's Roles: A Qualitative Systematic Review//Western Journal of Nursing Research, Nr. 40(10).

vadybininkas [koordinatorius], pas kurį, kai žmogus nori gydytis, sueina visa informacija iš socialinių darbuotojų, seniūnaičių, bendruomenės atstovų, gydymo įstaigos“ [ALR-9].

Įgyvendinant savivaldybės Priklausomybių mažinimo programą, apjungiamos įvairių savivaldybės administracijos padalinių pastangos. Priklausomiems asmenims pagalbą teikiantys specialistai pasiskirstę pagal savo veiklos sritis – vieni pagalbą teikia bedarbiams, kiti rizikos šeimoms, o į šias grupes nepatenkantys gali kreiptis pas priklausomybių koordinatorių: „Mes esame pasiskirstę pagal sritis. Pavyzdžiui, <...> yra atvejo vadybininkė. Jei tarp jos ilgalaikių bedarbių yra su priklausomybe žmogus, tai ji koordinuoja jų atvejus <...>. Jei yra reikalas buvusių rizikos šeimų, tada tai [Šeimos pagalbos centro] atvejo vadybininkai ar socialiniai darbuotojai gali tarpininkauti, o visais kitais atvejais – [koordinatorius]“ [ALR-6]. Vertinama, kad tokia darbo su priklausomais asmenimis organizavimo tvarka yra optimali, suteikianti plačias galimybes gauti pagalbą: „Tiesiog yra daug galimybių asmeniui kreiptis, kur jis nori. Jei į koordinatorių kreiptųsi tas, kuris turi vaikų, tai jo niekas neišvytų“ [ALR-1], „Kas būna žmogaus vadybininkas, išsigrynina eigoje. Seniūnijų socialiniai darbuotojai turi artimus ryšius, jie lydi žmones į gydymo įstaigas ir pan.“ [ALR-9].

Svarbu ir tai, kad Priklausomybių mažinimo programa leidžia padengti išlaidas, susijusias su pavežėjimu, mokamomis paslaugomis ir kt.: „Savivaldybės administracija skiria papildomas lėšas pritraukti tiems asmenims paslaugas. Jei yra poreikis specializuotai pagalbai, mes nuvežam ir parvežam į PLC, į psichiatrijos ligonines, turim sutartį su privačia psichiatrinės pakraipos paslaugas teikiančia įstaiga, apmokam už paslaugas, Minesotos programą, net sumokam už vaistus“ [ALR-9].

Priklausomybių koordinatorius, atvejo vadybininkai, socialiniai darbuotojai, dirbantys su priklausomais žmonėmis, teikia pačią įvairiausią pagalbą, priklausomai nuo kliento situacijos – palydi į gydymo įstaigą, nukreipia pas konsultantą ar psichologą, savipagalbos grupę: „mes kalbamės ir žiūrime jo situaciją: ar jis negali sustoti ir mes kalbame apie detoksikaciją, ar jis jau sustojęs, ir kalbam apie psichologinę pagalbą, Minesotos programą. Jei to žmogaus neatiduodu kažkam kitam prižiūrėti, pavyzdžiui, socialiniam darbuotojui, tada aš jį pati vežu į Priklausomybės ligų centrą, pas psichiatrą, organizuoju transportą pas AA patekti“ [ALR-9].

Vis dėlto interviu ir diskusijos dalyviai, gana kritiškai vertino **Psichikos sveikatos centro** paslaugas, teikiamas priklausomybe sergantiems žmonėms. Buvo išsakyta nuomonė, kad psichikos sveikatos centro gydytojams trūksta visuminio požiūrio į žmogų, jie ne visada gilinaisi į psichosocialinio pobūdžio problemas, mažai dėmesio skiria šių pacientų tolimesnei reabilitacijai: „jie neneša atsakomybės, kaip jų metodai veikia žmogaus gyvenimą. Priklausomybė, tai nėra tik buvimas blaiviam, tai ir psichosocialinė aplinka. Jei žmogui negerai, jis ateina pas gydytoją, jam

išrašo vaistų ir paslauga baigta. Ši liga reikalauja visuotinio požiūrio. <...> Išrašas, kuris ateina paštu ar elektroninėm priemonėm, jis psichiatro nesudomina, atsispausdina, įklijuoja į kortelę ir viskas. Jeigu tas gydytojas yra tikras medikas iš pašaukimo, jis tada gali ieškoti to asmens, pasikviečia, skiria vaistus, rekomenduoja AA, savivaldybės Priklausomybių mažinimo programą, Minesotą, priklausomybių konsultantą ir t. t.“ [ALR-9]. Taip pat buvo pastebėta, jog Psichikos sveikatos centre ne tik gydytojai, bet ir psichologai į priklausomus pacientus žiūri atsainiai: „Psichikos sveikatos centre yra psichologas, <...> jis konsultuoja depresija ir kitom sudėtingom ligom sergančius, konsultuoja ir šeimas, patiriančias sunkumų, vaikus, smurtaujančius ir pan. Tai jam derintis prie to, kuris greičiausiai gers toliau – jam nei šilta, nei šalta“ [ALR-9].

Be sveikatos apsaugos įstaigų paslaugas priklausomiems asmenims savivaldybėje teikia **psichologas ir priklausomybių konsultantas**, veikiantys prie Visuomenės sveikatos biuro. Tyrimo dalyviai atkreipė dėmesį, kad būtent psichologinė pagalba priklausomybes turintiems žmonėms yra labai aktuali, todėl Visuomenės sveikatos biuro psichologo konsultacijos vertinamos pozityviai. Tačiau požiūris į Alytaus rajono savivaldybės Visuomenės sveikatos biure priklausomybių konsultanto teikiamas paslaugas gana skeptiškas – vertinama, kad konsultanto paslaugos ribotos, mažai naudingos ir atliekamos gana formaliai: „Jo [priklausomybių konsultanto] konsultacija apsiriboja vienas su vienu kabinete: jis netarpininkauja tarp įstaigų, neregistruoja ir nelydi žmogaus <...> Konsultantui mažai rūpi, kas žmogui nutinka, kai jis išeina pro duris. Jis pasako, kur žmogui eiti. Jo funkcijos labai ribotos“ [ALR-6], „Pagrindinis mūsų siuntimas būna pas psichologą, priklausomybių konsultantą. Psichologinė pagalba yra pagrindinė, pirmoji, <...> svarbiausia, tai daug kalbėtis“ [ALR-1], „Taip, bet jis [Priklausomybių konsultantas] suteikia labai mažai paslaugų. Pas mus tai nėra labai norima paslauga. <...> Visuomenės sveikatos biure dirba psichologas ir jis suteikia daugiau paslaugų, mes matome teigiamą dinamiką labiau nei pirkdami priklausomybių konsultanto paslaugas“ [ALR-9].

Alytaus r. **Visomenės sveikatos biuras** taip pat vykdo švietėjišką, informacinę su priklausomybių mažinimu susijusią veiklą, nukreiptą į vietos bendruomenes, ugdymo įstaigas, vesdamas Ankstyvosios intervencijos programą.

Dar vienas svarbus paslaugų priklausomiems asmenims tiekėjas – tai **nevyriausybinės organizacijos**, kurių paslaugos ypač naudingos siekiant užtikrinti pagalbos tęstinumą. Tačiau tyrimo dalyviai nurodė, kad „NVO, dirbančių šiame mieste ir rajone, nelabai yra. Didelio spektro nėra“ [ALR-6]. Buvo pažymėta, kad rajone nėra nė vienos Anoniminių alkoholikų (AA) grupės, todėl rajono gyventojai į AA susitikimus tenka važinėti į Alytaus miestą, kas susiję su susisiektimi problemomis: „AA priklauso Alytaus miestui. O jei žmogus nori AA, tai iš rajono važinėja į miestą“ [ALR-9], „AA klubas yra. Tik rajono gyventojams jis yra nepatogus, nes susitikimai vyksta 19.00

val., po darbo, jiems nepatogu atvažiuoti iš rajono“ [ALR-5]. Gana skeptiškai vertinama ir AA klubų teikiamų paslaugų kokybė bei galimybė teikti efektyvią pagalbą: „vieniems patinka eiti [į AA susitikimus], kitiems nepatinka. Kiek žinau, Alytuje yra 2 AA klubai, kurie nemanau, kad yra tokie stiprūs padėti. Būna, kad žmonės nueina kelis kartus, pamato, kad ten per jauni ar per seni (turi daug pasiteisinimų, kodėl ten neis). Tokių atvejų, kad vyktų motyvuojantys savaitgalio susitikimai, nesu girdėjusi“ [ALR-3]. Kalbinti specialistai teigė, kad kontaktų tarp rajono socialinių paslaugų tiekėjų ir AA klubų praktiškai nėra.

Alytaus rajone pasigendama ilgalaikės reabilitacijos galimybių ir stacionarias paslaugas teikiančių reabilitacinių bendruomenių, o artimiausių bendruomenių reabilitacijos specifika ne visus tenkina (turima galvoje Pilnų namų bendruomenė, įsikūrusi Varėnos r.): „labai trūksta stacionarios reabilitacijos paslaugų. Mūsų regione viskas yra paremta religinio pobūdžio reabilitacija, o ne tradicine medicina. Žmogus blaivus, bet jis negali savo namų aplinkoje keistis. Reabilitacija – užsidarymas į tam tikrą bendruomenę pusmečiui, metam. Ten jam teikiam darbo terapija, psichoterapija, jie ten dirba, gyvena ir mokosi gyventi be priklausomybės“ [ALR-9].

Minėtas NVO dalyvavimo pagalbos priklausomiems asmenims sistemoje problemas kompensuoja aktyvios Alytaus rajono kaimo bendruomenės, kurios rengia projektus, skirtus papildomų paslaugų priklausomiems asmenims užtikrinimui, ir stengiasi įtraukti juos į pilnavertį bendruomenės gyvenimą: „Mes esame nedidelė žiedinė savivaldybė, pas mus labai aktyvios bendruomenės – tai NVO, dažniausiai asociacijos. Mes juos vadiname kaimo bendruomenėmis, jos rašo projektus. Pavyzdžiui, jų pagrindu kiekvienoje seniūnijoje yra įsikūrę bendruomeniniai šeimų namai. Jie teikia ir papildomo socialinio darbuotojo paslaugas, psichologo paslaugas, turi net mediacijos paslaugų dėl gėrimo ir pan. Kaimo bendruomenių yra virš 60, o aktyvių, dirbančių priklausomybių srityje apie 25-30. <...> Bendruomenės visada būna tos, kurios pačiumpa žmogų ir pasako, kad jam reikia blaivėti, arba kai juos parsiveždavau iš Minesotos programos. Juos svarbu įtraukti į darbą, renginius, tai bendruomenės ir daro, padeda“ [ALR-9].

Tyrimo dalyvių paklausus, kuris iš pagalbos priklausomiems asmenims etapų – prevencija, intervencija ar reabilitacija – jų manymu, yra labiausiai išplėtotas savivaldybėje, buvo išsakyta nuomonė, kad **labiausiai išplėtotos intervencinės paslaugos.**

Apskritai, vertinant psichoaktyvias medžiagas vartojantiems asmenims teikiamų paslaugų organizavimą Alytaus rajono savivaldybėje, tyrimo dalyviai išreiškė nuomonę, pasirinktas pagalbos modelis yra optimalus, o priklausomybių koordinatoriaus – didelis privalumas: „tose savivaldybėse, kurios yra pažengusios priklausomybių mažinimo srityje, yra kažkoks koordinatorius (arba įstaiga, arba vienas žmogus), <...> Lyginant su visa Lietuva, [Alytaus r. modelis] pakankamai geras. Matom paslaugų trūkumą, kurių negalime išspręsti savivaldybės lygmeniu“ [ALR-9].

PSICHOAKTYVIAS MEDŽIAGAS VARTOJANTIEMS ASMENIMS TEIKIAMŲ PASLAUGŲ TOBULINTINI ASPEKTAI

Aptariant paslaugų priklausomiems asmenims tobulintinus aspektus pažymėta, kad viena iš problemų – tai geresnis teikiamos **pagalbos tęstinumo**, gavus gydymo paslaugas, užtikrinamas. Didelė dalis žmonių po priklausomybės gydymo neduoda grįžamojo ryšio, o informacijos iš gydymo įstaigų stoka riboja tolimesnių socialinių bei reabilitacijos paslaugų teikimo galimybes. Pavyzdžiui, pasigendama gydymo įstaigų rekomendacijų dėl post-stacionarinių paciento veiksmų: *„Galėtų būti planai mėnesiui ar dviem, kokie žingsniai tam žmogui būtų naudingi. Juk jis išeina pasimetęs, nežino ką daryti. <...> Paprastai žmonės po gydymo jaučiasi atbuvę tą didįjį žingsnį ir mano, kad viskas bus gerai, jie nelabai suvokia, kad gali atkristi“* [ALR-2].

Kita problema buvo siejama su **teikiamų paslaugų prieinamumu, savalaikiškumu**. Pažymėta, kad priėmimo stacionariam gydymui (psichiatrinėje ligoninėje ar Priklausomybės ligų centre) dažnai **tenka laukti**, o priklausomybės atveju tai rizikinga: *„Siuntimo reikia [norint patekti į stacionarą]. Problemų pakliūti pas psichiatrą nėra, bet, gavus siuntimą, reikia sulaukti eilės atsigulti. Kai žmogus pasiryžta keistis, tada jis turėtų gavęs iš psichiatro siuntimą, jau kitą dieną važiuoti į stacionarą, o ne po savaitės“* [ALR-1].

Papildomų sunkumų sukelia ir tai, kad sunkiai prieinamos priklausomų asmenų **išblaivinimo paslaugos**. Tyrimo dalyviai šią problemą iškėlė kaip itin aktualią: *„didelė problema yra detoksikacija [turimas omenyje išblaivinimas]“* [ALR-1], *„Detoksikacijos [išblaivinimo] kabineto [trūksta], kur galėtume žmones iš karto detoksikuoti“* [ALR-9], *„O detoksikacijos stacionaro apskrityje nėra – išblaivinti žmogaus nėra galimybės (oficialiai, nes neoficialiai galima paprašyti sesutės). Tai yra didelė problema, jau daug metų rašom į ministeriją, kad būtų praplėstas detoksikacijos aprašas“* [ALR-6]. Išblaivinimas lengviau prieinamas kaip mokama paslauga, kuri yra pakankamai brangi, tačiau kalbinti specialistai akcentavo, kad finansinė pusė nėra barjeras, kadangi savivaldybės Priklausomybių mažinimo programa leidžia šias išlaidas padengti, sudėtinga tai, kad tenka laukti, nes ir mokamų paslaugų prieinamumas yra ribotas: *„Tai brangi paslauga. Savivaldybė jau beveik 10 m. yra pasiryžusi finansiškai prisidėti, bet ne piniguose esmė – o eilėse ir lovose“* [ALR-6]. Kita vertus, esant būtinosios medicinos pagalbos indikacijoms, pacientui gali būti suteikta pagalba ir sunkaus girtumo atveju, todėl buvo sakoma, kad *„kartais tenka ir apgaudinėti“*, siekiant, kad dėl užsitęsusio alkoholio vartojimo sunkioje būklėje esančiam žmogui būtų suteikta pagalba: *„Girtų jie [Žiegždrių psichiatrinė ligoninė] nepriima, nebent jis ketina sau arba aplinkai kažką padaryti. <...> Jei žmogų veža su įrašu, kad jis ketina žudyti, tai jį priims bet kokios būklės.“*

<...>. Jei žmogus tiesiog girtas, tai jam neteiks jokių paslaugų, gali net apmokestinti <...> Didžioji problema Lietuvoje – kad šiaip girtų niekas neblaivina, jei žmogus yra nepiktybinis, kuris tiesiog geria“ [ALR-9].

Keliant specialistų, dirbančių su psichoaktyvias medžiagas vartojančiais asmenimis, **kompetencijų pakankamumo** klausimą, buvo sakoma, kad pirmiausiai svarbu keisti požiūrį į priklausomybę turinčius asmenis. Buvo pateiktas pavyzdys, kuris atskleidė, kad neigiamos paslaugas tiekiančių specialistų nuostatos mažėja, bet jos vis dar išlieka: „Pas mus yra 11 seniūnijų. Kiekvienoje yra po du socialinius darbuotojus. Kai 2012 m. pradėjome [priklausomybių mažinimo veiklą], tai juos susikvietėme ir pasakėme, kad dabar padėsime priklausomiems žmonėms lipti iš alkoholio liūno. Kokie 4 darbuotojai pasakė, kad jie geriau išeis iš darbo, negu tai darys (juo labiau, kad tai neįrašyta į jų pareigybę, tai labiau savanorystė, kompleksinis požiūris). Kokie 4-6 sakė, kad padarys, ką liepsim, bet geriau, kad nereikėtų. Kiti 6 buvo tie, kurie iš karto pradėjo geranoriškai tą darbą dirbti: mokytis, stengtis. Po 10 m. dabar yra taip: 60 proc., kurie išmoko ir nori dirbti, o 40 proc. – priešingai“ [ALR-9].

Taip pat buvo pripažinta, kad būtini specializuoti (pagalbos teikimo priklausomiems asmenims) mokymai, nes atvejo vadybininkams, dirbantiems su priklausomais žmonėmis, ne visada pakanka gebėjimų, būtinų užmegzti kontaktą, motyvuoti gydytis, ar žinių, kur nukreipti savo klientą: „Kai mes 2011 m. pradėjome [įgyvendinti savivaldybės Priklausomybių mažinimo programą], pirmiausia pasidarėme apklausą: apklausėme visus seniūnus, socialinius darbuotojus, bendruomenių pirmininkus, seniūnaičius. Klausėm, ką jie darytų, jei pas juos ateitų žmogus ir saktų, kad negali sustoti gerti? Ar jie galėtų padėti, motyvuoti? Ar žinotų, kur kreiptis? Kai susiskaičiavome rezultatus, buvome pakraupę – žmonės nieko nežinojo. <...> Organizavome kursus, kėlėme kompetenciją, kad žmonės galėtų prieiti prie geriančio, mokėtų motyvuoti. Bet jei socialinis darbuotojas neturi specializacijos ir jo darbas yra dirbti su pašalpomis <...> Neapmokytam sekasi blogiau“ [ALR-9].

PASIŪLYMAI IR REKOMENDACIJOS DĖL PAGALBOS SISTEMOS (vartojantiems psichoaktyvias medžiagas ir turintiems priklausomybę asmenims) PRIEINAMUMO DIDINIMO, INTEGRUOTUMO STIPRINIMO

Tyrimo dalyvių nuomone, Alytaus rajono socialinės pagalbos priklausomybę nuo psichoaktyvių medžiagų turintiems asmenims sistema gali būti vertinama kaip vienas iš sektinų pavyzdžių pagal jos prieinamumą bei integruotumą. Tai siejama su savivaldybėje įgyvendinama

Priklausomybių mažinimo programa ir su jos rėmuose sukurta priklausomybių koordinatoriaus pareigybe.

Didžiausios problemos matomos socialinės paramos tiekėjų ir sveikatos apsaugos institucijų bendradarbiavimo stygiuje, kurį sąlygoja ribotos dalinimosi informacija galimybės. Todėl buvo siūloma inicijuoti valstybės lygio pokyčius ir „*derinti teisės aktus*“ [ALR-1].

Kita vertus, siekiant užtikrinti priklausomų pacientų gydymo tvarumą, buvo siūloma įvesti tvarką, pagal kurią po stacionaraus gydymo būtų privaloma tęsti palaikomąsias bei reabilitacines paslaugas: „*Gal tiesiog turėtų būti dar vienas privalomas žingsnis, kad po stacionaraus gydymo būtų tęsiamos paslaugos, o ne jie nuspręstų nori, ar ne*“ [ALR-1].

APIBENDRINIMAS

- Alytaus r. savivaldybėje įgyvendinama Priklausomybių mažinimo programa vertinama kaip veiksmingas įrankis, leidžiantis didinant šių paslaugų prieinamumą (leidžia padengti išlaidas, susijusias su transportu, kitomis mokamomis paslaugomis) bei koordinavimą (programos priklausomybių koordinatoriaus pareigybė). Manoma, kad bet kokios savivaldybės pažangą priklausomybių mažinimo srityje lemia priklausomybių koordinatoriaus (įstaigos ar vieno žmogaus) turėjimas.
- Didžiausias bendradarbiavimo ir keitimosi informacija stygius įžiūrimas tarp socialinių paslaugų tiekėjų ir sveikatos apsaugos institucijų, kas didele dalimi siejama su Asmens duomenų apsaugos įstatymo apribojimais. Galimybių gauti informaciją iš gydymo įstaigų stoka tampa barjeru socialiniams darbuotojams teikti tęstinę pagalbą priklausomybe sergantiems asmenims. Todėl, viena vertus, tikslinga būtų sukurti tokią paslaugų teikimo tvarką, kuri numatytų socialines paslaugas teikiančių specialistų įtraukimą į asmenų, kuriems galima teikti informaciją, sąrašą. Kita vertus, svarbu būtų socialinės apsaugos ir sveikatos priežiūros sistemos institucijoms apsibrėžti informacijos keitimosi mechanizmą ir galimos teikti informacijos ribas bei skatinti darbuotojus pagalbos procese įvertinti paties kliento galimybes ir įgalinimą informacijos teikimui tokiomis apimtimis, kurios jam atrodo reikalingos.
- Paplitęs neigiamas visuomenės požiūris į priklausomybes turinčius asmenis iš vienos pusės, tampa barjeru psichoaktyvias medžiagas vartojantiems asmenims kreiptis pagalbos, iš kitos pusės, demonstruoja nepakankamą socialinę pagalbą teikiančių specialistų kompetenciją.

Todėl aktualu būtų daugiau dėmesio skirti visuomenės sąmoningumo didinimui, įtvirtinant požiūrį, kad tai liga, kurią būtina gydyti.

- Socialines paslaugas teikiantiems specialistams, dirbantiems su priklausomais žmonėmis, ne visada pakanka gebėjimų, būtinų užmegzti kontaktą, motyvuoti gydytis, ar žinių, kur nukreipti savo klientą. Todėl atvejo vadybininkams, kitiems socialiniams darbuotojams tikslinga organizuoti specializuotus mokymus, gilinant žinias apie pagalbos teikimo priklausomiems asmenims ypatumus.
- Kritiškai vertinama Psichikos sveikatos centro teikiamų paslaugų kokybė. Vertinama, kad Psichikos sveikatos centro gydytojai, psichologai atsainiai žiūri į priklausomybėmis sergančius pacientus, mažai dėmesio skiria šių pacientų tolimesnei reabilitacijai. Todėl tikslinga būtų didinti ne tik socialinių paslaugų tiekėjų, bet ir psichikos sveikatos centrų darbuotojų kompetencijas, suteikiant daugiau informacijos apie socialinių tarnybų / įstaigų didesnio įtraukimo į gydymo/pagalbos planą galimybes.
- Alytaus r. savivaldybės Visuomenės sveikatos biure teikiamos priklausomybių konsultanto paslaugos vertinamos kaip ribotos, mažai naudingos ir gana formaliai atliekamos. Todėl svarbu, kad Visuomenės sveikatos biuras daugiau dėmesio skirtų kompetentingo priklausomybių konsultanto paieškai ir, išsamiai susipažinęs su priklausomybės konsultavimo paslaugų teikimo tvarkos aprašu⁸, aiškiai apibrėžtų būtinąs įgyvendinti funkcijas.
- Alytaus rajono kaimo bendruomenės aktyviai prisideda prie pagalbos priklausomiems asmenims teikimo. Tačiau kitų NVO (AA grupės, reabilitacinės bendruomenės), kurios ypač efektyvios socialinės reabilitacijos bei pagalbos tęstinumo požiūriu, galimybės išnaudojamos nepakankamai. Tikslinga būtų palaikyti glaudesnius ryšius su Alytaus mieste veikiančiomis AA grupėmis, stengiantis atstovauti rajono priklausomybes turinčių žmonių interesus ir platesniu (Lietuvos) mastu ieškoti tinkamų ilgalaikės reabilitacijos paslaugų tiekėjų.
- Nepakankamas išblaivinimo paslaugų prieinamumas apsunkina kritinėje būklėje esančiam žmogui (dėl užsitęsusio psichoaktyvių medžiagų vartojimo) suteikti pirminę pagalbą, taip pat riboja galimybes patekti į stacionaraus gydymo įstaigas.

⁸ Dėl priklausomybės konsultavimo paslaugų rizikingai ir žalingai alkoholi vartojantiems asmenims teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo <<https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalAct/lt/TAD/8bb6da11b4ca11e8aa33fe8f0fea665f?jfwid=q8i88lp51>>

- Nepakankamas stacionaraus gydymo paslaugų (psichiatrinėje ligoninėje ar Priklausomybės ligų centre) prieinamumas bei savalaikiškumas dėl didelių eilių ir vietų trūkumo. Ši problema ypač aktuali, kadangi psichoaktyvias medžiagas vartojantiems asmenims dažnu atveju pagalbos skubumas gali kompensuoti motyvacijos trūkumą. Iš dalies problemos sprendimą palengvintų didesnis savivaldybių specialistų informuotumas apie planinės medicininės pagalbos organizavimo ypatumus ir įrankius, kurie padėtų dirbti su laukiančiu eilėje gydymui asmeniu.

4. IGNALINOS RAJONO SAVIVALDYBĖ

INFORMACIJOS (susijusios su pagalba psichoaktyvias medžiagas vartojantiems asmenims) TEIKIMO MECHANIZMAI SAVIVALDYBĖJE

Aiškinantis, kaip yra sužinoma apie priklausomą nuo psichoaktyvių medžiagų asmenį, kuriam reikia paslaugų, buvo teigiama, kad socialiniai darbuotojai pirmiausiai informacija sužino iš Vaiko teisių apsaugos skyriaus: „Pirmiausia informaciją gauname iš Vaiko teisių apsaugos skyriaus, nes dažniausi pažeidimai būna šeimoje“ [IR-1]. Tačiau būna, kad informaciją pateikia patys socialiniai darbuotojai, bendruomenės gyventojai, kaimynai ar mokyklos pedagogai: „Pasitaiko, kad gauname informaciją iš socialinių darbuotojų, iš bendruomenės gyventojų, kaimynų, mokyklos pedagogų“ [IR-1]. Visus kitus paslaugų teikėjus informacija daugiausiai pasiekia jau per socialinius darbuotojus ir atvejo vadybininkus: „Daugiausia pasiekia per socialinius darbuotojus. Atvejo vadybininkai siunčia pas priklausomybių konsultantą“ [IR-4]. Priklausomybių konsultantui klientus siunčia ne tik socialiniai darbuotojai, bet ir Probacijos tarnyba, seniūnai, draugai, artimieji: „Dažnai siunčia Probacija, būna, kad pasiūlo seniūnas, socialinė darbuotoja, draugai, artimieji“ [IR-5]. Pastebima, jei priklausomas asmuo pats ateina, jis yra labiau motyvuotas, jam lengviau padėti: „Kai žmogus ateina pats, jis būna motyvuotas, dirbti lengviau“ [IR-5].

Aptariant, kaip asmenys, kuriems reikia pagalbos, sužino apie galimas paslaugas, ši tema tyrimo metu nebuvo išplėtotą. Galima numanyti, kad informaciją priklausomiems asmenims suteikia pirmosios tarnybos sureagavusios į iškilusią problemą: Vaikų teisių apsaugos tarnyba, policija, seniūnijų ir Socialinių paslaugų centro socialiniai darbuotojai, mokyklų pedagogai ar socialiniai darbuotojai: „jei sutinkame vienišą žmogų, vartojantį alkoholį, turintį priklausomybės problemą, pasiūlome, pasakome, kur rasti pagalbą“ [IR-7]. Tačiau pastebima, kad gana dažnai informacija sklinda iš lūpų į lūpas: „Ratas jau užsisukęs, vieni per kitus ateina“ [IR-5].

Taip pat informacija pateikia susijusių įstaigų svetainėse. Savivaldybės svetainėje yra pateiktas Ignalinos rajono savivaldybės paslaugų šeimoms, auginančioms vaikus ir susiduriančioms su įvairiais rizikos faktoriais ar išgyvenančioms krizę, žemėlapis. Jame išvardinti visi socialinių ir medicinos paslaugų tiekėjai ir jų teikiamos paslaugos. Taip pat pateikiama informacija apie naujoves socialinių paslaugų srityje, pavyzdžiui, apie abi emocinės pagalbos vyrams linijas: „Vyru linija“ ir „Nelik Vienas“. Ignalinos r. Visuomenės sveikatos biuro svetainėje pateikiama informacija apie priklausomybių konsultanto paslaugas bei privalomus mokymus apie alkoholio ir narkotikų

žalą žmogaus sveikatai asmenims, padariusiems teisės pažeidimus neblaiviam arba apsvaigusiam nuo narkotikų, vaistų ar kitų svaigųjų medžiagų. Didžiasalio vaikų globos ir paramos šeimai centro svetainėje pateikiama informacija apie teikiamas paslaugas ir vykdomus projektus, pavyzdžiui, apie projektą „Alkoholio, tabako ir kitų psichoaktyvių medžiagų prevencijos priemonės moksleiviams“, finansuojamą Ignalinos rajono savivaldybės visuomenės sveikatos rėmimo specialiosios programos lėšomis.

Aiškinantis, **kaip keičiamasi informacija apie priklausomus asmenis tarp skirtingų paslaugų tiekėjų**, buvo pastebima, kad nors yra apribojimų informacijos keitimuisi, tačiau tiek Probacijos tarnyba, tiek medicinos įstaigos informaciją, kiek jos galima suteikti, suteikia: „*Jie [Probacijos tarnyba] vadovaujasi savom tvarkom, savais aprašais ir kiek jie gali suteikti informacijos, tiek suteikia*“, „*Kas liečia šias [medicinos] įstaigas, jie vadovaujasi savo tvarkomis, dažnai negali atskleisti duomenų dėl duomenų apsaugos*“ [IR-9].

SAVIVALDYBĖS SOCIALINIO IR SVEIKATOS SEKTORIAUS TEIKIAMŲ PASLAUGŲ (susijusių su pagalba psichoaktyvias medžiagas vartojantiems asmenims) IR JŲ KOKYBĖS VERTINIMAS

Nustatant, **kokios institucijos ir/ar organizacijos** teikia savivaldybės gyventojams paslaugas, susijusias su priklausomybėmis, buvo išvardintos šios institucijos ir organizacijos:

- Vaiko teisių apsaugos tarnybos Utenos skyrius, kuris tiesiogiai susiduria su pranešimais apie vaiko teisių pažeidimus;
- Probacijos tarnyba;
- Ignalinos rajono Socialinių paslaugų centras, teikiantis paslaugas ne tik šeimoms su nepilnamečiais vaikais, bet ir vienišioms ar neturintiems nepilnamečių vaikų;
- Savivaldybės Tarpinstitucinio bendradarbiavimo koordinadoras ir Vaiko gerovės komisija;
- Savivaldybės Visuomenės sveikatos biuras, turintis priklausomybių konsultantą;
- Švietimo pagalbos tarnyba, turinti psichologą;
- Didžiasalio vaikų globos ir socialinės paramos šeimos centras;
- Carito Vaikų dienos centras, kuriame dirbama su vaikais ir jo tėvais, pagal galimybes suteikiama psichologo konsultacija;
- Gelbėkim vaikus organizacija, kuri užsiima pagalba konkrečioms šeimoms, labdara;
- Maltos ordino tarnyba, dirbanti su neįgaliais ir senyvo amžiaus žmonėmis;
- VšĮ „Meikštų dvaras“ – Priklausomybių reabilitacijos centras;

- Vienas Anoniminių alkoholikų klubas;
- Anksčiau buvo moterų draugija, bet dabar neveikli.

Aptariant socialinių paslaugų teikimą priklausomiems asmenims, visų pirma buvo kalbama apie vykdomas **prevencines priemones vaikams**, kurias paskiria savivaldybės Vaiko gerovės komisija: „*Aiškinamės situaciją šeimoje: ar vykdoma atvejo vadyba, ar dirba su šeima socialiniai darbuotojai, kokios charakteristikos iš mokyklos. Tada kviečiame į vaiko gerovės posėdį, bendraujame su vaiku ir jo tėvais, ieškome priemonių, kurias galime pasiūlyti. Dažniausiai siūloma psichologo pagalba, socialinio pedagogo – kas yra numatyta minimalios ir vidutinės priežiūros įstatyme*“ [IR-5]. Paskiriant minimalią priežiūrą, ją vykdo Socialinių paslaugų centro ir seniūnijų socialiniai darbuotojai, socialiniai pedagogai: „*Jos vykdytoja kartais būname mes, kartais socialiniai pedagogai, seniūnijų socialiniai darbuotojai*“ [IR-9]. Su vaikais prevenciškai kalbasi psichologas: „*Jei kalbėtume apie moksleivius, tai su kai kuriais tenka susitikti, kai kurie būna dėkingi už grupes. Kartais susiduriame su vaikais, kurie nežino apie žalą, pavyzdžiui, elektroninių cigarečių. <...> Jie priklausomybių nelaiko problema, mano, kad tai laikina, įdomus laisvalaikio praleidimas*“ [IR-2].

Ankstyvosios intervencijos programą savivaldybėje vykdo Švietimo pagalbos tarnyba ir Visuomenės sveikatos biuras. Ši programa skirta 14-21 metų jaunuoliams, eksperimentuojantiems su alkoholiu bei psichotropinėmis medžiagomis. Apskritojų stalo diskusijos, organizuotos 2020 m. gegužės 11 d. metu, buvo įvadinta jaunuolių surinkimo į šios programos grupes problema: „*Įdomiausia yra tai, kad rajone neatsiranda tokių jaunuolių, nors problema yra*“ [Apskritojų stalo diskusijos medžiaga]. Tyrimo dalyviai teigė, kad ankstyvosios prevencijos programą reikia ankstinti, nes eksperimentavimas jau vyksta 11-12 m. vaikų tarpe: „*Man atrodo, kad kiekvienoj mokykloj tokia problema yra, ji darosi skaudesnė, jaunesnė. Anksčiau vaikai rūkyti pabandydavo 14 metų, o dabar jau 4-5 klasėje pabando*“ [IR-8].

Tyrimo dalyviai iškėlė problemą, kad bendradarbiauti su mokyklomis vykdančią šią programą yra sudėtinga, jos abejingos arba net pradeda slėpti eksperimentuojančių su psichoaktyviomis medžiagomis jaunuolių atvejus: „*Kai rinkau kitas grupes, vien tik prašymo neužteko. Teko į mokyklas siųsti raštus. Susidūriau su tokia padėtimi, kad mokyklos pradėjo slėpti tokius moksleivius*“ [IR-8]; „*Būna, kad prašome ir mokyklos atstovų, kad primintų vaikams, bet justų jų abejingumas*“ [IR-2]. Sėkmingiau vyko bendradarbiavimas su Didžiasalio globos namais, kurie pasirūpino atvežti tuos jaunuolius: „*Sėkmingiausia patirtis buvo, kai bendradarbiavome su Didžiasalio globos namais <...>. Kai jie suorganizavimo vaikų atvežimą, indėlis buvo labai didelis, tai mums tereikėjo atidirbti savo darbą*“ [IR-8]. Manoma, kad prie programos sėkmės galėtų

prisidėti mokyklų geranoriškumas ir pagalba: „Daug ką reiškia, kai yra talkininkų: kaip mokykla priima, kiek įsitraukia socialinis darbuotojas. Šiuo atveju jis atveždavo vaikus, kartu pabūdavo, neprapultų per pertrauką“ [IR-2].

Manoma, kad mokyklas paskatinti bendradarbiauti galėtų savivaldybė, jos tarpinstitucinio bendradarbiavimo koordinatorius, paaiškinant, kad tai naudinga eksperimentuojantiems jaunuoliams: *„Jei būtų nusiskundimų, kad mokyklos nepriima (tokių negavau), tada būtų galima kalbėti kitu lygiu. <...> Jei prireiktų kažkokios pagalbos, tada būtų svarstoma su vadovais, ieškoma pagalbos“ [IR-4].*

Iš kitos pusės, teigiama, kad tokios ankstyvosios intervencijos programos, kokia yra dabar, nepakanka, ji turėtų trukti ilgiau, organizuoti daugiau pokalbių su psichologu: *„Ta grupė turėtų trukti ilgiau, o ne tik tuos kelis užsiėmimus. Arba juos tęsti, kai informacija susiguli. <...> Kartais pasijunti neturintis priemonių vaiko žalingam vartojimui stabdyti, tada ir lieka psichologas, jei jis nori, grupė, jei jis nori. O jei jis atsisako? Problema – maža pokalbių ir programos“ [IR-1].*

Teigiama, kad vienas pagrindinių paslaugų priklausomiems asmenims tiekėjų Ignalinoje yra stiprus **Socialinių paslaugų centras**: *„Kas liečia mūsų centro darbuotojus, mes esam komandoj, esam stipri komanda, dirbanti dėl vieno tikslo - padėti žmogui, šeimai“ [IR-9].* Pirmiausia jame nustatomas pagalbos poreikis ir, prireikus, pasitelkiami visi reikalingi specialistai: *„Pirmiausia, vertinamas poreikis gauti pagalbą. Atsižvelgiama į problemą, kuri dažniausiai būna priklausomybė. Tada sutelkiami specialistai, galintys padėti: psichologas, priklausomybės ligų konsultantas, mediatorius, motyvuojama“ [IR-9].* Jei pasitaiko atvejų, kai priklausomas asmuo neturi nepilnamečių vaikų, tai jam paslaugas teikia seniūnijų socialiniai darbuotojai: *„Jei yra žmogus, kuriam reikalinga tokia pagalba, tai seniūnijose yra socialiniai darbuotojai“ [IR-9]; „Kalbant apie vienišus suaugusius, jiems pagalbą siūlo seniūnijų socialiniai darbuotojai, seniūnai, tikrai yra sėkmės atvejų. Neabejingi būna ir bendruomenės nariai, kartais stebuklingai suveikia ir svetimo žmogaus žodžiai“ [IR-7].* Kiti tyrimo dalyviai nebuvo tokie tikri dėl pagalbos šiems asmenims suteikimo, nes nepavyksta motyvuoti kreiptis pagalbos: *„Vieniši asmenys gali būti nukreipiami, motyvuojami seniūnų, bendruomenės kompetencija. Motyvuoti priklausomą, bet to, nepripažįstantį žmogų, yra labai sunku. Tada seniūnai ar bendruomenės nuleidžia rankas ir palieka juos kapstyti kaip nori. <...> Kol kas nematau perspektyvos, kaip būtų galima išvystyti tas paslaugas“ [IR-4].*

Taip pat Socialinių paslaugų centras sistemina savo informaciją apie šeimų, kurioms teikiamos paslaugas, skaičių, pagrindines problemas: *„Žinom šeimų skaičių, pagrindines problemas, liečiančias šeimas“ [IR-9].* Prireikus, bendradarbiauja su kitų savivaldybių Socialinių paslaugų centrais: *„Būna, kad tėvai gyvena skirtingose savivaldybėse arba atvyksta į mūsų*

savivaldybę, tai tenka ir su kitomis bendradarbiauti“ [IR-9]. Be to, centras rašo vykdo susijusius su priklausomybių įveika projektus, pavyzdžiui, darbo užimtumo didinimo: „Jie ir projektus rašo, kaip tik apie darbo užimtumo didinimą. Yra įtraukti visi asmenys, turintys priklausomybių. Jiems duodami darbo drabužiai, jiems samdomas psichologas, aš, kaip sveikatos specialistė, teisininkas - kad jie turėtų kontaktus, atramą“ [IR-8]. Tačiau baiminamasi, kad neišliks šios paslaugos tęstinumo pasibaigus projektui: „Bet čia kaip su projektais – jie laikini“ [IR-8].

Priklausomybių konsultantas Ignalinos rajone yra vienas, kuris konsultuoja vieną dieną per savaitę: *„Turime priklausomybių konsultantę, kuri konsultuoja vieną kartą per savaitę“ [IR-8]. Manoma, kad to yra per mažai, be to, priklausomybių konsultantas neturi kompetencijų dirbti su vaikais ir tada nukreipiama arba pas psichologą, arba į Santariškių Vaikų krizių centrą: „Aš tam neturiu kompetencijos. Šiai sričiai reikia konsultantų, gerai būtų mokymai. Dabar su jais dirba tik psichologai. Jei į mane kreipiasi konsultuoti nepilnametį vaiką, tai nedrįstu, tada siunčiu pas psichologą, Santariškėse yra neblogas Vaikų krizių centras“ [IR-5].*

Prireikus gydymo paslaugų suaugę priklausomi asmenys nukreipiami į Ignalinos Psichikos sveikatos centrą: *„Nukreipiam į Ignalinos Psichikos sveikatos centro priklausomybių specialistui“ [IR-7]. Teigiama, kad priklausomiems asmenims nebūtina vykti į gydymo įstaigą, jei jam galima padėti medikamentiniu gydymu: „Yra naudojami medikamentiniai gydymai. Žmonės nebūtinai nuvyksta į gydymo įstaigą, bet sumažina alkoholio vartojimą, lankosi pas psichologą, psichiatrą“ [IR-5]. Prireikus stacionaraus gydymo, priklausomi asmenys nukreipiami į Priklausomybės centrus, tačiau matoma problema, kad Priklausomybės ligų centrai priima tik motyvuotus priklausomus asmenis ir į juos pakliūti sunku dėl didelių eilių: „Priklausomybės centrai priima tik motyvuotus“, „Nemanau, kad labai lengva, yra eilės“ [IR-5]. Ypač sunku pakliūti į Minesotos programą: „Ypač į Minesotos programą, reikia laukti 1-2 mėn. Per tą laiką gali praeiti noras, reikia pradėti iškart“ [IR-5]. Tačiau matoma, kad ji programa veiksminga: „Kas motyvuoja, tai išsiuntimas į programą, po jos grįžta psichologiškai stipresni“ [IR-2].*

Visgi didžiausia motyvacija siejama su tuo, kad iš šeimos paimami vaikai, ir tėvai stengiasi juos susigražinti: *„Būdavo, kad tėvus išsiunčia gydytis, o vaikas – į vaikų globos namus. Tada būna motyvas susigražinti vaikus“ [IR-2]. Taip pat manoma, kad padeda tai, jei priklausomi asmenys yra teismo įpareigoti lankytis pas priklausomybės konsultantus ar psichologus: „Labai gerai, jei yra, kas gali pasiūsti, pavyzdžiui, Probacijos tarnyba, teismo įpareigoti. Matosi, kad jie ateina, nes jiems liepta, bet tikimės, kad vis tiek kažkas įstringa jiems“ [IR-2]. Iš kitos pusės, toks požiūris iš dalies atskleidžia pagalbos teikėjų kompetencijų motyvuoti, sukurti ryšį su priklausomu asmeniu trūkumą.*

Pagalbos asmenims po gydymo tęstinumo užtikrinimas vyksta padedant priklausomybių konsultantui, psichiatrui ar psichologui: „*Jei jie pasinaudoja mano rekomendacijom, išvažiuoja į ligonines, reabilitacijos centrus, tai grįžę jie pas mane ateina, jie nepaliekami. Nuo jų priklauso, ar jie toliau lankysis*“ [IR-1]; „*Jei reikalinga psichiatro pagalba, tai dirba Psichikos sveikatos centrai. <...> Kalbant apie psichologą, tai stengiamės, kad tęstinės konsultacijos vyktų su tuo pačiu psichologu, kuris žino žmogaus problemą*“ [IR-9]. Taip pat padeda Socialinių paslaugų socialiniai darbuotojai motyvuodami, registruodami į Užimtumo tarnybą: „*Aišku, mes motyvuojam, tarpininkaujam, registruojantis Užimtumo tarnyboj. Jei atsiranda darbo pasiūlymas, tai kreipiasi į mus, klausia, ar žinome, kas norėtų dirbti. Yra tokių žmonių, tai jiems ir perduodam šią informaciją*“ [IR-9]. Tačiau pastebima, kad priklausomi asmenys be nepilnamečių vaikų tos tęstinės pagalbos nelabai gauna, patys nesikreipia ir po gydymo dingsta: „*O tie pavieniai, kurie ateina, tai ryšys dažniausiai nutrūksta. Anksčiau būdavo žmonių, kurie pas mane ateidavo, nes rekomendavo draugai, pamatė skelbimą. Aš jiems daviau rekomendacijas į PLC ir daugiau jų nemačiau. Buvo tokių, kurie paskambino iš ligoninės, bet paskui irgi pradingo*“ [IR-1].

Ignalinos rajone gana gausu **nevyriausybinių organizacijų**, tad matomas jų indėlis į pagalbą priklausomiems asmenims. Prie reintegracijos ir palaikymo daug prisideda anoniminių alkoholikų grupė: „*Tie žmonės, kurie grįžę sugeba atsilaikyti, tai dažniausiai susisiečia su AA grupe*“ [IR-4]; „*Pradėjo vienas ieškotis pagalbos, suradau žmogų iš AA, jis pakeitė gyvenamąją vietą. Su psichologo ir AA pagalba jis iki šiol (nuo pavasario) yra blaivus*“ [IR-5].

Yra stiprus Carito dienos centras, kuris teikia psichologines konsultacijas tėvams, suteikia maitinimą nepasiturintiems, kurių taip pat būna su priklausomybėmis: „*Turime pakankamai stiprų Carito dienos centrą, kur su vaikais užsiimama popamokine veikla, vaikams ir jų tėvams teikiamos psichologinės konsultacijos*“ [IR-9]; „*Organizuojame maitinimą vargingiems žmonėms arba turintiems poreikį, ateina žmonių su priklausomybėmis*“ [IR-3]. Yra „Gelbėkim vaikus“ organizacija, kuri padeda šeimoms, teikia labdarą: „*Yra Gelbėkim vaikus organizacija, bet jos veikla ribota. Užsiima pagalba konkrečioms šeimoms, labdara*“ [IR-4]. Su rizikos grupės jaunuoliais dirba Maltos ordinas: „*Taip pat yra Maltos ordinas, kuris jaunuolius neklaužadas pasiima, skatina savanorystę*“ [IR-9]. Pastebima, kad teigiamai veikia nepilnamečių išsiuntimas į Sveikuolių stovyklą, kurioje jie turi galimybę praplėsti akiratį, pamatyti kitokią aplinką nei namuose: „*Kalbant apie motyvavimą, siuntėm vaikus į sveikuolių stovyklą. Kita aplinka, kiti žmonės – kažkurį laiką veikė. Tęstinumas turi būti, bet ne toks įkyrus, bet toks kaip stovyklos ar pan.*“ [IR-4].

Aptariant bendradarbiavimą tarp paslaugas teikiančių institucijų, galima pastebėti, kad bendradarbiaujama atskirais klasteriais, fragmentiškai. Geriausiai vyksta bendradarbiavimas Socialinių paslaugų centro atveju, kai bendradarbiaujama su Vaikų teisių apsaugos tarnyba, Probacijos

tarnyba, savivaldybė, priklausomybių konsultantu, savivaldybė, nevyriausybėmis organizacijomis: „Bendradarbiavimas vyksta stipriai ir pakankamai glaudžiai. Kadangi tai mažesnis miestelis, ryšį užmegzti lengviau, specialistams sukontaktuoti, pastebėti paprasčiau“ [IR-9].

Didžiasalio vaikų globos ir socialinės paramos šeimos centras taip pat džiaugėsi bendradarbiavimu tiek su Visuomenės sveikatos biuru, tiek su Švietimo pagalbos tarnyba, vaikų teisių apsaugos tarnyba, savivaldybės Vaiko gerovės komisija ir pan.: „Aš tai džiaugiuosi. Jei reikia pagalbos, tai mums niekada neatsako VSB. <...> Jei reikia psichologinės pagalbos, dažnas pagalbininkas [iš Švietimo pagalbos tarnybos]. Jei vyresniem žmonėm – padeda [priklausomybių konsultantas]. Taip pat bendraujame ir su Vaiko teisėm. Jei yra problema, visada galime kreiptis į savivaldybės TBK, visada randame sprendimą“ [IR-1].

Sunkiau sekasi Visuomenės sveikatos biurui, kurio atstovai teigia, kad bendradarbiavimo nėra: „Mano akimis, situacija rajone yra liūdna, nes nėra tarpinstitucinio bendradarbiavimo. Kiekviena įstaiga dirba atskirtai“ [IR-8]. Tokia pati pozicija užfiksuota Apskritojo stalo medžiagoje, kurią ruošė Visuomenės sveikatos biuro atstovas: „Nėra bendradarbiavimo modelio. Organizacijos užtikrina funkcijų atlikimą tik savo kompetencijų ribose, neužtikrinant bendradarbiavimo tarp visų institucijų galinčių teikti pagalbą“ [Apskritojo stalo medžiaga]. Šiuo atžvilgiu sunku būtų pritarti, nes iš pasisakymų matyti, kad Visuomenės sveikatos biuras gerai sutaria su savivaldybe, turi ryšius su Socialinių paslaugų centru per priklausomybių konsultantą ir bendrą veiklą užimtumo skatinimo projekte, dirba su Didžiasalio vaikų globos ir socialinės paramos šeimos centru. Tokiu būdu fragmentiškas bendradarbiavimas vyksta, gal tik ne tokiu lygiu, kokie yra lūkesčiai.

Vertindami specialistų, dirbančių su psichoaktyvias medžiagas vartojančiais asmenimis, **kompetencijų pakankumą ir mokymų poreikį**, kalbinti tyrimo dalyviai teigė, kad mokymai yra labai reikalingi, ypačiai socialiniams darbuotojams, kuriems reiktų su priklausomybės ligomis susijusių bendrųjų ir psichologijos mokymų, motyvacijos kompetencijos kėlimo: „Žinoma, kad reikalingi. <...> “ Jų ypatingai reikėtų rajono, bendruomenių socialiniam darbuotojam“ [IR-8]; „Mokymai visada naudingi. Socialiniams darbuotojams reikėtų bendrųjų, psichologijos mokymų, nes būna tokių komentarų: „Kaip jis čia negali sustoti““ [IR-1]; „Visada yra kur tobulėti. Reiktų klientų motyvavimo kompetenciją sustiprinti. Kartais motyvuoji ir pritrūksta žodžių“ [IR-9]. Specialistų švietimo trūkumo problema buvo paminėta ir Apskritojo stalo diskusijoje: „Taip pat matoma specialistų, dirbančių su žmonėmis turinčiais priklausomybių, švietimo stoka“ [Apskritojo stalo diskusijos medžiaga].

PSICHOAKTYVIAS MEDŽIAGAS VARTOJANTIEMS ASMENIMS TEIKIAMŲ PASLAUGŲ TOBULINTINI ASPEKTAI

Kaip ir daugelyje savivaldybių, aptariant paslaugų priklausomiems asmenims tobulintinus aspektus, pirmiausia pabrėžiamas psichiatrių trūkumas: „*Trūksta psichiatrių, Ignalinoje ir Švenčionyse yra vienas atvažiuojantis. Kiek jis gali žmogui skirti laiko? 15 min.*“, „*Būtų gerai, kad būtų daugiau psichiatrių, kad dirbtų kasdien, nereiktų laukti*“ [IR-5]. Ypač trūksta specializuotų priklausomybių psichiatrių: „*Kiek man teko susidurti su psichiatrais, tai jie skirtingai specializuojasi. Vienų misija - paskirti vaistus, o kiti, jei mokėsi psichoterapijos, skiria laiko pokalbiams*“ [IR-2]; „*Būtų tikslingiau, kad su jais dirbtų priklausomybių psichiatras. Aš savo klientų paklausiu, nuo ko jie pradeda pokalbį, atėję pas psichiatrą. Būna, kad jie atėję pasako, kad jiems nemiga, nerimas tai psichiatras čia ir koncentruojasi. Pripažinti, kad yra alkoholikas, tai ne kiekvienas gali*“ [IR-5].

Labai trūksta priklausomybių specialistų nepilnamečiams: „*Problema dėl paauglių alkoholio vartojimo: vaikai nemotyvuoti priimti pagalbą, sudėtinga juos motyvuoti, nėra vaikų priklausomybės specialistų*“ [IR-7]; „*Motyvuoti vaiką, kuris yra dar nesubrendęs, yra dar sunkiau. Respublikos lygiu turėtų būti kažkas, kad mes padėtume vaikams sustoti, kol dar galime*“ [IR-5]; „*Labiausiai trūksta priklausomybių konsultantų vaikams*“ [IR-4]. Trūksta ir psichologų: „*Jų visada yra trūkumas. Norėtųsi daugiau psichologų pagalbos, kas liečia vaikus ir paauglius*“ [IR-9].

Taip pat norima, kad Priklausomybių konsultantas galėtų daugiau dirbti dienų per savaitę, ne tik vieną dieną: „*Priklausomybės ligų konsultanto, nes turime tokį, kuris dirba tik kartą per savaitę – galėtų dažniau atvykti*“ [IR-9]. Paminėta, kad dėl karantino daugelis konsultacijų vyksta nuotoliniu būdu, tačiau tai neužtikrina paslaugų prieinamumo, nes ne visos šeimos turi technines galybes: „*Kas liečia karantiną, norėtųsi, kad nuotolinis konsultavimas būtų labiau prieinamas, kokybiškesnės. Kartais tos pačios šeimos neturi techninių galimybių konsultuotis*“ [IR-9].

Apskritojo stalo diskusijoje buvo paminėta daugelis kitų savivaldybės problemų priklausomybės ligų įveikos srityje:

- Anonimiškumo problema,
- Švietimo specialistų aktyvesnio bendradarbiavimo poreikis,
- Klientų motyvavimas priimti pagalbą (ja pasinaudoti),
- Specialistų „kalbėjimas ta pačia kalba“ – kas padėtų?
- Informacijos „tekėjimas“ pagalbos teikėjų tinklo viduje,
- Pagalbos tęstinumo užtikrinimas,

- Specialistų pasirengimas teikti pagalbą priklausomiems (rizikingai vartojantiems) asmenims,
- Visuomenės švietimas (stigmatizavimo mažinimas, informavimas apie pagalbos galimybes ir pan.),
- Pagalba priklausomų asmenų šeimos nariams [Apskritojo stalo diskusijos medžiaga].

PASIŪLYMAI IR REKOMENDACIJOS DĖL PAGALBOS SISTEMOS (vartojantiems psichoaktyvias medžiagas ir turintiems priklausomybę asmenims) PRIEINAMUMO DIDINIMO, INTEGRUOTUMO STIPRINIMO

Vienas iš pasiūlymų buvo siejamas su bendradarbiavimo paskatinimu per bendradarbiavimo tarp paslaugų tiekėjų sutarčių sudarymu: „*Be bendradarbiavimo sutarčių nieko nebus*“ [IR-8].

Taip pat siūloma įkurti daugiau Priklausomybės ligų centrų šalyje, siekiant sumažinti eiles: „*Kad būtų įkurta daugiau PLC, kurie būtų nors kiekvienoj srity, ir kad būtų numatyta eilutė toms paslaugoms apmokėti būtent iš valstybės*“ [IR-4]. Taip pat siūloma spręsti detoksikacijos prieinamumo problemą, įteigiant detoksikacijos centrus kiekviename apskrityje ar net rajone: „*Būtų gerai, kad kiekviena apskritis ar net rajonas, turėtų savo detoksikacijos centrą. Dažnai susiduriu su ta problema. Dėl detoksikacijos kartais tenka palaukti kelias dienas, o ją reikia daryti čia ir dabar. Taip pat ne visi turi pinigų detoksikacijai*“ [IR-5]; „*Detoksikacijos paslaugos turėtų būti surištos su ligonine, bet su jais turbūt per daug problemų bendrai su visais*“ [IR-4].

Buvo paminėta, kad reikėtų organizuoti daugiau užimtumo paaugliams, siekiant sumažinti jų eksperimentavimo su psichoaktyviomis medžiagomis mastus: „*Gerai būtų didesnis užimtumas paaugliams*“ [IR-9].

Manoma, kad labai reikia pavežėjimo paslaugos, kuria kitose savivaldybėse suteikia Socialinių paslaugų centrai ar seniūnijos iš savivaldybės priklausomybės ligų įveikos programų lėšų: „*Reikia organizacijos, kuri nuvežtų, žmonės sugaištą daug laiko, kol nuvyksta, grįžta. Taip pat jie neturi pinigų nuvykti pas specialistus, nes pas mus dideli atstumai*“ [IR-4].

APIBENDRINIMAS

- Stiprioji Ignalinos rajono savivaldybės pusė yra stiprus Socialinių paslaugų centras, kuris glaudžiai bendradarbiauja su daugeliu paslaugų tiekėjų, turi išplėtotą seniūnijų socialinių darbuotojų, kurių funkcija yra rūpintis nepilnamečių vaikų neturinčiais priklausomais asmenimis, tinklą, pats inicijuoja darbinio užimtumo didinimo projektus. Visuomenė

sveikatos biuras tokio įdirbio neturi, tad jei būtų svarstoma įsteigti priklausomybės ligų įveikos paslaugų koordinatoriaus pareigybę, geriau šią pareigybę steigti Socialinių paslaugų centre arba savivaldybės administracijoje.

- Nors savivaldybėje paslaugas priklausomiems teikiančios institucijos žodžiu informuoja priklausomus asmenis apie teikiamas paslaugas, yra sudarytas socialinių paslaugų žemėlapis, informacija teikiama šių institucijų svetainėse, galima būtų daugiau skirti dėmesio informavimui tiek pristatant teikiamas paslaugas kitoms pagalbą teikiančioms institucijoms (nuvykstant ar siunčiant naujienlaiškius), tiek patiems priklausomiems asmenims ar jų artimiesiems, bendruomenės nariams, pavyzdžiui skelbimų, lankstinukų būdu, juos pakabinant ar padedant bendruomenės lankomose vietose. Lankstinukai galėtų būti ir paprasčiausias ir laiko nereikalaujantis būdas padėti gydytojams supažindinti su galimomis paslaugomis rizikos grupės pacientus ar jų šeimos narius.
- Reikėtų stiprinti prevencijos veiklas ugdymo įstaigose, į kurias būtų įtraukti mokyklų socialiniai darbuotojai, socialiniai pedagogai ir psichologai bei Švietimo pagalbos tarnyba. Kitose savivaldybėse pasiteisina bendros prevencinės veiklos kartu su policija, kuri dažnai pati turi prevencinių priemonių planus. Taip pat galima būtų pritraukti inovatyvias prevencines priemones teikiančias nevyriausybinės organizacijas, kurios, pavyzdžiui, naudoja socialinio teatro metodą ir pan. Taip pat siūloma sustiprinti prevencinę veiklą per vaikų ir jaunimo užimtumo didinimą popamokinėje veikloje, organizuojant vasaros ar atostogų stovyklas. Tokios prevencinės priemonės galėtų būti apmokomos iš savivaldybės sveikatos stiprinimo programos ar kitų fondų lėšų.
- Reikėtų pritraukti į savivaldybę reikiamų pagalbos teikimui specialistų. Jei kol kas pritraukti psichiatrus, ypač kurie specializuojasi vaikų gydyme, yra sunku visos šalies mastu, tai galima pasirengti savo priklausomybių konsultantų ar pritraukti psichologų, kurių kitose savivaldybėse netrūksta.
- Reikėtų kelti turimų specialistų kompetencijas teikiant paslaugas priklausomiems asmenims ir jų artimiesiems, organizuojant priklausomybės ligų bendruosius mokymus, motyvavimo mokymus ir pan.
- Reikėtų daugiau dėmesio skirti priklausomų asmenų socialinės reintegracijos paslaugoms, užtikrinti paslaugų tęstinumą, numatyti veiklos planus. Pasinaudoti kitų savivaldybių gerąja patirtimi ir, pavyzdžiui, organizuoti po gydymo grįžusiems priklausomiems asmenims bendras veiklas, įtraukimą į bendruomenės renginius, savanorystę ir pan. Tam pasitarnautų

atvejo vadybos būdo taikymo išplėtimas priklausomiems asmenims, kurie neturi nepilnamečių vaikų – yra vieniši ar jų vaikai jau užaugę.

- Būtina organizuoti paslaugas priklausomų asmenų artimiesiems, kurie galėtų daugiau prisidėti prie po gydymo sugrįžusiųjų reintegracijos sėkmės.
- Savivaldybei patartina parengti priklausomybės ligų įveikos programą, kuri numatytų paslaugų teikimo funkcijas, bendradarbuavimą ir lėšas paslaugoms (pvz., psichologo ar kt. specialistų konsultacijoms, specialistų mokymams, pavežėjimui ir pan.). Tų savivaldybių, kurios tokias programas yra pasitvirtinusios, pagalbos sistema veikia geriau.
- Taip pat savivaldybei siūloma aktyvinti ir tinkama linkme (pvz., prevencijos ir reintegracijos paslaugoms) nukreipti vietos nevyriausybinių organizacijų veiklą, organizuojant projektų konkursus ir finansuojant reikiamas paslaugas. Prireikus, kviestis inovatyvias NVO iš kitų regionų, kurios galėtų tiek prarasti įdomesnes, interaktyvias ir patrauklias veiklas, tiek paskatinti vietos organizacijas būti kūrybiškomis ir patraukliomis.

