



LIETUVOS PSICHIATRŲ ASOCIACIJOS specializuotas informacinis leidinys gydytojams

2003 m. kovas-balandis, Nr. 2 (22)



# Psichiatrijos žinios



# Turinys

**Redaktorė Nijolė Goštautaitė**

2003 m. lepinga sveikatos apsaugos sistemą permainomis – naujas ministras ir Savižudybių prevencijos programa, naujos taisyklės, kaip pasinaudoti farmacijos kompanijų teikiama parama, naujos vaistų reklamos taisyklės, nebeliks prestižinių mokslo leidinių sąrašo. Naujas žurnalo numeris šįsyk gana operatyviai atspindi šias naujoves, teikia galimybę susipažinti, svarstyti, o gal... kai kuriems iš mūsų netgi veikti šių naujovių įgyvendinimą.

Naujovės neaplenkė ir „Psichiatrijos žinių“. Žurnalo redakcija sulaukė pastiprinimo – nauji nariai išplės mūsų galimybes geriau informuoti skaitytojus. Šiame žurnalo numeryje gausu informacijos: apie įvykusias ir būsimas konferencijas, apie pavasariop suaktyvėjusią LPA valdybos veiklą. Paskutiniame Lietuvos psichiatrų asociacijos valdybos posėdyje numatyta ateinančio asociacijos suvažiavimo data. Tai bus reikšmingas renginys, kuriame reikės patvirtinti naujus įstatymus atitinkančius įstatus, apsvarstyti ir nuspręsti, kaip veiks filialai, ir pagaliau apsispręsti, kokia bus pati organizacija. Laiko iki suvažiavimo lyg ir nemaža, tačiau ruošiantis jam reikės nuveikti daug svarbių darbų. Lietuvos psichiatrų asociacijos valdyba ir žurnalo redakcija laukia psichiatrų siūlymų, kaip geriau pasirengti šiam renginiui.

Lietuvos sveikatos apsaugos ministerija patvirtino naujas „Komerčių institucijų paramos sveikatos priežiūros specialistų profesinės kvalifikacijos tobulinimui taisyklės“ ir iš karto sulaukė vertinimo, kurį rasite informacijos skyrelyje. Kaip į šį gydytojų bendruomenės pareiškimą reaguos psichiatrai?

Pasikeitė ir receptinių vaistų reklamos žiniasklaidoje taisyklės. Dabar bus sunkiau prisidengiant informacijos teikimu brukti vaistus gyventojams. Neretai gydytojas atsiduria keblioje padėtyje, kai pacientas reikalauja nebe gydyti ligą, bet išrašyti konkretų, žiniasklaidoje reklamuotą vaistą. Tiesa, kažin ar vien draudimais šią problemą išspręsimė, juk draudžiamos skelbti informacijos gausu laisvai prieinamo interneto tinklalapiuose anglų kalba. Nemaža sumaištis kilo ir paskelbus, kad bus draudžiama reklamuoti psichotropinius vaistus. Psichotropiniu poveikiu pasižymi toli gražu ne vien psichiatrijos praktikoje taikomi vaistai, bet ir preparatai, skirti gydyti alergiją ar širdies ligas. Tačiau apribojimai bus taikomi medikamentams, įtrauktiems į narkotikų ir psichotropinių vaistų sąrašą. Šiame sąrašo į akis pirmiausiai krinta benzodiazepinų grupės preparatai, pagal tarptautines taisykles prilyginami narkotikams. Teisės universiteto mokslininkų atliktas narkotinių ir psichotropinių medžiagų tyrimų dinamikos 1992–2001 m. tyrimas parodė, kad benzodiazepinų grupės junginiai yra antroje vietoje po opiatų pagal biologiniuose mėginiuose randamų psichotropinių medžiagų dažnumą. Šių junginių buvimas tokiuose mėginiuose nuolat didėja ir 1997 m. sudarė net 25,5 proc. rastų medžiagų. Klinikinės praktikos rubrikoje kaip tik ir rasite straipsnelį apie retai minimą, bet sutinkamą problemą, – jatrogeninę priklausomybę nuo benzodiazepinų.

*Sveikiname skaitytojus su  
Velykomis ir linkime  
Lietuvos psichiatrų  
asociacijai ne tik išverti  
sistemos naujoves,  
permainingus orus, įstatų  
pokyčius, bet permainų  
padedamiems dar labiau  
sustiprėti. Puikaus Jums  
pavasario!*

**Redakcijos žodis 3**

**Programos ir projektai 5-6**

- Vaikų krizių tarnyba
- Informacija apie Klaipėdos mobilios krizių įveikimo komandos darbą

**Aktualijos 7-12**

- Kiek kainuoja nemokamas gydymas
- Pacientų teisių įgyvendinimo praktika Lietuvos sveikatos priežiūros sistemoje
- Savižudybių aktualijos Lietuvoje
- Psichiatrijos reforma Lenkijoje
- Komerčių institucijų parama sveikatos priežiūros specialistų profesinės kvalifikacijos tobulinimui

**Klinikinė praktika 13-16, 26**

- Somatoforminės vegetacinės disfunkcijos klinikinis atvejis
- Socialinė rehabilitacija bendruomenėje asmenims, gydomiems metadonu
- Priklausomybė nuo benzodiazepinų

**Informacija 17-21**

- Konferencijos

**LPA informacija 22-25**

- LPA valdybos posėdžio protokolas
- Žurnalistų ir leidėjų etikos komisijos sprendimas
- Asociacijos mokesčių surinkimo reglamentas
- Dėl kovos su narkomanija stiprinimo savivaldos bendruomenių lygyje

Lietuvos Psichiatrių Asociacija ir žurnalo "Psichiatrijos žinios" redakcija sveikina naują sveikatos apsaugos ministrą.



**S**veikatos apsaugos sistemos reformavimas - nesustojantis procesas. Net senas demokratijos tradicijas turinčiose tokiose šalyse, kaip Prancūzija ir Didžioji Britanija, medicinos paslaugos yra nuolatinis vyriausybės dėmesio objektas. Per dvyliką Lietuvos nepriklausomybės metų mūsų šalies sveikatos apsaugos sistemoje įvyko daug pasikeitimų: įkurta bendrosios praktikos gydytojo institucija, pasikeitė gydytojų ir viduriniojo medicinos personalo rengimo sistema, intensyviai plėtojama privati medicinos praktika, restruktūrizuojamas sveikatos priežiūros įstaigų tinklas, koreguojama vaistų politika. Sveikatos apsaugos ministerijos tikslas - sveikatos apsaugos sistemą racionalizuoti taip, kad paslaugos būtų prieinamos kiekvienam žmogui, skirti reikiamą dėmesį sveikatingumo programoms, siekti, kad medikų darbas būtų vertinamas, pigtų vaistai. Ypatingą dėmesį būtina skirti vaikų sveikatai. Vaikų sveikatos priežiūrai ir profilaktikai valstybė turėtų rasti daugiau lėšų. Tai turėtų tapti vienu iš valstybės prioritetų.

*Sveikatos apsaugos ministras*  
**Juozas OLEKAS**

Lietuvos sveikatos apsaugos ministerijos svetainė: <http://www.sam.lt>  
Pastabas ar pasiūlymus siųskite elektroniniu paštu adresu: [info@sam.lt](mailto:info@sam.lt)

## Psichiatrijos žinios

Lietuvos psichiatrių asociacijos specializuotas informacinis leidinys gydytojams

**Vyr. redaktorė**  
Nijolė Goštautaitė Midttun

**Redakcinė kolegija**  
prof. habil. dr. Algirdas Dembinskas  
doc. Emilis Subata  
doc. Eugenijus Laurinaitis  
doc. Dainius Pūras  
dr. Gintautas Daubaras  
gyd. Valdonė Matonienė  
gyd. Onutė Davidonienė  
gyd. Alvydas Navickas  
gyd. Danguolė Survilaitė  
gyd. Eugenijus Mikaliūnas  
gyd. Stefa Naujokienė

**Kalbos redaktorės**  
Regina Dobelienė  
Lina Dobelytė

**Dizaineris-maketuotojas**  
Donaldas Andziulis

**Leidėjai**  
Lietuvos psichiatrių asociacija  
VšĮ "Psichikos sveikatos iniciatyva"

**Spaudai parengė**  
UAB "Ex Arte"

**Spausdino**

**Redakcijos adresas:**  
Vasaros 5, Vilnius 2001  
[nigomi@hotmail.com](mailto:nigomi@hotmail.com)

Tiražas 1 500 egz.

Šiame leidinyje pateikiama informacija skiriama tik gydytojams.

Redakcijos nuomonė nebūtinai sutampa su straipsnių autorių nuomone.

Leidėjai už reklamos turinį ir kalbą neatsako.

© Nijolė Goštautaitė, 2002  
© Lietuvos psichiatrių asociacija, 2002

Viršelyje panaudotas Laimio Bugenio akvarelės, iš "Klubo 13 ir Ko" kolekcijos, fragmentas. Klubas "13 ir Ko" – tai Respublikinė psichikos sutrikimus patyrusių asmenų ir jų draugų organizacija.

Psichiatrijos žinios  
2003 m. kovas-balandis Nr.2 (22)

# Vaikų krizių tarnyba

**Vaikų krizių tarnybos vedėja**  
med.m. dr. Virgijija Ribakovienė

**Vaikų krizių tarnyba (VKT)** – naujas RUL Vaiko raidos centro padalinys, įkurtas 2002 m. VKT teikia skubią krizinę kompleksinę pagalbą 3–18 m. vaikams, išgyvenantiems krizę, ir jų artimiesiems. Tokios tarnybos idėja gimė gan seniai doc. D. Pūriui ir dr. K. O. Polukordienei, tačiau Socialinių reikalų ir darbo ministerijos, Pasaulio banko grupės ir RUL Vaiko raidos centro direktoriaus L. Slušnio bendrų pastangų dėka ją pavyko įgyvendinti tik dabar.

**Kada galima kreiptis** į Vaikų krizių tarnybą? Kai vaikas ar paauglys patyrė prievartą (fizinę, emocinę, lytinę), kai išgyveno artimo žmogaus netektį, didelį skausmą dėl nelaimingo atsitikimo. Vaikų krizių tarnybos darbuotojai konsultuoja vaikus, kurie bandė žudyti ar galvoja apie savižudybę, kuriems atsirado didelių bendravimo sunkumų.

**Pagalbos gali kreiptis** vaikai, paaugliai, jų tėvai, pedagogai, įvairių sričių specialistai (turintys informacijos apie krizę patyrusius vaikus ir paauglius).

**Kas yra krizinė pagalba?** Tai – neatidėliotina pagalba, kai įtariama, kad vaikas išgyveno įvykį, išeinantį už įprasto patyrimo ribų, ir kad šis įvykis gali pakentti jo psichinei sveikatai, sutrikdyti vaiko raidą ar turėti kitos neigiamos įtakos jo sveikatai, psichologinei gerovei ir socialiniam saugumui, sutrikdyti jo socialinę adaptaciją.

**Krizinė pagalba yra kompleksinė**, susideda iš trijų pagrindinių komponentų: medicininio (psichiatriinio), psichologinio ir socialinio. Vaikų krizių tarnyboje dirbantys vaikų psichiatrai ir psichologai įvertina vaiko psichinę būseną, konsultuoja vaiką ir jo artimuosius. VKT socialinis darbuotojas įvertina šeimos socialinę situaciją, teikia vaikui ir jo šeimai socialinę pagalbą, padeda užmegzti socialius ryšius ir integruotis į bendruomenę.

## Krizinės pagalbos būdai

Neatidėliotina pagalba įvykio vietoje, mobilioji komanda. Tai pagalbos rūšis, kai specialistų komanda (vaikų psichiatras, psichologas, socialinis darbuotojas)

išvyksta į įvykio vietą. Mobilioji komanda įvertina vaiko būklę, suteikia būtinąją krizinę pagalbą ir numato tolimesnės pagalbos būdus.

Ambulatorinė pagalba. Konsultuojami vaikai, kurie išgyveno ar išgyvena krizę ir kuriems jau buvo suteikta būtinoji krizinė pagalba. Ambulatorinė pagalba apima: individualų konsultavimą, išgyvenusios krizės šeimos konsultavimą, grupinę terapiją. Ambulatorinės pagalbos metu užtikrinama ankstyva psichologinė ir socialinė asmens reabilitacija po krizės.

Trumpalaikė stacionari pagalba dar tik numatoma teikti vaikams (3–18m.) prireikus užtikrinti jų saugumą ir suteikti skubią psichiatrinę, psichologinę ir socialinę pagalbą. Numatoma vidutinė buvimo stacionare trukmė bus 7 paros.

Tarpžinybinis bendradarbiavimas – VKT specialistų komanda glaudžiai bendradarbiauja su kitomis institucijomis, įstaigomis ir organizacijomis. Tai svarbu siekiant veiksmingesnės ir greitesnės pagalbos vaikui ir jo šeimai.

Plėčiant tarpžinybinį bendradarbiavimą ir siekiant kuo išsamiau informuoti visuomenę apie Vaikų krizių tarnybos teikiamas paslaugas, skaitytos paskaitos gydymo, švietimo įstaigų, teisėsaugos institucijų ir nevyriausybinių organizacijų darbuotojams. Iš viso per devynis mėnesius skaityta 20 paskaitų kitų institucijų darbuotojams.

Vilniaus m. Socialinės paramos centro Pagalbos šeimai tarnybos ir RUL Vaiko raidos centro Vaikų krizių tarnybos darbuotojų iniciatyva buvo suformuota tarpžinybinio bendradarbiavimo grupė, kurioje aktyviai dalyvauja Vilniaus vaikų teisių apsaugos tarnybos, Vilniaus vyriausiojo policijos komisariato Viešosios policijos skyriaus, Prevencijos poskyrio, Vilniaus psichologinės-pedagoginės tarnybos ir Vilniaus motinos ir vaiko pensiono darbuotojai.

**2002 metais Vaikų krizių tarnyboje** buvo teikiama skubi ambulatorinė pagalba, apimanti individualų krizę išgyvenusio vaiko ir šeimos (globėjų) konsultavimą. Šiais metais į Vaikų krizių tarnybą

kreipėsi 80 vaikų, 50 mergaičių ir 30 berniukų, daugiausia paauglių.

Svarbiausios vaikų ar jų artimųjų kreipimosi priežastys yra šios: bandymai nusižudyti (32), konfliktai šeimoje (6) ir mokykloje (6), staiga atsiradusios vaikų elgesio problemos (7), smurtas prieš vaikus (9).

Per devynis mėnesius Vaikų krizių tarnybos specialistai suteikė 251 konsultaciją (80 pirminių ir 171 pakartotinių). Daugiausia pacientų kreipėsi patys (32), 25 vaikus nukreipė Vilniaus universiteto Vaikų klinikos, 7 – VTAT, kitus – kitos gydymo įstaigos ir teisėsaugos institucijos.

2002 m. mobilioji komanda buvo išvykusi 48 kartus (38 pirminės konsultacijos ir 10 kartotinių konsultacijų). Dažniausiai buvo konsultuojami vaikai, mėginę nusižudyti.

## Finansavimas

Vaikų krizių tarnybos veikla 2002 m. buvo finansuojama Vilniaus miesto savivaldybės.

## Vaikų krizių tarnyba ateityje

1. Numatome ir toliau teikti ambulatorinę pagalbą vaikams ir jų artimiesiems.

2. Teikti stacionarią pagalbą vaikams ir paaugliams, išgyvenusiems krizę. Tikimės, kad VKT stacionaro paslaugos bus finansuojamos iš privalomojo sveikatos draudimo fondo.

3. Ketiname plėtoti tarpžinybinį bendradarbiavimą su kitomis institucijomis.

4. Švietėjiška veikla.

5. Pedagoginė ir mokslinė veikla. Tikimės, kad VKT specialistų patirtis bus panaudota rengiant įvairių sričių specialistus: vaikų psichiatrus, psichologus ir socialinius darbuotojus bei būsimus teisėsaugos darbuotojus.

Visos paslaugos Vaikų krizių tarnyboje teikiamos nemokamai. Mobilioji komanda gali teikti pagalbą Vilniaus miesto vaikams, išgyvenantiems krizę.

Darbo laikas:

I – V nuo 8.30 iki 18 val.,

Vytauto g.15, Vilnius, tel. 275 75 64

Lietuvos telefoninės psichologinės pagalbos tarnybų asociacijai

# Informacija apie Klaipėdos mobilios krizių įveikimo komandos darbą

Gerbiami kolegos,

Vykdam Klaipėdos "Paguodos telefono" programos plėtrą savižudybių prevencijos srityje VšĮ Klaipėdos psichikos sveikatos centras įkūrė Mobilią krizių įveikimo komandą (MKĮK) prie Paguodos telefono programos. MKĮK veikla yra susijusi su greitojo reagavimo gelbėjimo tarnybomis (priešgaisrinės gelbėjimo tarnybos, policijos bei greitosios medicinos pagalbos tarnybos). Pagrindinis siekis yra padėti minėtų tarnybų specialistams, susiduriant su bandymo žudyti viešoje vietoje bei iškilusio realaus pavojaus kito žmogaus gyvybei (įkaitų situacija) atvejais.

**MKĮK veiklos pradžia:** 2003 metų kovo 25 diena.

**MKĮK veiklos vieta:** tik Klaipėdos miestas.

**MKĮK veiklos tikslas:** padėti specialiosioms tarnyboms psichologinių krizių intervencijos ir savižudybių prevencijos atvejais, kuomet ekstremali situacija (bandymas žudyti viešoje vietoje bei iškilęs realus pavojus kito žmogaus gyvybei) tampa neįveikiama greitojo reagavimo tarnyboms.

**MKĮK darbo laikas:** kasdien visą parą.

Atvejai, kuriais kviečiamas MKĮK specialistas: Tik bandymo žudyti viešoje vietoje bei iškilusio realaus pavojaus kito žmogaus gyvybei (įkaitų situacija) atvejais.

Mobilioje krizių įveikimo komandoje dirba specialius apmokymus praėję 15 Klaipėdos Psichikos sveikatos centro specialistų – psichologai ir socialiniai darbuotojai. Į iškvietimus vyks po du specialistus, kuriuos, esant reikalui, iškvies ir transportu aprūpins Policijos, Priešgaisrinės apsaugos ir/ar Greitosios medicininės pagalbos tarnybos. Budinčio MKĮK specialisto mobilaus telefono numeris yra žinomas tik bendradarbiaujančioms greitojo reagavimo gelbėjimo tarnyboms.

Budinčio MKĮK specialisto darbas yra apmokamas iš VšĮ Klaipėdos psichikos sveikatos centro Paguodos telefono programos lėšų.

Gerbiami kolegos, mobilios krizių įveikimo komandos organizacijos modelis yra dar naujas Klaipėdos mieste. Tikimės, jog šiais metais įgysime praktinio bei organizacinio darbo patirties, esame geranoriškai nusiteikę ją pasidalinti su mūsų partneriais - LTPPTA.

Dėkojame Lietuvos telefoninės psichologinės pagalbos tarnybų asociacijai už parengtas rekomendacijas "Dėl Mobilijų krizių įveikimo komandų organizacijos Lietuvos miestuose ir rajonuose", taip pat LTPPTA ekspertams bei pareigūnams už mūsų specialistų konsultacijas, dr. K.O.Polukordienei ir psichologui V. Juršiui už pravestus apmokymus mobilios krizių įveikimo komandos nariams.

Pagarbiai,

vyr. gydytoja Teresė Ramanauskienė

**Informacija kontaktams** (tarnybiniam naudojimui):

MKĮK koordinatore: Ingrida Gonak, tel Nr.:8-614-76831;

el.pašas- ingrida.g@one.lt

2003 04 09 Lietuvos medicinos bibliotekoje tradiciškai (jau 4-tą kartą) bus atidaryta klubo narių ir jų draugų paveikslų paroda "Klubui 13 ir Ko - 10 metų".

Parodoje eksponuojami dešimties autorių darbai, sukurti 2002-2003 metais. Paroda veiks iki gegužės 4 d. kasdien, išskyrus šeštadienius ir sekmadienius, nuo 8 iki 19 val.

