

LIETUVOS RESPUBLIKOS SEIMO

**NARKOMANIJOS IR ALKOHOLIZMO PREVENCIJOS
KOMISIJOS**

2016 METŲ VEIKLOS

A T A S K A I T A

Lietuvos Respublikos Seimo Narkomanijos ir alkoholizmo prevencijos komisijos sudėtis

Lietuvos Respublikos Seimas, vadovaudamasis Lietuvos Respublikos Seimo statuto 71 straipsniu, 2012 m. gruodžio 4 d. nutarimu Nr. XII-35 sudarė Lietuvos Respublikos Seimo Narkomanijos ir alkoholizmo prevencijos komisiją (toliau – Komisija) iš 12 narių ir ją patvirtino šios sudėties:

- 1) Rima Baškienė;
- 2) Larisa Dmitrijeva;
- 3) Vilija Filipovičienė;
- 4) Vitalijus Gailius;
- 5) Vincė Vaidevutė Margevičienė;
- 6) Antanas Matulas;
- 7) Marija Aušrinė Pavilionienė;
- 8) Giedrė Purvaneckienė;
- 9) Algirdas Sysas;
- 10) Rita Tamašunienė;
- 11) Jolita Vaickienė;
- 12) Jonas Varkala.

2012 m. gruodžio 6 d. Lietuvos Respublikos Seimo Narkomanijos ir alkoholizmo prevencijos komisijos posėdyje komisijos pirmininke išrinkta Larisa Dmitrijeva, komisijos pirmininko pavaduotoja – Vincė Vaidevutė Margevičienė.

Komisijos narių sudėtis pasikeitė 2015 metais.

2015 m. balandžio 23 d. Lietuvos Respublikos Seimo nutarimu „Dėl Lietuvos Respublikos Seimo 2012 m. gruodžio 4 d. nutarimo Nr. XII-35 „Dėl Lietuvos Respublikos Seimo Narkomanijos ir alkoholizmo prevencijos komisijos sudarymo“ pakeitimo“ Nr. XII-1660, pakeistas 2 straipsnis ir patvirtinta šios sudėties komisija:

- 1) Rima Baškienė;
- 2) Larisa Dmitrijeva;
- 3) Vilija Filipovičienė;
- 4) Vitalijus Gailius;
- 5) Vincė Vaidevutė Margevičienė;
- 6) Antanas Matulas;
- 7) Marija Aušrinė Pavilionienė;
- 8) Giedrė Purvaneckienė;
- 9) Algirdas Sysas;
- 10) Rita Tamašunienė;
- 11) Jolita Vaickienė;
- 12) Rokas Žilinskas.

Komisijos veikla

Komisijos veikla 2016 metais buvo vykdoma vadovaujantis Komisijos nuostatais, Komisijos patvirtintu 2016 metų veiklos planu.

Lietuvos Respublikos Seimas, 2013 m. sausio 17 d. nutarimu patvirtinęs Komisijos nuostatus, numatė pagrindinį ilgalaikį Komisijos tikslą – užtikrinti valstybės interesus, sudarant palankias sąlygas įgyvendinti valstybės narkomanijos ir alkoholizmo bei rūkymo prevencijos, narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės politiką.

Komisija 2016 metų veiklos plane pasitvirtino šias prioritетines kryptis:

I. Valstybės strategijos ir politikos, orientuotos į narkomanijos, alkoholizmo ir rūkymo prevenciją, narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolę formavimas, prioritetų nustatymas.

II. Tarptautinių konvencijų ir rekomendacijų (Jungtinių Tautų Organizacijos, Europos Tarybos, Europos Sąjungos) įgyvendinimas nacionaliniuose įstatymuose narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės, narkomanijos, alkoholizmo ir rūkymo prevencijos klausimais.

III. Diskusijų ir konferencijų narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės, narkomanijos, alkoholizmo ir rūkymo prevencijos klausimais organizavimas.

Komisijos posėdžiai:

1 posėdis – 2016 m. kovo 23 d.

1. Darbotvarkės tvirtinimas.
2. Seimo Narkomanijos ir alkoholizmo prevencijos komisijos veiklos ataskaita už 2015 metus.
3. Seimo Narkomanijos ir alkoholizmo prevencijos komisijos 2016 metų veiklos plano projekto svarstymas.
4. Dėl paslaugų prieinamumo pagerinimo asmenims, priklausomiems nuo alkoholio, narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimo, jų sveikatos priežiūros, reabilitacijos ir socialinės reintegracijos sistemos įgyvendinimo laisvės atėmimo vietoje – Pravieniškių pataisos namuose.
5. Kiti klausimai.

2 posėdis – 2016 m. balandžio 20 d.

1. Darbotvarkės tvirtinimas.
2. Priklausomybės nuo alkoholio bei kitų psichoaktyviųjų medžiagų socialinės reintegracijos paslaugų prieinamumo didinimas suaugusiems ir vaikams po socialinės reabilitacijos, sukuriant socialinės reintegracijos į visuomenę ir darbo rinką sistemą.
3. Priklausomybės nuo alkoholio bei kitų psichoaktyviųjų medžiagų socialinės reintegracijos paslaugų prieinamumo neįgaliesiems didinimas.
4. Kiti klausimai.

3 posėdis – 2016 m. gegužės 11 d.

1. Darbotvarkės tvirtinimas.
2. Dėl Lietuvos Sąjūdžio XV suvažiavimo rezoliucijos „Dėl alkoholio vartojimo mažinimo“.
3. Dėl Vyskupo Motiejaus Valančiaus blaivystės sąjūdžio pirmininko Aurelijaus Verygos rašto „Dėl Lietuvos Respublikos alkoholio kontrolės įstatymo 22 straipsnio pakeitimo įstatymo projekto“. Dėl Vyskupo Motiejaus Valančiaus blaivystės sąjūdžio Vilniaus skyriaus kreipimosi.
4. Dėl asociacijos „Mūsų tautos atmintis“ ir Lietuvos blaivybės draugijos „Baltų ainiai“ kreipimosi dėl alkoholizmo prevencijos
5. Kiti klausimai.

4. posėdis – 2016 m. birželio 22 d.

1. Dėl alkoholinių gėrimų suvartojimo skaičiavimo metodų, statistinių rodiklių skelbimo.
 2. Lietuvos Jaunimo Organizacijų Tarybos rezoliucija „Dėl Valstybės alkoholio prevencijos politikos“.
 3. Tarptautinio ir nacionalinio valstybės ir savivaldybių institucijų ir įstaigų, asociacijų, verslo subjektų, pilietinės visuomenės bendradarbiavimo ir koordinavimo klausimai:
 - 3.1. Tarptautinio ir nacionalinio valstybės ir savivaldybių institucijų ir įstaigų, asociacijų, verslo subjektų, pilietinės visuomenės bendradarbiavimo ir koordinavimo narkotikų kontrolės ir narkomanijos prevencijos srityse stiprinimas.
 - 3.2. Ūkio subjektų, vykdančių veiklą su narkotinių ir psichotropinių medžiagų pirmtakais (prekursoriais), priežiūros aktualijos ir tendencijos, tarpinstitucinis bendradarbiavimas ir koordinavimas.
 - 3.3. Ūkio subjektų, vykdančių veiklą su alkoholio produktais ir tabako gaminiais, priežiūros aktualijos ir tendencijos, tarpinstitucinis bendradarbiavimas ir koordinavimas.
-

3.4. Valstybės ir savivaldybių institucijų bei įstaigų veiklos, susijusios su narkomanijos, alkoholizmo ir rūkymo prevencija, narkotikų, tabako ir alkoholio kontrole, tarptautinio ir nacionalinio koordinavimo ir bendradarbiavimo stiprinimas.

3.5. Savivaldybių narkotikų kontrolės ir vaiko gerovės komisijų narių mokymai psichoaktyviųjų medžiagų paklausos mažinimo klausimais: rezultatai, poreikiai ir planai.

4. Kiti klausimai.

5. posėdis – 2016 m. rugsėjo 21 d.

1. Priklausomybės nuo alkoholio bei kitų psichoaktyviųjų medžiagų socialinės reintegracijos paslaugų prieinamumo didinimas suaugusiems ir vaikams po socialinės rehabilitacijos, sukuriant socialinės reintegracijos į visuomenę ir darbo rinką sistemą (tęsinys).

2. Narkotikų užkardymas – narkotikų pasiūlos mažinimas, kovojant su narkotikų gamyba ir prekyba; prekybos elektroninių ryšių tinklais ir naudojant aukštasias technologijas bei internetą; kontrabandos būdu įgytų pinigų ir turto paieška, nustatymas ir konfiskavimas.

3. Dėl vaikų psichinės sveikatos, vaikams teikiamų psichologinių ir kitokių priemonių veiksmingumo bei elgesio pokyčių registro steigimo Lietuvoje.

4. Dėl visuomenės psichinės sveikatos, teikiamų psichologinių ir kitokių priemonių veiksmingumo, psichologų praktinės veiklos reglamentavimo.

Pirmoji (I) Komisijos prioritentinė veiklos kryptis. Valstybės strategijos ir politikos, orientuotos į alkoholizmo ir narkomanijos bei rūkymo prevenciją, narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolę, formavimas, prioritetų nustatymas.

Lietuvos Respublikos Seimo rudens sesijoje (VII) nebuvo priimti Komisijos siūlomi teisės aktai: Lietuvos Respublikos alkoholio kontrolės įstatymo Nr. I-857 34 straipsnio pakeitimo įstatymo projektas Nr. XIIP-3412; Lietuvos Respublikos tabako, tabako gaminių ir su jais susijusių gaminių kontrolės įstatymo Nr. I-1143 26 straipsnio pakeitimo įstatymo projektas Nr. XIIP-3413; Lietuvos Respublikos Baudžiamojo kodekso papildymo 39(2) straipsniu įstatymo projektas Nr. XIIP-2061.

Šių įstatymų projektų tikslas – užtikrinti nepilnamečių asmenų teisėtus interesus, mažinant alkoholinių gėrimų, tabako gaminių ir elektroninių cigarečių ir jų pildomųjų talpyklų prieinamumą, sugriežtinti teisinę atsakomybę ūkio subjektams už tabako gaminių, elektroninių cigarečių ir jų pildomųjų talpyklų ir alkoholinių gėrimų pardavimą nepilnamečiams, nustatant Alkoholio kontrolės ir Tabako, tabako gaminių ir su jais susijusių gaminių kontrolės įstatymuose griežtesnes ir sistemiškai lygiavertes poveikio priemones pagal pažeidimų pobūdį.

Lietuvos Respublikos Baudžiamojo kodekso papildymo 39(2) straipsniu įstatymo projekto Nr. XIIP-2061 tikslas – atleisti nuo baudžiamosios atsakomybės, kai kaltininkas įsipareigoja gydytis nuo alkoholizmo, narkomanijos ar toksikomanijos, jeigu asmuo, padaręs baudžiamąjį nusižengimą, neatsargų arba nesunkų ar apysunkį tyčinį nusikaltimą, gali būti teismo atleistas nuo baudžiamosios atsakomybės, jeigu: 1) asmens padaryta nusikalstama veika susijusi su jo priklausomybe nuo alkoholio, narkotinių, psichotropinių ar kitų psichiką veikiančių medžiagų, ir 2) jis prisipažino padaręs nusikalstamą veiką, ir 3) savo noru įsipareigojo gydytis nuo alkoholizmo, narkomanijos ar toksikomanijos, ir 4) yra pagrindo manyti, kad jis nedarys naujų nusikalstamų veikų.

Numatyta, kad straipsnio 1 dalyje numatytais pagrindais negali būti atleistas nuo baudžiamosios atsakomybės recidyvistas, pavojingas recidyvistas, taip pat asmuo, kuris ankščiau jau buvo atleistas nuo baudžiamosios atsakomybės šiuo pagrindu.

Teismas, priimdamas sprendimą, turi nurodyti konkrečią Asmens sveikatos priežiūros įstaigą ir gydymo nuo alkoholizmo, narkomanijos ar toksikomanijos programą, kurioje kaltininkas įsipareigoja dalyvauti. Gydymo nuo alkoholizmo, narkomanijos ar toksikomanijos programas ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sąrašą tvirtina Lietuvos Respublikos Vyriausybė ar jos įgaliota institucija.

Jeigu asmuo, atleistas nuo baudžiamosios atsakomybės pagal šio straipsnio 1 dalį be pateisinamų priežasčių nesigydo ir nedalyvauja gydymo nuo alkoholizmo, narkomanijos ar toksikomanijos programoje, teismas gali panaikinti sprendimą dėl atleidimo nuo baudžiamosios atsakomybės ir spręsti dėl tokio asmens baudžiamosios atsakomybės už visas padarytas nusikalstamas veikas.”

Šis siūlymas būtų svarus motyvas priklausomybės ligomis sergantiems asmenims dalyvauti gydymo, rehabilitacijos ir reintegracijos programoje ir ją baigti. Būtų apibrėžtos sąvokos kas yra „alkoholizmas” ir „narkomanija“, nes iki šiol tokio apibrėžimo nėra. Teismas, priimdamas sprendimą, turi nurodyti konkrečią Asmens sveikatos priežiūros įstaigą ir gydymo nuo alkoholizmo, narkomanijos ar toksikomanijos programą, kurioje kaltininkas įsipareigoja dalyvauti. Gydymo nuo alkoholizmo, narkomanijos ar toksikomanijos programas ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų sąrašą tvirtintų Lietuvos Respublikos Vyriausybė ar jos įgaliota institucija.

Lietuvos Respublikos Baudžiamojo kodekso papildymo 39(2) straipsniu įstatymo projektui Lietuvos Respublikos Vyriausybė pateikė nepalankią išvadą, nurodydama, kad vadovaujantis Lietuvos Respublikos baudžiamojo kodekso (toliau – Kodeksas) 60 straipsnio 1 dalies 9 punktu, atsakomybę sunkinanti aplinkybė yra tada, kai veiką padarė asmuo, apsvaigęs nuo alkoholio, narkotinių, psichotropinių ar kitų psichiką veikiančių medžiagų, jeigu šios aplinkybės turėjo įtakos nusikalstamos veikos padarymui. Taigi sunkinanti aplinkybė negali tapti viena iš asmens atleidimo nuo baudžiamosios atsakomybės sąlygų. Manytina, kad Įstatymo projekto tikslams pasiekti pakanka galiojančio teisinio reguliavimo.

Kodekso 48 straipsnio 6 dalies 4 punkto, 87 straipsnio 2 dalies 4 punkto, kuriuose numatytas įpareigojimas gydytis nuo alkoholizmo, narkomanijos, toksikomanijos ar venerinės ligos, kai nuteistasis (pagal 87 straipsnio 2 dalies 4 punktą – nepilnametis) sutinka;

Kodekso 75 straipsnio 2 dalies, kurioje nustatyta, kad, atidėdamas bausmės vykdymą, teismas paskiria nuteistajam vieną ar kelias tarpusavyje suderintas Kodekso IX skyriuje numatytas baudžiamojo poveikio priemones ir (ar) pareigas, tokias kaip: gydytis priklausomybės ligas (kai nuteistasis sutinka), dalyvauti elgesio pataisos programoje, nevartoti psichiką veikiančių medžiagų;

Kodekso 259 straipsnio 3 dalies nuostatos, kad asmuo, kuris savo noru kreipėsi į sveikatos priežiūros įstaigą dėl medicinos pagalbos ar kreipėsi į valstybės instituciją norėdamas atiduoti neteisėtai pasigamintas, įgytas, laikytas be tikslo platinti narkotines ar psichotropines medžiagas, atleidžiamas nuo baudžiamosios atsakomybės už vartotų ar atiduotų narkotinių ar psichotropinių medžiagų gaminimą, įgijimą ir laikymą ir kt.

Atsižvelgdama į minėtų įstatymų pakeitimo būtinybę, Komisija vėl teikė pasiūlymus į Lietuvos Respublikos Seimo VIII (pavasario) sesijos ir IX (rudens) sesijos darbų programas (aktualiausius įstatymo projektus):

Lietuvos Respublikos Baudžiamojo kodekso papildymo 39(2) straipsniu įstatymo projektas XIIP-2061.

Lietuvos Respublikos alkoholio kontrolės įstatymo Nr. I-857 34 straipsnio pakeitimo įstatymo projektas XIIP-3412.

Lietuvos Respublikos tabako, tabako gaminių ir su jais susijusių gaminių kontrolės įstatymo Nr. I-1143 26 straipsnio pakeitimo įstatymo projektas XIIP-3413.

Lietuvos Respublikos alkoholio kontrolės įstatymo I-857 16 straipsnio pakeitimo įstatymo projektas XIIP-3671.

Lietuvos Respublikos civilinio kodekso patvirtinimo, įsigaliojimo ir įgyvendinimo įstatymo VIII-1864 2.79 straipsnio pakeitimo įstatymo projektas XIIP-3672.

Parlamentinės kontrolės srityje Komisija svarstė apie 13 temų, iš jų:

1. Dėl narkotinių ir psichotropinių medžiagų, narkotinių ir psichotropinių medžiagų pirmtakų (prekursorių), tabako ir alkoholio kontrolės koncepcijos įgyvendinimo.

2. Dėl priklausomybės ligų prevencijos, gydymo, rehabilitacijos ir reintegracijos paslaugų sistemos sukūrimo koncepcijos (gairių) įgyvendinimo.

3. Dėl Nacionalinės narkotikų kontrolės ir narkomanijos prevencijos 2010-2016 metų programos įgyvendinimo.

4. Narkotikų užkardymas – narkotikų pasiūlos mažinimas, kovojant su narkotikų gamyba ir prekyba; prekybos elektroninių ryšių tinklais ir naudojant aukštasias technologijas ir internetą; kontrabandos būdu įgytų pinigų ir turto paieška, nustatymas ir konfiskavimas.

5. Narkotikų paklausos mažinimas - narkotikų paklausos mažinimas – prevencijos, gydymo, rehabilitacijos ir reintegracijos sistemos įgyvendinimas; paslaugų prieinamumo ir teikimo pagerinimas asmenims, priklausomiems nuo alkoholio, narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimo; asmenų gydymo nuo priklausomybės alkoholiui ir narkotinėms bei psichotropinėms medžiagoms taikant alternatyvų bausmių atlikimą, taikymą; dėl apsvaigusių nuo alkoholio, narkotinių, psichotropinių ir kitų psichiką veikiančių medžiagų asmenų, vairuojančių transporto priemonės tikrinimo pagerinimo.

6. Dėl paslaugų prieinamumo pagerinimo asmenims, priklausomiems nuo alkoholio, narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimo, jų sveikatos priežiūros, rehabilitacijos ir socialinės reintegracijos sistemos įgyvendinimo laisvės atėmimo vietose.

7. Dėl Lietuvos Respublikos narkotinių ir psichotropinių medžiagų kontrolės įstatymo nuostatų įgyvendinimo.

8. Tarptautinio ir nacionalinio valstybės ir savivaldybių institucijų ir įstaigų, asociacijų, verslo subjektų, pilietinės visuomenės bendradarbiavimo ir koordinavimo klausimai:

8.1. Tarptautinio ir nacionalinio valstybės ir savivaldybių institucijų ir įstaigų, asociacijų, verslo subjektų, pilietinės visuomenės bendradarbiavimo ir koordinavimo narkotikų kontrolės ir narkomanijos prevencijos srityse stiprinimas.

8.2. Ūkio subjektų, vykdančių veiklą su narkotinių ir psichotropinių medžiagų pirmtakais (prekursoriais), priežiūros aktualijos ir tendencijos, tarpinstitucinis bendradarbiavimas ir koordinavimas.

8.3. Ūkio subjektų, vykdančių veiklą su alkoholio produktais ir tabako gaminiais, priežiūros aktualijos ir tendencijos, tarpinstitucinis bendradarbiavimas ir koordinavimas.

8.4. Valstybės ir savivaldybių institucijų bei įstaigų veiklos, susijusios su narkomanijos, alkoholizmo ir rūkymo prevencija, narkotikų, tabako ir alkoholio kontrole, tarptautinio ir nacionalinio koordinavimo ir bendradarbiavimo stiprinimas.

8.5. Savivaldybių narkotikų kontrolės ir vaiko gerovės komisijų narių mokymai psichoaktyviųjų medžiagų paklausos mažinimo klausimais: rezultatai, poreikiai ir planai.

9. Dėl Lietuvos Respublikos narkotinių ir psichotropinių medžiagų pirmtakų (prekursorių) kontrolės įstatymo nuostatų įgyvendinimo.

10. Dėl Lietuvos Respublikos alkoholio kontrolės įstatymo nuostatų įgyvendinimo.

11. Dėl Lietuvos Respublikos tabako kontrolės įstatymo nuostatų įgyvendinimo.

12. Dėl vaikų psichinės sveikatos, vaikams teikiamų psichologinių ir kitokių priemonių veiksmingumo bei elgesio pokyčių registro steigimo Lietuvoje.

13. Dėl visuomenės psichinės sveikatos, teikiamų psichologinių ir kitokių priemonių veiksmingumo, psichologų praktinės veiklos reglamentavimo ir kt.

Antroji (II) prioritėtinė Komisijos veiklos kryptis. Tarptautinių konvencijų ir rekomendacijų (Jungtinių Tautų Organizacijos, Europos Tarybos, Europos Sąjungos) įgyvendinimas nacionaliniuose įstatymuose narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės, narkomanijos, alkoholizmo ir rūkymo prevencijos klausimais.

Iš daugiau negu trylikos parlamentinės kontrolės klausimais nagrinėtų temų, paminėtinos:

1. Dėl paslaugų prieinamumo pagerinimo asmenims, priklausomiems nuo alkoholio, narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimo, jų sveikatos priežiūros, reabilitacijos ir socialinės reintegracijos sistemos įgyvendinimo laisvės atėmimo vietoje – Pravieniškių pataisos namuose.

2. Priklausomybės nuo alkoholio bei kitų psichoaktyviųjų medžiagų socialinės reintegracijos paslaugų prieinamumo didinimas suaugusiems ir vaikams po socialinės reabilitacijos, sukuriant socialinės reintegracijos į visuomenę ir darbo rinką sistemą.

3. Priklausomybės nuo alkoholio bei kitų psichoaktyviųjų medžiagų socialinės reintegracijos paslaugų prieinamumo neįgaliesiems didinimas.

4. Dėl alkoholinių gėrimų suvartojimo skaičiavimo metodų, statistinių rodiklių skelbimo.

5. Tarptautinio ir nacionalinio valstybės ir savivaldybių institucijų ir įstaigų, asociacijų, verslo subjektų, pilietinės visuomenės bendradarbiavimo ir koordinavimo narkotikų kontrolės ir narkomanijos prevencijos srityse stiprinimas.

6. Ūkio subjektų, vykdančių veiklą su narkotinių ir psichotropinių medžiagų pirmtakais (prekursoriais), priežiūros aktualijos ir tendencijos, tarpinstitucinis bendradarbiavimas ir koordinavimas.

7. Ūkio subjektų, vykdančių veiklą su alkoholio produktais ir tabako gaminiais, priežiūros aktualijos ir tendencijos, tarpinstitucinis bendradarbiavimas ir koordinavimas.

8. Valstybės ir savivaldybių institucijų bei įstaigų veiklos, susijusios su narkomanijos, alkoholizmo ir rūkymo prevencija, narkotikų, tabako ir alkoholio kontrole, tarptautinio ir nacionalinio koordinavimo ir bendradarbiavimo stiprinimas.

9. Savivaldybių narkotikų kontrolės ir vaiko gerovės komisijų narių mokymai psichoaktyviųjų medžiagų paklausos mažinimo klausimais: rezultatai, poreikiai ir planai ir kt.

2016 metais Komisija posėdžiavo penkis kartus. Komisijos posėdžiuose dalyvavo nevyriausybinių organizacijų atstovai, valstybės institucijų atstovai ir kiti asmenys.

Komisijos nagrinėtomis temomis parlamentinės kontrolės klausimais gauta ir analizuojama informacija, priimami sprendimai ir siūlymai (keletas pavyzdžių):

Dėl prevencinių priemonių finansavimo Visagino mieste

Seimo Narkomanijos ir alkoholizmo prevencijos komisija (toliau – Komisija) kreipėsi į Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministeriją ir Visagino savivaldybės mere 2016-03-15 raštu Nr. S-2016-1657 „Dėl prevencinių priemonių finansavimo Visagino mieste“ su siūlymu atsižvelgti į pateiktą informaciją, kad yra sudėtinga situacija Visagine dėl ligotumo narkomanija ir alkoholine psichoze.

Komisija nurodė, kad disponuoja informacija, jog narkotinių ir psichotropinių medžiagų paplitimas bendrojoje populiacijoje ir Visagino mieste, sergamumas ir ligotumas narkomanija, alkoholinių gėrimų vartojimo paplitimas Visagino m. bei padariniai nekinta nuo 2014 metų, todėl būtina imtis griežtesnių prevencinių priemonių, ir jas finansuoti, kad pakeisti situaciją.

2014 metais Visagino mieste vyko Komisijos posėdis, kuriame išklaudyta informaciją apie situaciją Visagine. Nustatyta, kad Visagino savivaldybė organizavo įvairius vaikų gyvenimo įgūdžių mokymus, aktyviai veikė savivaldybės Vaiko gerovės komisija, mokyklose taikoma viena iš psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo kontrolės priemonių – pašalinių asmenų patekimo į mokyklą registravimas. Atrankinės ir tikslinės prevencijos priemonės Visagino savivaldybėje nebuvo įgyvendinamos.

Valstybinio psichikos sveikatos centro pateiktais duomenimis, 2013 m. pabaigoje asmens sveikatos priežiūros įstaigose dėl psichikos ir elgesio sutrikimų vartojant narkotines ir psichotropines

medžiagas iš viso Lietuvoje registruoti 5 851 asmenys, Visagino mieste 2013 m. pabaigoje buvo registruoti 119 asmenų vartojančių vartojant narkotines ir psichotropines medžiagas.

2012 m. ligotumas narkomanija Lietuvoje sudarė 199,8 atv. 100 tūkst. gyventojų, 2013 m. - 196,88 atv. 100 tūkst. gyventojų, Visagine šis rodiklis siekė 560,34 atv. 100 tūkst. gyventojų, t. y. 2,8 karto didesnis negu bendras Lietuvos rodiklis. Lietuvoje didesnis šio rodiklio skaičius negu Visagine stebimas tik Vilniuje.

2013 m. ligotumas alkoholine psichoze Lietuvoje sudarė 115,92 atv. 100 tūkst. gyventojų, Visagine – 296,65 atv. 100 tūkst. gyventojų, t. y. 2,5 kartų didesnis negu bendras Lietuvos rodiklis.

Informatikos ir ryšių departamento prie Vidaus reikalų ministerijos duomenimis 2013 m. užregistruotos 2554 nusikalstamos veikos, susijusios su neteisėtu narkotinių ir psichotropinių medžiagų disponavimu, iš jų Visagino savivaldybėje 80. Visagine 100 tūkst. gyventojų tenkančių registruotų nusikalstamų veikų, susijusių su neteisėtu narkotinių ir psichotropinių medžiagų disponavimu, yra kelis kartus daugiau negu bendras Lietuvos vidurkis. 2013 m. 100 tūkst. Lietuvos gyventojų teko 79 tokios nusikalstamos veikos (2012 m. - 82), kai tuo tarpu Visagine beveik 3-5 kartus daugiau – 376 veikos (2012 m. – 231).

Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centro duomenimis, 2013 m. užregistruoti 177 nauji užsikrėtimo žmogaus imunodeficitu virusu (ŽIV) atvejai, iš kurių 125 vyrai ir 52 moterys, Utenos apskrityje 1 asmuo (2012 m. - 3 asmenys), tačiau, Visagine žemo slenksčio paslaugas švirškščiųjų narkotikų vartotojams teikė stacionarus žemo slenksčio paslaugų kabinetas (Lietuvos Raudonojo Kryžiaus draugijos Visagino skyrius), kuriame per metus apsilankoma apie 1100 kartų, nuolatinis paslaugų gavėjų skaičius apie 60 asmenų.

Iš pateiktos informacijos taip pat matyti, kad išdalytų dezinfekcijos priemonių (spiritinių servetėlių) skaičius 2008 m. - 436, 2011 m. – 19300, 2012 m. - 18000, atliktų atrankinių greitųjų ŽIV testų skaičius 2010 m. – 176, 2011 m. – 288, 2012 m. – 221, surinktų švirškštų skaičius 2010 m. – 4123 vnt., 2011 m. – 6300 vnt., 2012 m. – 3500 vnt.

2014 m. sergamumas psichikos ir elgesio sutrikimais 1000 gyv. Visagino savivaldybėje, palyginus su 2011 m., padidėjo 25 procentais.

Utenos apskrities vyriausiojo policijos komisariato viršininkas pažymėjo, kad pasigenda socialinės reklamos televizijoje ir paaiškino, kad Visagino mieste dėl visuomenės saugumo įrengtos 75 videokameros, 2 kameros veikia įvažiuojant ir išvažiuojant iš miesto.

Todėl siūloma Sveikatos apsaugos ministerijai atkreipti dėmesį į sudėtingą situaciją Visagine ir numatyti papildomas prevencines priemones, kurios turi būti finansuojamos iš valstybės biudžeto, atsižvelgiant į socialinės rizikos šeimų ir vaikų poreikius, į ligotumą narkomaniją ir ligotumą alkoholine psichoze.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija 2016-04-04 raštu Nr.(1.1.20-4)10-2951 „Dėl prevencinių priemonių finansavimo Visagino mieste“ atsakė, kad Sveikatos apsaugos ministerija, įvertinusi Lietuvos Respublikos Seimo narkomanijos ir alkoholizmo prevencijos komisijos 2016 m. kovo 15 d. rašte Nr. S-2016-1657 pateiktą informaciją dėl narkotinių ir psichotropinių medžiagų bei alkoholinių gėrimų vartojimo paplitimo Visagine, paprašė Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamento, Valstybinio psichikos sveikatos centro, Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centro, Panevėžio priklausomybės ligų centro pagal kompetenciją organizuoti tikslines priemones, skirtas mažinti psichoaktyviųjų medžiagų vartojimą, Visagino savivaldybės gyventojams.

Taip pat informavo, kad, įgyvendinant 2015 m. vasario 25 d. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimu Nr. 217 „Dėl Lietuvos Respublikos narkotikų, tabako ir alkoholio prevencijos tarpinstitucinio veiklos plano patvirtinimo“ patvirtintą Lietuvos Respublikos narkotikų, tabako ir alkoholio prevencijos tarpinstitucinio veiklos plano priemonę „Plėtoti žemo slenksčio paslaugas, kuriomis siekiama sumažinti su narkotikų vartojimu ir rizikinga elgsena susijusius neigiamus medicinines, socialines, teisines pasekmes visuomenei ir asmeniui“, Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras kasmet organizuoja konkursus bei skiria lėšas organizacijoms, teikiančioms žemo slenksčio

paslaugas. Nuo 2011 m. tokiu būdu finansuojamas ir Visagine įsteigtas Lietuvos Raudonojo kryžiaus draugijos Visagino skyriaus žemo slenksčio kabinetas. Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras centralizuotai perka ir aprūpina žemo slenksčio kabinetus priemonėmis, reikalingomis žemo slenksčio paslaugoms teikti.

Nuo 2014 m. sausio 1 d., įgyvendinant Lietuvos Respublikos vietos savivaldos įstatymo 7 straipsnį ir Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo 6 straipsnį, visuomenės sveikatos priežiūra savivaldybės teritorijoje esančiose ikimokyklinio ugdymo, bendrojo ugdymo mokyklose ir profesinio mokymo įstaigose ugdomų mokinių pagal ikimokyklinio, priešmokyklinio, pradinio, pagrindinio ir vidurinio ugdymo programas, visuomenės sveikatos stiprinimas, visuomenės sveikatos stebėseną įtvirtintos kaip valstybinės (valstybės perduotos savivaldybėms) funkcijos. Sveikatos apsaugos ministerija minėtoms funkcijoms vykdyti kasmet savivaldybėms skiria specialiąją tikslinę dotaciją. Visagino savivaldybei 2016 m. skirta 60,2 tūkst. eurų šioms funkcijoms vykdyti: mokinių visuomenės sveikatos priežiūrai vykdyti skirta 29,0 tūkst. eurų, visuomenės sveikatos stiprinimui ir stebėsenai organizuoti - 31,2 tūkst. eurų. Būtina pabrėžti, kad Visagino savivaldybės administracija nėra įsteigusi visuomenės sveikatos biuro, todėl Visagino savivaldybės gyventojams valstybės deleguotas visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas pagal sutartį teikia Rokiškio rajono visuomenės sveikatos biuras. Didelė dalis renginių skiriama sveikos gyvensenos ugdymui.

Visagino savivaldybės gyventojus pasiekia ir 2009-2014 m. Norvegijos finansinio mechanizmo programos Nr. LT11 „Visuomenės sveikatai skirtos iniciatyvos“ projektų veiklos. Šiuo metu savivaldybėse diegiama Vaikų sveikatos stebėsenos informacinė sistema, skirta mokinių profilaktinių sveikatos patikrinimų, sergamumo duomenų rinkimui, sisteminimui, analizei mokyklos, savivaldybės ir nacionaliniu lygmeniu. Tai leis nuosekliai stebėti vaikų sveikatą, operatyviau ir tikslingiau planuoti vaikų sveikatos gerinimui skirtas priemones, vertinti taikomų priemonių efektyvumą. Bendrojo ugdymo mokyklos (taip pat ir esančios Visagino savivaldybėje) aprūpintos reikiama technine ir sisteme programine įranga.