5. KAUNO MIESTO SAVIVALDYBĖ

INFORMACIJOS (susijusios su pagalba psichoaktyvias medžiagas vartojantiems asmenims) TEIKIMO MECHANIZMAI SAVIVALDYBĖJE

Tyrimo metu buvo siekta išsiaiškinti, **kaip yra sužinoma apie asmenį, kuriam reikia paslaugų**. Remiantis 2020 m. gegužės 13 d. įvykusio apskritojo stalo diskusijos „Integruotų priklausomybės ligų gydymo paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimas“ ataskaita, asmenys, kuriems reikalinga pagalba, patys ieško informacijos ir kreipiasi į priklausomybių konsultantus, Visuomenės sveikatos biurą, Respublikinį priklausomybių ligų centrą, savipagalbos grupes ir kt. Tačiau interviu ir fokus grupės dalyviai atkreipė dėmesį, kad priklausomi asmenys patys pagalbos kreipiasi gana retai, dažniausiai artimosios aplinkos paraginti: *„Per 2020 m. turėjom vieną skambutį, kai prašė pagalbos...“ [KR-4], „nedaug būna tų atvejų, kai ateina patys, kreipiasi, gal šiek tiek paraginti savo šeimos narių“ [KR-9].*

Vaiko teisių apsaugos skyriaus tarnybai ir Probacijos tarnybai reikšmingas informacijos apie priklausomus asmenis šaltinis – policija. Vaiko teisių apsaugos skyriaus atstovė pastebėjo, kad, nagrinėjant vaiko teisių pažeidimus, būtent policijos informacija leidžia nustatyti esamas priklausomybės problemas: *„Atkreipiame dėmesį ir į informaciją, kurią gauname iš policijos būtent apie girtumo laipsnį ir tada turime pagrindą manyti, kad šiem žmonėms yra reikalinga pagalba“ [KR-2].*

Probacijos tarnybos atstovas pabrėžė, kad, remiantis policijos surinkta informacija, pati tarnyba be teismo įpareigojimo gali priimti sprendimą, jog asmeniui reikalinga pagalba: *„Jei mes matom, kad veikos padarytos apsvaigus, tačiau žmogus šių įpareigojimų neturi, <...> mes priimam sprendimą, kur tą žmogų dar galime nukreipti“ [KR-1].*

Taip pat buvo nurodyta, kad tėvai, turintys įvairias priklausomybes, yra nustatomi ir atvejo vadybos procese ar mobilios komandos veiklos išdavoje.

Aptariant, **kaip asmenys, kuriems reikia pagalbos, sužino apie galimas paslaugas**, buvo išskirta Visuomenės sveikatos biuro (VSB) informacinė veikla: *„mes [VSB] stengiamės viešinti informaciją, bendradarbiaujame su visomis čia esančiomis įstaigomis“ [KR-9], „visuomenės sveikatos specialistės dirba ir ugdymo įstaigose“ [KR-10].*

Vis dėlto neretai apie galimas paslaugas žmonės sužino tiesiog iš viešai skelbiamos informacijos: *„Kai mums paskambina koks nors anonimas, tai užklausus, iš kur sužinojo, atsako, kad pagooglino „pagalba Kauno mieste“ [KR-4].*

Daug dėmesio informacijos apie galimą pagalbą sklaidai skiria Probacijos tarnyba: *„Mes kaip valstybinė įstaiga, savo socialinius partnerius kviečiam paskaitom, kviečiam grupes (dabar*

tenka nuotoliniu būdu), kad įstaigos pristatytų savo teikiamas paslaugas. Mūsų darbuotojai paslaugų sąrašą visada turi po ranka, supažindina žmones su jiems reikalinga informacija. Probacijos tarnybos darbuotojai lanko prižiūrimuosius namuose, bendraujam su šeimos nariais. Yra labai glaudus ryšys <...> Šeimos nariai yra supažindinami su socialinių paslaugų sąrašu. Ištikus bėdai gali gauti informaciją“ [KR-1].

Aiškinantis, kaip keičiamasi informacija apie priklausomus asmenis tarp skirtingų paslaugų tiekėjų, buvo teigiama, kad mobiliosios komandos ir atvejo vadybininkai intensyviai bendradarbiauja su daugeliu pagalbą teikiančių institucijų: „[jeigu nustatoma, kad žmogus turi priklausomybę] Tada nukreipiam į Priklausomybių ligų centrą, pas priklausomybių konsultantus, rekomenduojam ilgalaikės reabilitacijos bendruomenę –mes tą žmogų nukreipiam tolyn“ [KR-2]. Buvo pabrėžta, jog atvejo vadybos aprašas įpareigoja iš kitų institucijų rinkti informaciją, kuri svarbi atvejo vadybos procese: „Mus [Socialinių paslaugų centrą] tai daryti [keistis informacija] įpareigoja, kas liečia nepilnamečius vaikus, pagal atvejo vadybos aprašą yra sistemingai renkama informacija: koks taikytas gydymas, priemonės, rekomendacijos. Kas liečia kitas institucijas, taip pat siunčiame informacinius reguliarius raštus ir taip renkame informaciją, į kurią būna atsižvelgiama atvejo vadybos metu“ [KR-4], „Taip, atvejo vadybininkai, dirbantys su šeima, turi teisę prašyti informacijos ir iš Psichikos sveikatos centro⁹, ir kitų institucijų“ [KR-12].

Tačiau socialinių paslaugų tiekėjai pažymėjo, kad vis dėlto jiems labai trūksta galimybių gauti informaciją iš policijos, o informacija, pavyzdžiui, apie taikomas kardomasias priemones yra aktuali: „jei vyksta ikiteisminis tyrimas tai jie [policija] nelabai ką gali. Mum labai aktualus kardomųjų priemonių taikymas – jei būna taikoma kardomoji priemonė nesiartinti šeimos nariams vienam prie kito...“ [KR-12]. Policijos nenoras teikti informaciją siejamas su asmens duomenų apsaugos įstatymo ribojimais, tačiau turima vilčių, kad ateityje bus priimti teisės aktų pakeitimai, mažinantys šiuos barjerus: „su policija mes turime problemą, su ja nesusikalba ministerijos, bet, kaip mes supratome, jie ten daro tam tikrus teisinių aktų pakeitimus. Bet nuo tam tikrų pareigūnų gaudavome atsakymą, kad negali pateikti mums tam tikros informacijos. Su asmens duomenų apsauga yra sustiprintas režimas“ [KR-4].

Taip pat buvo pastebėta, jog ir sveikatos apsaugos sistemos įstaigos ne visada yra linkusios dalintis informacija su kitomis institucijomis dėl asmens duomenų apsaugos reikalavimų:

⁹ Atkreiptinas dėmesys į informanto teiginio ir teisinės situacijos neatitikimą. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 9 str. 1 d. nustatyta, kad: „Be paciento sutikimo teisės aktų nustatyta tvarka konfidenciali informacija gali būti suteikiama valstybės institucijoms, kurioms Lietuvos Respublikos įstatymai suteikia teisę gauti konfidencialią informaciją apie pacientą.“ Pagal informanto minėtą teisinį reguliavimą, vaiko atvejo vadybininkas turi teisę neatlygintinai gauti išvadas iš sveikatos priežiūros įstaigos, tačiau jis nėra valstybės ar savivaldybės institucija (kaip numatyta Pacientų teisės ir žalos sveikatai atlyginimo įstatyme), todėl informacija apie pacientus gali būti suteikiama tik su pacientų sutikimu.

„Neįsivaizduoju, kad Psichikos sveikatos centras pats kažkam praneštų. Žinoma, jei tai šeima, žmogus, apie kurį reikia informacijos Vaikų teisėms ar pan. Jei žmogus nesutinka, tai tolesnio stebėjimo gali ir nebūti“ [KR-12], tačiau šios įstaigos informuoja pacientą apie tolesnės pagalbos galimybes: „Išrašant gali būti teikiama informacija apie mieste esančias palaikymo grupes“ [KR-12].

Kita vertus, buvo pateikta pavyzdžių, kai sveikatos apsaugos įstaigos kreipiasi į Socialinių paslaugų centrą, siekdamos užtikrinti tolimesnę pagalbą priklausomybę turintiems pacientams: „Su psichiatrinėm, tai prieš paleidžiant, pavyzdžiui, praeitą savaitę buvo atėjęs raštas iš Rokiškio psichiatrinės ligoninės, kur rašoma, kad planuojama paleisti tokį ir tokį asmenį, prašom nuvykti ištirti jo gyvenamąją vietą, socialinę aplinką, ar jam nekils pavojus atkryčiui“ [KR-4].

Kalbant apie keitimąsi informacija, buvo nurodyta, kad dauguma pagalbą priklausomiems asmenims teikiančių institucijų yra pasirašiusios bendradarbiavimo sutartis ir dalijasi informacija: „Mes [Priklausomybės ligų centras] turime sutartis ir su Probacija, ir su Socialinių paslaugų centru“ [KR-4], „Probacijos tarnyba tikrai gauna informaciją, <...> jei žmogus yra įpareigotas gydytis. Taip pat stengiamės informuoti ir Vaiko teises ir visas kitas įstaigas“ [KR-1].

Galimybė tęsti pagalbos procesą ir perduoti klientą iš vienos institucijos į kitą (su rekomendacijomis pagalbos planui) yra svarbus momentas užtikrinant integruotų paslaugų teikimą Kauno m., todėl tokios praktikos, kaip pvz. bendradarbiavimo sutartys ir pan., leidžia sklandžiau užtikrinti pagalbos procesą per įvairius lygmenis.

SAVIVALDYBĖS SOCIALINIO IR SVEIKATOS SEKTORIAUS TEIKIAMŲ PASLAUGŲ (susijusių su pagalba psichoaktyvias medžiagas vartojantiems asmenims) IR JŲ KOKYBĖS VERTINIMAS

Apibrėždami, **kokios institucijos ir/ar organizacijos teikia savivaldybės gyventojams paslaugas, susijusias su priklausomybėmis**, tyrimo dalyviai įvardijo tokius pagrindinius paslaugų tiekėjus kaip Priklausomybės ligų centras, poliklinikų Psichikos sveikatos centrai, savivaldybės administracijos Socialinių paslaugų, Sveikatos skyrius, Socialinių paslaugų centras, Vaiko teisių apsaugos skyrius, Visuomenės sveikatos biuras ir įvairios NVO.

Pasakodami apie **teikiamas paslaugas**, fokus grupės diskusijos ir interviu dalyviai daugiausiai kalbėjo apie tuos priklausomybes turinčius asmenis, kurie į pagalbos teikimo sistemą patenka nustačius vaiko teisių pažeidimus.

Vaiko teisių apsaugos skyrius atstovė apibūdindama įstaigos teikiamų paslaugų specifiką, pabrėžė pagalbos intensyvumą ir galimų problemos sprendimo būdų paiešką: „kai turime pagrindą manyti, kad šiem žmonėm yra reikalinga pagalba, tada sudaroma šeimai mobilioji komanda ir mes [Vaiko teisių apsaugos skyrius] pradedame dirbti su visais šeimos nariais. <...> mėnesį laiko

dirbam intensyvią darbą, motyvuojam gydytis, kreiptis į kitas įstaigas, vedam edukacinius užsiėmimus, kaip atpažinti problemą ir pan. <...> Tada nukreipiam į Priklausomybių ligų centrą, pas priklausomybių konsultantus, rekomenduojam ilgalaikės reabilitacijos bendruomenę – mes tą žmogų nukreipiam tolyn“ [KR-2]. Tačiau šalia to buvo pastebėta, kad šios institucijos paslaugos, teikiamos priklausomybę turintiems asmenims, yra ribotos laike ir nenumato tolesnio asmens stebėjimo: „Mūsų darbas yra trumpalaikis, mes mėnesį laiko intensyviai dirbam. Dar kartais 10 dienų pratęsiame, jei matom, kad šeima daro pažangą. <...> O jei pasibaigus darbui ta šeima negrįžta į mūsų akiratį, tai tolimesnio proceso mes ir nežinome“ [KR-2].

Svarbų vaidmenį teikiant paslaugas priklausomybę turintiems žmonėms vaidina savivaldybės **Socialinių paslaugų centras**. Šis centras taip pat dėmesį koncentruoja į šeimas, kuriose auga nepilnamečiai vaikai ir jų klientais tampa vaikų tėvai, turintys įvairias priklausomybes. Šiuo atveju Socialinių paslaugų centro darbuotojai dirba kaip atvejo vadybininkai, kurie pasitelkdami įvairių institucijų rekomendacijas stengiasi koordinuoti darbą su priklausomais žmonėmis ir rasti tinkamiausius sprendimus: „<...> jie turi tokį atvejo vadybininką, kuris yra atvejo koordinatorius. Jis suburia vaiko teisių specialistus, mokyklų ir vaikų dienos centrų darbuotojus, socialinius darbuotojus ir padėjėjus – jis koordinuoja šiuos darbus“ [KR-12]. Svarbu tai, kad Socialinių paslaugų centras neturi nustatytų paslaugų teikimo terminų: „[paslaugos] neterminuotos iki tol, kol šeima yra savarankiškai pajėgi užtikrinti vaiko geriausius interesus“ [KR-12].

Socialinių paslaugų centras teikia paslaugas ir ne vien šeimoms, bet ir vienišiesiems priklausomybę turintiems žmonėms, tačiau, sprendžiant iš pokalbio dalyvių pasisakymų, tokių klientų nėra daug – pagrindė benamiai, kurių dauguma serga priklausomybės ligomis.

Pagrindinė Socialinių paslaugų centro pagalbos priklausomiems asmenims kryptis – paskatinti šiuos asmenis gydytis, nukreipiant į psichikos sveikatos ar Priklausomybės ligų centrą, siūlant apsilankyti pas priklausomybių konsultantą, psichologą ar dalyvauti savipagalbos grupėse. Nors Socialinių paslaugų centro atstovė, kalbėdama apie pagalbą benamiams, teigė, kad šiuo atveju labiausiai pasiteisinusi praktika – ne konsultacijos ar nukreipimas, o tiesioginė intervencija: „Nebetaikom čia ir dabar konsultacijų, niekur nenukreipinėjame, o naudojame tiesioginę intervenciją, siekiam užmotyvuoti kaip įmanoma greičiau ir, kol nepakeitė nuomonės, vežti į reabilitacijos centrą. Iki tol bandydavom visas priemones: konsultacijas, nukreipimus, bet tai mums visiškai nepasiteisino. Jei statistiškai pažiūrėtume, per 2020 m. turime 54 į reabilitacijos centrą išvežtus žmones, kurie kol kas sėkmingai sveiksta. Supratome, kad žmogui reikia iš esmės pakeisti aplinką. Jei jis lieka ten, kur sukasi, tai užburtas ratas“ [KR-4].

Šalia gydymo įstaigų, daugelį paslaugų (priklausomybių konsultantų, psichologų, reabilitacijos centrų) Socialinių paslaugų centro klientams teikia **nevyriausybinių organizacijų**,

su kuriomis yra sudarytos bendradarbiavimo sutartys: „*nevyriausybinių organizacijų yra vieni iš didesnių mūsų pagalbininkų*“ [KR-12]. Pavyzdžiui, priklausomybių konsultanto paslaugas, šalia Visuomenės sveikatos biuro perkamų, teikia Kauno Arkivyskupijos šeimos centro konsultantas, o savivalbos paslaugų pagrindiniai tiekėjai anoniminių alkoholikų draugijos, stacionarias trumpalaikės globos paslaugas (dažnai visuomenėje vadinamas reabilitacijomis) teikia NVO „Gyvenimo viltis“: „*Pagrindinis yra „Gyvenimo viltis“, tinklinė organizacija. Jie teikia reabilitacijos paslaugas, gali apgyvendinti ilgesniam laikui. Jie yra Šiauliuose, Anykščiuose, Trakuose. <...> Su anoniminiais taip pat turime pasirašę bendradarbiavimo sutartį. Labai pasiteisinęs bendradarbiavimas, jie atvyksta į vietą arba mes kartu su paslauga nuvežam, vyksta apvaliojo stalo, reguliarūs susirinkimai, kur kalbamasi apie sveikimą, dalijamasi gerosiomis istorijomis*“ [KR-4].

Svarbu pažymėti, kad Socialinių paslaugų centras siekia užtikrinti teikiamos pagalbos tęstinumą – stebi į kitas institucijas nukreiptus priklausomus asmenis ir stengiasi jiems padėti integruotis į visuomenę grįžus: „*Su žmogumi, kuris išvežamas, yra nenutraukiamas ryšys. Mes bendradarbiavimą taip ir esame apsibrėžę, kad palaikome santykį su išvežtu žmogumi, kad jis vėl po metų nenukristų lyg iš mėnulio. Jis turi jam priskirtą nuolatinį socialinį darbuotoją, kuris jo laukia. Tada dėliojame, ar jis galės toliau dirbti, ar jam reikia laikinai pagyventi, įsivažiuoti į sistemą, nes reabilitacijos centruose ne visi išbūna, yra atkryčių. <...> Tai vyksta nenutrūkstama gija <...> Mes esame apsibrėžę, kad bent du kartus per mėnesį yra bendraujama su išvežtu žmogumi. <...> Mes pasirašėme bendradarbiavimo sutartis, kuriose įsipareigojome vieni kitiems užtikrinti paslaugos tęstinumą. Tai vyksta su reabilitacijos centrais visoje Lietuvoje*“ [KR-4], „*Su džiaugsmu priimu [Probacijos tarnybos] pasirašytus raštus, tai būna rekomendacijos, ką toliau reikėtų daryti*“ [KR-4].

Panašiai dirba ir **Probacijos tarnyba**, nors jos veikla nukreipta į specifinį kontingentą – nusikaltimą padariusius asmenis, todėl priklausomybes turintys probuojamieji daugiau kontroliuojami, o ne motyvuojami: „*Į mūsų tarnybą papuolę asmenys yra prižiūrimi, kontroliuojami tam tikrą laikotarpį. Tas laikotarpis gali būti nuo kelių mėnesių iki trejų metų. <...> Dažnai šie žmonės teismo nuosprendžiu būna įpareigoti gydytis arba lankytis pas priklausomybių konsultantą. Tokiu atveju, visą tą laikotarpį, kurį žmogus būna Probacijos tarnybos registre, mes ir kontroliuojam šių įpareigojimų vykdymą. Pavyzdžiui, vienas pagrindinių partnerių – Respublikinis priklausomybės ligų centras, su kuriuo gražiai bendradarbiaujame. Mes žmogų siunčiame į tą centrą, tas įpareigojimas yra kontroliuojamas pažymų pagalba, renkame informaciją, kuri yra fiksuojama byloje*“ [KR-1]. Probacijos tarnyba prižiūrimus priklausomus asmenis ne tik nukreipia gydymui ar konsultacijoms, bet ir vykdo stebėseną, siekdama užtikrinti sėkmingą resocializaciją:

Tam tikrais intervalais žmogus nėra paliekamas, jei jis įpareigotas gydytis. Mes domimės, kaip tam žmogui sekasi. Resocializacija vykdoma labai intensyviai, sudaromi planai, sudaromos resocializacijos priemonės <...> ir su tuo žmogum visą tą laikotarpį dirbam. Probacijos tarnybos darbuotojai lanko prižiūrimuosius namuose, bendraujam su šeimos nariais“ [KR-1]. Dažnu atveju reabilitacijos paslaugas teikia NVO: „Probacijos tarnyba turi labai didelį socialinių partnerių skaičių. <...> mes draugaujame su Vyrų krizių centru, Moterų krizių centru. Ieškom geriausio varianto ir siunčiam ten, kur atrandam“ [KR-1].

Aptariant **sveikatos apsaugos sistemos įstaigų** teikiamas paslaugas priklausomybėmis sergantiems asmenims, tyrimo dalyviai nurodė, kad pradinė grandis – tai gydytojo psichiatro konsultacija pirminės psichikos sveikatos priežiūros įstaigoje, kuris pagal poreikį išrašo siuntimą į psichiatrinio profilio stacionarą arba Priklausomybės ligų centrą.

Remiantis interviu ir fokus grupės diskusijos dalyvių nuomone, Priklausomybės ligų centro paslaugos prieinamesnės nei psichiatrinio ligoninių, nes Priklausomybės ligų centras turi pasirašęs bendradarbiavimo sutartis tiek su Socialinių paslaugų centru, tiek su Probacijos tarnyba: „*Jei reikia patekti į Priklausomybės ligų centrą, tai bendradarbiavimo sutartį turime ir siuntimo formą pasitvirtinę*“ [KR-4], be to čia taikomas abstinencijos gydymas, o į ligonines priimami tik blaivūs pacientai: „*Mes, praktikai, susiduriame su pirmine grandimi, ir žmogus tikrai sunkiai nustoja pats vartoti net mūsų darbo metu. Kartais kaip paskutinę viltį galvojame iškviešti greitąją pagalbą, skambinam į Kauno klinikinę ligoninę, klausiam ar priimtų, bet visuomet gauname atsakymą, kad priimami tik blaivūs*“ [KR-2].

Reiktų atkreipti dėmesį, kad socialinių paslaugų specialistai neturi informacijos apie abstinencijos gydymo ypatumus ir painioja su išblaivinimo paslauga. Abstinencijos gydymas skiriamas asmenims, kurie pradeda jausti abstinencijos simptomus, todėl kai kurios gydymo įstaigos ir akcentuoja, kad asmuo atvyktų be promilių. Tuo tarpu girtumas arba išblaivinimas nėra kompensuojamas valstybės ir ligonių kasų, taip pat girtas asmens gydymui nėra suteikiamas nedarbingumas. Todėl socialinių paslaugų specialistai, norėdami suteikti pagalbą ir tiems, kurie patys negali sustoti vartoję alkoholį, neturi tam galimybių.

Dar vienas priklausomybių mažinimui skirtų paslaugų tiekėjas – Visuomenės sveikatos biuras. Viena iš Biuro teikiamų paslaugų yra priklausomybių konsultanto konsultacijos. Taip pat Biuras vykdo informacinę, priklausomybių prevencijos veiklą, pavyzdžiui, veda Ankstyvosios intervencijos programą, kuri yra ypač svarbi, nes orientuota į žalingai vartojančius vaikus, o paslaugų nepilnamečiams vartojantiems psichoaktyvias medžiagas labai trūksta: „*Yra Ankstyvosios intervencijos programa, kuri skirta vaikams, bet ji orientuota ne į įnikusius, bet į eksperimentuojančius. Čia bendradarbiaujame su Tarpinstitucinio bendradarbiavimo*

koordinatore, tiek su Vaiko teisėm ir kt. Bandom stipriau dirbi ugdymo įstaigose <...> jei yra problemų, vaikas pas mus į biurą yra nukreipiamas į Ankstyvosios intervencijos programą. Svarbiausia, kad tie vaikai ateitų pas mus, ir po pirmo pokalbio su tėvais, jie pasiliktų. Jiems čia patinka, nes supranta, kad programa gali būti nesmerkianti, nemoralizuojanti. Yra buvę atvejų, kai pirmo pokalbio metu paaiškėjo, kad tai yra liga, ir į šią programą vaikas yra netinkamas, bet mes vis tiek juose pasiliegame“ [KR-9], „Dabar didelė problema yra paauglių priklausomybės, kur trūksta paslaugų“ [KR-12].

Nusakant esamų institucijų / organizacijų **teikiamų paslaugų pobūdį** buvo išsakyta mintis, kad būtent priklausomybių prevencijai skiriamas per mažas dėmesys, visas pastangas nukreipiant į intervenciją: „[mažiausiai išplėtotą] prevenciją, nes didžioji dalis skirta intervencijai. Švietimas mokyklose. Kiekviena jį turi, bet kiek tai paveiku?“ [KR-12].

Vertindami specialistų, dirbančių su psichoaktyvias medžiagas vartojančiais asmenimis, **kompetencijų pakankumą**, kalbinti specialistai pripažino, kad kompetencijų tobulinimas yra svarbi socialinio darbo dalis: „socialiniams darbuotojams privaloma kelti kompetenciją, net numatyta pagal jų pareigines instrukcijas, jie privalo kažkiek valandų kelti kvalifikaciją, jei jie nori išlaikyti savo kategoriją“ [KR-12]. Tačiau buvo nurodyta, kad kai kuriems socialiniams darbuotojams kompetencijų trūksta, ypač tai aktualu su vaikais dirbantiems specialistams: „Globos namuose yra mažai specialistų, kurie žinotų, kokie būtų tinkami veiksmai <...> Kita pusė – metodikos nebuvimas. Tarkim globos namuose dirbančių socialinių darbuotojų. Kartais susidaro įspūdis, kad tu baigei socialinį darbą, tai turi viską išmanyti. Taip nėra. Tai nuolatinis žinių gilinimas, kurio mes pasigendame. <...>“ [KR-3]. Todėl Socialinių paslaugų centras inicijavo savo socialinių darbuotojų mokymus darbui su vaikais: „Pasidžiaugsiu, kad kaip tik 10 socialinių darbuotojų dabar mokosi specifinėje programoje „TrampolinaS“¹⁰. Visi privalomai praeis šią programą, vyks absoliuti orientacija į vaiką. Mes turime susifokusuoti į nepilnametį vaiką, kuris auga šitoj aplinkoj. Programa yra vokiečių patvirtinta, apdovanota, pamatuotas programos poveikis. Investuosiu į darbuotojus, o tegul grąža eina į vaikus“ [KR-4].

PSICHOAKTYVIAS MEDŽIAGAS VARTOJANTIEMS ASMENIMS TEIKIAMŲ PASLAUGŲ TOBULINTINI ASPEKTAI

Aptariant paslaugų priklausomiems asmenims tobulintinus aspektus buvo nurodyta, kad viena iš svarbiausių problemų – tai **paslaugų prieinamumo ir savalaikiškumo užtikrinamas**. Pažymėta, kad priėmimo stacionariam gydymui į psichiatrinę ligoninę ar Respublikinį

¹⁰ Vokietijoje sukurta ir moksliniais tyrimais pagrįsta metodika, kuri taikoma dirbant su vaikais, kurių tėvai serga įvairiomis priklausomybių ligomis.

priklausomybės ligų centrą dažnai tenka laukti: „Mano žiniom yra tokia eilė, tai standartinė situacija. Vietų skaičius ir trukmė, kalbant apie stacionarų gydymą, riboti. <...> Kiek turiu atsiliepimų iš Socialinių paslaugų centro, tai jų [vietų] trūksta, nes jei žmogų motyvuoja, jį reikia iškart guldyt“ [KR-12], „Yra eilė, gal savaitei. <...> Covid situacija truputį ištirpdė tą eilę, anksčiau tikrai buvo ilgesnių eilių“ [KR-3]. Remiantis apskritojo stalo diskusijos „Integruotų priklausomybės ligų gydymo paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimas“ dalyvių pasisakymais, eilės patekti į stacionarą kartais tenka laukti mėnesį ar net ilgiau.

Buvo pabrėžta **skubios pagalbos** priklausomybėmis sergantiems asmenims svarba: „Kartais norisi, kad greitoji pagalba skubiau sureaguotų, ir kad žmonėm būtų ta vieta, kur jie galėtų vykti čia ir dabar, nes jie kartais kelia grėsmę ir sau, ir vaikam, ir aplinkai. Tos grandies, kas susiję su skubia pagalba, man trūksta“ [KR-2].

Kita paslaugų prieinamumo problemos pusė – tai, kad į gydymo įstaigas priimami abstinencijos būklėje esantys pacientai, o išblaivinimo paslaugos mokamos: „neblaivus žmogus turi susimokėti 120 Eur“ [KR-3]; „kai kurios paslaugos yra mokamos, tai šitoj vietoj šeimos ar suaugę asmenys neturi tam lėšų. Tai didžiausia problema“ [KR-4].

Tobulintinas ir **paslaugų nepilnamečiams**, turintiems priklausomybę, paslaugų teikimas. Daugelis tyrimo dalyvių teigė, kad šių paslaugų trūksta: „Dabar didelė problema yra paauglių priklausomybės, kur trūksta paslaugų“ [KR-12], „trūksta paslaugų vaikams, vartojantiems psichoaktyvias medžiagas“ [KR-3]. Paslaugų trūkumas siejamas ir su gydymo galimybių trūkumu ir su specialistų stoka. Siekiant pagerinti esamą situaciją buvo siūloma intensyviau dirbti su artimiausia vaiko aplinka: „Čia padėtų šeimos arba socialinių globos namų [socialinių darbuotojų] konsultavimas“ [KR-3], apskritojo stalo diskusijoje buvo pasiūlyta, kad „Priklausomybės turinčių vaikų tėvams reikalingos savipagalbos, terapinės grupės“.

Tyrimo dalyvių nuomone (kurį išsakė ir apskritojo stalo diskusijos dalyviai), Kaune **trūksta priklausomybės konsultantų**. Buvo nurodyta, kad yra tik dvi galimybės gauti tokio pobūdžio paslaugas – tai Visuomenė sveikatos biuro samdomas priklausomybių konsultantas ir Kauno Arkivyskupijos šeimos centre dirbantis priklausomybių konsultantas. Tačiau svarbu pažymėti, kad Respublikinio priklausomybės ligų centro interneto puslapyje¹¹ patalpintame priklausomybės konsultantų sąrašė pateikti Kauno mieste paslaugas teikiančių 14 priklausomybės konsultantų kontaktai (iš kurių 8 yra Priklausomybės ligų specialistų asociacijos nariai). Peršasi išvada, kad, nežiūrint visuotinai pripažįstamos NVO svarbos, savivaldybės ir jos įstaigų, o taip pat ir kitų paslaugų tiekėjų (Vaiko teisių apsaugos skyriaus, Probacijos tarnybos, Visuomenės sveikatos

¹¹ <https://www.rplc.lt/apie-mus/nuorodos/neyvriausybinės-organizacijos/>

biuro ir kt.) **bendradarbiavimas su nevyriausybinų organizacijų atstovais gana fragmentiškas.** Tai patvirtina ir Kauno m. savivaldybės administracijos atstovės žodžiai: „Jeigu mes, tos nevyriausybės įstaigos, neperkam paslaugų, mes jų ir nežinom. Mes vis stengiamės peržiūrėti informaciją, atsirinkti. Mums patiem, kaip paslaugų organizatoriam, besiruošiantiems pirkti paslaugą, svarbu žinoti ar bus tiekėjų, rinkos žaidėjų. Savivaldybė daro kiek gali, stengiamės, atsinaujinam. Po naujų metų būsime įpareigoti įstatymiškai skelbti paslaugų tiekėjų sąrašus savivaldybės puslapy. Sunku, jei įstaiga neturi finansinių susitarimų su savivaldybe, tai mes jos ir nežinom“ [KR-12].

Fokus grupės dalyviai teigė, kad priklausomiems asmenis paslaugas teikiančios NVO bendroje paslaugų teikimo sistemoje dalyvauja ne tik savivaldybei perkant iš jų paslaugas, bet ir remiant šių organizacijų **projektus**: „Taip, mes Kaune turime Iniciatyvos Kaunui. Kiekvienais metais yra paskelbiami kvietimai teikti paraiškas. Paslaugų yra įvairių. <...> viena dalis yra orientuota į vaikus, kurie turi tam tikrų problemų, vieną jų – priklausomybės“ [KR-12], „Taip pat naudojames ir kitais šaltiniais – finansuojamomis projektinėmis veiklomis...“ [KR-4]. Vis dėlto buvo įžiūrima ir silpnoji projektų pagrindu teikiamų paslaugų pusė, nes šioms paslaugoms trūksta tęstinumo – jei gaunamas finansavimas, paslaugos teikiamos, o pasibaigus finansavimui jos nutrūksta: „projektinis finansavimas trumpalaikis“ [KR-12].

Taip pat, atidžiau panagrinėjus Kauno m. savivaldybės programą „Iniciatyvos Kaunui“, galima teigti, kad trūksta labiau kryptingo NVO skatinimo teikti pagalbą priklausomiems žmonėms. Pagal „Iniciatyvos Kaunui“ programą finansuojami 5 sričių NVO projektai: Socialinių ir sveikatinimo paslaugų plėtros gyventojų gerovei kurti visuomenėje sritis, sritis „Kaunas pilnas kultūros“, sritis „Kaunas – veržlus miestas“, Vaikams ir jaunimui draugiško miesto sritis ir sritis „Kaunas sportui – sportas Kaunui“. Sritis pagal kurią galėtų būti finansuojama pagalba priklausomybės turintiems asmenims – tai Socialinių ir sveikatinimo paslaugų plėtros gyventojų gerovei kurti visuomenėje sritis. Tačiau pagal šią sritį priklausomiems asmenims skirtų projektų praktiškai nefinansuojama – 2020 m. nebuvo finansuotas nė vienas projektas ir 2021 m. nebuvo pateikta nė vienos paraiškos.

PASIŪLYMAI IR REKOMENDACIJOS DĖL PAGALBOS SISTEMOS (vartojantiems psichoaktyvias medžiagas ir turintiems priklausomybę asmenims) PRIEINAMUMO DIDINIMO, INTEGRUOTUMO STIPRINIMO

Tyrimo dalyviai išsakė nuomonę, kad pagalbos priklausomiems asmenims sistemos prieinamumas bei integruotumas pagerėtų, jeigu būtų asmuo (ar grupė), atsakingas už visų paslaugas priklausomiems asmenims teikiančių institucijų **veiklos koordinavimą**. Šios pareigybės

aktualumas grindžiamas tuo, kad į atvejo vadybininkų, atliekančių koordinavimo funkciją, akiratį nepatenka psichoaktyvias medžiagas vartojantys asmenys, kurie yra vieniši ar neturi vaikų: „Šeima su vaikais jau turi savo atvejo vadybininką. O čia būtų vienišų arba šeimų, kurie neturi vaikų [koordinatorius]. Tam žmogui reikalingas tam tikras palaikymas, palydėjimas, jam kyla įvairių finansinių, būsto problemų. Tas asmuo [koordinatorius] galėtų padėti koordinuoti, padėdamas kreiptis dėl pašalpos, nakvynės“ [KR-12].

Taip pat buvo siūloma stiprinti **savivaldybės administracijos** vaidmenį, plėtojant paslaugas teikiamas priklausomiems asmenims. Tai, kad savivaldybė neturi parengtos Priklausomybių mažinimo programos, vertinama kaip šios problemos svarbos suvokimo stoka.

Apskritojo stalo diskusijos dalyviai siūlė priimti ir **valstybės lygio** sprendimus – didinti pagalbos priklausomiems asmenims finansavimą, skiriant jam dalį lėšų, gautų už alkoholio pardavimo licencijas bei iš akcizo mokesčių alkoholiui.

APIBENDRINIMAS

- Pagrindiniai paslaugų priklausomiems asmenims tiekėjai – Priklausomybės ligų centras, Socialinių paslaugų centras, Vaiko teisių skyrius, Probacijos tarnyba – gana glaudžiai tarpusavyje bendradarbiauja. Tam tikros bendradarbiavimo spragos išvelgiamos keičiantis informacija su policija ir su Psichikos sveikatos centrais, kas siejama su Asmens duomenų apsaugos įstatymo ir kitais teisinais apribojimais. Todėl svarbu būtų socialinės apsaugos, sveikatos priežiūros ir teisėsaugos sistemos institucijoms apsibrėžti informacijos keitimosi mechanizmą ir galimos teikti informacijos ribas, kuri būtų tikrai reikalinga ir neperteklinė, nepažeistų kliento teisių.
- Psichikos sveikatos centrai net ir neturėdami galimybės teikti informacijos, galėtų glaudžiau bendradarbiauti su vietos socialinių paslaugų tiekėjais aktyviau savo pacientus informuodami apie galimybes gauti tęstinę pagalbą po gydymo.
- Pripažįstama NVO svarba teikiant įvairias socialines (pvz. konsultavimo) paslaugas, užtikrinant žemo slenksčio, rehabilitacijos bei resocializacijos galimybes. Pabrėžiama, kad nevyriausybinių sektoriaus paslaugas klientai priima geriau, nes jos dažnai organizuojamos ir teikiamos klientams tinkamu laiku, yra mažiau formalios. Todėl svarbu skatinti nevyriausybines organizacijas aktyviau dalyvauti pagalbos priklausomiems asmenims teikimo sistemoje.

- Savivaldybės administracijos bei kitų pagrindinių paslaugų teikėjų ir NVO bendradarbiavimas, teikiant pagalbą priklausomiems asmenims, yra fragmentiškas – apsiriboja jau žinomomis, bendradarbiavimo su savivaldybe įdirbį turinčiomis NVO. Tai apriboja paslaugų priklausomiems asmenims prieinamumo galimybes, neišnaudojant esamo pasiūlos potencialo (pvz., naudojamosi 2 priklausomybės konsultantų paslaugomis ir teigiama, kad ši paslauga sunkiai prieinama, nors Kauno mieste yra 14 priklausomybės konsultantų). Todėl tikslinga būtų parengti ir viešai skelbti savivaldybės paslaugų tiekėjų žemėlapi.
- Kai kuriems socialiniams darbuotojams trūksta darbo su priklausomybe sergančiais žmonėmis kompetencijų, ypač tai aktualu specialistams dirbantiems su nepilnamečiais.
- Trūksta paslaugų vaikams, vartojantiems psichoaktyvias medžiagas, ir jų artimajai aplinkai – priklausomybes turinčių vaikų tėvams/ globėjams reikalingos konsultacijos, savipagalbos bei terapinės grupės.
- Ilgas stacionarinio gydymo laukimo periodas, dėl nepakankamo stacionarių paslaugų vietų skaičius, mažina priklausomybių gydymo paslaugų prieinamumą bei savalaikiškumą. Tikslinga būtų didinti savivaldybių specialistų informuotumą apie planinės medicininės pagalbos organizavimo ypatumus, aiškiau apibrėžti pagalbos terminus ir skubiems atvejams numatyti „žalią koridorių“.
- Nepakankamas dėmesys skiriamas švietėjiškai, informacinei veiklai, kas siejama su tuo užsiimančių darbuotojų stoka. Paslaugų priklausomiems asmenims tiekėjų požiūriu, mažinant priklausomybių paplitimą didžiausias dėmesys skiriamas intervencijai, o mažiausiai išplėtota veiklos sritis – prevencija.
- Trūksta paslaugų priklausomiems asmenims koordinavimo – pasigendama konkretaus asmens /įstaigos, atsakingos už visų paslaugas teikiančių institucijų veiklos valdymą. Todėl aktualiai keliamas priklausomybių koordinatoriaus paskyrimo poreikis, apibrėžiant, kas savivaldybėje galėtų/ turėtų atlikti šias funkcijas.
- Savivaldybės administracija neskiria reikiamo dėmesio priklausomybių mažinimo problemoms spręsti – nėra parengtos priklausomybių mažinimo programos, trūksta kryptingos (pagalbą priklausomiems asmenims plėtojančios) NVO skatinimo programos.
- Siūloma pagalbos priklausomiems asmenims finansavimą didinti papildomai šiai sričiai skiriant dalį lėšų, gautų už alkoholio pardavimo licencijas bei iš akcizo mokesčių alkoholiui.

6. KLAIPĖDOS MIESTO SAVIVALDYBĖ

INFORMACIJOS (susijusios su pagalba psichoaktyvias medžiagas vartojantiems asmenims) TEIKIMO MECHANIZMAI SAVIVALDYBĖJE

Aiškinantis, kaip yra sužinoma apie priklausomą nuo psichoaktyvių medžiagų asmenį, kuriam reikia paslaugų, buvo teigiama, dažniausiai pirmieji sužino ir informuoja socialinius darbuotojus kaimynai, seniūnaičiai, policija ir Vaikų teisių apsaugos tarnyba: „*Labai dažnai kaimynai skambina, policija informuoja, seniūnaičiai apie tai sužino*“ [KLR-9]. Kartais pirmas signalas apie problemą ateina iš ugdymo įstaigų socialinių pedagogų: „*socialinė pedagogė informuoja visuomenės sveikatos specialistę*“ [KLR-5]. Daug rečiau ateina pats priklausomas asmuo: „*Rečiau, kad patys kreipiasi*“ [KLR-9].

Viena iš aptartų priežasčių, kodėl asmenys patys nesikreipia pagalbos buvo siejama su stigmatizacijos problema, kai medicininė dokumentacija apie jų priklausomybės ligas gali sudaryti apribojimus jų socialinei veiklai (pavyzdžiui, darbinei): „*Labai dažnai asmenys, turėdami priklausomybių (neskaitant tabako), nesikreipia pagalbos, nes žino, kad jei prašys pagalbos, atsiras medicininė dokumentacija ir tada gali būti tam tikri apribojimai, sprendžiant socialinius klausimus*“ [KLR-7]. Manoma, kad šią problemą būtina spręsti nacionaliniu mastu: „*Tai kryptis, kurioje reikia dirbti nuosekliai, intensyviai, kad mūsų esami ir būsimi pacientai nebūtų stigmatizuojami, nebijotų kreiptis pagalbos*“ [KLR-7].

Aptariant, kaip asmenys, kuriems reikia pagalbos, sužino apie galimas paslaugas, buvo teigiama, kad dideliame mieste tikrai galima nesusigaudyti, kur kokias paslaugas galima gauti: „*Jei žmogus savarankiškai kreipiasi, gali būti, kad jis tarp organizacijų ir pasiklysta. Miestas nemažas, yra daug organizacijų*“ [KLR-9]. Pati informacija skleidžiama pasyviai ir aktyviai. Pasyvusis viešimas vyksta įdedant informaciją į įstaigų svetaines, Facebook paskyras: „*Vienas būdas yra pasyvusis viešinimas, kai dedama tiesiogiai į puslapį, feisbuką, bet jis yra labai svarbus*“ [KLR-5]. Aktyvaus viešinimo būdai siejami su naujienlaiškių siuntimu (pvz., į ugdymo įstaigas), ėjimu į institucijas ir pristatant teikiamas paslaugas: „*Siunčiam naujienlaiškius, kuriems reikia pristatyti paslaugas*“, „*patys einam į institucijas, pas partnerius ir pristatinėjame*“ [KLR-5]; „*Realiausia informacija kontakto metu, kai aš nuvykstu į įstaigą*“ [KLR-6]. Savivaldybėje inovatyviai siekiama informuoti vieną iš sunkiausiai prieinamų auditorijų – darbingo amžiaus grupę per darbovietes: „*Labai svarbu pasiekti darbingo amžiaus žmonių grupę. Tai sunkiausiai prieinama grupė, mums įmonės labiausiai talkina, su kuriom dirbame, pasidalina*“ [KLR-5]. Vienas įdomesnių aktyvaus

viešinimo būdų, neminėtų kitose savivaldybėse, buvo pritaikytas Klaipėdoje naujai įkurtos vyrų pagalbos linijos pristatymui – surengta plati viešinimo kampanija su renginiais, siekiant paskatinti vyrus kreiptis pagalbos: „*Mūsų pagrindinis tikslas padaryti taip, kad vyrai negalvotų, kad kreiptis pagalbos yra gėda*“, „*Darėme plačią komunikaciją, organizavome viešinimo renginius, kad nuimtume stereotipus*“ [KLR-1]. Visgi manoma, kad efektyviausias informacijos apie paslaugas skleidimas vyksta iš lūpų į lūpas: „*Pats efektyviausias būdas, kai rekomenduoja iš lūpų į lūpas, nes tada atėjęs žmogus jaučiasi stipriau*“ [KLR-5]; „*Pirminė informacija klientus pasiekia per įstaigos svetainę, o antras būdas – nuo žmogaus prie žmogaus*“ [KLR-7].

Aiškinantis, **kaip keičiamasi informacija apie priklausomus asmenis tarp skirtingų paslaugų tiekėjų**, buvo teigiama, kad esantys asmens duomenų apsaugos įstatymų apribojimai labai trukdo keistis informacija ir kol jų nebuvo, buvo lengviau dirbti: „*Pacientų žalos įstatymas mums labai trukdo bendradarbiauti, kai negalim pateikti tos informacijos*“, „*Kai nebuvo duomenų apsaugos įstatymo, manau, kad būdavo lengviau, nes dabar mes apie žmogų kalbame kaip apie X*“ [KLR-9]. Iš kitos pusės, gydymo įstaigos teigia, kad ne jų funkcija yra užtikrinti paslaugų tęstinumą ir jos išleidžiant pacientą surašo rekomendacijas, ką jis toliau turi daryti: „*Mūsų funkcija nėra užtikrinti tęstinumo. Jei žmogus pas mus gydosi ambulatoriškai ar stacionare, mes jam visada išrašome rekomendacijas, kur jam kreiptis ir ką jis turi daryti*“ [KLR-8]. Vadovaujantis duomenų apsaugos įstatymu, gydymo įstaigos negali be paciento raštiško sutikimo suteikti informacijos socialiniams darbuotojams, kurie rūpinasi paslaugų tęstinumu: „*Mes, kaip gydymo įstaiga, vadovaujamės duomenų apsaugos įstatymu, ir negalim bet kam suteikti informacijos. <...> Prašome, kad tas socialinis darbuotojas, kuris kreipiasi tokiu klausimu, turėtų žmogaus raštišką sutikimą ir kreiptųsi į mūsų įstaigą raštiškai, tada mes jam atsakome*“ [KLR-8]. Tokiu būdu paliekama pačiam priklausomam asmeniui nuspręsti, kreipsis jis po gydymo tolimesnės pagalbos ar nesikreips: „*Jei žmogus pats atėjo, tai jis neprivalo nieko informuoti. Jeigu jį nukreipė seniūnija, socialinis darbuotojas, to žmogaus reikalas yra informuoti specialistą, kuris jam rekomendavo mūsų centre gydytis, kaip jam sekėsi mūsų centre, kokias rekomendacijas gavo*“ [KLR-8].

Panaši situacija ir su kitomis institucijomis, pavyzdžiui, Probacijos tarnyba, į kurią taip pat reikia raštu kreiptis dėl informacijos ir pateikti priežastis, kodėl tos informacijos reikia: „*Visada yra taip, kad jei jų paklausi, tai visada gauni atsakymą, tik klausti reikia jokių būdu ne žodžiu, o reikia nurodyti motyvus, kam tu prašai tos informacijos*“ [KLR-9].

SAVIVALDYBĖS SOCIALINIO IR SVEIKATOS SEKTORIAUS TEIKIAMŲ PASLAUGŲ (susijusių su pagalba psichoaktyvias medžiagas vartojantiems asmenims) IR JŲ KOKYBĖS VERTINIMAS

Nustatant, **kokios institucijos ir/ar organizacijos** teikia savivaldybės gyventojams paslaugas, susijusias su priklausomybėmis, buvo išvardintos šios institucijos ir organizacijos:

- Šeimos ir vaiko gerovės centras, turintis 16 atvejo vadybininkų ir organizuojantis pagalbos teikimą šeimoms, kuriose auga nepilnamečiai vaikai;
- Klaipėdos miesto savivaldybės tarpinstitucinio koordinavimo grupė, kuri vykdo trijų ministrų pasirašytą įstatymą dėl vaikų krizių išgyvenimo, vaikams iki 18 metų, arba vaikams, kurie yra didelių spec. poreikių iki 21 metų;
- Visuomenės sveikatos biuras, atsakingas už prevenciją daugiausiai ugdymo įstaigose;
- Psichologinė pedagoginė tarnyba, kartu su Visuomenės sveikatos biuru vykdanči ankstyvosios intervencijos programą;
- Vaikų teisių apsaugos tarnyba, kuri turi mobilią komandą, tačiau ji pati neteikia paslaugų, bet gali nukreipti pas kitus paslaugų teikėjus;
- Probacijos tarnyba, kuri turi savo metodikas, programas ir algoritmus, kur nukreipti jų akiratyje atsidūrusius priklausomus asmenis;
- Respublikinis priklausomybės ligų centro Klaipėdos filialas, kuriame gydomi žmonės, priklausomi nuo lošimo, narkotikų, alkoholio ir rūkymo. Taip pat centre yra vykdomos dvi reabilitacijos programos: Psichosocialinė motyvacija ir psichosocialinė reabilitacija, ir Psichosocialinis gydymas (Minesotos programa). Jei viena programa skirta daugiau nuo alkoholio priklausomybės besigydančioms žmonėms, tai Minesotos programa skirta visokias priklausomybes turintiems žmonėms;
- Klaipėdos psichikos sveikatos centras, kuris taip pat dirba su asmenimis, kurie turi problemų, susijusių su psichoaktyvių medžiagų piktnaudžiavimu ir dažniausiai su priklausomybėmis;
- Nakvynės namai;
- Nikopolis, kuris užsiima apgyvendinimu ir reabilitacija;
- Vaikų dienos centrai;
- Dvasinės pagalbos jaunimui centras;
- Klaipėdos socialinės ir psichologinės pagalbos centras, kuris įkūrė telefoninių konsultacijų liniją vyrams – „Nelik vienas“;
- Caritas, kuris Klaipėdoje turi naują išklausymo tarnystės programą;

- Anoniminių narkomanų, anoniminių alkoholikų, anoniminių azartinių lošėjų grupės;
- Privачios įstaigos, kurios dirba su tais priklausomais asmenimis, kurie nori išlikti anonimiški ir nesikreipia į valstybines institucijas;
- Klaipėdoje taip pat yra Moterų krizių centras, tačiau jis nebuvo paminėtas tyrimo dalyvių.

Klaipėdoje, palyginti su kitomis savivaldybėmis yra daug paslaugų teikėjų, tačiau nemanoma, kad tai kliūtis, greičiau privalumas, nes priklausomi asmenys gali rinktis ir todėl turi mažiau galimybių atsisakyti paslaugų: „Nemanau, kad paslaugų būna per daug, jei žmogus turi pasirinkimą. <...> Kai žmogus gali keisti specialistus, jis turi mažiau galimybių atsisakyti paslaugų“ [KLR-9]. Pasinaudoti išplėtotomis paslaugomis atvyksta iš viso Klaipėdos regiono: „Jei lygintume Klaipėdos regioną, tai visi daugiausiai važiuoja į Klaipėdos miestą. Paslaugų yra daugiau, regionai perka paslaugas pas mus ir važiuoja pasiimti jų“ [KLR-9].

Kitas paminėtas privalumas susijęs su savivaldybės sukurtu paslaugų žemėlapiu, kuriame sudėliota, kas kokią naują programą turi. Ypač tai aktualu NVO paslaugų atveju, nes jos dirba projektiniu būdu ir ne visada lengva susiorientuoti ieškant tinkamų paslaugų: „Yra daug NVO, kurios dirba ir su vaikais, ir ne su vaikais ir kartais mes nežinome, kokiam projekte dalyvauja kokia organizacija. Paslaugų žemėlapis mums labai prasiplėtė ir kitam posėdy mes jau dalinomės informacija, kas ką veikia, kas kokią naują programą turim“ [KLR-9]. Savivaldybė domisi užsienio gerąja patirtimi, yra labai atvira naujovėms, prisideda prie jų iniciavimo, pavyzdžiui, vienoje iš NVO įkurti jaunimo namus ar įsteigti gatvės jaunimo darbuotojų etatus: „Turime viltį vienoje NVO daryti jaunimo namus, kuriuose teiktume pagalbą tokiems vaikams. <...> Jau turime patirtį su vokiečiais, važiuojame pažiūrėti kaip jie dirba, jie mums žadėjo tą patirtį pateikti, atvažiuoti į Lietuvą“, „Labai išplėtojom gatvės jaunimo darbą, turim net du darbuotojus, dar ieškom daugiau, nes įsteigėm daugiau etatų, kad plėstume šitą darbą“ [KLR-9].

Aptariant socialinių paslaugų teikimą priklausomiems asmenims, visų pirma buvo kalbama apie vykdomas **prevenčines programas**. Daugiausiai su prevencinėmis priemonėmis vaikams ir suaugusiems dirba Visuomenės sveikatos biuras: „Visuomenės sveikatos biuras daug daro nuo vaikų iki suaugusių. Biuro specialistai dirba visose švietimo įstaigose, prevencija visada vyksta“ [KLR-9]. Biuro darbuotojai lankosi visose ugdymo įstaigose: „Mūsų darbuotojai dirba visose ugdymo įstaigose: darželiuose, mokyklose, profesinėse mokyklose. <...> Kalbant apie darželius, šios specialistės turi dirbti ir su bendruomene, jų tėvais“ [KLR-5]. Šis biuras turi jaunimui palankių sveikatos priežiūros paslaugų koordinatorių, kuris dirba su 14-29 m. jaunimu. Koordinatorius vyksta su prevencinėmis priemonėmis į visas įstaigas, kuriose lankosi jaunimas ir siekia suteikti

kuo daugiau žinių panaudojant paskaitas, diskusijas, protmūšius: „*Vykstu su prevencinėm veiklom, paskaitom, protmūšiais, diskursijom į įvairias įstaigas, kur lankosi jaunimas*“ [KLR-6].

Prie prevencinės veiklos prisideda ir Visuomenės sveikatos biuro priklausomybių konsultantai, psichologai, Psichikos sveikatos centro darbuotojai, bendruomenės pareigūnai (seniūnaičiai): „*Taip pat bendruomenės pareigūnai labai daug padeda, Visuomenės sveikatos biuro priklausomybių konsultantai, psichologai, dar Psichikos sveikatos centras. Turim seniūnaičius, kai kurie iš jų dirba Psichikos sveikatos centre socialiniais darbuotojais, jie žinių neša per savo bendruomenes*“ [KLR-9]. Teigiama, kad į prevencinę veiklą įsitraukia ir NVO, kurių prevencinę veiklą finansuoja savivaldybės sveikatos rėmimo fondas: „*NVO mažiau įsitraukia, bet kai mes turime sveikatos rėmimo fondus, organizacijos stengiasi įsitraukti ir vykdyti prevencines veiklas*“ [KLR-9].

Ankstyvosios intervencijos programą jaunuoliams, kurie pradeda eksperimentuoti su psichoaktyviomis medžiagomis savivaldybėje vykdo, kaip ir kitose savivaldybėse, Visuomenės sveikatos biuras kartu su Psichologine pedagogine tarnyba: „*Šalia to vykdome ankstyvosios intervencijos programą jaunuoliam, kurie pradeda eksperimentuoti su psichoaktyviosiom medžiagom. Su mumis bendradarbiauja ir Psichologinė pedagoginė tarnyba, tai mes dvi įstaigos vykdome šią programą*“ [KLR-6]. Pastebima, kad kyla ginčų, kada jaunuolis yra eksperimentuojantis, o kada jau žalingai vartojantis, tai sudaro sunkumų paskiriant į ankstyvosios intervencijos programą: „*Mes labai ginčijamės, kada yra žalingai vartojantis, o kada - eksperimentuojantis? Ankstyvoji intervencijos programa yra skirta tik eksperimentuojantiems, bet ne priklausomiems*“ [KLR-9]. Kita išsakyta problema yra susijusi su ankstyvosios intervencijos metodika, nes jis skirta nuo 14 metų, o susiduriama su atvejais, kai psichoaktyvias medžiagas vartoti pradeda jaunesni vaikai: „*Bandėm kreiptis į Narkotikų departamentą, kad būtų pakeista ankstyvosios intervencijos metodika. <...> Turėjom posėdį dėl metodikos keitimo, bet nepriėjom išvadų ir kompromisų, nes vaikai ne nuo 14 vartoja, amžius ne tas*“ [KLR-9].

Teigiama, kad vienas pagrindinių paslaugų priklausomiems asmenims tiekėjų Klaipėdoje yra **Šeimos ir vaiko gerovės centras**, kuris dirba su atvejo vadyba šeimoms, kuriose auga nepilnamečiai vaikai. Klaipėdos Socialinės paramos centras dirba daugiau su pagyvenusiais žmonėmis, ne su priklausomais asmenimis. Šeimos ir vaiko gerovės centras yra ta jungiamoji grandis, kai teikiama kompleksinė pagalba, apjungianti visas šeimai teikiančias paslaugas organizacijas: „*Mes esame ta grandis, kuri apjungia visas organizacijas, siekdami šeimai suteikti kuo geresnę pagalbą*“ [KLR-2]. Teigiama, kad jiems labai dažnai tenka susidurti ne tik su suaugusiųjų priklausomybėmis, bet ir vaikų, iš kurių jauniausiam yra 12 metų: „*Taip, tai gana dažnas reiškinys tiek nepilnamečių vaikų, tiek ir suaugusių asmenų*“ [KLR-2]; „*Su priklausomybėm*

susiduriu kasdien, tai labai opi ir skaudi tema. Jauniausią turime 12 metų vaiką, kuris jau turėjo priklausomybę“ [KLR-3]. Centro socialiniai darbuotojai teigia, kad jie nėra patys specializuoti priklausomybių sferoje, tad priklausomi asmenys nukreipiami kitų specialistų konsultacijoms: „Kadangi mes dirbame su šeimom, kuriose auga nepilnamečiai vaikai, nesam konkrečiai specializuoti priklausomybių sferoje“ [KLR-2]; „Jei tai šeima, turinti vaikų, tai atvejo vadybininkas pradeda darbą ir dirba nuo visų institucijų, aiškiai žino, kur nukreipti“ [KLR-9].

Pripažįstama, kad vieniši, neturintys nepilnamečių vaikų, priklausomi asmenys tokios atvejo vadybos paslaugų negauna, apie juos mažai žinoma: „Bet ta niša, kai neturi vaikų, arba vienišas žmogus iki pensijos, tai nesurandam, į kurią vietą dėti atvejo vadybininką, kokia tai galėtų būti organizacija“ [KLR-9]. Jei kitose savivaldybėse jais kažkiek pasirūpina seniūnijų socialiniai darbuotojai, tai Klaipėdos mieste seniūnijų nėra. Viena iš potencialių vietų būtų, kur tokie žmonės galėtų gauti paslaugas yra Nakvynės namai, tačiau jie teikia kol kas tik nakvynės paslaugas, nors yra planų įsteigti ir socialinių darbuotojo etatą šalies mastu visuose nakvynės namuose: „Su socialinės paramos skyriaus vedėja galvojome gal daryti nakvynės namuose atvejo vadybininką, bet, pasirodo, nacionaliniu lygmeniu toks yra ruošiamas, bet kol kas jų nėra. Buvimas nakvynės namuose yra laikinas, tai nakties paslauga“ [KLR-9]. Be to, kyla problema, kad ne visiems tokiems asmenims reikalinga nakvynė, tad kažkuri kita organizacija jais turi rūpintis: „O jei jis neapgyvendinamas, tai kaip nakvynės namų darbuotojai dirbs [su juo]?“ [KLR-9].

Socialinės paramos centras atsisako dirbti su tokiais priklausomais asmenimis, nes pagal įstatus jie daugiau dirba su slaugomais asmenimis: „Socialinės paramos skyrius atmeta galimybę [dirbti su jais], nes tai nėra jų klientai, net pagal nuostatus netiktų“, „Jų specifika yra seneliai ir vieniši asmenys. Jie daugiau dirba su slaugomais asmenimis, o ne tais, kurie gali dirbti, tik neturi socialinių įgūdžių“ [KLR-9]. Be to, ne visi priklausomi asmenys, neturintys nepilnamečių vaikų, patenka į gydymo įstaigas, ne visose gydymo įstaigose yra socialinių darbuotojų: „Ne visose medicinos įstaigose turime socialinius darbuotojus ir ne visi patenka į Psichikos sveikatos centrą, Priklausomybių ligų centrą“ [KLR-9]. Tokiu būdu, šios grupės priklausomi asmenys patiria mažesnę socialinių, o kartu ir gydymo (jei jie patys nesikreipia ir jų niekas nemotyvuoja, nenukreipia) paslaugų prieinamumą, lieka neišspręsta, kas jais turėtų rūpintis.

Šeimos ir vaiko gerovės centro atvejo vadybininkai pagal situaciją nukreipia priklausomus asmenis priklausomybės ligų konsultanto ar psichiatro konsultacijoms. Džiaugiamasi, kad Klaipėdoje yra nupirktos konsultacijų paslaugos ir paaugliams, nes pasigendama priklausomybės ligų konsultantų kompetencijos dirbti su paaugliais: „Jei kalbėtume apie priklausomybių konsultanto funkcijas, tai mes esame nusipirkę paslaugą, kad būtų teikiama ir paaugliams. Ko mes

pasigendami, kad žmonės yra su viduriniu išsilavinimu, gavę papildomus mokymus. Pagal mūsų patirtį, su paaugliais jie neranda kontakto“ [KLR-9].

Pastebima, kad kai asmenys pakliūva pas psichiatrą dėl priklausomybės, problema būna jau gerokai įsisenėjusi, paveikusi didelę dalį žmogaus gyvenimo sričių: „*Kai žmogui atsiranda problema šeimoje, darbe, kai jis pradeda suvokti, kad kažkas negerai su juo. Tada problema jau būna gerokai pažengusi“ [KLR-8].* Psichikos sveikatos centre su jais dirbama komandiniu principu, nes be psichiatro pacientui padeda psichikos sveikatos slaugytojos, psichologas ir socialinis darbuotojas: „*Mūsų įstaiga dirba komandiniu principu ir kiekviena komanda, išskyrus gydytoją psichiatrą, yra psichikos sveikatos slaugytojos, psichologas ir socialinis darbuotojas“ [KLR-7].* Nors nebuvo paminėta, kad būtų sunkumų patekti gydymui į stacionarą Klaipėdos Priklausomybių ligų centrą, tačiau pažymėta, kad labai trūksta gydymo paslaugų priklausomiems nepilnamečiams: „*Labai stinga paslaugų vaikams. Jei stacionarių paslaugų turim važiuoti į Kauną, tai mus labai apsunkina. Gauti vietą Kaune – sudėtinga“*, „*vaikų amžius jaunėja – nėra programų jaunesniems vaikams“ [KLR-9].* Be to, sunkumų sudaro ir vaiko motyvavimas gydytis motyvacija, o be jo sutikimo nėra jokių priemonių, priverčiančių jį gydytis: „*Jei 11 metų vaikas parašo, kad nesutinka, kad nėra priklausomas, mes neturim įrankių, nesvarbu, kad tėvai nori. Kaip motyvuoti vaiką gydytis, kai jo suvokimas yra kitoks. Suaugusiam sunku pripažinti, o kaip vaikui tada...“ [KLR-9].*

Taip pat buvo aptarta Probacijos tarnybos įsijungimas į pagalbą priklausomiems asmenims, nes yra labai daug priklausomų žmonių, kurie turi baudžiamąsias bylas: „*Aišku Probacija labai daug dirba, įsitraukia į veiklas, nes yra labai daug žmonių, kurie turi baudžiamąsias bylas“ [KLR-9].* Ši tarnyba turi savo algoritmą, kur nukreipti jų akiratin pakliuvusį priklausomą asmenį: „*Jie labai daug dirba ir su metodikom, ir programom. <...> Patys pareigūnai irgi sudėliojo visą algoritmą ir veiksmų planą, kur turėtų žmogus patekti, kaip gauti paslaugas“ [KLR-9].* Tačiau pastebimas tam tikras nelankstumas nukreipiant į vieną ar kitą programą: „*Kilo klausimas, ar negalim pakeisti kita priemone arba siūlyti papildomą? Pasirodo, negalime, nes teismas neįpareigoja“ [KLR-9].*

Buvo paminėta, kad, pandemijos metu paūmėjus priklausomybei nuo kompiuterinių žaidimų ir azartinių lošimų internetu, ženkliai prisideda prie problemos sprendimo Pedagoginė psichologinė tarnyba ir psichologai: „*Pedagoginė psichologinė tarnyba mums labai gelbsti, Klaipėdos miesto psichologai gelbsti tokiais atvejais, kai yra priklausomybė nuo kompiuterinių žaidimų, kas karantino metu labai paūmėję. Pastebėta, kad azartiniai lošimai internetu padažnėję“ [KLR-2].*

Pagalbos asmenims po gydymo tęstinumo užtikrinimas Klaipėdoje didele dalimi vyksta **nevyriausybinų organizacijų** pagalba. Visų pirma nukreipiama į Anoniminių alkoholikų grupes:

„Mes čia turime anoniminių alkoholikų grupių, turime palaikymo grupes ir lyderius, kurie kuruoja grįžusius po gydymosi. Į tokias organizacijas tikrai tikslinga nukreipti“ [KLR-2]. Tačiau manoma, kad jų yra nepakankamai: „Turime visokių anoniminių klubų, palaikymo grupių, bet nėra pakankamai“ [KLR-9]. Taip pat paminėta, kad Caritas turi visiškai naują išklauskos tarnystės programą, į kurią gali kreiptis priklausomo asmens šeimos nariai ir prašyti pagalbos savo priklausomam nariui: „Turime išklauskos tarnystės visiškai naują programą, kurią vykdo Caritas. Jei šeimos nariai turi priklausomą žmogų, tas žmogus gali kreiptis į tarnybą ir prašyti pagalbos savo šeimos nariui. Ši paslauga atsirado nuo pavasario, ji patraukli, žmonės eina drąsiai ir prašosi pagalbos“ [KLR-9]. Be to, yra NVO, kurios užsiima apgyvendinimu ir reabilitacija, pavyzdžiui, Nikopolis: „Mes turime tokių organizacijų, pavyzdžiui, Nikopolis, kuris užsiima apgyvendinimu ir reabilitacija, jei žmogus nori ir laikosi taisyklių“ [KLR-9].