2000 m. spalio mėn. Lietuvos medicinos bibliotekoje buvo surengta paroda "Veidai", kurioje buvo eksponuojami portretai ir autoportretai. 2001 m. parodoje "Piešiame - reiškia, gyvename" buvo eksponuojami klubo ir Baltstogės (Lenkija) neįgaliesiems kūrėjams remti draugijos "Nike" darbai, sukurti dailės plenerė Bialoviežoje. Parodos sukėlė didelį visuomenės susidomėjimą, apie jas plačiai buvo rašyta spaudoje ("Lietuvos ryte", "Respublikoje", "Veide" ir kt.).

*Danguolė Survilaitė*



# Kiek kainuoja nemokamas gydymas

Parengė: Liuba Murauskienė, Sveikatos ekonomikos centras  
Gyd. N.Goštautaitė, Vilniaus psichikos sveikatos centras

LR statistikos departamentas kasmet atlieka Lietuvos namų ūkių tyrimus. Šių tyrimų duomenys rodo, kad nuo 1996-2001 m. privačios Lietuvos gyventojų išlaidos sveikatos priežiūrai (jas daugiausiai sudaro išlaidos vaistams) nuolat didėja.

1996-2001 metais namų ūkių išlaidos sveikatos priežiūrai augo sparčiau nei sveikatos priežiūros išlaidos valstybiniame sektoriuje. 2001 m. valstybiniame sektoriuje išlaidos išaugo 54 procentais, o namų ūkių išlaidos – 104 procentais, palyginti su 1996 m. duomenimis (1 pav.). Todėl vis didėja privačių išlaidų sveikatos priežiūrai visose išlaidose dalis: 1996 m. privačios išlaidos sudarė 23 proc. visų SP išlaidų, o 2001 m. jų dalis buvo 28 proc.

Nacionalinės sveikatos sąskaitos duomenys (žr. Nacionalinės sveikatos tarybos metinį pranešimą 2001 m.) rodo dar spartesnę privačių sveikatos priežiūros išlaidų augimą – 1998–2000 m. daugiau

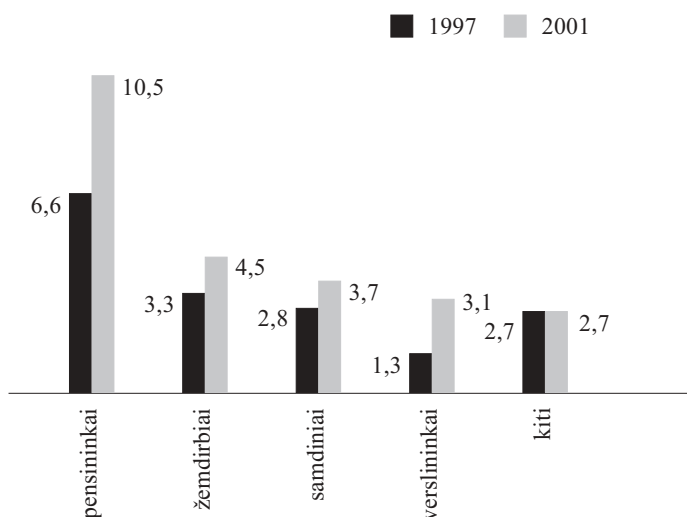
nei du kartus. Pagal šį šaltinį privačių sveikatos priežiūros išlaidų dalis visose sveikatos apsaugos išlaidose 2000 m. sudarė 41 proc. ir pasiekė 1 424 413 tūkst. Lt.

Sveikatos priežiūros išlaidas galima suskirstyti į privačias (tiesiogines) ir į surenkamas mokesčių bei įmokų pavidalu ir valstybės perskirstomas sveikatos priežiūrai. Gyventojų išlaidos sveikatos priežiūrai svarbios ne tik savo apimtimi, bet ir tuo, kokią našta jos sudaro skirtingoms socialinėms grupėms. Pavyzdžiui, tai, kad pagal namų ūkių galvos socialinę-ekonominę padėtį didžiausią savo išlaidų dalį sveikatos priežiūrai išleidžia pensininkai, kuriems skirtos palyginti nemažos nemokamų paslaugų teikimo garantijos (2 pav.).

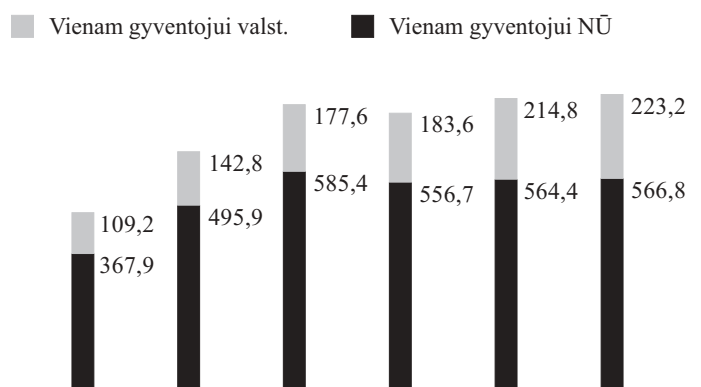
Gyventojų išlaidos, sveikatos priežiūros paslaugų pasiskirstymo netolygumai atsispindi ir Pasaulinės sveikatos organizacijos sveikatos priežiūros sistemų įvertinimo ataskaitoje (šaltinis: The

World Health Report 2000; <http://www.who.int/whr/2001/archives/2000/en/pdf/Annex1-en.pdf>), kurioje Lietuva pagal įvairius sveikatos priežiūros sistemos rodiklius užima nevienodą vietą. Įvertintos 191 šalis. Ataskaitoje atsispindi ir tai, kad Lietuvoje namų ūkiams yra didelė rizika susidurti su didelėmis sveikatos paslaugoms skirtomis išlaidomis, tad pagal sistemos *teisingumo* rodiklį Lietuva atsiduria 131-133 vietoje, o pagal *sistemos efektyvumo rodiklį* (tai skirtumas tarp faktinio ir galimo sveikatos lygio, rodantis, kiek efektyviai naudojamos lėšos sveikatos priežiūrai užtikrinant geresnę gyventojų sveikatą) Lietuva užima 93 vietą. Lietuvos geriausi rodikliai yra: *sveikatos būklės pasiskirstymo netolygumas* (vertinamas pagal vaikų iki 5 m. amžiaus išgyvenimo tikimybę) bei *gebėjimas reaguoti į teismo problemas* (įvertinant, kiek asmenų priklauso labiausiai socialiai pažeidžiamoms grupėms), atitinkamai 48 ir 45-47 vietos.

2 pav. Vidutinės mėnesinės piniginės SP išlaidos pagal NŪ galvos socialinę-ekonominę grupę (vienam NŪ nariui), proc. nuo visų piniginių išlaidų



1 pav. SP išlaidos vienam Lietuvos gyventojui 1996-2001 metais, litais



# Pacientų teisių įgyvendinimo praktika Lietuvos sveikatos priežiūros sistemoje

Parengė N. Goštautaitė

2001 m. pabaigoje Bioetikos draugija ir Pilietinių iniciatyvų centras atliko kokybinių sociologinių tyrimą siekdama išsiaiškinti įvairių visuomenės grupių nuomonę apie pacientų teisių įgyvendinimą Lietuvoje. Tai Atviros Lietuvos fondo remiamo projekto „Pacientų teisės Lietuvoje: situacijos analizė ir visuomenės aktyvinimas“ dalis, atlikta kokybinių tyrimų metodu – organizuojant kryptingas diskusijas grupėse. Šis tyrimas remiasi keturių tokių grupių darbo medžiaga: pacientus vienijančių Lietuvos nevyriausybinę organizacijų nariai, įvairių sveikatos priežiūros įstaigų medikai, jų etikos komisijų nariai ir „žmonės iš gatvės“, atlikę „pacientų“ vaidmenį. Diskusijose buvo aptarta pacientų lankymosi sveikatos priežiūros įstaigose ir bendravimo su gydytojais patirtis, požiūris į medikus, paslaugas, informuotumas apie pacientų teises, aktualiausias problemas ir dažniausiai pasitaikantys pacientų teisių pažeidimai.

Tyrimu siekta įvertinti žmogaus teisių įgyvendinimą sveikatos priežiūros sistemoje, užfiksuoti gydytojų kasdieniame darbe vyraujančius socialinės praktikos modelius, pacientų vaidmenyje atsidūrusių žmonių orientavimąsi sistemoje, vyraujančias gydytojų ir potencialių pacientų požiūrių į pacientų teises tendencijas.

Pagrindinė šio tyrimo išvada – pacientų teisių įgyvendinimas labai priklauso nuo visuomenės pilietiškumo laipsnio. Kitaip tariant, nors ir labai sąlygiškai, pacientų teises galima suskirstyti į dvi kategorijas: teisės, kurios priklauso nuo esamos sistemos ir finansinių išteklių (pvz., teisė į prieinamą sveikatos priežiūrą, žalos atlyginimą), ir teisės, kurias lemia visuomenėje įsigalėjusios nuostatos ir ste-

reotipai. Čia apibendrintai apžvelgiamos kai kurios tyrimo metu atsiskleidusios problemos.

## „Sistemos reforma“

Ne tik medikai, bet ir patys „pacientai“ noriau diskutavo ne apie pacientų teises, bet apie sveikatos sistemos reformą. Tačiau galima teigti, kad reformos tikslai, uždaviniai ir perspektyvos ne visai aiškūs tiek medikams, tiek „pacientams“. Medikai diskusijose piktinosi „lygiais“, „kvotomis“, „siuntimais“, o potencialių pacientų auditorija, nesigilindama į reformos tikslus ir prasmę, skundėsi, kad naikinamos artimos, lengvai pasiekiamos sveikatos priežiūros įstaigos.

**Pagrindinės problemos: lygiai, siuntimai, kvotos.** Anot diskusijų dalyvių, aktualiausias reformos aspektas (medikų ir pacientų požiūriu) – įstaigų suskirstymas lygiais – yra nepalankus pacientams. Pabrėžiama, kad finansavimas orientuojamas į tretinio lygio įstaigas. Pacientai neakcentavo lygių problemos, tačiau pabrėžė privačių ir valstybinių įstaigų bei poliklinikų ir ligoninių skirtumus. Jie teigė, kad ligoninių paslaugos patikimesnės, kokybiškesnės, teikiamos profesionaliau. Taigi patys pacientai veržiasi į ligonines, aplenkdami pirminę grandį.

Kita visiems aktuali problema – kompensuojamų vaistų ir paslaugų kvotos. Sunkumų iškyla lėtinėmis ligomis sergantiems pacientams, kurie žino savo teisę į sanatorinį gydymą, tačiau siuntimų į jas kiekis yra ribotas. Tad nenuostabu, kad medikai skundžiasi atsakomybe ir dilema – išrinkti „labiausiai vertą pacientą“. Diskusijose paaikšėjo, kad pacientų teisė į prieinamą sveikatos priežiūrą kol kas nepakankamai užtikrinama.

## Teisė turėti teisių

Medikų nuomone, tam tikros pacientų teisės (pvz., galimybė pasirinkti sveikatos priežiūros įstaigą arba gydytoją) dažnai apsunkina kasdienį medikų darbą. Pasak jų, kai kurios pacientų teisės veikia riboja, nei didina jų galimybes: arba jomis siekiama tik formaliai prisiiderinti prie Europos standartų, arba jas proteguoja suinteresuotos įtakingos sveikatos apsaugos srityje veikiančios grupės.

### Įstaigos ir specialisto pasirinkimas.

Ir medikai, ir pacientai nurodo, kad teisė pasirinkti gydytoją reali mieste, tačiau praktiškai neįgyvendinama rajonuose. Pageidauta galimybės „prisirašyti“ prie stacionaro gydytojo. Vietovėse, kur tėra viena gydymo įstaiga, pacientai baiminasi, jog savarankiškas gydytojo pakeitimas sukels konfliktą, lems tolesnį gydymą. Pacientai teigia įstaigą renkami pagal gyvenamąją vietą, o gydytoją toje įstaigoje – „iš akies“. Akivaizdu, kad objektyvios informacijos apie medikų kvalifikaciją, patirtį, t.y. tokios informacijos, kuri pacientams padėtų priimti sprendimą vadovaujantis kur kas racionalesniais kriterijais, stinga.

### Teisė į informaciją ir pasirinkimo laisvę.

Aptariant bendravimo klausimus medikai vienbalsiai sutinka, kad dabar pacientai aktyvesni, tenka labiau išsilausyti iš jų norus ir valią. Pasigirdo ir nuogastavimų, jog ne visi pacientai pajėgūs teikiamą informaciją suprasti, įvertinti ir pasirinkti tinkamiausią sprendimą. Taigi, nors medikai pripažįsta partnerystės svarbą, daugumai jų vis dėlto parankesnis globėjiškas santykis su pacientu. Pacientai dažnai taip pat linkę į globą, vengia prisiimti papildomą atsakomybę. Teisė į informaciją buvo susieta su gydyto-

jo galimybe išklausti pacientą. Tačiau teisė į informaciją Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatyme apibrėžiama kaip „teisė gauti informaciją apie savo sveikatos būklę, ligos diagnozę, galimus gydymo metodus etc.“, o ne kaip bendravimas. Gydytojų nuomone, pacientų informavimas nesudaro problemų, o pacientai teigia, kad gydytojai nepakankamai informuoja juos apie ligą ir skiriamą gydymą.

**Konfidencialumas.** Teisė į informacijos apie sveikatą ir paciento konfidencialumą pabrėžė ir medikai, ir pacientai, tačiau pastariesiems jis ypač svarbus. Pacientai minėjo situacijas, kai diagnozė paviešinama žiniasklaidoje, kai įstaigos be tėvų sutikimo informuoja mokyimo įstaigą apie vaiko ligą, kai personalas aptarinėja pacientų būklę koridoriuose, girdint pašaliniais. Patys pacientai dažnai negerbia kitų pacientų privatumo teisės – pvz., įeina į kabinetą ten esant kitam ligoniui.

Medikams ir žiniasklaidos atstovams stinga žinių ir mokėjimo dirbti taip, kad jų darbo metodai nežeistų kitų žmonių teisių ir orumo, medikai nemoka bendrauti su žurnalistais ir ne visada išlaiko konfidencialumą.

### Nuo administravimo iki etikos

**Administravimo spragos.** Ir medikai, ir pacientai vienbalsiai sutaria, kad sveikatos priežiūros įstaigų administravimas yra prastas keletu aspektų: nepaisoma talonėlių sistemos, registratūrų darbuotojai nemandagiai elgiasi, stinga laiko apžiūrėti pacientą kaip dera. Medikai, pripažįsta, kad sveikatos priežiūros įstaigos nesugeba diegti komandinio darbo principų, aiškiai apibrėžti funkcijų. Dauguma pabrėžė ir informacijos stygių – apie sistemos pokyčius, mokamas ir nemo-kamas paslaugas, draudimą. Dėl administravimo spragų ir informacijos stokos daugelis pacientų teigia, kad susirgus tenka mėginti gydytis patiems, ieškoti pažįstamo gydytojo arba kreiptis į privačią gydymo įstaigą.

**Neoficialūs ryšiai su farmacijos kompanijomis.** Minėtas ir medikų bei farmacijos kompanijų “bendradarbiavimas” – jame išvelgiamas manipuliavimas žmogaus patiklumu, siekimas paveikti mediko pasirinkimą. Baiminamasi šališkų gydytojo sprendimų, kai gali

nukentėti paciento teisė į pilnavertę ir visapusišką informaciją apie gydymą.

**Etikos komisijų vaidmuo.** Tyrimo dalyvių nuomone, geriausiai pacientų teises gina organizuotos struktūros – pavyzdžiui, organizacijos, į kurias susiburia tam tikra liga sergantys pacientai. Tuo tarpu etikos komisijų galimybės vertinamos skeptiškai, nes kol kas jų veikla apsiriboja buitinių konfliktų tarp darbuotojų ir pacientų arba personalo tarpusavyje nesusipratimų sprendimu.

Apibendrinant galima teigti, kad šiuo metu veikiantis konfliktų sprendimo ir pacientų atstovavimo įstaigose modelis yra neveiksmingas.

### Pilietinė giminių visuomenė

Sparnuotas Orwelo posakis „visi lygūs, bet kai kurie – lygesni“ šiandien puikiai suprantamas. Sveikatos priežiūros sistemoje siekis tapti lygesniu yra viena iš labiausiai išsisknijusių tradicijų. Tai susiję su nepasitikėjimu bendrosios praktikos gydytojų kvalifikacija (nebūtinai pagrįstu) ir tapusi įpročiu pažinčių ieškojimo tradicija.

**Neteisėtų mokėjimų, arba kyšių, problema.** Diskutuojant apie kyšius problemiška tampa pati kyšio sąvoka. Diskusijoje minėtos „priemokos“, „padėkos“ ar „dovanos“ rodo, kad kyšiu laikomas tik neoficialus atlygis grynaisiais. Kai kurie medikai net skundėsi, kad tos donanos yra beprasmiškos, tačiau ši tradicija labai gajai. Kita vertus, dalis diskusijoje dalyvavusių medikų neneigė, jog „jeigu ligonis po gydymo atneša atsidėkodamas torto, šampano visam skyriui, tai labai malonu“. Visose diskusijų grupėse populiarius papildomų mokėjimų pateisinimas buvo maži medikų atlyginimai. Anot medikų, kyšius dažniausiai duoda vyresnio amžiaus žmonės, ir tai net keletą kartų buvo susieta su pagarba mediko profesijai. Daugelio medikų manymu, priežastys, skatinančios žmones duoti kyšius, yra labiau psichologinės. Pacientai linkę aiškinti šią praktiką informacijos stoka, teisių nežinojimu, nepilietiškumu, linkę deklaratyviai nepriartinti kyšininkavimui, tačiau dauguma juos duoda, nes tada jaučiasi saugiau.

**Pilietiško daigai: pacientų vieni-jimasis į organizacijas.** Pacientai teigė, kad vieniėjimasis į organizacijas yra veiksminga teisių gynimo priemonė, nes

organizacijos sulaukia didesnio medikų dėmesio nei pavieniai pacientai. Buvo minėta, kad žmonės, sergantys ta pačia liga, kartu mokosi gyventi su savo negaliomis, padeda vieni kitiems įveikti psichologines problemas, įgyti atsparumo ar net keisti visuomenėje egzistuojančius stereotipus savo ligų atžvilgiu. Akivaizdu, kad viena svarbiausių pacientų organizacijų funkcijų – atstovauti savo narių interesams ir teisėms. Tikėtina, kad jeigu gausios pacientų organizacijos susivienytų į skėtinę organizaciją, ši realiai galėtų dalyvauti priimant sprendimus. Įstatymai neįtvirtina nuostatos, jog priimant svarbius visuomenei sprendimus būtinas visuomeninių organizacijų dalyvavimas, tačiau to ir nedraudžia.

### Išvados

Apibendrinant diskusijų grupėse išsakytas nuomones galima teigti, kad:

- pacientų teisių sveikatos priežiūroje kol kas neužtikrina nei formalios struktūros, nei visuomenėje įprasta praktika;
- pacientų organizacijos dažnai sparčiau nei gydytojai įsisavina pilietiško principais grindžiamus veiklos modelius;
- medikai ir pacientai nekonstruktyviai kritikuoja sveikatos apsaugos sistemos reformą, vangiai įgyvendina pilietines iniciatyvas;
- medikai ir pacientai nesugeba aiškiai apibrėžti teisėtų interesų ir kompetencijų, jiems trūksta informacijos bei įgūdžių apginti pacientų teises konkrečiose situacijose;
- sveikatos priežiūros sistemoje plačiai paplitę „legalizuoti“ nepilietiniai elgesio elementai – pažinčių ieškojimas ir kyšiai;
- gydytojai linkę pabrėžti pacientų pareigas bei medikus ginančių įstatymų svarbą. Skatindami pacientus ginti savo teises, medikai vis dėlto siekia savo pačių saugumo, teigia, kad pacientų teises turėtų atsverti griežtai reglamentuotos pacientų pareigos ir medikus ginantys įstatymai.