Įgyvendinant projektą „Sveikatos netolygumų nustatymo ir mažinimo gebėjimų stiprinimo modelio sukūrimas“, parengtos Sveikatos netolygumų stebėsenos ir vertinimo metodinės rekomendacijos, kuriomis savivaldybės (įskaitant ir Visagino savivaldybę) naudosis vykdydamos visuomenės sveikatos gyvensenos tyrimus. Tyrimų rezultatai padės išaiškinti gyventojų sveikatos problemas ir planuoti reikiamas priemones. Parengtos Sveikatos netolygumų mažinimo (alkoholio ir tabako vartojimo kontrolės, psichikos sveikatos, mitybos ir fizinio aktyvumo, sveikatos priežiūros prieinamumo gerinimo) metodinės rekomendacijos, kuriomis gali naudotis ir Visagino savivaldybė, planuodama gyventojų sveikatos gerinimo priemones. 2016 m. bus organizuojami valstybės ir savivaldybių įstaigų darbuotojų mokymai, skirti gerinti administracinius gebėjimus. Į mokymus bus kviečiami visų savivaldybių atstovai.

Vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymo 38¹ straipsniu įstatymu, nuo 2016 m. sausio 1 d. įsteigtas Valstybinis visuomenės sveikatos stiprinimo fondas (toliau – Fondas), kurį administruoja Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija.

Minėtame įstatyme numatyta, fondo lėšos naudojamos visuomenės sveikatos išsaugojimo ir stiprinimo veikloms, įskaitant prevencinius projektus, socialinę reklamą, mokslinius tyrimus. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2015 m. rugsėjo 30 d. nutarimu Nr. 1044 „Dėl akcizo pajamų procento nustatymo valstybiniam visuomenės sveikatos stiprinimo fondui sudaryti“ nustatyta, kad 2016 metų Fondui sudaryti skiriama 0,5 procento 2014 metų faktinių įplaukų iš akcizo pajamų, gautų už parduotus alkoholinius gėrimus, t.y. Fondą 2016 metais sudaro beveik 1,3 mln. Eur. 2015 m. lapkričio 18 d. Lietuvos Respublikos Vyriausybė nutarimu Nr. 1197 „Dėl Valstybinio visuomenės sveikatos stiprinimo fondo nuostatų ir valstybinio visuomenės sveikatos stiprinimo fondo tarybos sudėties patvirtinimo“ patvirtino Valstybinio visuomenės sveikatos stiprinimo fondo nuostatus ir fondo tarybos sudėtį. Fondo taryba 2016 metams patvirtino šiuos prioritetus: alkoholio vartojimo prevencija,

visuomenės psichikos sveikata ir savižudybių prevencija, sveikos gyvensenos ir jos kultūros formavimas.

Alkoholio vartojimo prevencijos srityje numatyta finansuoti projektus, skirtus alkoholio vartojimo prevencijai taip vaikų ir jaunimo, įtraukiant jų tėvus (teisėtus vaiko atstovus pagal įstatymą), ugdymo įstaigas ir kitus bendruomenės narius, tarp rizikos grupių (prioritetą teikiant socialinės rizikos šeimoms ir jose augantiems vaikams), alkoholio vartojimo prevencijai nėštumo metu, bendruomeninių paslaugų teikimui, alkoholio vartojimo prevencijai laisvalaikio praleidimo vietose, masinių renginių metu, darbo vietose. Taip pat 2016 metais numatoma finansuoti mokslo tyrimus, skirtus vaikų ir jaunimo alkoholio vartojimo prevencijos priemonių kokybės, veiksmingumo ir ekonominio atsiperkamumo vertinimui bei socialinių informacinių kampanijų, skirtų alkoholio daromos žalos prevencijai, formuojant sveikos gyvensenos ir laisvalaikio be alkoholio skatinimą, visuomenės atsakingumą, organizavimui.

Tikimasi, kad konkursuose aktyviai dalyvaus organizacijos, savo veikla siekiančios mažinti psichoaktyviųjų medžiagų vartojimą ir tarp Visagino savivaldybės gyventojų.

Siekiant plėtoti asmens sveikatos priežiūros paslaugas priklausomybės ligomis sergantiems asmenims, nuo 2016 m. sausio 1 d. atsisakyta sveikatos apsaugos ministro 2008 m. gruodžio 31 d. įsakymu Nr. V-1288 „Dėl 2009-2015 metų priklausomybės ligų gydymo programos patvirtinimo“ patvirtintos Priklausomybių ligų programos, ir už paslaugas, suteiktas apdraustiesiems asmenims, apmokama taikant paslaugų įkainius. Taip siekiama žymiai padidinti pakaitinio gydymo paslaugų prieinamumą. Taikant atvejo vadybos modelį, nedraustiems asmenims sutvarkomi reikiami dokumentai, kad jie būtų apdrausti privalomuoju sveikatos draudimu.

Sveikatos apsaugos ministerija, įgyvendindama Sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014-2023 m. veiksmų planą, patvirtintą 2014 m. liepos 16 d. sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-815, numato toliau plėtoti priklausomybės ligų gydymo, žemo slenksčio paslaugas, organizuoti mokymus ir prevencinius renginius įvairiuose Lietuvos regionuose, įskaitant ir Visagino savivaldybę. Šios veiklos bus finansuojamos Europos Sąjungos struktūrinių fondų lėšomis.

Dėl koeficientų suvienodinimo

Komisija, vykdydama parlamentinę kontrolę nagrinėjo paslaugų prieinamumo pagerinimo asmenims, priklausomiems nuo alkoholio, narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimo, jų sveikatos priežiūros, reabilitacijos ir socialinės reintegracijos sistemos įgyvendinimo laisvės atėmimo vietoje klausimus.

Komisija 2016-03-24 raštu Nr. S-2016-1972 „Dėl koeficientų suvienodinimo“ kreipėsi į Lietuvos Respublikos teisingumo ministrą atkreipdama dėmesį, kad ne vieną kartą kreipėsi į Lietuvos Respublikos Vyriausybę su siūlymu suvienodinti laisvės atėmimo vietose dirbančių medicinos darbuotojų koeficientus su viešosiose asmens sveikatos priežiūros įstaigose dirbančių medicinos darbuotojų koeficientus, juos padidinant 1,5 karto arba 50 proc.

Komisija nurodė, kad Europos Tarybos Ministrų Komiteto rekomendacijoje Nr. R(98)7 „Dėl etinių ir organizacinių sveikatos apsaugos aspektų įkalinimo įstaigose“, pažymėta, kad sveikatos priežiūra laisvės atėmimo vietose turi būti integruota ir suderinta su nacionaline sveikatos politika. Laisvės atėmimo vietų sveikatos priežiūros tarnybos turi turėti pakankamai kvalifikuoto medicinos, slaugos ir techninio personalo, tinkamas patalpas ir įrenginius, identiškus kaip ir visuomenėje. Europos Tarybos Ministrų Komiteto rekomendacijoje Nr. R(2006)2 „Dėl Europos kalėjimų taisyklių“ įtvirtinta nuostata, kad kiekviena penitencinė įstaiga turi turėti nors vieną bendrosios praktikos (šėimos) gydytoją, asmenims suteikta galimybė gauti gydymą psichinių sutrikimų atveju, profesionalaus gydytojo odontologo ir okulisto paslaugas.

Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas įpareigoja laisvės atėmimo vietų sveikatos priežiūros tarnybas teikti savo pacientams tokio pat lygio asmens sveikatos priežiūros paslaugas, kokios yra teikiamos asmenims laisvėje.

Laisvės atėmimo vietose medicinos specialistų darbo pobūdis ir krūvis negali būti vertinamas pagal vidutinį laikomų asmenų skaičių, o turėtų būti vertinamas pagal bendrą suimtųjų ir nuteistųjų, pabuvojusių laisvės atėmimo vietose, skaičių.

Pagal Valstybinės ligonių kasos duomenis vidutinis darbo užmokestis viešosiose asmens sveikatos priežiūros įstaigose siekia 3700 Lt, laisvės atėmimo vietose dirbančių medicinos specialistų (gydytojų) planuojamas atlyginimų vidurkis 2010 m. apie 2051 Lt, o pagalbinio medicinos ir individualios priežiūros personalo apie 1229 Lt.

Sveikatos apsaugos ministerija 2015-08-06 raštu Nr. (10.23.4-40)10-6970 „Dėl informacijos pateikimo“ informavo Komisiją, jog siekiant įvertinti sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikimą asmenims, laikomiems laisvės atėmimo vietų įstaigose, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos teisingumo ministro 2015 m. vasario 11 d. įsakymu Nr. V-201/1R-32 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos teisingumo ministro 2014 m. liepos 30 d. įsakymu Nr. V-841/1R-232 „Dėl darbo grupės sudarymo“ pakeitimo“ sudaryta tarpinstitucinė darbo grupė, kuri išnagrinėjo sveikatos priežiūros paslaugų teikimo laisvės atėmimo vietų įstaigose problemas ir pateikė siūlymus ministrams dėl šių problemų sprendimo.

Tarpinstitucinė darbo grupė pateikė siūlymus Lietuvos Respublikos teisingumo ministerijai inicijuoti Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1993 m. liepos 8 d. nutarimo Nr. 511 1 priedo pakeitimus, numatant galimybę Kalėjimų departamentui prie teisingumo ministerijos pavaldžių įstaigų asmens sveikatos priežiūros specialistams taikyti 50 procentų didesnius tarnybinius atlyginimus negu nurodyta Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1993 m. liepos 8 d. nutarimo Nr. 511 „Dėl biudžetinių įstaigų ir organizacijų darbuotojų darbo apmokėjimo tvarkos tobulinimo“ 1 priede. Taip pat pateiktas siūlymas inicijuoti Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2013 m. liepos 24 d. nutarimo Nr. 694 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. rugsėjo 30 d. nutarimo Nr. 1195 „Dėl darbuotojų, kurių darbo pobūdis yra susijęs su didesne protine, emocine įtampa, darbo laiko sutrumpinimo tvarkos ir darbuotojų, kuriems nustatytas sutrumpintas darbo laikas, darbo apmokėjimo sąlygų patvirtinimo“ pakeitimo“ pakeitimus, numatant 33 val. darbo savaitę, ir inicijuoti Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2013 m. liepos 24 d. nutarimo Nr. 695 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. liepos 18 d. nutarimo Nr. 941 „Dėl kai kurių kategorijų darbuotojų, turinčių teisę į kasmetines pailgintas atostogas, sąrašo ir šių atostogų trukmės patvirtinimo“ pakeitimus, nustatant 42 d. trukmės atostogas.

2016-03-23 Komisijos posėdyje Kalėjimų departamento prie Lietuvos Respublikos teisingumo ministerijos direktorė Živilė Mikėnaitė pateikė informaciją, kad laisvės atėmimo vietose dirbančių medicinos darbuotojų koeficientai buvo padidinti iš vidinių resursų.

Komisija paprašė Lietuvos Respublikos teisingumo ministrą inicijuoti Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1993 m. liepos 8 d. nutarimo Nr. 511 1 priedo pakeitimus, numatant galimybę Kalėjimų departamentui prie teisingumo ministerijos pavaldžių įstaigų asmens sveikatos priežiūros specialistams taikyti 50 procentų didesnius tarnybinius atlyginimus negu nurodyta Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1993 m. liepos 8 d. nutarimo Nr. 511 „Dėl biudžetinių įstaigų ir organizacijų darbuotojų darbo apmokėjimo tvarkos tobulinimo“ 1 priede;

Taip pat paprašė inicijuoti Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2013 m. liepos 24 d. nutarimo Nr. 694 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. rugsėjo 30 d. nutarimo Nr. 1195 „Dėl darbuotojų, kurių darbo pobūdis yra susijęs su didesne protine, emocine įtampa, darbo laiko sutrumpinimo tvarkos ir darbuotojų, kuriems nustatytas sutrumpintas darbo laikas, darbo apmokėjimo sąlygų patvirtinimo“ pakeitimo“ pakeitimus, numatant 33 val. darbo savaitę, ir inicijuoti Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2013 m. liepos 24 d. nutarimo Nr. 695 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. liepos 18 d. nutarimo Nr. 941“Dėl kai kurių kategorijų darbuotojų, turinčių teisę į kasmetines pailgintas atostogas, sąrašo ir šių atostogų trukmės patvirtinimo“ pakeitimus, nustatant 42 d. trukmės atostogas.

Dėl alkoholio suvartojimo skaičiavimo metodikos

Komisijos š. m. birželio 22 d. posėdyje, svarstant alkoholio suvartojimo skaičiavimo metodikos ir statistinių rodiklių skelbimo klausimus Lietuvoje, nustatyta, kad reikėtų visoms Europos Sąjungos valstybėms bendros metodikos.

Komisija 2016-07-12 raštu Nr. S-2016-5051 „Dėl alkoholio skaičiavimo metodikos“ kreipėsi į Lietuvos Respublikos Vyriausybę.

Komisija nurodė, kad dabartiniu metu kiekviena valstybė pasitvirtinusi savas metodikas ir statistiniai rodikliai tarp ES valstybių ženkliai skiriasi. Lietuva nedarydama įvairių išimčių atsidūrė vos ne pirmose gretose pagal išgeriamo alkoholinių gėrimų kiekį pasaulyje.

Pavyzdžiui, Pasaulio Sveikatos Organizacija (toliau – PSO) turistų alkoholio vartojimo įtaka vertina tose šalyse, kur turistų skaičius yra didesnis arba lygus šalies gyventojų skaičiui.

PSO iš 195 šalių, kurių duomenis skelbia „Global status report on alcohol and health 2014“, turistų alkoholio suvartojimo įtaką vertina tik 36 šalyse.

Europoje iš 35 šalių, toks vertinimas atliekamas 10 šalių: Albanijoje, Andoroje, Austrijoje, Kroatijoje, Kipre, Estijoje, Islandijoje, Airijoje, Maltoje, Juodkalnijoje.

PSO vertinimu 2010 m. Europos šalyse turistų suvartojamas alkoholis sudarė nuo 0,44 (Islandija) iki 3 (Estija) litrų absoliutaus alkoholio.

Lietuvos Statistikos departamentas (toliau – Departamentas), įgaliotas pasitvirtinti Lietuvos skaičiavimo metodiką, įtraukė atvykusių turistų ir išvykusių šalies gyventojų skaičių dėl alkoholio suvartojimo. Departamentas nustatė, kad šie rodikliai 2014 m. didelės įtakos bendram alkoholio suvartojimo skaičiui Lietuvoje neturėjo, tačiau, yra kitų rodiklių, kurie gali nulemti galutinius skaičius.

Departamentas palygino įvairių ES valstybių šalies gyventojų ir turistų skaičiaus santykį, matyti, kad Lietuvoje (2,9 mln. gyventojų ir 1,4 mln. užsienio turistų skaičius apgyvendinimo įstaigose) iki šiol nebuvo atimamas užsienio turistų eksportuojamas kiekis alkoholinių gėrimų bei jų suvartojimas.

Estijoje (1,3 mln. gyventojų ir 1,9 mln. užsienio turistų skaičius apgyvendinimo įstaigose), buvo atimamas užsienio turistų eksportuojamas kiekis alkoholinių gėrimų bei jų suvartojimas Estijoje.

Kroatijoje (4,2 mln. gyventojų ir 11,4 mln. užsienio turistų skaičius apgyvendinimo įstaigose), valstybė neįskaito alkoholio kiekio piršto ir suvartoto viešbučiuose ir restoranuose.

Danijoje naudojamoje informacijoje apie pardavimus ir mokesčius, pridedamas šalies gyventojų alkoholinių gėrimų suvartojimas užsienyje bei atimamas užsienio turistų alkoholinių gėrimų suvartojimas Danijoje.

Komisija, 2016-06-23 raštu Nr. V-2016-4629 „Dėl alkoholio suvartojimo skaičiavimo metodikos“ kreipėsi į Lietuvos Respublikos Seimo Europos reikalų komitetą, kad būtų tikslinga, suformuoti Lietuvos poziciją ir kreiptis į ES institucijas dėl bendros ES metodikos parengimo ir patvirtinimo, nes tokios metodikos ES neturi. Gautas Lietuvos Respublikos Seimo Europos reikalų komiteto 2016-06-29 protokolo išrašas Nr. 100-P-71 su siūlymu Komisijai dėl siūlymo suvienodinti alkoholio suvartojimo skaičiavimo metodikas Europos Sąjungos valstybėse inicijavimo kreiptis į Lietuvos Respublikos Vyriausybę.

Komisijoje gauta informacija, kad Sveikatos apsaugos ministras Juras Požėla kreipėsi į Vytenį Povilą Andriukaitį, Europos Sąjungos komisarą, atsakingą už sveikatą ir maisto saugą.

Komisija paprašė informuoti, ar Lietuvos Respublikos Vyriausybė numato siekti bendros alkoholio suvartojimo skaičiavimo ES metodikos parengimo ir patvirtinimo, ar yra gautas atsakymas iš Europos Sąjungos komisaro.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, vykdydama Lietuvos Respublikos Vyriausybės kanclerio 2016 m. balančio 15 d. pavedimą Nr. S-27-1248, Komisijai 2016-07-20 raštu Nr. (11.12-41)10-6234 „Dėl alkoholio suvartojimo skaičiavimo ES metodikos“ atsakė, kad parengė ir

išsiuntė Europos Komisijos Sveikatos ir maisto saugos direktoratui kreipimąsi dėl bendros alkoholio suvartojimo rodiklių skaičiavimo metodikos Europos Sąjungoje sukūrimo ir taikymo. Kreipimasis buvo pristatytas Europos komisijos Nacionalinės alkoholio politikos ir veiksmų komiteto posėdyje, kuris vyko 2016 m. birželio 7-8 d. Liuksemburge.

Sveikatos apsaugos ministerija negavo oficialios Europos Komisijos nuomonės dėl bendros alkoholio suvartojimo rodiklių skaičiavimo metodikos Europos Sąjungoje sukūrimo ir taikymo.

Dėl rehabilitacijos – reintegracijos sistemos

Komisija 2016-04-20 posėdyje nagrinėjo priklausomybės nuo alkoholio bei kitų psichoaktyviųjų medžiagų socialinės reintegracijos paslaugų prieinamumo didinimą suaugusiems ir vaikams po socialinės rehabilitacijos, sukuriant socialinės reintegracijos į visuomenę ir darbo rinką paslaugų sistemą.

Po minėto posėdžio, Komisija 2016-05-25 raštu Nr. S-2016-3635 „Dėl siūlymų pateikimo“ kreipėsi į Socialinės apsaugos ir darbo ministeriją, Sveikatos apsaugos ministeriją, Švietimo ir mokslo ministeriją, Ūkio ministeriją, Lietuvos savivaldybių asociaciją, Lietuvos darbo biržą, Neįgaliųjų reikalų departamentą prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos, Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnybą prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos, Viešąją įstaigą „Socialiniai paramos projektai“, Valakupių rehabilitacijos centrą, Labdaros ir paramos fondą „Nugalėtojų akademija“, Viešąją įstaigą „Vilniaus Žirmūnų darbo rinkos mokymo centras“, Panevėžio darbo rinkos mokymo centrą, reabilitacinę bendruomenę „Aš esu“, Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentą, visuomeninę organizaciją „Laisvas žmogus“, Viešąją įstaigą „Vilties žiedas“, reabilitacinę bendruomenę „Vilties švyturys“, Utenos RPMC, reabilitacinių bendruomenių asociaciją, reabilitacinę bendruomenę „Sugrįžimas“, su prašymu pateikti savo nuomonę ir siūlymus dėl rašte iškeltų problemų, kad Komisija galėtų juos apibendrinti ir svarstyti Komisijos posėdyje.

Komisija rašte įvardino keturias problemas ir dėl jų sprendimo iškilusius klausimus.

Pirma problema. Priklausomybės ligomis sergančių asmenų skaičius, kurie baigia pilną reabilitaciją siekia 30-40 proc., o likusieji apie 70 proc. asmenų, išeina iš rehabilitacijos bendruomenių nebaigę viso rehabilitacijos kurso, įvairių paslaugų teikimo laikotarpiu (kartais apie pusę numatyto laiko ir daugiau), todėl neaišku, kas turėtų su šiais asmenimis dirbti, motyvuojant juos tęsti reabilitaciją. Tokie asmenys, kurie nebaigė viso rehabilitacijos kurso ir, kuriems buvo skiriamas gydymas Priklausomybės ligų centruose arba kitose gydymo įstaigose, toliau lieka socialinėje atskirtyje.

Antra problema. Dalis asmenų, kurie serga priklausomybės nuo alkoholio bei kitų psichoaktyviųjų medžiagų ligomis iš viso niekada nesikreipia į reabilitacines bendruomenes, nėra kas juos į ten nukreiptų arba nėra kas juos nukreiptų iš reabilitacinės bendruomenės, iš priklausomybės ligų centrų arba kitų gydymo įstaigų, todėl jie negauna visų arba dalies valstybėje esančių paslaugų ir toliau lieka socialinėje atskirtyje. Neaišku, koks mechanizmas turėtų būti, kuris koordinuotų šiems asmenims nepertraukiamų paslaugų teikimą po gydymo Priklausomybės ligų centruose, ar kitose gydymo įstaigose ir, kokia institucija už tai būtų atsakinga.

Trečia problema. Po gydymo Priklausomybės ligų centre arba kitoje gydymo įstaigoje nėra garantijos, kad asmuo norintis gauti rehabilitacijos paslaugas jas gaus, nes reabilitacinės bendruomenės nariai ne visus asmenis priima į konkrečią reabilitacinę bendruomenę, o tik tuos, kuriuos priima tos, konkrečios reabilitacinės bendruomenės nariai, todėl dalis asmenų niekada nepakliūna į reabilitacines bendruomenės dėl savo įvairių charakterio savybių ar kitų priežasčių (dėl dažno atkryčio) ir tokiu būdu jiems užkertama galimybė pasinaudoti esančiomis paslaugomis.

Neaišku, koks kontrolės mechanizmas gali būti taikomas tokiais atvejais, kai bendruomenės nariai vengia prisiimti atsakomybę dėl sunkesnių asmenų dalyvavimo reabilitacijoje, nors finansavimas skiriamas visoms bendruomenėms iš socialinių projektų. Kaip reikėtų sureguliuoti galimybę šiems asmenims gauti reabilitacines paslaugas ir, kas turėtų kontroliuoti šiuos procesus. Kas gali patikrinti

reabilitacinėse įstaigose taikomų metodikų teisingumą, nes reabilitacijos laikotarpiu asmuo mokomas kitą atjausti, skatinamas bendruomeniškumo jausmas, pagalbos kitam jausmas ir kt. Kas turi koordinuoti ir kontroliuoti tolesnį šiems asmenims paslaugų suteikimą.

Ketvirta problema. Asmenims, kurie sėkmingai baigė reabilitaciją, reikalingas tolesnis reintegracijos paslaugų teikimas, suteikiant reintegracijos metu laikinąjį gyvenamąjį plotą (vaikams, moterims, vyrams, moterims su mažamečiais vaikais, neįgaliams). Iš jų:

Motyvuotiems mokytis, bet neturintiems išsilavinimo arba specialybės.

Motyvuotiems dirbti, bet reikalingiems perkvalifikavimo.

Nemotyvuotiems mokytis arba dirbti, be išsilavinimo ir specialybės, neturintiems kur gyventi.

Komisija pažymėjo, kad apibendrinus turimą informaciją, matyti, jog reikalingas modelis, kuris būtų reglamentuotas teisės aktais ir, skirtas nukreipti po reabilitacijos asmenis į reintegraciją, užtikrinant sklandų visą reintegracijos proceso darbą. Sukurta „Reabilitacija–Reintegracija“ sistema, numatyta, kad asmuo, sergantis priklausomybės ligomis, pakliuvęs į gydymo įstaigą, po gydymo periodo iš karto galėtų būti nukreiptas į vieną iš reabilitacinių bendruomenių, o po psichologinės ir socialinės reabilitacijos etapo, iš karto gautų reintegracijai skirtas atitinkamas paslaugas, kurios reikalingos integruojantis į visuomenę, darbą. Šiems tikslams pasiekti reikalinga koordinuojanti institucija, kuri kontroliuotų visą reintegracijos proceso eigą.

Komisija rašte nurodė, kad Sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 16 d. įsakymo Nr. V-815 „Dėl sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų plano patvirtinimo“ 2 priede „Priklausomybės nuo alkoholio bei kitų psichoaktyviųjų medžiagų prevencijos, gydymo bei socialinės integracijos paslaugų prieinamumo didinimo krypties apraše“ patvirtintos sąvokos: Asmenys, piktnaudžiaujantys alkoholiu ir kitomis psichoaktyviosiomis medžiagomis – tai asmenys, turintys psichikos ir elgesio sutrikimus, vartojant psichoaktyvias medžiagas, atitinkamai pagal Tarptautinių ligų kodus (TLK) F10-F19. Socialinės integracijos paslaugos – paslaugos, skirtos asmenų, priklausomų nuo psichoaktyviųjų medžiagų, integracijai į visuomenę ir darbo rinką. Socialinės integracijos paslaugos apima medicininės, profesinės ir socialinės reabilitacijos paslaugų teikimą. Integruota sveikatos priežiūra – tai darni paslaugų finansavimo, organizavimo ir valdymo modelių ir metodų sistema, siekiant užtikrinti gydymo ir priežiūros sektorių tęstinumą, suderinamumą, bendradarbiavimą. Šių modelių ir metodų tikslas – pacientams su sudėtingais ir ilgalaikiais sveikatos sutrikimais, kuomet yra poreikis ilgą laiką gauti daug paslaugų iš skirtingų paslaugų teikėjų, pagerinti priežiūros ir gyvenimo kokybę, paslaugų vartotojų pasitenkinimą bei tobulinti sistemos efektyvumą (Kodner D, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications. International Journal of Integrated Care, v. 2, 2002), Sveikatos priežiūros paslaugos gali būti integruojamos tiek horizontaliu lygmeniu (pvz., gerinant specialistų komandinį darbą), tiek ir vertikaliu lygmeniu, kuomet užtikrinamas gydymo ir priežiūros tęstinumas tarp pirminio, antrinio ir tretinio lygio.

Komisija pasiūlė atsakyti, ar kuriant „Reabilitacijos – Reintegracijos“ modelį, jis turėtų atitikti Sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 16 d. įsakymo Nr. V-815 „Dėl sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų plano patvirtinimo“ 2 priedo „Priklausomybės nuo alkoholio bei kitų psichoaktyviųjų medžiagų prevencijos, gydymo bei socialinės integracijos paslaugų prieinamumo didinimo krypties apraše“ integruotos sveikatos priežiūros dalį, ar jis turėtų būti atskiras, veikiantis bendradarbiavimo principu tarp Sveikatos apsaugos ir Socialinės apsaugos ir darbo ministerijų ir reabilitacinių bendruomenių.

Į Komisijos pateiktus klausimus, siūlymus pateikė:

Neįgaliųjų reikalų departamentas prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos 2016-05-26 raštu Nr. 1.180-SD-862 „Dėl pasiūlymų pateikimo“ pasiūlė, kad „...pasibaigus priklausomybę turinčių asmenų socialinei reabilitacijai, gali būti sukurtas šių asmenų profesinės reabilitacijos modelis, analogiškas neįgaliųjų profesinės reabilitacijos modeliui. Atsižvelgiant į tai, kad priklausomi nuo

psichotropinių medžiagų asmenys turi specialių paslaugų poreikį, profesinis orientavimas, mokymas, (perkvalifikavimas) ir įdarbinimas turėtų vykti su papildoma atitinkamų specialistų pagalba. Svarbu apibrėžti, kokių specialių poreikių turi priklausomybę turintys asmenys, kokios paslaugos jiems būtų reikalingos, kokie specialistai šias paslaugas galėtų teikti, kokia preliminarinė paslaugų kaina. Tuomet būtų sprendžiama, kas galėtų organizuoti, administruoti šių paslaugų teikimą ir kas galėtų šias paslaugas teikti. Aptarus ir sukūrus tinkamą modelį, būtų galima teikti siūlymus dėl reikiamų teisės aktų parengimo...“.

Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas (toliau – Departamentas) 2016-06-07 rašte Nr. S-(4.3-8)-1556 „Dėl rezoliucijos vykdymo“ pažymėjo, kad priklausomybė yra kompleksinė problema ir reikalauja kompleksinių sprendimo būdų teikiant medicininės, psichologinės ir socialinės reabilitacijos paslaugas, tiek integracijos ir reintegracijos paslaugas, tiek mažinant visuomenės neigiamas nuostatas priklausomų nuo psichoaktyviųjų medžiagų asmenų atžvilgiu, tiek mažinant šių asmenų stigmatizaciją bei socialinę atskirtį. „...Departamentas 2014 metais, siekdamas nustatyti priklausomų nuo psichoaktyviųjų medžiagų asmenų, dalyvavusių psichologinės ir socialinės reabilitacijos programose, ypatumus ir poreikius, iš 18 psichologinės ir socialinės reabilitacijos įstaigų surinko duomenis apie minėtų asmenų lytį, amžių, išsilavinimą, psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo pasiskirstymą pagal lytį ir kt.

Gautų duomenų analizė parodė, kad 40 proc. asmenų, priklausomų nuo psichoaktyviųjų medžiagų per 2014 metus išvykusių iš reabilitacijos įstaigų sėkmingai baigė reabilitacijos programas ir turėjo galimybę integruotis į visuomenę. Viena pagrindinių problemų, kylančių psichologinės socialinės reabilitacijos proceso metu yra silpna priklausomų asmenų motyvacija keistis.

Noras grįžti prie senų gyvenimo įpročių, ar motyvacijos keistis stoka, apsunkina priklausomų asmenų adaptaciją ne tik konkrečioje bendruomenėje, bet ir visuomenėje. Todėl labai svarbu motyvuoti priklausomus asmenis kreiptis pagalbos net ir įvykus atkryčiui, nes priklausomybė - tai lėtine liga.

Lėtinis šios ligos pobūdis reiškia, kad atkrytis yra ne tik galimas, bet ir labai tikėtinas. Išties, priklausomybės ligų atkryčio mastas yra panašus į kitą lėtinių ligų, tokių kaip diabeto, hipertenzijos ar astmos. JAV Nacionalinio priklausomybių nuo narkotikų instituto duomenimis, atkreinta maždaug 40-60 proc. asmenų, kurie gydėsi dėl priklausomybės (diabeto - 30-50 proc., hipertenzijos - 50-70 proc., astmos - 50-70 proc.).

Bet kaip ir kitų lėtinių ligų, priklausomybės ligų gydymas ir reabilitacija gali būti sėkminga, jei teikiama kokybiška, ilgalaikė, palaikomoji pagalba ir motyvavimas. Sėkminga pagalba lėtinėmis ligomis sergantiems asmenims turėtų apimti nuolatinį vertinimą, atitinkamą teikiamos pagalbos pritaikymą. Deja, įvykus atkryčiui, neretai priklausomybės ligų gydymo ir reabilitacijos paslaugos yra laikomos nesėkmingomis. Išties, pasikartojančius ligos simptomus reikėtų vertinti ne kaip nevykusi bandymą padėti, o kaip ženklą, kad reikia iš naujo įvertinti pagalbos poreikį ir ją atitinkamai pritaikyti prie asmens poreikių ar teikti kitokią pagalbą.

Asmenys, kurie dėl įvairių priežasčių nebaigia psichologinės bei socialinės reabilitacijos programos, visuomet gali kreiptis pakartotinai į asmens sveikatos priežiūros įstaigą ir gauti nukreipimą pakartotinai tęsti psichologinę bei socialinę reabilitaciją jo pasirinktoje įstaigoje, jeigu tam yra indikacijos galimybės ir nėra kontraindikacijų.

Siekdamas sukurti bendradarbiavimo modelį, kuris padėtų motyvuoti nuo psichoaktyviųjų medžiagų priklausomus asmenis gauti medicininės, socialinės ir psichologinės paslaugas, Departamentas, 2016 m. sudarys darbo grupę iš suinteresuotų institucijų ir nevyriausybinių organizacijų atstovų ir pateiks Lietuvos Respublikos Vyriausybei pasiūlymus dėl valstybės, savivaldybės institucijų ir nevyriausybinių sektoriaus bendradarbiavimo modelio sukūrimo, siekiant motyvuoti nuo psichoaktyviųjų medžiagų priklausomus asmenis gydytis, užtikinti paslaugų tęstinumą po gydymo, išvengti priklausomų asmenų atkryčio.

Atskiros psichologinės bei socialinės reabilitacijos įstaigos pasirenka įvairius būdus informuoti pirminio ir antrinio lygio asmens sveikatos priežiūros įstaigų pacientus apie teikiamas psichologines bei

socialines reabilitacijos paslaugas. Vienos įstaigos platina lankstinukus priklausomybės ligų centruose, psichikos sveikatos centruose, ligoninių skyriuose, kuriuose gydomi asmenys dėl problemų, kurias sukėlė psichoaktyviųjų medžiagų vartojimas. Kitos psichologinės bei socialinės reabilitacijos įstaigos siunčia savo įstaigos savanorius į minėtas asmens sveikatos priežiūros įstaigas, kur apie galimybes gydytis toliau reabilitacijoje informuoja suinteresuotus asmenis tiesiogiai bei motyvuoja juos. Atskiros psichologinės bei socialinės reabilitacijos įstaigos organizuoja savanorių išvykas prie romų taboro Vilniuje ir į stoties rajoną, kurių metu susitinka su asmenimis, kurie vartoja psichoaktyvias medžiagas, ir aiškina jiems gydymosi bei reabilitacijos galimybes, vykdo motyvacinį darbą. Taip pat ir kai kurios savivaldybės yra užmezgusios ir palaiko nuolatinius bendradarbiavimo ryšius su psichologinės bei socialinės reabilitacijos įstaigomis, nukreipiant priklausomus asmenis gauti socialines psichologines reabilitacijos paslaugas.

