



LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTRAS

**ĮSAKYMAS
DĖL SVEIKATOS NETOLYGUMŲ MAŽINIMO LIETUVOJE 2014–2023 M.
VEIKSMŲ PLANO PATVIRTINIMO**

2014 m. liepos 16 d. Nr. V-815
Vilnius

Įgyvendindamas Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programą, patvirtintą Lietuvos Respublikos Seimo 2014 m. birželio 26 d. nutarimu Nr. XII-964 „Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programos patvirtinimo“, Nacionalinės pažangos programą, patvirtintą Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2012 m. lapkričio 28 d. nutarimu Nr. 1482 „Dėl 2014–2020 metų nacionalinės pažangos programos patvirtinimo“, 2014–2020 metų nacionalinės pažangos programos prioriteto „Sveikata visiems“ tarpinstitucinį veiklos planą, patvirtintą Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2014 m. kovo 26 d. nutarimu Nr. 293 „Dėl 2014–2020 metų nacionalinės pažangos programos horizontaliojo prioriteto „Sveikata visiems“ tarpinstitucinio veiklos plano patvirtinimo“, Lietuvos Šešioliktosios Vyriausybės 2012–2016 metų programą, kuriai pritarta Lietuvos Respublikos Seimo 2012 m. gruodžio 13 d. nutarimu Nr. XII-51 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos“, atsižvelgdamas į 2014–2020 m. Europos Sąjungos struktūrinių fondų investicijų veiksmų programos, kurios projektas, atsižvelgiant į Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2014 m. vasario 12 d. pasitarimo protokolą Nr. 6, pateiktas Europos Komisijai derinti, nuostatas bei siekdamas sumažinti sveikatos netolygumus Lietuvoje:

1. T v i r t i n u Sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014–2023 metų veiksmų planą (pridedama).

2. P a v e d u darbo grupei, sudarytai Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. sausio 8 d. įsakymu Nr. V-18 „Dėl darbo grupės sudarymo“ iki 2014 m. rugpjūčio 14 d. pabaigti rengti ir papildyti Sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014–2023 metų veiksmų planą šių krypčių aprašais:

- 2.1. Efektyvios sveikatos priežiūros prieinamumo gerinimas neįgaliesiems;
 - 2.2. Vaikų sveikatos stiprinimo, ligų profilaktikos bei efektyvaus gydymo užtikrinimas.
3. P a s i l i e k u įsakymo vykdymo kontrolę sau.

Laikinais einantis sveikatos apsaugos ministro pareigas

Vytenis Povilas Andriukaitis

PATVIRTINTA
Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos
ministro 2014 m. liepos 16 d.
įsakymu Nr. V-815

SVEIKATOS NETOLYGUMŲ MAŽINIMO LIETUVOJE 2014–2023 M. VEIKSMŲ PLANAS

I SKYRIUS

BENDROSIOS NUOSTATOS

1. Lietuvos gyventojų sveikatos ir sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų plano (toliau – Veiksmų planas) paskirtis – numatyti ir aprašyti strategines kryptis, priemones (priemonių vykdytojus ir išteklius), kurių įgyvendinimas padėtų sumažinti tam tikruose šalies regionuose (teritorijose) bei skirtingoms socialinėms grupėms priklausančių asmenų sveikatos būklės netolygumų ir prieinamumo prie sveikatos priežiūros skirtumų mastą.

2. Veiksmų planas įgyvendina ir papildo:

2.1. Valstybės pažangos strategiją „Lietuvos pažangos strategija „Lietuva 2030“, patvirtintą Lietuvos Respublikos Seimo 2012 m. gegužės 15 d. nutarimu Nr. XI-2015 „Dėl Valstybės pažangos strategijos „Lietuvos pažangos strategija „Lietuva 2030“ patvirtinimo“ (toliau – Lietuvos pažangos strategija);

2.2. Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programą, patvirtintą Lietuvos Respublikos Seimo 2014 m. birželio 26 d. nutarimu Nr. XII-964 „Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 m. programos patvirtinimo“ (toliau – Lietuvos sveikatos programa);

2.3. 2014–2020 metų nacionalinę pažangos programą, patvirtintą Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2012 m. lapkričio 28 d. nutarimu Nr. 1482 „Dėl 2014–2020 m. nacionalinės pažangos programos patvirtinimo“;

2.4. 2014–2020 m. nacionalinės pažangos programos horizontaliojo prioriteto „Sveikata visiems“ tarpinstitucinį veiklos planą, patvirtintą Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2014 m. kovo 26 d. nutarimu Nr. 293 „Dėl 2014–2020 m. nacionalinės pažangos programos horizontaliojo prioriteto „Sveikata visiems“ tarpinstitucinio veiklos plano patvirtinimo“;

2.5. 2014–2020 m. nacionalinės pažangos programos horizontaliojo prioriteto „Regioninė plėtra“ tarpinstitucinio veiklos plano, patvirtinto Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2014 m. vasario 19 d. nutarimu Nr. 172 „Dėl 2014–2020 m. nacionalinės pažangos programos horizontaliojo prioriteto „Regioninė plėtra“ tarpinstitucinio veiklos plano patvirtinimo“, sveikatos srities priemonės“;

2.6. Alkoholio ir tabako kontrolės programą, patvirtintą Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2011 m. rugsėjo 14 d. nutarimu Nr. 1080 „Dėl alkoholio ir tabako kontrolės programos (tarpinstitucinio veiklos plano) patvirtinimo“.

2.7. Šešioliktosios Vyriausybės 2012–2016 metų programą, patvirtintą Lietuvos Respublikos Seimo 2012 m. gruodžio 13 d. nutarimu Nr. XII-51 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos“;

2.8. Klinikinių laboratorinių tyrimų kokybės gerinimo programą, patvirtintą Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. sausio 12 d. įsakymu Nr. V-17 „Dėl klinikinių laboratorinių tyrimų kokybės gerinimo programos patvirtinimo“;

2.9. Sveikatos priežiūros sistemos reformos tęstinumo, sveikatos priežiūros infrastruktūros optimizavimo programą, patvirtintą Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m.

vasario 29 d. įsakymu Nr. V-160 „Dėl sveikatos priežiūros sistemos reformos tęstinumo, sveikatos priežiūros infrastruktūros optimizavimo programos patvirtinimo“;

2.10. Sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo 2007–2013 metų programą, patvirtintą Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. spalio 9 d. įsakymu Nr. V-799 „Dėl sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo 2007–2013 metų programos patvirtinimo“;

2.11. Sveikatos specialistų, prisidedančių prie sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo, kvalifikacijos kėlimo programą, patvirtintą Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. balandžio 25 d. įsakymu Nr. V-334 „Dėl sveikatos specialistų, prisidedančių prie sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo, kvalifikacijos kėlimo programos tvirtinimo“;

2.12. Nacionalinės Imunoprofilaktikos 2014–2018 metų programą, patvirtintą Sveikatos apsaugos ministro 2014 m. sausio 3 d. įsakymu Nr. V-8. „Dėl Nacionalinės imunoprofilaktikos 2014–2018 metų programos patvirtinimo“;

2.13. Greitosios medicinos pagalbos automobilių parko atnaujinimo 2012–2014 metų programą, patvirtintą Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. lapkričio 16 d. įsakymu Nr. V-975 „Dėl Greitosios medicinos pagalbos automobilių parko atnaujinimo 2012–2014 metų programos patvirtinimo“;

2.14. Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programą, patvirtintą Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. lapkričio 25 d. įsakymu Nr. V-913 „Dėl Asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių finansavimo programos patvirtinimo“;

2.15. Neurochirurgijos paslaugų optimizavimo 2014–2020 metų planą, patvirtintą Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. birželio 10 d. įsakymu Nr. V-677 „Dėl neurochirurgijos paslaugų optimizavimo 2014-2020 metų plano patvirtinimo“.

3. Lietuvos sveikatos programoje keliama šie pagrindiniai tikslai: gyventojų sveikatos gerinimas ir mirtingumo mažinimas bei vidutinės gyvenimo trukmės ilginimas. Šiuos tikslus tikimasi pasiekti kuriant saugesnę socialinę aplinką, mažinant sveikatos netolygumus ir socialinę atskirtį, formuojant šalies piliečių sveiką gyvenseną ir jos kultūrą, sukuriant sveikatai palankią fizinę darbo ir gyvenamąją aplinką bei užtikrinant kokybiškesnę ir efektyvesnę sveikatos priežiūrą, orientuotą į gyventojų poreikius.

4. Lietuvos pažangos strategijoje įvardijamas siekis 2 metais prailginti sveiko šalies gyventojų gyvenimo trukmę.

5. Veismų planas parengtas atsižvelgiant ir į Europos Sąjungos (toliau – ES) strateginių dokumentų nuostatas:

5.1. Europos Komisijos 2010 m. kovo 3 d. komunikate (COM(2010)2020) „Europa 2020: pažangaus, tvaraus ir integracinio augimo strategija“ įvardyto prioriteto „Integracinis ekonomikos augimas“ nuostatą dėl būtinų pastangų mažinti socialinę atskirtį, skurdą, sveikatos priežiūros netolygumus, taip pat į nuostatą dėl gebėjimų užtikrinti sveiką ir aktyvią senėjančią visuomenę siekiant didesnės socialinės sanglaudos ir darbo našumo;

5.2. Europos Sąjungos Tarybos išvadose (2006/C 146/01) dėl Europos Sąjungos sveikatos sistemų bendrų vertybių ir principų įtvirtintą nuostatą, kad sveikatos sistemos yra svarbiausia Europos aukšto lygio socialinės apsaugos dalis ir atlieka svarbų vaidmenį socialinės sanglaudos ir socialinio teisingumo srityse;

5.3. Europos Komisijos 2009 m. spalio 20 d. komunikatą (COM(2009)0567) „Solidarumas sveikatos srityje. Sveikatos priežiūros skirtumų mažinimas ES“, kuriame teigiama, kad nelygybės

sveikatos srityje mažinimas yra svarbus socialinės apsaugos ir socialinės aprėpties klausimas, taip pat nurodoma, kad siekiant efektyviai mažinti sveikatos priežiūros skirtumus, reikia imtis ne tik tokių veiksmų, kuriais siekiama gerinti visos visuomenės sveikatą, bet ir veiksmų, pritaikytų konkrečioms socialiai pažeidžiamoms grupėms. Sveikatos sektorius yra labai svarbus tiek užtikrinant lygias galimybes naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis, tiek remiant sveikatos apsaugos ir kitų sričių darbuotojų mokymą bei žinių gausinimą. Taip pat komunikate teigiama, kad sveikatos skirtumai nėra atsitiktinumas ir jiems didelį poveikį daro pavienių asmenų, vyriausybių, suinteresuotųjų šalių ir bendruomenių veiksmai, todėl jų būtų galima išvengti. Mažinti sveikatos skirtumus reiškia imtis šalinti tuos veiksnius, kurie tiesiogiai nulemia gyventojų sveikatos būklės skirtumus, kurių galima išvengti ir kuriuos galima reguliuoti valstybės politika.

6. Šio Veiksmų plano tikslinėms gyventojų grupėms priskiriami:

6.1. šalies savivaldybėse, pasižyminčiose didžiausiais pirmalaikio mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų (kraujotakos sistemos ir onkologinės ligos) ir išorinių priežasčių rodikliais, gyvenantys asmenys;

6.2. tam tikrų socialinės rizikos grupių asmenys, kurie dėl socialinių ir ekonominių priežasčių (nedarbas, skurdas ir kt.) bei žalingų įpročių (alkoholio vartojimas ir kt.) serga tam tikromis ligomis (tuberkulioze, priklausomybe nuo alkoholio) bei kuriems nepakankamai prieinama sveikatos priežiūra (neįgalieji ir kt.);

6.3. vaikai (iki 18 metų), nes dėl egzistuojančių ekonominių, socialinių aplinkybių, tokių kaip nepalanki socialinė ir ekonominė šeimos padėtis, įsidarbinimo perspektyvos, jiems dažniau gresia socialinė atskirtis bei neigiamas šių veiksnių poveikis sveikatai.

7. Šiame Veiksmų plane vartojamos sąvokos:

Sveikatos netolygumai – diferenciacija tarp žmonių pagal sveikatos būklės (mirtingumo, būsimo gyvenimo trukmės rodikliai) skirtumus ir (ar) nevienodą sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, kurį sąlygoja gyvenamoji vieta, pajamos ir kitos priežastys.

Kitos vartojamos specifinės sąvokos yra apibrėžtos atskiruose išskirtų sveikatos netolygumų mažinimo kryptų aprašuose arba atitinka sveikatos sektoriaus srities teisės aktuose vartojamas sąvokas.

II SKYRIUS

SITUACIJOS APŽVALGA

8. Lietuvos demografinių ir socialinių gyventojų grupių sveikatos netolygumai bei jų pokyčiai:

8.1. tarptautiniu lygiu yra sukaupta daug statistinės informacijos ir mokslu grįstų įrodymų, kad socialiniai ekonominiai veiksniai, tokie kaip gyvenimo ir darbo sąlygos, sveikatą lemianti elgsena, išsilavinimas, užsiėmimas ir pajamos, galimybė naudotis viešosiomis sveikatos priežiūros, ligų profilaktikos ir sveikatinimo paslaugomis, lemia skirtingoms socialinėms grupėms priklausančių asmenų sveikatos skirtumus bei šių grupių trumpesnę tikėtiną viso gyvenimo trukmę. Šalyse, kuriose vyksta dideli socialiniai, ekonominiai ir politiniai pokyčiai, ypač aktuali socialinių sveikatos netolygumų problema.

8.2. neigiamą poveikį siekiant Lietuvos sveikatos programoje siekiamų tikslų – geresnės gyventojų sveikatos, vidutinės tikėtinės gyvenimo trukmės pailginimo, sveikatos netolygumų sumažinimo – turi šalies gyventojų socialinė nelygybė. Lietuva yra viena iš ES valstybių narių, kurioje yra didžiausi pajamų nelygybės rodikliai ir jie toliau didėja. Nacionalinės sveikatos tarybos 2011 m. duomenimis (Nacionalinės sveikatos tarybos metinis pranešimas. Lietuvos sveikatos programa: rezultatai ir išvados), kas penktas Lietuvos gyventojas, kas antras bedarbis, kas trečias kaimo gyventojas ar daugiavaikė šeima ir kas ketvirtas 65 m. ar vyresnis asmuo patiria skurdo

riziką. Asmenys, patiriantys skurdo riziką, neturi galimybės skirti pakankamai pajamų kokybiškoms gyvenimo sąlygoms sudaryti ir sveikatai gerinti Lietuvoje 2000–2010 m. didėjusi socialinė diferenciacija lėmė sveikatos skirtumų didėjimą tarp stabilias aukštas pajamas turinčių gyventojų ir tarp gyventojų, kurių pajamos yra nereguliarios ir mažos, tarp šeimoje gyvenančių ir vienišų žmonių, tarp žmonių, gyvenančių mieste ir kaime. Tyrimų duomenys rodo, kad šalyje ekonomiškai neaktyvūs, mažas pajamas ir žemą socialinį statusą turintys asmenys patiria psichologinių ir socialinio saugumo problemų, turi mažiau sveikos gyvensenos formavimosi ir sveikatos gerinimo galimybių ir atitinkamai susiduria su didesne ligų bei pirmalaikių mirčių rizika (Jasilionis D., Stankūnienė V., 2011. **Suaugusių Lietuvos gyventojų socioekonominiai mirtingumo skirtumai**);

8.3. Lietuvos statistikos departamento 2011 m. duomenimis skurdo rizikoje šalies miestuose gyveno 28,1 proc., kaime – 44,2 proc. asmenų. 2011 m. kaimo gyventojų standartizuoto mirtingumo rodiklis buvo 1,2 karto didesnis nei miesto, o vidutinė gyvenimo trukmė – 2,5 m. trumpesnė nei miesto gyventojų (mieste gyvenančių moterų (79,95 m.) ir vyrų (69,35 m.) buvo didesnė nei gyvenančių kaime (atitinkamai 77,46 m. ir 66,85 m.). Miesto ir kaimo gyventojų mirtingumo nuo visų pagrindinių mirties priežasčių skirtumai didėja. Miesto ir kaimo (rajonų) gyventojų mirtingumo rodiklių netolygumai ir jų pokyčiai netiesiogiai atspindi kaimo gyventojų patiriamą didesnę ir iki šiol vis didėjantį socialinį bei psichologinį stresą, susijusį su nepalankiais sveikatai ekonominiais, socialiniais ir kultūriniais veiksniais. Blogesnę kaimo (rajonų) gyventojų padėtį rodo ir mirtingumo nuo daugelio pagrindinių priežasčių rodiklių pokyčiai. Ypač skiriasi mirtingumo nuo kraujotakos sistemos ligų rodikliai mieste ir kaime – vyrų ir moterų mirtingumo rodikliai nuo šios priežasties mieste mažesni, o kaime (rajonuose) – beveik dvigubai didesni (2012 m. iš viso Lietuvoje nuo kraujotakos sistemos ligų mirė 23 170 žmonių, iš jų rajonuose – 14 887, miestuose – 8 283, Higienos institutas, 2012 m.). Mirtingumo nuo kraujotakos sistemos ligų rodiklių netolygumai iš esmės yra sąlygojami neefektyvios šių ligų rizikos veiksnio (arterinės hipertenzijos, cukrinio diabeto, kt.) kontrolės kaimo vietovėse. Nepalankesnės yra ir kaimo moterų mirtingumo nuo piktybinių navikų tendencijos. Mirtingumo nuo pagrindinių išorinių priežasčių – transporto traumų ir savižudybių rodiklių pokyčiai taip pat buvo kur kas palankesni mieste negu kaime. Savižudybės – ypač skaudi Lietuvos nelaimė bei išskirtinio dėmesio reikalaujanti problema, tiesiogiai susijusi su psichikos sveikata ir psichologine visuomenės būkle. 2012 m. Lietuvoje nusižudė 927 žmonės (31/100 000 gyventojų), savižudybės labiau paplitusios kaime - nusižudė 656 žmonės. Pastaraisiais metais miesto ir kaimo gyventojų vidutinės numatomos gyvenimo trukmės skirtumai didėjo dėl sparčiau didėjančios miestiečių vidutinės numatomos gyvenimo trukmės;

8.4. pagrindinės priežastys, lemiančios didelį šių tikslinių gyventojų grupių sergamumą ir pirmalaikį mirtingumą, yra sąmoningo rūpinimosi savo sveikata stoka, dėl sunkios šių mažas pajamas gaunančių asmenų socialinės ir materialinės padėties nepakankamai prieinamos sveikatos priežiūros paslaugos, tarp jų profilaktinės ir prevencinės, netolygus sveikatos specialistų pasiskirstymas, sveikatos priežiūros paslaugų efektyvaus bei savalaikės pagalbos teikimo, organizavimo ir valdymo trūkumai. Tai ypač aktualu nuo didžiųjų miestų nutolusiose, Lietuvos pakraščiuose, šalia pagrindinių šalies magistralių ir pan. esančiose teritorijose, kur standartizuoti gyventojų mirtingumo rodikliai (SMR) pagal pagrindines mirties priežastis (kraujotakos sistemos ligos, piktybiniai navikai ir išorinės mirties priežastys) ženkliai viršija Lietuvos vidurkį, pavyzdžiui, 2007–2011 m. 20 savivaldybių SMR nuo išorinių mirties priežasčių bei nuo kraujotakos sistemos ligų daugiau kaip 20 proc. viršijo Lietuvos vidurkį. Lietuvos sveikatos programoje nurodoma, kad Lietuvos gyventojų vidutinės būsimo gyvenimo trukmės ilgėjimas visų

pirma yra siejamas su laipsnišku ankstyvųjų (iki 65 m. amžiaus) mirčių skaičiaus mažėjimu, taip pat su sveiko gyvenimo trukmės ilgėjimu, atitolinus ligų atsiradimą bei jų lemiamas mirtis;

8.5. Lietuvos statistikos departamento duomenimis Lietuvoje skurdo rizikoje dažniausiai atsiduria ir vaikai iki 18 metų – jų skurdo rizikos lygis 2011 m. šalyje siekė 24,3 proc. ir buvo pats didžiausias iš visų amžiaus grupių. Remiantis Pasaulio sveikatos organizacija, net 70 proc. ankstyvų mirties priežasčių reikėtų ieškoti vaikystės ir paauglystės elgsenoje. Sveikatos priežiūros paslaugų vartojimo analizė rodo, kad tam tikruose Lietuvos regionuose yra sveikatos priežiūros prieinamumo vaikams problemų – juose gyvenantiems vaikams sudėtingiau gauti visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas, taip pat specializuotą ambulatorinę ir stacionarinę pagalbą ir tai užtrunka ilgiau nei didžiuosiuose miestuose gyvenantiems vaikams. Sveikatos priežiūros prieinamumo vaikams problemos turi neigiamos įtakos ne tik vaikų sveikatai, bet ir šeimų socialinei bei ekonominei gerovei;

8.6. su socialinėmis problemomis (nedarbas, skurdas, alkoholio, narkotikų vartojimas ir kt.) susijęs didelis sergamumas tam tikromis ligomis – priklausomybės nuo alkoholio vartojimo, tuberkuliozės. Pavyzdžiui, tuberkuliozės plitimą lemia ir psichologinės (nenoras gydytis, gydymo režimo pažeidimai) priežastys, ir nepakankama profilaktika bei pavėluota diagnostika. Pastaraisiais metais tuberkuliozės atvejai nustatomi ir geros socialinės padėties asmenims, net vaikams;

8.7. sveikata – tai ne tik ilgas gyvenimas, bet ir gyvenimo kokybė. Senstant gyventojams, vis didesnė problema tampa lėtinės ligos, dažnėja neįgalumas, o sulaukus 45–50 m. amžiaus didžiąją likusio gyvenimo dalį lydi įvairios sveikatos problemos. Ilgėjantis gyvenimas neišvengiamai didina ir sveikatos praradimo tikimybę. Lietuva demografiniu požiūriu vis labiau tampa senstančia šalimi. Lietuvos statistikos departamento duomenimis, 2013 m. pradžioje šalyje gyveno 905,1 tūkst. pagyvenusių žmonių (55 m. ir vyresnio amžiaus), tai sudarė 30,5 proc. visų gyventojų. Dėl gyventojų senėjimo didėjo socialinės ir sveikatos apsaugos sistemos tenkantis krūvis (Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2009 m. lapkričio 4 d. nutarimas Nr. 1424 „Dėl Nacionalinės mokslo programos. Socialiniai iššūkiai nacionaliniam saugumui patvirtinimo“), kyla naujų problemų, kurios ypač didina pagyvenusių žmonių socialinės atskirties riziką bei užkerta galimybes jiems aktyviai dalyvauti darbo rinkoje ir įprastinėje veikloje: vyresnio amžiaus žmonėms būdingas poliligtumas, didžioji jų dalis miršta nuo lėtinių neinfekcinių ligų. Senstančioje visuomenėje daugėja neįgaliųjų žmonių skaičius, didėja specializuotos ambulatorinės ir stacionarinės pagalbos, ilgalaikės slaugos paslaugų poreikis, daugėja psichikos sveikatos problemų;

8.8. prasta sveikata gali būti ir socialinės atskirties veiksnys. Ateityje neigiamą senėjimo bei demografinių pokyčių poveikį gali sustiprinti ir tai, kad šalyje gyventojų, kuriems lėtinės ligos ar ilgalaikiai sveikatos sutrikimai apriboja įprastinę veiklą bei aktyvios įtraukties į darbo rinką galimybes, dalis yra gana didelė. Lietuvos statistikos departamento 2011 m. atlikto Gyventojų pajamų ir gyvenimo sąlygų tyrimo duomenimis, 27 proc. 16 m. ar vyresnių asmenų 2011 m. turėjo ne mažiau kaip 6 mėnesius trunkančių sveikatos sutrikimų, o 23 proc. 16 m. ar vyresnių asmenų dėl ligos ar ilgalaikių sveikatos sutrikimų įprastinė veikla buvo apribota ne mažiau kaip 6 mėnesius. Produktivi ir sveiko gyvenimo trukmė mažėja daugiausia dėl sergamumo ir mirtingumo dėl lėtinių neinfekcinių ligų (kraujotakos sistemos, piktybinių navikų), taip pat dėl psichikos sutrikimų, traumų ir kitų išorinių priežasčių – šios priežastys 2010 m. sudarė 85 proc. visų mirties priežasčių. 2009–2010 m. duomenimis, Lietuvos gyventojų iki 65 m. amžiaus grupėje SMR buvo net du kartus didesnis už ES 25 šalių vidurkį. Be to, Lietuvoje 2005–2010 m. laikotarpiu kasmet dėl darbingo amžiaus asmenų, apdraustų socialiniu draudimu, laikinojo nedarbingumo dėl paties asmens ar jo artimo šeimos nario ligos vidutiniškai buvo prarandama daugiau kaip 20 000 sveiko gyvenimo metų. Todėl sveikatos netolygumų mažinimas gerinant pažeidžiamų grupių asmenų

sveikatą, jų darbingumą bei užkertant kelią pirmalaikiam jų pasitraukimui iš darbo rinkos gali stiprinti socialinę sanglaudą, prisidėti prie įtraukios darbo rinkos bei užimtumo lygio didinimo.

9. Sveikatos priežiūros prieinamumo ir kokybės skirtumai:

9.1. Skirtingas sveikatos paslaugų prieinamumas ir dėl įvairių priežasčių ribota galimybė pasinaudoti sveikatos priežiūros paslaugomis gali lemti kai kurių gyventojų grupių sveikatos netolygumų didėjimą. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas suprantamas kaip tam tikros teritorijos gyventojų realizuota galimybė gauti jiems reikiamas gydymo ar slaugymo paslaugas. Dažnai prieinamumas neatsiejamas nuo paslaugų kokybės ir jis gali būti įvertintas organizacine (sistemos organizacijos), komunikacine (fizine, prieinamumo) ir ekonomine prasme (Gurevičius R., Jankauskienė D., 2006, Nacionalinės sveikatos tarybos pranešimas);

9.2. 2011 m. Lietuvos statistikos departamento gyventojų pajamų ir gyvenimo sąlygų tyrimo duomenimis, 4 proc. vyresnių nei 16 m. šalies gyventojų (daugiau kaip 100 tūkst.) teigė, kad per pastaruosius 12 mėn. buvo nors vienas atvejis, kai negavo medicininės konsultacijos ar gydymo, kurių tikrai reikėjo, iš jų 25 proc. nurodė, kad neįstengė susimokėti (buvo per brangu), 43 proc. – negavo paslaugos, nes jos teko ilgai laukti. Priežastį, kad neįstengė susimokėti, dažniau nurodo miesteliuose ir kaimuose gyvenantys gyventojai, taip pat gyventojai, priklausantys mažiausias pajamas gaunančių gyventojų kvintilinėms grupėms. Tyrimų duomenys rodo, kad mažas pajamas gaunantiems gyventojams tapo sunkiau prieinamos odontologijos, sanatorinio gydymo paslaugos. Taip pat 2012 m. duomenys rodo, kad miestų savivaldybių gyventojai pas gydytojus lankėsi dažniau (10,2 apsilankymai, tenkantys viename gyventojui) nei rajonų savivaldybių gyventojai (6,2 apsilankymo, tenkančio viename gyventojui);

9.3. Lietuvos statistikos departamento atlikto tyrimo „Gyventojų pajamos ir gyvenimo sąlygos 2012 m.“ duomenimis, šalyje egzistuoja teritoriniai netolygumai sveikatos priežiūros prieinamumo požiūriu: 2012 m. dauguma vyresnių kaip 16 m. šalies gyventojų, kurie prireikus negavo medicinos konsultacijos ar gydymo, kaip pagrindinę priežastį nurodė ilgą šių medicininių paslaugų laukimo trukmę (48 proc.). Kas trečias (36 proc.) reikalinga gydytojo konsultacija nepasinaudojęs kaimo gyventojas tikėjosi, kad negalavimas praeis savaime. Priežastį, kad neįstengė susimokėti, dažniau nurodo miesteliuose ir kaimuose gyvenantys gyventojai, taip pat gyventojai, priklausantys mažiausias pajamas gaunančių gyventojų kvintilinėms grupėms. Tyrimų duomenys taip pat rodo, kad mažas pajamas gaunantiems gyventojams tapo sunkiau prieinamos odontologijos, sanatorinio gydymo paslaugos. Taip pat nustatyta, kad tam tikruose regionuose (savivaldybėse) gyvenantiems vaikams aukštos kokybės profilaktinės, ambulatorinės ir stacionarinės paslaugos gauti sudėtingiau ir ilgiau užtrunka nei didžiųjų šalies miestų vaikams. Viešosioms sveikatos priežiūros įstaigoms taip pat trūksta finansinių išteklių sveikatos priežiūros paslaugoms teikti, nepakankamai veiksminga šių įstaigų vadyba, kai kuriose iš jų trūksta modernios medicinos įrangos. Šie veiksniai ilgina pacientų, norinčių gauti kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas, laukimą eilėse;

9.4. sveikatos priežiūros paslaugų teikimo skirtumams neabejotinai turi įtakos netolygus sveikatos priežiūros specialistų pasiskirstymas. Kai kur atskirų specialybių gydytojų trūkumą didina jų judėjimas tiek šalies viduje, tiek ES šalyse. Miestuose dirba didžioji visų gydytojų dalis – daugiau kaip 73 proc., nors 60 proc. visų rajonų gyventojams reikalingų sveikatos priežiūros paslaugų suteikiama rajonuose. Netolygus šeimos gydytojų pasiskirstymas tarp savivaldybių lemia skirtingą šių sveikatos specialistų teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą įvairių savivaldybių gyventojams, netolygų gyventojų prisirašymą, šeimos medicinos paslaugas teikiančių gydytojų darbo krūvių netolygumą, eilių didėjimą. Remiantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos užsakymu 2011 m. atliktu tyrimu (Medicinos personalo skaičiaus, poreikio ir darbo krūvio pilotinės „Dienos fotografijos“ analizė), nustatyti gana dideli gydytojų specialistų

pasiskirstymo ir teikiamų specializuotų ambulatorinių konsultacijų skaičiaus pagal savivaldybes netolygumai. Lietuvoje, palyginti su ES vidurkiu, mažėja slaugytojų – 2012 m. 100 tūkst. gyventojų teko 793,6 slaugytojo, ES – 835,5 slaugytojo, nustatytas netolygus jų pasiskirstymas savivaldybėse. Šalyje pastebimas ir spartus gydytojų populiacijos senėjimas, turintis įtakos gana dideliame gydytojų skaičiaus mažėjimu iki 2025 m. Taip pat 2012 m. duomenys rodo, kad miestų savivaldybių gyventojai pas gydytojus lankėsi dažniau (10,2 apsilankymai vienam gyventojui) nei rajonų savivaldybių gyventojai (6,2 apsilankymo vienam gyventojui);

10. Dėl ES struktūrinių fondų 2007–2013 m. programavimo laikotarpiu naudojimo sveikatos sektoriuje, Lietuvoje jau matomi gana ryškūs tam tikrų sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir prieinamumo teigiami pokyčiai: iš esmės sukurta traumos centrų tinklo infrastruktūra, kompleksinę onkologinę pagalbą teikiančios sveikatos priežiūros įstaigos aprūpintos ankstyvajai ligų diagnostikai ir efektyviam gydymui reikalinga infrastruktūra, išplėtotas psichikos sveikatos priežiūros įstaigų tinklas, įsigyta būtiniausia įranga, skirta širdies ir kraujagyslių ligoms diagnozuoti ir gydyti bei atnaujintos patalpos, skirtos visų trijų paslaugų teikimo lygių kokybiškoms paslaugoms teikti, tačiau kryptingas dėmesys sergamumo ir pirmalaikio mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimui ir toliau turi būti skiriamas, kadangi standartizuoti sergamumo ir pirmalaikio mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų rodikliai Lietuvoje vis dar išlieka vieni blogiausių iš ES šalių. Juos sąlygoja tarp šalies regionų ir skirtingų socialinių-ekonominių gyventojų grupių egzistuojantys dideli sveikatos ir jos priežiūros prieinamumo skirtumai.

11. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir kokybės gerinimas, ypatingą dėmesį skiriant gyventojų sveikatos išsaugojimui, ligų prevencijai bei ankstyvai ligų diagnostikai, sveikatos priežiūros sistemos optimizavimas ją orientuojant ir pertvarkant taip, kad būtų sumažinti egzistuojantys dideli sveikatos netolygumai tarp žmonių, gyvenančių didžiųjų miestų savivaldybėse ir tarp tų, kurie gyvena rajonų savivaldybėse, tarp stabilias aukštas pajamas turinčių gyventojų ir tarp tų gyventojų, kurių pajamos yra nereguliarios ir mažos, tarp šeimoje gyvenančių ir vienišų žmonių, išlieka viena iš aktualiausių Lietuvos problemų, kurias būtina spręsti.

12. Todėl įgyvendinant šį veiksmų planą numatoma derinti kompleksinius veiksmus ir plėtoti infrastruktūrą, sudarant galimybes išskirtų tikslinių teritorijų gyventojams bei tikslinių grupių asmenims užtikrinti kuo tolygesnį kokybiškų viešųjų sveikatos ugdymo, ligų profilaktikos, ankstyvosios diagnostikos prevencinių ir specializuotų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo lygį. Taip pat bus investuojama į sveikatos priežiūros paslaugų ir savalaikės pagalbos efektyvaus organizavimo, teikimo bei valdymo modelių diegimą ir plėtojimą, remiant inovatyvius ir efektyvius sprendimus, technologijas tikslinių gyventojų grupių sveikatos raštingumui didinti, gyventojams konsultuoti, gydyti ir stebėti bei jų gyvenimo kokybei palaikyti.

III SKYRIUS

VEIKSMŲ PLANO TIKSLAI

13. Šio Veiksmų plano pagrindiniai tikslai:

13.1. sumažinti tam tikruose šalies regionuose (teritorijose) bei skirtingoms socialinėms grupėms priklausančių asmenų sveikatos būklės netolygumus bei sveikatos priežiūros prieinamumo skirtumus, gerinant tikslinių gyventojų grupių galimybes naudotis ligų prevencijos, sveikatos stiprinimo, pirminėmis ir specializuotomis sveikatos priežiūros paslaugomis bei įgyvendinant tikslines priemones;

13.2. patobulinti sveikatos sistemos valdymą ir organizavimą, siekiant užtikrinti efektyvią ir tvarią sveikatos priežiūrą visos šalies gyventojams.

IV SKYRIUS

VEIKSMŲ PLANO ĮGYVENDINIMO KRYPTYS

14. Siekiant numatytų Veiksmų plano tikslų, yra numatomos šios jo įgyvendinimo kryptys:

14.1. Tuberkuliozės profilaktikos, diagnostikos ir gydymo efektyvumo didinimas (Veiksmų plano 1 priedas);

14.2. Priklausomybės nuo alkoholio bei kitų psichoaktyviųjų medžiagų prevencijos, gydymo bei socialinės reintegracijos paslaugų prieinamumo didinimas (Veiksmų plano 2 priedas);

14.3. Traumų ir nelaimingų atsitikimų profilaktikos, neįgalumo ir mirtingumo nuo išorinių priežasčių mažinimas (Veiksmų plano 3 priedas);

14.4. Sergamumo ir pirmalaikio mirtingumo nuo kraujotakos sistemos ligų mažinimas (Veiksmų plano 4 priedas);

14.5. Sergamumo ir pirmalaikio mirtingumo nuo galvos smegenų kraujotakos ligų mažinimas (Veiksmų plano 5 priedas);

14.6. Onkologinių ligų prevencijos ir efektyvaus gydymo užtikrinimas. Šios krypties sveikatos netolygumų mažinimo veiksmai bus įgyvendinami pagal parengtą ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro patvirtintą Nacionalinę vėžio profilaktikos ir kontrolės 2014–2025 metų programą;

14.7. Efektyvios sveikatos priežiūros prieinamumo gerinimas neįgaliesiems (Veiksmų plano 6 priedas);

Papunkčio pakeitimai:

Nr. [V-912](#), 2014-09-01, paskelbta TAR 2014-09-01, i. k. 2014-11474

14.8. Vaikų sveikatos stiprinimo, ligų profilaktikos bei efektyvaus gydymo užtikrinimas (Veiksmų plano 7 priedas).

Papunkčio pakeitimai:

Nr. [V-912](#), 2014-09-01, paskelbta TAR 2014-09-01, i. k. 2014-11474

15. Detali informacija apie esamos situacijos analizę, specifinius tikslus, uždavinius ir priemones, vertinimo kriterijus, numatomus pasiekti rezultatus, priemonių vykdytojus bei skiriamas lėšų sumas pateikiama toliau, atskirai aprašant kiekvieną kryptį.

V SKYRIUS

BAIGIAMOSIOS NUOSTATOS

16. Įgyvendinus Veiksmų planą iki 2023 m. pagerės sveikatos priežiūros prieinamumas tikslinėms gyventojų grupėms, užtikrinant jiems lygias galimybes naudotis sveikatos priežiūros paslaugomis, sumažės sveikatos netolygumai ir tai prisidės prie sveikesnės ir aktyvios visuomenės vystymo bei socialinio teisingumo.

17. Už Veiksmų plano įgyvendinimą atsakinga Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija.

18. Veiksmų planas gali būti peržiūrimas ir tikslinamas pagal poreikį.

19. Veiksmų plano įgyvendinimo šaltiniai:

19.1. valstybės ir savivaldybių biudžeto lėšos;

- 19.2. Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšos;
 - 19.3. Europos Sąjungos struktūrinių fondų ir tarptautinės paramos lėšos;
 - 19.4. nuosavos vykdytojų lėšos ir kt. šaltiniai.
-

TUBERKULIOZĖS PROFILAKTIKOS, DIAGNOSTIKOS IR GYDYMO EFEKTYVUMO DIDINIMO KRYPTIES APRAŠAS

I SKYRIUS

BENDROSIOS NUOSTATOS

1. Tuberkuliozės profilaktikos, diagnostikos ir gydymo efektyvumo didinimo krypties aprašas (toliau – Aprašas) parengtas siekiant nustatyti tikslus, uždavinius, tarpusavyje suderintas koordinuotas profilaktikos bei efektyvaus ir racionalaus gydymo užtikrinimo priemones iki 2023 metų, kurių įgyvendinimas sudarytų sąlygas mažinti Lietuvos gyventojų sergamumą ir mirtingumą nuo tuberkuliozės (toliau – TB) ir atsparių TB formų vystymąsi ir kartu prisidėti prie socialinės nelygybės tam tikrose visuomenės grupėse mažinimo.

2. TB infekcijos šaltinis – asmuo, sergantis atvira plaučių TB ir aerogeniniu būdu (per orą su dalelėmis) skleidžiantis į aplinką TB sukėlėjus. Tokie ligoniai, kurių išskyrose randama ligos sukėlėjų, vadinami sergančiaisiais atvira TB (toliau – atvirąja TB). TB – visuomenei pavojinga infekcinė liga, ja sergančiųjų asmenų gydymas ir priežiūra užtrunka ilgai (nuo 6 iki 24 mėn., kartais ir ilgiau), valstybei TB ligonių gydymas brangiai kainuoja, nes ligoniai ilgai gydomi specializuotuose TB stacionaruose, kuriuose gydymas trunka vidutiniškai 80 dienų. Sėkmingo gydymo pagrindas yra Pasaulio sveikatos organizacijos (toliau – PSO) patvirtinta vadinamoji DOTS (angl., *directly observed treatment short-course* – tiesiogiai stebimo gydymo kursas) strategija. Šią strategiją 1993 m. Pasaulio Bankas įvardijo kaip vieną iš pačių ekonomiškai efektyviausių sveikatinimo priemonių iš visų egzistuojančių sveikatos apsaugos sistemoje.

3. Apraše vartojamos sąvokos ir jų apibrėžtys:

Ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugos – tai sveikatos priežiūra, teikiama neguldant paciento į ligoninę.

Mikroskopijos centras – tai klinikinės laboratorijos padalinys, kuris atlieka pirminį skreplių mikroskopinį tyrimą TB nustatyti. TB mikroskopijos centrų sąrašas patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. lapkričio 9 d. įsakymu Nr. 635 „Dėl Tuberkuliozės mikroskopijos centrų sąrašo patvirtinimo“.

Nacionalinė klinikinių sprendimų palaikymo sistema – valstybės informacinė sistema, kuri atlieka kompiuterizuotų ir automatizuotų tyrimų rezultatų analizę bei pateikia pasiūlymus dėl diagnozių pagrindimo asmens sveiktos priežiūros specialistams.

Tuberkuliozė – infekcinė liga, kurią sukelia TB mikobakterijos.

Kohortinis tyrimas – gydytų TB ligonių per apibrėžtą laiko tarpą (per metus) gydymo rezultatų analizė po 12–15 mėn. nuo gydymo pradžios, renkant duomenis kas pusę metų.

Pirminis atsparumas – tuberkuliozės mikobakterijų (toliau – TM) atsparumas vaistams nuo tuberkuliozės, nustatomas naujai susirgusiems TB ligoniams (anksčiau niekada negydytiems nuo TB).

Antrinis atsparumas – tuberkuliozės mikobakterijų atsparumas vaistams nuo tuberkuliozės nustatomas anksčiau gydytiems TB ligoniams.

Tuberkulino mėginys – mėginys, skirtas užsikrėtimui tuberkuliozės mikobakterijomis nustatyti, atliekamas švirkščiant tuberkuliną į odą.

DOTS–STOP/TB – PSO strategija, skirta tuberkuliozei sustabdyti (angl. STOP TB), kurio pagrindą sudaro tiesiogiai stebimo trumpo gydymo kursas (angl. DOTS).

Izoliacinė palata su neigiamu slėgiu – taip, kaip apibrėžta Lietuvos higienos normoje HN 47-1:2012 „Sveikatos priežiūros įstaigos. Infekcijų kontrolės reikalavimai“ patvirtintoje Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. spalio 19 d. įsakymu Nr. V-946 „Dėl Lietuvos higienos normos HN-47-1:2012 „Sveikatos priežiūros įstaigos. Infekcijų kontrolės reikalavimai“ patvirtinimo“.

TB ir ŽIV koinfekcija – tuberkuliozės ir žmogaus imunodeficito viruso (toliau – ŽIV) derinys.

Tuberkuliozės valstybės informacinė sistema – informacinė sistema, skirta tuberkuliozės epidemiologinei situacijai šalyje vertinti, sergamumo tuberkulioze rodikliams stebėti, tuberkuliozės epidemiologinių rodiklių pokyčiams prognozuoti, tuberkuliozės gydymo kategorijų ir gydymo rezultatų analizei atlikti ir pasiūlymams atsakingoms institucijoms teikti.

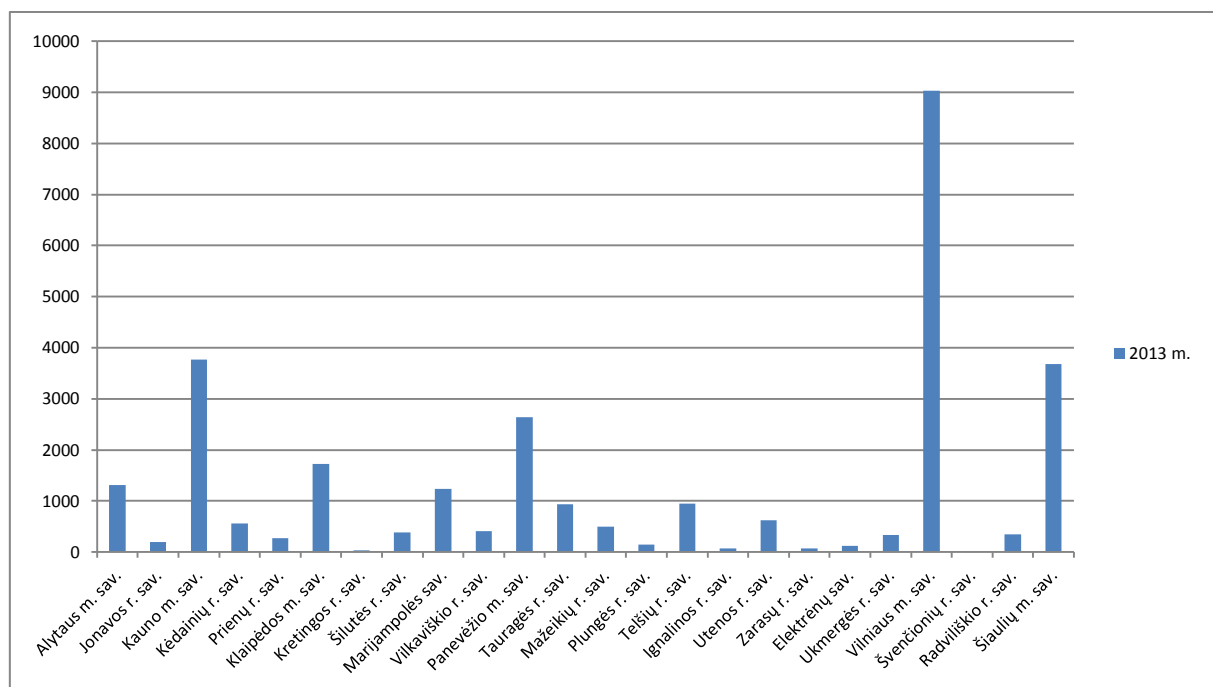
II SKYRIUS

SITUACIJOS ANALIZĖ

4. Nuo 2007 m. PSO Europos regiono biuras Lietuvą priskyrė prie didžiausios TB rizikos šalių grupės Europos regione, o nuo 2008 m. PSO Europos regiono biuras Lietuvą priskyrė prie 15 Europos regiono šalių, kuriose registruojamas didelis sergamumas dauginio atsparumo vaistams TB (toliau – DAV TB). Šios Europos šalys priklauso 27 pasaulio valstybėms, kuriose yra didžiausias DAV TB paplitimas (PSO Europos regiono biuras 2011 m. „Roadmap to prevent and combat drug – resistant tuberculosis“).

5. TB plitimą Lietuvoje lemia šios pagrindinės priežastys: socialinės (nedarbas, skurdas, alkoholio, narkotikų vartojimas ir kt.); psichologinės (dalies sergančiųjų TB nesuvokimas šios ligos sukeltų sveikatos sutrikimų sunkumo, nenoras gydytis ir baigti gydymo kursą, gydymo režimo pažeidimai), organizacinės (nėra nemokamai duodamų vaistų, pacientai neturi lėšų pasiekti gydymo įstaigas ir pan.). PSO rekomenduota DOTS strategija Lietuvoje taikoma stacionaruose besigydantiems ligoniams, bet tiesiogiai stebimas gydymas neužtikrintas visiems ambulatoriškai besigydantiems ligoniams (dėl lėšų stokos, organizacinių nesklandumų ir kitų priežasčių), pavyzdžiui, remiantis 2013 m. Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – Valstybinė ligonių kasa prie SAM) pateiktais duomenimis apie antrinio lygio ambulatorines pulmonologijos, vaikų pulmonologijos ir (ar) ftiziatrijos paslaugas, 12 šalies miestų ir rajonų neteikiamos ftiziatrijos ir (ar) pulmonologijos paslaugos (Skuodo, Kretingos, Palangos, Neringos, Pagėgių, Kalvarijos, Kazlų Rūdos, Birštono, Zarasų, Visagino, Rietavo ir Druskininkų sav.), taip pat pažymėtina, kad nors Molėtų rajono, Šakių rajono, Prienų rajono, Raseinių rajono savivaldybėse teikiamos pulmonologijos paslaugos, tačiau nei viena iš jų nesuteikta TB sergantiems pacientams. Kai kurių savivaldybių, kuriose nėra teikiamos antrinio lygio pulmonologijos, ir (ar) ftiziatrijos konsultacijos, gyventojai paslaugas gauna gretimoje savivaldybėje, pvz., Pagėgių gyventojai pulmonologijos paslaugas gauna Tauragės rajono asmens sveikatos priežiūros įstaigoje. O antrinio lygio ambulatorinės vaikų pulmonologijos paslaugos teikiamos tik 24 savivaldybėse visose šalies apskrityse, teikiamos paslaugų apimtys labai skirtingos, todėl egzistuoja šių paslaugų tolygaus pasiskirstymo bei prieinamumo problemos šalyje, taip pat kyla problemų dėl specialistų efektyvaus darbo dėl teikiamų paslaugų apimčių.

1 paveikslas. Antrinio lygio ambulatorinių vaikų pulmonologijos paslaugų teikimo vietos ir skaičius 2013 m., (Valstybinė ligonių kasa prie SAM)

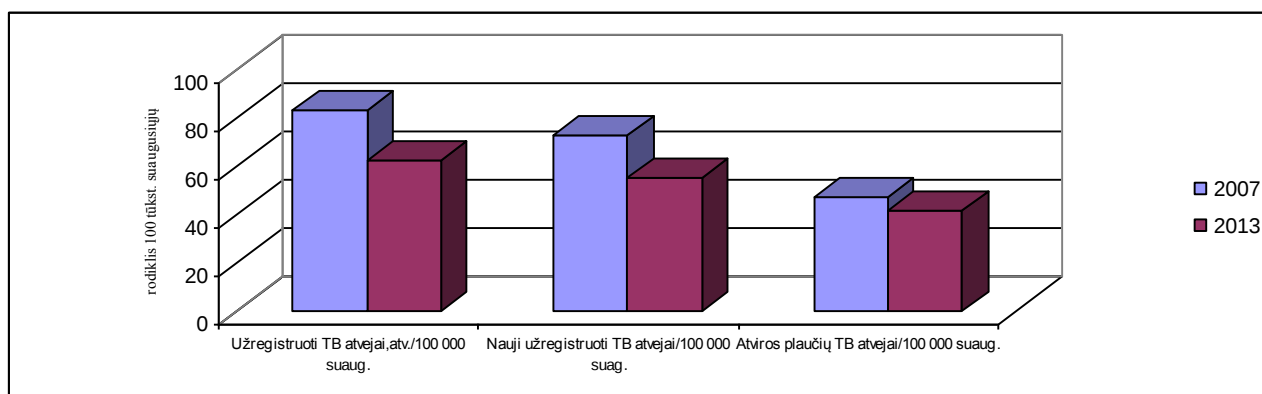


6. Tuberkuliozei būdingas ir socialinis pobūdis: apie 30 proc. visų TB sergančių asmenų yra bedarbiai arba neturintys nuolatinio darbo, piktnaudžiauja alkoholiu, reguliariai pažeidinėja gydymo režimą. Šie pacientai yra svarbus ir nuolatinis infekcijos ir vaistams atsparios TB vystymosi TB šaltinis.

7. Pradėjus įgyvendinti TB kontrolės PSO rekomenduojamą strategiją DOTS–STOP/TB, epidemiologiniai TB rodikliai Lietuvoje per kelerius metus stabilizavosi ir pradėjo laipsniškai trupti gerėti:

7.1. per 2007–2013 m. laikotarpį sumažėjo 669 TB atvejais (nauji ir recidyvai), arba 30,0 proc., taip pat per šį laikotarpį sumažėjo 30,1 proc. arba 594 naujai užregistruotais TB atvejais, o naujų atviros plaučių TB atvejų užregistruota 208 atvejais arba 17,0 proc. mažiau. Ligotumas TB Lietuvoje 2007 m. buvo 74/100000 gyv., 2013 m. – 57/100000 gyv.;

2 paveikslas. Užregistruotų suaugusiųjų TB atvejų 2007 ir 2013 m. (Tuberkuliozės valstybės informacinė sistema, Higienos institutas)



7.2. vaikų (0–17 m.) TB atvejų 2007 m. užregistruota 104 (15,8/100 000 vaikų), 2013 m. užregistruoti nauji 56 vaikų susirgimo atvejai (10,3/100 000 vaikų). Per 2007–2013 m. laikotarpį vaikų, sirgusių TB, užregistruota 48 atvejais mažiau, arba 46,2 proc. Tačiau plaučių TB 2007 m. naujai susirgo 18 vaikų (bakteriologiškai patvirtinta 12 atvejų), 2013 m. plaučių TB susirgo 26 vaikai (bakteriologiškai patvirtinta – 14 atvejų), padaugėjo 8 atvejais, arba 6,0 proc. Apie 60 proc. vaikų, susirgusių TB, turėjo artimų kontaktų su TB sergančiu šeimos nariu (Tuberkuliozės valstybės informacinės sistemos duomenys, 2013 m.);

3 paveikslas. Vaikų sergamumas TB 2007 ir 2013 m. (Tuberkuliozės valstybės informacinė sistema, Higienos institutas)



7.3. Lietuvoje sergamumas TB yra gerokai didesnis palyginti su Europos Sąjungos (toliau – ES) šalimis (PSO / Europos ligų prevencijos ir kontrolės centro duomenys). 2012 m. Lietuvoje sergamumas buvo 66/100 000 gyv.; Latvijoje 53/100 000 gyv. Palyginti su kitomis ES šalimis, Lietuva drauge su Rumunija išlieka didžiausio TB paplitimo šalimis. Pažymėtina, kad 2000–2004 m. laikotarpiu TB sergamumas Latvijoje buvo didžiausias iš Baltijos šalių, tačiau efektyvus STOP TB taikymas kaimyninėje šalyje leido greičiau mažinti TB, ir dabar blogiausi rodikliai fiksuojami Lietuvoje;

4 paveikslas. Užregistruoti TB atvejai (Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe, ECDC/World Health Organization, 2014)



7.4. naujų plaučių TB atvejų bakteriologinis patvirtinimas 2013 m. Lietuvoje buvo 80,5 proc. (PSO rekomenduojamas – 70 proc.). Geras TB atvejų patvirtinimas rodo efektyvų laboratorinės tarnybos darbą, todėl tolesnėje perspektyvoje būtina apsvaistyti laboratorijų vaidmenį taikant DOTS ir STOP TB strategijas, kad šis darbas neblogėtų, bet taptų dar efektyvesnis;

7.5. 2011 m. iš naujų bakteriologiškai patvirtintų plaučių TB atvejų, sėkmingai pavyko išgydyti 83 proc. (PSO tikslas – sėkmingai išgydyti ne mažiau kaip 85 proc.). 2010 m. PSO Europos regione nauji plaučių TB atvejai bakteriologiškai patvirtinti (TM+) sėkmingai išgydyti 67,2 proc., ES šalyse naujus plaučių TB atvejus bakteriologiškai patvirtintus (TM+) sėkmingai pavyko išgydyti 76,8 proc. (Higienos instituto duomenys, 2013 m.). Kai kuriose Lietuvos vietovėse, pvz., Šiauliuose, išgydymas siekia 90 ir daugiau procentų. Jeigu tokį rodiklį pavyktų pasiekti visoje šalyse, būtų užtikrinta TB kontrolė ir sutaupyti dešimtys milijonų litų dabar skiriamų gydymui, be to, mažėtų ir DAV TB atvejų skaičius;

7.6. 2007 m. nuo TB mirė 284 ligoniai, arba 8,8/100 000 gyv., 2013 m. mirė 186 TB sergantys ligoniai, arba 6,2/100 000 gyv. Pastebimas sumažėjimas 34,5 proc. arba 98 atvejais. 2012 m. mirtingumas ES šalyse: Estijoje 2,8/100 000 gyv., Latvijoje 2,6/100 000 gyv., Rumunijoje

5,6/ 100 000 gyv. (Higienos instituto duomenys, 2013 m.; Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2014 ECDC/WHO). Taigi mirtingumas nuo TB Lietuvoje pats didžiausias tarp ES šalių;

7.7. nesant geros ambulatorinės gydymo kontrolės, TB sergantys asmenys dažnai neužbaigia gydymo, todėl atsiranda atsparios TB mikobakterijų padermės. Tokių pacientų gydymas kainuoja 100–1000 kartų brangiau, todėl reikia dėti visas pastangas, kad pacientai nenutrauktų pradėto gydymo. Tikslinga iš esmės stiprinti ir palaikyti DOTS strategiją. Stacionare ligonius reikėtų gydyti kol jie skiria TB mikobakterijas, išnykus TM, didesnei daliai jų gydymą galima tęsti ambulatoriškai, didinant jų gydymosi motyvaciją iki visiško gydymo kurso užbaigimo.

8. DAV TB paplitimas taip pat yra vienas didžiausių ES, jo gydymo rezultatai yra nepatenkinami. 2010 m. sėkmingai pavyko išgydyti tik 31 proc. DAV TB sergančius asmenis (kohortiniai gydymo rezultatai teikiami po 24–36 mėn. nuo gydymo pradžios). Viena iš šių TB formų vystymosi priežasčių – nereguliarus aprūpinimas vaistais nuo TB: beveik kasmet pristigdavo vieno ar kito vaisto. Nuo 2011 m. vaistai atspariai TB gydyti pradėti pirkti centralizuotai. Tačiau vis vien vaistų nuo TB aprūpinimo modelis neatitinka PSO rekomendacijų. Netgi už pirmaeilius vaistus nuo TB pacientai turi primokėti (PSO rekomenduoja vaistus nuo TB pirkti centralizuotai ir duoti pacientams visiškai nemokamai (Management of tuberculosis (IUATLD 2000 Fifth edition)). Dalis sergančių TB asmenų neturi pinigų priemonai, todėl nutraukia gydymą. Kadangi pacientų aprūpinimas visiškai nemokamais vaistais nėra įgyvendintas, užtikrinti tiesiogiai stebimo gydymo – pagrindinio DOTS TB gydymo elemento, negalima.

9. Dažniausiai gydymą nutraukia žmonės, neturintys gyvenamosios vietos, grįžę iš laisvės atėmimo vietų, piktybiškai vartojantys alkoholį, narkomanai. Viena iš šios grupės asmenų nutraukto gydymo priežasčių – motyvacijos ir socialinės paramos stoka. Kitų šalių patirtis rodo, kad socialinė motyvacija yra viena veiksmingiausių sėkmingo gydymo priemonių, nes skatina TB sergančius asmenis atvykti į DOTS kabinetą suvartoti vaistų nuo TB. TB profilaktikos ir kontrolės 2011–2014 m. programoje lėšų socialinei paramai nebuvo skirtos, šios pagalbos priemonės pastaraisiais metais buvo iš dalies finansuojamos iš „Rotary“ projekto (2011–2013 m.) bei kai kurių savivaldybių lėšomis. Tačiau ši pagalba buvo nereguliari. Dėl socialinės paramos stokos negalima užtikrinti nepertraukiamo TB gydymo, todėl ir dėl šios priežasties vystosi vaistams atsparios TB formos. Nutrauktas gydymas yra vienas pagrindinių atsparios TB užkrato plitimo veiksnių. Veiksminga priemonė būtų rizikos grupių asmenų, ypač kontaktuojančių su gydymą nutraukusiais ligoniais, skatinimas aktyviai savanoriškai išsitiirti dėl TB. Lietuvoje nauji TB atvejai išaiškinami pasyviai, be to, būtinas pirminės priežiūros gydytojo siuntimas, o tai apsunkina arba atgraso pacientus nuo tikrinimosi. Rizikos grupių asmenų skatinimas socialinėmis priemonėmis atvykti į gydymo įstaigą išsitiirti (atlikti krūtinės ląstos rentgeno bei skreplių tyrimų) būtų labai veiksminga priemonė sergamumui mažinti, nes anksčiau išaiškinus naujus TB atvejus, būtų sumažinta užkrato plitimo rizika.

10. Stacionarines asmens sveikatos priežiūras paslaugas teikiančių TB įstaigų (toliau – TB stacionarai) tinklas Lietuvoje šiuo metu yra per didelis ir finansiškai brangus. Tai prieštarauja bendrai idėjai, kurią skelbia STOP TB strategija, kad iš esmės TB turėtų būti gydoma ambulatoriškai, išskyrus bakteriologiškai atviros TB atvejus, kurie reikalauja stacionarinio gydymo.