Parengta pagal Atviros Lietuvos Fondo puslapyje pateiktą tyrimo medžiagą <http://www.osf.lt>

# Savižudybių aktualijos Lietuvoje

Jurgita Sajevičienė  
RUL Vaiko raidos centro atstovė spaudai

2003 m. balandžio 2 d. Lietuvos Respublikos Seime įvyko nacionalinė konferencija „Savižudybių aktualijos Lietuvoje“. Susirinkusius pasveikino LRS Sveikatos reikalų komiteto atstovas ir LR sveikatos ministras J. Oleka. Pirmoje konferencijos dalyje pranešimus skaitė PSO Europos regiono patarėjas psichikos sveikatai prof. W. Rutz, LR švietimo ir mokslo ministras A. Monkevičius, KAM kariuomenės vyr. gydytojas G. Berkevičius, prof. habil.dr. A. Dembinskas, Lietuvos suicidologų asociacijos prezidentas A. Navickas ir Valstybinio psichikos sveikatos centro direktorė O. Davidonienė. Antroji konferencijos dalis buvo skirta praktiniams pranešimams, susijusiems su savižudybės priežastimis bei prevencijos galimybėmis: „Depresijos požymiai ir gydymo galimybės“ (VU Psichiatrijos klinikos doc. V. Danilevičiūtė), „Telefoninių tarnybų veikla savižudybių prevencijoje“ (Lietuvos telefoninių psichologinės pagalbos tarnybų asociacijos prezidentas gyd. L. Slušnys), „Savižudybių prevencija bendruomenėje“ (Telsių PSC vadovas gyd. S. Naujokas).

Konferencijoje Valstybinio psichikos sveikatos centro direktorė O. Davidonienė taip pat informavo apie tai, kad Vyriausybė patvirtino Savižudybių prevencijos 2003-2005 metų programą. Šios programos įgyvendinimas ir koordinavimas pavestas Sveikatos apsaugos ministerijai. Programos įgyvendinimo priemonės bus finansuojamos iš valstybės biudžeto ir valstybės investicijų programoje numatytų lėšų.

Svarbiausios valstybės politikos kryptys, kuriomis siekiama sumažinti savižudybių skaičių, – tai informacijos teikimas ir visuomenės nuostatų keitimas, pagalba savižudybės rizikos grupėms ir asmenims bei moksliniai tyrimai ir analizė. Įgyvendinus programoje numatytas priemones tikimasi iki 2010 m. sumažinti savižudybių skaičių Lietuvoje iki vidutinio Europos šalių rodiklio.

Programos vykdytojai – Sveikatos apsaugos, Švietimo ir mokslo, Socialinės apsaugos ir darbo, Vidaus reikalų, Teisingumo, Krašto apsaugos ministerijos, Vilniaus universitetas, Vaikų ir jaunimo psichologinis centras, Teisės universitetas, psichikos sveikatos centrai, Lietuvos suicidologų asociacija, Žiegždrių psichiatrijos ligoninė, Kau-

no medicinos universitetas, Lietuvos telefoninės psichologinės pagalbos tarnybų asociacija ir kitos organizacijos.

**Ši konferencija ir Savižudybių prevencijos programos patvirtinimas paskatino ir Respublikinės universitetinės ligoninės Vaiko raidos centro specialistus išreikšti susirūpinimą dėl esančios padėties šiuo pareiškimu.**

## RUL Vaiko raidos centras pranešimas

Savižudybė yra viena iš trijų dažniausių mirties priežasčių 15-35 metų amžiaus žmonių grupėje. Šie duomenys kelia didelį susirūpinimą pasaulio bendruomenei, tai – viena iš svarbiausių ir daug dėmesio reikalaujanti problema.

Lietuva šios problemos kontekste užima išskirtinę, tačiau džiaugsmo nekeliančią vietą. Pagal savižudybių skaičių ji yra viena iš pirmųjų tiek Europoje, tiek pasaulyje. Mūsų šalyje 100 tūkst. gyventojų tenka 44 nusižudę asmenys, tuo tarpu Latvijoje – 34/100 000, Estijoje – 33/100 000, Rusijoje – 39/100 000. 2001 m. Lietuvoje nusižudė 1535 žmonės.

Užsienio mokslininkų atlikti tyrimai rodo, jog mėginimų nusižudyti būna nuo 10 iki 20 kartų daugiau nei nusižudymų.

Ypatingą nerimą kelia šiuo metu susiklosčiusi padėtis Lietuvoje.

1998 m. liepos 2 d. Lietuvos Respublikos Seimas priėmė nutarimą Nr. VIII – 833 „Dėl Lietuvos sveikatos programos patvirtinimo“. Šioje programoje numatomas tikslas **iki 2010 m. sumažinti savižudybių kiekį iki vidutinių Europos šalių rodiklių, t.y. iki 25 iš 100 000 gyventojų**. Toks sprendimas buvo priimtas 1998 m., kuomet savižudybių skaičius siekė 43,8/100 000. Susirūpinimą kelia faktai, jog per pastaruosius ketve-

1 lentelė.

1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
12,9	9,5	17,8	14,0	14,0	19,5	19,2	18,0	20,6	15,9	23,2

2 lentelė. PSDF\* biudžeto išlaidos stacionarioms psichiatrijos paslaugoms 1998-2001 m., tūkst. Lt

	1998	1999	2000	2001
Psichiatrija	80,353.4	92,766.8	91,572.0	89,858.4
Suaugusiųjų psichiatrija	74,685.7	87,099.1	87,452.9	86,170.6
Vaikų psichiatrija	5,667.7	5,667.7	4,119.1	3,687.8

\* Privalomojo socialinio draudimo fondo

3 lentelė.

Asmens sveiktos priežiūros paslaugos	1998	1999	2000	2001	Pokytis % 1999/1998	Pokytis % 2000/1999	Pokytis % 2001/2000
Ambulatorinės II ir III lygio konsultacijos	177.5	143.6	85.5	87.3	-19.1	-40.4	2.1
II lygio paslaugos	147.4	105.5	37.1	33.6	-28.4	-64.8	-9.4
III lygio paslaugos	30.1	38.1	48.4	53.7	26.3	27.1	11.0

# Psichiatrijos reforma Lenkijoje

Lina Dobelytė

rius metus savižudybių skaičius ne tik nemažėjo, bet net augo: 1999 m. – 44,0/100 000, 2000 m. – 46,6/100 000, 2001 m. – 44,1/100 000.

Tyrimai rodo, jog dažniau žudyti mėginama jauname amžiuje, ypač paauglystėje. 1 lentelėje pateikiami duomenys apie 15-19 metų jaunuolių savižudybių skaičių 100 000 gyventojų (pagal N. Žemaitienę, L. Jaruševičienę, D. Gailienę „Savižudybė mokykloje“).

Šie skaičiai rodo, jog savižudybių skaičius tarp vaikų ir paauglių auga.

2000 m. įvykusios nacionalinės savižudybių prevencijos konferencijos rezoliucijoje konstatuojama, jog savižudybių skaičius šalyje yra visuomenės psichikos sveikatos rodiklis. Deja, tenka pripažinti, jog Lietuvos visuomenė negali pasigirti ypač gera psichikos sveikata.

Didelį nerimą kelia duomenys apie vaikų ir paauglių psichikos sveikatos priežiūros finansavimą. Matomas ryškus suaugusiųjų ir vaikų bei paauglių psichikos sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo tendencijų skirtumas. 1998–2001 m. laikotarpiu akivaizdžiai mažėjo lėšos, skiriamos vaikų ir paauglių psichikos sveikatos priežiūros paslaugoms, tuo tarpu augo išlaidos suaugusiųjų psichikos sveikatos priežiūros paslaugoms (2 lentelė).

Natūralu būtų tikėtis, jog sumažinus lėšas stacionarioms paslaugoms turėtų išaugti lėšos ambulatorinėms paslaugoms. Tačiau duomenys rodo ką kita (3 lentelė).

Paskutiniaisiais gyventojų surašymo duomenimis, 0-17 metų amžiaus vaikai Lietuvoje sudaro 23,82 % gyventojų (827 950 vaikų), todėl toks lėšų paskirstymas yra neadekvatus ir pavojingas vaikų ir paauglių psichikos sveikatai bei jų gerovei. Tokiu būdu nėra užtikrinama visavertė pagalba.

Nors statistiniai duomenys rodo, jog kai muose savižudybių lygis yra daug aukštesnis nei miestuose (atitinkamai 62,8/100 000 ir 34,8/100 000), pagalbą gauti regionuose yra daug sudėtingiau vien dėl tos priežasties, jog nėra vaikų ir paauglių psichiatro (pvz., Ignalinos, Kelmės, Klaipėdos, Pasvalio, Plungės, Šilalės rajonų psichikos sveikatos centruose nėra nė vieno vaikų psichiatrijos specialisto).

Iš tiesų darosi ir smalsu, ir baugu, kokiu būdu bus įgyvendintas pagrindinis „Lietuvos sveikatos programos“ tikslas – **iki 2010 m. sumažinti savižudybių kiekį iki vidutinių Europos šalių rodiklių, t.y. iki 25 iš 100 000 gyventojų.**

Lenkijos psichiatrinės pagalbos reformos 3 metų rezultatai yra apibendrinti Lneseniai išleistame rinkinyje „IMAGES IN PSYCHIATRY“ (ed. A.Bilikiewicz & J.Rybakowski, Gdansk, 2002). Ten pateikiami svarbiausi Lenkijos psichiatrijos reformos žingsniai. 1999 įsigaliojo Visuotinis sveikatos draudimo įstatymas, kuris turėjo užtikrinti nepriklausomą nuo valstybės biudžeto sveikatos priežiūros finansavimą. Buvo įsteigti 16 vaivadijų sveikatos draudimo fondai bei atskiras policijos-kariuomenės fondas. Privalomas beveik visų piliečių draudimas užtikrina daugelio sveikatos paslaugų prieinamumą ir laisvą pasirinkimą. Reforma buvo siekiama įdiegti rinkos mechanizmus sveikatos priežiūroje, sulyginoti privačių ir viešų sveikatos priežiūros įstaigų padėtį, skatinti finansavimo efektyvumą, likviduoti teritorinį principą. Reforma siekta, kad sveikatos priežiūros sistema veiktų remiantis sutartimis ir individualios laisvės pagrindu. Valstybės biudžetas pasiliko tik ypač siaurą brangiausių procedūrų ir specialios sveikatos priežiūros programų finansavimą.

2000 metais psichikos sveikatos priežiūrai ligoninėse ir specializuotose ambulatorinėse įstaigose teko beveik 7% visų sveikatos priežiūrai skirtų draudimo lėšų, panašiai kaip ir kitoms specializuotos pagalbos paslaugoms. Draudimo įstaigos sudarė paslaugų teikimo standartų sutartis su ligoninėms, ambulatorinėms įstaigoms, dienos stacionariais bei bendruomenės centrais, nakvynės namais. Buvo numatytos paslaugų apimtys bei tipai. Tačiau reformos eigoje paaiškėjo, kad nustatyti įkainiai yra per žemi, dėl to daugeliui įstaigų sunku išsilaikyti teikiant paslaugas. Per dvejus metus apie 20 proc. ambulatorinių įstaigų tapo privačiomis – daugiausiai tai priklausomybėms ligoms gydyti skirtos įstaigos. Specialistų skaičius ambulatorinėje grandyje sumažėjo ir paslaugos tapo sunkiau prieinamos, nors, kaip paminėta bendroje apžvalgos dalyje, 73% iš 600 ambulatorinių psichikos centrų dirbo 7 dienas per savaitę. Teigiama, kad dėl reformos pablogėjo ne stacionariųjų paslaugų teikimo psichiatrijoje situacija, tačiau pagerėjo priklausomybės sutrikimais sergančių asmenų aptarnavimas. Reforma taip pat padėjo plėtoti dienos centrus, kurių skaičius per dvejus metus išaugo 18% iki 131. Atsirado daug naujų dienos centrų skirtų sergantiems priklausomybe nuo alkoholio. Pabrėžiama, kad bendruomenės paslaugų plėtra praktiškai sustojo, tačiau plėtėsi psichiatrinė skyrių tinklas bendro profilio ligoninėse – nuo 67 iki 84, 3 iš jų privati. Reformos eigoje didžiausi sunkumai užgriuvo stambias psichiatrijos ligonines, kurioms teko likviduoti nerentabilius skyrius. Bendras hospitalizacijų skaičius išaugo, nors stacionariųjų lovų skaičius ir toliau mažėja, sparčiai trumpėjant gydymo trukmei (per 2 metus 20%). Lenkijoje taip pat sumažėjo pakartotinai per metus hospitalizuotų pacientų (pirminiai atvykimų 1990 buvo 49%, 2000 – 78%).

Rinkinyje teigiama, kad psichikos sveikatos priežiūros reforma sukėlė daug naujų problemų. Paaiškėjo, kad gydytojams yra pernelyg neįprasta mąstyti ekonomiškai, kad draudimo fondų specialistai sunkiai suprantamas biopsichosocialinis psichikos sutrikimų modelis, jiems sunku veiksmingai derinti asmens ir visuomenės sveikatos kriterijus. Pabrėžiama, kad daugiausiai trūkumų vystant bendruomeninę psichikos sveikatos priežiūrą, užtikrinant pagalbą prieinamumą ir tęstinumą. Tikimasi, kad po rinkimų bus išplėsta sveikatos apsaugos ministerijos ir savivaldybių kompetencija, apribojant teritorinių sveikatos draudimo fondų vaidmenį.

# Komercinių institucijų parama sveikatos priežiūros specialistų profesinės kvalifikacijos tobulinimui

PATVIRTINTA Sveikatos apsaugos ministerijos kolegijos 2003 m. sausio 30 d. nutarimu

## Rekomendacijos

Komercinių institucijų, tarp jų farmacinės veiklos įmonių, parama sveikatos priežiūros specialistų profesinės kvalifikacijos tobulinimui (toliau - tobulinimas) gali turėti teigiamą įtaką tobulinimo renginių kokybei bei specialistų profesinei kompetencijai ir taip gerinti sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, padėti išvengti medicinos klaidų, tačiau svarbu užtikrinti, kad komercinių institucijų parama būtų naudojama skaidriai, viešai ir tik tobulinimo tikslais.

Šių rekomendacijų tikslas - nubrėžti tinkamo tobulinimą organizuojančios institucijos santykio su konferencijas ir kitus tobulinimo renginius remiančiomis komercinėmis institucijomis gaires.

Atsižvelgdami į Etinių farmacijos kompanijų atstovybių asociacijos Farmacijos preparatų marketingo praktikos kodekso, Vakarų Europos ir JAV medicinų asociacijų etines nuostatas, rekomenduojame laikytis toliau išvardytų principų.

### 1. Bendroji nuostata.

Komercinės institucijos bet kokia forma teikiama parama neturi įpareigoti tobulinimo renginių organizatorių, lektorių ir dalyvių propaguoti komercinių rėmėjų gaminamos produkcijos, jos reklamuoti arba skirti pacientams.

2. Komercinės paramos skaidrumas ir viešumas.

2.1. Parama turėtų būti skiriama ne tiesiogiai fiziniam asmeniui (dalyviui, lektoriui), bet juridiniam asmeniui - tobulinimą organizuojančiai institucijai (specialybės draugijai, specialybės profesinei organizacijai, švietimo institucijai, mokslo ir tobulinimo paramos fondui ar sveikatos priežiūros įstaigai, siunčiančiai tobulintis asmenį ar orga-

nizuojančiai tobulinimo renginius).

2.2. Tobulinimą organizuojanti institucija turėtų nustatyti komercinių institucijų paramos naudojimo tvarką.

2.3. Komercinių institucijų parama tobulinimą organizuojančiai institucijai turi būti įforminta sutartimi, kurioje būtų numatyti paramos tikslai, terminai, apimtys, šalių įsipareigojimai ir kitos sąlygos.

2.4. Komercinės paramos lėšos gali būti naudojamos renginio dalyvių kelionės bei gyvenimo išlaidoms apmokėti ir registracijos mokesčiui padengti.

2.5. Komercinės paramos lėšas galima naudoti atlyginimams arba pagrįsto dydžio honorarams dėstytojams ar lektoriams išmokėti ir padengti nedidelėms dėstytojų ar lektorių išlaidoms.

2.6. Komercinės paramos lėšų nederą skirti dalyvių, lektorių ar organizatorių lydinčių asmenų išlaidoms padengti.

3. Tobulinimą organizuojančios institucijos nepriklausomybė.

3.1. Tobulinimo renginiuose turi būti pateikiama nešališka, moksliniais tyrimais pagrįsta ir oficialioje mokslinėje literatūroje paskelbta informacija.

3.2. Apie komercinę paramą turi būti skelbiama tobulinimo renginius anonsojančiuose leidiniuose (brošiūrose, programoje, ekspozicijose ir kt.), taip pat renginiui pasibaigus leidžiamuose leidiniuose, tačiau juose negali būti nuorodų į konkrečius komercinių rėmėjų gaminamus produktus.

3.3. Komercinių institucijų teikiama parama negali įpareigoti lektorių pranešimuose vartoti prekinių vaistų pavadinimų. Pranešimuose vartojant bendrinis vaistų pavadinimus, lektorių neša-

liškumas taptų akivaizdesnis. Jei lektoriaus pranešime vartojami prekiniai vaistų pavadinimai, turėtų būti minimi ne tik remiančiosios kompanijos, bet ir kitų kompanijų gaminami vaistai.

4. Komercinių produktų reklama ir parama kultūrinei programai.

4.1. Tobulinimo renginiuose galimi komercinių institucijų komerciniai reklaminiai-informaciniai pranešimai, tačiau jie turi būti daromi tobulinimo renginio pabaigoje, po tobulinimo renginio mokslinės-praktinės dalies. Šis tobulinimo renginio programos suskirstymas į dvi sąlygines dalis tobulinimo renginio dalyviams turi būti aiškus ir atspindėti oficialiai skelbiamoje jo programoje.

4.2. Komercinių institucijų reklaminė veikla tobulinimo renginiuose ir juose pateikiama informacija turi būti objektyvi, atitinkanti galiojančius teisės aktus ir padedanti specialistams teikti pacientams racionalesnes paslaugas. Teiginiai apie terapines indikacijas ir farmacijos gaminių vartojimo sąlygas turi būti pagrįsti svariais mokslinių tyrimų duomenimis, aiškiai nurodyti šalutinį veikimą, kontraindikacijas ir atsargaus vartojimo sąlygas.

4.3. Komercinių institucijų parama, skirta specialistų vaišėms rengti, jų pramogoms, taip pat simbolinėms dovanoms (kanceliarinėms prekėms, žinyrams, specialybės knygoms, mokomojo turinio vadovėliams ir kitiems leidiniams; reklaminiams suvenyrams, susijusiems su specialistų darbu arba naudingiems jų pacientams, kurių vertė neviršija vieno minimalaus gyvenimo lygio dydžio sumos) turi būti kukli; vaišės ir kultūrinė programa neturi nustelbti tobulinimo renginio.

# Somatoforminės vegetacinės disfunkcijos klinikinis atvejis

Parengė gyd. Rezidentė L. Blinstrubaitė

„Didžioji dalis sutrikimų, kurie anksčiau įėjo į vegetacinės distonijos sąvoką, šiuo metu TLK-10 klasifikuojama kaip psichikos ir elgesio sutrikimas – somatoforminė autonominė (vegetacinė) disfunkcija (F45.3). Pagal TLK-10 diagnozuojama tada, kai pacientas savo skundus pateikia taip, lyg jie būtų kilę dėl tam tikros organų sistemos ar organų, kuriuos daugiausia ar visiškai kontroliuoja vegetacinė nervų sistema, somatinės ligos. Išskirtinis šio sutrikimo diagnostinis kriterijus tas, kad organo somatinio pažeidimo nėra“. kadangi skundai, su kuriais ateina pacientai, panašūs į simptomus, būdingus somatinėms ligoms, norint atvesti somatinę patologiją būtina nuodugniai ištirti vidaus organų veiklą. Verta paminėti kelis kriterijus, padedančius atskirti somatoforminius sutrikimus nuo somatinės patologijos:

1) Esant somatinei patologijai simptomų atsiradimas ir trukmė priklauso nuo tų pačių provokuojančių veiksnių (pvz., fizinio krūvio intensyvumas tiesiogiai proporcingas skausminio sindromo išsivystymui sergant krūtinės angina). Priešingai, esant somatoforminiams sutrikimams, nėra nė vieno charakteringo provokuojančio veiksnio arba jų yra daug. Kai kada nusiskundimus provokuoja psichologinis stresas, bet didesnei daliai ligonių, sergančių somatoformine autonominė disfunkcija, tiesioginės koreliacijos tarp simptomų ir psichologinio streso nėra.