Departamentas yra numatęs 2016 m. sukurti bendradarbiavimo tinklą su priklausomybių ligų centrais bei įstaigomis/organizacijomis, teikiančiomis žemo slenksčio paslaugas ir Departamento vykdomo projekto „Asmenų, priklausomų nuo psichoaktyviųjų medžiagų, socialinė integracija“ partneriais, siekiant motyvuoti ir nukreipti narkotines ir psichotropines medžiagas vartojančius asmenis gauti socialines ir psichologines reabilitacijos paslaugas trumpalaikės socialinės globos įstaigose. Siekiant padėti šiems žmonėms pasveikti ir integruotis į visuomenę, reikalinga tenkinti ne vieną, o daugeli jų poreikių. Mėginančiam prisitaikyti visuomenėje priklausomam nuo psichoaktyviųjų medžiagų asmeniui būtina visapusiška socialinė, dvasinė, psichologinė pagalba, kurią galima suteikti tik visoms suinteresuotoms institucijoms bendradarbiaujant ir siekiant bendro tikslo. Vienas iš svarbiausių uždavinių yra įsigyti profesiją ir susirasti darbą, užtikinantį bent minimalias pajamas. Tyrimais nustatyta, kad suradę darbą asmenys dvigubai rečiau vėl pradeda vartoti psichoaktyvias medžiagas negu tie, kurie jo neturi. Nesant pakankamo užimtumo, asmenys greitai grįžta prie senų įpročių. Svarbiausiu tikslu tampa integracija į darbo rinką: padėti asmenims prisitaikyti prie šiuolaikinių darbo rinkos reikalavimų ir padėti įsidarbinti....“.

Departamentas pažymėjo, kad po psichologinės ir socialinės reabilitacijos būtų tikslinga asmenims, sergantiems priklausomybės nuo psichoaktyviųjų medžiagų ligomis, toliau teikti paslaugas socialines rizikos asmenų savarankiško gyvenimo (reintegracijos) namuose, kuriuose būtų teikiamos apgyvendinimo, psichologo, socialinio darbuotojo, socialinio darbuotojo padėjėjo paslaugos ir kt. Būtų užtikrinta priklausomybės nuo psichoaktyviųjų medžiagų ligos atkryčio prevencija, sėkminga integracija į visuomenę ir darbo rinką. Paslaugos turėtų būti teikiamos 24 – 36 mėnesius.

Reintegracija Lietuvoje yra žymiai mažiau išvystyta nei gydymas, ar reabilitacija ir šiai sričiai būtina skirti daugiau dėmesio. Tai sąlygoja eilė veiksnių. Tam, kad asmuo integruotųsi į visuomenę, reikalinga turėti pastovias pajamas, t. y. darbą, taip pat gyvenamą būstą, tvirtus socialinius ryšius. Ši socialinė gerovė yra sunkiau pasiekama, nei psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo nutraukimas.

Departamentas kėlė šį klausimą Departamento organizuojuose Kolegijos posėdžiuose 2011 m. ir 2015 m., rodė iniciatyvą bei siūlė Socialines apsaugos ir darbo ministerijai skirti daugiau dėmesio integracijos ir reintegracijos paslaugų kūrimui ir plėtotei, numatant papildomą finansavimą.

Departamentas pažymėjo, kad „...Dėl finansavimo stokos Lietuvoje šiuo metu veikiančių adaptacijos (pusiaukelės) namų asmenims, pabaigusiems psichologines socialines reabilitacijos programas, nėra, kol kas reintegraciją užtikrinančios paslaugos neteikiamos ir nefinansuojamos. <...> Departamento ir Socialines apsaugos ir darbo ministerijos atstovų pasitarime **2016 m. birželio 15 d. planuojama aptarti reintegracijos paslaugų vystymo perspektyvas Lietuvoje.**“

Departamentas teikė siūlymus į 2016 metų veiksmų alkoholio vartojimo problemoms spręsti planą įtraukti priemonę: „sukurti reintegracijos sistemą asmenims, sergantiems priklausomybės nuo psichoaktyviųjų medžiagų ligomis, po psichologinės ir socialinės reabilitacijos“ (galimas priemonės vykdytojas - Socialines apsaugos ir darbo ministerija).

Departamento nuomone, klausimas dėl reintegracijos paslaugų kūrimo, diegimo ir finansavimo išlieka itin aktualus, todėl priemonės, susijusios su adaptacijos (pusiaukelės) namų asmenims,

pabaigusiems psichologines socialines reabilitacijos programas, steigimu turėtų būti numatytos ir įtrauktos į rengiamo Lietuvos Respublikos narkotikų, tabako ir alkoholio prevencijos tarpinstitucinio veiklos plano 2017-2019 metų projektą. Toki siūlymą Departamentas pateikė Socialines apsaugos ir darbo ministerijai, inicijuodamas Lietuvos Respublikos narkotikų, tabako ir alkoholio prevencijos tarpinstitucinio veiklos plano 2017-2019 metų projekto rengimą.

Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnyba (toliau – NDNT) prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos (toliau – NDNT), atsakydama pagal kompetenciją į Komisijos pateiktus klausimus 2016-06-10 raštu Nr. R-20218 „Dėl pateiktų siūlymų“ nurodė, kad NDNT asmenims tik nustato neįgalumo lygį, darbingumo lygį, bendruosius specialiuosius poreikius bei profesinės reabilitacijos paslaugų poreikį, tolimesniuose socialinės integracijos etapuose dalyvauti neįgalia.

NDNT siūlo, asmenis, turinčius priklausomybę nuo alkoholio, ar kitų psichoaktyviųjų medžiagų, priklausomybės ligų centrams ir (ar) psichikos sveikatos centrams nukreipti į sveikatos priežiūros įstaigą. Asmenį gydantis gydytojas, nustatęs diagnozę, ir atsižvelgus į tai, kad po taikyto gydymo ir (ar) medicininės reabilitacijos išlieka organizmo funkcijų sutrikimų, kurie yra patvirtinti instrumentiniais, klinikiniais laboratoriniais ir (ar) kitais tyrimais, parengia ir įteikia asmeniui, ar pateikia NDNT elektroniniu būdu siuntimą ir kitus reikiamus dokumentus darbingumo lygiui nustatyti.

Asmenys, kurie atitinka Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro patvirtintą Profesinės reabilitacijos paslaugų poreikio nustatymo kriterijų aprašą ir yra motyvuoti atkurti arba įgyti naują profesiją, nustatomas profesinės reabilitacijos poreikis.

Profesinės reabilitacijos paslaugų teikimo tvarka siūloma tokia: nuolat Lietuvos Respublikoje gyvenantys asmenys, turintys nustatytą darbingumo lygį (nuo 0 iki 45 proc.) teisės aktų nustatyta tvarka kreipiasi į teritorinę darbo biržą dėl siuntimo į NDNT profesinės reabilitacijos paslaugų poreikiui nustatyti. Asmenims, kurie į NDNT dėl darbingumo lygio nustatymo kreipiasi pirmą kartą, profesinės reabilitacijos paslaugų poreikis nustatomas darbingumo lygio nustatymo metu ir tik tuo atveju, kai asmenys turi profesinės reabilitacijos ir darbinės veiklos motyvaciją (šiuo atveju, teritorinės darbo biržos siuntimo nereikia).

Prioritetas dalyvauti profesinės reabilitacijos programoje teikiamas asmenims, kuriems profesinės reabilitacijos poreikis nustatytas vertinant darbingumo lygį pirmą kartą. Nustačiusi profesinės reabilitacijos paslaugų poreikį, NDNT asmeniui išduoda išvadą dėl profesinės reabilitacijos paslaugų poreikio, asmuo ne vėliau kaip per 3 darbo dienas nuo išvados dėl profesinės reabilitacijos paslaugų poreikio gavimo dienos kreipiasi į teritorinę darbo biržą. Teritorinė darbo birža sudaro su asmeniu sutartį dėl profesinės reabilitacijos paslaugų finansavimo sąlygų ir išduoda asmeniui siuntimą į profesinės reabilitacijos paslaugas teikiančią įstaigą. Siuntime nurodoma asmens atvykimo į šią įstaigą data. Profesinės reabilitacijos paslaugas teikianti įstaiga sudaro asmens individualią profesinės reabilitacijos programą ir sudaro su asmeniu sutartį dėl dalyvavimo programoje sąlygų. NDNT, gavusi iš teritorinės darbo biržos pranešimą apie sėkmingą profesinės reabilitacijos programos baigimą, nustato asmeniui darbingumo lygį ir išduoda atitinkamus dokumentus.

Asmuo, kuriam jau nustatytas darbingumo lygis nuo 0 iki 45, dėl profesinės reabilitacijos poreikio nustatymo gali kreiptis į teritorinę darbo biržą. Teritorinė darbo birža priima sprendimą siųsti tokį asmenį, į NDNT nustatyti profesinės reabilitacijos paslaugų poreikio, jeigu: asmuo įregistruotas darbo biržoje; asmens darbingumo lygis yra nuo 0 iki 45 proc.; iki nustatyto asmens darbingumo lygio termino pabaigos yra likę ne mažiau kaip 180 kalendorinių dienų; asmuo paskirtas tikslinei grupei – nepasirengęs darbo rinkai, motyvuotas.

Teritorinė darbo birža priėmusi sprendimą siųsti asmenį į NDNT nustatyti profesinės reabilitacijos paslaugų poreikio, įteikia asmeniui užpildytą siuntimą į NDNT. Asmuo, gavęs teritorinės darbo biržos siuntimą, ne vėliau kaip per 3 darbo dienas, pateikia arba išsiunčia jį registruotu laišku į NDNT teritorinį skyrių, taip pat kartu su siuntimu papildomai pateikia asmens tapatybę patvirtinantį dokumentą – Lietuvos Respublikos piliečio pasą ar asmens tapatybės kortelę arba leidimą nuolat gyventi Lietuvos Respublikoje (asmens registruotu laišku siunčiant dokumentų originalų kopijas

įstatymų nustatyta tvarka turi būti patvirtintos notaro, seniūno (arba Lietuvos Respublikos konsulinio pareigūno) bei prašymą nustatyti profesinės reabilitacijos paslaugų poreikį.

Asmenims, kurie dalyvauja profesinės reabilitacijos programoje, mokama profesinės reabilitacijos pašalpa. Taip pat profesinės reabilitacijos paslaugas teikiančiai įstaigai apmokama už asmeniui, dalyvaujančiam profesinės reabilitacijos programoje, suteiktas paslaugas, į kurias esant poreikiui įskaitomas maitinimas, apgyvendinimo ir transporto išlaidos. Pagrindas skirti profesinės reabilitacijos pašalpą yra Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnybos prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos (arba NDNT) sprendimas – Išvada dėl profesinės reabilitacijos poreikio, išduota asmeniui teisės aktų nustatyta tvarka. Profesinės reabilitacijos pašalpa mokama asmens dalyvavimo profesinės reabilitacijos laikotarpiu, neatsižvelgiant į kitas asmens gaunamas pajamas, bet ne ilgiau kaip 180 kalendorinių dienų. Profesinės reabilitacijos pašalpą skiria ir moka teritorinė darbo birža pagal asmens gyvenamąją vietą.

Profesinė reabilitacija – asmens darbingumo, profesinės kompetencijos bei pajėgumo dalyvauti darbo rinkoje atkūrimas arba didinimas ugdymo, socialinio, psichologinio, reabilitacijos ir kitomis poveikio priemonėmis. Profesinės reabilitacijos paslaugomis siekiama ugdyti, ar atkurti neįgaliųjų darbingumą, didinti jų įsidarbinimo galimybes bei sugrąžinti į pilnavertį visuomenės gyvenimą priklausomybe sergantį asmenį. Galimai tai viena iš reintegracijos priemonių.

Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerija (toliau – Ministerija) 2016-06-14 raštu Nr. (19.3-33)SD – 3793 „Dėl siūlymų pateikimo“, pritardama Komisijos iniciatyvai apjungti įvairių institucijų pastangas, sukuriant asmenų, priklausomų nuo psichoaktyviųjų medžiagų, bendrą gydymo, reabilitacijos ir reintegracijos paslaugų teikimo modelį. Nuo 2013 m. asmenų, priklausomų nuo psichoaktyviųjų medžiagų, psichosocialinės reabilitacijos paslaugas finansuojant Europos Sąjungos fondų lėšomis, yra užtikrinamas psichosocialinės reabilitacijos prieinamumas asmenims, priklausomiems nuo psichoaktyviųjų medžiagų, nepriklausomai nuo jų gyvenamosios vietos, jų finansavimo galimybių. 2015 m. pasibaigus vienam projektui, kuris yra administruojamas Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamento, 2016 m. buvo pradėtas kitas projektas – tokiu būdu buvo užtikrintas nenutrūkstamas paslaugų teikimo finansavimas. Licencijavus psichosocialines reabilitacijos paslaugas teikiančias įstaigas, pagerėjo jose teikiamų trumpalaikės socialinės globos paslaugų kokybė, reabilitacijos paslaugos teikiamos pagal patvirtintas programas.

Asmenų, priklausomų nuo psichoaktyviųjų medžiagų, reintegracija iš dalies yra vykdoma psichosocialines reabilitacijos bendruomenėse, savivaldybėse, asmeniui sugrįžus į savo gyvenamąją vietą. Tačiau, tikslingai pažeidžiamiausių grupių asmenų (įskaitant ir priklausomus nuo psichoaktyviųjų medžiagų asmenis) integracijai ir sugrįžimui į darbo rinką numatyta 2014-2020 m. Europos socialinio fondo lėšomis finansuojama priemonė Nr. 08.1-ESFA-K-413 „Socialinę atskirtį patiriančių asmenų integracija į darbo rinką“.

Numatoma finansuoti šias veiklas: individualus ar grupinis motyvavimas, asmens poreikių vertinimas, socialinių ir darbinių įgūdžių ugdymas, palaikymas bei atkūrimas; profesinis orientavimas, informavimas ir konsultavimas; bendrųjų įgūdžių (pvz., skaitmeninio raštingumo, kalbų, verslumo) ugdymas; profesinis mokymas; praktinių įgūdžių ugdymas darbo vietoje; tarpininkavimas ar kita pagalba įsidarbinant ir įdarbinus; projektą vykdančio personalo gebėjimų stiprinimas.

Galimi pareiškėjai – nevyriausybinės organizacijos.

2016 m. – 2017 m. pradžioje planuojama skelbti pirmąjį kvietimą teikti paraiškas projektų finansavimui gauti. Šie projektai sukurtų prielaidas socialinę atskirtį patiriančių asmenų integracijai ir sugrįžimui į darbo rinką. Antrąjį kvietimą teikti paraiškas planuojama paskelbti 2018 m.

Siūlomą modelį būtų tikslinga išbandyti praktikoje, įgyvendinant Sveikatos apsaugos ministerijos ar Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos priemones, numatomas finansuoti ES paramos lėšomis. Viena iš svarstytinų galimybių galėtų būti minėta priemonė „Socialinę atskirtį patiriančių asmenų integracijos į darbo rinką“.

Kitų galimybių ir finansavimo šaltinių Socialinės apsaugos ir darbo ministerija neturi.

Viešojo įstaiga „Vilties žiedas“ atsakydama į Komisijos raštą, siūlo pakeisti Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2004 m. gruodžio 31 d. įsakymu Nr. A1-302 „Dėl Profesinės reabilitacijos paslaugų poreikio nustatymo kriterijų aprašo ir Profesinės reabilitacijos paslaugų teikimo bei finansavimo taisyklių patvirtinimo“ patvirtintus dokumentus (Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2013 m. kovo 8 d. įsakymo Nr. 1A-108 redakcija):

1) 3.1 papunktį išdėstyti taip:

„3.1. teritorinė darbo birža, priimdama sprendimą siūsti asmenis, kuriems nustatytas darbingumo lygis, **arba asmenis, sergančius priklausomybės ligomis, kuriems nėra nustatytas darbingumo lygis** į NDNT nustatyti profesinės reabilitacijos paslaugų poreikio“;

2) Papildyti 4 punktą papunkčiu **4.4** ir išdėstyti jį taip:

„4. Teritorinė darbo birža priima sprendimą siūsti asmenis, kuriems nustatytas darbingumo lygis **arba asmenis, sergančius priklausomybės ligomis, kuriems nėra nustatytas darbingumo lygis**, į NDNT nustatyti profesinės reabilitacijos paslaugų poreikio, jeigu:

4.4 asmuo serga priklausomybės ligomis ir jam nėra nustatytas darbingumo lygis“;

3) Išdėstyti 6 punktą taip:

„6. Teritorinė darbo birža, priėmusi sprendimą siūsti asmenį, kuriam nustatytas darbingumo lygis, **arba asmenį, sergantį priklausomybės ligomis, kuriam nėra nustatytas darbingumo lygis** į NDNT nustatyti profesinės reabilitacijos paslaugų poreikio, įteikia asmeniui užpildytą siuntimą į NDNT (siuntimo forma tvirtinama bendru Lietuvos darbo biržos prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos (toliau – Lietuvos darbo birža) ir NDNT direktorių įsakymu)“.

Lietuvos savivaldybių asociacija pasiūlė savivaldybėms patekti savo nuomonę ir siūlymus Komisijos rašte išdėstytais klausimais.

Lietuvos savivaldybių asociacija 2016-06-15 raštu Nr. (15)-SD-448 „Dėl siūlymų pateikimo“ pritarė visoms Komisijos 2016 m. gegužės 25 d. rašte iškeltoms problemoms ir vienareikšmiškai pasisako už tai, kad visos šalies mastu būtų sukurta vieninga paslaugų priklausomybės ligomis sergantiems asmenims teikimo sistema.

Praktikoje visos savivaldybės susiduria su asmenų, sergančių priklausomybės ligomis, reabilitacijos ir jų integravimo į visuomenę problemomis. Savivaldybės pažymi, kad tokie asmenys **yra silpnai motyvuoti spręsti šią problemą, o paslaugų prieinamumas, ypač mažesnių rajonų savivaldybėse yra minimalus**. Pagalba priklausomiems asmenims dažniausiai apsiriboja tik medikamentiniu gydymu, o silpnoji grandis yra tai, kad neužtikrinamas gydymo tęstinumas, menkas psichologinės, socialinės pagalbos prieinamumas.

NSO sektoriaus teikiamos paslaugos priklausomybės ligomis sergantiems asmenims rajonų savivaldybėse yra nepakankamos, taip pat trūksta ir informacijos apie šias paslaugas teikiančias organizacijas, priėmimo į jas tvarkos.

Savivaldybės akcentuoja, kad per savivaldybių finansuojamus socialinius projektus suteikiama galimybė socialinės rizikos šeimų nariams gauti nemokamą antialkoholio terapiją ilgai veikiančiais vaistais. Tačiau, dažnai šia paslauga pasinaudoję asmenys susiduria su atkryčio problema, kadangi iki šiol nėra galimybės jiems užtikrinti ilgalaikės psichologinės, socialinės pagalbos teikimo.

Gydymas priklausomybės ligų centruose yra mokamas, todėl nemaža dalis asmenų negali juo pasinaudoti, nes neturi tam finansinių išteklių. Kaimiškose vietovėse gyvenantys asmenys dažnai pragyvena tik iš piniginės paramos, todėl, kad, ir turėdami motyvacijos, dažnai neturi galimybių atvykti į miestą bei pasinaudoti teikiamomis paslaugomis. Savivaldybės mano, kad reikėtų svarstyti galimybę iš valstybės biudžeto lėšų finansuoti ne tik detoksikacijos procedūrą, bet ir po to jos būtiną antialkoholio terapiją.

Kliento motyvacijai stiprinti svarstyтина galimybė sudaryti sutartis, kuriose galėtų būti apibrėžiami kliento finansiniai įsipareigojimai, pvz., nebaigus gydymo programos reabilitacijos bendruomenėje apmokėti (sugrąžinti į valstybės biudžetą) „gydymo išlaidas“.

Savivaldybių nuomone, siekiant padėti asmenims, sergantiems priklausomybės ligomis, būtina užtikrinti paslaugų jiems prieinamumą, stiprinant šiuo metu veikiančias organizacijas ir plečiant jau esamą infrastruktūrą. Būtina, ypač mažesniuose miesteliuose, plėsti dienos centrų, bendruomenių, kurios teiktų reabilitacines paslaugas, tinklą, gerinti psichologines, socialinės pagalbos teikimą ir jos prieinamumą. Turėtų būti stiprinami psichikos sveikatos centrai, didinamas dirbančių kvalifikuotų specialistų skaičius.

Priklausomybės ligų centruose teikiamos paslaugos apsiriboja dažniausiai tik konsultacijų teikimu centre, stacionariomis paslaugomis tiems, kurie motyvuoti gydytis ir atsakymais į paklausimus, ar piliėtis pas juos lankėsi, ar gydosi. Siekiant spręsti priklausomybių problemą, kuri yra itin didelio masto, priklausomybių specialistai turėtų aktyviai dirbti asmenų motyvavimo gydytis srityje, vykdyti daug švietėjiško darbo, prevencinio darbo, teikti rekomendacijas dėl gydymosi būdų, galimybių, sekti asmens sveikimo procesą, reguliariai konsultuoti klientus.

Sprendžiant vaikų priklausomybių gydymo problemą, būtina tobulinti šią paslaugą visoje šalyje ir vaikams sudaryti patrauklias, jų poreikius atitinkančias sąlygas su daug erdvės ir užimtumo programomis.

Dėl reintegracijos problemos sprendimo, kai kurios savivaldybės išsakė nuomonę, kad dalyvautų projektuose kuriant centrus, teikiančius (palydėjimo paslaugas) asmenims po reabilitacijos ar gydymo nuo priklausomybių, jei tam tikslui būtų numatytas finansavimas.

Savivaldybės pasigenda aiškaus modelio priklausomybės ligomis sergančių asmenų gydyme, reabilitacijoje ir integracijoje, kuriame būtų apibrėžta, kaip šis procesas turėtų vykti, kas ir už ką turėtų būti atsakingas, kokias paslaugas asmenys turėtų ir galėtų gauti savivaldybėse, kaip tos paslaugos būtų finansuojamos ir užtikrinamas jų tęstinumas, kaip turėtų vykti bendradarbiavimas tarp įstaigų ir organizacijų, teikiančių šias paslaugas.

Visą reabilitacijos ir reintegracijos procesą turėtų koordinuoti atskira institucija, kuri finansuodama ir prižiūrėdama visą gydymo nuo alkoholizmo ir kitų psichoaktyviųjų medžiagų procesą, matys jo visumą, nuoseklų perėjimą tarp gydymo, reabilitacijos ir reintegracijos. Taip pat, būtų pasiekta finansinių resursų sinergija finansuojant visą procesą, o neskelbiant atskirus projektų konkursus atskiroms veikloms, kurios dažniausiai yra vykdomos atskirai ir nesukuria preinamumo, kas nepadedą siekti geriausios rezultato.

Reabilitacinių bendruomenių taikomus gydymo metodus galėtų tvirtinti, ar kitaip kontroliuoti teritoriniu pagrindu priskirti Priklausomybės ligų centrai, kurie galėtų tapti metodiniais centrais. Šia funkcija Priklausomybės ligų centrai būtų suinteresuoti, nes būtent į reabilitacines bendruomenes išeina tęsti gydymo jų pacientai.

Viešoji įstaiga Valakupių reabilitacijos centras 2016-06-15 raštu Nr. S-543 „Dėl siūlymų pateikimo“ pasiūlė „Reabilitacijos–Reintegracijos“ modelio schemą, kuri turi būti kuruojama bendradarbiavimo principu tarp Sveikatos apsaugos ir Socialinės apsaugos ir darbo ministerijų.

Pateiktame priklausomybės ligomis sergančių asmenų „Reabilitacijos – Reintegracijos“ modelyje, siūloma socialinės reintegracijos į visuomenę ir darbo rinką sistema ir profesinės reabilitacijos paslaugų teikimo asmenims, kuriems nustatytas 0-45 proc. darbingumo lygis arba 0-50 proc. bazinis darbingumas, modelio schema, kuris įtraukia į procesą seniūnijas, darbo biržą, šeimą ir profesinės reabilitacijos įstaigas.

Profesinės reabilitacijos programa yra skirta motyvuotiems mokytis asmenims, turintiems nustatytą darbingumo lygį, tačiau, neturintiems išsilavinimo arba specialybės, arba motyvuotiems dirbti, tačiau, reikalingiems perkvalifikavimo.

Į Lietuvos savivaldybių asociacijos siūlymą, viešosios įstaigos **Jurbarko rajono psichikos sveikatos centras** (toliau – Jurbarko PSC) el. paštu 2016-05-31 atkreipė Komisijos dėmesį į būtinybę išspręsti priklausomybės ligomis sergančių asmenų laikinojo gyvenamojo ploto problemą, skiriant tinkamą finansavimą ir visuomenės kontrolę dėl asmenų nepertraukiamo gydymo.

Siūlymuose nurodyta, kad Jurbarko PSC 2016 metais siūlys atitinkamas sveikatinimo priemonės priklausomybės ligomis sergantiems asmenims, jeigu bus skirtas finansavimas.

Viešoji įstaiga Šiaulių centro poliklinika 2016-06-15 raštu Nr. 01-02-1019 „Dėl siūlymų pateikimo“ į Komisijos pateiktus klausimus atsakė, kad kuriant „Reabilitacijos–Reintegracijos“ modelį asmenims, priklausomiems nuo alkoholio bei kitų psichoaktyvių medžiagų bei siekiant padidinti socialines paslaugas reintegracijos prieinamumą, jų manymu, reikalinga koordinuojanti institucija, apjungianti ir veikianti bendradarbiavimo principu tarp Sveikatos apsaugos ir Socialinės apsaugos ir darbo ministerijų bei reabilitacinių bendruomenių.

Persiūstuose Viešosios įstaigos **Šiaulių centro poliklinikos Psichikos sveikatos centro** (toliau – PSC) siūlymuose atkreipiamas dėmesys į lėtinę ligą ir sergančius asmenis, kad būtų gerai išaiškinti, kiek įmanoma ankščiau, kol priklausomybės sindromas nėra užleistas. Siūlo numatyti kategorijas asmenų, kurie būtų nukreipiami specialistų vertinimui, diagnozės nustatymui, gydymui ir tolesnei pagalbai. Tokie asmenys gali būti neblaivūs sulaikyti už vairo, bausti pakartotinai už pasirodymą neblaiviam viešose vietose, rasti neblaivūs darbo vietoje, neblaivūs smurtavę artimoje aplinkoje ir pan.

PSC nurodo, kad dėl didelio suvartojamo alkoholio Lietuvoje, esamos struktūros (sveikatos priežiūros paslaugų bei socialinių paslaugų) neturi resursų užtikrinti nuolatinės tęstinės daugumos tų asmenų savalaikės diagnostikos, gydymo, reabilitacijos ir reintegracijos, reikia papildomų finansinių ir žmogiškųjų išteklių.

PSC išskiria 3 pagrindinius priklausomų nuo alkoholio ir narkotikų asmenų psichologinės socialinės reabilitacijos programų metodus:

1. Kongnityvinė elgesio terapija, kuri turi skirtingus intensyvumo lygius ir yra trumpalaikė. Jos tikslas – suteikti socialinių įgūdžių ir patirties suprasti bei spręsti elgesio problemas, susijusias su alkoholio ir narkotikų vartojimu ir to sąlygotais teisės pažeidimais.

2. 12 žingsnių principai, kurie pagrįsti tuo, kad grupėje yra mokomasi būdų, kaip gyventi blaiviai. Tai vyksta kartu su tvirtai apsisprendusiais nevartoti ar nevartojančiais alkoholio ir narkotikų bei naujai įsijungusiais į grupę asmenimis, yra tam tikra savipagalbos rūšis. Pagrindinė nuostata ta, kad priklausomybė nuo alkoholio ir narkotikų yra liga visam gyvenimui, ji yra kontroliuojama bet nebūtinai pilnai išgydoma. Ši programa yra intensyvi, nepriklauso nuo psichoaktyvių medžiagų rūšies, trunka nuo 15 iki 18 savaičių.

3. Terapinės bendruomenės metodas, kuris pagrįstas tuo, kad nuosekliai ugdomos naujos nuostatos, vertybės, keičiamas elgesys. Tai daroma su terapinės bendruomenės narių palaikymu ir pagalba. Šis metodas taikomas asmenims, turintiems vidutinę ar aukšto atkryčio ir asocialios veiklos riziką.

PSC nuomone, nemotityvuotų klientų patekimas į bendruomenę gali turėti pražūtingas pasekmes sėkmingai tos bendruomenės veiklai. Būtina prisiminti, kad bendruomenės nariams kiekviena blaivi diena yra pasiekimas.

Kalbant apie integruotą sveikatos priežiūrą psichikos sveikatos priežiūros srityje, PSC pabrėžė, kad taikomas biopsichosocialinis paslaugų teikimo modelis. Būtent toks modelis veiksmingas priklausomybių ligų gydyme. Tuo remiantis, turėtų būti reglamentuotas Sveikatos apsaugos ministerijos ir Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos bendradarbiavimas, kurio šiuo metu trūksta.

Viešoji įstaiga Jurbarko rajono psichikos sveikatos centras (Gauta 2016-06-17 Nr. G-2016-6103) pažymėjo, kad priklausomybės ligomis sergančių asmenų gydymas būtų nepertraukiamas, reikėtų asmens noro gydytis ir tinkamo finansavimo bei visuomenės kontrolės dėl nepertraukiamo gydymo. Būtina išspręsti reintegracijos laikotarpiu laikinojo gyvenamo ploto asmeniui suteikimą. Jurbarko rajono psichikos sveikatos centre pacientai gali gauti ambulatorinį gydymą, psichologinę ir socialinę pagalbą. Gali būti siunčiami į psichiatrijos, reabilitacijos įstaigas.

Telšių rajono savivaldybė 2016-06-14 rašte Nr. 147-290 „Dėl siūlymų pateikimo“ apibūdino rajono situaciją ir informavo, kad nuo 2016 metų sausio mėnesio vedama socialinės rizikos asmenų apskaita, rengiama Socialinės rizikos asmenų 2016-2021 metų integracijos ir socialinės pagalbos

programa, organizuojami atskirų įstaigų atstovų susitikimai, sprendžiant socialinę atskirtį patiriančių asmenų problemas. Rajone nėra bendruomenių, kuriose būtų organizuojama reabilitacija priklausomybės ligomis sergantiems asmenims.

Darbinės reintegracijos klausimą bandoma spręsti su rajono ūkininkų pagalba. Siekiama, kad asmenys baigę reabilitaciją būtų apgyvendinami pas ūkininkus, kur būtų atstatomi asmenų darbiniai gebėjimai, ugdomi socialiniai įgūdžiai, kuriama aplinka, kurioje nebūtų vartojamas alkoholis, narkotikai, o ūkininkų išlaidoms kompensuoti būtų taikomos subsidijos, ar kitos paslaugos finansavimo priemonės.

Siūloma sukurti vieningą darbo su socialinę atskirtį patiriančiais priklausomybės ligomis sergančiais asmenimis sistemą, įtraukiant šiuos asmenis į apskaitą, kad būtų aiškus reabilitacijos poreikis. Informaciją galėtų kaupti savivaldybės socialinės paramos ir rūpybos skyriai, kurie būtų atsakingi už nukreipimą į reabilitaciją. Šie skyriai galėtų pasiūlyti priklausomybės ligomis sergantiems asmenims alternatyvias paslaugas, taip pat nukreipti juos į nevyriausybinės/ bendruomeninės organizacijas, teikti ataskaitas ir siūlymus dėl tolimesnės veiklos su socialinę atskirtį patirinačiais asmenimis strategavimui. Telšių rajone tokia veikla vykdoma.

Atsakingo asmens paskyrimas savivaldybėje iš esmės palengvintų paslaugų, teikiamų socialinę atskirtį patiriantiems asmenims, koordinavimą. Būtent, šie darbuotojai galėtų asmenis nukreipti į reabilitacines bendruomenes, tarpininkauti surenkant reikiamą informaciją, teikiant informaciją bei pirminę motyvaciją gydymuisi. Socialinės paramos ir rūpybos skyriaus specialistai turi informacinės sistemos prieigas, todėl gali tiksliai įvertinti asmens socialinę padėtį. Taip pat minėti darbuotojai koordinuoja kaimiškų seniūnijų socialinio darbo organizatorių darbą socialinių paslaugų srityje, bendradarbiauja su socialinių paslaugų teikėjais, skiriant socialinę paslaugą, todėl galėtų tinkamai organizuoti socialinę atskirtį patiriantiems asmenims nepertraukiamų paslaugų teikimą po gydymo Priklausomybės ligų centruose, ar kitose gydymo įstaigose.