11. Šiuo metu Lietuvoje funkcionuoja 1052 stacionaro lovos, kurių yra per daug, kadangi plėtojant pigesnes ambulatorines paslaugas, gerinant DOTS strategijos (gydymo kontrolės) vykdymą, daugumą ligonių galima gydyti ambulatoriškai, be to, mažėjant sergamumui TB, stacionarinio gydymo ženkliai mažės. Kita vertus, reikia pripažinti, kad ambulatorinio gydymo įkainiai neatperka sąnaudų, todėl gydymo įstaigų administratoriai stengiasi hospitalizuoti visus pacientus, kad atsipirktų gydymo sąnaudos. Taip švaistomos privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) lėšos.

2014 m. duomenimis, Lietuvoje veikia šios TB įstaigos:

Eil. Nr.	Įstaigos pavadinimas	TB lovų, skirtų suaugusiems, skaičius, vnt.	TB lovų, skirtų vaikams, skaičius, vnt.

1.	VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos: 1) filialas Tuberkuliozės ir infekcinių ligų ligoninė: - Santariškių g. 14, Vilnius - P. Širvio g. 5, Vilnius - Žolyno g. 12 ir 16, Vilnius 2) filialas Vaikų ligoninė: Santariškių g. 4, Vilnius Naujieji Valkininkai „Pušėlė“, Varėnos r.	115 80 (atspariai TB gydyti) ambulatorinis skyrius	2 50
Iš viso Vilniuje:		247	
2.	Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė VšĮ Kauno klinikų, filialas Romainių tuberkuliozės ligoninė (Šilainių pl. 21, Kaunas)	200	
3.	VšĮ Kauno klinikinė ligoninė		20
4.	VšĮ Respublikinės Kauno ligoninės: 1) filialas Kulautuvos vaikų ligoninė (Pušyno g. 1, Kulautuva); 2) filialas Marių ligoninė (Žiegdriai, Kauno r.)	40	100
Iš viso Kaune:		360	
5.	VšĮ Respublikinė Klaipėdos ligoninė, filialas Tuberkuliozės ligoninė (P. Lideikio g. 2, Klaipėda)	150	50
6.	VšĮ Respublikinė Šiaulių ligoninė (Tuberkuliozės ir plaučių ligų klinika) (V. Kudirkos g. 97, Šiauliai)	110	10
7.	VšĮ Respublikinė Panevėžio ligoninė (Tuberkuliozės ir plaučių ligų klinika, Ramygalos g. 25, Panevėžys)	40	
8.	VšĮ Alytaus apskrities tuberkuliozės ligoninė (Sanatorijos g. 51, Alytus)	55 (iš jų 30 priverstiniam gydymui)	
9.	VšĮ Marijampolės ligoninė (Palangos g. 1 Marijampolė)	15	
10.	VšĮ Utenos ligoninė (Aukštakalnio g. 3, Utena)	15	
Iš viso:		820	232

12. TB stacionare gydomiems ligoniams pagal PSO rekomendacijas skiriamos 2 gydymo fazės: intensyvi, kuri tęsiasi 2–3 mėn., ir gydymo tęsimo fazė – 4 mėn. Ligoniams, sergantiems atvira TB, skiriantiems TM, po adekvataus gydymo TM pradeda išnykti po 5–7 dienų ir daugeliui ligonių visiškai išnyksta po 2–3 savičių (Treatment of tuberculosis: guidelines-4th ed. WHO, 2011). Europos šalys, taupydamos brangiai kainuojančias stacionarinio gydymo lėšas, ligonius, nustojusius skirti TM, išrašo iš ligoninės gydyti ambulatoriškai, nes tai yra daug pigiau. Ligonius, nustojusius skirti TM, išrašius iš ligoninės, jose atsiras laisvų nereikalingų lovų. Taip bus galima mažinti palatas ir suteikti geresnes gydymo sąlygas kitiems ligoniams. Mažėjant sergamumui ir efektyviau išnaudojant ambulatorinio gydymo galimybes, bendras stacionaro lovų skaičius būtų sumažintas 500 lovų ir vietoj buvusių 1052 lovų 2023 m. liktų ne daugiau kaip 520 lovų. Lovų skaičių reikėtų mažinti palaipsniui, t.y. iki 2018 m. sumažinti ne mažiau kaip iki 700 vnt. Sumažėjus sergamumui TB ir dėl to atsiradus galimybei sumažinti lovų skaičių stacionaruose, būtų galima sutaupyti apie 12–15 mln. litų per metus. Jeigu lygintume situaciją su kitomis šalimis (pvz., Latvija), kur gyventojų skaičius nedaug mažesnis nei Lietuvoje, o epidemiologiniai TB rodikliai šiek tiek mažesni, lovų skaičius TB ligoninėse tesiekia 500, o Estijoje, kur gyventojų skaičius yra apie 1,3 mln. gyv., TB ligoninėse yra 109 lovos.

13. Nors tendencijos rodo, kad TB stacionarinių lovų poreikis ilgainiui mažės, tačiau artimiausius 10 metų jų poreikis ligoniams, sergantiems atsparia, ypač daugeliui vaistų atsparia TB (DAV TB), išliks didelis. Tokių ligonių gydymas ir priežiūra ypač sudėtinga, todėl būtų tikslinga juos koncentruoti Vilniaus ir Kauno TB paslaugas teikiančiuose stacionaruose, kuriuose dirba didžiausią patirtį turintys gydytojai bei yra aukšto lygio laboratorinės tarnybos. Pažymėtina, kad tokiems pacientams gydyti būtinos specialiai įrengtos izoliacinės palatos su neigiamu slėgiu ir didelio efektyvumo oro dalelių filtravimo filtrais.

14. VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų TB stacionariųjų skyrių būklė yra kritinė. Visuose kituose šalies TB stacionaruose sanitarinė-higieninė būklė patenkinama, bet, norint ligonius ir medicinos personalą apsaugoti nuo TB plitimo (hospitalinės infekcijos), jose 4–6 ligoniams pritaikytas palatas tikslinga pertvarkyti į 1–2 ligoniams gulėti skirtas palatas. Taip pat ten, kur nėra ventiliacijos ir sanitarinių mazgų palatose, tikslinga būtų juos įrengti. TB stacionariai vaikams yra pakankamai geros būklės, tačiau pažymėtina, kad Lietuvoje stacionariųjų lovų apimtys vaikams yra gerokai per didelės. Apie 90 proc. vaikų, sergančių TB, turėtų būti gydomi ambulatoriškai, kadangi vaikai, skirtingai nuo suaugusiųjų, jautresni atskyrimui nuo šeimos ir socialinės aplinkos, taip pat į tiesiogiai kontroliuojamo gydymo procesą aktyviai įtraukiami tėvai, globėjai ir kt. TB sergantys vaikai, skirtingai nuo suaugusiųjų, kuriems dažnai kartu su TB nustatoma kepenų, širdies ir pan. ligos, dažniausiai neserga sunkiomis kitų organų ligomis, ir jiems nereikalingas kompleksinis gydymas, todėl stacionarinis gydymas turėtų būti taikomas tik ypač sunkiais ir išskirtiniais atvejais.

15. TM neišskiriantys ligoniai gali būti sėkmingai gydomi ambulatoriškai. Šiuo atveju ligoniai nebus atitraukti nuo namų ir šeimos, kartu bus sutaupyta daug PSDF biudžeto lėšų, skiriamų TB stacionaruose gydyti.

16. Nemaža TB sergančių asmenų dalis yra asocialūs, nepakankamai supranta nepertraukiamo gydymo svarbą, todėl neatvyksta į DOTS kabinetus suvartoti vaistų. Norint, kad būtų užtikrinamas nepertraukiamas gydymas ir sustabdytas užkrato plitimas bei TM atsparumo vaistams vystymasis, būtina pas tokius ligonius nuvykti medicinos darbuotojui ar kitam atsakingam asmeniui ir sugirdyti vaistus nuo TB, siekiant kontroliuoti, kad vaistai būtų išgeriami.

17. TB stacionariai, ambulatorinės TB sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios įstaigos, mikroskopijos centrai, taip pat ir šeimos medicinos paslaugas teikiančios asmens sveikatos priežiūros įstaigos vis dar nepakankamai įtrauktos į TB valstybinę informacinę sistemą, t. y. nėra sukurtos ir tinkamai funkcionuojančios informacinės sistemos, kuri leistų palaikyti abipusį elektroninį duomenų mainų ryšį tarp Tuberkuliozės valstybės informacinės sistemos ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines arba ambulatorines TB paslaugas, apmokamas iš PSDF lėšų.

18. TB stacionaruose nepakanka socialinių darbuotojų, kurie ypač reikalingi dėl TB sergančių ligonių socialinio statuso. Socialiniai darbuotojai atlieka didžiulį ir labai svarbų darbą, todėl kiekviename TB stacionare privalo būti įsteigti socialinių darbuotojų etatai. Todėl reikia reglamentuoti socialinių darbuotojų etatų įvedimo TB stacionaruose būtinybę bei užtikrinti, kad šie specialistai būtų įdarbinti.

19. Tikėtina, kad pamažu mažėjant TB atvejų ir daugėjant naujai parengiamų (baigusių rezidentūrą) gydytojų pulmonologų, vaikų pulmonologų reikiamų specialistų trūkumo nebus. Tačiau būtina šeimos gydytojams, vaikų ir vidaus ligų gydytojams, gydytojams specialistams, slaugytojoms, socialiniams darbuotojams vykdyti mokymus, kurie leistų laiku pažinti TB simptomus, suteikti žinių apie TB infekcijos kontrolės principus, TB sergančių ligonių priežiūrą ir gydymo kontrolę.

20. Mažėjant TB atvejų būtina įvertinti ir peržiūrėti laboratorijų, kuriose atliekami TB pasėliai, skaičių, išdėstymą ir organizacinę valdymą Lietuvoje bei TB sukėlėjų mikroskopijos funkcijas, įvertinant organizacinę struktūrą, naudojamus kaštus, tyrimų skaičių, tyrimų atlikimo kokybę ir laiką bei pan.

III SKYRIUS

TIKSLAI

21. Pagrindinis šios Veiksmų plano krypties tikslas – mažinti Lietuvos gyventojų sergamumą ir mirtingumą nuo TB, išvengti atsparių vaistams TB mikobakterijų atsiradimo ir plitimo.

IV SKYRIUS

UŽDAVINIAI

22. Tikslui pasiekti nustatomi šie uždaviniai:

22.1. pagerinti TB profilaktiką, efektyvios diagnostikos ir gydymo organizavimą;

22.2. pagerinti TB diagnostikos ir gydymo paslaugų (toliau – TB paslaugos) kokybę, padidinant sveikatos priežiūros įstaigų tinklo veiklos efektyvumą.

V SKYRIUS

PRIEMONĖS UŽDAVINIAMS ĮGYVENDINTI

23. Įgyvendinant uždavinį – pagerinti TB profilaktiką, efektyvią diagnostiką ir gydymo organizavimą – numatoma:

23.1. vykdyti periodinį visuomenės informavimą apie TB epidemiologinę būklę ir apsisaugojimo nuo jos būdus (pvz., informacinės medžiagos visuomenei TB profilaktikos klausimais rengimas, gamyba, sklaida, ypač kasmet kovo 24 d. – kovos su TB diena paminėti). Ypač svarbu šią veiklą vykdyti skleidžiant įrodymais pagrįstą ir patikimą informaciją. Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija, Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras, visuomenės sveikatos biurai, visuomenės sveikatos centrai, pirminės sveikatos priežiūros įstaigos, TB stacionarai;

23.2. organizuoti TB sergančių pacientų ir jų šeimos narių mokymus TB profilaktikos ir kontrolės klausimais, parengti specialias pacientams skirtas programas (pvz. TB epidemiologija, TB gydymas ir slauga, atspari TB, TB diagnostika, Vaikų TB, TB profilaktika, DOTS įgyvendinimas, Mirštančių nuo TB ligonių slauga, TB ir motinystė). Taip pat būtina tęsti pacientų mokymus visuose TB stacionaruose, kuriuose yra įrengti pacientų mokymo kabinetai, užtikrinant, kad juose pacientams bent 1 kartą per savaitę 1 val. būtų skiriama įvairiems ligos aspektams aptarti su įvairiais specialistais (gydytojais, slaugytojomis, psichologais, socialiniais darbuotojais, užkrečiamųjų ligų epidemiologinę priežiūrą ir kontrolę vykdančiais visuomenės sveikatos specialistais, kt.). Taip pat mokymus būtina vykdyti ir pacientams, besigydančiams ambulatoriškai. Pacientai, besigydydami ambulatoriškai ar stacionare, šiose asmens sveikatos priežiūros įstaigose gauna žinių apie TB. Vykdytojai: TB stacionarai, pirminės sveikatos priežiūros įstaigos.

23.3. organizuoti sveikatos priežiūros specialistų (šeimos gydytojų, vaikų ligų gydytojų, vidaus ligų gydytojų, pulmonologų, vaikų pulmonologų, slaugytojų, visuomenės sveikatos specialistų, NVO, savivaldybės ir seniūnijos darbuotojų) mokymus TB epidemiologinės priežiūros, profilaktikos ir kontrolės klausimais. 2 kartus metuose organizuoti konferencijas ir seminarus TB profilaktikos, diagnostikos ir gydymo bei gydymo kontrolės (DOTS strategijos) klausimais. Vykdytojai: Vilniaus universitetas, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas; visuomenės sveikatos centrai, Slaugos darbuotojų tobulinimosi ir specializacijos centras; Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras, TB stacionarai;

23.4. Apmokyti ir tobulinti ambulatorines TB asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių specialistų kvalifikaciją. Kadangi ne tik šeimos medicinos paslaugas teikiantys šeimos, vaikų ir vidaus ligų gydytojai, bet ir gydytojai specialistai (gydytojai pulmonologai, vaikų pulmonologai) stokoja žinių TB diagnostikos ir prevencijos srityse, būtina finansuoti 3–4 dienų trukmės kvalifikacijos kėlimo kursus „Kvėpavimo organų TB diferencinė diagnostika“, kuriuos baigę minėti specialistai galėtų dalyvauti atliekant TB prevenciją ir ankstyvąją TB diagnostiką. Esant galimybei, taip pat tikslinga būtų apmokyti ir kitus TB ambulatorines paslaugas teikiančius specialistus (vidaus ligų gydytojus, gydytojus radiologus, mikrobiologus). Kadangi svarbus vaidmuo išaiškinant TB sergančius ligonius ir atliekant gydymo kontrolę teks šeimos medicinos paslaugas teikiantiems gydytojams ir DOTS kabinetų slaugytojoms, todėl tikslinga juos mokyti 2–4 dienų kursuose „TB prevencija ir gydymo kontrolė“, „Naujas požiūris į DOTS strategijos vykdymą“ ir „Atvejo valdymo modelio įgyvendinimas“. Preliminariai iki 2023 m. būtų apmokyta 350–500 šeimos ir kitų pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių gydytojų, apie 240 gydytojų specialistų iš skirtingų Lietuvos sveikatos priežiūros įstaigų, pirmiausia dirbančių tose savivaldybėse kuriose yra daugiausia TB sergančių asmenų. Galimi vykdytojai: Vilniaus universitetas, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, VšĮ Vilniaus

universiteto ligoninės Santariškių klinikos bei Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė VŠĮ Kauno klinikos.

23.5. funkciškai įsteigti DOTS kabinetus. Numatomas DOTS kabinetų steigimas Lietuvoje: 5 – TB centruose, 1 – Alytuje prie TB stacionaro, 30 – tose savivaldybėse, kuriose jau yra ar yra steigiamas „žemo slenksčio“ kabinetas, koordinuojant šių dviejų kabinetų veiklą, siekiant užtikrinti efektyvų ir racionalų išteklių naudojimą (pvz. priskiriant šiam kabinetui kompleksiskai vykdyti ir DOTS funkcijas), kitose savivaldybėse – ne daugiau kaip po 1 DOTS kabinetą pirminėje asmens sveikatos priežiūros grandyje. DOTS kabinete dirbtų viena bendrosios praktikos slaugytoja, išklausiusi paskaitų ciklą apie TB profilaktiką ir kontrolę bei kontroliuojamo gydymo ypatumus, 2–3 val. per dieną. TB sergantys ligoniai būtų konsultuojami ne rečiau kaip kas 2 mėn. gydytojo pulmonologo dėl gydymo efektyvumo ir galimos korekcijos. Tam įgyvendinti reikia atitinkamo reglamentavimo ir, kad būtų vykdomas nustatytas reglamentavimas, kontrolė bei stebėseną. Vykdytojas – Sveikatos apsaugos ministerija, Valstybinė ligonių kasa prie SAM.

23.6. sukurti bei įdiegti inovatyvų ir efektyvų ambulatorinių TB asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelį, reglamentuojant bei užtikrinant TB stacionarų mobilių ambulatorinių TB paslaugų teikimą teritoriniu lygiu, taip pat konsultacijas ir mokymus rajonų savivaldybių asmens sveikatos priežiūros įstaigose dirbantiems specialistams, siekiant pagerinti TB paslaugų prieinamumą ir kokybę. Modelis turi apimti TB asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimą tiek suaugusiesiems, tiek ir vaikams. Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija, TB stacionarai, Valstybinė ligonių kasa prie SAM;

23.7. pakeisti ambulatorinio gydymo apmokėjimą iš PSDF lėšų, padidinant apmokėjimą už teikiamas paslaugas, atitinkamai perskirstant dalį lėšų, skiriamų stacionariniam gydymui, taip skatinant paslaugas teikti ambulatoriškai. Užtikrinti nuolatinę vykstančių pokyčių stebėseną ir vertinimą. Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija, Valstybinė ligonių kasa prie SAM;

23.8. įvertinti ir pagal galimybes numatyti šeimos medicinos paslaugas teikiančių šeimos, vaikų ir vidaus ligų gydytojų (slaugytojų) finansinį skatinimą už bakterioskopiškai patvirtintą atviros TB atvejo išaiškinimą, nenutraukiamo gydymo užtikrinimą bei sėkmingą paciento išgydymą pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančioje įstaigoje. Numatoma visoje Lietuvoje 2-3 metus vykdyti bandomąjį projektą, šeimos medicinos paslaugas teikiančių šeimos, vaikų ir vidaus ligų gydytojus bei slaugytojus finansiškai skatinant už anksti išaiškintą plaučių TB atvejį (TB procesas plaučiuose neišplitęs, be irimo ertmių) ir sėkmingą gydymo kontrolę iki gydymo kurso pabaigos, siekiant įvertinti šios priemonės efektyvumą TB diagnostikos ir gydymo srityje. Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija, Valstybinė ligonių kasa prie SAM;

23.9. nuo 2015 m. centralizuotai pirkti pirmaeilius ir antraeilius vaistus (įskaitant naujai registruotus vaistus nuo TB). Vaistus paskirstyti 5 TB stacionarams (VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės VŠĮ Kauno klinikos, VŠĮ Respublikinė Klaipėdos ligoninė, VŠĮ Respublikinė Šiaulių ligoninė, VŠĮ Respublikinė Panevėžio ligoninė), o šios medikamentus paskirstytų kitiems rajonų ligoninėse esantiems TB kabinetams ir DOTS kabinetams. Vykdytojas: Valstybinė ligonių kasa prie SAM;

23.10. nuo 2014 metų reglamentuoti skatinamąją paslaugą šeimos medicinos paslaugas teikiantiems šeimos ir vaikų ligų gydytojams už tuberkulino mėginių atlikimą ikimokyklinio amžiaus (7 m.) ir rizikos grupėms priklausančioms vaikams, užtikrinant efektyvų tuberkulino mėginių atlikimą. Informacijos teikimas bei stebėseną numatyti Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. rugpjūčio 6 d. įsakymo Nr. 399 „Dėl tuberkulino mėginių atlikimo ir statistinės ataskaitos formos Nr. 9 „Tuberkulino mėginių atlikimo statistinė ataskaita“ patvirtinimo“ nuostatose. Vykdytojai: Valstybinė ligonių kasa prie SAM, visuomenės sveikatos centrai, Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras;

23.11. įgyvendinant TB profilaktikos ir gydymo kontrolės priemones įtraukti įvairius visuomenės sluoksnius (savivaldybes, seniūnijas, NVO ir kt.), kurie padėtų lankyti ligonius, juos surastų, reikalui esant, kontroliuotų vaistų išgėrimą, įtikintų asmenis, turinčius kontaktą su sergančiais TB, pasitikrinti sveikatą dėl galimos TB. Vykdytojai: visuomenės sveikatos centrai, savivaldybių administracijos, nevyriausybinių organizacijų, bendruomenių asociacijos, pirminės sveikatos priežiūros įstaigos;

23.12. iki 2015 m. pabaigos parengti bendrus sergančių TB išaiškinimo ir atvejo valdymo (įskaitant ir asmenims, turintiems kontaktą su sergančiais TB, taikomas priemones) tvarkos aprašus (ar rekomendacijas). Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija, Valstybinė ligonių kasa prie SAM, Vilniaus universitetas, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Lietuvos pulmonologų draugija, Lietuvos pulmonologų ir alergologų draugija, Lietuvos vaikų pulmonologų draugija;

23.13. siekiant užtikrinti vienodą ir kokybišką tuberkuliozės diagnostiką bei gydymą Lietuvoje:

23.13.1. parengti nacionalinių suaugusiųjų TB diagnostikos ir gydymo rekomendacijų kaip mokomųjų priemonių paketą gydytojams ir kitiems specialistams (pvz., TB laboratorinės diagnostikos rekomendacijos laboratorijų specialistams, vaistams atsparios TB gydymo rekomendacijos ir kt.). Vykdytojai: Lietuvos pulmonologų draugija, Lietuvos pulmonologų ir alergologų draugija, Lietuvos bendrosios praktikos gydytojų draugija, Lietuvos slaugos specialistų draugija;

23.13.2. parengti nacionalinių vaikų TB diagnostikos ir gydymo rekomendacijų kaip mokomųjų priemonių paketą gydytojams ir kitiems specialistams. Vykdytojai: Lietuvos vaikų pulmonologų draugija, Lietuvos pediatrų draugija, Lietuvos bendrosios praktikos gydytojų draugija;

23.14. iki 2015 m. pabaigos parengti bendrą TB ir ŽIV koinfekcijos atvejų gydymo ir valdymo tvarkos aprašą (metodiką). Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija, Vilniaus universitetas, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas;

23.15. penkiuose TB stacionaruose (Vilniuje, Kaune, Klaipėdoje, Šiauliuose ir Panevėžyje), kurie būtų ir pagrindiniai Lietuvos TB centrai, įkurti mobilias brigadas, jų veiklai užtikrinti skirti automobilį ir slaugytoją. Mobilių brigadų paskirtis – teikti mobilias konsultacijas pacientams bei mokymus jiems priskirtoje aptarnaujamoje teritorijoje dirbantiems TB specialistams, įgyvendinant šio Aprašo 23.6 punkte numatytą priemonę, taip pat lankyti TB sergančius pacientus siekiant vykdyti gydymo kontrolę. Dalis TB pacientų, kurie dėl įvairių priežasčių (turintys judėjimo negalią, asocialūs asmenys ar neturintys nuolatinės gyvenamosios vietos) negali atvykti į DOTS kabinetą. Slaugytoja su paskirtu automobiliu nuvyktų pas ligonį ir nuvežtų vaistus bei maisto davinių, kontroliuotų ar išgeriami vaistai. Visų pirma tikslinga 2015–2016 m. įgyvendinti bandomąjį mobilių paslaugų teikimo projektą o po to įvertinus šių paslaugų efektyvumą TB diagnostikos ir gydymo srityje, taip pat sveikatos priežiūros prieinamumo ir kokybės aspektais, spręsti dėl mobilių paslaugų plėtros. Vykdytojai: VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės VšĮ Kauno klinikos, VšĮ Respublikinė Klaipėdos ligoninė, VšĮ Respublikinė Šiaulių ligoninė, VšĮ Respublikinė Panevėžio ligoninė;

23.16. organizuoti socialinės paramos (maisto paketai ar kuponai maisto produktams (apie 1000 ligonių per metus), kelionės į asmens sveikatos priežiūros įstaigą ir atgal į namus išlaidų kompensavimas) užtikrinimą bei ją teikti pacientams ambulatorinio gydymo metu. Vykdytojai: ambulatorinės TB asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios įstaigos;

24. Įgyvendinant uždavinį – pagerinti TB diagnostikos ir gydymo paslaugų kokybę, padidinant sveikatos priežiūros įstaigų tinklo veiklos efektyvumą – numatoma:

24.1. pagal poreikį aprūpinti įsteigtus DOTS kabinetus reikiama įranga ir priemonėmis (baltais (stalas, kėdė, spintos vaistams ir drabužiams), kriauklė, vienkartiniai puodeliai, bakteriocidinės lempos, individualios saugos priemonės (kaukės ir respiratoriai) bei socialiniais paketais), kad būtų efektyviai vykdomos jiems priskirtos funkcijos. Vykdytojai: pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros įstaigos, pirminiai psichikos sveikatos centrai, TB stacionarai;

24.2. įgyvendinant uždavinius, mažės TB sergamumo rodikliai, atsiras galimybės plėsti pigesnę ambulatorinį gydymą ir mažinti brangiai kainuojantį stacionarinį gydymą. Atsižvelgus į gyventojų skaičių, sergamumo rodiklius ir jų ryškią mažėjimo dinamiką bei į tai, kad didelė dalis ligonių, nustojęs skirti TM, galės gydytis ambulatorinėmis sąlygomis, TB stacionaruose atsiras nemaža dalis laisvų lovų, todėl TB stacionaro tinklą reikia palaipsniui optimizuoti ir pertvarkyti:

24.2.1. lovų skaičius TB stacionaruose **2017 m.** turėtų sumažėti ne mažiau kaip iki 700 lovų:

Eil. Nr.	Įstaigos pavadinimas	TB lovų, skirtų suaugusiems, skaičius,	TB lovų, skirtų vaikams, skaičius, vnt.
----------	----------------------	--	---

		vnt.	
1.	VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos: 1) filialas Tuberkuliozės ir infekcinių ligų ligoninė: - Santariškių g. 14, Vilnius - Žolyno g. 12, Vilnius 2) filialas Vaikų ligoninė (Valkininkai „Pušelė“)	150 ambulatorinis skyrius	50
2.	Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės VšĮ Kauno klinikų filialas Romainių tuberkuliozės ligoninė	180	
3.	VšĮ Kauno klinikinė ligoninė		20
5.	VšĮ Respublikinės Klaipėdos ligoninės filialas Tuberkuliozės ligoninė	120	20
6.	VšĮ Respublikinės Šiaulių ligoninės tuberkuliozės ir plaučių ligų klinika	70	10
7.	VšĮ Respublikinės Panevėžio ligoninės tuberkuliozės ir plaučių ligų klinika	30	
8.	VšĮ Alytaus apskrities tuberkuliozės ligoninė	50 (būtinajam hospitalizavimui ir būtinajam izoliavimui)	
Iš viso:		600	100

24.2.2. Lovų skaičius TB stacionaruose **2023 m.** turėtų sumažėti ne mažiau kaip iki 520 lovų:

Eil. Nr.	Įstaigos pavadinimas	TB lovų, skirtų suaugusiems skaičius, vnt.	TB lovų, skirtų vaikams, skaičius, vnt.
1.	VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos: 1) filialas Tuberkuliozės ir infekcinių ligų ligoninė: - Santariškių g. 14, Vilnius - Žolyno g. 12, Vilnius 2) filialas Vaikų ligoninė Santariškių g. 2	150 ambulatorinis skyrius	10*
2.	Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės VšĮ Kauno klinikų filialas Romainių tuberkuliozės ligoninė	150	
3.	VšĮ Kauno klinikinė ligoninė		10*
5.	VšĮ Respublikinės Klaipėdos ligoninės filialas Tuberkuliozės ligoninė	60	5*
6.	VšĮ Respublikinės Šiaulių ligoninės tuberkuliozės ir plaučių ligų klinika	50	5*
7.	VšĮ Respublikinės Panevėžio ligoninės tuberkuliozės ir plaučių ligų klinika	30	
8.	VšĮ Alytaus apskrities tuberkuliozės ligoninė	50 (būtinajam hospitalizavimui ir būtinajam izoliavimui)	
Iš viso:		490	30*

* įvertinus pakankamai nedideles vaikų, sergančių TB, stacionarinio gydymo apimtį bei siekiant teikiamų paslaugų kokybės ir efektyvumo, svarstyta šių paslaugų centralizavimas vienoje Lietuvos vietoje, užtikrinant pacientų transportavimą.

24.2.3. Vilniuje tikslinga būtų centralizuoti TB paslaugų suaugusiems teikimo vietą adresu Santariškių g. 14, Vilnius. Tačiau pirmiausia būtina atlikti išsamią situacijos analizę, įvertinti reikalingų investicijų ir sukuriamos naudos santykį, apsvarstyti galimas kitas alternatyvas dėl TB paslaugų centralizavimo Vilniaus mieste. Svarbu įvertinti ne tik fizinį paslaugų centralizavimą, tačiau ir įvertinti šiuo metu esančių skyrių (plaučių chirurgijos skyriaus, reanimacijos ir intensyvios terapijos skyriaus bei kt.) veiklos efektyvumą, atsižvelgti į numatomus pacientų

srautus ilgalaikėje perspektyvoje. Iš viso Vilniaus mieste iki 2023 m. neturėtų likti daugiau kaip 150 stacionariųjų lovų suaugusiems ir 10 lovų vaikams. Kaune – Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės VŠĮ Kauno klinikų filiale Romainių TB ligoninėje liktų 150 lovų, sumažinus ligonių skaičių, į ją būtų atkelti VŠĮ Kauno ligoninės padalinio Marių ligoninės pacientai, sergantys TB ir psichikos ligomis. Vaikams tikslinga palikti 10 lovų VŠĮ Kauno klinikinėje ligoninėje. VŠĮ Klaipėdos Respublikinės ligoninės tuberkuliozės filiale – suaugusiems skirtų lovų skaičių mažinti iki 60, o vaikams skirtų – iki 5 lovų. VŠĮ Respublikinės Šiaulių ligoninės Tuberkuliozės ir plaučių ligų klinikoje lovas suaugusiems mažinti iki 50, vaikams palikti 5 lovas. VŠĮ Respublikinėje Panevėžio ligoninės filiale infekcinėje ligoninėje tuberkuliozės skyriuje palikti 30 lovų suaugusiems. VŠĮ Alytaus tuberkuliozės ligoninėje – 50 lovų skirti būtinajam nedrausmingų ligonių gydymui.

24.2.4. VŠĮ Utenos ligoninės tuberkuliozės skyriaus ir VŠĮ Marijampolės ligoninės tuberkuliozės skyriaus lovas reikės perprofiluoti į pulmonologines arba kitos paskirties. VŠĮ Respublikinės Kauno ligoninės filialo Kulautuvos vaikų ligoninę, kuri teikia daugiau socialines, o ne sveikatos priežiūros paslaugas, reikės perprofiluoti į kitos paskirties. Ligonius, sergančius atsparia vaistams TB ir kurie baigia du gydymo kursus, bet vis tiek skiria TM dažniausiai atsparias vaistams DAV/(MDR/XDR), gydyti iki kol jie gyvens ne daugiau kaip 5-iose Lietuvos vietose, užtikrinant kuo tolygesnį šių paslaugų prieinamumą teritoriniu principu. Sveikatos priežiūros įstaigose, teikiančiose paliatyviosios pagalbos paslaugas, būtina pritaikyti gydymo profilį TB ligoniams, įrengiant atitinkamą infrastruktūrą bei finansuojant paslaugas PSDF lėšomis. Tokių ligonių stacionarizavimo ir jų gydymo apmokėjimo klausimą reikėtų reglamentuoti papildomai. Šiuo metu (2013 m. duomenys) 12 tokių ligonių yra Vilniuje, 8 Kaune, po 5 Klaipėdoje, Šiauliuose ir Alytuje (iš viso – 35 ligoniai). Taip iš dalies būtų išspręstas tokių ligonių izoliavimo klausimas ir sumažėtų pavojus apkrėsti šeimos narius ir visuomenę atsparia ir nepagydoma TB;

24.3. VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų filiale Tuberkuliozės ir infekcinių ligų ligoninėje, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės VŠĮ Kauno klinikų filiale Romainių tuberkuliozės ligoninėje, VŠĮ Respublikinės Klaipėdos ligoninės filiale tuberkuliozės ligoninėje, VŠĮ Respublikinės Šiaulių ligoninės tuberkuliozės ir plaučių ligų klinikoje, VŠĮ Respublikinės Panevėžio ligoninės tuberkuliozės ir plaučių ligų klinikoje, esant pagrįstam poreikiui, atnaujinti bazinius TB diagnostikos ir gydymui reikalingus medicinos prietaisus įvertinus iki 2023 m. numatomą TB įstaigų tinklo optimizavimą ir pertvarkymą. Įvertinant tai, kad nemaža dalis ligonių alkoholikai, grįžę iš laisvės atėmimo vietų, jie susimuša, grasina medicinos personalui, todėl yra sunkus ir sudėtingas ne tik jų gydymas, bet ir priežiūra bei kontrolė, tikslinga TB stacionaruose įrengti vaizdo stebėjimo kameras ir įsteigti apsaugos postus, kurie dirbtų nuo 17 iki 7 val. ar bent nakties metu;

24.4. pagal poreikį atnaujinti ambulatorines TB paslaugas (ftiziatrijos ar pulmonologijos, vaikų pulmonologijos) teikiančių sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūrą, reikalingą efektyvesniam pacientų ištyrimui ir savalaiki TB diagnostikai, paslaugų kokybės gerinimui. Numatomas tiek kabinetų atnaujinimas, tiek įrangos ir baldų įsigijimas. Planuojant investicijas į infrastruktūrą būtina įvertinti 2007–2013 m. ES struktūrinių fondų investicijas į antrinių ambulatorinių paslaugų plėtrą įgyvendinant Sveikatos priežiūros sistemos reformos tęstinumo, sveikatos priežiūros infrastruktūros optimizavimo programą, patvirtintą Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. vasario 29 d. įsakymu Nr. V-160 „Dėl sveikatos priežiūros sistemos reformos tęstinumo, sveikatos priežiūros infrastruktūros optimizavimo programos patvirtinimo“. Taip pat įvertinus gydytojų pulmonologų pasiskirstymą Lietuvoje, savivaldybėse, kuriose ambulatorinių TB paslaugų prieinamumas teritoriniu principu yra pats sudėtingiausias, ir įvertinus sergamumą TB pasiskirstymą Lietuvoje, tikslinga pagal poreikį įgyvendinti veiksmus, kurie užtikrintų gydytojų pulmonologų pritraukimą, siekiant pagerinti šių paslaugų prieinamumą šalies gyventojams;

24.5. užtikrinti atitiktį infekcijos kontrolės reikalavimams ir sanitarinį-epidemiologinį režimą asmens sveikatos priežiūros įstaigose, teikiančiose TB gydymo paslaugas, t. y. rekonstruoti 5 TB stacionarus, kuriuose yra gydoma DAV TB, įrengiant atsparios TB skyriuose po 5–6 izoliacinės palatas, o kitas palatas sumažinant pagal galimybes iki 1–2 lovų, taip pat įrengti palatas su neigiamu slėgiu asmenims, sergantiems ligomis, perduodamomis su oro dalelėmis, izoliuoti

dviejose Lietuvos universitetų ligoninėse. Asmens sveikatos priežiūros įstaigų atnaujinamos infrastruktūros apimtis bus nustatoma įvertinus jos efektyvų panaudojimą ilgalaikėje perspektyvoje, t. y. atsižvelgiant į Apraše numatytą stacionariųjų lovų skaičių 2023 m. ir tolesnę jų mažėjimo tendenciją. Vykdytojai: VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės VšĮ Kauno klinikos, VšĮ Respublikinė Šiaulių ligoninė, VšĮ Respublikinė Klaipėdos ligoninė, VšĮ Respublikinė Panevėžio ligoninė;

24.6. siekiant nuolat vertinti TB stacionaruose teikiamas paslaugas pacientams, palyginti šių įstaigų tarpusavio veiklą, nustatyti ir patvirtinti kokybinius TB stacionarų veiklos vertinimo rodiklius bei periodiškai vykdyti stebėseną. Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija ir (ar) jai pavaldžios institucijos, TB stacionarai;

24.7. patobulinti Lietuvos tuberkuliozės profilaktikos, diagnostikos ir gydymo stebėsenos ir vertinimo sistemą;

24.7.1. nacionaliniu mastu įdiegti tuberkuliozės profilaktikos, diagnostikos ir gydymo informacinių ir ryšių technologijų valdymo priemones, kurios užtikrintų šias funkcijas: užsikrėtusių ir rizikos grupės pacientų registraciją, TB sergančių ligonių stebėseną (diagnozės patvirtinimas, gydymas, gydymo kokybės ir gydymo rezultatų vertinimas, pacientų informavimas), telemedicinos paslaugas, integraciją su kitomis valstybės informacinėmis sistemomis, klinikinių sprendimų palaikymo funkcijas (TB žinių bazė, diagnostikos ir gydymo sprendimų palaikymas ir kt.). Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija ir (ar) jai pavaldžios įstaigos;

24.7.2 plėtoti TB centrų informacines sistemas, susiejant jas su stacionarų diagnostine įranga, sudarant sąlygas įrangos apkrovimo stebėsenai ir apskaitai. Taip pat sudaryti sąlygas TB ambulatorines paslaugas teikiančių asmens sveikatos priežiūros įstaigų ir laboratorijų, atliekančių TB diagnostikos tyrimus, turimų informacinių sistemų susiejimui su TB centrų informacinėmis sistemomis bei duomenų mainų vykdymui tarp jų, o TB centrų informacines sistemas susieti su Elektronine sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinę sistema (ESPBI IS) ir (ar) kitomis valstybės informacinėmis sistemomis, užtikrinant duomenų mainų vykdymą. Vykdytojai: TB paslaugas teikiančios sveikatos priežiūros įstaigos;

24.7.1 ir 24.7.2 priemonės apima techninę ir programinę įrangą, diegimo ir integravimo darbus bei medicinos personalo, kuris dirbs su programine įranga, mokymus;

24.8. tobulinti TB epidemiologinę stebėseną, teikti metodinę konsultacinę pagalbą TB diagnostikos, gydymo ir kontrolės srityse: konsultuoti sveikatos priežiūros specialistus tuberkuliozės diagnostikos, gydymo ir kontrolės klausimais, vertinti TB diagnozės pagrįstumą, TB atvejo registravimo pagrįstumą, TB sergančio paciento gydymo kokybę, analizuoti TB epidemiologinius rodiklius, vertinti vaistams atsparios ir DAV TB gydymo rezultatus ir paplitimo tendencijas, rengti epidemiologines TB prognozes, teikti duomenis suinteresuotoms institucijoms bei skelbti juos visuomenės informavimo priemonėse. Vykdytojas – VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos;

24.9. stiprinti bendradarbiavimą tarp visuomenės sveikatos centrų, Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centro, VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų, teikiant informaciją apie TB epidemiologinius rodiklius, siekiant išvengti duomenų dubliavimo ir užtikrinant TB atvejų valdymą valstybiniu lygiu. Vykdytojai: VšĮ Vilniaus universiteto ligoninė Santariškių klinikos, Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras, visuomenės sveikatos centrai;

24.10. mikroskopijų centrai yra patvirtinti Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. lapkričio 9 d. įsakymu Nr. 635 „Dėl Tuberkuliozės mikroskopijos centrų sąrašo patvirtinimo“, tačiau būtina peržiūrėti šį teisės aktą ir įvertinti esamą sveikatos priežiūros įstaigų tinklą, teritorinį paslaugų prieinamumą, pacientų srautus ir pan. Siekiant optimizuoti mikroskopijos centrų veiklą, tikslinga būtų sumažinti įstaigų, kuriose atliekama TB sukėlėjų mikroskopija, skaičių (nuo 12 iki 10), paliekant šią funkciją esamų Lietuvos apskričių centruose bei apibrėžiant mėginių transportavimo iš kitų sveikatos priežiūros įstaigų tvarką bei reikalavimus. Mikroskopijos centrų materialinę bazę reikia atnaujinti, kadangi naudojami binokuliariniai mikroskopai yra labai seni (10–15 m. senumo), jie neužtikrina reikiamos kokybės. Būtina nupirkti bent 8 LED mikroskopus mikroskopijų centrams (Vilniaus ir Šiaulių mikroskopijos centrai juos jau turi), kurių kokybė žymiai geresnė, aparatai jautresni. Taip pat būtini laminariniai boksai,

siekiant užtikrinti patikimą darbo aplinkos apsaugą nuo mikroorganizmų ir nuo oro teršalų, kadangi šie boksai nesukelia oro srovės kitimų ir žymiai patikimiau apsaugo laboratorijos personalą nuo pavojingo užkrato. Į mikroskopijos centrus siunčiami skreplių bandiniai (arba pats ligonis atvyksta konsultacijos), kad kuo greičiau būtų nustatytos TB mikobakterijos ir išaiškintas ligonis, sergantis TB. Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu patvirtintos asmens sveikatos priežiūros įstaigos, vykdančios TB mikroskopijos centrų funkcijas;

24.11. šiuo metu netikslinga nei didinti, nei mažinti TB bakteriologijos laboratorijų, kuriose atliekami pasėliai TM augimui nustatyti, TM jautrumo testų atlikimui, skaičių Lietuvoje. TB laboratorijos yra 5 TB stacionaruose – Vilniuje, Kaune, Klaipėdoje, Šiauliuose ir Panevėžyje. Reikia palikti esamų laboratorijų organizacinę struktūrą. Esamos laboratorijos įrengtos pakankamai gerai, per paskutinius kelerius metus nebuvo nei vieno laboratorijos darbuotojo susirgimo atvejo. Kita vertus, vežiojant tyrimus į vieną ar du centrus, gali nukentėti tyrimų kokybė bei jų savalaikiškumas. Žymiai pagerinus TB epidemiologinę situaciją Lietuvoje ir pasiekus tolygų ES šalių vidurkiui (10/100 000 gyv.) sergamumo rodiklį, bus galima priimti sprendimą dėl vienintelės laboratorijos arba dviejų universitetinių laboratorijų palikimo. Taip pat reikia įvertinti referentinės TB laboratorijos, kuri vykdytų TB laboratorijų priežiūrą, vykdytų atliekamų tyrimų išorinę kontrolę (2 kartus per metus jai siunčiant tyrimų pavyzdžius), ruošų metodines rekomendacijas, bendradarbiautų su ES atitinkama laboratorija ir kt., Lietuvoje steigimo poreikį ir priimti sprendimą dėl jos steigimo;

24.12. stiprinti bendradarbiavimą su savivaldybėmis ir seniūnijomis plėtojant ir stiprinant TB kontrolės priemonių efektyvų įgyvendinimą (pvz., pacientų, nutraukusių gydymą, paieška, o suradus – jų siuntimas ir organizacinės priemonės būtinajam gydymui; socialinių programų ir projektų ruošimas). Taip pat tarpusavio bendradarbiavimo stiprinimas turi būti vykdomas su Nacionaline teismų administracija, Policijos departamentu prie Vidaus reikalų ministerijos, įgyvendinant Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2002 m. birželio 6 d. įsakymu Nr. 258 „Dėl ligonių, asmenų, įtariamų, kad serga užkrečiamomis ligomis, turėjusių sąlyti, ir sukėlėjų nešiotojų būtiną hospitalizavimo ir (ar) būtiną izoliavimo organizavimo tvarkos patvirtinimą“. Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija ir (ar) jai pavaldžios įstaigos, pirminės sveikatos priežiūros įstaigos, visuomenės sveikatos centrai ir savivaldybės.

VI SKYRIUS

VERTINIMO KRITERIJAI

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

25.1. visuomenei, rizikos grupėms, pacientams ir jų šeimų nariams suorganizuotų informuotumo apie TB epideminę būklę ir apsisaugojimo nuo jos būdus renginių skaičius ir juose apsilankiusių asmenų skaičius;

25.2. mokymuose dalyvavusių asmens sveikatos priežiūros specialistų, slaugytojų, visuomenės sveikatos priežiūros specialistų, socialinių darbuotojų, nevyriausybinių organizacijų (toliau – NVO) atstovų, savivaldybės ir seniūnijų darbuotojų skaičius;

25.3. įsteigtų ir aprūpintų reikiama įranga DOTS kabinetų ir mobilių brigadų skaičius;

25.4. maitinamų ir gaunančių socialinę paramą (maisto paketus ar kuponus maisto produktams) ir važiavimo terminuotą bilietą pacientų procentas (nuo visų gydomų pacientų skaičiaus);

25.5. bakteriologiškai patvirtintų naujų TB atvejų dalies tarp visų naujų TB atvejų didėjimas (proc.);

25.6. bakteriologiškai patvirtintų naujų plaučių TB atvejų išgydymo procentas;

25.7. sergamumo TB (nauji atvejai) rodiklio 100 000 gyventojų sumažėjimas;

- 25.8. sergamumo plaučių TB (nauji atvejai) rodiklio 100 000 gyventojų sumažėjimas;
- 25.9. naujai susirgusių plaučių TB ir nutraukusių gydymą atvejų dalies mažėjimas (nuo visų gydytų) (procentais);
- 25.10. mirtingumo nuo plaučių TB rodiklio 100 000 gyventojų sumažėjimas;
- 25.11. DAV TB atvejų dalies tarp TB atvejų sumažėjimas (pirminis ir antrinis atsparumas) (procentas) ir DAV TB atvejų skaičiaus mažėjimas;
- 25.12. išgydytų DAV mikobakterijas skiriančių pacientų dalies didėjimas (procentais);
- 25.13. ne mažiau kaip 70 proc. išaiškintų bakteriologiškai patvirtintų naujų plaučių TB atvejų (kasmet).

VII SKYRIUS

NUMATOMI PASIEKTI REZULTATAI

- 26. Iki 2023 metų numatoma:
 - 26.1. rezultato rodikliai:
 - 26.1.1. sumažintas sergamumo TB (nauji TB atvejai) rodiklis nuo 46,5/100 000 gyventojų (2013 m.) iki 15/100 000 gyventojų (2023 m.);
 - 26.1.2. sumažintas sergamumo plaučių TB (nauji plaučių TB atvejai) rodiklis nuo 42,0/100 000 gyventojų (2013 m.) iki 10/100 000 gyventojų (2023 m.);
 - 26.1.3. sumažintas mirtingumo nuo TB rodiklis nuo 6,3/100 000 gyventojų (2012 m.) iki 2/100 000 gyventojų (2023 m.);
 - 26.2. produkto rodikliai (duomenys iš Tuberkuliozės valstybės informacinės sistemos duomenų bazės):
 - 26.2.1. sumažinta nuo 6,4 proc. (2012 m.) iki 3 proc. (2023 m.) naujai susirgusiųjų plaučių TB nutraukto gydymo atvejų dalis;
 - 26.2.3. sėkmingai išgydyta ne mažiau kaip 85 proc. bakteriologiškai patvirtintų naujų plaučių TB sergančių ligonių (kasmet) nuo 2018 m.;
 - 26.2.4. sumažinta dauginio atsparumo vaistams TB dalis nuo 16,4 proc. (2013 m.) iki 10 proc. (2023 m.) tarp visų TB atvejų;
 - 26.2.5. rizikos grupių asmenų (narkotikus vartojantys, piktnaudžiaujantys alkoholiu, asmenys, neturintys nuolatinės gyvenamosios vietos, ŽIV sergantys asmenys) savanoriško kreipimosi išsitiirti dėl TB didėjimas (nuo 100 asmenų (2013 m.) iki vidutiniškai 300–450 asmenų per 1 metus) nuo 2022 m.;
 - 26.2.6. apmokyta apie 500 šeimos medicinos paslaugas teikiančių gydytojų; 60 gydytojų pulmonologų, 10 gydytojų vaikų pulmonologų; ne mažiau kaip 800 bendrosios praktikos ir bendruomenės slaugytojų; 100 visuomenės sveikatos priežiūros specialistų; 200 socialinių darbuotojų ir 200 NVO atstovų, savivaldybės ir seniūnijų darbuotojų, atstovaujančių visoms apskritys. Mokymų temos: TB sukėlėjas, TB epidemiologinė situacija Lietuvoje, TB užsikrėtimo ir perdavimo keliai, TB diagnostika ir gydymo kontrolė;
 - 26.2.7. Lietuvoje kiekvienoje savivaldybėje įsteigta ir aprūpinta reikiama įranga ne mažiau kaip po 1 DOTS kabinetą bei įsteigtos 5 mobilios brigados prie TB centrų (VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės VŠĮ Kauno klinikų, VŠĮ Respublikinės Klaipėdos ligoninės, VŠĮ Respublikinės Šiaulių ligoninės, VŠĮ Respublikinės Panevėžio ligoninės);
 - 26.2.8. TB stacionarų, kuriuose atnaujinta TB paslaugų kokybę gerinanti infrastruktūra, užtikrinant infekcijų kontrolės reikalavimus asmens sveikatos priežiūros įstaigose pagal Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. spalio 19 d. įsakymą Nr. V-946 „Dėl Lietuvos higienos normos HN-47-1:2012 „Sveikatos priežiūros įstaigos. Infekcijų kontrolės reikalavimai“ patvirtinimo“ – 5;
 - 26.2.9. reglamentuota pacientų ir medicinos darbuotojų skatinimo sistema;
 - 26.2.10. sumažintas lovų skaičius TB stacionaruose nuo 1052 (2013 m.) iki 520 (2023 m.).

VIII SKYRIUS

VYKDYTOJAI

27. Šios krypties priemonių vykdytojai:
- 27.1. Sveikatos apsaugos ministerija ir (ar) jai pavaldžios įstaigos pagal kompetenciją;
 - 27.2. pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios įstaigos;
 - 27.3. antrinio lygio ambulatorinės fizinės ir (ar) pulmonologijos, vaikų pulmonologijos sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios sveikatos priežiūros įstaigos;
 - 27.4. Vilniaus universitetas, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas;
 - 27.5. VšĮ Vilniaus universiteto ligoninė Santariškių klinikos, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės VšĮ Kauno klinikos, VšĮ Respublikinė Šiaulių ligoninė, VšĮ Respublikinė Panevėžio ligoninė, VšĮ Respublikinė Klaipėdos ligoninė, VšĮ Alytaus apskrities tuberkuliozės ligoninė;
 - 27.6. visuomenės sveikatos biurai;
 - 27.7. bendruomenės;
 - 27.8. Lietuvos pulmonologų draugija, Lietuvos vaikų pulmonologų draugija, Lietuvos pediatrų draugija, Lietuvos pulmonologų ir alergologų draugija, Lietuvos bendrosios praktikos gydytojų draugija, Lietuvos slaugos specialistų draugija;
 - 27.9. savivaldybių administracijos;
 - 27.10. Nacionalinė teismų administracija;
 - 27.11. Policijos departamentas prie Vidaus reikalų ministerijos.

IX SKYRIUS

BAIGIAMOSIOS NUOSTATOS

28. Apraše numatytoms priemonėms įgyvendinti preliminariai numatoma iki 70 mln. Lt.
29. Numatomi finansavimo šaltiniai – valstybės ir savivaldybių biudžeto, PSDF, 2014–2020 m. ES fondų ir kitos tarptautinės paramos lėšos, nuosavos vykdytojų lėšos ir kt. šaltiniai.
30. Siekiant numatytų pokyčių pagal šią Veiksmų plano kryptį, planuojant sveikatos priežiūros paslaugų finansavimą PSDF biudžeto lėšomis, turi būti atsižvelgta į Apraše numatytą sveikatos priežiūros paslaugų plėtrą.
31. Siekiant užtikrinti efektyvų šiame apraše numatytų priemonių ir uždavinių įgyvendinimą, jų įgyvendinimo vertinimą, stebėseną ir, esant poreikiui, peržiūrą bei užtikrinti, kad būtų pasiekti išskirti tikslai ir rezultatai, reikia sudaryti TB koordinacinį komitetą, reglamentuoti jo veiklą bei užtikrinti jo funkcionavimą viso Apraše numatytų veiksmų įgyvendinimo laikotarpiu.
32. Numatoma, kad įgyvendinus Apraše numatytas priemones, taps prieinamesnės TB prevencinės ir profilaktinės sveikatos priežiūros paslaugos (visuomenės švietimas, aukštos rizikos grupių asmenų profilaktiniai tikrinimai ir pulmonologo konsultacijai šie asmenys priimami be šeimos medicinos paslaugas teikiančio gydytojo siuntimo, dalies funkcijų perdavimas šeimos medicinos paslaugas teikiančioms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, geras abipusis ryšys tarp šeimos medicinos paslaugas teikiančių šeimos, vaikų ir vidaus ligų gydytojų ir TB specialistų – pulmonologų, vaikų pulmonologų, tuberkulino mėginių atlikimas), bus sukurta pažangi TB diagnostika, atliekama taikant mokslo įrodymais paremtas technologijas, bus užtikrinta sergančiųjų TB gydymo kontrolė, reguliariai ir nenutraukiamai centralizuotai bus įsigijami pirmaeiliai ir antraeiliai vaistai nuo TB, sumažės brangaus stacionarinio gydymo poreikis ir bus pasiektas ekonominis efektas – kasmet sutaupoma nuo 10 iki 15 mln. Lt PSDF lėšų. Tai sudarys galimybes didinti sveikatos priežiūros paslaugų įkainius ir kartu kelti darbuotojų darbo užmokestį. Pokyčiai TB profilaktikos, diagnostikos ir gydymo srityje didins sveikatos ir kitų specialistų motyvaciją dirbti, o ligonių – gydytis, gerės epidemiologiniai šalies rodikliai ir tai prisidės prie šalies įvaizdžio kūrimo ir patrauklumo didinimo.

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

**I SKYRIUS
BENDROSIOS NUOSTATOS**

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

2. Apraše vartojamos sąvokos ir jų apibrėžtys:

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

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

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

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

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

Socialinės integracijos paslaugos – paslaugos, skirtos asmenų, priklausomų nuo psichoaktyvių medžiagų, integracijai į visuomenę ir darbo rinką. Socialinės integracijos paslaugos apima medicinines, profesines ir socialines rehabilitacijos paslaugų teikimą.

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

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

II SKYRIUS

SITUACIJOS ANALIZĖ

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

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

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

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

3.4. Valstybės vaiko teisių apsaugos ir įvaikinimo tarnybos prie Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerijos duomenimis, 2012 m. pabaigoje savivaldybių vaiko teisių apsaugos skyrių socialinės rizikos šeimų apskaitoje buvo 5,1 tūkst. girtaujančių šeimų – tai 0,3 tūkst. (5,6 proc.) mažiau nei 2011 m. Šiose šeimose augantys vaikai patiria padidėjusią emocinės ir fizinės prievartos, smurto, skurdo ir kitų neigiamų veiksnių riziką, kurios sąlygoja vaikų psichikos sutrikimus, įskaitant psichiką veikiančių medžiagų ankstyvą vartojimą ir nusikalstamą elgesį.