2) Esant somatinei patologijai būdinga nusiskundimų ir jų lokalizacijos pastovumas (pvz., dvylikapirštės žarnos opaligei būdingas veriamas skausmas epigastriumo srityje, suintensyvėjantis vėlai vakare, naktį, nevalgius, o pavalgius nurimstantis), o somatoforminiams sutrikimams – kintamumas.

3) Esant somatoforminiams sutrikimams somatotropiniai preparatai nesumažina nusiskundimų, tuo tarpu psichotropinių preparatų poveikis ženklus.

Somatoforminės autonominės disfunkcijos diagnozė nėra mėgstama psichiatrų,

kadangi gali slėpti ir kai ką daugiau, tačiau pakankamai dažnai taikoma BPG ar terapeutų.

Pacientų skundai įvairūs ir jų daug, bet didesnę jų dalį sudaro somatiniai. Galbūt todėl šie ligoniai dažniausiai pasibeldžia į vidaus ligų gydytojų kabinetų duris. Varginantys nusiskundimai nėra gyvybiškai pavojingi, bet pačiam žmogui sukelia stiprų diskomfortą.

## Klinikinis atvejis

Ligonė S.K. (g. 1983 m.) atvykusi į VUSK Vidaus ligų skyrių skundėsi bendru silpnumu, padidėjusiu prakaitavimu, greitu nuovargiu, mieguistumu, galvos skausmais ir svaigimu, plaukų slinkimu, protarpiniais širdies permušimais ir dusuliu, skausmingumu veido sinusų srityje, varginančia dažna sloga, kartais pasitaikančiais pykinimo epizodais bei pilvo skausmais, apetito stoka.

Iš ligos anamnezės sužinome, jog minėti skundai vargina nuo 17 metų. Būdavo pagerėjimų, tačiau laikinų ir nežymių. Gydėsi ambulatoriškai, bet gydymas buvo neveiksmingas. Kartą lankėsi pas psichoterapeutą, šis išrašė „Prozac“, tačiau mergina konsultacija liko nepatenkinta, vaistų nevartojo. Šiuo metu varginantys simptomai suintensyvėjo. Šeimoje nepalanki situacija: skiriasi tėvai, bet tarp skyrybų ir somatinių skundų pacientė neįžvelgia jokio priežastinio ryšio.

## Objektyvios apžiūros rezultatai:

Menkos mitybos, išblyškusi, širdies veikla ritmiška, tonai aiškūs, pulsas 76 k./min. AKS-120/80mmHg. Plaučiuose girdimas vezikulinis alsavimas be karkalų. Neurologinės simptomatikos nėra. Pilvas minkštas, šiek tiek skausmingas epigastriumo srityje. Pacientė noriai palaiko pokalbį, detalai nupasakoja nemalonius pojūčius. Akys įdėmiai seka gydytoją. Pokalbio metu domisi atliekamais tyrimais ir jų rezultatais. Emociškai labili. Dėmesys fiksuotas ties minimaliausiais kūno pokyčiais.

Mąstymas nuoseklus, normalaus tempo. Suvokimo ir orientacijos sutrikimų nėra.

Skyriuje buvo atlikti įprasti klinikiniai tyrimai, ištirtos organų sistemos, kurių patologiją atitiktų minėti skundai, t.y. bendras ir biocheminis kraujo, šlapimo ir išmatų tyrimai, vidaus organų ir skydliaukės sonoskopija, krūtinės ląstos rentgenograma. Šių tyrimų išvados: be žymesnių pakitimų. Skydliaukės hormonai: TTH, T3 – norma. Echokardiografinio tyrimo išvada: kairiojo skilvelio sistolinė funkcija gera, hemodinamiškai nereikšmingas mitralinio vožtuvo prolapsas.

EGFS išvada: stemplė, skrandis, *bulbus duodeni* – be matomų pakitimų.

EKG – ritmas sinusinis, 76 k./min., danteliai be matomų pakitimų.

Bendra išvada: laboratorinių ir instrumentinių tyrimų rezultatai patologinių pakitimų nerodo.

## Diagnozė ir gydymas

Įvertinus nusiskundimus (bendrą silpnumą, gausų prakaitavimą, greitą nuovargį, mieguistumą galvos skausmą ir svaigimą, periodišką širdies permušimus ir dusulį, kartais pasitaikančius dispepsijos, pykinimo epizodus, periodišką skausmingumą epigastriumo srityje, apetito stoką), objektyvių tyrimų duomenis (nėra somatinės patologijos), rašoma klinikinė diagnozė: somatoforminė autonominė disfunkcija.

Skyriuje buvo gydoma dieniniu anksiolitiku, struktūriškai panašiu į diazepamą, tačiau neslopinančiu, neveikiančiu reakcijos greičio, neatpalaiduojančiu raumenų, „Grandaxin“. Dozė parinkta individualiai, atsižvelgiant į sutrikimo sunkumą, pacientės ūgį, svorį, amžių. Šiuo atveju – 100mg/parą.

## Tolimesnė eiga

Gydant sumažėjo bendras silpnumas, išnyko mieguistumas, galvos svaigimas, nors retkarčiais kartodavosi pykinimo ar skausmingumo (širdies, galvos, kartais epigast-

riumo srityje) periodai. Pacientės reakcija į gerus tyrimų rezultatus būdavo atvirktinė, t.y. kiekvieną kartą išgirdusi, jog nėra organinės patologijos, ji nuliūdavo ir sakydavo: „Bet juk man taip bloga!!! Kodėl jūs manim netikit?“

Įsivyravus tokiems skundams, kaip pasunkėjęs kvėpavimas, nosies užgul-tumas, skausmingumas veido sinusų srityje, buvo apžiūrėta LOR gydytojo. Dgn.: nosies pertvaros iškrypimas. Vazomotorinis rinitas. Rekomenduotas operacinis gydymas – konchoplastika.

Pacientė po specialisto konsultacijos su džiaugsmo ugnelėm akyse pergalingai pareiškė: „Aš juk sakiau, kad man kažkas ne taip!“

Kitą dieną buvo perkelta į LOR skyrių. Operacija praėjo sėkmingai, tačiau pagerėjimas tebuvo laikinas. Kvėpuoti pasidarė lengviau, sumažėjo nosies užgul-tumas, išnyko skausmingumas veido sinusų srityje, bet suintensyvėjo anksčiau išvardyti nusiskundimai. Išrašoma į namus jautėsi šiek tiek geriau, tačiau liko įsitikinusi, jog jai „vis dar kažkas ne taip“.

### Išvada

Somatizacija gydymo požiūriu yra sudėtingas sutrikimas, sietinas su depresijos ir nerimo sindromais, tad psichotropiniai vaistai yra pakankamai veiksmingi. Šios pacientės atveju „Grandaxin“ veiksmingai malšina simptomus, tačiau trūko psichoterapinio gydymo galimybių, užtikrinančių medikamentinio gydymo režimo laikymąsi. Šioje situacijoje pasirinkta kita išeitis – chirurginis gydymas konchoplastika, kurio poveikis, deja, buvo trumpalaikis. Nesant nuoseklios pagalbos strategijos ir kompleksinio gydymo galimybių pacientė nebega-vo jai veiksmingai padėjusių vaistų.

### Literatūra

J.Neverauskas. Vegetacinė nervų sistemos disfunkcija: praktiniai gydymo aspektai.

Смулевич А.Б. Ипохондрия и соматоморфные расстройства

# Socialinė rehabilitacija bendruomenėje asmenims, gydomiems metadonu

Rita Krikščiukaitytė

Vilniaus priklausomybės ligų centro socialinės pagalbos ir prevencijos skyriaus vedėja

**O**pioidiniai narkotikai Lietuvoje yra labiausiai paplitusios narkotinės medžiagos Lietuvoje. Jie dažniausiai vartojami intraveniniu būdu (aguonų ekstraktas, heroinas). Šie narkotikai ir jų vartojimo būdas neišvengiamai sukelia sveikatos sutrikimų – apsinuodijimą, sepsį, giliųjų venų trombozę, trofines opas, tuberkuliozę, hepatitą B, C, ŽIV, AIDS.

Galima išskirti kelis sergančiųjų integracijos į visuomenę etapus: tai aktyvus kontaktas su rizikos grupės asmenimis (pvz., įvairios „gatvės darbuotojų“ programos), ankstyva diagnostika ir nukreipimas gydymuisi, gydymas ir rehabilitacija, socialinė integracija ir tolesnis asmens gyvenimas visuomenėje. Šiomis programomis sveikatos ir socialinės pagalbos tarnybos palaiko ryšį su gyventojų dalimi, gyvenančia didžiausios socialinės atskirties sąlygomis ir keliančia pavojų visuomenės sveikatai ir gerovei. Be to tai padeda daryti įtaką esamai padėčiai ir ją kontroliuoti.

Vilniaus priklausomybės ligų centras vienas pirmųjų Lietuvoje pradėjo žalos mažinimo programas: metadono programą (1995 m.), gatvės darbuotojų ir švirkštų keitimą (1997 m.), įkūrė mobilių švirkštų/adatų keitimo punktą „Mėlynas autobusiukas“ (2001 m.), AIDS prevencija tarp švirkščiamus narkotikus vartojančių sekso paslaugų teikėjų (2001 m.).

Sergantieji priklausomybės ligomis ilgainiui tampa socialiai neadaptuoti – praranda šeimą, darbą, būstą ir gyvena už visuomenės ribų. Kad minėti asmenys galėtų grįžti į ankstesnį gyvenimą, į bendruomenę, būtina socialinė parama.

Ji ypač svarbi priklausomybės ligomis sergantiems socialinės rizikos grupės asmenims – benamiams, prostitutėms, asmenims grįžusiems iš įkalinimo įstaigų ir kt. Socialinės paramos formos bei apimtis turi skatinti norą gydytis ir grįžti į visuomenę, užtikrinti, kad gydymo ir rehabilitacijos intensyvumas, t.y. jos teikiamų paslaugų įvairovė, gausa bei trukmė priklausau nuo sergančiojo priklausomybės ligomis socialinės dezadaptacijos laipsnio ir kitų indikatorių. Tai turi užtikrinti gydymo ir rehabilitacijos programų įvairovė: ambulatorinio gydymosi ir rehabilitacijos programos (pirminiame sveikatos priežiūros lygyje veikiančiuose psichikos sveikatos centruose), trumpalaikio bei ilgalaikio stacionarinio gydymo ir rehabilitacijos programos (antriniame sveikatos priežiūros lygyje veikiančiuose priklausomybės ligų centruose), pakaitinės terapijos metadonu programos (psichikos sveikatos centrai ir priklausomybės ligų centrai).

Pakaitinis žmonių, priklausomų nuo narkotikų, gydymas metadonu Lietuvoje įteisintas 1995 m. Sveikatos apsaugos ministerijos įsakymu. Pradėjus metadono programą, norinčių gydytis atsiranda vis daugiau. Nuo 1995 m. Vilniaus priklausomybės ligų centre gydymo metadonu programoje iš viso dalyvavo 319 pacientų. Dalyvių amžiaus vidurkis 36 m. Šiuo metu Vilniaus priklausomybės ligų centre metadono programoje dalyvauja 107 pacientai, ambulatorinėje metadono programoje 33. Pakaitinis gydymas metadonu anksčiau kėlė daug ginčų. Tačiau pastaruoju metu jo reikalingumu neabejojama.

Gydyme dalyvauja gydytojas psichiat-



ras, psichologas, socialinis darbuotojas, slaugos specialistas, kurie tarpusavyje koordinuoja gydymo/reabilitacijos tikslus ir planą bei dalinasi atsakomybe (kartu su pacientu) už gydymo/reabilitacijos sėkmę.

Palaikant nuolatinį ryšį (išgerti metadoną dalyviai atvyksta kiekvieną dieną, įskaitant nedarbo dienas) su pacientais buvo nustatyti šie pagrindiniai jų poreikiai: 1) sveikatos palaikymas ir stiprinimas; 2) būstas; 3) pragyvenimo šaltinis; 4) asmens dokumentų sutvarkymas; 5) registracija ir darbo paieška darbo biržoje; 6) mokymasis; 7) konfliktų su teisėsauga sprendimas bei 8) šeimos konsultavimas.

Socialinių darbuotojų užduotis – išsiaiškinti bei įvertinti kliento socialinę situaciją, sudaryti pagalbos planą. Svarbu ne tik juos motyvuoti blaivybei, bet ir padėti reintegruoti į bendruomenę, atstatyti kai kuriuos socialinius įgūdžius. Išskiriami šie įgūdžiai, svarbūs asmenų, vartojančių narkotines medžiagas, resocializacijos procese: elgesys: (kaip klausytis; kaip paprašyti pagalbos; kaip padėkoti; kaip laikytis nurodymų; kaip baigti užduotis; kaip dalyvauti pokalbyje; kaip paklausti; kaip nereaguoti į trukdymus; kaip taisyti klaidas; kaip nuspręsti kuo užsiimti; kaip numatyti tikslą); bendravimo įgūdžiai: (kaip prisistatyti; kaip pradėti pokalbį; kaip baigti pokalbį; kaip įsitraukti į bendrą veiklą; kaip prašyti; kaip pasakyti komplimentą; kaip priimti komplimentą; kaip atsiprašyti); jausmų suvokimo įgūdžiai: (kaip pažinti savo jausmus; kaip išreikšti savo jausmus; kaip pažinti kito žmogaus jausmus; kaip parodyti, kad supranti kito žmogaus

jausmus; kaip suvaldyti savo pyktį; kaip elgtis kai kitas žmogus pyksta; kaip įveikti baimę); savikontrolės įgūdžiai: (kaip susivaldyti; kaip paprašyti leidimo; kaip elgtis kai tave erzina; kaip išvengti rūpesčių; kaip spręsti problemas kaip pripažinti elgesio pasekmes; kaip elgtis kai tave kaltina; kaip įveikti nuobodulį; kaip išsiaiškinti sunkumų priežastis); streso įveikimo įgūdžiai: (kaip išreikšti nepasitenkinimą; kaip reaguoti į pralaimėjimą; kaip elgtis kai jautiesi atstumtas; kaip reaguoti į nesėkmę; kaip atsipalaiduoti; kaip nepasiduoti grupės spaudimui; kaip apsispręsti).

Nuo 2001m. iki dabar vyksta socialinių įgūdžių lavinimo užsiėmimai, kuriuose dalyvauja metadono programos pacientai. Užsiėmimai vyksta 1 kartą per savaitę. Užsiėmimo trukmė – 1 val. Dalyvaujančių skaičius negali viršyti 7 - 8 žmonių. Klientui baigiant gydymo bei reabilitacijos programas duodama anketa, kad pacientas įvertintų užsiėmimų efektyvumą.

Apibendrinus anketų duomenis galima teigti, kad socialinių įgūdžių užsiėmimų dėka pacientai įgyjo atsparumą įveikti kasdienius gyvenimo sunkumus, išmoko integruotis į darbo rinką, išlavėjo bendravimo, savęs pristatymo įgūdžiai, pagerėjo savęs vertinimas.

Socialinių įgūdžių lavinimas dar nereikia, kad visi įgūdžiai būtinai turi būti panaudoti, tai tik parodo, koks gali būti platus įgūdžių, reikalingų funkcionavimui visuomenėje, spektras. Įgūdžiai lavinami visą gyvenimą, tai prisimintina kiekvienam, kuris nori tobulėti kaip žmogus.

Individualių konsultacijų metu pacientai informuojami apie įsidarbinimo bei mokymosi galimybes, sveikatos draudimą, socialines garantijas, pacientų teises ir kt. Daugelis pacientų neturi jokių asmens dokumentų, socialinio draudimo. Šie dokumentai būtini norint gauti medicininę pagalbą, sprendžiant socialinius klausimus ir kt. Turėdami asmens dokumentus jie galėtų esant būtinybei kreiptis į įvairias gydymo įstaigas, registruotis darbo biržoje bei tuo būdu užsitikrinti socialinį draudimą ir socialinių, psichologinių bei kt. paslaugų prieinamumą, sėkmingiau vykėtų jų socializacijos procesas bei reabilitacija.

Bendradarbiaujant su organizacija CARITAS buvo gauta medikamentų, vi-

taminų, tvarsliaivos. Kiekvienas metadono dalyvis turėjo galimybę 1,5 mėn, nemokamai gauti vitaminų.

2000 – 2001 m. metadono programos dalyvių klube buvo vykdomas projektas, kurį rėmė Socialinės apsaugos ir darbo ministerija. Projekto tikslas – laisvalaikio organizavimas be svaigalų. Projekto dalyviai turėjo galimybę nemokamai lankyti kino teatruose, teatruose, baseine. Jie turėjo patys ieškoti informacijos apie mieste vykstačius renginius, planuoti kas kuriame dalyvaus. Buvo suteikta galimybė į renginį pasikviesti ir kurį nors šeimos narį, tuo siekiant sustiprinti šeimos tarpusavyo santykius. To projekto dėka į klubą ateidavo psichologas ir klubo nariai galėjo spręsti jiems iškilusias problemas. Palaipsniui klubo veikla išsirutuliojo iki visuomeninės organizacijos „Narkomanų Tarpusavyo Pagalbos Inicijatyvos“ susikūrimo.

Metadono programos dalyviai turi galimybę išsakyti savo mintis apie jiems teikiamą medicininę, socialinę, psichologinę pagalbą. Iškilus nesutarimams visuomet ieškoma kompromiso, tenkinančio abi puses.

Keletas metadono programos dalyvių jau keletą metų sėkmingai dirbą švirkštų/adatų keitimo programose. Dalyvauja įvairiuose mokymo seminaruose.

Gydymo metadonu programoje Vilniuje net 64 procentai pacientų yra teisti, dauguma iš jų yra kalėjė, kai kurie įkalinimo įstaigose praleidę ne vienerius metus. Dalyvavimą metadono programoje galima drąsiai priskirti prie programų, kurios sumažina tikimybę asmenims vėl padaryti nusikaltimą ir sugrįžti į kalėjimą. 2001 m. keli Vilniaus metadono programos dalyviai lankė Kalinių globos draugijos Reabilitacijos centrą. Iškilusias teises problemas metadono programos pacientai gali spręsti su Vilniaus universiteto teisės klinikos darbuotojais. Ši klinika teikia nemokamas teises konsultacijas.

Dirbant su metadono programos dalyviais iškyla tokios problemos, kaip socialinė dezadaptacija, nenoras keistis bei keisti esamą situaciją, finansų stoka sprendžiant kai kuriuos klausimus (pvz., asmens dokumentų tvarkymas ir pan.), darbinių įgūdžių neturėjimas bei nenoras jų įgyti, papildomas alkoholio ar kitų narkotinių medžiagų vartojimas, problemos su mažamečiais bei nepilname-

čiais jų vaikais (pvz., darželio, mokyklos nelankymas, narkotinių medžiagų vartojimas ir t.t.).

Kadangi kaip rodo praktika, tokios chroniškos ligos, kaip alkoholizmas, narkomanija ar toksikomanija turi tendenciją pasikartoti, todėl šiems asmenims gali tekti socialinę pagalbą teikti visą gyvenimą.

2001 m. pabaigoje pradėtas metadono programos Vilniaus mieste decentralizacijos procesas. Tikslai: sudaryti galimybę pacientui dalyvauti metadono programoje pagal gyvenamąją vietą; mažinti psichologinį barjerą dėl paciento priklausomybės; didinti asmens socialinę – psichologinę stabilumą; pagerinti santykius su aplinkiniais; mažinti intraveninių narkotikų vartotojų sambūrius vienoje vietoje.

Decentralizacijos privalumai, kad pacientui, dalyvaujančiam metadono programoje, patogiau lankytis psichikos sveikatos centre pagal gyvenamąją vietą, padidėja sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo galimybės, nėra intraveninių narkotikų vartotojų sambūrio vienoje vietoje.