Telšių rajono savivaldybė mano, kad visų norinčių asmenų dalyvavimas bendruomenės teikiamose reabilitacijos programose nebus užtikrintas vien iš projektinių lėšų, nes poreikis yra didesnis. Ne retais atvejais šių paslaugų finansavimo klausimas lieka neišspręstas. Asmenys išlaikomi minimaliomis lėšomis, gaunamomis iš asmeniui skiriamos socialinės pašalpos (102 Eur) per mėnesį arba asmens artimųjų teikiamos paramos, todėl, šią situaciją, ar bet kurio siunčiamo kliento priėmimo į bendruomenę klausimą, išspręstų skiriamas finansavimas per savivaldybes.

Telšių rajono savivaldybė siūlo inicijuoti sutarčių sudarymą tarp savivaldybės ir bendruomenės dėl kiekvieno asmens išlaikymo, finansavimo bei kokybiškos reabilitacijos suteikimo bet kuriame rajone. Šiuo principu organizuojamos socialinės paslaugos – ilgalaikė/trumpalaikė socialinė globa. Būtų formuojama konkurencinga rinka. Asmuo turėtų galimybę pats rinktis paslaugos teikėją ir tokiu būdu būtų užtikrintas paslaugų suteikimas kiekvienam motyvuotam klientui.

Dėl konkrečios pasirinktos metodikos teisingumo turėtų apsispręsti Socialinės apsaugos ir darbo bei Sveikatos apsaugos ministerijos, numatydamos pagrindinius socialinės reabilitacijos reikalavimus, normas, principus, kuriais galėtų vadovautis savivaldybės.

Viena iš opiausių problemų – tolesnis reintegracijos paslaugų teikimas sėkmingai baigusiems reabilitaciją ir laikino gyvenamojo ploto suteikimas.

Telšių rajono savivaldybė pateikė apibendrintas išvadas:

1. „Parama būstui įsigyti arba išsinuomoti nėra labai efektyvi, nes labai ilga vidutinė nuomojamo socialinio būsto paskyrimo trukmė (Telšių rajone – 10 metų).
2. Socialinės rizikos asmenims teikiamos socialinės paslaugos dauguma atvejų Telšių nakvynės namuose nėra efektyvios asmeniui, siekiančiam keisti gyvenimo būdą, todėl sugrįžus į tokią aplinką reabilituotastas asmuo turi didelę atkryčio riziką.
3. Telšių rajone gyvenamąją vietą deklaruojantys asmenys su mažamečiais vaikais apgyvendinami Telšių vaikų globos namų Laikinuose šeimos namuose. Apgyvandinimo savarankiško

gyvenimo namuose paslaugos pasiteisino, todėl planuojama didinti vietų skaičių. Laikinais šiuose namuose socialinės paslaugos gali būti suteikiamos ir moterims po reabilitacijos.

4. Pasiteisino ir bendradarbiavimas su ūkininkais, kurie turi galimybę suteikti gyvenamąjį būstą ir kartu užtikrina darbinių gebėjimų atkūrimą, ugdo socialinius įgūdžius bei kuria palankias sąlygas reabilituotam asmeniui neatkristi. Šios paslaugos ypač tiktų motyvuotiems dirbti, tačiau neturintiems išsilavinimo arba specialybės. Būtų tikslinga įteisinti šią veiklą. Telšių rajone yra pavienių atvejų, kai asmeniui turėjusiam problemų su teisėsauga ir piktnaudžiavus alkoholiu, verslininko neformali globa padeda asmeniui ugdyti socialinius įgūdžius, formuoti teisingas nuostatas.

5. Būtiną informaciją viešinti, bendruomenės narių pasitelkimas kompleksinės pagalbos suteikimui socialinę atskirtį patiriantiems asmenims.

6. Socialinių paslaugų infrastruktūros plėtra, asmenų apgyvendinimas „apsaugotuose“ būstuose, grupiniuose gyvenimo namuose, išspręstų aptariamą problemą. Šiuo atveju būtino būsto parinkimą planuoja savivaldybė ir numato lėšas būsto remontui.“

Telšių rajono savivaldybė pasiruošusi bendradarbiauti, sprendžiant asmenų reabilitacijos, socialinės bei darbinės reintegracijos klausimus. Aktyviai dirbama, analizuojant pagalbos suteikimo galimybes, vadovaujamosi kitų rajonų gerąja patirtimi, ieškoma originalių sprendimų.

Elektrėnų savivaldybė 2016-06-16 raštu Nr.01.2-08-154 „Dėl siūlymų pateikimo“ pateikė savo nuomonę dėl iškeltų problemų.

Pirma problema – siekiant, kad kuo daugiau priklausomybės ligomis sergančių asmenų, patekusių į reabilitacines bendruomenes baigtų visą reabilitacijos kursą, reikėtų skatinti reabilitacijos bendruomenes gerinti teikiamų paslaugų kokybę, skirti finansavimą tikslingai teikiamų paslaugų kokybei gerinti. Asmenys, kurie nebaigia viso reabilitacijos kurso ir, jeigu jie yra įrašyti į socialinės rizikos šeimų apskaitą, su jais dirba socialiniai darbuotojai. Reabilitacinės bendruomenės galėtų informuoti savivaldybę apie asmenis, baigusius, arba nebaigusius reabilitacijos kurso, tam, kad, pasitelkus atitinkamus specialistus, būtų galima užtikrinti tolimesnį asmens palydėjimą arba tuo pasirūpintų pačios reabilitacinės bendruomenės. Gavus duomenis apie minėtus asmenis, visuomenės sveikatos specialistai galėtų motyvuoti juos tęsti gydymą, reintegracijos procesą. Motyvuoti galėtų ne tik visuomenės sveikatos specialistai, bet ir psichikos sveikatos priežiūros specialistai.

Antra problema – manoma, kad kiekvienas asmuo po gydymo priklausomybės ligų centre, ar kitose gydymo įstaigose, turėtų būti privalomai siunčiamas į reabilitacines bendruomenes, ar į „AA“ klubus. Pačių bendruomenių atstovai galėtų jau asmens gydymo laiku bendrauti su gydomu asmeniu, supažindinti su reabilitacinės bendruomenės teikiamomis paslaugomis ir baigus gydymo kursą, toliau tęsti sveikimo procesą reabilitacijos bendruomenėje ar „AA“ klubuose. Gydymas reabilitacinėje bendruomenėje ar „AA“ klubuose turėtų būti priklausomybės ligų gydymo privaloma grandis.

Trečia problema – reabilitacinių bendruomenių veikla finansuojama per socialinius projektus, todėl lėšas skirianti institucija turi teisę tikrinti, kaip tinkamai naudojamos lėšos. Bendruomenės teikiamų paslaugų kokybę iš dalies įmanoma patikrinti per finansuotų projektų veiklos ataskaitas. Skiriant finansavimą, galima numatyti sąlygas dėl asmenų priėmimo į reabilitacijos bendruomenes.

Ketvirta problema – asmenims, kurie sėkmingai baigė reabilitaciją, kaip ir visiems kitiems, atsižvelgiant į poreikį, gali būti skiriamos apgyvendinimo savarankiško gyvenimo namuose arba apgyvendinimo nakvynės namuose paslaugos.

Elektrėnų savivaldybė nurodė, kad siekdami užtikrinti priklausomybės ligomis sergančių asmenų esamų paslaugų prieinamumą ir gerinant šių paslaugų kokybę, siūloma įdiegti kontrolės mechanizmą bei pritariama sistemos „Gydymas – Reabilitacija – Reintegracija“ sukūrimui. Sistemos veikimas turėtų būti grindžiamas glaudžiu tarpinstituciniu bendradarbiavimu tarp Sveikatos apsaugos ir Socialinės apsaugos ir darbo ministerijų bei reabilitacinių bendruomenių.

Plungės rajono savivaldybės Narkotikų kontrolės ir narkomanijos prevencijos komisija raštu (2016-06-28 Nr.G-2016-6420) pasiūlė didinti reabilitacijos centruose dirbančių kvalifikuotų psichologų skaičių; parengti praktišką informaciją pateikiančius leidinukus, kuriuose būtų nurodyti

reabilitacijos centrų adresai, kontaktai, paslaugų kainos; informaciją skelbti savivaldybių interneto svetainėse, organizuoti informacinio pobūdžio susitikimus su asmenimis, darbe susiduriančiais su priklausomybės ligomis sergančiais asmenimis; įteisinti priverstinį gydymą priklausomybės ligomis sergantiems asmenims. Pritaria „Reabilitacijos – Reintegracijos“ sistemos sukūrimui, įsteigiant veiksmus koordinuojančią instituciją.

Lietuvos Respublikos ūkio ministerija 2016-06-16 rašte Nr. (28.4-83)-3-2745 „Dėl siūlymų pateikimo“ atkreipė Komisijos dėmesį, kad sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014-2023 metų veiksmų plano, patvirtinto Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 16 d. įsakymu Nr.V-815, 2 priedo „Priklausomybės nuo alkoholio bei kitų psichoaktyviųjų medžiagų prevencijos, gydymo bei socialinės integracijos paslaugų prieinamumo didinimo krypties aprašas“ 9.4 papunktyje nustatyta, kad, siekiant efektyvaus veiklos organizavimo ir paslaugų prieinamumo bei jų geresnės kokybės, reikalinga sukurti, išbandyti ir įdiegti ankstyvos intervencijos, priklausomybių gydymo, socialinės integracijos ir žemo slenkščio paslaugų teikimo modelį, aiškiai nustatant skirtingų įstaigų tarpusavio bendradarbiavimą, atsakomybę bei funkcijas. Manoma, kad minėtas 2 priedo modelis ir siūlomas „Reabilitacijos – Reintegracijos“ modelis, turėtų papildyti vienas kitą. Kuriant „Reabilitacijos – Reintegracijos“ modelį, būtų tikslinga atsižvelgti į šioje srityje dirbančių institucijų konkrečią patirtį ir jų pasiūlymus.

Viešojo įstaiga „Socialiniai paramos projektai“ 2016-06-16 raštu (Nr. 2016-06-22 Nr. G-2016-6269) „Siūlymų pateikimas“ pasiūlė atsižvelgti į:

1. Vykdomos reabilitacijos ir reintegracijos projektų sąveiką ir testinumą, todėl SAM, SADM bei savivaldos atsakingos komisijos turėtų sudaryti bendradarbiavimo planą, kaip vieningai šis procesas visoje Respublikoje turėtų būti įgyvendintas.

2. Viešosios įstaigos „Socialiniai paramos projektai“ (toliau –SPP) turima patirtis rodo, kad sėkminga ir iki galo įgyvendinta priklausomo asmens reintegracija neįmanoma neišsprendus laikino apgyvendinimo ploto suteikimo klausimo (bendrabučio, laikinų nakvynės namų ar pan.). Asmuo, po sėkmingos reabilitacijos uždaro tipo bendruomenėje, privalo tam tikrą laikotarpį po reabilitacijos mokytis gyventi visuomenėje dalinai apsaugotoje aplinkoje, bet jau savarankiškai. Tai skatina priimti atsakomybę, praktiškai bandyti taikyti reabilitacijoje įgytas žinias. Šitas etapas turi daugiausiai išbandymų, nes, specialistų neprižiūrimam asmeniui, sunku kontroliuoti savo elgesį ir turimos laisvės ribas. Daugelis palūžta ir sugrįžta atgal į reabilitaciją arba vėl pradeda svaigintis psichoaktyviomis medžiagomis. Ypatingai svarbu, kad iki pat reintegracijos pabaigos būtų suteikiamas visas paslaugų ir priemonių kompleksas. Pirmieji SPP įgyvendinti projektai, kurie buvo finansuoti Europos Sąjungos lėšomis, leido suteikti laikiną gyvenamąjį plotą, todėl beveik visi dalyvavusieji projekte sėkmingai baigė programą be atkryčių ar sugrįžimo prie senų įpročių. Tačiau, tie projektai, kuriuose nebuvo finansuojamas laikinas apgyvendinimas, susidūrė su dalyvių atkryčiais ir visos programos nebaigimu. Todėl, jei asmuo, net ir sėkmingai pabaigęs reabilitaciją, neturės saugaus laikino apgyvendinimo, o turės grįžti į seną aplinką, iš kurios pabėgo, gerų rezultatų nebus pasiekta.

3. Modelis negali būti taikomas vieno tipo asmenims. Dažniausiai į reabilitacijos bendruomenės priimami asmenys, kurie nėra problematiški – jau motyvuoti, neturintys neįgalumo, be psichinių problemų, turintys artimuosius ir pan. O kiti, „nepatogūs“ asmenys, su kuriais sunku ir reikia daug dirbti, neturi galimybės patekti į reabilitacijos centrus ir sulaukti pagalbos. Kuriamas modelis turi tikti skirtingų poreikių asmenims, atsižvelgiant į tai, ko jiems reikia ir kaip jiems galima būtų padėti. Svarbu užtikrinti, kad reabilitacijos bendruomenės atsirinktų ne tik lengvus atvejus (kuriems prognozuojama sėkmė ir sugrįžimas į gyvenimą), bet imtųsi ir beviltiškų atvejų, suteikiant jiems antrą šansą bei pagalbą pirmiems žingsniams žengti į naujo gyvenimo etapą.

SPP mano, kad išspręsti Komisijos išdėstytas problemas pavyks tik sukūrus veikiančią mechanizmą, kuris būtų paremtas sklandžiu, ne biurokratiu, vyriausybiinių ir nevyriausybiinių institucijų bendradarbiavimu.

Apibendrinus situaciją ir siūlymus nustatyta:

Lietuvos Respublikos Vyriausybė 2012 m. spalio 10 d. nutarimu Nr. 1246 „Dėl priklausomybės ligų prevencijos, gydymo, reabilitacijos ir reintegracijos paslaugų sistemos sukūrimo koncepcijos (gairių) patvirtinimo“ nustatė priklausomybės ligų prevencijos, gydymo, reabilitacijos ir reintegracijos paslaugų plėtojimo kryptis. Siekiama sudaryti teises, administracines, finansines sąlygas sukurti ir tobulinti prevencijos, gydymo, reabilitacijos ir reintegracijos paslaugų sistemą Lietuvos Respublikoje ir siekti, kad sergantys priklausomybės ligomis asmenys sugrįžtų į visuomenę, šeimą, darbo rinką.

Socialinės psichologinės reabilitacijos paslaugos nustatytos Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2007 m. vasario 20 d. įsakymu Nr. A1-45 „Dėl socialinės globos normų aprašo patvirtinimo“ (toliau – Aprašas) Aprašo 5 priede „Socialinės rizikos asmenų, priklausomų nuo psichoaktyvių medžiagų vartojimo, trumpalaikės socialinės globos normos“ nurodytos normos, reglamentuoja psichologinės bei socialinės reabilitacijos paslaugų teikimo asmenims, priklausomiems nuo psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo, principus, charakteristikas ir kokybės reikalavimus.

Socialinių paslaugų kataloge, patvirtintame Socialinės apsaugos ir darbo ministro 2006 m. balandžio 5 d. įsakymu Nr. A1-93, numatyta **Savarankiško gyvenimo namai (Eil. Nr. 21.3.) ir socialinės rizikos asmenų (šeimų) savarankiško gyvenimo namai (Eil. Nr. 21.3.2.)**.

Sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014–2023 metų veiksmų plano, patvirtinto Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 16 d. įsakymu Nr. V-815, 2 priedo „Priklausomybės nuo alkoholio bei kitų psichoaktyviųjų medžiagų prevencijos, gydymo bei socialinės integracijos paslaugų prieinamumo didinimo krypties aprašas“ 9.4 papunktyje nustatyta, kad, siekiant efektyvaus veiklos organizavimo ir paslaugų prieinamumo bei geresnės kokybės, reikalinga sukurti, išbandyti ir įdiegti ankstyvos intervencijos, priklausomybių gydymo, socialinės integracijos ir žemo slenkščio paslaugų teikimo modelį, aiškiai nustatant skirtingų įstaigų tarpusavio bendradarbiavimą, atsakomybę, bei funkcijas.

Minėtas modelis ir pažymoje siūlomas „Reabilitacijos – Reintegracijos“ modelis turėtų papildyti vienas kitą.

Dėl to reikalingas valstybės, savivaldybės institucijų ir nevyriausybinių sektoriaus bendradarbiavimo modelio sukūrimas, siekiant motyvuoti nuo psichoaktyviųjų medžiagų priklausomus asmenis gydytis, užtikinti paslaugų tęstinumą po gydymo, išvengti priklausomų asmenų atkryčio.

„Reabilitacijos – Reintegracijos“ modelis turėtų būti kuruojamas bendradarbiavimo principu tarp Sveikatos apsaugos ministerijos ir Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos, savivaldybių, kurio šiuo metu trūksta. Konkrečiai pasirinktos metodikos teisingumą turėtų apibrėžti abi Socialinės apsaugos ir darbo ministerija, Sveikatos apsaugos ministerija, numatydamos pagrindinius socialinės reabilitacijos ir reintegracijos reikalavimus, normas, principus, kuriais galėtų vadovautis savivaldybės.

Be to, reikalinga **koordinuojanti institucija, apjungianti ir veikianti bendradarbiavimo principu tarp Sveikatos apsaugos ir Socialinės apsaugos ir darbo ministerijų bei reabilitacinių bendruomenių**. Bendradarbiavimo modelis padėtų motyvuoti nuo psichoaktyviųjų medžiagų priklausomus asmenis gauti medicininės, socialinės ir psichologines paslaugas.

Socialinės apsaugos ir darbo ministerijai siūloma skirti daugiau dėmesio integracijos ir reintegracijos paslaugų kūrimui ir plėtojei, numatant papildomą finansavimą. **Dėl finansavimo stokos Lietuvoje šiuo metu nuolat veikiančių adaptacijos (pusiaukelės) namų, asmenims, pabaigusiems psichologines socialines reabilitacijos programas, nėra, kol kas reintegracija užtikrinančios paslaugos nuolat neteikiamos ir nefinansuojamos.**

Per pastaruosius 10 metų valstybėje yra keletas sėkmingų reintegracijos projektų, kuriuos įgyvendino dvi viešosios įstaigos: viešoji įstaiga „Socialiniai paramos projektai“ (gavusi laikinojo gyvenimo ploto finansavimui skirtas lėšas iš Europos Sąjungos fondų) ir viešoji įstaiga „Vilties

žiedas“. Minėtos įstaigos pabrėžė reintegracijos projekto sėkmę – būtinybę reintegracijos proceso metu suteikti laikinąjį gyvenamąjį plotą. Būtina ne tik išspręsti priklausomybės ligomis sergančių asmenų reintegracijos metu laikinojo gyvenamojo ploto suteikimo problemą ir skiriant tam atitinkamą finansavimą, bet ir į visuomenės kontrolę dėl nepertraukiamo gydymo.

Nuo 2013 m. asmenų, priklausomų nuo psichoaktyvių medžiagų, psichosocialinės reabilitacijos paslaugos, finansuojant Europos Sąjungos fondų lėšomis, yra užtikrinamas psichosocialinės reabilitacijos prieinamumas asmenims, priklausomiems nuo psichoaktyvių medžiagų, nepriklausomai nuo jų gyvenamosios vietos, jų finansavimo galimybių. 2015 m. pasibaigus vienam projektui, administruojamam Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentui, 2016 m. buvo pradėtas kitas projektas – tokiu būdu buvo užtikrintas nenutrūkstamas paslaugų teikimo finansavimas. Licencijavus psichosocialines reabilitacijos paslaugas teikiančias įstaigas, pagerėjo jose teikiamų trumpalaikės socialinės globos paslaugų kokybė, reabilitacijos paslaugos teikiamos pagal patvirtintas programas.

Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamentas (toliau – Departamentas), 2016 m. atlikęs Lietuvos Respublikos savivaldybių narkotikų kontrolės komisijų apklausą (2016-05-30 raštas Nr. S-(4.3-8)-1511) apžvalgoje pažymėjo, kad savivaldybių narkotikų kontrolės komisijos pagrindinis uždavinys – koordinuoti narkotikų kontrolės ir narkomanijos prevencijos veiksmus savo savivaldybės teritorijoje.

Departamentas gavo užpildytas anketas iš 59 savivaldybių (išskyrus Širvintų). 44 savivaldybėse (73 proc.) yra įsteigtos narkotikų kontrolės komisijos, iš kurių 35 (80 proc.) narkotikų kontrolės komisijos vykdo veiklą, susijusią su psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencija, o 18 proc. arba 8 narkotikų kontrolės komisijos jokios veiklos nevykdo. 15 proc. (9 savivaldybės) atsakiusių savivaldybių nėra įsteigusios narkotikų kontrolės komisijų, tačiau, nurodė kitoms komisijoms pavedusios vykdyti psichoaktyviųjų medžiagų kontrolės ir vardinimo prevencijos priemones. 12 proc. apklaustų savivaldybių (7 savivaldybės) narkotikų kontrolės komisijų neturi įsteigusios, bet planuoja steigti.

Departamentas pažymėjo, kad nors 35 savivaldybėse 2015 m. veikė narkotikų kontrolės komisijos, bet jų veikla nebuvo intensyvi. 49 proc. savivaldybių narkotikų kontrolės komisijų 2015 m. turėjo ne daugiau 2 posėdžių. 28 proc. savivaldybių narkotikų kontrolės komisijų 2015 m. vidutiniškai per ketvirtį suorganizavo tik po vieną posėdį. 16 proc. savivaldybių narkotikų kontrolės komisijų 2015 m. posėdžių neorganizavo.

Savivaldybių narkotikų kontrolės komisijos atlieka įvairias funkcijas, kurios nurodytos Pavyzdiniuose savivaldybių narkotikų kontrolės komisijų nuostatuose (patvirtintuose Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. balandžio 8 d. nutarimu Nr. 416). Tačiau didžioji dalis savivaldybių narkotikų kontrolės komisijų mano, kad būtina keisti Pavyzdinius savivaldybių narkotikų kontrolės komisijų nuostatus, įtraukiant ne tik funkcijas, susijusias su narkotikų kontrole ir jų vartojimo prevencijos priemonių įgyvendinimu, bet ir praplečiant jas ir integruojant visas psichoaktyvias medžiagas. Minėtas narkotikų kontrolės komisijų siūlymas jau realizuojamas – Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija yra parengusi Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimo „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. balandžio 8 d. nutarimo Nr.416 „Dėl Pavyzdinių savivaldybių narkotikų kontrolės komisijų nuostatų patvirtinimo“ pakeitimo“ projektą, kuriuo keičiamas savivaldybių narkotikų kontrolės komisijos pavadinimas į savivaldybių psichoaktyviųjų medžiagų kontrolės ir vartojimo prevencijos komisiją, kartu išplečiami Pavyzdiniai savivaldybių psichoaktyviųjų medžiagų kontrolės ir vartojimo prevencijos komisijos nuostatai.

Departamentas nurodė, kad šias nuostatas patvirtina ir mokslininkų įžvalgos, kad vykdant kontrolės ir prevencijos priemones svarbu įtraukti ne tik narkotikus, bet ir alkoholį bei tabaką, nes bet kokių psichoaktyviųjų medžiagų vartojimas padidina riziką, kad bus pradėtos vartoti ir kitos psichoaktyviosios medžiagos (pavyzdžiui, ankstyvas alkoholio arba tabako vartojimas padidina narkotikų vartojimo riziką). Jeigu psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencija išskaidoma į alkoholio, narkotinių medžiagų vartojimo ir rūkymo problemas, toks požiūris neleidžia sudaryti visuminio, integralaus vaizdo apie realų

psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo lygį, nors yra įrodyta, kad šių medžiagų vartojimas yra tarpusavyje susijęs, ir kelių medžiagų vartojimo poveikis nėra lygus jų atskirų poveikių sumai. Daugelis veiksmų (pvz., šeimos ar bendraamžių įtaka), įtakojančių psichoaktyviųjų medžiagų vartojimą, daugiausia yra nepriklausomi nuo psichoaktyviųjų medžiagų rūšies. Kur kas veiksmingiau į programas įtraukti visas psichoaktyviasias medžiagas, negu kurti atskiras programas atskiroms medžiagoms. Siekiant prevencijos priemonių, skirtų jaunimui, efektyvumo, priemonės turi apimti ir teisėtai vartojamas psichoaktyviasias medžiagas (alkoholį ir tabaką), nes jaunimas mato suaugusiuosius vartojant šias medžiagas kasdieniniame gyvenime.

Departamentas pažymėjo, kad 81 proc. arba 35 narkotikų kontrolės komisijos, rengdamos narkotikų kontrolės ir narkomanijos prevencijos priemonių planą / programą bei vykdydamos veiklas, dėmesį skyrė ne vien tik narkotinių ir psichotropinių medžiagų, bet ir alkoholio bei tabako kontrolei ir prevencijai vykdyti. Vis dar išlieka savivaldybių, kurios įtraukia atskiras prevencijos priemones, skirtas atskirų psichoaktyviųjų medžiagų kontrolei ir prevencijai vykdyti.

Apklausos metu siekta išsiaiškinti, su kokiais sunkumais vykdydamos savo veiklą susiduria savivaldybių narkotikų kontrolės komisijos. Daugiausia sunkumų vykdant veiklą kelia formalus narkotikų kontrolės komisijų narių darbas, nepakankamas finansavimas programų vykdymui bei žmogiškųjų išteklių trūkumas, tuo tarpu savivaldybių administracijos palaikymas – atvirkščiai – nekelia sunkumų. Departamentas padarė prielaidą, kad savivaldybių administracijos palaikymas galėtų būti „panaudotas“ narkotikų kontrolės komisijų išvardintiems sunkumams įveikti.

Iš 43 narkotikų kontrolės komisijų 14 proc. mano, kad narkotikų kontrolės komisijos turėtų būti panaikintos, kadangi narkotikų kontrolės ir narkomanijos prevencijos politiką galėtų vykdyti kita savivaldybės komisija ar komitetas.

Apklausos rezultatai parodė, kad 16 savivaldybių nėra įsteigusios narkotikų kontrolės komisijų, iš kurių 56 proc. savivaldybių psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencijos koordinavimą pavedusios kitoms savivaldybės komisijoms. Kai kurių narkotikų kontrolės komisijų teigimu, mažesnėse savivaldybėse žmogiškieji ištekliai labai riboti, tie patys specialistai dažniausiai būna kelių komisijų nariais, tuomet jų veikla komisijose tampa labai formali, sunku užtikrinti efektyvų veiklos planavimą ir organizavimą. Todėl savivaldybėms būtų naudinga peržiūrėti ir revizuoti esamą savivaldybės administracinę struktūrą, išskiriant komisijų, tarybų ar darbo grupių skaičių bei jų narių pasiskirstymą, kas suteiktų galimybę optimizuoti jų darbą, galbūt komisijas / darbo grupes sujungti, panaikinti ar išplėsti, įgalinant kiekvieną komisijos narį aktyviam ir efektyviam darbui jose.

Kaip rodo apklausos rezultatai, naudingiausios mokymų temos narkotikų kontrolės komisijų nariams būtų šios: „Pagalbos būdai vaikams ir jaunimui (14 – 21 metų amžiaus), eksperimentuojantiems ar nereguliariai vartojantiems alkoholį ar narkotikus“; „Vaikų ir jaunimo motyvavimas dalyvauti prevencinėje veikloje“; „Mokyklose taikomos psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencijos ir kontrolės priemonės bei jų veiksmingumas“; „Tėvų motyvavimas dalyvauti prevencinėje veikloje“. Mažiau naudingomis temomis buvo pasirinktos: „Psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencijos gerosios praktikos pavyzdžiai Lietuvoje ir užsienyje“; „Priklausomybių gydymas“; „Socialinės ir psichologinės reabilitacijos priklausomiems nuo alkoholio, narkotikų asmenims“. Mažiausiai naudingos mokymų temos buvo įvardintos šios: „Psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencijos kokybės standartų taikymas“ ir „Rūkymo ir alkoholio vartojimo prevencijos vykdymas darbo vietose“.

Departamentas pateikė išvadas, kad:

1. Išanalizavus savivaldybių atsiųstus duomenis, nustatyta, kad iš 2015 metais 60 atsakiusių savivaldybių 44 savivaldybės yra įsteigusios narkotikų kontrolės komisijas, iš kurių 35 savivaldybės vykdo veiklą, susijusią su psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencija. 9 iš 16 savivaldybių, kuriose nėra įsteigtų narkotikų kontrolės komisijų, pažymėjo, kad psichoaktyviųjų medžiagų kontrolės ir vartojimo prevencijos priemonės bei su tuo susijusius probleminius klausimus (pvz.: savivaldybėse veikia prevencinio darbo komisijos, kurios atsakingos už nusikalstamumo, patyčių, psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencijos sritis ir pan.) vykdo kitos savivaldybėse įsteigtos komisijos.

2. Daugumoje savivaldybių, kuriose yra įsteigtos narkotikų kontrolės komisijos, veikla psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencijos srityje vyksta tik formaliai, tai rodo organizuojamų narkotikų kontrolės komisijų posėdžių skaičius, t. y. 21 savivaldybių narkotikų kontrolės komisijų nurodė, kad per 2015 m. turėjo ne daugiau 2 posėdžių. 12 narkotikų kontrolės komisijų vidutiniškai per ketvirtį suorganizavo tik po vieną posėdį, o 7 narkotikų kontrolės komisijos 2015 m. neorganizavo nei vieno posėdžio. Formalų narkotikų kontrolės komisijų veiklos atlikimą patvirtina ir pačių narkotikų kontrolės komisijų narių įvardinti vykdomos veiklos sunkumai, tokie kaip „formalus narkotikų kontrolės komisijų narių darbas“, „nepakankamas finansavimas programų vykdymui“, žmogiškųjų išteklių trūkumas bei nepakankamos specialistų kompetencijos vykdyti veiklą, susijusią su psichoaktyviųjų medžiagų kontrole ir vartojimo prevencija.

3. Narkotikų kontrolės komisijų posėdžių metu dažniausiai nagrinėjami bendradarbiavimo klausimai su kitomis savivaldybės institucijomis bei įstaigomis, sprendžiant psichoaktyviųjų medžiagų kontrolės ir vartojimo prevencijos klausimus bei iškylančias problemas. Tokie aktualūs klausimai, kaip pagalbos suteikimas vaikams ir jaunimui, eksperimentuojantiems ar nereguliariai vartojantiems psichoaktyviasias medžiagas, nagrinėti tik 8 savivaldybių narkotikų kontrolės komisijų posėdžiuose.

Galime daryti prielaidą, kad minėtus klausimus nagrinėja savivaldybių vaiko gerovės komisijos, kurios gali skirti dalyvavimą ankstyvosios intervencijos programoje, kaip minimalią vaiko priežiūros priemonę. Galima ir kita prielaida, kad narkotikų kontrolės komisijų nariams trūksta informacijos ir žinių apie ankstyvosios intervencijos programą ir jos taikymo galimybes savivaldybėse, nes būtent ankstyvosios intervencijos mokymų poreikį narkotikų kontrolės komisijų nariai įvardino, kaip ypač aktualų.

4. 35 narkotikų kontrolės komisijos rengdamos narkotikų kontrolės ir narkomanijos prevencijos priemonių planą/programą bei vykdydamos veiklas įtraukė ne tik narkotikų, bet ir alkoholio, tabako vartojimo prevencijos ir kontrolės priemones, taip išplėsdamos jų komisijai priskirtas funkcijas. 38 narkotikų kontrolės komisijos mano, jog būtų tikslinga išplėsti Pavyzdinius savivaldybių narkotikų kontrolės komisijų nuostatus, įtraukiant ne tik narkotikų, bet ir alkoholio, tabako vartojimo prevencijos ir kontrolės priemones, siekiant kompleksinio požiūrio ir iškylančių problemų sprendimo, kartu keičiant savivaldybių narkotikų kontrolės komisijos pavadinimą (į Psichoaktyviųjų medžiagų kontrolės ir vartojimo prevencijos komisijos).

5. Išanalizavus 19 narkotikų kontrolės komisijų pateiktų psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo kontrolės ir veiklos ataskaitas už 2015 metus galima išskirti kelias savivaldybes, kurios išsamiai aprašė vykdytas veiklas – tai Vilkaviškio r., Trakų r., Pasvalio r. ir Šilutės r. savivaldybės.

6. Narkotikų kontrolės komisijų nariai išreiškė didelį specialistams skirtų mokymų narkotikų, alkoholio, tabako paklausos ir pasiūlos mažinimo klausimais poreikį. Aktualiausiomis mokymų temomis narkotikų kontrolės komisijų nariai įvardino: „Pagalbos būdai vaikams ir jaunimui (14 – 21 metų amžiaus), eksperimentuojantiems ar nereguliariai vartojantiems alkoholi ar narkotikus“; „Vaikų ir jaunimo motyvavimas dalyvauti prevencinėje veikloje“; „Mokyklose taikomos psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencijos ir kontrolės priemonės bei jų veiksmingumas“; „Tėvų motyvavimas dalyvauti prevencinėje veikloje“, mažiau svarbios temos apima klausimus nuo rūkymo ir alkoholio vartojimo prevencijos vykdymo darbo vietose iki priklausomybių gydymo.

Pasaulio Sveikatos Organizacija (toliau – PSO) išskiria 3 pagrindinius priklausomų nuo alkoholio ir narkotikų asmenų psichologinės socialinės rehabilitacijos programų metodus:

1. Kongnityvinė elgesio terapija, kuri turi skirtingus intensyvumo lygius ir yra trumpalaikė. Jos tikslas – suteikti socialinių įgūdžių ir patirties suprasti bei spręsti elgesio problemas, susijusias su alkoholio ir narkotikų vartojimu ir to sąlygotais teisės pažeidimais.