3.5. Valstybinio psichikos sveikatos centro duomenimis, 2012 m. 829 asmenys pirmą kartą užregistruoti susirgę alkoholine psichoze ir 1,7 tūkst. asmenų – priklausomybės nuo alkoholio sindromu. Palyginti su 2011 m., sergamumo alkoholine psichoze rodiklis išaugo 19,9 proc., priklausomybės nuo alkoholio sindromu – 19 proc., ligotumo rodikliai išaugo atitinkamai 10,5 ir

0,7 proc. 2012 m. pabaigoje gydymo įstaigų apskaitoje iš viso buvo 3,6 tūkst. asmenų, sirgusių alkoholine psichoze, ir 51,7 tūkst. – priklausomybės nuo alkoholio sindromu;

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

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

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

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

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

3.11. Lietuvoje 1997 m. įsteigus psichikos sveikatos centrus pirminės sveikatos priežiūros lygmenyje, buvo planuojama juose teikti asmens sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas, kurias teiktų gydytojas psichiatras, psychologas, socialinis darbuotojas bei slaugytojas. Tačiau dėl įvairių priežasčių (didelio priklausomų nuo alkoholio asmenų skaičiaus bendruomenėse, jų problemų sudėtingumo, šių pacientų stigmatizavimo, nepakankamai kvalifikuoto specialistų parengimo šiam darbui ir kt.) ši pagalba tebėra mažai prieinama vietos bendruomenėse. Daugumą specializuotų asmens sveikatos priežiūros paslaugų asmenims su priklausomybėmis teikia Vilniaus, Kauno, Klaipėdos, Šiaulių ir Panevėžio priklausomybės ligų centrai, kuriuose yra prieinamas stacionarinis alkoholinės abstinencijos gydymas, taip pat ir ambulatorinis gydymas bei psichosocialinė pagalba. Ūmios psichiatrijos skyriai teikia būtinąją medicinos pagalbą susirgusiems alkoholinėmis ar kitų psichoaktyvių medžiagų sukeltomis psichozėmis arba esant sunkioms abstinencijos būklėms. Tačiau tebėra nepakankamai organizuoti priklausomybių gydymo tęstinumo bendruomenėse bei ligos atkryčių prevencijos klausimai;

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

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

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

4. Probleminis narkotikų vartojimas tarp darbingo amžiaus žmonių:

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

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

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

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

4.5. 2011 m. Lietuvos Respublikos Valstybės kontrolė pažymėjo, kad „mūsų šalyje pakaitinio gydymo prieinamumas ribotas. 2010 m. tokias paslaugas teikė tik 19 įstaigų. Daugelis šalies pirminės psichikos sveikatos priežiūros centrų pakaitinio gydymo neatlieka, nors teisės aktuose tokia galimybė numatyta. Šias paslaugas teikia tik specializuoti gydymo centrai, kurie išsidėstę netolygiai, todėl daliai asmenų toks gydymas neprieinamas. Iš šešiasdešimties savivaldybių pakaitinio gydymo paslaugos teikiamos tik trylikoje. Dviejuose mūsų šalies regionuose – šiaurės rytuose ir pietvakariuose – pakaitinio gydymo iš viso nėra, nors tose savivaldybėse bendras sergamumo narkomanija rodiklis viršija šalies ir rajonų vidurkius. Pavyzdžiui, Biržų ir Visagino savivaldybėse 2010 m. vidutinis sergamumo rodiklis viršytas tris kartus, Tauragės rajone – du kartus“;

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



5. „Žemo slenksčio“ paslaugos:

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

5.2. siekiant išvengti ŽIV protrūkio ir didesnio mirčių skaičiaus, teikiamos žemo slenksčio paslaugos, vadovaujantis Žemo slenksčio paslaugų teikimo tvarkos aprašu, patvirtintu Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. liepos 5 d. įsakymu Nr. V-584 „Dėl Žemo slenksčio paslaugų teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“. Lietuvoje šias paslaugas teikia 11 kabinetų 8 savivaldybėse (Vilniuje, Kaune, Klaipėdoje, Šiauliuose, Alytuje, Mažeikiuose, Kėdainiuose ir Visagine), tarp jų 2 mobilūs žemo slenksčio kabinetai Vilniuje ir Klaipėdoje. Žemo slenksčio paslaugos apima anoniminės socialinių darbuotojų ar slaugytojų konsultacijas narkotikų vartotojams, švirkštimo priemonių keitimą, testavimą dėl ŽIV infekcijos, siuntimą gydymo programoms. Nuo 2008 m., pasibaigus Jungtinių tautų (toliau – JT) narkotikų ir nusikalstamumo projektui Baltijos šalyse „ŽIV prevencija tarp švirkščiamų narkotikų vartotojų ir laisvės atėmimo

vietose Estijoje, Latvijoje ir Lietuvoje“ (2007–2011) dėmesys problemai ir finansavimas iš valstybės ir savivaldybių biudžeto mažėjo. Žemo slenksčio kabinetų skaičius sumažėjo nuo 14 iki 11 (2012), o kabinetų lankytojų skaičius nukrito 23 proc. (NTAKD duomenys). ULAC duomenimis, 2012 m. žemo slenksčio paslaugų kabinetuose bent kartą apsilankė 4719 žemo slenksčio paslaugų gavėjų, kuriems išdalinta virš 196 tūkst. švirkštų bei virš 103 tūkst. adatų, virš 238 tūkst. spiritinių servetėlių bei virš 32 tūkst. prezervatyvų. 2012 m. žemo slenksčio kabinetuose atlikta 4420 greitųjų ŽIV testų. Per 2012 m. iš viso užregistruota 46 344 apsilankymų;

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

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

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

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

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

6.3. ambulatorinė ir stacionarinė pagalba vaikams su psichikos ir elgesio sutrikimais teikiama Vilniaus, Kauno ir Klaipėdos priklausomybių ligų centruose (toliau – PLC), kuriuose yra stacionariniai padaliniai/lovos abstinencijos gydymui ir psichosocialinei pagalbai. Juose prieinamos gydytojų vaikų ir paauglių psichiatrų, psichologų bei socialinių darbuotojų konsultacijos. Psichikos sveikatos centrai, kuriuose dirba gydytojai vaikų ir paauglių psichiatrai, dėl šių pacientų ir jų šeimų stigmatizavimo, nepakankamo specialistų paruošimo ne visada teikė prieinamą pagalbą socialinės rizikos šeimoms ir ne visada bendradarbiavo su Vaiko teisių apsaugos skyriais bei globos įstaigomis;

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

III SKYRIUS TIKSLAI

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

IV SKYRIUS

UŽDAVINIAI

8. Tikslui pasiekti nustatomi šie uždaviniai:

8.1. nustatyti efektyvaus ankstyvos intervencijos, priklausomybių gydymo, socialinės integracijos ir žemo slenksčio paslaugų teikimo modelio kūrimo ir įgyvendinimo dalyvaujančius subjektus bei jų pasirengimo teikti integruotas paslaugas lygį;

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

V SKYRIUS

NUMATOMOS ĮGYVENDINTI PRIEMONĖS

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

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

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

9.3. siekiant sustiprinti PLC materialinę techninę bazę ir užtikrinti įrengtų patalpų atitikimą higienos normoms, padidinti šių centrų teikiamų ambulatorinių ir stacionarinių sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, įvairovę bei veiklos efektyvumą reikalinga atnaujinti ir pagal poreikį išplėtoti patalpas, įsigyti reikalingą kompiuterinę ir programinę įrangą, transporto priemones pagal

poreikį. Ši priemonė bus įgyvendinama lygiagrečiai su antrajame etape (po kokybinio kompleksinio tyrimo atlikimo) numatomomis vykdyti priemonėmis:

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

9.3.2. kitame VPLC priklausančiame pastate, adresu Šlaito g. 12, Vilnius (anksčiau Vilkpėdės g. 3, Vilnius), bendras plotas 194,18 kv. m., šiuo metu yra 12 stacionarių vietų vaikams ir jaunuoliams, priklausomiems nuo narkotikų, dalyvauti reabilitacijos programoje, tačiau patalpų būklė netinkama ir nepritaikyta paslaugų teikimui, o dėl fizinio patalpų trūkumo nėra galimybės teikti reikalingų kompleksinių (ambulatorinių, intensyvaus stacionaro, dienos stacionaro ir reabilitacijos) paslaugų, apimančių specialistų komandinį, lankstų ir individualų pacientų būklės įvertinimą, jos stabilizavimą stacionare, tėvų švietimą (su stacionarinio stebėjimo ir gydymo tarpais būklės stabilizacijai), įtraukiant į šį procesą daug kitų suinteresuotų tarnybų (probaciją, švietimo įstaigas, policiją ir pan.), t. y. organizuoti atvejo vadybą, taip pat negalima paslaugų plėtra, siekiant paslaugas suteikti daugiau vaikų. Šiuo metu taip pat stacionarinės paslaugos vaikams teikiamos Kauno PLC (2012 m. 23 pacientams, 2011 m. 12 pacientų). Išanalizavus Lietuvos situaciją, nustatyta, kad VPLC ženkliai nedidinant personalo, ir padidinus lovų skaičių iki 30 šiame centre galėtų gauti stacionarines sveikatos priežiūros paslaugas daugiau vaikų ir jaunimo. VPLC centras galėtų teikti paslaugas vaikams iš visos Lietuvos iki 60 vaikų per metus. Tokiu būdu Vilniaus ir Kauno PLC vaikų skyriuose galės gauti stacionarinį gydymą/reabilitaciją vaikai ir jaunimas iš visos Lietuvos. Stacionariniam gydymui bus siunčiami vaikai ir jaunimas, kuriems nebus efektyvios ambulatorinės intervencijos paslaugos, suteiktos psichikos sveikatos ir kituose PLC. Siekiant gerinti paslaugų kokybę ir jų prieinamumą, vykdyti metodinį koordinacinį darbą Lietuvos mastu, reikalinga investuoti į VLPC patalpų plėtrą. Atsižvelgiant, kad iki šiol iš esmės Lietuvoje tokio paslaugų teikimo modelio nėra, pagrindinis tikslas yra jį sukurti, o taip pat jo įgyvendinimui užtikrinti reikalingas fizines, teises ir finansines sąlygas. Vykdytojas: VPLC;

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

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

slaugytojų, socialinių darbuotojų, psichologų) gebėjimai teikti kokybiškas paslaugas ir bendradarbiauti su kitomis įstaigomis ir organizacijomis. Įkūrus kabinetus priklausomybės nuo opioidų pakaitiniam gydymui ir žemo slenksčio paslaugoms, pagerės gydymo ir ŽIV bei kitų infekcijų prevencijos paslaugos vartojantiems narkotines medžiagas;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VI SKYRIUS

VERTINIMO KRITERIJAI

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VII SKYRIUS

NUMATOMI PASIEKTI REZULTATAI

11. Iki 2023 metų numatoma:

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

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

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

11.4. pakaitinio gydymo aprėpties didėjimas (asmenų, dalyvaujančių pakaitiniame gydyme skaičius/asmenų vartojančių švirkščiamus opiatų skaičius šalyje) nuo 9,7 proc. (2012 m.) iki 30 proc. (2023 m.);

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

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

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

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

VIII SKYRIUS VYKDYTOJAI

12. Šios krypties priemonių vykdytojai:

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

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

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

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

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

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

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

IX SKYRIUS BAIGIAMOSIOS NUOSTATOS

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

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

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

TRAUMŲ IR NELAIMINGŲ ATSTIKIMŲ PROFILAKTIKOS, NEĮGALUMO IR MIRTINGUMO NUO IŠORINIŲ PRIEŽASČIŲ MAŽINIMO KRYPTIES APRAŠAS

I SKYRIUS

BENDROSIOS NUOSTATOS

1. Traumų ir nelaimingų atsitikimų profilaktikos, neįgalumo ir mirtingumo nuo išorinių priežasčių mažinimo krypties apraše (toliau – Aprašas) nustatyti tikslai, uždaviniai ir priemonės, skirtos iki 2023 m. mažinti Lietuvos gyventojų traumų ir nelaimingų atsitikimų skaičių, nukentėjusiųjų neįgalumo lygį ir mirtingumą nuo išorinių priežasčių Lietuvos teritorijose, pasižyminčiose didžiausiu 0–64 m. amžiaus Lietuvos gyventojų mirtingumu, ir taip prisidėti prie teritorinių sveikatos netolygumų mažinimo.

2. Atsižvelgiant į mirtingumo išorines priežastis ir sveikatos sektoriaus kompetenciją, apraše numatyti veiksmai apima šias pagrindines išorines priežastis: savižudybes, traumas ir nelaimingus atsitikimus (transporto įvykiai, nukritimai, paskendimai), apsinuodijimus.

3. Didžiausiais sveikatos netolygumais pasižyminčios šalies teritorijos (toliau – tikslinės teritorijos) šiame Apraše laikomos šalies rajonų savivaldybės, kuriose 2007–2011 m. laikotarpiu standartizuotas 0–64 m. amžiaus gyventojų mirtingumo dėl išorinių priežasčių rodiklis 100 000 gyventojų (V01-Y98) vidutiniškai 20 ir daugiau proc. viršijo šalies vidurkį (Higienos instituto duomenys).

4. Siekiant mažinti sveikatos netolygumus bei didinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę tikslinių teritorijų gyventojams šiame Apraše numatytų priemonių įgyvendinimas apims tris lygius: priemonės, kurios tikslingai bus įgyvendinamos tikslinėse teritorijose; priemonės kurių įgyvendinimas bus orientuotas ir prisidės prie tikslinių teritorijų gyventojų sveikatos išsaugojimo ir stiprinimo; nacionalinės priemonės, reikalingos sveikatos sistemos tobulinimui, siekiant užtikrinti sisteminius šalies sveikatos priežiūros pokyčius lemiančius tolygią ir visiems prieinamą sveikatos priežiūrą šioje srityje.

5. Apraše vartojamos sąvokos ir jų apibrėžtys:

Traumos ir nelaimingi atsitikimai – sužalojimai, apsinuodijimai ir tam tikri išorinių poveikių padariniai, žymimi pagal Tarptautinės statistinės ligų ir susijusių sveikatos sutrikimų klasifikacijos dešimtąjį pataisytą ir papildytą leidimą „Sisteminis ligų sąrašas“, Australijos modifikacijos, kodus S00-T98.

Tretinio lygio stacionarinės medicininės reabilitacijos paslaugos – kompleksinės reabilitacijos paslaugos, teikiamos sunkiausius biopsichosocialinių funkcijų sutrikimus turintiems asmenims.

Toksikologijos centras – VšĮ Respublikinės Vilniaus universitetinės ligoninės padalinys, visą parą užtikrinantis antrinių ir tretinių stacionarių klinikinės toksikologijos paslaugų teikimą, ir kartu su Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Anesteziologijos ir reanimatologijos klinikos Toksikologijos centru dalyvaujantis mokslinėje ir pedagoginėje veikloje.

Biožymuo – bet kuris biologinis atsakas į aplinkos cheminius junginius, rodantis nuokrypį nuo normalios būklės.

„Juodieji taškai“ – tam tikra apibrėžta vieta savivaldybės teritorijoje, kurioje per 4 metus patiria traumas ir (ar) žūsta 3 ar daugiau žmonės (nukritimų, skendimų ir kitų įvykių metu).

II SKYRIUS

SITUACIJOS ANALIZĖ

6. Nors mirtingumas dėl išorinių mirties priežasčių Lietuvoje mažėja jau keletą metų (nuo 2009 m. iki 2013 m. sumažėjo 13,3 proc.), jis vis dar išlieka didelis. 2013 m. didžiausią išorinių mirties priežasčių dalį sudarė savižudybės – 30 proc., transporto įvykiai sudarė 8,7 proc., nukritimai – 10,5 proc., atsitiktiniai apsinuodijimai alkoholiu – 7,3 proc., natūralus šalčio poveikis – 8,2 proc., atsitiktiniai paskendimai – 5,5 proc. Per metus sumažėjo mirusiųjų nuo transporto traumų, atsitiktinių paskendimų, natūralaus šalčio poveikio, tačiau padaugėjo mirusiųjų nuo savižudybių, nukritimų ir pasikėsinimų (Higienos instituto leidinys „Mirties priežastys 2013“ (išankstiniai duomenys).

7. Lietuvoje gyventojų mirties priežasčių struktūroje traumos ir kitos išorinės mirties priežastys užima trečią vietą.

8. Standartizuotas 0–64 m. amžiaus gyventojų mirtingumo dėl išorinių priežasčių rodiklis 100 000 gyventojų (V01-Y98) atskirose šalies savivaldybėse žymiai skiriasi. Net 31 savivaldybėse šis rodiklis 2007–2011 m. laikotarpiu vidutiniškai 20 ir daugiau proc. viršijo šalies vidurkį.

1 paveikslas. Lietuvos rajonų savivaldybės, kuriose 2007–2011 m. laikotarpiu standartizuotas mirtingumo dėl išorinių priežasčių rodiklis 100 000 gyventojų (V01-Y98) vidutiniškai 20 ir daugiau proc. viršijo šalies vidurkį



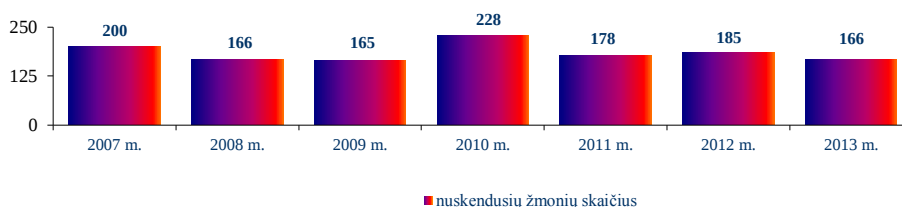
9. 2012 m. ambulatorinėse ar stacionarinėse sveikatos priežiūros įstaigose bent viena trauma užregistruota 57 709 vaikams (104,9 atvejų / 1 000 gyventojų), 2011 metais – 57 532 (101,7 atvejų / 1 000 gyventojų). Vaikų iki 14 metų mirtį dažniausiai sukelia išorinės priežastys, taip pat ir buitiniai sužalojimai. 46,8 proc. visų vaikų ir paauglių mirties atvejų priežastis – įvairūs sužalojimai.

10. 2013 m. Lietuvoje kilo 11 333 gaisrai, juose žuvo 160 asmenų, 209 gyventojai patyrė traumas. Palyginti su 2012 m., gaisrų padaugėjo tik 0,68 proc. – 2012 m. kilo 11 257 gaisrai, jų metu žuvo 150 žmonių, o 226 gyventojai patyrė traumas. Žuvusių žmonių skaičius 2013 m. padidėjo 6,7 proc. Jeigu 2012 m. kas 75 gaisre žūdavo vienas žmogus, tai 2013 m. – kas 71 gaisre. 100 tūkstančių Lietuvos gyventojų 2013 m. teko 5,3 gaisruose žuvusio žmogaus (2012 m. – 4,4), nuo 2006 m. žuvusiųjų gaisruose skaičius mažėja, tačiau šis rodiklis išlieka vienas aukščiausių tarp

kitų Europos Sąjungos (toliau – ES) šalių. Ugniagesiai gelbėtojai vykdo itin didelės įvairovės gelbėjimo darbus. Dažnai jie būna pirmieji, atsidūrę įvykio vietoje. 2013 m. ugniagesiai gelbėtojai, be gaisrų gesinimo, atliko ir 7 006 kitus gelbėjimo darbus. Atlikant šiuos darbus, ugniagesiams pavyko išgelbėti 311 gyventojų (2012 m. – 412, iš jų 26 vaikai).

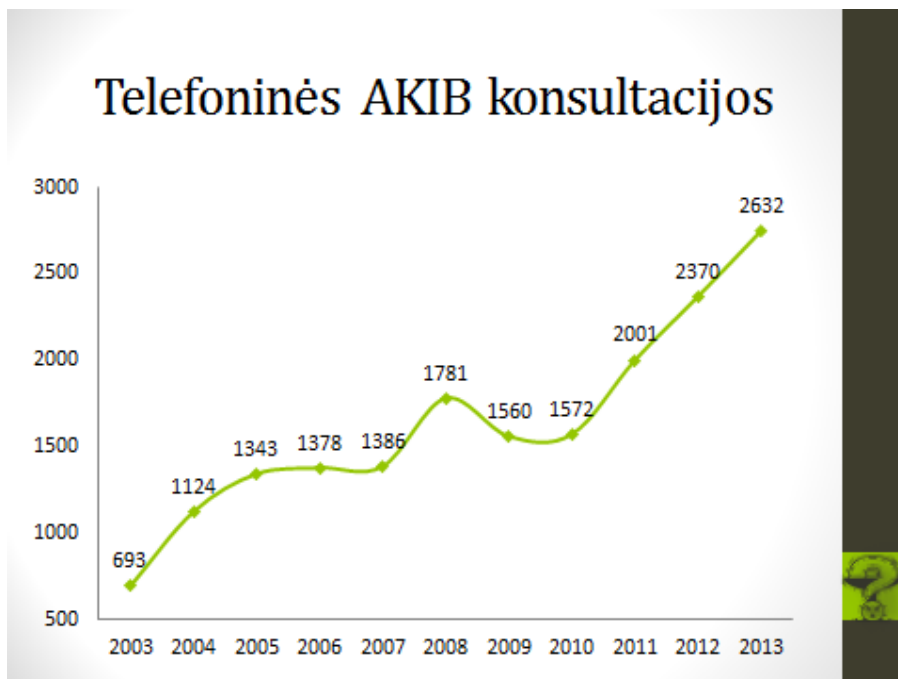
11. Kasmet dėl atsitiktinio nuskendimo Lietuvoje žūsta daugiau nei keli šimtai žmonių, daugiau nei pusę skenduolių ištraukia ugniagesiai gelbėtojai. Vien 2013 m. ugniagesiai gelbėtojai 478 kartus atliko gelbėjimo darbus vandenyje ir ant ledo, o atlikdami šiuos darbus jie ištraukė 166 skenduolius ir išgelbėjo 47 gyventojus.

2 paveikslas. Ugniagesių gelbėtojų iš vandens ištrauktų nuskendusius žmonių skaičius



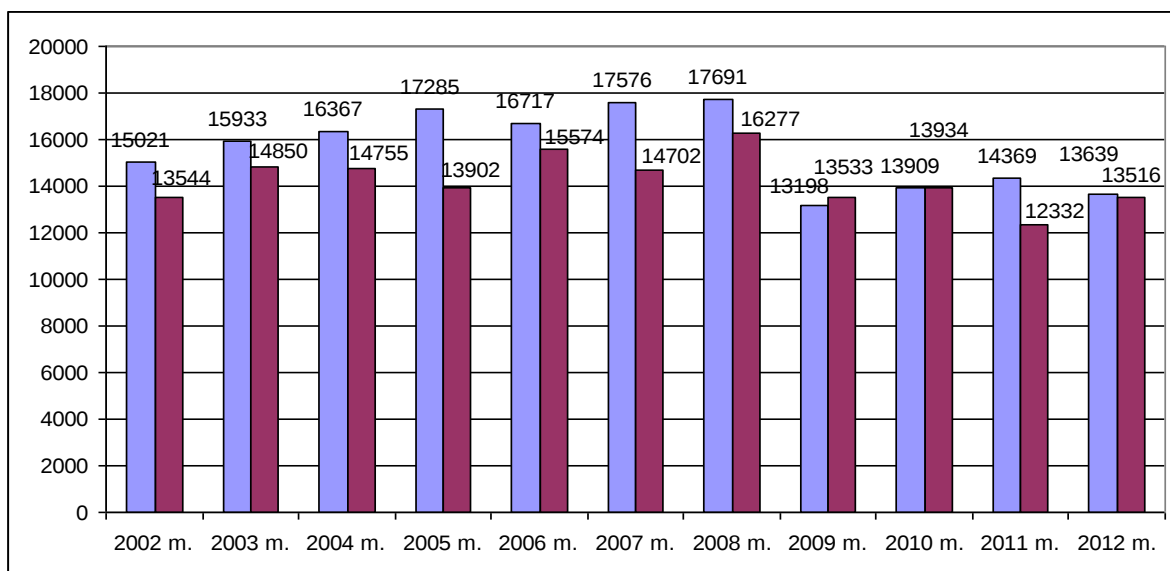
12. Nors Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos Ekstremalių sveikatai situacijų centro Apsinuodijimų kontrolės ir informacijos biuras (toliau – Apsinuodijimų kontrolės ir informacijos biuras) savo veiklą (teikti konsultacijas apsinuodijimų atvejais) vykdo jau 10 metų, didelė visuomenės dalis net nežino apie šį biurą, todėl negali pasinaudoti jo teikiamomis paslaugomis. Apsinuodijimų kontrolės ir informacijos biure visą parą būdi gydytojai klinikiniai toksikologai, specialistai, konsultuojantys gyventojus, asmens sveikatos priežiūros specialistus ir specializuotų tarnybų darbuotojus apsinuodijimų klausimais. Dažnai pasitaiko atvejų, kai žmonės apsinuodijimo atveju dėl nežinojimo laiku nesuteikia reikiamos pagalbos arba neteisingai teikdami pirmąją pagalbą pakenkia nukentėjusiajam. Konsultacijų kasmet suteikiama vis daugiau (2013 m. suteiktos 2 635 konsultacijos).

3 paveikslas. Apsinuodijimų kontrolės ir informacijos biuro telefoninių konsultacijų dinamika. (Apsinuodijimų kontrolės ir informacijos biuras, 2013 m.)



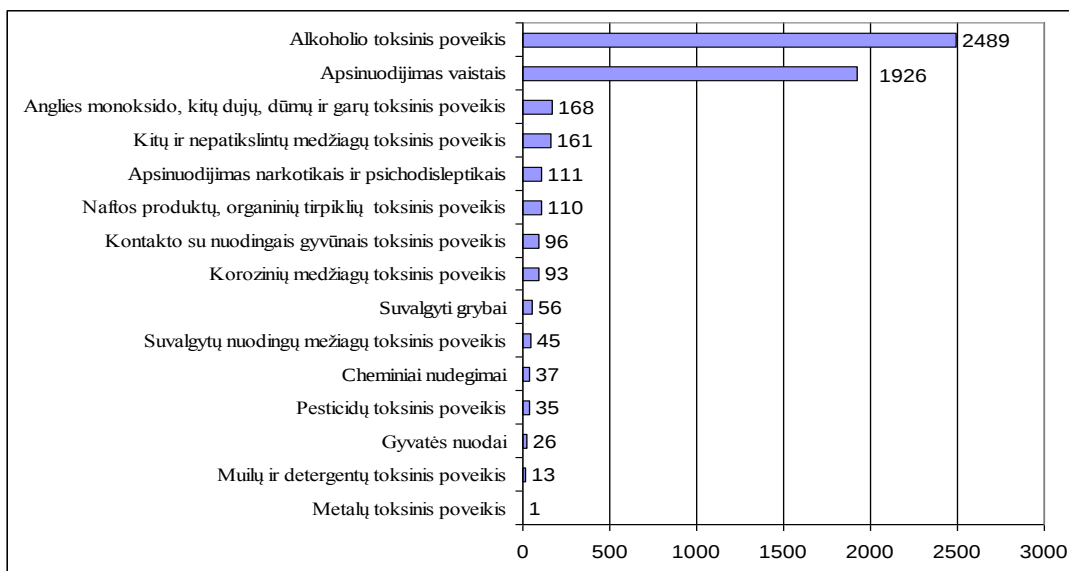
13. Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – Valstybinė ligonių kasa prie SAM) duomenimis, 2012 m. Lietuvos stacionaruose gydyti 13 639 apsinuodiję pacientai, ambulatoriškai – 13 516 pacientai.

4 paveikslas. Stacionaruose gydytų (I stulpelis) ir ambulatoriškai gydytų (II stulpelis) pacientų skaičiaus dinamika 2002–2012 m. (Valstybinės ligonių kasos prie SAM duomenų bazė, 2012 m.)



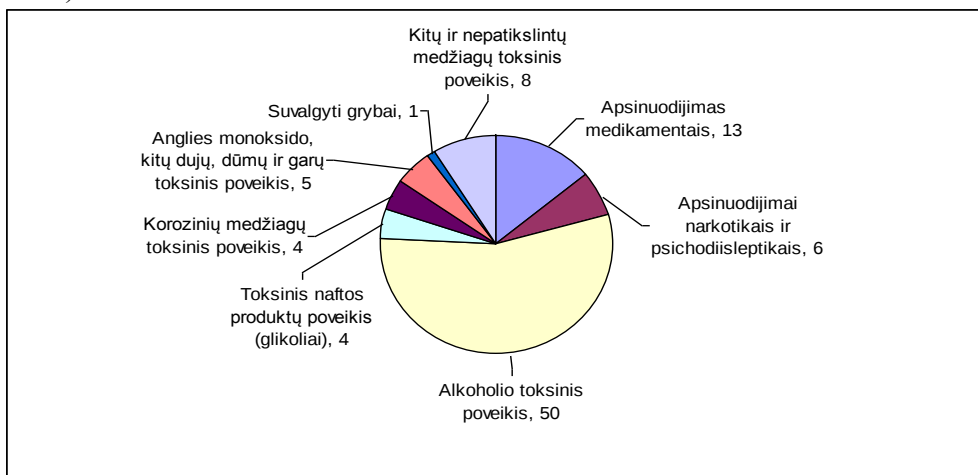
14. Apsinuodijimų atvejams įtakos turi socialinė atskirtis, kai mažas pajamas gaunantys ir neturintys nuolatinio pajamų šaltinio asmenys, piktnaudžiauja alkoholiu ar kitomis psichoaktyviosiomis medžiagomis. Valstybinės ligonių kasos duomenimis, 2012 m. Lietuvos stacionaruose didžioji dėl apsinuodijimo gydytų pacientų dalis gydėsi dėl alkoholio toksinio poveikio.

5 paveikslas. 2012 m. stacionaruose gydytų pacientų apsinuodijimų struktūra pagal medžiagas (Valstybinės ligonių kasos prie SAM duomenų bazė, 2012 m.)



15. Pagal TLK-10 kodus 2012 m. mirtinus apsinuodijimus sukėlė šios priežastys: toksinis alkoholio poveikis, apsinuodijimai medikamentais, apsinuodijimai narkotikais ir psichodisleptikais, naftos produktų (glikolių) toksinis poveikis, korozinių medžiagų toksinis poveikis, anglies monoksido toksinis poveikis, suvalgyti grybai, kitų ir nepatiksintų medžiagų toksinis poveikis. Iš viso 2012 m. buvo 92 mirties dėl apsinuodijimo atvejai.

6 paveikslas. 2012 m. registruotos mirtys (Valstybinės ligonių kasos prie SAM duomenų bazė, 2012 m.)



16. Apsinuodijimų kontrolės ir informacijos biuro darbuotojai, konsultuodami pacientus, apsinuodijusius įvairiais produktais, į kurių sudėtį įeina viena, kelios ar net keliolika medžiagų, naudojami tarptautinėmis duomenų bazėmis. Duomenys jose yra konfidencialūs ir prisijungimo teisė prie jų suteikiama tik specialistams. Šiose duomenų bazėse pateikiama produktų sudėtis, jų toksiškumas, konkrečios toksinės dozės žmogui, apsinuodijimo simptomatika pagal sunkumo skales, gydymo taktika, gydymo algoritmai. Remdamiesi jose pateiktais duomenimis, gydytojai klinikiniai toksikologai konsultuoja šeimos gydytojus, gydytojus specialistus ir kitus asmens sveikatos priežiūros specialistus, įskaitant greitosios medicinos pagalbos (toliau – GMP) brigadose dirbančius specialistus. Pastaruoju metu Apsinuodijimų kontrolės ir informacijos biuro gydytojai savo kasdieniame darbe naudojami Australijos specialistų sukurta TOXINZ tarptautine informacine duomenų baze, prie kurios laikiną nemokamą prieigą suteikė Švedijos Apsinuodijimų kontrolės centras. Taip pat pastaruosius penkerius metus gydytojai konsultantai toksikologai naudojami ir TOXBASE (Anglijos specialistų sukurta) informacine duomenų baze, nes prieiga prie jos buvo nemokama. TOXBASE bazės duomenys labai konkretūs, pati duomenų bazė informatyvi, patogi greitai produktų paieškai. Ji nuolat papildoma naujausiais gydymo algoritmais. Nesant galimybės

naudotis minėtomis duomenų bazėmis, gydytojai negalėtų nustatyti produktų toksiškumo laipsnio ir skirti apsinuodijusiems pacientams adekvataus gydymo ir diagnostikos algoritmo.

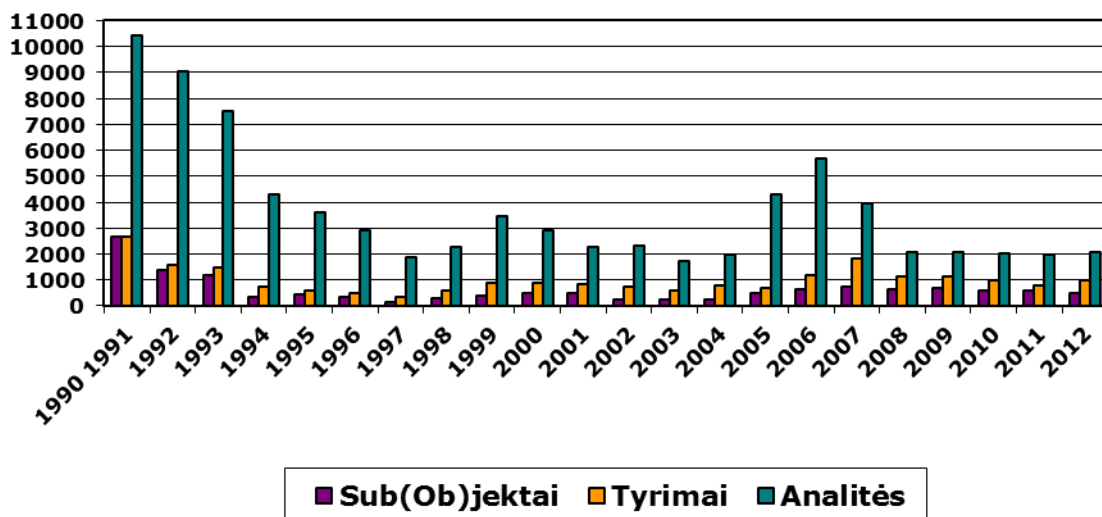
17. Retai pasitaikantiems apsinuodijimams gydyti naudojami priešnuodžiai yra būtini siekiant tinkamai gydyti pacientus, apsinuodijusius retai pasitaikančiomis, bet pavojingomis medžiagomis. Kai kuriuos retai pasitaikančių apsinuodijimų gydymui skirtus priešnuodžius gydymo įstaigos įsigyja savo iniciatyva, tačiau ne visus, o tik pavienius, nes jie brangūs, be to, jie nėra įtraukti į būtinųjų priešnuodžių, vartojamų apsinuodijusiems pacientams asmens sveikatos priežiūros įstaigose (toliau – ASPĮ), sąrašą. Apsinuodijimų, kuriems gydyti taikytini šie priešnuodžiai, atvejai pasitaiko gana retai (2–5 atvejai per metus), dėl to juos įsigijusios ASPĮ ne visada juos panaudoja, o pasibaigus jų galiojimui turi nurašyti. Taupant gydymo įstaigų lėšas, siekiant laiku suteikti kvalifikuotą pagalbą apsinuodijusiems pacientams, kuriems gydyti šių priešnuodžių būtinai reikia, ir norint sukaupiti pakankamas tų priešnuodžių atsargas, tokių retai naudojamų priešnuodžių turi įsigyti bent dvi ASPĮ, esančios skirtingose šalies vietose, kuriose priešnuodžiai būtų prieinami visą parą ir iš kurių juos būtų galima skubiai nugabenti į bet kurią gydymo įstaigą.

18. Pastaraisiais metais Lietuvoje įvykę didelį rezonansą visuomenėje sukėlę įtariamai masiniai apsinuodijimai gyvsidabriu išryškino akivaizdžią apsinuodijimų diagnostikos spragą – šalyje nėra nė vienos sertifikuotos laboratorijos, galinčios nustatyti metalų koncentraciją žmogaus biologinėse terpėse, todėl mėginiai siunčiami į užsienį, taip gaišamas laikas, švaistomos lėšos ir keliama grėsmė gyventojų sveikatai. Nacionalinė visuomenės sveikatos priežiūros laboratorija turi ilgametę gyvsidabrio ir kitų metalų laboratorinių analitinių tyrimų tokiuose mėginiuose kaip vanduo, maistas, oras, ne maisto žaliavos ir gaminiai, gruntas ir kt. patirtį. 2013 m. buvo atlikta apie 3 300 tyrimų nustatant gyvsidabrio, švino, vario, chromo ir kitų metalų kiekius tirtuose mėginiuose. Taip pat 2013 m. sukaupta panaši toksinių organinių cheminių medžiagų kiekybinių analitinių tyrimų patirtis. Nacionalinė visuomenės sveikatos priežiūros laboratorija dujų chromatografijos ir skysčių chromatografijos metodais atliko apie 9 000 laboratorinių analitinių tyrimų, kurių metu nustatomi tokių toksinių organinių medžiagų kaip metanolis, chloroformas, benzpirenas, benzenas, kitų organinių medžiagų kiekiai vandens, maisto, oro, ne maisto žaliavos ir gaminių, grunto ir kituose mėginiuose. Tačiau Nacionalinė visuomenės sveikatos priežiūros laboratorija negali nustatyti metalų koncentracijų biologinėse žmogaus terpėse, nes tam reikia šiuolaikinės laboratorijos įrangos.

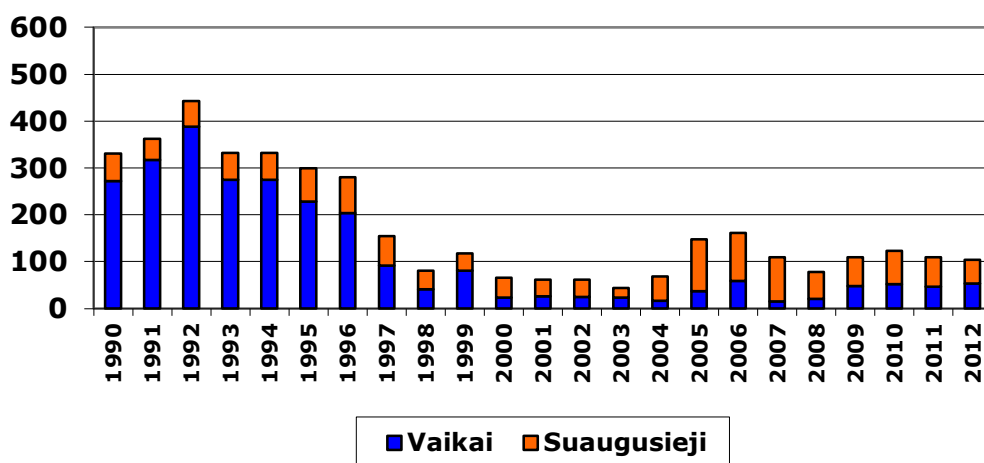
19. Mikroelementų, sunkiųjų metalų ir metaloidų, kurie yra mūsų natūralios aplinkos dalis, mikrokiekiais yra aptinkama ir žmogaus organizme. Mikroelementų koncentracija žmogaus organizme priklauso nuo geologinės ir geografinės gyvenamosios vietos, mikroelementų koncentracijos gyvenamojoje ir darbinėje aplinkoje, maiste ir (ar) geriamajame vandenyje, asmens lyties, amžiaus, metabolizmo ypatumų. Kadangi Lietuvai nebūdingi ugnikalnių išsiveržimai, žemės drebėjimai, Lietuvoje nėra kasyklų, nėra išvystytos metalurgijos pramonės, todėl pagrindiniai metalų ekspozicijos šaltiniai gali būti aplinkos foninė tarša, tiesioginis profesinis kontaktas su metalais ir jų junginiais, apsinuodijimai ir nelaimingi atsitikimai. Nepaisant visame pasaulyje vykstančių globalizacijos procesų (žmonės daug keliauja, vartoja visame pasaulyje užaugintus maisto produktus, buityje ir pramonėje naudoja globalios rinkos siūlomus namų apyvokos ir pramonės gaminius), mikroelementų koncentracija skirtingose populiacijose skiriasi. Kitų šalių mokslininkai 1997–2003 m. laikotarpiu nustatė 23 elementus 20–40 m. amžiaus asmenų plaukuose ir pažymėjo, kad net ir labai geografiškai artimų valstybių (Latvijos ir Lietuvos) populiacijų duomenys žymiai skiriasi, o gyvybinėms funkcijoms palaikyti būtinų mikroelementų koncentracija žemiausia yra būtent Lietuvoje (*Skalny et al. In: Proceedings of the 4th International Symposium on Trace Elements in Human: New Perspectives. Athens, 2003*). Todėl alternatyvios išeities paieška perimant kitų šalių nusistatytus biožymenis ir juos taikant Lietuvos populiacijai iš esmės būtų neteisingas. Lietuva neturi nusistačiusi mikroelementų ir sunkiųjų metalų bei organinių junginių žmogaus biologinėse terpėse (kraujas, šlapimas, plaukai) rekomendacinių ar ribinių fiziologinių verčių, nes nėra atliekami nuoseklūs aplinkos teršalų žmogaus biologinėse terpėse tyrimai. Be to, sunku įvertinti, ar Lietuvos gyventojams netrūksta būtinų gyvybinėms funkcijoms palaikyti mikroelementų, tokių kaip cinkas, selenas, jodas ir kt.

20. Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Neuromokslų instituto Neurotoksikologijos laboratorija nuo 1990 m. atlieka mikroelementų ir metalų koncentracijos bei jų biožymenų tyrimus įvairiose žmogaus ir eksperimentinių gyvūnų *in vivo* ir *in vitro* bioterpėse (kraujas, šlapimas, plaukai, kepenų biopsija, smegenų audinys *post mortem* ir kt.), vaistinėje žaliavoje ir kt. (7 ir 8 pav.)

7 paveikslas. Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Neuromokslų instituto Neurotoksikologijos laboratorijoje atliekamų mikroelementų tyrimų apimtys



8 paveikslas. Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Neuromokslų instituto Neurotoksikologijos laboratorijoje atliekami mikroelementų tyrimų žmogaus biologinėse terpėse



21. Dar viena priežastis, dėl kurios prarandama ypač daug darbingo amžiaus žmonių, yra savižudybės. Lietuva pagal šį rodiklį žymiai viršija ES vidurkį ir yra paskutinėje vietoje iš 28 ES šalių. 2005 m. duomenimis, 100 000 vaikų ir darbingo amžiaus žmonių (0–65 m.) teko 1 319 savižudybių. 2011 m. šis rodiklis buvo 1 018 atvejų, t. y. sumažėjo 22 proc. tačiau išliko vienas didžiausių ES. Savižudybės ypač paplitusios tarp paauglių, jaunimo ir darbingo amžiaus žmonių (45–65 m.).

22. Pagalbos prieinamumas yra labai svarbus savižudybių prevencijai. Per pastaruosius dešimtmečius Europoje daugėjo šalių, kuriose pagalba teikiama telefonu ir internetu, taip gerinant rizikos grupės asmenų pasiekiamumą. Daugelis telefoninių linijų išplėtė savo paslaugas ir pradėjo jas teikti ir elektroniniu paštu, internetinių pokalbių bei socialinių tinklų svetainėse. Galimybė neatskleisti tapatybės ir gauti individualią informaciją skatina žmones ieškoti tokios pagalbos. Tai patvirtina ir Lietuvos emocinės paramos tarnybų asociacijos duomenys: 2010 m. atsiliepta į

243 807 skambučius, 2013 m. – 338 177 skambučius, tačiau per mėnesį buvo net 535 983 bandymai paskambinti.

23. ES šalyse pripažinta veiksminga savižudybių prevencijos priemonė yra mokytojų, policijos, vaistinių, įvairių sričių medicinos ir kitų asmenų mokymai apie išpėjamųjų savižudybės ženklų atpažinimą ir krizinių situacijų valdymą. Taip pat teigiamai vertinamos visuomenės ir žurnalistų švietimo strategijos. Įgyvendinant savižudybių prevencijos priemones, susijusias su pažeidžiamomis gyventojų grupėmis (pvz., jaunimu, vyresnio amžiaus žmonėmis ir kt.), rekomenduojama teikti specialią paramą (pvz., informavimo programos, savipagalba), gerinti pagalbos prieinamumą, informuotumą, šviesti gyventojus ir sveikatos priežiūros specialistus.

24. Europos geležinkelių agentūros 2012 m. paskelbtoje ir Europos Komisijai pateiktoje ES geležinkelių saugos ataskaitoje nurodyta, kad Lietuvos Respublikos geležinkelių sistemos keliamas pavojus visuomenei yra pats didžiausias iš 28 ES valstybių narių. 2008–2013 m. Lietuvoje įvyko 249 dideli geležinkelių transporto eismo įvykiai, kurių metu žuvo 167 žmonės ir 68 buvo sunkiai sužeisti. Pagrindinė žūčių ir sužalojimų priežastis – nesaugus ir neatsakingas elgesys geležinkelių apsaugos zonoje, kertant geležinkelių kelius pėsčiomis ir naudojantis geležinkelių pervažomis.

25. Siekiant sumažinti neįgalumo atvejų skaičių ir mirtingumą dėl traumų ir kitų priežasčių, Lietuvoje buvo vykdomos profilaktinės priemonės, orientuotos į saugumo transporto sektoriuje didinimą (socialinė reklama dėl saugos diržų, vairavimo blaiviam, gyventojų matomumo kelyje tamsiu paros metu, socialinės akcijos saugumui pervažose užtikrinti, pėsčiųjų informavimas apie pavojus, kylančius geležinkelių apsaugos zonoje, ir pan.), taip pat vykdomas švietimas apie skendimus, nukritimus, vaikų buitinius sužalojimus, organizuojami renginiai, leidžiami leidiniai, mokomi visuomenės sveikatos specialistai.

26. Siekiant mažinti mirtingumą (ypač vaikų ir darbingo amžiaus (0–65 m.) žmonių), 2007–2013 m. programavimo laikotarpiu kuriant traumos centrų sistemą (pagal Sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo programą, patvirtintą Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. spalio 9 d. įsakymu Nr. V-799 „Dėl Sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo programos patvirtinimo“) Lietuvoje buvo investuojama į ASPI infrastruktūrą, į greitosios medicinos pagalbos automobilių parko atnaujinimo infrastruktūrą, taip pat modernizuota 50 ASPI priėmimo-skubios pagalbos skyrių infrastruktūra. Įsigyta pagrindinės skubios diagnostikos ir pagalbos teikimo įrangos, atnaujintos operacinės, reanimacijos ir intensyviosios terapijos skyriai, traumatologijos skyriai, t. y. tie ASPI padaliniai, kurie svarbiausi teikiant skubią pagalbą nukentėjusiesiems.

27. GMP efektyvumas daro tiesioginę įtaką mirštamumui ir neįgalumui nuo traumų ir nelaimingų atsitikimų, nes nuo to, kaip skubiai suteikiama pagalba, priklauso tolesnė paciento sveikata. Identifikuojamos šios problemos: restruktūrizuojant sveikatos priežiūros įstaigas, stacionarinės paslaugos vis labiau centralizuojamos, todėl tam tikrų paslaugų prieinamumui užtikrinti ypač svarbi yra GMP ir pacientų transportavimo į tas sveikatos priežiūros įstaigas, kuriose būtų suteikta reikalinga pagalba, galimybių užtikrinimas. 2007–2013 m. buvo įsigytas 91 GMP automobilis.

28. Siekiant efektyviai teikti pagalbą nukentėjusiems, taip pat apmokomi tiek greitosios medicinos pagalbos tarnybose, tiek traumų centruose dirbantys specialistai, tobulinant jų kvalifikaciją pagal ATLS (angl. *Advanced Trauma Life Support* – Aukštesnio lygio gyvybės palaikymo įvykus traumai) programą. Europos Sąjungos ir kitų užsienio šalių patirtis rodo, kad viena iš būtinų prielaidų sėkmingam traumos sistemos funkcionavimui yra reikiamos personalo kvalifikacijos suteikimas per standartizuotus, atitinkančius tarptautinius reikalavimus ir gerą medicinos praktiką mokymo kursus, žinomus Lietuvoje (ATLS, ACLS, PHTLS, PALS ir kt.). Iki šiol tik apie 10–20 proc. sveikatos priežiūros specialistų, teikiančių pagalbą traumos ir kitais išorinių priežasčių atvejais, yra baigę nors vienus iš minėtų kursų. 2007–2013 m. programavimo laikotarpiu buvo padėti traumos centrų funkcionavimo pagrindai, tobulinant, sveikatos priežiūros specialistų, prisidedančių prie traumų ir kitų išorinių mirties priežasčių sąlygotų būklių mažinimo, kvalifikaciją.

29. Teisės aktų nuostatos, reglamentuojančios sveikatos specialistų kvalifikacijos tobulinimą, bei Europos Sąjungos teisės aktai (Direktyva 36/2005/EB; Direktyva 55/2013/EB)

nustato, kad sveikatos specialistams turi būti sudarytos galimybės nuolat tobulinti savo profesinę kvalifikaciją. Lietuvos Respublikos teisės aktai nustato, kad sveikatos specialistai privalo penkerių metų laikotarpiu tobulinti profesines žinias ne mažiau kaip 120 val., todėl svarbu už 2007–2013 m. ES struktūrinių fondų lėšas įgytas žinias gilinti ateityje.

30. Higienos instituto duomenimis, 2012 m. savivaldybių ar nacionaliniu lygiu Lietuvoje dirbo 2 449 visuomenės sveikatos priežiūros specialistai. Nemaža dalis specialistų dirba savivaldybių visuomenės sveikatos biuruose, kurių veikla susijusi su visuomenės sveikatos politikos įgyvendinimu, sveikos gyvensenos mokymu, taip pat gyventojų sergamumo savivaldybės teritorijoje mažinimu. Biuruose dirbantys visuomenės sveikatos priežiūros specialistai yra arčiausiai bendruomenės ir dirba tiesiogiai su ja. Dėl šios priežasties siekiant mažinti sužalojimų skaičių ir mirtingumą nuo jų, specialistų tobulinimas ir toliau turi būti nukreiptas būtent į visuomenės sveikatos biuruose dirbančių specialistų mokymą. Pasaulio sveikatos organizacija yra parengusi pajėgumų didinimui skirtą mokymo programą apie smurto ir traumų profilaktiką. (Informacijos šaltinis

http://www.who.int/violence_injury_prevention/capacitybuilding/teach_vip/en/)

31. Valstybinės priešgaisrinės gelbėjimo tarnybos darbuotojai, gesindami gaisrus, teikdami pagalbą eismo įvykių atvejais, likviduodami katastrofų ir kitų gaivalinių nelaimių padarinius, susiduria su daugybe įvairių situacijų, kai reikia tiek gero fizinio ir psichologinio pasirėmimo, tiek aukštos kvalifikacijos, gerų medicininių žinių ir įgūdžių siekiant išsaugoti žmonių gyvybes ir suteikti jiems būtinąją pirmąją pagalbą dirbant su įvairia gelbėjimo technika ir įranga. Teikiant pagalbą svarbu turėti žinių bei gerai išlavintus įgūdžius, kuriuos būtina reguliariai atnaujinti praktinių mokymų metu, nes ši sritis nuolat keičiasi ir pasipildo naujovėmis. Ypač svarbu, kad Valstybinės priešgaisrinės gelbėjimo tarnybos darbuotojai būtų tinkamai pasirengę gelbėti Lietuvos gyventojus pritaikant naujausias žinias, technologijas ir pirminio gaivinimo įrangą (Ambu tipo gaivinimo maišais).

32. Efektyviam nukentėjusiųjų žmonių grąžinimui į aktyvų gyvenimą taip pat svarbi yra efektyvi ir laiku suteikta medicininė rehabilitacija. Siekiant užtikrinti būtinąsias ir geros kokybės medicininės rehabilitacijos paslaugas bei tinkamą medicininės rehabilitacijos organizavimą, paslaugų prieinamumą, skatinti teikti ambulatorinės rehabilitacijos paslaugas, 2007–2013 m. ES struktūrinių fondų lėšos skirtos 48 ASPĮ šių įstaigų ambulatorinės rehabilitacijos infrastruktūrai atnaujinti bei teikiamų paslaugų įvairovei plėsti.

33. Tretinio lygio stacionarinės medicininės rehabilitacijos paslaugos pacientams, turintiems skeleto-raumenų sistemos bei jungiamojo audinio pažeidimų, Lietuvoje teikiamos trijose sveikatos priežiūros įstaigose: VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų Rehabilitacijos, fizinės ir sporto medicinos centre, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės Kauno klinikų Rehabilitacijos klinikoje, VšĮ Palangos rehabilitacijos ligoninėje. Šiose trijose ASPĮ 2009 m. stacionarinės medicininės rehabilitacijos paslaugas gavo 512 pacientai, o 2012 m. – 744 pacientai. Naudojama rehabilitacijos įranga pasenusi, nudėvėta, todėl būtina investuoti į jos atnaujinimą, kad paslaugos būtų prieinamos ir efektyvios. Siekiant, kad būtų gerinama sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir prieinamumas tikslinėms gyventojų grupėms (ypač sudėtingos sveikatos būklės pacientams, patyrusiems sunkias traumas ar daugybinius kaulų lūžius), reikia užtikrinti efektyvią tretinio lygio stacionarinių rehabilitacijos paslaugų sistemą. Laiku nesuteikus efektyvios rehabilitacijos, didesnė liekamųjų reiškinių tikimybė, neįgalumo laipsnis, todėl sumažėja galimybės grįžti į darbo rinką. Pagal funkcinio savarankiškumo laipsnį pacientai, atvykę rehabilitacijai, yra visiškai priklausomi nuo aplinkinių pagalbos, todėl siekiant išvengti grėsmingų gyvybei komplikacijų jiems būtina intensyvi sveikatos priežiūra, visos rehabilitacijos komandos narių teikiamas individualių medicininės rehabilitacijos priemonių kompleksas, techninės pagalbos ir aplinkos pritaikymo priemonės. 30 proc. pacientų po kompleksinės rehabilitacijos Lietuvoje grįžta į darbo rinką (po studijų arba profesinės rehabilitacijos kursų), o pažangiausias rehabilitacijos sistemas turinčiose šalyse – iki 60 proc. Pagerėjus tretinio lygio stacionarinių medicininės rehabilitacijos paslaugų kokybei bei prieinamumui būtų sukurtos prielaidos mažėti pacientams pripažintos sunkios negalios mastui, daugiau ypač sudėtingos sveikatos būklės pacientų galėtų grįžti į darbo rinką.

34. Siekiant ir toliau nuosekliai mažinti sveikatos netolygumus tiek tarp ES šalių, tiek ir šalies viduje, būtina ir toliau skirti pakankamą dėmesį traumų profilaktikai, neįgalumo ir mirtingumo nuo išorinių priežasčių mažinimui Lietuvoje. Taip pat ir kitų ministerijų vykdoma veikla labai svarbi prisidedant prie priešlaikinio mirtingumo bei neįgalumo mažinimo. Kitų šalių praktika įrodo, kad taikant efektyvias mirtingumo nuo išorinių priežasčių mažinimo priemones galima išvengti nemažai mirčių ir neįgalumo atvejų, taip išsaugant gyvybes, didinant darbingo amžiaus žmonių galimybes dalyvauti darbo rinkoje, mažinant valstybės išlaidas sveikatos priežiūrai ir socialinėms išmokoms, mažinant prarandamą darbo dienų skaičių.

III SKYRIUS

TIKSLAI

35. Pagrindinis šio aprašo tikslas – taikant kompleksines priemones mažinti tikslinių teritorijų gyventojų patirtų traumų ir nelaimingų atsitikimų skaičių, mirtingumą ir neįgalumą dėl išorinių priežasčių, taip prisidedant prie gyventojų užimtumo didinimo bei socialinės atskirties rizikos mažinimo ir mažinant Lietuvos gyventojų sveikatos teritorinius netolygumus.

IV SKYRIUS

UŽDAVINIAI

36. Tikslui pasiekti nustatomi šie uždaviniai:

36.1. taikant kompleksines priemones padidinti traumų ir nelaimingų atsitikimų bei išorinių priežasčių lemiamo mirtingumo ir neįgalumo profilaktiką;

36.2. padidinti pagalbos nukentėjusiesiems nuo išorinių priežasčių efektyvumą ir užtikrinti jos suteikimą laiku, siekiant išvengti neigiamų pasekmių ir kuo greičiau grąžinti žmones į aktyvų gyvenimą.

V SKYRIUS

PRIEMONĖS UŽDAVINIAMS ĮGYVENDINTI

37. Įgyvendinant uždavinį – taikant kompleksines priemones padidinti traumų ir nelaimingų atsitikimų bei išorinių priežasčių lemiamo mirtingumo ir neįgalumo profilaktiką, numatoma:

37.1. organizuoti tikslinių teritorijų gyventojų visuomenės informavimą ir švietimą traumų ir nelaimingų atsitikimų, bei žūčių geležinkelio transporte, apsinuodijimų buityje ir darbe profilaktikos srityje, šviesti tikslines visuomenės grupes (pvz., teikti informaciją tėvams dėl saugaus produktų naudojimo ir būsto pritaikymo kūdikiams ir vaikams, siekiant išvengti nudegimų, apsinuodijimų, nukritimų ir kitų vaikų sužalojimų, mokyti vaikus būti sąmoningiems kelyje, geležinkelio apsaugos zonoje, pervažose, vandenyje, namuose ir kitur). Ši priemonė tiesiogiai prisidės ir papildys šio veiksmų plano Vaikų sveikatos stiprinimo, ligų profilaktikos bei efektyvaus gydymo užtikrinimo srities apraše numatytas priemones. Vykdytojai: Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras, Valstybinė geležinkelio inspekcija prie Susisiekimo ministerijos;

37.2. įgyvendinti visuomenės informavimo priemones, mažinančias žmonių abejingumą nelaimės ištiktiems, skleisti žinias apie pirmosios pagalbos teikimą ir profesionalios pagalbos prieinamumą. Vykdytojas – Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras;

37.3. parengti metodines rekomendacijas „juodųjų taškų“ nustatymui savivaldybėse. Vykdytojas – Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras;

37.4. visuomenės sveikatos biurams tikslinėse teritorijose sudaryti žemėlapius, kuriuose pažymėti traumų ir nelaimingų atsitikimų bei išorinių mirties priežasčių „juodieji taškai“ savivaldybės teritorijoje, ir savivaldybės lygiu „juoduosiuose taškuose“ organizuoti bei įgyvendinti

atitinkamas intervencijos priemonės. Vykdytojai: savivaldybių visuomenės sveikatos biurai, savivaldybių administracijos;

37.5. siekiant nustatyti, kurios visuomenės informavimo ir švietimo priemonės yra efektyviausios mažinant kiekvienos socialinės grupės sužalojimų ir žūčių skaičių geležinkelio apsaugos zonoje, reikia atlikti tyrimą bei atsižvelgiant į gautus rezultatus pagal poreikį numatyti ir įgyvendinti saugaus elgesio geležinkelių apsaugos zonoje viešinimo programą. Vykdytoja: Valstybinė geležinkelio inspekcija prie Susisiekimo ministerijos;

37.6. mokyti visuomenės sveikatos priežiūros specialistus, tobulinti jų kvalifikaciją: mokyti svarbiausių traumų profilaktikos priemonių pagal traumų rūšis, tikslinę populiaciją, naštą visuomenės sveikatai, pateikti gerosios įrodymais pagrįstos praktikos pavyzdžių, susijusių su kiekviena traumos rūšimi, parengti konkrečias priemones, kurias jie gali taikyti darbe su bendruomene ir atskiromis jos grupėmis. Vykdytojas – Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras;

37.7. mokyti gelbėjimo tarnybų darbuotojus (Valstybinės priešgaisrinės gelbėjimo tarnybos darbuotojai), profesinėje veikloje susiduriančius su dažna traumų rizika ar galimomis mirtimis, teikti pirmąją pagalbą ir mokymams aprūpinti Ambu tipo gaivinimo maišų rinkiniais. Vykdytojas – Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras;

37.8. atlikti sunkiųjų metalų, mikroelementų ir jų biožymenų bei patvariųjų organinių teršalų ekspozicijos tyrimą Lietuvos gyventojų biologinėse terpėse. Vykdytoja – Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Neuromokslų instituto Neurotoksikologijos laboratorija;

37.9. vykdyti bandomąjį 3 metų tyrimą didžiausiu mirtingumu dėl savižudybių pasižyminčiose savivaldybėse (Alytaus r., Akmenės r., Anykščių r., Kupiškio r., Ignalinos r., Molėtų r., Zarasų r., Švenčionių r. Ukmergės r., Rokiškio r., Raseinių r., Kelmės r.), įgyvendinant tarptautinę savižudybių prevencijos programą „Asist“ (<https://suicideinfo.ca/Training/WorkshopDescriptions.aspx>), kuri sėkmingai vykdoma daugelyje šalių ir yra skirta skubią pagalbą teikiantiems specialistams, GMP teikiantiems medikams, policininkams, gelbėtojams, gaisrininkams, pedagogams (visiems, savo darbe galintiems susidurti ir susiduriantiems su savižudybės rizika). Įgyvendinant šią programą mokoma, kaip vertinti situaciją vietoje, modeliuojamos konkrečios situacijos ir mokoma, kaip jose turi elgtis konkretūs pareigūnai ar specialistai. Įgyvendinus projektą įvertinti programos efektyvumą ir parengti rekomendacijas dėl tolesnio šios programos įgyvendinimo. Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija, Valstybinis psichikos sveikatos centras;

37.10. remti socialinės integracijos iniciatyvas, asmenų, patyrusių krizines situacijas ir kuriems buvo suteiktos specializuotos paslaugos krizių intervencijos centruose, savirealizacijai;

37.11. išmokyti psichologus / psichiatrus (Alytaus r., Akmenės r., Anykščių r., Kupiškio r., Ignalinos r., Molėtų r., Zarasų r., Švenčionių r. Ukmergės r., Rokiškio r., Raseinių r., Kelmės r.) taikyti konkretų psichoterapijos modelį asmenims, mėginusiems nusižudyti. Vykdytojai: Valstybinis psichikos sveikatos centras, Vilniaus universitetas, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas;

37.12. siekiant užtikrinti telefoninės emocinės paramos paslaugų teikimą Lietuvoje, atlikti tyrimą šių paslaugų efektyvumui ir tolesnio vystymo galimybėms įvertinti bei atsižvelgiant į gautus rezultatus numatyti ir įgyvendinti efektyvumą didinančias priemones (savanorių mokymus, kvalifikacijos kėlimą ir pan.). Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija, Higienos institutas;

37.13. atlikti Lietuvos gyventojų bandymų nusižudyti ir suteiktos pagalbos vertinimą bei jos pagrindu parengti bendrą pagalbos teikimo metodiką. Vykdytojas – Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Sveikatos tyrimų institutas;

37.14. parengti visuomenės švietimo, formuojant savižudybių prevencijai palankias visuomenės nuostatas, programą, skirtą visuomenės sveikatos biurų bei psichikos sveikatos centrų specialistams. Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija, Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras, Valstybinis psichikos sveikatos centras;

37.15. informuoti visuomenę savižudybių prevencijos klausimais, gerinant visuomenės informuotumą apie rizikos ir apsauginius savižudiško elgesio veiksnius bei pagalbos galimybes. Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija, Valstybinis psichikos sveikatos centras, Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras.