Stabilizavus paciento, dalyvaujančio Vilniaus priklausomybės ligų centro metadono programoje, medicininę, socialinę, psichologinę padėtį, pastarasis pervedamas į psichikos sveikatos centrą. Šiuo metu Vilniaus psichikos sveikatos centruose palaikomojo gydymo metadonu programose dalyvauja 37 pacientai. Kadangi į psichikos sveikatos centruose veikiančias metadono programas patenka pacientai turintys asmens dokumentus bei sveikatos draudimą, tai jie automatiškai įgyja teisę gauti ir kitų sveikatos priežiūros specialistų konsultacijas. O tai labai svarbus momentas organizuojant medicininę pagalbą.

Taip pat dirbama ir su rizikos grupės vaikais, kurių šeimose vienas arba abu tėvai svaiginasi alkoholiu ar kitomis narkotinėmis medžiagomis. Šiose vaikų grupėse dalyvauja ir metadono programos dalyvių vaikai. Yra dvi grupės: 7 – 13 metų ir 14 – 17 metų vaikams, kuriose dalyvauja 25 vaikai. Vyksta socialinių įgūdžių lavinimo užsiėmimai pagal „Lino“ programą. Laisvalaikiu vaikai mokosi dirbti kompiuteriu, organizuojamos išvykos į įvairius renginius. Veikla - užsiėmimų ciklas (tris kartus per savaitę), kuriu metu jie gali leisti savo laisvalaikį, mokymaisi bendravimo bei socialinių, darbo su kompiuteriu, laisvalaikio organizavimo įgūdžių. Dirbama pagal švedų „Lino“ ir Alateeno programas, skirtas darbui su rizikos grupės vaikais. Alateeno programoje yra dirbama pagal 12 žingsnių ir 12 tradicijų programą, kurios veikloje yra ypač svarbus bendravimas, tarpusavio supratimas ir palaikymas. „Lino“ programa suteikia vaikams galimybę geriau padėti jiems būti vaikais, tada, kai jie turi būti vaikais, žaisti nesuvaržytus vaikiškus žaidimus ir perduoti atsakomybę už laiką, erdvę, sveikatą ir vystymąsi vadovams ir kitiems suaugusiems, esantiems šalia. Užsiėmimai vedami orientuojantis į vaikų amžiaus grupes bei poreikius vystant šias veiklos kryptis: 1) socialinių įgūdžių lavinimo (socialinė veikla); 2) psichologinio atsparumo ugdymo per socialinių įgūdžių formavimą (psichosocialinė kryptis); 3) savipagalbos organizavimas (Alateeno programa); 4) išvykas, kultūrinių renginių lankymą, laisvalaikio organizavimą (kultūrinė veikla); 5) darbinių įgūdžių lavinimo (darbas su kompiuteriu).

Gydymo/reabilitacijos procese svarbus tarpsektorinis bendradarbiavimas plečiant paslaugų spektrą bei jų prieina-

mumą.

Siekiant sustiprinti tarpsektorinį bendradarbiavimą 2002m. pab. išleistas „Vilniaus m. įstaigų ir tarnybų, teikiančių paslaugas asmenims, sergantiems priklausomybėmis nuo psichoaktyvių medžiagų, žinynas“. Žinyno leidybą iniciavo Vilniaus m. Sveikatos ir socialinės apsaugos departamento Sveikatos skyrius, Socialinės paramos skyrius ir Vilniaus priklausomybės ligų centras. Leidinio rėmėjas – Atviros Lietuvos Fondas.

Surengti du seminarai. Pirmasis „Koordinuotas atsakas į narkotikų vartotojų poreikius“. Dalyvavo atstovai iš Darbo biržos (DB) ir Vaikų teisių apsaugos tarnybos (VTAT). Seminaras organizuojamas norint pagerinti bendradarbiavimą tarp institucijų, padedančių ir teikiančių paslaugas priklausomiems asmenims, o taip pat siekiant apsiekti naujausia reikiama informacija. Buvo kalbama apie DB ir socialinių darbuotojų bendradarbiavimą, pinigines pašalpas, jų trukmę ir skyrimo tvarką, galimybes gauti darbinę kvalifikaciją, sveikatos draudimą ir pan. Su VTAT buvo diskutuojama kada institucija kišasi į problematišką šeimą, kokios abiejų institucijų galimybės dalyvauti procese sprendžiant problemą, kada reikia kreiptis pagalbos, kokius įstatymus reikia žinoti dirbant su vaikais ir t.t. Antrasis - Priklausomybės ligų gydymas ir ŽIV/AIDS prevencija tarp intraveninių narkotikų vartotojų: sveikatos priežiūros ir socialinės pagalbos tarnybų bendradarbiavimas Didžiojoje Britanijoje ir Lietuvoje. Į seminarą buvo pakviesti visų Lietuvos priklausomybės ligų centrų, Vilniaus psichikos sveikatos centrų bei kitų institucijų, dirbančių bei teikiančių paslaugas asmenims, priklausomiems nuo narkotinių medžiagų, atstovai.

#### Tarptautinis seminaras "Rizikos grupės vaikai Vokietijos švietimo sistemoje"

(2003, gegužės 5 – 10 d.)

Švietimo ir mokslo ministerijos Pedagoginis – psichologinis centras kartu su turizmo agentūra DITMA organizuoja tarptautinį seminarą Vokietijoje. Seminaro metu Vokietijos vaiko teisių apsaugos specialistai, socialinės globos ir rūpybos specialistai supažindins su socialinės globos

bei vaiko teisių apsaugos sistema, vaikų socializacijos kryptimis ir pasiekimais. Lankysime Meklenburgo - Pomeranijos žemės miestuose esančias vaiko teisių apsaugos įstaigas, jaunimo integracijos ir visuomenę centrą ir kitas įstaigas.

**Kaina:** 675 Lt.

**Papildomos išlaidos:** vakarienėms, suvenyrams ~ 60 EU

Kelionės dalyviams bus išduodami kvalifikaciniai pažymėjimai.

Registruotis tel.: 8 5 2613050 arba 8 5 2627887 (reikalingi duomenys: vardas, pavardė, tikslus įstaigos pavadinimas ir pareigos, tel. numeris, asmens kodas).

Užsiregistravus į kelionę mokamas avansinis mokestis (pusė visos sumos).

**Kelionų agentūra "Ditma"**

Trakų 2, 2001 Vilnius

tel. 2627887 fax. 2622476

www.ditma.lt ditma@post.5ci.lt

## Spaudos konferencija, skirta savižudybių problemai

2003 m. kovo 25 d. Seime surengtoje spaudos konferencijoje Valstybinio psichikos sveikatos centro ir Suicidologų asociacijos atstovai pateikė informaciją apie savižudybes. Anot specialistų, tai tiesiogiai iliustruoja Lietuvos nykimą: per 12 pastarųjų metų Lietuvoje nusižudė 20 tūkst. žmonių – tai prilygsta nedidelio miestelio išnykimui. 2000 m. nusižudė 63 jaunuoliai iki 19 metų – tai prilygsta kelių mokyklos klasių išnykimui. Pasak Vilniaus universiteto MF Psichiatrijos klinikos vadovo prof. Algimanto Dembinsko, Lietuva pagal savižudybių skaičių pirmuoja tarp Europos valstybių, ir ši tendencija nesikeičia. Alkoholizmas, nedarbas, neįgydomos socialinės sąlygos skatina šį reiškinį, tarp savižudžių yra 7 kartus daugiau vyrų.

Suicidologų asociacijos prezidento Algirdo Navicko žodžiais tariant, būtina steigti specializuotus savižudybių prevencijos centrus, kuriuos iš dalies finansuotų ir ligonių kasos, apmokėdamos jų teikiamas socialines ir psichologines paslaugas.

Valstybinio psichikos sveikatos centro vadovė Ona Davidonienė pabrėžė, kad savižudybių problema turi būti sprendžiama kompleksiskai. Centro direktorė informavo apie Nacionalinę savižudybių prevencijos programą, kuriai jau pritarė Vyriausybės Strateginio planavimo komitetas. Programai įgyvendinti 2003–2006 m. reikėtų skirti apie 3 mln. litų. Programoje pabrėžiamos kelios pagrindinės veiklos kryptys: informacijos teikimas visuomenei, organizuota pagalba rizikos grupės asmenims, krizių centrų steigimas, mobiliųjų pagalbos komandų sudarymas, mokslo tyrimai ir analizė.

*Pagal Lietuvos medicinos kronikų informaciją (2003 03 31, Nr. 87)*

## Psichikos sveikatos sistemos finansavimo reformai skirtas seminaras

Taline (Estija) 2003 m. balandžio 10–11 d. įvyko Psichikos sveikatos sistemos finansavimo reformai skirtas seminaras. Baltijos valstybių psichikos sveikatos sistemos reforma pasuko būtent

esamos sistemos ir įstaigų tinklo restruktūrizavimo ir optimizavimo linkme, keičiant finansavimo modelius ir perskirstant lėšas. Šis mokomasis-diskusinis seminaras – Estijos socialinių reikalų ministerijos Psichikos sveikatos politikos kūrimo programos dalis. Seminaro metu tarptautinė ekspertų grupė pristatė geriausius finansavimo modelius trijų Baltijos valstybių administratoriams, kuruojantiems psichikos sveikatos priežiūros sistemos plėtrą (ministerijų, ligonių kasų, tyrimų institutų atstovai). Seminare atsižvelgiant į ekonominį ir socialinį kontekstą išsamiai išnagrinėtas ir palygintas su Lietuvos bei Latvijos modeliais Estijos pasirinktas finansavimo reformos modelis. Gvildenta ir finansavimo modelių įtaka stacionarių lovų mažėjimui bei psichikos sveikatos paslaugų vystymui bendruomenėje. Į seminarą Estijoje buvo pakviesti Sveikatos apsaugos ministerijos, Valstybinės ligonių kasos, Valstybinio psichikos sveikatos centro ir Sveikatos ekonomikos centro atstovai.

*Redakcijos informacija*

## Nauja sveikatos apsaugos ministro komanda

Praejusią savaitę sveikatos apsaugos ministro Juozo Oleko komandą papildė du nauji patarėjai ir spaudos atstovė. J.Olekas pasirašė įsakymus, kuriais savo patarėjais paskyrė medicinos daktarą kardiologą Praną Šerpytį bei gydytoją Nijolę Mačiulienę. Ministro spaudos atstovės pareigas patikėtos Gitanai Letukienei. Dr. P. Šerpytis iki šiol dirbo Vilniaus universiteto Santariškių klinikų Kardiologijos reanimacijos ir intensyviosios terapijos skyriaus vadovu, gyd. N. Mačiulienė kurį laiką dirbo Respublikinėje Vilniaus psichiatrijos ligoninėje. Abu SA ministro patarėjai jau yra dirbę Sveikatos apsaugos ministerijoje, anksčiau buvusiame Medicinos, dabar – Asmens sveikatos skyriuje. Pagal Valstybės tarnybos įstatymą SA ministro patarėjai yra asmeninio pasitikėjimo valstybės tarnautojai, todėl ministras juos skiria savo nuožiūra.

*Lietuvos medicinos kronikų informacija (2003 03 31 Nr. 87)*

## Svarbi informacija Nutarimas dėl „Komerčių institucijų paramos sveikatos priežiūros specialistų profesinės kvalifikacijos tobulinimui rekomendacijų“

2003 m. kovo 5 d. Lietuvos medicininių draugijų koordinacinio centro prie Lietuvos Mokslų akademijos iniciatyva įvyko Lietuvos medicininių draugijų pasitarimas. Jame apsvaistytos Sveikatos apsaugos ministerijos kolegijos „Komerčių institucijų paramos sveikatos priežiūros specialistų profesinės kvalifikacijos tobulinimui rekomendacijos“, priimtos 2003 m. sausio 30 d.

Pasitarime dalyvavę 17 medicininių draugijų vadovai arba atstovai, apsvarstę įvairius minėtų rekomendacijų aspektus, priėmė bendrą nutarimą.

**Lietuvos medicininių draugijų koordinacinio centro prie Lietuvos Mokslų akademijos iniciuoto Lietuvos medicininių draugijų pasitarimo nutarimas dėl Sveikatos apsaugos ministerijos kolegijos „Komerčių institucijų paramos sveikatos priežiūros specialistų profesinės kvalifikacijos tobulinimui rekomendacijų“, priimtų 2003 m. sausio 30 d.**

Rekomendacijos susijusios su esminiais visų Lietuvos gydytojų profesinio tobulinimosi ir veiklos aspektais. Rekomendacijomis siekiama reglamentuoti visą farmacijos kompanijų ir kitų paramą teikiančių institucijų pavienių gydytojų, jų organizacijų ir įstaigų rėmimo tvarką. Rengiant rekomendacijas nebuvo atsižvelgta į Lietuvos medicininių draugijų nuomonę, jų projektas nebuvo viešai apsvarstytas. Sveikatos apsaugos ministerija, atestuodama gydytojų kvalifikaciją, griežtai reikalauja atitinkamo tobulinimosi valandų skaičiaus, tačiau valstybės, universitetų bei gydymo įstaigų tam skiriamos lėšos negali užtikrinti reikalavimų atitinkančio tobulinimosi. Gydytojų materialinė padėtis dažniausiai neleidžia kvalifikacijos kėlimo apmokėti savo lėšomis. Kaip tik farmacijos kompanijų parama dažnai ir leidžia daugeliui profesionalų kelti savo kvalifikaciją ir atitikti kvalifikacinius reikalavimus.

Lietuvos medicininės draugijos yra savarankiškos nevyriausybines organizacijos, kurios veikia vadovaudamosi įstatymais ir savo įstatuose yra numačiusios sa-

vo narių tobulinimosi ir švietėjiškos veiklos funkcijas. Todėl Lietuvos medicininės draugijos nepritaria „Komercinių institucijų paramos sveikatos priežiūros specialistų profesinės kvalifikacijos tobulinimui rekomendacijų” teiginiams bei nuostatomis ir prašo, kad jose aptariamoms problemoms būtų toliau svarstomos ir kad svarstant jas dalyvautų draugijų atstovai ir kiti suinteresuoti subjektai.

Renginyje dalyvavusios koordinacinio centro prie Lietuvos Mokslų akademijos draugijos kreipiasi į visas Lietuvos medicininės draugijas ir siūlo išreikšti savo nuomonę šiuo opiu medicininei bendruomenei klausimu.

Savo nuomonę, pritarimą ar nepritarimą prašome siųsti:

elektroniniu paštu [gp@lux.lt](mailto:gp@lux.lt)

arba faksu 8-5-2365191;

informacija telefonu 8-5-2365190

arba 8-5-2365192.

*Lietuvos medicininių draugijų koordinacinio centro vardu doc. E. Razgauskas*

### Patvirtinta sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategija

Kovo 5 d. LR Vyriausybė patvirtino „Sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo strategiją“. Savivaldybėms siūloma iki 2003 m. birželio 1 d. patikslinti sveikatos priežiūros plėtojimo programas ir pateikti jas Sveikatos apsaugos ministerijai. Apskričių viršininkai, suderinę su savivaldybėmis, iki rugsėjo 1 d. turės pateikti ministerijai asmens sveikatos priežiūros įstaigų restruktūrizavimo planus.

Anot sveikatos politikų, įgyvendinus strategiją tikimasi racionaliau ir efektyviau naudoti sveikatos apsaugai skirtas lėšas, sukurti optimalią įstaigų struktūrą, pagerinti paslaugų prieinamumą ir kokybę.

Pirmiausia numatoma pertvarkyti didžiųjų miestų sveikatos įstaigų tinklą. Ypač didelis dėmesys bus skiriamas ambulatorinių paslaugų, ypač pirminės sveikatos priežiūros, plėtrai, stacionarių paslaugų optimizavimui, alternatyvių veiklos sričių vystymui. Taip pat ketinama plėtoti medicininės slaugos ir ilgalaikio palaikomojo gydymo paslaugas. Prognozuojama, kad strategijos pirmajam etapui įgyvendinti 2003-2005 me-

tais reikės apie 120 mln. litų. Pagrindinė lėšų dalį sudarys valstybės ir savivaldybių biudžetų bei privalomojo sveikatos draudimo lėšos. Restruktūrizavus sveikatos įstaigų tinklą kasmet tikimasi sutaupyti apie 150 mln. litų.

*Lietuvos medicinos kronikų informacija (2003 03 10, Nr. 84)*

### Seminare apie narkomanijos ir ŽIV prevenciją

Kovo 6-7 d. Vilniuje vyko seminaras „Sergančiųjų priklausomybės ligomis sveikatos priežiūra ir socialinė rehabilitacija Didžiojoje Britanijoje ir Lietuvoje“, kurią suorganizavo Vilniaus priklausomybės ligų centras. Renginį rėmė Didžiosios Britanijos ambasada Lietuvoje. Seminara svečiai – ekspertai iš Didžiosios Britanijos Roderick PM Thompson, sveikatos organizatorius, daugiaorganizacinių narkomanijos gydymo ir kriminalinio teisingumo programų sveikatos apsaugos paslaugų vadovas ir Gerry Hale – sveikatos apsaugos organizatorius, projektų vadovas, nuo 1996 m. konsultuoja Vilniaus priklausomybės ligų centrą plėtojant sveikatos priežiūros ir ŽIV/AIDS prevencijos programas.

Seminare dalyvavo priklausomybės ligų centrų ir priklausomybės ligų dienos centrų darbuotojai, savivaldybių, policijos atstovai, psichiatrai, socialiniai darbuotojai, nevyriausybinių organizacijų atstovai iš visos Lietuvos. Vilniaus priklausomybės ligų centro vadovas E. Subata pabrėžė, jog Lietuvoje dar nėra sukaupta tiek patirties, kad būtų įmanoma adekvačiai kovoti su amžiaus bėda – narkomanija ir ŽIV/AIDS, todėl labai aktualu susipažinti su Didžiosios Britanijos patirtimi šioje srityje ir pritaikyti ją mūsų šalyje.

Pasak seminaro svečių, norint sėkmingai vykdyti narkomanijos prevenciją, reikia užtikrinti deramą socialinę paramą ir prevencijos sąlygas. Vieno ir dar tobulo recepto visoms pasaulio valstybėms sukurti neįmanoma, nors narkomanija ir yra visuotinė problema, viso pasaulio problema. Ekspertai Roderik PM Thompson ir Gerry Hale atstovauja Anglijos Šiaurės Vakarų regionui, Mančesterio ir Liverpulio miestams, kuriuose gyvena apie 7 mln. žmonių. Šis regionas pasiekė išpūdingų laimėjimų organizuodamas sergančiųjų

narkomanija sveikatos priežiūrą ir reabilitaciją bei ŽIV/AIDS prevenciją. 2001 m. duomenimis, Anglijoje, Velse ir Šiaurės Airijoje tarp visų užsikrėtusiųjų ŽIV/AIDS per intraveninius narkotikus buvo tik 6 procentai. Palyginti mažas ŽIV/AIDS paplitimas siejamas su adatų bei švirksčių keitimo programų įgyvendinimu aštuntojo dešimtmečio pabaigoje, kitų intraveniniams narkotikų vartotojams prieinamų programų plėtojimas.

Klaipėdos savivaldybės Sveikatos skyriaus vedėja J. Asadauskienė pasidalijo Klaipėdos apskrityje organizuojamos priklausomybės ligų sveikatos priežiūros ir socialinės rehabilitacijos patirtimi, o Vilniaus priklausomybės ligų centro darbuotoja R. Krikščiukaitytė apžvelgė visas šalyje vykdomas šios srities programas.

Didžiosios Britanijos ekspertai papasakojo apie kovą su nelegalių narkotikų vartojimu, sergančiųjų priklausomybės ligomis sveikatos priežiūra ir socialine reabilitacija, sveikatos priežiūros ir socialinių tarnybų bendradarbiavimo galimybėmis.

Buvo pristatytas Vilniaus m. įstaigų ir tarnybų, teikiančių sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas nuo psichoaktyviųjų medžiagų priklausomiems asmenims, žinynas, kuriame pateikta išsami informacija (telefonai, adresai, reikalingi dokumentai, darbo valandos ir kt.).