2. 12 - os žingsnių principai, kurie pagrįsti tuo, kad grupėje yra mokomasi būdų, kaip gyventi blaiviai. Tai vyksta kartu su tvirtai apsisprendusiais nevartoti ar nevartojančiais alkoholio ir narkotikų bei naujai įsijungusiais į grupę asmenimis, yra tam tikra savipagalbos rūšis. Pagrindinė nuostata ta, kad

priklausomybė nuo alkoholio ir narkotikų yra liga visam gyvenimui, ji yra kontroliuojama, bet nebūtinai pilnai išgydoma. Ši programa yra intensyvi, nepriklauso nuo psichoaktyvių medžiagų rūšies, trunka nuo 15 iki 18 savaičių.

3. Terapinės bendruomenės metodas, kuris pagrįstas tuo, kad nuosekliai ugdomos naujos nuostatos, vertybės, keičiamas elgesys. Tai daroma su terapinės bendruomenės narių palaikymu ir pagalba. Šis metodas taikomas asmenims, turintiems vidutinę ar aukštą atkryčio ir asocialios veiklos riziką.

Kalbant apie integruotą sveikatos priežiūrą psichikos sveikatos priežiūros srityje, pabrėžiama, kad taikomas biopsichosocialinis paslaugų teikimo modelis yra veiksmingas priklausomybių ligų gydyme.

Savivaldybės išryškino rajonuose esančias problemas ir trūkumus, teikiant gydymo ir reabilitacijos paslaugas asmenims, sergantiems priklausomybės ligomis jų teritorijose.

Praktikoje visos savivaldybės susiduria su asmenų, sergančių priklausomybės ligomis, reabilitacijos ir jų integravimo į visuomenę problemomis. Savivaldybės pažymi, kad tokie asmenys yra silpnai motyvuoti spręsti šią problemą, o paslaugų prieinamumas, ypač mažesnių rajonų savivaldybėse yra minimalus. Pagalba priklausomiems asmenims dažniausiai apsiriboja tik medikamentiniu gydymu, o silpnoji grandis yra tai, kad neužtikrinamas gydymo tęstinumas, menkas psichologinės, socialinės pagalbos prieinamumas.

NSO sektoriaus teikiamos paslaugos priklausomybės ligomis sergantiems asmenims rajonų savivaldybėse yra nepakankamas, taip pat trūksta ir informacijos apie šias paslaugas teikiančias organizacijos, priėmimo į jas tvarkos.

Per savivaldybių finansuojamus socialinius projektus suteikiama galimybė socialinės rizikos šeimų nariams gauti nemokamą antialkoholio terapiją ilgai veikiančiais vaistais. Tačiau, dažnai šia paslauga pasinaudoję asmenys susiduria su atkryčio problema, kadangi iki šiol nėra galimybės jiems užtikrinti ilgalaikės psichologinės, socialinės pagalbos teikimo. Gydymas priklausomybės ligų centruose yra mokamas, todėl nemaža dalis asmenų negali juo pasinaudoti, nes neturi tam finansinių išteklių. Kaimiškose vietovėse gyvenantys asmenys dažnai pragyvena tik iš piniginės paramos, todėl, kad ir turėdami motyvacijos dažnai neturi galimybių atvykti į miestą bei pasinaudoti teikiamomis paslaugomis.

Siūloma, ypač mažesniuose miesteliuose, plėsti dienos centrų, bendruomenių, kurios teiktų reabilitacines paslaugas, tinklą, gerinti psichologines, socialinės pagalbos teikimą ir jos prieinamumą, siekiant padėti asmenims, sergantiems priklausomybės ligomis, būtina užtikrinti paslaugų jiems prieinamumą, stiprinant šiuo metu veikiančias organizacijas ir plečiant jau esamą infrastruktūrą.

Pateikiama nuomonė, kad Priklausomybės ligų centruose teikiamos paslaugos apsiriboja dažniausiai tik konsultacijų teikimu centre, stacionariomis paslaugomis tiems, kurie motyvuoti gydytis ir atsakymais į paklausimus, ar pilietis pas juos lankėsi, ar gydos. Siekiant spręsti priklausomybių problemą, kuri yra itin didelio masto, priklausomybių specialistai turėtų aktyviai dirbti asmenų motyvavimo gydytis srityje, vykdyti daug švietėjiško darbo, prevencinio darbo, teikti rekomendacijas dėl gydymosi būdų, galimybių, sekti asmens sveikimo procesą, reguliariai konsultuoti klientus. Siūloma didinti reabilitacijos centruose dirbančių kvalifikuotų psichologų skaičių.

Priklausomybė yra kompleksinė problema ir reikalauja kompleksinių sprendimo būdų, teikiant medicines, psichologines ir socialines reabilitacijos paslaugas, tiek integracijos ir reintegracijos paslaugas, tiek mažinant visuomenės neigiamas nuostatas priklausomų nuo psichoaktyviųjų medžiagų asmenų atžvilgiu, tiek mažinant šių asmenų stigmatizaciją bei socialinę atskirtį.

Viena pagrindinių problemų, kylančių psichologinės socialinės reabilitacijos proceso metu yra silpna priklausomų asmenų motyvacija keistis. 40 proc. asmenų, priklausomų nuo psichoaktyviųjų medžiagų per 2014 metus išvykusių iš reabilitacijos įstaigų asmenų sėkmingai baigė reabilitacijos programas ir turėjo galimybę integruotis į visuomenę. Todėl labai svarbu motyvuoti priklausomus asmenis kreiptis pagalbos net ir įvykus atkryčiui, nes priklausomybė - tai lėtine liga.

Lėtinis šios ligos pobūdis reiškia, kad atkrytis yra ne tik galimas, bet ir labai tikėtinas.

Priklausomybės ligų gydymas ir rehabilitacija gali būti sėkmingas, jei teikiama kokybiška, ilgalaikė, palaikomoji pagalba ir motyvavimas.

Asmenys, kurie dėl įvairių priežasčių nebaigia psichologinės bei socialinės rehabilitacijos programos, visuomet gali kreiptis pakartotinai į asmens sveikatos priežiūros įstaigą ir gauti nukeipimą pakartotinai tęsti psichologinę bei socialinę rehabilitaciją jo pasirinktoje įstaigoje, jeigu tam yra indikacijos galimybės ir nėra kontraindikacijų.

Siekiant padėti šiems žmonėms pasveikti ir integruotis į visuomenę, reikalinga tenkinti ne vieną, o daugeli jų poreikių. Mėginančiam prisitaikyti visuomenėje priklausomam nuo psichoaktyviųjų medžiagų asmeniui būtina visapusiška socialinė, dvasinė, psichologinė pagalba, kurią galima suteikti tik visoms suinteresuotoms institucijoms bendradarbiaujant ir siekiant bendro tikslo. Reikėtų svarstyti galimybę iš valstybės biudžeto lėšų finansuoti ne tik detoksikacijos procedūrą, bet ir po to jos būtiną antialkoholio terapiją. Kliento motyvacijai stiprinti svarstyti galimybę sudaryti sutartis, kuriose galėtų būti apibrėžiami kliento finansiniai įsipareigojimai, pvz., nebaigus gydymo programos rehabilitacijos bendruomenėje apmokėti (sugrąžinti į valstybės biudžetą) „gydymo išlaidas“. Turėtų būti stiprinami psichikos sveikatos centrai, didinamas dirbančių kvalifikuotų specialistų skaičius.

Kai kurios savivaldybės siūlo sukurti vieningą darbo su socialinę atskirtį patiriančiais priklausomybės ligomis sergančiais asmenimis sistemą, įtraukiant šiuos asmenis į apskaitą, kad būtų aiškus rehabilitacijos poreikis.

Informaciją galėtų kaupti savivaldybės socialinės paramos ir rūpybos skyriai, kurie būtų atsakingi ir už nukreipimą į rehabilitaciją. Šie skyriai gali pasiūlyti alternatyvias paslaugas, taip pat nukreipti juos į nevyriausybinės/ bendruomeninės organizacijas, teikti ataskaitas ir siūlymus tolimesnės veiklos su socialinę atskirtį patirinačiais asmenimis strategavimui. Telšių rajone tai vykdoma.

Atsakingo asmens paskyrimas savivaldybėje iš esmės palengvintų paslaugų, teikiamų socialinę atskirtį patiriantiems asmenims, koordinavimą. Būtent, šie darbuotojai galėtų asmenis nukreipti į reabilitacines bendruomenes, tarpininkauti surenkant reikiamą informaciją, teikiant informaciją bei pirminę motyvaciją gydymuisi. Akcentuotina, jog socialinės paramos ir rūpybos skyriaus specialistai turi informacinės sistemos prieigas, todėl gali tiksliai įvertinti asmens socialinę padėtį. Taip pat, minėti darbuotojai koordinuoja kaimiškų seniūnijų socialinio darbo organizatorių darbą socialinių paslaugų srityje, bendradarbiauja su socialinių paslaugų teikėjais, skiriant socialinę paslaugą, todėl galėtų tinkamai organizuoti socialinę atskirtį patiriantiems asmenims nepertraukiamų paslaugų teikimą po gydymo Priklausomybės ligų centruose, ar kitose gydymo įstaigose.

Visų norinčių asmenų dalyvavimas bendruomenės teikiamose rehabilitacijos programose nebus užtikrintas vien iš projektinių lėšų, nes poreikis yra didesnis. Ne retais atvejais, šių paslaugų finansavimo klausimas lieka neišspręstas. Asmenys išlaikomi minimaliomis lėšomis, gaunamomis iš asmeniui skiriamos socialinės pašalpos (102 Eur) per mėnesį arba asmens artimųjų teikiamos paramos. Šią situaciją, a taip pat bet kurio siunčiamo kliento priėmimo į bendruomenę klausimą išspręstų skiriamas finansavimas per savivaldybes.

Siūloma inicijuoti sutarčių sudarymą tarp savivaldybės ir bendruomenės dėl kiekvieno asmens išlaikymo, finansavimo bei kokybiškos rehabilitacijos suteikimo bet kuriame rajone. Šiuo principu organizuojamos socialinės paslaugos – ilgalaikė / trumpalaikė socialinė globa. Būtų formuojama konkurencinga rinka. Asmuo turėtų galimybę pats rinktis paslaugos teikėją ir tokiu būdu būtų užtikrintas paslaugų suteikimas kiekvienam motyvuotam klientui. Visą rehabilitacijos ir reintegracijos procesą turėtų koordinuoti atskira institucija, kuri finansuodama ir prižiūródama visą gydymo nuo alkoholio ir kitų psichoaktyviųjų medžiagų procesą, matys jo visumą, nuoseklų perėjimą tarp gydymo, rehabilitacijos ir reintegracijos.

Siekiant, kad kuo daugiau priklausomybės ligomis sergančių asmenų, patekusių į reabilitacines bendruomenes baigtų visą rehabilitacijos kursą, reikėtų skatinti rehabilitacijos bendruomenes gerinti teikiamų paslaugų kokybę, skirti finansavimą tikslingai teikiamų paslaugų kokybei gerinti. Asmenys,

kurie nebaigia viso reabilitacijos kurso ir, jeigu jie yra įrašyti į socialinės rizikos šeimų apskaitą, su jais turėtų dirbti toliau socialiniai darbuotojai, skirti darbui su socialinės rizikos šeimomis. Reabilitacinės bendruomenės galėtų informuoti savivaldybę apie asmenis, baigusius, arba nebaigusius reabilitacijos kursus, tam, kad pasitelkus atitinkamus specialistus, būtų galima užtikrinti tolimesnį asmens palydėjimą arba tuo pasirūpintų pačios reabilitacinės bendruomenės. Gauti duomenys apie minėtus asmenis ir motyvuoti juos tęsti gydymą galėtų visuomenės sveikatos specialistai ar psichikos sveikatos priežiūros specialistai.

Kad kiekvienas po gydymo priklausomybės ligų centruose, ar kitose gydymo įstaigose turėtų būti privalomai siunčiamas į reabilitacines bendruomenes ar „AA“ klubus. Pačių bendruomenių atstovai galėtų jau gydymui bendrauti su gydomu asmeniu, pristatyti reabilitacijos bendruomenės teikiamas paslaugas ir kartu motyvuoti asmenį baigus gydymo kursą, toliau tęsti sveikimo procesą reabilitacijos bendruomenėje ar „AA“ klubuose. Gydymas reabilitacinėje bendruomenėje ar „AA“ klubuose turėtų būti priklausomybės ligų gydymo privaloma grandis.

Savivaldybės pasigenda aiškaus modelio priklausomybės ligomis sergančių asmenų gydyme, reabilitacijoje ir integracijoje, kuriame būtų apibrėžta, kaip šis procesas turėtų vykti, kas ir už ką turėtų būti atsakingas, kokias paslaugas asmenys turėtų ir galėtų gauti savivaldybėse, kaip tos paslaugos būtų finansuojamos ir užtikrinamas jų tęstinumas, kaip turėtų vykti bendradarbiavimas tarp įstaigų ir organizacijų, teikiančių šias paslaugas.

Sprendžiant vaikų priklausomybių gydymo problemą, būtina tobulinti šią paslaugą visoje šalyje ir vaikams sudaryti patrauklias, jų poreikius atitinkančias sąlygas su daug erdvės ir užimtumo programomis.

Nuogastajauma, kad nemotyvuotų klientų patekimas į reabilitacinę bendruomenę gali turėti pražūtingas pasekmes sėkmingai tos bendruomenės veiklai. Būtina prisiminti, kad bendruomenės nariams kiekviena blaivi diena yra pasiekimas. Todėl, yra siūlymų kai kuriais atvejais taikyti priverstinį gydymą, motyvuoti asmenį tęsti reabilitaciją.

Pritariama Komisijos iniciatyvai apjungti įvairių institucijų pastangas, sukuriant asmenų, priklausomų nuo psichoaktyviųjų medžiagų, bendrą gydymo, reabilitacijos ir reintegracijos paslaugų teikimo modelį.

Siūloma, kad visos šalies mastu būtų sukurta vieninga paslaugų priklausomybės ligomis sergantiems asmenims teikimo sistema.

Asmenų, priklausomų nuo psichoaktyviųjų medžiagų, reintegracija iš dalies yra vykdoma psichosocialines reabilitacijos bendruomenėse, savivaldybėse, asmeniui sugrįžus į savo gyvenamąją vietą.

Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos teigimu, siūlomą modelį būtų tikslinga išbandyti praktikoje, įgyvendinant Sveikatos apsaugos ministerijos ar Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos priemones, numatomas finansuoti ES paramos lėšomis. Viena iš svarstytinų galimybių galėtų būti minėta priemonė „Socialinę atskirtį patiriančių asmenų integracijos į darbo rinką“.

Tikslingai pažeidžiamiausių grupių asmenų (įskaitant ir priklausomus nuo psichoaktyviųjų medžiagų asmenis) integracijai ir sugrįžimui į darbo rinką numatyta 2014-2020 m. Europos socialinio fondo lėšomis finansuojama priemonė Nr. 08.1-ESFA-K-413 „Socialinę atskirtį patiriančių asmenų integracija į darbo rinką“. Numatoma finansuoti šias veiklas: individualus ar grupinis motyvavimas, asmens poreikių vertinimas, socialinių ir darbinių įgūdžių ugdymas, palaikymas bei atkūrimas; profesinis orientavimas, informavimas ir konsultavimas; bendrųjų įgūdžių (pvz., skaitmeninio raštingumo, kalbų, verslumo) ugdymas; profesinis mokymas; praktinių įgūdžių ugdymas darbo vietoje; tarpininkavimas ar kita pagalba įsidarbinant ir įdarbinus; projektą vykdančio personalo gebėjimų stiprinimas.

Galimi pareiškėjai – nevyriausybinės organizacijos.

2016 m. – 2017 m. pradžioje planuojama skelbti pirmąjį kvietimą teikti paraiškas projektų finansavimui gauti. Šie projektai sukurtų prielaidas socialinę atskirtį patiriančių asmenų integracijai ir sugrįžimui į darbo rinką. Antrąjį kvietimą teikti paraiškas planuojama paskelbti 2018 m.

Po psichologines ir socialines reabilitacijos būtų tikslinga asmenims, sergantiems priklausomybės nuo psichoaktyviųjų medžiagų ligomis, toliau teikti reintegracijos paslaugas socialinės rizikos asmenų savarankiško gyvenimo (reintegracijos) namuose, kuriuose būtų teikiamos apgyvendinimo, psichologo, socialinio darbuotojo, socialinio darbuotojo padėjėjo paslaugos ir kt. Būtų užtikrinta priklausomybės nuo psichoaktyviųjų medžiagų ligos atkryčio prevencija, sėkminga integracija į visuomenę ir darbo rinką. Paslaugos turėtų būti teikiamos 24 – 36 mėnesius. Reintegracija Lietuvoje yra žymiai mažiau išvystyta nei gydymas ar reabilitacija ir šiai sričiai būtina skirti daugiau dėmesio.

Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamento (toliau – Departamento) nuomone, klausimas dėl reintegracijos paslaugų kūrimo, diegimo ir finansavimo išlieka itin aktualus, todėl priemonės, susijusios su adaptacijos (pusiaukelės) namų asmenims, pabaigusiems psichologines socialines reabilitacijos programas, steigimu turėtų būti numatytos ir įtrauktos į rengiamo Lietuvos Respublikos narkotikų, tabako ir alkoholio prevencijos tarpinstitucinio veiklos plano 2017-2019 metų projektą. Toki siūlymą Departamentas pateikė Socialinės apsaugos ir darbo ministerijai, inicijuodamas Lietuvos Respublikos narkotikų, tabako ir alkoholio prevencijos tarpinstitucinio veiklos plano 2017-2019 metų projekto rengimą.

Viešosios įstaigos „Socialiniai paramos projektai“ (toliau – SPP) turima patirtis rodo, kad sėkminga ir iki galo įgyvendinta priklausomo asmens reintegracija neįmanoma neišsprendus laikino apgyvendinimo ploto klausimo (bendrabučio, laikinų nakvynės namų ar pan.). Asmuo, po sėkmingos reabilitacijos uždaro tipo bendruomenėse, privalo tam tikrą laikotarpį po reabilitacijos mokytis gyventi visuomenėje dalinai apsaugotoje aplinkoje, bet jau savarankiškai. Tai skatina prisiimti atsakomybę, praktiškai bandyti taikyti reabilitacijoje įgytas žinias. Šitas etapas turi daugiausia išbandymų, nes neprižiūrimam asmeniui, sunku kontroliuoti savo elgesį ir turimos laisvės ribas. Daugelis palūžta ir sugrįžta atgal į reabilitaciją arba vėl pradeda svaigintis psichoaktyviomis medžiagomis. Ypatinai svarbu, kad iki pat reintegracijos pabaigos būtų suteikiamas visas priemonių kompleksas.

Pirmieji SPP įgyvendinti projektai, kurie buvo finansuoti Europos Sąjungos lėšomis, leido suteikti laikiną apgyvendinimą, todėl beveik visi dalyvavusieji projekte sėkmingai pabaigė programą be atkryčių ar sugrįžimo prie senų įpročių. Tačiau, tie projektai, kuriuose nebuvo finansuojamas laikinas apgyvendinimas, susidūrė su dalyvių atkryčiais ir visos programos nebaigimu. Todėl, jeigu asmuo, net ir sėkmingai pabaigęs reabilitaciją, neturės saugaus laikino apgyvendinimo, o turės grįžti seną aplinką, iš kurios pabėgo, gerų rezultatų nebus pasiekta.

Modelis negali būti taikomas vieno tipo asmenims. Dažniausiai į reabilitacijos bendruomenės priimami asmenys, kurie nėra problematiški – jau motyvuoti, neturintys neįgalumo, be psichinių problemų, turintys artimuosius ir pan. O kiti – „nepatogūs“ asmenys - su kuriais sunku ir reikia daug dirbti, neturi galimybės patekti į reabilitacijos centrus ir sulaukti pagalbos. Kuriamas modelis turi tikti skirtingų poreikių asmenims, atsižvelgiant į tai, ko jiems reikia ir kaip jiems galima būtų padėti. Svarbu užtikrinti, kad reabilitacijos bendruomenės atsirinktų ne tik lengvus atvejus (kuriems prognozuojama sėkmė ir sugrįžimas į gyvenimą), bet imtųsi ir beviltiškų atvejų, suteikiant jiems antrą šansą ir pagalbą pirmiems žingsniams naujo gyvenimo etapo link.

Telšių rajone gyvenamąją vietą deklaruojantys asmenys su mažamečiais vaikais apgyvendinami Telšių vaikų globos namų Laikinuose šeimos namuose. Apgyvendinimo savarankiško gyvenimo namuose pasiteisino, todėl planuojama didinti vietų skaičių. Laikinais šiuose namuose socialinės paslaugos gali būti suteikiamos ir moterims po reabilitacijos. Pasiteisino ir bendradarbiavimas su ūkininkais, kurie turi galimybę suteikti gyvenamąjį būstą ir kartu užtikrina darbinių gebėjimų atkūrimą, ugdo socialinius įgūdžius bei kuria palankias sąlygas reabilituotam asmeniui neatkristi. Šios paslaugos ypač tiktų motyvuotiems dirbti, tačiau neturintiems išsilavinimo

arba specialybės. Būtų tikslinga įteisinti šią veiklą. Telšių rajone yra pavienių atvejų, kai asmeniui, turėjusiam problemų su teisėsauga ir piktnaudžiavus alkoholiu, verslininko neformali globa padeda asmeniui ugdyti socialinius įgūdžius, formuoti teisingas nuostatas.

Atskiros psichologines bei socialinės reabilitacijos įstaigos pasirenka įvairius būdus informuoti pirminio ir antrinio lygio asmens sveikatos priežiūros įstaigų pacientus apie teikiamas psichologines bei socialines reabilitacijos paslaugas (vienos įstaigos platina lankstinukus priklausomybės ligų centruose, psichikos sveikatos centruose, ligoninių skyriuose, kuriuose gydomi asmenys dėl problemų, kurias sukėlė psichoaktyviųjų medžiagų vartojimas. Kitos psichologinės bei socialinės reabilitacijos įstaigos siunčia savo įstaigos savanorius į minėtas asmens sveikatos priežiūros įstaigas, kur apie galimybes gydytis toliau reabilitacijoje informuoja suinteresuotus asmenis tiesiogiai bei motyvuoja juos. Atskiros psichologinės bei socialinės reabilitacijos įstaigos organizuoja savanorių išvykas prie romų taboro Vilniuje ir į stoties rajoną, kurių metu susitinka su asmenimis, kurie vartoja psichoaktyvias medžiagas, ir aiškina jiems gydymosi bei reabilitacijos galimybes, vykdo motyvacinę darbą. Taip pat ir kai kurios savivaldybės yra užmezgusios ir palaiko nuolatinius bendradarbiavimo ryšius su psichologinės bei socialinės reabilitacijos įstaigomis, nukreipiant priklausomus asmenis gauti socialines psichologines reabilitacijos paslaugas).

Dėl informacijos visuomenei pateikimo, jos dar trūksta. Siūloma parengti praktišką informaciją pateikiančius leidinukus, kuriuose būtų nurodyti reabilitacijos centrų adresai, kontaktai, paslaugų kainos; informaciją skelbti savivaldybių interneto svetainėse, organizuoti informacinio pobūdžio susitikimus su asmenimis, darbe susiduriančiais su priklausomybės ligomis sregančiais asmenimis; įteisinti priverstinį gydymą priklausomybės ligomis sergantiems asmenims.

Siūloma profesinės reabilitacijos motyvuotiems asmenims reintegracijos proceso eiga:

Svarbiausiu tikslu tampa integracija į darbo rinką: padėti asmenims prisitaikyti prie šiuolaikinių darbo rinkos reikalavimų ir padėti įsidarbinti.

Dėl reintegracijos problemos sprendimo, kai kurios savivaldybės dalyvautų projektuose kuriant centrus, teikiančius (palydėjimo paslaugas) asmenims po reabilitacijos ar gydymo nuo priklausomybių, jei tam tikslui būtų numatytas finansavimas.

Siūloma socialinės reintegracijos į visuomenę ir darbo rinką sistema bei profesinės reabilitacijos paslaugų teikimas asmenims, kuriems nustatytas 0-45 proc. darbingumo lygis arba 0-50 proc. bazinis darbingumas, vykdyti per Profesinės reabilitacijos programą, kuri yra skirta motyvuotiems mokytis asmenims, turintiems nustatytą darbingumo lygį, tačiau, neturintiems išsilavinimo arba specialybės, arba motyvuotiems dirbti, tačiau, reikalingiems perkvalifikavimui.

Priklausomybės ligomis sergantiems asmenims profesinės reabilitacijos modelis, galėtų būti analogiškas neįgaliųjų profesinės reabilitacijos modeliui. Profesinis orientavimas, mokymas, perkvalifikavimas ir įdarbinimas turėtų vykti su papildoma atitinkamų specialistų pagalba.

Siūloma galimai vieną iš reintegracijos priemonių – profesinę reabilitaciją – asmens darbingumo, profesinės kompetencijos bei pajėgumo dalyvauti darbo rinkoje atkūrimas arba didinimas ugdymo, socialinio, psichologinio, reabilitacijos ir kitomis poveikio priemonėmis. Profesinės reabilitacijos paslaugomis siekiama ugdyti ar atkurti neįgaliųjų darbingumą, didinti jų įsidarbinimo galimybes bei sugrąžinti į pilnavertį visuomenės gyvenimą priklausomybe sergantį asmenį. Asmenis, turinčius priklausomybę nuo alkoholio ar kitų psichoaktyviųjų medžiagų, priklausomybės ligų centrai ir (ar) psichikos sveikatos centrai nukreiptų į sveikatos priežiūros įstaigą. Asmenį gydantis gydytojas, nustatęs diagnozę, ir atsižvelgęs į tai, kad po taikyto gydymo ir (ar) medicininės reabilitacijos išlieka organizmo funkcijų sutrikimų, kurie yra patvirtinti instrumentiniais, klinikiniais laboratoriniais ir (ar) kitais tyrimais, parengia ir įteikia asmeniui ar pateikia Neįgalumo ir darbingumo nustatyto tarnybai prie Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerijos (toliau – NDNT) elektroniniu būdu siuntimą ir kitus reikiamus dokumentus darbingumo lygiui nustatyti. Asmenys, kurie atitinka Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro patvirtintą Profesinės reabilitacijos paslaugų

poreikio nustatymo kriterijų aprašą ir yra motyvuoti atkurti arba įgyti naują profesiją, nustatomas profesinės reabilitacijos poreikis. Profesinės reabilitacijos paslaugų teikimo tvarka: nuolat Lietuvos Respublikoje gyvenantys asmenys, turintys nustatytą darbingumo lygį (nuo 0 iki 45 proc.) teisės aktų nustatyta tvarka kreipiasi į teritorinę darbo biržą dėl siuntimo į NDNT profesinės reabilitacijos paslaugų poreikiui nustatyti. Asmenims, kurie į NDNT dėl darbingumo lygio nustatymo kreipiasi pirmą kartą, profesinės reabilitacijos paslaugų poreikis nustatomas darbingumo lygio nustatymo metu ir tik tuo atveju, kai asmenys turi profesinės reabilitacijos ir darbinės veiklos motyvaciją (šiuo atveju teritorinės darbo biržos siuntimo nereikia). Prioritetas dalyvauti profesinės reabilitacijos programoje teikiamas asmenims, kuriems profesinės reabilitacijos poreikis nustatytas vertinant darbingumo lygį pirmą kartą. Nustačiusi profesinės reabilitacijos paslaugų poreikį, NDNT asmeniui išduoda išvadą dėl profesinės reabilitacijos paslaugų poreikio, asmuo ne vėliau kaip per 3 darbo dienas nuo išvados dėl profesinės reabilitacijos paslaugų poreikio gavimo dienos kreipiasi į teritorinę darbo biržą. Teritorinė darbo birža sudaro su asmeniu sutartį dėl profesinės reabilitacijos paslaugų finansavimo sąlygų ir išduoda asmeniui siuntimą į profesinės reabilitacijos paslaugas teikiančią įstaigą. Siuntime nurodoma asmens atvykimo į šią įstaigą data. Profesinės reabilitacijos paslaugas teikianti įstaiga sudaro asmens individualią profesinės reabilitacijos programą ir sudaro su asmeniu sutartį dėl dalyvavimo programoje sąlygų. NDNT, gavusi iš teritorinės darbo biržos pranešimą apie sėkmingą profesinės reabilitacijos programos baigimą, nustato asmeniui darbingumo lygį ir išduoda atitinkamus dokumentus. Asmuo, kuriam jau nustatytas darbingumo lygis nuo 0 iki 45 proc., dėl profesinės reabilitacijos poreikio nustatymo gali kreiptis į teritorinę darbo biržą. Teritorinė darbo birža priima sprendimą siųsti tokį asmenį į NDNT, nustatyti profesinės reabilitacijos paslaugų poreikio, jeigu: asmuo įregistruotas darbo biržoje; asmens darbingumo lygis yra nuo 0 iki 45 proc.; iki nustatyto asmens darbingumo lygio termino pabaigos yra likę ne mažiau kaip 180 kalendorinių dienų; asmuo paskirtas tikslinei grupei – nepasirengęs darbo rinkai, motyvuotas. Teritorinė darbo birža priėmusi sprendimą siųsti asmenį į NDNT nustatyti profesinės reabilitacijos paslaugų poreikio, įteikia asmeniui užpildytą siuntimą į NDNT. Asmuo, gavęs teritorinės darbo biržos siuntimą, ne vėliau kaip per 3 darbo dienas, pateikia arba išsiunčia jį registruotu laišku į NDNT teritorinį skyrių, taip pat kartu su siuntimu papildomai pateikia asmens tapatybę patvirtinantį dokumentą – Lietuvos Respublikos piliečio pasą ar asmens tapatybės kortelę arba leidimą nuolat gyventi Lietuvos Respublikoje (asmens registruotu laišku siunčiant dokumentų originalų kopijas įstatymų nustatyta tvarka turi būti patvirtintos notaro, seniūno arba Lietuvos Respublikos konsulinio pareigūno) bei prašymą nustatyti profesinės reabilitacijos paslaugų poreikį. Asmenims, kurie dalyvauja profesinės reabilitacijos programoje, mokama profesinės reabilitacijos pašalpa. Taip pat profesinės reabilitacijos paslaugas teikiančiai įstaigai apmokama už asmeniui, dalyvaujančiam profesinės reabilitacijos programoje, suteiktas paslaugas, į kurias, esant poreikiui, įskaitomas maitinimas, apgyvendinimo ir transporto išlaidos. Pagrindas skirti profesinės reabilitacijos pašalpą yra NDNT sprendimas – Išvada dėl profesinės reabilitacijos poreikio, išduota asmeniui teisės aktų nustatyta tvarka. Profesinės reabilitacijos pašalpa mokama asmens dalyvavimo profesinės reabilitacijos laikotarpiu, neatsižvelgiant į kitas asmens gaunamas pajamas, bet ne ilgiau kaip 180 kalendorinių dienų. Profesinės reabilitacijos pašalpą skiria ir moka teritorinė darbo birža pagal asmens gyvenamąją vietą.

Siūloma pakeisti Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2004 m. gruodžio 31 d. įsakymu Nr. A1-302 „Dėl Profesinės reabilitacijos paslaugų poreikio nustatymo kriterijų aprašo ir Profesinės reabilitacijos paslaugų teikimo bei finansavimo taisyklių patvirtinimo“ patvirtintus dokumentus (Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2013 m. kovo 8 d. įsakymo Nr. 1A-108 redakcija):

1) 3.1 papunktį išdėstyti taip:

3.1. teritorinė darbo birža, priimdama sprendimą siųsti asmenis, kuriems nustatytas darbingumo lygis, arba asmenis, sergančius priklausomybės ligomis, kuriems nėra nustatytas darbingumo lygis į NDNT nustatyti profesinės reabilitacijos paslaugų poreikio;

2) Papildyti 4 punktą papunkčiu 4.4 ir išdėstyti jį taip:

4. Teritorinė darbo birža priima sprendimą siųsti asmenis, kuriems nustatytas darbingumo lygis arba asmenis, sergančius priklausomybės ligomis, kuriems nėra nustatytas darbingumo lygis, į NDNT, nustatyti profesinės reabilitacijos paslaugų poreikio, jeigu:

4.4 asmuo serga priklausomybės ligomis ir jam nėra nustatytas darbingumo lygis;

3) 6 punktą išdėstyti taip:

6. Teritorinė darbo birža, priėmusi sprendimą siųsti asmenį, kuriam nustatytas darbingumo lygis, arba asmenį, sergantį priklausomybės ligomis, kuriam nėra nustatytas darbingumo lygis į NDNT nustatyti profesinės reabilitacijos paslaugų poreikio, įteikia asmeniui užpildytą siuntimą į NDNT (siuntimo forma tvirtinama bendru Lietuvos darbo biržos prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos (toliau – Lietuvos darbo birža) ir NDNT direktorių įsakymu).

Komisija, išnagrinėjusi priklausomybės nuo alkoholio bei kitų psichoaktyviųjų medžiagų socialinės reintegracijos paslaugų prieinamumo didinimo suaugusiems ir vaikams po socialinės reabilitacijos, sukuriant socialinės reintegracijos į visuomenę ir darbo rinką paslaugų sistemą klausimą, 2016-04-20 priėmė sprendimą.