38. Įgyvendinant uždavinį – padidinti pagalbos nukentėjusiesiems nuo išorinių priežasčių efektyvumą ir užtikrinti jos suteikimą laiku, siekiant išvengti neigiamų pasekmių ir kuo greičiau grąžinti žmones į aktyvų gyvenimą, numatoma:

38.1. skubios ir efektyvios pagalbos teikimui ypač svarbūs kvalifikuoti specialistai, sugebantys tiksliai diagnozuoti ir taikyti pagalbos priemones nukentėjusiesiems, todėl būtina ir toliau stiprinti GMP specialistų įgūdžius ir kvalifikaciją skubios ir efektyvios pagalbos teikimo bei pirmosios pagalbos apsinuodijimų srityse, taip pat traumų centruose bei kitose sveikatos priežiūros įstaigose traumų, nudegimų, apsinuodijimų atvejais teikiančių skubią medicinos pagalbą kvalifikaciją, nuolat atnaujinant žinias, būtinas efektyviai diagnostikai ir gydymui. Kvalifikacijos tobulinimo kursus organizuoti pagal visuotinai pripažįstamus tarptautinius standartus. Vykdytojai: Vilniaus universitetas, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Klaipėdos universitetas, Slaugos darbuotojų tobulinimosi ir specializacijos centras;

38.2. sustiprinti vienintelio šalyje Toksikologijos centro, esančio VŠĮ Respublikinėje Vilniaus universitetinėje ligoninėje, kuriame gydomi sunkiausiai apsinuodiję ligoniai, infrastruktūrą – atnaujinti centro patalpas, įdiegti centrinę stebėsenos sistemą (kuri leistų nuolat stebėti gyvybinius gydomų ligonių rodiklius ne tik tiesiogiai stovint prie ligonio lovos, bet ir iš bet kurios darbo vietos, o vadovaujantys specialistai galėtų tai daryti visą parą), šiuolaikinius dirbtinės plaučių ventiliacijos ir ultragarsinės diagnostikos aparatus, ilgai komoje gulinių ligonių slaugai pritaikytas funkcinės lovas bei įrengti studentų, rezidentų, medicinos darbuotojų mokymui ir kvalifikacijos kėlimui skirtą auditoriją, nes tokių patalpų nėra ir mokymai vyksta ne tam pritaikytose patalpose. Toksikologijos centre esanti įranga yra pasenusi, negali užtikrinti kokybiško apsinuodijusių ligonių gydymo net esant patyrusiam personalui ir geram aprūpinimui priešnuodžiais ir kitais medikamentais. Vykdytojas – VŠĮ Respublikinės Vilniaus universitetinės ligoninės Toksikologijos centras;

38.3. siekiant efektyviai gydyti sunkiai apsinuodijusius ligonius būtina turėti galimybę visą parą labai greitai ir tiksliai žmogaus biologinėse terpėse nustatyti apsinuodijimą sukėlusias medžiagas, jų koncentraciją ir sekti jos pokyčius:

38.3.1. biologinių terpių tyrimai būtini lėtinių ir profesinių apsinuodijimų diferencinei diagnostikai. Tokiems tyrimams atlikti būtina Nacionalinę visuomenės sveikatos priežiūros laboratoriją aprūpinti tam skirta laboratorine diagnostine įranga. Turima bazinė analitinė ir pagalbinė laboratorinė įranga yra pasenusi, laboratorinės įrangos prietaisų techninės charakteristikos neleidžia reikiamu tikslumu nustatyti toksinių cheminių medžiagų koncentracijos žmogaus organizmo biologinėse terpėse. Taip pat būtina užtikrinti tyrimų logistiką – turėti galimybę visą parą specialiais automobiliais gabenti mėginius iš visos šalies į diagnostikos laboratoriją. Vykdytoja – Nacionalinė visuomenės sveikatos priežiūros laboratorija;

38.3.2. aprūpinti ASPI, kurios atlieka traumos centrų funkcijas, teikiančias antrinio ir (ar) tretinio lygio stacionarines klinikinės toksikologijos paslaugas, laboratorinės diagnostikos įrangą dažniausiai apsinuodijimus sukeliančių medikamentų ir toksinių medžiagų skubiam nustatymui. Taip pat būtina užtikrinti tyrimų logistiką – visą parą gabenti mėginius specialiais automobiliais. Prieš priimant sprendimą dėl laboratorinės diagnostikos įrangos skyrimo, būtina įvertinti šiuos kriterijus: turimus žmogiškuosius išteklius, numatomą įrangos apkrovimą ir panaudojimo efektyvumą, teritorinį šių paslaugų prieinamumą, atstumą mėginių transportavimui, darbo laiką (visą parą). Vykdytojai: ASPI, teikiančios antrinio ir (ar) tretinio lygio stacionarines klinikinės toksikologijos paslaugas;

38.3.3. apsinuodijimo kontrolės ir informacijos biurą aprūpinti prieiga prie tarptautinių toksikologijos duomenų bazių (TOXINZ, TOXBASE);

38.4. retai pasitaikantiems apsinuodijimams gydyti naudojami priešnuodžiai turi būti prieinami visą parą ir saugomi bent dviejose gydymo įstaigose (Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės VŠĮ Kauno klinikų ir VŠĮ Respublikinės Vilniaus universitetinės ligoninės toksikologijos centre) skirtingose šalies vietose, kad būtų galima juos skubiai nugabenti į bet kurią gydymo įstaigą;

38.5. pagal poreikį atnaujinti ir pritaikyti trijų respublikos ASPI, teikiančių tretinio lygio stacionarinės medicininės reabilitacijos paslaugas pacientams, turintiems skeleto-raumenų sistemos bei jungiamojo audinio pažeidimų, būtiną medicinos ir kitą įrangą, baldus ir patalpas

kokybiškam šių paslaugų teikimui. Taip pat organizuoti šiose ASPI dirbančių specialistų kvalifikacijos tobulinimo kursus dėl šiuolaikinių reabilitacijos priemonių taikymo, nes būtina įdiegti naujausias reabilitacijos ir jos efektyvumo vertinimo technologijas ir metodikas, kurios būtinos siekiant reabilituoti sunkiausią fizinę negalią turinčius asmenis (Lietuvoje šios metodikos dar neįdiegtos) (šios priemonės įgyvendinimas bus derinamas su Sergamumo ir pirmalaikio mirtingumo nuo galvos smegenų kraujotakos ligų sumažinimo krypties aprašu). Vykdytojai: VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų Reabilitacijos, fizinės ir sporto medicinos centras, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės VšĮ Kauno klinikų Reabilitacijos klinika, VšĮ Palangos reabilitacijos ligoninė;

38.6. siekiant sukurti šalyje bendrą mokslo įrodymais pagrįstą reabilitacijos ambulatorinių bei stacionariųjų paslaugų teikimo sistemą, reikia investuoti į jų diagnostikos ir gydymo metodikų, protokolų tvarkos aprašų parengimą bei jų įdiegimą į praktiką (šios priemonės įgyvendinimas bus derinamas su Sergamumo ir pirmalaikio mirtingumo nuo galvos smegenų kraujotakos ligų sumažinimo krypties aprašu). Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija, universitetų ligoninės, asociacijos;

38.7. plėtoti pacientų transportavimo paslaugas dėl skubios pagalbos pagal būklę gavimo laiku teritorijose, kuriose sudėtingiausios pagalbos prieinamumas yra mažiausias, atsižvelgiant į atstumus iki lygio traumos centrų, įsigyjant ir atnaujinant ASPI ir GMP stočių bei skyrių GMP automobilius, aprūpintus teisės aktais nustatyta būtina medicinos įranga. Taip pat GMP automobiliai būtų naudojami pacientams pervežti pagal galimybes jau suteikus aukščiausio lygio pagalbą, perkelti pacientus tolesniam gydymui į vietos sveikatos priežiūros įstaigas;

38.7.1. Lietuvos apskričių centrų ASPI (atliekančias traumos centrų funkcijas) įvertinus 2007–2013 m. ES struktūrinių fondų investicijas į C tipo GMP automobilius minėtoms įstaigoms skubiai konsultacinei pagalbai teikti, aprūpinti iki 11 C tipo GMP automobilių (reanimobilių), kurie bus skirti aptarnauti konkrečios apskrities gyventojus bei pacientų transportavimui į aukščiausio lygio traumos centrus (šios priemonės įgyvendinimas bus finansuojamas pagal Sergamumo ir pirmalaikio mirtingumo nuo galvos smegenų kraujotakos ligų sumažinimo krypties aprašą). Vykdytoja – Sveikatos apsaugos ministerija;

38.7.2. tikslinių teritorijų rajono lygmens ASPI pagal poreikį aprūpinti A kategorijos GMP automobiliais, skirtais pacientams transportuoti. Šios investicijos turi būti derinamos įvertinant 2007–2013 m. ES struktūrinių fondų investicijas į šią sritį. Vykdytoja – Sveikatos apsaugos ministerija;

38.7.3. GMP automobilių parkas atnaujinamas pagal Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro atskirais įsakymais patvirtintus GMP automobilių parko atnaujinimo strateginius dokumentus;

38.8. užtikrinti investicijų į traumos centrų sukūrimo infrastruktūrą 2007–2013 m. programavimo laikotarpiu papildomumą, investuoti į papildomą traumos centrų efektyviam funkcionavimui reikalingą infrastruktūrą savalaikiai ir tiksliai sužalojimų diagnostikai ir gydymui. Atsižvelgiant į 2007–2013 m. ES struktūrinės paramos laikotarpiu planotą traumos centrų išsidėstymą ir reikalingą infrastruktūrą skirtas finansavimas nebuvo pakankamas visiškai įgyvendinti programą. Projektų įgyvendinimui taip pat įtakos turėjo nuo 2011 m. augančios rangos darbų kainos, todėl kai kuriuose projektuose nebuvo suplanuota reikiama įranga, o visas dėmesys skirtas patalpų įrengimui. Taip pat dėl lėšų stygiaus kai kur visiškai nebuvo atnaujinta pagrindinių skyrių, dalyvaujančių skubios pagalbos teikime, infrastruktūra. Naudojama įranga yra pasenusi, todėl tikslinga būtų toliau investuoti į traumos centrų efektyvią ir inovatyvią infrastruktūrą sveikatos priežiūros paslaugų teikimui. Vykdytoja – Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės VšĮ Kauno klinikos;

38.9. tikslinių teritorijų rajono lygmens ASPI priėmimo-skubios pagalbos skyrių atnaujinimas ir aprūpinimas būtina medicinos įranga, atsižvelgiant į investicijas, padarytas 2007–2013 m. ES struktūrinės paramos laikotarpiu. Vykdytojai: tikslinių teritorijų rajono lygmens ASPI;

38.10. nacionaliniu lygiu kuriama Skubios pagalbos nukentėjusiesiems nuo traumų ir kitų išorinių mirties priežasčių teikimo Lietuvoje organizacinė sistema, kuri leis vertinti traumų ir kitų išorinių mirties priežasčių paplitimo mastą, netolygumus tarp atskirų teritorijų, efektyviai planuoti priemones tiek nacionaliniu, tiek ir regioniniu lygiu. Tad siekiant užtikrinti darnų traumas centrų

funkcionavimą, numatoma tobulinti ASPI, atliekančių traumos centrų funkcijas, bendradarbiavimo modelį, keistis duomenimis taikant elektroninius sprendinius, taip pat parengti integruotų traumos centrų modelio sukūrimo aprašą (-us). Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija ir (ar) jai pavaldžios įstaigos, ASPI, atliekančios aukščiausio lygio traumos centrų funkcijas;

38.11. didinti traumų ir nelaimingų atsitikimų atvejais efektyvios pagalbos teikimo efektyvumą ir prieinamumą įdiegiant traumų sudėtingumo identifikavimo ir pagalbos teikimo sistemą, sukuriant vieningą mokslo įrodymais pagrįstą pagalbos teikimo sistemą, diagnostikos ir gydymo algoritmus ir kt. Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija ir (ar) jai pavaldžios įstaigos, ASPI, atliekančios aukščiausio lygio traumos centrų funkcijas.

VI SKYRIUS

VERTINIMO KRITERIJAI

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

39.1. standartizuoto 0–64 m. amžiaus gyventojų mirtingumo dėl išorinių mirties priežasčių sumažėjimas tikslinėse teritorijose;

39.2. mirtingumo dėl savižudybių mažėjimas bandomąjį tyrimą atliekančiuose Lietuvos rajonuose (Alytaus r., Akmenės r., Anykščių r., Kupiškio r., Ignalinos r., Molėtų r., Zarasų r., Švenčionių r. Ukmergės r., Rokiškio r., Raseinių r., Kelmės r.);

39.3. apsinuodijimo atvejų skaičiaus sumažėjimas;

39.4. išorinių priežasčių sukeltos negalios atvejų skaičiaus sumažėjimas;

39.5. tikslinių teritorijų gyventojų, turinčių galimybę pasinaudoti pagerintomis sveikatos priežiūros paslaugomis (kompleksinės pagalbos nukentėjusiesiems traumų ir kitų išorinių priežasčių atvejais paslaugomis, tretinio lygio stacionarinės medicininės reabilitacijos paslaugomis), skaičius;

39.6. tikslinėms grupėms skirtų iniciatyvų traumų ir nelaimingų atsitikimų bei apsinuodijimų profilaktikai pagerinti skaičius;

39.7. mokymuose dalyvavusių visuomenės sveikatos priežiūros specialistų skaičius;

39.8. savivaldybių, kuriose įvertinti ir nustatyti patirtų traumų ir mirčių dėl išorinių priežasčių „juodieji taškai“, skaičius;

39.9. mokymuose dalyvavusių kitų sričių specialistų (Valstybinės priešgaisrinės gelbėjimo tarnybos darbuotojų) skaičius;

39.10. mokymuose dalyvavusių sveikatos priežiūros specialistų skaičius (apimantis naujai parengtus GMP brigados narius, naujai pagal ATLS programą išmokytus gydytojus, pagilinusius žinias sveikatos specialistus, kurie atsižvelgiant į teisės aktų reikalavimus tobulinti kvalifikaciją turi ne mažiau kaip 120 val. per penkerius metus);

39.11. Nacionalinėje visuomenės sveikatos priežiūros laboratorijoje nuodingų organinių medžiagų, psichoaktyvių medžiagų ir metalų koncentracijų žmogaus organizmo biologinėse terpėse atliekamų tyrimų operatyvumo ir gydymo efektyvumo didinimas – laboratorinio ištyrimo trukmės mažinimas, atliekamų tyrimų kaštų mažinimas (laboratorinės įrangos panaudojimo efektyvumo didinimas naudojant ir visuomenės sveikatos saugos tyrimams), nustatomų toksinių medžiagų žmogaus biologinėse terpėse spektro plėtimas, įsigytų specialiųjų automobilių, iš visos šalies paimtiems mėginiams bet kuriuo paros metu pervežti tyrimams į laboratoriją, skaičius;

39.12. atnaujinta Toksikologijos centro infrastruktūra;

39.13. ASPI, teikiančių tretinio lygio stacionarinės medicininės reabilitacijos paslaugas pacientams, turintiems judamojo – atramos aparato pažeidimų, kuriose atnaujinta infrastruktūra, skaičius;

39.14. sveikatos priežiūros įstaigų, kuriose atnaujinta infrastruktūra, skaičius.

VII SKYRIUS

NUMATOMI PASIEKTI REZULTATAI

40. Iki 2023 metų numatoma:

40.1. rezultato rodikliai:

40.1.1. standartizuoto 0–64 m. amžiaus gyventojų mirtingumo dėl išorinių mirties priežasčių sumažėjimas tikslinėse teritorijose nuo 135,44 atvejo 100 000 gyventojų (2012 m.) iki 82,0 atvejų 100 000 gyventojų (2023 m.);

40.1.2. mirtingumo dėl savižudybių mažėjimas iki 7–10 proc. bandomąjį tyrimą atliekančiose Lietuvos savivaldybėse (Alytaus r., Akmenės r., Anykščių r., Kupiškio r., Ignalinos r., Molėtų r., Zarasų r., Švenčionių r. Ukmergės r., Rokiškio r., Raseinių r., Kelmės r.);

40.1.3. apie 7–10 proc. sumažėjęs apsinuodijimų skaičius;

40.1.4. apie 15–20 proc. sumažėjęs negalios ir dėl išorinių priežasčių sukeliama funkcijų savarankiškumo apribojimo atvejų skaičius;

40.2. produkto rodikliai:

40.2.1. ne mažiau kaip 120 000 tikslinių teritorijų gyventojų turi galimybę pasinaudoti pagerintomis sveikatos priežiūros paslaugomis (kompleksinės pagalbos nukentėjusiems traumų ir kitų išorinių priežasčių atvejais paslaugomis);

40.2.2. įgyvendinta ne mažiau kaip 10 tikslinėms grupėms skirtų iniciatyvų, susijusių su traumų ir nelaimingų atsitikimų bei apsinuodijimų profilaktika;

40.2.3. sukurta ir visuomenėje (tarp suaugusiųjų ir vaikų) išpopuliarinta saugaus elgesio geležinkelių apsaugos zonoje viešinimo programa (socialinės reklamos televizijoje, radijuje, spaudoje, projektai moksleiviams, imitacinių edukacinių renginių organizavimas, projektai, programėlės), skirta informuoti pervažų naudotojus, pėsčiuosius apie saugų ir atsakingą elgesį geležinkelių apsaugos zonoje;

40.2.4. ne mažiau kaip 100 mokymuose dalyvavusių visuomenės sveikatos priežiūros specialistų;

40.2.5. parengtos metodinės rekomendacijos dėl traumų ir nelaimingų atsitikimų bei išorinių mirties priežasčių „juodųjų taškų“ sudarymo savivaldybėse;

40.2.6. parengti ne mažiau kaip 29 savivaldybių, kuriose yra atvaizduoti „juodieji taškai, žemėlapiai;

40.2.7. ne mažiau kaip 300 mokymuose dalyvavusių kitų kvalifikuotų asmenų (Valstybinės priešgaisrinės gelbėjimo tarnybos darbuotojų, atliekančių gaisrų gesinimo ar gelbėjimo darbus);

40.2.8. patobulinę kvalifikaciją viešųjų paslaugų sveikatos srities darbuotojai:

40.2.8.1. 360 naujai parengtų GMP brigados narių;

40.2.8.2. 600 naujai pagal ATLS programą išmokytų asmenų, turinčių akušerijos, slaugos ir medicinos praktikos licencijas;

40.2.8.3. 2 500 sveikatos priežiūros specialistų, gilinusių žinias (atsižvelgiant į teisės aktų reikalavimus, specialistų, turinčių tobulinti kvalifikaciją ne mažiau kaip 120 val. per penkerius metus);

40.2.9. Nacionalinėje visuomenės sveikatos priežiūros laboratorijoje visą parą atliekamų organinių nuodingų medžiagų, psichoaktyvių medžiagų ir metalų koncentracijų žmogaus organizmo biologinėse terpėse laboratorinio ištyrimo trukmės sumažinimas iki 12–36 valandų, atliekamų tyrimų kaštų sumažinimas efektyviau naudojant laboratorinę įrangą (laboratorinės įrangos naudojimas ir visuomenės sveikatos saugos tyrimams), nustatomų toksinių medžiagų žmogaus biologinėse terpėse įvairovės plėtimas iki 20 medžiagų bei įsigyti ne daugiau kaip 2 specialieji automobiliai mėginiams pervežti;

40.2.10. atnaujinta Toksikologijos centro infrastruktūra;

40.2.11. atnaujinta 3 ASPI, teikiančių tretinio lygio stacionarinės medicininės reabilitacijos paslaugas, infrastruktūra;

40.2.12. atnaujinta ne daugiau kaip 8 rajono lygmens ASPI priėmimo-skubios pagalbos skyrių infrastruktūra;

40.2.13. atnaujinta 1 aukščiausio lygio traumų centro infrastuktūra.

VIII SKYRIUS

VYKDYTOJAI

41. Šios krypties priemonių vykdytojai:
- 41.1. Sveikatos apsaugos ministerija ir (ar) jai pavaldžios įstaigos;
 - 41.2. traumų centrų funkcijas atliekančios ASPĮ;
 - 41.3. tikslinių teritorijų rajono lygmens ASPĮ;
 - 41.4. tikslinių teritorijų savivaldybių visuomenės sveikatos biurai;
 - 41.5. Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Sveikatos tyrimų institutas;
 - 41.6. Klaipėdos universitetas;
 - 41.7. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas;
 - 41.8. Vilniaus universitetas;
 - 41.9. tretinio lygio stacionarines medicinines reabilitacijos paslaugas teikiančios sveikatos priežiūros įstaigos: VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė VšĮ Kauno klinikos, VšĮ Palangos reabilitacijos ligoninė;
 - 41.10. VšĮ Respublikinės Vilniaus universitetinės ligoninės Toksikologijos centras;
 - 41.11. Nacionalinė visuomenės sveikatos priežiūros laboratorija;
 - 41.12. kitos valstybės ar savivaldybės biudžetinės įstaigos traumų ir nelaimingų atsitikimų profilaktikos srityje;
 - 41.13. Valstybinė geležinkelio inspekcija prie Susisiekimo ministerijos.

IX SKYRIUS

BAIGIAMOSIOS NUOSTATOS

42. Šiame apraše numatytų priemonių įgyvendinimui preliminariai numatoma iki 60 mln. Lt.
43. Numatomi finansavimo šaltiniai – valstybės ir savivaldybių biudžeto, 2014–2020 m. ES fondų ir kitos tarptautinės paramos lėšos, nuosavos vykdytojų lėšos ir kt. šaltiniai.
44. Siekiant numatytų pokyčių pagal šią Veiksmų plano kryptį, planuojant sveikatos priežiūros paslaugų finansavimą PSDF biudžeto lėšomis, turi būti atsižvelgta į Apraše numatytą sveikatos priežiūros paslaugų plėtrą.
45. Prieš skiriant finansavimą sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūros modernizavimui ir įsigijimui, turi būti įvertinta esama infrastruktūra, jos panaudojimo efektyvumas bei 2007–2013 m. ES ir kitų finansavimo šaltinių finansuotų veiklų rezultatai šioje srityje.
46. Rezultatų rodiklių pasiekimas vertinamas 2019 ir 2023 metais, vertinimo rodiklių pasiekimai vertinami kasmet. Atsižvelgiant į stebėsenos ir vertinimo rezultatus šiame apraše numatytos priemonės gali būti peržiūrimos.
47. Nuosekliai su investicijomis vykdomas reikiamų pokyčių reglamentavimas.

SERGAMUMO IR PIRMALAIKIO MIRTINGUMO NUO KRAUJOTAKOS SISTEMOS LIGŲ MAŽINIMO KRYPTIES APRAŠAS

I SKYRIUS

BENDROSIOS NUOSTATOS

1. Sergamumo ir pirmalaikio mirtingumo nuo kraujotakos sistemos ligų mažinimo krypties aprašas (toliau – Aprašas) skirtas nustatyti tikslus, uždavinius ir koordinuotas priemones iki 2022 metų pabaigos, kurių įgyvendinimas pagerintų kraujotakos sistemos ligų profilaktikos, efektyvaus rizikos veiksnių mažinimo, valdymo ir ankstyvos šių ligų diagnostikos bei gydymo kokybę ir prieinamumą didžiausiais sveikatos netolygumais pasižyminčiose šalies teritorijose gyvenantiems asmenims, sudarant sąlygas jiems ilgiau išlikti sveikiems, savarankiškiems ir darbingiems, tokiu būdu prisidedant prie jų socialinės atskirties bei jos rizikos dėl blogos sveikatos mažinimo.

2. Didžiausiais sveikatos netolygumais pasižyminčios šalies teritorijos (toliau – tikslinės teritorijos) šiame apraše laikomos šalies rajonų savivaldybės, kuriose standartizuoto 0–64 m. amžiaus gyventojų mirtingumas dėl kraujotakos sistemos ligų 100 000 gyventojų (I00–I99) ženkliai skiriasi, t.y. 2007–2011 m. laikotarpiu vidutiniškai 20 ir daugiau proc. viršijo šalies vidurkį (Higienos instituto duomenys). Pasiekus užsibrėžtus rezultato rodiklius nustatytose teritorijose, analogiškai apraše numatyti veiksmai gali būti įgyvendinami kitose teritorijose, atsižvelgiant į atitinkamus mirtingumo rodiklius.

3. Apraše numatyti tikslai, uždaviniai ir priemonės iš esmės apima kraujotakos sistemos ligas, išskyrus galvos smegenų kraujagyslių ligas, kurių susirgimų ir priešlaikinio mirtingumo mažinimo tikslai, uždaviniai ir kompleksinės priemonės numatytos atskirame šio veiksmų plano apraše.

4. Siekiant mažinti sveikatos netolygumus bei didinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę tikslinių teritorijų gyventojams šiame apraše numatytų priemonių įgyvendinimas apims tris lygius: priemonės, kurios tikslingai bus įgyvendinamos tikslinėse teritorijose; priemonės kurių įgyvendinimas bus orientuotas ir prisidės prie tikslinių teritorijų gyventojų sveikatos išsaugojimo ir stiprinimo; nacionalinės priemonės, reikalingos sveikatos sistemos tobulinimui, siekiant užtikrinti sisteminius šalies sveikatos priežiūros pokyčius lemiančius tolygią ir visiems prieinamą sveikatos priežiūrą šioje srityje.

5. Šioje kryptyje didžiausias dėmesys skiriamas kraujotakos sistemos ligų profilaktikai bei šių ligų rizikos veiksnių valdymui.

6. Apraše vartojamos sąvokos ir jų apibrėžtys:

Miokardo infarktas – staigi širdies raumens (miokardo) tam tikro ploto žūtis arba jo negrįžtamas pakenkimas (toliau – MI).

Širdies nepakankamumas – tai daugelio širdies ligų komplikacija, pasireiškianti širdies siurblio funkcijos sutrikimu, kai sumažėja kraujo išstūmimas ir/arba širdies prisipildymas vyksta su padidintu slėgiu ir dėl to nukenčia visų organų kraujotaka. Širdies nepakankamumas dėl kairiojo skilvelio funkcijos sutrikimo skirstomas į sumažėjusios išstūmimo frakcijos širdies nepakankamumą (SIFŠN, arba sistolinis širdies nepakankamumas) ir išsaugotos išstūmimo frakcijos širdies nepakankamumą (IIFŠN, arba diastolinis širdies nepakankamumas). Dažniausios ŠN priežastys Lietuvoje – arterinė hipertenzija ir išeminė širdies liga – ligos, kurių paplitimas gali

būti mažinamas prevencinėmis priemonėmis (Ūminio ir lėtinio ŠN diagnostikos ir gydymo metodika. http://www.sam.lt/go.php/diagno_asmens_sveikata2994).

Polipatologija – keletas gretutinių susirgimų vienu metu.

Perkutaninė transluminalinė koronarinė angioplastika – tai medicininė procedūra kuri atliekama išplečiant susiaurėjusią širdies vainikinę arteriją be chirurgijos.

Pirminė kraujotakos sistemos ligų profilaktika – tai paveikiamų rizikos veiksnių išsiaiškinimas ir jų koregavimas žmonėms, kurie dar nejaučia jokių simptomų.

Integruota sveikatos priežiūra – vienodų gydymo standartų ir paslaugų kokybės daugiaprofilinė priežiūra visose ligos stadijose, kiekvienoje sveikatos priežiūros grandyje, visuose šalies regionuose, užtikrinanti duomenų perdavimą, pastovų atnaujinimą ir perimamumą informacinių komunikacinių priemonių pagalba tarp skirtingų lygių ir regionų asmens sveikatos priežiūros įstaigų (toliau – ASPĮ).

Antrinė kraujotakos sistemos ligų profilaktika – tai priemonių visuma padedanti perspėti ligos progresavimą ar ankstyvą mirtį, sumažinti revaskuliarizacijos procedūrų ir operacijų poreikį, invalidumą, hospitalizacijų dažnį bei pagerinti gyvenimo kokybę.

Specializuota širdies nepakankamumo klinika – tai struktūrinis padalinys, kuriame dirba daugiaprofilinė širdies nepakankamumo (toliau – ŠN) specialistų komanda, teikianti specializuotas diagnostikos, gydymo, dispanserinės (tęstinės) priežiūros ir pacientų mokymo paslaugas (stacionarines ir ambulatorines). Tretinio lygio specializuotoje ŠN klinikoje (3-jose universitetinėse ligoninėse) teikiamos intervencinio, chirurginio gydymo paslaugos, dirba ŠN kardiologas, ŠN slaugytoja, širdies chirurgas, intervencinis kardiologas, aritmologas, reanimatologas, reabilitologas, radiologas, psichiatras, šeimos medicinos paslaugas teikiantis gydytojas ir kiti specialistai. Antrinio lygio specializuotoje ŠN klinikoje teikiamos medikamentinio gydymo ir paliatyvos pagalbos, pacientų stebėsenos, gydymo plano koordinavimo ir pacientų mokymo paslaugos, dirba ŠN kardiologas, ŠN slaugytoja, reanimatologas, reabilitologas, radiologas, psichiatras, šeimos gydytojas ir kiti specialistai (McDonagh TA, et al. European Society of Cardiology Heart Failure Association Standards for delivering heart failure care. Eur J Heart Failure. doi:10.1093/eurjhf/hfq221).

II SKYRIUS

SITUACIJOS ANALIZĖ

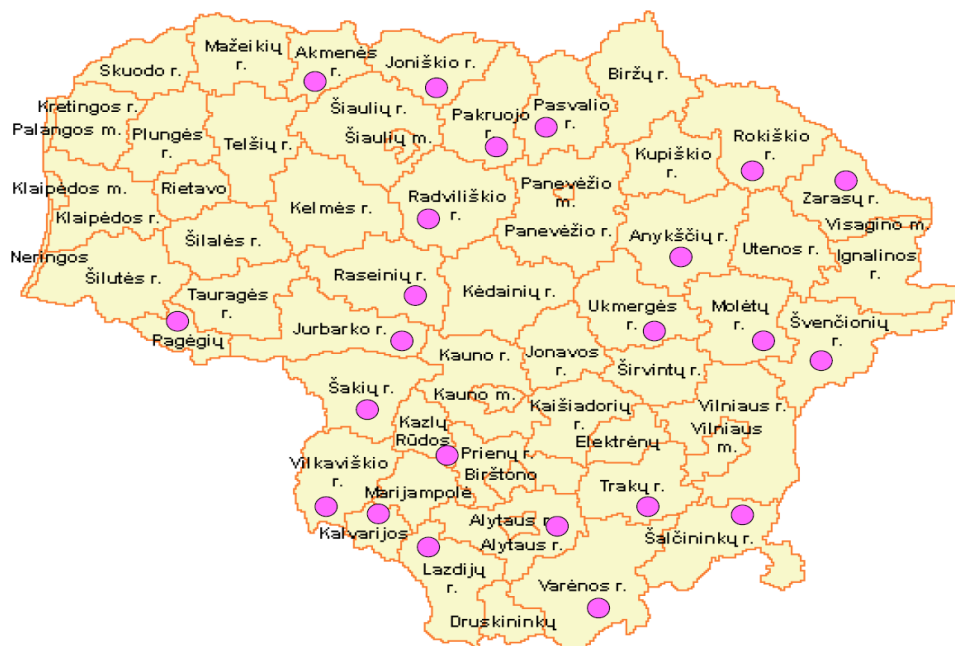
7. Lietuvoje kraujotakos sistemos ligos išlieka pagrindine mirties priežastimi, kaip ir kitose išsivysčiusiose pasaulio šalyse. Remiantis Higienos instituto Sveikatos informacijos centro 2012 m. duomenimis, nuo kraujotakos sistemos ligų 2012 m. mirė daugiau nei pusė, t. y. 56,6 proc., visų mirusiųjų. 2012 m. Lietuvoje daugiausia žmonių (47,8 proc. vyrų ir 65,6 proc. moterų) mirė nuo kraujotakos sistemos ligų, iš kurių 65,9 proc. vyrų ir 63,8 proc. moterų mirė nuo išeminės širdies ligos (išeminė širdies liga – būklė, kai sutrinkdama vainikinių arterijų kraujotaka ir dėl to pažeidžiama širdis ir jos funkcijos), 20,6 proc. vyrų ir 27,2 proc. moterų – nuo smegenų kraujagyslių (cerebrovaskulinių) ligų.

8. Tarp darbingo amžiaus asmenų (16–64 metų) mirties priežasčių pirmą vietą taip pat užima išeminės širdies ligos. 2012 m. nuo šių ligų mirė 19 proc. darbingo amžiaus vyrų ir 12,1 proc. darbingo amžiaus moterų. Kraujotakos sistemos ligos sąlygoja 30,8 proc. darbingo amžiaus žmonių mirčių bei yra nereta neįgalumo priežastis, kas didina tiek sveikatos tiek ir socialinės priežiūros išlaidas.

9. Standartizuoto 0–64 m. amžiaus gyventojų mirtingumas dėl kraujotakos sistemos ligų 100000 gyv. (I00–I99) atskirose šalies savivaldybėse ženkliai skiriasi. Net 23 savivaldybėse šis rodiklis 2007–2011 m. laikotarpiu vidutiniškai 20 ir daugiau proc. viršijo šalies vidurkį. Šių

savivaldybių minėto rodiklio vidurkis 2007–2011 m. laikotarpiu buvo 158,91 (2012 m.), kai tuo tarpu Lietuvos vidurkis šiuo laikotarpiu buvo 128,17 (2012 m.).

1 paveikslas. Savivaldybės, kuriose standartizuoto mirtingumo dėl kraujotakos sistemos ligų (0–64 m.) rodiklis 2007–2011 m. laikotarpiu 20 proc. ir daugiau viršijo Lietuvos vidurkį.



10. Lyginant su kitomis Europos Sąjungos (toliau – ES) šalimis narėmis Lietuvoje išlieka aukštas gyventojų mirtingumas nuo kraujotakos sistemos ligų. Pagal bendrą šalies standartizuoto mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų rodiklį 100 000 gyventojų Lietuva lenkia tik Rumuniją ir Bulgariją. Lietuvos gyventojų mirtingumas nuo koronarinės širdies ligos, insulto – vienas didžiausių Europoje, kardiovaskulinio sergamumo ir mirtingumo rodikliai beveik 2 kartus blogesni už Europos Sąjungos vidurkį (Eurostat duomenys, 2010 m.).

11. Dauguma išsivysčiusių šalių ir kai kuriose rytų Europos šalyse, pvz., Lenkijoje, Čekijoje, matoma mirtingumo nuo pagrindinių širdies ir kraujagyslių ligų mažėjimo tendencija. Mirtingumas mažėja minėtose šalyse dėl to, kad visuomenėje ženkliai sumažėjo svarbiausių širdies ir kraujagyslių ligų rizikos veiksnių, ypač rūkymo, aukšto cholesterolio kiekio kraujyje (toliau – dislipidemija) ir arterinės hipertenzijos atvejų, taip pat įtakos turėjo ir šiuolaikiniai širdies ir kraujagyslių ligų gydymo metodai.

12. Pagrindinių rizikos veiksnių (rūkymas, dislipidemija ir arterinė hipertenzija) šalinimas yra vienas pagrindinių kraujotakos sistemos ligų profilaktikos ir gydymo strategijos komponentų. Svarbu mažinti ir sveikų žmonių, ir pacientų, kuriems jau pasireiškė širdies ir kraujagyslių ligų simptomų, rizikos veiksnius (pirminė ir antrinė profilaktika). Dislipidemija yra labai paplitęs kardiovaskulinis rizikos veiksnys vidutinio amžiaus Lietuvos populiacijoje, nesergančioje širdies ir kraujagyslių ligomis. Ji nustatyta beveik devyniems iš dešimties darbingo amžiaus žmonių. Taigi nepakankama dislipidemijos diagnostika bei korekcija yra viena svarbiausių visuomenės sveikatos problemų, kurios sprendimui turėtų būti skiriama daugiausia dėmesio. Cholesterolio kiekio sumažinimas 1 proc. koronarinės širdies ligos (KŠL) riziką sumažina 2–3 proc. Norint gydyti dislipidemiją ir sumažinti KŠL riziką svarbu ne tik nustatyti lipidų koncentraciją kraujyje, bet ir surinkti išsamią paciento bei šeiminę anamnezę, įvertinti gyvenseną, rizikos laipsnį, ištirti pacientą (ūgis, svoris, kūno masės indeksas, liemens apimtis, arterinis kraujo spaudimas, dislipidemijos, aterosklerozės, skydliaukės ligos požymiai), atlikti laboratorinius tyrimus. Svarbu nustatyti antrines dislipidemijos priežastis bei šeiminę dislipidemiją.

13. Širdies ir kraujagyslių ligų atsiradimas didele dalimi susijęs su neoptimalia mityba, fizinio aktyvumo stoka, atsveriu bei nutukimu. Sveikatos apsaugos ministerijos užsakymu 2007

m. atlikto tyrimo rezultatai rodo, kad antsvorį (kūno masės indeksas (KMI) 25,0–29,99) turi daugiau kaip trečdalis (38,6 proc.) gyventojų, nutukusių (KMI $\geq$ 30,0) yra kas septintas (13,5 proc.) suaugęs gyventojas. Pasaulio sveikatos organizacijos (toliau – PSO) duomenys ir tarptautiniai moksliniai tyrimai rodo, kad profilaktinių priemonių dėka, šalinant su mityba ir gyvenimo būdu susijusius rizikos veiksnius (mažinant hipertenzijos, dislipidemijos, nepakankamo vaisių ir daržovių vartojimo, antsvorio ir fizinės veiklos stokos paplitimą), galima išvengti 80 proc. širdies ligų, insulto ir antrojo tipo diabeto atvejų bei 40 proc. vėžio atvejų.

14. Gyventojų mityba ir pramoniniu būdu gaminami produktai turėtų būti ryžtingai keičiami – mažinamas juose sočiųjų riebalų (gyvulinės kilmės), druskos ir cukraus kiekis, didinamas skaidulinių medžiagų ir daržovių kiekis. Šalys, taikančios tokią strategiją (Suomija, Švedija, Norvegija) bei intensyviai informuojančios gyventojus pasiekė, kad jose nebedidėja ir netgi mažėja širdies, kraujagyslių ir kitų susijusių ligų paplitimas. PSO rekomenduoja žmogui per parą suvalgyti ne mažiau kaip 400 gramų daržovių ir vaisių. Tuo tarpu Lietuvoje, vidutiniškai suvalgoma tik 223 gramai. Daržovės ir vaisiai turi daug biologiškai aktyvių ir skaidulinių medžiagų, antioksidantų. Šios medžiagos saugo žmogų nuo širdies ir kraujagyslių ligų (infarktų ir insultų), vėžio, nutukimo, priešlaikinio senėjimo.

15. Lietuvoje vyrauja konservatyvios mitybos tradicijos – valgyti daug, riebiai, vartoti daug druskos ir cukraus, tuo tarpu gyventojų fizinis aktyvumas ir kalorijų eikvojimas yra žemas. Pagal sočiųjų riebalų (gyvulinių) suvartojimą Lietuva yra ketvirtoje vietoje ES. Todėl būtina intensyviau skatinti gyventojus keisti gyvenimo būdą, mitybą, būti fiziškai aktyvesniems.

16. Lietuvos maisto pramonė gamina daugiausia nepalankius sveikatai maisto produktus. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. sausio 22 d. įsakymu Nr. V-50 „Dėl maisto produktų ženklinimo simboliu „Rakto skylutė“ patvirtinti sudėties reikalavimai (atitinkantys tarptautinius kriterijus) maisto produktams, kurie gali būti savanoriškai ir nemokamai ženklinami sveikatai palankių maisto produktų simboliu „Rakto skylutė“. Tokiuose produktuose yra mažas cukraus, druskos ir riebalų kiekis bei padidintas skaidulinių medžiagų kiekis. Lietuvos rinkoje tokių produktų, kurie atitiktų šiuos kriterijus, atsiradimas kol kas tik prasidėjo, tuo tarpu Skandinavijos šalių rinkoje atitinkančių produktų yra virš dešimt tūkstančių. Būtina skatinti Lietuvos maisto pramonę pradėti gaminti tokius produktus, aktyviai viešinti „Rakto skylutės“ simbolį, aiškinti žmonėms jo prasmę ir tokio maisto naudą sveikatai.

17. Modernioms technologijoms vis labiau skverbiantis į žmogaus buitį ir darbą, šalies gyventojai vis mažiau juda. Siekiant nustatyti Lietuvos suaugusių gyventojų fizinį aktyvumą, Sveikatos apsaugos ministerija, naudodama Pasaulio sveikatos organizacijos Globalųjį fizinio aktyvumo klausimyną (GPAQ), 2010–2011 m. ištyrė 1038 15–74 metų amžiaus šalies gyventojų fizinį aktyvumą (Lietuvos gyventojų fizinis aktyvumas, vertinant GPAQ metodu. R. Valintėlienė, R. Varvuolienė, A. Kranauskas, „Visuomenės sveikata“ 2012/4(59)). Tyrimas parodė, kad vidutinis gyventojas per parą 5 valandas sėdi (darbe, prie kompiuterio, televizoriaus). Daugiausia laiko sėdėdamas praleidžia jaunimas (15–25 m.) – 348 min. Tuo tarpu fizinei veiklai vidutiniškai gyventojas skiria 223 min. per parą (vyrai – 238 min., moterys – 207 min.). 24,1 proc. gyventojų darbe visai neturi fizinio aktyvumo, tai ypač būdinga miesto gyventojams (52,5 proc.), moterims (54,0 proc.) ir turintiems aukštąjį išsilavinimą asmenims (64,5 proc.). Tik kas vienuoliktas gyventojas laisvalaikį leidžia užsiimdamas didelio intensyvumo ir kas penktas – vidutinio intensyvumo fizine veikla. Likusieji laisvalaikį leidžia pasyviai. Tokių daugiausia yra tarp vyresniojo amžiaus žmonių bei moterų.

18. Stresai taip pat yra vienas pagrindinių kraujotakos sistemos ligų rizikos veiksnių, ypač daug streso patiria darbingo amžiaus žmonės. Todėl yra svarbu skirti dėmesį profesinei sveikatai, gerinti įmonių ir įstaigų darbuotojų sveikatą.

19. Lietuvoje nuo 2006 m. vykdoma Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – Sveikatos apsaugos ministerija) finansuojama asmenų, priskirtinų širdies ir kraujagyslių ligų didelės rizikos grupei, atrankos ir prevencijos priemonių programa (toliau – Lietuvos širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programa). Programoje dalyvauja 50–65 m. moterys ir 40–55 m. vyrai, nesergantys širdies ir kraujagyslių ligomis. Pacientai į programą įtraukti 3 būdais: a) įtraukiant tam tikro amžiaus pacientus, kurie atvyko pas šeimos medicinos paslaugas teikiančią specialistą dėl įvairių priežasčių; b) aktyviai kviečiant pas šeimos medicinos paslaugas teikiančius

specialistus registruotus pacientus, prieš tai peržiūrėjus ligos istorijos duomenis; c) informuojant visuomenę apie vykdomą programą. Lietuvos širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programoje iki 2012 m. dalyvavo 385 iš 420 (91,6 proc.) Lietuvos šeimos medicinos paslaugas teikiančių asmens sveikatos priežiūros įstaigų ir 6 asmens sveikatos priežiūros įstaigos, teikiančios specializuotą kardiologinę pagalbą, Vilniuje Kaune, Klaipėdoje ir Šiauliuose.

20. Vykdamas Lietuvos širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programą 2009–2012 m. laikotarpiu, kurioje vidutinis dalyvavusių pacientų amžius buvo 53,09 m., moterys tame tarpe sudarė 61,8 proc. (10519), vyrai 38,2 proc. (6512) tirtos populiacijos, stebimi šie rezultatai: sumažėjo arterinę hipertenziją turinčių asmenų skaičius nuo 60,2 proc. iki 54,5 proc., metabolinį sindromą turinčių asmenų skaičius sumažėjo nuo 34,1 proc. iki 28,7 proc., vidutinis kūno masės indeksas sumažėjo nuo 29,17 kg/m² iki 28,92 kg/m², pilvinis nutukimas – nuo 48,4 proc. iki 45,3 proc., deja, dislipidemijos situacija išliko nepalanki – ją turi > 80 proc. vidutinio amžiaus asmenų (2009 m. – 89,8 proc., 2010 m. – 90,0 proc., 2011 m. – 89,1 proc., 2012 m. – 89,8 proc.), taip pat vėl ėmė daugėti rūkančiųjų (2009 m. – 9,3 proc., 2010 m. – 21,2 proc., 2011 m. – 22,9 proc., 2012 m. – 22,7 proc.). Klinikiniais tyrimais nustatyta, kad dislipidemijos gydymas širdies kraujagyslių ligų (toliau – ŠKL) riziką per 5 metus sumažina 30 proc. Kuo didesnė paciento rizika, tuo didesnė dislipidemijos gydymo nauda. Bendro cholesterolio koncentracijai sumažėjus 10 proc., koronarinės širdies ligos rizika per 5 metus sumažėja 25 proc.. Kai dislipidemija nėra ryški, koreguoti galima nemedikamentinėmis priemonėmis. Esant ryškiai dislipidemijai, kai bendro cholesterolio koncentracija > 8 mmol/l, o MTL cholesterolio > 6 mmol/l, ar didelei kardiovaskulinei rizikai (KŠL, cukrinis diabetas ir kt.), rekomenduojama prie gyvensenos korekcijos pridėti ir medikamentinį gydymą (Medicinos teorija ir praktika, 2012 m. T.18 (Nr. 4.2)). Pažymėtina, kad bendras gyventojų skaičius, dalyvavęs programoje yra ganėtinai mažas, todėl tikslinga būtų išplėsti Lietuvos širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programos tiek teritorinę tiek gyventojų amžiaus aprėptį tuo pačiu stiprinant duomenų analizei ir veiklos koordinavimui būtinus išteklius.

21. Tikslinių teritorijų pacientų, siunčiamų tretinio lygio kardiologo konsultacijoms, skaičius skirtingose savivaldybėse skiriasi labai ženkliai, nors gyventojų skaičius ir amžiaus struktūra yra panaši, pvz. Raseinių sav. (apie 35 000 gyventojų) siuntimų tretinio lygio kardiologo konsultacijoms 2013 m. buvo 416, Vilkaviškio sav. (apie 40 000 gyventojų) – 392, kai tuo tarpu Ukmergės sav. (38 000 gyventojų) – 139, Radviliškio sav. (apie 40 000 gyventojų) – 242, o Šakių sav. (31 000 gyventojų) – tik 2. Ši statistika atspindi labai nevienodą skirtingų savivaldybių darbą teikiant šeimos medicinos paslaugas teikiančio gydytojo ir antrinio lygio ambulatorines kardiologo paslaugas savivaldybių gyventojams.

22. Siekiant mažinti sergamumą ir priešlaikinį mirtingumą nuo kraujotakos sistemos ligų, ypač tarp darbingo amžiaus (16–64 m.) žmonių, 2004–2006 m. ir 2007–2013 m. ES struktūrinės paramos programavimo laikotarpiais buvo investuojama į visuomenės ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūrą, bei kitus veiksmus siekiant pagerinti širdies ir kraujagyslių ligų srities profilaktiką, diagnostinių bei gydymo paslaugų prieinamumą bei kokybę:

22.1. 2004–2006 m. ES struktūrinių fondų lėšomis (83,4 mln. Lt) 2008 m. buvo įgyvendintas kompleksinis Rytų ir Pietryčių Lietuvos gyventojų sergamumo ir mirštamumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimo modernizuojant ir optimizuojant sveikatos priežiūros sistemos infrastruktūrą bei teikimas paslaugas projektas (toliau – Rytų kardiologijos projektas), kuriame dalyvavo 40 šio regiono ASPI, bei apėmė visus tris sveikatos priežiūros paslaugų teikimo lygius. Įgyvendinant Rytų kardiologijos projektą atnaujinta sveikatos priežiūros įstaigų materialinė bazė, pagerintos darbo sąlygos medikams ir sudarytos galimybės tiksliau diagnozuoti susirgimus. Pacientams kokybiškos paslaugos teikiamos apskrityse, kuriose jie gyvena. Rytų kardiologijos projektas apėmė visas 15 rytų ir pietryčių Lietuvos regiono savivaldybių. VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos buvo aprūpintos būtina įranga, užtikrinančia reikiamą intervencinį, neatidėliotiną, elektrofiziologinį ir kitokį III lygio ŠKL gydymą rytų ir pietryčių Lietuvos gyventojams. Šio regiono gyventojams teikiamų elektrofiziologinių paslaugų adekvačiam kiekiui ir kokybei užtikrinti, intervencinė šių elektrofiziologinė tarnyba buvo modernizuojama ir Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės VšĮ Kauno klinikose. Įgyvendinus projektą, ambulatorines paslaugas teikiančios ASPI buvo aprūpintos reikiama įranga ankstyvai ŠKL diagnostikai, visų

lygių stacionarines paslaugas teikiančios sveikatos priežiūros įstaigos buvo aprūpintos būtina įranga efektyviam ŠKL diagnozavimui ir gydymui, sukurtos mobilios brigados, galinčios suteikti neatidėliotiną specializuotą kardiologinę pagalbą vietoje ir užtikrinti saugų itin grėsmingos būklės pacientų transportavimą į specializuotos kardiologinės pagalbos centrus, taip pat buvo įdiegtos informacinės technologijos, užtikrinančios savalaikius duomenų apie paciento sveikatą ir gydymą mainus. Šios investicijos padėjo sumažinti mirštamumą (mirties atvejų skaičiaus santykis su ta liga sergančiųjų skaičiumi) nuo širdies ir kraujagyslių ligų, ypač hospitalinį letališkumą Rytų Lietuvos regiono rajoninėse gydymo įstaigose, taip pat ženkliai pagerino ambulatorinių antrinio lygio paslaugų prieinamumą Rytų Lietuvos regiono gyventojams: 2004 m. 60 proc. visų rytų ir pietryčių Lietuvoje ambulatorinių kardiologo paslaugų buvo suteikiama VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikose, o 2008 m. – 40 proc. (VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų duomenys).

22.2. siekiant toliau nuosekliai mažinti šalies gyventojų mirtingumą nuo širdies ir kraujagyslių ligų šiai problemai spręsti yra skiriamos 2007–2013 m. ES struktūrinių fondų lėšos. Jau dalis įgyvendinta bei įgyvendinama eilė projektų šioje srityje. Vienas iš jų Vidurio ir vakarų gyventojų sergamumo ir mirtingumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimo projektas (156,4 mln. Lt), kuriame dalyvauja 34 šio regiono ASPI, teikiančios specializuotą ambulatorinę ir stacionarinę pagalbą šioje srityje bei papildomai 143 pirminio lygio ambulatorines paslaugas teikiančios ASPI. Projekto metu analogiškai, kaip ir Rytų kardiologijos projekte, atnaujinama įstaigų materialinė bazė, diegiamos naujos diagnostikos technologijos (pvz. pozitronų emisijos tomografija) gerinamos darbo sąlygos medikams ir sudaromos galimybės tiksliau diagnozuoti bei gydyti susirgimus. Atskirais projektais įsigyti C tipo greitosios medicinos pagalbos (toliau – GMP) automobiliai efektyvesniam skubios konsultacinės pagalbos paslaugų kardiologijos srityje teikimui, diegiamos informacinės technologijos, užtikrinančios savalaikius duomenų apie paciento sveikatą ir gydymą mainus.

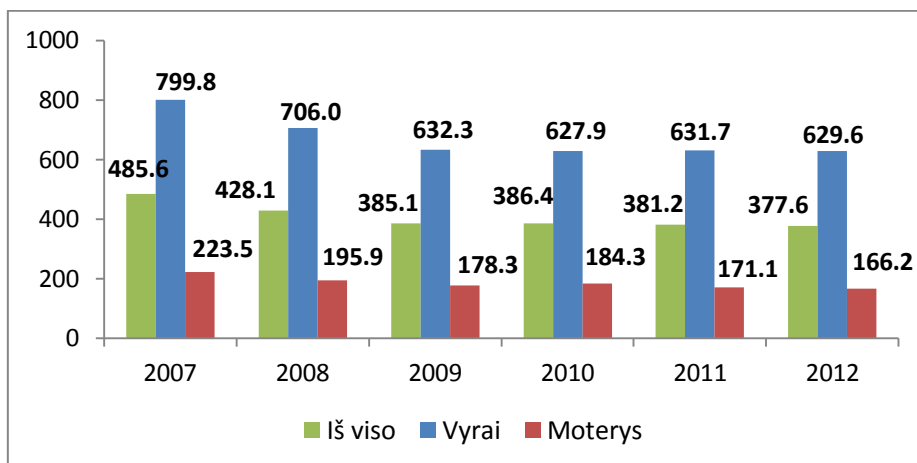
22.3. 2007–2013 m. ES struktūrinių fondų lėšos taip pat investuojamos į visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų savivaldybėse plėtrą ir kokybės užtikrinimą, sukuriant ir atnaujinant visuomenės sveikatos biurų infrastruktūrą, sudarant sąlygas efektyviai teikti visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas savivaldybės lygiu, vykdyti ligų profilaktiką ne tik kraujotakos sistemos ligų bet ir kitose srityje. Iš viso investuota daugiau nei 15 mln. Lt, sukurta / atnaujinta 27 visuomenės sveikatos biurų infrastruktūra. Visuomenės sveikatos priežiūros paslaugos tapo prieinamos 2/3 Lietuvos gyventojų.

22.4. siekiant investicijas į sveikatos infrastruktūrą suderinti su žmogiškaisiais ištekliais bei pasiekti pokyčių, pasinaudojant 2007–2013 m. ES struktūrinių fondų lėšomis iki 2013 m. pabaigos kvalifikaciją ŠKL profilaktikos, diagnostikos ir gydymo srityje tobulino daugiau kaip 4 tūkst. įvairių sričių sveikatos specialistų, dirbančių skirtingose Lietuvos asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigose: šeimos gydytojai, gydytojai kardiologai, gydytojai reanimatologai, gydytojai hematologai, gydytojai neurologai, gydytojai anesteziologai reanimatologai, gydytojai klinikiniai fiziologai, gydytojai kraujagyslių ir širdies chirurgai, gydytojai radiologai, radiologijos technologai, slaugytojos, visuomenės sveikatos priežiūros specialistai ir kt.

23. Investicijos į sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūrą, Lietuvos širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programos įgyvendinimas bei kitos taikytos priemonės leido pastaraisiais metais sumažinti mirčių dėl širdies ir kraujagyslių ligų bei mirčių dėl išeminės širdies ligos skaičių 40–65 m. amžiaus grupėje (2 paveikslas), pagerėjo arterinių hipertenzijų kontrolė (buvusi mažesnė nei 5 proc. (2006 m.), ji 2012 m. vidutinio amžiaus asmenų tarpe siekia 20 proc. ir daugiau. Tačiau tenka konstatuoti, kad Lietuvoje išlieka didžiulė dislipidemijų problema. Vidutinio amžiaus asmenų tarpe dislipidemija siekia 85–90 proc., o tai jau primena epidemiją. Taip pat Lietuvoje vis dar yra dideli skirtumai tarp kardiologinės pagalbos suteikimo greičio ir kokybės tarp didžiųjų miestų ir atokesnių regionų. Nėra reglamentuota ambulatorinių pacientų patekimo iš žemesnės į aukštesnę grandį tvarka, dėl ko susidaro ilgas konsultacijų laukimo laikas, egzistuoja kitos sveikatos priežiūros vadybos, organizavimo bei paslaugų teikimo problemos dėl ko dalis pacientų negauna savalaikės sveikatos priežiūros. Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – Valstybinė ligonių kasa prie SAM) duomenimis 2013 m. pabaigoje ir 2014 m. pradžioje ambulatorinių kardiologo paslaugų laukimo eilės vidutiniškai Lietuvoje sudarė nuo 9

iki 20 dienų, tačiau kai kuriose įstaigose, ypač didžiuosiuose miestuose, šis skaičius buvo ypač didelis ir svyravo nuo 60 iki 120 dienų.

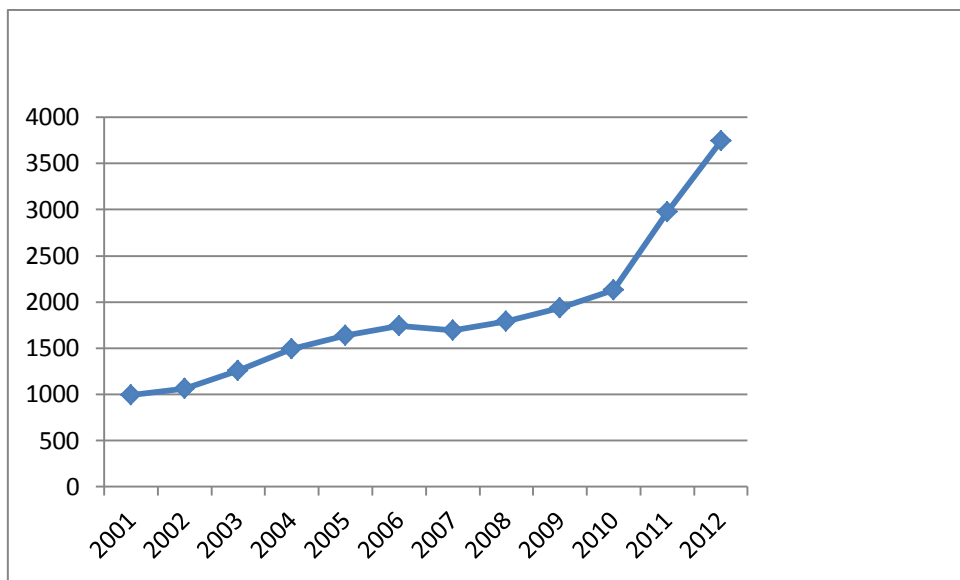
2 paveikslas. Mirtingumas dėl kraujotakos sistemos ligų 100 000 45-64 m. amžiaus gyventojų, Higienos instituto duomenys, 2012 m.



24. Siekiant toliau mažinti sergamumą ir priešlaikinį mirtingumą dėl širdies ir kraujagyslių ligų, reikia skirti dar didesnę dėmesį šių ligų profilaktikai, sutelkiant visuomenės sveikatos priežiūros specialistų, nevyriausybinių organizacijų (toliau – NVO) ir bendruomenių, šeimos medicinos paslaugas teikiančių gydytojų, gydytojų specialistų pastangas. Taip pat labai svarbu užtikrinti savalaikę kvalifikuotą gydytojų pagalbą ypač didelį dėmesį skiriant tikslinių teritorijų gyventojams siekiant sumažinti staigių ir ankstyvų mirčių skaičių ištikus MI ar esant kitai ūminei kardiovaskulinei būklei. Planuojant ir diegiant kraujotakos sistemos ligų profilaktikos, ankstyvos susirgimų diagnostikos bei gydymo paslaugų teikimo modelius, būtina įvertinti 2004–2006 m. ES struktūrinių fondų lėšomis finansuoto ir ganėtinai teigiamus rezultatus pasiekusio Rytų Lietuvos kardiologijos projekto taikytus sprendimus, taip pat 2007–2013 m. ES struktūrinių fondų finansuojamą ir dar įgyvendinamą Vidurio ir vakarų Lietuvos kardiologijos projektą, e. sveikatos sukurtas ir dar kuriamas galimybes bei kitas investicijas šioje srityje siekiant nuosekliai gerinti rezultatus Lietuvoje.