*Lietuvos medicinos kronikų informacija (2003 03 10 Nr 84) Parengė A.Ra-polevičiūtė*

### ŽIV Lietuvoje

Lietuvos AIDS centro duomenimis, 2003 m. vasario mėn. nustatyti 7 nauji ŽIV atvejai: nešiotojais tapo viena moteris ir 6 vyrai. 2 vyrai į Lietuvos AIDS centrą atėjo pasitikrinti patys, o 5 asmenims ŽIV nustatytas laisvės atėmimo vietoje.

5 naujai užsikrėtę ŽIV asmenys yra narkomanai, kitų užsikrėtimo kelias dar tikslinamas. Minėtų piliečių amžius 21-30 metų. Užsikrėtusi ŽIV moteris yra narkomanė, ne Lietuvos pilietė. Šiuo metu Lietuvoje yra 758 ŽIV nešiotojai. Vyru – 688, moterų – 70.

59 užsikrėtę heteroseksualių lytinių santykių metu, 59 – homoseksualių, 612 – vartodami narkotikus, 28 asmenų užsikrėtimo kelias nėra žinomas.

## Žurnalas "Medicina" įgijo tarptautinį pripažinimą

Prieš dvejus metus buvo reorganizuota žurnalo "Medicina" leidyba. Per tą laikotarpį pasirašius trišalę Lietuvos gydytojų sąjungos, Kauno medicinos ir Vilniaus universiteto sutartį žurnalas įgijo tarptautinį pripažinimą ir tapo indeksuojamu prestižinėse medicinos literatūros duomenų bazėse: Index Medicus ir MEDLINE. Apie tai žurnalo mokslinį redaktorių prof. E. Kevelaitį 2002 m. pabaigoje informavo JAV nacionalinė medicinos biblioteka. Lietuvoje tai pirmasis biomedicinos mokslų žurnalas patekęs į šiuos indeksuojamų leidinių sąrašus. Žurnalą atranką vykdo JAV nacionalinės bibliotekos patarėjų komitetas, kurį sudaro dvylika žymių biomedicinos srities specialistų. Jeigu žurnalas pirmuoju mėginimu nesurenka pakankamai balų, kad patektų į šį sąrašą, pakartotinai svarstomas toks prašymas ne anksčiau kaip po 2-4 metų. Žurnalas "Medicina" pirmuoju bandymu sugebėjo patekti į

prestižines duomenų bazes ir žurnalo straipsniai pateikiami plačiai tarptautinei skaitytojų auditorijai.

Žurnale gausu naujovių. Viena jų – tai nuolatinis žurnalo skyrius "Tęstinės medicinos studijos", kuriame spausdinami straipsniai, padedantys kelti medikų kvalifikaciją bei kontroliniai testai, kuriuos teisingai atsakius, suteikiamos kvalifikacijos kėlimo valandos ir išduodami KMU kvalifikacijos kėlimo pažymėjimai. "Mediciną" galima užsiprenumeruoti visuose "Lietuvos pašto" skyriuose ir žurnalo redakcijoje Mickevičiaus 9, KMU LT-3000 Kaunas.

*"Psichiatrijos žinių" redakcijos informacija*

**Meno galerija "Stiklo tiltai"** yra skirta psichikos sveikatos paslaugų vartotojų meno kūrinių pristatymui visuomenei. Jos misija formuoti pozityvią visuomenės nuomonę apie psichikos sveikatos

paslaugų vartotojus demonstruojant jų pačių aktyvią kultūrinę ir socialinę veiklą. "Stiklo tiltai" yra "Socialinių ir psichologinių paslaugų centro" projektas, kurio pagrindiniai rėmėjai yra Atviros Lietuvos fondas ir UAB "Bitė GSM". Galeriją taip pat remia ir konsultuoja meno galerija "Vartai".

*Jurga Mataitytė  
Projekto koordinatorė  
Tel.: 8 699 67634  
Email.: stiklotiltai@takas.lt*

### Gerb. Kolegos,

2002 m. gegužę įvykusi konferencija apie psichodiagnostikos aktualijas Lietuvoje susilaukė atgarsio. Po konferencijos daugumos sprendimu buvo nutarta padaryti šią konferenciją kasmetiniu renginiu bei artimiausioje konferencijoje buvo siūlyta nagrinėti mąstymo įvertinimo problematiką.

Mūsų Centras kaip ir pernai siūlo galimybę rengti šią konferenciją Vilniaus Respublikinės psichiatrijos ligoninės patalpose, bei laukia Jūsų idėjų ir pasiūlymų, atvejų pristatymų bei pranešimų, sudarant šios konferencijos programą. Numatoma preliminarinė konferencijos data – š. m. spalio mėn.

Laukiame Jūsų pasiūlymų iki š. m. gegužės mėnesio.

Psichologinio konsultavimo ir psichoterapijos centras

Respublikinė Vilniaus psichiatrijos ligoninė

Parko g. 15, LT – 2041 Vilnius

Faks. (8 – 5) 267 15 03

Tel. (8 – 5) 267 19 91

El. paštas: nvilniapsichologai@rvpl.lt

*Psichologinio konsultavimo ir psichoterapijos centro vedėja Liudmila Makarova*

### Jaunimo psichologinės paramos centras

Pagalba problemų turinčiam jaunimui, atviros paramos grupės.

Rasų g. 20, Vilnius

Telefonas: (8-5) 231 34 37

info@jppc.lt;

www.jppc.lt

### Gerbiami Kolegos,

Informuojame, kad 2003 01 24d. įvyko Lietuvos psichoterapijos tarybos (LPT) steigiamasis suvažiavimas/konferencija, kurios metu buvo įkurta Lietuvos psichoterapijos taryba, vienijanti psichoterapinio profilio organizacijas Lietuvoje. LPT įsteigti pareiškė norą 13 organizacijų (juridinių asmenų). LPT steigėjų sąrašas:

1. Lietuvos psichoanalizės draugija.
2. Lietuvos dinaminės psichiatrijos draugija.
3. Psichodinaminės psichoterapijos centras.
4. Lietuvos gestalto asociacija.
5. Kauno gestalto studijų centras.
6. Lietuvos transakcinės analizės asociacija.
7. Lietuvos humanistinės psichologijos asociacija.
8. Lietuvos telefoniniu psichologinės pagalbos tarnybu asociacija.
9. Lietuvos individualiosios psichologijos draugija.
10. Lietuvos geštaltingės psichoterapijos asociacija.
11. Vilniaus psichoterapijos ir psichoanalizės centras.
12. Lietuvos sisteminės seimos psichoterapijos draugija.
13. Praktinės psichologijos studijų centras.

LPT valdybos pirmininke išrinkta Aurelija Markevičienė

LPT valdybos pirmininkės pavaduotoja išrinkta Laima Vasiliauskaitė

LPT valdybos sekretoriumi išrinktas Rytis Stelingis

LPT valdybos išdininke išrinkta Rūta Bačiulytė

LPT valdybos revizoriumi išrinktas Robertas Petronis.

*LPT sekretorius Rytis Stelingis  
steling@kaunas.omnitel.net*

**Informacijos** anglų kalba apie gydytojų psichiatrų ir psichologų psichikos sveikatą bei nusikaltimus rasite: <http://www.cchr.org/fraud/eng/page34.htm>

**Bendrosios praktikos gydytojo normos MN 14 pataisos**

Sveikatos apsaugos ministerijoje dirba darbo grupė, kuriai pavesta peržiūrėti šiuo metu galiojančią Bendrosios praktikos gydytojo normą MN 14. Pastabas siųskite tokiomis adresais:

ona.abraityte@sam.lt  
 eduardasr@vilsat.net  
*Grupės vardu,*  
*doc. Eduardas Razgauskas*

**IV-asis Lietuvos skausmo draugijos suvažiavimas**

Kaunas, 2003 m. balandžio 29-30 d.  
 Skausmo medicina: įvairių specialybių gydytojų bendradarbiavimas  
 Plenarinės sesijos lektoriai – Tarptautinės skausmo studijų asociacijos mokslinio komiteto nariai  
 Lietuvos skausmo draugija  
 Eivenių g. 2, 3007 Kaunas  
 El. paštas: neurpain@kmu.lt

2002 m. spalio mėnesį surengtame posėdyje **Mokslo tarybos kolegija**, apsvarsčiusi Lietuvoje leidžiamų periodinių mokslo leidinių įvairovę bei Lietuvos mokslo leidinių sąrašo sudarymo principus priėmė nutarimą V-42:

1. Pripažinti, kad toliau naudotis vis ilgėjančiu “Lietuvos mokslo leidinių, kuriuose publikuoti mokslo straipsniai pripažįstami suteikiant mokslo laipsnį, sąrašu”, kuriame yra dauguma Lietuvoje leidžiamų mokslo žurnalų, nėra tikslinga.

2. Pasiūlyti, kad doktorantūrą baigiančių asmenų publikacijų mokslinį lygį vertintų daktaro disertacijos oficialieji oponentai ir tarybos, kurioje ginama disertacija, nariai.

Šis nutarimas esminiai keičia principus, kuriais yra vertinamas straipsnio mokslinis lygis. Remiantis naujomis nuostatomis straipsniai turi būti spausdinami recenzuojamuose periodiniuose mokslo leidiniuose, tačiau panaikinamas “prestižinių” leidinių sąrašas. Daugiau informacijos galima rasti [www.lmt.lt](http://www.lmt.lt)

*“Psichiatrijos žinių” redakcijos informacija*

Išleistas naujas žurnalo “Gydymo menas” priedo “Nervų ir psichikos ligos” numeris. Su jo turiniu galite susipažinti interneto svetainėje [www.medicine.lt](http://www.medicine.lt)

Sveikatos priežiūros ir farmacijos naujienos per savaitę Lietuvos spaudoje šiame interneto puslapyje rubrikoje “Spauda per savaitę”.

**Gerb. Kolegos,**

Informuojame Jus, kad 2003 m. kovo mėn. Lietuvos sveikatos informacijos centras planuoja išleisti trečiąją pataisytą knygos „Tarptautinė ligų ir sveikatos problemos klasifikacija (TLK-10)“ leidimą. Norinčius įsigyti šią knygą (preliminari kaina apie 55 litus), prašome skubiai faksu ar elektroniniu paštu atsiųsti išankstines paraiškas, nurodant knygos egzempliorių skaičių. Šios paraiškos padėtų suformuoti reikiamą tiražą.

*Pagarbiai,*  
*Rita Gaidelytė,*  
*Informacijos apdorojimo skyrius,*  
*Lietuvos sveikatos informacijos centras*  
*Tel. (8 5) 2773301, 2773303*  
*Faksas (8 5) 2773302*  
*El.paštas: [lsic@lsic.lt](mailto:lsic@lsic.lt)*

KMU Endokrinologijos instituto ir Lietuvos biologinės psichiatrijos draugijos seminarų ciklas **“PSICHOENDOKRINOLOGIJA: NAUJA DIMENSIJA PSICHIATRIJOJE”**.

iki 2003 12 18, seminarų pradžia: 15 val. Seminarų vieta: KMU Endokrinologijos Instituto (KMU EI) salėje.

**PRELIMINARI PROGRAMA:**

Tema	Data	Lektoriai	Vieta ir rėmėjas
Stresas, depresija ir antinksčių ašies funkcija. Psichoimunologija.	2003 04 17	R.Bunevičius V.Liesienė	KMU EI
Skyd liaukės funkcijos sutrikimai sergant psichikos ligomis.	2003 05 22	N.Jakubonienė G.Špėlytė R.Bunevičius	KMU EI
Endokrininių pokyčių nėštumo metu svarba motinos ir vaiko psichikos sveikatai. Pogimdyvinės depresijos ir psichozės. Psichotropiniai medikamentai ir nėštumas bei maitinimas krūtimi	2003 09 18	L.Lapkienė A.Utkus	KMU EI
Augimo hormonas ir gyvenimo kokybė. Anaboliniai hormonai. Vegetacinės krizės	2003 10 23	L.Lašaitė N.Mickuvienė	KMU EI
Metabolinis X sindromas, nutukimas ir diabetas. Psichiatrinės metabolinio sindromo komplikacijos. Hormonų ir jų sintetinių analogų panaudojimas gydant psichikos sutrikimus.	2003 11 20	R.Šulcaitė J.Butnorienė	KMU EI
Endokrininės psichotropinių vaistų komplikacijos ir hormonų kitimas gydymo metu.	2003 12 18	D.Deltuvienė S.Volkavičiūtė	KMU EI

# Konferencijos

## XIII-asis Pasaulio psichiatrijos kongresas

### XIII World Congress of Psychiatry

2005 rugsėjo 10-15, Kairas (Egiptas)  
Kongreso prezidentas prof. Ahmed Okasha  
Organizacinis komitetas

Pasaulinė psichiatrijų asociacija (World Psychiatric Association)  
Prof. Juan J. Lopez – Ibor  
Prof. Mario Maj  
Prof. Juan E. Mezzich  
Prof. Driss Moussaoui

Egipto psichiatrijų asociacija (Egypt Psychiatric Association)  
Prof. Said Abdel Azim  
Prof. Moustafa Kamel  
Prof. Afaf Khalil  
Prof. Adel Sadek

Sekretoriatas:  
TILESA OPC, S.L.  
c. Londres, 17 – 28028 Madrid (Spain)  
Tel.: +34 913 612 600  
Fax: +34 913 559 208  
E-mail:  
secretariat@wpa-cairo2005.com

## Pasaulinis elgesio ir kognityvinės psichoterapijos kongresas 2004

### World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies 2004

2004 birželio 20-24  
Kobe, Japonija  
Plakatus, simpoziumus pristatyti iki 2003 spalio 18, seminarus iki 2003 rugsėjo 20.

Informacija:  
Professor Yuji Sakano, Ph.D.  
World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies 2004 (WCBCT 2004)  
c/o Congress Corporation  
Kohsai – Kaikan Bldg. 5-1, Kojimachi, Chiyoda – ku, Tokyo 102-8481, Japan  
Tel: 81-3-5216-5551  
Fax: 81-3-5216-5552  
e-mail: WCBCT2004@congre.co.jp  
http://www.congre.co.jp/WCBCT2004/

## Pasaulinės psichiatrijų asociacijos tarptautinis kongresas

### WPA International Congress (AMP Congreso Internacional)

Vienybė psichikos sveikatai  
Alliances for Mental Health  
2003 spalio 01-04 Karakasas (Venesuela)

Informacion General :  
Av. Libertador, Edif. Majestic, Piso 14, No. 148, Caracas 1050 – Venezuela  
Telf.: (58 – 212) 763.11.84 – 763.08.51  
– Fax: (58 – 212) 232.11.04  
E-mail: wpacongress@cantv.net – secretariaapal@cantv.net  
www.wpa2003.org

## VIII-asis Pasaulio kongresas „INOVACIJOS PSICHIATRIJOJE – 2004“

(Innovations in Psychiatry)  
2004 kovo 1-4, Keiptaunas, Pietų Afrikos Respublika

Informacija:  
8th World Congress Secretariat  
World Forum For Mental Health  
P.O. Box B135, Huddersfield, HD1 1YG.  
United Kingdom.  
Tel:+44 (0) 1484 – 532102  
Fax: +44 (0) 1484 – 425699  
e-mail: worldforum@aol.com

## CINP Azijos – Ramiojo vandenyno šalių regioninis susitikimas

### 2003 spalio 12-15 Beidžingas (Kinija)

Kongreso prezidentas: Prof. Herbert Meltzer  
Pekino Universiteto Psichikos sveikatos institutas  
Huayuanbeilu No.51, Haidian District Beijing, 100083, P.R. CHINA

**Ekologinė bioetika ir psichikos sveikata: tiltas į ateitį**  
**Ecology Bioethics & mental health: bridge towards the future**

Organizuoja Italijos psichiatrijos draugijos Ekologijos, Psichiatrijos ir psichikos sveikatos sekcija  
2004 vasario 13 - 15 Roma (Italija)  
Kongreso prezidentas Giuseppe Spinetti

Sekretoriatas:  
G&G Congressi srl  
00143 Rome – Italy – Via Giovanni Squarcina, 3  
Tel.+39-06.5043441  
Fax +39-06.5033071  
www.gegcongressi.com  
e-mail: congressi@gegcongressi.com

## XII Tarptautinis Psichogeriatrinės asociacijos kongresas

### XII International Psychogeriatric Association Congress

2005 rugpjūčio 14-19, Stokholmas (Švedija)

Informacija:  
http://www.ipa-online.org or  
email stockholm2005@ipa-online.org.

## Tarptautinis biologinės psichiatrijos kongresas

### The International Congress of Biological Psychiatry

2004 vasario 9-13, Sidnėjus (Australija)  
Organizuoja Pasaulinė Biologinės psichiatrijos draugijų federacija  
Tel: +44 (0) 1355 244966  
Fax: +44 (0) 1355 249959  
Email: SydneyScience@glasconf.demon.co.uk  
www.wfsbponline.com

## XII EUROPOS PSICHIATRIJOS KONGRESAS

### 12<sup>th</sup> AEP CONGRESS (Association of European Psychiatrists)

2004 balandžio 14-18 Ženeva (Šveicarija)  
Congress website:  
www.kenes.com/aep2004  
Tel: +41 22 908 0488  
Fax: + 41 22 732 2850  
E- mail: aep 12@kenes.com

LPA valdybos posėdžio, įvykusio Vilniaus priklausomybės ligų centre,  
Gerosios Vilties g. 3, 2003.03.13, 14.00–17.00

# Protokolas

Pirmininkas – Emilis Subata  
Sekretorius – Gintautas Daubaras

Posėdyje dalyvavo:

Virginija Adomaitienė – Kauno Psichiat-  
rijos klinika

Ramūnė Ališauskienė – Šiaulių psichiat-  
rijos ligoninė.

Gintautas Daubaras – VŠĮ Antakalnio po-  
liklinikos PSC

Algirdas Dembinskas – Vilniaus psichiat-  
rijos klinika

Nijolė Goštautaitė-Midttun – Vilniaus  
psichikos sveikatos centras

Eugenijus Laurinaitis – Vilniaus kliniki-  
nės psichoterapijos centras

Valdonė Matonienė – Žiegždrių psichiat-  
rijos ligoninė

Stefa Naujokienė – Klaipėdos krašto sky-  
rius, Telšių PSC

Alydas Navickas – Vilniaus psichiat-  
rijos klinika

Emilis Subata – Vilniaus priklausomybės  
ligų centras

Svarstyta:

## I. LPA filialų nuostatų projektas (pristatė E.Subata)

**Svarstyta:** Filialų nuostatų projektas, pa-  
rengtas teisininkų.

Pasisakė:

**V. Matonienė:** Tai nuostatai UAB filia-  
lo, kuriam reikia samdyti direktorių, o tam  
nepakaks lėšų. Remiantis šiuo projektu  
filialo nariai negali išsirinkti pirmininko,  
direktorius yra skiriamas LPA valdybos.  
Pagal Asociacijų įstatymą filialai – tai  
centrinės organizacijos administracijos  
padaliniai. Kauno ir Klaipėdos kraštai gali  
pasiūlyti alternatyvius įstatų variantus.

**E.Laurinaitis:** Turi būti steigiamos at-  
skiros visuomeninės organizacijos (drau-  
gijos) vietoj kraštų organizacijų, jos re-  
gistruotųsi savo miestuose ir jungtųsi į  
asociaciją. Taip išvengtume filialų. Šios  
organizacijos turėtų savo pirmininką ar-  
ba prezidentą, išdininką, kurie dirbtų vi-  
suomeniniais pagrindais, ir tarybą. Orga-  
nizacija pati nuspręstų, ar stoti į Lietuvos  
psichiatrų asociaciją.

**E.Subata:** Yra trys pasiūlymai, kaip bū-  
tų galima patobulinti įstatus gausinant de-  
mokratiją krašto filiale:

- 1) papildyti filialo nuostatus: kraštas pa-  
siūlo direktorių, valdyba jį patvirtina,
- 2) filialas kuria koordinavimo tarybą, su  
kuria konsultuojasi direktorius, 3) direk-  
torius nebūtinai turi būti mokamas, gali  
vadintis krašto draugijos vadovu, koor-  
dinatoriumi. Reikalinga teisininko kon-  
sultacija.