Komisijos sprendimas. Atsižvelgiant į tai, kad:

Valstybės pažangos strategijoje, kuri nustato Lietuvos valstybės viziją ir raidos prioritetus bei jų įgyvendinimo kryptis iki 2030 metų, kaip vienas iš prioritetų nurodytas sveikos gyvensenos kaip svarbios veiklios visuomenės prielaidos ugdymas;

numatyta telkti visuomenės ir valdžios institucijų pastangas stiprinti visuomenės sveikatą: įgyvendinti alkoholio, tabako ir narkotikų vartojimo prevencijos priemones, didinti visuomenės supratimą apie sveikos gyvensenos naudą;

Lietuvoje narkotinių ir psichotropinių medžiagų, kontrolės ir narkomanijos prevencijos politika buvo vykdoma įgyvendinant šias programas: Nacionalinė narkotikų kontrolės ir narkomanijos prevencijos 1999–2003 metų programa, patvirtinta Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1999 m. rugsėjo 6 d. nutarimu Nr. 970 „Dėl Nacionalinės narkotikų kontrolės ir narkomanijos prevencijos 1999–2003 metų programos patvirtinimo“; Nacionalinė narkotikų kontrolės ir narkomanijos prevencijos 2004–2008 metų programa, patvirtinta Lietuvos Respublikos Seimo 2004 m. balandžio 8 d. nutarimu Nr. IX-2110 „Dėl Nacionalinės narkotikų kontrolės ir narkomanijos prevencijos 2004–2008 metų programos patvirtinimo“; Nacionalinė narkotikų kontrolės ir narkomanijos prevencijos 2010–2016 metų programa, patvirtinta Lietuvos Respublikos Seimo 2010 m. lapkričio 4 d. nutarimu Nr. XI-1078 „Dėl Nacionalinės narkotikų kontrolės ir narkomanijos prevencijos 2010–2016 metų programos patvirtinimo“; tabako ir alkoholio kontrolės ir vartojimo prevencijos politika buvo vykdoma įgyvendinant 1999–2011 metų Valstybės alkoholio kontrolės programą, patvirtintą Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1999 m. vasario 25 d. nutarimu Nr. 212 „Dėl Valstybės alkoholio kontrolės programos patvirtinimo“; 1998–2010 metų Valstybinę tabako kontrolės programą, patvirtintą Lietuvos Respublikos Vyriausybės 1998 m. liepos 30 d. nutarimu Nr. 954 „Dėl Valstybės tabako kontrolės programos patvirtinimo“, o nuo 2012 m. – Alkoholio ir tabako kontrolės 2012–2014 metų programą (tarpinstitucinį veiklos planą), patvirtintą Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2011 m. rugsėjo 14 d. nutarimu Nr. 1080 „Dėl Alkoholio ir tabako kontrolės programos (tarpinstitucinio veiklos plano) patvirtinimo“;

Lietuvos Respublikos Seime yra įregistruotas Lietuvos Respublikos Seimo nutarimo „Dėl Valstybinės 2015-2025 m. narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės ir vartojimo prevencijos programos patvirtinimo“ projektas Nr. XIIP-2525,

NUTARTA:

1. Siūlyti Lietuvos Respublikos Seimui priimant Lietuvos Respublikos Seimo nutarimo „Dėl Valstybinės 2015-2025 m. narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės ir vartojimo prevencijos programos patvirtinimo“ projektą Nr. XIIP-2525, jį tobulinti, pavedant Lietuvos Respublikos Vyriausybei apjungti

prevencijos, gydymo, reabilitacijos ir reintegracijos paslaugų teikimą į vientisą sistemą, numatyti reintegracijos paslaugų teikimui lėšas 2017 metų valstybės ir savivaldybių biudžetuose.

2. Siūlyti Lietuvos Respublikos Vyriausybei pavesti Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerijai, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijai ir Lietuvos savivaldybių asociacijai pasirašyti bendradarbiavimo sutartį dėl socialinių ir kitų paslaugų plėtojimo, asmenims, turintiems psichikos ir elgesio sutrikimų, vartojant narkotines ir psichotropines medžiagas, pasibaigus jų gydymui asmens sveikatos priežiūroje ir trumpalaikės socialinės globos (psichologinės ir socialinės reabilitacijos paslaugos) įstaigose, nukreipiant šiuos asmenis į sukurta reintegracijos paslaugų sistemą, sugražinančią juos į šeimą, visuomenę ir darbo rinką, finansuojant šią priemonę 2014-2020 m. Europos socialinio fondo lėšomis (priemonė Nr. 08.1-ESFA-K-413 „Socialinę atskirti patiriančių asmenų integracija į darbo rinką“).

3. Siūlyti Lietuvos Respublikos Vyriausybei pavesti Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerijai patvirtinti pagrindinius socialinės reabilitacijos ir reintegracijos reikalavimus, normas, principus, kuriais galėtų vadovautis savivaldybės, psichosocialines reabilitacijos paslaugas teikiančios įstaigos ir nevyriausybinės organizacijos, kurios steigs svarankiško gyvenimo namus ir užtikrins reintegracijos paslaugų nuolatinį teikimą.

4. Siūlyti Lietuvos Respublikos Vyriausybei pavesti Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerijai ir Lietuvos Respublikos teisingumo ministerijai pasirašyti bendradarbiavimo sutartį dėl reintegracijos paslaugų teikimo asmenims, tirintiems alkoholio nei narkotinių medžiagų vartojimo problemą ir gavusiems socialines psichologines reabilitacijos paslaugas laisvės atėmimo vietose.

5. Siūlyti Lietuvos Respublikos Vyriausybei užtikrinti informacijos prieinamumą visuomenei per skirtingus informacijos šaltinius apie valstybės ir savivaldybių institucijas ir įstaigas, taip pat kitas įstaigas, kurios finansuojamos iš valstybės ar savivaldybių biudžetų bei valstybės pinigų, teikiančias asmenims gydymo, psichosocialines reabilitacijos ir reintegracijos paslaugas.

6. Siūlyti Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerijai sudaryti bendradarbiavimo sutartis su psichosocialines reabilitacijos paslaugas teikiančiomis įstaigomis, savivaldybėmis ir nevyriausybinėmis organizacijoms, kurios steigs Socialinių paslaugų kataloge, patvirtintame Socialinės apsaugos ir darbo ministro 2006 m. balandžio 5 d. įsakymu Nr. A1-93, numatytus Savarankiško gyvenimo namus (Eil. Nr. 21.3.), ar 21.3.2. socialinės rizikos asmenų (šeimų) savarankiško gyvenimo namus (Eil. Nr. 21.3.2), kad bendradarbiavimo modelis padėtų motyvuoti nuo psichoaktyviųjų medžiagų priklausomus asmenis gauti tęstines medicinines, socialines ir psichologines paslaugas, užtikrintų šių asmenų apskaitą ir po psichosocialinės reabilitacijos paslaugų gavimo, testinį reintegracijos paslaugų teikimą.

7. Siūlyti Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerijai priklausomybės ligomis sergantiems asmenims taikyti profesinės reabilitacijos modelį analogišką neįgaliųjų profesinės reabilitacijos modeliui. Siūloma pakeisti Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2004 m. gruodžio 31 d. įsakymu Nr. A1-302 „Dėl Profesinės reabilitacijos paslaugų poreikio nustatymo kriterijų aprašo ir Profesinės reabilitacijos paslaugų teikimo bei finansavimo taisyklių patvirtinimo“ patvirtintus dokumentus (Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2013 m. kovo 8 d. įsakymo Nr. 1A-108 redakcija):

1) 3.1 papunktį išdėstyti taip:

3.1. teritorinė darbo birža, priimdama sprendimą siūsti asmenis, kuriems nustatytas darbingumo lygis, arba asmenis, sergančius priklausomybės ligomis, kuriems nėra nustatytas darbingumo lygis į NDNT nustatyti profesinės reabilitacijos paslaugų poreikio;

2) Papildyti 4 punktą papunkčiu 4.4 ir išdėstyti jį taip:

4. Teritorinė darbo birža priima sprendimą siūsti asmenis, kuriems nustatytas darbingumo lygis arba asmenis, sergančius priklausomybės ligomis, kuriems nėra nustatytas darbingumo lygis, į NDNT, nustatyti profesinės reabilitacijos paslaugų poreikio, jeigu:

4.4 asmuo serga priklausomybės ligomis ir jam nėra nustatytas darbingumo lygis;

3) 6 punktą išdėstyti taip:

6. Teritorinė darbo birža, priėmusi sprendimą siųsti asmenį, kuriam nustatytas darbingumo lygis, **arba asmenį, sergantį priklausomybės ligomis, kuriam nėra nustatytas darbingumo lygis į NDNT nustatyti profesinės reabilitacijos paslaugų poreikio, įteikia asmeniui užpildytą siuntimą į NDNT (siuntimo forma tvirtinama bendru Lietuvos darbo biržos prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos (toliau – Lietuvos darbo birža) ir NDNT direktorių įsakymu).**

2016-09-21 Komisijos posėdyje pateikti tyrimo apie alkoholio ir kitų narkotikų vartojimą pagrindiniai rezultatai (ESPAD 2015):

ESPAD yra tarptautinis lyginamasis tyrimas, kuris nuo 1995 metų kas ketverius metus atliekamas daugumoje Europos valstybių. Pagrindinis ESPAD tyrimų tikslas – kas ketverius metus surinkti palyginimui tinkamus duomenis apie psichoaktyvių medžiagų vartojimą vienoje mokinių amžiaus grupėje bei nustatyti šių medžiagų paplitimo veiksnius, esančius tiek šių medžiagų paklausos, tiek pasiūlos pusėje.

Pagal ESPAD rekomendacijas, 2015 metų ESPAD tyrime Lietuvoje buvo numatyta apklausti reprezentatyvią 1999 metais gimusiųjų moksleivių imtį, eliminuojant iš tyrimo populiacijos tuos moksleivius, kurie turi rimtų mokymosi ar psichikos sutrikimų ir negali suvokti anketos klausimų ar / ir be pagalbos atsakyti į juos. Tyrimo populiacija buvo apribota. Buvo apsispręsta tyrimo populiaciją apriboti 9 klasės mokiniais (gimnazijose – pirmosios gimnazijos klasės mokiniais), kadangi 9-ose klasėse mokosi didžioji dauguma (84,4 proc.) 1999 metais gimusiųjų moksleivių. Likusiųjų dauguma mokosi 8-ose arba 10-ose klasėse, tačiau jeigu populiacija nebūtų apribojama, tai tektų papildomai apklausti dar 6-7 tūkst. moksleivių ir iš jų panaudoti tik 10 proc. (tai būtų labai neekonomiška). Atsižvelgiant į minėtą apribojimą, galima teigti, kad pasirinkta atrankinė visuma reprezentuoja tik 84,4 proc. 1999 metais gimusiųjų moksleivių.

Tyrimo imtis buvo sudaroma iš minėtos atrankinės visumos (26 390 moksleivių), taikant dviejų pakopų stratifikuotą lizdinę atranką: pirmojoje pakopoje kiekviena mokykla, o antrojoje pakopoje kiekviena klasė buvo laikoma atskiru lizdu. Stratifikacija vyko pagal urbanizacijos laipsnį, išskiriant didžiuosius miestus, rajonų centrus / kitus miestus ir kaimus / miestelius.

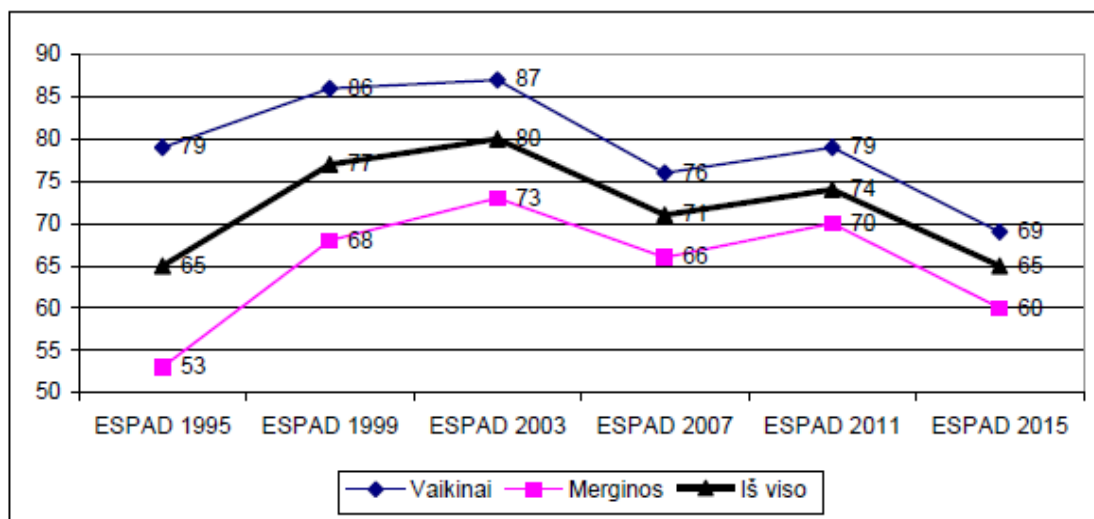
Apklausa atlikta 2015 metų kovo 16–25 dienomis. Į visas tyrimui atrinktas mokyklas paštu buvo išsiusti dideli vokai. Į šiuos vokus buvo įdėta: didelis tuščias vokas su atgaliniu tyrimo centro adresu, moksleiviams skirtos anketos neužklijuotuose vokuose, klasės ataskaitos forma ir lydraštis apklausą atliekančiam asmeniui. Lydraštyje buvo pateikta apklausos instrukcija su standartinė apklausos atlikimo informacija, ypač pabrėžiant apklausos anonimiškumo, konfidencialumo, atsakingo ir sąžiningo anketų pildymo svarbą.

Viso buvo apklausti 3032 moksleiviai, kurie apklausos dieną buvo mokykloje ir kurie laisvanoriškai sutiko dalyvauti tyrime. Atmetus anketas tų moksleivių, kurie pateko į tyrimo imtį, nes mokėsi 9-oje klasėje, tačiau buvo gimę ne 1999 metais, ir kai kurias kitas netinkamas anketas, tyrimo duomenų bazėje kaip tinkamos naudoti liko 2573 moksleivių anketos.

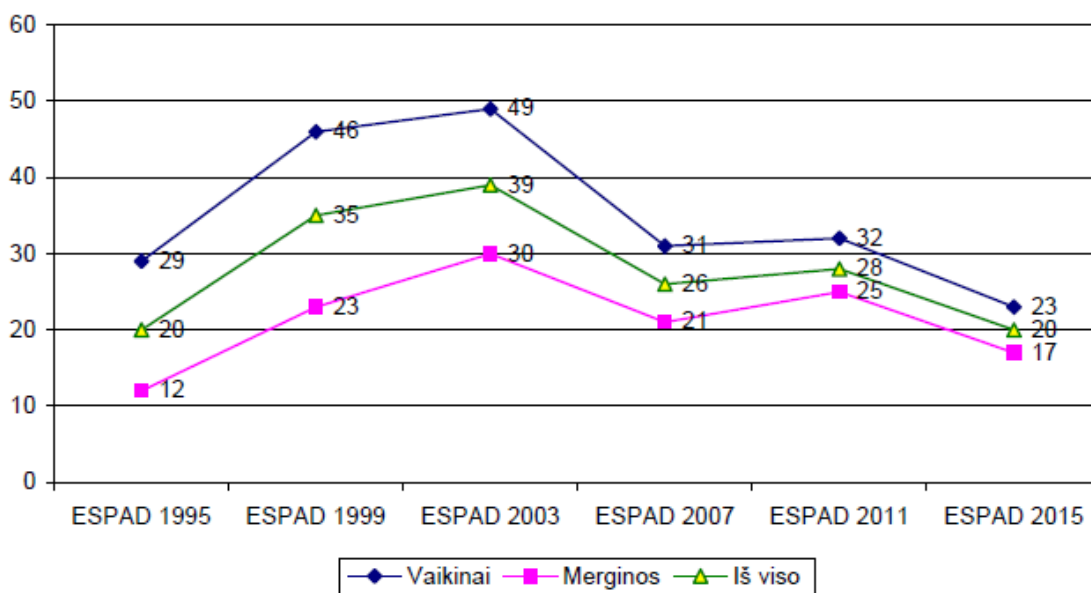
Pagal metodologinius ESPAD reikalavimus apklausą organizavo ir duomenų masyvą suformavo Klaipėdos universiteto mokslininkų grupė.

Tabako gaminių vartojimas

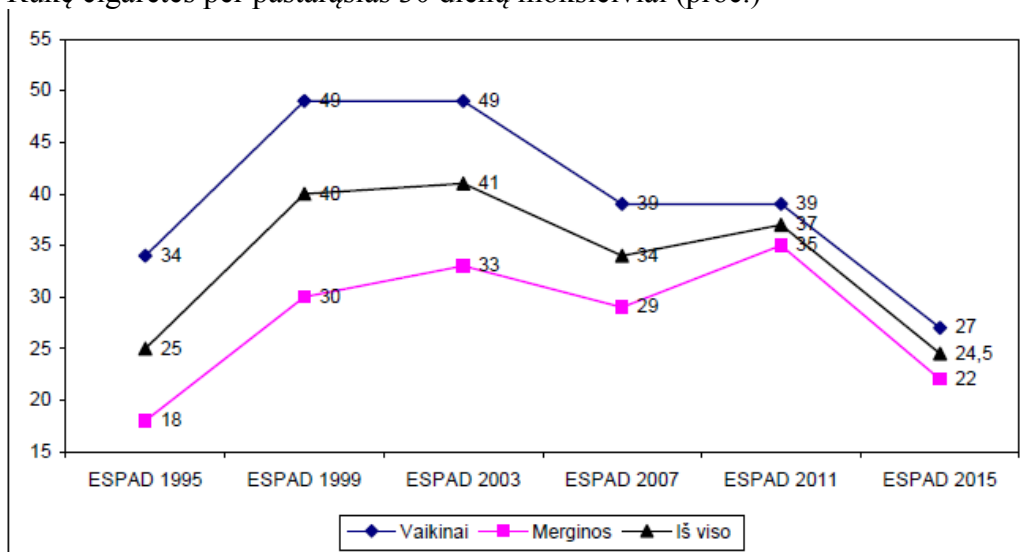
ESPAD 2015 tyrimo duomenimis, 65 proc. (69 proc. berniukų ir 60 proc. mergaičių) 15–16 m. amžiaus Lietuvos moksleivių bent kartą gyvenime buvo rūkę cigaretę. Apklausos duomenys rodo, kad 1999 metais gimusiųjų moksleivių tabako vartojimas **nuo 2007 iki 2011 pagal daugelį rodiklių keliais procentais padidėjęs ar, pagal kai kuriuos rodiklius, nekitęs, 2011-2015 metų laikotarpiu dešimčia procentų sumažėjo. Nė karto nerūkiusių moksleivių 2015 metais buvo 35 proc.** Bent kartą gyvenime rūkiusių cigaretes vaikinių ir merginų sumažėjo tiek pat - **po 10 proc.** (žr. 1 pav.).

1 pav. Bent kartą gyvenime rūkė cigaretės (proc.)

Rūkymo kaip įpročio paplitimą tarp moksleivių tiksliau nusako rūkymo dažnis ir rūkymas per paskutines 30 dienų. 20 proc. 15–16 m. amžiaus moksleivių yra rūkė 40 ir daugiau kartų per gyvenimą. Berniukų, rūkusių 40 ir daugiau kartų per gyvenimą, buvo 23 proc., mergaičių – 17 proc. Per pastarąsias 30 dienų teigė rūkė cigaretes 24,5 proc. apklaustų paauglių, iš jų – 27 proc. berniukų ir 22 proc. mergaičių (žr. 3 pav.). Duomenys rodo, kad pastoviai rūkančių tiek vaikinių, tiek merginų dalis nuo 2011 iki 2015 metų sumažėjo. Rūkusių 40 ir daugiau kartų per gyvenimą vaikinių ir merginų procentas sumažėjo (2 pav.) maždaug po 8-9 proc. ir 2015 metais buvo 20 proc. Surūkusių bent vieną cigaretę per paskutines 30 dienų tiek vaikinių, tiek merginų dalis sumažėjo dar didesniu laipsniu - po 12 proc. (žr. 3 pav.).

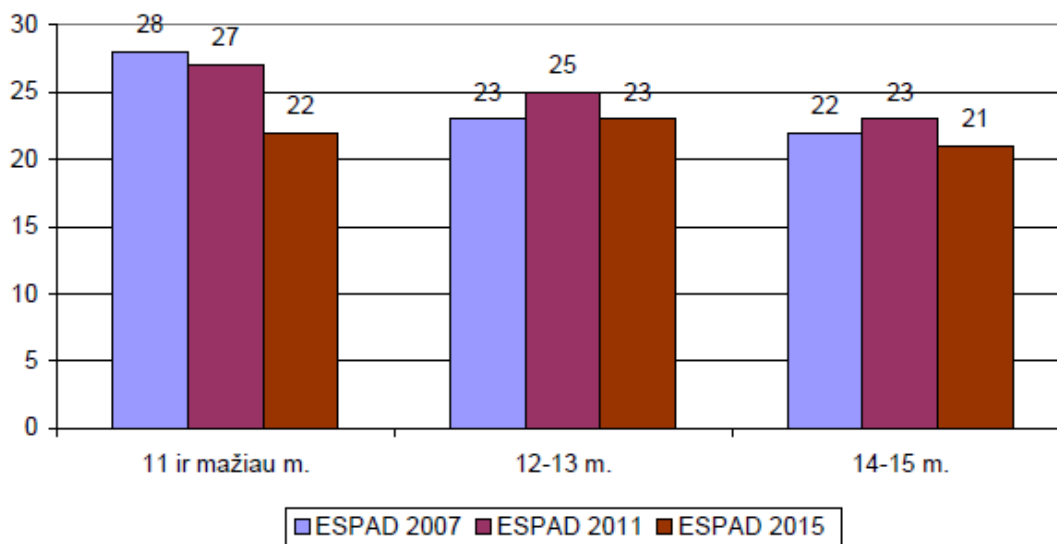
2 pav. 40 ir daugiau kartų per gyvenimą rūkė cigaretės moksleiviai (proc.)

3 pav. Rūkę cigaretes per pastaršias 30 dienų moksleiviai (proc.)



Rezultatai rodo, kad **pirmą kartą pabandančių rūkyti cigaretes mokinių amžius, nors nedideliu laipsniu, padidėjo**: 5 procentais sumažėjo pačių jauniausių, iki 11 m. amžiaus pirmą kartą pabandžiusių rūkyti mokinių. Paauglių, kurie surūkė pirmąją cigaretę būdami 12-15 metų, skaičius beveik nepakito (žr. 4 pav.).

4 pav. Amžius, kada pirmą kartą surūkė cigaretę (proc.)



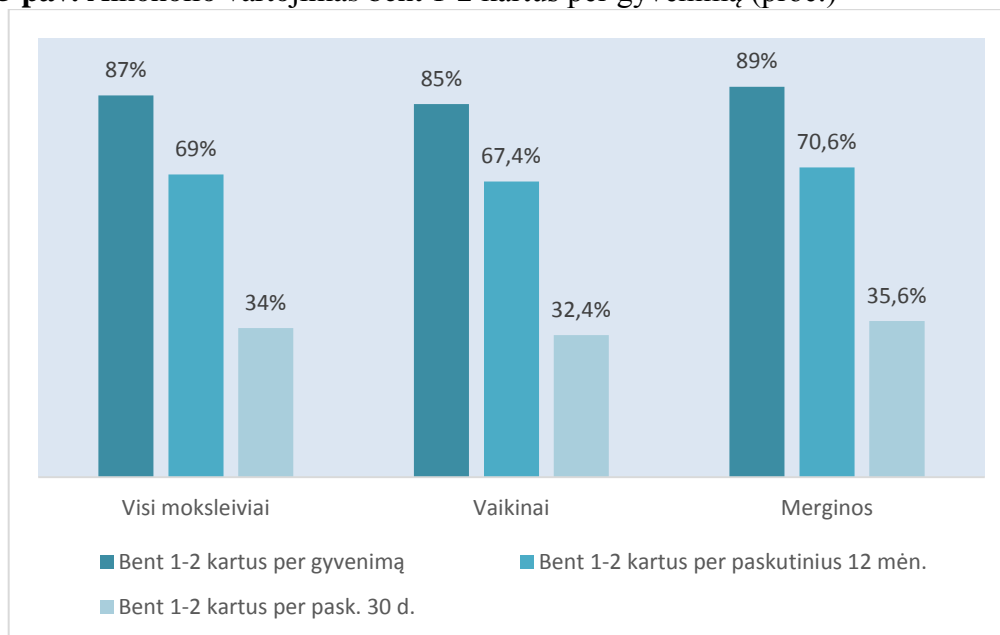
Tabako gaminių prieinamumas moksleiviams, jų vertinimu, tebelieka gana didelis ir nuo 2011 metų nedaug tepakitęs. 64 proc. 15–16 m. moksleivių 2015 metais teigė, kad panorėję jie gana lengvai arba labai lengvai galėtų įsigyti cigarečių. 2011 m. taip manančių buvo 72 proc.

Alkoholio vartojimas

ESPAD 2015 tyrimo duomenimis, bent vieną-du kartus gyvenime alkoholinius gėrimus vartojo 87 proc. Lietuvos paauglių (2011 m. – 95,3 proc.). Vartoję alkoholinius gėrimus bent kartą per paskutinius 12 mėnesių iki apklausos Lietuvoje nurodė 69 proc. paauglių (2011 m. – 85 proc.), iš jų

67,4 proc. berniukų ir 70,6 proc. mergaičių. Per paskutiniąsias 30 dienų vartoję alkoholinius gėrimus Lietuvoje teigė 34 proc. paauglių (2011 m. – 63,2 proc.), iš jų 32,4 proc. berniukų ir 35,6 proc. mergaičių (žr. 5 pav.).

5 pav. Alkoholio vartojimas bent 1-2 kartus per gyvenimą (proc.)

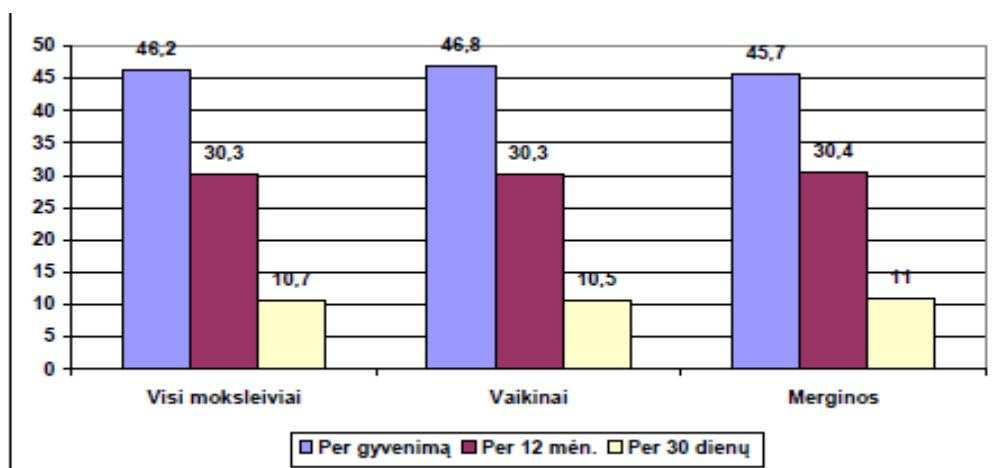


Abstinentų – per savo gyvenimą visai nevartojusių alkoholio - paauglių skaičius tarp šios grupės moksleivių yra 13 proc. Abstinentų vaikinių tebėra šiek tiek daugiau, negu merginų, kaip ir 2007 bei 2011 metų ESPAD tyrimuose. Tačiau pažymėtina ryški pagerėjimo tendencija: pradedant nuo 2003 metų vis daugiau abstinentų. Apskritai abstinentų dalis yra didžiausia nuo ESPAD tyrimų pradžios (1995 metų).

Lyginant 2003-2015 metų duomenis apie alkoholio, vartoto per paskutines 30 dienų iki apklausos, rūšis, matyti permainingos tendencijos. Per paskutines 30 dienų iki apklausos 2015 metais dažniausiai buvo renkama gerti vyną (32,1 proc.), rečiausiai – sidro (17,4 proc.) Tuo tarpu anksčiau populiariausios alkoholinių gėrimų rūšys buvo kitos: 2011 metais – alus (53,8 proc.), 2007 metais – sidras (59,5 proc.), 2003 metais – taip pat alus (60,2 proc.). Per paskutines 30 dienų iki apklausos 2015 metais rečiausiai buvo renkama gerti alkoholinius kokteilius (16 proc.). Lyginant vaikinių ir merginų atsakymus paaiškėjo, kad merginos dažniau rinkosi gerti vyną (39,9 proc.), o vaikinai – alų (32,2 proc.).

Tyrimo duomenimis, bent kartą gyvenime buvę girti nurodė 46,2 proc. (2011 m. 63 proc.) 15–16 m. amžiaus paauglių, iš jų – 46,8 proc. berniukų ir 45,7 proc. mergaičių, bent kartą per pastaruosius metus – 30,3 proc. (2011 m. – 42,6 proc.), o bent kartą buvo girti per paskutinį mėnesį iki apklausos – 10,7 proc. (2011 m. – 20 proc.), iš jų 22 proc. berniukų ir 18 proc. mergaičių (žr. 6 pav.). Nuo 2007 m. šie rodikliai Lietuvoje iš esmės nepakito. Girtumo bent kartą gyvenime paplitimas iki 2003 metų didėjo, bet 2007 metais sumažėjo, o 2015 metais pasiekė žemiausio iki šiol užfiksuoto lygio.

6 pav. 15–16 metų amžiaus paauglių, buvusių girtų bent kartą gyvenime per paskutinius 12 mėnesių ir paskutiniąsias 30 dienų, skaičius, 2015 m. (proc.)



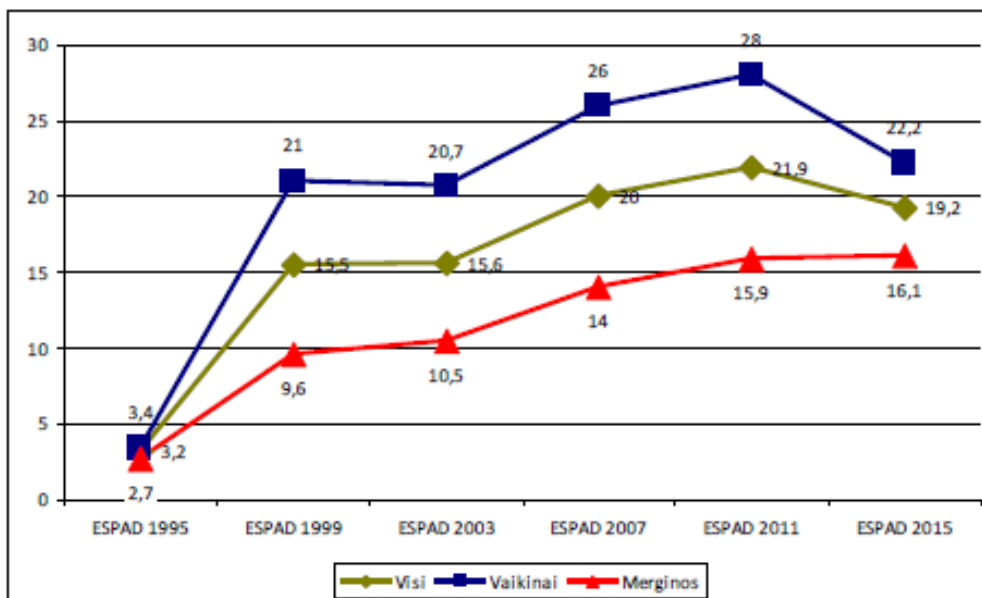
ESPAD 2015 duomenimis, 67 proc. Lietuvos moksleivių nurodė, kad bent vieną taurę kokio nors alkoholinio gėrimo išgėrė, kai jiems buvo 12 ir daugiau metų. Tačiau dalis respondentų pirmąjį alkoholį išgėrė dar vaikystėje, kai jiems buvo 9 ir mažiau metų. Šiame amžiuje tarp vaikinių populiariausias pirmasis alkoholis buvo alus – bent vieną jo bokalą išgėrė 9,4 proc. vyriškos lyties respondentų. Gerokai mažiau populiarūs buvo sidras (5 proc.) ir vynas (4,4 proc.), o mažiausiai populiarūs buvo stiprieji alkoholiniai gėrimai (1,9 proc.). Nesaikingai gerti alkoholį dalis respondentų taip pat pradėjo vaikystėje: 3,2 proc. vaikinių ir 1,2 proc. merginų pirmą kartą buvo girti 11 metų ir jaunesni (tarp jų 1,2 proc. vaikinių ir 0,3 merginų – 9 metų ir jaunesni); bet dauguma girtumą patyrusių respondentų pirmą kartą buvo girti 14 ir daugiau metų.