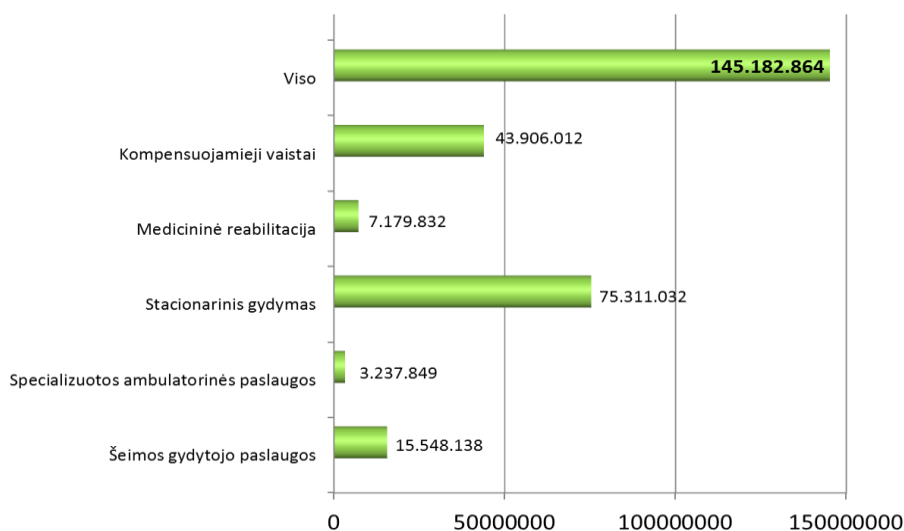
25. Ypatingas dėmesys, planuojant priemones šioje srityje, turėtų būti kreipiamas į iki šiol mažai akcentuotas sritis – ŠN ir jo pasireiškimo atidėjimą bei komplikacijų vidutinio amžiaus žmonių grupėje mažinimą ir dėl šios priežasties atsirandančių dažnų pakartotinių hospitalizacijų mažinimą, kas tampa didele ekonomine našta. Higienos instituto duomenimis Lietuvoje paskutiniaisiais 12 m. stebimas ženklus ŠN ligotumo didėjimas. Šio reiškinio priežastys – populiacijos senėjimas, geresnis šiuolaikinis ūminių koronarinių sindromų ir hipertenzijos gydymas, kas sąlygoja geresnį pacientų išgyvenamumą, tačiau jie gyvena su pažeista širdies funkcija. Todėl reikalinga švietėjiška veikla, kad pacientai laiku kreiptųsi į medikus, atsiradus pirmiesiems krūtinės anginos simptomams, o įvykus ūminiam MI, būtų kuo greičiau atverta širdies kraujagyslė. Tai leistų išsaugoti miokardą ir sumažinti ŠN pasireiškimą. Taip pat svarbūs Lietuvai veiksniai – alkoholio paplitimas (dažnos alkoholinės kardiomiopatijos), dažnos Laimo ligos (pažeidžiama ir širdis). Prisideda ir didėjantis gydytojų dėmesys ir budrumas diagnozuojant ŠN.

3 paveikslas. 18–64 m. Lietuvos gyventojų ligotumas ŠN (I50) Lietuvoje 2001–2012 m. laikotarpiu, Higienos institutas.



26. Europos ir Amerikos šalyse iki 3 proc. viso sveikatos apsaugos biudžeto skiriama ŠN priežiūrai („Heart Failure: preventing disease and death worldwide” ir “Improving care for patients with acute heart failure“, Europos širdies nepakankamumo asociacija, 2014 m.). Lietuvos Valstybinės ligonių kasos prie SAM duomenimis 2013 m. išlaidos ŠN gydymui taip pat sudarė gana didelę privalomojo draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto lėšų dalį.

4 paveikslas. Valstybės išlaidos ŠN gydymui 2013 m., Valstybinė ligonių kasa prie SAM



27. Mirčių registravimo metodologija Lietuvoje (pagal pagrindinės ligos diagnozę) neleidžia įvertinti realaus sergančiųjų ŠN mirštamumo. Remiantis Europos ŠN asociacijos parengtais dokumentais („Heart Failure: preventing disease and death worldwide” ir “Improving care for patients with acute heart failure“, Europos širdies nepakankamumo asociacija, 2014) pasaulyje vienerių metų bėgyje po hospitalizacijos dėl paūmėjusio ŠN miršta 17–45 proc. pacientų. Hospitalinis mirštamumas sudaro 2–17 proc. (Higienos instituto duomenimis Lietuvoje 2012 m. registruotas hospitalinis mirštamumas 11 proc.). ŠN pacientų išgyvenamumas yra blogesnis nei sergant žarnyno, krūties ar prostatos vėžiu. Lietuvos pakartotinių hospitalizacijų dėl ŠN statistika kol kas nebuvo oficialiai pateikiama. Europos širdies nepakankamumo asociacijos duomenimis pasaulyje per 1 mėn. po hospitalizacijos apie 25 proc. pacientų, o vienerių metų bėgyje iki 44 proc. grįžta į stacionarus dėl pasikartojančios dekomensacijos. Didžiosios Britanijos patirtis rodo, jog ligoninėse, kur buvo įsteigtos specializuotos ŠN klinikos, pacientų išgyvenamumas padidėjo nuo

77 proc. iki 94 proc., o per 30 d. kartotinių hospitalizacijų dažnis sumažėjo nuo 24 proc. iki 15 proc. (Cleland J., et al. National Heart failure audit April 2012 – March 2013. www.hqip.org.uk). Atkreiptinas dėmesys ir į insulto pavojų sukeliančių ir iki šiol Lietuvoje nekontroliuojamų ritmo sutrikimų – prieširdžių virpėjimo ir plazdėjimo perspėjimą, savalaikį atpažinimą ir šiuolaikinį gydymą. Pastarosios problemos sprendimas numatomas šio Veiksmų plano Sergamumo ir pirmalaikio mirtingumo nuo galvos smegenų kraujotakos ligų mažinimo krypties aprašo dalyje.

28. GMP efektyvumas tiesiogiai daro įtaką mirštamumui ir neįgalumui nuo kraujotakos sistemos ligų, nes nuo to, kaip skubiai bus suteikta pagalba, priklauso pasekmės paciento sveikatai ateityje. Restruktūrizuojant sveikatos priežiūros įstaigas, sudėtingos stacionarinės paslaugos vis labiau centralizuojamos, todėl tam tikrų paslaugų prieinamumo užtikrinimui ypač svarbi tampa GMP. Vystant ASPI tarpusavio bendradarbiavimo bei integruotų paslaugų teikimo modelius taip pat ypatingai svarbu tampa pacientų transportavimas iš vienos gydymo įstaigos į kitą siekiant savalaikių kvalifikuotų konsultacijų, gydymo tęstinumui ir pan. užtikrinti. 2007–2013 m. laikotarpiu ES struktūrinių fondų lėšomis atnaujinta tik 17 proc. viso GMP automobilių parko, todėl GMP ir pacientų transportavimo pajėgumų stiprinimas neatsiejamas su veiksmingu integruotos sveikatos priežiūros tolesniu įgyvendinimu.

III SKYRIUS

TIKSLAS

29. Šios Veiksmų plano krypties tikslas – sumažinti tikslinių teritorijų gyventojų sergamumą kraujotakos sistemos ligomis ir pirmalaikį (iki 64 m.) mirtingumą nuo jų.

IV SKYRIUS

UŽDAVINIAI

30. Tikslui pasiekti numatomi šie uždaviniai:

30.1. pagerinti tikslinių teritorijų gyventojams visuomenės sveikatos ir kraujotakos sistemos ligų profilaktikos paslaugų prieinamumą ir kokybę.

30.2. patobulinti kraujotakos sistemos ligų ankstyvos diagnostikos ir savalaikio gydymo paslaugų teikimo sistemą, didinant šių paslaugų prieinamumą ir kokybę bei užtikrinant sveikatos sistemos tvarumą.

V SKYRIUS

PRIEMONĖS UŽDAVINIAMS ĮGYVENDINTI

31. Priemonės uždaviniams įgyvendinti apims šias šešias esmines vystymo kryptis kraujagyslių sistemos ligų srityje:

31.1. visuomenės sveikatos priežiūros veiklos efektyvumo didinimas;

31.2. visuomenės sveikatos ir pirminės ambulatorinės asmens sveikatos bendradarbiavimo stiprinimas;

31.3. pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros pajėgumų stiprinimas;

31.4. antrinio lygio kardiologijos paslaugas teikiančių ASPI veiklos ir atsakomybės didinimas;

31.5. mobilių ambulatorinių bei nuotolinių paslaugų plėtra didinant paslaugų prieinamumą;

31.6. specializuotą sudėtingiausią kardiologinę pagalbą teikiančių ASPI teikiamų paslaugų efektyvumo didinimas.

32. Įgyvendinant iškeltą uždavinį – pagerinti tikslinių teritorijų gyventojams visuomenės sveikatos ir kraujotakos sistemos ligų profilaktikos paslaugų prieinamumą ir kokybę, numatoma:

32.1. sukurti ir tikslinėse teritorijose įdiegti praktikoje asmens sveikatos priežiūros pirminės grandies bei savivaldybių visuomenės sveikatos biurų veiklos integravimo modelį, skirtą

kraujotakos sistemos ligų rizikos grupių pacientų sveikatos stiprinimui bei jų sveikatos būklės stebėjimui. Šios priemonės įgyvendinimas bus derinamas su Veiksmų plano Sergamumo ir priešlaikinio mirtingumo nuo galvos smegenų kraujotakos ligų mažinimo krypties atitinkama priemone. Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija, Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras, pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros įstaigos, visuomenės sveikatos biurai;

32.2. parengti metodinę nacionaliniu lygiu pripažintą, mokslo įrodymais pagrįstą kraujotakos sistemos ligų profilaktikos ir pagrindinių rizikos veiksnių mažinimo informaciją, pritaikytą skirtingoms visuomenės grupėms, specialistams bei skirtą periodiškai skleisti ją viso veiksmų plano įgyvendinimo laikotarpiu. Numatomi veiksmai vykdomi tiek nacionaliniu lygiu, tiek tikslinių teritorijų lygiu, pasitelkiant kraujotakos sistemos ligų specialistus (kardiologus), šeimos medicinos paslaugas teikiančius gydytojus, žiniasklaidą, švietimo ir kitas ugdymo bei sveikatos priežiūros įstaigas, NVO ir kt. siekiant tikslinių teritorijų gyventojų gyvenamosios sveikatos labui pokyčių. Periodiškai vykdoma įgyvendinamų veiksmų bei jų poveikio stebėseną ir vertinimas. Vykdytojai: informacijos parengimui – Vilniaus universitetas, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, bendradarbiaujant su atitinkamomis NVO, Sveikatos apsaugos ministerija ir (ar) jai pavaldžios įstaigos;

32.2.1. remiantis Europos kardiologų draugijos, Europos hipertenzijų draugijos gairėmis, adaptuoti vieningas ŠKL profilaktikos gaires, skirtas visuomenės ir asmens priežiūros sveikatos specialistams ir orientuotas į visų rizikos veiksnių korekciją, ankstyvą diagnostiką ir savalaikį gydymą. Vykdytojai: Vilniaus universitetas, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Sveikatos apsaugos ministerija ir (ar) jai pavaldžios įstaigos, NVO;

32.2.2. surinkti mokslinius įrodymus apie fizinio aktyvumo didinimui taikomas veiksmingas intervencijas ir parengti rekomendacijas dėl intervencijų įgyvendinimo praktikoje. Šių rekomendacijų pagrindu remti darbdavių iniciatyvas fizinio aktyvumo skatinimui – priemonė, orientuota į darbingo amžiaus žmones. Taip pat skatinti sporto ir sveikatingumo centrus ir darbdavius dažniau vykdyti įvairias nemokamas akcijas, užsiėmimus, siekiant kuo daugiau gyventojų įtraukti į laisvalaikio fizinį aktyvumą. Skleisti informaciją, skatinant darbdavius pagal atskirų ES valstybių pavyzdį (pvz. fizinio aktyvumo darbo vietoje programa, įvesti fizinio aktyvumo pertraukėles protinį arba sėdimą darbą dirbantiems darbo metu arba prieš prasidedant darbui ir kt.) – priemonė, orientuota į darbingo amžiaus žmones. Vykdytojai: Lietuvos sporto universitetas, Higienos institutas, savivaldybių administracijos, NVO, sporto ir sveikatingumo centrai, viešieji ir privatūs juridiniai asmenys;

32.2.3. surinkti mokslinius įrodymus apie rūkymo paplitimui mažinti taikomas veiksmingas intervencijas ir parengti rekomendacijas dėl intervencijų įgyvendinimo praktikoje. Skleisti informaciją apie metimo rūkyti galimybes ir metodikas; informuoti rūkančius ir nerūkančius apie tabako dūmų aplinkoje galimas neigiamas pasekmes nerūkančių sveikatai – priemonė, orientuota į darbingo amžiaus žmones. Priemonės įgyvendinimas derinamas su Sergamumo ir pirmalaikio mirtingumo nuo galvos smegenų kraujotakos ligų mažinimo krypties apraše numatytais analogiškais priemonėmis. Vykdytojai: viešieji ir privatūs juridiniai asmenys, bendruomenės, visuomenės sveikatos biurai, Sveikatos apsaugos ministerija ir (ar) jai pavaldžios įstaigos, Vilniaus universitetas, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas;

32.2.4. periodiškai skleisti informaciją apie pagrindinius rizikos veiksnius ir jų mažinimą – arterinės hipertenzijos ir druskos sunaudojimo mažinimą, dislipidemijų perspėjimą ir savalaikį gydymą, sveikos mitybos įgūdžių ugdymą ir nutukimo mažinimą, nepakankamą fizinį aktyvumą, alkoholio žalą sveikatai. Priemonės, orientuojamos į darbingo amžiaus žmones, paauglius ir vaikus. Priemonės įgyvendinimas derinamas su Sergamumo ir pirmalaikio mirtingumo nuo galvos smegenų kraujotakos ligų mažinimo krypties apraše numatytais analogiškais priemonėmis. Vaikams ir paaugliams skirtos priemonės papildys Vaikų sveikatos stiprinimo, ligų profilaktikos bei efektyvaus gydymo užtikrinimo krypties apraše numatytas priemones. Vykdytojai: visuomenės sveikatos biurai;

32.2.5. skatinti NVO ir kitų socialinių partnerių bendradarbiavimą įgyvendinant visuomenės sveikatos gerinimo projektus kraujotakos sistemos ligų profilaktikos, sveikos gyvensenos,

kardiologinės pagalbos paslaugų srityje, skatinti bendruomenių iniciatyvas šiais klausimais. Skatinti pacientų organizacijų įtraukimą vykdant pacientų informavimo apie kraujotakos sistemos ligų gydymą ir rizikos veiksnių mažinimą, didinant pacientų raštingumą ir įgalinimą, projektus. Remti darbdavių iniciatyvas gerinti profesinę sveikatą mažinant darbuotojų stresus darbe – priemonė, orientuota į darbingo amžiaus žmones;

32.2.6. surinkti mokslinius įrodymus apie individualaus gyventojų konsultavimo visuomenės sveikatos klausimais veiksmingus metodus, bei siekiant nustatyti veiksmingiausią bei pritaikytą Lietuvoje individualaus gyventojų konsultavimo visuomenės sveikatos klausimais metodą ir būdą vykdyti 1-2 metų pilotinius projektus pasirinktose savivaldybėse: visuomenės sveikatos biure, šeimos medicinos paslaugas teikiančioje ASPI, bendradarbiaujant visuomenės ir asmens sveikatos priežiūros specialistams;

32.2.7. efektyviam sveikos gyvensenos įgūdžių formavimui neužtenka sveikatos informacijos sklaidos, reikia, kad taip pat būtų formuojami sveikos gyvensenos įgūdžiai. Įgūdžiams formuoti reikalingi praktiniai užsiėmimai. Jiems organizuoti reikalinga turėti specialų inventorių ir šiai veiklai apmokytus darbuotojus. Numatoma suformuoti 7 sričių teminius sveikatos mokymo kabinetus (sveikos mitybos, fizinio aktyvumo, relaksacijos, pirmosios pagalbos mokymo, higienos įgūdžių formavimo, konsultavimo aplinkos sveikatos, traumų ir nelaimingų atsitikimų profilaktikos klausimais) Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centre, aprūpinant juos reikalinga įranga ir priemonėmis, reikalingomis įgūdžiams formuoti (mokyti kaip sveikai pasigaminti maistą, atlikti fizinius pratimus su treniruokliais, teikti pirmąją pagalbą, panaudojant manekenus ir žaizdų bei sužalojimų imitacijas, kūno sudėties analizatorių antsvorio nustatymui ir kt.). Kabinetai būtų naudojami visuomenės sveikatos biurų ir pirminių ambulatorinių sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų kvalifikacijai tobulinti (suteikiant ne tik žinių, bet ir pratybų metu mokant naudotis minėta įranga), teiktų specializuotas sveikatos mokymo paslaugas gyventojams iš visos Lietuvos (pvz., organizuojant mokinių ekskursijas į Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centro Sveikatos mokyklą). Visuomenės sveikatos biuruose (ar pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiose ASPI) dirbtų kvalifikaciją Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centre pasitobulinę darbuotojai, konsultuotų ir mokytų bendruomenių gyventojus sveikos gyvensenos įgūdžių;

32.2.8. parengti visuomenės sveikatos ir savivaldybių specialistams skirtas kvalifikacijos kėlimo sveikos mitybos ir fizinio aktyvumo skatinimo programas bei pagal jas vykdyti mokymus tikslinėse teritorijose dirbantiems šios srities specialistams. Vykdytojas: Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras;

32.2.9. periodiškai šios krypties priemonių įgyvendinimo metu skleisti mokslo įrodymais pagrįstą informaciją, orientuotą į maisto gamintojus ir skatinti juos gaminti sveikatai palankesnius maisto produktus, turinčius mažiau riebalų, cukraus ir druskos, atitinkančius sveikatai palankaus maisto, ženklinamo simboliu „Rakto skylutė“, kriterijus. Didinti šio simbolio žinomumą ir supratimą visuomenėje. Vykdytojai: Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras, visuomenės sveikatos biurai;

32.3. siekiant vertinti visuomenės sveikatos biurų darbo efektyvumą ypač tikslinėse teritorijose sukurti ir įdiegti nuolatinio populiacinių kraujotakos sistemos ligų rizikos veiksnių (rūkymo, antsvorio ir nejudros) vertinimo ir stebėsenos metodiką savivaldybių lygiu bei ją taikyti praktikoje. Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija ir (ar) jai pavaldžios įstaigos, savivaldybių administracijos, visuomenės sveikatos biurai;

32.4. tobulinti tikslinių teritorijų pirminės ambulatorinės (šeimos medicinos paslaugas teikiančių gydytojų) asmens sveikatos priežiūros prieinamumą ir kokybę, siekiant gerinti kraujotakos sistemos ligų prevencijos programų vykdymo efektyvumą ir prieinamumą tikslinių teritorijų gyventojams (priemonė derinama su Sergamumo ir priešlaikinio mirtingumo nuo galvos smegenų kraujotakos ligų mažinimo srities apraše numatytais priemonėmis). Siekiant užtikrinti, kad pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros įstaigos tikslinėse teritorijose galėtų efektyviai

vykdyti kraujotakos sistemos ligų prevenciją, įvertinti ir pagal pagrįstą poreikį aprūpinti pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugas teikiančias asmens sveikatos priežiūros įstaigas diagnostine įranga (pvz. portatyviniais elektrokardiografijos (EKG) aparatais su duomenų perdavimo galimybe, kraujo krešėjimo rodiklių – tarptautinio normalizuoto santykio (INR) ir protrombino laiko (PT) matuokliais, analizatoriais, skirtais ūminio MI žymenų/markerio troponino I (nustatymui), kuriais gautus duomenis (pvz. vaizdus, tekstinius failus) būtų galima perduoti į specializuotus kardiologijos centrus. Taip pat įvertinus 2007–2013 m. ES struktūrinių fondų bei kitas investicijas šiuo tikslu atnaujinti efektyvesniam veiklos vykdymui reikalingą infrastruktūrą (patalpas, medicinos ir kitą įrangą, baldus, automobilius pacientų lankymui namuose, telekonsultavimo techninę ir programinę įrangą, skirtą įdiegti ir plėtoti telekonsultacijų paslaugas tarp šeimos medicinos paslaugas teikiančių gydytojų ir specialistų). Įgyvendinti šių įstaigų veiklos organizavimo tobulinimo, bendradarbiavimo su kitomis ASPĮ, NVO ir kt. veiksmus (pvz. specializuotos slaugytojos, atliekančios ambulatorinių pacientų mokymo ir konsultavimo funkcijas, pirminio ir antrinio / tretinio lygio komunikaciją, sudaryto gydymo plano realizavimą ir kt. veiksmus, įsteigimas, specifinio kraujo žymens tyrimo ŠN diagnozuoti ir monitoruoti įdiegimas ir kt. Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija, pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros įstaigos;

32.5. padidinti tikslinėse teritorijose dirbančių šeimos medicinos paslaugas teikiančių gydytojų, bendruomenės slaugytojų, visuomenės sveikatos priežiūros specialistų kvalifikaciją bei gebėjimus:

32.5.1. efektyvesniam darbui su asmenimis, priskirtiniais kraujotakos sistemos ligų rizikos grupėms, vykdyti sveikatinimo veiklą, kraujotakos sistemos ligų profilaktiką, ypatingą dėmesį skiriant polipatologiją turintiems pacientams (didelės rizikos pacientus, sergančius išemine širdies liga, arterine hipertenzija, cukriniu diabetu ir kt. lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis) bei individualių gyvensenos keitimo intervencijų pritaikymą. Šiuo tikslu reikalinga apmokyti apie 400 šeimos medicinos paslaugas teikiančių gydytojų, 400 bendruomenės slaugytojų, 20 visuomenės sveikatos specialistų Lietuvos sveikatos mokslų ir Vilniaus universitetuose organizuojant kvalifikacijos kėlimo kursą šiuolaikinės širdies kraujagyslių susirgimų prevencijos ir protekcijos srityje;

32.5.2. šeimos medicinos paslaugas teikiantys gydytojai stokoja žinių elektroninių mainų ir širdies kraujagyslių ligų savalaikės diagnostikos, prevencijos ir stebėsenos srityse. Šiuo tikslu reikalinga parengti ir Lietuvos universitetuose įvesti kvalifikacijos kėlimo kursą, apimančią savalaikės širdies kraujagyslių susirgimų diagnostikos, gydymo, prevencijos, stebėsenos ir elektroninių duomenų mainų temas, kurį baigę šeimos medicinos paslaugas teikiantys gydytojai galėtų dalyvauti su širdies ir kraujagyslių susirgimais susijusių elektroninių duomenų perdavime ir elektroniniame konsultavime. Todėl tikslinga apmokyti apie 400 viešąsias šeimos medicinos paslaugas teikiančių gydytojų visoje Lietuvoje. Vykdytojai: Vilniaus universitetas, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas;

32.6. tobulinti šeimos medicinos paslaugas teikiančių gydytojų veiklos reglamentavimą, išplečiant šių gydytojų kompetencijų ir Valstybinės ligonių kasos prie SAM apmokamų paslaugų ribas diagnozuojant ir gydant kraujotakos sistemos ligas: vaistų skyrimo ir laboratorinių tyrimų atlikimo srityse, leidžiant šeimos medicinos paslaugas teikiančiam gydytojui savarankiškai atlikti ir interpretuoti šiuos laboratorinius tyrimus: D-dimerus, troponiną I, kreatinkinazę MB, BNP (B-tipo natriuretinį peptidą). Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija, Valstybinė ligonių kasa prie SAM;

32.7. pasirinktoje teritorijoje 1–2 metus įgyvendinti bandomąjį projektą dėl ankstyvosios tabako ir alkoholio diagnostikos priemonių diegimo pirminėje ambulatorinėje sveikatos priežiūroje, siekiant įvertinti šių priemonių efektyvumą bei pritaikymą praktikoje. Parengti reikiamą metodinę medžiagą bei organizuoti mokymus šeimos medicinos paslaugas teikiantiems gydytojams, siekiant efektyvaus projekto įgyvendinimo. Pasiteisinus priemonėms, išplėtoti jų taikymą visoje Lietuvoje. Vykdytojai: Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Vilniaus universitetas, pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros įstaigos, Sveikatos apsaugos ministerija ir (ar) jai pavaldžios įstaigos;

32.8. atsižvelgiant į tai, kad Lietuvos širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programa įgyvendinama tik 6-iose asmens sveikatos priežiūros įstaigose Vilniuje, Klaipėdoje, Šiauliuose ir

Kaune, siekiant didinti šių paslaugų prieinamumą išplėsti vykdomos Lietuvos širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programos teritorinę aprėptį, kad paslaugos būtų prieinamos bent jau visuose apskričių centruose, reikalinga sukurti papildomus centrus ASPĮ, teikiančiose antrinio arba tretinio lygio ambulatorines kardiologo paslaugas, užtikrinant kiek įmanoma tolygų šių paslaugų pasiskirstymą ir prieinamumą Lietuvos gyventojams, pasinaudojant jau funkcionuojančių šios programos rėmuose sukaupu specializuotų prevencijos padalinių veiklos Vilniuje, Kaune, Šiauliuose ir Klaipėdoje patyrimu. Pagal poreikį bei įvertinus 2007–2013 m. investicijas į šią sritį, aprūpinti jau funkcionuojančius ir būsimus padalinius reikalinga įranga. Tipinio specializuoto prevencijos kabineto įrangą sudaro: kardiologinis-angiologinis echoskopas, ilgalaikio EKG registravimo (holter) įranga, ilgalaikio AKS registravimo įranga elektrokardiogramas, fizinio krūvio mėginio kompleksas, ankstyvai aterosklerozės diagnostikai specializuotas ultragarsinis aparatas, kraujagyslių standumo tyrimo aparatas, darbo baldai (stalas, kėdė, kušetė, spinta ir kt.), kompiuterizuota darbo vieta. Taip pat išplėsti vykdomos programos tikslinę grupę, apimant platesnes asmenų, įtraukiamų į programą amžiaus ribas, ritmo sutrikimų, tokių kaip prieširdžių virpėjimas savalaikis diagnozavimas, taip pat komplikacijų, valdymą;

33. Įgyvendinant uždavinį – patobulinti kraujotakos sistemos ligų ankstyvos diagnostikos ir savalaikio gydymo paslaugų teikimo sistemą, didinant šių paslaugų prieinamumą ir kokybę bei užtikrinant sveikatos sistemos tvarumą, numatoma:

33.1. sukurti aiškią ir darniai funkcionuojančią sistemą efektyvios, prieinamos ir savalaikės (esant ūmiems atvejams) kardiologinės pagalbos teikimui, kur ypač svarbu įvairių lygių tarnybų darnus funkcionavimas, kvalifikuoti specialistai, sugebantys tiksliai diagnozuoti ir taikyti pagalbos priemones pacientams:

33.1.1. įvertinti 2004–2006 m. ES struktūrinių fondų lėšomis finansuoto ir įgyvendinto Rytų Lietuvos kardiologijos projekto bei jo metu sukurtų sprendimų gyvybingumą, taip pat 2007–2013 m. ES struktūrinių fondų finansuojamo Vidurio ir vakarų Lietuvos kardiologijos projekto metu, įgyvendintų e. sveikatos projektų bei kitų investicijų pagalba sukurtas galimybės, sveikatos technologijų panaudojimo efektyvumą ir pan. Vykdytojas: Sveikatos apsaugos ministerija;

33.1.2. sukurti ir įdiegti dažniausių lėtinių kraujotakos sistemos ligų diagnostikos ir gydymo algoritmus, leisiančius suvienodinti gydymo standartus ir teikiamų paslaugų kokybę tarp skirtingų regionų, skirtingų paslaugų teikėjų, adaptuotus juos kiekvienai sveikatos priežiūros grandžiai, užtikrinant duomenų perdavimą, pastovų atnaujinimą ir perimamumą informacinių komunikacinių priemonių pagalba tarp skirtingų lygių ir regionų ASPĮ. Diagnostikos ir gydymo algoritmai išdėstyti prioritetiškumo tvarka: aterosklerozinių kraujotakos sistemos ligų prevencija, MI su ST segmento pakilimu (angl. STEMI – ST-elevation myocardial infarction), MI be ST segmento pakilimo (angl. NSTEMI – unstable angina/non st-elevation myocardial infarction), prieširdžių virpėjimas įskaitant galvos smegenų infarktą profilaktika ir gydymas, širdies nepakankamumas. Užtikrinti šių sukurtų algoritmų praktinį taikymą. Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija, universitetų ligoninės;

33.1.3. siekiant užtikrinti kraujotakos sistemos ligų ankstyvą diagnostiką ir efektyvų gydymą būtina sukurti, išbandyti ir įdiegti kraujotakos sistemos ligų profilaktikos, ankstyvos diagnostikos ir gydymo paslaugų teikimo, organizavimo ir valdymo modelį, kuris apimtų ASPĮ, teikiančias kompleksinę kardiologinę pagalbą, tokias kaip VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninė Santariškių klinikos, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė VŠĮ Kauno klinikos, VŠĮ Klaipėdos Jūrininkų ligoninė, VŠĮ Respublikinė Panevėžio ligoninė, VŠĮ Respublikinė Šiaulių ligoninė, taip pat kitas specializuotą bei pirminę ambulatorinę pagalbą teikiančias ASPĮ, taip pat jungtų inovatyvius ir efektyvius asmenų informavimo apie ligų rizikos veiksnius metodus ir gyvensenos keitimo algoritmus, didelės rizikos pacientų atrankos būdus bei gerintų pakopinę ligų diagnostiką ir prieigą specialistų konsultacijoms ir intervenciniam stacionariniam gydymui. Šiuo modeliu reikalinga apibrėžti šių įstaigų tarpusavio santykius, pacientų srautų valdymą, taip pat širdies ir kraujagyslių ligų profilaktikos, ankstyvos diagnostikos ir efektyvaus gydymo valdymo metodikas bei jas įdiegti atitinkamai visuomenės ir asmens sveikatos priežiūros įstaigose. Atitinkamai tobulinti sveikatos specialistų kvalifikaciją efektyviam sukurto modelio funkcionavimo užtikrinimui. Be to, modelis turėtų būti glaudžiai susietas su vykdomais profilaktiniais veiksmais savivaldybių ir nacionaliniu lygiu. Pažymėtina, kad Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos

ministro 2014 m. vasario 17 d. įsakymu Nr. V-244 „Dėl sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų ūminio miokardo infarkto su ST segmento pakilimu atveju, prieinamumo gerinimo ir šia liga sergančių ligonių srautų valdymo reikalavimų patvirtinimo“ patvirtinti Sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų ūminio miokardo infarkto su ST segmento pakilimu atveju, prieinamumo gerinimo ir šia liga sergančių ligonių srautų valdymo reikalavimai, kas yra pirminis žingsnis kuriamo integruoto paslaugų teikimo modelio kraujotakos sistemos ligų srityje link. Kuriant modelį tikslinga būtų vadovautis Didžiosios Britanijos patirtimi dėl pasiteisinusių ŠN klinikų sukūrimo visuose paslaugų teikimo lygiuose. Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija ir (ar) jai pavaldžios įstaigos, universitetų ligoninės, universitetai, NVO;

33.1.4. didinti kardiologų, vidaus ligų gydytojų, anesteziologų-reanimatologų kompetenciją kraujotakos sistemos ligų srityje, suteikiant šiuolaikinių žinių, taip pat siekiant efektyviai įgyvendinti bei dalyvauti paslaugų teikimo, organizavimo ir valdymo modelyje, taip pat antrinės širdies ir kraujagyslių ligų profilaktikos srityje (mažinti pacientų, kuriems jau pasireiškė kraujotakos sistemos ligų simptomai, šių ligų rizikos veiksnius), prioritetine tvarka apmokant specialistus, dirbančius tikslinėse teritorijose – ŠKL prevencijos, stabilios išeminės širdies ligos, ūminių koronarinių sindromų, dislipidemijos, ŠN, prieširdžių virpėjimo, diabeto ir prediabeto, arterinės hipertenzijos diagnostikos ir gydymo gairių taikymo srityse pagal parengtus protokolus, algoritmus ir metodikas. Vykdytojai: universitetų ligoninės;

33.1.5. tikslinėse teritorijose, neturinčiose pastoviai ambulatoriškai dirbančių kardiologų, teikti išvažiuojamąją planinę konsultacinę pagalbą pacientams mobiliosiomis brigadomis (kardiologas, pirminės prevencijos slaugytoja bei visuomenės sveikatos specialistas) ir (arba) numatant ir įdiegiant nuotolinių konsultacijų teikimo galimybes iš šių ASPI: VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės VŠĮ Kauno klinikų, VŠĮ Klaipėdos jūrininkų ligoninės, VŠĮ Respublikinės Šiaulių ligoninės ir VŠĮ Respublikinės Panevėžio ligoninės (toliau – Kardiologijos centrai). Taip pat tokiu būdu būtų sudaryta galimybė tikslinėse teritorijose dirbantiems kardiologams gauti metodinę pagalbą iš centruose dirbančių specialistų. Šiuo tikslu reikalinga nustatyti šių paslaugų teikimo reikalavimus dėl ASPI tarpusavio bendradarbiavimo, atsakomybės, paslaugų teikimo, organizavimo, apmokėjimo ir kt. klausimais, užtikrinti mobilios komandos personalo apmokymą, dėmesį teikiant diagnostinių procedūrų rezultatų interpretacijai, kardiovaskulinės rizikos stratifikavimui ir kt.. Įvertinus 2007–2013 m. investicijas į šią sritį ir, esant pagrįstam poreikiui, aprūpinti ASPI, kurios teiks šias paslaugas, visa reikalinga įranga bei įdiegti el. sprendimus šioms mobilioms ar nuotolinėms paslaugoms teikti bei apmokyti specialistus. Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija, Valstybinė ligonių kasa prie SAM, Kardiologijos centrai;

33.1.6. pagal poreikį ir tikslingumą finansuoti sveikatos priežiūros specialistų (kardiologų) pritraukimą į tikslines savivaldybes, kur yra šių specialistų pasiskirstymo trūkumas. Vykdytojai: rajoninės ligoninės tikslinėse teritorijose, savivaldybių administracijos;

33.1.7. toliau stiprinti GMP specialistų įgūdžius ir kvalifikaciją savalaikės ir efektyvios kardiologinės pagalbos teikimo srityje. Įgyvendinant šią priemonę ypatingai svarbu užtikrinti GMP komandos mokymus pagal vieningą modelį. Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija ir (ar) jai pavaldžios įstaigos, asociacijos ir (ar) draugijos;

33.1.8. Siekiant sudaryti prielaidas įgyvendinti inovatyvų ir efektyvų integruotos sveikatos priežiūros teikimo modelį, esant ūmiems kraujotakos sistemos ligų atvejams, bei užtikrinti savalaikę pagalbą, ypač tikslinėse teritorijose reikalinga:

33.1.8.1. pagal pagrįstą poreikį tikslinėse teritorijose esančias GMP stotis ir (ar) skyrius aprūpinti naujais B tipo greitosios medicinos pagalbos automobiliais bei pagalbos teikimui reikalinga įranga pagal atskirus sveikatos apsaugos ministro įsakymais patvirtintus GMP automobilių parko atnaujinimo strateginius dokumentus (atsižvelgiant, kad dalis tikslinių teritorijų sutampa, šios priemonės įgyvendinimas derinamas su atitinkamomis Sergamumo ir pirmalaikio mirtingumo nuo galvos smegenų kraujotakos ligų mažinimo krypties apraše numatytais priemonėmis, centralizuotai įgyvendinant per minėtą kryptį). Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija ir (ar) jai pavaldžios įstaigos;

33.1.8.2. apskričių centruose esančias ASPI, teikiančias skubią pagalbą integruotos sveikatos priežiūros kardiologijos srityje, aprūpinti naujais C tipo GMP automobiliais bei pagalbos

teikimui reikalinga įranga, įvertinus 2007–2013 m. investicijas į šią sritį. Vykdam veiklą ypatingą dėmesį būtina skirti labiausiai nuo sudėtingiausių kardiologinę pagalbą teikiančių ASPI nutolusių regionų gyventojams. Tie patys C tipo GMP automobiliai turi būti naudojami skubios pagalbos teikimui įgyvendinant tris inovatyvius ir efektyvius sveikatos paslaugų teikimo, organizavimo ir valdymo modelius: galvos smegenų kraujotakos ligų, traumų ir nelaimingų atsitikimų bei kraujotakos sistemos ligų srityse (priemonė įgyvendinama pagal Sergamumo ir pirmalaikio mirtingumo nuo galvos smegenų kraujotakos ligų mažinimo krypties aprašą). Vykdytojas: Sveikatos apsaugos ministerija ir (ar) jai pavaldžios įstaigos;

33.1.8.3. sukurti galimybes pacientų transportavimui jau suteikus aukščiausio lygio pagalbą, juos perkeltiant į vietos ASPI (rajonines ligonines), šiuo tikslu pagal poreikį aprūpinant tikslinių teritorijų minėtas įstaigas A tipo GMP automobiliais pacientų transportavimui (šios priemonės įgyvendinimas derinamas su atitinkamomis Sergamumo ir priešlaikinio mirtingumo nuo galvos smegenų kraujotakos ligų mažinimo krypties apraše numatytais priemonėmis, kadangi dalis tikslinių teritorijų sutampa). Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija ir (ar) jai pavaldžios įstaigos, tikslinių teritorijų rajoninės ligoninės;

33.1.8.4. siekiant efektyvaus ir vieningo visų tarnybų funkcionavimo, bendradarbiavimo su kitomis ASPI, tikslinga parengti GMP ir (ar) pacientų transportavimo algoritmus / metodikas bei užtikrinti jų taikymą nacionaliniu lygiu. Vykdytojas: Sveikatos apsaugos ministerija ir (ar) jai pavaldžios įstaigos, universitetų ligoninės;

33.2. siekiant Apraše numatytų priemonių kompleksškumo ir rezultatyvumo, reikalingi sisteminiai sprendimai, kurie prisidėtų prie kraujotakos sistemos ligų profilaktikos, ankstyvos diagnostikos ir gydymo sistemos efektyvumo Lietuvoje:

33.2.1. parengti universitetų koordinuojamas tęsines podiplominių studijų programas kardiologams, intervenciniams kardiologams, radiologams, šeimos medicinos paslaugas teikiantiems gydytojams, giminingų specialybių gydytojams (neurologams, endokrinologams, nefrologams ir kt.), vykdyti mokymus slaugytojoms, GMP personalui (slaugytojoms, paramedikams), specialistų grupėms, teikiančioms būtinąją pagalbą, atsižvelgiant į Apraše įvardintus tikslus. Vykdytojai: Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Vilniaus universitetas;

33.2.2. toliau plėtoti elektroninės sveikatos priemones, įgyvendinant elektroninius sprendimus, siekiant sveikatos paslaugas pritaikyti tam tikrų pacientų grupių sveikatos priežiūros poreikiams, pasitelkiant nuotolinį ryšį, sudarantį galimybes efektyviai keistis duomenimis tarp sveikatos priežiūros įstaigų, juos saugoti, užtikrinti savalaikį reikalingų sveikatos duomenų pateikimą, taip pat nuotolines medicinos paslaugas, nešiojamuosius įtaisus, kurių pagalba valdomi pacientų srautai, sukuriama „žalieji koridoriai“ pacientams, kuriems reikalinga skubi kardiologo pagalba, gerinama sergančiųjų lėtinėmis ligomis žmonių sveikatos būklės stebėseną ir pan. Šeimos medicinos paslaugas teikiančio gydytojo pildomi paciento duomenys apie jo kraujotakos sistemos susirgimą turi tapti prieinami pacientą konsultuojantiems gydytojams kardiologams ir gydytojų kardiologų nustatytos diagnozės turi tapti prieinamos pacientą gydantiems šeimos medicinos paslaugas teikiantiems gydytojams. Elektroninio siuntimo formoje privalo būti nurodyta: ASPI, kurioje dirba siuntimą išduodantis gydytojas, pavadinimas, kodas, adresas ir telefonas; ASPI, prie kurios pacientas prisirašęs; siuntimo išdavimo data; paciento duomenys: vardas ir pavardė, gimimo data, gyvenamoji vieta; ligos diagnozė ir (ar) ligos kodas pagal TLK-10; ligos anamnezė, eiga; atliktų tyrimų rezultatai, konsultavusių gydytojų specialistų išvados ir datos; taikytas gydymas ir jo efektyvumas; siuntimo tikslas ir pas kokios profesinės kvalifikacijos gydytoją specialistą pacientas siunčiamas. Analogiškai būtina sukurti elektroninę gydytojo kardiologo atsakymo formą šeimos gydytojui. Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija ir (ar) jai pavaldžios įstaigos;

33.2.3. siekiant skatinti šeimos medicinos paslaugas teikiančių gydytojų ir gydytojų kardiologų duomenų mainus elektroninėje erdvėje, išanalizuoti elektroninio siuntimo skatinamosios paslaugos šeimos medicinos paslaugas teikiantiems gydytojams ir elektroninio siuntimo vertinimo paslaugos gydytojams kardiologams reglamentavimo galimybę. Tai leistų efektyviai reguliuoti pacientų srautus, atsisakyti neefektyvių ir nereikalingų pacientų siuntimų iš vienos gydymo įstaigos į kitą, sumažintų PSDF išlaidas. Būtina visapusiškai panaudoti elektroninėje 025/a-LK formoje pildomų duomenų teikiamą informaciją kraujotakos sistemos

susirgimų tikslesnei apskaitai ir stebėsenai. Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija, Valstybinė ligonių kasa prie SAM;

33.2.4. padidinti medicininio mirties liudijimo pildymo kokybę, teisingai įrašant pagrindinę mirties priežastį ir jos sukeltą patologinių būklių seką, dėl kurių įvyksta mirtis. Medicininio mirties liudijimo pildymo klausimais organizuoti šeimos medicinos paslaugas teikiančių gydytojų ir gydytojų specialistų mokymus. Vykdytojas: Higienos institutas bendradarbiaujant su visuomenės ir asmens sveikatos priežiūros specialistais;

33.2.5. plėtoti mokslinius tyrimus ir pagal galimybes diegti mokslo įrodymais pagrįstas inovacijas kraujotakos sistemos ligų profilaktikos, diagnostikos ir gydymo srityse Kardiologijos centruose, siekiant taikyti pažangias, mažiau invazines šiuolaikines diagnostikos ir gydymo technologijas, didinančias sveikatos priežiūros paslaugų efektyvumą ir užtikrinančias sveikatos sistemos tvarumą. Siekiant Lietuvoje sumažinti sveikatos priežiūros netolygumus, sergamumą ir priešlaikinį mirtingumą nuo kraujotakos sistemos ligų ir užtikrinti ES standartus atitinkančius diagnostikos ir gydymo principus reikalinga diegti ir toliau plėtoti universitetų ligoninių infrastruktūrą, aprūpinant medicinos įranga, reikalinga radiologinei diagnostikai bei kardiologijos ir kardiokirurgijos integracijai. Mažiau invazyvios operacijų atlikimo metodikos leidžia ženkliai sutrumpinti hospitalizacijos laiką, sumažinti operacijos riziką, nenaudoti dirbtinės kraujo apytakos ir pacientui greičiau susigrąžinti darbingumą. Šiai dienai mažiau invazinės metodikos taikomos širdies vožtuvų patologijos, koronarinės širdies ligos prieširdžių virpėjimo, ŠN gydymui, tačiau mažiau invazinių technologijų taikymas nėra pakankamas. Tokioms procedūroms atlikti reikalingos specializuotos operacinės patalpos ir medicininė įranga. Vykdytojai: Valstybinis mokslinių tyrimų institutas Inovatyvios medicinos centras, universitetai, Kardiologijos centrai.

VI SKYRIUS

VERTINIMO KRITERIJAI

34. Atsižvelgiant į tai, kad visų kraujotakos sistemos ligų (tame tarpe ir galvos smegenų kraujotakos ligų) rizikos veiksniai yra tie patys, atitinkami vertinimo kriterijai bus taikomi kompleksškai vertinant Sergamumo ir pirmalaikio mirtingumo nuo galvos smegenų kraujotakos ligų mažinimo krypties bei šios krypties įgyvendinimą bei rezultatus (pvz. dėl sergančiųjų arterine hipertenzija hospitalizacijos, gyventojų gyvenamosios pokyčių dėl sveikatos ir kt.).

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

35.1. standartizuoto 0–64 m. amžiaus gyventojų mirtingumo mažėjimas nuo kraujotakos sistemos ligų atskirose amžiaus grupėse, tikslinėse teritorijose;

35.2. tikslinėse teritorijose gyvenančių asmenų, dalyvaujančių Lietuvos širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programoje, apimties didėjimas;

35.3. tikslinių teritorijų gyventojų gyvenamosios pokyčiai dėl sveikatos, pakeičiant gyvenimo būdo veiksniai:

35.3.1. šviežių daržovių ir vaisių suvartojimo kiekio vienam gyventojui pokyčiai (gramais);

35.3.2. mažo fizinio aktyvumo grupei priskirtų suaugusių gyventojų dalies mažėjimas;

35.3.3. kasdien rūkančių gyventojų dalies mažėjimas;

35.3.4. nutukusių ir antsvorį turinčių žmonių dalies mažėjimas;

35.4. tikslinių teritorijų gyventojų ambulatorinių apsilankymų pas kardiologą skaičiaus, tenkančio vienam gyventojui, didėjimas;

35.5. suteiktų telemedicinos paslaugų skaičius tikslinių teritorijų gyventojams;

35.6. kardiologijos paslaugų, suteiktų tikslinių teritorijų gyventojams mobiliosiomis ambulatorijomis, skaičius;

35.7. antrinio lygio ambulatorinių kardiologo sveikatos priežiūros paslaugų suteikimo gyvenamojo vietoje išplėtimas;

35.8. mažėjantis siunčiamų pacientų tretinio lygio kardiologo konsultacijoms skaičius;

35.9. gyventojai, turintys galimybę pasinaudoti pagerintomis sveikatos priežiūros paslaugomis;

35.10. gyventojų laukimo eilės pas kardiologą ambulatorinėms paslaugoms;

35.11. apmokyto personalo (šeimos medicinos paslaugas teikiančių šeimos, vaikų ir vidaus ligų gydytojų, bendruomenės slaugytojų, socialinių darbuotojų, visuomenės sveikatos specialistų, GMP personalo) skaičius;

35.12. parengtų, patvirtintų ir nacionaliniu lygiu taikomų algoritmų, metodikų ir protokolų ir pan. skaičius, skirtų užtikrinti efektyvų sveikatos priežiūros paslaugų organizavimą, teikimą bei valdymą kraujotakos sistemos ligų profilaktikos, kontrolės ir stebėsenos srityje, skaičius;

35.13. savalaikis (kuriems nėra įvykę šie kardiovaskuliniai įvykiai: MI, prieširdžių virpėjimas, ŠN) ištirtų pacientų patekimas į ASPI intervencinėms procedūroms atlikti;

35.14. laiko nuo MI simptomų iki perkutaninės transluminalinės koronarinės angioplastikos sumažėjimas;

35.15. pacientų išgyvenamumas 30 dienų po miokardo infarkto;

35.16. viešąsias sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių įstaigų, kuriose modernizuota paslaugų teikimo infrastruktūra, skaičius;

35.17. tikslinių teritorijų gyventojų, kuriems skirtos ir įgyvendintos informavimo, švietimo ir mokymo kraujagyslių ligų rizikos veiksnių bei šių ligų profilaktikos temomis priemonės, skaičius;

35.18. tikslinių teritorijų gyventojų, šeimos medicinos paslaugas teikiančių gydytojų konsultuotų dėl kraujagyslių ligų rizikos veiksnių ir/ar gydytų nuo šių ligų skaičius;

35.19. ambulatorinių ir stacionarinių paslaugų dėl ŠN santykio kitimas (ambulatorinių paslaugų skaičiaus didėjimas lyginant su stacionarinėmis, išreikštas paslaugų skaičiumi ir išlaidomis);

35.20. pirminių ir kartotinių hospitalizacijų dėl ŠN skaičius vienerių metų bėgyje;

35.21. patekimo ambulatorinei konsultacijai pas kardiologą / šeimos medicinos paslaugas teikiančią gydytoją ankstyvai gydymo korekcijai dėl ŠN po išrašymo iš stacionaro laikas.

VII SKYRIUS

NUMATOMI PASIEKTI REZULTATAI

36. Iki 2023 m. numatoma:

36.1. rezultato rodikliai:

36.1.1. standartizuoto 0–64 m. amžiaus gyventojų mirtingumo rodiklio sumažėjimas tikslinėse teritorijose nuo kraujotakos sistemos ligų, atvejų skaičius/100 000 gyv. nuo 158,91 (2012 m.) iki 105 (2023 m.);

36.1.2. tikslinėse teritorijose gyvenančių asmenų, dalyvaujančių Lietuvos širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos programoje, apimties didėjimas nuo 22,3 proc. (2012 m.) iki 40 proc. (2023 m.);

36.1.3. tikslinių teritorijų gyventojų gyvenamosios pokyčiai dėl sveikatos, pakeičiant gyvenimo būdo veiksniai:

36.1.3.1. nutukusių ir antsvorį turinčių žmonių dalies sumažėjimas (po 0,1 proc. per metus 18–64 m. amžiaus grupėje, lyginant su 2015 m.);

36.1.3.2. šviežių daržovių ir vaisių suvartojimo kiekio vienam gyventojui padidėjimas (po 0,5 proc. per metus 0–64 m. amžiaus grupėje, lyginant su 2015 m.);

36.1.3.3. mažo fizinio aktyvumo grupei priskirtų suaugusių gyventojų dalies sumažėjimas (po 0,2 proc. per metus 18–64 m. amžiaus grupėje, lyginant su 2015 m.);

36.1.3.4. kasdien rūkančių gyventojų dalies sumažėjimas (po 0,1 proc. per metus 15–64 m. amžiaus grupėje, lyginant su 2015 m.);

36.1.4. vidutinio apsilankymų pas gydytojus kardiologus skaičiaus, tenkančio vienam gyventojui, tikslinėse teritorijose didėjimas nuo 0,14 (2012 m.) iki 0,17 (2023 m.);

36.1.5. sumažėjęs vidutinis tikslinių teritorijų pacientų, siunčiamų tretinio lygio konsultacijoms, skaičius nuo 137 (2013 m.) iki 116 (2023 m.) (arba 15 proc.);

36.1.6. antrinio lygio ambulatorinių kardiologo paslaugų, suteiktų tikslinėse teritorijose ar nuotoliniu būdu tikslinių teritorijų gyventojams, dalies didėjimas – ne mažiau kaip 20 proc. nuo suteiktų paslaugų 2013 m.;

36.1.7. laiko nuo MI simptomų iki perkutaninės transluminalinės koronarinės angioplastikos sumažėjimas (reikšmės numatoma nustatyti 2015 metais);

36.1.8. pacientų, išgyvenusių 30 dienų po MI, dalies didėjimas nuo visų gydytų ASPĮ dėl MI (reikšmės bus nustatytos atskiro vertinimo metu);

36.1.9. ambulatorinių kardiologo paslaugų laukimo eilių sutrumpėjimas tikslinėse teritorijose vidutiniškai nuo 19 dienų (2013 m.) iki 15 dienų (2023 m.) (arba 25 proc.);

36.2. produkto rodikliai:

36.2.1. sukurtas ir įdiegtas nacionaliniu lygiu į praktiką inovatyvus ir efektyvus sveikatos paslaugų teikimo, organizavimo ir valdymo modelis, apimantis kraujotakos sistemos ligų profilaktiką, rizikos veiksnių valdymą, savalaikę šių ligų diagnostiką ir efektyvų gydymą – 1;

36.2.2. tikslinių teritorijų gyventojai, turintys galimybę pasinaudoti pagerintomis sveikatos priežiūros kraujotakos sistemos ligų srityje paslaugomis – iki 600 000;

36.2.3. tikslinių teritorijų gyventojų, šeimos medicinos paslaugas teikiančių gydytojų konsultuotų dėl kraujagyslių sistemos ligų rizikos veiksnių ir (ar) gydytų nuo šių ligų, skaičius;

36.2.4. antrinio lygio ambulatorinių kardiologo sveikatos priežiūros paslaugų suteikimo gyvenamoje vietoje išplėtimas tikslinėse teritorijose nuo 20 (2013 m.) iki 23 (2023 m.) savivaldybių;

36.2.5. tikslinių grupių asmenų, kurie dalyvavo informavimo, švietimo ir mokymo bei sveikatos raštingumą didinančiose veiklose, skaičius – apie 20 000;

36.2.6. įgyvendintos bendruomenių, nevyriausybinių organizacijų iniciatyvos (toliau – NVO), skirtos visuomenės sveikatai stiprinti ir ligų prevencijai vykdyti (skaičius);

36.2.7. užtikrintas visuomenės sveikatos paslaugų teikimo efektyvumas tikslinėse teritorijose: ne mažiau kaip 6–10 konsultacijų kraujotakos sistemos ligų prevencijos klausimais/10 000 gyventojų per metus);

36.2.8. užtikrintas sukurtų mobilių paslaugų teikimo efektyvumas, apimtys – ne mažiau 10 konsultacijų per darbo dieną;

36.2.9. medicinos įrangos bei kitų išteklių panaudojimas viešųjų asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimui kraujotakos sistemos ligų srityje ne mažiau kaip 80 proc.;

36.2.10. viešąsias sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių ASPĮ, kuriose modernizuota paslaugų teikimo infrastruktūra, skaičius – 35 įstaigos.

36.2.11. apmokyto personalo (šeimos medicinos paslaugas teikiančių gydytojų, bendruomenės slaugytojų, socialinių darbuotojų, visuomenės sveikatos specialistų, GMP personalo) skaičius: 400 šeimos medicinos paslaugas teikiančių gydytojų, 400 pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros įstaigose dirbančių slaugytojų, 200 GMP personalo 100 socialinių darbuotojų, 20 visuomenės sveikatos specialistų;

36.2.12. parengtų, patvirtintų ir nacionaliniu mastu įdiegtų algoritmų, metodikų ir protokolų ir pan. skaičius, skirtų užtikrinti efektyvų sveikatos priežiūros paslaugų organizavimą, teikimą bei valdymą kraujotakos sistemos ligų profilaktikos, kontrolės ir stebėsenos srityje – ne mažiau kaip 20, kuriuos taiko ne mažiau kaip 90 proc. visų sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių viešąsias sveikatos priežiūros paslaugas kraujotakos sistemos ligų srityje.

VIII SKYRIUS

VYKDYTOJAI

37. Šios krypties priemonių vykdytojai:

37.1. Sveikatos apsaugos ministerija ir (ar) jai pavaldžios įstaigos;

37.2. pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros įstaigos;

37.3 antrinės ambulatorinės ir (ar) stacionarinės kardiologo ar vidaus ligų gydytojo paslaugas teikiančios ASPĮ, atitinkančios apraše nustatytus reikalavimus;

37.4. Vilniaus universitetas, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Klaipėdos universitetas; Mykolo Riomerio universitetas, Valstybinis mokslinių tyrimų institutas Inovatyvios medicinos centras;

37.5. penkių pagrindinių Lietuvos regionų gydymo įstaigos: VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė VšĮ Kauno klinikos, VšĮ Respublikinė Šiaulių ligoninė, VšĮ Respublikinė Panevėžio ligoninė, VšĮ Klaipėdos jūrininkų ligoninė;

37.6. visuomenės sveikatos biurai;

37.7. bendruomenės, NVO;

37.8. specialistų draugijos ir asociacijos, pagal savo įstatus veikiančios kraujotakos sistemos ligų srityje;

37.9. viešieji ir privatūs juridiniai asmenys;

37.10. savivaldybių administracijos.

IX SKYRIUS

BAIGIAMOSIOS NUOSTATOS

38. Šios srities priemonių įgyvendinimui numatoma skirti iki 85 mln. Lt.

39. Siekiant numatytų pokyčių pagal šią Veiksmų plano kryptį, planuojant sveikatos priežiūros paslaugų finansavimą PSDF biudžeto lėšomis, turi būti atsižvelgta į Apraše numatytą sveikatos priežiūros paslaugų plėtrą.

40. Investicijos turėtų padidinti ne tik sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, prieinamumą, bet ir efektyvumą (daugiau paslaugų suteikiama panaudojant tiek pat PSDF lėšų arba suteikiama tiek pat paslaugų panaudojant mažiau PSDF lėšų).

41. Atsižvelgiant į tai, kad visų kraujotakos sistemos ligų (tame tarpe ir galvos smegenų kraujotakos ligų) rizikos veiksniai yra tie patys, kad visuomenės ir šeimos medicinos paslaugas teikiančių įstaigų veikla valdant šiuos rizikos veiksnius yra ta pati, dalis tų pačių priemonių, numatytų Sergamumo ir pirmalaikio mirtingumo nuo galvos smegenų kraujotakos ligų mažinimo krypties apraše bus įgyvendinamos ir šiame Apraše išskirtose tikslinėse teritorijose, išlaikant principą, jog lėšos šioms priemonėms įgyvendinti skiriamos jų nedubliuojant.

42. Prieš skiriant finansavimą infrastruktūros modernizavimui ir įsigijimui, įvertinta esama infrastruktūra, jos panaudojimo efektyvumas bei 2004–2006 ir 2007–2013 m. ES ir kitų finansavimo šaltinių finansuotų veiklų rezultatai šioje srityje.

43. Nuosekliai su investicijomis vykdomas reikalingų pokyčių reglamentavimas.

44. Rezultato rodiklių pasiekimo įvertinimas vykdomas 2019 ir 2023 m. Vertinimo kriterijų stebėseną ir vertinimą vykdomas kasmet. Atsižvelgiant į rodiklių pasiekimo vertinimo rezultatus Apraše numatytos priemonės gali būti peržiūrimos.

45. Šios krypties priemonių įgyvendinimas iki 2022 m. numatomas nuosekliai jas derinant tarpusavyje bei šiuo eiliškumu, lygiagrečiai vykdant visuomenės informavimo ir švietimo veiksmus, visuomenės sveikatos paslaugų prieinamumo gerinimo bei vykdant priemonių įgyvendinimo stebėseną:

45.1. įgyvendintų iniciatyvų / projektų išsamus įvertinimas;

45.2. algoritmų, paslaugų teikimo protokolų ir metodikų prevencijai, diagnostikai, gydymui parengimas;

45.3. sveikatos priežiūros paslaugų teikimo, organizavimo ir valdymo kraujotakos sistemos ligų profilaktikos, diagnostikos, gydymo ir reabilitacijos srityse modelio sukūrimas, įteisinimas;

45.4. specialistų mokymas pagal 45.2 ir 45.3 punktuose parengtus dokumentus;

45.5. priemonių, skirtų tikslinių teritorijų gyventojams įgyvendinimas;

45.6. investicijos į sudėtingiausią pagalbą kraujotakos sistemos ligų atvejais teikiančių ASPĮ pažangią įrangą ir infrastruktūrą;

45.7. Aprašo peržiūrėjimas ir koregavimas pagal poreikį.

SERGAMUMO IR PIRMALAIKIO MIRTINGUMO NUO GALVOS SMEGENŲ KRAUJOTAKOS LIGŲ MAŽINIMO SRITIES APRAŠAS

I SKYRIUS

BENDROSIOS NUOSTATOS

1. Sergamumo ir pirmalaikio mirtingumo nuo galvos smegenų kraujotakos ligų mažinimo srities aprašas (toliau – Aprašas) nustato galvos smegenų kraujotakos ligų profilaktikos, ankstyvosios diagnostikos ir efektyvaus gydymo laiku tikslus, uždavinius bei tarpusavyje suderintas koordinuotas priemones, kurių įgyvendinimas iki 2023 metų sudarytų sąlygas sumažinti Lietuvos gyventojų sergamumą ir priešlaikinį mirtingumą nuo galvos smegenų kraujotakos ligų, mažinant atskirų šalies savivaldybių atsilikimą nuo kitų šalies savivaldybių pagal gyventojų priešlaikinio mirtingumo dėl galvos smegenų kraujotakos ligų rodiklius bei plėtojant efektyvios ir savalaikės pagalbos ištiktiesiems ūminio galvos smegenų insulto sistemą, sudarančią prielaidas mažinti sveikatos priežiūros netolygumus.