Klaipėdos socialinės ir psichologinės pagalbos centro įkurta telefoninių konsultacijų linija vyrams „Nelik vienas“ teikia emocinę pagalbą vyrams: *„Mūsų pagrindinė veikla yra emocinės pagalbos teikimas“ [KLR-1]. Be emocinės pagalbos, ši linija kol kas turi galimybių teikti ir kitas pagalbos rūšis – teisinę, psichologinę ir psichoterapinę: Turime galimybių, kol užteks finansavimo, teikti ir psichoterapinę, teisinę ir psichologinę pagalbą“ [KLR-1]. Teigiama, kad pagalba vyrams skiriasi nuo pagalbos linijos moterims, nes vyrams reikia pagalbos ne tik, jei jie yra auka, bet ir kai jie patys yra smurtauojantys, patyrę įvairių krizinių atvejų: „Vyrams pagalba yra skirtinga nei moterims, įvairiais rodikliais vyrai pirmauja, jaučiam, kad pagalba reikalinga ne tik aukoms šioje situacijoje, bet ir tiems, kurie yra smurtautojai, kurie yra po įvairiausių krizių“ [KLR-1].*

Yra nemažai NVO paslaugų nepilnamečiams vaikų dienos centruose, Dvasinės pagalbos jaunimui centre ir kt.: *„Jei žiūrėti iš nepilnamečių srities, tai taip, turime nevyriausybines organizacijas, vaikų dienos centrus, kurie nemokamai teikia paslaugas mūsų šeimų vaikams“ [KLR-2]. Šių organizacijų veikla padeda vaikams pamatyti kitokį gyvenimą, nei matytų savo šeimoje, pavyzdžiui, Dvasinės pagalbos jaunimui centre yra vyriausio draugo paslauga: „Klaipėdoje turime tokią problemą, kad labai trūksta vyrų, kurie savanoriautų, būtų vyriausiuoju draugu, globėju, influenceriu, kuris parodytų vaikui teisingą gyvenimo kelią, taptų draugu, vaikas pamatytų kitokį pavyzdį nei mato šeimoje“ [KLR-2].*

Šalia to, iškeliamą sukomercintos pagalbos, kuri sudaro konkurenciją nemokamai pagalbai, problema: *„Daug sukomercintos pagalbos, kai žmonės organizuoja įvairiausius stovyklas, susitikimus, seminarus, kuriama verslo struktūra, kur kažkas kažkam padeda. <...> Žmonės moka pinigus, galvodami, kad nusipirks pagalbą, išgys nuo priklausomybių per dvasinę patirtį, išgyvenimus, žygius“ [KLR-1]. Keliamas klausimas, kiek tokia pagalba yra efektyvi: „Tokių veiklų daug, tai džiugina, bet klausimas, kiek tai realiai padeda? Ar tai tiesiog momentinis dalykas, mados*

reikalas? [KLR-1]. Teigiama, kad kartais sukomercinta pagalba klaidina žmones: „Mes, kaip nemokamų paslaugų tiekėjai, kartais jaučiam, kad žmogus kartais pasiklysta tarp mokamų ir nemokamų paslaugų“ [KLR-5]. Tai siejama su sukomercintos pagalbos stipresniu ir nekorektišku marketingu: „Blogybė būna ta, nors, atrodo, paslauga analogiška, mokamų paslaugų tiekėjai taip marketingu pateikia paslaugą, kad ten, kur biudžetinė įstaigoj konsultacijos nemokamos, jos atrodo nekokios. Žmogus taip ir nesužino visų paslaugų ir būna suklaidintas“ [KLR-5]. Išsakyta nuomonė, kad šios mokamos ir nemokamos paslaugos neturėtų konkuruoti tarpusavyje, o veikti išvien tiek prevenciškai, tiek socialinės integracijos po gydymo tikslu: „Tai galėtų būti kaip papildoma terapija žmogui prie tam tikrų paslaugų, kurias gavo gydymo įstaigoje, ar praėjęs prevencinę paslaugą. Tos paslaugos neturi konkuruoti, o turi apsijungti“ [KLR-5].

Aptariant **paslaugų kokybę**, buvo teigiama, kad šioje srityje kiekvienas, nors ir mažas žingsnis į priklausomybės įveiką yra paslaugos efektyvumo ženklas: „Kartais džiaugiamės ir tuo, kad yra maži rezultatai, kai žmogus susilaiko ar mažiau vartoja. <...> Jei nors kiek sumažinam žmogaus vartojimą, keičiam jo požiūrį, tai jau yra rezultatas“ [KLR-9]. Kitas svarbus paslaugos efektyvumo rodiklis yra siejamas su padidėjusiomis priklausomo asmens galimybėmis po truputį organizuoti savo socialinį gyvenimą – įsidarbina, su savivaldybės pagalba gauna socialinį būstą ir pan.: „Būna, kad žmogus įsidarbina, tai suteikiam socialinį būstą“ [KLR-9].

Aptariant **bendradarbiavimą** tarp paslaugas teikiančių institucijų, teigiama, kad didžia dalimi bendradarbiavimas vyksta ir tik stiprės ateityje, yra tam tikros naujų paslaugų ir jų teikėjų pristatymo tradicijos: „Kad įstaigos vienysis, tai tikrai. Mes turime tą patirtį, turim tradiciją pristatyti naujas paslaugas, naują veiklą“ [KLR-9]. Nemaža dalimi tai sietina su stipriu savivaldybės administracijos Socialinės paramos skyriumi ir tarpinstitucinio bendradarbiavimo koordinatorė, kuri koordinuoja ir šį projektą. Sunkumų bendradarbiaujant pastebima tik su Vaikų teisių apsaugos tarnyba, jai perėjus iš savivaldybės į Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos pavaldumą bei dažnai besikeičiant jos vadovui Klaipėdos skyriuje: „Su Vaiko teisių apsaugos skyriumi po reformos tikrai yra sunkiau, nes nebėra savivaldybės pavaldumo. Klaipėdoj susiklostė tokia situacija, kad vadovas per 2 metus aštuntą kartą keitėsi“ [KLR-9].

Manoma, kad projekto metu įgytos žinios ir patirtis niekur nedings ir bus pagrindu toliau vystyti bendradarbiavimą ir kylančių problemų sprendimą: „Tie įgūdžiai, kurie atsiranda vykstant projektam, jie niekur nedingsta. Jei mes, institucijos, vieni apie kitus geriau žinom ir turim tą geranorišką norą pristatyti kitas paslaugas, kai žmogui to reikia, tai ar būtinai reikia atskiro koordinatoriaus?“ [KLR-5]. Dėl koordinatoriaus etato paskyrimo po projekto yra labai abejojama, nes jo išlaikymas yra labai brangus, tad nesant jo numatymo nacionaliniame lygmenyje,

savivaldybė negalėtų sau to leisti: „*Jei nacionaliniu lygmeniu nebus numatytas toks etatas, tai jo tikrai nebus, nes jo išlaikymas labai brangus*“ [KLR-9].

Vertindami specialistų, dirbančių su psichoaktyvias medžiagas vartojančiais asmenimis, **kompetencijų pakankamumą ir mokymų poreikį**, kalbinti tyrimo dalyviai teigė, kad priklausomybės yra ta sritis, kur kompetencijų vis dar trūksta. Visų pirma, netenkina priklausomybės ligų konsultantų kompetencijos, kad jie negali dirbti su nepilnamečiais: „*Pagal šį projektą, kai buvo ruošiami priklausomybių konsultantai, jiems nebuvo keliamas išsilavinimo klausimas*“ [KLR-9]. Siūloma visgi į tokią pareigybę priimti žmones su baziniu psichologiniu ar socialiniu išsilavinimu arba jiems būtų galima suteikti papildomų mokymų iš psichologinės pusės: „*Galbūt šitie žmonės, eidami mokytis, turėtų turėti psichologinį ar socialinį išsilavinimą, bazinių žinių, kad jis sugebėtų prieiti prie bet kokio amžiaus tarpsnio žmogaus*“, „*Arba jie bent galėtų praplėsti žinias iš psichologinės pusės: kaip prakalbinti, motyvuoti?*“ [KLR-9].

Neturima pakankamai kompetencijų dirbti su priklausomybėmis kompiuteriams, azartiniais žaidimams, kurios paaštrėjo pandemijos metu: „*Jei kalbėtume apie pandemiją laikotarpį, atsiranda daug priklausomybių ne tik narkotinėms medžiagoms, bet ir kompiuteriams, azartiniais lošimams. Ar mes turime kompetencijų, kaip dirbti su jais? Tikrai ne*“ [KLR-9].

PSICHOAKTYVIAS MEDŽIAGAS VARTOJANTIEMS ASMENIMS TEIKIAMŲ PASLAUGŲ TOBULINTINI ASPEKTAI

Kaip ir daugelyje savivaldybių, aptariant paslaugų priklausomiems asmenims tobulintinus aspektus, pirmiausia pabrėžiamas paslaugų nepilnamečiams trūkumas – tiek gydymo, tiek konsultacijų: „*Vaikams yra nepakankamas dėmesys. Artimiausias yra Kauno miestas, kuris gydo nepilnamečių priklausomybę*“ [KLR-3]; „*Klaipėdoje labai pasigendama pagalbos gydant nepilnamečių priklausomybes*“ [KLR-2]; „*Vaikų klausimo [priklausomybių konsultantai] nesprendžia, nes priklausomybių konsultantai konsultuoja tik nuo 18 metų*“, „*Tėvus gali paimti ir pakonsultuoti, o vaiko – ne*“ [KLR-5].

Manoma, kad konsultavimo spektras pas priklausomybių konsultantus yra per siauras, jis turėtų apimti ne tik priklausomybę nuo alkoholio, bet ir nuo narkotinių medžiagų, kompiuterinių žaidimų, azartinių lošimų, rūkymo ir pan.: „*Dažnai būna priklausomybė nuo alkoholio ar narkotinių medžiagų, ir jei konsultantai konsultuoja tik priklausomus nuo alkoholio, tai labai siauras problemos sprendimas. Būtų gerai, jei konsultantai imtų visą spektrą nuo kompiuterinių žaidimų ir t.t.*“ [KLR-5].

Pabrėžiama, kad priklausomybė nuo rūkymo dažnai nustumia į antraeilį planą, tad nėra pakankamai paslaugų, programų priklausomybės nuo rūkymo įveikai tiek vaikams, tiek

suaugusiems: „*Kitas dalykas yra rūkymas ir jo programų trūkumas tiek vaikam, tiek suaugusiems. Tai yra labai ryški priklausomybė, bet dažnai nustumiami į antraeilį planą. Dabar galėtume dirbti su vaikais, kurie puikiai įvaldę elektronines cigaretes, bet neturime jiems ką pasiūlyti, nors žinom, kad tokia problema yra*“ [KLR-5].

Daug dėmesio skiriama įstatymų netobulumo problemoms atskleisti. Buvo paminėta, kad įstatymai neapsaugo negimusio vaisiaus, jei moteris nesigydo nuo priklausomybės: „*Turėjom skaudžių patirčių [dėl nėščiosios], <...> Su ja buvo labai daug dirbta ir nėštumo metu, įkalbinėta, vežta gydyti, bet vaiko neišgelbėjom. Kaip apsaugoti nėščiosios vaisių, kai nesaugo jos teisės aktas, nes vaisius – ne vaikas ir jo teisės pažeidimas, kaip mama elgėsi, niekas nereglamentuoja*“ [KLR-9].

Apskritojo stalo diskusijos, suorganizuotos 2020 m. vasario 28 d., metu buvo paminėta dar viena problema – tai „*pagalba priklausomo žmogaus artimiesiems bei jų paruošimas priklausomo asmens resocializacijai. Diskusijoje buvo nutarta, jog reikėtų ypatingai skatinti šiam darbui nevyriausybinių sektorių, nes ne tik priklausomas asmuo turi keistis, bet ir jo aplinka*“ [Apskritojo stalo diskusijos medžiaga].

Taip pat kalbėta, kad kai kurios Pacientų žalos įstatymo nuostatos labai trukdo bendradarbiauti, perduoti informacijos: „*Pacientų žalos įstatymas mums labai trukdo bendradarbiauti, kai negalim pateikti tos informacijos. Pavyzdžiui, kai yra nėščioji, jai taikoma Metadono programa ir jei ji nutraukia paslaugą, apie ją negalima teikti informacijos jokiai organizacijai – kaip šioje vietoje sustiprinti bendradarbiavimą?*“ [KLR-9].

Paminėta socialinių tyrimų atlikimo problemos priklausomybių srityje, kai neįmanoma tiksliai ištirti situacijos, tačiau tai ne paties tyrimo problemos, kiek lūkesčių neatitikimas ir prasto tyrimo dizaino pasirinkimas, nes bendros visuomenės apklausos niekada neparodys priklausomų žmonių pagalbos poreikio, nes jų patenka per mažai, be to, žmonės nelinkę apklausoje atsakyti į jiems jautrius klausimus, kad galima būtų gauti patikimus rezultatus:

„*Darom visokius tyrimus (Visuomenės sveikatos biuras 2019 m. darė tyrimą), bet ten žmonės į apklausą patenka atsitiktinės atrankos būdu – ar tai tikslūs duomenys? Ar tie žmonės, kuriems reikalinga pagalba, patenka į tas apklausas? Tie, kurie nakvynės namuose, jie gauna pagalbą, jiems suorganizuota, bet kaip turėtų patekti tie žmonės, kurie sunkiai gauna pagalbą? Kaip įvertinti šituos rodiklius? Net tie tyrimai, kai žmonių klausiam apie alkoholio vartojimą, tai vienas matuoja, kad 0,5 litro per savaitę yra daug, o kitas sako, kad per mėnesį taurę šampano išgeria, o trečias - abstinentas. Kaip suvienodinti tą rodiklį? Į atsitiktinę atranką ateina tie, kurie nori dalyvauti apklausoje, nes tie, kas nenori, gal ir bėdų turi?*“ [KLR-9].

PASIŪLYMAI IR REKOMENDACIJOS DĖL PAGALBOS SISTEMOS (vartojantiems psichoaktyvias medžiagas ir turintiems priklausomybę asmenims) PRIEINAMUMO DIDINIMO, INTEGRUOTUMO STIPRINIMO

Viena iš pagrindinių pateiktų ir labai argumentuotų rekomendacijų yra susijusi su atvejo vadybos spektro išplėtimu, kad šis metodas socialinėje srityje būtų taikomas ne tik šeimoms su nepilnamečiais vaikais, bet ir priklausomiems asmenims, neturintiems tokio amžiaus vaikų: „Mes turėtume labai reglamentuoti, praplėsti funkcijas socialinėje srityje. Turėtų atsirasti nauji atvejo vadybininkai, apie kuriuos dar kol kas tik projektiniam lygmeny kalbama. Kol neturėsime socialinių darbuotojų pagal visus amžiaus tarpsnius, pagal krizes ir rizikas, tol bus sudėtinga“ [KLR-9].

Taip pat manoma, kad reikėtų išspręsti tą problemą, kad pas gydytoją priklausomybės ligų centre reikalingas šeimos gydytojo siuntimas: „Norint patekti pas gydytoją, priklausomybės ligų specialistą centre, reikalingas šeimos gydytojo siuntimas. Tai yra tam tikra kliūtis. <...> Prišnekini šiandien, jis šiandien nepatenka, o ryt persigalvoja ir nieko nebenori“ [KLR-8]; „Čia absurdas jau tame, kad tų pirminio lygio specialistų užduotis šiuo atveju - tik siuntimo išrašymas. Čia specialistų nuvertinimas pirminiame lygmenyje ir didelė kliūtis mūsų priklausomiems pacientams“, „Manau, kad šis klausimas turi būti sprendžiamas kuo greičiau, taip kaip būdavo anksčiau, kai pacientas atvykdavo ir jei ne iš karto, tai kitą dieną gaudavo pagalbą“ [KLR-7].

Kitas siūlymas susijęs su reabilitacijos centro/-ų steigimu šalia Klaipėdos, tiek nemokamų, tiek mokamų, kuriais galėtų naudotis labiau pasiturintys ir didesnio komforto trokštantys priklausomi asmenys: „Ko norėčiau Klaipėdos rajonui, tai reabilitacijos centro, <...> nes čia neturim nei nemokamų, nei mokamų. Yra dalis asmenų, kurie tikrai norėtų geresnių, komforto lygio paslaugų, aišku, galima sukومercinti, o galima vieną ir nemokamą reabilitacijos centrą, sodybą įsteigti“ [KLR-2].

Siūloma ankstinti programas vaikams, kurios šiuo metu yra nuo 14 m., siekiant atliepti vykstančius pokyčius, kai priklausomybės vystosi jaunesniems vaikams: „Amžius tikrai ne 14 metų, programos kuriamos nuo 14 metų, nebetinka, mes nebespėjam koja kojon, mums reikia paslaugų jaunesniems asmenims“ [KLR-9]. Be to, metodikos turi apimti įvairias priklausomybes: „Metodika turi būti pritaikyta visom priklausomybėm, neišskiriant nei alkoholio, nei narkotikų, nes jų yra labai įvairių“ [KLR-9].

Reikėtų permastyti duomenų teikimo apie priklausomą asmenį reglamentavimą: „Reiktų labai apgalvoti duomenų apsaugos situaciją, kaip nukreipti žmogų, kad jo lauktų. Jei mes negalime informuoti, kas ateis, tai kaip jo laukti?“ [KLR-9]. Manoma, kad dėl abiejų susijusių ministerijų – Sveikatos apsaugos ir Socialinės apsaugos ir darbo (čia reikėtų paminėti ir Vidaus reikalų ministeriją) – nebendradarbiavimo ir atskirų, nesuderintų įstatymų priėmimo, nebėra galimybės

gauti atsakymus į užklausimus: „*Pirmiausia, palengvinti informacijos pasidalinimą dėl asmens duomenų apsaugos įstatymo, nes dabar Sveikatos apsaugos ministerija ir Socialinės apsaugos ir darbo ministerija vienai kitai sukėlė kliuvinius. Viena ministerija kuria vienokius įstatymus, kita - kitokius ir jos tarpusavyje nesusiderina, prasilenkia. Mes jau nebeturime galimybės gauti atsakymų į užklausimus apie konkretų asmenį*“ [KLR-2]. Iš kitos pusės, duomenų apie asmenį pateikimas neturėtų būti siejamas su jo stigmatizacija, duomenų perdavimu darbovietai ir pan.: „*Tu gali užsiregistruoti į valstybinę įstaigą tam tikrai pagalbai pas psichoterapeutą, bet tu bijai, kad tau kažką įrašys. <...> Tas momentas, kad čia kreipsiuos ir įrašys, būsiu nurašytas, o tariantis privačiai – terminai, tada žmogus ir nebesikreipia pagalbos*“ [KLR-1].

APIBENDRINIMAS

- Stipriosios Klaipėdos savivaldybės pusės, palyginti su kitomis savivaldybėmis, yra susijusios su išplėtotomis paslaugomis, yra daug paslaugų teikėjų, iš kurių galima rinktis. Pasinaudoti išplėtotomis paslaugomis atvyksta iš viso Klaipėdos regiono. Be to, savivaldybė yra sukūrusi paslaugų žemėlapi, kuriame sudėliota, kas kokias paslaugas teikia. Ypač tai aktualu NVO paslaugų atveju, nes jos dirba projektiniu būdu ir ne visada lengva susiorientuoti jų paslaugų programose.
- Kitas privalumas yra tas, kad savivaldybė domisi užsienio gerąja patirtimi, yra labai atvira naujovėms, prisideda prie jų iniciavimo, pavyzdžiui, vienoje iš NVO įkurti jaunimo namus ar įsteigti gatvės jaunimo darbuotojų etatus arba paskatinti NVO užsiimti pagalba priklausomų asmenų šeimos nariams. Iš kitos pusės, nors mieste tikrai yra nemažai stiprių NVO, toks kai kurių pagrindinių funkcijų permetimas joms nėra labai tinkamas, nes NVO priverstos vykdyti veiklą projektiniu būdu, tad visados išliks paslaugų tęstinumo problema. Šią problemą tik iš dalies galima spręsti savivaldybės skelbiamais socialinių projektų konkursais, nes kiekvienas savivaldybės valdžios pasikeitimas gali įvesti pokyčius ir NVO finansavime.
- Kaip ir kitose savivaldybėse, Klaipėdos savivaldybėje susiduriama su keturiomis pagrindinėmis, sisteminėmis visai šaliai problemomis – duomenų perdavimo iš vienos institucijos kitai kliūtys, pagalbos nepilnamečių vaikų neturintiems priklausomiems asmenims trūkumas, sugrįžusių po gydymo priklausomų asmenų ir jų artimųjų parengimas reintegracijai, bei paslaugų priklausomiems vaikams, ypač jaunesniems nei 14 m.,

trūkumas. Šios problemos iš dalies gali būti išspręstos tik šalies mastu, tačiau galima kai kuriuos aspektus pagerinti ir savo jėgomis, pavyzdžiui, pasiremti kitų savivaldybių patirtimi ir pradėti teikti konsultacijas priklausomų asmenų artimiesiems viename iš socialinės pagalbos centrų arba išplėsti atvejo vadybos taikymo spektrą šiuose centruose ir įtraukti asmenis, neturinčius nepilnamečių vaikų.

- Siekiant išspręsti kitas problemas – duomenų keitimosi ir pagalbos vaikams iki 14 metų – būtina kooperuotis su kitomis savivaldybėmis ir inicijuoti reikiamus pakeitimus ar metodikų sukūrimą, reikiamų specialistų darbui su vaikais parengimą, priklausomybių konsultantų kompetencijos kėlimą ir pan.

7. KUPIŠKIO RAJONO SAVIVALDYBĖ

INFORMACIJOS (susijusios su pagalba psichoaktyvias medžiagas vartojantiems asmenims) TEIKIMO MECHANIZMAI SAVIVALDYBĖJE

Tyrimo metu buvo siekta išsiaiškinti, **kaip yra sužinoma apie asmenį, kuriam reikia paslaugų**. Ši informacija ateina iš įvairių šaltinių: vaikų teisių apsaugos tarnybos, seniūnijų socialinių darbuotojų, kaimynų, policijos, medicinos punktų felčerių, šeimos, vaikų gydytojų: „*Įvairiai. Būna, kad geri kaimynai praneša, kad yra problema. Būna, kai žmogus pradeda vartoti ir prasideda suicidiniai dalykai, informacija ateina iš policijos, dažniausiai jie pirmieji nuvažiuoja*“ [KUR-8]; „*Pastebi, kai būna vaiko teisių pažeidimas arba [kreipiasi] seniūnijos. <...> Pavieniai asmenys, suaugę asmenys, rizikos asmenys – pastebi kaimynai* [KUR-7]; „*Mes dažniausiai sužinom iš kaimynų, iš medicinos punktų felčerių, kai kurie vaikų gydytojai, kurie lanko tuos žmones ir mato, kokios pas juos problemos šeimose. Arba patys žinom, kurie žmonės linkę vartoti*“ [KUR-3].

Aptariant, **kaip asmenys, kuriems reikia pagalbos, sužino apie galimas paslaugas**, buvo išskirta, kad dažniausiai socialiniai darbuotojai juos informuoja žodžiu. Pabrėžiama, kad paprastai asmenys nebūna tuo patenkinti: „*Dažniausiai žodžiu būna pasakoma. Bet jie nėra labai patenkinti, kad įvardiji tą problemą, jie galvoja, kad nematai ir nežinai jo problemas*“ [KUR-6]. Prie informacijos apie paslaugas sklaidos prisideda ir policija: „*Dalis gyventojų, pas kuriuos nuvykstame į įvykius, tiesiog nežino, kad yra teikiamos tokios paslaugos, suteikiame jiems informaciją. Informuojame dėl galimybės pasiskambinti, nes ne visi turi galimybę nuvykti dėl finansų*“ [KUR-2].

Visgi fokusuotos diskusijos metu buvo prieita prie išvados, kad informacijos trūksta: „*Gal ir ne visi gauna. Viešumo tikrai reikėtų, kitas gal ir nedrįsta kreiptis pas mus. <...> „Viešumo niekada nebūtų per daug: reklama, informacija savivaldybės puslapy, skelbimai, plakatai*“ [KUR-7]. Teigiama, kad pasiteisintų lankstinukai ir plakatai, ypač priklausomybės turinčių žmonių artimiesiems, kaimynams, kadangi dažniausiai priklausomi žmonės tuo nesidomi: „*Galvoju, kad informaciją lankstinukais nesudėtinga padalinti, tik karantino metu mažiau žmonių. Galėtų būti seniūnijose, parduotuvėse plakatai, kad žmogus pasižiūrėtų, užsirašytų, gal kaimynas pastebėtų ir pasakytų. Paprastai tokie [priklausomi] žmonės patys tuo nesidomi*“ [KUR-3].

Aiškinantis, **kaip keičiamasi informacija apie priklausomus asmenis tarp skirtingų paslaugų tiekėjų**, buvo pastebėta, kad paslaugas teikiančios institucijos informacija tarpusavyje nesikeičia: „*Informacija tarp institucijų nevaikšto*“ [KUR-10]. Tai aiškinama priimtais asmens

duomenų apsaugos įstatymais bei tuo, kad nėra sudarytų sutarčių tarp institucijų: „Policijos pareigūnai ir medikai dengiasi asmens duomenų apsaugos įstatymu ir kitais įstatymais“, „Net savivaldybės Narkotikų kontrolės komisija šių duomenų neturi. Įstatymai labai griežtai apriboja keitimąsi asmens duomenimis“, „Bandžiau pasidomėti dėl bendradarbiavimo sutarčių, tai nėra tokių raštiškų sutarčių“ [KUR-10].

Kita vertus, teigiama, kad ne visuomet įstatymai yra nesikeitimo duomenimis priežastis. Socialinių paslaugų centras duomenis apie savo klientus renka ir turi: „Po kiekvieno apsilankymo darbuotojas užsipildo apsilankymo aktą, pavienius asmenis žino, turi žurnalą, kur veda statistiką“ [KUR-7]. Policija duomenis apie asmenis, vartojančius psichoaktyvias medžiagas, visuomet pateikia pagal užklausas: „Esant tam tikram pagrindui, vadovaujamės teisės aktais ir yra pagrindas teikti tam tikrus duomenis, jie ir teikiami. <...> Duomenys apie 2019 m. buvo pateikti policijos duomenys tiek savivaldybei, tiek Narkotikų komisijos kontrolės nariams. <...> „Tai pagal kiekvieną jūsų paklausimą yra teikiami duomenys“ [KUR-2]. Kad duomenys pateikiami, patvirtino ir Narkotikų kontrolės komisijos atstovas: „Duomenys buvo rinkti, kiek mūsų rajone yra vartojančių žmonių, tai komisija buvo užklaususi ir gavo atsakymą. Mes tą skaičių sužinojome, tik be pavardžių, nes tokiam mūsų mažam rajone nėra būtinumo jas žinoti“ [KUR-11].

Tokiu būdu, fokusuotos diskusijos metu išaiškėjo, kad asmens duomenų apsaugos įstatymas iš tiesų neapriboja gauti duomenis iš įvairių institucijų, kurios jais disponuoja. Tačiau savivaldybėje nėra informacijos sisteminimo, nėra institucijos, kuri turėtų pilną informaciją, reikalingą paslaugų poreikiui nustatyti: „savivaldybė neturi visiškai jokių statistinių duomenų apie šiuos asmenis“ [KUR-10]. Ši problema buvo įvardinta ir apskritojo stalo diskusijos, vykusios 2020 m. vasario 25 d., metu: „Nežinant tikros situacijos sudėtinga planuoti reikalingų paslaugų organizavimą. Ne visada vietinė valdžia yra informuota ir gali tinkamai sureaguoti organizuojant pagalbą priklausomybių turintiems žmonėms“.

SAVIVALDYBĖS SOCIALINIO IR SVEIKATOS SEKTORIAUS TEIKIAMŲ PASLAUGŲ (susijusių su pagalba psichoaktyvias medžiagas vartojantiems asmenims) IR JŲ KOKYBĖS VERTINIMAS

Apibrėždami, **kokios institucijos ir/ar organizacijos teikia savivaldybės gyventojams paslaugas, susijusias su priklausomybėmis**, tyrimo dalyviai įvardijo tokius pagrindinius paslaugų tiekėjus kaip:

- Socialinių paslaugų centras ir seniūnijų socialiniai darbuotojai, kurie yra arčiausiai priklausomybę turinčių asmenų;

- Krizių centras (Socialinių paslaugų centro padalinys), kur apgyvendinami žmonės, turintys priklausomybes;

- Pirminės asmens sveikatos priežiūros centras, kuriame yra psichiatro kabinetas, medicinos psichologas, slaugytojas. Esant poreikiui, tiek šeimos gydytojas, tiek gydytojas psichiatras gali asmenį nukreipti į Respublikinį priklausomybės ligų centrą ar kitas antrinio lygio psichiatrinio pobūdžio ligonines;

- Probacijos tarnyba, kuri asmenims, įvykdžiusiems nusikalstamas veikas, vykdo teismo įpareigojimą gydytis nuo potraukio svaigalams, veda motyvacinius pokalbius, siunčia priklausomybių ligų konsultantui, taip pat skatina kreiptis į pagalbą teikiančias institucijas – Respublikinio priklausomybės ligų centro Panevėžio filialą, Anoniminių alkoholikų bendrijas, Rokiškio raj. visuomenės sveikatos biurą;

- Vaikų teisių tarnyba, kuri siunčia pranešimus apie vaiko teisių pažeidimus, dalyvauja posėdžiuose dėl pagalbos skyrimo, tačiau teigiama, kad šiuo metu bendravimas su ta tarnyba yra labai apsunkintas, ypač po to, kai jie nebėra savivaldybės sudėtyje, jie labai nenoriai teikia informaciją;

- Rokiškio raj. visuomenės sveikatos biuras (VSB), kuris teikia priklausomybių konsultanto pagalbą, ankstyvosios intervencijos paslaugas, nuo 2020 m. pab. pradėtos teikti psichologinės gerovės ir psichinės sveikatos stiprinimo paslaugos;

- Policija, kuri taiko prevencines priemones, vykdo švietėjišką veiklą vykstant į mokymosi įstaigas, lanko rizikoje esančias šeimas;

- Švietimo pagalbos tarnyba, kurios darbuotojai yra praėję mokymus, turi sertifikatus ir veda ankstyvosios intervencijos užsiėmimus;

- NVO sektorius nėra labai stiprus, rajonas mažas, jaunų žmonių skaičius nėra didelis, yra daug vyresnio amžiaus žmonių. Aktyviausiai su priklausomybę turinčiais asmenimis dirba Caritas ir Anoniminių alkoholikų klubas.

- Savivaldybės Kultūros, švietimo ir sporto skyrius, kuruojančias neformalaus ugdymo veiklas vaikams ir jaunimui veiklas (šaulių, skautų, sporto ir kt.), į kurias įsitraukia ir mokiniai, turintys priklausomybės problemų.

- Savivaldybės Jaunimo centras, kurie neformaliai bendrauja su jaunimu, sprendžia jų problemas.

Aptariant paslaugų teikimą buvo pažymėta, kad kiekviena institucija turi apibrėžtas funkcijas, jos daugiau mažiau atliekamos: „Šiaip visa sistema veikia, kas kuriai institucijai priklauso, jos ir atlieka: ar tai prevencinės funkcijos, ar gydymo, ar socialinės integracijos, ar

reabilitacijos, pagalba asmenims yra prieinama“ [KUR-10]. Tačiau apie viso paslaugų proceso koordinavimą kalbėti sudėtinga, koordinuojančios institucijos nėra.

Aptariant teikiamas paslaugas, buvo kalbėta apie prevencines programas, prie kurių prisideda policija, Socialinių paslaugų centras ir mokyklos: „Policija, Socialinių paslaugų centras (SPC), mokyklos atlieka prevencines programas. Tik koordinavimo truputį pritrūksta. Kiekviena prieina prie savo kliento, apčiuopinėja ir paleidžia“ [KUR-10]. Taip pat minėta ankstyvosios intervencijos programa, kuri vertinama dėl naujų metodų dirbant su jaunais žmonėmis: „Kuo gera yra ankstyvoji intervencija? Ten naujais metodais, paaugliui suprantama kalba, bandoma perteikti žala, kitokie pasirinkimai ir pan.“ [KUR-4]. Tačiau atskleista daug sunkumų ją tinkamai įgyvendinti dėl COVID-19 pandemijos: „Bandėm pradėti pavasarį, karantinas nutraukė užsiėmimus. Programa dirbti nuotoliniu būdu nelabai pritaikyta, specialistai neapsiima vesti. Paskui buvo vasara, kai vaikai atostogauja, o rudenį buvo pradėtas vienas užsiėmimas, o tada karantinas sugriežtintas“ [KUR-4]. Taip pat buvo paminėta, kad ypač didelį darbą su vaikais nudirba psichologai, tačiau ir kiti specialistai atlieka didelį motyvacinį darbą: „mokytojai, socialiniai pedagogai, socialiniai darbuotojai, psichologai, šeimos gydytojai – visi specialistai, su kuriais nepilnametis susiduria, atlieka dideli motyvavimo darbą“ [KUR-4].

Socialiniai darbuotojai, gavę informaciją apie priklausomybę turinčius asmenis, stengiasi motyvuoti jį nebevartoti, geranoriškai gydytis nuo priklausomybės. Didžiausia problema jų, o ir šeimos gydytojų, nuomone, yra įtikinti priklausomus žmones, kad jie gali nebevartoti: „Didžiausia problema įtikinti tą žmogų, kad jis suprastų, jog galėtų nebevartoti“ [KUR-3]; „Jei negali žmogaus įtikinti, kad jis per daug geria, tai jam jokios pagalbos ir neįpaišysi“ [KUR-7]. Motyvacijai pasitelkiamas pokalbis, geranoriškumas, tačiau yra labai sudėtingų atvejų, kurių nepavyksta išspręsti: „Žinom keletą piktybiškų asmenų, kurie reikalauja psichotropinių vaistų receptų, keliaudami per visą Lietuvą“ [KUR-3]. Šiame procese labai padeda Vaikų teisių tarnyba ir atvejo vadybos metodas: „Turbūt geriausia motyvacija tėvams yra Vaiko teisių išvados dėl vaikų saugumo, priežiūros, nes yra labai aiškos sankcijos - jei nori auginti vaikus, turi kovoti su nepriklausomybe. Nėra taip, kad atima vaikus, jei pagauna, kad asmuo neblaivus, bet prasideda procesas, tėvai turi bendradarbiauti su SPC ir Vaiko teisių tarnyba. Matom tokią situaciją, kad ne vienas asmuo bando kapanotis, išlipti iš duobės, kabintis į gyvenimą“ [KUR-4].

Jei pavyksta įtikinti gydytis, tada asmuo šeimos gydytojo ar psichiatro yra nukreipiamas gydymui ir tolesnei reabilitacijai: „Kreipiasi į šeimos gydytoją dėl siuntimo, kad galėtų nuvykti į Panevėžio PLC. <...> Kreipiasi ne vien į PLC, bet ir į reabilitacijos centrus, kai kurie lieka ten gyventi, o kai kurie neišbūna viso laiko. Taip pat registruojasi pas psichologus, psichiatrus“ [KUR-7]. Savivaldybė yra pasirašiusi specializuotos asmens sveikatos priežiūros teikimo sutartį dėl

medikamentinio stacionarinio gydymo bei apmoka gydymo išlaidas asmenims, neturintiems lėšų: „Savivaldybė yra pasirašiusi specializuotos asmens sveikatos priežiūros teikimo sutartį dėl medikamentinio stacionarinio gydymo, RPLC Panevėžio filiale yra aiški schema, kur šie asmenys yra nukreipiami. Taip pat savivaldybė sudariusi galimybę asmenims, kurie neturi lėšų, apmokėti gydymo išlaidas“ [KUR-10].

Grįžus iš gydymo ir/ar reabilitacijos siekiama užtikrinti paslaugų tęstinumą: „Kai žmonės grįžta, tai socialinis darbuotojas apsilanko, nesakau, kad pas visus. Kas liečia reabilitacijos centrus, tai nemažai socialinių darbuotojų kreipiasi į mūsų centrą, praneša, kad grįžta ir tas bendradarbiavimas vyksta. Man atrodo, kad tęstinumas savivaldybėje yra“ [KUR-7]. Tokia tvarka yra įtvirtinta socialinio darbuotojo pareigybės aprašyme: „Tvarka yra pareigybėse socialinio darbuotojo. <...> O aplanko tai kartą per mėnesį, bet gali ir per savaitę kartą ar du. Ne viskas, kas tvarkose parašyta, taip ir būna, priklauso nuo situacijos“ [KUR-7]. Be to, dažnai patys sugrįžę po gydymo asmenys apsilanko Socialinių paslaugų centre, siekdami gauti ir kitas paslaugas: „Jie neretai atvyksta patys į paslaugų centrą, nes kartu susitvarko ir maisto produktus arba paramą malkom, kreipiasi dėl socialinio būsto“ [KUR-7]. Be to, Kupiškio SPC įsteigė naują atvejo vadybininko su ilgą laiką nedirbančiais asmenimis pareigybę: „2020 m. įsteigta nauja pareigybė SPC – atvejo vadybininkas su ilgą laiką nedirbančiais asmenimis, tai liečia ir asmenis, grįžusius po reabilitacijos programų“ [KUR-10].

Visgi Pirminės asmens sveikatos priežiūros centro atstovas atkreipė dėmesį į iškylančią problemą, kad jeigu jie asmenį siunčia gydytis kažkur toliau, jie negauna grįžtamojo ryšio iš Priklausomybės ligų centro, nežino ar tas žmogus baigė gydymą, ar ne. Todėl manoma, jeigu būtų atvejo vadybininkas, kuris tą žmogų lydėtų visą kelią, informacija nepasimestų, pats priklausomybę turintis asmuo saugiau jaustųsi. Tačiau atvejo vadybininkai pagal patvirtintą atvejo vadybos aprašą privalomai veikia ir teikia paslaugas asmenims, kurių šeimoje auga nepilnamečiai vaikai. Tokiu būdu vienišiams, mažamečių vaikų neturintiems asmenims tokia atvejo vadyba yra neprieinama.

Su priklausomybės turinčiais asmenimis dirba ir priklausomybių konsultantas, tačiau pabrėžiama, kad savivaldybė neturi Visuomenės sveikatos biuro (VSB), paslaugos yra perkamos iš Rokiškio VSB. Trūksta informacijos sklaidos apie šį VSB: „Informacijos mažoka, juk jie vis tiek teikia ankstyvosios intervencijos paslaugas, turi priklausomybių ligų konsultantą, dabar papildomai psichologas yra įdarbintas. Kadangi aš palaikau ryšį su specialiste, tai žinau. Bet ar eilinis statistinis pilietis tą informaciją turi, labai abejočiau“ [KUR-10]. Su priklausomybės ligų konsultantu sudaroma sutartis, tačiau jo darbas finansuojamas iš šio projekto lėšų, todėl neaiškus jo veiklos tęstinumas savivaldybėje: „Sudaroma sutartis kas 3 mėn. (o gal 6 mėn.), bet tai yra iš projekto. Projektas

pasibaigs, atrodo, 2021 m. pabaigoje, o kas bus toliau? Ar mūsų valdžia ryšis finansuoti tokį etatą, tai labai didelės abejonės“ [KUR-10]. Visgi atkreipiamas dėmesys, kad tokio priklausomybių konsultanto labai reikia, jo veikla labai naudinga: „Tikrai tai pasiteisina, žmonės noriai lanko ir noriai konsultuojasi, efektas pastebimas, bent jau taip teigia SPC direktorė“ [KUR-10].

Kalbant apie socialinės rehabilitacijos ir reintegracijos paslaugas, buvo teigiama, kad šiuo atveju aktyviausiai veikia seniūnijos ir Socialinių paslaugų centras: „Teikia visas privalomas socialines paslaugas, o visos kitos integracijos – įdarbinimas, būsto paieška, socialinių įgūdžių ugdymas – irgi daugiau socialiniams darbuotojams tenka“ [KUR-10]. Prie jų prisideda nevyriausybinių organizacijų, taip pat savivaldybės įkurti Jaunimo centrai, bendruomenės: „Turime stiprią Kupiškio dekanato Carito organizaciją, ten yra labai veikli moteriškė, tiesiog bažnyčios priedangoj veikia. Jie turi 30-40 asmenų, kuriems teikia pagalbą, vykdo projektus labai aktyviai, berods iš VVG gauna finansavimą“ [KUR-10], „Alizavos seniūnijoje yra jaunimo centras „Alsja“, kuris įtraukia jaunimą į savo veiklą. Bendruomenė savo iniciatyva yra sukūrusi vaikų užimtumą ir taip skatina jų įsitraukimą į veiklas, mažina nusikalstamumą. [KUR-2].

Sudėtingesnis bendradarbiavimas su Anoniminių alkoholikų klubu, kuris laikosi nuošaliai, apie jį mažai žinoma informacijos: „Turime anoniminių alkoholikų organizaciją, bet ji mane labai liūdina, nes kažkada iš šnekėjom su socialiniais darbuotojais ir vienas darbuotojas sako: “O tai jie dar veikia?!”. Bandėm juos prisikviesti į vieną iš renginių, gal apskrito stalo diskusiją, mums buvo atsakyta, kad kažkur išvažiuoja, nelabai domina. Jei specialistai nežino ar dar veikia organizacija, tai truputėlį pasyvu“ [KUR-10]. Iš kitos pusės, šios organizacijos visose savivaldybėse labai saugo savo privatumą, tačiau tai nereiškia, kad jos blogiau dėl to veikia. Kitas aspektas yra tas, kad mažose savivaldybėse labai sunku išlaikyti anonimiškumą, kartais verta rinktis tokią organizaciją kituose rajonuose: „Rajonas labai mažas, mes vieni kitus pažįstam, tai apie anonimiškumą kalbėti net neverta. Kai žmonėms reikia anonimiškumo, tai jie gali susirasti tą organizaciją kažkuriam iš rajonų“ [KUR-10].

Aptariant **paslaugų prieinamumą**, buvo teigiama, kad tokios problemos nėra, tik gydymo pagalba užtrunka: „Galbūt gydymo pagalba, kaip pabrėžia Socialinių paslaugų centras, šiek tiek vėluoja, nes praeina tam tikras laiko tarpas, kol žmogus sulaukia gydymo paslaugų dėl eilių“ [KUR-10]; „Kai žmogus kreipiasi pagalbos, jis nori ją gauti čia ir dabar, tuo labiau, kad socialinis darbuotojas prikalbina jį gydytis. O kai susisiekiama su PLC, tai vietų nėra. Jei vietų nėra, reikia laukti mėnesį, žmogus vėl atkrinta“ [KUR-10].

Vertindami specialistų, dirbančių su psichoaktyvias medžiagas vartojančiais asmenimis, **kompetencijų pakankamumą ir mokymų poreikį**, kalbinti specialistai pripažino, kad „mokymų niekada nėra per daug“ [KUR-10]. Labai džiaugiamasi vykusiomis supervizijomis socialiniams darbuotojams: „Socialiniam darbuotojam vykdo tokias supervizijas, jos ne karantino metu vyko

tiesiogiai, o karantino metu - net per nuotolį. Jei jų būtų daugiau, tai ir naudotųsi daugiau“ [KUR-7]; „Pas mus jau yra įvykę intervizių mokymai. <...> Buvo labai įdomu ir naudinga“ [KUR-10].

PSICHOAKTYVIAS MEDŽIAGAS VARTOJANTIEMS ASMENIMS TEIKIAMŲ PASLAUGŲ TOBULINTINI ASPEKTAI

Aptariant paslaugų priklausomiems asmenims tobulintinus aspektus buvo nurodyta, kad viena iš svarbiausių problemų – tai **paslaugų prieinamumo ir savalaikiškumo užtikrinamas**.

Apskritojo stalo diskusijos metu, buvo įvardintos šios problemos:

- Per mažai specialistų dėmesio yra skiriama šeimoms, kuriose nėra nepilnamečių vaikų, vienišiams asmenims;
- Informaciniai / prevenciniai renginiai skirti psichoaktyvių medžiagų prevencijai jauniems asmenims įtakos turi mažai. Be to, ankstyvosios intervencijos paslaugų rajone trūksta, todėl pagalba ne visuomet aktyvi. Efektyviau veikia bendravimas, šiltų tarpusavio pasitikėjimu grįstų santykių sukūrimas, įtraukimas į aktyvią dominančią veiklą. Tačiau jaunimui trūksta aktyvaus sporto bei kito popamokinio vaikų užimtumo veiklų. Toks užimtumas būtų geriausia prevencinė priemonė užkertant kelią žalingų įpročių atsiradimui vaikų ir jaunimo tarpe;
- Švietėjiško pobūdžio renginiai apie žalingus įpročius dažniausiai neefektyvūs, klientai nevertina gaunamos informacijos reikšmės ir įsitikinę nesantys priklausomi nuo alkoholio. Viena iš priežasčių priklausomybėms vystytis yra siejama su užimtumo, darbo vietų trūkumu ypač kaimiškose vietovėse;
- Trūksta operatyvumo suteikiant gydymo pagalbą, atkreiptas dėmesys į paslaugų prieinamumo apribojimo dėl nemažų įkainių;
- Akcentuojama švietimo nauda, ypač pozityvios tėvystės kursų nauda socialinių problemų turinčioms šeimoms;
- Trūks koordinuotos pagalbos žalingų įpročių turinčioms šeimoms ir jose augantiems vaikams;
- Dažnėja piktnaudžiavimo alkoholiu ir psichotropinėmis medžiagomis atvejų tarp nepilnamečių, pareigūnų akiratyje nesančiose šeimose. Šiuo atžvilgiu viena iš minimalios priežiūros priemonių galėtų būti Ankstyvosios intervencijos programos vykdymas, įtraukiantis kuo daugiau institucijų į prevencinį darbą;
- Nereti atvejai, kai atsakingų institucijų abejingumas, tikrosios padėties slėpimas, vengimas dalintis blogąja patirtimi prisideda prie problemos – piktnaudžiavimo alkoholiu ir

psichotropinėmis medžiagomis – plitimo, pvz., mokyklos linkusios neatskleisti tiesos apie pasitaikančius atvejus vartojant svaigalus ir juos kruopščiai slepia;

- Apie esamas problemas specialistai per mažai diskutuojama su vietinės valdžios institucijomis, todėl nežinant tikros situacijos sudėtinga planuoti reikalingų paslaugų organizavimą. Ne visada vietinė valdžia yra informuota ir gali tinkamai sureaguoti organizuojant pagalbą priklausomybių turintiems žmonėms;
- Trūksta pasitikėjimo ir tarpinstitucinio bendradarbiavimo.

Taip pat buvo iškelti keturi įstatymų netobulumo atvejai, trukdantys teikti paslaugas priklausomybės turintiems vaikams:

- Apskritoj stalo diskusijos metu buvo iškelta problema, kad vaiko minimalios priežiūros priemonę už alkoholio ir psichotropinių medžiagų vartojimą įstatymas leidžia taikyti tik asmenims, kurie nėra bausti dėl padarytų nusižengimų. Kadangi asmenys nuo 16 metų jau patys atsako administracinius ir baudžiamuosius nusižengimus bei nusikaltimus, savivaldybės Vaiko gerovės komisija negali skirti minimalios priežiūros priemonės;

- Be to, policija neprivalo pranešti apie 16-18 m. asmenis, kurie turi problemų dėl psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo: „*Jei yra problema dėl vartojimo, yra toks psichoaktyviųjų medžiagų asmenų, kuriems yra sukakę 16-18 metų, tokiais atvejais policija šiam koordinatoriui nesuteikia. Įstatyme yra spraga, kad apie tokius aktualius paauglius informacija yra nesuteikiama*“ [KUR-10].

- Vaiko teisės reikalauja, kad tėvai savo valdžią naudotų vaiko gerovei, bet jei tėvai nepilnametį vaiką, susidūrusį su priklausomybe, nuveža į priklausomybių centrą, tai reikia vaiko sutikimo. Tačiau priklausomybė nuo psichoaktyviųjų medžiagų dažnai būna lydimą delikventinio elgesio, todėl gydymo įstaigoje vaikai, paaugliai tiek gali atsisakyti gydymo, tiek dėl netinkamo elgesio gali būti pašalinti: „*Labai dažnai būna, socialiniai darbuotojai ar patys tėvai vargsta, įtikindami tą vaiką nuvažiuoti į Panevėžį ar Kauną. <...> Taisyklės stacionare yra griežtos. Jei vaikas nesilaiko taisyklių, kažką prisidirba ir turi važiuoti namo. Čia labai rimta problema. Suaugę žmonės sunkiai pripažįsta savo priklausomybes, tai nepilnamečiam tai yra daug kartų aštriau. Kai tėvai negali pasirašyti už vaiką gydymui, tai turime labai rimtą problemą*“ [KUR-4]. Pritariama, kad medicinos personalas neturi galimybių dirbti su delikventinio elgesio paaugliais, tačiau kartu teigiama, kad nėra praktiškai jokių priemonių spręsti šios problemos: „*Kalbant apie stacionarus, tai tikrai ne gydytojų užduotis tramdyti nepilnametį stacionare. Iš kitos pusės, sunaikinus socializacijos centrų sistemą, dabar Lietuvoje liko du socializacijos centrai, tai vidutinė priežiūra yra labai retas atvejis*“ [KUR-4].

- Dirbant su jaunais žmonėmis, kurie turi priklausomybę arba gali ją turėti, įstatymuose yra numatytas tam tikras tų žmonių, kurie savanoriškai kreipiasi pagalbos, stigmatizavimas. Tai priklauso nuo jų turtinės padėties: „Jei žmogus yra iš pasiturinčios šeimos ir jį įkalbi kreiptis pagalbos, jis gali susimokėti ir gauti paslaugas anonimiškai, į registrus tai nepatenka. Jei žmogui finansinės galimybės neleidžia susimokėti už anonimiškumą, jo duomenys gauna policija, gydymo įstaigos. Jei tai yra jaunas žmogus (iki 30 m.), tai jam visam gyvenimui susidaro didelės problemos, ar gauti vairuotojo pažymėjimą, ar gauti leidimą ginklui ir pan.“ [KUR-4].

Aptariant kitas problemas, pabrėžiama, kad labai trūksta tam tikrų specialistų, ypač vietoje gyvenančio priklausomybių konsultanto, psichiatrų ir psichologų: „Būtų labai naudinga turėti tokią specialistą [priklausomybių konsultantą], bet Kupiškio rajonas netgi neturi savo VSB. Paslaugos įsigyjamos iš Rokiškio. <...> Tai vieną kartą per savaitę iš Vilniaus atvykstanti specialistė“ [KUR-10]; „Kaip ir visoje Lietuvoje trūksta ir psichiatrių, ir psichologų. Tada mes, šeimos gydytojai, tęsiam vaistus nuo depresijos. Šeimos gydytojai paima daug psichiatrių darbo“ [KUR-3].

Iškeliamas bendradarbiavimo tarp institucijų, teikiančių paslaugas priklausomiems žmonėms: „Institucijoms, veikiančioms rajone ir padedančioms asmenims, turintiems priklausomybių, nelabai radome institucijų bendradarbiavimo“ [KUR-11]. Nesant apibrėžtam koordinavimui, visos minėtos problemos nėra sprendžiamos: „Kaip specialistai diskusijos metu iškėlė tas problemas, taip jos nėra per tą laiką pasikeitusios, nieko teigiamo nėra įvykę“ [KUR-10]. Tačiau vis dar nesutariama, kurioje institucijoje turėtų būti specialistas, koordinuojantis paslaugas asmenims, turintiems priklausomybę. Vieni matytų jį kaip savivaldybės tarpinstitucinio bendradarbiavimo koordinatorių: „Savivaldybės turi tarpinstitucinio bendradarbiavimo koordinatorių ir galvojau, gal tikslinga būtų, jei jis koordinuotų šitą procesą, bet kaip su tom šeimom, kuriose nėra nepilnamečių vaikų? Šitam koordinatoriui nepriklauso dirbti su tokiais asmenimis, nes jo paslaugos apima tik tas šeimas, kuriose yra nepilnamečių vaikų“ [KUR-11]. Tačiau šiam požiūriui priešinasi pats tarpinstitucinio bendradarbiavimo koordinatorius. Kiti jį matytų Kupiškio Socialinių paslaugų centre, ar Socialinių paslaugų skyriuje: „Ko gero, akys kryptų į SPC arba socialinės paramos skyrių. Mes Kupiškio mieste neturime seniūnijos, tai SPC aprėpia labai didelę dalį klientų ir mieste, ir rajono seniūnijose. Kadangi ši institucija tiesiogiai susijusi ir daugiausiai bendrauja su šiais asmenimis, tai jei direktorė neprieštarautų, koordinuojantis asmuo galėtų būtų SPC“ [KUR-10]; „Galvoju, kad daug ką ir daro darbuotojai, ir tą funkciją vos ne atlieka. Kas liečia bendradarbiavimą, tai jis su visom institucijom vyksta. Tik tiek, kad SPC būtų atsakingas už miestą, o seniūnijų socialiniai darbuotojai už seniūnijas [KUR-7]. Dar kiti mano, kad koordinatoriaus funkcijas turėtų perimti VSB: „Mūsų priklausomybių konsultantas dabar yra įdarbintas VSB ir man natūraliai atrodo, kad visą koordinavimo procesą turėtų perimti VSB pagal savo paskirtį“ [KUR-4].

PASIŪLYMAI IR REKOMENDACIJOS DĖL PAGALBOS SISTEMOS (vartojantiems psichoaktyvias medžiagas ir turintiems priklausomybę asmenims) PRIEINAMUMO DIDINIMO, INTEGRUOTUMO STIPRINIMO

Nors Kupiškio raj. savivaldybėje buvo daug iškelta aktualių problemų, tačiau pasiūlymų, kaip galima būtų jas spręsti buvo labai mažai. Buvo siūloma sukurti algoritmą, pagal kurį būtų suteikiama pilnavertiška pagalba priklausomiems žmonėms, kurių vaikams jau sukanka 18 m. (ir kuris tikėtų neturintiems vaikų, vienišiams žmonėms): *„galima sukurti algoritmą, kad kai vaikui sueina 18, tie tėvai, turėję priklausomybių ir kartais nuo karto atkrisdavę, jie nebūtų paliekami likimo valiai, įsijungtų kažkoks procesas, kad jiems būtų galima suteikti pagalbą“* [KUR-4].

Siekiant paskatinti institucijas ir organizacijas bendradarbiauti, buvo siūloma inicijuoti tokias sutartis: *„Pasiūliau, kad būtų galima inicijuoti tokias sutartis, bet reikėtų aukštesnės valdžios iniciatyvos“* [KUR-10].

Informacijos sisteminimo atžvilgiu buvo siūloma vienai iš institucijų priskirti funkciją reguliariai rinkti iš kitų institucijų duomenis apie priklausomų asmenų skaičių ir kitus nusistatytus rodiklius. Tad savivaldybėje reiktų tvarkos, kuri nustatytų, kas turėtų susisteminti duomenis ir numatytų kokioms institucijoms, iki kada ir kokio masto duomenis pateikti: *„Kadangi šiuo metu nėra bazės, kuri kiekvienai institucijai, atsakingai už šio plano termino įgyvendinimą, numatytų iki kada, ir kokio masto tie duomenys turėtų būti“* [KUR-2]. Teigiama, kad idealiu atveju visa informacija turėtų būti pateikta koordinuojančiam paslaugas priklausomybę turintiems žmonėms: *„Idealiu atveju ta informacija turėtų suplaukti pas koordinuojantį asmenį, kad matytųsi, kiek asmenų galime tikėtis, su kuriais galėtų būti dirbama“* [KUR-10].

APIBENDRINIMAS

- Kupiškio savivaldybė yra stipriai pasistumėjusi paslaugų priklausomiems asmenims teikimo situacijos analizėje. Iškeltos pagrindinės problemos, stipriosios ir silpnosios pusės, išryškinti įstatymų apribojimai ir netobulumai. Žinant situaciją, yra lengviau sukurti efektyviai veikiančią pagalbą sistemą.
- Savivaldybėje veikiantis socialinės priežiūros tinklas yra tikrai pakankamas. Aktyviai veikia seniūnijos, stiprus Socialinių paslaugų centras, turintis 5 padalinius: bendrųjų ir specialiųjų paslaugų, krizių centro, savarankiško gyvenimo namų, bei stacionarių socialinių paslaugų. Socialines paslaugas aktyviai teikia ir nevyriausybinė organizacija Caritas, kiek mažiau matoma Anoniminių alkoholikų klubo veikla.

- Buvo iškelta informacijos nesidalinimo tarp institucijų, teikiančių paslaugas priklausomiems žmonėms, problema, tačiau jos priežastis slypi ne tiek asmens duomenų apsaugos įstatymo apribojimuose, kiek aiškos tvarkos nebuvimas, kurioje būtų numatytas, kad sistematizuoja duomenis iš skirtingų institucijų, kokios institucijos turi pateikti duomenis, kokius duomenis ir koku metu. Siūloma šią funkciją deleguoti paslaugų priklausomiems asmenims sistemos koordinatoriui ar institucijai, kuriai būtų numatyta tokia funkcija.
- Labai trūksta informacijos ir nėra užtikrinama jos sklaida apie galimus pagalbos būdus ir / ar pagalbos šaltinius. Siūloma aktyviau išnaudoti visus galimus informacijos sklaidos kanalus, pradedant lankstinukų dalinimu ar plakatų kabinimu dažniausiai lankomose vietose, tokiose, kaip parduotuvės, seniūnijos patalpose ir kt.
- Nors buvo pažymėta, kad trūksta bendradarbiavimo tarp skirtingų institucijų, tačiau palyginti su kitomis savivaldybėmis šioje savivaldybėje daug požymių, kad bendradarbiavimas vyksta gana sklandžiai: veikiančios šiame lauke institucijos gerai pažįsta viena kitą, noriai dalyvauja ir diskutuoja apie problemas, veikia bendradarbiavimas tarp Rokiškio VSB ir policijos bei švietimo pagalbos tarnybos vykdant prevencines priemones, gerai veikia bendradarbiavimas tarp socialinių darbuotojų, vaikų teisių apsaugos tarnybos ir sveikatos priežiūros specialistų savivaldybėje. Užtikrinamas tęstinis socialinės rehabilitacijos ir reintegracijos paslaugų teikimas grįžusiems iš gydymo ir/ar rehabilitacijos asmenims, prie kurio prisideda ir nevyriausybinių organizacijų. Šį tęstinumą sunkiau įgyvendinti tais atvejais, kai grįžtančiam asmeniui nebuvo taikoma atvejo vadyba.
- Kaip ir kitose savivaldybėse iškyla atvejo vadybos paslaugų teikimo problema priklausomiems asmenims, kurie neturi mažamečių vaikų, yra vieniši. Todėl artimiausioje ateityje būtina inicijuoti atvejo vadybos metodo taikymą ir šiai tikslinei grupei. Šioje savivaldybėje jau daromi žingsniai šia linkme, nes 2020 m. pabaigoje Socialinių paslaugų centre yra įsteigta nauja atvejo vadybininko su ilgą laiką nedirbančiais asmenimis (tai liečia ir asmenis, grįžusius po rehabilitacijos programų) pareigybė. Akivaizdu, kad tokiu pavyzdžiu galėtų sekti kitų savivaldybių socialinių paslaugų centrai.
- Kaip ir kitose savivaldybėse pastebima problema, susijusi su kituose rajonuose esančių gydymo įstaigų informacijos apie iš gydymo grįžtantį asmenį nepakankamumu. Šiuo metu esanti praktika pateikti rekomendacijas pačiam žmogui kreiptis sugrįžus į specialistus neveikia efektyviai. Psichikos sveikatos centrai, psichiatrinės ligoninės net ir neturėdami galimybės teikti pilną informacijos, galėtų glaudžiau bendradarbiauti su vietos socialinių

paslaugų tiekėjais ne tik aktyviau savo pacientus informuodami apie galimybes gauti tęstinę pagalbą po gydymo, bet ir pereinamuoju laikotarpiu informuodami apie jų sugrįžimą.