Duomenys rodo, kad dauguma paauglių (jų subjektyviu vertinimu) panorėję galėtų lengvai arba gana lengvai savo reikmėms alkoholinių gėrimų pirkti (išsinešti) parduotuvėje (maisto prekių, alkoholinių gėrimų parduotuvėje, kioske ar degalinėje). Ypač lengvai paaugliams prieinamas sidras – jo lengvai arba gana lengvai įsigyti mano galį 62,4 proc. moksleivių. Nedaug sudėtingiau prieinamas alus (59,9 proc.), vynas (57,3 proc.) ir alkoholiniai kokteiliai (55,0 proc.). Stiprieji gėrimai tebėra vertinami kaip sunkiausiai prieinami (42 proc.). Lyginant su ankstesniais ESPAD duomenimis, matyti, kad galimybės parduotuvėje įsigyti visų rūšių alkoholinius gėrimus mažėja. Ypač tai susiję su alumi: 2003 metais netgi 91,7 proc. respondentų manė, kad jiems labai lengva arba gana lengva įsigyti šio alkoholinio gėrimo, tuo tarpu 2015 metais taip manančių yra 59,9 proc.

Narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimas

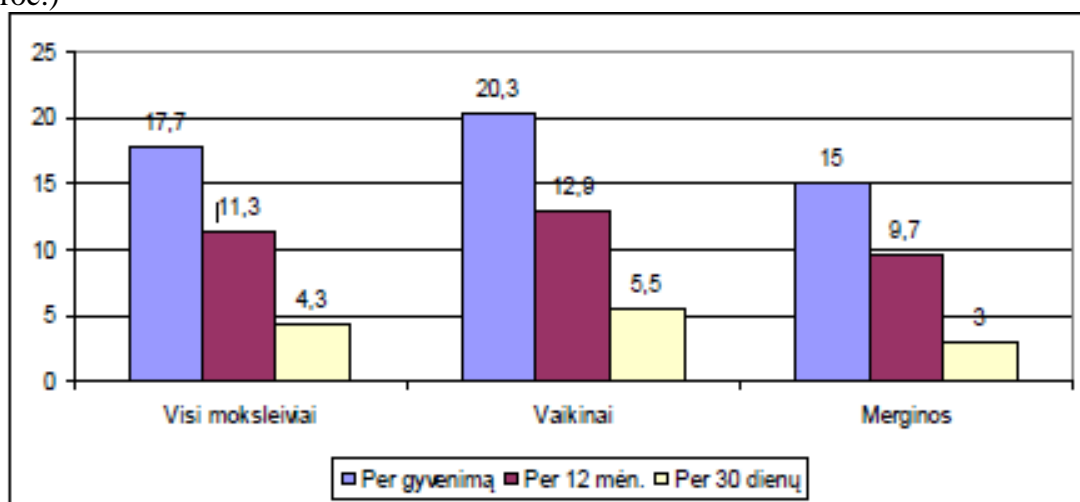
2015 m. bent kartą-du gyvenime vartojusių kokį nors narkotiką paauglių buvo 19,2 proc., iš jų 22,2 proc. berniukų ir 16,1 proc. mergaičių (2011 metais 21,9 proc., 28 proc. vaikinių ir 15,9 proc. merginų). **Nelegalių narkotikų vartojimo didėjimo tendencija pakito stabilizacijos ir mažėjimo linkme: jų paplitimas per pastaruosius ketverius metus sumažėjo beveik 3 procentais (žr. 7 pav.).**

7 pav. Bent kartą-du gyvenime vartojo kokį nors nelegalų narkotiką (proc., visi moksleiviai)



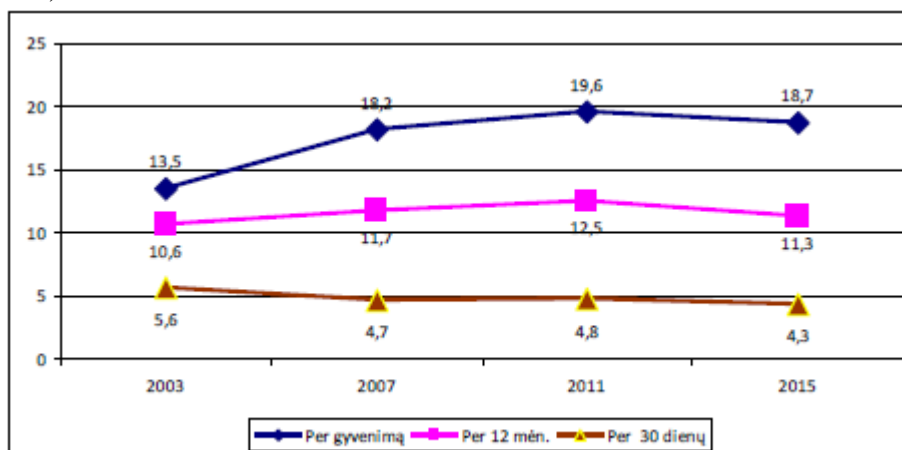
Didžiausia dalis mokinių vartojo kanapes – 17,7 proc. (2011 m. - 19,6 proc.), tad kanapių vartojimas per pastaruosius kelis metus **sumažėjo beveik 2 proc.** Šį narkotiką yra vartoję daugiau vaikinių, negu merginų: vaikinių vartojimas bent kartą per gyvenimą sumažėjo labiau – iki 20,3 % (2011 m. – 25,3 proc.), tuo tarpu bent kartą per gyvenimą bandžiusių vartoti kanapes merginų vienu procentu padaugėjo – nuo 14 proc. 2011 m. iki 15 proc. 2015 metais (žr. 8 pav.).

8 pav. Marihuanos / hašišo vartojimas bent kartą per gyvenimą, per 12 mėn., per 30 dienų 2015 m. (proc.)



Lyginant su 2011 m. duomenimis (žr. 9 pav.), galima pastebėti, kad per pastaruosius ketverius metus **moksleivių kanapių vartojimas pagal visus rodiklius šiek tiek sumažėjo ar bent stabilizavosi.**

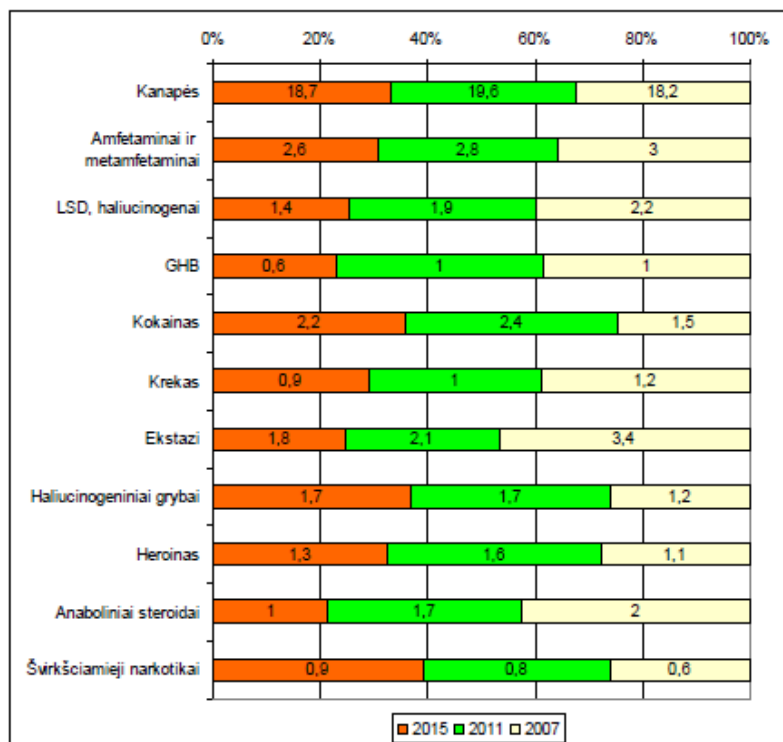
9 pav. Marihuanos / hašišo vartojimas bent kartą per gyvenimą, per 12 mėn., per 30 dienų nuo 2003 m. (proc.)



Antroje vietoje pagal populiarumą po kanapių išlieka amfetaminai ir metamfetaminai, kurių vartojimo per gyvenimą paplitimas liko maždaug toks pat kaip 2011 m. (žr. 10 pav.). Amfetaminų bent kartą per gyvenimą nurodė vartoję 1,2 % mokinių (1,2 % vaikinių ir 1,3 % merginų), metamfetaminų – apie 1,4 % (1,4 % vaikinių ir 1,3 % merginų).

Vertinant konkrečių narkotikų paplitimą, galima konstatuoti, kad **daugumos nelegalių narkotikų vartojimo paplitimas stabilizavosi ir / arba nedideliu laipsniu pakito mažėjimo linkme.** Visi narkotikai labiau paplitę tarp vaikinių negu tarp merginų. Kai kuriuos narkotikus yra vartoję žymiai daugiau vaikinių negu merginų (anabolinius steroidus bent kartą gyvenime nurodė vartoję 1,7 proc. vaikinių ir 0,3 proc. merginų, ekstazi – 2,2 proc. vaikinių ir 1,4 proc. merginų, haliucinogeninių grybų atitinkamai 2,2 % ir 1,1 %). Visus narkotikus didžiausia dalis moksleivių yra vartojusi 1-2 kartus, bet kai kuriuos – kanapes, kokainą, kreką, ekstazi, heroiną, anabolinius steroidus – yra vartojusių daugiau negu 40 kartų 15-16 metų moksleivių, tarp jų daugiausia vartojo kanapes -1,3 % moksleivių.

10 pav. Nelegalių narkotikų vartojimas bent kartą per gyvenimą 2015, 2011, 2007 m. (proc., visi moksleiviai)



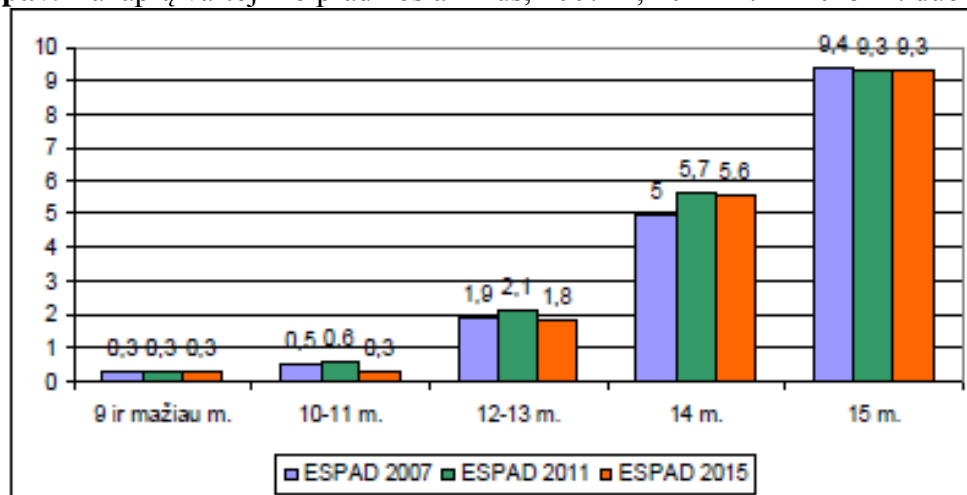
Vertinant konkrečių narkotikų paplitimą, galima konstatuoti, kad **daugumos nelegalių narkotikų vartojimo paplitimas stabilizavosi ir / arba nedideliu laipsniu pakito mažėjimo linkme.** Visi narkotikai labiau paplitę tarp vaikinių negu tarp merginų. Kai kurios narkotikus yra vartoję žymiai daugiau vaikinių negu merginų (anabolinius steroidus bent kartą gyvenime nurodė vartoję 1,7 proc. vaikinių ir 0,3 proc. merginų, ekstazi – 2,2 proc. vaikinių ir 1,4 proc. merginų, haliucinogeninių grybų atitinkamai 2,2 % ir 1,1%. Visus narkotikus didžiausia dalis moksleivių yra vartojusi 1-2 kartus, bet kai kurios – kanapes, kokainą, kreką, ekstazi, heroiną, anabolinius steroidus – yra vartojusių daugiau negu 40 kartų 15-16 metų moksleivių, tarp jų daugiausia vartojo kanapes -1,3 % moksleivių.

Legalių raminamųjų ir migdomųjų vaistų vartojimas tarp paauglių, gydytojui nepaskyrus, Lietuvoje nuo 1999 iki 2007 metų didėjo ir buvo tarp didžiausių Europoje. 2011 metais jų vartojimo bent kartą per gyvenimą paplitimas tarp paauglių pradėjo mažėti, bet Lietuva kartu su Monaku ir Lenkija ir 2011 metais liko tarp trijų „pirmaujančių“ šiuo atžvilgiu šalių, kuriose nepaskirtų raminamųjų ir migdomųjų vaistų vartojimas buvo paplitęs daugiausia (apie 13-14 proc.). 2015 metais **šių medžiagų vartojimo mažėjimo tendencija išliko ir dar labiau sustiprėjo.** 2015 metais gydytojo nepaskirtus raminamuosius ir migdomuosius vaistus 1-2 kartus per gyvenimą nurodė vartoję **9% moksleivių (2011 m. 13 proc., 2007 m. – 15,6 proc.),** tarp jų 12,4 % merginų ir 5,5 % vaikinių.

Inhaliantus bent kartą gyvenime nurodė vartoję 8 proc. (2011 m. – 7 proc.) Lietuvos paauglių. Inhaliantų vartojimo paplitimas tarp Lietuvos moksleivių nuo 2007 m. padidėjo daugiau negu dvigubai (2007 m. juos nurodė vartoję 3 proc.). Inhaliantų paplitimas ir toliau šiek tiek didėjo. Juos vartojusių bent kartą per gyvenimą mokinių dalis nuo 1995 metų nuosekliai mažėjo ir 2007 metais buvo sumažėjusi iki 2,7 proc. Bet 2011 metais jų vartojimas Lietuvoje vėl padidėjo daugiau negu dvigubai, ir kaip rodo 2015 metų duomenys, **nežymaus didėjimo tendencija išlieka, šiek tiek didėjant vaikinių vartojimui, o merginų liekiant stabiliai.**

Dauguma mokinių pirmą kartą pabandė narkotinių ir psichotropinių medžiagų būdami 14–15 m. Lyginant pirmųjų bandymų vartoti kanapes amžiaus kaitą nuo 2007 metų, matome, kad **pirmųjų bandymų vartoti kanapes amžius išliko beveik nepakitęs**. Kaip ir anksčiau, daugiausia paauglių 2015 m. pabandė vartoti šį narkotiką būdami 15 metų (dar 1 % – 16 metų); kiek sumažėjo moksleivių, kurie pabandė vartoti marihuaną / hašišą 13 m. ir jaunesni, bet pabandžiusių vartoti kanapes devynerių metų ir jaunesnių mokinių dalis liko tokia pati – 0,3 proc., nepakito ir pabandžiusių vartoti kanapes 14 metų ir vyresnių mokinių dalis (žr. 11 pav.).

11 pav. Kanapių vartojimo pradžios amžius, 2007 m, 2011 m. ir 2015 m. duomenimis (proc.)

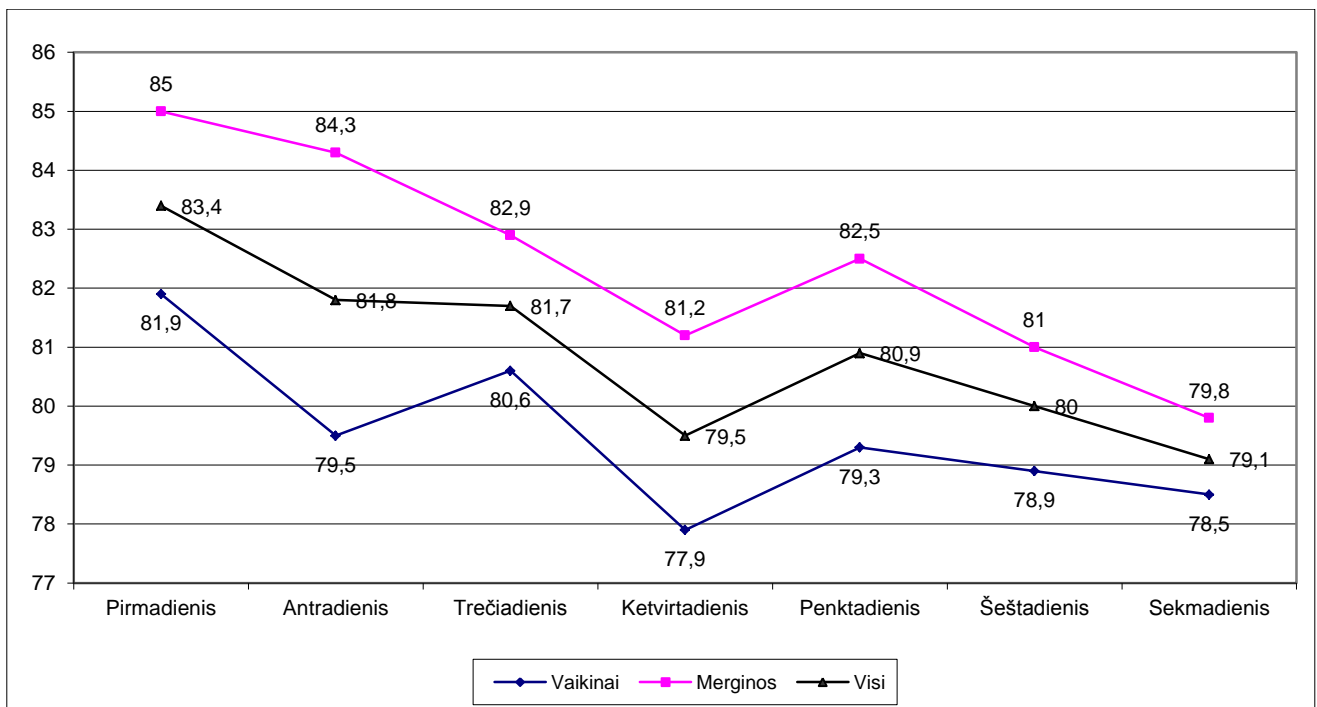


Galimybę gauti populiariausio nelegalaus narkotiko – kanapių / marihuanos / hašišo moksleiviai vertina palankiausiai, lyginant su kitais nelegaliais narkotikais. Iš esmės **galimybės gauti kanapių vertinimas pakito mažai**: 2015 m. ketvirtadalis – **24,9** proc. (2011 m. – 24,6 proc.) visų mokinių manė, kad gauti marihuanos / hašišo jiems būtų gana lengva arba labai lengva. **Esama ir teigiamų poslinkių**: tarp skeptiškai vertinančių galimybę gauti kanapių mokinių padaugėjo manančių, kad gauti marihuanos / kanapių jiems būtų neįmanoma – 26 proc. (2011 m. – 22 proc.), dar **29,9** proc. (2011 m. – 35,5 proc.) moksleivių mano, kad gauti marihuanos / kanapių jiems būtų labai ar gana sunku, bet apibendrintas neigiamas šių galimybių vertinimas (kaip ir teigiamas) pakito mažai: iš viso galimybę gauti šio narkotiko vertina skeptiškai **56,2** proc. (2011 m. **57,5** proc.) mokinių. Vertindami galimybę gauti ekstazį, amfetaminų ir metamfetaminų, kad jų gauti būtų gana ir labai sunku arba neįmanoma 2015 m. nurodė: ekstazi – **67** proc., amfetaminų ir metamfetaminų – **po 69,8** proc. **Nuo 2011 metų šie vertinimai taip pat beveik nepakito**: 2011 metais daugiau negu 67-68 proc. moksleivių nurodė, kad gauti ekstazi ir amfetaminų būtų gana ir labai sunku arba neįmanoma.

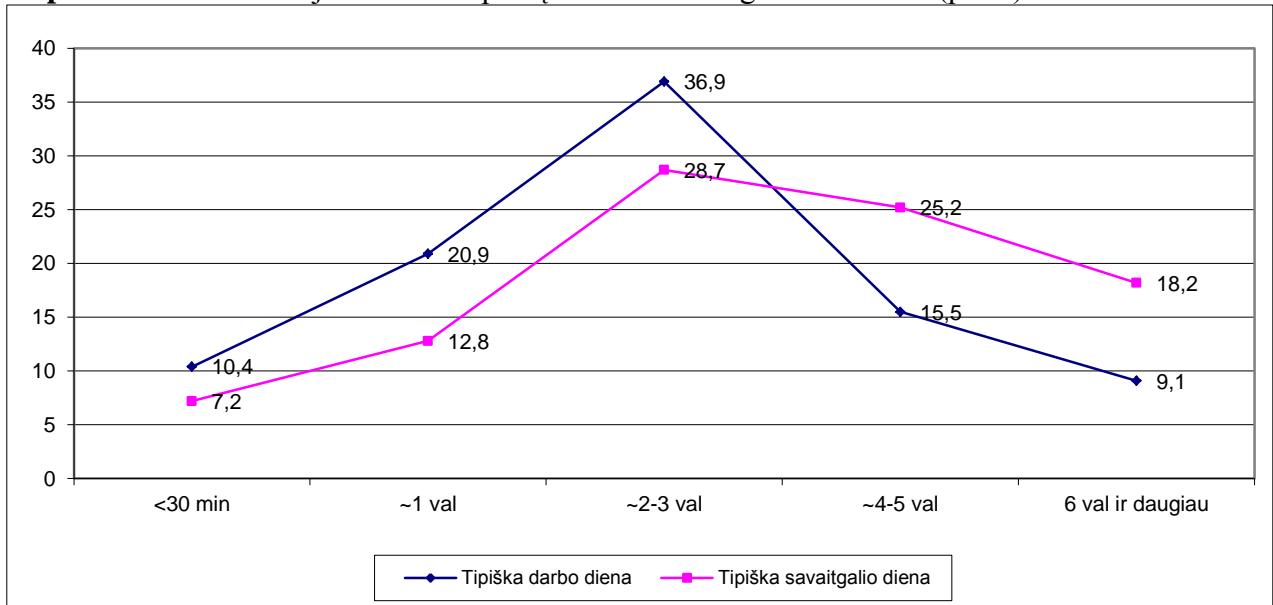
Interneto naudojimas

Interneto naudojimas yra labai paplitęs tarp mokinių. Dažniausiai internetu naudojamosi pirmadienį (83,4 proc.). Po to interneto naudotojų procentas krenta, kol sekmadienį pasiekia žemiausią lygį (79,1 proc.). **Visomis dienomis internetą naudojusiu merginų dalis buvo didesnė, nei vaikinių.** Interneto naudojimo skirtumas pagal lytį sumažėja tik sekmadienį, kai internetu naudojosi 79,8 proc. merginų ir 78,5 vaikinių (žr. 12 pav.).

12 pav. Interneto naudojimo laikas per pastarąsias 7 dienas iki apklausos (proc.)

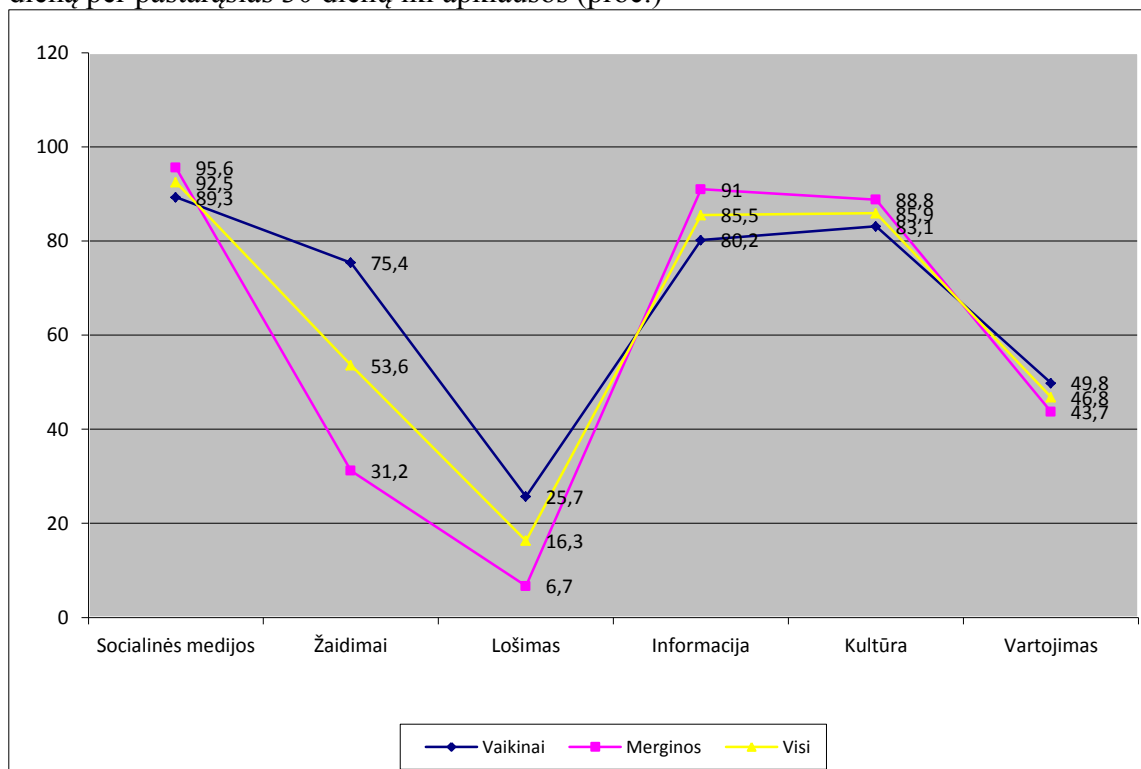


Internetu naudojama daug – dažniausiai po 2-3 val. kasdien. Daugiau negu 4 valandas tipišką darbo dieną internetu naudojasi 24,6 proc. respondentų, t. y. beveik kas ketvirtas, o tipišką savaitgalio dieną dar didesnė respondentų dalis – 43,4 proc. respondentų. Taigi **savaitgalį interneto naudojimo laikas žymiai išauga (žr. 13 pav.)**.

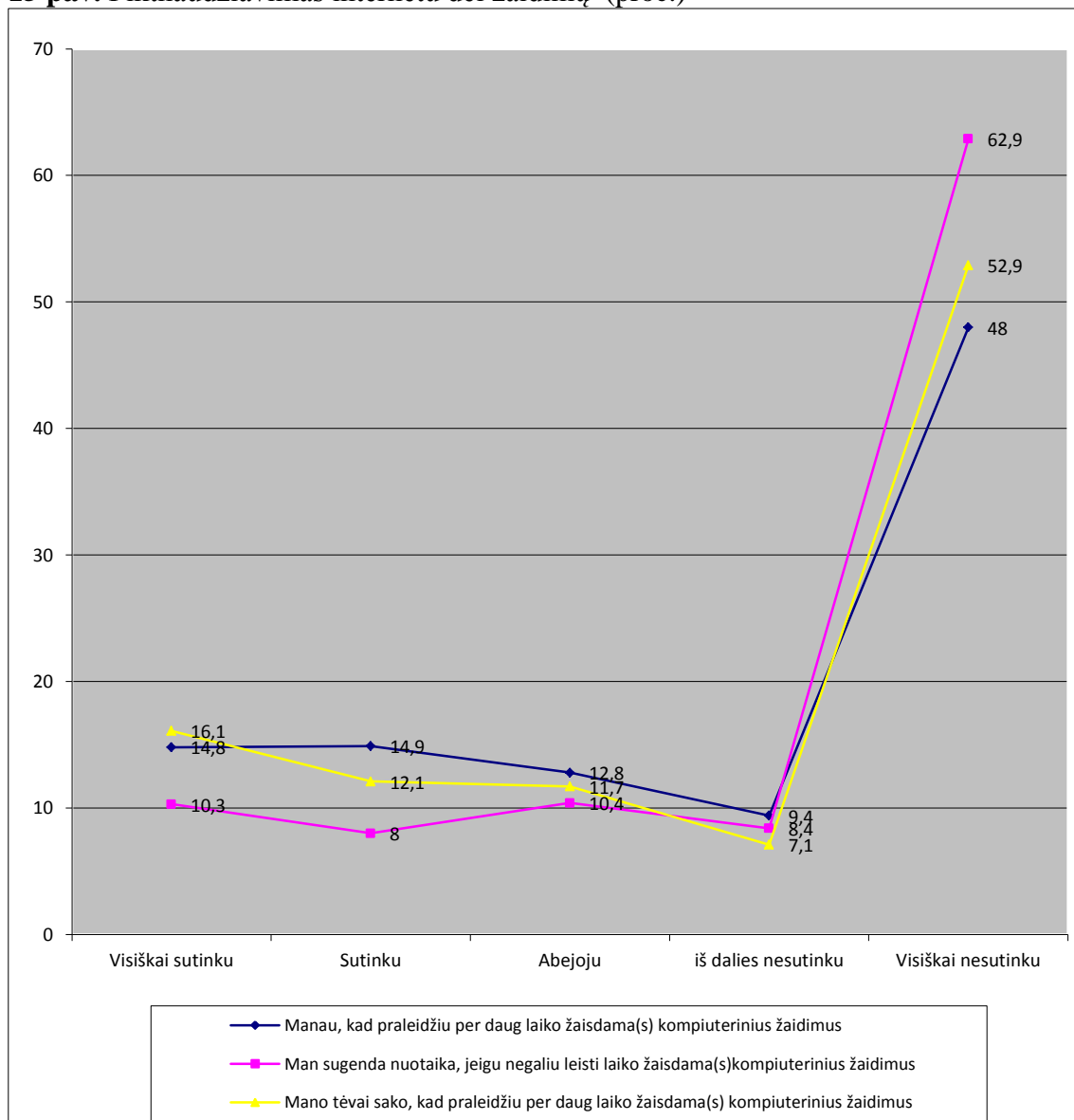
13 pav. Interneto naudojimo laikas tipišką darbo ir savaitgalio dienomis (proc.)

Dažniausiai internetas naudojamas bendravimui socialinėse medijose (pvz., „WhatsApp“, „Twitter“, „Facebook“, „Skype“, „Blogs“, Snapchat“, „Instagram“, „Kik“ ir kt.) – tipišką dieną tai darė 92,8 proc. respondentų; kiek rečiau – **kultūros tikslais** (muzikos, vaizdo įrašų, filmų parsisiuntimui, klausimuisi, žiūrėjimui ir kt.; 85,9 proc.) ir **informacijos tikslais** (skaitymui, naršymui, informacijos paieškai ir kt., 85,5 proc.), dar rečiau – **žaidimo ir vartojimo** (pirkimo / pardavimo) tikslais, o rečiausiai – **lošimams** (t. y. žaidimui tokių žaidimų, kuriuose galima išlošti pinigų, pvz., pokeris, kauliukai, slotai ir kt.; 16,3 proc.). **Vaikinai dažniau negu merginos naudoja internetą žaisdami kompiuterinius žaidimus, lošdami arba pirkdami / parduodami**; o merginos – bendraudamos socialinėse medijose bei kultūros ir informacijos tikslais. Nors bendrai vertinant, žaidimas nėra dažniausias interneto naudojimo tikslas, tačiau tarp vaikinių šis tikslas yra labai svarbus (**tipišką dieną naudodami internetą žaidžia 75,7 proc. vaikinių**) ir jis nedaug atsilieka nuo kitų tikslų: bendravimo socialinėse medijose (šiuo tikslu tipišką dieną internetą naudoja 89,3 proc. vaikinių), kultūros (83,1 proc.) ir informacijos (80,2 proc.) tikslų (žr. 14 pav.).

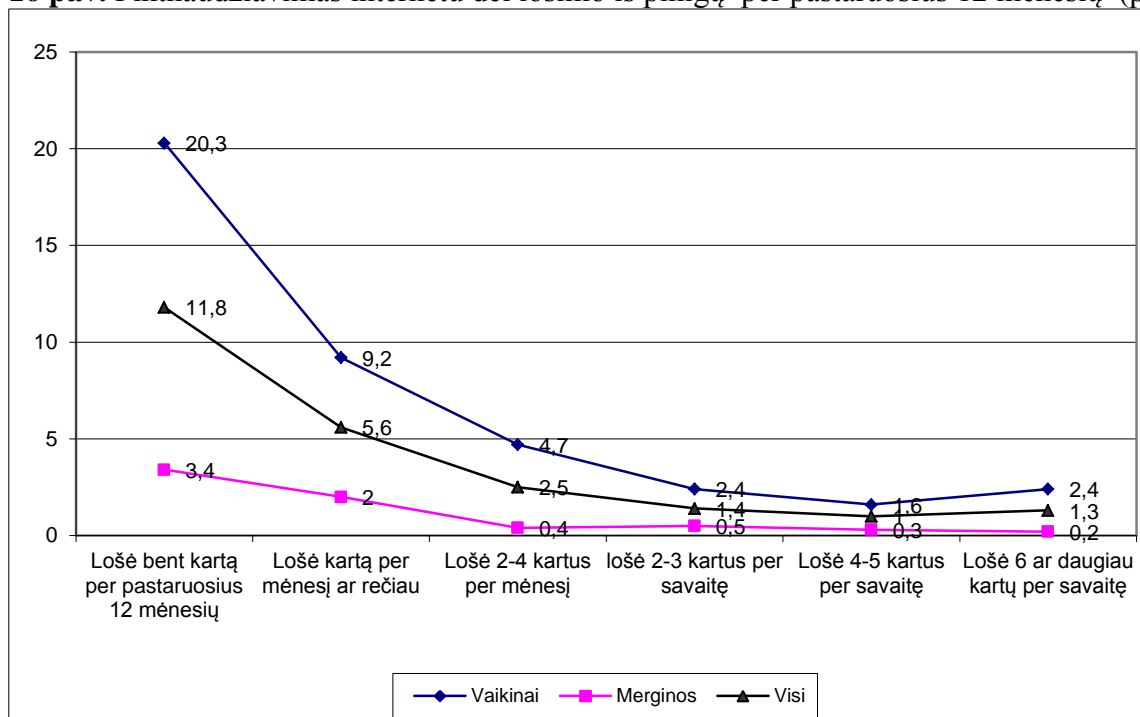
14 pav. Interneto naudojimo tikslai, jeigu jis buvo naudojamas bent pusę valandos ir mažiau tipišką dieną per pastarąsias 30 dienų iki apklausos (proc.)