2. Apraše vartojamos sąvokos ir jų apibrėžtys:

Arterinė hipertenzija – padidėjęs arterinis kraujo spaudimas;

Dislipidemija – padidėjusi cholesterolio ar jo atskirų frakcijų koncentracija kraujyje;

Insultas – ūminis galvos smegenų kraujotakos sutrikimas, nepatikslintas kaip išeminis arba hemoraginis;

Išeminis insultas – ūminis židininis išeminis galvos smegenų kraujotakos sutrikimas, pasireiškiantis židininiais (nuo pažeidimo vietos priklausomais) simptomais, trunkančiais ilgiau kaip 24 val.;

Tromboembolinės komplikacijos – klinikinės būklės, susijusios su kraujagyslės (arterijos arba venos) užsikimšimu trombu;

Trombolizė – ūminio išeminio insulto gydymo metodas, kurio tikslas – medikamentais (intraveninė ir intraarterinė trombolizė) arba mechaninėmis priemonėmis (perkateterinė trombektomija) atkurti užsikimšusią galvos smegenų kraujagyslę ir atkurti galvos smegenų kraujotaką;

Tikslinės teritorijos – šalies savivaldybės, kuriose standartizuotas 0–64 m. amžiaus gyventojų mirtingumo nuo galvos smegenų kraujotakos ligų (I60-I69) 2007–2011 m. laikotarpiu 20 ir daugiau proc. rodiklis viršijo šio rodiklio Lietuvos vidurkį.

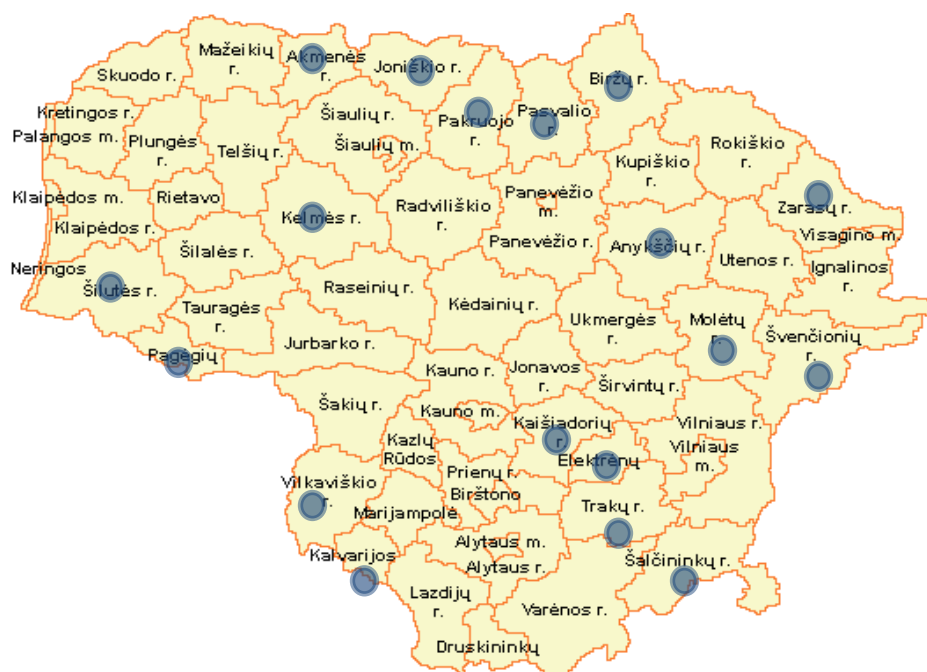
II SKYRIUS

SITUACIJOS ANALIZĖ

3. 2012 m. galvos smegenų kraujotakos ligos (cerebrovaskulinės ligos, I60-I69 (Tarptautinės statistinės ligų ir susijusių sveikatos sutrikimų klasifikacijos dešimtas pataisytas ir papildytas leidimas „Sisteminis ligų sąrašas“ (Australijos modifikacija, TLK-10-AM)) lėmė 13,8 proc. visų mirčių ir 24,4 proc. visų mirčių dėl kraujotakos sistemos ligų (2012 m. Higienos instituto duomenys).

4. Lietuvoje 18 savivaldybių standartizuotas 0–64 m. amžiaus gyventojų mirtingumas dėl galvos smegenų kraujotakos ligų (I60-I69) vidutiniškai per 5 metus (nuo 2007–2011 m.) viršijo šio rodiklio Lietuvos vidurkį 20 ir daugiau procentų.

1 paveikslas. Savivaldybės, kuriose standartizuotas 0–64 m. amžiaus gyventojų mirtingumas dėl galvos smegenų kraujotakos ligų (I60-I69) vidutiniškai per 5 metus nuo 2007–2011 m. viršijo šio rodiklio Lietuvos vidurkį 20 ir daugiau procentų, Higienos instituto duomenys.



5. 2012 m. Higienos instituto duomenimis, galvos smegenų insultai (I60-I64) sudarė 62 proc. visų mirčių dėl smegenų kraujotakos (cerebrovaskulinių) ligų.

6. Palyginti su Europos Sąjungos (toliau – ES) šalimis, standartizuoto mirtingumo nuo galvos smegenų insulto rodiklis 2010 m. tiek tarp Lietuvos vyrų, tiek tarp moterų buvo beveik du kartus didesnis (vyrų – 139/100 000 gyventojų, moterys – 106/100 000 gyventojų) nei ES šalyse (vyrų – 75/100 000 gyventojų, moterys – 58/100 000 gyventojų) (The Organisation for Economic Co-operation and Development duomenys).

7. ES šalyse mirtingumo nuo galvos smegenų insulto rodikliai jau daugelį metų nuolat mažėja, tuo tarpu Lietuvoje tokios tendencijos nestebima. Be to, Lietuvos gyventojų vidutinė gyvenimo trukmė ilgėja, daugėja vyresnio amžiaus žmonių. Kadangi trys ketvirtadaliai visų insultų įvyksta tarp vyresnių kaip 64 m. asmenų, tikėtina, kad ateityje absoliutus insulto skaičius didės. Tai taip pat dar labiau didins sveikatos ir socialinės apsaugos išlaidas.

8. Sveikatos apsaugos ministerijos turimais duomenimis Lietuvos ligoninėse 2012 m. nuo galvos smegenų insulto gydyta daugiau kaip 20 tūkst. ligonių, daugiau kaip 3 tūkst. iš jų mirė. Tai vienas blogiausių rezultatų Europoje.

9. Galvos smegenų insultas yra viena brangiausių neurologinių ligų: 2004 m. Lietuvoje visos tiesioginės ir netiesioginės išlaidos vienam galvos smegenų insulto atvejui sudarė 5800 eurų, o visos tiesioginės ir netiesioginės išlaidos, patirtos dėl galvos smegenų insulto – 58 milijonus eurų (koregavus pagal perkamosios galios paritetą). Netiesioginės išlaidos sudarė apie 19 proc. šios sumos. Šios išlaidos yra apskaičiuotos, remiantis pirminio sergamumo, o ne paplitimo duomenimis, todėl realiai yra dar didesnės (duomenys apskaičiuoti remiantis sveikatos ekonomikos modeliu, kuris naudotas tyrime „Išlaidos dėl galvos smegenų ligų Europoje“ (Išlaidos ligoniams, sergantiems galvos smegenų ligomis, Lietuvoje. Andlin-Sobocki P., Budrys V., Rastenytė D., Jatužis D. Neurologijos seminarai 2005; 4(26): 242-249).

10. Arterinė hipertenzija, prieširdžių virpėjimas, cukrinis diabetas, dislipidemija, amžius, mažas fizinis aktyvumas, rūkymas, alkoholio vartojimas, paveldimumas, nutukimas, nesubalansuota mityba (gausus druskos, gyvulinių riebalų vartojimas, mažas daržovių ir vaisių, skaidulinių medžiagų, kalio vartojimas) yra nepriklausomi insulto rizikos veiksniai. Todėl siekiant mažinti galvos smegenų insulto riziką būtina keisti tam tikrus gyvenimo būdo veiksnius (mažinti suvartojamos druskos kiekį iki Pasaulio sveikatos organizacijos (toliau – PSO) rekomenduojamo 5 g per dieną, didinti fizinį aktyvumą, valgyti daug vaisių, daržovių, maistą, kuriame mažiau sočiųjų riebalų ir riboti alkoholio vartojimą, nerūkyti) ir gydyti kitas ligas arba būkles, didinančias insulto riziką.

11. PSO duomenimis, Lietuva priskiriama didelės rizikos sirgti širdies ir kraujagyslių ligomis šalims: arterinė hipertenzija serga apie 60 proc. 25–64 m. Lietuvos vyrų ir apie 55 proc. moterų, rūko apie 48 proc. vyrų ir apie 18 proc. moterų, fiziškai neaktyvūs – apie 70 proc. vyrų ir moterų, antsvorį turi 60 proc. vyrų ir 50 proc. moterų, nutukimą – 23 proc. vyrų ir 30 proc. moterų. Didelės širdies ir kraujagyslių ligų rizikos programos duomenimis, dislipidemija nustatoma 88,8 proc. Lietuvos vidutinio amžiaus žmonių (vyrų 40–54 m., moterų 50–64 m.), cukrinis diabetas – 10,3 proc., pilvinio tipo nutukimas – 45,4 proc. žmonių (Laucevičius A, Rinkūnienė E, Skorniakov V, Petrulionienė Z, Kasiulevičius V, Jatužis D, Ryliškytė L, Badarienė J, Klumbienė J, Slapikas R, Kizlaitis R; Steering Committee of the LitHiR programme. [High-risk profile in a region with extremely elevated cardiovascular mortality](#). Hellenic J Cardiol 2013;54(6):441-7).

12. Pigiausias insulto gydymas yra jo profilaktika: net apie 30 proc. visų insultų būtų galima išvengti vien tik efektyviai gydant arterinę hipertenziją. Mokslinių tyrimų duomenimis, 2007 m. Lietuvoje arterinė hipertenzija efektyviai gydyta tik apie 2,6 proc. 25–64. amžiaus vyrų ir apie 5,6 proc. to paties amžiaus moterų, kurių arterinis kraujo spaudimas yra padidėjęs.

13. Vienas stipriausių išeminio insulto sukeliančių rizikos veiksnių, apie 4–5 kartus padidinantis tromboembolinių komplikacijų ir insulto riziką, yra prieširdžių virpėjimas (kartu esant reumatiniam vožtuvų pažeidimui rizika padidėja – iki 17 kartų). Jis laikomas 20 proc. visų insultų priežasčių. Mirtingumas nuo prieširdžių virpėjimo sukulto išeminio insulto yra beveik 2 kartus didesnis nei nuo kitų išeminių insultų, be to, po prieširdžių virpėjimo sukulto išeminio insulto išlieka didesnė negalia ir dažnesni pakartotiniai insultai.

14. Nors insultas yra viena dažniausių ilgalaikės negalios ir mirties priežasčių, tačiau jo problemoms spręsti Lietuvoje iki šiol buvo skiriama mažiau dėmesio ir lėšų, lyginant su kitomis kraujagyslių ligomis. Sergančiųjų galvos smegenų insultu situaciją Lietuvoje dar labiau apsunkina tai, kad, remiantis pastarųjų metų tyrimais, Centrinės ir Rytų Europos šalyse įvykęs „vidutinis“ insultas yra sunkesnis nei Vakarų Europos šalyse – tai reiškia, kad po jo sudėtingiau atkurti sveikatos būklę ir galimas didesnis laipsnis neįgalumas. Specializuotas insulto gydymas (trombolizė) leidžia sumažinti ilgalaikę išeminio insulto sukeltą negalią (The National Institute of Neurological Disorders and Stroke rt-PA Stroke Study Group: tissue plasminogen activator for acute ischaemic stroke. N Engl J Med 1995; 333: 1581-7 ir Hacke W., Kaste M., , Bluhmki E., et al. Thrombolysis with Alteplase 3 to 4.5 Hours after Acute Ischemic Stroke. N Eng J Med. 2008;359: 1317-29). Lietuvoje trombolizė taikoma labai mažai ligonių, patyrusių ūminį išeminį insultą, daliai. Tai lemia ne tik sunki neurologinė būklė atvykus arba sunkios gretutinės ligos, bet ir pavėluotas ligonių atvykimas į specializuotą gydymo įstaigą (insulto gydymo centrą). Dažnai pavėluotai atvykstama dėl nepakankamų visuomenės žinių apie insultą ir jo pirmuosius požymius, taip pat nepakankamos ligonių transportavimo logistikos (Slautaitė I., Vilionskis A., Šumkauskaitė M. Ką mūsų visuomenė žino apie insultą? Neurologijos seminarai 2007; 11(31): 35-38 ir A. Vilionskis, V. Lukošaitis, O. Knoknerienė, R. Balčytytė, N. Tutlienė, M. Filipavičius, D. Jatužis, V. Budrys. Intraveninės trombolizės pritaikymas kasdienėje klinikinėje praktikoje Vilniaus miesto ir rajono ligoniams, sergantiems ūminiu išeminiu insultu. Neurologijos seminarai. 2013;17:150-4.).

15. Vertinant kitų šalių patirtį trombolizės dažnis svyruoja plačiai, tačiau siekia 10 proc., dažniausia 2,4–7,0 proc., neretai nesiekia 3 proc. (Šaltinis Paul et al. Implementation Science 2014, 9:38-50; Etgen T, et al. Multimodal strategy in the successful implementation of a stroke unit in a community hospital. Acta Neurol Scand 2011;123:390-395).

16. Kadangi dėl ūminio insulto labai greitai ir negrįžtamai gali būti pažeistos galvos smegenys ūminiam insultui gydyti reikia ypač didelio operatyvumo, kuris įmanomas tik koordinuojant įvairių lygių tarnybų ir specialistų veiklą ir integruojant ją į bendrą, aiškiai apibrėžtą ir darniai funkcionuojančią sistemą, užtikrinančią šiuolaikinius standartus atitinkantį ūminio insulto gydymą visiems (ne tik didžiųjų miestų) gyventojams. 2013 m. tokia sistema pradėta kurti Lietuvoje, Siekiant gerinti veiksmingiausių ūminio insulto gydymo metodų prieinamumą šalies regionuose, Lietuvoje tokia sistema pradėta kurti 2013 m. Panašaus pobūdžio projektai, skirti

įvairių lygių tarnyboms į optimizuotą ūminio insulto diagnostikos ir gydymo tinklą integruoti, sėkmingai buvo ir yra vykdomi daugelyje šalių, pvz.: *National Breakthrough Collaborative Improvement project (Nyderlandai)*, *Finish Telestroke (Suomija)*; *Telemedical Project for Integrative Stroke Care (TEMPiS) (Vokietija)*; *Model of Stroke Care 2012 (Australija)*; *Northeast Cerebrovascular Consortium (JAV)*, ir t. t.

17. Sveikatos priežiūros sistemai didžiulę naštą lemia ilga pacientų, patyrusių insultą, gydymo trukmė ir sunkus neįgalumas. Įrodyta, kad medicininė reabilitacija, ypač ankstyvoji, gali sumažinti ligonių, kurie lieka priklausomi nuo kitų asmenų, skaičių (Išeminis insultas. Profilaktika ir gydymas. Europos galvos smegenų insulto iniciatyvinės grupės EUSI rekomendacijos 2003). Medicininė reabilitacija, pradėta vykdyti anksti po persirgto galvos smegenų insulto, sudaro prielaidas sumažinti liekamųjų reiškinį apimtis, neįgalumo laipsnį ir tokiu būdu padidinti galimybes visaverčiam grįžimui į darbo rinką ir aktyvų visuomeninį gyvenimą. Lietuvoje specializuotą stacionarinę patyrusių galvos smegenų insultą ligonių medicininę reabilitaciją vykdo šiems ligoniams pagalbą teikiančios asmens sveikatos priežiūros įstaigos (toliau – ASPĮ) ir reabilitacijos centrai, tačiau įstaigų naudojama šių paslaugų teikimui infrastruktūra pasenusi ir nudėvėta, neatitinka šiuolaikinių reikalavimų, todėl būtinos investicijos į šios srities paslaugų prieinamumo ir efektyvumo didinimą.

18. Galvos smegenų kraujagyslių ligų ir jų sukeltų komplikacijų kontrolei turi reikšmės socialiniai ekonominiai veiksniai, sveikatos priežiūros prieinamumo ir kokybės netolygumai. Asmenys, pagal pajamas priklausantys žemutiniams socialiniams sluoksniams ir gaunantys prastesnės kokybės sveikatos priežiūros paslaugas, dažniau hospitalizuojami pavėluotai ir patiria daugiau komplikacijų. Kitų šalių praktika rodo, kad taikant efektyvias ir mokslo įrodymais pagrįstas kompleksines pirminės ir antrinės profilaktikos, gydymo bei reabilitacijos priemones, galima išvengti nemažos dalies ankstyvų mirčių ir neįgalumo, tokiu būdu padidinti darbingo amžiaus žmonių galimybes dalyvauti darbo rinkoje bei užkirsti kelią asmens ir (arba) jo šeimos narių socialinei atskirčiai dėl ligos praradus darbą, mažinti valstybės išlaidas sveikatos priežiūrai ir socialinėms išmokoms.

19. Lietuvoje trūksta mokslinių duomenų apie galvos smegenų kraujotakos ligų rizikos veiksnius, jų priežastis ir paplitimą tarp šalies gyventojų, taip pat galvos smegenų kraujotakos ligų prevencijos ir kontrolės srityje retai taikomi inovatyvūs metodai, technologijos bei sprendimai, todėl būtina skatinti tyrimus, nuodugniai nagrinėjančius įvairius socialinius ir ekonominius, elgsenos bei aplinkos veiksnius, galinčius turėti įtakos sergamumo ir mirtingumo rodiklių pokyčiams, skatinti bei šios srities inovacijas.

III SKYRIUS

TIKSLAS

20. Šios Veiksmų plano krypties tikslas – sumažinti Lietuvos gyventojų pirmalaikį mirtingumą nuo galvos smegenų kraujotakos ligų, mažinant atskirų šalies savivaldybių atsilikimą nuo kitų šalies savivaldybių pagal gyventojų pirmalaikio mirtingumo nuo galvos smegenų kraujotakos ligų rodiklius bei plėtojant efektyvios ir savalaikės pagalbos ištiktiesiems ūminio galvos smegenų insulto sistemą, sudarančią prielaidas mažinti sveikatos priežiūros netolygumus.

IV SKYRIUS

UŽDAVINIAI

21. Tikslui pasiekti nustatomi šie uždaviniai:

21.1. padidinti kompleksinių profilaktinių ir rizikos veiksnių valdymo priemonių prieinamumą ir efektyvumą tikslinių teritorijų gyventojams;

21.2. pagerinti ankstyvąją galvos smegenų kraujotakos ligų diagnostiką tikslinių teritorijų gyventojams ir plėtoti efektyvios ir savalaikės pagalbos ištiktiesiems ūminio galvos smegenų insulto sistemą, sudarančią prielaidas mažinti sveikatos priežiūros netolygumus;

21.3. skatinti mokslinius tyrimus ir inovacijas galvos smegenų kraujotakos ligų prevencijos ir kontrolės bei stebėsenos srityje.

V SKYRIUS

PRIEMONĖS UŽDAVINIAMS ĮGYVENDINTI

22. Numatomos įgyvendinti priemonės bus orientuojamos į tikslines teritorijas, tačiau siekiant sukurti bendrą efektyviai ir savalaikiai funkcionuojančią pagalbos ištiktiesiems ūminio galvos smegenų insulto teikimo sistemą Lietuvoje, tam tikrų priemonių įgyvendinimas apims ir sisteminius sprendimus, apimančius visos Lietuvos gyventojų sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo didinimą.

23. Įgyvendinant uždavinį – padidinti kompleksinių profilaktinių bei rizikos veiksnių valdymo priemonių prieinamumą ir efektyvumą tikslinių teritorijų gyventojams, numatoma:

23.1. sukurti ir įdiegti asmens sveikatos priežiūros pirminės grandies bei savivaldybių visuomenės sveikatos biurų veiklos integravimo modelį, skirtą kraujotakos sistemos ligų rizikos grupių pacientų sveikatos stiprinimui bei jų sveikatos būklės stebėjimui (priemonės įgyvendinimas derinamas su Sergamumo ir pirmalaikio mirtingumo nuo kraujotakos sistemos ligų mažinimo kryptimi);

23.2. plėtoti visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas, orientuotas į tikslinių teritorijų gyventojus ir jų informavimą, švietimą ir mokymą smegenų kraujotakos ligų rizikos veiksnių bei šių ligų profilaktikos temomis (sveikatos informacijos sklaida bei sveikos gyvensenos įgūdžių formavimo priemonių įgyvendinimas (nukreiptas į žinių apie insulto rizikos veiksnius ir jų korekcijos galimybes sklaidą visuomenėje, mokymą atpažinti pirmuosius galvos smegenų kraujotakos sutrikimo požymius bei neatidėliotinos medicinos pagalbos būtinybę), pasitelkiant žiniasklaidą, švietimo ir kitas ugdymo bei sveikatos priežiūros įstaigas, nevyriausybines organizacijas ir pan.):

23.2.1. įgyvendinti iniciatyvas, skirtas tikslinių teritorijų gyventojų sveikos mitybos įgūdžiams ugdyti: skatinti vartoti kuo daugiau daržovių ir vaisių, taip pat rinktis produktus su kuo mažesniu gyvulinių riebalų, cukraus ir druskos kiekiu. Priemonės įgyvendinimas derinamas su Sergamumo ir pirmalaikio mirtingumo nuo kraujotakos sistemos ligų mažinimo krypties apraše numatytais atitinkamomis priemonėmis. Vykdytojai: Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras; nevyriausybinių organizacijų (toliau – NVO), bendruomenės; savivaldybių visuomenės sveikatos biurai bei pirminės sveikatos priežiūros (šeimos gydytojo) grandies institucijos;

23.2.2. surinkti mokslinius įrodymus apie rūkymo paplitimui mažinti taikomas veiksmingas intervencijas, parengti rekomendacijas dėl veiksmingų intervencijų įgyvendinimo praktikoje, skleisti informaciją apie metimo rūkyti galimybes ir metodikas; informuoti rūkančius ir nerūkančius apie tabako dūmų aplinkoje galimas neigiamas pasekmes sveikatai. Vykdytojai: savivaldybių visuomenės sveikatos biurai, Valstybinis psichikos sveikatos centras, Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras, Higienos institutas;

23.2.3. skleisti informaciją apie alkoholio vartojimo žalą skatinant vartoti kuo mažiau alkoholinių gėrimų. Galimi vykdytojai: savivaldybių visuomenės sveikatos biurai, Valstybinis psichikos sveikatos centras, Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras;

23.2.4. surinkti mokslinius įrodymus apie fizinio aktyvumo didinimui taikomas veiksmingas intervencijas ir parengti rekomendacijas dėl veiksmingų intervencijų įgyvendinimo praktikoje, remti projektus, skirtus plėtoti ir įgyvendinti įvairias fizinio aktyvumo veiklas bei renginius skatinant, kad juose dalyvautų kuo daugiau asmenų. Priemonės įgyvendinimas derinamas su Sergamumo ir pirmalaikio mirtingumo nuo kraujotakos sistemos ligų mažinimo krypties apraše numatytais atitinkamomis priemonėmis. Vykdytojai: Lietuvos sporto universitetas, Higienos institutas, savivaldybių visuomenės sveikatos biurai, savivaldybės, seniūnijos, NVO, verslo įmonės;

23.2.5. remti projektus, skatinančius sveikatos priežiūros specialistų, NVO ir kitų socialinių partnerių bendradarbiavimą įgyvendinant informavimo ir mokymo projektus hipertenzijos ir insultų prevencijos, sveikos gyvensenos srityse. Vykdytojai: savivaldybių visuomenės sveikatos

biurai, savivaldybės, seniūnijos, pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros įstaigos, NVO, verslo įmonės;

23.2.6. skleisti žinias apie smegenų kraujotakos ligų priežastis (rizikos veiksnius), pirminę profilaktiką, ankstyvuosius insulto požymius visuomenei bei tikslinių grupių asmenims, taip pat transliuojant per nacionalinės, regioninės ir komercinius televizijos kanalus. Vykdytojai: Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras, savivaldybių visuomenės sveikatos biurai, pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros įstaigos;

23.2.7. parengti ir išleisti informacinę-metodinę medžiagą, skirtą tikslinių grupių asmenims, apie ankstyvuosius insulto požymius ir pirmąją pagalbą, kuri bus platinama per pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros įstaigas, savivaldybių visuomenės sveikatos biurus. Vykdytojai: Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Vilniaus universitetas, Klaipėdos universitetas, Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras;

23.2.8. vykdyti skleidžiamos informacijos efektyvumo, priimtumo stebėseną (vertinimus bei tyrimus), siekiant, kad įgyvendinama veikla sąlygotų prevencijos žinomumą bei gyvensenos pokyčius tikslinėse teritorijose. Vykdytojai: Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras, Higienos institutas, savivaldybių visuomenės sveikatos biurai;

23.3. gerinti visuomenės sveikatos priežiūros specialistų, šeimos medicinos paslaugas teikiančių gydytojų, greitosios medicinos pagalbos darbuotojų (paramedikų, operatorių, gydytojų), slaugytojų, kitų sveikatos priežiūros specialistų (gydytojų neurologų, kardiologų, radiologų, kraujagyslių chirurgų, fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojų bei asmens sveikatos priežiūros įstaigų priėmimo-skubiosios pagalbos skyriuose dirbančių gydytojų ir slaugytojų) žinias apie galvos smegenų insulto rizikos veiksnius ir jų korekcijos galimybes, ankstyvuosius galvos smegenų insulto požymius ir pagrindinius galvos smegenų kraujotakos ligų ankstyvosios diagnostikos ir gydymo principus, komplikacijų prevenciją, apmokant juos dirbti pagal naujai parengtus ir patvirtintus algoritmus, paslaugų teikimo protokolus ir metodikas, siekiant efektyvesnės insulto prevencijos, diagnostikos, gydymo ir reabilitacijos bei šių specialistų efektyvaus dalyvavimo sveikatos priežiūros paslaugų teikime. Sveikatos priežiūros specialistų mokymai visų pirma organizuojami tikslinėse teritorijose veikiančių visuomenės ir asmens sveikatos priežiūros įstaigų specialistams bei integruotą pagalbą insultų atvejais teikiančių asmens sveikatos priežiūros įstaigų atitinkamiems specialistams, tačiau numatant galimybes pagal poreikį įtraukti ir kitų savivaldybių sveikatos priežiūros įstaigose dirbančius specialistus. Kvalifikacijos kėlimo kursai turi būti organizuojami pagal visuotinai pripažįstamus tarptautinius standartus, numatant profesinių sveikatos priežiūros specialistų draugijų dalyvavimą. Vykdytojai: Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Vilniaus universitetas, Klaipėdos universitetas, Slaugos darbuotojų tobulinimosi ir specializacijos centras. Kvalifikacijos tobulinimas numatomas pagal lentelėje numatytą planą:

Kvalifikacijos kėlimo planas insulto prevencijos, diagnostikos, gydymo bei reabilitacijos srityse planas			
Kursų organizatoriai: Lietuvos sveikatos mokslų universitetas (Kauno, Marijampolės, Šiaulių, Telšių, Tauragės ir Klaipėdos apskritys), taip pat Klaipėdos universitetas (išskyrus gydytojų kvalifikacijos tobulinimą)		Kursų organizatoriai: Vilniaus universitetas (Vilniaus, Utenos, Panevėžio, Alytaus apskritys) taip pat Klaipėdos universitetas (išskyrus gydytojų kvalifikacijos tobulinimą)	
2015–2018 metais		2015–2018 metais	
Specialistai, kuriems skirti kvalifikacijos tobulinimo kursai	Preliminarus kvalifikacijos kursus baigusių specialistų skaičius	Specialistai, kuriems skirti kvalifikacijos tobulinimo kursai	Preliminarus kvalifikacijos kursus baigusių specialistų skaičius
Šeimos medicinos paslaugas teikiantys	120	Šeimos medicinos paslaugas teikiantys	120

gydytojai		gydytojai	
GMP darbuotojai	50	GMP darbuotojai	50
Priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių gydytojai ir slaugytojai	90	Priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių gydytojai ir slaugytojai	90
Gydytojai neurologai, kardiologai, radiologai, kraujagyslių chirurgai	50	Gydytojai neurologai, kardiologai, radiologai, kraujagyslių chirurgai	50
Fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojai	20	Fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojai	20
Visuomenės sveikatos priežiūros specialistai	20	Visuomenės sveikatos priežiūros specialistai	20
2019–2022 metais		2019–2022 metais	
Šeimos medicinos paslaugas teikiantys gydytojai	150	Šeimos medicinos paslaugas teikiantys gydytojai	150
GMP darbuotojai	50	GMP darbuotojai	50
Priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių darbuotojai	50	Priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių darbuotojai	50
Gydytojai neurologai, kardiologai, radiologai, kraujagyslių chirurgai	50	Gydytojai neurologai, kardiologai, radiologai, kraujagyslių chirurgai	50
Fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojai	15	Fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojai	15
Visuomenės sveikatos priežiūros specialistai	10	Visuomenės sveikatos priežiūros specialistai	10
Kursų organizatorius: Slaugos darbuotojų tobulinimosi ir specializacijos centras ir (ar) Klaipėdos universitetas			
2015–2018 metais		2015–2018 metais	
Slaugytojos	150	Slaugytojos	150
2019–2022 metais		2019–2022 metais	
Slaugytojos	50	Slaugytojos	50

23.4. pagal pagrįstą poreikį investuoti į:

23.4.1. visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų tikslinėse savivaldybėse infrastruktūrą, kuri prisidėtų prie efektyvaus informavimo, švietimo, mokymo galvos smegenų kraujotakos ligų rizikos veiksnių bei šių ligų profilaktikos temomis: remti savivaldybių visuomenės sveikatos biurų modernizavimą (materialinės bazės kūrimą), investuojant į patalpų atnaujinimą ir pritaikymą, darbo vietų įrengimą (kompiuterių bei programinės įrangos, biuro baldų ir kitos įrangos įsigijimą) bei transporto, ryšių priemonių įsigijimą. Šios investicijos privalo būti derinamos įvertinant 2007–2013 m. ES struktūrinių fondų bei Norvegijos paramos investicijas šiai sričiai. Vykdytojai: savivaldybių visuomenės sveikatos biurai;

23.4.2. tikslinių savivaldybių pirminėms ambulatorinėms sveikatos priežiūros įstaigoms reikalingą infrastruktūrą, kuri prisidėtų prie efektyvaus ir savalaikio galvos smegenų kraujotakos

ligų rizikos veiksnių nustatymo, jų šalinimo ar ribojimo (šios investicijos privalo būti derinamos įvertinant 2004–2006 m. ir 2007–2013 m. ES struktūrinių fondų, Norvegijos paramos bei Valstybės investicijų programos investicijas šiai sričiai). Vykdytojai: pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros įstaigos, savivaldybių administracijos:

23.4.2.1. aprūpinti pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigas diagnostine įranga (portatyviaisiais EKG aparatais su duomenų perdavimo galimybe, kraujo krešėjimo rodiklių – tarptautinio normalizuoto santykio (INR) ir protrombino laiko (PT) matuokliais, ilgalaikio EKG stebėjimo įranga, pagrįstais atvejais finansuoti šeimos medicinos paslaugų teikimui skirtų patalpų atnaujinimą/įrengimą (priemonės įgyvendinimas derinamas su Sergamumo ir pirmalaikio mirtingumo nuo kraujotakos sistemos ligų mažinimo kryptimi);

23.4.2.2. finansuoti elektroninių Sveikatos apsaugos ministerijos nustatytų formų (Nr. 027/a, Nr. 028-1/a) įdiegimą pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigose - šių formų pagalba būtų įdiegta elektroninė paciento registracija, užtikrinta siunčiamų duomenų peržiūra, vertinimas ir atgalinis ryšys, sukurti „žalieji koridoriai“ pacientams, reikalingiems skubios neurologo pagalbos;

23.4.2.3. aprūpinti pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigas telekonsultavimo technine ir programine įranga, skirta įdiegti ir plėtoti telekonsultacijų paslaugas tarp šeimos gydytojų ir specialistų siekiant geresnės poinsultinės priežiūros;

23.4.2.4. automobiliais, skirtais šeimos medicinos paslaugas teikiančių gydytojų konsultacijoms, pacientų lankymui, pavežimui;

23.4.3. šeimos gydytojų parengimą ir pritraukimą į tikslines savivaldybes, kur yra jų pasiskirstymo trūkumas.

24. Įgyvendinant uždavinį – pagerinti ankstyvą galvos smegenų kraujotakos sutrikimų diagnostiką tikslinių teritorijų gyventojams bei plėtoti efektyvios ir savalaikės pagalbos ištiktiesiems ūminio galvos smegenų insulto sistemą, sudarančią prielaidas mažinti sveikatos priežiūros netolygumus – numatoma:

24.1. siekiant pagerinti galvos smegenų insulto prevencijos ir gydymo paslaugų kokybę ir prieinamumą, numatoma sukurti, išbandyti bei įdiegti nacionaliniu lygiu efektyvaus ūminio insulto prevencijos, diagnostikos, gydymo priemonių ir metodų taikymo apimčių sveikatos priežiūros įstaigose modelį, apimančią insulto profilaktiką, diagnostiką, gydymą bei ankstyvos reabilitacijos grandis. Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija, Valstybinė ligonių kasa prie SAM, sveikatos apsaugos ministro įsakymu patvirtintos asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigos;

24.2. atsižvelgiant į tai, kad ūminio insulto gydymas dėl labai greito ir negrįžtamo galvos smegenų pažeidimo reikalauja ypatingo operatyvumo, kuris įmanomas tik koordinuojant ir integruojant įvairių lygių tarnybų ir specialistų veiklą į vieningą, aiškiai apibrėžtą ir darniai funkcionuojančią sistemą, užtikrinančią šiuolaikinius standartus atitinkantį ūminio insulto gydymą, efektyvios ir savalaikės pagalbos ištiktiesiems ūminio galvos smegenų insulto sistema Lietuvos teritorijoje bus plėtojama taip, kad operatyvi ir profesionali pagalba ligoniams būtų prieinama nepriklausomai nuo jų gyvenamosios vietos:

24.2.1. ASPI, kurios ūminio galvos smegenų insulto atveju organizuoja reikalingą pagalbą (nurodytos Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. sausio 20 d. įsakyme Nr. V-40 „Dėl Ūminio galvos smegenų insulto diagnostikos ir gydymo insulto gydymo centruose tvarkos aprašo patvirtinimo“) privalo turėti būtiną įrangą bei priemones, skirtas užtikrinti koordinuotus veiksmus bei standartizuotą kokybišką diagnostiką, gydymą bei pacientų stebėseną, atitinkančią šiuolaikiniais įrodymais grįstos medicinos reikalavimus ir sudarančią galimybę pagerinti pacientams teikiamų paslaugų kokybę bei pagerinti personalo darbo sąlygas. Įvertinus turimus asmens sveikatos priežiūros įstaigų išteklius, jų panaudojimo efektyvumą, vadovaujantis parengtais insulto diagnostikos ir gydymo algoritmais ir metodikomis pagal pagrįstą poreikį numatoma aprūpinti aukščiausio lygio integruotą sveikatos priežiūrą insulto atvejais teikiančias asmens sveikatos priežiūros įstaigas (VŠĮ Respublikinė Vilniaus universitetinė ligoninė, VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė VŠĮ Kauno klinikos, VŠĮ Klaipėdos jūrininkų ligoninė) (toliau – Insulto centrai), antrinio lygio integruotą sveikatos priežiūrą insultų atvejais teikiančias ASPI (VŠĮ Respublikinė Šiaulių ligoninė, VŠĮ Respublikinė Panevėžio ligoninė) bei likusių Lietuvos apskričių centruose esančių

asmens sveikatos priežiūros įstaigų, kurios insultų atvejais būtų kaip papildomi pagalbos taškai (VšĮ Alytaus apskrities S. Kudirkos ligoninė, VšĮ Utenos ligoninė, VšĮ Marijampolės ligoninė, VšĮ Telšių ligoninė, VšĮ Tauragės ligoninės) – (toliau – tarpinės pagalbos ligoninės) paslaugų teikimui reikalinga įranga. Taip pat pagal pagrįstą poreikį investuoti į šioms paslaugoms teikti naudojamų patalpų atnaujinimą ir pritaikymą; Vykdytojai: Insultų centrai, antrinio lygio integruotą sveikatos priežiūrą insultų atvejais teikiančios ASPĮ, tarpinės pagalbos ligoninės;

24.2.2. tobulinti pacientų transportavimo ir greitosios medicinos pagalbos (toliau – GMP) tarnybų veiklą bei modernizuoti infrastruktūrą, siekiant užtikrinti neatidėliotiną ir kokybišką pagalbą pacientams, patyrusiems ūminį galvos smegenų kraujotakos sutrikimą. Šiam tikslui reikalinga:

24.2.2.1. 10 Lietuvos apskričių centrų asmens sveikatos priežiūros įstaigas (Insultų centrus, antrinio lygio integruotą sveikatos priežiūrą insultų atvejais teikiančias asmens sveikatos priežiūros įstaigas bei tarpinės pagalbos ligonines) įvertinus 2007–2013 m. ES struktūrinių fondų investicijas į C tipo GMP automobilius minėtoms įstaigoms skubiai konsultacinei pagalbai teikti, jų panaudojimo efektyvumą, aprūpinti iki 11 C tipo GMP automobilių (reanimobilių), kurie bus skirti aptarnauti konkrečios apskrities gyventojus bei pacientų transportavimui į specializuotus ūminio galvos smegenų insulto diagnostikos ir gydymo insulto centrus. Įvertinus naujai įsigytų automobilių panaudojimo veiklos efektyvumą, spręsti dėl papildomų automobilių įsigijimo. Šie įsigyti automobiliai taip pat būtų naudojami kraujotakos sistemos ligų bei traumų ir nelaimingų atsitikimų sąlygotų būklių atvejais pacientų transportavimui bei skubios pagalbos teikimui įgyvendinant sukurtus inovatyvius ir efektyvius paslaugų teikimo modelius. Vykdytojas – Sveikatos apsaugos ministerija;

24.2.2.2. pagal pagrįstą poreikį modernizuoti tikslinių teritorijų GMP stočių ir skyrių infrastruktūrą bei GMP automobilių parką (GMP automobilių parko atnaujinimas bus vykdomas centralizuotai per šią Veiksmų plano įgyvendinimo kryptį apimant šių automobilių poreikį pagal kitas šio Veiksmų plano kryptis (t. y. Sergamumo ir pirmalaikio mirtingumo nuo kraujotakos sistemos ligų mažinimo, Traumų ir nelaimingų atsitikimų profilaktikos, neįgalumo ir mirtingumo nuo išorinių priežasčių mažinimo) bei siekiant integruotai mažinti netolygumus skubios ir kokybiškos pagalbos pacientams prieinamumo atžvilgiu). Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija, tikslinių teritorijų GMP stotys ir skyriai;

24.2.2.3. tikslinių teritorijų rajonines ligonines bei tarpinės pagalbos ligonines aprūpinti A tipo automobiliais pacientams transportuoti (pagal poreikį bei įvertinus 2007–2013 m. ES struktūrinių fondų investicijas šioje srityje bei jau įsigytų automobilių panaudojimo efektyvumą). Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija ir (ar) jai pavaldžios įstaigos, tikslinių teritorijų rajoninės ligoninės, tarpinės pagalbos ligoninės;

24.2.2.4. aprūpinti GMP automobilius moderniomis ryšio priemonėmis ir įranga, įdiegti juose duomenų perdavimui skirtą programinę ir techninę įrangą;

24.2.2.5. B kategorijos GMP automobilių atnaujinimas bus vykdomas pagal atskirais Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymais patvirtintus Greitosios medicinos pagalbos automobilių parko atnaujinimo strateginius dokumentus;

24.2.3. plėtoti insultą patyrusių ligonių mokslo įrodymais pagrįstos reabilitacijos paslaugų teikimą. Siekiant užtikrinti būtinąsias ir geros kokybės medicininės reabilitacijos paslaugas bei tinkamą medicininės reabilitacijos organizavimą, paslaugų prieinamumą, skatinti teikti ambulatorinės reabilitacijos paslaugas. 2007–2013 m. Europos Sąjungos struktūrinių fondų lėšomis buvo finansuoti ASPĮ projektai, skirti ambulatorinės grandies (taip pat ir ambulatorinės reabilitacijos) plėtrai. 2014–2020 m. periodu numatoma plėtoti antrinio ir tretinio lygio stacionarines reabilitacijos paslaugas sudėtingos sveikatos būklės pacientams, sergantiems galvos smegenų kraujotakos ligomis. Šiam tikslui numatoma:

24.2.3.1. aprūpinti ASPĮ, teikiančias antrinio lygio stacionarines medicininės reabilitacijos paslaugas pacientams, sergantiems galvos smegenų kraujotakos ligomis, būtinomis reabilitacijos priemonėmis bei įranga, atnaujinti patalpas, kuriose teikiamos šios paslaugos. Antrinio lygio stacionarinės medicininės reabilitacijos paslaugos pacientams, sergantiems galvos smegenų kraujotakos ligomis, Lietuvoje visiems gyventojams teikiamos VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikose, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninėje VšĮ Kauno klinikose, VšĮ

Respublikinėje Vilniaus universitetinėje ligoninėje, VšĮ Alytaus apskrities S. Kudirkos ligoninėje, VšĮ Jurbarko ligoninėje, VšĮ Klaipėdos jūrininkų ligoninėje, VšĮ Marijampolės ligoninėje, VšĮ Palangos reabilitacijos ligoninėje, VšĮ Panevėžio ligoninėje (įskaitant Likėnų reabilitacijos sk.), VšĮ Respublikinėje Šiaulių ligoninėje, VšĮ Regioninėje Telšių ligoninėje, VšĮ Utenos ligoninėje, VšĮ Abromiškių reabilitacijos ligoninėje. Vykdytojai: ASPI, teikiančios antrinio lygio stacionarines medicinines reabilitacijos paslaugas pacientams, sergantiems galvos smegenų kraujotakos ligomis;

24.2.3.2. aprūpinti ASPI, teikiančias tretinio lygio stacionarines medicinines reabilitacijos paslaugas pacientams, sergantiems galvos smegenų kraujotakos ligomis, reabilitacijos priemonėmis bei įranga, būtinomis užtikrinti pilnavertę bei aukštos kokybės reabilitaciją, atnaujinti patalpas. Tretinio lygio stacionarines medicinines reabilitacijos paslaugas pacientams, sergantiems smegenų kraujotakos ligomis, Lietuvoje visiems gyventojams teikiamos VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų Reabilitacijos, fizinės ir sporto medicinos centre, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės VšĮ Kauno klinikų Reabilitacijos klinikoje, VšĮ Klaipėdos jūrininkų ligoninėje, VšĮ Palangos reabilitacijos ligoninėje. Pagerėjus tretinio lygio stacionarių medicininių reabilitacijos paslaugų kokybei būtų sukurtos prielaidos mažėti pacientams pripažintos sunkios negalios mastui, didesnis ypač sudėtingos sveikatos būklės pacientų skaičius galėtų grįžti į darbo rinką (priemonė įgyvendinama per šios krypties aprašą kompleksiskai, kartu apimant ir Traumų ir nelaimingų atsitikimų profilaktikos, neįgalumo ir mirtingumo nuo išorinių priežasčių mažinimo krypties apraše numatytas priemones dėl stacionarinių reabilitacijos paslaugų gerinimo);

24.2.3.3. siekiant sukurti mokslo įrodymais pagrįstą reabilitacijos paslaugų teikimo sistemą, parengti reabilitacijos paslaugų teikimo algoritmus ir protokolus bei juos įdiegti į praktiką. Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija, Vilniaus universitetas, Kauno sveikatos mokslų universitetas, universitetų ligoninės;

24.2.4. įgyvendinti tikslinėse teritorijose bandomuosius projektus, skirtus plėtoti pacientų, persirgusių insultą, ambulatorinę reabilitaciją namuose (bendruomenėje), taip pat pilnavertę slaugą ir socialinę pagalbą (pvz. mobilių insulto komandų suformavimas). Ligoniai, turintys neurologinių insulto pasekmių, turėtų būti remiami jų socialinėje aplinkoje, t. y. turi būti užtikrintos šeimos medicinos paslaugas teikiančio gydytojo paslaugos, ambulatorinės reabilitacijos paslaugos, antrinė profilaktika bei parama psichosocialinėje srityje (veikla derinama su Efektyvios sveikatos priežiūros prieinamumo gerinimo neįgaliesiems krypties veiklomis).

24.3. panaudojant esamas informacines sistemas (centrinę sveikatos informacinę sistemą ESPBI IS, telemedicinos platformas, ligoninių informacines sistemas) bei vykdant jų plėtrą, diegti e. paslaugas bei informacines ir ryšių technologines priemones, skirtas užtikrinti efektyvią smegenų kraujotakos ligų prevenciją, kontrolę bei stebėseną, t. y. reikalingas tvarkas, algoritmus, metodikas, aprašus, protokolus ir schemas, kurie užtikrintų efektyvų sveikatos priežiūros paslaugų organizavimą ir teikimą. Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija ir (ar) jai pavaldžios įstaigos;

24.4. pagal poreikį finansuoti sveikatos priežiūros specialistų, teikiančių antrinės ambulatorinės ir stacionarinės sveikatos priežiūros paslaugas, skirtas galvos smegenų insulto prevencijai, diagnostikai ir gydymui, pritraukimą į tikslines savivaldybes, kur yra jų pasiskirstymo trūkumas. Vykdytojai: rajoninės ligoninės, savivaldybių administracijos;

25. Įgyvendinant uždavinį – skatinti mokslinius tyrimus ir inovacijas smegenų kraujotakos ligų prevencijos ir kontrolės bei stebėsenos srityje – numatoma remti projektus, kuriais vykdomi tyrinėjimai visuomenės bei asmens sveikatos priežiūros srityse bei skirti inovatyvių technologijų, sprendimų, metodų, skirtų smegenų kraujotakos ligų veiksmingai profilaktikai, diagnostikai, kontrolei, stebėsenai sukūrimui bei įdiegimui.

VI SKYRIUS

VERTINIMO KRITERIJAI

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

26.1. standartizuotas 0–64 m. amžiaus gyventojų mirtingumas nuo galvos smegenų kraujotakos ligų tikslinėse teritorijose;

26.2. asmenų, kuriems nustatytas mažiausias darbingumo lygis (0–25 proc.) dėl insulto, dalies mažėjimas;

26.3. tikslinių teritorijų gyventojų gyvenamosios pokyčiai dėl sveikatos, pakeičiant gyvenimo būdą:

26.3.1. nutukusių ir antsvorį turinčių žmonių dalies mažėjimas;

26.3.2. šviežių daržovių ir vaisių suvartojimo kiekio vienam gyventojui didėjimas;

26.3.3. mažo fizinio aktyvumo grupei priskirtų suaugusių gyventojų dalies mažėjimas;

26.3.4. kasdien rūkančių gyventojų dalies mažėjimas;

26.4. tikslinių teritorijų gyventojams skirtų ir įgyvendintų informavimo, švietimo ir mokymo galvos smegenų kraujagyslių ligų rizikos veiksnių bei šių ligų profilaktikos temomis priemonių skaičius;

26.5. tikslinių teritorijų gyventojų, šeimos medicinos paslaugas teikiančių gydytojų konsultuotų dėl širdies kraujagyslių bei galvos smegenų kraujagyslių ligų rizikos veiksnių ir/ar gydytų nuo šių ligų, skaičius (bendras ir pagal amžiaus grupes);

26.6. tikslinių teritorijų gyventojų, sergančių arterine hipertenzija, hospitalizacija (hospitalizacijos dėl arterinės hipertenzijos atvejų per ataskaitinį laikotarpį ir prisirašiusių pacientų, kuriems diagnozuota ši liga, santykis);

26.7. profesinę kvalifikaciją galvos smegenų insulto prevencijos, diagnostikos, gydymo, reabilitacijos bei komplikacijų priežiūros temomis patobulinusių sveikatos priežiūros bei kitų specialistų skaičius;

26.8. pacientų, per 4,5 valandas nuo insulto simptomų atsiradimo pradžios iki intraveninės trombolizės pradžios pervežtų į asmens sveikatos priežiūros įstaigą, kurioje taikomas specifinis išeminio insulto gydymas, lyginamosios dalies didėjimas;

26.9. pacientų, kuriems taikytas išeminio insulto gydymas trombolize, lyginamosios dalies didėjimas (procentinė dalis tarp visų pacientų, susirgusių ūminiu išeminiu insultu);

26.10. hospitalinio mirštamumo dėl ūminio galvos smegenų insulto rodiklis;

26.11. insulto gydymo centrų, kuriuose visą parą atliekama selektyvi trombolizė ir (ar) perkateterinė trombektomija, skaičius;

26.12. pacientų, kuriems baigus reabilitaciją nėra nustatyti specialieji poreikiai/nustatyti vidutiniai specialieji poreikiai/nustatyti dideli specialieji poreikiai, lyginamoji dalis;

26.13. nukreiptų stacionarinei medicininei reabilitacijai pacientų, patyrusių galvos smegenų insultą, lyginamoji dalis;

26.14. parengtų, patvirtintų ir nacionaliniu mastu taikomų tvarkų, algoritmų, metodikų, aprašų, protokolų, schemų, skirtų užtikrinti efektyvų sveikatos priežiūros paslaugų organizavimą ir teikimą galvos smegenų kraujotakos ligų prevencijos, kontrolės bei stebėsenos srityje, skaičius;

26.15. pacientų 30 dienų išgyvenamumas po insulto;

26.16. medicinos įrangos ir kitų išteklių panaudojimo efektyvumas.

VII SKYRIUS

NUMATOMI PASIEKTI REZULTATAI

27. Iki 2023 metų numatoma:

27.1. rezultato rodikliai:

27.1.1. standartizuoto 0–64 m. amžiaus gyventojų mirtingumo sumažėjimas tikslinėse teritorijose nuo smegenų kraujotakos ligų nuo 30,03 atvejo/100 000 gyventojų (2012 m.) iki 24,0 atvejo/ 100 000 gyventojų (2023 m.);

27.1.2. asmenų, kuriems nustatytas mažiausias darbingumo lygis (0–25 proc.) dėl insulto, dalies mažėjimas nuo 26 proc. (2013 m.) iki 16 proc. (2023 m.);

27.1.3. tikslinių teritorijų gyventojų gyvenamosios pokyčiai dėl sveikatos, pakeičiant gyvenimo būdą:

27.1.3.1. nutukusių ir antsvorį turinčių žmonių dalies sumažėjimas (po 0,1 proc. per metus 0–64 m. amžiaus grupėje, lyginant su 2015 m.);

27.1.3.2. šviežių daržovių ir vaisių suvartojimo kiekio vienam gyventojui padidėjimas (po 0,5 proc. per metus 0–64 m. amžiaus grupėje, lyginant su 2015 m.);

27.1.3.3. mažo fizinio aktyvumo grupei priskirtų suaugusių gyventojų dalies sumažėjimas (po 0,2 proc. per metus 18-64 m. amžiaus grupėje, lyginant su 2015 m.);

27.1.3.4. kasdien rūkančių gyventojų dalies sumažėjimas (po 0,1 proc. per metus 15-64 m. amžiaus grupėje, lyginant su 2015 m.);

27.1.4. tikslinių teritorijų gyventojų, sergančių arterine hipertenzija, hospitalizacijos dėl arterinės hipertenzijos atvejų per ataskaitinį laikotarpį ir prisirašiusių pacientų, kuriems diagnozuota ši liga, santykis lygio mažėjimas – nuo 1,9 proc. iki 1 proc.;

27.1.5. padidėjusi pacientų, per 4,5 valandas nuo insulto simptomų atsiradimo pradžios iki intraveninės trombolizės pradžios pervežtų į asmens sveikatos priežiūros įstaigą (toliau – ASPI), kurioje taikomas specifinis išeminio insulto gydymas, lyginamoji dalis – nuo 10 proc. (2011 m.) iki 20 proc. (2023 m.);

27.1.6. padidėjusi pacientų, kuriems taikytas išeminio insulto gydymas trombolize, lyginamoji dalis (procentinė dalis tarp visų pacientų, susirgusių ūminiu išeminiu insultu) – nuo 1,5 proc. (2012 m.) iki 7 proc. (2023 m.);

27.1.7. hospitalinis mirštamumas dėl ūminio galvos smegenų insulto ne didesnis kaip 10 proc. (išskyrus slaugos ligonines);

27.1.8. pacientų, išgyvenusių 30 dienų po insulto, dalies didėjimas nuo visų gydytų ASPI dėl insulto (reikšmės bus nustatytos atskiro vertinimo metu);

27.1.9. medicinos įrangos ir kitų išteklių panaudojimo efektyvumas ne mažesnis kaip 80 proc.

27.1.10. ambulatorinių neurologo paslaugų laukimo eilių sutrumpėjimas tikslinėse teritorijose vidutiniškai nuo 8 dienų (2013 m.) iki 6 dienų (2023 m.). (arba 25 proc.);

27.2. produkto rodikliai:

27.2.1. sukurtas ir įdiegtas nacionaliniu lygiu į praktiką inovatyvus ir efektyvus sveikatos paslaugų teikimo, organizavimo ir valdymo modelis, apimantis galvos smegenų kraujotakos ligų profilaktiką, rizikos veiksnių valdymą, savalaikę šių ligų diagnostiką ir efektyvų gydymą – 1;

27.2.2. tikslinių teritorijų gyventojai, turintys galimybę pasinaudoti pagerintomis galvos smegenų kraujotakos ligų profilaktikos, ankstyvosios diagnostikos, gydymo bei reabilitacijos paslaugomis – iki 460 000;

27.2.3. tikslinių teritorijų gyventojų, šeimos medicinos paslaugas teikiančių gydytojų konsultuotų dėl širdies kraujagyslių bei galvos smegenų kraujotakos ligų rizikos veiksnių ir (ar) gydytų nuo šių ligų, skaičius (bendras ir pagal amžiaus grupes);

27.2.4. tikslinių grupių asmenų, kurie dalyvavo informavimo, švietimo ir mokymo veiklose sveikos gyvensenos įgūdžių formavimo, smegenų kraujotakos ligų rizikos veiksnių bei šių ligų profilaktikos temomis, skaičius – apie 20 000;

27.2.5. profesinę kvalifikaciją galvos smegenų insulto prevencijos, diagnostikos, gydymo, reabilitacijos bei komplikacijų priežiūros temomis patobulinusių sveikatos priežiūros bei kitų specialistų skaičius – nuo 1200 iki 1750;

27.2.6. parengtų, patvirtintų ir nacionaliniu mastu taikomų tvarkų, algoritmų, metodikų, aprašų, protokolų, schemų, skirtų užtikrinti efektyvų sveikatos priežiūros paslaugų organizavimą ir teikimą galvos smegenų kraujotakos ligų prevencijos, kontrolės bei stebėsenos srityje, skaičius – 20;

27.2.7. viešąsias sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių ASPI, aprūpintų galvos smegenų kraujotakos ligų profilaktikai, ankstyvajai diagnostikai, gydymui bei reabilitacijai skirta infrastruktūra, skaičius – 35;

27.2.8. sukurta ne mažiau kaip 20 insulto diagnostikos ir gydymo metodikų ir jų laikymasis užtikrintas ne mažiau kaip 90 proc. asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių pagalbą insultų diagnostikos ir gydymo srityse.

VIII SKYRIUS VYKDYTOJAI

28. Šios krypties priemonių vykdytojai:

28.1. Sveikatos apsaugos ministerija ir (ar) jai pavaldžios įstaigos pagal kompetenciją;

- 28.2. šeimos medicinos paslaugas teikiančios sveikatos priežiūros įstaigos;
- 28.3. antrines ambulatorines ir (ar) stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios įstaigos, atitinkančios Apraše nustatytus reikalavimus;
- 28.4. ASPI, teikiančios GMP paslaugas;
- 28.5. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Vilniaus universitetas, Lietuvos sporto universitetas, Klaipėdos universitetas;
- 28.6. visuomenės sveikatos biurais;
- 28.7. savivaldybių administracijos;
- 28.8. visuomeninės ir nevyriausybinės organizacijos ir įstaigos, verslo įmonės.

IX SKYRIUS

BAIGIAMOSIOS NUOSTATOS

29. Šiame Apraše numatytoms priemonėms įgyvendinti preliminariai numatoma skirti iki 170 mln. Lt.

30. Numatomi finansavimo šaltiniai – valstybės ir savivaldybių biudžeto, PSDF biudžeto, 2014–2020 m. ES struktūrinių fondų ir kitos tarptautinės paramos lėšos, nuosavos vykdytojų lėšos ir kt. šaltiniai.

31. Siekiant numatytų pokyčių pagal šią Veiksmų plano kryptį, planuojant sveikatos priežiūros paslaugų finansavimą PSDF biudžeto lėšomis, turi būti atsižvelgta į Apraše numatytą sveikatos priežiūros paslaugų plėtrą.

32. Rezultatų rodiklių pasiekimas vertinamas 2019 m. ir 2023 m., vertinimo kriterijų pasiekimai vertinami kasmet. Atsižvelgiant į stebėsenos ir vertinimo rezultatus šios Veiksmų plano krypties Apraše numatytos priemonės gali būti peržiūrimos.

33. Nuosekliai su investicijomis bus vykdomas reikalingų sisteminių pokyčių reglamentavimas.

34. Visos investicijos turi būti planuojamos tik tokios, ten ir tiek, kur jos absoliučiai būtinos: investicijos turėtų padidinti ne tik sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, prieinamumą, bet ir efektyvumą (daugiau paslaugų suteikiama panaudojant tiek pat PSDF lėšų arba suteikiama tiek pat paslaugų panaudojant mažiau PSDF lėšų).

35. Planuojant šios krypties investicijas būtina atsižvelgti į jau egzistuojančią miokardo infarkto profilaktikos, diagnostikos ir gydymo infrastruktūrą ir jos nedubliuoti.

36. Prieš priimant sprendimą dėl reikalingos infrastruktūros efektyviai ir savalaikiai galvos smegenų insulto diagnostikai ir gydymui skyrimo ASPI, bus vertinamos pagalbą insultų atvejais teikiančioms įstaigoms priskirtos funkcijos, jų turima diagnostinė ir gydymo įranga, jos panaudojimo efektyvumas, intensyvumas, bei šioje srityje skirtos investicijos (2007–2013 m. laikotarpio ES struktūrinė parama, Valstybės investicijų programos lėšos, Lietuvos Respublikos ir Šveicarijos Konfederacijos bendradarbiavimo programa ir kt.), pasiekti rezultatai.