- Pripažįstama Carito, kaip nevyriausybinės organizacijos, svarba teikiant įvairias socialines paslaugas, užtikrinant reabilitacijos bei resocializacijos galimybes. Tačiau galima būtų stipriau remti ir kitas organizacijas, bendruomenių iniciatyvas šioje srityje.
- Labai vertinamos intervizijos socialiniams darbuotojams ir pripažįstama jų nauda. Specialistai atviri mokymams, kas svarbu nuolat keliant jų kvalifikaciją.
- Nebuvo kalbama apie paslaugas vaikams, vartojantiems psichoaktyvias medžiagas, ir jų artimajai aplinkai. Šiuo atžvilgiu savivaldybė galėtų išplėsti teikiamų paslaugų spektrą įtraukiant vaikus ir priklausomų asmenų artimuosius – teikti konsultacijas, organizuoti savipagalbos bei terapines grupes.
- Kaip ir kitose savivaldybėse paminėtas ilgas stacionarinio gydymo laukimo periodas, dėl nepakankamo stacionarių paslaugų vietų skaičius, kuris neužtikrina pagalbos savalaikiškumo.
- Tikslinga būtų didinti savivaldybių specialistų informuotumą apie medicininės pagalbos organizavimo ypatumus, aiškiau apibrėžti pagalbos terminus ir skubiems atvejams numatyti „žalią koridorių“.
- Trūksta paslaugų priklausomiems asmenims koordinavimo – neapsisprendžiama dėl pagalbą koordinuojančios institucijos ir joje patvirtintos pareigybės, atsakingos už visų paslaugas teikiančių institucijų veiklos valdymą.
- Kaip ir daugelyje savivaldybių, Kupiškio savivaldybės administracija neskiria reikiamo dėmesio priklausomybių mažinimo problemoms spręsti, todėl galima būtų rekomenduoti parengti priklausomybių mažinimo programą, kryptingai skatinti pagalbą priklausomiems asmenims plėtojančias NVO.

8. MARIJAMPOLĖS SAVIVALDYBĖ

INFORMACIJOS (susijusios su pagalba psichoaktyvias medžiagas vartojantiems asmenims) TEIKIMO MECHANIZMAI SAVIVALDYBĖJE

Aiškinantis, **kaip yra sužinoma apie asmenį**, kuriam reikia paslaugų, buvo teigiama, kad pirmiausia sureaguoja policija ir vaikų teisių apsaugos tarnyba: „Mes atliekame pirminį reagavimą į pranešimus apie vaiko teisių pažeidimus. Daugiausia pranešimų gauname iš policijos pareigūnų. <...> Tiek su suaugusiais problemos, nes vaikų neprižiūri, tiek su besisvaiginančiais vaikais“ [MR-9]; „Jie per juos [vakarėlius] tiek prisidirba, kad būna iškviečiama policija, nepilnamečius veža namo, tai atkeliauja į vaiko gerovės komisiją“ [MR-2]. Taip pat pranešimai gaunami iš bendruomenių, kaimynų: „Mes gauname pranešimų iš sunerimusių daugiabučio namo gyventojų dėl kažkokios situacijos“ [MR-6].

Aptariant, **kaip asmenys, kuriems reikia pagalbos, sužino apie galimas paslaugas**, buvo teigiama, kad informacija daugiausiai pasiekia per socialinius darbuotojus: „Manau, kad socialiniai darbuotojai, kurie dirba su šeima. Jei inicijuojam pagalbos šeimai procesą, paskiriamos paslaugos, tai socialinis darbuotojas ir organizuoja pagalbos procesą kartu su atvejo vadybininku. Per juos šeima turbūt gauna daugiausia informacijos“ [MR-9]. Apie priklausomybių konsultantus žmonės pamažu sužino vieni iš kitų: „Bendravau su priklausomybių konsultantu, tai sakė, kad jau atsiranda tokių žmonių, kurie vienas per kitą sužino apie konsultacijas“ [MR-7]. Mokyklinio amžiaus asmenims informaciją suteikia mokykla: „paaugliams mokykla suteikia“ [MR-4].

Tačiau pabrėžiama, kad socialiniai darbuotojai suteikia informaciją tik daliai asmenų ir nepakliūvantys į socialinių darbuotojų akiratį turėtų patys domėtis informacija: „Socialinis darbuotojas suteikia tik vienai daliai asmenų, kurie gauna socialines paslaugas“ [MR-6]; „Kol nepakliūna į atvejo vadybos procesą ir dar nedirba socialinis darbuotojas, tai žmogus pats turėtų domėtis. <...> Jei jie kur nors kreipiasi, tai jiems tikrai būna suteikta informacija“ [MR-4]. Manoma, kad informacija ne visus pasiekia, ypač tuos, kurie nesikreipė: „Ženkly, kad kažkas labai norėtų ir jų [paslaugų] negauna, neturiu. Bet ar jie visi kreipėsi? <...> Dabar net nežinia į ką kreiptis, nuo ko pradėti“ [MR-10]. Gydytojai taip pat ne visi suteikia tolimesnę informaciją apie galimas paslaugas: „Galėčiau pasisakyti kaip gydytoja. Medicinos normoj yra įrašytas šitas konsultavimas, tačiau turbūt nuo kiekvieno asmens priklauso skirtingai. Vieni patys domisi, o kiti tai stumia kuo toliau - ne informacijos problema, o asmens“ [MR-5].

Todėl mažoma vėl išleisti lankstinukus su atnaujinta informacija, tai padėtų gydytojams, seniūnams, seniūnaičiams ir kitiems suinteresuotiems asmenims ar organizacijoms suteikti informaciją apie teikiamas savivaldybėje paslaugas: „*Aš irgi norėčiau pritarti lankstinukų idėjai. <...> Seniūnai, seniūnaičiai savo bendruomenę geriausiai pažįsta, labai svarbu su jais bendradarbiauti, duoti jiems lankstinukų padalinti: [MR-1]. Visgi abejojama, kad lankstinukai ženkliai pagerins informavimą, nes patys priklausomi žmonės ta informacija nesidomi: „Man atrodo, kad kas nori paskaityti, kas parašyta lankstiniuke, tai jie ir taip kreipiasi, ieško. O kas nenori, tai jiems gali nors ir 10 lankstinukų su įvairiausiais paveikslėliais padėti, tai nežinau kiek tai pasiteisins. Kad jų nedaryti, tai tikrai nesakau. Nemanau, kad tai vienintelė galimybė skleisti“ [MR-4].*

Taip pat manoma, kad informaciją turėtų pateikti visi, kurie pirmieji susiduria su probleminiu atveju, ar tai būtų gydytojai, ar policijos pareigūnai, ar socialiniai darbuotojai: „*Gydytojai, kurie kartais anksti pamato problemą, jie turėtų turėti rankose informaciją, kurią galėtų pateikti*“ [MR-1]; „*Jei mes išsiaiškinom, iš kur pirmiausiai žinom apie tuos žmones, tai pirmiausia tie, kurie atsidūrė, ir turėtų turėti visą informaciją ir tiesiog ją palikti ar tai būtų policijos pareigūnas, ar socialinis darbuotojas*“ [MR-6].

Aiškinantis, **kaip keičiamasi informacija apie priklausomus asmenis tarp skirtingų paslaugų tiekėjų**, buvo teigiama, yra siunčiami vieni kitiems raštai, užklausimai: „*Mes visada vieni kitiems rašome raštus, užklausimus, į kuriuos gauname atsakymą ir reikalingą informaciją*“ [MR-4]. Klausimas apie informacijos pateikimo ribojimus diskusijų metu neiškilo, galimai jis nėra labai aktualus. Tai iš dalies patvirtina Apskritojo stalo diskusijos, organizuotos 2020 m. gegužės 19 d., metu Marijampolės pirminės sveikatos priežiūros centro pristatyta gana išsami informacija, susijusi su priklausomybių problema savivaldybėje. Buvo pateikti skaičiai apie „*mirtingumą alkoholio sąlygotų priežasčių, mirtingumą nuo narkotikų sąlygotų priežasčių, sergamumą psichikos ir elgesio sutrikimais vartojant alkoholį bei psichoaktyvias medžiagas pagal lytį, gyvenamąją vietą, pagal amžiaus grupes, socialinių rizikos šeimų skaičių, suaugusiųjų gyvensenos tyrimo aktualius duomenis*“ [Apskritojo stalo diskusijos medžiaga].

SAVIVALDYBĖS SOCIALINIO IR SVEIKATOS SEKTORIAUS TEIKIAMŲ PASLAUGŲ (susijusių su pagalba psichoaktyvias medžiagas vartojantiems asmenims) IR JŲ KOKYBĖS VERTINIMAS

Nustatant, **kokios institucijos ir/ar organizacijos** teikia savivaldybės gyventojams paslaugas, susijusias su priklausomybėmis, buvo išvardintos šios institucijos ir organizacijos:

- Nevyriausybinių organizacijų: Moterų krizių centras ir Vyrų krizių centras, Marijampolės Samarija gailestingumo namai su Motyvaciniu dienos centru „Pasirinkimas“, Caritas, Anoniminių alkoholikų grupė, Priklausomybės ligų bendruomenė „Alfa centras“.
- Visuomenės sveikatos biuras (VSB) ir jo priklausomybių konsultantai.
- 2 Psichikos sveikatos centrai: vienas poliklinikoje, o kitas - privatus „Medgintras“.
- Privatūs psichologai.
- Socialinės pagalbos centras.
- Pedagoginė psichologinė tarnyba.
- Ugdymo įstaigos, kurios turi savo psichologus ir socialinius darbuotojus.
- Vaikų teisių apsaugos tarnyba ir mobilioji komanda, kuri teikia pagalbą šeimoms, iš kurių paimami vaikai.
- Marijampolės savivaldybės taryboje yra Sveikatos komitetas, Bendruomenės sveikatos taryba, Narkotikų kontrolės komisija.
- Marijampolės savivaldybės administracija su Socialinių paslaugų skyriumi, Sveikatos priežiūros skyriumi ir tarpinstitucinio bendradarbiavimo koordinatoriumi.
- Seniūnijos ir jų socialiniai darbuotojai.

Interviu ir fokusuotos diskusijos metu buvo išskirtos dvi stipriosios pagalbos teikimo priklausomiems asmenims pusės: savivaldybės Socialinės pagalbos centro ir Socialinių paslaugų skyriaus, nevyriausybinių organizacijų veikla bei savivaldybės valdžios dėmesys problemos sprendimui. Teigiama, kad šių institucijų ir organizacijų tinklas yra išplėtotas ir jos turi didelę patirtį: *„Jis [Socialinės pagalbos centras] yra mūsų savivaldybės stiprioji pusė. Bendradarbiavimas su kitais, požiūris į žmogų yra proaktyvus – nelaukia ir inicijuoja patys“* [MR-10]; *„Įstaigų ir organizacijų tinklas yra išplėtotas“* [MR-11]; *„Problemų spręsti galima panaudoti <...> nemažą patirtį turinčius subjektus: Socialinės pagalbos centras, nevyriausybinių organizacijų (reabilitacijos centras Alfa)“* [Apskritojo stalo diskusijos medžiaga]. Manoma, kad paslaugų teikėjų funkcijos yra gerai pasiskirstytos, suteikiama savarankiško sprendimo galimybė: *„Pas mus viskas labai gražiai susidėlioja“* [MR-2]; *„Gal kad mūsų mažas miestas, tai yra išdirbta. Paduodamas geras tonas iš VSB direktorės ir iš Socialinės pagalbos centro direktorės, kad mes turime laisvę, ir patys galime priimti tokius sprendimus“* [MR-7]. Glaudus institucijų bendradarbiavimas siejamas su maža savivaldybe, vienas kito geru pažinojimu, abipusiu pasitikėjimu, bendro konstruktyvaus darbo tradicija: *„Vieni kitus pažįstame, turime asmeninius kontaktus, mums užtenka paskambinti bet kuriam iš čia prisijungusių žmonių, mes susitariame“*

[MR-4]; „*Tai kas vyksta pas mus – konstruktyvus darbas ir abipusis pasitikėjimas tikrai yra. Jis neatsirado dabar, o buvo nuosekliai plėtojamas*“ [MR-11].

Taip pat pabrėžtas savivaldybės valdžios palaikymas, glaudus bendradarbiavimas: „*Jei reikia, [savivaldybė] visada padeda*“ [MR-7]; „*Kiek bendraujame su kolegomis iš kitų savivaldybių, tai jie mums glaudaus bendradarbiavimo su savivaldybės administracija labai pavydi*“ [MR-4]; „*Kaip savivaldybės stiprybės įvardijo politinį palaikymą*“ [Apskritojo stalo diskusijos medžiaga]. Džiaugiamasi valdžios palaikymu kurti pagalbos priklausomiems asmenims teikimo aprašą, integruotą gydymo sistemą, bendru teigiamu nusiteikimu: „*Problemai spręsti galimą panaudoti <...> bendrą teigiamą nusiteikimą, išsakytą poreikį kurti ne tik aprašą, tačiau ir integruotą gydymo sistemą*“ [Apskritojo stalo diskusijos medžiaga]. Visgi, lyginant savivaldybes, matyti, kad vien palaikymo yra maža, geriau bendradarbiaujama ir sklandžiau dirbama tose savivaldybėse, kuriose yra patvirtinta programa, skirta priklausomybės ligų įveikai, pagal kurią numatytos atsakingų institucijų funkcijos ir lėšų gydymui, konsultacijoms, pavežėjimui ir pan. skyrimas. Šiuo metu Marijampolės savivaldybėje šiai problemai spręsti numatyta naudoti vienkartinės išmokas asmeniui: „*problemą spręsti galimą panaudoti vienkartinę išmoką*“ [Apskritojo stalo diskusijos medžiaga]. Prielaidos finansavimo tobulinimui yra, nes savivaldybė supranta socialinių paslaugų naudą ir nusiteikusi rūpintis savo gyventojais: „*Finansavimai ir kiti dalykai, kas yra išsakoma, visada stengiamės atsižvelgti ir prisiimti tas atsakomybes, nes suprantam, kad tai mūsų žmonės*“ [MR-11].

Aptariant socialinių paslaugų teikimą priklausomiems asmenims, visų pirma buvo kalbama apie vykdomas **prevenčines programas mokyklose**: „*Bendroji prevencija yra per ugdymo įstaigas*“ [MR-10]. Su mokiniais daugiau dirba mokyklų psichologai. Teigiama, kad mokiniai nenoriai lankosi pas psichologus, toks lankymasis yra stigmatizuojamas, bijomasi aplinkinių reakcijos: „*Vaikai, kurie yra smarkiai pažeisti, nenori eiti pas mokyklos psichologus. Jie norėtų eiti pas tuos psichologus, kurių nepažįsta ir mažiau žino. Įrodyti, kad žmogui reikalingos psichologo paslaugos, yra atskira tema, jie sako, kad „aš ne durnas ir man nereikia tų psichų paskaitų“.* Toks mūsų visuomenės supratimas“ [MR-4]. Patys mokyklų psichologai teigia, kad jie susiduria su eksperimentuojančiais mokiniais, kuriems veda prevencinius pokalbius: „*Susiduriu su pačia pradžia, naivumu, noru viską išbandyti. Turiu žmonių, kurie daugiau nebevartoja po tokių vakarėlių, bet informacijos tai tikrai daug gaunu. Jie labai atviri ir nuoširdūs. Mes dažnai kalbam, kad reikia atsisakyti alkoholio, o jiems alkoholis atrodo labai natūralu, tai lyg gyvenimo etapas, kuriame jie, net labai gerai besimokantys, pabando. Aš susiduriu ne su sugadintais, o su bandančiais*“ [MR-3]. Iškelta problema, kad patys tėvai dažnu atveju nėra linkę motyvuoti savo vaikų lankytis pas psichologą: „*Aišku, ir pati šeima nėra linkusi motyvuoti savo vaiko*“ [MR-4]. Prevenciškai siekiama

sudominti vaikus popamokiniu užimtumu, tačiau tai ne visada pasiseka: „*Kalbant apie popamokines veiklas, mes turime ir trenerių, kurie siūlo užsiimti sportu, tačiau jauni žmonės kartais nueina 1-2 kartus ir daugiau nenori. Bet mes vis tiek, skambinam, viliojam, kartais pavyksta*“ [MR-4]. Planuojama prevencijai mokyklose panaudoti mentorystės programas: „*Taip pat galvojame prisitraukti ir mentorystės programas Didysis brolis ir Didžioji sesė*“ [MR-2]. Daroma išvada, kad prevencinės veiklos mokyklose yra reikalinga ir prisideda prie pagalbos efektyvumo: „*Kažką darant, efektyvumas lieka. Ir prevenciniai pokalbiai mokyklose, jei juos išimtume iš sistemos ir jų neliktų, tai rezultatas būtų kitoks nei yra dabar*“ [MR-2].

Ankstyvosios intervencijos programą įpareigoja baigti savivaldybės vaiko gerovės komisija, išaiškėjus vaikų psichoaktyvių medžiagų vartojimo atvejams. Šiuo atveju į paslaugų teikimą įsijungia savivaldybės tarpinstitucinio bendradarbiavimo koordinatorius: „*Tada mes taikome įpareigojimą pabaigti ir ankstyvosios intervencijos programą*“ [MR-2]. Apie šią programą ir galimybę ją praeiti taip pat informuoja mokyklų psichologai: „*Pasako, kad yra tokia programa, kad galima kreiptis ir ją pabaigti*“ [MR-2].

Į Socialinių paslaugų centrą priklausomi asmenys pakliūva jau kai problema yra labai pažengusi: „*Į socialinius centrus patenka jau su didele problema. Kai pamato kaimynai, kai kažkas atsitinka*“ [MR-3]; „*Kai gauna [paslaugas], tai jau būna gilioj krizėj, kai iškyla rimtos problemos*“ [MR-6]. Pastebima, kad COVID-19 pandemijos karantino metu atsiranda daug naujų atvejų: „*Žalingi įpročiai didelė problema, ypač paaštrėja karantino metu, atsiranda šeimos, kurios iki tol nebuvo žinomos*“ [MR-9]. Centro socialiniai darbuotojai dirba tiek su šeimomis, turinčiomis vaikų, tiek su paaugliais: „*Kai šeimos ar paaugliai pakliūna į mūsų akiratį, tai mes visi dirbame labai daug*“ [MR-4]. Pastebima, kad paauglių priklausomybės sąlygoja ne vien noras eksperimentuoti, bet ir gilios problemos šeimoje, patyčios mokykloje: „*Priklausomybės tarp paauglių ne visada sąlygoja noras save išbandyti, bet yra labai gilios problemos šeimoje. Dėl to dažnai paaugliai pradeda maištauti, o maištas pasireiškia tokiais metodais. Kai susiduriame su tokiomis situacijomis atvejo vadybos posėdžiuose, tai matome tėvų nesantaiką, skyrybas, patyčias mokykloje*“ [MR-4]. Deja, konstatuojama, kad pagalbos procesas ilgas ir problemos tęsiasi jaunuoliams sukūrus savo šeimas: „*Mes turime problemas, kurios tęsiasi, turime paaugles merginas, su kuriomis dirbame, vežiojame į priklausomybių centrus ir pan. Šiandien jos yra mamos, gyvena Krizių centre ir vėl tos pačios problemos tęsiasi*“ [MR-4].

Pagalba prasideda nuo problemos aptarimo, pagalbos plano sudarymo ir nukreipimo pas specialistus: „*Pirminis taškas apie socialines paslaugas ir pagalbą yra atvejo vadybos posėdžiai, kur darome pagalbos planą ir suteikiama visa informacija*“ [MR-6]; „*Mes kreipiamės į specialistus, medikai mums bando padėti, ne tiek, kiek mes norėtume, bet vis tiek neatsisako*“ [MR-4]. Jei šeimai

yra taikoma atvejo vadyba, socialiniai darbuotojai turi savo rankose daugiau svertų motyvuoti keisti situaciją: „Kai šeima patenka į atvejo vadybą, tai jie privalo daryti tam tikrus žingsnius. Jiems pateiktas faktas: arba darai, arba kažko netenki“ [MR-3]. Stengiamasi ne viską padaryti už priklausomą asmenį, bet jį įgalinti, kad pats kreiptųsi, paskambintų, nuvyktų ir pan.: „Kalbant apie įgalinimą, tai mes, socialiniai darbuotojai, atvejo vadybininkai tą ir darome.<...> Sudarydami pagalbos planą mes įrašome, ką žmogus įsipareigoja padaryti: paskambinti, nuvažiuoti, lankytis. Tada laukiame grįžtamojo ryšio. Jei to nepadaro, vėl pakartojama nauja užduotis“ [MR-4].

Aiškiai suvokiama, kad ne visi priklausomi asmenys, kuriems reiktų pagalbos ir paslaugų, tos pagalbos ieško ir jos sulaukia, pripažįstama, kad nėra žinomas jų skaičius: „Kalbant apie priklausomybes, tai jie tikrai ne visi gauna socialines paslaugas, klausimas, kokia dalis tokių yra“ [MR-6]. Nepastebėti lieka neturintys vaikų arba jau juos užauginę, vieniši asmenys, turintys priklausomybę nuo psichoaktyvių medžiagų: „Tie žmonės, kurie užauginę ar neturi vaikų, tai jie didelė problema, nes lieka nepastebėti, vieni su problema“ [MR-1].

Labai vertinama **priklausomybių konsultanto veikla**, manoma, kad konsultanto dėka, pagalba priklausomiems asmenims tapo kokybiškesnė, jo paslaugomis patenkinti ir klientai: „Kai atsirado priklausomybių konsultantai, darbas ir paslaugos tapo tikrai kokybiškesnės“ [MR-4]; „Paslaugos kokybe patenkinta ir Socialinio pagalbos centro klientai, tai drįsčiau manyti, kad tai viena iš stipriųjų pusių, nors apimtys ir mažokos“ [MR-10]. Džiaugiamasi, kad priklausomybių konsultantas įsitraukia į nevyriausybinių organizacijų veiklas: „Mes turime tokį jaunuolį, kuris yra priklausomybių konsultantas, mes juo labai džiaugiamės, jis labai smagiai įsitraukia į nevyriausybines veiklas“ [MR-2].

Matomas didelis socialinių paslaugų poreikis priklausomų asmenų artimiesiems: „Matau didelį pagalbos poreikį žmonėms, kurie gyvena su priklausomu asmeniu. <...> Reiktų skleisti informaciją, kad kenčia ir artimieji. Kai žmogus išvyksta gydytis į reabilitacijos centrą, <...> kopriklausomas žmogus jaučia kančią, kad neturi žmogaus, kurį galėtų kontroliuoti“ [MR-1]. Manoma, kad darbo su artimaisiais metu galima būtų pasiekti ir sistemos užribyje esančius priklausomus žmones: „Gal tuos nepasiekiamus priklausomus žmones būtų galima pasiekti per artimuosius (kopriklausomus), skleidžiant informaciją, kalbant su jais“ [MR-1]. Teigiama, kad anksčiau buvo savipagalbos grupelės, tačiau dabar jų nebėra. Pabrėžiama, kad tokia savipagalba būtų labai gerai, tačiau turėtų su šiais artimaisiais dirbti ir specialistai: „Anksčiau buvo [savipagalbos grupelės], bet šiuo metu nėra. Savipagalba artimiesiems tikrai būtų reikalinga, tik reiktų visiems specialistams susitelkti į tuos žmones, juos pastebėti, siūlyti pagalbą. <...> [Nes] pats žmogus nesuvokia, kad tai problema“ [MR-1].

Labiau akcentuojamas atkryčių prevencijos poreikis ir **pagalba asmenims po gydymo**: „Ypač akcentuotas atkryčių prevencijos poreikis, pagalba asmenims po gydymo“ [Apskritojo stalo diskusijos medžiaga]. Pastebima, kad atkryčio problemų yra daug, tačiau sistemos ar algoritmo, kaip toliau su grįžusiu po gydymo asmeniu dirbti nėra: „Tokių problemų visą laiką kyla, nes yra labai daug klientų, kurie įsivaizduoja, kad grįžus gyvenimas tęsiasi toliau. Jei žmogus nori, tai tikrai tęsia [konsultacijas, gauna kitas paslaugas]“ [MR-7]; „Klausimas, kas gali dirbti su žmogumi, grįžusiu po gydymo, yra atviras. Mes aprašo rengimo procese diskutuojam, kas turi žmogų toliau matyti, jei tas žmogus iš viso nori, kam jis turi pasakyti, kad daugiau nenori pagalbos“ [MR-10].

Kol kas Marijampolės savivaldybėje su sugrįžusiais po gydymo asmenimis daugiausiai dirba priklausomybių konsultantai: „Jei žmogus grįžęs neturi palaikymo iš priklausomybių konsultanto, tuomet jo laikas be vartojimas yra labai trumpas“ [MR-7]. Tačiau atkreipiamas dėmesys, kad tai nėra konsultanto funkcija: „Pagal priklausomybės konsultanto mokymų principą, jų to nemoko. <...> Jei perkama paslauga vien priklausomybės konsultanto, jis jokiais būdais neseks to žmogaus po gydymo, nes jo idėja - motyvuoti. Jis jau padarė savo darbą – motyvavo žmogų gydytis“ [MR-10]. Taip pat su sugrįžusiais po gydymo dirba atvejo vadybininkai, tačiau jie teikia tokias paslaugas tik tiems, kuriems yra priskirta atvejo vadyba, daugiausiai šeimoms su vaikais: „Tie, kurie yra mūsų akiratyje, mes toliau stebime, socialinis darbuotojas jį motyvuoja. Tie kurie ne mūsų akiratyje, tai jų ne“ [MR-7]. Panašiai vyksta ir su paslaugomis, kurias kuruoja Vaiko gerovės komisija ir savivaldybės tarpinstitucinio bendradarbiavimo koordinatorius: „Pas mus lygiai tas pats. Tas, kas patenka į vaiko gerovę, jiems surašomas individualus planas ir yra atliekama plano peržiūra: ar įvykdė tuos įsipareigojimus, ar ne. Jei įvykdė, tai viskas gerai, o jei ne – dirbam toliau. Kol kas, iki sausio 1 d., tai daro tarpinstitucinio bendradarbiavimo koordinatorė, o vėliau bus atvejo vadybininkai švietimo įstaigose ir darys tą patį darbą“ [MR-2].

Taip pat buvo iškelta problema, kad grįžę iš gydymo priklausomi asmenys nutraukia tolesnį paslaugų gavimą: „Tas žmogus tarsi prapuola. Nors žmonės, išvažiuodami iš priklausomybės ligų centrų, turi planą: lankyti anoniminius alkoholikus ar eiti pas konsultantą. Žmonės dažniausiai jaučiasi euforijoje, ypač pirmą kartą išvykę į reabilitaciją. Retai supranta, kad ta liga yra visam gyvenimui, įsivaizduoja, kad jiems pavyko ir dabar viskas bus gerai [MR-1]. Todėl, norint palaikyti ryšį su grįžusiuoju, prašoma grįžus susiekti, nes Priklausomybės ligų centras neperteikia informacijos oficialiai, jei kažkokia gydymo įstaiga siuntė ar socialinės įstaigos: „Dabar prašau klientų, žinodama, kad jie išvyksta, kad grįžę su manimi susisiektų, kaip sekėsi, noriu palaikyti ryšį“ [MR-1].

Prie socialinės reintegracijos, resocializacijos paprastai nemažai prisideda nevyriausybinių organizacijų, bendruomenės. Nors buvo paminėta, kad savivaldybėje yra keletas nevyriausybinių organizacijų, diskusijos metu apie jų vaidmenį kalbama nebuvo, užsiminta tik apie bendruomenes,

kurios nėra labai aktyvios, aktyvesnės tik kaimo bendruomenės: „Bendruomenė bendruomenei nelygu. <...> Jei žiūrėtume į bendruomenę kaip socialinę organizaciją, kuri teikia paslaugas ir įgyvendina projektus, tai pas mus mažai bendruomenės įsitraukia. <...> Kaimo bendruomenės drauge su seniūnijomis įsitraukusios būna, bendradarbiauja“ [MR-6]. Akivaizdu, kad nevyriausybinėmis organizacijomis yra mažai dirbama.

Aptariant bendradarbiavimą tarp paslaugas teikiančių institucijų, teigiama, kad tokio bendradarbiavimo trūksta: „Pas mus įstaigų, teikiančių paslaugas, yra tikrai nemažai, tačiau bendradarbiavimo, susikalbėjimo, galbūt dėl įstaigų nenoro, trūksta. Norėtusi išaiškinimo ar aprašymo, kas ką turėtų daryti, kad tai nebūtų atsakomybės permetimas vienas kitam“ [MR-5]; „Kartais tą problemą visi pradedame mėtyti kaip karštą bulvę“ [MR-4]. Glaudesnis bendradarbiavimas vyksta tarp socialinių darbuotojų ir priklausomybių konsultantų: „Pas mus bendradarbiavimas vyksta su priklausomybių konsultantais, socialiniai darbuotojai dėl kiekvieno kliento skambina, apsitaria. Dažniausiai prieš klientui ateinant, yra pakomentuojamos problemos“ [MR-7]. Taip pat teigiama, kad lengviau bendradarbiauti su Socialinių paslaugų centru ir savivaldybės administracija: „[Pirmiausia kreiptumėmės] į SPC arba savivaldybės administraciją. Iš dalyvavimo mūsų renginiuose, kurie buvo šiemet organizuoti, tai tikrai jų įsitraukimas buvo aktyviausias“ [MR-10]. Bendradarbiavimas vyksta tiek neformaliai, tiek ir formaliai, rengiant raštus, kurie naudojami kaip įrodymai: „Raštai rašomi, nes tai yra dokumentas, kuris bus reikalingas teisme, sprendžiant ar atiduoti / neatiduoti vaikus. Galime pasidžiaugti raštų tikslingumu, drąsumu, stipriomis ir pagrįstomis išvadomis“ [MR-7].

Didžiausi sunkumai bendradarbiaujant kyla su sveikatos apsaugos institucijomis: „Ypač trūksta bendradarbiavimo su sveikatos apsaugos institucijomis“ [Apskritojo stalo diskusijos medžiaga]; „Bendradarbiauti sveikatos srityje mūsų savivaldybėj sunkiai pavyksta“ [MR-2]; „Kartais norėtusi daugiau kontakto su medicinos įstaigom, nuoširdesnio kontakto su švietimo įstaigom, bet negalime sakyti, kad jo nėra“ [MR-4]. Kaip viena iš priežasčių nurodoma tai, kad didžioji dalis sveikatos priežiūros įstaigų yra privačios: „Mūsų savivaldybė ypatinga tuo, kad turime labai daug privačių klinikų, daugiau nei pirminės pagalbos centras aptarnauja, kiek turi gydytojų. Čia iškyla problema, kad aš privatus – noriu darau, noriu nedarau, noriu bendradarbiauju, noriu nebendradarbiauju. Mes tuos gydytojus, kiek galima bendradarbiaujant pasiekti, jų yra apie 20 proc., o 80 proc. yra privačiam sektoriui“ [MR-2].

Kyla sunkumų bendradarbiaujant ir su ugdymo įstaigomis, nėra iki galo aiškos procedūros, kaip veikti, kokios yra paslaugų teikėjų funkcijos: „Mes susiduriame su nemažomis problemomis ugdymo įstaigose. Jei yra šeima, kuriai taikomi atvejo vadybos procesai, jei yra socialinis darbuotojas, kuris su ta šeima dirba, tai mokykla skambina ne tėvams, o socialiniam darbuotojam,

sako, ką vaikas padarė“ [MR-4]. Nepaisant sunkumų, pripažįstama, kad bendradarbiavimas yra labai svarbus: „Kuo toliau, tuo labiau suprantu, kad bendradarbiavimas tarp įstaigų yra labai svarbus“ [MR-1].

Vertindami specialistų, dirbančių su psichoaktyvias medžiagas vartojančiais asmenimis, **kompetencijų pakankumą ir mokymų poreikį**, kalbinti tyrimo dalyviai teigė, kad mokymų labai reikia tiek socialiniams darbuotojams, tiek priklausomybių konsultantams, tiek sveikatos apsaugos specialistams: „Manau, kad reikia, nes tai tema, kuri niekada neturi pabaigos, ji nuolat mutuoja“ [MR-4]; „Manau, kad mokymų labai reikia ir socialiniam darbuotojam, ir sveikatos sektoriui“ [MR-10]. Pastebima, kad su priklausomais asmenimis dirbantys specialistai vis dar yra linkę kaltinti priklausomą žmogų, tai šį požiūrį keičiantys mokymai yra labai reikalingi, kaip ir naujų metodų, tokių kaip motyvacinis interviu ir panašūs. Tačiau pastebima, kad specifinių mokymų, kaip dirbti su priklausomu asmeniu yra mažai: „Specifinių mokymų, darbui su priklausomu žmogum, nelabai yra. Dėl to mūsų visuomenėj yra labai didelė stigma ir tarp mūsų specialistų“ [MR-10].

PSICHOAKTYVIAS MEDŽIAGAS VARTOJANTIEMS ASMENIMS TEIKIAMŲ PASLAUGŲ TOBULINTINI ASPEKTAI

Aptariant paslaugų priklausomiems asmenims tobulintinus aspektus, Apskritojo stalo diskusijos metu buvo išryškintos šios problemos (papildyta pagal interviu ir fokusuotos grupės diskusijos duomenis):

- Neaiškos šioje srityje dalyvaujančių subjektų konkrečios funkcijos [Apskritojo stalo diskusijos medžiaga];
- Nepakankamai efektyvus bendradarbiavimas, kuris šiuo metu dažnai apsiriboja rašto parašymu su nurodymais [Apskritojo stalo diskusijos medžiaga];
- Reiktų daugiau priklausomybių konsultantų paslaugų: „Kalbam, kad labai įsisukęs priklausomybių konsultantų darbas, dirbam daug, bet vis tiek matom, kad to per mažai, reiktų, kad būtų daugiau valandų skirta konsultuoti“ [MR-7];
- Vienų paslaugų teikėjų apie kitus tik formalus žinojimas, ypač nevyriausybinių organizacijų;
- Paslaugų teikimo sistemiškumo trūkumas [Apskritojo stalo diskusijos medžiaga];
- Viena silpniausių vietų – paslaugų grįžusiems po gydymo tęstinumo užtikrinimas: „Jei klientui suteikiama gydymo paslauga ir jis dingsta iš akiračio. To atkryčio prevencijos, palaikymo - čia mūsų silpniausia vieta“ [MR-10];

- Asmens, kuris koordinuotų šias paslaugas nebuvimas. Neapsisprendžiama dėl to, kurioje institucijoje turėtų būti koordinatorius: „Šiaip aš matyčiau tris galimybes: arba Socialinės pagalbos centras, arba PSPC, arba savivaldybės administracija“ [MR-10]. Nelabai įsivaizduojamos to koordinatoriaus funkcijos, tačiau manoma, kad vienos svarbesnių funkcijų turėtų būti duomenų susistemimas ir nukreipimas į paslaugų teikėjus.

Taip pat paminimos visai šaliai būdingos pagalbos priklausomiems asmenims problemos:

- Vaikų / paauglių psichiatro bei psichoterapeuto trūkumas savivaldybėje [Apskritojo stalo diskusijos medžiaga];
- Reikalavimai dėl duomenų apsaugos, kurie ne savivaldybių priimti [MR-10];
- Gydomo vietų trūkumas Priklausomybės ligų centruose: „Jei yra priklausomų asmenų poreikis ir noras dalyvauti gydymo programose, nėra vietų. Deja, tai tokia grupė, kuriems palaukti sudėtinga, ir tada mes jų netenkame“, „[siunčiame] į Kauną, bet ten tikrai didelės eilės“ [MR-10].

PASIŪLYMAI IR REKOMENDACIJOS DĖL PAGALBOS SISTEMOS (vartojantiems psichoaktyvias medžiagas ir turintiems priklausomybę asmenims) PRIEINAMUMO DIDINIMO, INTEGRUOTUMO STIPRINIMO

Konkrečių pasiūlymų ir rekomendacijų kaip spręsti iškeltas problemas nebuvo. Savivaldybė šiuo metu rengiasi nustatyti psichiatrų ir psichologų poreikį: „Daug metų šnekam, kad trūksta psichologų, psichiatrų ir pan. Bet vis dėlto nelabai žinom, koks iš tikrųjų yra poreikis, kuriom įstaigom reikia daugiau. Dabar iki vasario mėnesio darysime analizę, išsiaiškinsime ir ieškosime sprendimų“ [MR11]. Tai jau konkretus žingsnis link problemos sprendimo.

APIBENDRINIMAS

- Stipriosios Marijampolės savivaldybės pusės teikiant paslaugas priklausomiems asmenis yra siejamos su Socialinių paslaugų centro aktyvia veikla ir savivaldybės valdžios palaikymu. Tačiau didelė paslaugų tiekėjų bendradarbiavimo, į kurį mažai įtrauktos nevyriausybinės organizacijos ir bendruomenės, sveikatos apsaugos įtaigos, fragmentacija bei pastebimas noras permesti atsakomybę kitiems rodo, kad esama paslaugų teikimo sistema nepakankamai sklandžiai veikia, didžiausias krūvis tenka Socialinės pagalbos centrui.
- Siekiant subalansuoti paslaugų priklausomiems asmenims sistemos veiklą, reikėtų aiškiau apibrėžti kiekvieno iš paslaugų teikėjo funkcijas ir atsakomybes, bendradarbiavimo

principus ir eigą, lėšų skyrimą. Kai kurios tirtos savivaldybės dalinai sprendžia bendradarbiavimo ir finansavimo problemas per programos priklausomybės ligų įveiką parengimą ir vykdymą, lėšų skyrimą gydymui, konsultavimui, pavežėjimui ir pan. Tačiau, kad patvirtinta programa gerai veiktų yra būtinas paslaugų tiekėjų sutelktumas bendram tikslui, bendradarbiavimo kultūros puoselėjimas.

- Savivaldybė skiria daug dėmesio duomenų susisteminiui, poreikio išsiaiškinimui. Tai sudaro pagrindą reikalingų lėšų bei tolesnių veiksmų numatymui ar tai būtų reikalingų specialistų paieška ir įdarbinimas, ar paslaugų pirkimas iš nevyriausybinių organizacijų, kurios galėtų padėti tiek prevencijos tiek resocializacijos ir reintegracijos grįžus po gydymo srityse.
- Siekiant išsklaidyti didžiulį krūvį, tenkantį Socialinės paramos centrui, būtinas didesnis paslaugų teikimo perdavimas nevyriausybiniams organizacijoms. Glaudus bendradarbiavimas su šiomis organizacijomis ne tik sumažintų darbo krūvius, bet ir padėtų pasisemti ar sukurti naujų idėjų, inovatyvių pagalbos priemonių dirbant su priklausomais asmenimis.
- Prasminga paskatinti vietos bendruomenes stipriau įsitraukti į priklausomų asmenų integracijos į visuomeninę veiklą procesą organizuojant mažų bendruomenės projektų konkursus. Tokie projektai kainuoja mažai, o naudą rūpinantis socialiai pažeidžiamais asmenimis bendruomenėje atneša didelę, be to, įgalina bendruomenę pačią spręsti jai iškilusias problemas.
- Išsakyta specialistų, dirbančių su priklausomais žmonėmis, mokymų poreikis. Būtina nuolat atnaujinti kompetencijas, perimti naujausius darbo būdus, metodikas, gerą patirtį.
- Patartina keistis gerą patirtimi su kitomis savivaldybėmis, kuriose kyla įdomių idėjų, kaip efektyviau padėti žmonėms, turintiems priklausomybes.

9. PAKRUOJO RAJONO SAVIVALDYBĖ

INFORMACIJOS (susijusios su pagalba psichoaktyvias medžiagas vartojantiems asmenims) TEIKIMO MECHANIZMAI SAVIVALDYBĖJE

Tyrimo metu buvo siekta išsiaiškinti, **kaip yra sužinoma** apie asmenis, kuriems reikia paslaugų. Tyrimo dalyviai nurodė, kad priklausomi asmenys į paslaugų tiekėjų akiratį patenka priklausomai nuo jų veiklos srities, pavyzdžiui, atvejo vadybininkams neretai informaciją suteikia Vaiko teisių apsaugos skyrius, o Probacijos tarnybai – teismai. Gavus pirminę informaciją, toliau vyksta išsamesnė situacijos analizė: *„Kadangi dirbame su teismo sprendimais, ir iš karto gauname pirminę informaciją, susipažįstam su ja, koks nusikaltimo pobūdis, ar padarytas apsvaigus nuo alkoholio. <...> toliau darbas vyksta su pačiu asmeniu <...> bendradarbiaujam su Nestacionarių paslaugų centro socialiniais darbuotojais, atvejo vadybininkais, seniūnijom – surenkama išsami informacija“ [PKR-1], „Mes [Nestacionarių socialinių paslaugų centras] dirbam su šeima, pirminę informaciją gaunam iš Vaiko teisių, jau su jų įvertinimu. Tada į pagalbą pasitelkiam socialinę darbuotoją tos seniūnijos ir važiuojam įsivertinti į šeimą, surenkam informaciją“ [PKR-2].*

Apie psichoaktyvias medžiagas vartojančius žmones taip pat gali būti sužinoma ir be specializuotų institucijų pagalbos – darbdaviai, artimieji kreipiasi į Psichikos sveikatos centrą ar priklausomybių konsultantą: *„Būna, kad <...> artimieji atveda ar net iš darbovietės atveža“ [PKR-4], „Dažnai kreipiasi artimieji, nes mano telefono numeris yra viešas“ [PKR-3].*

Patys priklausomybes turintys asmenys pagalbos kreipiasi nedažnai. Tai siejama su neigiamu požiūriu į priklausomybės ligas, vyraujančiais stereotipais, apskritai, su psichikos sveikatos sutrikimų stigmatizacija: *„Visuomenėje šita liga vis dar sunkiai priimama. Dabar konsultuoju žmogų iš miestelio, kuriam gėda eiti pas šeimos gydytoją siuntimo, geriau važiuoja kitur...“ [PKR-1], „Mūsų žmonėms lankytis pas psichologą ar psichiatrą kol kas dar nėra normalu. Kai tu žmogui siūlai psichiatrą, tai pirmiausia jam asocijuojasi, kad jis nėra durnelis“ [PKR-3].*

Buvo pabrėžta, kad priklausomybę turinčiam žmogui sudėtinga pripažinti savo ligą, todėl sudėtinga jį motyvuoti kreiptis pagalbos: *„Žinokit, koks ilgas kelias, kol žmogus ateina iki Psichikos sveikatos centro. Didžiulis socialinio darbuotojo darbas, kuris tęsiasi net metais. Vyksta motyvaciniai pokalbiai su šeima, vaikai išsako, kad jiems maloniau, kai mama ar tėtis blaivus. Einama per skaudžiausias vietas, kad tas žmogus tik būtų sumotyvuotas“ [PKR-2].* Neretai socialiniai darbuotojai ar darbdaviai bando įtaką daryti aplinkiniais keliais – apeliuoja į baimę

prarasti vaikus ar pašalpą, siūlo nustatyti nedarbingumą ir pan.: „veikia grasinimas, kad bus atimti vaikai, arba pašalpos. Tada su jais dar galima kažką šnekėti“ [PKR-7], „dažniausiai ateina, kad būtų nustatytas darbingumo netekimo lygis“ [PKR-4].

Informaciją apie galimybę gauti pagalbą viešina seniūnijų darbuotojai, bendruomenių organizacijos: „seniūnija siūlo kontaktus, kur kreiptis. Jei žmogus nori, jis nėra paliekamas likimo valiai. Yra medicinos slaugytojai, bendruomenių slaugytojai, bendruomenių pirmininkai, kurie pasitelkia pagalbą“ [PKR-2]. Švietėjišką bei prevencinę veiklą vykdančios institucijos, tokios kaip Visuomenės sveikatos biuras, jaunimo reikalų koordinatorius, taip pat prisideda prie informacijos sklaidos: „mes dirbam prevenciniais klausimais, manau, kad labai svarbus visų gyventojų informavimas ir konsultavimas, kad gyventojai žinotų apie tą problemą, kur kreiptis. Kad žmonės nebijotų, priimtų kaip normalią problemą“ [PKR-6]. Buvo pastebėta, kad priklausomybių konsultantų kontaktus galima rasti internete: „Respublikiniame priklausomybių ligų centre yra paskelbti visų konsultantų telefonai“ [PKR-3].

Priklausomybių konsultantė tiesiogiai informacijos viešinimo ar priklausomų asmenų identifikavimo funkcijų nevykdo: „Pavyzdžiui, mūsų konsultantė <...> yra pasakiusi, kad tą žmonių ratą jai turėtų rasti Visuomenės sveikatos centro specialistas. Ne ji turi ieškoti. Kaip suprantu, mūsų direktorė turėtų kreiptis į socialinį darbuotoją ir jis turėtų jai duoti tų žmonių kontaktus“ [PKR-7]. Priklausomybių konsultantės veikla sufokusuota būtent į pačias konsultacijas, kurios, socialiniams darbuotojams nustatčius poreikį, gali būti teikiamos vietoje: „Būna, kad priklausomybės konsultantai patys nuvažiuoja į seniūnijas, seniūnijos duoda kabinetą, paskiria valandą“ [PKR-7].

Aiškinantis, **kaip keičiamasi informacija apie priklausomus asmenis tarp skirtingų paslaugų tiekėjų**, buvo teigiama, kad savivaldybės socialinių paslaugų tiekėjai tarpusavyje bendradarbiauja, tačiau daug nesusipratimų kyla dėl informacijos stokos iš sveikatos priežiūros institucijų: „Socialinės darbuotojos su anoniminiais konsultantais tai tikrai [bendradarbiauja], bet su Psichikos sveikatos centru tai, manau, kiek reikia. Nėra bendravimas toks platus, kaip norėtųsi. [PKR-7].

Šiuo klausimu interviu ir fokus grupės diskusijos dalyvių nuomonės išsiskyrė: vieni teikė argumentus, kodėl yra svarbu gauti informaciją iš medikų, kiti įrodinėjo, kad turi būti saugomas informacijos konfidencialumas ir gerbiamas žmogaus laisvas apsisprendimas: „jei mes patys tarpininkaujam ir siunčiam, tai mums visa ateitis labai įdomi <...> Kartais žmogus grįžta po 14 dienų ir jis ne itin geba pasakyti, tiesiog labai abstrakčiai papasakoja, ką darė, jis negali pasakyti ar tai buvo psichologo konsultacija, ar lankėsi AA draugija ir su juo bendravo. Tie patikslinimai kartais yra labai svarbūs“ [PKR-1], „Ta informacija yra konfidenciali <...> Jei ligonis sutinka duoti tą informaciją, jis turi parašyti prašymą. <...> Įstatymuose yra numatyta, kad žmogus turi

apsispręsti savarankiškai ir norėti dalyvauti savarankiškai. Grįžęs gali pasipasakoti <...> Negali būti jokie persekiojimo, spaudimo. Jei žmogus nutarė keisti savo gyvenimo būdą, tai yra jo apsisprendimas“ [PKR-4].

Buvo sakoma, kad norint gauti informaciją iš Priklausomybės ligų centro, patys socialiniai darbuotojai turėtų daugiau iniciatyvos parodyti – siųsti prašymus dėl rekomendacijų apie tolesnę pagalbą: „*Ne visada jie parsiveža rekomendacijas, bet mes <...> patys rašom, užklausiam, ką galėtume tokiam asmeniui rekomenduoti toliau“ [PKR-1], „Prašykit socialinės darbuotojos, kad iš Priklausomybės ligų centro parašytų rekomendaciją, ką toliau žmogui daryti. Yra buvę, kad mano pačios prašymu, išvažiuojant žmogui, paprašiau parvežti rekomendaciją. <...> Susiskambinau su ligoninės socialine darbuotoja ir dar kartą priminiau. Žmogus parvežė tą rekomendaciją, [PKR-3].*

Dėl keitimosi informacija tarp socialinių ir sveikatos priežiūros darbuotojų net konfliktai kyla, tačiau aiškių sprendimų kol kas nėra: „*Pavasari tarp jų netgi buvo ir konfliktinių situacijų. <...> Pas mus buvo apskrito stalo diskusija, kai vienas ant kito rėkė. Psichikos sveikatos centras ir socialiniai darbuotojai, savivaldybės gydytojai – kaip sakoma, visi nuo savęs ir ant savęs. Socialiniai darbuotojai sako, kad jiems neduoda konsultacijos, ką tam žmogui reiktų padėti, o Psichikos sveikatos centro gydytojai sako, kad negali nieko teikti, nes duomenų apsauga ir t. t.“ [PKR-7].*

Svarstant, **kokiu būdu galima būtų užtikrinti geresnį informacijos prieinamumą**, buvo teigiama, kad tarpinstitucinio bendradarbiavimo ir keitimosi informacija trūksta ne tik spendžiant priklausomybių mažinimo klausimus – tai bendra visoms savivaldybės veiklos sritims būdinga problema: „*Savivaldybei reikalingas visų institucijų koordinatorius, nes dabar vieni sau, kiti sau, mūsų niekas tarpusavy nesuriša. Kiekvienas turi savo darbą, pasižiūri pagal aprašymą, kas jam priklauso“ [PKR-7].*

Konkrečiai priklausomybių mažinimo veiklos koordinavimo stiprinimas bei geresnis informacijos prieinamumas buvo siejami su šios srities koordinavimo funkcijos įvedimu, kurią įgyvendinti galėtų asmuo ar grupė: „*reiktų steigti papildomą etatą arba padidinti atlyginimą esamiems už naujas funkcijas. <...> Arba galėtų būti kaip policijoj [kur yra] narkotikų, tabako, alkoholio komisija – galėtų ir čia būti kažkas panašaus“ [PKR-7].*

SAVIVALDYBĖS SOCIALINIO IR SVEIKATOS SEKTORIAUS TEIKIAMŲ PASLAUGŲ (susijusių su pagalba psichoaktyvias medžiagas vartojantiems asmenims) IR JŲ KOKYBĖS VERTINIMAS

Apibrėždami, **kokios institucijos ir/ar organizacijos teikia savivaldybės gyventojams paslaugas, susijusias su priklausomybių mažinimu**, tyrimo dalyviai įvardijo tokius pagrindinius pagalbos tiekėjus kaip Psichikos sveikatos centras, Respublikinis priklausomybės ligų centro

Šiaulių filialas, Šiaulių ligoninės Psichiatrijos klinika, Probacijos tarnyba, Visuomenės sveikatos biuras bei jame dirbantis priklausomybių konsultantas, seniūnijų bei Nestacionarių socialinių paslaugų centro socialiniai darbuotojai, atvejo vadybininkai.

Ambulatorinio **gydymo paslaugas** priklausomybes turintiems žmonėms teikia Psichinės sveikatos centras, kuriame dirba du psichologai ir psichiatras, taip pat vieną dieną kas dvi savaites konsultuoja vaikų ir paauglių psichiatrė. Teigiama, kad psichiatro pagalba neretai apsiriboja tiesiog vaistų išrašymu: „*Psichiatras gali išrašyti vaistų ir rečiau kažkokios didesnės konsultacijos <...> Psichikos sveikatos centras galėtų daugiau prisidėti, kad bendrautų daugiau su tais žmonėmis*“ [PKR-7]. Dažnai pas psichiatrą priklausomybes turintys pacientai nukreipiami tik diagnozei nustatyti, kas būtina norint gauti pagalbą Priklausomybės ligų centre: „*Dėl ligos diagnozės yra rekomenduojama kreiptis į gydytoją psichiatrą arba į šeimos gydytoją, jie savais metodais dirba. Tada gali būti nustatoma ir surašoma diagnozė. Be diagnozės į Priklausomybės ligų centrą tiesiog nepriima*“ [PKR-3].

Be Priklausomybės ligų centro, stacionaraus gydymo paslaugas savivaldybės gyventojai gali gauti Respublikinės Šiaulių ligoninės Psichiatrijos klinikoje: „*Artimiausia [psichiatrinė ligoninė] Šiauliuose, vadinama, Čiurlionkė*“ [PKR-3]. Tačiau paprastai vykstama į Respublikinio priklausomybės ligų centro Šiaulių filialą. Priklausomybės ligų centre priklausomiems asmenims teikiamos įvairios paslaugos, apimančios detoksikaciją, abstinencijos gydymą, psichosocialinę reabilitaciją: „*Priklausomybės ligų centre yra tokia paslauga [detoksikacijos], kai priimamas žmogus net su promilėmis (iki 2 promilių). Arba jei atvažiuoja žmogus visiškai nevartojęs alkoholio bent 2 savaites, tada siūloma psichosocialinės reabilitacijos programa*“ [PKR-3].

Dažnai socialiniai darbuotojai tarpininkauja, siūsdami psichoaktyvias medžiagas vartojančius asmenis į Priklausomybės ligų centrą – padeda užsiregistruoti, susitaria dėl vietos, kartais padeda spręsti transporto problemas: „*Priklausomybės ligų centre <...> sutariam dėl vietos, nuvažiuoja...*“ [PKR-4], „*Pernai buvo labai nuostabus Visuomenės sveikatos biuro projektas. Norintis gydytis būdavo užregistruojamas, nuvežamas ir net parvežamas*“ [PKR-3].

Dėmesys skiriamas ir tam, kad po priklausomybės gydymo grįžę žmonės vėl patektų į socialinių darbuotojų akiratį. Tuo tikslu socialiniai darbuotojai palaiko ryšius su besigydančiojo šeima, priklausomybės konsultantas stengiasi susitarti, kad baigę gydymą pacientai vėl kreiptųsi į juos: „*Paprastai socialinė darbuotoja dirba su rizikos šeima ir žino, kad priklausomas asmuo turi grįžti [iš Priklausomybės ligų centro]*“ [PKR-7], „*Jei aš rekomenduoju važiuoti į Priklausomybės ligų centrą, tai akcentuoju, kad labiausiai lauksiu grįžtant pas mane. Sakau, kad grįžimo dieną skambintų man ir tartumėmės, ką toliau daryti. Liūdna, kad nedažnai sulaukiu tokių skambučių*

<...> *Jei bendradarbiauju dėl kokio nors kliento su socialine darbuotoja, siūlau taip – kai žmogus grįžinės namo, vėl rekomenduokit į konsultacinį punktą. [PKR-3].*

Be sveikatos apsaugos įstaigų, paslaugas priklausomiems asmenims savivaldybėje teikia Visuomenės sveikatos biuro samdoma **priklausomybių konsultantė**, kuri kartu yra ir socialinė darbuotoja. Priklausomybių konsultanto paslaugos anoniminės: „*Jis pasikviečia žmogų ir kiek jam reikia konsultacijų, tiek jų suteikia. Tos konsultacijos yra anoniminės. Mes jų net nesutinkame, tik sužinome, kiek jų per ketvirtį apsilankė*“ [PKR-7].

Identifikavus priklausomybės problemas, paprastai asmuo pirmiausiai yra siunčiamas būtent pas priklausomybių konsultantą: „*Pradžioj rekomenduojam priklausomybių ligų konsultanto konsultacijas, nors reikia ilgai įtikinėti...*“ [PKR-2]. Šios konsultacijos yra viena iš pagrindinių paslaugų, kurią galima gauti nesikreipiant į sveikatos apsaugos institucijas. Konsultavimo eigoje ieškoma labiausiai tinkamų tolesnės pagalbos variantų: „*[išsiaiškinus situaciją] yra siūlomos paslaugos: ar kreiptis į šeimos gydytoją, psichiatrą – dėl ligos diagnozavimo, galima iškart registruotis į PLC detoksikacijos skyrių (bet vis tiek reikia siuntimo šeimos gydytojo arba psichiatro), yra tekę siūlyti ir reabilitacijos centrą ilgalaikiam gydymui. Taip pat yra Minesotos programa, ji skirta gerokai prablaivėjusiam žmogui, kuris ilgesnį laikotarpį yra išbuvęs blaivas*“ [PKR-3].

Psichologo konsultacijų Visuomenės sveikatos biuras neteikia, bet planuoja greitai laiku teikti šią paslaugą, tačiau pažymima, kad šios srities specialistų trūksta: „*Kol kas [psichologo] neturime, bet, kaip ir visi Visuomenės sveikatos biurai, turėtume turėti jau nuo 2021 m. sausio 3 d. Šiuo metu labai sudėtinga su psichologais, turime tik vieną kandidatą, atsiliepusį į darbo pasiūlymą*“ [PKR-7]. Psichologo paslaugas nuo psichoaktyvių medžiagų priklausomi asmenys gali gauti Psichikos sveikatos centre, o taip pat prie Nestacionarių socialinių paslaugų centro įkurtuose Bendruomeniniuose šeimos namuose.

Prie Nestacionarių socialinių paslaugų centro veikia Laikino gyvenimo namai, kuriuose **apgyvendinami** socialiai remtinų bei socialinės rizikos grupių atstovai, tarp jų ir nuo psichoaktyvių medžiagų priklausantys asmenys. Laikino gyvenimo namų gyventojams paslaugas teikia čia dirbantys socialiniai darbuotojai ir jų padėjėjai.

Probacijos tarnybos Pakruojo padalinys, naudojasi priklausomybių gydymo galimybėmis, taip pat priklausomybių konsultanto, psichologo paslaugomis, bet taip pat siūlo papildomų paslaugų – veda **korekcines programas** „Elgesys – pokalbis – pasikeitimas“, „Tik tu ir aš“: „*Probacijos tarnybos skyrius Pakruojo rajone greičiausiai yra vienintelė vieta, kur mes pradedam darbą su priklausomais asmenimis nuo motyvuojančio interviu (Elgesys – pokalbis – pasikeitimas). Yra 7 užsiėmimai, vykstantys palaipsniui (vienas užsiėmimas per 2 sav.). <...> Probacijos tarnybos darbuotojai priklausomybę turintiems asmenims veda kognityvinę bihevioristinę programą „Tik tu ir aš“* [PKR-1].

Teikiamų paslaugų priklausomiems asmenims spektrą praplečia rajono nevyriausybės organizacijos – AA grupės. Tyrimo dalyviai teigė, kad rajone veikia 2 AA grupės, tačiau karantinas jų veiklą yra apribojęs: „Anksčiau buvo dvi anoniminių alkoholikų grupės, bet šiuo metu jos neveikia, nes ir negalima“ [PKR-7]. Šių savipagalbos grupių veikla vertinama kaip viena iš sveikimo programos dalių ir jų paslaugomis dažnai naudojamas: „Mes labai palaikome ryšį su [AA] bendruomene. Vyrai, kurie vadovauja bendruomenei, patys yra išlipę iš šito dugno, jie turi savo kalbą, kontekstą, patirtį, yra gyvenę [reabilitacinėse] bendruomenėse“ [PKR-1], „Ten žmonės dalinasi savo patirtimi. Tai žmonės, <...> sugrįžę iš visuomenės užribio, bandantys įsilieti į visuomeninį gyvenimą. Pažįstu labai daug žmonių Lietuvoje, kai būtent AA yra žmonės, kurie labai nori pagelbėti kitam priklausomam asmeniui. Tai viena iš sveikimo programos dalių“ [PKR-3].

PSICHOAKTYVIAS MEDŽIAGAS VARTOJANTIEMS ASMENIMS TEIKIAMŲ PASLAUGŲ TOBULINTINI ASPEKTAI

Aptariant paslaugų priklausomiems asmenims tobulintinus aspektus pažymėta, kad viena svarbiausių problemų – tai seniūnijų ir jų socialinių darbuotojų **motyvacijos stoka** aktyviau įsitraukti į pagalbos teikimo sistemą. Manoma, kad būtent seniūnijų lygmeniu trūksta noro pagelbėti, suteikti informaciją: „Gal seniūnijos galėtų daugiau įsijungti į šį bendradarbiavimą, aktyviau siūlyti pagalbą tiems žmonėms, kuriems ji reikalinga <...> teiktų informaciją, kuriems žmonėms reikia tos pagalbos. [PKR-5], „rajone yra seniūnų, kurie šituo labai domisi, jiems sergantys žmonės svarbūs. Yra seniūnų, kurie sako, kad tai jiems į pareigybės neįeina, ir kodėl turėtų tuo rūpintis“ [PKR-3]. Ši problema siejama su tuo, kad seniūnijų lygmeniu nėra pareigybės, kuriai konkrečiai būtų priskirta funkcija teikti pagalbą priklausomybės turintiems žmonėms: „seniūnijose yra socialiniai darbuotojai, dirbantys su šeimomis, kuriose auga vaikai. Dar yra išmokų specialistai. Bet dėl nuvežimo, gydymo, daugiau konkrečiai su tuo [priklausomybėmis] dirbančio specialisto nėra“ [PKR-3].

Kitas paslaugų psichoaktyvias medžiagas vartojantiems asmenims tobulintinas aspektas – tai teikiamų **paslaugų prieinamumo** didinimo poreikis. Buvo sakoma, kad Priklausomybės ligų centrai yra toli ir į juos vykstantys priklausomi asmenys susiduria su susisiektimo problemomis: „Labai toli yra Priklausomybės ligų centras, jis yra rajone, kur žmonės dažniausiai neturi kuo nuvažiuoti, grįžti. <...> Iki Šiaulių 40 km, iki Panevėžio šiek tiek daugiau <...> Dabar finansavimo nebėra, nėra kas juos nuvežti“ [PKR-7]. Sudėtinga ne tik tai, kad viešojo transporto grafikai ne visada patogūs, bet ir tai, kad priklausomybėmis sergantys asmenys dažniausiai turi finansinių sunkumų. Tyrimo dalyviai minėjo, kad į Priklausomybės ligų centrą vykstančiam žmogui „Kartais šeimos nariai padeda. Kartais seniūnijos išrašo pašalpą“ [PKR-4]. Tačiau šalia to buvo pastebėta, kad pašalpa te taip lengvai ir greitai gaunama:

„Norėčiau dar patikslinti, kad socialinė pašalpa nebūna taip staiga paskiriama, nes vadovaujantis įstatymais, jei žmogus neregistruotas Užimtumo tarnyboj, jam nepriklauso tai pagal įstatymą. Seniūnija iš kažkur pinigų gauti tam tikslui neturi“ [PKR-3].