**Nutarta:**

1. Pasiūlyti su teisininku (Nevyriausybi-  
nių organizacijų paramos centre) dėl ga-  
limybės svarstomą nuostatų projektą pa-  
pildyti, pakeisti atsižvelgiant į minėtas pa-  
stabas.
2. Išanalizuoti alternatyvinių gyd. V.Ma-  
tonienės pateiktą Kauno krašto projektą
3. Šį klausimą sutiko koordinuoti gyd.  
A.Navickas.

## II. Nario mokesčių rinkimo reglamentas (pristatė gyd. V.Matonienė)

**Svarstyta:** mokesčio rinkimo reglame-  
to projektas.

**Nutarta:**

1. Aptarti mokesčių klausimus LPA kraš-  
tuose.
2. Iki suvažiavimo pateikti reglamento pa-  
siūlymus LPA valdybai.

## III. Mokesčio nesumokėjusių LPA narių problema (pristatė A.Navickas)

**Svarstyta:** mokesčio nesumokėjusių na-  
rių problema

**Nutarta:**

1. Skelbti „Psichiatrijos žiniose“ informa-  
ciją apie nesumokėjusius nario mokesčio.
2. Nedarbančius LPA narius atleisti nuo  
mokesčio metams pagal kraštų paraiškas.

## IV. „Psichiatrijos žinių“ tinklalapio redkolegijos klausimai (pristatė N.Goštautaitė-Midttun, A. Navickas)

**Svarstyta:** „Psichiatrijos žinių“ juridinis

statusas (ar galėtų tapti LPA filialu), tin-  
klalapis, bendradarbiavimas su „Vaistų ži-  
niomis“, redkolegijos padidinimas.

**Nuspręsta:**

1. Bendradarbiavimą su UAB „Vaistų ži-  
niomis“ leidžiant „Psichiatrijos žinias“  
tęsti tik valdybai gavus ir apsvarsčius kon-  
kretų pasiūlymą raštu.

2. Redaktorei pavesta išsiaiškinti juridi-  
nes galimybes „Psichiatrijos žinioms“  
tapti LPA filialu.

3. Redkolegiją sudaryti iš valdybos narių  
bei VPSC direktorės O. Davidonienės ir  
gyd. D. Survilaitės.

## V. Dėl priklausomybės ligų sveikatos priežiūros ir socialinės reabilitacijos bendruomenėje (pristatė E.Subata)

**Svarstyta:** Rezoliucijos LR Seimo Lai-  
kinajai narkomanijos prevencijos komi-  
sijai projektas, priimtas Didžiosios Bri-  
tanijos specialistų seminare.

**Nutarta:**

1. Pritarti rezoliucijai ir pagrindinėms jos  
nuostatomis.

## VI. „Lietuvos aidas“ straipsnis apie prof. J. Šurkų (pristatė V.Matonienė)

**Svarstyta:** LPA reakcija į šmeižiamą  
straipsnį apie žymų psichiatrijos specia-  
listą profesorių

**Nutarta:**

1. Kreiptis į Žurnalistų ir leidėjų etikos  
komisiją dėl etikos pažeidimo, informa-  
ciją apie tai pateikus LPA atstovui komi-  
sijoje gyd. L. Slušniui.

## VII. Dėl LPA suvažiavimo (pristatė E.Laurinaitis)

**Svarstyta:** data, darbotvarkė, organiza-  
toriai.

**Nutarta:**

1. LPA suvažiavimą pasiūlyti surengti  
2003 spalio 10 d. – Pasaulinę psichikos  
sveikatos dieną
2. Numatyti galimybę LPA sudaryti su-  
tartį su kita organizacija dėl suvažiavimo  
organizavimo.

# Žurnalistų ir leidėjų etikos komisijos sprendimas

Žurnalistų etikos komisijos narys nuo Lietuvos psichiatrijos asociacijos L. Slušnys informuoja apie komisijos sprendimą, kuriuo nustatyta, kad straipsniai, pasirodę 2003 m. vasario 3-5 d. „Lietuvos Rytų“ dienraštyje apie vaikina, pasikorūsi bažnyčioje, neatitinka etikos reikalavimų.

Skundą pristatė L. Slušnys: p. S. Gaidys skundžiasi dėl, jo manymu, tendencingo ir neatitinkančio tikrovės A. Dumalako straipsnio „Pakaruoklis priverstas atšventinti bažnyčią“, išspausdinto 2003 02 03 d. dienraštyje „Lietuvos rytas“. Ponai Gaidžiai pateikė dar du „Lietuvos ryto“ straipsnius (vasario 4 ir 5 d.) apie tą patį įvykį ir paaiškino, kad juos ižeidė daugybė netikslumų juose ir tai, kad šeima nenorėjo tokio viešumo ir yra nepelnytai kaltinama dėl įvykusios tragedijos. Nepasikalbėjus nei su artimaisiais, nei su draugais daromos išvados, jog sūnus buvo nemylimas, tik ir laukė progos išeiti iš gyvenimo. VU atstovės psichologės E. Trofimovos manymu, savižudybių aprašymas spaudoje jau tapo opia problema, nes tyrimai rodo, kad tokie straipsniai tik skatina savižudybes.

Komisijos nariai sutiko, kad tai ne vienintelis atvejis, kada taip detalai ir smulkiai aprašinėjamos savižudybės, nesant jokio būtino reikalo. Ir šiuo konkrečiu straipsniu, pradėdant pavadinimu ir baigiant užrašu po nuotrauka, buvo siekiama tik pigios sensacijos. L. Slušnio manymu, grubiausiai pažeisti Etikos kodekso 2, 7, 9, 19, 48, 49 straipsniai. G. Songaila, L. Tapinas pasiūlė atkreipti dėmesį į žmogaus privatumo apsaugą: pateik-

ti visi duomenys, iš kurių galima pažinti mirusįjį, o tuo pačiu ir jo artimuosius. Jų manymu, pažeisti ir Etikos kodekso 6, 17, 20 ir 39 str. A. Marcinkevičiaus nuomone, kalčiausi yra teisėsaugos pareigūnai, kurie pateikė išsamią medžiagą, ir pasiūlė kreiptis į prokuratūrą – priminti, kad jos pareigūnai atsargiau elgtųsi su turima informacija. Tačiau dauguma komisijos narių mano, kad už tai, ką rašo, yra atsakingas tik žurnalistas. Buvo išsakyta mintis, kad reikėtų paruošti viešą straipsnį (ar kreipimąsi) dėl panašių publikacijų, pasiūlyta apgalvoti tokio straipsnio projektą, o konkretų tekstą aptarti būsimų posėdžių metu.

Nuspręsta:

1. Dienraštis „Lietuvos rytas“ pažeidė Žurnalistų ir leidėjų etikos kodekso 2, 7, 9, 17, 20, 39, 48 ir 49 str. Laiške redakcijai išsamiau paaiškinti tokio komisijos sprendimo motyvus.

*R. Gudaitis*

Lietuvos psichiatrijos asociacija Žurnalistų ir leidėjų etikos komisijoje turi savo deleguotą nuolatinį narį Liną Slušnį. Jei gu Jums iškyla klausimų arba abejonių dėl etikos pažeidimų žiniasklaidoje, ar pateikiant informaciją nėra pažeidžiamos žmogaus teisės, kreipkitės į Liną Slušnį: [rul@one.lt](mailto:rul@one.lt)

Jei norite, kad Jūsų skundas būtų nagrinėjamas, turėtumėte prašyme nurodyti laidos (leidinio, programos) pavadinimą, datą ir laiką, išreikšti savo nuomonę apie

Valstybinio psichikos sveikatos centro direktorei Onai Davidonienei

2003-03-05 Nr.2003-02

I 2003-02-24 Nr.73

## Dėl medicinos normos „Gydytojas psichiatras“ projekto

Susipažinome su MN „Gydytojas psichiatras“ projektu.

Teikiame šias pastabas:

- 7.1.p. ir 9.2 p. minimi psichikos sutrikimai ir psichiatro kompetencija 7 ir 8 šios tvarkos skyriuje, tuo tarpu, VIII skyrius apibūdina gydytojo psichiatro atsakomybę.
- 8.9.p. nėra aišku iš kokių institucijų gydytojas psichiatras turi teisę gauti darbui būtiną informaciją apie pacientus. Likusiajam šios medicinos normos tekstui Lietuvos psichiatrijos asociacija pastabų neturi.

*Prezidentas Doc.Emilis Subata*

tai, kokius žmogaus teisių pažeidimus pastebėjote. Nagrinėtiną prašymą pateikti:

Žurnalistų etikos inspektoriui Romui Gudaičiui, T.Vrublevskio g. 6, LT-2001 Vilnius, tel. (8~5) 2663680, faksas (8~5) 2663682, el. paštas [romas.gudaitis@lrs.lt](mailto:romas.gudaitis@lrs.lt)

Žurnalistų etikos inspektorius savo ruožtu įvertina situaciją bei remdamasis komisijos išvada ir nutarimais priima sprendimą.

*LPA valdybos informacija*

Lietuvos psichiatrijos asociacija  
Lithuanian Psychiatric Association

Gerosios Vilties g. 3, LT-2009 Vilnius, Lietuva  
Tel. +370 5 213 72 74, faksas +370 5 216 00 19, e-mail: [vpic@takas.lt](mailto:vpic@takas.lt)



## Projektas

# Asociacijos mokesčių surinkimo reglamentas

## Ruošė Valdonė Matonienė

1. Kiekvieno asociacijos nario pareiga sumokėti LPA nario mokesį už einamus metus.
2. LPA kiekvieno krašto filialas privalo išsirinkti išdininkus, kurie tvarko filialo banko sąskaitą, renka nario mokesį ir įneša pinigus į banko sąskaitą. Taip pat filialo išdininkas, filialo valdybos[tarybos] pavedimu, tvarko ir visą finansinę dokumentaciją: saugo visą finansinę dokumentaciją, susijusią su filialo finansų judėjimu.
3. Filialo išdininkas iki einamųjų metų balandžio 15 d. Surenka metinį nario mokesį iš visų krašto filialo narių, kiekvienam duodant pasirašyti ties pavarde, mokama suma ir data. Jeigu nario mokesis perduodamas per kolegą, pasirašo mokantis asmuo.
4. Iki einamųjų metų gegužės 5 d. visas nario mokesis su patikslintais sarašais privalo patekti pas LPA išdininką.
5. Iki einamųjų metų gegužės 20 d. LPA išdininkas privalo įnešti kiekvieno krašto atskirai surinktas sumas į LPA banko sąskaitą ir čekių kopijas išsiųsti krašto filialo išdininkams, kurie privalo saugoti minėtas kopijas, kaip finansinės atsiskaitomybės dokumentus drauge su sarašais, kuriuose yra narių parašai.
6. Krašto filialo išdininkas atiduoda LPA išdininkui 50 procentų visos surinktos nario mokesčio sumos pervesti į LPA sąskaitą, o 50 procentų sumos įneša į krašto filialo banko sąskaitą.
7. Jeigu krašto filialo narys dėl kažkokių tai priežasčių nesumoka krašto išdininkui nario mokesčio iki einamųjų metų balandžio 15 d., jis privalo pats pervesti visą nario mokesį į LPA banko sąskaitą, gauto čekio kopiją pristatant krašto filialo išdininkui ir LPA išdininkui.
8. Iki einamųjų metų birželio 1 d. LPA išdininkas perduoda nesumokėjusių nario mokesčio sarašus LPA valdybai ir "psichiatrijos žinių" redakcijai. Nesumokėjusių pavardės skelbiamos. Artimiausio valdybos posėdžio metu svarstoma skolininkų narystė.

**Remiantis LPA valdybos posėdžio sprendimu informuojame apie narius nesumokėjusius nario mokesčio. Primename, kad turėtumete kuo skubiau perduoti mokesčius savo krašto pirmininkui, nes artimiausiu metu bus svarstomas narystės netekimo klausimas.**

### Klaipėdos kraštas

1. Kobilinskienė Jolanta (Palanga), nemokėjo už 2001, 2002
2. Navardauskaitė Valerija (Plungė), nemokėjo už 2001, 2002

### Kauno kraštas

- Railienė Vida (VRM p-ka), nemokėjo už 2002
- Jonaitienė Elvyra (Prikl. Ligų centras), nemokėjo už 2001, 2002 (atsisakė mokėti)
- Būga Arvydas (serga), nemokėjo už 2002
- Paulauskienė Živilė, nemokėjo už 2002

#### Išstojo:

1. Zaronskienė Irena
2. Stankevičiūtė Halina
3. Cukermanienė Irena
4. Vaičienė Liudvika
5. Kiesylinė Janina

### Šiaulių kraštas

1. Juškaitė Rūta (Kelmės PSC), nemokėjo už 2002
2. Juškaitė Reda (Šaukėnų PL), nemokėjo už 2002
3. Jasudienė Larisa (Šiaulių PL), nemokėjo už 2002
4. Bulvinaitė Odeta (Dainių PSC), nemokėjo už 2002
5. Paliukienė Janė, (Šiaulių PL), nemokėjo už 2002
6. Stabinskienė Žibutė (Pakruojo PSC), nemokėjo už 2002
7. Urbelienė Laimutė (Kelmės PSC), nemokėjo už 2002
8. Vasiliauskienė Angelė (Kuršėnų PSC), nemokėjo už 2002
9. Žarnauskas Vincas (Akmenės PSC), nemokėjo už 2002
10. Kristinaitienė Virginija (Akmenės PSC), nemokėjo už 2002

### Vilniaus kraštas

1. Alekna Raimundas, nemokėjo už 2002
2. Aputytė Violė (VU), nemokėjo už 2001, 2002
3. Arlauskas Alfredas, nemokėjo už 2002
4. Bajarūnienė Jūratė, nemokėjo už 2002
5. Bartienė Rasa, nemokėjo už 2002
6. Bartkevičiūtė Ina, nemokėjo už 2002
7. Baumilienė Elvyra, nemokėjo už 2002
8. Baublytė Jurgita, nemokėjo už 1999-2002
9. Činčienė Vaida, nemokėjo už 1999-2002
10. Eismontienė Olga, nemokėjo už 2001, 2002
11. Juknienė Viktorija, nemokėjo už 2000, 2001, 2002 (užsienyje)
12. Galinis Arūnas, nemokėjo už 2000, 2001
13. Guntelienė Pranciška, nemokėjo už 2000, 2001
14. Kavarskas Levas (gyvena užsienyje, nemoka daug metų)

15. Bužinskienė Jolita, dekrete
16. Kiaupa Leonas, nemokėjo už 2002
17. Kajokas Tomas, nemokėjo už 2000, 2001
18. Kildienė Laima, nemokėjo už 2001
19. Stankūnienė (Kriaučionytė) Aušra, dekrete
20. Kuncevičius Deimantas, nemokėjo už 2000, 2001, 2002
21. Kuras Aleksandras, nemokėjo 2000, 2001, 2002
22. Laurelienė Danutė, nedirbanti, pensijoje nuo 2002
23. Laurinavičienė Asta, nemokėjo už 2002
24. Lukšaitė Birutė, nemokėjo už 1999-2002
25. Markevičienė Jovita, nemokėjouž 2000, 2001, 2002
26. Meškauskienė Stasė, nemokėjo už 2002
27. Morkūnienė Jadvyga, nemokėjo už 2001, 2002
28. Pečiukaitienė Dalia, nemokėjo už 2002
29. Povelėnaitė Skirmantė, nemokėjo už 2000-2002
30. Pagareckaitė Rūta, nemokėjo už 1999-2002
31. Petrokas Valdemaras, nemokėjo nuo 1998
32. Nariūnaitė Irena, nemokėjo nuo 1998
33. Pocienė Dalia, nemokėjo už 2001
34. Raišienė Eglė, dekrete
35. Ribakovienė Virginija, nemokėjo nuo 1998
36. Rusteika Mindaugas, nemokėjo už 2002
37. Slušnys Linas, nemokėjo nuo 1999
38. Stakionienė Asta, nemokėjo nuo 1998
39. Stanaitienė Sigutė, nemokėjo nuo 1999
40. Šepetienė Stanislova, nemokėjo nuo 2000
41. Žukauskas Marijus, serga
42. Urbonienė Konstancija, nemokėjo nuo 1999
43. Vaitkūnienė Janina, nedirba, pensijoje
44. Valaikienė Ona, nedirba, pensijoje
45. Žymančius Kazimieras, nemokėjo už 2002
46. Traškienė Dalia, nemokėjo už 2000-2002
47. Barštienė Nomeda, nemokėjo už 2001, 2002
48. Rudalevičienė Palmira, nemokėjo už 2002
49. Saryčeva Galina, nemokėjo už 2002
50. Diržys Darius, nemokėjo už 2002
51. Barakauskaitė Ieva, nemokėjo nuo 1999
52. Trinkūnienė Jolita, nemokėjo nuo 1998
53. Averjanova Irina, nemokėjo už 2001
54. Urbonienė Beata, nemokėjo už 2000, 2001, 2002
55. Zalubienė Asta, nemokėjo už 2001
56. Starkauskas Audrius, nemokėjo už 2001, 2002
57. Kaunas Algirdas-Leonas, serga
58. Šarovas Jevgenijus, nemokėjo už 2001
59. Didžiokaitė Jolanta, nemokėjo už 2001
60. Apinienė Ala, nemokėjo už 2001

*LPA valdybos informacija  
Parengė LPA išdininkė V. Matonienė*

LR Seimo laikinosios narkomanijos prevencijos komisijos pirmininkui Artūriui Skardžiui  
Kopija – Nacionalinio narkotikų informacinio biuro direktorei Astai Saladienei  
2003-03-17

# Dėl kovos su narkomanija stiprinimo savivaldos bendruomenių lygyje

Į 2003 m. kovo 6-7 d.d. į „Holiday Inn“ konferencijų salėje vykstantį seminarą „Sergančiųjų priklausomybės ligomis sveikatos priežiūros ir socialinės reabilitacijos paslaugos bendruomenėje“ susirinko sveikatos priežiūros specialistai, socialiniai darbuotojai, įstaigų vadovai ir administratoriai, nevyriausybių organizacijų atstovai susipažinti su Didžiosios Britanijos kovos su narkomanija modeliu ir padiskutuoti apie galimus kovos su narkomanija kelius Lietuvoje. Seminarą rėmė Didžiosios Britanijos ambasada Lietuvoje.

Seminarą vedė sveikatos apsaugos organizatoriai iš Anglijos šiaurės vakarų regiono Roderik PM Thomsonas ir Gerry Hale. Šiame Anglijos regione pasiekta išpūdingų sveikatos apsaugos laimėjimų, organizuojant sergančiųjų narkomanija sveikatos priežiūros ir reabilitacijos sistemą bei ŽIV/AIDS prevenciją. Naujų ŽIV/AIDS atvejų skaičius dėl narkotikų švirkštimo 2001 m., skirtingai nuo Lietuvos ir kitų Baltijos šalių, buvo labai nežymus ir sudarė tik 4 procentus (Lietuvoje per 80 proc. naujų atvejų). 2001 m. duomenimis Anglijoje, Velse ir Šiaurės Airijoje tarp visų užsikrėtusiųjų ŽIV/AIDS per intraveninius narkotikus buvo užsikrėtę tik 6 procentai. Palyginti žemas ŽIV/AIDS paplitimas tarp intraveninių narkotikų vartotojų siejamas su kompleksiskai įgyvendinama narkotikų vartojimo prevencijos ir įvairialypių paslaugų bendruomenėje teikimo sistema, dideliu valstybės dėmesiu narkotikų vartojimo problemų sprendimui vietos bendruomenių lygmeniu.

Seminare susirinkę sveikatos priežiūros, socialinių tarnybų darbuotojai ir organizatoriai, nevyriausybių organizacijų atstovai (dalyvių sąrašas priedamas) atžymėjo eilę trūkumų, kurie Lietuvoje neleidžia pilnai išvystyti sveikatos priežiūros ir socialinės reabilitacijos priemonių

savivaldos bendruomenių lygyje.