37. Šios krypties priemonių įgyvendinimas iki 2022 m. numatomas nuosekliai jas derinant tarpusavyje bei šiuo eiliškumu, lygiagrečiai vykdant visuomenės informavimo ir švietimo veiksmus bei vykdant įgyvendinimo stebėseną:

37.1. GMP ir pacientų transportavimo infrastruktūros atnaujinimas/įsigijimas bei pacientų srautų valdymo reglamentavimas;

37.2. algoritmų, paslaugų teikimo protokolų ir metodikų prevencijai, diagnostikai, gydymui bei reabilitacijai parengimas;

37.3. sveikatos priežiūros paslaugų teikimo, organizavimo ir valdymo galvos smegenų kraujotakos ligų prevencijos, diagnostikos, gydymo ir reabilitacijos srityse modelio sukūrimas, įteisinimas;

37.4. specialistų mokymas pagal 37.2 ir 37.3 p. parengtus dokumentus;

37.5. priemonių, skirtų tikslinių teritorijų gyventojams įgyvendinimas;

37.6. pagalbą insultų atvejais teikiančių ASPI aprūpinimas įranga bei patalpų atnaujinimas;

37.7. Aprašo peržiūrėjimas ir koregavimas pagal poreikį.

EFEKTYVIOS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PRIEINAMUMO GERINIMO NEĮGALIESIEMS KRYPTIES APRAŠAS

I SKYRIUS BENDROSIOS NUOSTATOS

1. Efektyvios sveikatos priežiūros prieinamumo gerinimo neįgaliesiems krypties apraše (toliau – Aprašas) numatytos investicijos į kompleksines, tarpusavyje suderintas neįgaliųjų sveikatos stiprinimo ir sveikos gyvensenos ugdymo, taip pat fizinio ir informacinio sveikatos priežiūros prieinamumo gerinimo neįgaliesiems priemones, odontologinės pagalbos (profilaktikos ir efektyvaus gydymo) paslaugų prieinamumo, neįgalumo profilaktikos bei reabilitacijos efektyvumo užtikrinimo priemones, kuriomis bus siekiama gerinti neįgaliųjų sveikatą bei sumažinti jų socialinę atskirtį ir skurdo riziką.

2. Apraše vartojamos sąvokos ir jų apibrėžtys atitinka Lietuvos Respublikos neįgaliųjų socialinės integracijos įstatyme ir kituose teisės aktuose vartojamas sąvokas.

II SKYRIUS SITUACIJOS ANALIZĖ

3. Neįgaliųjų problemų aktualumas pasaulyje ir Europoje:

3.1. Pasaulio sveikatos organizacijos (toliau – PSO) Vykdamosios tarybos 2012 m. lapkričio 30 d. ataskaitoje EB132/10 neįgalumas apibrėžiamas kaip sveikatos būklės, aplinkos ir personalinių individo savybių sąveikos rezultatas, galintis pasireikšti (3 lygiais) dėl: a) kūno funkcijų ir struktūros pažeidimo; b) aktyvumo apribojimo (pvz., individas negali judėti aplinkoje, negali skaityti); c) dalyvumo barjerų (pvz., negalėjimo lankyti mokyklos, nuvykti į darbą ir kt.). Praplečiamas ir neįgalumą turinčių asmenų sąrašas, šalia tradicinių neįgaliųjų – asmenų, kurie gali judėti tik vežimėliuose arba kitomis techninėmis priemonėmis, aklųjų, kurčėnybių, turinčių psichikos negalią, papildomai aptiriamos ir kitos būklės – prie neįgaliųjų priskiriami asmenys, kurių funkcionavimą apriboja sunkūs bendri sveikatos sutrikimai dėl lėtinių ligų, sunkūs pažintinių funkcijų sutrikimai, senyvas amžius ir kt.;

3.2. PSO ataskaitoje pažymima, kad pasaulyje bendros neįgalumo augimo tendencijos yra lemiamos lėtinių ligų paplitimo ir visuomenės senėjimo. Neįgalumo formų (judėjimo, regos, klausos, psichikos negalios) struktūrą lemia nacionaliniai ypatumai: tiek populiacijos sergamumo struktūra, tiek išoriniai veiksniai – autoįvykių dažnis, priklausomybių nuo narkotikų, toksinių medžiagų paplitimas šalyje ir kt.;

3.3. neįgalieji susiduria su tam tikromis jų socialinę atskirtį didinančiomis kliūtimis: jiems mažiau prieinamos sveikatos priežiūros (įskaitant reabilitacijos), švietimo, transportavimo paslaugos, sunkiau įsidarbinti. Neatitinkanti neįgaliųjų poreikių socialinė ekonominė politika ir standartai, neigiamas požiūris į neįgaliuosius, nepakankamos pajamos, neprieinamos informavimo ir komunikacijos formos, ribotos galimybės dalyvauti priimančioms sprendimus turi lemiamos įtakos neįgaliųjų gyvenimo kokybei;

3.4. PSO ataskaitoje teigiama, kad neįgaliųjų sveikatai dažniau įtakos turi gretutinės ligos, amžius, neracionalus gyvenimo būdas – nepakankamas fizinis aktyvumas, netinkama mityba, dažnesni žalingi įpročiai – pvz., rūkymas ir kt. PSO ataskaitos duomenimis, neįgalieji, palyginti su kitais pacientais, du kartus dažniau nurodo, kad paslaugų teikėjų kvalifikacija neatitinka jų poreikių, tris kartus – kad jiems nesuteikiama būtinoji pagalba, keturis kartus – kad juos blogai aptarnauja. Pažymimas ir nepakankamas medicininės reabilitacijos paslaugų ir socialinių reabilitacijos priemonių prieinamumas, ypač mažiau išsivysčiusiose šalyse. Poreikių patenkinimo trūkumai gali sąlygoti neįgaliųjų sveikatos būklės pablogėjimą, ilgesnį ir dažnai pasikartojantį hospitalizavimą, apriboti jų dalyvavimą kasdieninėje veikloje, gyvenimo kokybės pablogėjimą;

3.5. priklausomybė nuo įvairių institucijų sprendimų, nedalyvavimas bendruomenės gyvenime, nepakankamas poreikių tenkinimas padaro neįgaluosius priklausomus nuo kitų žmonių. O negalintys apsitarnauti ir gyvenantys stacionarinėse įstaigose neįgalieji dažniau patiria prievartą, dažniau pažeidžiamos jų teisės. Neįgaluosius labiausiai palaiko šeimos nariai ir socialinės institucijos, tačiau per didelę priklausomybę nuo šeimos narių pagalbos gali turėti neigiamų padarinių patiems pagalbiniams – sukelti stresą, izoliaciją ir socialinių ekonominių galimybių sumažėjimą, šių problemų padaugėja didėjant šeimos narių amžiui;

3.6. PSO, vienijanti 193 šalis, pasiūlė įdiegti biopsichosocialinį sveikatos priežiūros modelį, pagal kurį teikiant pagalbą ligoniams turi būti įvertinamos ne tik sveikatos sutrikimų priežastys, bet ir ligų pasekmės, kurias galima sumažinti pritaikant ligoniui aplinką, techninės reabilitacijos priemonės, keičiant ligonio elgseną. Biopsichosocialinis požiūris į negalią sujungia skirtingus sveikatos modelius – biologinį, individualųjį ir socialinį. Šiuo metu daugelyje valstybių siekiama asmens negalią vertinti taikant biopsichosocialinį modelį (Darbingumo lygio nustatymo paplitimas Lietuvos savivaldybėse, Socialinės apsaugos ir darbo ministerija, 2013 m.).

4. Neįgaliųjų problemų aktualumą Lietuvoje pagrindžiantys duomenys:

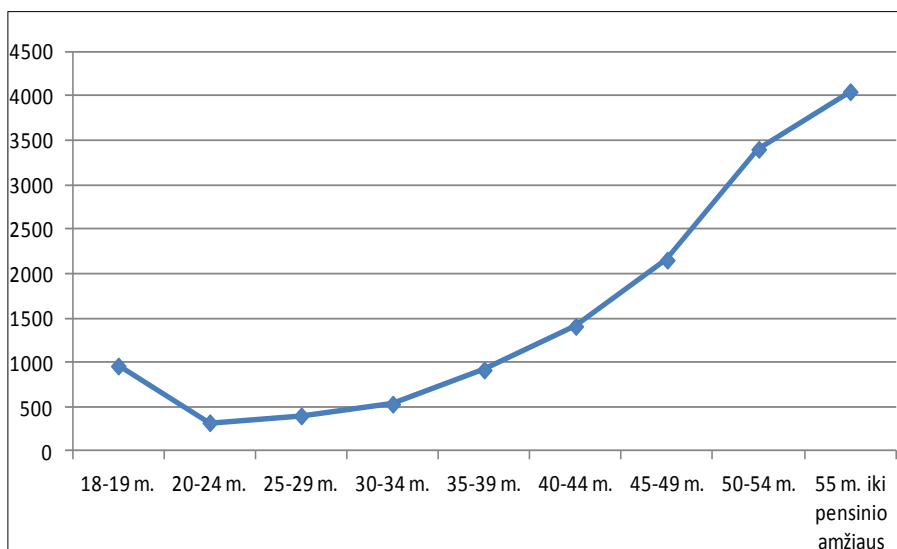
4.1. Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos atlikto darbingumo lygio nustatyto paplitimo Lietuvos savivaldybėse tyrimo duomenimis, 2011 m. Lietuvoje gyveno 264 632 asmenys, gaunantys netekto darbingumo (invalidumo) pensiją ar išmoką. 2012 m. šalyje gyveno 260 121 neįgalus asmuo, gaunantis netekto darbingumo pensiją ar išmoką. 2012 m. bendras neįgalių asmenų skaičius, palyginti su 2011 m., sumažėjo 4,5 tūkst., o pasiskirstymo pagal negalios sunkumą tendencijos išliko panašios. Neįgaliųjų skaičius mūsų šalyje atitinka Jungtinių Tautų Organizacijos rodiklius – pasaulyje neįgalūs žmonės sudaro apie 15 proc. visų gyventojų;

4.2. 2014 m. pradžioje mūsų šalyje netekto darbingumo pensijos buvo mokamos 255,4 tūkst. gyventojų, t. y. 1,8 proc. mažiau nei 2013 m. Neįgalumo pensijas gaunančių vyrų ir moterų skaičius skiriasi nedaug: 48 proc. vyrų ir 52 proc. moterų (<http://www.socmin.lt/lt/socialine-integracija/neigaliuju-socialine-integracija/statistika.html>);

4.3. gyventojų neįgalumo rodikliams įtakos turi šalies demografiniai, sergamumo, migracijos ir emigracijos reiškiniai. Demografiniai veiksniai, kurie gali daryti įtaką neįgalumo atvejų skaičiui savivaldybėse, gali būti įvairūs: skirtinga gyventojų amžiaus struktūra ir gyventojų skaičius savivaldybėse, kasmet senėjanti gyventojų populiacija bei mažas gimstamumas ir didelis mirtingumas, gyventojų migracija šalies viduje arba emigracija už šalies ribų. Svarbus demografinis veiksnys – gyventojų skaičius šalies savivaldybėse. Mažesnėse savivaldybėse dažniausiai pagal amžiaus struktūrą vyrauja senesni gyventojai, nes daug jaunų žmonių koncentruojasi šalies didmiesčiuose, kuriuose geresnės studijų, darbo ir verslo galimybės, geresnis socialinių ir sveikatos paslaugų prieinamumas, žemesnis nedarbo lygis. Socialiniai, ekonominiai netolygumai šalies regionuose ir dėl šių priežasčių vyraujanti gyventojų migracija šalies viduje neišvengiamai daro įtaką ir žmonių sveikatos bei negalios netolygumams;

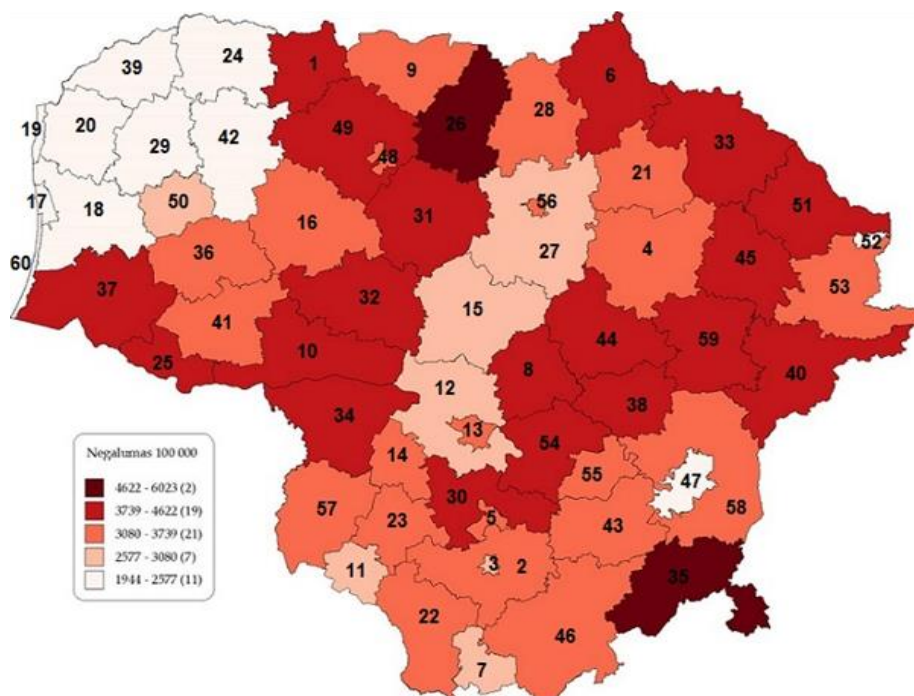
4.4. daugeliu atvejų gyventojų amžiaus ir populiacijos skirtumai savivaldybėse lemia, kokio dydžio neįgalumo rodiklis bus nustatytas atitinkamoje savivaldybėje. Analizuojant neįgalumo priklausomybę nuo gyventojų amžiaus, matyti (1 paveikslas), kad tarp gyventojų amžiaus ir nustatyto negalios atvejų skaičiaus vyrauja stipri tiesioginė priklausomybė, t. y. kuo vyresni šalies gyventojai, tuo dažniau nustatomas pirminis neįgalumas;

1 paveikslas. Pirminis Lietuvos gyventojų neįgalumas pagal amžių.

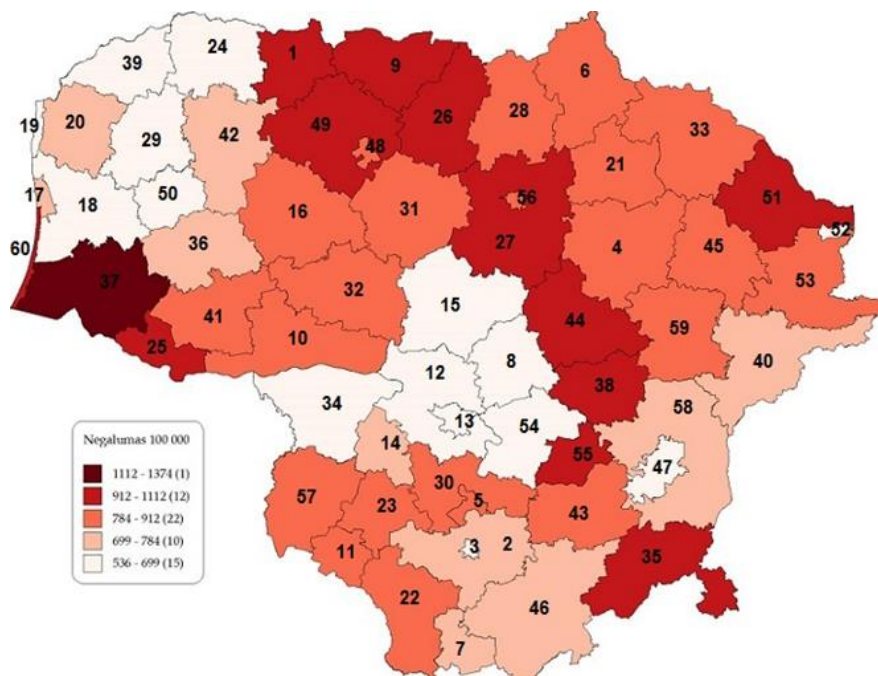


4.5. analizuojant neįgalumo nustatymo tendencijas Lietuvoje, daugiausia dėmesio skirta tų asmenų, kurie dėl darbingumo lygio nustatymo į Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnybą prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos (toliau – Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnyba) kreipėsi pirmą kartą, rodikliams. Tai svarbiausias ir pagrindinis rodiklis vertinant negalios nustatymo tendencijas šalyje;

2 paveikslas. Darbingo amžiaus asmenų, kuriems pirmą kartą pripažinta negalia, skaičius, tenkantis 100 tūkst. gyventojų, Lietuvos savivaldybėse, 2012 m.

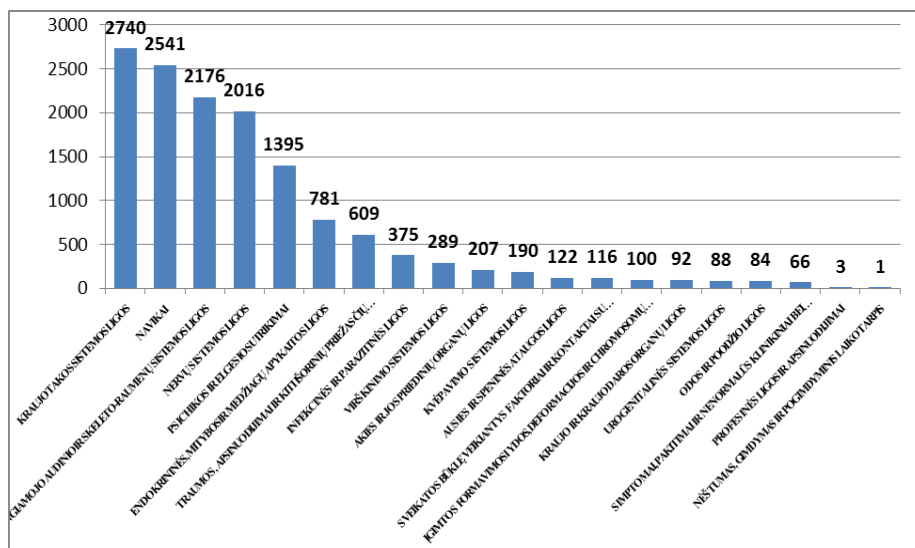


3 paveikslas. Darbingo amžiaus asmenų, kuriems pakartotinai nustatyta negalia, skaičius, tenkantis 100 tūkst. gyventojų, Lietuvos savivaldybėse 2012 m.



4.6. Darbingumo lygio nustatymo paplitimo Lietuvos savivaldybėse tyrimo duomenimis, Lietuvoje, išnagrinėjus darbingo amžiaus asmenų negalios nustatymo 60-yje šalies savivaldybių atvejus, tenkančius 100 000 gyventojų, neįgalumo nustatymo rodikliai tapatūs sergamumo rodikliams. Išanalizavus 5 ligų grupių (kraujotakos sistemos, jungiamojo audinio ir skeleto raumenų sistemos, nervų sistemos, psichikos ir elgesio sistemos sutrikimų ir navikų) sergamumo ir neįgalumo rodiklius, 60 Lietuvos savivaldybių nustatytas statistiškai patikimas ryšys tarp sergamumo ir negalios nustatymo. Jis akivaizdus sergant jungiamojo audinio ir skeleto raumenų sistemos, nervų sistemos, psichikos ir elgesio sistemos ligomis. Dėl kraujotakos ir navikų ligų patikimas neįgalumo nustatymo ryšys nenustatytas. Pastebėta, kad nustatant neįgalumą pakartotinai, daugėja savivaldybių, kuriose jo rodikliai yra aukšti. Tai normali neįgalumo nustatymo tendencija – laikui bėgant neįgalaus asmens sveikatos būklė blogėja, todėl ir mažėja savivaldybių, kuriose žemi arba labai žemi pakartotinio neįgalumo vertinimo rodikliai;

4 paveikslas. Asmenų, kuriems 2012 m. pirmą kartą nustatytas (0–55 proc.) darbingumo lygis, pasiskirstymas pagal ligas (Šaltinis: Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnyba)



4.7. Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnybos duomenimis, šiuo metu Lietuvoje apie 80 proc. visų negalią turinčių asmenų (įskaitant vidaus ligų sąlygotą negalią) turi fizinę negalią. Tai viena iš pagrindinių probleminių socialinių grupių Lietuvoje. Iš sunkią negalią turinčių neįgaliųjų

dirbantieji sudaro tik keliolika procentų. O taikant efektyvias kompleksinės reabilitacijos priemones jau dabar 30–40 proc. sunkią negalią turinčių asmenų sugrįžta į darbą arba tęsia studijas (VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų Reabilitacijos, fizinės ir sporto medicinos centro duomenys, taip pat Y. Fromovich-Amit, F. Biering-Sorensen, V. Baskov ect. Properties and outcomes of spinal rehabilitation units in four countries. *Spinal Cord*, 2009, 1-7). Skandinavijos šalyse, kur yra geriau išplėtotą socialinės reabilitacijos sistema, šis skaičius yra daug didesnis – siekia 60 proc. Pagal medicininės reabilitacijos efektyvumo kriterijų – funkcinio savarankiškumo laipsnį – neįgalieji Lietuvos reabilitacijos centruose (VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikose, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninėje VŠĮ Kauno klinikose, VŠĮ Klaipėdos jūrininkų ligoninėje, VŠĮ Palangos reabilitacijos ligoninėje) pasiekia tą patį rezultatą kaip ir Vakarų Europos šalyse. Taigi tikėtina, kad užtikrinus reabilitacijos nepertraukiamumą ir panaudojant socialinės reabilitacijos priemones (pvz., profesinės reabilitacijos), galima būtų siekti panašių rezultatų kaip Vakarų Europos šalyse ir grąžinti į darbą didesnę dalį darbingo amžiaus neįgaliųjų, o kitiems (įskaitant senyvo amžiaus asmenis) užtikrinti ir palaikyti pakankamą funkcinį savarankiškumą ir socialinį aktyvumą, sumažinant socialinės atskirties riziką;

4.8. Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnybos duomenimis, 2013 m. Lietuvoje gyveno 15 970 neįgalių vaikų. Jie sudarė 6 proc. visų neįgaliųjų. Iš jų 35 proc. turėjo psichikos ir elgesio sutrikimų, 11 proc. – judėjimo sutrikimų, 7 proc. – kraujotakos sutrikimų. Kiti 47 proc. turėjo įvairių kitų sveikatos sutrikimų. 2 609 vaikams buvo nustatytas sunkus neįgalumo lygis, iš jų 1 052 vaikams paskirta slauga;

4.9. 2013 m. medicininės reabilitacijos paslaugas Lietuvoje vaikams nuo 1 iki 18 metų amžiaus teikė 7 stacionarinės vaikų medicininės reabilitacijos paslaugas teikiančios įstaigos bei daugiau kaip 40 vaikų ambulatorinės reabilitacijos paslaugas teikiančių įstaigų. Ambulatorinės medicininės reabilitacijos paslaugų prieinamumas vaikams, ypač neįgaliesiems, yra sudėtingesnis ir mažiau tinkamas dėl socialinių ekonominių priežasčių: mažamečiai vaikai į medicininę reabilitaciją gali atvykti tik lydimi tėvų, kurie yra dirbantys. Nedarbingumo pažyma tėvams, teikiant ambulatorinę reabilitaciją, neišduodama. Atvežti vaikus ambulatorinių reabilitacijos paslaugų tėvai neturi nei laiko, nei galimybių, nei lėšų. Kuomet vaikai atvyksta į stacionarinės reabilitacijos įstaigą, visą reabilitacijos laiką jie gyvena šalia procedūrų atlikimo vietos, tai yra efektyviau, todėl svarbu gerinti šių paslaugų prieinamumą ir kokybę. Kadangi vaikų reabilitacija yra kompleksinė paslauga, apimanti vaikų ugdymą, stacionarinės reabilitacijos įstaigos užtikrina mokymo proceso tęstinumą bendrojo lavinimo mokyklose prie reabilitacijos įstaigų.

5. Siekiant, kad negalią turintiems asmenims pagalba būtų teikiama efektyviai, būtina nuolat kelti specialistų, teikiančių ambulatorinės ir stacionarinės reabilitacijos paslaugas, kvalifikaciją. Europos Sąjungos ir kitų užsienio šalių patirtis rodo, kad viena iš būtinų sėkmingo medicininės reabilitacijos paslaugų sistemos funkcionavimo prielaidų yra reikiamos personalo kvalifikacijos suteikimas per standartizuotus, atitinkančius tarptautinius reikalavimus ir gerą medicinos praktiką mokymo kursus.

6. Teisės aktų nuostatos, reglamentuojančios sveikatos specialistų kvalifikacijos tobulinimą, bei Europos Sąjungos teisės aktai (2005 m. rugsėjo 7 d. Europos Parlamento ir Tarybos direktyva 2005/36/EB dėl profesinių kvalifikacijų pripažinimo (OL 2005 L 255, p. 22); 2013 m. lapkričio 20 d. Europos Parlamento ir Tarybos direktyva 2013/55/ES, kuria iš dalies keičiama Direktyva 2005/36/EB dėl profesinių kvalifikacijų pripažinimo, ir Reglamentas (ES) Nr. 1024/2012 dėl administracinio bendradarbiavimo per Vidaus rinkos informacijos sistemą (IMI reglamentas) (OL 2013 L 354, p. 132) nustato, kad sveikatos specialistams turi būti sudarytos galimybės nuolat tobulinti savo profesinę kvalifikaciją. Lietuvos Respublikos teisės aktai nustato, kad sveikatos specialistai privalo penkerių metų laikotarpiu tobulinti profesines žinias ne mažiau kaip 120 val.

7. Medicininės reabilitacijos paslaugas teikiančių įstaigų tinklas Lietuvoje yra kuriamas vadovaujantis Vakarų Europos šalių patirtimi, Europos Sąjungos gydytojų specialistų sąjungos Fizinės ir reabilitacijos medicinos sekcijos ir valdybos rekomendacijomis (*White book on physical and rehabilitation medicine in Europe*. 2006, 46 p.).

8. Sudėtingiausi pacientai, kuriems suteikiamos kompleksinės stacionarinės medicininės reabilitacijos paslaugos (tretinio lygio) ir visą parą užtikrinamos visų specialybių gydytojų specialistų visavertės konsultacijos (per metus 600–700 pacientų – vidutiniškai 1 proc. nuo bendro stacionariųjų paslaugų skaičiaus), koncentruojami, remiantis tarptautinėmis rekomendacijomis (vienas centras – vienam milijonui gyventojų), 3 taškuose: rytų Lietuvoje – VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų stacionarinės reabilitacijos skyriuose, centrinėje Lietuvos dalyje – Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės VšĮ Kauno klinikų stacionarinės reabilitacijos skyriuje, vakarų Lietuvoje – VšĮ Klaipėdos jūrininkų ligoninės stacionarinės reabilitacijos skyriuje (cerebrovaskulinės ligos) ir VšĮ Palangos reabilitacijos ligoninėje (traumos).

9. Pacientai, kuriems reikalingos stacionarinės medicininės reabilitacijos (antrinio lygio) paslaugos, decentralizuojami (paslaugų teikimo lokalizacija priklauso nuo paciento klinikinės būklės ir būtinos medicininės reabilitacijos priemonių komplekso struktūros):

9.1. kai pacientų klinikinė būklė sudėtinga, gresiant paūmėjimui – daugiaprofilinių ligoninių stacionariuosiuose reabilitacijos skyriuose, kur suteikiamos medicininės reabilitacijos paslaugos ir visą parą turi būti užtikrinamos profilinių specialybių gydytojų specialistų konsultacijos. Siekiant užtikrinti prieinamumą, skyriai įsteigti didžiuosiuose miestuose ir buvusiuose apskričių centruose: VšĮ Regioninėje Telšių ligoninėje, VšĮ Alytaus apskrities S. Kudirkos ligoninėje, VšĮ Marijampolės ligoninėje, VšĮ Utenos ligoninėje, VšĮ Respublikinėje Panevėžio ligoninėje, VšĮ Respublikinėje Šiaulių ligoninėje, VšĮ Respublikinėje Klaipėdos ligoninėje, VšĮ Respublikinėje Kauno ligoninėje, VšĮ Jurbarko ligoninėje, VšĮ Vilniaus miesto klinikinėje ligoninėje;

9.2. kai būtinos medicininės reabilitacijos paslaugos ir ligoniai yra stabilios klinikinės būklės, dienomis turi būti užtikrinamos profilinių specialybių gydytojų specialistų konsultacijos VšĮ Abromiškių reabilitacijos ligoninėje ir VšĮ Palangos reabilitacijos ligoninėje;

9.3. kai ligoniai yra stabilios klinikinės būklės, kai nėra labai svarbus šeimos narių dalyvavimas, reabilitacijos programa pratęsiama namuose, stacionarinės reabilitacijos skyriuose, sanatorių bazėje (UAB „Draugystės sanatorija“, AB „Eglės“ sanatorija, VšĮ Valstybės ir savivaldybių tarnautojų mokymo centras „Dainava“, AB Birštono sanatorija „Versmė“, VšĮ „Tulpės“ sanatorija, UAB „Palangos linas“, VšĮ Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministerijos Poilsio ir reabilitacijos centras „Pušynas“).

10. Kasmet medicininės stacionarinės reabilitacijos paslaugos Lietuvoje suteikiamos vidutiniškai 60 000 pacientų, ambulatorinės reabilitacijos – 35 000 pacientų.

11. Jei pacientams po medicininės stacionarinės reabilitacijos etapo išlieka biosocialinių funkcijų sutrikimų, siekiama užtikrinti reabilitacijos programos tęstinumą (įskaitant reabilitaciją namų sąlygomis) ir reabilitacijos paslaugos teikiamos kuo arčiau asmens gyvenamosios vietos daugiaprofilinių, specializuotų ligoninių, poliklinikų, sanatorių ambulatorinės reabilitacijos skyriuose.

12. Siekiant gerinti medicininę reabilitaciją ligoniams po sunkių traumų ir ligų bei greičiau sugrąžinti jų darbingumą, 2007–2013 m. buvo skirtos Europos Sąjungos struktūrinių fondų lėšos 48 viešosioms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, besirengiančioms pradėti teikti ambulatorinės reabilitacijos paslaugas arba plėsti jau teikiamų paslaugų apimtį. Projektų įgyvendinimo metu ambulatorinės reabilitacijos paslaugas teikiančiose įstaigose buvo įrengtos arba atnaujintos patalpos, skirtos reabilitacijos paslaugoms teikti, bei įsigyta reikiama įranga (terapiniai baseinai, vertikalios vonios, purvo aplikacijos, povandeniniam masažui ir kt. terapijoms pritaikytos patalpos). Ambulatorinės reabilitacijos paslaugų kiekis kasmet didėja. 2011 m., palyginti su 2005 m., šių paslaugų padaugėjo nuo 12,2 proc. iki 33,2 proc., o lėšų, skirtų šioms paslaugoms apmokėti, kiekis – nuo 4,8 proc. iki 14,6 proc. Šiomis investicijomis siekta užtikrinti būtinąsias ir geros kokybės ambulatorinės reabilitacijos paslaugas, gerinti jų prieinamumą ir tinkamą organizavimą.

13. Tretinio lygio vaikų medicininės reabilitacijos paslaugos teikiamos VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų Vaikų ligoninės stacionariame reabilitacijos skyriuje ir Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės Kauno klinikų Vaikų reabilitacijos ligoninėje „Lopšelis“. Antrinio lygio vaikų stacionarinės medicininės reabilitacijos paslaugos teikiamos VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės, Santariškių klinikų filialo, Vaikų ligoninės vaikų reabilitacijos skyriuje Druskininkų „Saulutė“, VšĮ Palangos vaikų reabilitacijos sanatorijoje „Palangos gintaras“,

VšĮ Respublikinės Kauno ligoninės Vaikų ligų klinikos Vaikų reabilitacijos skyriaus „Žibutės“ ir V. Tumėnienės sektoriuose. Taip pat antrinio lygio vaikų stacionarinės medicininės reabilitacijos paslaugos teikiamos sanatorijoje „Pušyno kelias“ Vilniuje, VšĮ Abromiškių reabilitacijos ligoninėje, VšĮ Utenos ligoninės reabilitacijos skyriuje.

14. Vaikų sveikatos stiprinimui didelę įtaką daro tinkamos ir laiku teikiamos reabilitacijos paslaugos. Stacionarinės reabilitacijos paslaugos užtikrina nepertraukiamą reabilitacijos gydymo kurso suteikimą, vaikai atvyksta į gydymo įstaigą ir būna visą gydymosi laiką. Didėjantis sergančių įvairiomis ligomis vaikų skaičius sąlygoja kokybiškų reabilitacijos paslaugų poreikį. Vaikų sutrikusioms funkcijoms atkurti būtinas kompleksinis gydymas. Dalyvaujant reabilitacijos specialistams, siekiama atkurti paciento motorikos, kalbos ir psichinės veiklos funkcijas. Reabilitacijos įstaigose teikiamos ne tik medicininės reabilitacijos paslaugos, bet ir vykdomi kartotiniai neįgalių pacientų teoriniai ir praktiniai mokymai, kurie užkerta kelia komplikacijoms išsivystyti. Beveik visos vaikų stacionarinės reabilitacijos įstaigos yra įkurtos daugiau kaip prieš 20–30 metų statytuose pastatuose, senuose arba minimaliai pritaikytuose iš kitai paskirčiai skirtų patalpų pastatuose („Palangos gintaras“ Palangoje, „Saulutė“ Druskininkuose, „Žibutė“ Kačerginėje). Senuose ar minimaliai pritaikytuose pastatuose nėra galimybės taikyti šiuolaikinių gydymo metodų, teikti ir plėsti hidroterapijos, balneoterapijos ir kt. paslaugų. Atsižvelgiant į tai, būtina gerinti šių paslaugų kokybę vaikams, ypač turintiems biosocialinių funkcijų (judėjimo, apsitarnavimo, suvokimo, orientacijos, komunikavimo bei adaptacijos) sutrikimų, siekiant kuo greičiau sugrąžinti ir kompensuoti šias funkcijas ir integruoti pacientą į visuomenės gyvenimą. Būtina įrengti šiuolaikinius higienos reikalavimus atitinkančias palatas, specialistų ir procedūrų kabinetų, kuriuose būtų koncentruojama aukšto lygio medicininė bazė, siekiant užtikrinti tinkamą medicininę reabilitaciją bei jos prieinamumą vaikams. Reabilituojant vaikus, skirtingai nuo suaugusiųjų, reikia ne tik atkurti (išmokyti) turėtus įgūdžius, bet ir suformuoti naujus motorinius ir socialinius įgūdžius, esant sunkesnėms sąlygoms. Tai ypač aktualu neįgaliesiems vaikams. Vaikus ypač veikia aplinka, todėl jiems reikia sudaryti ramią, namų aplinką primenančią aplinką.

15. Svarbu derinant kelių sričių finansavimą (medicinos, socialinės, ugdymo) teikti kompleksines integruotas paslaugas, sudarančias prielaidas neįgalių vaikų integracijai į visuomenę, įsitraukimui į darbo rinką, jų atskirties visuomenėje mažėjimui. Neįgalių vaikų integracija į visuomenę galima dviem kryptimis: labai sunkią negalią turintiems vaikams nuo 9 iki 18 metų amžiaus taikant savęs apsitarnavimo įgūdžių ugdymo programas kartu su medicinine reabilitacija (medicininė-socialinė reabilitacija); negalią turintiems vaikams nuo 14 iki 18 metų amžiaus, kurie gali būti integruojami į darbo rinką, taikant profesinio orientavimo, darbo įgūdžių ugdymo programas kartu su medicinine reabilitacija (medicininė-profesinė reabilitacija). Medicininės ir socialinės bei medicininės ir profesinės reabilitacijos paslaugų teikimas būtų kompleksiškas kelių finansavimo sričių – medicinos, socialinės bei ugdymo – bendras indėlis į Lietuvos vaikų ateitį. Šiuo metu neįgaliesiems vaikams tokios kompleksinės integruotos paslaugos Lietuvoje neteikiamos ir pilnametystės sulaukę neįgalieji susiduria su integracijos į visuomenę bei darbo rinką problemomis.

16. Siekiant gerinti paslaugų prieinamumą neįgaliesiems žmonėms Lietuvoje nuolat investuojama į aplinkos pritaikymą neįgaliesiems, tačiau vis dar išlieka aplinkos pritaikymo problema. Vilniaus krašto žmonių su negalia sąjungos atliktos apklausos dėl Vilniaus viešojo transporto, šviesoforų pritaikymo asmenims, turintiems regėjimo negalią bei turintiems judėjimo funkcijų sutrikimų, 2011 m. duomenimis, mieste buvo 149 žemagrindės viešojo transporto priemonės su specialiomis nuleidžiamomis rampomis (104 autobusai ir 45 troleibusai). 311 troleibusų sumontuota aklųjų ir silpnaregių garsinio informavimo sistema. Vilniaus krašto žmonių su negalia sąjungos atliktoje apklausoje daugiau nei pusė (57 proc.) judėjimo negalią turinčių asmenų tvirtino besinaudojantys visuomeniniu transportu, iš jų 42 proc. – tik pritaikytu transportu. Ketvirtadalis neįgaliųjų pritaikytu viešuoju transportu naudojasi kasdien, tokia pat dalis – kelis kartus per savaitę. 25 proc. respondentų teigė besinaudojantys neįgaliesiems skirtų organizacijų teikiamomis transporto paslaugomis. Tik dešimtadalis nurodė, kad patys vairuoja asmeninį automobilį arba juos veža kitas asmuo, arba naudojasi taksi įmonių paslaugomis. Beveik pusė respondentų visuomeniniu transportu vyksta į gydymo įstaigas, trečdalis – į kultūros, sporto renginius, pas gimines, draugus ir pan. 15 proc. apklaustųjų nurodė vykstantys į darbovietę ar

dienos centrą, 12 proc. – į mokymo įstaigą, įvairias neįgaliesiems skirtas organizacijas, taip pat poilsiauti. Trečdalis tyrimo dalyvių nurodė, kad jiems visuomet arba iš dalies patogiu naudotis pritaikytu viešuoju transportu, tačiau daugiau nei penktadalis respondentų teigė priešingai. Nustatyta, kad sunkumus ir kliūtis sudaro įvairios objektyvios bei subjektyvios priežastys. Taip pat Lietuvos žmonių su negalia aplinkos pritaikymo asociacija 2013 m. atliko tyrimą, kurio metu ištirtos 21 savivaldybės pagrindinės gatvės, visuomeninės paskirties objektai, gyvenamieji pastatai, 53 objektai, priklausantys „Neste Oil Lietuva“, ir Vilniaus miesto poliklinikų pritaikymas neįgaliųjų poreikiams. Nustatyta, kad nė viena degalinė nepritaikyta aptarnauti neįgaliuosius. Tirti 95 rekonstruoti ir nerekonstruoti statybos inžineriniai statiniai, keliai, gatvės, automobilių stovėjimo vietos. Nustatyta, kad 15 iš jų yra netvarkingi, 35 nevysiškai pritaikyti, 35-iose neįrengti įspėjamieji paviršiai, 45 atitinka visus šiuolaikinius reikalavimus. Šio tyrimo duomenimis, iš 186 renovuotų mokyklų 35 mokyklose galima patekti į bet kurį aukštą, 151 buvo sutvarkyta taip, kad neįgalieji galėtų patekti į pastatą, ir 135-iose mokyklose pritaikyti sanitariniai mazgai. Tiriant Vilniaus miesto poliklinikų pritaikymą neįgaliųjų poreikiams, pastebėta, kad iš 7-ių Vilniaus miesto poliklinikų 3-iose aplinka neįgaliesiems pritaikyta nevysiškai, nepritaikytas įėjimas į pastatą, į registratūrą, nepritaikyti sanitariniai mazgai.

17. Sveikatos priežiūros įstaigų pritaikymas neįgaliųjų poreikiams taip pat aktuali sveikatos sektoriaus problema. Sveikatos priežiūros įstaigų nepakankamai pritaikyta aplinka riboja sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą fizinę ir kt. negalią turintiems pacientams: kai kur kelių aukštų sveikatos priežiūros įstaigose neįrengti liftai, patogios prievazos ir pan. Siekiant įvertinti sveikatos priežiūros įstaigų padėtį, fizinį ir informacinį prieinamumą skirtingą negalią turintiems asmenims, būtina atlikti vertinimą bei nustatyti esminius fizinį prieinamumą ribojančius veiksnius konkrečiose sveikatos priežiūros įstaigose ar jų aplinkoje bei šio vertinimo pagrindu remti šalies sveikatos priežiūros įstaigas, kurios dėl ribotų finansinių galimybių negali pritaikyti infrastruktūros, fizinės ir informacinės aplinkos specialiesiems neįgaliųjų poreikiams.

18. Silpnosios rehabilitacijos sistemos Lietuvoje sritys:

18.1. neparengti nacionaliniai rehabilitacijos strategijos ir veiklos planai, siekiant pagerinti tarpsektorinį koordinavimą, realizuojant programas ir teikiant konkrečias paslaugas neįgaliesiems ir senyvo amžiaus asmenims;

18.2. neužtikrinamas duomenų surinkimas, naudojant standartizuotas metodikas, įgalinančias atlikti palyginamąją analizę tarptautiniu mastu, o nacionaliniu lygiu nepakankamai plėtojami nedarbingumo ir neįgalumo moksliniai tyrimai, panaudojant mokslinį potencialą;

18.3. nepakankamas neįgaliesiems teikiamų rehabilitacijos paslaugų koordinavimas gyvenamojoje vietoje tarp skirtingų žinybų, tai neužtikrina neįgaliųjų teisių į efektyvią sveikatos priežiūrą ir padidina ekonominius šių grupių asmenų sveikatos priežiūros kaštus. Vadovaujantis tarptautinių organizacijų rekomendacijomis, Lietuvoje sunkiausią negalią turinčių asmenų integracijai į visuomenę būtina išplėtoti kompleksines rehabilitacijos programas neįgaliųjų gyvenamojoje vietoje (bendruomenės lygmeniu), panaudojant visus asmens gyvenamojoje teritorijoje esančius sveikatos, švietimo, socialinio sektorių ir nevyriausybinių, bendruomeninių organizacijų resursus. Pagrindinis tikslas – kiek galima ilgiau po stacionarinės rehabilitacijos išlaikyti neįgaliojo asmens funkcinį savarankiškumą, gebėjimą kuo ilgiau išlikti aktyviam įprastinėje veikloje, kad jis negrįžtų į asmens sveikatos priežiūros įstaigą blogesnės būklės su komplikacijomis, kad jam būtų sudaryta galimybė gauti švietimo, sveikatos priežiūros paslaugas, socialines konsultacijas ir t. t. Neįgaliojo asmens funkciniam savarankiškumui išlaikyti taip pat svarbios jo žinios sveikatos išsaugojimo ir stiprinimo srityse. Vilniaus universiteto Sveikatos ir sporto centras, Lietuvos kūno kultūros akademijos Taikomosios fizinės veiklos katedra ir Kauno medicinos universiteto Fiziologijos katedra 2004 m. atliko tyrimą „Neįgaliųjų socializacija taikomojoje fizinėje veikloje“ Lietuvos paraplegikų organizacijos Kauno būstinėje ir Kauno neįgalaus jaunimo užimtumo centre, siekdama nustatyti organizmo funkcijų sutrikimo įtaką fizinei veiklai, taikamai neįgaliųjų socializacijos tikslu, biosocialinių bei psichosocialinių funkcijų aspektu. Šiose įstaigose daugiausia lankosi sunkią fizinę negalią turintys asmenys. Tyrime dalyvavo 35 sunkią fizinę negalią turintys asmenys. Tyrimo išvadose teigiama, kad nesportuojantys neįgalieji savo sveikatos būklę vertino daug blogiau ir aplinkinių pagalbos poreikis jiems buvo daug didesnis nei sportuojančių neįgaliųjų. Bendravimo poreikis ir

savarankiškumo įgijimas – tai pagrindiniai motyvai, dėl kurių respondentai (daugiau kaip 80 proc.) sportavo. Sveikatos gerinimo motyvą nurodė mažiau kaip pusė (41 proc.) sportuojančių neįgaliųjų;

18.4. nepakankamai finansuojamos konkrečios neįgaliųjų reabilitacijos programos (įskaitant palaikomąją), kurios pagerina individo funkcinę būklę, funkcinį savarankiškumą ir užtikrina aktyvesnį visuomeninį gyvenimą;

18.5. trūksta metodinės medžiagos individualioms reabilitacijos programoms sudaryti ir stebėsenai užtikrinti, vykdant sunkių ligonių reabilitaciją iki jų integracijos į visuomenę.

19. Neįgaliųjų odontologinė priežiūra:

19.1. trūksta tikslios ir susistemintos informacijos apie neįgalių pacientų burnos sveikatos būklę ir gydymo poreikius. Neįgaliųjų, turinčių judėjimo ir psichikos negalią, odontologinės pagalbos poreikis yra labai didelis, tą rodo ir neįgaliuosius pacientus vienijančios organizacijos, ir VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Žalgirio klinikos patirtis. VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Žalgirio klinikos duomenimis, atvykę į įstaigą gydytis neįgalieji jau turi vidutiniškai apie 20 ėduonies pažeistų dantų, vyrauja gilūs ėduonies pažeidimai su periodonto audinių destrukcija. Atvykę neįgalieji ir jų artimieji nurodo, kad anksčiau atvykti neturėjo galimybės dėl materialinių sunkumų, specializuoto transporto stokos, o šeimos medicinos paslaugas teikiantys gydytojai nebuvo prisitaikę priimti judėjimo negalią turintį pacientą tiek dėl kompetencijos stokos, tiek dėl nepritaikytos aplinkos;

19.2. judėjimo negalią turinčių pacientų gydymo vizitas vidutiniškai užtrunka 20 proc. ilgiau nei sveiko paciento, o psichikos negalią turintiems pacientams dažniausiai odontologinės sveikatos priežiūros pagalba gali būti teikiama tik taikant bendrąją nejautrą. Šiuo metu patekti pas gydytoją gydyti neįgalaus paciento, taikant bendrąją nejautrą, reikia laukti 1 metus, nors gydomi vidutiniškai 3 pacientai kas savaitę. Šią situaciją iš dalies lėmė įrangos, būtinos neįgaliesiems pacientams gydyti taikant bendrąją nejautrą, trūkumas. Taip pat remiantis VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Žalgirio klinikos gydymo praktika, dažniausiai susiduriama su labai sudėtingais ir komplikuotais atvejais gydant neįgaliuosius pacientus ir pacientus, turinčius specialiųjų poreikių, tai liudija apie šių pacientų grupių burnos ligų prevencijos, savalaikės diagnostikos ir gydymo stoką. Iki šiol nėra neįgaliųjų sergamumo burnos ligomis duomenų, o neturint statistinių ar mokslo tyrimų duomenų, sunku planuoti profilaktikos ir gydymo priemonės neįgaliesiems pacientams;

19.3. Tyrimų duomenimis, Lietuvoje odontologo paslaugos yra prieinamos mažesnei daliai žmonių nei Europoje (76 proc., Europos vidurkis – 92 proc., *EC. Special Eurobarometer 330. Oral Health. Report. 2010*). Yra nemažai finansinio paslaugų prieinamumo kliūčių: pastaraisiais metais apie 4 proc. suaugusių gyventojų (ir 8 proc. skurdžiausiai gyvenančių žmonių) teigė, kad negali gauti odontologo konsultacijos ar gydymo, kurių tikrai reikėjo. 80 proc. žmonių (ir 90 proc. skurdžiausiai gyvenančių žmonių) negavo reikalingo gydymo, nes neįstengė už jį susimokėti (*Lietuvos statistikos departamentas. Gyventojų pajamos ir gyvenimo sąlygos. 2011. Gyventojų pajamos ir gyvenimo sąlygos. 2012*);

19.4. 2012 m. atlikto tyrimo (*Narkauskaitė L., Varvuolienė R., Valentienė J., Aguonytė V., Beržanskytė A. Odontologų paslaugų prieinamumas pacientams su judėjimo negalia Lietuvoje. Visuomenės sveikata, 2013/2(61), p. 38*) duomenimis, odontologų paslaugų prieinamumas pacientams, turintiems judėjimo negalią, nepakankamas. Ne visos odontologijos paslaugas teikiančios sveikatos priežiūros įstaigos pritaikytos judėjimo negalią turintiems pacientams: tik 47,4 proc. įstaigų įrengtos prievazos, 35,9 proc. – panaikinti slenkščiai ar pakylos, 29,6 proc. – sumontuoti porankiai. Odontologų paslaugų prieinamumas pacientų, turinčių judėjimo negalią, požiūriu yra problemiškas (70,9 proc. respondentų kelia problemų): 39,7 proc. apklausos dalyvių reikalingas lydimasis asmuo, 29,8 proc. – būtinas transportas ar transportavimo paslaugos, 49,7 proc. respondentų įvardijo finansinius sunkumus, 81,3 proc. – sveikatos problemas, 26 proc. jų teigė, kad laukiamasis nėra pritaikytas judėjimo negalią turintiems pacientams, 21,9 proc. nurodė, kad nepritaikytas tualetas.

20. Šio Aprašo tikslas – taikant kompleksines priemones plėtoti neįgaliesiems palankią, kokybišką, prieinamą bei veiksmingą sveikatos priežiūrą, palaikyti jų funkcinį savarankiškumą ir socialinį aktyvumą, sumažinti sergamumą ir socialinės atskirties riziką.

IV SKYRIUS UŽDAVINIAI

21. Tikslui pasiekti nustatomi šie uždaviniai:

21.1. taikant koordinuotas priemones stiprinti neįgaliųjų sveikatą;

21.2. pagerinti fizinį sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą neįgaliesiems;

21.3. pagerinti neįgaliesiems teikiamų medicininės reabilitacijos ir odontologinės priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę.

V SKYRIUS PRIEMONĖS UŽDAVINIAMS ĮGYVENDINTI

22. Įgyvendinant uždavinį – taikant koordinuotas priemones stiprinti neįgaliųjų sveikatą – numatoma:

22.1. remti neįgaliųjų informavimo, švietimo bei mokymo sveikatos stiprinimo ir sveikos gyvensenos temomis projektus. Vykdytojai: nevyriausybinių organizacijų, savivaldybių visuomenės sveikatos biurai, pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančios įstaigos;

22.2. tobulinti specialistų, teikiančių sveikatos ir socialinės priežiūros paslaugas neįgaliesiems, kvalifikaciją neįgaliųjų sveikatos stiprinimo ir sveikos gyvensenos skatinimo temomis, specialiųjų neįgaliųjų poreikių pažinimo, aplinkos pritaikymo ir pan. srityse. Vykdytojai: Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Vilniaus universitetas, Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras, Slaugos darbuotojų tobulinimosi ir specializacijos centras.

23. Įgyvendinant uždavinį – pagerinti fizinį sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą neįgaliesiems – numatoma:

23.1. siekiant įvertinti sveikatos priežiūros įstaigų esamą padėtį bei fizinį ir informacinį sveikatos priežiūros prieinamumą skirtingą negalią turintiems asmenims, atlikti vertinimą bei nustatyti esminius fizinį prieinamumą ribojančius veiksnius konkrečiose sveikatos priežiūros įstaigose ar jų aplinkoje bei, atsižvelgiant į vertinimo rezultatus, numatyti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą gerinančias priemones. Vykdytojas – Sveikatos apsaugos ministerija;

23.2. aprūpinti / įdiegti reikiamą infrastruktūrą bei priemones, gerinančias sveikatos priežiūros paslaugų fizinį prieinamumą neįgaliesiems žmonėms (prievažys, garsiniai signalai akliems, informacijos pasiekiamumo iniciatyvos (pagyvenusiems žmonėms ar silpną regėjimą turintiems žmonėms, akliems) ir kt.). Numatoma remti šalies asmens sveikatos priežiūros įstaigas, kurios turi mažiau finansinių galimybių pritaikyti fizinę, informacinę infrastruktūrą specialiesiems neįgaliųjų poreikiams (pirmiausia pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančias įstaigas, kaimiškųjų rajonų ir regionines ligonines, taip pat pagal finansines galimybes ir kitas asmens sveikatos priežiūros įstaigas). Vykdytojai: asmens sveikatos priežiūros įstaigos, atrinktos atsižvelgiant į Aprašo 23.1 punkte atliktą vertinimą bei į turimus finansinius išteklius.

24. Įgyvendinant uždavinį – pagerinti medicininės reabilitacijos ir odontologinės priežiūros paslaugų prieinamumą ir kokybę neįgaliesiems – numatoma:

24.1. medicininės reabilitacijos srityje:

24.1.1. įgyvendinti bandomąjį projektą, kuriuo būtų įgyvendinamos kompleksinės reabilitacijos (įtraukiant švietimo, sveikatos, socialinių sektorių teikiamas paslaugas) paslaugų programos sunkią negalią turintiems asmenims gyvenamojoje vietoje, siekiant sukurti, išbandyti ir

įdiegti kompleksinę, įvairius išteklius (šeimos narius, švietimo, socialinį sektorius bei nevyriausybinės, bendruomeninės organizacijas) apimančią neįgaliojo socialinės integracijos į visuomenę programą. Bandomąjį kompleksinį projektą tikslinga įgyvendinti 2–3 metus šalies apskrityje, kurioje gyvena daugiausia neįgalių asmenų ir yra didžiausias tokių paslaugų poreikis, apimant skirtingus lygius, t. y. didžiojo šalies miesto savivaldybę, rajono savivaldybę, esančią prie didžiojo šalies miesto, ir atskirą rajono savivaldybę, ir identifikuoti įvairių lygių problemas bei surasti efektyviausius sprendimų bei paslaugų teikimo būdus, kuriuos būtų galima įgyvendinti Lietuvoje. Vykdytojai: asmens sveikatos priežiūros įstaigos, atitinkančios Sveikatos apsaugos ministerijos nustatytus reikalavimus ir atrinktos vykdyti projektą, pagal poreikį bendradarbiaujant su savivaldybių administracijomis, nevyriausybiniomis organizacijomis, mokslo įstaigomis ir kt. Projekto įgyvendinimas turėtų apimti šiuos komponentus:

24.1.1.1. tikslinės teritorijos neįgaliųjų sveikatos būklės tyrimus;

24.1.1.2. neįgaliųjų ir jų šeimos narių apmokymą, siekiant reabilitacijos programos tęstinumo;

24.1.1.3. bendruomenės lygmens specialistų ir nevyriausybinių organizacijų atstovų apmokymas sudaryti ir įgyvendinti reabilitacijos tęstinumo programas;

24.1.1.4. metodinių reabilitacijos algoritmų, skirtų individualioms sunkių ligonių reabilitacijos (iki jų integracijos į visuomenę) programoms sudaryti ir jų stebėsenai užtikrinti, parengimą;

24.1.1.5. reabilitacijos komandos specialistų kvalifikacijos tobulinimą integruotų paslaugų teikimo srityje;

24.1.2. atsižvelgiant į Sergamumo ir pirmalaikio mirtingumo nuo galvos smegenų kraujotakos ligų sumažinimo krypties apraše numatytas priemones dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių antrinio lygio stacionarinės medicininės reabilitacijos paslaugas pacientams, sergantiems galvos smegenų kraujotakos ligomis, infrastruktūros gerinimo, kompleksiškai atnaujinti ir palaikomosios reabilitacijos paslaugų infrastruktūrą tose įstaigose, kuriose šios paslaugos yra teikiamos. Tai prisidėtų prie palaikomosios reabilitacijos paslaugų kokybės gerinimo (šios priemonės įgyvendinimas bus finansuojamas pagal Sergamumo ir pirmalaikio mirtingumo nuo galvos smegenų kraujotakos ligų sumažinimo krypties aprašą). Vykdytojai: asmens sveikatos priežiūros įstaigos, teikiančios antrinio lygio stacionarinės medicininės reabilitacijos paslaugas pacientams, sergantiems galvos smegenų kraujotakos ligomis ir teikiančios palaikomosios reabilitacijos paslaugas;

24.1.3. siekiant medicininės reabilitacijos paslaugų kokybės ir prieinamumo gerinimo šalies gyventojams, kuriems reikalinga reabilitacija, tarp jų ir neįgaliesiems, tęstinumo, atsižvelgiant į 2007–2013 m. Europos Sąjungos struktūrinių fondų investicijas šioje srityje, tobulinti Lietuvos specialistų, teikiančių viešąsias medicininės ambulatorinės ir stacionarinės reabilitacijos paslaugas, kvalifikaciją. Vykdytojai: VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė VšĮ Kauno klinikos, Slaugos darbuotojų tobulinimosi ir specializacijos centras; Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakultetas;

24.1.4. plėtoti medicininės stacionarinės reabilitacijos paslaugas, skirtas neįgaliesiems vaikams, sudarant galimybes modernizuoti infrastruktūrą: rekonstruoti ir pritaikyti patalpas, įsigyti reikiamą įrangą bei priemones efektyviai neįgalių vaikų reabilitacijai VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės, Santariškių klinikų filialo, Vaikų ligoninės vaikų reabilitacijos skyriuje Druskininkų „Saulutėje“, VšĮ Respublikinės Kauno ligoninės Vaikų ligų klinikos Vaikų reabilitacijos skyriaus sektoriuje „Žibutė“ (Kačerginė), VšĮ Palangos vaikų reabilitacijos sanatorijoje „Palangos gintaras“. Taip pat vienoje iš numatytų įstaigų – VšĮ Palangos vaikų reabilitacijos sanatorijoje „Palangos gintaras“ – tikslinga įsteigti kompleksinių integruotų paslaugų (medicininės reabilitacijos, profesinio orientavimo ir mokymo) centrą neįgaliesiems 14–18 metų amžiaus vaikams, atsižvelgiant į tai, kad VšĮ Palangos vaikų reabilitacijos sanatorijoje „Palangos gintaras“ suteikiama daugiausia paslaugų. 2013 m. VšĮ Palangos vaikų reabilitacijos sanatorijoje „Palangos gintaras“ gydėsi 5 031 vaikas, VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės, Santariškių klinikų filialo, Vaikų ligoninės vaikų reabilitacijos skyriuje Druskininkų „Saulutė“ – 2 412 vaikų, VšĮ Respublikinės Kauno ligoninės Vaikų ligų klinikos Vaikų reabilitacijos skyriaus sektoriuje „Žibutė“ (Kačerginė) – 897 vaikai. Kompleksinės medicininės socialinės ir medicininės profesinės reabilitacijos paslaugų (kai tėveliai ir pacientai

gali gauti paslaugas įvairiu metų laiku) poreikis vaikams yra apie 100 per metus. Vykdytojai: VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų filialas Vaikų ligoninė, VšĮ Respublikinės Kauno ligoninės Vaikų ligų klinika, VšĮ Palangos vaikų rehabilitacijos sanatorija „Palangos gintaras“;

24.1.5. organizuoti specialistų, dirbančių su vaikais, turinčiais didelę negalią, kvalifikacijos tobulinimą vaikų socialinių įgūdžių mokymo bei profesinio orientavimo srityse. Vykdytojai atrenkami konkurso būdu pagal Sveikatos apsaugos ministerijos nustatytus reikalavimus;

24.1.6. parengti apsitarnavimo įgūdžių ugdymo programą labai sunkią negalią turintiems 12–18 metų amžiaus vaikams bei kompleksinės medicininės rehabilitacijos ir profesinio mokymo programas, skirtas fizinę ir psichikos negalią turintiems 14–18 metų amžiaus vaikams, sukurti tokių paslaugų apmokėjimo modelį. Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija ir (ar) jai pavaldžios įstaigos pagal kompetenciją bendradarbiaudamos su Socialinės apsaugos ir darbo bei Švietimo ir mokslo ministerijomis ir (ar) joms pavaldžiomis įstaigomis;

24.2. odontologinės priežiūros srityje:

24.2.1. įgyvendinti 1–2 metus bandomąjį kompleksinį projektą Vilniaus apskrities teritorijoje, pasirenkant apskrities savivaldybes, kuriose gyvena daugiausia negalią turinčių asmenų bei yra didžiausias tokių paslaugų poreikis, apimant Vilniaus miesto savivaldybę, rajono savivaldybę, esančią prie didžiojo šalies miesto, ir atskirą Vilniaus apskrities teritorijoje esančią rajono savivaldybę, bei skirtingus paslaugų teikimo lygius, identifikuojant įvairių lygių problemas bei surandant jų efektyviausius sprendimų būdus. Įgyvendinus bandomąjį projektą įvertinti jo rezultatus, ir atsižvelgus į tai spręsti dėl odontologinės priežiūros paslaugų organizavimo, valdymo ir teikimo tobulinimo, plėtros tikslingumo, ekonominio efektyvumo ir pan. Vykdytojas – VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Žalgirio klinika, bendradarbiaudama su projektui įgyvendinti reikalingais partneriais (Vilniaus socialinės paramos centras, Vilniaus apskrities pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigos, savivaldybės ir kt.). Projekto įgyvendinimas turėtų apimti šiuos komponentus:

24.2.1.1. tikslinės teritorijos neįgaliųjų burnos sveikatos būklės tyrimus, stebėseną ir vertinimą;

24.2.1.2. neįgaliųjų ir jų šeimos narių mokymą burnos ligų profilaktikos temomis;

24.2.1.3. mobilių odontologų brigadų pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigose, teikiančiose odontologinės priežiūros paslaugas Vilniaus apskrities teritorijoje, sukūrimą bei jų aprūpinimą reikiama įranga, skirta mobilioms odontologinės priežiūros paslaugoms teikti neįgaliesiems, mobilių paslaugų teikimo organizavimą, o esant sudėtingiems atvejams, neįgalių pacientų transportavimą į VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Žalgirio kliniką, kur reikia sukurti tinkamas sąlygas kokybiškam neįgalių pacientų gydymui taikant bendrąją neįautrą;

24.2.1.4. rekomendacijų dėl odontologinės priežiūros paslaugų organizavimo ir teikimo neįgaliesiems modelio sukūrimo ir įdiegimo į praktiką parengimą;

24.2.2. parengti metodines burnos sveikatos prevencinių priemonių, skirtų negalią ar specialių poreikių turintiems pacientams, rekomendacijas, remiantis mokslinių elgesio pokyčių teorijų ir empirinių duomenų pagrindais įrodymais, bei jas įdiegti į praktiką. Vykdytojai: aukštosios mokyklos, turinčios atitinkamų odontologijos sričių specialistų rengimo ir kvalifikacijos suteikimo patirties, Sveikatos apsaugos ministerija ir (ar) jai pavaldžios įstaigos;

24.2.3. sukurti nuotolinių mokymų ir informacijos sklaidos sistemą socialinės globos įstaigų darbuotojams, sveikatos priežiūros įstaigų odontologams, odontologų padėjėjams, stacionaro slaugytojams, taip pat neįgaliesiems ir jų šeimos nariams. Vykdytojai: aukštosios mokyklos, turinčios atitinkamų sričių odontologijos specialistų rengimo ir kvalifikacijos suteikimo patirties, Sveikatos apsaugos ministerija ir (ar) jai pavaldžios įstaigos;

24.2.4. parengti ir įdiegti į praktiką operatyvių, saugių ir tinkamų specializuotų odontologinės priežiūros paslaugų teikimo neįgaliesiems, apimant šių paslaugų teikimą namuose, algoritmus. Vykdytojai: aukštosios mokyklos, turinčios atitinkamų odontologijos sričių specialistų rengimo ir kvalifikacijos suteikimo patirties, Sveikatos apsaugos ministerija ir (arba) jai pavaldžios įstaigos;

24.2.5. patobulinti ir patvirtinti neįgaliųjų ir pacientų, turinčių specialių poreikių, burnos ligų gydymo mokymo programą. Vykdytojai: aukštosios mokyklos, turinčios atitinkamų odontologijos sričių specialistų rengimo ir kvalifikacijos suteikimo patirties.