Buvo pažymėta, kad **paslaugų operatyvumas** labai svarbus, nes retai priklausomo asmens motyvacija gydytis yra tiek stipri, kad jis galėtų sulaukti savo planinės eilės. Ir nors buvo sakoma, kad eilės į Priklausomybės ligų centrą nėra itin didelės: „Tą pačią dieną tai ne, bet rytoj ar dar kitą dieną tai pakliūna“ [PKR-4], vis dėlto dažnu atveju laukimas baigiasi pagalbos atsisakymu: „Priklausomiems asmenims reikia čia ir dabar, nes praėjus kelioms dienoms, jiems pagalbos nebereikia“ [PKR-3], „Būna, kad įkalbi, sutinka, bet paskambinus į Priklausomybės ligų centrą, dabar per karantiną, paaiškėja, kad mažiau vietų. Po kurio laiko skambinam tam žmogui, bet jau nebekelia, matyt, gavo išmoką ir toliau sau taip gyvena“ [PKR-4].

Taip pat interviu bei fokus grupės diskusijos dalyviai apgailestavo, dėl ribotų priklausomų asmenų **detoksikacijos** galimybių. Girtu paciento nepriima nei Priklausomybės ligų centras, nei psichiatrinė ligoninė. Buvo sakoma, kad, esant stipriam girtumo laipsniui, tėra viena galimybė – mokamos paslaugos, tačiau šių paslaugų kaina priklausomiems asmenims dažniausiai per aukšta. Norint padėti tokioje būklėje esančiam žmogui, socialiniams darbuotojams kartais tenka ieškoti ne visada legalių išeikių: „Mums pernai teko organizuoti nuvežti neblaivų žmogų į Priklausomybės ligų centrą, tai jie atsisakė, nes buvo per daug promilių. Į psichiatrinę ligoninę irgi nepriėmė, bet buvo sužaista su tuo, kad žmogus kalbėjo apie suicidą. Medicinos darbuotojai atsisakė žmogų vežti, tai mes suorganizavome, kad būtų nuvežta asmeniniu transportu“ [PKR-3].

Kalbinti specialistai akcentavo ir priklausomybę turintiems asmenims teikiamų **paslaugų spektro** didinimo poreikį. Buvo sakoma, kad trūksta pagalbos priklausomų asmenų šeimos nariams: „nėra tos institucijos, kuri dirbtų su visa šeima. Gerieji pavyzdžiai yra tada, kai aukodami savo laiką, dirbame su priklausomo žmogaus šeima“ [PKR-1], „Dabar turiu moterį, kurią konsultuoju dėl vyro priklausomybės, nes ji pavargusi ir netekusi kantrybės. Toje srityje, tai visiškai neišdirbti laukai. <...> Manychiau, kad negalima šeimos palikti už borto, kaip tik reikia įtraukti visą šeimą“ [PKR-3].

Probacijos tarnybos atstovė apgailestavo, kad neatsiranda norinčių įvaldyti naujas efektyvias programas: „mes turime <...> kognityvinę bihevioristinę programą „Tik tu ir aš“, kur mokoma naujų įgūdžių ir jų įvaldymo. Tai praktinės užduotys, situacijos. Kol kas tik Probacijos tarnyba yra apmokyta vesti šią programą. Pati daug metų iš eilės kreipiausi į savivaldybę, kad kokia nors NVO apsimokytų, nes yra puiki žmogui lenkų programa. Kadangi mes Pakruojo rajone tik dviese dirbame, o žmonių mastas yra didelis, nesam pajėgūs“ [PKR-1].

PASIŪLYMAI IR REKOMENDACIJOS DĖL PAGALBOS SISTEMOS (vartojantiems psichoaktyvias medžiagas ir turintiems priklausomybę asmenims) PRIEINAMUMO DIDINIMO, INTEGRUOTUMO STIPRINIMO

Tyrimo dalyvių nuomone, pagalbos priklausomiems asmenims sistema taptų efektyvesnė, jeigu pavyktų vienoje vietoje koncentruoti įvairaus profilio specialistus, pavyzdžiui, buvo siūloma, kad kartu su priklausomybių konsultantu Visuomenės sveikatos biure dirbtų ir gydytojas psichiatras, arba būtų įsteigtas pagalbos centras, kur būtų sutelkta visa specialistų komanda: „*[Visuomenės sveikatos biure] yra konsultantas, bet gal reikėtų ir gydytojo, psichiatro pagalbos*“ [PKR-7], „*O dėl pasiūlymų, tai gal būtų gerai pagalbos centrui? Sakylim, kiekvienoj savivaldybėj yra centras, kuriame yra visas komplektas pagalbos. Kad žmogui nereiktų eiti į kelias vietas*“ [PKR-6].

Atsižvelgiant į realias galimybes, buvo siūloma bent pagalbą koordinuojantį asmenį įdarbinti: „*Būtų gerai kažkoks koordinatorius*“ [PKR-4].

Vienas fokus grupės dalyvis siūlė Lietuvai imti pavyzdį iš Lenkijos, kur pagalbos priklausomiems asmenims sistema gana gerai išplėtotą. Buvo sakoma, kad pradėti reikėtų nuo įstatyminės bazės sukūrimo, kuri leistų alkoholio pramonės mokesčius nukreipti į pagalbos sistemą: „*[Lenkijoje] pirmiausia, įstatyminė bazė taip sudėliota, kad pinigai ateina iš alkoholio pramonės: akcizai, mokesčiai, leidimai – viskas, kas surenkama iš čia, pinigai eina būtent priklausomybių prevencijai, gydymui, ne tik priklausomų žmonių, bet ir jų šeimos narių*“ [PKR-3]. Taip pat, sekant Lenkijos pavyzdžiu, reikėtų mažinti alkoholinių gėrimų prieinamumą bei didinti licencijų įkainius: „*Dargi alkoholiu pas mus prekiaujama ant kiekvieno kampo, kiekvienam kaimelyje. Ten gerokai mažiau. Lenkijoje alaus licencijos kaina – 125 Eur, vyno – 125 Eur, degtinės – 500 Eur. Žinot kiek pas mus? Išduodama licencija vos ne iki grabo lentos, iš to nėra surenkama jokių mokesčių*“ [PKR-3].

APIBENDRINIMAS

- Neigiamas požiūris į priklausomybės ligas, vyraujantys stereotipai viena vertus, tampa barjeru priklausomybės turintiems gyventojams kreiptis pagalbos, kita vertus, mažina socialinių paslaugų tiekėjų motyvaciją aktyviau įsitraukti į pagalbos teikimo sistemą. Todėl aktualu būtų daugiau dėmesio skirti visuomenės nuomonės formavimo priemonėms, keičiant priklausomybių sampratą bei didinant priklausomybių mažinimo svarbos suvokimą.
- Seniūnijų lygmeniu nėra specialisto, kuriam būtų priskirta konkreti pagalbos priklausomybės turintiems žmonėms tekimo funkcija, socialiniai darbuotojai didžiąja dalimi yra orientuoti į darbą su socialinės rizikos šeimomis, kuriose auga vaikai, todėl vieniši, vaikų neturintys priklausomi asmenys dažnai nepatenka į socialinių paslaugų tiekėjų akiratį.

- Skatinant priklausomybes turinčius asmenis atsisakyti žalingų įpročių, socialinių paslaugų tiekėjai ne visada naudoja tinkamus metodus – motyvacija gydytis ar gauti kitą pagalbą kartais pakeičiama grasinimu bei apgaule, kas mažina suteiktos pagalbos efektyvumą ir poveikio sėkmę. Todėl tikslinga būtų tobulinti socialinių paslaugų tiekėjų kompetencijas, suteikiant jiems specialių priklausomų asmenų motyvavimo ir skatinimo priimti pagalbą įgūdžių.
- Didžiausias bendradarbiavimo ir keitimosi informacija stygius įžiūrimas tarp socialinių paslaugų tiekėjų ir sveikatos priežiūros institucijų, kas iš dalies susieta su Asmens duomenų apsaugos įstatymo apribojimais. Tačiau kartu pabrėžta, kad patys socialinių paslaugų tiekėjai nepakankamai išnaudoja esamas galimybes (pvz., kreiptis į gydymo įstaigą prašant rekomendacijų ar inicijuoti socialinio darbuotojo įtraukimą į asmenų, kuriems galima gauti informaciją, sąrašą). Vis dėlto socialinės apsaugos ir sveikatos priežiūros sistemos institucijoms svarbu būtų aiškiau apsibrėžti informacijos keitimosi mechanizmą ir galimos teikti informacijos ribas.
- Socialinių paslaugų tiekėjams trūksta aiškaus priklausomybių konsultanto veiklos apimčių, bei vykdomų funkcijų supratimo. Todėl naudinga būtų inicijuoti platesnę diskusiją dėl priklausomybių konsultantų kompetencijų ir funkcijų, supažindinti socialinių paslaugų specialistus su įvairiais priklausomybių konsultantų veiklos organizavimo modeliais, kas leistų labiau kompetentingai pasirinkti tinkamiausius priklausomybių konsultavimo paslaugų tiekėjus. Kita vertus, tikslinga būtų rengti ir priklausomybės konsultantų kvalifikacijos tobulinimo/ atnaujinimo, dalinimosi patirtimi ir kitus renginius.
- Pagalbos priklausomiems asmenims prieinamumą apsukina ribotos detoksifikacijos (išblaivinimo) galimybės ir/ ar aukšta šių paslaugų kaina. Stipraus girtumo būsenoje esančiam žmogui neteikiamos medicinos paslaugos, todėl socialiniams darbuotojams, norintiems šiam žmogui padėti, kartais tenka ieškoti būdų kaip apeiti galiojančias taisykles. Todėl tikslinga būtų numatyti tokį pagalbos mechanizmą, kad asmeniui, kuris tęsia gydymą (pvz., po išblaivinimo gydosi abstinenciją, tęsia gydymą psichosocialinės reabilitacijos įstaigose ir pan.), būtų užtikrintas paslaugų nepertraukiamumas ir apmokėjimas už paslaugas.
- Pirminio lygio medicinos paslaugų priklausomiems asmenims kokybė vertinama kaip nepakankama – psichiatro paslaugos neretai apsiriboja tiesiog vaistų išrašymu ar diagnozės

nustatymu, trūksta gilesnių konsultacijų ar išsamesnių rekomendacijų dėl tikslingų socialinės pagalbos priemonių.

- Manoma, kad tikslinga būtų plėtoti socialinių paslaugų priklausomiems asmenims spektrą, į pagalbos gavėjų ratą įtraukiant priklausomų asmenų šeimos narius bei įvaldant ir taikant naujus efektyvius poveikio metodus, pvz., korekcines programas „Elgesys – pokalbis – pasikeitimas“, „Tik tu ir aš“, kurias šiuo metu savivaldybėje veda tik Probacijos tarnyba.
- Priklausomų asmenų motyvacija gydytis dažnu atveju nėra pakankamai stipri bei stabili, todėl susidūrus su paslaugų laukimo problema (eilės patekti į stacionarą, pašalpos išmokėjimo procedūros) pagalbos neretai atsisakoma. Iš dalies problemos sprendimą palengvintų didesnis savivaldybių specialistų informuotumas apie planinės medicininės pagalbos organizavimo ypatumus ir įrankius, kurie padėtų dirbti su gydymo laukiančiu asmeniu. Kita vertus, būtų tikslinga svarstyti apie „ekstra“ pagalbos galimybių įvedimą.
- Savivaldybės lygiu, siekiant didinti pagalbos sistemos efektyvumą, siūloma visas priklausomiems asmenims teikiamas paslaugas ir specialistus koncentruoti vienoje vietoje. O valstybės lygiu, siekiant didinti pagalbos sistemos prieinamumą bei integruotumą, siūloma pasinaudoti gerąja kitų šalių patirtimi, mažinant alkoholinių gėrimų prieinamumą ir tobulinant įstatyminę bazę, kuri reglamentuotų alkoholio pramonės mokesčių perpaskirstymą priklausomybių prevencijai bei gydymui.

10. PASVALIO RAJONO SAVIVALDYBĖ

INFORMACIJOS (susijusios su pagalba psichoaktyvias medžiagas vartojantiems asmenims) TEIKIMO MECHANIZMAI SAVIVALDYBĖJE

Tyrimo metu buvo siekta išsiaiškinti, **kaip yra sužinoma apie asmenį, kuriam reikia paslaugų**. Socialinių paslaugų centro atstovai teigė, kad pirminė informacija pasiekia iš vaikų teisių apsaugos tarnybos bei seniūnijų: „*Pirminę informaciją gauname iš Vaiko teisių, tada atvejo vadybininkas ir socialinis darbuotojas vyksta į šeimą, pasikalba. <...> Taip pat informaciją gauname ir iš bendruomenės, kad su kažkokia šeima yra problemų.* [PAR-1]. Taip pat socialinius darbuotojus apie pagalbos poreikį konkrečioms asmenims informuoja seniūnijų darbuotojai, felčeriai: „*Jų darbas yra nukreipti pas socialinius darbuotojus. Žmonės dažnai ligos nepripažįsta, seniūnai juos vis įkalbinėja, žiūri į tai lanksčiai, nes suteikia papildomą transportą vienišam žmogui. Tiesa, dar įsijungia, kaime vadinamos, felčerės, jos kartais padeda atlydėti priklausomus žmones*“ [PAR-1]. Savivaldybė atstovai teigė, kad jie pirmieji sužino apie grįžtančius priklausomybę turinčius asmenis iš įkalinimo vietos: „*Mes, kaip savivaldybė, [esam] tie, kurie sužino pirminius duomenis. Pavyzdžiui, jei asmuo grįžta iš įkalinimo, dažniausiai iš Rokiškio psichiatrinės ligoninės, tai mes gaunam raštus, susikontaktuojam, kad grįžta kažkoks asmuo, kad reikės paslaugų, informuojam apie tai seniūniją, į kurią grįžta, ir šitas asmuo nepaliekamas*“ [PAR-8].

Aptariant, **kaip asmenys, kuriems reikia pagalbos, sužino apie galimas paslaugas**, buvo išskirti atvejo vadybininkai ir seniūnai: „*Posėdžio su šeima metu, aptariamose problemos, jų sprendimo būdai, suteikiama informacija - turime brošiūras, kontaktus, kur kreiptis* [PAR-3]; „*Kaimo bendruomenėse informaciją iš VSB gauna per seniūnus* [PAR-1]. Taip pat paminėta, kad informacija apie priklausomybių konsultanto paslaugas yra skelbiama rajono laikraštyje ir Facebook’e: „*Informacija apie konsultantą yra rajono laikraštyje ir Facebook’e*“ [PAR-1]. Švietimo pagalbos tarnyba informacijos sklaidai naudoja brošiūras, informuoja mokyklų socialinius pedagogus ir mokytojus: „*Mes skleidžiami su brošiūromis, informuojam socialinius pedagogus, mokytojus*“ [PAR-4]. Taip pat paminimas bendradarbiavimas informacijos teikimo srityje tarp Švietimo pagalbos tarnybos ir Socialinių paslaugų centro: „*informavome X su kolegėmis iš Socialinių paslaugų centro, kad iš savo pusės informuotų eksperimentuojančius jaunuolius*“ [PAR-4].

Aiškinantis, **kaip keičiamasi informacija apie priklausomus asmenis tarp skirtingų paslaugų tiekėjų**, buvo teigiama, kad informacija keičiamasi, renkama bendra savivaldybės informacija pagal nusistatytus rodiklius: „*Dabar stebim tuos pagrindinius, kiek priklausomų asmenų, kiek suteikta paslaugų, kiek savižudybių*“ [PAR-8]. Informacijos atžvilgiu pastebima, kad savivaldybės fiksuoja mažiau priklausomų asmenų, nei Psichikos sveikatos centras, dėl to, kad dalis paslaugų teikiamos anonimiškai: „*Kai mes imame duomenis, tai mūsų pasiūsta tiek, bet priklausomybės centras duoda didesnius duomenis, kad pas juos yra. Bet kadangi tai anonimiškai*“ [PAR-8]. Paminėta, kad yra apribojimų teikiant informaciją apie priklausomus asmenis dėl asmens apsaugos įstatymo: „*Ne, jie [Probacijos tarnyba, policija] pateikia mums tik suvestines, bet šiaip nukreipinėti jie negali. Jei asmenį pagauna su narkotinėmis medžiagomis, tai vyksta ikiteisminis. Su mažais kiekiais jie informacijos vardais pavardėm dalinti negali*“ [PAR-8].

SAVIVALDYBĖS SOCIALINIO IR SVEIKATOS SEKTORIAUS TEIKIAMŲ PASLAUGŲ (susijusių su pagalba psichoaktyvias medžiagas vartojantiems asmenims) IR JŲ KOKYBĖS VERTINIMAS

Nustatant, **kokios institucijos ir/ar organizacijos teikia savivaldybės gyventojams paslaugas, susijusias su priklausomybėmis**, Apskritojo stalo diskusijos, organizuotos 2020 m. kovo 4 d., dalyviai išvardijo šiuos paslaugų tiekėjus rajone: Pasvalio socialinių paslaugų centras, Visuomenės sveikatos biuras, Švietimo pagalbos tarnyba, VšĮ Pasvalio ligoninė, VšĮ Pasvalio pirminės asmens sveikatos priežiūros centras, asociacijos Šeimos gerovės centras, Panevėžio regiono AA tarnyba. Interviu ir fokusuotos grupės dalyviai papildomai paminėjo pačios savivaldybės darbuotojus, seniūnijų socialinius darbuotojus, Bendruomeninius šeimos namus.

Pasvalio rajono savivaldybėje esanti situaciją paslaugų teikimo priklausomiems asmenims tiek apskritojo stalo diskusijoje, tiek fokusuotoje diskusijoje buvo vertinama kaip pakankamai gera, tarnybų ir paslaugų pakankamai, vyksta glaudus bendradarbiavimas: „*Manau, kad tarnybų ir pakankamai*“ [PAR-7]; „*Priklausomybių tema paslaugų turime iki kaklo, tik naudokimės*“ [PAR-6]; „*Pačių paslaugų pasiūla tikrai yra*“ [PAR-8]; „*Mūsų mažam rajone viskas gerai veikia, institucijos ir specialistai bendradarbiauja* [PAR-5]; „*Pas mus labai susistygavusios visos įstaigos, bendradarbiavimas vyksta. <...> Šiaip esame susistygavę, labai stipri vadyba, stipri komanda, gerai organizuoja darbą, gerai sustyguoti seniūnijų socialiniai darbuotojai. Darbas vyksta gerai*“ [PAR-8]. Be to, pabrėžiamas paslaugas teikiančių darbuotojų atsidavimas savo darbui: „*Norėčiau paantrinti, kad visi žmonės, kurie yra čia susirinkę, yra degantys savo srities specialistai. Jie negaili savo laiko, įdeda daugiau, negu gauna atlygį už tai*“ [PAR-7]. Toks pagalbos sutelktumas siejamas su nedideliu rajonu, tampriais ryšiais tarp paslaugų tiekėjų: „*Mūsų rajonas nėra didelis,*

vieni kitus pažįstam“ [PAR-7]; „Kai pasvaliečiams atsiranda problema, mes esame labai vieningi. Mums nereikia oficialaus pakvietimo, susiskambinam, susitinkam“ [PAR-8].

Pastebima pagalbos priemonių priklausomiems asmenims raida, tobulėjimas: „Paslaugos tobulėja: iš pradžių buvo kodavimas. Tada atėjo Disulfiramo mada – tai toks medikamentinis gydymas. Dabar pastebiu, kad jau socialiniai darbuotojai tikisi kokybės, nori padėti tam žmogui. Dabar pas mus siuntimai būna brangiom stacionarinėm paslaugom, kur gydymas trunka 10 dienų. Labai tikimasi iš to žmogaus, kad grįš ir gyvens kitą gyvenimą“ [PAR-7]. Taip pat Pasvalio savivaldybė yra ta iš nedaugelio, kurioje buvo kalbama ne vien apie priklausomybę nuo alkoholio, narkotikų, bet ir priklausomybę nuo žaidimų kompiuteriu: „Iš pasisakymų matyti, kad mūsų rajonui labiau aktuali alkoholio vartojimo problema, bet nepamirškime, kad šiuolaikinis jaunimas jau žino ir narkotiku ir uosto klijus, ir darosi priklausomas nuo kompiuterių“ [Apskritojo stalo diskusijos medžiaga]. Pripažįstama, kad mažai dirbama su priklausomybe nuo narkotikų dėl nedidelio skaičiaus ir žinomumo: „Galvoju, kad dar nėra taip plačiai žinoma, kad susiimtume. <...> Alkoholis yra daug populiariesnis, ypač provincijoje“ [PAR-4]; „Pavyzdžiui, pas mus rajone yra 108 šeimos ir tik vienoj šeimoj yra priklausomas nuo narkotikų žmogus“ [PAR-1]. Tačiau pastebima, kad ši problema jau stiprėja: „Registruotų nuo narkotikų priklausomybės, mes savo Psichikos sveikatos centre neturim, nors pagal policijos reidų suvestines jų išaiškėja“ [PAR-8].

Rajone vykdomos **preveninės programos**. Pavyzdžiui, Visuomenės sveikatos biuras vykdo prevencines priemones, paremtą narkotinių medžiagų aptikimo mokyklose testais. Jei aptinkama šių medžiagų, yra vykdo kitas prevencines priemones: „VSB vykdo tokią kaip prevencinę priemonę, irgi iš tos programos, tai „Narkotinių medžiagų aptikimas mokyklose“ testus. Būna testų teigiamų, tada apsitariam su mokyklom, jie tuos testus kartuoja, daro kažkokius prevencinius veiksmus po mūsų apsitario“ [PAR-8]. Tačiau abejojama dabar taikomų aiškinamųjų prevencinių priemonių efektyvumu: „Priemonių veiksmingumą apčiuopti sudėtinga. Jeigu nors vienas iš 10 klausančių ką nors išgirstų, jau būtų gerai. Prevencija yra vaikams atsibodęs dalykas“ [PAR-4]. Visgi manoma, kad galima labiau pasistengti, vykdyti prevencinę veiklą seniūnijose: „Kalbant apie švietėjišką veiklą, tai su šituo klausimu galėtume labiau pasistengti ir skleisti informaciją per seniūnijas“ [PAR-1].

Rajono stiprioji pusė – didelis savivaldybės dėmesys pagalbai prevencijai ir pagalbai, savivaldybė vykdo „Priklausomybę sukeliančių medžiagų (narkotikų, alkoholio, tabako ir kitų) vartojimo ir prevencijos programą. Programoje yra skirtos lėšos gauti gydymą nuo priklausomybių, taip pat gauti psichologo konsultacijas po gydymo, padengiamos kelionės išlaidos. Keturių metų statistika rodo, kad per metus vidutiniškai vyksta gydymą apie 30 asmenų“ [Apskritojo stalo diskusijos medžiaga]. Atkreipiamas dėmesys, kad prevencija yra susidomėję valdžios atstovai:

„Įdomu, kad anksčiau šitos problemos buvo socialinių darbuotojų reikalas, o dabar bendrai savivaldybės valdžioj jie pradėjo į tai žiūrėt“ [PAR-1]. Tai siejama su didesniu valdžios atstovų įtraukimu į bendruomenės veiklas: „Buvo toks projektas „Gelbėkim vaikus“ – visuomenės švietimo projektas. Tada važiavo į seniūnijas ir kalbėjo su bendruomenėmis. Tada buvo įtraukiami į bendruomenės priklausomų žmonių vaikai (tai vyko 2015 m.). Anksčiau seniūnaičiai ir bendruomenių pirmininkai buvo atskirti, o dabar yra įtraukti į veiklas – padeda socialiniam darbuotojam“ [PAR-1].

Švietimo pagalbos tarnyba vykdo **ankstyvosios intervencijos programą** jaunuoliams, kurie linkę eksperimentuoti su psichoaktyviosiomis medžiagomis. Tačiau dėl COVID-19 pandemijos 2020 m. nebuvo pravesta nei viena grupė: *„Šie metai yra pirmieji, kai nevyko nei viena grupė. Nuotolinių užsiėmimų daryti nepavyksta, nes neleidžia metodika. O šiaip kasmet darydavom po dvi grupes“ [PAR-4].* Pastebima, kad grupės programai vykdyti gana sunku surinkti dėl transporto problemų: *„Grupėje turi būti 8–10 asmenų ir konsultacijos vyksta mūsų tarnyboje. Tenka pastebėti, kad grupės gana sudėtinga surinkti, nes būna sunkus atvykimas, nėra transporto“ [Apskritojo stalo medžiaga].* Ankstyvosios intervencijos programos vykdymas laikomas efektyviu, kai pavyksta sukurti pasitikėjimu grįstus ryšius, tapti autoritetu, pakelti savivertę: *„Pagal metodiką, jaunuoliai turi norėti ateiti, tai tas noras iš išorės būna priverstinis. Kai jie ateina, tai mano pirmas ir vienintelis tikslas - užsitarnauti jų pasitikėjimą ir tapti jų autoritetu. Viliuosi ir tikiuosi, kad man tai neblogai pavyksta. Kai jie man tampa artimi tiek, kiek reikia šioje programoje, tada iš jų lipdau ką noriu. Tai mano vidinis kokybės kriterijus - kai matau, kaip vaikas keičiasi, kaip suklusta, galiu jam pakelti savivertę“ [PAR-4].* Tačiau tam, kad išmatuoti poveikį labai trūksta atgalinio ryšio pasibaigus programai: *„Aš nematau jų elgesio, ar programa jiems padėjo, ar jie mažiau eksperimentuoja – nežinau“ [PAR-4].*

Socialinių paslaugų centro darbuotojai pradeda dirbti su priklausomais žmonėmis gavę informaciją apie iškilusią problemą. Skubiais atvejais jie važiuoja į vietą ir sprendžia, kaip organizuoti pagalbą: *„Būna, kad jis pirma skambina socialiniam darbuotojui, jei tai artimesnis ryšys, nesvarbu, kad ir savaitgalis. <...> Būna, kad skundžiasi kaimynai, jei jis laksto, tada informuojam socialinį darbuotoją, kuris nuvykęs į vietą žiūri pagal situaciją: ar reikia greitosios, ar policijos“ [PAR-1].* Tačiau dažniausiai pagalba prasideda nuo pokalbio su priklausomais asmenimis: *„Posėdžio metu išsišnekame pagal šeimos poreikį: ar jie pripažįsta situaciją, ar reikalinga pagalba ir tada pasiūlome tai, ką turime“ [PAR-1].* Pabrėžiama, kad sunkiausia dirbti tada, kai priklausomas asmuo nepripažįsta problemos: *„Sunkiausia dirbti tada, kai žmogus nepripažįsta, kad turi problemą. Tada reikėtų motyvacinės, prevencinės ir kitokios medžiagos rinkimo“ [PAR-3].* Kiek lengviau dirbti su turinčiais mažamečių vaikų priklausomais asmenimis,

kuriems taikoma atvejo vadyba: „*Su atvejo vadyba šiek tiek paprasčiau, nes rekomendacija paprastesnė, ji labiau liepiamojo tono*“ [PAR-8]. Rajone išspręsta problema suteikiant pagalbą vienišiams, neturintiems vaikų priklausomiems asmenims, už juos atsakingi seniūnijų socialiniai darbuotojai: „*Pas mus tai yra išspręsta, nes kiekviena seniūnija turi socialinio darbo organizatorių, kuris yra atsakingas už vienišus, pagyvenusius, neįgalius*“ [PAR-8].

Pirmiausia siunčiama pas priklausomybių konsultantą, kuris atvyksta iš Šiaulių, o vaikai siunčiami Švietimo pagalbos tarnybai: „*VSB samdo iš Šiaulių. Kol kas samdom, nors esam du savus pasiruošę, bet kaip ir užtenka to konsultanto*“, „*nepilnamečius mes nusiunčiam [Švietimo pagalbos tarnybai]*“ [PAR-8]. Pastebima, kad konsultanto paslaugų gavėjams nuotolinis bendravimas yra privalumas, nereikia niekur važiuoti: „*Mūsų paslaugų gavėjams, nuotolinis bendravimas yra privalumas, nes nereikia ieškoti transporto, savo erdvėje būdami jaučiasi saugiau. Atrodo, kad net reikėtų padvigubinti konsultacijų dienų*“ [PAR-1]. Pas priklausomybės konsultantus siunčia ir Probacijos tarnyba, kuri turi elgesio keitimo programą: „*Taip pat turim žmones iš Probacijos tarnybos, jie pas mus turi elgesio keitimo programą ir ne vienam būna priskirtas priklausomybių konsultantas arba važiuoti gydytis, tai jie dėl teismo sprendimo važiuoja savarankiškai gydytis*“ [PAR-6]. Galima pastebėti, kad rajonas yra pasirengęs augančiam priklausomybės konsultanto paslaugų poreikiui, nes jau parengti yra du savi konsultantai.

Prireikus gydymo yra bendradarbiaujama su Visuomenės sveikatos biuru: „*Bendradarbiaujame labai glaudžiai su VSB – prašom siuntimų, nukreipimų ir tada tas gydymas būna įvairus: gydosi ir stacionare, ir medikamentais*“ [PAR-3]; „*Biuras turi sutartį su Panevėžio Priklausomybių ligų centru, jis išrašo ir tas asmuo išvažiuoja gydytis*“ [PAR-8]. Vaikai siunčiami į specializuotą ligoninę Kaune, paminėta, kad rajone labai trūksta psichiatro, dirbančio su vaikais: „*Taip, vaikų psichiatrą irgi turim tik Panevėžy. Pagal aprašus, visi pirminei sveikatos priežiūrai prisirašę prie Psichikos sveikatos centro, nuo senų senovės tas psichiatras gydo tik suaugusius, nors turėtų ir vaikus. Jis irgi yra vienas, labai garbaus amžiaus, jaučiu, būtų nelabai pajėgus*“ [PAR-8]. Šių specialistų trūkumo problemą labai sunkiai sprendžiama, nes jų trūksta visoje šalyje: „*Bet kur gauti tą psichiatrą? Dar viena gydytoja buvo virš 50 m., bet perėjo į privačią, bet visi likę virš 60, kai kam virš 80. Sunku jaunimą prisikalbinti*“ [PAR-8]. Teigiama, kad su eilėmis gydymui stacionare nesusiduriama: „*Sakyčiau, kad ne. Turiu vieną rizikos grupės klientę, tai skambinamės į skyrių, jei ji nori gultis, niekad nebuvom susidūrę, kad nepriimtų. Taip pat galime važiuoti į Šiaulius arba Panevėžį*“ [PAR-8].

Prireikus pavežėjimo į gydymo įstaigas, savivaldybės darbuotojai kreipiasi į seniūnijas, kurios turi transportą: „*Mes informuojam seniūniją, jie susisiekia, jei reikia, su Psichikos sveikatos centru, su VSB, turim seniūnijose mašinas, galim nuvežti asmenį*“ [PAR-8]. Taip pat savivaldybėje

skiriamos lėšos padengti gydymo išlaidas tiems, kurie stokoja savo lėšų: „Galim skirti lėšų, jei neturi už savo gydymą. Iš pradžių tai labai praktikavom, paskui šiek tiek stabtelėjom dėl lėšų. Jos yra skirtos, bet jei žmogus gali pats kažkiek mokėti, tai esame už tai, nes paslauga būna patrauklesnė“ [PAR-8]. Visgi matoma, kad po gydymo daugelis vėl atkrenta: „Jei liepiam, tai nuvažiuoja gydytis, be tai... Turim kelis atvejus, kad žmonės laikosi po porą metų, bet iš 20 kokie 2“ [PAR-8]. Kaip vienas iš sėkmingų pavyzdžių buvo pateiktas atvejis apie vaikų turinčių šeimos atvejį: „Turim pavyzdį, kad vyras ir žmona, turintys 4 vaikus, gydėsi du kartus. Vienas išsilaikė metus, kitas pusantrys. Paskui atkrito, paskui vėl laikėsi. Yra, bet nedaug tokių atvejų, atsirado ir šeimoje pokytis“ [PAR-8].

Didelis dėmesys tęstinėms paslaugoms rajone grįžus po gydymo. Šiuo atveju veikia kelios institucijos ir organizacijos: Psichikos sveikatos centras, Visuomenės sveikatos biuras, socialiniai darbuotojai ir nevyriausybinės organizacijos. Psichikos sveikatos centras suteikia tolesnę psichiatro pagalbą: „Mūsų susipažinimas su priklausomybėm būna liūdnas. Dažniausiai žmogus ateina su epikrize, grįžęs iš gydymo įstaigos. Sužinom jo diagnozę, dažniausiai būna po kokios nors įvykusios psichozės. Taip pat būna ir po suicido“ [PAR-2]. Šiuo atžvilgiu centras susiduria su problema susijusia su tuo, kad dažnai šie jų pacientai neturi draudimo ir negali suteikti paslaugų be ligonių kasų lėšų: „Labai didelė bėda ta, kad didelė dalis pacientų yra nedrausti. Jiems suteikiama būtinoji pagalba, bet tada sveikatos centras negali suteikti paslaugų be ligonių kasų pinigų“ [PAR-2]. Tokiu atveju kreipiamasi į seniūnijas: „Mes teikdami paslaugas susiduriame su tokia problema, kaip sveikatos draudimas. Tada pagalbos kreipiamės į seniūnijos socialinį darbuotoją“ [Apskritojo stalo diskusijos medžiaga]. Kita problema siejama su visuomenės pasmerkimo baime, kad lankosi pas psichiatrą ar psichologą: „Susisiekiame su tais žmonėmis, kalbiname, kviečiam atvykti į Psichikos sveikatos centrą, bet žmonės labai bijos etikečių, sako: „Kaip aš atrodysiu, jei sėdėsiu prie psichiatro kabineto? Mane visi psichu vadins“. Tie, kas gali, kreipiasi į privačius gydytojus, psichologus, nes bijos visuomenės pasmerkimo“ [PAR-2].

Priklausomybės konsultantas taip pat palaiko glaudžius ryšius su žmonėmis, grįžusiais po gydymo, kurie iš pradžių nenoriai konsultuojasi, tačiau vėliau nori vis daugiau konsultacijų: „Čia įsijungia ir priklausomybių konsultantas“ [PAR-8]; „Po gydymosi ryšys su priklausomybių konsultante yra ypatingai glaudus. Pradžioje žmonės labai nenori, o paskui prašo surasti jiems laiko“ [PAR-3]. Taip pat su grįžusiais po gydymo aktyviai dirba psichologai, atvejo vadybininkai: „Grįžęs gali dar kartą kreiptis dėl psichologo paslaugų ir paskui, jei tai šeima, dirbam su ja toliau“ [PAR-8]; „Po gydymo ne vienas ateina palaikymui pas psichologą, nebūtinai pas priklausomybių konsultantą, nes žmonės kartais pasirenka profesionalus pagal asmenybę. Vieniems tinka nuotolinis, o kitam reikia kontakto“ [PAR-6]. Savivaldybėje vykdomos Priklausomybės

sukeliančių medžiagų (narkotikų, alkoholio, tabako ir kitų) vartojimo ir prevencijos programos rėmuose finansuojamos psichologo konsultacijos po gydymo: „Programoje yra skirtos lėšos gauti <...> gauti psichologo konsultacijas po gydymo, padengiamos kelionės išlaidos“ [Apskritojo stalo diskusijos medžiaga]. Taip pat psichologinę pagalbą teikia Bendruomeniniai šeimos namai: „Psichologinių konsultacijų gali kreipti į Bendruomeninius šeimos namus. Mes turime psichologą, kuris specializuojasi priklausomybių srityje. Taip pat noriu informuoti, kad be šių paslaugų teikiame vaikų priežiūros, pavėžėjimo, mediacijos paslaugas. Turime 3 psichologus“ [Apskritojo stalo diskusijos medžiaga].

Socialinių paslaugų centras be toliau vykdomos atvejo vadybos vykdo inovatyvią socialinės reintegracijos paslaugą – organizuoja centre popietę priklausomiems asmenims po gydymo siekiant užtikrinti pagalbos tęstinumą: „Dėl konsultacijų tęstinumo mes sugalvojome nuostabų dalyką - popietes po gydymo. Dažniausiai ateina moterys, vieną kartą buvo ir vyras. Vieną kartą per mėnesį mes <...> paruošiam arbatos, sausainių, o psichologė dar užsiima terapiniais užsiėmimais. Pirmą kartą kai atėjo, tai buvo tokios susikausčiusios, o dabar tvarkosi kaip savuose namuose. Tai prideda kokybės, nes į šį užsiėmimą ateina pasikartojantys asmenys. Kartais jos net pasipuikuoja, kad moka nerti, gali kitas pamokyti“ [PAR-8]. Ši veikla pakelia grįžusių po gydymo emocinę būseną, savivertę: „Kai mes darom tuos popietės susitikimus, tai mes traktuojam per emocinę būseną, kartais ateina ir įstaigos vadovė, tada jie pasijunta, kaip lygiaverčiai“ [PAR-8]. Taip pat yra numatyta vėliau šiuos asmenis įtraukti į bendruomenės veiklą: „2021 m. esam numatę akciją - įtraukti juos į bendruomenės veiklą“ [PAR-8]. Teigiama, kad priklausomiems asmenims labai svarbus yra jų užimtumas ir bendruomenės palaikymas: „Darbo patirtis rodo, kad šioms šeimoms labai svarbus užimtumas ir bendruomenės palaikymas“, „Kelti pasitikėjimą savimi per savanoriavimą, pasiūlant priklausomiems asmenims veiklas, kur galėtų realizuoti save“ [Apskritojo stalo diskusijos medžiaga]. Darbinio užimtumo atveju savivaldybė dar turi ilgalaikį projektą bedarbiams, tarp kurių yra daug priklausomų žmonių: „Dar savivaldybė turi ilgalaikį projektą bedarbiams, <...> tie bedarbiai dažnai turi priklausomybių. Jiems buvo organizuojamos grupės, individualios konsultacijos, važiavo į seniūnijas, stipriai padirbėjo, prieš paskelbiant karantiną. Kitais metais planuojama pratęsti“ [PAR-6].

Taip pat prie pagalbos tęstinumo prisideda Anoniminių alkoholikų grupės veikla, kuri dėl COVID-19 pandemijos karantino metu yra apmažėjusi, perkelta į virtualią erdvę, be to užsiėmimai vyksta tik Pasvalio mieste: „Taip pat Pasvalyje turime AA grupę, tik per karantiną ji neaktyvi. Nors senieji lankytojai tai jungiasi per nuotolinį“ [PAR-8]; „Iš patirties žinau, kad AA grupė yra labai naudinga. Pas mus tokia grupė renkasi tik Pasvalyje, kartą per savaitę vakarais. Seniūnijų žmonės neatvažiuoja“ [PAR-6]. Prie pagalbos prisideda Bendruomeniniai šeimos namai: „Mes parapijoj

turim labdaros valgyklą ir dirbam su tais tikraisiais, nepatogiaisiais. Juos „užnorinti“ yra labai didelis darbas, bet dirbam“ [PAR-6]. Taip pat manoma, kad aktyviau galėtų prisidėti ir bendruomenės: „Kaimo bendruomenėje gali būti, kad po gydymo žmogus yra paliekamas, nes jau yra „pasveikęs“. Ar bus tęstinumo kontrolė, priklauso nuo bendruomenės“ [PAR-8]. Pateikiama gerųjų įtraukimo pavyzdžių: „Dažnai būna gerųjų pavyzdžių, kai priklausomi žmonės įtraukiami į renginius. Kai aš pradėjau 2007 m. dirbti, tai tie geriantys būdavo nepatogūs, o dabar juos įtraukia į visokias veiklas, pavyzdžiui, kai renginyje reikia sukurti laužą arba malkų paruošti“ [PAR-8]. Kaip viena reintegracijos priemonių pabrėžiama savanorystės svarba: „Taip pat jiems labai veikia savanorystė, nes gėrimas dėl to, kad nėra ką veikti – viena iš priežasčių. Pas mus Carite yra galimybė savanoriauti“ [PAR-6].

Rajone matomas poreikis ir siekiama sukurti **paslaugas priklausomų žmonių artimiesiems**: „Labai svarbu paslaugos priklausomiems asmenims, bet šių asmenų šeimoms tai jokių paslaugų neturime. Galvojame, kad reikėtų suburti Al-Anono grupę“ [Apskritojo stalo diskusijos medžiaga]. Teigiama, kad priklausomų asmenų artimieji nėra linkę kreiptis pagalbos, juos taip pat tenka motyvuoti: „Artimieji, kurie gyvena su priklausomais asmenimis, patys nėra linkę kreiptis, mano, kad čia ne jų problema, o vartojančių, tai mes stengiamės ir juos „užnorinti“ [PAR-1]. Norima burti kartu su Bendruomeniniais šeimos namais tokių žmonių savipagalbos grupes: „Dabar audžiam mintis su Bendruomeniniais namais, kiekviena tarnyba daro savo iniciatyvas, kad atsirastų savipagalbos grupės priklausomų žmonių artimiesiems. Kol kas tai neįsisiūbuoja dėl karantino. Net ir tie nuotoliniai pasikalbėjimai yra svarbūs, kai kam jie labai patogūs, nes nereikia išeiti iš namų“ [PAR-7].

Rajone daug dėmesio skiriama **teikiamų paslaugų kokybei**. Konsultuojant siekiama keisti priklausomo asmens požiūrį, motyvuoti pasikeisti: „Kartais būna taip, kad žmonės „užnorinam“, bet mūsų pagrindinis tikslas, kad žmogus per konsultacijų metą pagalvotų, kad jam pagalba iš tikrųjų reikalinga. Mes prievartos nenaudojame, bet kviečiame juos pabandyti. Ypač, kai žmogus iš kaimo į miestą atvažiuoja, tai pasiruošia, apsirengia, pasipuošia – ne tai jau didelis pasiekimas, dirbant su rizikos šeimomis“ [PAR-1]. Paslaugų kokybė vertinama pagal gavėjų atkrytį: „Mes kokybę vertiname pagal paslaugų gavėjų atkrytį. Kiek laiko po gydymo žmogus laikėsi, kiek lankėsi pas konsultantą, pas AA. Jei pas mus atvyko po pusės metų vėl, tai mes manome, kad tai gerai“ [PAR-1]. Be to siekiama, kad priklausomi asmenis būtų įgalinti patys daugiau veikti, tai taip pat siejama su paslaugų kokybe: „Nuo 2020 m. sausio mėn. mes tuos asmenis įgalinome, kad jie patys pasiskambintų ir užsiregistruotų į gydymo įstaigas, konsultacijai. Jei žmogus tai daro pats, reiškia, einam kokybiškai link paslaugų“ [PAR-1].

Vertindami specialistų, dirbančių su psichoaktyvias medžiagas vartojančiais asmenimis, **kompetencijų pakankumą**, kalbinti tyrimo dalyviai teigė, kad darbuotojų kvalifikacija yra aukšta: „*Kas liečia mūsų keturis vadybininkus, tai sakyčiau, kad ne. Labai stipri komanda, kvalifikuoti asmenys, jie patys labai gerai susistyguoja 12 socialinių darbuotojų, kuriuos turi*“ [PAR-1]. Tačiau pabrėžiama, kad paslaugas priklausomiems asmenims teikiantys specialistai noriai mokosi: „*Mokymuose visada dalyvauja ir jie visada duoda nauda, bus norinčių*“ [PAR-8].

Svarbiu kompetencijos faktoriumi laikomas darbuotojų požiūris į priklausomus žmones, bendravimo būdas: „*Negaliu pasakyti apie žmogiškąjį faktorių, kiek tam socialiniam darbuotojui įdomu bendrauti su tuo žmogum. Kaip jam perteikti tą informaciją, kad nebūtų duodi adresą ir važiuoja gydytis. Kaip tu pasakai žmogui, kaip tu į jį reaguoji*“ [PAR-8]. Pastebimas kai kurių darbuotojų, visuomenės neigiamas požiūris į priklausomus asmenis: „*Liūdina medicinos darbuotojų medicininis požiūris į tuos žmones. Nors ir žmogus pats sau tą stigmą ir prisimatuoja – aš toks, tai ir turiu ten būti*“ [PAR-2]; „*Turbūt didžioji dalis visuomenės apie juos galvoja neigiamai. Socialinis darbuotojas su juo nedirba, nes dar geria*“ [PAR-1]. Pabrėžiama, kad socialiniai darbuotojai turi būti tie žmonės, kurie tiki priklausomo asmens galimybe išgyti: „*Mes esame ta visuomenės dalis, kuri turi nešti švietėjišką dalį ant savo pečių, sakydami, kad tai yra pasiekimas, kad mes tikim tuo žmogum ir t. t.*“ [PAR-1].

PSICHOAKTYVIAS MEDŽIAGAS VARTOJANTIEMS ASMENIMS TEIKIAMŲ PASLAUGŲ TOBULINTINI ASPEKTAI

Aptariant paslaugų priklausomiems asmenims tobulintinus aspektus buvo nurodyta, kad viena iš svarbiausių problemų – psichiatrų stygius, ypač priklausomybių psichiatrų ir kurie galėtų dirbti su vaikais: „*Mes turime didelę problemą su specialistų stygiumi*“ [PAR-2]; „*Atrodo, kad viskas sustyguota, bet kaip sakiau – psichiatras vienas, dar 0,25 etato ateina gydytoja, kuri dirba stacionare. Psichiatro amžius didelis, kai kurie vien dėl to nenori pas jį eiti. Gal pačių specialistų trūkumas rajonuose, gal galėtų būti du psichiatrai. Trūksta vaikams psichiatro, kol tuos vaikus prisiregistruojam, laukiam tris mėnesius, kai vienas žmogus apskričiai*“ [PAR-8].

Kita problema siejama su sunkumais užtikrinti lankymosi pas psichiatrus anonimiškumo užtikrinimu: „*Tie, kas turi lėšų, renkasi privatų gydymą, o žmogus, kuris atvyksta pas mus, yra linkęs slėptis. Bent jau būtų atskiros patalpos, nes dabar jos yra tam pačiam sveikatos centre, nebėra anonimiškumo*“ [PAR-2].

PASIŪLYMAI IR REKOMENDACIJOS DĖL PAGALBOS SISTEMOS (vartojantiems psichoaktyvias medžiagas ir turintiems priklausomybę asmenims) PRIEINAMUMO DIDINIMO, INTEGRUOTUMO STIPRINIMO

Nors paslaugų teikimas savivaldybėje gana gerai organizuotas, norima, kad projektui pasibaigus būtų paskirtas savivaldybės administracijoje asmuo, kuris koordinuotų paslaugų priklausomiems asmenims ir jų artimiesiems teikimą: „*Būtų šaunu, jei būtų asmuo, kuris koordinuotų priklausomybes, savižudybes*“ [PAR-8]. Koordinavimą siūloma pavesti savivaldybės tarpinstitucinio bendradarbiavimo koordinatoriui: „*Jei pereis, tai imsiuos, dirbsiu. Mes, koordinatoriai, kartais jaučiamės kaip visų galų meistrai: ir užsieniečių integracija, ir prekyba žmonėmis ir t. t.*“ [PAR-5].

Manoma, kad ateityje galima būtų daryti klientų apklausas apie pasitenkinimą paslaugomis: „*Mūsų srityje apie paslaugų kokybę reikėtų klausti paslaugų gavėjų. <...> Aš neseniai dirbu (virš metų), tai dar neteko [daryti apklausos]. Tikrai yra kur augti*“ [PAR-2].

Siūloma dar labiau individualizuoti pagalbą: „*Priklausomybės lygis ir įveikos būdai nėra visiems vienodi: yra daug skirtumų, susijusių su lytimi, amžiumi, asmenybe, todėl būtina kiekvieną atvejį aptarti individualiai ir numatyti tolimesnį tarpinstitucinį darbą: [Apskritojo stalo diskusijos medžiaga]*“.

APIBENDRINIMAS

- Skirtingai nuo kitų tirtų savivaldybių, Pasvalio rajono savivaldybėje matyti stiprus paslaugų teikėjų priklausomiems žmonėms sutelktumas sprendžiant priklausomybių problemą rajone. Glaudžiam bendradarbiavimui įtaką daro įtaką ne tiek rajono dydis ar vienas kito pažinėjimas (nes daugelis kitų tirtų savivaldybių irgi yra mažos), kiek politinė savivaldybės valia spręsti šią problemą, valdžios atstovų įsitraukimas į veiklas. Tuo tikslu savivaldybėje yra vykdoma Priklausomybę sukeliančių medžiagų (narkotikų, alkoholio, tabako ir kitų) vartojimo ir prevencijos programa, kurioje yra skirtos lėšos priklausomybių gydymui, apmokėti kelionės išlaidoms, psichologo konsultacijas ir kt.
- Pagrindiniai paslaugų priklausomiems asmenims tiekėjai – Pasvalio socialinių paslaugų centras, Visuomenės sveikatos biuras, Švietimo pagalbos tarnyba, VšĮ Pasvalio ligoninė, VšĮ Pasvalio pirminės asmens sveikatos priežiūros centras, asociacijos Šeimos gerovės centras, Panevėžio regiono AA tarnyba, pačios savivaldybės darbuotojai, seniūnijų socialiniai darbuotojai, Bendruomeniniai šeimos namai. Bendradarbiavimas vyksta sklandžiai, informacija keičiamasi tiek, kiek leidžia asmens duomenų apsaugos įstatymas,

centralizuotai renkama informacija pagal nusistatytus rodiklius: priklausomų asmenų skaičius, suteiktų paslaugų skaičius, savižudybių skaičius ir kt.

- Nors bendradarbiavimo kultūra rajone yra aukšto lygmens ir iškilusios problemos sprendžiamos nelaukiant nurodymų, yra ieškoma būdų, kaip teikiamas paslaugas atlikti kokybiškiau ir efektyviau, kuriamos naujos (pagalba priklausomų asmenų artimiesiems) ir inovatyvios paslaugos (popietės su grįžusiais po gydymo asmenimis Socialinių paslaugų centre), dedamos pastangos priklausomų žmonių socialinei reintegracijai bendruomenėje, įtraukiant juos į bendruomenės renginių veiklas, pasiūlant savanorystės galimybę, skiriant dėmesį darbinei reintegracijai per naują programą ilgalaikiams bedarbiams.
- Rajone skiriamas didelis dėmesys, palyginti su kitomis tirtomis savivaldybėmis, ne tik paslaugų tęstinumui po gydymo, bet ir paslaugų teikimui neturintiems vaikų, vienišiesiems asmenims, turintiems priklausomybę. Tuo daugiau rūpinasi seniūnijų socialiniai darbuotojai. Visgi šiais atvejais nėra pilnai užtikrintas paslaugų teikimo tęstinumas grįžus po gydymo, tai paliekama bendruomenės atsakomybei. Todėl siūloma šiems asmenims taip pat taikyti atvejo vadybos metodus, apmokant ir įpareigojant seniūnijų socialinius darbuotojus.
- Rajone pamažu įgavo pagreitį priklausomybės konsultanto paslaugos, jų poreikis nuolat didėja tiek konsultacijoms prieš gydymą, tiek grįžus po gydymo. Rajone gerai pasirengta šių paslaugų poreikio augimui, nes yra parengti dar du priklausomybių konsultantai.
- Galima teigti, kad visais aukščiau paminėtais atvejais Pasvalio rajono savivaldybė yra vienas iš gerosios praktikos pavyzdžių kitoms savivaldybėms. Tačiau savivaldybė patiria ir visai šaliai būdingas problemas sprendžiant kai kurių specialistų trūkumą – priklausomybių psichiatrų bei psichiatrų, kurie galėtų dirbti su vaikais.
- Nors rajone pripažįstamas svarus nevyriausybinių organizacijų indėlis teikiant paslaugas (Anoniminių alkoholikų klubas) ir suteikiant galimybes reintegracijai per savanorystę (Caritas), paminimos bendruomenės pastangos įtraukti priklausomus asmenis į veiklas, visgi galima teigti, kad rajone reiktų labiau pajungti nevyriausybines organizacijas ir bendruomenės aktyviau veikti socialinės reabilitacijos ir reintegracijos paslaugų poreikio tenkinimo atveju. Savivaldybė galėtų esamas organizacijas ir aktyvias bendruomenes paskatinti finansuodama nedidelius reintegracinius projektus, skatindama priklausomų asmenų savanorystę ir įsiliejimą į bendruomenę.
- Taip pat siūloma sustiprinti prevencines priemones, pritaikant gerąją pasaulinę praktiką, patrauklius jauniems žmonėms būdus. Netiesiogiai prie to galėtų prisidėti jaunimo ir kitų

nevyriausybinių organizacijų suteikiamos neformalaus ugdymo veiklos, jaunimo užimtumą skatinančios priemonės, į kurias būtų įtraukiami rizikos grupės jaunuoliai.

11. PLUNGĖS RAJONO SAVIVALDYBĖ

INFORMACIJOS (susijusios su pagalba psichoaktyvias medžiagas vartojantiems asmenims) TEIKIMO MECHANIZMAI SAVIVALDYBĖJE

Pirmiausiai buvo siekta išsiaiškinti, kaip yra sužinoma apie asmenį, kuriam reikia paslaugų. Anot pokalbių dalyvių, informacija apie psichoaktyvias medžiagas vartojančius asmenis gaunama iš pačių įvairiausių tarnybų – tai gali būti tiek socialinių paslaugų institucijos (seniūnijos, socialiniai darbuotojai, atvejo vadybininkai, kt.), tiek sveikatos apsaugos ar teisėsaugos įstaigos, tiek ir nevyriausybinės organizacijos, kreipiasi ir darbdaviai: „*vyksta bendradarbiavimas su seniūnijom, būna ligoninė nukreipia, gan daug žmonių ateina iš Probacijos tarnybos, bendradarbiaujam su AA*“ [PL-1], „*Pagrinde [nukreipiama] iš nakvynės namų, atvejo vadyba – visos tos institucijos. <...> „Kartais jie patys [darbdaviai] ir atveža*“ [PLR-11].

Į pagalbą teikiančias institucijas taip pat kreipiamasi ir privačiai – patys priklausomybę turintys žmonės ar jų artimieji, kurie bando ieškoti pagalbos: „*dalys patys ateina, dalį atveda artimieji*“ [PLR-1]. Pažymėta, kad patys priklausomybes turintys žmonės pagalbos kreipiasi ne itin dažnai: „*[patys ateina] gal kokių 40 proc.*“ [PLR-11]. Pažymėta, kad individualiai besikreipiančių dalis didėja: „*Pačioj pradžioj buvo daugiau iš institucijų, bet paskui visgi įvyko informacijos sklaida ir žmonės tarpusavy dalinasi tokia informacija.*“ [PLR-1].

Gilinant, kaip informacija apie priklausomus asmenis pasiekia įvairias institucijas, buvo sakoma, kad socialiniai darbuotojai problemą pamato betarpiškai bendraudami su gyventojais: „*Eidami į šeimas sužinome ar girtauja. <...> Kadangi aš esu kaime, tai labai gerai matosi. Ieškom būdų prieiti prie žmogaus, pasiūlyti, nukreipti*“ [PLR-3], vaikų priklausomybės gali būti išryškinamos mokykloje, kartais įsijungia policija: „*dažniausiai į tuos įvykius kviečiama policija. Policija sustyguoja: perduoda vaiko teisėms, tada informacija keliauja į atvejo vadybą*“ [PLR-4].

Aptariant, **kaip asmenys, kuriems reikia pagalbos, sužino apie galimas paslaugas**, buvo akcentuota informacinės veiklos svarba. Ypač didelį vaidmenį šioje srityje atlieka Visuomenės sveikatos biure dirbantis priklausomybių konsultantas. Skleidžiant informaciją apie savivaldybės Priklausomybių mažinimo programą bei teikiamos pagalbos galimybes, naudojamos pačios įvairiausios priemonės – lankstinukų platinimas, skelbimas laikraštyje, Facebook paskyroje, seniūnijų lankymas, susitikimų su įvairių institucijų (Probacijos tarnyba, Darbo birža) atstovais organizavimas ir pan.: „*[priklausomybių konsultantė] yra apvažiavusi kiekvieną seniūniją, sukvietusi visus seniūnus, socialinius darbuotojus. Kvietė žmones ateiti į kaimo kultūrnami, kad bent išgirstų apie tokią programą. <...> Padarytos brošiūros, pridėta jų klebonijose, klebonas*

pasako per mišias, kultūrnamy, bibliotekoj, poliklinikose, interneto svetainėje. <...> būna, kad ateina žmogus pas [priklausomybių konsultantą], ir iš kišenės išsitraukia tą lapuką“ [PLR-12], „važinėjam po įstaigas, darom susirinkimus su darbdaviais, Darbo biržoje pristatome savo programą“ [PLR-11], „Būna, kad nueini į Probaciją, Darbo biržą, tiesiogiai su jais pradedi motyvacinį interviu, tai iš tos grupės tikrai keli ateina“ [PLR-1].

Informacijos pasiekiamumo galimybės vertinamos gana aukštai: „Informacijos stygiaus tikrai nėra“ [PLR-11], „Informacija yra pasiekama <...> Informacijos daug, kitas klausimas – motyvacija“ [PLR-1].

Aiškinantis, **kaip keičiamasi informacija apie priklausomus asmenis tarp skirtingų paslaugų tiekėjų**, buvo užtikrinta, kad didesnių problemų šioje srityje nėra – dauguma paslaugų tiekėjų bendradarbiauja ir dalinasi turima informacija: „Su Probacija, socialiniais darbuotojais, seniūnais mes labai gerai bendraujame, informacija vaikšto. Jei pacientas reikalauja konfidencialumo, tai laikomės. Kontaktas su ligonine taip pat pakankamas“ [PLR-1].

Daugiau sunkumų iškyla dėl bendradarbiavimo su pirminės sveikatos priežiūros centrais, kurie nėra nelinkę kontaktuoti su socialinių paslaugų tiekėjais: „Visi dirba užsidarę savo kabinetuose, mažai bendradarbiavimo iš gydytojų. Kaip jį pagerinti? Po 4 metų darbo, nežinau kaip“ [PLR-1]. Buvo pažymėta, kad tai nėra susieta vien su asmens duomenų apsauga, nes gydytojai nėra motyvuoti rūpintis, kad priklausomybe sergantis žmogus gautų socialines paslaugas: „Tas konfidencialumas, tai toks dalykas, kad jei pacientas sutinka, tu gali viską daryti. <...> nėra motyvo turėti labai kvalifikuoto socialinio darbuotojo, užsiimti socialinių paslaugų teikimu“ [PLR-1].

Buvo nupasakota išskirtinė Plungės rajono situacija, kadangi visuomenės sveikatos biure konsultuojantis visuomenės sveikatos specialistas tuo pačiu dirba psichiatru viename iš Plungės r. pirminės sveikatos centrų. Tai didele dalimi padeda spręsti socialinių ir sveikatos apsaugos paslaugų tiekėjų bendradarbiavimo trukdžius: „Mūsų atveju yra kitaip. Jei yra medicininės paslaugos, tai aš jas kurioju iš kitos įstaigos, pats, kaip pirminės sveikatos centro specialistas. <...> tai tiesiog sėkmė. Jei būčiau tik priklausomybių konsultantas, aš jokios informacijos [iš pirminės sveikatos centro] neturėčiau. <...> Aš Visuomenės sveikatos biure dirbu visuomenės sveikatos specialistu. <...> Ten aš konsultantas, o savo klinikoje – gydytojas psichiatras. Bendrauju pats su savimi tarpinstituciškai“ [PLR-1].

Pokalbio dalyviams uždavus klausimą, **kas padėtų užtikrinti geresnį informacijos prieinamumą**, buvo atsakyta, kad šioje srityje viskas yra gerai, tik tenka daugiau dėmesio skirti politikų įtikinimui, jog vykdomas priklausomybių darbas yra svarbus: „Pas mus tarpinstitucinis bendradarbiavimas vyksta, kol nebuvo karantino mes rinkdavomės, sprendavom, ką daryti.

Susitikimus inicijuodavome [kartu su priklausomybių konsultantu], sukviesdavom politikus, nes be jų pinigų mes nieko nepadarysime“ [PLR-12].

SAVIVALDYBĖS SOCIALINIO IR SVEIKATOS SEKTORIAUS TEIKIAMŲ PASLAUGŲ (susijusių su pagalba psichoaktyvias medžiagas vartojantiems asmenims) IR JŲ KOKYBĖS VERTINIMAS

Apibrėždami, **kokios institucijos ir/ar organizacijos teikia savivaldybės gyventojams paslaugas, susijusias su priklausomybėmis**, interviu ir fokus grupės diskusijos dalyviai nurodė, kad šiame procese dalyvauja įvairių sričių įstaigos / organizacijos – tai ir socialines paslaugas teikiančios įstaigos, ir sveikatos priežiūros bei teisėsaugos institucijos, ir nevyriausybines organizacijos.

Vis dėlto buvo pabrėžta, kad pagrindinį vaidmenį vaidina **Visuomenės sveikatos biuras (VSB)**, kuris įgyvendina Priklausomybių mažinimo Plungės rajono savivaldybėje programą. Įgyvendinant savivaldybės Priklausomybių mažinimo programą, VSB pagal poreikį samdo psichologus, yra įdarbinęs priklausomybių konsultantę ir psichiatro kvalifikaciją turintį visuomenės sveikatos specialistą. Šie specialistai paslaugas teikia atskirai įrengtose patalpose – Gyventojų, turinčių priklausomybių, konsultavimo kabinete: *„Mes turime atskiras patalpas, kad nevaikščiotų bendrai į VSB, nes jiems [priklausomybę turintiems] tai yra problema“ [PLR-11].*

Nusakant **priklausomybių konsultantės** veiklą, buvo akcentuota aukšta jos kompetencija: *„Ji tokia kompetentinga <...> turi bendrosios praktikos slaugytojos licenciją, tai galėtų būti kaip seselė, turi VSB specialisto diplomą“ [PLR-12].* Pažymėta, kad tai yra pagrindinis specialistas, vykdamas daugybę funkcijų, pirmoji instancija, į kurią nukreipiami visi, susiduriantys su priklausomybėmis: *„Mes turime priklausomybių programą. Yra algoritmas, kur per vidurį yra koordinatorius, o į šonus – suinteresuotos grupės. <...> Sakykime, kad ji [priklausomybių konsultantė] yra pagrindinė“ [PLR-12], „socialiniai darbuotojai, Probacijos tarnyba – visi pirma kreipiasi į [priklausomybių konsultantę] ir ji sprendžia, kaip padėti žmogui“ [PLR-1].* Iš pasakojimų išaiškėjo, kad priklausomybių konsultantės darbas nenormuotas, o jo apimtys didžiulės: *„Jos telefonas netyla. Ji turi palaikyti kontaktą su priklausomu žmogumi, jis jai gali ir naktį paskambinti. Jei žmogus sako, kad negali pas ją atvažiuoti, tai ji pati pas jį atvažiuoja. <...> Matom daug pavyzdžių, kiek žmonių pagijo, susirado darbą, susidėjo dantis, sugrįžo į šeimą [PLR-12].*

Tyrimo dalyviai pastebėjo, kad abiejų priklausomybių, konsultavimo kabineto specialistų, o ypač priklausomybių konsultantės, veikla grįsta asmeninėmis iniciatyvomis ir atsidavimu darbui:

„Bet kaip jūs ir sakote, problema tame ir yra, kad viskas laikosi ant individualių žmonių. Be asmeninės iniciatyvos mažame miestelyje niekas neįvyksta. Jei seniūnija turi stiprų seniūną, ta seniūnija stipriai atrodo“ [PLR-1]. Kita vertus, abejojama, ar asmeninių iniciatyvų pagrindu galima užtikrinti paslaugų pastovumą ir tęstinumą, nes visada yra grėsmė, kad konkretaus specialisto ateityje nebus: „Kartais bijom, kas atsitiktų, jei neliktų <...> [priklausomybių konsultantės]“ [PLR-12].