Tarp pagrindinių dabartinių trūkumų buvo įvardyti šie:

- valstybinių programų lėšos nepakankamai pasiekia savivaldybes, pastarosios nepakankamai įtraukiamos į valstybinių sveikatinimo strategijų kūrimą, valstybinių programų planavimą ir priemonių vykdymą;
- informacija apie šalies prevencijos, sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų resursus yra nepakankamai prieinama šalies gyventojams ir įstaigoms;
- nepakankamai efektyvus tarpžinybinis bendradarbiavimas, tęstinumo ir koordinacijos nebuvimas taikant prevencines ir reabilitacines priemones įvairiose žinybose (pvz., asmenų, vartojančių narkotikus, išaiškinimo, sveikatos priežiūros ir socialinės reabilitacijos, taip pat gydymo-reabilitacijos įkalinimo įstaigose);
- neišvengiamas ambulatorinės sveikatos priežiūros ekonomiskumas, prieinamumas ir kiti privalumai, o būtinieji vaistai narkomanijos abstinencijos sindromo gydymui namuose, palaikomajam ir priešrecidyviniam gydymui (įskaitant ir nepilnamečius) nėra kompensuojami, nepakankamai panaudojamas psichikos sveikatos centrų specialistų potencialas;
- nepakankamai prieinamos reabilitacijos bendruomenių paslaugos, jos kuriasi stichiškai, stokoja kvalifikuotų specialistų, nepakankamai bendradarbiauja su savivaldybių bendruomenėmis, veikia „saviveikliškai“, neturi reglamentuojančių veiklos standartų, paslaugų kokybės vertinimo kriterijų;
- savivaldos bendruomenės struktūros, kurios turėtų rūpintis asmenų, grįžusių iš reabilitacijos, sveikatos priežiūra ir atkryčių prevencija, stokoja finansavimo.

Seminaro dalyviai diskusijose nutarė teikti LR Seimo narkomanijos prevencijos laikinajai komisijai, Nacionali-

niam narkotikų informacijos biurui šiuos pasiūlymus:

1. Į valstybinių strategijų kūrimą, programų planavimą ir vykdymą įtraukti savivaldybes, siekti, kad lėšos programų priemonių įgyvendinimui pasiektų savivaldybių įgyvendinamas programas.

2. Plėsti asmenų, vartojančių nelegalius narkotikus, išaiškinimo, sveikatos priežiūros ir socialinės reabilitacijos tęstinumą ir tarpžinybinį bendradarbiavimą, sukurti nacionalinę duomenų bazę, kurioje būtų kaupiama informacija iš sveikatos priežiūros, socialinės reabilitacijos įstaigų apie paslaugas ir poveikio priemones asmenims, vartojantiems nelegalius narkotikus.

3. Užtikrinti atitinkamą finansavimą įstaigoms, atsakingoms už ankstyvą vartojančiųjų nelegalius narkotikus, išaiškinimą, sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų teikimą, atkryčių prevenciją bendruomenės lygmenyje, užtikrinti būtinųjų vaistų ambulatoriniam gydymui (įskaitant ir nepilnamečių) kompensavimą.

4. Numatyti sveikatos priežiūros ir socialinės reabilitacijos paslaugų efektyvumo vertinimo ir stebėsenos sistemą, nustatyti paslaugų kokybei standartus.

Šio seminaro pagrindinės išvados apsvaistytos Lietuvos psichiatrų asociacijos valdybos posėdyje, įvykusiame 2003 kovo 13 d. Vilniuje. Valdybos posėdyje pritarta nuostatoms, jog reikalinga ryžtingiau šalinti kliūtis, trukdančioms psichikos sveikatos centrums aktyviai įsijungti į priklausomybę sergančių asmenų ankstyvąją diagnostiką, sveikatos priežiūrą ir socialinę reabilitaciją.

Asociacijos prezidentas  
Doc. Emilis Subata

Klinikinis atvejis:

# priklausomybė nuo benzodiazepinų

Parengė: gyd. N. Goštautaitė Midttun  
gyd. Jolanta Sruogienė

Vis gerėjant medikamentinio gydymo galimybėms lengva užmiršti jatrogeninius sutrikimus. Tarp tokių – priklausomybė nuo benzodiazepinų, kurią gali sukelti neatsakingai, nesilaikant medicinos rekomendacijų skiriamas gydymas, taip pat nepakankamas pacientų informavimas. Papasakosime apie vieną iš tokių atvejų, dėl kurio pacientė kreipėsi pagalbos į įvairias institucijas. Nelengva atsakyti į šios moters pateiktus klausimus, nors bandėme tą padaryti, nusiuntėme pas kitą gydytoją skatindami tęsti gydymą. Labai laukiame gydytojų psichiatrų minčių, ir patarimų. [Kalba redaguota, pacien-tės vardas pakeistas.]

## „Mane kamuoja beviltiška nežinia: ar nesu narkomanė?“

2000 m. išėjusi vasaros atostogų pajutau smarkų nuovargį, širdies plakimą, rankų drebinimą bei tirpimą, nuolat skaudėjo galvą. Nebegalėjau atlikti įprastų darbų. Išsakiusi nusiskundimus šeimos gydytojui gavau patarimą kreiptis į Psichikos sveikatos centrą. Ten man išrašė apaurino ir liepė vartoti, kai blogai jausiuos. Deja, vaistas palengvėjimo neatnešė, tad nuo 2000 m. spalio mėn. PSC ėmiau lankyti nuolat. Pagal paskyrimą vartojau doksepiną (1-2 tab./parą) ir klonazepamą (0,25-0,5 tab. 1-2 k. per dieną arba pagal poreikį). Visą laiką dirbau, o vasaros atostogų metu gydžiausi intensyviau. Gydymas atrodė veiksmingas, sumažėjo nerimas, jaučiausi drąsesnė, tačiau atsirado arba sustiprėjo kiti simptomai: galvos skausmas ir svai-gulys, sutriko pusiausvyra ir koordinacija. Vaistus vartojau iki 2002 m. vasario mėn., kai gydytoja liepė mažinti klonazepamo dozę. Pradėjus mažinti ėmė drebtį rankos ir kojos, skaudėti raumenis, dar labiau sutriko pusiausvyra, eidavau įsikabinusi į sieną. Nebesupratau, kas man darosi... Sukosi galva, tirpo veidas, nebe-galėjau paeiti... Maniau, kad mane ištiko in-sultas ... 2002 m. vasarį iš darbo mane išvežė greitosios pagalbos mašina. Tik apsilankiusi pas savo psichiatrą sužinojau, kad man pasireiškė klonazepamo abstinencijos požymiai ir kad ne-beturėčiau vaisto vartoti toliau. Klonazepamo nebegėriau, nors baisu prisiminti, ką iškentė-jau... Skaudėjo raumenis, kaulus, negalėjau nor-maliai judėti, kankino nemiga, košmarai, o die-ną regėdavau haliucinacijas: mačiau vaizdinius, kalbėjau su jau mirusiais žmonėmis. Mėgi-nau gydytis kitais būdais: lankiau masažą, aku-punktūros seansus, mankštinausi, tačiau viskas kėlė skausmą. Buvo labai baisu, kad negaliu protingai mąstyti, bijojau, kad neišprotėčiau, apėmė baisy depresija, net nebesinorėjo gyven-

ti. Gydytojai padidino doksepino dozę iki 3 tab-lečių per dieną, tačiau simptomai išliko labai ilgai. Tikėdamasi, kad viskas turi baigtis ir svei-kata pagerės, 2002 m. balandį vėl pradėjau dirbti. Tačiau sveikata nesitaisė: vos pajėgdavau nu-eiti iki darbo, jausdavausi nuolat pavargusi, krėsdavo šaltis, užplūsdavo karščio bangos, svaigdavo galva, aptemdavo akys, dar labiau sutriko pusiausvyra. Šiaip taip sulaukiau vasa-ros atostogų, o psichiatras guodė, kad vasarą „šoksiau“. Deja, anksčiau mielas darbas sode su-keldavo galvos svaigimą, širdies plakimą, dirb-dama griuvinėjau, skaudėjo raumenis, pulsas ramybės metu būdavo iki 120 tvinksnų per mi-nutę. Gydytojo patariama nustojau gerti ir dok-sepiną...

Sveikatos sutrikimai per vasaros atostogas ne-siliovė: nebegalėjau niekur išeiti viena, tik ly-dima vyro, vis persekiojo baimė, kad apalpsiu, cypė ausyse, svaigo galva, nebuvo jėgų. Daž-nai save stebėdavau tarsi iš šalies, lyg visa vyktų ne su manimi. Labai bijojau artėjančio darbo, nes sveikata per vasaros atostogas nė kiek ne-pagerėjo.

Pradėjus dirbti tapo dar blogiau. Koordinacija triko vis labiau, mėtė į šonus, stengiausi darbe tik sėdėti (nors neturėčiau, nes dirbu mokyto-ja). Skaudėjo raumenis, nebebuvo jėgų judėti, atsirado drebulys, pykino, nebegalėjau valgy-ti, praradau apie 10 kg svorio. Vyras iš darbo parsiveždavo mašina, nes išėjus norėdavosi tie-siog sėstis ant šaligatvio...

Spalio mėn. kreipiausi į šeimos gydytoją, buvo atlikta begalė tyrimų: atmosferos hepato C ir gastroenterologinių ligų diagnozės, normalūs pasirodė esą kraujo ir skydliaukės hormonų ty-rimai. Buvau tirta dėl neurologinio sutrikimo, atlikta kompiuterinė tomografija ir magnetinis rezonansas. Bent trys neurologai išsakė skir-tingas nuomones: smegenėlių atrofija, intrak-raninė hipertenzija, skilvelių susiaurėjimas, ta-čiau galutinė išvada buvo „nežymūs, nepavo-jingi pakitimai“. Vėl pasiūlyta kreiptis į psi-chiatrą, šis skyrė leksotanilį (3 mg), cesradis-toną, vėliau papildomai velbutriną. Vartojant vaistus galvoje prasidėjo kažkokia sumaištis, ėmiau nebesuvokti, kas vyksta, paryškėjo anks-tesni simptomai. Pasisakius apie tai psichiatrui šis padidino dozę. Tačiau savijauta vis blogė-jo, sekundėmis net prarasdavau sąmonę (lyg “išsijungdavau” megzdama, žiūrėdama televi-rorių). Neišgėrusi velbutrino vieną dieną pasi-jutau kiek geriau, atrodė, kad mąstyti tapo leng-viau. 2002 m. gruodžio 17 d. mane paguldė į lignonę, į psichosomatinių skyrių. Gydymą lek-sotoniliu (3 mg) pakeitė gydymu tranksenu

(5+5+10 mg.) ir paskyrė seroksato. Tačiau po kelių parų atsirado labai stiprus galvos skaus-mai, tada vietoj seroksato skyrė edronakso, ta-čiau ėmė tirpti galva ir nugarą... Tada pradėjo leisti magnio sulfatą (5 ampules). Gydytojai nu-tarė, kad mano organizmas nepakelia antidep-resantų, tad yra ne depresija, o nerimo sutriki-mas. Tikėjausi, kad tai –neurologinės proble-mos, kurias galima išgydyti vaistais. Vartojau tanakaną, milgamą. Išleisdami iš lignonės trankseną vėl pakeitė leksotaniliu. Neurologas papildomai skyrė cerebrolizino, pramistaro, neurorubino. Kitas puikios kvalifikacijos neu-rologas pasakė, kad jie nereikalingi, tad nusto-jau šiuos preparatus vartoti, tačiau toks nuo-monių skirtumas sukėlė nerimą. Neurologas pasakė, kad šitiek laiko vartojusi klonazepamą (apie 1,5 m.) esu nuo jo priklausoma, kitaip sakant – narkomanė.

Neeniai leksotanilį (3 mg) pakeitė tranksenu (10 mg), o dar papildomai skyrė spitomino, ku-ris turėtų padėti veikti po trijų savaičių.

Dabartinė padėtis yra sunki: per metus išeik-vojavau nedarbingumo limitą (150 d.), nedarbin-gumo pažymos nebegalėjau gauti, todėl man buvo skirta trečia invalidumo grupė. Mano bū-klė vis dar sunki: trūksta fizinių jėgų, sunku vaikščioti, neišlaikau pusiausvyros, dreba ran-kos, koordinacija sutrikusi, cypia ausyse. Bi-jau, kad gali vėl užėti depresija, pagal dabarti-nius įstatymus bijau netekti darbo, bijau, kad mokytojos darbo nebepajėgsiu dirbti, bijau var-toti psichiką veikiančius vaistus...

Ir, žinoma, man liko daugybė neatsakytų kla-usimų. Ar tai – priklausomybė? Kas gali padėti išgyti, o ne tik padidinti dozę? Ar galėsiu gy-venti pilnavertį gyvenimą? Ar atprasiusi nuo vais-tų ir kiek tai truks? Ar teisinga, kad klonaze-pamo man skyrė net 1,5 metų, nors rekomen-duojama 8-12 sav.? Jeigu nepasveiksiu, ar man, narkomanei per prievartą, tebus skirta tik III invalidumo grupė? Ar invalidumo pensijos už-teks išgyti būtiniems vaistams?

Rasa

P.S. Prieš atiduodant „Psichiatrijos žinias“ spausdinti pacientė atsiuntė dar informacijos, nurodė, kad buvo papildomai gydyta ir kon-sultuota. Autoritetingi specialistai nustatė miš-rų nerimo ir depresijos sutrikimą, jai skirtas gy-dymas spitomino ir koaksiliu. Šį kartą pacien-tei paaiškino, kad gydymas užtruks. Deja, ci-tuojamo laiško pabaigoje išskelti klausimai taip ir liko be aiškių atsakymų.

bušpirono 5 mg ir 10 mg tabletės

# SPITOMIN<sup>®</sup>

Ūmiam ir lėtiniam nerimui,

generalizuotam nerimui,

lydimam depresijos nerimui gydyti.

## Kelias iš nerimo...

**Spitomin<sup>®</sup>** (buspirono 5 mg ir 10 mg tabletės, ATC kodas B06AD06) buspironas – anksiolitika, kuri veikia per 30-60 min. Ji veikia mechanizmu skirtingu nuo benzodiazepinų anksiolitikų, jo receptoriai su GABA-benzodiazepinų receptoriais turi panašią struktūrą. Buspironas anksiolitikas poveikis vėlyvą pirmą sukuria meduliozės sistemą, buspironas yra selektyvus 5-HT<sub>1A</sub> receptorių ir pentamirino receptorių agonistas. Ar nėra jodyle, kad buspironas didina dopaminerginės sistemos aktyvumą. Veikia selektyviai blokuoja postsinaptinį naminio dopamininio receptorių ir vėlyvą smegenyse aktyvumą dopamininio receptorių (D<sub>2</sub>). Be to, veikia turi poveikį ir noradrenerginei sistemai. Buspirono anksiolitinis poveikis išsivysto įmanoma j benzodiazepinų, tačiau skirtingai nuo jų, buspironas neturi numesti sąnarių atpalaiduojančių, prieštraukulinių bei hipnotinių savybių, o jo sedatyvinis poveikis yra daug silpnesnis, todėl rezultatai padoriai mažiau kintantys. Skirtingai nuo benzodiazepinų, buspirono tabletės neturi reikšmingo poveikio, priklausomai nuo dozės, nuo kraujospūdžio, širdies ritmo, kraujotakos. Jo veidpatys skiriasi slopinančio poveikio centrai nervų sistemoje. Buspirono anksiolitinis poveikis atsiranda akimiriai, prasideda po 7-14 dienų gydymo, o didžiausias efektas pastebimas po keturių savaičių. Poveikis būna sustiprėjęs buspironas greitai nutraukus veikimo trukmę, didžiausia plazmos koncentracija susidaro po 60-90 minučių. Staigus buspironas metabolizuojamas kepenyse, todėl kraujyje cirkuluoja metabolizavę. Nepakitusi buspirono plazmoje randamos labai mažos koncentracijos; ilgąs metabolizavus buspirono, pirmąsias įauginąs 1 proc. radioaktyvumo. Maždaug 65 proc. buspirono jungiasi su plazmos baltymais. Jo pagrindinis metabolitas – metilvus (5-OH-buspironas), dekliruojamas metabolitas – stivus 1-2-pirmidinio piprasmas (1-PFL) kurie aktyvūs poveikis yra 4-5 kartus mažesnis nei buspirono. 26-43 proc. veikia šalinama su šlapimu, o 13-36 proc. pašalinama su išmatomis. Vienašališkas dozės (10-40 mg) aktyvi vėlyvąsias pirmąsias įauginąs pasirodo eliminacija ilgiau yra 2-4 savaites. Veikia veidpatys maždaug 5 mg arba 10 mg buspironas hidrochlorido vieną tabletę. **Indikacijos:** Spitominas skiriamas ūmiam ir lėtiniam nerimui gydyti bei vėlyvą generalizuoto nerimo sindromo savarankiškus simptomams mažinti: a) motinai įauginai (nėščiamui, došėjimui, audrinimui, reikiamui, nerimui); b) vegetacinės tonų sistemos hiper-aktyvumui (palaidėjimui, burnos dū-veimui, padidėjusiam širdies plakimui, svajimo pojūčiui); c) paveldimam badrumi (dirglumui, dirgalo sustiprėjimui, nerimui ir kitoms). Gydomi depresijai, spūtinimas yra gultas pagalbinėms, tačiau jo vienas nerimo depresijai gydyti. Spūtinimas skiriamas nuo sedatyvinių medžiagų ir hipnotikų priimamųjų arba jų patsutvėrimo-įauginų gydymui. **Kontraindikacijos:** Spitominas negalima vartoti esant paciekėjusiam lašrumui vėlyvą sudėtinamoms dalims, esant sukuriam kopėm ir kitąs funkcijų sutrikimams; sukuriam kritinėms. Neturimi patikimai patikrinę informacijas apie veidpatys poveikį, neturimi metu jo gali būti skiriamas tik pavėrym jo prievaičių ir rėkos sąmęj. Spitominas hemostazduojamas vaikams, nes nebūna tikėtis jo veikiamumas ir sąaugtas jausiamas nei 10 metų sukuriam ligoniams. Ligoniams, kurie turi pavėrym priklausomybę nuo vaistų, ir ligoniams, sergantims ūmiais glaukoma arba sukuriam raumenų spūtinimo forma (nyktalinis pavėrym), spitominas skiriamas atsargiai, todėl kritinėm ju būk. **Dozavimas:** Veidpatys dozuojamas individualiai. Rekomenduojama pradėti dozę – po 5 mg 3-4 kartus per parą, kas 2-3 dienas dozę gali būti didinama po 5 mg. Vidutini pavėrym dozę: 20-30 mg. Didžiausia vienąsienė dozę yra 30 mg, didžiausia deves dozę neturimi vidutini 60 mg. Esant kritinėm arba kopėm vėlyvą nepakankamumui dozę reikia sustiprinti. **Pakuotė:** 60 tablečių. **Laikymo sąlygos:** Reikiamas gali būti patalpinamas, gėrym skausmas, sukuriam, jausiamas, miego sutrikimai, skausmai kritinėm srityje, spūtinimas sukuriam, nosies atplūtimas, vėlyvąsias traukuliai, reikiamas elektrosparametris sistemos sutrikimo pobūm. Todėl kai kurias atvejus geriantis mašitai veidpatys dozę. **Veidpatys tarpusavio sąveika:** Spitominas neturiamas kurtis su MAO-B tipo vaistais (Amoxid, Axeroid). Gali atsivysti hepatotoksines kritinė pavėrym. Esant kritinėm informacijas došes, buspironas itin atsargiai skiriamas su kitais anksiolitais ar centrinę nervų sistemą veikiamais vaistais (pvz. su neuroleptais ir antidepressantais), anksiolitais, antiepileptiniais vaistais, sloj veikiamais gliukokortikoidais, paracetamolis, karbamazepolis, antidiabetiniais preparatais. Spitominas nesąveikuoja su antihistamininiais, diuretikais ir nitratu, vartojami su alkoholiu neturi aktyvūs poveikis. Spitominas neturiamas nutraukimo sindrome reikiam, atšarodųjų nutraukus vėlyvą benzodiazepinų. Todėl prieš pasiekiam terapiją buspirona, ligonai, anksiolai gydyti benzodiazepiniais, turi atsargiai ir patikariai laukti vėlyvą benzodiazepinų priėmimą. **Laikymo sąlygos:** Veidpatys reikia laikyti temperatūroje ne 30°C temperatūroje geriamoji pakuočių, taroje, vaikams nepasiekiamoje vietoje.