Dalis mokinių piktnaudžiauja internetu, naudodami jį kompiuteriniams žaidimams. Beveik trečdalis respondentų (29,7 proc.) suvokia, kad jie per daug laiko praleidžia žaisdami kompiuterinius žaidimus, beveik tokia pat respondentų dalis (28,2 proc.) teigia, kad gauna pastabų iš savo tėvų, kad per daug laiko leidžia žaisdami kompiuterinius žaidimus. Problematiškiausia atrodo grupė respondentų, kuriems sugenda nuotaika, jeigu jie negali leisti laiko žaisdami kompiuterinius žaidimus – tokių yra 18,3 proc. (t.y. beveik penktadalis) (žr. 15 pav.).

15 pav. Piktnaudžiavimas internetu dėl žaidimų (proc.)

Dalis mokinių naudoja internetą lošimui iš pinigų: **per pastaruosius 12 mėnesių iki apklausos tai darė kas penktas respondentas, kas dešimtas - kartą per mėnesį ar rečiau. Problemiškiausių „lošėjų“ grupei priklauso vaikinai** – netgi 6,4 proc. vaikinų teigia naudojantys internetą dėl lošimo iš pinigų ne rečiau kaip 2-3 kartus per savaitę (plg., merginų – 3,7 proc.) (žr. 16 pav.).

16 pav. Piktnaudžiavimas internetu dėl lošimo iš pinigų per pastaruosius 12 mėnesių (proc.)

Dėl lošimo iš pinigų per pastaruosius 12 mėnesių iki apklausos internetu buvo naudojamos įvairiai. **Dažniausiai buvo lošama kortomis / kauliukais ir dalyvaujama lažybose** – per savaitę 2-3 kartus ir dažniau tai darė 2,5 proc. respondentų. Rečiau buvo dalyvaujama loterijose (1,4 proc.) arba lošama su automatais (0,9 proc.).

Alkoholio vartojimo tendencijos:

- **Alkoholio vartojimas išlieka didele problema;** tačiau situacija yra geriausia nuo ESPAD tyrimų pradžios 1995 metais: daugiau abstinėtų, mažiau gėrusiųjų per paskutinius 12 mėnesių ir 30 dienų iki apklausos, mažiau nesaikingo gėrimo atvejų ir jie prasidėjo vėliau, santykinai vėliau išgeriamas pirmasis alkoholis, rečiau vartojami stiprieji alkoholiniai gėrimai;
- **Rizikingas alkoholio vartojimas yra labiau būdingas vaikinams, nei merginoms:** vaikinai pradeda alkoholį vartoti anksčiau, vartoja jį dažniau, didesnėmis dozėmis, dažniau ir anksčiau nesaikingai - tačiau daugeliu požiūriu situacija yra geresnė, lyginant su ankstesniais ESPAD tyrimais;
- **Alkoholis paaugliams yra pakankamai lengvai prieinamas,** tačiau, lyginant su ankstesniais ESPAD duomenimis, situacija yra geresnė;
- **Energetinių gėrimų (pvz., „Red Bull“, „Monster energy“, „Battery“, „Burn“ ir pan.) vartojimas tarp respondentų (labiau vaikinių, nei merginų) yra labai paplitęs** – bent kartą gyvenime jų yra vartoję 86,2 proc. respondentų (1,3 proc. respondentų 40 ir daugiau kartų per mėnesį), o kartu su alkoholiu – beveik kas trečias respondentas (0,7 proc. respondentų 40 ir daugiau kartų per mėnesį)

Tabako vartojimo tendencijos:

- **Tabako vartojimo paplitimas 2011-2015 metų laikotarpiu sumažėjo tiek pagal nereguliarių bandymų rūkyti, tiek pagal dažno ar pastovaus rūkymo rodiklius**
- **Esama ir nedidelių teigiamų rūkymo pradžios amžiaus poslinkių**
- **Gana aukštas ir gana stabilus nuo 2007 metų suvokiamas tabako gaminių prieinamumas.**

Narkotikų vartojimo tendencijos:

- Nelegalių narkotikų vartojime esama teigiamų poslinkių: daugelį metų trukusi jų **vartojimo didėjimo tendencija pakito stabilizacijos ir mažėjimo linkme**. Nelegalių narkotikų vartojimo mažėjimo tendencija susijusi su alkoholio vartojimo mažėjimu tarp vaikinių. Nelegalių narkotikų paplitimo tarp merginų ir vaikinių skirtumas, nekittęs nuo 1999 iki 2011 metų, sumažėjo iki 6 % ir dabar yra mažiausias per visą ESPAD tyrimų laikotarpį.
- Tarp bent kartą per gyvenimą vartojusių nelegalius narkotikus moksleivių didžiausia dalis vartojo kanapes (marihuaną, hašišą, „žolę“), dažniau – vaikinai nei merginos. Kanapių vartojimo paplitimas nuo 2011 metų taip pat **sumažėjo ir 2015 metais sudarė 17,7 %** (2011 m. - 19,6 proc.). Kanapių vartojimas tarp vaikinių bent kartą per gyvenimą sumažėjo iki **20,3 %** (2011 m. buvo 25,3%).
- Stabilizuojantis arba mažėjant įprastinių nelegalių narkotikų paplitimui, palyginus nemaža dalis moksleivių nurodė bandę vartoti įvairiais pavidalais pateikiamas naujas psichoaktyvias medžiagas.
- Pažymėtina teigiama tendencija - **gydytojo nepaskirtų** legalių raminamųjų ir migdomųjų vaistų **vartojimo mažėjimas**.
- Toliau nedideliu laipsniu didėjo **inhaliantų** vartojimo paplitimas, šiek tiek didėjant vaikinių vartojimui, o merginų išliekant stabiliai. Dauguma (**5,7 proc.**) moksleivių inhaliantus vartojo eksperimentuodami - 1-2 kartus per gyvenimą.
- Nelegalių narkotikų **prieinamumo vertinimas tarp moksleivių beveik nepakito**. Galimybę gauti populiariausio nelegalaus narkotiko – kanapių respondentai įvertino palankiausiai. Teigiamu poslinkiu narkotikų prieinamumo vertinime galima laikyti tai, kad padaugėjo respondentų, manančių, kad gauti kanapių jiems būtų neįmanoma. Legalių narkotinių medžiagų (raminamųjų/migdomųjų) prieinamumo vertinimas, nors aukštesnis negu nelegalių, per pastaruosius kelerius metus sumažėjo.

Interneto naudojimo tendencijos:

- Internetas tapo neatsiejama vyresniųjų paauglių gyvenimo dalimi: juo naudojama dažnai (darbo dienomis dažniau), ilgai (savaitgaliais ilgiau) ir įvairiais tikslais, tačiau rizikingai ilgas (daugiau negu 6 val. per dieną) ir rizikingos paskirties (o būtent – lošimų iš pinigų) interneto naudojimas labiau būdingas vaikiniams, nei merginoms;
- Internetas tapo itin reikšminga bendravimo priemone – didžioji dauguma vyresniųjų paauglių (92,8 proc.) tipišką dieną bendrauja su draugais socialinėse medijose (pvz., „WhatsApp“, „Twitter“, „Facebook“, „Skype“, „Blogs“, „Snapchat“, „Instagram“, „Kik“ ir kt.); tačiau pažymėtinas perteklinis laiko skyrimas tokiai veiklai internete ir tai suvokia beveik kas antras paauglys (50,2 proc.);
- Internetas sudaro prielaidas plėtoti lošimo iš pinigų įprotį: per metus bent kartą pabando lošti iš pinigų kas penktas tiriamojo amžiaus paauglys, per mėnesį - kas dešimtas, o 6,4 proc. paauglių priskirtini rizikos grupei, nes jie lošia internete iš pinigų ne rečiau kaip 2-3 kartus per savaitę;

Esminiai ESPAD15 rezultatai

- **Rūkymas ir alkoholio vartojimas mažėja.**
 - **Alkoholio vartojimo rodiklis žemiausias nuo 1995 m.** Mažiau nesaikingo gėrimo atvejų, santykinai vėliau išgeriamas pirmasis alkoholis, rečiau vartojami stiprieji alkoholiniai gėrimai.
 - **Rūkymas mažėja, nors tabako prieinamumas išlieka didelis. Lyginant su 2011 metais bent kartą gyvenime rūkusių cigaretes vaikinių ir merginų sumažėjo po 10 %.**
-

- Daugelį metų trukusi narkotikų **vartojimo didėjimo tendencija pakito stabilizacijos ir mažėjimo linkme.**

Išvados

- Alkoholio vartojimas išlieka didele vyresniųjų paauglių problema; tačiau situacija yra geriausia nuo ESPAD tyrimų pradžios 1995 metais: daugiau abstincentų, mažiau gėrusiųjų per paskutinius 12 mėnesių ir 30 dienų iki apklausos, mažiau nesaikingo gėrimo atvejų ir jie prasidėjo vėliau, santykinai vėliau išgeriamas pirmasis alkoholis, rečiau vartojami stiprieji alkoholiniai gėrimai;
- Rizikingas alkoholio vartojimas yra labiau būdingas vaikinams, nei merginoms: vaikinai pradeda alkoholį vartoti anksčiau, vartoja jį dažniau, didesnėmis dozėmis, dažniau ir anksčiau nesaikingai - tačiau daugeliu požiūriu situacija yra geresnė, lyginant su ankstesniais ESPAD tyrimais;
- Vartodami alkoholį vaikinai nuo 2007 metų ESPAD tyrimo pirmenybę teikia alui; vartodamos alkoholį merginos nuo 2011 metų ESPAD tyrimo pirmenybę teikia vynui, kuris išstūmė 2007 metais populiariausią gėrimą - sidrą;
- Alkoholis paaugliams yra pakankamai lengvai prieinamas, tačiau, lyginant su 2013, 2007, 2011 metų ESPAD duomenimis, situacija yra geresnė; merginos dažniau perka ir geria vyną, sidrą ir alkoholinius kokteilus, o vaikinai – alų ir stipriuosius alkoholinius gėrimus;
- Energetinių gėrimų (pvz., „Red Bull“, „Monster energy“, „Battery“, „Burn“ ir pan., bet ne vadinamųjų „sportinių gėrimų“) vartojimas vyresniųjų paauglių tarpe (labiau vaikinų, nei merginų) yra labai paplitęs – bent kartą gyvenime jų yra vartoję 86,2 proc. respondentų (1,3 proc. respondentų 40 ir daugiau kartų per mėnesį), o kartu su alkoholiu – beveik kas trečias respondentas (0,7 proc. respondentų 40 ir daugiau kartų per mėnesį);
- Tabako vartojimo paplitimas tarp 15 metų amžiaus moksleivių 2011-2015 metų laikotarpiu sumažėjo tiek pagal nereguliarių bandymų rūkyti, tiek pagal dažno ar pastovaus rūkymo rodiklius. Bent kartą gyvenime rūkė cigaretės 2015 m. nurodė 65 % 15-16 metų amžiaus moksleivių. Kaip ir anksčiau, daugiau tabaką rūkė vaikinai, o tabako vartojimo skirtumas tarp vaikinų ir merginų išlieka nepakitęs.
- Esama ir nedidelių teigiamų rūkymo pradžios amžiaus poslinkių: sumažėjo pačių jauniausių, iki 11 m. amžiaus pirmą kartą pabandžusių rūkyti mokinių. Bet ankstyvoje vaikystėje pabandančių rūkyti paauglių skaičius vis dėlto išlieka gana didelis.
- Atkreiptinas dėmesys į gana aukštą ir beveik nekintantį tabako gaminių prieinamumą penkiolikamečiams (moksleivių vertinimu). 2015 metais 64% visų moksleivių teigė, kad panorėję jie gana lengvai arba labai lengvai galėtų įsigyti cigarečių; tarp bent kartą per gyvenimą bandžusių rūkyti moksleivių taip mano net 76%. Teigiama tendencija prieinamumo vertinimuose - sumažėjęs manančių, kad cigarečių įsigyti labai lengva mokinių skaičius.
- Neigiamai vertintinas šiek tiek sumažėjęs rūkymo rizikos suvokimas. Labiausiai sumažėjo reguliaraus rūkymo (surūkančių vieną ar du pakelius per dieną žmonių rizikos pakenkti sau) rizikos vertinimas.
- Tarp moksleivių gana populiarus eksperimentavimas su alternatyviomis tabako vartojimo formomis. Labiausiai paplitęs *elektroninių cigarečių* vartojimas. Bent kartą gyvenime yra bandę rūkyti elektronines cigaretes beveik pusė moksleivių, dešimtadalis nurodė rūkė e-cigaretes kasdieną. Mažiausiai paplitęs *uostomojo/kramtomojo tabako* vartojimas, kiek labiau - *vandens pypkė*.
- Pirmą kartą po daugelio metų nelegalių narkotikų vartojimo didėjimo tendenciją keičia jų vartojimo stabilizacijos ir mažėjimo tendencija. 2015 metais bent 1-2 kartus per savo

gyvenimą buvo bandę kokių nors nelegalių narkotikų 19,2% penkiolikamečių moksleivių. Nelegalių narkotikų vartojimas mažėja, mažėjant vaikinų vartojimui, merginų liekiant stabiliau arba nežymiai didėjant.

- Tarp bent kartą per gyvenimą vartojusių nelegalius narkotikus moksleivių didžiausia dalis vartojo kanapes. Kanapių vartojimo paplitimas taip pat sumažėjo ir 2015 metais jas buvobandę vartoti 17,7%. Bet sumažėjo tik vaikinų vartojimas, tuo tarpu kai merginų vartojimas per pastaruosius ketverius metus pagal visus rodiklius šiek tiek padidėjo. Daugumos kitų nelegalių narkotikų paplitimas taip pat stabilizavosi ir/arba nedideliu laipsniu pakito mažėjimo linkme.
- Stabilizuojantis arba mažėjant įprastinių nelegalių narkotikų paplitimui, palyginus nemaža dalis moksleivių nurodė bandę vartoti naujas psichoaktyvias medžiagas. Bandę vartoti tokių medžiagų nurodė 5,4 % visų moksleivių, dar 7,7 % mokinių nurodė, kad nėra tikri/ nežino, ar yra vartoję būtent tokių medžiagų. Jų nevartoję nurodė 87 % moksleivių.
- Sumažėjo legalių narkotinių medžiagų - gydytojo nepaskirtų raminamųjų ir migdomųjų vaistų vartojimo paplitimas tarp paauglių, nuo 1999 buvęs vienas aukščiausių Europoje. Sumažėjo, nors mažesniu laipsniu, ir raminamųjų ir migdomųjų vaistų vartojimas gydytojui paskyrus. Raminamuosius/ migdomuosius vaistus tebevartoja žymiai daugiau merginų negu vaikinų.
- Kito legalaus narkotiko - inhaliantų vartojimo paplitimas toliau šiek tiek didėjo, didėjant vaikinų vartojimui, o merginų liekiant stabiliau; 2015 metais inhaliantus bent kartą gyvenime nurodė vartoję 8% moksleivių, tarp vaikinų ir merginų jie paplitę vienodai. Inhaliantai labiausiai paplitę tarp kaimų ir miestelių, iš dalies ir mažesnių miestų moksleivių.
- Beveik nepakito pirmųjų bandymų vartoti nelegalius ir legalių narkotikus pradžios amžius ir nelegalių narkotikų prieinamumo vertinimas tarp moksleivių. Palankiausiai moksleiviai vertina galimybę gauti populiariausio nelegalaus narkotiko – kanapių. Esama ir dalinių teigiamų tendencijų - padaugėjo moksleivių, manančių kad gauti kanapių jiems būtų neįmanoma. Sumažėjo ir legalių narkotinių medžiagų (raminamųjų/migdomųjų) prieinamumo vertinimas.
- Neigiama tendencija laikytinas nelegalių narkotinių medžiagų vartojimo rizikos vertinimo mažėjimas. Ypač sumažėjo kanapių vartojimo rizikos vertinimas, kiek mažiau - ekstazi ir amfetaminų/metamfetaminų vartojimo rizikos vertinimas.
- Internetas tapo neatsiejama vyresniųjų paauglių gyvenimo dalimi: juo naudojama dažnai (darbo dienomis dažniau), ilgai (savaitgaliais ilgiau) ir įvairiais tikslais, tačiau rizikingai ilgas (daugiau negu 6 val. per dieną) ir rizikingos paskirties (o būtent – lošimų iš pinigų) interneto naudojimas labiau būdingas vaikinams, nei merginoms;
- Internetas tapo itin reikšminga bendravimo priemone – didžioji dauguma vyresniųjų paauglių (92,8 proc.) tipišką dieną bendrauja su draugais socialinėse medijose (pvz., „WhatsApp“, „Twitter“, „Facebook“, „Skype“, „Blogs“, „Snapchat“, „Instagram“, „Kik“ ir kt.); tačiau pažymėtinas perteklinis laiko skyrimas tokiai veiklai internete ir tai suvokia beveik kas antras paauglys (50,2 proc.);
- Internetas sudaro prielaidas plėtoti lošimo iš pinigų įprotį: per metus bent kartą pabando lošti iš pinigų kas penktas tiriamojo amžiaus paauglys, per mėnesį - kas dešimtas, o 6,4 proc. paauglių priskirtini rizikos grupei, nes jie lošia internete iš pinigų ne rečiau kaip 2-3 kartus per savaitę;
- Žaidimai yra viena dažniausių veiklų internete - tipišką dieną šia veikla užsiima trys ketvirtadaliai vyresniųjų paauglių, tačiau kas ketvirtas paauglys tai daro rizikingai ilgai: 4 ir daugiau valandų.

Baigiamosios pastabos

Apibendrinant 2015 metų ESPAD tyrimo duomenyse atsispindinčias visų psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo tendencijas, kaip bendrą tendenciją galima įvardinti daugumos psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo paplitimo mažėjimą. Sumažėjo tabako, alkoholio, daugumos nelegalių ir legalių narkotikų vartojimo paplitimas ir dažnumas. Bet atsiranda naujos rizikos – eksperimentuojama su naujomis psichoaktyviomis medžiagomis – elektroninėmis cigaretėmis, naujomis narkotinėmis medžiagomis, taip pat su interneto naudojimu susijusių priklausomybių rizikos.

Mažai pakitęs ir gana jaunas išlieka pirmųjų bandymų vartoti daugumą narkotinių medžiagų – tiek tabaką, tiek alkoholį, tiek nelegalius ir legalius narkotikus pradžios amžius, nors kai kurių medžiagų vartojimo pradžios amžius šiek tiek didėja.

Gana aukštas ir beveik nepakitęs, moksleivių vertinimu, išlieka ir daugumos psichoaktyviųjų medžiagų prieinamumas, nors čia taip pat esama dalinių teigiamų pokyčių.

Dar viena neigiama tendencija, galinti turėti įtakos vartojimui – žemesnis negu anksčiau reguliaraus tabako vartojimo ir narkotikų, ypač kanapių, vartojimo rizikos vertinimas.

Trečioji (III) Komisijos prioritėtinė veiklos kryptis. Diskusijų ir konferencijų narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės, narkomanijos, alkoholizmo ir rūkymo prevencijos klausimais organizavimas.

2016 metais Komisija organizavo šias konferencijas, renginius ir rėmė socialinę akciją:

Diskusiją apie pasyvaus rūkymo prevenciją 2016 m. balandžio 18 d.

Tarptautinės be žinios dingusių vaikų dienos paminėjimą 2016 m. gegužės 25 d.

Spaudos konferenciją 2015 m. birželio 26 d. skirtą Tarptautinei kovos su narkomanija ir narkotikų kontrabanda dienai paminėti.

Spaudos konferenciją 2015 m. rugsėjo 9 d. 9.00 val. skirtą Tarptautinei vaisiaus alkoholinio sindromo dienai paminėti.

Konferenciją „Psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencija ugdymo institucijose“ 2016 m. rugsėjo 30 d.

Rėmė socialinę akciją „Protas, grožis, sveikata - mūsų ateities pradžia“ 2016 m. vasario 25 d. – 2016 m. spalio 7 d.

2016 m. balandžio 18 d. surengtos diskusijos apie pasyvaus rūkymo prevenciją tikslas buvo aptarti vaikų apsaugos nuo pasyvaus rūkymo galimybes.

Kalbėta apie apsaugos nuo pasyvaus rūkymo reglamentavimą, pasyvaus rūkymo poveikį vaikų sveikatai ir galimybes gerinti vaikų sveikatos apsaugą, išplečiant pasyvaus rūkymo kontrolės galimybes.

Diskusijoje dalyvavo Narkotikų kontrolės departamento, Lietuvos sveikatos medicinos universiteto, Vaiko teisių apsaugos tarybos, Policijos departamento prie Vidaus reikalų ministerijos, savivaldybių Visuomenės sveikatos biurų, Lietuvos tėvų forumo, Lietuvos moksleivių sąjungos atstovai.

Diskusijoje aptarti klausimai: Pasyvaus rūkymo poveikis vaikų sveikatai ir pasyvaus rūkymo paplitimas Lietuvoje; apsaugos nuo pasyvaus rūkymo dabartinis teisinis reglamentavimas Lietuvoje; pasyvaus rūkymo prevencijos, kaip vaiko teisės į sveiką ir saugią aplinką aspektas ir ją reglamentuojantys teisės aktai; galimas teisinės atsakomybės taikymas tėvams už vaikų pasyvaus rūkymą pagal dabar galiojančius teisės aktus; pasyvaus rūkymo prevencija, kaip visuomenės sveikatos priemonė; visuomeninių organizacijų vaidmuo gerinant vaikų apsaugą nuo pasyvaus rūkymo.

Tarptautinės be žinios dingusių vaikų dienos paminėjimas 2016 m. gegužės 25 d. ir 2016 m. rugsėjo 22 d. 10 val. skulptūros „Mama...!“, dingusiems be žinios vaikams atminti, atidengimo ceremonija

Lietuvoje kasmet iš bendro dingusių be žinios žmonių skaičiaus daugiau kaip 60 procentų sudaro vaikai. Apie 90 procentų dingusių vaikų yra pabėgę iš namų, pagrobti, įtraukti į prekybos žmonėmis ir priverstinės prostitucijos tinklą. Kiekvienas turi žinoti, kad vaikų dingimas yra realus. Tai valstybinio masto problema. Nuo šios nelaimės nėra apdrausta nė viena šeima. Skulptūroje įamžintu sustingusio vaiko šauksmu „Mama!...“ norima priminti bejėgių vaikų norą atkreipti dėmesį į save – jų yra, padėkite jiems, išgirskite, išklausykite juos ir nepalikite vienu, padėkite jiems rasti kelią namo, į savo šeimą.

Iniciatoriai: Dingusių žmonių šeimų paramos centras, Lietuvos Respublikos Seimo narė, Seimo Narkomanijos ir alkoholizmo prevencijos komisijos pirmininkė Larisa Dmitrijeva

Skulptorius – Romas Kvintas

Skulptūrėlė dingusiems be žinios vaikams atminti pastatyta be žinios dingusio berniuko mamos Natalijos Kurčinskajos lėšomis.

Rėmėjai – Vilniaus miesto savivaldybė, rašytoja Laima Vincė.

Informacinį leidinį rėmė Lietuvos Respublikos Seimo Narkomanijos ir alkoholizmo prevencijos komisija.

Sveikinimo žodį tarė Komisijos pirmininkė Larisa Dmitrijeva. Skulptūra atidengta šalia Lietuvos vaikų ir jaunimo centro, esančio Konstitucijos pr., 25, Vilniuje.

Konferencija „Psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencija ugdymo institucijose“

Kasmetinę tradicinę (devintą kartą) minėta tema konferenciją rengė Narkomanijos ir alkoholizmo prevencijos komisija, Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministerija ir Specialiosios pedagogikos ir psichologijos centras.

Konferencijos tikslas – supažindinti bendrojo ugdymo mokyklų vadovus, savivaldybių administracijų švietimo padalinių darbuotojus, vaiko gerovės komisijų narius, visuomene su tendencijomis, naujienomis aktualiais psichiką veikiančių medžiagų vartojimo prevencijos klausimais.

Konferencijoje buvo aptarti kovos su alkoholio, tabako ir kitų narkotinių medžiagų daromos žalos vaikams ir jaunimui mažinimo klausimai, dalinamasi gerąja patirtimi ir siūlomos priemonės, kurių būtina imtis mokyklos vadovams, savivaldybių administracijoms ir valstybės institucijoms vaiko gerovei užtikrinti.

Konferencijoje dalyvavo bendrojo ugdymo mokyklų vadovai, mokytojai, dalinosi patirtimi mokslininkai, Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamento, Sveikatos apsaugos, Švietimo ir mokslo, Kriminalinės policijos biuro ir kitų institucijų atstovai bei visuomeninių organizacijų atstovai.

Socialinė akcija „Protas, grožis, sveikata - mūsų ateities pradžia“

Komisija rėmė socialinę akciją, kurią organizavo Vilniaus atviro jaunimo centras „MES PATYS“ ir, kurios antras etapas vyko nuo vasario mėn.

Akcija siekiama berniukų užimtumo ir suinteresuotumo gyventi be rūkymo, alkoholio ir psichotropinių medžiagų vartojimo. Suteikti galimybes aktyviai ir prasmingai leisti laisvą laiką, įsitraukiant į kūrybinę bei sportinę veiklą. Raginama vykdyti prevencinę veiklą pasitelkiant sportą, skatinant užimtumą. Kviečiama stiprinti organizacijų – partnerių ir bendruomenės narių bendradarbiavimą priklausomybių prevencijos srityje.

Socialinės akcijos tikslas - atkreipti dėmesį, kokią žalą visuomenei daro rūkymas, alkoholio ir psichotropinių medžiagų vartojimas, bei paskatinti vaikus atsakyti šių žalingų įpročių ne tik savo, bet ir artimiausių žmonių ir būsimų vaikų labui. Didėjantis rūkymo, alkoholio, narkotinių medžiagų vartojimo paplitimas – viena iš didžiausių visuomenės sveikatos ir socialinių problemų. Akcijoje

(pirmajame etape) dalyvavo Vilniaus atviro jaunimo centro „MES PATYS” (toliau VAJC) vaikinai nuo 14 iki 16 m. VAJC lankytojos, Grigiškių gyventojai, kurie neturi žalingų įpročių ir atsakingai galvoja apie savo sveikatą ir ateitį.

Dauguma akcijos dalyvių - vaikinai iš socialiai remtinų, nepilnų šeimų, kuriuos susidūria su materialinėmis problemomis, skolomis ir nedarbu jų šeimose. Todėl, neretai vienas iš tėvų yra priverstas emigruoti į kitą šalį. Šeimų problemos dažnai atsiskleidžia vaikinių psichologiniame lygmenyje: jie uždari, emocionalūs. Tačiau, vaikinai galvoja apie ateitį, rūpinasi savimi, savo sveikata ir, kas svarbiausia, nerūko ir nepiktinaudžiauja alkoholiu.

Akcija – puiki galimybė apdovanoti vaikus už jų stiprybę, geranoriškumą, tikėjimą savimi, šeima ir savo ateitimi.

Tai akcijos tęsinys – antras etapas, kurio pirmo etapo dalyviais buvo panašaus amžiaus merginos.

2016 m. rugsėjo 9 d. 9 val. spaudos konferencija skirta Tarptautinei vaisiaus alkoholinio sindromo dienai paminėti

Šių metų rugsėjo 9 d. 9.00 val. Lietuvos Respublikos Seimo spaudos konferencijų salėje vyko kasmetinė Narkomanijos ir alkoholizmo prevencijos komisijos (toliau – Komisijos) pirmininkės Larisos Dmitrijevovos spaudos konferencija, skirta tarptautinei vaisiaus alkoholinio sindromo dienai paminėti, siekiant atkreipti visuomenės dėmesį į alkoholio vartojimo neštumo metu keliamus pavojus. Spaudos konferencijoje dalyvavo Lietuvos medicinos studentų asociacijos (LiMSA) nariai.

Nuo š. m. lapkričio mėn. įsigalios Alkoholio kontrolės įstatymo pakeitimo įstatymas, kuriuo siekiama, kad Lietuvos Respublikoje visi parduodami alkoholiniai gėrimai būtų ženklinti įspėjamaisiais grafiniais ženklais apie alkoholio žalą neščioms moterims. Ženklinant alkoholinius gėrimus, nurodytas grafinis ženklas įspėtų neščias moteris, kad alkoholinių gėrimų vartojimas neštumo metu, net mažais kiekiais, gali turėti rimtų pasekmių kūdikio sveikatai.

Lietuvos Respublikos alkoholio kontrolės įstatymo Nr. I-587 9 straipsnio pakeitimo įstatymo projektas Nr. XIIP- 2062(2) buvo notifikutas. Europos Komisijai notifikavus pagal 1998 m. birželio 22 d. Europos Parlamento ir tarybos direktyvą 98/34/EB, 2015 m. liepos 10 d. buvo gautas Europos Komisijos pranešimas, kuriame nurodytą minėtą įstatymo projektą taip pat reikia notifikuoti ir pagal 2011 m. spalio 25 d. Europos Parlamento ir Tarybos reglamentą (ES) Nr. 1169/2011 dėl informacijos apie maisto teikimo vartotojams.

Lietuvos Respublikos alkoholio kontrolės įstatymo Nr. I-587 9 straipsnio pakeitimo įstatymo projektas Nr. XIIP- 2062(2) abiemis atvejais buvo notifikutas ir pagal Europos Komisijos nurodytą Europos Parlamento ir Tarybos reglamentą (ES) Nr. 1169/2011.

Komisija dar 2014 metais atkreipė įvairių valstybinių institucijų, visuomenės dėmesį ir pažymėjo savo metinėje ataskaitoje, kad vaisiaus alkoholinis sindromas (VAS) – sunkiausias alkoholio nulemtas vaisiaus raidos sutrikimas, todėl labai svarbu, kad alkoholis nebūtų vartojamas neštumo metu, o alkoholinių gėrimų gamintojai tinkamai informuotų vartotojus apie gaminamų produktų keliamą pavojų sveikatai.

Lietuvoje nuo 2005 metų kasmet didėja gimusių vaikų, kuriems užregistruotas VAS, skaičius. Privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos SVEIDRA duomenimis, 2011 metais naujagimių su vaisiaus alkoholiniu sindromu (Q86.0), skaičius 7. Asmenų, kuriems 2012 metais asmens sveikatos priežiūroje užregistruotas vaisiaus alkoholinis sindromas (Q86.0), (tik stacionaro atvejais) iš viso buvo 40, kūdikių iki 1 metų – 6.

Komisija, už įvairias politines iniciatyvas, prevencinį darbą, aktyvią veiklą, organizuojant įvairius renginius, apdovanojo padėkos raštais valstybės įstaigų, policijos, visuomeninių organizacijų atstovus, moksleivius.

Komisijos padėka pareikšta:

Dingusių žmonių šeimų paramos centro direktorei Natalijai Kurčinskajai už pasiaukojantį, aktyvų darbą, siekiant Vilniuje atidengti skulptūrą „Mama“.

Vilniaus atviro jaunimo centro „Mes patys“ vadovei Tatjanai Černiavskienei už prasmingą darbą (II etape) socialinėje akcijoje „Protas, grožis, sveikata - mūsų ateities pradžia“, ugdant pilietinį Lietuvos jaunimą ir puoselėjant dvasines vertybes;

Vilniaus Respublikinės universitetinės ligoninės Toksikologijos centro vadovui Robertui Badarui už nuolatinį bendradarbiavimą 2012-2016 metais, pagalbą ir patarimus, kurie padėjo įgyvendinti Komisijos tikslą – užtikrinti valstybės interesus, sudarant palankias sąlygas įgyvendinti valstybės narkomanijos ir alkoholizmo bei rūkymo prevencijos, narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės politiką;

Skulptoriui Romualdui Kvintui, už atliktą prasmingą darbą – skulptūros „Mama“ sukūrimą;

Asociacijos „Laisvas žmogus“ prezidentei Tatjanai Ščiurinai už pagalbą priklausomybės ligomis sergantiems asmenims;

Policijos generaliniam komisaro pavaduotojui Edvardui Šileriui už nuolatinį bendradarbiavimą 2012-2016 metais, pagalbą ir patarimus, įgyvendinant Komisijos tikslą - užtikrinti valstybės interesus, sudarant palankias sąlygas įgyvendinti valstybės narkomanijos ir alkoholizmo bei rūkymo prevencijos, narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės politiką;

Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministerijos Neformalaus švietimo skyriaus vyriausiajam specialistui Algimantui Šimaičiui už bendradarbiavimą narkomanijos ir alkoholizmo prevencijos srityje;

Kalėjimų departamento prie Lietuvos Respublikos teisingumo ministerijos direktorei Živilei Mikėnaitei už prasmingą darbą, ugdant nuteistųjų socialinius įgūdžius rehabilitacijos metu.

Ataskaitą teikia

Lietuvos Respublikos Seimo
Narkomanijos ir alkoholizmo prevencijos
komisijos pirmininkė

Larisa Dmitrijeva