Aptariant **sveikatos apsaugos sistemos įstaigas**, teikiančias pagalbą psichoaktyvias medžiagas vartojantiems savivaldybės gyventojams, buvo pabrėžta, kad Plungės rajono situacija ypatinga – rajone nėra viešųjų pirminės sveikatos priežiūros įstaigų, vien privačios: „Situacija Plungėje yra išimtinė, nes tik ji turi tris privačius UAB centrus. Plungėje nėra viešosios poliklinikos“ [PLR-12], „Pas mus nėra Psichikos sveikatos centro, pas mus kiekvienas pirminis centras turi savo kabinetą“ [PLR-11]. Privačiose pirminės sveikatos priežiūros įstaigose priklausomybę turintys asmenys gali gauti psichiatro ir psichologo paslaugas.

Savivaldybės gydytoja informavo, kad Plungės r. savivaldybės ligoninė psichikos sveikatos paslaugų neteikia, nes neturi licencijos, todėl esant stacionaraus gydymo poreikiui ar skubios pagalbos atvejais priklausomybėmis sergantys pacientai paslaugas gauna Klaipėdos jūrininkų ligoninės Psichiatrijos departamente Švėkšnoje. Buvo nurodyta, kad prie Plungės r. savivaldybės ligoninės yra teikiamos neblaivių asmenų laikino apnakvindinimo paslaugos: „ligoninė yra atsidariusi 4 lovų išblaivinimo patalpą, blaivyklėlę. Ten žmogui leidžia per parą išsiblaivyti ir po to paleidžia namo. Kadangi klientai dažniausiai tokie, iš kurių neišsireikalaus, tai sumoka savivaldybė (16 Eur naktis). Tam žmogui labai patinka, nes yra šilta lova, dušas, tualetas, tik valgyti neduoda“ [PLR-12].

Paminėta, kad priklausomybes turintiems asmenis paslaugas teikia Priklausomybės ligų centrai, tačiau, esant dideliame girtumo laipsniui, ši paslauga neteikiama: „Su dideliais girtumais dažniausiai priklausomybių centrai atsisako žmonių, nes bijo dėl gyvybinių funkcijų“ [PLR-1].

Apžvelgdami savivaldybės **socialinių paslaugų tiekėjus**, interviu ir fokus grupės diskusijos dalyviai išskyrė seniūnijų socialinius darbuotojus, Socialinių paslaugų centrą, Krizių centrą, savivaldybės Socialinės paramos skyrių.

Seniūnijų socialiniai darbuotojai bei Socialinių paslaugų centro specialistai dirba su įvairiomis socialiai remtinomis gyventojų grupėmis, bet su priklausomybę turinčiais asmenimis dažniausiai susiduria teikdami pagalbą socialinę riziką patiriančioms šeimoms. Šiuo požiūriu tiek socialiniai darbuotojai, tiek atvejo vadybininkai „atlieka pirminį darbą“, identifikuodami, kad žmogus turi priklausomybę ir skatina jį kreiptis pagalbos – dažniausiai nukreipia pas priklausomybių konsultantą. Socialinių darbuotojų teigimu, sudėtingiausia tokį žmogų motyvuoti

kreiptis pagalbos: „*Jei matome, kad žmogus turi problemą ir parodo bent menkiausią norą, tai padedam. Grįžtamąjį ryšį tiek su [priklausomybių konsultante], tiek su [Socialinių paslaugų centru] turime, tik tos motyvacijos ne visada mūsų klientams užtenka*“ [PLR-13].

Krizių centras teikia ilgalaikio apgyvendinimo paslaugas, kuriomis gali pasinaudoti priklausomybių turintys rajono gyventojai: „*turintys priklausomybių savivaldybės gyventojams: Galime pridėti ir Plungės savivaldybės Krizių centrą, kuriame gyvena vyrai ir moterys, neturintys gyvenamosios vietos ir turintys priklausomybių. <...> Centre yra socialiniai darbuotojai, kurie padeda tiem žmonėms. Jame galima gyventi metus ir dar su pratėmis, jei reikia*“ [PLR-14].

Tarp paslaugas priklausomiems asmenims teikiančių **teisėsaugos institucijų**, interviu ir fokus grupės diskusijos dalyviai minėjo Probacijos tarnybą. Buvo teigiama, kad Probacijos tarnyba savo prižiūrimus asmenis dažnai siunčia į VSB Priklausomybių konsultavimo kabinetą, iš kurio gauna atgalinę informaciją, ar nukreipti žmonės lankėsi: „*Mes, Probacijos tarnyba, irgi sekam tuos asmenis, turinčius priklausomybę, ar nuėjo, ar nenuėjo, pasiteiraujam specialisto [visuomenės sveikatos specialisto] ir kolegės [priklausomybių konsultantės]*“ [PLR-7]. Probacijos tarnybos specialistai stengiasi išnaudoti visas galimas pagalbos formas, jeigu siuntimas į Priklausomybių konsultavimo kabinetą nepasiteisina, jie ieško kitų priklausomam asmeniui priimtinos pagalbos variantų: „*Jei nepadeda Visuomenės sveikatos biuras, pavyzdžiui, jiems nepatiko ar pan., tada ieškome psichologo, ar AA <...> ieškome jų motyvacijos įvairiais būdais. Jų nepaliekame tol, kol nerandame bent minimalaus jų noro keistis*“ [PLR-7].

Paslaugų priklausomybės turintiems asmenims spektrą reikšmingai papildė **nevyriausybinių organizacijų**, ypač AA klubų, teikiamos paslaugos. Buvo nurodyta, kad Plungės rajone veikia 2 AA klubai, kurie aktyviai bendradarbiauja su priklausomybių konsultante: „*turime AA draugijas. AA labai padeda žmonėms. Viena Plungėj, o kita Žemaičių Kalvarijoje. Bet iškart kyla klausimas – kas Petrą turi nuvežti į tą draugiją? [priklausomybių konsultantė] derina autobusą, nuperka bilietą <...> Būna, kad <...> ir nuveža*“ [PLR-12]. Tyrimo dalyvių nuomone, AA veikla ne tik padeda patiems priklausomiems asmenims, bet ir keičia visuomenės požiūrį į juos: „*Manau, kad pokyčiai yra dideli. Jei pačioj pradžioj tie žmonės, turintys priklausomybę, buvo labiau nuvertinami, tai dabar kitaip. Turiu patirties Žemaičių Kalvarijoje. Ten veikia stiprus AA klubas ir visuomenės, šalia gyvenančių žmonių požiūris stipriai pakito, džiaugiasi kiekvienu išėjusiu iš to liūno*“ [PLR-5].

Taip pat minėtos buvo vietos bendruomenių organizacijos, tačiau jos nevertintos kaip reikšmingas pagalbos priklausomiems asmenims tiekėjas, nes daugiau orientuotos į sociokultūrinius renginius.

Šalia AA ir vietos bendruomenių, buvo prisiminti ir Bendruomeniniai šeimos namai, kuriuose teikiamos psichologo konsultacijų paslaugos. Interviu ir fokus grupės diskusijos dalyviai teigė, kad kitų palaikomosios pagalbos galimybių Plungės rajone nėra, tačiau esant poreikiui priklausomi asmenys gali būti siunčiami į kitus rajonus.

Bendrai vertinant savivaldybės priklausomiems asmenims teikiamų paslaugų kokybę, buvo didžiuojamasi esama sistema ir manoma, kad ji galėtų būti pavyzdinė Lietuvos mastu: „*Manau, kad kitos savivaldybės galėtų sekti mūsų savivaldybės pavyzdžiu. Galėtų valstybės lygmeniu pamatyti, kad yra tokios programos, kaip mūsų. Mes viską darom be aprašo, esam susistygavę*“ [PLR-12].

PSICHOAKTYVIAS MEDŽIAGAS VARTOJANTIEMS ASMENIMS TEIKIAMŲ PASLAUGŲ TOBULINTINI ASPEKTAI

Nagrinėjant paslaugų priklausomiems asmenims tobulintinus aspektus pažymėta, kad viena iš pagrindinių problemų – **savivaldybės politikų** skeptiškas požiūris į priklausomus asmenis ir pagalbą jiems: „*yra nuomonė, kam užsiimt su kažkokiu pijoku. <...> Niekam tokios programos iš politikų nereikia. <...> Kiekvienų naujų metų biudžete svarstoma, ar reikia skirti pinigų* [Priklausomybių konsultavimo kabinetui]“ [PLR-12].

Kita labai aktualiai kelta problema buvo siejama su teikiamų **pirminio lygio medicinos paslaugų prieinamumu ir kokybe**. Teigiama, kad pirminės sveikatos priežiūros įstaigos susiduria su rimta specialistų trūkumo problema „*Teoriškai kiekviename pirminės priežiūros centre turėtų būti gydytojas psichiatras, psichologas ir socialinis darbuotojas. Praktiškai taip niekur nėra – tai didelė problema. <...> Nėra nė vieno daktaro, kuris dirbtų tik vienu etatu. Rajonų pirminės sveikatos centrai turi gydytojų karuselę, kurie pravažiuoja kaip cirkas. Užsirašo, susitvarko, bet realybė ta, kad trūksta specialistų.* [PLR-1]. Buvo nurodyta, kad norint patekti pas psichiatrą, pacientui tenka laukti apie 1 mėnesį.

Kita vertus, problemos siejamos ir su negatyvia medikų nuostata į priklausomybes: „*Kolegų tarp psichiatrų, kurie į priklausomybes žiūri rimtai, yra 2-3 proc. Stigmatizavimas nėra tik visuomenės dalykas, bet ir tarp gydytojų. <...> Gydytojas nesimpatizuoja tai problemai*“ [PLR-1].

Specialistų stoka ir motyvacijos dirbti su priklausomais asmenimis trūkumas sąlygoja tai, kad pirminės sveikatos priežiūros sistemoje teikiamos priklausomybių gydymo paslaugos nekokybiškos – apsiriboja vaistų išrašymu: „*Jiems visiškai neįdomu ar tą žmogų galima kažkur nukreipti, ar toliau su juo užsiimti. Reikia dirbti su žmogum, kad jį įtikintum važiuoti gydytis, o psichiatrai tam neturi laiko. Išrašė vaistus ir viskas*“ [PLR-11], „*akivaizdžiai matosi problema – pasikartojantis alkoholio vartojimas. <...> Siunčiam tiesiogiai dėl priklausomybės alkoholiui.*

Žinot, kas blogiausia? Išrašomi raminantys vaistai, bet pagrindinės problemos jie nespėndžia. Kadangi vaistai jiems nepadeda, jie jaučiasi apduję, vaistų nebevartoja ir mums antrą kartą pas kitą specialistą nebepavyksta nukreipti“ [PLR-6].

Buvo paliesta ir priklausomybių diagnozavimo problema, teigiant, kad prie jos sprendimo šeimos gydytojai nepakankamai prisideda: „*Dar kalbant apie šeimos gydytojus, jie privalėtų atlikti testus, kur padeda nustatyti, ar žmogus priklausomas nuo alkoholio. <...> Tai palengvintų žmonėms kelią greičiau pakliūti pas psichiatrą. <...> Būna, kad žmogus ateina pas gydytoją, skundžiasi, kad skauda kepenis, širdį, [gydytojas] paklausia ar vartoja ir tiek. Greičiausiai nedaro to testo“ [PLR-12].*

Tyrimo dalyvių nuomone, situaciją komplikuoja tai, kad rajone veikia tik privačios pirminės sveikatos priežiūros įstaigos, kadangi savivaldybės įtaka, skatinant jas daugiau dėmesio skirti priklausomybių gydymui, užtikrinti didesnę psichiatro ar psichologo paslaugų prieinamumą, labai ribota: „*Jei būtų viešoji įstaiga, tai mes, kaip savivaldybė, galėtume pasirūpinti, kad būtų daugiau psichiatrų, psichologų. <...> Aš neturiu jokių svertų įgalinti, kad PSC kiekviename UAB dirbtų priklausomybių mažinimo srityje“ [PLR-12].*

Svarstant apie specialistų, dirbančių su psichoaktyvias medžiagas vartojančiais asmenimis, **kompetencijas**, tiesiogiai niekam pretenzijų neišreikšta, tačiau buvo išsakyta nuomonė, kad „*Kartais iš socialinių darbuotojų pusės kaime yra nenoras padėti, apsimetimas, kad nemato. Ne visi seniūnai ir socialiniai darbuotojai nori šitą darbą dirbti“ [PLR-12].* Todėl galima daryti prielaidą, kad seniūnijų socialiniams darbuotojams naudingas būtų kompetencijų tobulinimas, siekiant keisti jų požiūrį į priklausomybes ir priklausomus asmenis.

PASIŪLYMAI IR REKOMENDACIJOS DĖL PAGALBOS SISTEMOS (vartojantiems psichoaktyvias medžiagas ir turintiems priklausomybę asmenims) PRIEINAMUMO DIDINIMO, INTEGRUOTUMO STIPRINIMO

Fokus grupės diskusijos metu buvo išsakyta nuomonė, kad siekiant didinti pagalbos sistemos prieinamumą bei integruotumą, naudinga būtų pritaikyti efektyvią, praktikoje išbandytą kitų šalių patirtį: „*Mums nereikia išradinėti dviračio, o nuvažiuoti į užsienį ir pažiūrėti, kaip jie viską daro, nes skiria tam pakankamai pinigų“ [PLR-1].*

Siūloma, kad kiekvienoje savivaldybėje turėtų būti sukurti lokaliniai priklausomybės ligų centrai „*su visais reikiama specialiais, su gydymo licencija: gydytojų personalu, socialiniu personalu, psichologais ir t. t.*“ [PLR-1], kadangi dabartiniu metu veikiantys Respublikiniai priklausomybės ligų centrai yra per toli nuo paslaugų gavėjų, ypač turint galvoje jų pažeidžiamumą:

„Žmogus iš kaimo iki mūsų [Priklausomybių konsultavimo kabineto] durų atėjęs vos ne apsisuka, tai jam tas atstumas, kurį reikia nuvažiuoti už pinigų (kurių jis neturi), yra didelis“ [PLR-1]. Buvo pabrėžta, kad vien priklausomybių konsultantų nepakanka, nes, norint teikti kokybišką pagalbą, būtini psichiatrai: „neužtenka su žmogum tik pakalbėti, būna ir abstinencijos būsenos, reikia ir stacionaro, gydymo, gretutinių būklių įvertinimo“. Šiuose savivaldybių priklausomybės ligų centruose pagalba turėtų būti teikiama operatyviai: „atėjai ir tave iškart šiandien konsultuoja“.

Trumpai sakant, paslaugų priklausomiems asmenims teikimas turėtų būti organizuotas vadovaujantis principu **„kuo greičiau ir kuo mažiau tarpininkų“**.

APIBENDRINIMAS

- Plungės r. savivaldybės Priklausomybių mažinimo programa ir šią programą įgyvendinančio Visuomenės sveikatos biuro veikla vertinama kaip pavyzdinė efektyvaus paslaugų teikimo sistema. Manoma, kad Priklausomybių konsultavimo kabineto veiklos organizavimas užtikrina integruotos paslaugų sistemos funkcionavimą savivaldybėje.
- Savivaldybės politikai nepakankamai rimtai žiūri į priklausomybių mažinimo svarbą. Tarp jų paplitęs skeptiškas požiūris į priklausomus asmenis ir pagalbą jiems. Todėl savivaldybėje teikiamų paslaugų priklausomiems asmenims tęstinumas ir plėtra nėra užtikrinti ilgalaikėje perspektyvoje.
- Plungės r. savivaldybėje paslaugų priklausomybes turintiems asmenims teikimas sufokusuotas į Priklausomybių konsultavimo kabineto veiklą, kurioje pagrindinį vaidmenį vaidina priklausomybių konsultantas ir visuomenės sveikatos specialistas turintis psichiatro kvalifikaciją. Priklausomybių konsultavimo kabineto specialistų veikla didele dalimi remiasi savanoriškomis iniciatyvomis ir asmeniniu entuziazmu. Viena vertus, motyvuoti specialistai užtikrina pagalbos psichoaktyvias medžiagas naudojančioms asmenims efektyvumą bei koordinavimą, tačiau, kita vertus, tokia situacija gana rizikinga, nes pasikeitus konkretiems darbuotojams, gali suirti visa pagalbos sistema, kas rodo, kad pačioje sistemoje trūksta aiškaus mechanizmo ir apibrėžtos tvarkos.
- Plungės rajone nėra viešųjų pirminės sveikatos priežiūros įstaigų – paslaugas teikia tik privačios pirminės sveikatos priežiūros įstaigos, ko pasekoje savivaldybės įtaka, skatinant jas daugiau dėmesio skirti priklausomybių gydymui bei užtikrinti didesnę psichiatro ar psichologo paslaugų prieinamumą, labai ribota.

- Pirminio lygio medicinos paslaugų priklausomiems asmenims prieinamumas ir kokybė vertinami kaip nepakankami. Tai siejama su medicinos specialistų trūkumu bei negatyvia medikų nuostata į priklausomybes, kas sąlygoja formalų požiūrį į pagalbą priklausomiems asmenims. Sveikatos apsaugos sistemos specialistai nelinkę bendradarbiauti su socialinių paslaugų tiekėjais. Todėl svarbu būtų ieškoti efektyvių būdų, siekiant stiprinti socialinės apsaugos ir sveikatos priežiūros sistemos institucijų bendradarbiavimą.
- Pirminio lygio sveikatos priežiūros institucijų vaidmuo priklausomybių identifikavimo srityje vertinamas kaip nepakankamas. Tikslinga būtų skatinti šeimos gydytojus daugiau dėmesio skirti priemonėms, padedančioms diagnozuoti pirmuosius priklausomybių simptomus.
- Socialinių darbuotojų veikla didžiąja dalimi sufokusuota į pagalbą socialinę riziką patiriančioms šeimoms. Ne visi socialiniai darbuotojai yra pasirengę ir motyvuoti dirbti tikslingai su priklausomybes turinčiais asmenimis, kurie nepatenka į riziką patiriančių šeimų sąrašą.
- Savivaldybės politikų, medikų ir kai kurių socialinių darbuotojų negatyvus požiūris į priklausomus asmenis ir nepakankama motyvacija teikti jiems pagalbą, išryškina poreikį daugiau dėmesio skirti visuomenės nuomonės formavimo priemonėms, siekiant didinti priklausomybių mažinimo svarbos suvokimą. Šiuo požiūriu naudinga AA grupių turima patirtis keičiant visuomenės požiūrį į priklausomus asmenis.
- Siekiant didinti pagalbos sistemos prieinamumą bei integruotumą siūloma pasinaudoti gerąja kitų šalių patirtimi ir kiekvienoje savivaldybėje sukurti lokalius priklausomybės ligų centrus, kuriuose kompleksškai būtų teikiamos visos priklausomiems asmenims būtinos paslaugos (konsultavimas, gydymas, palaikymas, socialinė integracija, kt.). Šie lokaliniai priklausomybės ligų centrai užtikrintų operatyvios pagalbos teikimą be papildomų tarpininkų.

12. RASEINIŲ RAJONO SAVIVALDYBĖ

INFORMACIJOS (susijusios su pagalba psichoaktyvias medžiagas vartojantiems asmenims) TEIKIMO MECHANIZMAI SAVIVALDYBĖJE

Aiškinantis, **kaip yra sužinoma apie priklausomą nuo psichoaktyvių medžiagų asmenį**, kuriam reikia paslaugų, buvo teigiama, kad būna įvairių situacijų. Dažniausiai pirmieji apie šiuos asmenis sužino socialiniai darbuotojai ir Probacijos tarnyba: „*Daugiausiai žmonių ateina atsiųsti socialinių darbuotojų. <...> Antra tarnyba, kuri siunčia daugiausiai žmonių, tai Probacija*“ [RAR-5]. Taip pat pats žmogus kreipiasi ar praneša priklausomų asmenų artimieji, seniūnijų seniūnai, seniūnaičiai, bendruomenių pirmininkai: „*Yra žmonių, kurie ateina patys. Taip pat ateina ir jų šeimos nariai, kad pasiklaustų, ką daryti*“ [RAR-5]; „*Mes kaimiškųjų seniūnijų seniūnai pažįstam kiekvienam gyventoją ir kreipimasis pagalbos gali būti pats įvairiausias: skambina giminaičiai, gali pranešti pašto darbuotoja, bendruomenių pirmininkai, seniūnaičiai*“ [RAR-2]. Kartais pats žmogus kreipiasi į gydytoją ar gydytojas identifikuoja problemą: „*Būna, kad pats žmogus kreipiasi į medikus pagalbos. Būna, kad šeimos gydytojas pamato, kad su žmogumi kažkas negerai, identifikuoja*“ [RAR-1].

Aptariant, **kaip asmenys, kuriems reikia pagalbos, sužino apie galimas paslaugas**, buvo teigiama, kad informacija skleidžiama panaudojant tiek vietinę žiniasklaidos priemones, tiek interneto svetaines ir Facebooką: „*VSB dažnai rašo laikraštyje, yra internetinė svetainė, feisbukas, kur reklamuojame paslaugas, Krizių centro internetinis puslapis*“, „*Narkotikų kontrolės komisijos visa informacija patalpinta Raseinių [savivaldybės] puslapyje*“ [RAR-3]. Savivaldybė yra parengusi savo internetinėje svetainėje žemėlapi, kuriame pažymėta, kokios įstaigos ir organizacijos teikia paslaugas: „*Savivaldybės puslapy, vaiko gerovės skylyje, įdėjau žemėlapi. Ten nurodžiau, kas teikia koordinuotas paslaugas. <...> Tą žemėlapi persiunčiau visoms įstaigoms, gavau pastabų, pataisiau*“ [RAR-9]. Taip pat informacija skleidžiama susirinkimų savivaldybėje metu, mokyklose: „*Yra buvę susirinkimų savivaldybėje, kur pristatėm paslaugas. Taip pat yra mokyklose dirbantys specialistai, kurie ten informaciją teikia, TAMO dienyneose rašo – pasiekia tėvus*“ [RAR-3]. Yra parengtas, bet dar nepatvirtintas leidinys, kuriame bus pristatomas visas paslaugų kompleksas: „*Mes esam parengę, bet nepatvirtinę vieną leidinį, kuriame bus visų paslaugų kompleksas. Leidinys skirtas tiek specialistams, tiek gyventojams. Jame visos rajono įstaigos, kokias paslaugas jos teikia, kokių dokumentų reikia norint kreiptis pagalbos*“ [RAR-1].

Paklausus, ar ko nors trūksta iš informacijos teikimo srities, buvo pabrėžta, kad informaciją svarbu teikti ne tik priklausomam asmeniui, bet ir jo šeimos nariams, siekiant suteikti žinių, kaip turėtų elgtis, gyvendami kartu su priklausomu asmeniu: „*Informaciją svarbu skleisti ne tik vartojančiam žmogui, bet ir ką turėtų daryti šeimos nariai. Šeimos nariai dažniausiai daro klaidą, kad nori padėti ir daro meškos paslaugą, jie padeda skatinti ligą*“ [RAR-5].

Aiškinantis, **kaip keičiamasi informacija apie priklausomus asmenis tarp skirtingų paslaugų tiekėjų**, buvo teigiama, kad sunkumų buvo pradžioje, įstatymiškai sugriežtinus asmens duomenų apsaugą, tačiau vėliau buvo prisitaikyta ir šiuo metu sunkumų nepatiriama: „*Pačioj pradžioj, kai prasidėjo atvejo vadyba, viskas buvo labai ribotai. Šiuo metu teikia visą informaciją. Aišku, mes neprašom detalios diagnozės. <...> Dalinamės reikiama informacija, neturim problemų su jais bendradarbiaujant*“ [RAR-7]. Teigiama, kad gal daugiausiai informacijos trūksta iš medikų pusės: „*Pas mus kartais pasitaiko atvejų, kad medikai nenori teikti informacijos, nes yra duomenų apsauga, tada būna nesusikalbėjimas*“ [RAR-1]. Pačios sveikatos apsaugos įstaigos pažymi, kad jie saugo konfidencialią informaciją, tačiau pasidalina informacija apie bendrus dalykus, pvz., apsilankymų skaičių: „*Kai socialiniai darbuotojai atsiunčia žmones, jie norėtų daugiau informacijos apie juos. Bet mūsų psichologo, priklausomybių konsultanto teikiamos paslaugos – konfidenciali informacija. Galime pasidalinti tik bendrais dalykais, kad lankėsi, kiek kartų lankėsi*“ [RAR-3]. Vis dėlto, nors pasitaiko sunkumų dėl informacijos teikimo, savivaldybėje įmanoma juos išspręsti, kreipiantis į kitas institucijas: „*Būna kartais, kad atsiranda sunkumų dėl informacijos pateikimo. <...> Jei nori gauti informacijos iš policijos, tai pagal teisės aktus ne viską galima perduoti. Informaciją galima gauti bendraujant su kitais: jei vieni negali gauti, tai kiti gali žinoti*“ [RAR-9].

SAVIVALDYBĖS SOCIALINIO IR SVEIKATOS SEKTORIAUS TEIKIAMŲ PASLAUGŲ (susijusių su pagalba psichoaktyvias medžiagas vartojantiems asmenims) IR JŲ KOKYBĖS VERTINIMAS

Nustatant, **kokios institucijos ir/ar organizacijos** teikia savivaldybės gyventojams paslaugas, susijusias su priklausomybėmis, buvo išvardintos šios institucijos ir organizacijos: Psichikos sveikatos centras, Visuomenės sveikatos biuras su priklausomybės ligų konsultantu, suaugusiųjų, vaikų ir paauglių psichiatrai, Socialinių paslaugų centras, ugdymo įstaigos, Savivaldybės vaiko gerovės komisija. Iš NVO sektoriaus – 4-5 anoniminių alkoholikų klubai, Bendruomeniniai šeimos namai, neseniai įsteigti Nakvynės namai, Krizių centras su psichologo paslaugomis. Veikia Caritas, tačiau teigiama, kad ši organizacija labiau orientuojasi į paramos teikimą, tad su ja nėra bendradarbiaujama priklausomybės ligų atveju.

Aptariant socialinių paslaugų teikimą priklausomiems asmenims, visų pirma buvo kalbama apie vykdomas **prevenčines programas mokyklose**: „Ugdymo įstaigose taip pat vykdoma švietėjiška veikla, jie turi savo algoritmus, kaip jie veikia, kai pamato vartojamo atvejus“ [RAR-1]. Buvo teigiama, kad būtent specialistai, dirbantys mokyklose, pradeda pagal vaiko amžių kalbėti apie psichoaktyvių medžiagų vartojimo žalą: „Jie vieni pirmųjų, pagal vaiko amžiaus galimybes pradeda kalbėti psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo klausimais“ [RAR-10]. Atkreipiamas dėmesys, kad prevencija vis dar nėra pakankamai įvertinama, kartais požiūris į ją nėra rimtas: „Kartais šalių, dalyvaujančių procesuose, požiūrio klausimas, prevencija kartais vis dar prilyginama žaidimui. Specialistams dažnai sunku įsiterpti į ugdymo procesą“ [RAR-10]. Akcentuojamas ne tik mokinių, bet ir jų tėvų švietimo, požiūrio keitimo poreikis: „Mūsų specialistai dažnai akcentuoja tėvų švietimo ir požiūrio klausimą. Nepavyksta jų prisikviesti dalyvauti konsultacijose, spręsti krizines situacijas. Jie dažnai atsisako pripažinti vartojimo problemas, kaltina mokyklą ir t. t.“ [RAR-10]. Sunkesniais atvejais rekomenduojama tėvams konsultuotis su Priklausomybės ligų centrų Vaikų ir jaunimo skyriaus specialistais Vilniuje ir Kaune, žinoma, kad kartais tos konsultacijos vyksta, tačiau lieka neaišku kaip baigiasi procesas: „Rekomenduojame konsultuotis su Priklausomybės ligų centru: vaikų ir jaunimo skyriaus specialistais Vilniuje ir Kaune. Kiek turime atgalinio ryšio, tai kartais būna tų konsultacijų, bet kaip toliau tas procesas pakrypsta - šeimų vidinis klausimas.“ [RAR-10].

Ankstyvosios intervencijos programą savivaldybėje vykdo Visuomenės sveikatos biuras. Tačiau teigiama, kad COVID-19 pandemija sutrukdė praveisti 2020 m. daugiau nei vieną programą. Užsiėmimai buvo vykdomi vienoje ugdymo įstaigoje, kurioje buvo nustatyta viena rizikos klasė: „Pandemija pakoregavo visus planus, džiaugiamės, kad kovo viduryje ši grupė buvo pabaigta ir jos nutraukti nereikėjo. Ji buvo planuota ir įgyvendinta vienoje ugdymo įstaigoje. Visuomenės sveikatos specialisto ir socialinio darbuotojo dėka, buvo išvelgta tam tikra rizikos klasė“ [RAR-10]. Visgi pastebima, kad paauglių surinkimas ankstyvosios intervencijos grupės yra problematiškas, yra mažai besikreipiančių, be to, kyla konfliktai su tėvais, kurie nesupranta grėšiančios priklausomybės problemos: „Tie skaičiai liūdina. Turime ne vieną konfliktą, kai tėvai atvyksta pas mus reikalauti, ko iš to vaiko norime, kad jis nevartojantis, nekaltas“ [RAR-10]. Todėl yra pakankamai sudėtinga vykdyti ankstyvąją intervenciją, o be mokyklos pagalbos šis procesas iš vis būtų labai komplikuotas.

Teigiama, kad vienas pagrindinių paslaugų priklausomiems asmenims tiekėjų Raseiniuose yra **Psichikos sveikatos centras**, be kitų specialistų turintis vaikų ir paauglių psichiatrą: „Pagrindinė atraminė ašis yra Psichikos sveikatos centras. Pliusas yra toks, kad turime vaikų ir paauglių psichiatrą, ką mėgsta paslaugų gavėjai“ [RAR-1]. Iš Psichikos sveikatos centro

priklausomi asmenys, kuriems reikia stacionaraus gydymo, nukreipiami į Švėkšnos psichiatrinę ligoninę, priklausomybės ligų centrus Kaune ar Šiauliuose, priklausomai nuo to, kur yra laisva vieta: „Kai patenkama į Psichikos sveikatos centrą, tai ten pagal indikacijas nukreipiama vienur ar kitur“ [RAR-1], „Jei reikia, jie toliau siunčiami į stacionarą (Švėkšnos psichiatrinę ligoninę), taip pat į priklausomybės ligų skyrių Šiauliuose ar Kaune“ [RAR-4]. Sudėtingiau pakliūti į Kauną, ten nuolat trūksta vietų: „Gal sudėtingiau su Kauno PLC, nes jie aptarnauja didelę teritoriją, tai jie visą laiką neturi vietų“ [RAR-4]. Raseiniuose yra ligoninė, tačiau joje teikiama tik skubi pagalba apsinuodijus ar atsiradus ūmiai abstinencijos būklei. Iš jos taip pat, jei pacientas turi motyvaciją, yra nukreipiama gydytis toliau, tačiau dalis pacientų atsisako tolimesnio gydymo: „Vieni, jei yra motyvuoti, kreipiasi tolesnei pagalbai, o kiti tiesiog iškrenta iš pagalbos teikimo“ [RAR-1].

Gydytojo konsultacijai nukreipia ir Vaiko gerovės komisija, kuri nagrinėja individualius atvejus su nepilnamečiais: „Turim aktyviai veikiančią Vaiko gerovės komisiją, ten sprendžiami individualūs atvejai su nepilnamečiais, ten jie ir gydytojo konsultacijai nukreipiami“ [RAR-1]. Visuomenės sveikatos biuras priklausomus asmenis, kuriuos atsiunčia socialiniai darbuotojai pagal situaciją nukreipia tiek priklausomybių ligų konsultantui, tiek registruoja į ankstyvosios intervencijos užsiėmimus, tiek Krizių centro psichologo konsultacijai: „Tuomet registruoja ir į ankstyvosios intervencijos užsiėmimus, ir priklausomybės konsultantui. Jei į Krizių centrą, tai daugiausiai registruoja pas psichologą“ [RAR-3].

Priklausomybių konsultanto veikla vertinama labai teigiamai, tačiau apgailestaujama, kad jis yra epizodiškai atvykstantis tik dviem dienoms per mėnesį, o to yra per mažai: „Taip pat VSB dirba priklausomybės ligų konsultantas, tik bėda, kad jis atvyksta kas antrą ketvirtadienį. Kaip matome kitų savivaldybių praktiką, jie tuos žmones turi vietoje, jie tampa populiarūs, žmonės į juos kreipiasi pagalbos, o pas mus toks epizodinis lankymas. Pastebime, kad tai yra minusas“ [RAR-1]. Per karantiną užrašymų padaugėjo, tad priklausomybių konsultantas samdomas dažniau: „Yra samdyta keletas papildomų ketvirtadienių“ [RAR-3]; „Padaugėjus žmonių, atvažiuodavau 3 kartus. Dabar turiu 24 konsultacijas. Būna konsultacijų, kurių net nefiksuoju. Telefonu konsultacijų labai padaugėjo, ypač šiais metais sausio mėnesį“ [RAR-5].

Kitas vienas svarbiausių paslaugų teikėjų yra Socialinių paslaugų centras bei seniūnijos, kurių socialiniai darbuotojai nukreipia priklausomus asmenis priklausomybių ligų konsultantui, nukreipia kreiptis į Psichikos sveikatos centrą, registruoja į stacionaraus gydymo vietas: „Dažniausiai seniūnijos susitaria, susiskambina“ [RAR-4]; „Žmones, kurie kreipiasi į mane, aš juos nukreipiu pas psichologą, psichiatrą, reabilitacijos centrą“ [RAR-5], „Esame ne vieną nukreipę, kad kreiptųsi į Psichikos sveikatos centrą“ [RAR-3]. Atkreipiamas dėmesys, kad priklausomi asmenys vengia kreiptis į psichiatrą, nes turi neigiamų stereotipų apie šių gydytojų

pacientus: „*Dažnai, kai nukreipi pas psichiatrą, žmonės sako, kad nenori durnu būti*“ [RAR-5]. Socialiniai darbuotojai ne tik patys skambina ar registruoja, bet stengiasi įgalinti pačius priklausomus asmenis rūpintis savimi, patiems skambinti: „*Būna, kad padedu susiskambinti, paklausti dėl vietos RPLC, skatinu juos skambinti patiems*“ [RAR-5].

Socialinių paslaugų centras bei seniūnijos taip pat teikia pavežėjimo ir/ar palydėjimo paslaugas: „*SPC gali teikti tą paslaugą, atvežti žmogų į konsultaciją*“ [RAR-1], „*Jei atveda socialiniai darbuotojai iš seniūnijų, tai grąžinam jiems*“ [RAR-4]. Nors Raseinių Psichikos sveikatos centras taip pat turi socialinį darbuotoją, kuris dirba su priklausomybėmis, pastebima, kad priklausomi asmenys noriau bendrauja su Socialinių paslaugų centro ir seniūnijų socialiniais darbuotojais, kurie rūpinasi jais: „*[Tie] socialiniai darbuotojai labai daug apie juos žino, jais rūpinasi, tai nori su jais toliau bendrauti*“ [RAR-4].

Kaip ir visose savivaldybėse, Raseinių Socialinių paslaugų centre daugiausia dirbama su šeimomis, turinčiomis nepilnamečių vaikų: „*Mes teikiame paslaugas šeimoms, patiriančioms riziką*“ [RAR-7]. Paklausus, kaip dirbama su priklausomais asmenimis, kurie neturi nepilnamečių vaikų, buvo teigiama, kad socialiniai darbuotojai turi vienišų žmonių sąrašus seniūnijose ir kartas nuo karto aplanko, paskambina, o jei iškyla problema – nukreipia į atitinkamas įstaigas. Tačiau atkreipiamas dėmesys, kad su tokiais asmenimis yra daugiau sunkumų teikti paslaugas, nes dažnai jie atsisako pagalbos, kai turintys vaikų bijo juos prarasti ir lengviau sutinka kreiptis pagalbos: „*Nuoširdžiai noriu padėti žmogui, o jis sako, kad nieko nereikia*“ [RAR-2]; „*Problema ta, kad žmonės nesutinka. <...> Tie, kas turi šeimas, tai dar paprasčiau, bijo prarasti vaikus*“ [RAR-8].

Daug dėmesio skiriama pagalbai priklausomų asmenų artimiesiems, tačiau manoma, kad dirbti su šeimos nariais dar sudėtingiau, nes jie nemato savo klaidų: „*Mes esame apmokyti kiek įmanoma padėti tiems šeimos nariams. Su šeimos nariais dirbti yra žymiai sunkiau, nes jie nemano, kad daro blogai*“ [RAR-5]. Tėvus nukreipti pagalbai padeda ir Vaiko gerovės komisija, kuri įpareigoja nepilnamečių vaikų, vartojančių psichoaktyvias medžiagas, tėvus lankyti pozityvios tėvystės įgūdžių kursus: „*[Ten] tėvai nukreipiami pozityvios tėvystės įgūdžių kursams ir pan.*“ [RAR-1]. Prie darbo su tėvais prisideda nevyriausybinė organizacija – Krizių centras, kuris per Bendruomeninius šeimos namus vykdo projektą „Kompleksinės paslaugos šeimai“. Šio projekto metu vykdomi mokymai kartu su Visuomenės sveikatos biuru, skirti susipažinti su priklausomybėmis, taip pat teikiamos individualios šeimos psichologo konsultacijos, socialinio darbuotojo vedamos tėvystės įgūdžių grupės. Tačiau teigiama, kad nors dirbama jau kelinti metai, žinių trūkumas vis dar yra: „*Nors jau kelintus metus šviečiam žmones, bet vis tiek žinių trūkumas*“ [RAR-6].

Pagalbos asmenims po gydymo tęstinumo užtikrinimas vyksta tik tiems priklausomiems asmenims, kuriems taikoma atvejo vadyba, tačiau ne visada pavyksta dėl motyvacijos trūkumo: „Turime [pagalbos planus], juose numatyta, grįžus iš trumpalaikio gydymo, tęsti ilgalaikę reabilitaciją. Planai ne visą laiką vykdomi, žmonės paslysta. Bet yra tokių, kur vykdo“ [RAR-7]. Teigiama, kad stipriau motyvacija veikia šeimoms, turinčioms nepilnamečius vaikus, kurie būna paimti iš šeimos: „Didžiausias motyvas būna tada, kai iš šeimos yra paimami vaikai. Kad juos susigrąžintų, jie stengiasi ir griebiasi kiekvieno šiaudo“ [RAR-7]; „Jie turi norą tada, kai juos užspaudžia Vaiko teisės“ [RAR-4]. Pagrindinės teikiamos pagalbos priemonės yra jų lankymas namuose, pokalbiai su socialiniais darbuotojais, priklausomybės ligų konsultanto ir psichologų konsultacijos, bei nukreipimas į Anoniminių alkoholikų grupes: „Kiek leidžia mūsų galimybės, ir kiek lanko mūsų socialiniai darbuotojai, stengiamės užtikrinti tęstinumą“. <...> „Būna individualūs pokalbiai su socialiniais darbuotojais“ [RAR-7]; „Iš gydymo grįžę žmonės kreipiasi ir psichologo konsultacijų į Krizių centrą“ [RAR-3]; „Kai grįžta iš ligoninės, skatinu jungtis prie AA grupės“ [RAR-5].

Raseinių savivaldybėje gana stiprus **nevyriausybinų organizacijų indėlis** tęstiniam pagalbos teikimui. Veikia 4-5 anoniminių alkoholikų klubai, kurie nors ir neviešina savo veiklos, tačiau yra patrauklūs paslaugų gavėjams: „Yra savipagalbos grupės – 4-5 anoniminių alkoholikų klubai. <...> Jie veikia, yra patrauklūs paslaugų gavėjui [RAR-1]. Pastebima, kad karantino metu jų veikla vyksta nuotoliniu būdu ir tai vienas iš privalumų atokiau nuo miestų gyvenantiems žmonėms: „Problema rajone gyvenantiems žmonėms, kurie gyvena toli nuo grupės susitikimų vietos, tai dabar gerai, kad AA grupės gali prisijungti nuotoliniu būdu“ [RAR-5]. Susitikimų metu susisiekiama su įvairiais Lietuvos miestais, net Izraeliu ir Jungtinėmis Amerikos valstijomis, dalijamasi patirtimi, surandami globėjai: „Būna [susisiekiama] su įvairiais Lietuvos miestais, su Izraeliu, su Amerika, būna vertimas iš anglų, rusų kalbos, yra pranešėjai, kurie dalijasi savo patirtimi. Kai vyksta susirinkimas, galima parašyti „Nekalbėsiu, noriu pagalbos“ – ieško globėjo. Žmogui tada iškart parašomi kontaktai, kas nori pagelbėti“ [RAR-5].

Raseinių savivaldybėje prie priklausomybių prevencijos ir pagalbos stipriai prisideda Katalikų bažnyčios Carito organizacija: „Caritas dirba prie bažnyčios, tai pas mus prie priklausomybių prevencijos, gydymo, pagalbos prisideda ir bažnyčia. Veikia ir maldos grupelės, kurios kažkiek padeda“ [RAR-14]. Katalikų tikėjimo dvasia veikia ir Žano Talandžio bendruomenė priklausomybės ligomis sergantiems vyrams prie Šiluvos, kurioje galima gyventi tam tikrą laiką ir gana sėkmingai įveikti savo priklausomybę: „Tai yra bendruomenės, pavyzdžiui, <...> pas Žaną. Esu turėjusi atvejų, kai jie ten labai sėkmingai gyvena 8-9 mėnesius, o kai grįžta – viskas būna gerai“ [RAR-4]; „Žanas Talandis, įsteigęs globojimo namus žmonėms, sergantiems

priklausomybės ligomis“ [RAR-14]. Taip pat yra ir kitų iniciatyvų, skirtų žmonėms, kurie patiria sunkumus, neturi darbo ir vartoja alkoholį: „Raseinių parapijoje yra vykdomas projektas, apimantis žmones, kurie neturi darbo, patiria sunkumų, vartoja alkoholį. Tas projektas vyks dar 1,5 metų“ [RAR-13].

Taip pat veikia Raudonojo kryžiaus organizacija, kuri turi nakvynės namus, kuriuose galima gauti ir psichologo konsultacijas, kurios padeda rasti kitokį gyvenimo kelią: *„Mes turime nakvynės namus, į kuriuos patenka žmonės, kurie atsiduria gyvenimo užribyje. <...> “Labai nuoširdus bendravimas, psichologo pagalba dalį atvedė į kitokį gyvenimą“ [RAR-12]. Raudonasis kryžius turi ir dienos centrą vaikams, kuriame galima gauti psichologo konsultacijas, sudaromi metiniai planai, įtraukiantys pokalbius su šeimos gydytojais ir kitais specialistais: „Turime dienos centrą, veikiantį 12 metų. Nuo šių metų į jį gali ateiti vaikai iš bet kokių šeimų. O visus 10 metų mūsų centrą lankė vaikai iš šeimų, kuriose yra tam tikrų problemų. Mes sudarome metinius planus, į kuriuos įtraukiame pokalbius su šeimos gydytojais ir kt. specialistais, kurie padeda vaikams, šeimoms“ [RAR-12].*

Jaunimo atveju Raseinių savivaldybėje aktyviai veikia Lietuvos blaivybės sąjūdžio „Žingsnis“. Jį sudaro jaunuoliai, savo geru pavyzdžiu skatinantys savo bendraamžius rinktis gerą kelią, linksmintis be psichotropinių medžiagų, tabako: *„Dėl NVO jaunimui, tai pakankamai stipriai koją įkėlęs yra Lietuvos blaivybės sąjūdžio „Žingsnis“. <...> Dabar turime tokią grupę Ariogaloje, Raseiniuose, Viduklėje, kur vyksta stovyklos“ [RAR-11]. Be nevyriausybinių organizacijų dar veikia savivaldybės įsteigtas Atviras jaunimo centras, kuris dirba su mažiau galimybių turinčiu jaunimu, susiduriančiu ir su priklausomybėmis: „Yra Atviras jaunimo centras, bet tai nėra NVO. Tai vieta, kurioje laukiami visi jaunuoliai, turintys mažiau galimybių, kurie susiduria su visom šiom problemom“ [RAR-11]. Šiame jaunimo centre jaunimo darbuotojai ir psichologai, kurie per jaunimui priimtinas užimtumo ir laisvalaikio praleidimo formas teikia reikalingas paslaugas, motyvuoja kreiptis toliau pagalbos: „Ten dirba ir jaunimo darbuotojai, ir psichologas. Jie per žaidimą, įvairias laisvalaikio formas, užimtumą prieina prie jaunuolių ir incognito teikia jiems paslaugas, kad nebijotų eiti pas psichologą ar socialinį darbuotoją“ [RAR-11].*

Yra aktyviai veikiantis bendras Krizių centras, kuriame teikiamos psichologo konsultacijos: *„[Turim] aktyviai veikiantį Krizių centrą, kur teikiamos psichologo paslauga“ [RAR-1]. Tačiau krizių centro, o ir kitų nevyriausybinių organizacijų veiklą labai riboja projektinis finansavimas, nes dažnai kvietimai teikti projektus nurodo tam tikras tikslines grupes, kurios neatitinka grupių, su kuriomis buvo dirbta anksčiau ir jau turimas tam tikras įdirbis. O be nuoseklaus finansavimo labai sunku užtikrinti paslaugų tęstinumą ir kokybiškas paslaugas: „Krizių centro problemos yra tokios, kad tai NVO, gyvenanti iš projektų. Projektuose yra tam tikros tikslinės grupės. Nėra nuoseklaus*

finansavimo, negalime užtikrinti kokybiškų paslaugų teikimo“ [RAR-6]. Visgi teigiama, kad dalinai šias problemas gali spręsti teikiant projektus į savivaldybės administracijos sveikatos programą: „Džiaugiamės, kad per savivaldybės administracijos sveikatos programą galime rašyti ir laimėjus dalyvauti tam tikruose projektuose“ [RAR-12]. Savivaldybės atstovai teigė, kad jų savivaldybės bendruomenės yra aktyvios ir teikia daug paraiškų projektams, susijusiems su priklausomybių įveika: „Bendruomenės aktyvios, iki pandemijos rašydavo daug projektų, organizuodavo daug veiklų tiek vaikams, tiek vyresnio amžiaus žmonėms. Būdavo daug projektų susijusių su priklausomybėmis“ [RAR-1].

Aptariant bendradarbiavimą tarp paslaugas teikiančių institucijų, teigiama, kad bendradarbiavimo tarp atskirų institucijų tikrai yra, nors ir ne su visomis: *„Kas liečia mūsų paslaugų centrą, bendradarbiavimo tikrai užtenka. Neturim negerų patirčių, gauname reikiamą informaciją, pagalbą, patys prisidedam ją teikdami“ [RAR-7]; „Ieškant pagalbos, nebuvo tokio atvejo, kad nebūtų nukreipta ta linkme, kuria reikia. Reikia tik domėtis, nemanau, kad yra perdėtas jo trūkumas“ [RAR-8]. Sunkesnis bendradarbiavimas tarp psichikos sveikatos centro ir Socialinių paslaugų centro: „Kas liečia priklausomybes, mes nedarbam su jais, būtų sunku įvertinti“ [RAR-1]. Pasunkėjo bendradarbiavimas su Vaiko teisių apsaugos tarnyba, jai perėjus į Socialinio apsaugos ir darbo ministerijos pavaldumą: „Visada susikalbėdavom, pakviesdavom, kur reikia, o tada pasikeitė valdymas – dabar priklauso ministerijai. Norėjom pasitarti dėl priklausomybių, tai atsakė, kad jiems nepriklauso, gaila“ [RAR-1].*

Vertindami specialistų, dirbančių su psichoaktyvias medžiagas vartojančiais asmenimis, **kompetencijų pakankumą ir mokymų poreikį**, kalbinti tyrimo dalyviai teigė, kad darbuotojų kompetencija Psichikos sveikatos centre yra puiki. Tačiau kitų specialistų kompetencijai trūksta supratimo, kad priklausomybė – tai liga: *„Neretai tai žiūrima ne į ligą, o kaip į palaidą žmogaus gyvenimo būdą“ [RAR-5]; „Manau, kad ne medikams su tokiais žmonėmis yra sunku dirbti. Mes nemokam su jais dirbti. Įvertinus visuomenės požiūrį, dažnai tuos žmones per anksti nurašom, tai jaučiasi“ [RAR-1]. Tokių mokymų naudą įžvelgia ir kiti paslaugų tiekėjai: „Naudinga suprasti, kokia liga yra priklausomybė, kokie yra sveikimo momentai, kokios atkryčio galimybės“ [RAR-3]. Taip pat teigiama, kad trūksta kompetencijų, kaip konkrečiam specialistui dirbti: „Kompetencijos trūksta, patarimų, kaip konkrečiam specialistui dirbti, kokie darbo principai turėtų būti“ [RAR-1]. Tad žinių atnaujinimo, mokymų paklausa Raseinių savivaldybėje yra: „Manau, kad reikėtų mokymų, žinias visada reikia atnaujinti“ [RAR-3].*

PSICHOAKTYVIAS MEDŽIAGAS VARTOJANTIEMS ASMENIMS TEIKIAMŲ PASLAUGŲ TOBULINTINI ASPEKTAI

Kaip ir daugelyje savivaldybių, aptariant paslaugų priklausomiems asmenims tobulintinus aspektus, pirmiausia pabrėžiamas psichologų trūkumas: „*Jaučiame didelį psichologų trūkumą*“ [RAR-7], „*Dar keliamos problemos ugdymo įstaigose, nes trūksta psichologų*“ [RAR-1]. Taip pat norima, kad savivaldybė turėtų savo priklausomybių konsultantą, tačiau iš konsultanto tikimasi to, kas šiuo metu neįeina į jo pareigybės, tai yra atvejų vadybos: „*Galėtų priklausomybių konsultantas dirbti*“ [RAR-7]; „*Priklausomybės ligų konsultanto labai reikėtų, jis galėtų dirbti čia vietoje su tais žmonėmis, prižiūrėti, kurioj vietoj iškrenta iš pagalbos teikimo proceso, sektų atvejus*“ [RAR-1]. Iš kitos pusės, pastebima, kad priklausomi asmenys siekia kuo mažiau paslaugų gauti savivaldybės teritorijoje, nes išvelgia grėsmę konfidencialumui: „*Dauguma žmonių nori tiesiai vykti į centrą, apeinant mūsų rajoną, nes bijo dėl konfidencialumo, čia nori gauti kuo mažiau paslaugų. Geriau psichologo konsultacijai išvyks kažkur kitur, nei čia vietoj kreipsis*“ [RAR-1].

Be specialistų trūkumo, paminimos ilgos eilės į priklausomybės ligų centrus ir reabilitacijos centrus: „*Eilės priklausomybės ligų centre paslaugoms gauti. Laukti reikia įvairiai, dažniausiai apie mėnesį, tai per tą laiką ir nukrenta motyvacija*“ [RAR-1]; „*Eilės į reabilitacijos centrą yra apie mėnesį laiko. Galima pakliūti ir anksčiau, jei kažkas apsigalvoja*“ [RAR-5]. Be to, manoma, kad šiuose centruose, ligoninėse turėtų būti teikiamos ir detoksikacijos paslaugos, kadangi šiuo metu psichoaktyvių medžiagų pavartoję asmenys nėra priimami: „*Būtų noras, kad ligoninėj, psichiatrijos centruose būtų detoksikacijos skyrius. Atrodo, kad suprantama, jog žmogus turi priklausomybę, bet jam padedama tik tada, kai jis blaivus*“ [RAR-5].

Kaip problema buvo įvardinta ir tai, kad po gydymo priklausomas asmuo išleidžiamas su išrašu, kur sudaromas tęstinės pagalbos planas, tačiau jis skirtas tam, kas asmenį siuntė – šeimos gydytojui ar psichiatrui. Šie gydytojai toliau informacijos neperduoda, tad socialiniai darbuotojai dažnai ir nesužino, kad šis asmuo grįžo ir jam reiktų tęstinės socialinės pagalbos. Šioje vietoje pagalbos grandinė dažniausiai ir nutrūksta, ypač jei sugrįžęs asmuo nemotyvuotas ir pats nesikreipia į socialinius darbuotojus: „*Po stacionaro grįžę jie gauną išrašą, kur sudaromas tęstinės pagalbos planas, bet jei žmogus nemotyvuotas ir jis su tuo dokumentu neateis pas specialistą, nelabai su juo kas toliau dirbs. Socialiniai darbuotojai sako, kad ne visada gauna informaciją, tiesiog nežino, kad tam žmogui reikia padėti*“ [RAR-1].

Taip pat manoma, kad vis dar trūksta apgyvendinimo paslaugų, kol priklausomas asmuo yra gydomas. Tokias paslaugas, tyrimo dalyvių nuomone, galėtų pasiūlyti nevyriausybinės organizacijos: „*Galėtų atsirasti ilgesnis apgyvendinimas gydymo metu. Gal NVO?*“ [RAR-7].

Kaip viena pagrindinių problemų buvo įvardinta tai, kad šiuo metu savivaldybėje nėra vienos institucijos, į kurią priklausomas asmuo ar jo artimieji galėtų kreiptis: „*Diskusijų metu iškilo, kad mes patys neturim vienoj vietoj, į ką galime kreiptis. Jei žmogus grįžo iš stacionaro, arba vaikų globos namų atstovai nežino, kur kreiptis, jei pastebi vartojimo atvejį, kada vartojimas yra rizikingas*“ [RAR-1]. Manoma, kad trūksta vieno koordinatoriaus, kuris koordinuotų bendradarbiavimą, sistemintų informaciją, kaip gero koordinavimo pavyzdys pateikiamas savižudybių prevencijos algoritmas: „*Trūksta vieno asmens, kuris sujungtų. Pavyzdžiui, turim gerą patirtį su savižudybių algoritmu, tai turim konkretų žmogų, kuris seka tą informaciją, paslaugų teikimą, proaktyviai susisieikia su paslaugų gavėju, paklausia ar viskas gerai, gal reikia papildomos pagalbos. Mes matome, kad atsiranda susikalbėjimas tarp institucijų. O čia vienos lyg nėra, sunku pagauti, kai žmogus iškrenta, kas turėtų tam tikram etape į jį kreiptis ir pasiūlyti*“ [RAR-1]. Kadangi nėra bendro algoritmo kaip veikti, tai pastebimas tam tikras paslaugų teikimo priklausomiems asmenims fragmentiškumas: „*Pastebim paslaugų fragmentiškumą*“ [RAR-1].

Paminimas ir skirtingų ministerijų teisės aktų nesuderinamumas, kuris trukdo bendradarbiauti: „*Negalime viršyti išorinių teisės aktų, ministro įsakymų, kiekvienas sektorius dirba pagal savo teisės aktus. <...> Trūksta kažko vienijančios, nes paslaugų mes tai turim, bet tarpusavy nesusikalbam*“ [RAR-1].

PASIŪLYMAI IR REKOMENDACIJOS DĖL PAGALBOS SISTEMOS (vartojantiems psichoaktyvias medžiagas ir turintiems priklausomybę asmenims) PRIEINAMUMO DIDINIMO, INTEGRUOTUMO STIPRINIMO

Manoma, kad bendradarbiavimo trūkumą galėtų pagerinti konkretaus specialisto, kuris pilnu etatu dirbtų su priklausomybėmis, paskyrimas: „*Galvoju, kad mūsų rajonui būtų aktualiausia turėti žmogų, kuris dirbtų su pilnu etatu su priklausomybėmis*“ [RAR-1].

Kuriant darbo su priklausomybės ligų įveikos algoritmą siūloma būtinai įtraukti gydytojų ir socialinių darbuotojų bendradarbiavimą, liečiantį informacijos apie po gydymo sugrįžusį asmenį perdavimą, informavimą apie galimas socialines paslaugas: „*Šeimos gydytojai irgi turėtų būti įtraukti, nes jie galvoja, kad tai jiems nepriklauso, jie labai užimti. Galvoja, kad tai Psichikos centro reikalas tvarkytis, bet manau, kad tai turėtų būti paslaugų kompleksas*“ [RAR-1]. Tokiu būdu būtų galima išvengti paslaugų tęstinumo nutrūkimo po gydymo: „*Svarbiausia yra žmogaus palaikymas, ypač, kai grįžęs po gydymo grįžta į tą pačią aplinką*“ [RAR-8].

Manoma, kad būtų naudinga turėti kažkokią bendrą tvarką Lietuvos mastu, kaip dirbti su priklausomais asmenimis ir jų artimaisiais, kaip dalintis informacija: „*Svarbiausia, kad būtų algoritmas valstybiniu lygmeniu, kaip dirbti su tais žmonėmis, kokios įstaigų funkcijos,*

bendradarbiavimas“ [RAR-1]. Šioje tvarkoje turėtų būti nustatyta, kaip derinti valstybinių, savivaldybės įstaigų, privačių įstaigų ir nevyriausybinių sektoriaus teikiamas paslaugas siekiant bendro tikslo: „Būtų idealiausia, kad būtų viena bendra tvarka, nuostatai, kaip dirbti su tokiais žmonėmis, kurių turėtų ir viešas, ir privatus sektorius. Dabar mes, kaip savivalda, negalime įpareigoti privataus sektoriaus kažko daryti, dalintis informacija“ [RAR-1].

Siūloma pasitelkti Lenkijos gerąją patirtį, kaip yra suorganizuota aiški infrastruktūra ir teisinė bazė:

„Mes Lietuvoje galvojame, kaip padėti tiems žmonėms, kaip sukurti aiškią struktūrą ir pan. – bandomė kažką išrasti. Kaimynai lenkai turi padarę struktūrą, kurią nukopijavus, galima padaryti Lietuvoje. <...> Lenkijoje mokama kas mėnesį nuo parduoto [prekių] kiekio. Iš parduotuvių surenka tiek pinigų, kad priklausomiems žmonėms net nesunaudoja. Pastatytos ligoninės, reabilitacijos centrai, kuriuose žmonės guli po pusę metų. Padaryta visa teisinė struktūra. Komisija mato, kad žmogus turi problemų su alkoholiu šeimoje, vairuodamas ir pan. Jie ne rekomenduoja gydytis, o perduoda dokumentus į teismą, o iš ten žmogus siunčiamas pas psichiatrą ar psichologą, kad įvertintų būklę ir tada privaloma važiuoti gydytis“ [RAR-5].

APIBENDRINIMAS

- Stipriosios Raseinių savivaldybės pusės teikiant paslaugas priklausomiems asmenis yra siejamos su Psichikos sveikatos centru. Tačiau šio centro gydytojai ir šeimos gydytojai nebendradarbiauja su Socialinių paslaugų centru, seniūnijų socialiniais darbuotojais. Todėl pastebimas paslaugų teikimo fragmentacija ir socialinių paslaugų grįžus iš gydymo nutrūkimas, kai apie sugrįžusį asmenį nėra informuojami socialiniai darbuotojai. Šiuo atveju reiktų į rengiamą aprašą įtraukti bendradarbiavimo tarp gydytojų ir socialinių darbuotojų nustatymo būdus: įpareigojimą informuoti apie sugrįžusį po gydymo asmenį (informuoti apie faktą, o ne ligos istoriją) bei pateikti pacientui ar jo artimiesiems informaciją apie galimą socialinę pagalbą (pvz., lankstinuko būdu).
- Geresnė padėtis tuo atveju, jei asmeniui Socialinių paslaugų centre yra paskirta atvejo vadyba, tokiu atveju yra susisiekiama su juo po gydymo ir toliau teikiamos paslaugos pagal nustatytą pagalbos planą. Tačiau priklausomiems asmenims, neturintiems vaikų, sudėtingiau gauti tęstinę pagalbą, sugrįžus iš gydymo. Todėl reiktų išplėsti atvejo vadybos metodo taikymą ir šiems asmenims. Patartina ieškoti inovatyvių būdų padėti priklausomiems

asmenims, pritaikant kitų Lietuvos savivaldybių Socialinių paslaugų centrų bei užsienio gerą patirtį.

- Tyrimas parodė, kad palyginus su kitomis tirtomis savivaldybėmis, Raseinių savivaldybėje yra gerai išplėtos nevyriausybinių organizacijų, bendruomenių paslaugos ir palaikymas priklausomiems asmenims. Prie šių organizacijų ir bendruomenių paslaugų plėtros nemažai prisideda savivaldybė, finansuodama priklausomybių įveikai skirtus projektus per savivaldybės administracijos sveikatos programą. Kartu reiktų atsižvelgti, kad skelbiamų paraiškų konkursuose priklausomų asmenų tikslinė grupė nebūtų ignoruojama ir patektų tarp galimų paslaugų gavėjų tikslinių grupių.
- Matomas ne medicinos specialistų kompetencijų trūkumas apie priklausomybės ligas, jų eigą ir gydymo aspektus. Taip akcentuojama, kad mokymai turėtų padėti keisti požiūrį į priklausus asmenis, suvokti, kad jų elgesys yra paveiktas ligos, o ne gyvenimo būdo. Taip pat reiktų mokymų apie pagalbos šiems asmenims naujoves – naujus būdus ir priemonių įvairovę.
- Pasigendama suvokimo, kad iš dalies padėti priklausomiems asmenims galima per jų įtraukimą į bendruomenės veiklas, užimtumo ir savanorystės skatinimą. Akcentuojamas tik gydymas, psichologo ir psichiatro konsultacijos.
- Manoma, kad savivaldybėje turėtų būti nustatyta pagalbą priklausomiems asmenims teikimo koordinuojanti institucija, bei koordinatoriaus, dirbančio pilnu etatu su turinčiais priklausomybes asmenimis, paskyrimas, priskiriant duomenų sisteminimo ir paslaugų koordinavimo funkciją.
- Tyrimo dalyviai pasiūlė sukurti bendro visai šaliai pagalbos priklausomiems asmenims tvarkos aprašą, kuriame būtų aptartas keitimasis informacija tarp skirtingų paslaugų teikėjų, bendradarbiavimo tarp valstybinio, savivaldybių, privataus ir nevyriausybinių organizacijų principai, atsakomybės ir funkcijos. Kaip pavyzdys siūlomas savižudybių prevencijos algoritmas.

13. ŠILALĖS RAJONO SAVIVALDYBĖ

INFORMACIJOS (susijusios su pagalba psichoaktyvias medžiagas vartojantiems asmenims) TEIKIMO MECHANIZMAI SAVIVALDYBĖJE

Pirmiausiai buvo siekta išsiaiškinti, **kaip yra sužinoma apie asmenį, kuriam reikia paslaugų.** Anot pokalbių dalyvių, informacija apie psichoaktyvias medžiagas vartojančius asmenis gaunama iš pačių įvairiausių tarnybų – tai gali būti tiek socialiniai darbuotojai, tiek sveikatos apsaugos sistemos atstovai, tiek policija ar Vaiko teisių apsaugos padaliniai: „*Dažniausiai tai būna per socialines tarnybas, Vaiko teises, socialiniai darbuotojai*“ [SR-2]; „*Iš Probacijos tarnybos yra nemažai nukreiptų, bet tai dažniausiai susiję su smurtu artimoje aplinkoje*“ [SR-3]; „*Pirminiai duomenys ateina iš policijos. Jei užfiksuota, kad vaikui dar nėra 16 metų, bet jau yra 14 metų, ir jis viešoje vietoje vartojo alkoholinius gėrimus, tai šis faktas iš policijos persiunčiamas į Vaiko teises*“ [SR-5].

Neretai į pagalbą teikiančias institucijas kreipiasi šeimos nariai, giminės, draugai, kaimynai ir pan., kurie bando padėti priklausomybę turinčiam žmogui: „*Gali [pranešti] <...> ir pats paslaugų gavėjas, namiškiai...*“ [SR-4]; „*Būna, kad ateina ir kiti vaikai, kurie pasako apie vaikus*“ [SR-3].

Pažymėta, kad patys priklausomybes turintys žmonės pagalbos kreipiasi nedažnai: „*Vienas trečdalis visų priklausomų asmenų kreipiasi patys. Iš patirties žinau, kad dažniausiai kreipiasi šeimos nariai, o tik vienas kitas pats priklausomas kreipiasi*“ [SR-2].; „*nebus taip, kad žmogus pats sugalvos kreiptis, gydytis. Labai išskirtiniais atvejais žmogus kreipsis į šeimos gydytoją...*“ [SR-8].

Aptariant, **kaip asmenys, kuriems reikia pagalbos, sužino apie galimas paslaugas,** buvo akcentuota švietėjiškos, informacinės veiklos svarba. Ypač didelį vaidmenį šioje srityje atlieka Visuomenės sveikatos biuras: „*Visuomenės sveikatos biuras yra pagrindas, kuris skleidžia informaciją apie teikiamas paslaugas. Kuris bendradarbiauja su seniūnijų socialiniais darbuotojais, kurie rūpinasi tais priklausomais asmenimis*“ [SR-2].

Informacijos apie galimas paslaugas sklaida taip pat siejama su priklausomybių konsultanto veikla bei nevyriausybinų organizacijų iniciatyvomis: „*šiaip Vytautas [priklausomybių konsultantas] važinėja po seniūnijas, organizuoja susitikimus, pageidaujantys tikrai gali susitikti su Vytautu*“ [SR-4]; „*Yra savanorių, kurie veda paskaitas*“ [SR-5].

Pokalbių dalyvių požiūriu, pastaruoju metu švietėjiškai, informacinei veiklai skiriamas nepakankamas dėmesys: „*Kartais seniūnijose yra vykdoma švietėjiška veikla. Paskutiniaisiais metais yra apprimusi, anksčiau plačiai vykdavo*“ [SR-2]. Pagrindine ribotos informacijos sklaidos

priežastimi įvardijama tuo užsiimančių darbuotojų stoka, pabrėžiama, kad neretai visuomenės informavimas vyksta asmeninių iniciatyvų dėka: „*Trūksta žmogiškų išteklių platesnei informacijos sklaidai. Vytautas yra Vytautų Vytautas – šaunuolis*“ [SR-8].

Aiškinantis, **kaip keičiamasi informacija apie priklausomus asmenis tarp skirtingų paslaugų tiekėjų**, buvo užtikrinta, kad šioje srityje problemų nėra – visi paslaugų tiekėjai dalijasi turima informacija ir esama tvarka yra efektyvi: „*Visa sistema, kas liečia priklausomybes mūsų rajone, atidirbta. Visi informacija dalijasi. Tiek socialiniai darbuotojai, tiek atvejo vadyba, vaiko gerovės komisija, seniūnijų tarybos irgi turi informaciją ir ją dalijasi. Gal kartais kas nors užsimiršta, bet retai, šiaip ta sistema yra veikianti*“ [SR?].

Didžiausias keitimosi informacija stygius įžiūrimas tarp socialinių paslaugų tiekėjų ir sveikatos apsaugos institucijų, kas siejama su Asmens duomenų apsaugos įstatymo ir kitais teisiniais apribojimais: „*Kalbant apie tai, kaip vaikšto informacija apie klientus iš psichikos sveikatos centrų, esam labai smarkiai reglamentuoti tiek duomenų apsaugos įstatymo, tiek sveikatos apsaugos ministro įsakymo*“. Sveikatos apsaugos sistemos atstovai paaiškino, kad jų galimybes teikti informaciją apie pacientą yra reglamentuotos sveikatos apsaugos ministro įsakymo Dėl informacijos apie pacientą valstybės institucijoms ir kitoms įstaigoms teikimo tvarkos¹²: „*Kai mes gaunam užklausas, žiūrime iš kokios institucijos gauname, nes yra tik šeši punktai, kam mes turim teisę suteikti informaciją apie pacientą. Mūsų atsakymai būna labai lakoniški: kada pradėtas gydymas, kada lankėsi, pas kokius specialistus. Yra sveikatos ministro reglamentuota, tai yra susiję su teisėsaugos institucijom, taip pat galime teikti informaciją apie pacientą tarp sveikatos priežiūros įstaigų. Tai gali būti susiję ir su Vaiko teisių tarnyba*“ [SR-3].

Kita vertus, buvo atkreiptas dėmesys į tai, kad sveikatos apsaugos sistemoje veikiantys asmeninių duomenų teikimo ribojimai nėra esminis trukdis teikiant pagalbą ir intensyviau bendraujant su sveikatos apsaugos institucijų atstovais būtina informaciją galima gauti: „*Tai, kad sužinoti, kuo žmogus serga, kokius vaistus vartoja, socialiniam darbuotojui nieko neduoda*“; „*Nenorėkim gauti visų ligos diagnozių. Užtenka, kad žinom, jog dirbo psichiatras, psichologas, buvo ligoninėj. Bendra informacija yra teikiama, tik reikia netingėti, pasiteirauti, pasidomėti*“ [SR-3].

¹²Informacijos apie pacientą valstybės institucijoms ir kitoms įstaigoms teikimo tvarkos aprašas (<https://e-seimas.lrs.lt/portal/legalact/lt/tad/tais.120244/asr>)

5. Informacija apie pacientą gali būti suteikta neturint paciento sutikimo:

5.1. sveikatos priežiūros įstaigoms, kuriose yra ar buvo gydomas, slaugomas pacientas, atliekama jo sveikatos ekspertizė ar pacientas užsiregistruoja sveikatos priežiūros paslaugoms gauti;

5.2. institucijoms, kontroliuojančioms sveikatos priežiūros paslaugų teikimą;

5.3. Neveiksnių asmenų būklės peržiūrėjimo komisijoms jų funkcijoms vykdyti;

5.4. teismui, prokuratūrai, ikiteisminio tyrimo įstaigoms, Valstybės vaiko teisių apsaugos ir įvaikinimo tarnybai prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos bei kitoms institucijoms, kurioms tokią teisę suteikia Lietuvos Respublikos įstatymai.

Pokalbio dalyviams uždavus klausimą, **kas padėtų užtikrinti geresnį informacijos prieinamumą**, psichikos sveikatos centro atstovė atkreipė dėmesį, kad ne visa informacija yra slapta, pavyzdžiui, centras teikia ataskaitas statistikos departamentui ir tose ataskaitose nėra saugotinos informacijos. Taigi ši informacija galėtų būti teikiama ir socialinių paslaugų tiekėjams, tačiau tai turėtų būti reglamentuota: „*Kiekvienų metų sausio viduryje mes pateikiame ataskaitas į Statistikos departamentą ir į Sveikatos ministeriją, kur yra psichinės sveikatos priežiūros skyrius. Tai, kas reglamentuota, kam turime pateikti ataskaitas, tą padarom. Tai, ką jiems turime pateikti, nėra slapta*“ [SR-3]. Socialinių paslaugų tiekėjai pripažino, kad būtų labai naudinga, kad Psichikos sveikatos centras teiktų ataskaitas ir Visuomenės sveikatos biurui: „*dirbant prevencinį darbą, tai būtų naudinga*“ [SR-2].

SAVIVALDYBĖS SOCIALINIO IR SVEIKATOS SEKTORIAUS TEIKIAMŲ PASLAUGŲ (susijusių su pagalba psichoaktyvias medžiagas vartojantiems asmenims) IR JŲ KOKYBĖS VERTINIMAS

Apibūdinti, **kokios institucijos ir/ar organizacijos teikia savivaldybės gyventojams paslaugas, susijusias su priklausomybėmis**, tyrimo dalyviai įvardijo gana platų įstaigų/organizacijų spektrą, apimančią tiek sveikatos priežiūros, tiek socialines paslaugas teikiančias įstaigas, taip pat ir švietimo bei teisėsaugos organizacijas, NVO:

- buvo nurodyta, kad pagalbą psichoaktyvias medžiagas vartojantiems savivaldybės gyventojams teikia tokios **sveikatos apsaugos sistemos įstaigos** kaip Šilalės psichiatrijos sveikatos ir psichologinio konsultavimo centras, pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros įstaiga UAB ANDOKA, kitos pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos (šeimos gydytojai), Klaipėdos jūrininkų ligoninės Psichiatrijos departamentas Švėkšnoje, Respublikinio priklausomybės ligų centro Klaipėdos filialas, VšĮ Klaipėdos vaikų ligoninė. Atskirai buvo pabrėžtas Šilalės r. sav. Visuomenės sveikatos biuro vaidmuo;
- iš **socialinių paslaugų tiekėjų** buvo išskirti seniūnijų socialiniai darbuotojai, Socialinių paslaugų namai, savivaldybės Socialinės paramos skyrius, Vaiko teisių apsaugos skyrius;
- minėta tokia su **teisėsauga** susijusi institucija kaip Probacijos tarnyba (Klaipėdos apygardos probacijos tarnyba, Šilalės r. skyrius);
- **švietimo įstaigose** pagalbą psichoaktyvias medžiagas vartojantiems vaikams ir paaugliams teikia mokyklos psichologai, socialiniai pedagogai, vaiko gerovės komisija;

- tarp NVO buvo paminėtos 2 organizacijos – koordinacinis centras „Gilė“ ir savipagalbos grupė "Vilties galia".

Nusakant esamų institucijų / organizacijų **teikiamų paslaugų spektrą**, tyrimo dalyviai teigė, kad paprastai priklausomybės problemos yra identifikuojamos ir pirmoji pagalba teikiama vietos lygmenyje – seniūnai, seniūnijų socialiniai darbuotojai: *„Dažniausiai pati pradžia yra seniūnijose seniūnai arba socialiniai darbuotojai, kurie stebi seniūnijos gyvenimą, atitinkamas šeimas, kurios turi problemų. Tada seniūnijos socialinės darbuotojos priklausomą žmogų ragina kreiptis į šitą [priklausomybių] konsultantą. Tuomet konsultantas anonimiškai bendrauja su priklausomu žmogumi ir po to pagal reikiamybę“* [SR-1].

Panašų darbą atlieka ir Socialinių paslaugų namų atvejo vadybininkai, dirbantys su mažamečius vaikus auginančiomis šeimomis. Jeigu nustatoma, kad tėvai (vienas iš tėvų) turi problemų, susijusių su psichoaktyvių medžiagų vartojimu, atvejo vadybininkai skatina ir tarpininkauja kreipiantis į gydymo įstaigas arba pas priklausomybių konsultantą: *„Atvejo vadybos procese siūlymas gydytis nuo priklausomybių yra aktyviai siūlomas“* [SR-5].

Tiek interviu, tiek fokus grupės diskusijos dalyviai ypač pabrėžė savivaldybėje dirbančio priklausomybių konsultanto veiklos svarbą – *„konsultantas yra vienintelis, kas su priklausomybėm dirba“* [SR-1]. Šilalės r. savivaldybėje dirbančio priklausomybių konsultanto paslaugos apima gana platų funkcijų spektrą: nuo priklausomybės priežasčių identifikavimo bei motyvacijos gydytis formavimo, iki praktinių pagalbų būdų (psichologo konsultacija, vizitai pas psichiatrą, stacionarus gydymas ir pan.) nustatymo ir tarpininkavimo juos gaunant, taip pat priklausomybių konsultantas teikia tęstinę paramą, stebėdamas priklausomybe sergančio asmens pažangą, nukreipdamas jį į savipagalbos grupes, padėdamas integruotis visuomenėje: *„Socialiniai darbuotojai inicijuoja, o jie nukreipia pas konsultantą...“* [SR-5]; *„Priklausomybių konsultantas turi pirmiausia įvertinti priežastis, dėl ko vartojamas alkoholis. Paskui to kliento motyvacija gydytis, koku būdu jis pasirinktų gydytis. Paskui tęstinė pagalba jam grįžus iš ligoninės – <...> konsultacijos, pagalba susirasti darbą, pagalba kreiptis į psichologus, psichiatrus...“* [SR-2].

Nepilnamečių priklausomybės problemos dažniausiai nustatomos švietimo įstaigų darbuotojų dėka, kurie apie esamą problemą informuoja kitas susijusias institucijas: *„Psichologas, sužinojęs apie žalą vaikui, pajungia visas kitas institucijas ir atsiranda visa grandinė“* [SR-3]; *„mokyklos psichologai, socialiniai pedagogai, vaiko gerovės komisija suteikia šią pagalbą besikreipiantiems vaikams“* [SR-5]. Priklausomai nuo priklausomybės lygio nepilnamečiams gali būti siūlomos tiek socialinio poveikio priemonės, tiek ir medicininė pagalba: *„Vaiko gerovės*

komisijos, arba tėvų sutikimu vaikams geranoriškai pasiūloma išklaudyti Ankstyvosios intervencijos programą. Taip pat nepilnamečiai siunčiami į Klaipėdos vaikų ligoninę“ [SR-5].

Kartais, nors kaip fokus grupės dalyviai pažymėjo „labai išskirtiniais atvejais“, psichoaktyvias medžiagas vartojantys asmenys savarankiškai kreipiasi į pirminės sveikatos priežiūros įstaigas, kuriose jiems bus užtikrinama diagnostika ir paskiriamas tolesnis gydymas: „Na, jis dar gali pirma kreiptis į Psichikos konsultavimo centrą, kuriame dirba psichiatras <...>, taip pat į šeimos gydytoją...“ [SR-1]; „Į kokias sveikatos įstaigas žmogus beateitų Šilalės rajone, pirminę pagalbą gaus, bus supažindintas su galimybėmis, kur toliau kreiptis. Tada įsijungia visos kitos institucijos. Mūsų centre Andoka [psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikianti klinika] turime ir pakaitinį gydymą, taip pat elgesio pataisos programą bet kokiom priklausomybėmis“ [SR-3]; „... žmogus kreipsis į šeimos gydytoją, o gydytojas tada į Psichiatrijos centrą. Centras gali siųsti į Švėkšnos departamentą gydytis...“ [SR-1].

Siekiant didinti pagalbos prieinamumą psichoaktyvias medžiagas vartojantiems asmenims, Šilalės r. Visuomenės sveikatos biuras yra sudaręs sutartį su Klaipėdos jūrininkų ligoninės Švėkšnos psichiatrijos departamentu dėl ligonių pristatymo, taip pat su Respublikinio priklausomybės ligų centro Klaipėdos filialu, kuriame „galima kreiptis tęstinio gydymo: 14 dienų detoksikacijos, paskui 28 dienos Minesotos programoje“ [SR-2].

Pats Visuomenės sveikatos biuras, bendradarbiaudamas su vietos bendruomene, seniūnijų socialiniais darbuotojais, užsiima švietėjiška, informacijos sklaidos veikla: „Dažniausiai biuras bendradarbiauja su bendruomenėmis, jei jos pageidauja kažkokio lektoriaus, samdom jį, atvyksta“ [SR-1]; „Tarp sveikatos biuro ir seniūnijų socialinių darbuotojų ryšys yra tiesioginis“ [SR-2].

Paslaugų priklausomybes turintiems asmenims spektrą reikšmingai papildo nevyriausybinių organizacijų teikiamos paslaugos. Nevyriausybinių organizacijų savanoriai vykdo švietėjišką veiklą, teikiama ir psichologinė pagalba priklausomybių turintiems asmenims bei jų artimiesiems, buriamos psichoaktyvias medžiagas vartojančių asmenų savipagalbos grupės, kurios ypač svarbios socialinės reabilitacijos bei pagalbos tęstinumo požiūriu: „Turime aktyviai savivaldybėje veikiančią NVO koordinacinę centrą Gilė. <...> Vilties galia yra grupė, kuri veda švietėjišką veiklą seniūnijoje. Organizuojami anoniminiai susitikimai. Tai vadiname tęstiniu gydymu“ [SR-2].

PSICHOAKTYVIAS MEDŽIAGAS VARTOJANTIEMS ASMENIMS TEIKIAMŲ PASLAUGŲ TOBULINTINI ASPEKTAI

Aptariant paslaugų priklausomiems asmenims tobulintinus aspektus pažymėta, kad viena iš problemų – tai geresnis teikiamos **pagalbos tęstinumo užtikrinamas**. Buvo sakoma, kad tiek priklausomybių konsultantas, tiek socialiniai darbuotojai stengiasi teikti visokeriopą pagalbą, ne tik

patekimo į gydymo įstaigas, bet ir integracijos į visuomenę: „*Aš [priklausomybių konsultantas] turiu pats stebėti, kada jis grįš iš ligoninės, kada vyks pas psichologą, kada pas psichiatrą – čia viena iš mūsų darbo šakų. Tai yra visų socialinių darbuotojų darbas, visi tuo domisi, visi tarpusavy bendraujame*“ [SR-2]. Tačiau, sekti nuo priklausomybės besigydančius asmenis sudėtinga, neturint informacijos nei apie gydymo eigą, nei trukmę, o dėl informacijos iš gydymo įstaigų stokos, kai kurie priklausomybės gydymą gavę žmonės, lieka be tolimesnio palaikymo, jeigu jie patys nesikreipia: „*Po to žmogus nelabai kam rūpi*“ [SR-1]; „*Kai ką sužinom, bet ne viską. Man pasiskambina iš vieno ar kito psichikos centro <...>, bet ne visai atvejais*“ [SR-2].

Todėl buvo iškelta mintis, kad psichikos sveikatos centrai net ir neturėdami galimybės teikti informacijos, galėtų glaudžiau bendradarbiauti su priklausomybių konsultantu/ socialiniais darbuotojais, savo pacientus informuodami apie galimybes gauti pagalbą po gydymo, rekomenduodami kreiptis pas priklausomybių konsultantą, ar socialinį darbuotoją: „*Psichikos centrai negali mums pasakyti, kad žmogus pareiškė norą gydytis. Bet jis gali įpareigoti parašydamas siuntimą, duodamas lankstinuką su telefono numeriu*“ [SR-2].

Kita problema buvo siejama su **teikiamų paslaugų prieinamumu, savalaikiškumu**. Pažymėta, kad priėmimo gydymui į Švėkšnos psichiatrijos departamentą ar Respublikinį priklausomybės ligų centrą dažnai tenka laukti: „*Švėkšnos psichiatrijos centre labai didelės eilės. Ten vietų nuolat nėra...*“ [SR-7]; „*Ligoninės priėmime gali pasakyti, kad lovų nėra, skambinkit rytoj*“ [SR-1]; „*Reikia registruotis [į Respublikinį priklausomybės ligų centrą]. Būna, kad ir nebūna vietų*“ [SR-2]. Ši problema ypač aktuali, kadangi psichoaktyvias medžiagas vartojantiems asmenims dažnu atveju pagalbos skubumas gali kompensuoti motyvacijos trūkumą: „*O tas girtaujantis žmogus nebeišlauks, jis alaš parsineš*“ [SR-2].

Šalia to papildomų sunkumų sukelia tai, kad į gydymo įstaigas priimami abstinencijos būklėje esantys pacientai, o išblaivinimo paslaugos labai brangios: „*Švėkšnos psichiatrijos centras priima, jei jis yra neprisigėręs. Gali išblaivinti už pinigus, bet tai yra brangu – viena para 180 Eur. Pirminis išblaivinimas yra labai sunkus ir neįkandamas tam kritiniam žmogui*“ [SR-2].

Svarbu atkreipti dėmesį, kad, konkrečiu Šilalės r. sav. atveju, priklausomybių konsultantas patikino, jog jam pavyksta išspėsti kylančias problemas: „*Mes turime kaip nors siekti, kad jis 1-2 paras pabūtų negėręs, ir tada jį skubiai nugabenti į ligoninę. <...>.per 7 metus tik vieną kartą žmogų parsivežiau atgal. Ten [Švėkšnos psichiatrinėje] vietų nuolat nėra, bet dažniausiai pasiseka*“ [SR-2]. Remiantis fokus grupės diskusijos metu surinkta informacija, įvardintas teikiamų paslaugų savalaikiškumo problemas pavyksta išspėsti priklausomybių konsultanto pastangomis bei užmegztais tiesioginiais ryšiais su gydymo įstaigomis: „*Konsultantas kol kas yra pajėgus pasirūpinti vieta. Taip, tai mano asmeniniai ryšiai. Kai tu nuveži žmogų ir jo negali priimti,*

pavyzdžiui, jis turėtų būti nevartojęs alkoholio ir kt., tie ryšiai leidžia žmogų palikti ir gydyti. Mūsų veikla sena ir yra pakankamai stipri“ [SR-2].

Kita įvardinta su paslaugų prieinamumu susijusi problema – tai priklausomybę turinčių žmonių apgyvendinimo galimybių stoka: *„Neturime tokių patalpų, kur žmogus galėtų turėti stogą virš galvos, kad ir be didelių patogumų. Tai būtų naudinga ir su iš įkalinimo įstaigų pareinančiais, ir su girtaujančiais asmenimis. <...>. Yra Paslaugų namai, bet ten laikinai gyvena, būna moterys su vaikais. Norime, kad jie turėtų patalpas, kur <...> nesimaišytų su kitais žmonėmis“ [SR-4].*

Aptariant specialistų, dirbančių su psichoaktyvias medžiagas vartojančiais asmenimis, kompetencijų pakankumą, visi kalbinti specialistai pripažino, kad *„kompetencijų visada trūksta, mokytis visiems reikia“ [SR-8]*, tačiau buvo nurodyta, kad svarbios ne tiek kompetencijos, kiek darbuotojo motyvacija, atsidavimas savo darbui, taip pat buvo pabrėžta, kad trūksta socialinių darbuotojų, dirbančių būtent su priklausomybes turinčiais žmonėmis: *„Šilalės atveju, manau, reikėtų daugiau kryptingų socialinių darbuotojų“ [SR-1].*

PASIŪLYMAI IR REKOMENDACIJOS DĖL PAGALBOS SISTEMOS (vartojantiems psichoaktyvias medžiagas ir turintiems priklausomybę asmenims) PRIEINAMUMO DIDINIMO, INTEGRUOTUMO STIPRINIMO

Tyrimo dalyvių nuomonės dėl pagalbos sistemos prieinamumo bei integruotumo didinimo išsiskyrė. Vieni teigė, kad *„nieko naujo nereikėtų“*, pakaktų tiesiog stiprinti ir tobulinti esamą sistemą, kiti manė, jog reikalinga sukurti naują specializuotą pareigybę: *„Sveikatos biure turėtų būti finansuojamas koordinatoriaus etatas, kuris apimtų visas mūsų išvardintas problemas“ [SR-2].*

Buvo išreikšta nuomonė, kad **savivaldybės administracija** skiria nepakankamai dėmesio priklausomybių problemos spręsti ir nepakankamai remia šių paslaugų teikimą: *„Trūksta pagalbos, savivaldybės administracijos požiūrio į tą darbą. <...> Kaip dirbat, taip ir dirbkite, jums patiems geriau žinoti. 2019 m. gruodžio mėnesį, buvo numatytos lėšos Sveikatos biurui, kad sudarytų sutartį su konsultantu, bet sausį pasirodė, kad tie pažadai nuliniai. <...> Manoma, kad nereikalingos tokios paslaugos. Kas vartoja, kas suserga – tas tegul pats ir kapstosi“ [SR-2].*

Kita vertus, esamos pagalbos sistemos trūkumai siejami ir su **valstybės lygio** sprendimais. Fokus grupės diskusijos metu buvo pažymėta, kad Priklausomybės ligų centrų reorganizacija, pablogino paslaugų teikimo vietose galimybes: *„Kiek valstybės lygiu buvo priklausomybės ligų centrų, juos visus pernai sujungė, apkarpė visiems lėšas ir jūs gyvenkit. Dabar viskas tokiuose rėmuose išprausta, kad baisu. <...>. Dabar centrų dėmesys yra kaip išsilaikyti. Buvęs sveikatos apsaugos ministras šiek tiek jovalą suvėlė toje programoje“ [SR-2].*

Taip pat kalbinti priklausomybės paslaugų tiekėjai pageidavo „*didesnio Sveikatos apsaugos ministerijos dialogo su rajonų Sveikatos biurais*“. Buvo išreikšta nuomonė, kad siekiant didinti pagalbos sistemos prieinamumą bei integruotumą padėtų tarpministerinis dialogas: „*Tos dvi ministerijos [Socialinės apsaugos ir darbo ministerija ir Sveikatos apsaugos] seniai tarpusavy nesutaria. Jos sutaria, bet nesusikalba*“ [SR-2].

APIBENDRINIMAS

- Šilalės r. savivaldybėje paslaugų teikimas priklausomybės turintiems asmenims didele dalimi sufokusuotas į priklausomybių konsultanto veiklą. Priklausomybių konsultanto apima tiek švietėjišką bei informacinę veiklą, tiek priklausomų asmenų motyvavimą gydytis, tiek medicininio gydymo organizavimą, tiek tęstinės pagalbos bei reabilitacijos galimybių identifikavimą ir kontaktų su pacientais palaikymą. Priklausomybių konsultanto veiklos apimtys ir vykdomos funkcijos pagrinde remiasi asmenine iniciatyva, o pagalbos sėkmė – asmeniniais ryšiais. Viena vertus, motyvuotas priklausomybės konsultantas užtikrina pagalbos psichoaktyvias medžiagas naudojančiams asmenims efektyvumą ir koordinavimą, tačiau, kita vertus, tokia situacija gana rizikinga, nes pasikeitus konkrečiam darbuotojui, gali suirti visa pagalbos sistema. Pagalbos priklausomiems asmenims organizavimas, paremtas vieno darbuotojo asmeninėmis iniciatyvomis, rodo, kad pačioje sistemoje nėra aiškaus mechanizmo ir apibrėžtos tvarkos.
- Nepakankamas dėmesys skiriamas švietėjiškai, informacinei veiklai, kas siejama su tuo užsiimančių darbuotojų stoka. Pabrėžiama, kad neretai visuomenės informavimas bei informacijos rinkimas vyksta asmeninių iniciatyvų dėka. Tai sąlygoja ribotą renkamos informacijos patikimumą bei atitikimą mokslo įrodymams. Todėl svarbu būtų aiškiai apibrėžti, kas ir už kokią informaciją savivaldybėje yra atsakingas.
- Didžiausias keitimosi informacija stygius įžiūrimas tarp socialinių paslaugų tiekėjų ir sveikatos apsaugos institucijų, kas siejama su Asmens duomenų apsaugos įstatymo ir kitais teisiniais apribojimais. Teikiamos pagalbos tęstinumo galimybes riboja tai, kad kontaktai su priklausomybę turinčiais asmenimis nutrūksta jiems patekus į gydymo įstaigas. Neturint informacijos apie gydymo eigą ir trukmę, kai kurie priklausomybės gydymą gavę žmonės, lieka be tolimesnio palaikymo, jeigu jie patys nesikreipia. Todėl svarbu būtų socialinės apsaugos ir sveikatos priežiūros sistemos institucijoms apibrėžti informacijos keitimosi mechanizmą ir galimos teikti informacijos ribas.

- Psichikos sveikatos centrai, net ir neturėdami galimybės teikti informacijos, galėtų glaudžiau bendradarbiauti su priklausomybių konsultantu / socialiniais darbuotojais, savo pacientus informuodami apie galimybes gauti pagalbą po gydymo, rekomenduodami kreiptis pas priklausomybių konsultantą ar socialinį darbuotoją.
- Svarbų vaidmenį bendroje paslaugų priklausomybės turintiems asmenims sistemoje vaidina vietinės NVO, kurios ypač efektyvios socialinės reabilitacijos bei pagalbos tęstinumo požiūriu. Todėl svarbu aktyviau įtraukti NVO į pagalbos psichoaktyvias medžiagas vartojantiems asmenims mechanizmą.
- Nepakankamas gydymo paslaugų priklausomybės ligų centruose prieinamumas, savalaikiškumas dėl didelių eilių ir vietų trūkumo. Ši problema ypač aktuali, kadangi psichoaktyvias medžiagas vartojantiems asmenims dažnu atveju pagalbos skubumas gali kompensuoti motyvacijos trūkumą. Iš dalies problemos sprendimą palengvintų didesnis savivaldybių specialistų informuotumas apie planinės medicininės pagalbos organizavimo ypatumus ir įrankius, kurie padėtų dirbti su laukiančiu eilėje gydymui asmeniu.
- Priklausomybę turinčių žmonių apgyvendinimo galimybių stoka savivaldybėje, kuri svarbi tiek grįžusiems iš laisvės atėmimo vietų, tiek ir neturintiems pastovios gyvenamosios vietos asmenims.
- Trūksta specialistų, dirbančių su psichoaktyvias medžiagas vartojančiais asmenimis, kompetencijų, ypač specialiųjų, susijusių su motyvacija padėti šios grupės asmenimis.
- Nesutariama dėl paslaugų priklausomybės turintiems asmenims koordinavimo, vieni mano, kad esama tvarka pakankama, kiti norėtų atskiros pareigybės šioms funkcijoms.
- Manoma, kad savivaldybės administracija skiria nepakankamai dėmesio priklausomybių problemos spręsti ir nepakankamai remia šių paslaugų teikimą.
- Vertinama, kad priklausomybės ligų centrų reorganizacija, pablogino paslaugų teikimo vietose galimybes. Tai siejama su sumažėjusiu padaliniais skiriamu finansavimu ir galimybėmis priimti savarankiškus sprendimus.
- Siekiant didinti pagalbos sistemos prieinamumą bei integruotumą siūloma stiprinti dialogą tarp Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos bei Sveikatos apsaugos ministerijos. Galima teigti, kad socialiniam sektoriui trūksta informacijos apie priklausomybės ligų gydymo organizavimo principus ir tikslus, o sveikatos sričiai, apie socialinių tarnybų / įstaigų didesnio įtraukimo į gydymo/pagalbos planą galimybes.

14. ŠVENČIONIŲ RAJONO SAVIVALDYBĖ

INFORMACIJOS (susijusios su pagalba psichoaktyvias medžiagas vartojantiems asmenims) TEIKIMO MECHANIZMAI SAVIVALDYBĖJE

Tyrime pirmiausia buvo siekta išsiaiškinti, **kaip yra sužinoma apie asmenį, kuriam reikia paslaugų**. Dažniausiai sužinoma iš socialinių darbuotojų, vaikų teisių apsaugos specialistų, probacijos tarnybos pareigūnų: *„Dažniausiai būna socialiniai darbuotojai, taip pat iš vaikų teisių, probacija man skambina“* [ŠvR-1]. Patys socialiniai darbuotojai teigia, kad jie dažniausiai sužino iš vaikų teisių apsaugos specialistų: *„Dažniausiai vaikų teisės pirmos sužino, nes kreipiasi pas mus dėl atvejo vadybininko ar socialinio darbuotojo paskyrimo“, nes „dauguma problemų: smurtas, vaikų nepriežiūra - būna dėl priklausomybės nuo alkoholio“* [ŠvR-3]. Tačiau į priklausomybių konsultantą kreipiasi ir patys asmenys ar jų artimieji: *„Nemažai kreipiasi ir patys, būna, kad šeimos nariai. Tas ratas jau yra užsisukęs ir mes žinom vieni apie kitus“* [ŠvR-1].

Aptariant, **kaip asmenys, kuriems reikia pagalbos, sužino apie galimas paslaugas**, dažniausiai informacija dalinasi socialiniai darbuotojai, visuomenės sveikatos biuro darbuotojai ir priklausomybės konsultantai: *„Dažniausiai per socialinius darbuotojus, kurie važiuoja į šeimas. Taip pat dirba mobilios komandos, atvejo vadybininkai. <...> Dirbu Visuomenės sveikatos biurui, tai turiu tos informacijos. Skleidžiame informaciją įstaigoms, užsisakome lankstinukus ir pan.“* [ŠvR-1]. Informacija apie paslaugas platinama ir asmeniniais kanalais: *„Dalinuosi informacija ir savo Facebook paskyroje, kad yra 4 nemokamos konsultacijos, Krizių įveikimo centro psichologai konsultuoja įvairiomis temomis“* [ŠvR-5]. Švenčionių rajone pasiteisina platinami lankstinukai apie galimas pagalbos formas psichoaktyvias medžiagas vartojantiems asmenims: *„Kalbant apie lankstinukus, tai aš juos dalinu ir savam rate. Negaliu kalbėti už sveikatos biurą, bet mačiau, kad ir jie tą darė, nes pasiliko labai daug lankstinukų, reiškia, jie taip pat juos platino“* [ŠvR-1].

Tačiau atkreipiamas dėmesys, kad gali būti, kad ne visi žino apie pagalbos galimybes ir reiktų daugiau informacijos sklaidos: *„Bet gal ne visi žino, kad yra tokia pagalba, net patys šeimos nariai nežino“, „yra žmonių, kurie nesikreipia, jiems nėra taikoma atvejo vadyba, nežino kur kreiptis, gal reiktų informacijos sklaidos“* [ŠvR-5]. Ypač trūksta informacijos žmonėms, kurie yra vieniši ir nepatenka į socialinių darbuotojų, vaikų teisių apsaugos specialistų akiratį: *„Dėl vienišų asmenų, tai trūksta informacijos sklaidos laikraštyje, skelbimuose. <...> Trūksta reklamos“* [ŠvR-7]. Tačiau aiškios strategijos, kaip ta informacijos sklaida turėtų būti vykdoma, kol kas nėra. Vyrauja fragmentiški siūlymai toliau tęsti lankstinukų platinimą: *„Kitais metais pakalbėsiu su Visuomenės sveikatos biuru, pasistengsiu, kad jie užsakytų lankstinukų apie priklausomybės ligų*

konsultantus, taip pat ir apibendrinta informacija būtų pateikta“ [ŠvR-5], bei atskiri asmeniniai informacijos sklaidos būdai: „mano kitame projekte yra psichologo konsultacijos, galėčiau informaciją skleisti toliau“ [ŠvR-5].

Aiškinantis, ar sklandžiai pavyksta keisti informaciją apie priklausomus asmenis tarp skirtingų paslaugų teikėjų, buvo atskleista, kad sistemiškas informacijos rinkimas yra labai apsunkintas dėl nesidalijimo informacija ar fragmentiško jos rinkimo: *„Dar turime centre priklausomybės ligų konsultantą, <...> mes su juo nebendruojame, nes jokios informacijos jis nesuteikia, sako, kad viskas konfidencialu ir jokių klausimų neuždavinėkit“, „dar turim Vaiko teisių tarnybą, kuri priklauso Vilniui, tai atskira respublika ir jokios informacijos negauname“, „Psichikos sveikatos centre turime kelias socialines darbuotojas, bet žinokite jie bendruoja ir fiksuoja tik narkomanus <...>, o kas liečia priklausomus nuo alkoholio, tai jie jokios informacijos nerenka“ [ŠvR-7].*

Yra nuostatimų ir dėl asmens duomenų apsaugos reikalavimų teikiant pagalbą priklausomiems asmenims, ypač bendraujant su sveikatos priežiūros specialistais: *„Neskambinau aš pati, nes yra konfidencialumas, duomenų apsauga. <...> Nežinau, kaip psichiatras būtų sureagavęs. Galvoju, jei būtų galimybės susitikti gyvai, palydėti prie kabineto - visada prašom, o kalbėti su gydytoju [telefonu] – visai kas kita“ [ŠvR-1].* Tai atskleidžia, kad kai kurie specialistai nėra pilnai susipažinę su duomenų apsaugos reikalavimais ir nežino, kokiais atvejais ir kaip jie turėtų būti taikomi.

SAVIVALDYBĖS SOCIALINIO IR SVEIKATOS SEKTORIAUS TEIKIAMŲ PASLAUGŲ (susijusių su pagalba psichoaktyvias medžiagas vartojantiems asmenims) IR JŲ KOKYBĖS VERTINIMAS

Apibrėždami, **kokios institucijos ir/ar organizacijos teikia savivaldybės gyventojams paslaugas, susijusias su priklausomybėmis**, tyrimo dalyviai įvardijo gana platų įstaigų/organizacijų spektrą, apimančią tiek sveikatos priežiūros, tiek socialines paslaugas teikiančias įstaigas, taip pat ir švietimo bei teisėsaugos organizacijas, NVO:

- **sveikatos priežiūros srityje:** pirminės sveikatos priežiūros centro psichikos sveikatos centras, teikiantis bendrąsias paslaugas psichikos sveikatos centro pacientams ir jų artimiesiems, psichologines konsultacijas probacijos ir metadono programoje dalyvaujantiems klientams; Visuomenės sveikatos biuras, kuris rūpinasi psichikos sveikatos kompetencijų didinimu rajono įmonių darbuotojams, mokyklų bendruomenėms bei priklausomybių konsultantų paslaugų teikimo organizavimu;

- **socialinių paslaugų srityje:** Švenčionių rajono paslaugų centras, Švenčionėlių socialinių paslaugų centras, savivaldybės Socialinės paramos skyrius, tarpinstitucinio bendradarbiavimo specialistas, Vaiko teisių apsaugos skyrius Švenčionių rajone;
- **teisėsaugos srityje:** Lietuvos probacijos tarnybos Vilniaus regiono skyrius, Švenčionių rajono policijos komisariatas;
- **švietimo srityje:** švietimo įstaigų socialiniai darbuotojai, socialiniai pedagogai;
- tarp **NVO** buvo paminėtas tik anoniminių alkoholikų klubas: „Žinau, kad yra anoniminių alkoholikų klubas, bet tai, kas ten vyksta, yra labai konfidencialu, jie su manimi taip pat nebendrauja“ [ŠvR-7].

Kai yra sužinoma apie asmenis, kuriems reikia pagalbos, visų pirma jie yra nukreipiami gauti priklausomybės ligų konsultanto konsultacijas: „Savo klientams skiriame priklausomybės ligų konsultanto konsultacijas“ [ŠvR-3]. Taip pat nukreipiama gauti psichiatrų paslaugas: *būna nukreipta į Psichikos sveikatos centrą, į polikliniką, vaikų paauglių psichiatrai ir tuo pačiu su komanda einu ir aš konsultacijoms. <...> Daugiausiai tai būna su paaugliais, nors teko dirbti ir su suaugusiais* [ŠvR-4]. Prireikus detoksikacijos paslaugų, Švenčionyse suteikiama tik pirminė pagalba: „Turime ligoninę su skubios pagalbos skyriumi, tai jie suteikia tik pirminę pagalbą, pavyzdžiui, pastato lašalinę. Jei yra nepilnametis, tai veža į Vilnių, į toksikologijos skyrių ir ten įvertinta būklė, suteikia pagalbą“ [ŠvR-7]. Stacionaraus gydymo paslaugos taip pat teikiamos Vilniuje, Respublikiniame priklausomybės ligų centre: „Švenčionyse socialinė pagalba yra suteikiama, bet kas liečia gydymą, tai arčiausiai Vilnius“ [ŠvR-7]. Kitur suteikiamų paslaugų atžvilgiu taip pat buvo paminėta Minesotos programa, ilgalaikė reabilitacija: „Nemažai jų buvo išvykusių gydytis pagal Minesotos programą. Dvi moteriškos pas mus buvo išvykusios ilgalaikiai reabilitacijai“ [ŠvR-3].

Savivaldybės tarpinstitucinio bendradarbiavimo specialistas, gavus informaciją, kad vaikas galimai vartojo alkoholį kreipiasi į švietimo pagalbos specialistus mokyklose bei nukreipia į ankstyvosios intervencijos programą: „Tada dirba ir švietimo pagalbos specialistai mokyklose, taip pat nukreipiamas ir į ankstyvosios intervencijos programą“ [ŠvR-6]; „Kiek žinau, turime ankstyvosios intervencijos programą, kuri vykdoma mokyklose. Žinau, kad dar yra Pedagoginė tarnyba, kurioj yra psichologai“ [ŠvR-7]. Tačiau atskleidžiama, kad nėra aišku, kiek ta prevencinė veikla vykdoma, nes mokyklose psichologų trūksta: „Mokyklose trūksta psichologų, per kelias mokyklas yra vienas psichologas, kuris atvažiuoja“ [ŠvR-7].

Pabrėžiama, kad Švenčionių raj. savivaldybėje stiprus socialinių paslaugų centras, seniūnijų socialiniai darbuotojai: „Turim labai stiprų socialinių paslaugų centrą, kur yra atvejo vadybininkė, socialinė darbuotoja, dirbanti su šeimomis, seniūnijose yra socialinės darbuotojos, kurios suteikia

bendrąsias paslaugas: tarpininkavimą, informavimą“ [ŠvR-7]; „Teikiame paslaugas priklausomybės turintiems asmenims: nukreipiam į priklausomybės ligų konsultantą, motyvuojam gydytis ir t. t.“ [ŠvR-3]. Patys socialiniai darbuotojai teigia, kad nors pridedama daug pastangų motyvuoti gydytis, jie dažnai susiduria su savo priklausomybės nepripažįstančiais klientais: „Problema, su kuria susiduriame, tai problemos nepripažinimas ir negalime sumotyvuoti gydytis. Jei žmogus nepripažįsta problemos, tai per jėga jo išvežti negalime“ [ŠvR-3]. Tačiau, jei žmogus pasiryžta gydytis, užmegztas glaudus ryšys tarp socialinio darbuotojo ir kliento padeda išlaikyti ir pagalbos tęstinumą po gydymosi: „Toliau tęsiama socialinio darbuotojo pagalba, konsultuojasi su priklausomybės ligų konsultantu. <...> Tos dvi moterys sugrįžo, informavo socialinę darbuotoją, nes jie labai glaudžiai palaiko ryšį, tai mes tokių problemų [tęstinumo nebuvimo] neturėjome“ [ŠvR-3]; „Tie žmonės, kurie yra prižiūrimi socialinių darbuotojų, jie yra sugaunami. Grįžę iš gydymo įstaigų patys skambina, toliau gauna paslaugas“ [ŠvR-7]. Sunkiausia paslaugų teikimo tęstinumą užtikrinti žmonėms, kurie patys kreipėsi: „Tie žmonės, kurie patys kreipiasi, ateina motyvuoti (jų mažiausia dalis), tai jie gauna informaciją, gauna kažkiek konsultacijų ir jie dingsta – nežinai ar tuo pasinaudojo, ar nuvažiavo į gydymo įstaigą [ŠvR-7].

Aptariant paslaugų prieinamumą, tyrimo sveikatos apsaugos srities dalyvių nuomonės išsiskyrė – vieni teigė, kad pagalbos, ypač sveikatos priežiūros paslaugų, pakanka: „Manau, kad tikrai yra pakankamai priklausomybės ligų specialistų. Prieinama visiems tiek psichiatro pagalba, tiek mano. <...> Pas mus mėnesio laukti tikrai nereikia“ [ŠvR-5], kiti manė priešingai: „Neturim specialistų, psichiatras atvažiuojantis. Psichikos sveikatos centre nėra daug darbuotojų, bet jie daugiausia dirba su narkomanais“ [ŠvR-7]. Taip pat buvo iškelta problema, kad mažuose miesteliuose dėl vyraujančio visuomenės neigiamos nuomonės kyla sunkumų lankytis pas psichiatrus ar psichologus: „Mes poliklinikoje turime psichologą, norėčiau pas jį nueiti, bet tai mažas miestelis, visi viską mato, o dar, neduok Dieve, tu savivaldybės darbuotoja ir nueisi į psichologą kabinete, tai palaikys psichę. Yra toks nusistatymas ir visuomenės vertinimas“ [ŠvR-7]; „Mes Apskritojo stalo diskusijoje nustatėme problemą, kad būtų reikalingas atokesnėje vietoje esantis kabinetas, kad žmogus ateitų laisvai, kada nori“; „Žinoma, žmonėms yra nepatogu dėl to, kad jie vengia, bijo eiti į polikliniką, tai tada jie gali kreiptis į priklausomybių ligų specialistą, kuris yra atokiau nuo žmonių akių“ [ŠvR-4].

Socialiniai darbuotojai laikėsi nuomonės, kad paslaugų užtenka, trūksta tik priklausomų asmenų motyvacijos jomis pasinaudoti: „Paslaugų yra pakankamai, jei tik tas žmogus norėtų vykti, norėtų priimti pagalbą“ [ŠvR-3]; „Sutinku. <...> Žmogui išvalo organizmą ir jis pabėga iš ligoninės, iki motyvacijos jam dar toli“ [ŠvR-1]. Tačiau buvo iškeltos ir tokios sisteminės pagalbos problemos kaip socialinių paslaugų trūkumą vienišiams priklausomiems asmenims, nes šiuo metu atvejo vadyba

yra skiriama tik šeimoms, turinčių mažamečių vaikų: „*Mano atveju tik tada, kai yra nepilnamečiai vaikai, tada teikiama pagalba*“ [ŠvR-6]. Be to, neteikiamos paslaugos šeimoms nariams, kurie gyvena kartu su priklausomu žmogumi: „*Mes kalbame tik apie tą asmenį, kuris turi problemą, bet nekalbame apie šeimos narius. Gal kartais jiems reikalinga pagalba, pavyzdžiui, žmonai su vaikais reikalingos psichologo konsultacijos*“ [ŠvR-6]. Prireikus tokios pagalbos, šeimos nariai nukreipiami į Respublikinį priklausomybės ligų centrą Vilniuje: „*Mūsų konsultantai siūlo nuvažiuoti į Priklausomybės ligų centrą Vilniuj, kur suaugusieji asmenys yra konsultuojami kaip gyventi, ką daryti, kai šalia yra geriantis žmogus. Norint galima užsiregistruoti ir gauti tą pagalbą*“ [ŠvR-3].

Specialistų pakankamumo atžvilgiu atskleista, kad daugiausiai trūksta psichiatrų, be to jie dirba ne kiekvieną dieną: „*Gaila, bet pas mus dirba tik du gydytojai suaugusiųjų ir vienas kartą per savaitę būna vaikų-paauglių psichiatras*“ [ŠvR-5]; „*Pavyzdžiui, sakė, kad Psichikos sveikatos centre yra tokia būseną, kad problemų daug, spręsti nėra kam, psichiatro nėra, psichologas vienas, trūksta darbuotojų*“ [ŠvR-7]. Taip pat, kaip minėta, mokyklose trūksta psichologų. Paklausus apie specialistų kompetencijas, mokymų poreikį, buvo teigiama, kad mokymai visuomet labai naudingi: „*Manau, kad mokymai tikrai naudingi. Žmonėms labai svarbu gauti kvalifikacijos pažymėjimą*“ [ŠvR-7].

Aptariant savivaldybės paslaugų teikėjų bendradarbiavimą tyrimo dalyvių nuomonė stipriai išsiskyrė. Viena vertus, vieniems bendradarbiavimo pakanka: „*Užtenka, mes bendradarbiaujame*“ [ŠvR-3]; „*Viskas vyksta, mes tarpusavyje labai operatyviai bendradarbiaujame, asmeniškai su socialiniais darbuotojais skambinamės, taip pat ir su raštais rašomės*“ [ŠvR-1]. Visgi galima pastebėti, kad glaudžiau bendradarbiaujama tik su tam tikromis įstaigomis, bendradarbiavimas yra fragmentiškas, ypač trūksta bendradarbiavimo su gydymo įstaigomis: „*Gal turėtų būti su mūsų gydymo įstaigomis glaudesnis ryšys, bendradarbiavimas. Su Socialinių paslaugų centru, su Vaiko teisėms mes bendraujam, o su gydymo įstaigomis nelabai*“ [ŠvR-1].

Kita vertus, kiti tyrimo dalyviai teigia, kad rajone nėra bendros pagalbos priklausomiems asmenims teikimo sistemos, bendradarbiavimo labai trūksta: „*bendradarbiavimas vyksta nesklandžiai, nes tavo projektas, tu ir daryk. <...> [Apskrito stalo diskusijos metu] Nusprendėme, kad mūsų rajone nėra bendros sistemos, bendradarbiavimo, visos įstaigos veikia kiekviena sau*“ [ŠvR-7]. Be to, nei vienas tyrimo dalyvis neturėjo jokios bendradarbiavimo patirties su nevyriausybėmis organizacijomis.

PSICHOAKTYVIAS MEDŽIAGAS VARTOJANTIEMS ASMENIMS TEIKIAMŲ PASLAUGŲ TOBULINTINI ASPEKTAI

Aptariant paslaugų priklausomiems asmenims tobulintinus aspektus pažymėta, kad viena iš problemų – tai geresnis teikiamos pagalbos tęstinumo užtikrinamas: „Čia tikrai spraga, manau, kad turėtų būti mūsų visų pagalba žmonėms“ [ŠvR-5].

Kita iškelta problema siejama su specialistų, dirbančių su psichoaktyvias medžiagas vartojančiais asmenimis, motyvacijos bendradarbiauti trūkumu, kurį siūloma spręsti mokymų pagalba: „Labai svarbu, kad žmogus būtų motyvuotas bendradarbiauti. Darbuotojams labai svarbu tokie mokymai, kuriuose jie būtų motyvuojami, nes jie neturi motyvacijos“ [ŠvR-7]; „Kai buvo apskrito stalo diskusija, tai visi kalbėjo, kad specialistai nėra motyvuoti, reiktų specialistams, kurie dirba su rizikos šeimomis, turėti mokymus“ [ŠvR-5].

Atkreiptas dėmesys, kad išspręsti psichiatrų ir psichologų trūkumo rajone nėra lengva, kadangi šių specialistų trūksta visoje šalyje: „Būtų gerai, kad dirbtų kiekvieną dieną, taip būtų visiems patogiau, bet tokios galimybės, jos ne nuo mūsų priklauso“ [ŠvR-5].

PASIŪLYMAI IR REKOMENDACIJOS DĖL PAGALBOS SISTEMOS (vartojantiems psichoaktyvias medžiagas ir turintiems priklausomybę asmenims) PRIEINAMUMO DIDINIMO, INTEGRUOTUMO STIPRINIMO

Atsižvelgiant į iškeltą informacijos apie pagalbos priklausomiems žmonėms trūkumą, siūloma rengiamame apraše pateikti informaciją apie visas pagalbą teikiančias įstaigas: „Aprašo priede bus informacija su visom įstaigom, jų kontaktais, tai juos išsiųsim įstaigom, kad būtų informacija suteikiama“ [ŠvR-5].

Sprendžiant pagalbos tęstinumo problemą, yra siūloma rengiamame apraše įtraukti priemonės, kurios įpareigotų gydytis vystantį asmenį informuoti apie savo grįžimą, o pagalbos planą kuriojančius asmenis fiksuoti išvykimą ir palaikyti ryšį sugrįžus: „Galbūt galima susigalvoti kažkokią formą, susitarimą su tuo žmogumi, kuris važiuoja gydytis į gydymo įstaigą, kad jis įsipareigotų grįžęs informuoti. Pirminiai žmonės (socialiniai darbuotojai, priklausomybės ligų konsultantai), kurie tiems žmonėms padeda, sukuria pagalbos planą, kažkur pas save fiksuotų žmonių kontaktus, juk jie žino kiek trunka gydymo procesas, kad iš jų pusės būtų ryšys“ [ŠvR-5]; „Žmogus, grįžęs iš gydymo įstaigos, turi ateiti su kažkokiais planais: dirbsiu, kursiu, kažkuo užsiimsiu“ [ŠvR-6].

Bendradarbiavimo tarp pagalbą teikiančių įstaigų problemą tikimasi spręsti patvirtinant tvarkos aprašą: „Gal kai taryboje bus patvirtintas tvarkos aprašas, bus paprasčiau. Visi nori

oficialaus rašto, kuris įpareigotų kažką veikti“ [ŠvR-7]. Taip pat iškelta mintis, kad bendradarbiavimą gal paskatintų pasirašytos bendradarbiavimo sutartys tarp kai kurių institucijų: „Turėjau mintį, kad gal reikia bendradarbiavimo sutarčių tarp kai kurių institucijų. Žinau, kad Probacija norėjo su VSB pasirašyti sutartį, bet dėl kažkokių priežasčių to iki šiol nepadarė. Mūsų priklausomybės ligų konsultantė sako, kad yra kažkokios ataskaitos, tai kad mes jas žinotume, kad būtų įvardytos problemos“ [ŠvR-5].

APIBENDRINIMAS

- Švenčionių r. savivaldybėje bendradarbiavimas tarp paslaugų teikiančių priklausomybės turintiems asmenims yra fragmentiškas, bendradarbiaujama tik tarp kai kurių institucijų, didžiąją dalimi tarp vaikų teisių apsaugos, probacijos tarnybos ir socialinių paslaugų centro. Pagrindinė bendradarbiavimo trūkumo priežastis siejama su motyvacijos trūkumu, tačiau tai gali būti sąlygota ir tokio bendradarbiavimo tradicijų nebuvimu, bendradarbiavimo naudos nematymu. Šį bendradarbiavimo trūkumą tikimasi įveikti specialistų, dirbančių su priklausomais žmonėmis, motyvacijos mokymais, bendradarbiavimo tarp atskirų institucijų sutarčių pasirašymu ir parengtu bei patvirtintu tvarkos aprašu.
- Nepakankamas dėmesys skiriamas švietėjiškai, informacinei veiklai. Informacijos apie paslaugas sklaida daugiau pasiekia į socialinių darbuotojų akiratį pakliūvančias šeimas su mažamečiais vaikais, vienišiams priklausomiems žmonėms šios informacijos, o kartu ir paslaugų prieinamumo trūksta. Šis trūkumas sprendžiamas platinant lankstinukus su informacija, pasitelkiant asmenines iniciatyvas informaciją platinti savo klientams per asmeninius kanalus (pvz., Facebooką). Tai sąlygoja informacijos fragmentiškumą bei ribotą pasiekiamumą. Todėl svarbu būtų aiškiai apibrėžti, kas ir už kokios informacijos sklaidą savivaldybėje yra atsakingas.
- Panaši situacija ir su informacija apie pagalbos poreikį. Savivaldybėje trūksta žinių, koks tas poreikis yra, kiekviena institucija renka tik jai reikalingą informaciją, ta informacija nėra dalinamasi. Tad svarbu apibrėžti, kaip derėtų surinkti informaciją, kaip ją dalintis ir kaip ją susisteminti, numatant paslaugų teikimo poreikio mastą. Taip pat svarbu numatyti, kas šią informacijos sisteminimo funkciją turėtų vykdyti.
- Svarbu užtikrinti tolimesnį pagalbos teikimą iš gydymo ar reabilitacijos grįžtantiems asmenims. Šiuo metu tokia pagalba teikiama tik tiems, kuriems teikiama atvejo vadyba socialinių paslaugų centre. Vienišiams žmonėms ar tiems, kurie kreipėsi savarankiškai,

tokia tęstinė pagalba neužtikrinama. Prie užtikrinimo galėtų daugiau prisidėti priklausomybių konsultantai, palaikydami tolimesnius ryšius su tokiais žmonėmis.

- Psichikos sveikatos centrai, net ir neturėdami galimybės teikti informacijos, galėtų glaudžiau bendradarbiauti su priklausomybių konsultantu / socialiniais darbuotojais, savo pacientus informuodami apie galimybes gauti pagalbą po gydymo, rekomenduodami kreiptis pas priklausomybių konsultantą ar socialinį darbuotoją.
- Į bendradarbiavimą pagalbos teikime savivaldybėje visiškai nėra įtrauktos NVO, iš jų paminėta tik anoniminių alkoholikų draugija, su kuria ryšių nepalaikoma. Vertėtų labiau pasidomėti esamomis nevyriausybinėmis organizacijomis savivaldybėje ir užmegzti su jomis ryšius bei įtraukti į pagalbos teikimo sistemą. Šios organizacijos vaidina didelį vaidmenį integruojant priklausomybes turinčius asmenis atgal į visuomenę.
- Trūksta specialistų, dirbančių su psichoaktyvias medžiagas vartojančiais asmenimis, kompetencijų, ypač specialiųjų, susijusių su motyvacija padėti šios grupės asmenimis.
- Trūksta psichiatrų medicinos įstaigose ir psichologų mokyklose.
- Nesutariama dėl paslaugų priklausomybes turintiems asmenims koordinavimo savivaldybėje, nėra aišku, kas turėtų šią funkciją vykdyti.

15. UKMERGĖS RAJONO SAVIVALDYBĖ

INFORMACIJOS (susijusios su pagalba psichoaktyvias medžiagas vartojantiems asmenims) TEIKIMO MECHANIZMAI SAVIVALDYBĖJE

Tyrimo metu buvo nagrinėta, **kaip yra sužinoma apie asmenį, kuriam reikia paslaugų.** Anot pokalbių dalyvių, apie psichoaktyvias medžiagas vartojančius asmenis dažniausiai sužinoma iš socialinių darbuotojų bei atvejo vadybininkų, kurie informaciją gauna dirbdami su rizikos šeimomis arba į juos pagalbos kreipiasi artimieji: *„Jei šeimose auga vaikai, tai mes gauname pranešimus iš Vaiko teisių apsaugos skyriaus. Jei gauname šeimą dėl tokios [priklausomybės] problemos, tai bendradarbiaujame ir su [Visuomenės sveikatos biuru], ir su policija – į atvejo vadybos posėdžius įtraukiam tikrai nemažą ratą specialistų. Jei gaunam šeimą ne dėl šios problemos, o pastebime, kad ji yra, <...> tada socialiniai darbuotojai ir atvejo vadybininkai identifikuoja šitą problemą“* [UR-2], *„artimųjų pagalbos šauksmai, kai skambina, tai tada mes dažniausiai [į Visuomenės sveikatos biurą] kreipiam“* [UR-5].

Patys priklausomybę turintys pagalbos kreipiasi labai retai: *„Pas mus mišriai – iki 1 proc. ateina patys, o kitus siunčia socialinės darbuotojos, lankančios šeimas“* [UR-9]. Nors buvo pabrėžta, kad jeigu priklausomybę turintis, bet rizikos grupei nepriklausantis, žmogus savarankiškai kreipiasi į gydymo įstaigą, paprastai jis linkęs gydytis anonimiškai ir niekas apie jį nieko nesužino: *„Kalbant apie pačių kreipimąsi, ir jei yra identifikuota gydymo įstaigos arba šeimos gydytojo, kad žmogus turi priklausomybių ir nėra socialinės rizikos pažeistas, tai didžioji dalis žmonių <...> yra nukreipiami į Vilnių arba į privačias klinikas, šeimos prašymu neidentifikuojant asmens. Tai tiesiogiai nepereina per Visuomenės sveikatos biurą“* [UR-6].

Aptariant, **kaip asmenys, kuriems reikia pagalbos, sužino apie galimas paslaugas,** buvo vėlgi pažymėta, kad informaciją skleidžia patys socialiniai darbuotojai, arba sužinoma iš kaimynų, draugų: *„Greičiausiai socialiniai darbuotojai. Dar būna, kad kaimynai, draugai ir pan.“* [UR-9].

Aiškinantis, **kaip keičiamasi informacija apie priklausomus asmenis tarp skirtingų paslaugų tiekėjų,** buvo teigiama, kad didžiausias keitimosi informacija stygius įžiūrimas tarp socialinių paslaugų tiekėjų ir sveikatos apsaugos institucijų, kas siejama su Asmens duomenų apsaugos įstatymo apribojimais: *„Dabar mes nežinom, ką, kur nukreipė Psichikos sveikatos centras. Mes žinom tik savo, ką mums duoda nestacionarių [Nestacionarių socialinių paslaugų centras], o kas vyksta tarp gydytojų ar privačių poliklinikų, tai mums nieko nesako. Kiek mums atsiunčia, tiek ir turim“* [UR-9], *„Dėl statistikos, tai manau, kad gydytojas turėtų sutikti ir pateikti tokius duomenis, bet asmeninių be žmogaus sutikimo negalima. Juk tai nėra gydytojo noras ar*

nenoras, tai teisinė atsakomybė“ [UR-6]. Kita vertus, buvo atkreiptas dėmesys, kad yra galimybė gauti informaciją iš gydytojų, tik jos poreikis turi būti pagrįstas: „Mes, prašydami duomenų, turime turėti pagrindą jų prašyti. Nebent žmogus išreiškia norą, kad duomenys būtų pateikti. Kai socialiniai darbuotojai prižiūri šeimą [su vaikais], tai jie turi teisę gauti informaciją ir padėti šeimai“ [UR-6], „Jei socialinis darbuotojas lydi tą asmenį, ir jei jam teikiamos paslaugos, tai kas liečia Ukmergėje gydytoją psichiatrą, tai tikrai bendradarbiaujam“ [UR-2].

Iš esmės socialinių paslaugų tiekėjai supranta Asmens duomenų apsaugos įstatymo apribojimus ir priekaištai sveikatos apsaugos institucijoms teikiami tik dėl to, kad gydytojai, matydami socialinės pagalbos poreikį, ne visada informuoja savo pacientus, kur jie galėtų ją gauti: „Pirminis taškas, iš ko turėtume gauti informaciją, tai būtų Psichikos centras, kuris dažniausiai identifikuoja šitas problemas, bet šita informacija sklinda tik tada, kai nueini ir pamatai, kad žmogui reikia pagalbos. <...> Pas mus buvo žmogus, galbūt socialinės rizikos ir būtų reikalinga pagalba, jei žmogus sutinka, tiesiog perduoti numerį, pasiskambinti, pabandyti žmogui padėti. Šitoj vietoj matau kol kas didžiausią spragą“ [UR-6]. Tačiau Psichikos sveikatos centro atstovė patikino, kad gydytojai priklausomiems asmenims siūlo kreiptis pagalbos, klausia ar galėtų jų kontaktus perduoti socialinių paslaugų tiekėjams, bet retai gauna sutikimą: „Esu iš psichikos centro. Kas pas mus papuola, tai dažniausiai jiems būna pasiūlomas priklausomybių konsultantas, gydytis toliau. Jei žmogus sutinka, jis būna nukreiptas. Dažniausiai žmonės nesutinka ir nenori, kad informacija būtų viešinama. <...> Jis turi sutikti, kad perduotume jo telefono numerį, bet jie dažniausiai nenori. Tie, kurie pasiryžta eiti, patys ir pasiskambina“ [UR-7].

Pažymėta, kad teikiant pagalbą priklausomiems asmenims bendradarbiaujama ir su teisėsaugos institucijomis – Probacijos tarnyba savo prižiūrimus asmenis siunčia pas priklausomybių konsultantą, o šis, savo ruožtu, informuoja Probacijos tarnybą, ar siūstas asmuo pas ją lankosi: „Mes su Probacija taip ir bendradarbiaujame: jie [nuteistieji] lanko, mes pranešam. Jei jie nelanko, tada Probacija jų ieško. Turime su policija bendradarbiavimo sutartį dėl smurto ir dėl alkoholio“ [UR-9].

Vis dėlto diskusijos eigoje išaiškėjo, kad įvairių institucijų bendradarbiavimui trukdo nepakankama informacijos apie priklausomiems asmenims teikiamas paslaugas sklaida. Šios informacijos trūksta tiek paties socialinės apsaugos sektoriaus darbuotojams, tiek kitų sektorių paslaugų tiekėjams. Pavyzdžiui, apie priklausomybių konsultanto paslaugų galimybę policijos atstovė teigė nežinojusi ir abejojo, ar jos kolegos tai žino, taip pat ir kalbinta Pirminės sveikatos priežiūros centro atstovė sakėsi, kad pirmą kartą apie tai girdi: „Man labai naudinga, tai, ką mes kalbame, nes daug dalykų tiesiog pamirštame, nežinome. Mes dabar turime kontroliuojamų žmonių, kurie yra padarę nusikaltimus <...> Turime dvi grupes, 70 žmonių, kurias prižiūri pareigūnai. Manau, kad dalis jų gal net nežino apie priklausomybių konsultantus. Po šito susitikimo paklausių visų vyriausių tyrėjų, ar jie žino, kur kreiptis“

[UR-1], „Kalbėjau su viena direktore iš Pirminės sveikatos priežiūros centro, tai labai keista, kad ji pirmą kartą girdi, kad yra priklausomybių konsultantas. Būna, kad ir socialinės darbuotojos nežino, nors, atrodo, daug kartų šnekėta. Bet turbūt reikia dar ir dar apie tai kalbėti“ [UR-9].

Buvo aptarti ir keitimosi informacija su nevyriausybinio sektoriaus atstovais ypatumai. Pastebėta, kad itin glaudus bendradarbiavimas vyksta su reabilitacijos centrais: „Kas liečia reabilitacijos įstaigas ar Molėtų „Nugalėtojų akademiją“, tai socialiniai darbuotojai net gydymo metu palaiko ryšį. Gaunam ne rašytines, bet tokias rekomendacijas, konsultacijas po to, kai būna išleistas žmogus. Tiek, kiek socialinis darbuotojas sugeba užmegzti ryšį su reabilitacijos klinika ar gydytoju, tai tikrai ryšys yra“ [UR-2]. O su AA grupėmis, atvirkščiai, neturima jokių kontaktų: „Kas liečia AA organizacijas, tai jie tikrai jokių duomenų neteikia. Dažniausiai iš reabilitacijos grįžę žmonės būna nukreipiami lankyti AA klubus. Patikrinti ar žmogus toliau lanko, tęsia duotas rekomendacijas – negalime“ [UR-2].

Pokalbio dalyviams uždavus klausimą, **kas padėtų užtikrinti geresnę informacijos prieinamumą**, buvo pabrėžtas priklausomybių konsultanto vaidmuo. „O dėl bendradarbiavimo, tai priklausomybių konsultantas turėtų būti vienu iš pagrindinių žmonių, kuris turi informaciją, bendrauja su žmogumi, turi kompetencijų įvertinti vieną ar kitą programą ir taikyti“ [UR-4].

Kita vertus, buvo išsakyta nuomonė, kad socialinių paslaugų tiekėjai turėtų daugiau tarpusavyje bendrauti ir spręsti priklausomų žmonių problemas pasitelkdami įvairių tarnybų specialistus: „Man atrodo, kad labai sveikintini dalykai bendri susitikimai, atvejo vadybos inicijavimas. Tada tikrai galime išsiaiškinti“ [UR-5].

Svarstant, kaip galima būtų sumažinti informacijos apie priklausomybę turinčius asmenis gavimo barjerus, buvo pasiūlyta ne tik nukreipti žmogų, bet ir ieškoti būdų jį paskatinti: „Gal galima pamąstyti <...>, jei mes žmogui įduodam numerį. Žinot, tas žmogus yra labai trapus ir jis gali šiandien norėti, o ryt – nebe. Jam kartais reikia didesnio psichologinio pastiprinimo. Gal <...> jei žmogus sutinka, duodant numerį tuo pačiu informuoti ir Visuomenės sveikatos biurą, kad žmogus sutiko. Palaukus savaitę būtų galima pasiskambinti ir paklausti, ar tam žmogui reikalinga pagalba pastiprinant“ [UR-6].

SAVIVALDYBĖS SOCIALINIO IR SVEIKATOS SEKTORIAUS TEIKIAMŲ PASLAUGŲ (susijusių su pagalba psichoaktyvias medžiagas vartojantiems asmenims) IR JŲ KOKYBĖS VERTINIMAS

Apibrėždami, **kokios institucijos ir/ar organizacijos teikia savivaldybės gyventojams paslaugas, susijusias su priklausomybėmis**, tyrimo dalyviai įvardijo tiek socialines paslaugas teikiančias įstaigas, tiek sveikatos priežiūros institucijas, tiek ir nevyriausybines organizacijas.

Medicininės priklausomybių gydymo paslaugas savivaldybės gyventojams teikia tiek valstybinės tiek privačios pirminės sveikatos priežiūros įstaigos, Psichikos sveikatos centras, Ukmergės ligoninė. Pacientams siūlomos psichiatrų bei psichologų paslaugos, veikia Žemo slenksčio paslaugų kabinetas: „Yra Pirminės sveikatos priežiūros centras, Ukmergės ligoninė. Pirminės sveikatos priežiūros centro spektras labai platus: nuo šeimos gydytojo iki psichologo ir t. t. Ukmergės ligoninė teikia gydymą antro lygio, abstinencijos gydymą, o tada privatūs medicinos centrai <...> teikia psichologo ir psichiatro konsultacijas“ [UR-9], „[dar] Žemo slenksčio kabinetą turim“ [UR-5].

Stacionaraus gydymo galimybės Ukmergėje ribotos, todėl priklausomi asmenys, esant reikalui siunčiami į Respublikinę Vilniaus psichiatrijos ligoninę (iki 1991 m. Respublikinė Naujosios Vilnios psichiatrinė ligoninė): „Šeimos gydytojas kreipiasi į ligoninę, II lygio konsultacija, rašo siuntimą. Tada II lygio gydytojas siunčia į Naująją Vilnią ar guldosi pas save. Pas juos palatų nedaug – penkios-šešios. Jei nėra vietos, tada veža į Vilnių“ [UR-9]. Į Respublikinę Vilniaus psichiatrijos ligoninę priklausomi asmenys dažniausiai vežami „extra atvejais“, kai reikia išblaivinimo ir tik retu atveju jie sutinka psichiatrinėje ligoninėje pasilikti ilgesniam gydymui: „Greitosios medikas sprendžia, kur vežti – Dažniausiai į Naująją Vilnią veža. Bet Vilnioj jie palaikomi 3-4 dienas, palašinama lašelinė ir vėl paleidžia“ [UR-9], „Dažniausiai [pacientai siunčiami] į Naująją Vilnią, nes privačios tik mokamai blaivina. <...> Jei Naujojoj Vilnioj jie sutinka gydytis, tada juos ilgiau perveda. Bet čia retenybė“ [UR-7]. Buvo teigiama, kad paprastai priklausomi asmenys gydymo įstaigoje pageidauja greitos paslaugos, lengvinančios abstinencijos būseną: „Jie atėję dažniausiai būna prasiblaivę ir jiems labai bloga. Tada gauna siuntimą ir viskas – gavo, ko reikia, ir dingo“ [UR-7], „Nepamirškite, kad jiems Naujojoj Vilnioj pabūti tris paras geriau negu 6 mėnesius eiti pas psichologą, kažką kalbėti“ [UR-9].

Kita medicinos paslaugų priklausomiems asmenims suteikimo galimybė – tai Respublikinis priklausomybės ligų centras (RPLC), Ukmergės nestacionarių socialinių paslaugų centras su RPLC yra pasirašęs bendradarbiavimo. Tyrimo dalyviai patikino, kad RPCL paslaugos yra vienos efektyviausių, ypač ilgalaikė Minesotos programa: „Ilgalaikės Minesotos programos yra pačios efektyviausios, jei žmogus priima tą ilgalaikę programą ir po to ateina į palaikomąją programą ar pas mus, ar kreipiasi į AA. Tos išeitys yra geresnės ir rezultatai geresni. Labai svarbus dalykas patį priklausomą įtraukti į tą algoritmą, nes čia labai daug per jo motyvaciją eina“ [UR-4]. Tačiau būtent priklausomų asmenų motyvacijos trūkumas tampa barjeru pasinaudoti siūlomomis paslaugomis, ypač jei paslaugos tenka laukti: „Labai retas, man gal iš dvidešimties tik vienas sutinka“ [UR-7], „Turime [galimybę nukreipti savo ligonius į Minesotos programą], jei yra vietų. Kartais reikia laukti 2-3 savaites, tai jei išlaukia – gerai“ [UR-9].

Tyrimo dalyviai nurodė, kad Ukmergės rajone svarbiausia įstaiga, koordinuojanti socialinę pagalbą priklausomiems asmenims yra Visuomenės sveikatos biuras, kuris teikia priklausomybių konsultanto, psichologo paslaugas, taip pat atsakingas už informacinę ir švietėjišką veiklą. Visuomenės sveikatos biuro atstovai nurodė, kad turimų specialistų ir teikiamų paslaugų pakanka, daugiau problemų kyla su priklausomų žmonių motyvacija naudotis šiomis paslaugomis: „Mes, VSB, pernai gavom valstybės biudžetą, apie 18 000 Eur. Viskas buvo skirta psichologiniam konsultavimui, sudarytos sąlygos psichologėm važiuoti į vietą, bet buvo pandemija. Pinigų yra, tik reikia motyvuoti žmones“ [UR-9], „Priklausomybių ligų konsultantas kol kas yra vienas. <...> Kol kas to vieno pakanka <...>. Dariau ataskaitą, tai per metus [konsultuota] 60 žmonių – tai 5 per mėnesį, nedaug. <...> Tikrai [specialistų] pakanka, nėra paliktų be pagalbos“ [UR-9]. Be to buvo nurodyta, kad planuojama parengti dar 3-4 naujus priklausomybės konsultantus, nors Visuomenės sveikatos biuras turi galimybę samdyti tik 2 konsultantus.

Svarbus vaidmuo teikiant socialines paslaugas tenka Ukmergės nestacionarių socialinių paslaugų centrui, kuriame dirba virš 100 socialinių darbuotojų: „[Nestacionarių socialinių paslaugų centre] socialinių darbuotojų yra virš 100: atvejo vadybininkai, padėjėjai ir t. t.“ [UR-9]. Visuomenės sveikatos biuro ir Nestacionarių socialinių paslaugų centro specialistai glaudžiai bendradarbiauja, stengdamiesi padėti priklausomybes turintiems žmonėms: „priklausomybių konsultantas nukreipia, perduoda socialiniam, jis stebi, daro planą. Jei atsinaujina, tai vėl viską iš naujo darom“ [UR-9], „Mums, kaip socialinių paslaugų centrui, labai patogu bendradarbiauti su Visuomenės sveikatos biuru, nes jie turi pakankamai daug programų ir gali nukreipti toliau. Turime ir atgalinį ryšį, ir užtikrintą anonimiškumą, ir būtinąjį bendradarbiavimą. Ukmergėje yra pagalbos, bet jį [priklausomą žmogų] įtikinti – kitas klausimas“ [UR-5].

Svarstant galimybę užtikrinti priklausomiems asmenims palydėjimo paslaugas, buvo pažymėta, kad Nestacionarių socialinių paslaugų centras, priėmus tokį sprendimą, susidurtų su papildomų darbuotojų poreikio problema: „Galvoju, kad mes rajone psichologinę pagalbą esame pakankamai išvystę, tam skyrę lėšų. Jei susidurtume su palydėjimo paslauga. Mūsų nors ir didelis paslaugų centras, socialinių darbuotojų daug, bet jie pasiskirstę pagal funkcijas. Dabar yra valstybės sukurta nauja paslauga grįžusiems iš įkalinimo įstaigų. Jie turi turėti tą, kas kuris jį veda už rankos. Lygiai tą patį mes galime kalbėti ir apie šituos [priklausomus] žmones, tada čia susidurtume su socialiniais darbuotojais, kurių, jei norime praplėsti paslaugą, labai daugėja. Ten, kur yra šeimos, mes turime krūvą socialinių darbuotojų, bet paprastai geria tie, kurie yra praradę šeimas, ir kurie yra kriziniam amžiui“ [UR-8].

Tyrimo dalyviai minėjo ir nevyriausybės organizacija, kurios dalyvauja paslaugų priklausomiems asmenims teikimo sistemoje. Buvo pažymėta, kad ypač naudingi stacionarias

reabilitacijos paslaugas teikiantys centrai, nes jų paslaugos ilgalaikės: „Kol kas matom, kad reabilitacijos centrai duoda naudos, jei tai ilgalaikis rodiklis. Mėnesis, tai dar ne rodiklis, nes būna ir atkryčio rizika didelė, o tie, kurie išbūna bent pusę metų, tai didelė tikimybė, kad turėsime blaivų gyvenimą“ [UR-5].

Anoniminių alkoholikų (AA) grupės taip pat vertinamos kaip svarbi palaikomosios pagalbos priemonė: „Tie, kas pradeda lankyti AA ir juos užkabina, tai jie patys nueina ir laukia, kada vėl galės eiti. Tie, kurie lanko, jau patys nori kitiems padėti“ [UR-7]. Paminėta, kad priklausomybių konsultantas dažnai savo klientus nukreipia būtent į AA grupes, o Ukmergės rajone jų yra dvi. Buvo pabrėžta, kad AA grupės teikia pagalbą ne tik patiems priklausomiems asmenims, bet ir jų šeimoms „Stovyklas kas ketvirtį ir dažniau organizuoja AA, tai ten vyksta ir šeimų stovyklos. <...> Keletą šeimų yra pavykę nusivežti ir tikrai užsikabina lengvai, ten pakankamai geros paslaugos“ [UR-3].

Diskusijos metu svarstant kitų NVO pritraukimo potencialą, buvo iškelta mintis, kad vietos bendruomenių organizacijos galėtų būti aktyviau skatinamos spręsti priklausomybių problemas: „Bendruomenės turbūt labiausiai dalyvauja, nes yra suinteresuotos kiekvienu vienetiniu atveju. Turim atvejų, kai skambina pačios bendruomenės, ir pasako, kad turi problemų su žmogumi. <...> Galėtume pastiprinti šią sritį, nes bendruomenių yra daug. <...> Tai galėtų būti vienu iš NVO [paramos] prioritetų. Arba projektai, kurie eina per sveikatos fondą, gal net labiau tiktų. <...> Miesto vietos veiklos grupės yra orientuotos į socialinę atskirtį, tai reiktų rasti tiekėją, kuris tuo užsiima“ [UR-8].

Apibendrintai vertindami paslaugų priklausomiems asmenims sistemą savivaldybėje, tyrimo dalyviai nurodė, kad sistema, galbūt ne iki galo sustyguota, bet veikia gerai: „Man atrodo, kad Ukmergė gali džiaugtis, kad Visuomenės sveikatos biuras turi gerus specialistus. Yra tikrai daug psichologų, kurie yra įsitraukę į šitą kompleksą. Taip pat yra ne viena medicinos įstaiga, kuri tai daro, Manau, kad kompleksiskumas vyksta, tik jis ne tiek sudėliotas į algoritmą. <...> Sistema pas mus rajone veikia tikrai gerai“ [UR-5].

PSICHOAKTYVIAS MEDŽIAGAS VARTOJANTIEMS ASMENIMS TEIKIAMŲ PASLAUGŲ TOBULINTINI ASPEKTAI

Aptariant paslaugų priklausomiems asmenims tobulintinus aspektus pažymėta, kad viena iš problemų – tai geresnis teikiamos **pagalbos tęstinumo užtikrinamas**. Buvo pastebėta, kad nepakankamai išplėtotą pagalbą pasiūla priklausomybę turinčių asmenų šeimos nariams: „Nors mes turėjom nedaug susitikimų, bet išryškėjo, kad labai svarbi pagalba yra priklausomų asmenų artimiesiems. Išsigrynino, kad būtų reikalinga grupinė terapija, kur gautų pagalbą artimieji, gal labiau išmokyti palydėti“ [UR-4].

Buvo teigiama, kad tobulintinas ir teikiamų **paslaugų savalaikiškumas**, nes ilgalaikis laukimas eilėse priėmimui į Priklausomybės ligų centrą, trūkstant stiprios motyvacijos, neretai baigiasi paciento atsisakymu gydytis: „Turime [galimybę nukreipti savo ligonius į Minesotos programą], jei yra vietų. Kartais reikia laukti 2-3 sav., tai jei išlaukia – gerai. Su priklausomais nuo alkoholio būna taip, kad jie visko nori, kai jiems blogai, o kai reik važiuot – nebevažiuoja“ [UR-9].

Tyrimo dalyviai, taip pat iškėlė mintį, kad tobulintinas šeimos **gydytojų darbo organizavimas**, suteikiant jiems daugiau galimybių atpažinti priklausomybes: „Man atrodo svarbu, kad gydytojas išvelgtų žmogaus beprasidedantį polinkį, bet tai nevyksta dėl to, kad gydytojai turi daug darbo. Gal jie kaip tik mažiausiai reaguoja – išrašo vaistų ir viskas“ [UR-9].

Pagalbą priklausomiems apsukina ir tai, kad socialiniai darbuotojai ne visada žino, kaip jiems elgtis, jeigu kreipiasi neblaivus žmogus, kuriam būtinas **išblaivinimas**: „Kai ateina drebėdamas, tai vienintelis siuntimas – išblaivinimas už 90-100 Eur, kaip kitaip girtam su 3-4 promilėm padėsi. Vienintelė visų pagalbų sąlyga – jis turi būti blaivus bent 2-3 d.“. Viena vertus, jeigu žmogus negali susimokėti už išblaivinimą, atsisakyti jam teikti pagalbą nehumaniška, kita vertus, finansuojant išblaivinimo išlaidas, galimas piktnaudžiavimas. Todėl diskusijos dalyvių nuomonės išsiskyrė: vieni sakė „Jei kiekvieną po 100 Eur blaivinsim, tai pinigai labai greitai baigsis ir nebeliks konsultacijoms“ [UR-9], tuo tarpu kiti aiškino, kad stengiasi atrasti galimybes skirti šiam tikslui pinigų: „Sveikatos biuras skambina mums [savivaldybės Socialinės paramos skyriui] ir mes apmokame. <...> Vienkartinių pašalpų skyrimo tvarkoj turime priemonę. <...> Pervedame pinigus ne pačiam žmogui, o į įstaigą, kurioje gydysis. Aiškaus algoritmo rajone vis tiek dar neturime“ [UR-8].

PASIŪLYMAI IR REKOMENDACIJOS DĖL PAGALBOS SISTEMOS (vartojantiems psichoaktyvias medžiagas ir turintiems priklausomybę asmenims) PRIEINAMUMO DIDINIMO, INTEGRUOTUMO STIPRINIMO

Tyrimo dalyvių nuomonės dėl pagalbos sistemos prieinamumo bei integruotumo didinimo išsiskyrė. Vieni teigė, kad priklausomybių konsultanto funkcijos turėtų būti praplėstos, įtraukiant ir paslaugų priklausomiems asmenims koordinavimo atsakomybę: „Aš šitam algoritme įsivaizdavau, kad galėtų viskam vadovauti mūsų priklausomybių konsultantas, kuris pradeda konsultuoti žmogų, ir pabaigia, palaiko ryšį su socialiniais, medikais“ [UR-9]. Kitų požiūriu, turėtų būti sukurta atskira koordinatoriaus/ atvejo vadybininko pareigybė: „Sveikatos biure yra priklausomybių konsultantas, Psichikos sveikatos centre yra darbuotojos, kurios su tuo dirba. Bet jei atsirastų kažkokia institucija, kurioj būtų atvejo vadybininkas, koordinuojantis palydėjimą. Jei priklausomybių konsultantas dirba, konsultuoja, pasiunčia, tai dar jam pačiam viską koordinuoti“ [UR-5].

APIBENDRINIMAS

- Ukmergės rajone priklausomiems asmenims teikiamų paslaugų sistema vertinama kaip gerai veikianti – manoma, kad specialistų ir teikiamų paslaugų pakanka. Problemos siejamos su nepakankama priklausomų žmonių motyvacija naudotis šiomis paslaugomis.
- Rajone yra aiškiai įvardinta svarbiausia, socialinę pagalbą priklausomiems asmenims koordinuojanti įstaiga – tai Visuomenės sveikatos biuras. Vis dėlto pripažįstamas geresnio paslaugų priklausomiems asmenis koordinavimo poreikis, tačiau trūksta aiškaus supratimo, koku būdu jį reikėtų tobulinti – praplečiant priklausomybių konsultanto funkcijas, ar sukuriant atskirą pareigybę.
- Manoma, kad tikslinga stiprinti šeimos gydytojų vaidmenį, suteikiant jiems daugiau atsakomybių ir galimybių atpažinti priklausomybes.
- Didžiausias bendradarbiavimo ir keitimosi informacija stygius įžiūrimas tarp socialinių paslaugų tiekėjų ir sveikatos apsaugos institucijų, kas iš dalies siejama su Asmens duomenų apsaugos įstatymo apribojimais, bet kartu ir su gydytojų neaktyvumu siūlant pacientams socialines paslaugas. Todėl tikslinga būtų plėsti turimą bendradarbiavimo su kai kuriomis gydymo įstaigomis/ gydytojais patirtį (nukreipimas pas priklausomybių konsultantą), aktyviau skleidžiant informaciją tarp gydytojų, bei sukuriant tvarką, numatančią socialines paslaugas teikiančių specialistų įtraukimą į asmenų, kuriems galima teikti informaciją, sąrašą. Taip pat svarbu būtų socialinės apsaugos ir sveikatos priežiūros institucijoms apsibrėžti informacijos keitimosi mechanizmą ir galimos teikti informacijos ribas.
- Paslaugas priklausomiems asmenims teikiantiems specialistams, dirbantiems tiek socialinės apsaugos, tiek sveikatos apsaugos, tiek teisėsaugos institucijose, trūksta informacijos apie priklausomybių konsultanto veiklą. Todėl Visuomenės sveikatos biurui tikslinga būtų gerinti informacijos sklaidą apie teikiamas paslaugas.
- Nepakankamas Priklausomybės ligų centro teikiamų paslaugų operatyvumas, ko pasekoje priklausomybėmis sergantys asmenys praranda motyvaciją gydytis. Iš dalies problemos sprendimą palengvintų didesnis savivaldybių specialistų informuotumas apie planinės medicininės pagalbos organizavimo ypatumus, kita vertus, tobulintina su priklausomais asmenimis dirbančių specialistų kompetencija motyvuoti psichoaktyvias medžiagas vartojančius žmones atsisakyti žalingų įpročių.

- Pagalbą priklausomiems apsukina tai, kad neretai į socialinius darbuotojus kreipiasi žmonės, kuriems būtinas išblaivinimas. Tikslinga būtų svarstyti apie humaniškos, bet piktnaudžiavimą eliminuojančios sistemos sukūrimą.
- Pripažįstama NVO svarba užtikrinant paslaugų priklausomiems asmenims tęstinumą, tačiau jų potencialas nėra pilnai išnaudojamas: kaimo bendruomenės neskatinamos spręsti priklausomybių mažinimo problemų, nepakankamai išplėtotą pagalbos pasiūlą priklausomybę turinčių asmenų šeimos nariams.

TYRIME DALYVAVUSIŲ SAVIVALDYBIŲ SITUACIJOS APIBENDRINIMAS

SSGG ANALIZĖ, IŠVADOS IR REKOMENDACIJOS

Apibendrinant tyrime dalyvavusių savivaldybių situaciją, buvo atlikta stiprybių, silpnybių, galimybių ir grėsmių (SSGG) analizė. Ši analizė naudojama kaip valdymo ir planavimo priemonė, padedanti nustatyti strategijas ir veikimo kryptis.

SSGG (angl. SWOT – Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats) analizė nukreipta į vidinių (apimančių stiprybes ir silpnybes) ir išorinių (apimančių galimybes ir grėsmes) veiksnių nustatymą.

Šiuo atveju stiprybių, silpnybių, galimybių ir grėsmių analizė buvo atliekama remiantis kokybinio tyrimo, atlikto 15 Lietuvos savivaldybių, rezultatais ir jos pagrindu buvo suformuluotos apibendrintos išvados bei rekomendacijos.

STIPRYBIŲ, SILPNYBIŲ, GALIMYBIŲ IR GRĖSMIŲ (SSGG) ANALIZĖ

<i>STIPRYBĖS</i>	<i>SILPNYBĖS</i>
–Platus paslaugas priklausomybės turintiems asmenims teikiančių institucijų/ specialistų ratas, apimantis penkis Respublikinio priklausomybės ligų centro filialus, psichiatrijos ligonines, savivaldybių pirminės sveikatos priežiūros įstaigas, Psichikos sveikatos centrus, Visuomenės sveikatos biurus ir priklausomybių konsultantus, Socialinių paslaugų centrus, seniūnijų socialinius darbuotojus; –Savivaldybėse, kuriose parengtos ir įgyvendinamos Priklausomybių mažinimo programos (pvz., Plungės r., Alytaus r., Šilalės r., Akmenės r. ir kt.), sudarytos galimybės koordinuoti pagalbą, finansuoti būtinas išlaidas; –Kai kuriose savivaldybėse (pvz., Ukmergės r., Plungės r., Alytaus r.) yra konkretus priklausomybių mažinimo veiklų koordinatoriaus (žmogus / įstaiga);	–Respublikinių priklausomybės ligų centro filialų nuotolis nuo daugelio savivaldybių (susijęs su susisiekimo ir finansinių kaštų problemomis) bei eilės dėl stacionarių paslaugų vietų skaičius, mažina priklausomybių gydymo paslaugų prieinamumą bei savalaikiškumą; –Pasigendama galimybių arti kliento, vienoje vietoje kompleksiškai teikti visas priklausomiems asmenims būtinas paslaugas; –Daugelis savivaldybių specialistų pripažįsta geresnio paslaugų priklausomiems asmenis koordinavimo poreikį, tačiau nėra aiškaus atsakymo, kaip šią problemą spręsti; – Abejojama priklausomybių konsultantui keliamų ir konsultavimo paslaugų teikimo tvarkos apraše apibrėžtų kvalifikacinių reikalavimų pakankamumu; –Kai kuriose savivaldybėse

–Yra stipriai motyvuotų ir iniciatyvių priklausomybių konsultantų, kurie aktyviai įsitraukia į žalingai vartojančių ar priklausomybės ligomis sergančių asmenų pagalbos proceso organizavimą; –Kaimiškose vietovėse seniūnijų socialiniai darbuotojai turi tiesioginį kontaktą su vietos gyventojais, todėl dažnai jie tampa pirmine informacijos apie priklausomybę turinčius asmenis grandine bei informacijos apie galimą pagalbą šaltiniu; –Dažnu atveju socialinių paslaugų tiekėjų (ypač mažesnėse savivaldybėse) tiesioginiai kontaktai su bendruomene užtikrina paslaugų priklausomiems asmenims savalaikį teikimą; –Didžioji dalis paslaugų priklausomiems asmenims tiekėjų nesmerkia nuo psichoaktyvių medžiagų priklausomų žmonių ir supranta, kad tai liga, kurią reikia gydyti; –Paslaugų priklausomiems asmenims tiekėjų požiūriu, mažinant priklausomybių paplitimą, didžiausias dėmesys skiriamas intervencinėms, o ne prevencinėms priemonėms; –Socialinių paslaugų priklausomiems asmenims tiekėjai turi patirtį, kaip spręsti įvairias kylančias kliūtis pagalbos asmeniui teikimo procese (pagalba tarpininkaujant; informuotų sutikimų pasirašymas ir kt.) –Psichikos sveikatos centrai turi specialistų komandą: gydytojai psichiatrai, psichologai, socialiniai darbuotojai; –Savivaldybėse, kuriose veikia aktyvios NVO, jos vaidina svarbų vaidmenį teikiant įvairias socialines paslaugas priklausomiems asmenims, užtikrinant žemo slenksčio, reabilitacijos bei resocializacijos galimybes;	- bendradarbiavimas tarp skirtingų institucijų remiasi ne reglamentuota tvarka, o žmogiškuoju faktoriumi, tokiu kaip specialistų asmeninės pažintys ir ryšiai; – Socialinių paslaugų tiekėjams trūksta aiškaus priklausomybių konsultanto veiklos apimčių, bei vykdomų funkcijų supratimo; – Socialiniai darbuotojai didžiąja dalimi yra orientuoti į darbą su socialinės rizikos šeimomis, kuriose auga vaikai, todėl vieniši, vaikų neturintys priklausomi asmenys dažnai nepatenka į socialinių paslaugų tiekėjų akiratį; – Socialines paslaugas teikiantiems specialistams, ne visada pakanka gebėjimų, būtinų užmegzti kontaktą, motyvuoti gydytis, ar žinių, kur nukreipti savo klientą; –Paplitęs neigiamas visuomenės požiūris į priklausomybes turinčius asmenis; – Priklausomi asmenys vengia kreiptis pagalbos dėl vyraujančių stereotipų, kad besikreipiantys pagalbos pas psichologus, psichiatrus yra „psichiniai ligoniai“; –Nepakankamas dėmesys skiriamas priklausomybių prevencijai bei švietėjiškai, .informacinei veiklai; –Savivaldybės neturi patikimos informacijos apie priklausomybių paplitimą kaupimo bei monitoringo sistemos; –Trūksta bendradarbiavimo ir keitimosi informacija teisės aktų rėmuose tarp socialinių paslaugų tiekėjų ir sveikatos priežiūros institucijų; –Socialinių paslaugų tiekėjai nepakankamai išnaudoja esamas galimybes spręsti informacijos iš sveikatos priežiūros įstaigų apribojimus; –Psichikos sveikatos centrų gydytojai nepakankamai informuoti apie galimas
--	--

–Stiprios AA grupės vaidina svarbų vaidmenį ne tik užtikrinant pagalbos priklausomiems asmenims tęstinumą, bet ir taiko priemones, keičiančias visuomenės požiūrį į priklausomus asmenis (pvz., atviri susitikimai); –Pagalbą priklausomiems asmenims teikiančių specialistų nuomone, nevyriausybinių sektoriaus paslaugos organizuojamos ir teikiamos klientams tinkamu laiku, yra mažiau formalios, todėl klientų teigiamai vertinamos; – Kai kurios kaimo bendruomenių organizacijos (pvz., Alytaus r., Ukmergės r.) prisideda prie pagalbos priklausomiems asmenims teikimo; –Nevyriausybinių organizacijų teikiamos laikino apgyvendinimo paslaugos ilgalaikės reabilitacijos bendruomenėse, vertinamos kaip viena efektyviausių pagalbos priklausomiems asmenims formų; –Sukurta probacijos sistema, kurioje taikomos efektyvios apleistos elgesio keitimo priemonės.	socialines paslaugas; –Nepakankama Psichikos sveikatos centrų teikiamų paslaugų kokybė – gydytojai apsiriboja vaistų išrašymu, neaktyviai siūlo tęstinę socialinę pagalbą po gydymo; –Psichikos sveikatos centrams (ypač kaimo vietovėse) trūksta specialistų – psichiatrų, psichologų; –Šeimos gydytojai mažai dėmesio skiria priklausomybės atpažinimui ir diagnostikai; – Nepakankamas gydymo paslaugų operatyvumas dėl eilių patekti pas specialistus ir vietų trūkumo stacionaruose; –Nepakankamas išblaivinimo paslaugų prieinamumas/ aukšta kaina; –Savivaldybėse trūksta kryptingų (pagalbą priklausomiems asmenims plėtojančių) NVO rėmimo programų; –Probacijos tarnyba stokoja profesionalių darbuotojų, kurie realizuotų elgesį keičiančias programas; –Nepakankamai išplėtotą pagalbą pasiūla priklausomybę turinčių asmenų šeimos nariams.
<i>GALIMYBĖS</i>	<i>GRĖSMĖS</i>
–Galimybė sukurti tarpinstitucinio bendradarbiavimo ir stebėsenos sistemą, kuri leistų užtikrinti įvairių sričių specialistų bendradarbiavimą; –Galimybė plėtoti esamą tarpinstitucinio bendradarbiavimo praktiką (bendradarbiavimo sutartis) bei kurti naujas bendradarbiavimo formas, perduodant klientą iš vienos institucijos į kitą užtikrinant sklandesnę pagalbos priklausomiems asmenims procesą ir integruotų paslaugų teikimą;	–Su priklausomybės ligomis susijusios socialinės problemos nėra įvardinamos kaip valstybės politikos prioritetas; –Trūksta tikomų priklausomybių mažinimo priemonių (gydymo ir/ ar reabilitacijos būdų) poveikio ir ilgalaikio veiksmingumo analizės; –Socialiai pažeidžiamų gyventojų grupių, kurios turi polinkį į žalingą psichoaktyvių medžiagų vartojimą ar priklausomybę, didėjimas dėl galimos ekonominės krizės; –Socialinių ir sveikatos priežiūros paslaugų

–Galimybė padidinti pagalbos priklausomiems asmenims finansavimą šiai sričiai skiriant dalį lėšų, gautų iš alkoholio pramonės surenkamų mokesčių;	išlaidų augimas dėl senstančios visuomenės ir finansavimo priklausomybių mažinimo tikslams mažėjimas; –Paslaugas priklausomiems asmenims teikiančių specializuotų institucijų centralizavimas ar integravimas į kitas sritis, siekiant taupyti lėšas
---	---

APIBENDRINTOS IŠVADOS IR REKOMENDACIJOS

- Respublikinių priklausomybės ligų centrų, psichiatrinių ligoninių nuotolis nuo daugelio savivaldybių (susijęs su susisiekimo ir finansinių kaštų problemomis) mažina priklausomybių gydymo paslaugų prieinamumą. Siekiant didinti pagalbos sistemos prieinamumą bei integruotumą, svarstyti galimybė pasinaudoti gerąja kitų šalių patirtimi ir daugiau paslaugų teikti pirminio lygio asmens sveikatos priežiūros įstaigose, kurios yra arti kliento.
- Priklausomiems asmenims paslaugos geriau išplėtos tose savivaldybėse, kuriose yra parengtos ir įgyvendinamos Priklausomybių mažinimo programos (pvz., Plungės r., Alytaus r., Šilalės r., Akmenės r., Pasvalio r. ir kt.). Tačiau vien Priklausomybių mažinimo programos turėjimas neužtikrina paslaugų kokybės, ypač svarbu, kad būtų įvardintas konkretus priklausomybių mažinimo veiklų koordinatorius (žmogus / įstaiga). Todėl rekomenduotina, kad visos savivaldybės rengtų Priklausomybių mažinimo programas ir svarstytų galimybę turėti įgaliotą šios veiklos koordinatorių (žmogų / instituciją).
- Dalyje savivaldybių paslaugų teikimas priklausomiems asmenims didele dalimi sufokusuotas į aktyvaus priklausomybių konsultanto veiklą, kuri remiasi asmenine iniciatyva, o pagalbos sėkmė – asmeniniais ryšiais. Viena vertus, motyvuotas priklausomybių konsultantas užtikrina pagalbos psichoaktyvias medžiagas naudojančiams asmenims iniciavimą ir koordinavimą, tačiau, kita vertus, tokia situacija gana rizikinga, nes pasikeitus konkrečiam darbuotojui, gali suirti visa pagalbos sistema. Todėl tikslinga sukurti tokią pagalbos sistemą, kuri turėtų aiškiai numatytus mechanizmus ir apibrėžtas tvarkas.
- Socialinių paslaugų tiekėjams trūksta aiškaus priklausomybių konsultanto veiklos apimčių, bei vykdomų funkcijų supratimo, abejojama priklausomybių konsultantui keliamų

kvalifikacinių reikalavimų pakankamumu. Todėl tikslinga būtų inicijuoti platesnę diskusiją, aptariančią priklausomybių konsultantų kompetencijas bei funkcijas, supažindinančią socialinių paslaugų specialistus su įvairiais priklausomybių konsultantų veiklos organizavimo modeliais. Kartu tikslinga būtų rengti ir priklausomybės konsultantų kvalifikacijos tobulinimo/ atnaujinimo, dalinimosi patirtimi ir kitus renginius.

- Savivaldybėse nėra specialisto, kuriam būtų priskirta konkreti pagalbos priklausomybės turintiems žmonėms teikimo funkcija, socialiniai darbuotojai didžiąja dalimi yra orientuoti į darbą su socialinės rizikos šeimomis, kuriose auga vaikai, todėl vieniši, vaikų neturintys priklausomi asmenys dažnai nepatenka į socialinių paslaugų tiekėjų akiratį. Tikslinga būtų svarstyti galimybę turėti savivaldybėse (ypač miestų savivaldybėse, kuriose nėra seniūnijų) socialinį darbuotoją, kurio veikla būtų nukreipta būtent į priklausomus asmenis, arba reikėtų plėsti esamų socialinių darbuotojų funkcijas, į jas įtraukiant pagalbos priklausomiems asmenims teikimą.
- Socialines paslaugas teikiantiems specialistams, dirbantiems su priklausomais žmonėmis, ne visada pakanka gebėjimų, būtinų užmegzti kontaktą, motyvuoti gydytis, ar žinių, kur nukreipti savo klientą. Skatindami priklausomybes turinčius asmenis atsisakyti žalingų įpročių, socialinių paslaugų tiekėjai ne visada naudoja tinkamus metodus – motyvacija gydytis ar gauti kitą pagalbą kartais pakeičiama grasinimu bei apgaule, kas mažina suteiktos pagalbos efektyvumą ir poveikio sėkmę. Todėl atvejo vadybininkams, kitiems socialiniams darbuotojams tikslinga organizuoti specializuotus mokymus, gilinant jų žinias apie pagalbos teikimo priklausomiems asmenims ypatumus, tobulinant priklausomų asmenų motyvavimo ir skatinimo priimti pagalbą kompetencijas bei įgūdžius.
- Neigiamas požiūris į priklausomybės ligas, vyraujantys stereotipai viena vertus, tampa barjeru priklausomybes turintiems gyventojams kreiptis pagalbos, kita vertus, mažina socialinių, sveikatos priežiūros paslaugų tiekėjų motyvaciją aktyviau įsitraukti į pagalbos teikimo sistemą. Todėl aktualu būtų daugiau dėmesio skirti visuomenės nuomonės formavimo priemonėms, keičiant požiūrį į priklausomus asmenis bei akcentuojant priklausomybės kaip ligos sampratą.
- Nepakankamas dėmesys skiriamas švietėjiškai, informacinei veiklai, kas siejama su tuo užsiimančių darbuotojų stoka. Taip pat paslaugų priklausomiems asmenims tiekėjų požiūriu, mažinant priklausomybių paplitimą, didžiausias dėmesys skiriamas intervencijai, o mažiausiai išplėtotą veiklos sritį – prevenciją. Todėl tikslinga būtų daugiau dėmesio skirti

visuomenės švietimui bei prevencinėms priemonėms. Šiuo aspektu aktualu, kad savivaldybėse būtų sukurta patikimos informacijos apie priklausomybių situaciją kaupimo bei monitoringo sistema. Kartu svarbu būtų aiškiai apsibrėžti, kas ir už kokią informaciją savivaldybėje yra atsakingas.

- Didžiausias bendradarbiavimo ir keitimosi informacija stygius įžiūrimas tarp socialinių paslaugų tiekėjų ir sveikatos priežiūros institucijų (dažniausiai tai siejama su Asmens duomenų apsaugos įstatymo apribojimais). Todėl svarbu būtų socialinės apsaugos ir sveikatos priežiūros sistemos institucijoms aiškiau apsibrėžti informacijos keitimosi mechanizmą ir galimos teikti informacijos ribas, kuri būtų tikrai reikalinga ir neperteklinė.
- Kita vertus, socialinių tarnybų atstovai ne visada pakankamai argumentuotai gali pagrįsti, kad be duomenų iš sveikatos priežiūros institucijų nėra galimybės organizuoti efektyvų pagalbos procesą. Todėl darytina prielaida, kad informacijos iš sveikatos priežiūros institucijų gavimo svarba kartais pernelyg akcentuojama. Šiuo metu stebimas pernelyg didelis susitelkimas į atvejo kontroliavimą, o ne santykio su klientu kūrimą, lemia priklausomo žmogaus iniciatyvumo bei asmeninės atsakomybės už savo gyvenimo pokyčius sumažėjimą. Organizuojant pagalbą socialinėse tarnybose, turėtų būti skiriamas dėmesys paties kliento galimybei suteikti informaciją tokios apimties, kuria nori jis pats, taip užtikrinant didesnę kliento įgalinimą veikti savarankiškai.
- Socialinių paslaugų tiekėjai nepakankamai išnaudoja esamas galimybes spręsti informacijos iš sveikatos priežiūros įstaigų apribojimus. Todėl tikslinga būtų sukurti tvarką, numatančią, kaip socialines paslaugas teikiantys specialistai galėtų teisėtai gauti būtiną informaciją (pvz., tiesioginiai kontaktai su artimaisiais, socialinio darbuotojo įtraukimas į sąrašą asmenų, kuriems galima teikti informaciją ir pan.).
- Keitimosi informacija tarp socialinių paslaugų tiekėjų ir sveikatos priežiūros įstaigų barjerai siejami su tuo, kad, viena vertus, Psichikos sveikatos centų gydytojai mažai dėmesio skiria priklausomybėmis sergančių pacientų tolimesnei reabilitacijai, neaktyviai siūlo socialines paslaugas (nenukreipia pas priklausomybių konsultantą ar socialinį darbuotoją). Kita vertus, gydytojams trūksta informacijos apie tęstinės mokslu grįstos socialinės pagalbos po gydymo galimybes. Todėl svarbu būtų ieškoti efektyvių būdų, siekiant stiprinti socialinės apsaugos ir sveikatos priežiūros sistemos institucijų bendradarbiavimą (pvz., bendradarbiavimo sutartys), bei gerinti informacijos tarp gydytojų sklaidą (pvz., informaciniai renginiai, lankstinukai ir pan.).

- Pirminio lygio medicinos paslaugų priklausomiems asmenims prieinamumas ir kokybė vertinami kaip nepakankami. Tai siejama su medicinos specialistų trūkumu bei negatyvia medikų nuostata į priklausomybes, kas sąlygoja formalų požiūrį į pagalbą priklausomiems asmenims. Todėl tikslinga būtų didinti ne tik socialinių paslaugų tiekėjų, bet ir Psichikos sveikatos centrų darbuotojų kompetencijas, keičiant jų požiūrį į priklausomybėmis sergančius pacientus bei akcentuojant socialinių tarnybų / įstaigų įtraukimo į gydymo planą svarbą.
- Šeimos gydytojai mažai dėmesio skiria priklausomybių diagnostikai, todėl tikslinga būtų stiprinti šeimos gydytojų vaidmenį, suteikiant jiems daugiau atsakomybių ir galimybių atpažinti priklausomybes.
- Nepakankamas gydymo paslaugų priklausomiems asmenims operatyvumas dėl eilių patekti pas specialistus ir vietų trūkumo stacionaruose, ko pasekoje priklausomybėmis sergantys asmenys praranda motyvą gydytis. Iš dalies problemos sprendimą palengvintų didesnis savivaldybių specialistų informuotumas apie planinės medicininės pagalbos organizavimo ypatumus ir įrankius, kurie padėtų dirbti su gydymo laukiančiu asmeniu. Kita vertus, svarstyтина, kokią pagalbą galima būtų suteikti priklausomiems asmenims, esant skubiems, tačiau būtinosios pagalbos kriterijų neatitinkantiems atvejams.
- Pagalbos priklausomiems asmenims prieinamumą apsukina ribotos išblaivinimo galimybės ir/ ar aukšta šių paslaugų kaina, kas apsunkina negalinčiam savo jėgomis iš „užgėrimo“ išeiti žmogui suteikti planinę abstinencijos gydymo pagalbą, taip pat riboja galimybes patekti į stacionarus gydymo įstaigas. Todėl tikslinga būtų numatyti tokį pagalbos mechanizmą, kad asmeniui, kuris tęsia gydymą (pvz., po išblaivinimo gydosi abstinenciją, tęsia gydymą psichosocialinės reabilitacijos įstaigose ir pan.), būtų užtikrintas paslaugų nepertraukiamumas ir apmokėjimas už paslaugas.
- Apskritai, galima teigti, kad socialiniam sektoriui trūksta informacijos apie priklausomybės ligų gydymo organizavimo principus ir tikslus, o sveikatos sričiai, apie socialinių tarnybų / įstaigų didesnio įtraukimo į gydymo/pagalbos planą galimybes. Todėl, siekiant didinti pagalbos sistemos prieinamumą bei integruotumą, svarbu būtų stiprinti dialogą tarp Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos bei Sveikatos apsaugos ministerijos.
- Pripažįstama NVO svarba teikiant įvairias socialines paslaugas, užtikrinant žemo slenksčio, reabilitacijos bei resocializacijos galimybes. Tačiau nevyriausybinių organizacijų potencialas nėra pilnai išnaudojamas: trūksta kryptingų (pagalbą priklausomiems asmenims

plėtojančių) NVO paramos programų, savivaldybės nelinkusios pirkti paslaugas iš NVO. Todėl tikslinga būtų savivaldybėms palaikyti glaudesnius ryšius su veikiančiomis NVO, skatinant jas aktyviau dalyvauti pagalbos priklausomiems asmenims teikimo sistemoje.

- Susiduriama su efektyvių paslaugų priklausomiems asmenims metodų įvairovės trūkumu. Plečiant priklausomiems asmenims teikiamų paslaugų spektrą, siūloma domėtis metodais taikomais užsienio šalyse, keistis taikomų metodų patirtimi tarp savivaldybių, organizuoti inovatyvių metodų taikymo mokymus, perimti kitų intencijų pasiteisinusius metodus, pavyzdžiui, tikslinga būtų plačiau įvaldyti ir taikyti tokius elgesio keitimo metodus, kaip korekcines programas „Elgesys – pokalbis – pasikeitimas“, „Tik tu ir aš“, kurias šiuo metu veda tik Probacijos tarnyba.
- Manoma, kad Lietuvoje, palyginus su kitomis šalimis, pagalbos priklausomiems asmenims finansavimo sistema nėra pakankamai veiksminga. Tyrimo dalyvių nuomone, siekiant didinti pagalbos sistemos priklausomiems asmenims prieinamumą bei integruotumą, tikslinga būtų pasinaudoti gerąja kitų šalių patirtimi, tobulinant įstatyminę bazę, kuri reglamentuotų alkoholio pramonės ir akcizo mokesčių perpaskirstymą priklausomybių prevencijai bei gydymui.

PRIEDAI

1 PRIEDAS. EKSPERTŲ INTERVIU KLAUSIMYNAS

PRISISTATYMAS IR TYRIMO EIGOS BEI TIKSLŲ IŠAIŠKINIMAS

- Prisistatymas.
- Tyrimo metodo ir eigos pristatymas (technikos naudojimo tikslų paaiškinimas, etikos principų paaiškinimas);
- Tyrimo tikslo pristatymas (tikslas – įvertinti savivaldybėje egzistuojančias socialines, sveikatos ir kt. paslaugas, teikiamas psichoaktyviomis medžiagomis piktnaudžiaujantiems ir nuo jų priklausomiems asmenims, išanalizuoti šių paslaugų spektrą, prieinamumą ir jų koordinavimo lygį savivaldybėje; pateikti rekomendacijas analizuojamų paslaugų integralumo didinimui).

INTERVIU KLAUSIMAI

1. Kokią organizaciją atstovaujate ir kokias priklausomybių prevencijos/ intervencijos /gydymo/ reabilitacijos paslaugas jūsų organizacija teikia?
2. Kaip vertinate jūsų organizacijos teikiamų paslaugų kokybę ir efektyvumą(kokybės ir efektyvumo kriterijai)?
3. Įvardinkite jūsų organizacijos teikiamų paslaugų stipriasias puses.
4. Įvardinkite jūsų organizacijos teikiamų paslaugų trūkumus ir silpnąsias vietas. Kas tai lemia?
5. Kaip vertinate jūsų organizacijos darbuotojų kompetenciją(kokių kompetencijų pakanka, kokių trūksta)?
6. Jeigu yra trūkumų, ką, jūsų manymu, reikėtų keisti/ tobulinti, siekiant sumažinti teikiamų paslaugų trūkumus/ pagerinti jų kokybę? Kas tai turėtų/ galėtų inicijuoti?
7. Kokios kitos institucijos /organizacijos (įskaitant NVO) teikia jūsų savivaldybės gyventojams paslaugas, susijusias su priklausomybėmis?
8. Kokias paslaugas šios organizacijos teikia (prevencija, ankstyvoji intervencija, žalos mažinimas, gydymas, reabilitacija ir socialinė reintegracija)?
9. Kaip jūs vertinate kitų savivaldybės institucijų /organizacijų teikiamų paslaugų kokybę ir efektyvumą (stipriosios pusės ir trūkumai)?

10. Kaip vertinate kitų savivaldybės institucijų /organizacijų darbuotojų kompetenciją(kokių kompetencijų pakanka, kokių trūksta)?
11. Jeigu kitų savivaldybės institucijų /organizacijų veikloje yra trūkumų, ką, jūsų manymu, reikėtų keisti/ tobulinti, siekiant sumažinti teikiamų paslaugų trūkumus/ pagerinti jų kokybę? Kas tai turėtų/ galėtų inicijuoti ar koordinuoti?
12. Kaip vertinate savivaldybėje esamų institucijų / organizacijų kompetencijų pasiskirstymą – ar jis optimalus, t. y. ar teikiamos paslaugos nesidubliuoja, ar užtikrintas pakankamas teikiamų paslaugų spektras?
13. Jeigu paslaugų nepakanka, tai kokių paslaugų/priemonių trūksta? Kodėl? Kokios institucijos/organizacijos turėtų / galėtų spręsti esamo paslaugų trūkumo problemas?
14. Ar užtikrintas teikiamų paslaugų prieinamumas savivaldybės gyventojams, jeigu ne, tai dėl kokių priežasčių? Kokios institucijos/organizacijos turėtų ar galėtų spręsti paslaugų prieinamumo problemas?
15. Kaip vertinate pagalbą teikiančių institucijų / organizacijų veiklos koordinavimo ir bendradarbiavimo lygį?
16. Jeigu bendradarbiavimas nepakankamas, tai kodėl? Kokiose srityse labiausiai trūksta bendradarbiavimo ir veiksmų suderinamumo (pvz. paslaugų tęstinumo stoka, informacijos nepalyginamumas)?
17. Ar galite pateikti pagalbą teikiančių institucijų / organizacijų bendradarbiavimo gerosios praktikos pavyzdžių?
18. Ar, Jūsų požiūriu, pakanka administracinių gebėjimų pagalbą teikiančioms institucijoms / organizacijoms? Kas ir kaip turėtų/ galėtų užtikrinti savivaldybėje teikiamų paslaugų koordinaciją?
19. Kaip turėtų keistis pagalbos sistema, kad ji taptų labiau integruota ir leistų žmogui lengviau patekti į pagalbos sistemą ir gauti nenutrūkstamas reikiamas paslaugas?
20. Kaip, Jūsų manymu, siūlomos priemonės turėtų būti įgyvendinamos valstybės ir/ar savivaldybės lygmenyje?
21. Kokie rodikliai geriausiai atspindėtų esamos situacijos pokyčius ir kas turėtų vykdyti stebėseną?

2 PRIEDAS. FOKUSUOTOS DISKUSIJOS GRUPĖS KLAUSIMYNAS

IŽANGA:

- **Prisistatymas, susipažinimas su diskusijos dalyviais;**
- **Tyrimo metodo ir eigos pristatymas** (technikos naudojimo tikslų paaiškinimas, etikos principų paaiškinimas, tyrimo trukmės apibrėžimas);
- **Tyrimo tikslo pristatymas** (tikslas – įvertinti savivaldybėje egzistuojančias socialines, sveikatos ir kt. paslaugas, teikiamas psichoaktyviomis medžiagomis piktnaudžiaujantiems ir nuo jų priklausomiems asmenims, išanalizuoti šių paslaugų spektrą, prieinamumą ir jų koordinavimo lygį savivaldybėje; pateikti rekomendacijas analizuojamų paslaugų integralumo didinimui).

INFORMACIJOS TEIKIMO MECHANIZMAS SAVIVALDYBĖJE (susijusio su pagalba psichoaktyvias medžiagas vartojantiems asmenims)

- **Kaip yra sužinoma apie asmenį, kuriam reikia paslaugų?** Kaip jis/ji patenka į paslaugų sistemą? (Kreipiasi pats, per socialinius darbuotojus, priklausomų asmenų artimuosius, vaikų teisių apsaugos darbuotojus, policiją, sveikatos paslaugų įstaigas, darbdavius (pvz. Alytaus m.)?)
- **Kaip keičiamasi informacija apie šiuos asmenis tarp skirtingų paslaugų tiekėjų?** Kokios stipriosios ir silpnosios pusės (pvz., savivaldybės, seniūnijos, socialinių paslaugų centrai ne visuomet gauna informaciją)? Kiek informacijos neteikimas yra įtakotas įstatymų, kiek dėl bendradarbiavimo trūkumo (pvz., policija nepateikia informacijos apie vyresnius nei 16 m. vaikus Vaiko gerovės komisijai, nes to neįpareigoja įstatymas)? Gal yra perteklinės informacijos, kuri nėra būtina pradėti organizuoti pagalbą, reikalavimo problemų (pvz. socialinių paslaugų specialistai nori žinoti visą informaciją apie infekcines ligas (pvz. ŽIV, kas sąlygoja etikečių klįjavimą)?
- **Kaip asmuo, kuriam reikia paslaugų, sužino apie galimas paslaugas?** Kokia yra gerosios informacijos teikimo patirtys ir silpnosios pusės?
- **Kas padėtų užtikrinti informacijos prieinamumą?** Kas užsiima, jei užsiima, informacijos susisteminiu ir pateikimu?

SAVIVALDYBĖS SOCIALINIO IR SVEIKATOS SEKTORIAUS INFRASTRUKTŪRA (susijusi su pagalba psichoaktyvias medžiagas vartojantiems asmenims)

- **Kokios institucijos ir/ar organizacijos teikia jūsų savivaldybės gyventojams paslaugas, susijusias su priklausomybėmis?**
- **Esamų institucijų / organizacijų kompetencijų pasiskirstymas** – kokios institucijos / organizacijos kokias paslaugas teikia (prevencija (savivaldybės labai mėgsta „užstrigti“ ties prevencija), tikslinę prevenciją (t.y. susijusią su žalos mažinimu), ankstyvoji intervencija,

žalos mažinimas, gydymas, rehabilitacija ir socialinė reintegracija, palaikymo grupės ir palydėjimas)?

- **Ar teikiamų paslaugų spektras pakankamas**, jeigu ne, tai kokių paslaugų/priemonių trūksta. Kodėl? Kokios institucijos/organizacijos turėtų ar galėtų spręsti esamo paslaugų trūkumo problemas? (Jei nepasako, paklausti gal trūksta rehabilitacijos, palydėjimo, integracijos (darbo suradimas ir pan.) paslaugų, paslaugų nepilnamečiams vaikams (tiek priklausomiems, tiek gyvenantiems su priklausomybę turinčiais tėvais), jų tėvams, šeimos nariams)?
- **Ar užtikrintas teikiamų paslaugų prieinamumas**, jeigu ne, tai dėl kokių priežasčių? (pvz. trūksta stacionaruose vietų gydymui, sunku atvykti į grupes iš atokių kaimiškų vietų ir pan.) Kokios institucijos/organizacijos turėtų ar galėtų spręsti paslaugų prieinamumo problemas?
- **Ar ir kaip užtikrinamas pagalbos savalaikis gavimas** (pagalbos operatyvumas) (pvz., laukiama 1 mėn. vietos stacionare)?
- **Kaip užtikrinamas pagalbos tęstinumas? Kompleksiškumas?**
- **Ar pakanka specialistų?** Jei ne, tai kokių trūksta (pvz., priklausomybės konsultantų, psichologų ir pan.)? Kas ir kaip turėtų spręsti šią problemą?
- **Kokie šių specialistų, pvz. priklausomybių konsultanto, vaidmenys/funkcijos?**

PSICHOAKTYVIAS MEDŽIAGAS VARTOJANTIEMS ASMENIMS TEIKIAMŲ PASLAUGŲ KOKYBĖ

- **Kaip vertinate savivaldybėje teikiamų paslaugų kokybę, efektyvumą?** Pagal kokius kriterijus tai turėtų būti vertinama?
- Jeigu teikiamų paslaugų kokybė, efektyvumas nepakankami, **įvardinkite esamų paslaugų trūkumus ir silpnąsias vietas**. Kas tai lemia? Kas ir kaip tai turėtų spręsti?
- **Kaip vertinate savivaldybėje paslaugas teikiančių institucijų / organizacijų darbuotojų kompetenciją?**
- **Ar pasitaiko neigiamo paslaugų teikėjų darbuotojų požiūrio į priklausomus asmenis apraiškų?** Kiek tai daro įtaką paslaugų teikimo kokybei?
- Jeigu darbuotojų kompetencija nepakankama, **kokių kompetencijų labiausiai trūksta, kokių paslaugų tiekėjų darbuotojams** (pvz., socialinių paslaugų centro, pedagoginės psichologinės tarnybos ar pan.)? Kaip tai turėtų būti sprendžiama?
- **Įvardinkite teikiamų paslaugų stipriąsias puses, pateikite gerosios praktikos pavyzdžių.**

PAGALBĄ PSICHOAKTYVIAS MEDŽIAGAS VARTOJANTIEMS ASMENIMS TEIKIANČIŲ INSTITUCIJŲ IR ORGANIZACIJŲ TARPINSTITUCINIS BENDRADARBIAVIMAS BEI ADMINISTRACINIAI GEBĖJIMAI

- Ar esamas institucijų/ organizacijų kompetencijų pasiskirstymas yra optimalus? Jeigu ne, tai kaip jis turėtų būti organizuotas?
- Kaip vertinate pagalbą teikiančių institucijų / organizacijų veiklos koordinavimo ir bendradarbiavimo lygį?
- Jeigu bendradarbiavimas nepakankamas, tai kodėl? **Kokiose srityse labiausiai trūksta bendradarbiavimo ir veiksmų suderinamumo** (pvz. funkcijų dubliavimas, paslaugų tęstinumo stoka, informacijos nepalyginamumas)?
- Ar galite pateikti pagalbą teikiančių institucijų / organizacijų bendradarbiavimo gerosios praktikos pavyzdžių?
- Ar pakanka administracinių gebėjimų pagalbą teikiančioms institucijoms / organizacijoms? **Kas ir kaip turėtų/ galėtų užtikrinti savivaldybėje teikiamų paslaugų koordinaciją?**

REKOMENDACIJOS PAGALBOS SISTEMOS (vartojantiems psichoaktyvias medžiagas ir turintiems priklausomybę asmenims) PRIEINAMUMO DIDINIMUI, INTEGRUOTUMO STIPRINIMUI

- Kaip turėtų keistis pagalbos sistema, kad ji taptų labiau integruota ir leistų žmogui lengviau patekti į pagalbos sistemą ir gauti nenutrūkstamas reikiamas paslaugas?
- Kaip siūlomos priemonės turėtų būti įgyvendinamos valstybės ir/ar savivaldybės lygmenyje?
- Kokie rodikliai geriausiai atspindėtų esamos situacijos pokyčius ir kas turėtų vykdyti stebėseną?