VI SKYRIUS

ĮGYVENDINIMO VERTINIMO KRITERIJAI

25. Vertinimo kriterijai:

25.1. veiklose, skatinančiose sveikatos stiprinimo ir sveikos gyvensenos įgūdžius, dalyvavusių neįgaliųjų, kurie teigia, kad įgytas žinias ir įgūdžius taiko praktikoje, dalis;

25.2. neįgaliųjų pacientų, vertinančių fizinės ir informacinės aplinkos pritaikymo specialiesiems neįgaliųjų poreikiams lygį ES struktūrinę paramą gavusiose asmens sveikatos priežiūros įstaigose gerai ir labai gerai, dalis;

25.3. asmens sveikatos priežiūros įstaigų, kuriose fizinė ir informacinė aplinka pritaikyta specialiesiems neįgaliųjų poreikiams, dalis;

25.4. neįgaliųjų 14–18 metų amžiaus vaikų, išėjusių profesinio orientavimo ir mokymo programą, skaičius;

25.5. vaikų nuo 12 iki 18 metų amžiaus, turinčių labai sunkią negalią, išėjusių apsitarnavimo įgūdžių programą, skaičius;

25.6. specialiųjų poreikių turinčių neįgaliųjų pacientų, kuriems suteiktos odontologinės diagnostikos ir gydymo paslaugos, skaičius;

25.7. įgyvendintų iniciatyvų, skirtų neįgaliųjų švietimui, skaičius;

25.8. apmokytų specialistų, kurie teikia sveikatos ir socialinės priežiūros paslaugas neįgaliesiems ir informuoja juos neįgaliųjų sveikatos stiprinimo ir sveikos gyvensenos skatinimo temomis, specialiųjų neįgaliųjų poreikių pažinimo, aplinkos pritaikymo ir pan. temomis, skaičius;

25.9. modernizuotų medicininės stacionarinės reabilitacijos paslaugas negalią turintiems vaikams teikiančių įstaigų skaičius;

25.10. apmokytų specialistų, teikiančių medicininės ambulatorinės ir stacionarinės reabilitacijos paslaugas neįgaliesiems, skaičius;

25.11. parengtų metodinių rekomendacijų, skirtų individualioms reabilitacijos programoms sudaryti ir stebėsenai užtikrinti, vykdant sunkių ligonių reabilitaciją iki jų integracijos į visuomenę, skaičius;

25.12. organizuotų ir aprūpintų mobilia įranga odontologų brigadų pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigose, teikiančiose odontologinės priežiūros paslaugas Vilniaus apskrities teritorijoje, skaičius;

25.13. specializuotų odontologinės priežiūros įstaigų, aprūpintų neįgaliųjų pacientų ir asmenų, turinčių specialiųjų poreikių, gydymo taikant bendrąją neįautrą įrangą, skaičius;

25.14. parengtas kompleksinis odontologinių ligų prevencijos ir odontologinės pagalbos teikimo žmonėms, turintiems sunkią negalią, modelio aprašas;

25.15. sukurtų neįgaliųjų burnos ligų prevencijos ir burnos priežiūros mokymo metodinių rekomendacijų, skaičius;

25.16. sukurtų ir įdiegtų į praktiką nuotolinių mokymų ir informacijos sklaidos sistemų socialinės globos įstaigų darbuotojams, sveikatos priežiūros įstaigų odontologams, odontologų padėjėjams, stacionaro slaugytojams, taip pat neįgaliesiems bei jų šeimos nariams skaičius;

25.17. parengtų ir įdiegtų į praktiką odontologinės priežiūros paslaugų teikimo neįgaliesiems algoritmų skaičius;

25.18. patobulintų ir patvirtintų neįgaliųjų ir pacientų, turinčių specialiųjų poreikių, gydymo mokymo programų skaičius;

25.19. neįgaliųjų burnos sveikatos, odontologinių ligų profilaktikos bei gydymo mokymuose dalyvavusių socialinės globos ir sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų odontologų, odontologų padėjėjų, stacionaro slaugytojų, slaugytojų skaičius.

VII SKYRIUS

NUMATOMI PASIEKTI REZULTATAI

26. Iki 2023 m. numatoma pasiekti:

26.1. šiuos rezultato rodiklius:

26.1.1. veiklose, skatinančiose sveikatos stiprinimo ir sveikos gyvensenos įgūdžius, dalyvavusių neįgaliųjų, kurie teigia, kad įgytas žinias ir įgūdžius taiko praktikoje, dalis – 60 proc.;

26.1.2. neįgalių pacientų, vertinančių fizinės ir informacinės aplinkos pritaikymo specialiesiems neįgaliųjų poreikiams lygi ES struktūrinę paramą gavusiose asmens sveikatos priežiūros įstaigose gerai ir labai gerai, dalis – 60 proc.;

26.1.3. asmens sveikatos priežiūros įstaigų, kuriose fizinė ir informacinė aplinka pritaikyta specialiesiems neįgaliųjų poreikiams, dalis – 5 proc.;

26.1.4. ne mažiau kaip 100 per metus negalią turinčių 14–18 metų amžiaus vaikų, išėjusių profesinio orientavimo ir mokymo programą;

26.1.5. ne mažiau kaip 100 per metus vaikų nuo 12 iki 18 metų amžiaus, turinčių labai sunkią negalią, išėjusių apsitarnavimo įgūdžių programą;

26.1.6. ne mažiau kaip 800 specialiųjų poreikių turinčių neįgalių pacientų suteiktos odontologinės diagnostikos ir gydymo paslaugos;

26.2. šiuos produkto rodiklius:

26.2.1. įgyvendinta ne mažiau kaip 4 iniciatyvos, skirtos neįgaliųjų švietimui;

26.2.2. apmokytų specialistų, teikiančių sveikatos ir socialinės priežiūros paslaugas neįgaliesiems ir informuojančių juos neįgaliųjų sveikatos stiprinimo ir sveikos gyvensenos skatinimo temomis, specialiųjų neįgaliųjų poreikių pažinimo, aplinkos pritaikymo ir pan. temomis, skaičius: ne mažiau kaip 100 socialinių darbuotojų, ne mažiau kaip 100 slaugytojų, ne mažiau kaip 100 šeimos medicinos paslaugas teikiančių gydytojų, ne mažiau kaip 35 visuomenės sveikatos specialistų;

26.2.3. ne mažiau kaip 3 modernizuotos medicininės stacionarinės reabilitacijos paslaugas negalią turintiems vaikams teikiančios įstaigos;

26.2.4. apmokytų specialistų, teikiančių medicininės ambulatorinės ir stacionarinės reabilitacijos paslaugas neįgaliesiems, skaičius: ne mažiau kaip 200 fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojų, ne mažiau kaip 500 kineziterapeutų, ne mažiau kaip 200 ergoterapeutų, ne mažiau kaip 100 socialinių darbuotojų, ne mažiau kaip 100 slaugytojų;

26.2.5. parengtų metodinių rekomendacijų, skirtų individualioms reabilitacijos programoms sudaryti ir stebėsenai užtikrinti, vykdant sunkių ligonių reabilitaciją iki jų integracijos į visuomenę, skaičius – 3;

26.2.6. organizuotos ir aprūpintos mobilia įranga 2 odontologų brigados pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigose, teikiančios odontologinės priežiūros paslaugas Vilniaus apskrities teritorijoje;

26.2.7. specializuotų odontologinės priežiūros įstaigų, aprūpintų neįgalių pacientų ir asmenų, turinčių specialiųjų poreikių, gydymo taikant bendrąją neįautrą įrangą, skaičius – 1;

26.2.8. parengtas ir įdiegtas į praktiką ne mažiau kaip 1 kompleksinis odontologinių ligų prevencijos ir odontologinės pagalbos teikimo žmonėms, turintiems sunkią negalią, modelio aprašas;

26.2.9. sukurtos neįgaliųjų burnos ligų prevencijos ir burnos priežiūros mokymo metodinės rekomendacijos – ne mažiau kaip 1;

26.2.10. sukurta bei taikoma praktikoje nuotolinių mokymų ir informacijos sklaidos sistema socialinės globos įstaigų darbuotojams, sveikatos priežiūros įstaigų odontologams, odontologų padėjėjams, stacionaro slaugytojams, taip pat neįgaliesiems bei jų šeimos nariams – sistemos praktinis taikymas apima ne mažiau kaip 50 proc. visų tikslinių įstaigų Lietuvoje;

26.2.11. parengtų ir įdiegtų į praktiką odontologinės priežiūros paslaugų teikimo neįgaliesiems algoritmų skaičius – ne mažiau kaip 3;

26.2.12. patobulinta ir patvirtinta ne mažiau kaip 1 neįgaliųjų ir pacientų, turinčių specialiųjų poreikių, gydymo mokymo programa;

26.2.13. neįgaliųjų burnos sveikatos, odontologinių ligų profilaktikos bei gydymo mokymuose dalyvavusių socialinės globos įstaigų ir sveikatos priežiūros įstaigų darbuotojų skaičius: ne mažiau kaip 40 odontologų, ne mažiau kaip 30 odontologų padėjėjų, ne mažiau kaip 10 stacionaro slaugytojų ir ne mažiau kaip 80 slaugytojų.

VIII SKYRIUS VYKDYTOJAI

27. Šiame Apraše numatytų priemonių vykdytojai:

27.1. Sveikatos apsaugos ministerija ir (ar) jai pavaldžios įstaigos pagal kompetenciją;

27.2. asmens sveikatos priežiūros įstaigos, atitinkančios Sveikatos apsaugos ministerijos nustatytus reikalavimus ir atrinktos vykdyti projektus;

27.3. VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė VšĮ Kauno klinikos;

27.4. aukštosios mokyklos, turinčios atitinkamų sričių odontologijos specialistų rengimo ir kvalifikacijos suteikimo patirties;

27.5. VšĮ Palangos vaikų rehabilitacijos sanatorija „Palangos gintaras“, VšĮ Respublikinės Kauno ligoninės Vaikų ligų klinika;

27.6. pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigos, teikiančios odontologinės priežiūros paslaugas Vilniaus apskrities teritorijoje, VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Žalgirio klinika;

27.7. Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Vilniaus universitetas, Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakultetas;

27.8. savivaldybių administracijos, seniūnijos, bendruomenės, nevyriausybinių organizacijos, savivaldybių visuomenės sveikatos biurai.

IX SKYRIUS BAIGIAMOSIOS NUOSTATOS

28. Apraše numatytoms priemonėms įgyvendinti preliminariai numatoma skirti iki 38 mln. Lt.

29. Numatomi finansavimo šaltiniai – valstybės ir savivaldybių biudžeto, privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto, 2014–2020 m. Europos Sąjungos fondų, kitos tarptautinės paramos lėšos, nuosavos vykdytojų lėšos ir kt. šaltiniai.

30. Siekiant numatytų pokyčių pagal šią Veiksmų plano kryptį, planuojant sveikatos priežiūros paslaugų finansavimą Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis, turi būti atsižvelgta į Apraše numatytą sveikatos priežiūros paslaugų plėtrą, vykdomų bandomųjų projektų rezultatus.

31. Prieš skiriant finansavimą sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūrai modernizuoti ir įsigyti, turi būti įvertinta esama infrastruktūra, jos panaudojimo efektyvumas bei 2007–2013 m. Europos Sąjungos ir kitų finansavimo šaltinių finansuotų veiklų rezultatai šioje srityje.

32. Nuosekliai su investicijomis vykdomas reikalingų pokyčių reglamentavimas.

Papildyta priedu:

Nr. [V-912](#), 2014-09-01, paskelbta TAR 2014-09-01, i. k. 2014-11474

VAIKŲ SVEIKATOS STIPRINIMO, LIGŲ PROFILAKTIKOS BEI EFEKTYVAUS GYDymo UŽTIKRINIMO KRYPTIES APRAŠAS

I SKYRIUS BENDROSIOŠ NUOSTATOS

1. Vaikas – labiausiai pažeidžiama ir pati savęs negalinti apsaugoti visuomenės dalis. Vykdamas vaikų sveikatos stiprinimo, ligų profilaktikos ir efektyvaus gydymo užtikrinimo politiką, būtina atsižvelgti į vieną pagrindinių vaiko teisių – teisę į kokybišką sveikatos apsaugą, kurią vaikams garantuoja Jungtinių Tautų vaiko teisių konvencija (toliau – Konvencija) (Lietuvos Respublikos įstatymas „Dėl Jungtinių Tautų Vaiko teisių konvencijos ratifikavimo“, 24 str.). Lietuva, prisijungdama prie Konvencijos, įsipareigojo imtis visų reikiamų teisinių, administracinių ir kitų priemonių vaiko teisėms įgyvendinti, tarp jų – siekti geresnės vaikų ir paauglių sveikatos, prieinamos kiekvienam vaikui ir jaunuoliui.

2. Vaiko teisę būti sveikam reglamentuoja Lietuvos Respublikos vaiko teisių apsaugos pagrindų įstatymas. Ši teisė garantuojama priemonėmis, leidžiančiomis sudaryti vaikui sveiką ir saugią aplinką, užtikrinti vaikų ir jų motinų (tėvų) sveikatos priežiūrą, vaikų ligų profilaktiką, kvalifikuotą medicininę pagalbą, sveiko gyvenimo būdo ugdymą (informaciją, švietimą ir kt.). Vaikų ir jaunimo sveikata – viena esminių darnaus asmenybės ir visuomenės vystymosi sąlygų. Dabartinės vaikų sveikatos problemos reiškia visos visuomenės problemas ateityje – kuo daugiau sveikatos problemų turės darbingo amžiaus asmenys, tuo sudėtingiau bus išlaikyti tvarų ekonomikos augimą.

3. Vaikų sveikatos stiprinimo, ligų profilaktikos bei efektyvaus gydymo užtikrinimo krypties aprašas (toliau – Aprašas) skirtas tikslams, uždaviniams ir kompleksinėms priemonėms, kurių įgyvendinimas sudarytų sąlygas pagerinti vaikų sveikatą ir gyvenimo kokybę, užtikrintų vaikams palankią, kokybišką bei veiksmingą sveikatos priežiūrą, iki 2023 metų nustatyti.

4. Apraše vartojamos sąvokos ir jų apibrėžtys:

Vaikas – kiekvienas žmogus, neturintis 18-os metų, jei pagal taikomą įstatymą jo pilnametystė nepripažinta anksčiau (Konvencija, 1 str.).

Paauglys – asmuo nuo 10 iki 19 metų amžiaus (The Reproductive Health of Adolescents: A strategy for action, A Joint WHO/UNFPA/UNICEF Statement, World Health Organization, Geneva, 1989).

Jaunuolis – asmuo nuo 15 iki 24 metų amžiaus (The Reproductive Health of Adolescents: A strategy for action, A Joint WHO/UNFPA/UNICEF Statement, World Health Organization, Geneva, 1989).

Vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos paslauga – asmens sveikatos priežiūros paslauga, užtikrinanti ankstyvą vaikų raidos sutrikimų išaiškinimą, ankstyvą kompleksinę pagalbą vaikams, turintiems raidos sutrikimų, ir jų tėvams (globėjams).

Dantų ėduonies paplitimas – vaikų, kuriems nustatyta dantų ėduonies pažeistų dantų diagnozė (kodai pagal TLK-10 AM K02.0–K02.9), skaičius.

Vaikai, turintys raidos sutrikimų – vaikai, kuriems nustatytos raidos sutrikimų diagnozės (kodai pagal TLK-AM F70-F89, F90-F94, G80-G82, R62).

Retų ligų kompetencijos centras – organizacinis universiteto ligoninės vienetą, užtikrinantis retomis ligomis sergančių pacientų sveikatos priežiūrą ir atitinkantis sveikatos apsaugos ministro nustatytus kriterijus.

Sveikatą stiprinanti mokykla – mokykla, kurioje pasitelkiant mokyklos bendruomenę ir socialinius partnerius ugdomi mokinių sveikos gyvensenos įgūdžiai, kuriama mokyklos bendruomenės sveikatai palanki fizinė ir psichosocialinė aplinka.

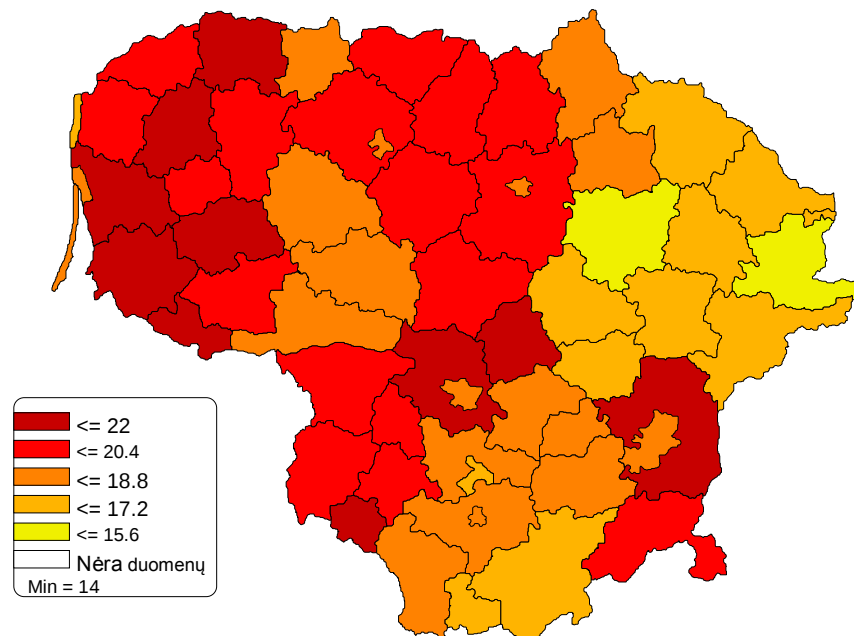
II SKYRIUS

SITUACIJOS ANALIZĖ

5. Statistikos departamento duomenimis, 2013 m. pradžioje Lietuvoje gyveno 543,8 tūkst. vaikų iki 18 metų amžiaus, t. y. kas penktas šalies gyventojas buvo vaikas. Palyginti su 2012 m. pradžia, vaikų skaičius sumažėjo 12,5 tūkst. (2,2 proc.). Bendrojo lavinimo mokyklose 2012–2013 m. mokėsi apie 373 tūkst. mokinių. Ikimokyklinio ugdymo įstaigas lankė apie 104 tūkst. nuo 1 iki 6 metų amžiaus vaikų.

6. 0–17 metų amžiaus vaikų pasiskirstymas Lietuvoje 2012 m. pagal atskiras savivaldybes rodo, kad didžiausia vaikų procentinė dalis (daugiau nei šalies vidurkis, kuris 2012 m. buvo 18,4 proc.) gyveno Telšių (21 proc.), Marijampolės (19 proc.), Tauragės (19 proc.), Klaipėdos (19 proc.) ir Šiaulių (18 proc.) apskrityse bei kai kuriose Vilniaus, Kauno ir Panevėžio apskričių savivaldybėse.

1 paveikslas. 0–17 metų amžiaus gyventojų dalis (proc.) 2012 m. (Higienos instituto Sveikatos informacijos centro Lietuvos sveikatos rodiklių duomenų bazė).



7. Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenimis, 2012 m. didžiausias vaikų (nuo 0 iki 17 metų amžiaus) sergamumas buvo kvėpavimo sistemos (1006,7/1 000 vaikų), virškinimo sistemos (192,4/1 000 vaikų), akių (105,5/1 000 vaikų), odos ir poodžio ligomis (124,6/1 000 vaikų), traumų bei kitų išorinių priežasčių padariniais (109,6/1 000 vaikų) bei infekcinėmis ir parazitinėmis ligomis (82,3/1 000 vaikų).

8. Sveikata apie 50 proc. priklauso nuo žmogaus gyvenamosios. Ankstyvas sveikatos ugdymas ir sveikos gyvenamosios mokymas turi didelę reikšmę vaiko atečiai. Įrodyta, kad sveiki mitybos įpročiai susiformuoja jau vaikystėje, todėl ypač svarbu juos diegti ir formuoti ankstyvame amžiuje. Tiek ikimokyklinio amžiaus, tiek mokyklinio amžiaus vaikai dažniausiai valgo tai, ką valgo visa šeima, todėl nenuostabu, kad vaikų ir suaugusiųjų mitybos problemos yra labai panašios: vaikai per mažai vartoja vaisių ir daržovių, grūdinių produktų, per daug riebalų ir cukraus, užkandžiauja saldžiai, mėgsta greitai pagaminamą maistą, nesilaiko maitinimosi režimo ir pan. Tai patvirtina Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centro atliktas vaikų mitybos įpročių tyrimas: 2013 m. atlikto 6–7 klasių mokinių mitybos įpročių ir fizinio aktyvumo įgūdžių tyrimo duomenimis, tik 64 proc. mokinių atsakė, kad pusryčius valgo kiekvieną dieną, ir tik mažiau nei pusė mokinių valgo mokykloje karštus pietus. Tik 68,5 proc. mokinių kasdien ir kelis kartus per dieną valgo daržoves ir 77,1 proc. – vaisius. Tyrimo duomenys parodė, kad dalies mokinių žinios apie sveiką mitybą taip pat nėra pakankamos: tik du trečdaliai 6–7 klasių mokinių pasakė, kad reikia kasdien valgyti daržovių, ir tik maždaug kas antras – vaisių ir mėsos (paukštienos). Tik 62,7 proc. mokinių žino apie būtinybę kasdien valgyti grūdinius produktus (duoną, grūdų košes ir pan.) ir tik 36,9 proc. mokinių mano, kad kasdien reikia gerti pieną ir valgyti pieno produktus. Taip pat nustatyta, kad mieste gyvenantys mokiniai statistiškai daug dažniau vartoja pieną ir pieno produktus, negu gyvenantys kaime. Kasdien ir kelis kartus per dieną šiuos produktus vartoja 78,4 proc. mieste ir 64,3 proc. kaime gyvenančių mokinių. Nors įprastai vaikai apie sveiką mitybą turėtų sužinoti iš savo tėvų ir iš mokytojų mokyklose, tačiau tyrimo rezultatai parodė, kad šią informaciją iš tėvų bei mokytojų sužino tik kas antras mokinis. Pasaulio sveikatos organizacija (toliau – PSO) nuo 2008 m. vykdo Vaikų nutukimo stebėjimo iniciatyvą (*Childhood Obesity Surveillance Initiative – COSI*) – tiria 6–9 metų vaikų nutukimo paplitimą. Lietuva šioje iniciatyvoje dalyvauja nuo jos pradžios. 2010 m. Lietuvoje 24 proc. vaikų turėjo antsvorio arba buvo nutukę. Europos regione 2010 m. vienas iš trijų 6–9 metų amžiaus vaikų turėjo antsvorio arba buvo nutukęs. Europoje nėra šalių, kuriose turinčių antsvorio arba nutukusių vaikų būtų mažiau negu 20 proc. Atkreiptas dėmesys, kad nors Lietuva yra tarp tų šalių, kuriose, palyginti su kitomis šalimis, yra nedidelis vaikų nutukimo lygis, tačiau nustatyta, kad nutukusių vaikų daugėja greičiau nei tose šalyse, kuriose turinčių antsvorio arba nutukusių vaikų yra daug daugiau. Todėl labai svarbu dėti visas pastangas formuojant vaikų sveikos mitybos įpročius, kad būtų sustabdytas turinčių antsvorio arba nutukusių vaikų skaičiaus didėjimas.

9. Pagal atnaujintas 2010 m. PSO rekomendacijas vaikams ir paaugliams (5–17 m.) būtinas ne mažiau kaip 60 min. vidutinio ar didelio intensyvumo fizinis krūvis kasdien. Tačiau Lietuvoje fizinio vaikų aktyvumo tendencijos nėra geros. Pavyzdžiui, 2005 m. Lietuvos kūno kultūros akademijos atliktoje studijoje „Lietuvos didžiųjų miestų vidurinių mokyklų mokinių fizinio aktyvumo tyrimas“ teigiama, kad tik 9,8 proc. mergaičių ir 18,6 proc. berniukų, gyvenančių didžiuosiuose miestuose, fizinis aktyvumas atitinka PSO rekomenduojamas normas (Volbekienė V. ir kt., 2007). Tarptautinio šeimų gyvenamosios tyrimo duomenimis, maždaug pusė Lietuvos ikimokyklinukų fizinis aktyvumas yra nepakankamas, t. y. jie iš viso nesimankština (41,4 proc.) arba mankština retai (12,5 proc.). Vaikai daug laiko praleidžia pasyviai prie televizoriaus ar kompiuterio (Petrauskienė A. ir kt., 2007). Lyginant Lietuvos mokinių fizinį aktyvumą su Europos Sąjungos (toliau – ES) šalių mokinių fiziniu aktyvumu, nustatyta, kad jis didesnis nei ES šalių vidurkis. Lietuvoje PSO rekomendacijas atitinkantis fizinis aktyvumas 11 metų amžiaus grupėje tarp mergaičių buvo

45 proc., o tyrime dalyvavusių šalių mergaičių – 33,1 proc., berniukų atitinkamai – 54 proc. ir 43,8 proc. 15 metų amžiaus grupėje: tarp mergaičių 27,3 proc., tyrime dalyvavusių šalių – 22,3 proc., tarp berniukų atitinkamai – 44,6 proc. ir 35,3 proc. (PSO, 2004). Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centro 2013 m. atliktas vaikų fizinio aktyvumo įpročių tyrimas parodė, kad ketvirtadalis 6–7 klasių mokinių fiziniam aktyvumui mokykloje išnaudoja vieną pertrauką,

trečdalis – dvi. Pėsčiomis iki mokyklos eina 31 proc. kaime gyvenančių ir 59,6 proc. mieste gyvenančių mokinių, o iki stotelės pėsti eina 19,5 proc. miestiečių ir 41,8 proc. kaimo mokinių. Dviračiu į mokyklą važiuoja mažuma: 0,9 proc. kaime gyvenančių ir 2,7 proc. mieste gyvenančių mokinių. Taigi gyvenantieji mieste dažniausiai mokyklą pasiekia pėsčiomis, o gyvenantieji kaime dažniau važiuoja viešuoju transportu arba juos į mokyklą nuveža tėvai. Beveik kas antras mokinyas atsakė, kad lanko sporto mokyklą, sporto ar šokių būrelius, sporto klubą ir kitus su fiziniu aktyvumu susijusius užsiėmimus. Su fiziniu aktyvumu susijusius užsiėmimus lanko daugiau mieste negu kaime gyvenančių mokinių. Be to, palyginus analogiškų 2009 ir 2013 m. tyrimų išvadas, matomos laisvalaikio fizinio aktyvumo mažėjimo tendencijos. Tarptautinio mokyklinio amžiaus vaikų gyvenamosios ir sveikatos 2010 m. tyrimo (*Health Behaviour in School-aged Children*, HBSC) duomenimis, kaime gyvenantys vaikai, palyginti su mieste gyvenančiais jų bendraamžiais, turi beveik 1,3 karto, o neturtingų šeimų vaikai, palyginti su turtingų šeimų vaikais, – daugiau kaip 1,5 karto mažesnę galimybę sportuoti ir mankštintis. Apibendrinus 1994–2010 m. minėto tyrimo duomenis paaiškėjo, kad mieste gyvenantys mokiniai mankštinosi ir sportavo reguliariau negu jų bendraamžiai, gyvenantys kaime. Taip pat nepilnų šeimų vaikai, palyginti su vaikais, gyvenančiais su abiem tėvais, kiek rečiau reguliariai mankštinosi ir sportavo.

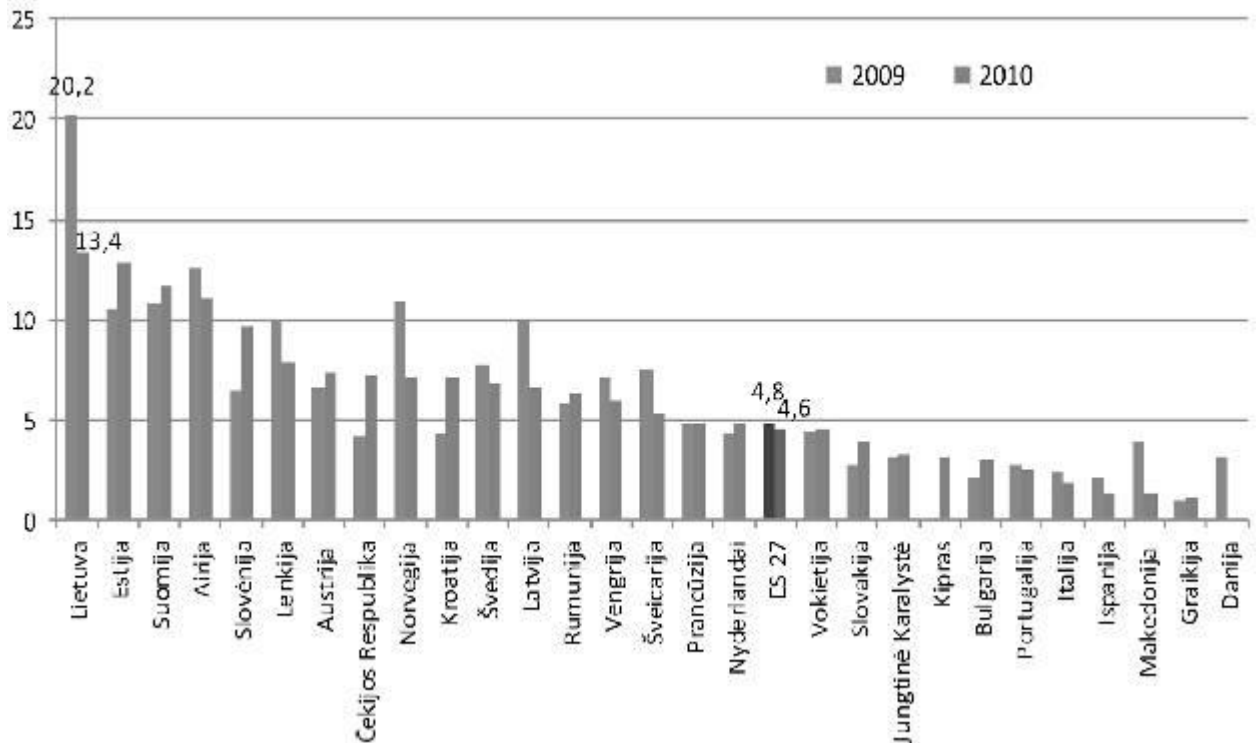
10. Vaikų burnos sveikata Lietuvoje yra viena blogiausių ES. 7–12 metų amžiaus vaikų grupėje nuolatinių dantų ėduonies paplitimas siekia 44,8 proc. Šio amžiaus vaikų KPI-D (KPI-D-indeksas, naudojamas ėduonies paplitimui vertinti: įvertinamas dantų ėduonies paplitimas apskaičiavus vaikų, turinčių ėduonies pažeistų dantų, bei visų tirtų vaikų santykį, apskaičiuotą procentais) rodiklis siekia 1,08 (Saldūnaitė K. Dantų ėduonies profilaktikos galimybių vertinimas Lietuvoje tarp 7–12 metų amžiaus moksleivių. Daktaro disertacija, Kaunas: LSMU, 2011, p. 108.). Pirminio ir antrinio ėduonies pažeidimai yra dvi didžiausios paauglių dantų gydymo priežastys Lietuvoje (atitinkamai 40,23 proc. ir 12,20 proc.). Ištyrus 885 15–16 metų paauglius paaiškėjo, kad tik 7,7 proc. tiriamųjų turėjo visus sveikus dantis (be ėduonies ir užpildų). Ortodontinės anomalijos nustatytos 77 proc. 10–11 metų amžiaus ir 61,7 proc. 14–15 metų amžiaus tirtų Lietuvos mokinių, o ortodontinis gydymas reikalingas beveik pusei (49,6 proc.) jaunesnio (10–11 metų) amžiaus ir kas trečiam (34,1 proc.) vyresnio (14–15 metų) amžiaus mokinių (Baubinienė, D. Ortodontinių anomalijų paplitimas ir gydymo reikalingumas tarp Lietuvos moksleivių. Daktaro disertacija. Kaunas, 2010, p. 34.). Vaikų burnos ligų epidemiologinė situacija pastaruoju metu blogėja. 2011 m. mokslo tyrimų duomenimis (Razmienė J., Vanagas G., Bendoraitienė E., Vyšniauskaitė A. The relation between oral hygiene skills and the prevalence of dental caries among 4-6-year-old children. *Stomatologija; Baltic Dental and Maxillofacial Journal*; 2011; 13:62-7), dantų ėduonies paplitimas Lietuvoje tarp 4–6 metų amžiaus vaikų siekė 90 proc., o 2003 m. šis rodiklis buvo 77 proc. Didėja ir dantų ėduonies intensyvumo rodikliai: 2000 m. 4–6 metų amžiaus vaikai vidutiniškai turėjo po 7,42 ėduonies pažeistų, plombuotų ar išrautų dantų, o 2010 m. šis skaičius beveik padvigubėjo ir siekė 12,03 KPI-D. Didžiausią dalį šio indekso sudaro negydyti ėduonies pažeisti dantys. Tai rodo, kad vaikų burnos higienos ir dantų gydymo poreikiai Lietuvoje nėra patenkinami.

11. Vaikystė ir paauglystė yra tas metas, kai formuojasi burnos sveikatos užtikrinimo įgūdžiai, kurie išlieka visą vėlesnį žmogaus gyvenimą ir juos pakeisti suaugusiajam yra labai sunku. Todėl būtina vaikų ugdymo ir sveikatos priežiūros įstaigose užtikrinti reguliarią vaikų sergamumo burnos ligomis kontrolę bei tinkamą burnos sveikatos išsaugojimo įgūdžių tęstinį formavimą. Vaikų burnos sveikatos pagerėjimas turės ilgalaikį teigiamą poveikį gyventojų sveikatai, taip pat sukurs prielaidas gydymo ir protezavimo išlaidų mažėjimui. Tose ES valstybėse, kuriose gerai išvystyta odontologinių ligų profilaktikos burnos higienos sritis, apie 50 kartų mažiau sunaudojama lėšų dantų ir apydančio ligoms gydyti bei kramtymo funkcijai atkurti (Razmienė J., Vanagas G., Bendoraitienė E. A., Andriuškevičienė V., Slabšinskienė E. Changes in Caries Prevalence and Oral Hygiene Skills Among Preschool-Aged Children in Lithuania Between 2000 and 2010. *Medicina* (Kaunas) 2012; 48 (7): 364-370).

12. Savižudybių skaičius – labai svarbus rodiklis, atspindintis visuomenės psichikos sveikatos būklę. Lietuvos vaikų, paauglių ir jaunuolių savižudybių rodikliai vieni aukščiausių ES (2010 m. – 13,4/100 000 vaikų). Nors 2010 m., palyginti su 2009 m., Lietuvoje šis rodiklis mažėjo, kaip ir dar 12-oje Europos šalių, tačiau beveik tris kartus viršijo ES šalių vidurkį. Net

trylikoje Europos valstybių 2010 m. jaunuolių savižudybių rodikliai išaugo. Lietuvoje vaikų ir jaunimo savižudybės yra labai opi problema. Lietuvos higienos instituto duomenimis, 2011 m. nusižudė 86 vaikai ir jaunuoliai iki 24 metų amžiaus, nuo 5 iki 19 metų amžiaus nusižudė 20 vaikų. Berniukai prieš save pakelia ranką dažniau nei mergaitės (Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministerija, Jaunimo psichinė sveikata ir savižudybės, 2013 // <http://www.nmva.smm.lt/wp-content/uploads/2012/12/Jaunimopsichin%C4%97-sveikata-ir-savi%C5%BEdyby%C4%97s.pdf>).

2 paveikslas. 15–19 metų amžiaus jaunuolių savižudybių rodikliai (100 000 15–19 metų amžiaus gyventojų) Europos šalyse 2009–2010 m. (Eurostatas).



13. Savižudybių problema turi daug aspektų, todėl ir prevencija turi būti kompleksinė. Prevencija gali būti sėkminga, tik tuo atveju, jeigu ji yra vykdoma nuosekliai, orientuojantis į tiksliai apibrėžtas rizikos grupes. Šiuose procesuose turi dalyvauti ne tik sveikatos priežiūros specialistai, bet ir socialinės apsaugos, teisėtvarkos, vaikų teisių apsaugos, švietimo ir mokslo institucijų specialistai, nevyriausybinės organizacijos (toliau – NVO). Vykdamas prevencines programas daugiausiai dėmesio turi būti skiriama šeimai ir mokyklai. Atitinkamai svarbu vykdyti ankstyvosios prevencijos programas visoje švietimo sistemoje, skatinti specialistų, susijusių su sveikatos, švietimo ir kitais sektoriais, mokymus psichikos sveikatos ir gerovės klausimais, taip pat skatinti socialinių ir sveikatos mokslų žinių integravimą į formaliojo ir neformaliojo ugdymo veiklą ir ikimokyklinių įstaigų bei mokyklų auklėjimo kultūrą.

14. Paauglystė yra vienas sudėtingiausių vaiko raidos etapų – jos laikotarpiu dažniausiai pradedama eksperimentuoti su psichoaktyviosiomis medžiagomis – tabaku, alkoholiu ir narkotikais, kurie veikia žmogaus psichiką, sutrikdo žmogaus elgesį ir gali sukelti psichinę ir fizinę priklausomybę. Remiantis PSO koordinuojamo Tarptautinio mokyklinio amžiaus vaikų gyvenimo ir sveikatos tyrimo (*Health Behaviour in School-aged Children, HBSC*) duomenimis, psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo problema egzistuoja ir tarp mūsų šalies paauglių. Apklausų duomenimis, 1994–2010 m. smarkiai išaugo rūkymo paplitimas tarp 11–15 metų amžiaus paauglių. 1994 m. rūkančių 11–15 metų amžiaus berniukų buvo tik 11,3 proc., o mergaičių – 3,6 proc., o 2010 m. minėtos amžiaus grupės rūkančių berniukų skaičius padidėjo iki 21,2 proc., o mergaičių – net iki 15 proc. Pirmaisiais tyrimų metais (1994 m.) rūkančių berniukų daugiau buvo

kaime nei mieste (atitinkamai 13,9 proc. ir 9,5 proc.), bet vėliau šis skirtumas išnyko. Rūkančių mergaičių dalis visą laiką buvo daug (apie 1,3 karto) didesnė tarp miestiečių. Paauglių rūkymo įpročių paplitimas labai susijęs su šeimos socialine padėtimi: dažniau rūkė paaugliai, augantys nepilnose šeimose (tokiose šeimose paprastai nebuvo biologinio vaiko tėvo), bei paaugliai, laikantys savo šeimas neturtingomis. Tiriamuoju laikotarpiu reguliariai vartojančių alkoholinius gėrimus vaikų skaičius ypač sparčiai augo tarp penkiolikmečių. 1994 m. šis rodiklis siekė 13,6 proc. tarp berniukų ir 5,5 proc. tarp mergaičių. 2010 m. šis rodiklis tarp berniukų buvo beveik du kartus didesnis (25,2 proc.), o tarp mergaičių – daugiau nei tris kartus didesnis (16,9 proc.) nei 1994 m. Apie 30 proc. mokinių prisipažino, kad būdami tik 11 metų amžiaus nors kartą buvo apsvaigę nuo alkoholio. Paaugliai, gyvenantys nepilnose šeimose (ne su abiem biologiniais tėvais) bei socialinės rizikos šeimose, kaip ir rūkymo atveju, buvo linkę išgėrinėti ir svaigintis alkoholiu dažniau negu paaugliai, gyvenantys kartu su abiem biologiniais tėvais. Didesnė reguliariai vartojančių alkoholinius gėrimus paauglių dalis buvo išaiškinta tarp labiau pasiturinčių ir mieste gyvenančių šeimų, o paauglių, buvusių apsvaigusiu nuo alkoholio kelis kartus, dalis buvo didesnė tarp mažiau pasiturinčių šeimų ir nesisyrė tarp mieste ir kaime gyvenančių paauglių. Remiantis aptariamo tyrimo duomenimis, Lietuvos mokyklose vis aktualesnė darosi narkotinių medžiagų vartojimo problema. 2010 m. duomenimis, narkotikų jau yra išbandęs kas trečias (33,5 proc.) penkiolikos metų berniukas ir kas penkta (18,4 proc.) to paties amžiaus mergaitė. Epidemiologinių tyrimų duomenys rodo, kad socialiniai veiksniai labai daug prisideda prie to, kad paaugliai pradeda eksperimentuoti su narkotikais. Atlikto tyrimo duomenimis, mieste gyvenantys paaugliai turėjo daugiau galimybių vartoti narkotikus nei jų bendraamžiai, gyvenantys kaime (atitinkamai 28,1 proc. ir 18,5 proc. tarp berniukų ir 16,9 proc. ir 8 proc. tarp mergaičių), o paaugliai, gyvenantys nepilnose šeimose, – dažniau nei paaugliai, gyvenantys su abiem tėvais (atitinkamai 28,1 proc. ir 22,6 proc. tarp berniukų bei 20,9 proc. ir 14,1 proc. tarp mergaičių). Išbandyti narkotikus dažniau buvo linkę turtingesnių šeimų vaikai. Atliktas tyrimas rodo, kad rūkymo, alkoholinių gėrimų ir narkotikų vartojimo problema tarp mūsų šalies paauglių didėja.

15. Patyčios yra vienas iš pagrindinių veiksnių, smarkiai žalojančių vaikų psichikos sveikatą ir trukdančių saugiai jaustis mokykloje, namuose, gatvėje. Patyčių paplitimas Lietuvoje tiriamas pagal Tarptautinę mokyklinio amžiaus vaikų gyvensenos ir sveikatos tyrimų programą (*Health Behaviour in School-aged Children*, HBSC). Tyrimų duomenys parodė, kad patyčių apraiškų dažnis Lietuvos mokyklose nuo 1994 m. iki 2010 m. sumažėjo. 1994 m. patyčias patyrė 81,2 proc. tyrime dalyvavusių mokinių, 2002 m. – 68,7 proc., o 2010 m. patyčių patyrusių mokinių buvo 52,4 proc. Dažniausiai patyčias patiria 11–13 metų amžiaus mokiniai, o iš kitų dažniausiai tyčiojasi 15-mečiai. Tačiau palyginti su kitomis Europos šalimis, patyčių dažnis Lietuvos mokyklose kol kas lieka didžiausias (Švedijoje tik apie 4 proc. vaikų patiria patyčias, Latvijoje ir Estijoje – apie 22 proc., Vokietijoje – 14 proc.). Tiriant polinkį į depresiją, suicidinį elgesį, nustatyta, kad apie pusė visų tyrime dalyvavusių mokinių turi polinkį į depresiją ar depresijos apraiškų. Laimingumo apklausos rodo, kad Lietuvos mokiniai subjektyviau savęs ir aplinkos vertinimu yra patys nelaimingiausi Europoje (2004) („Patyčios Lietuvos mokyklose: problemos ir jų sprendimo būdai“. Švietimo ir mokslo ministerijos leidinys „Švietimo problemos analizė“, 2009 m. gruodis, Nr. 11 (39)).

16. Vaikų raidos sutrikimų ankstyvoji diagnostika, reabilitacija ir pagalba šeimai padeda gerinti šių vaikų socialinę adaptaciją. Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos duomenimis, vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos paslaugos teikiamos 40 Lietuvos savivaldybių (jas teikia 42 asmens sveikatos priežiūros įstaigos), o neteikiamos net 20 savivaldybių. Vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos paslaugas 2012 m. gavo 11 tūkst. vaikų (7,7 proc. vaikų nuo gimimo iki 4 metų amžiaus), bet paslaugų vartojimas savivaldybėse labai netolygus – nuo 0,15/1 000 gyv., iki 140,9/1 000 gyv. Vaikų psichikos sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos savivaldybių psichikos sveikatos centruose, tačiau daugumoje šių centrų trūksta specialistų, kurie užtikrintų kokybiškas paslaugas vaikams ir jų tėvams. Nepakankamą pagalbą prieinamumą tėvams / globėjams, auginantiesiems vaikus, turinčius raidos sutrikimų, rodo ir Lietuvos Respublikos vaiko teisių apsaugos kontrolieriaus įstaigos duomenys, kad sutrikusio vystymosi kūdikių namuose 16 proc. globojamų vaikų yra vaikai, turintys sunkią kompleksinę psichikos negalią (Lietuvos Respublikos vaiko teisių apsaugos kontrolieriaus 2012 m. veiklos

ataskaita // <http://www.viltis.lt/images/wp/uploads/2013/04/Kontrolieres-ataskaita.pdf>). Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos duomenimis, 2012–2013 m. 1 000 gyv. teko 1,221 antrinio sveikatos priežiūros lygio vaikų ir paauglių psichiatro konsultacijos ir 0,2468 antrinio sveikatos priežiūros lygio individualios vaikų psichoterapijos seanso, šias paslaugas teikė tik 13 įstaigų didžiuosiuose Lietuvos miestuose, dėl to paslaugų prieinamumas sudėtingesnių psichikos ir elgesio sutrikimų turintiems vaikams ir paaugliams yra labai ribotas ir netolygus (Pūras D., Šumskienė E., Veniūtė M., Šumskas G., Juodkaitė D., Murauskienė L., Mataitytė–Diržienė J., Šliužaitė D. Iššūkiai įgyvendinant Lietuvos psichikos sveikatos politiką. Mokslo studija. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla, 2013. 152 p.; http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC%2fC%2fLTU%2fC%2f34&Lan=en).

17. Siekiant plėtoti kompleksines vaikų ir paauglių psichikos sveikatos priežiūros paslaugas (ambulatorines konsultacines, dienos stacionaro, stacionaro), ES struktūrinių fondų investicijos 2007–2013 m. programavimo laikotarpiu buvo skirtos 5-iems regioniniams diferencijuotos kompleksinės psichiatrinės pagalbos vaikui ir šeimai centrams įsteigti ir aprūpinti reikalinga įranga, investuojant į transportą, reikalingą mobilioms paslaugoms teikti. Šiuose regioniniuose centruose glaudžiai bendradarbiaujama su bendruomenėse dirbančiais asmens sveikatos priežiūros specialistais, švietimo ir socialinės apsaugos įstaigomis, teikiama pagalba visoms vaikų grupėms ir jų šeimoms.

18. Vis dėlto tiek vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos, tiek vaikų ir paauglių psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo kokybė ir prieinamumas Lietuvoje išlieka nepakankami, todėl būtina užtikrinti sklandžią šių paslaugų plėtrą ir investicijų tęstinumą. Psichikos sveikatos strategijoje, patvirtintoje Lietuvos Respublikos Seimo 2007 m. balandžio 3 d. nutarimu Nr. X-1070 „Dėl Psichikos sveikatos strategijos patvirtinimo“, numatyta plėtoti vaikų psichikos sveikatos priežiūrą, vykdant tiek modernias prevencines priemones, tiek ir gydymo bei reabilitacijos paslaugų plėtrą: gerinti vaikų ir paauglių psichikos sveikatos apsaugą ir priežiūrą vykdant tikslines prevencines, gydymo ir reabilitacijos programas, skirtas vaikų, šeimų ir bendruomenių atsparumui sveikatą žalojantiems veiksniams stiprinti bei neigiamų socializacijos pasekmių prevencijai. Didžiausias dėmesys skiriamas šiuo metu aktualiausioms problemoms spręsti – vaikų dvasinės sveikatos, emocinės ir socialinės raidos sutrikimų prevencijai, tėvų mokymui tinkamai auginti vaikus, savižudybių, priklausomybių ir prievartos prevencijai, vaikų sveikatos problemų sprendimui; siekiama remti valstybės ir savivaldybių psichikos sveikatos stiprinimo ir psichikos sutrikimų prevencijos programas. Taip pat Psichikos sveikatos strategijoje numatyta plėtoti vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos paslaugas, didinant jų apimtį, gerinant kokybę. Plėtoti ir integruoti į pediatrijos paslaugų infrastruktūrą vaikų ir paauglių psichikos sveikatos priežiūros ir socialinės (raidos) pediatrijos paslaugas. Šešioliktoji Lietuvos Respublikos Vyriausybė kaip prioritetines kryptis nutarė įgyvendinti svarbiausius Psichikos sveikatos strategijos principus ir išskirtinį dėmesį skirti Psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimui bei savižudybių problemos sprendimui (Šešioliktosios Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2012–2016 metų programos, patvirtintos Lietuvos Respublikos Seimo 2012 m. gruodžio 13 d. nutarimu Nr. XII-51 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos“, 263 punktas).

19. Iki 2014 m. sausio 1 d. vaikų, ugdomų ikimokyklinio ugdymo įstaigose, visuomenės sveikatos priežiūra buvo priskiriama savarankiškai savivaldybių funkcijai. Lietuvos Respublikos Seimui 2012 m. gruodžio 20 d. priėmus Lietuvos Respublikos visuomenės sveikatos priežiūros įstatymo 6 straipsnio pakeitimo įstatymą, nuo 2014 m. sausio 1 d. mokinių, ugdomų pagal ikimokyklinio, priešmokyklinio, pradinio, pagrindinio ir vidurinio ugdymo programas, visuomenės sveikatos priežiūra savivaldybių teritorijose esančiose ikimokyklinio ugdymo, bendrojo ugdymo mokyklose ir profesinio mokymo įstaigose įtvirtinta kaip valstybinė (valstybės perduota savivaldybėms) funkcija. Šiuo metu ikimokyklinio ugdymo įstaigose dirba apie 600 sveikatos priežiūros specialistų. Daugelis šių specialistų turi specialųjį vidurinį arba slaugos mokslo krypties aukštesnįjį išsilavinimą. Todėl norėdami dirbti sveikatos priežiūros specialistu ikimokyklinio ir (ar) priešmokyklinio ugdymo programas vykdančiose įstaigose, jie turi iki 2016

m. sausio 1 d. papildomai baigti su Sveikatos apsaugos ministerija suderintus 160 val. trukmės visuomenės sveikatos priežiūros kvalifikacijos tobulinimosi kursus. Norint šiuos specialistus išlaikyti darbo rinkoje ir neprarasti jau sukauptos jų darbo ikimokyklinio ugdymo įstaigose patirties, būtina organizuoti specialistų mokymus, kad būtų sudarytos sąlygos sumažinti skirtumus tarp šiuo metu teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų ikimokyklinio ir mokyklinio amžiaus vaikams ugdymo įstaigose.

20. Sveikatą stiprinančiose mokyklose vykdoma planinė sveikatos stiprinimo, sveikatos ugdymo veikla, todėl kiekvienas vaikas turi turėti galimybę mokytis tokioje mokykloje. PSO programos „Sveikata visiems XXI amžiuje“ vienas iš strateginių tikslų (13 strateginis tikslas) – užtikrinti, kad 95 proc. vaikų turėtų galimybę mokytis sveikatą stiprinančiose mokyklose, 50 proc. vaikų – sveikatą stiprinančiuose darželiuose (Sveikata visiems XXI amžiuje (1998). Pagrindiniai PSO visuomenės sveikatos priežiūros principai Europos regione. Vilnius: Sveikatos apsaugos ministerija). Lietuva oficialiai į Europos sveikatą stiprinančių mokyklų tinklą buvo priimta 1993 m. Sveikatą stiprinančių mokyklų idėja yra gera ir priimtina Lietuvai. Ji svarbi tuo, kad tai yra ne priverstinė, primesta, o savanoriška veikla. Sveikatą stiprinančių mokyklų veikla apima ne tik mokyklos fizinės aplinkos gerinimą, fizinio aktyvumo ir sveikos mitybos skatinimą, kuriais dažniausiai apsiriboja sveikatinimo veikla įprastose mokyklose. Sveikatą stiprinančių mokyklų veikla orientuota į psichologinio mokyklos mikroklimato gerinimą. Sveikatos ugdymas integruotas į bendrąją mokyklos ugdymo sistemą, apima įvairias sveikatos sritis, paremtas gyvenimo įgūdžių formavimu. Šio tinklo veikloje dalyvaujančios įstaigos sudaro palankesnes sąlygas vaikų sveikatai stiprinti. Lietuvoje į sveikatą stiprinančių mokyklų tinklą yra įsitraukusios apie 18 proc. visų mokyklų, todėl ne visi vaikai turi vienodai palankias sąlygas stiprinti savo sveikatą. Rietavo ir Šalčininkų r. savivaldybėse visai nėra tokių mokyklų, o Druskininkų, Skuodo r., Šakių r., Panevėžio r., Rokiškio r., Vilniaus r. yra vos po vieną. Sveikatą stiprinančių mokyklų tinklo veiklą Lietuvoje koordinuoja Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras, didžiulis vaidmuo tenka savivaldybių visuomenės sveikatos biurams, kurių viena iš funkcijų yra vaikų ir jaunimo visuomenės sveikatos priežiūra. Reikia sukurti mechanizmus, kurie skatintų šią veiklą, pvz., tai galėtų būti sveikatą skatinančių mokyklų vėliavos sukūrimas ir įteikimas, mokyklų specialistų mokymai, metodinės medžiagos parengimas, konsultacinės pagalbos teikimas ir pan. Todėl siekiant užtikrinti sveikatą skatinančių mokyklų tinklo plėtrą šalyje reikia stiprinti biurų, kaip sveikatą stiprinančių mokyklų veiklos iniciatorių ir koordinatorių vietos lygmeniu, vaidmenį. ES 2007–2013 m. struktūrinių fondų investicijos prisidėjo prie visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir kokybės gerinimo savivaldybėse, taip buvo siekiama priartinti visuomenės sveikatos priežiūros sistemą prie bendruomenės. 27 savivaldybių visuomenės sveikatos biurai, įgyvendindami projektus, pasinaudojo ES struktūriniu parama. Dalis investicijų buvo skirta sveikatos priežiūros paslaugoms mokyklose plėtoti ir gerinti: buvo atnaujinti sveikatos kabinetai, pagerintos darbo sąlygos specialistams, įsigyta darbui reikalingų priemonių. Tai sudaro sąlygas stebėti vaikų sveikatos pokyčius, mažinti jų sergamumą, ugdyti sveikos gyvensenos įpročius, teikti vaikų poreikius atitinkančias visuomenės sveikatos priežiūros paslaugas.

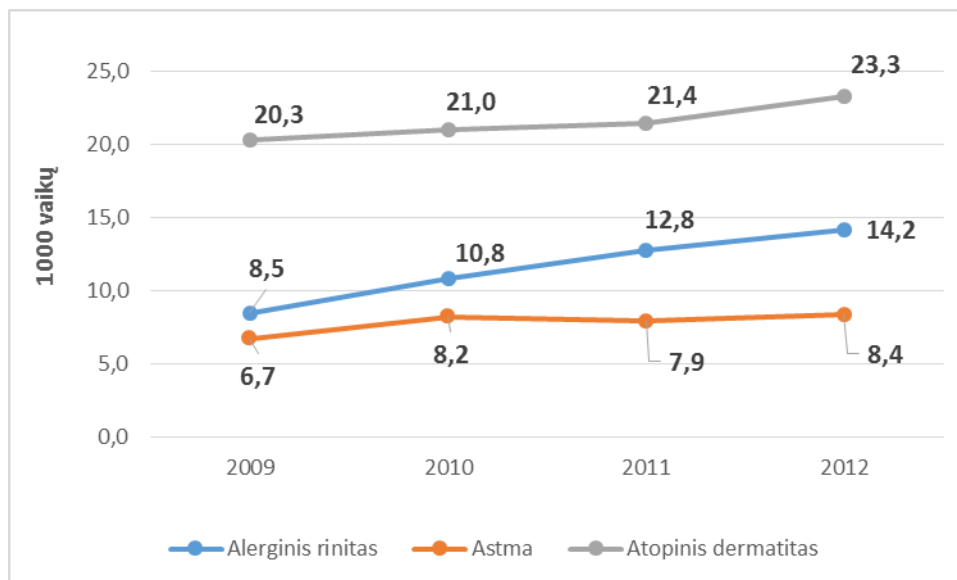
21. Siekiant pagerinti sveikatos priežiūros paslaugų teikimą mokyklose ir ikimokyklinio ugdymo įstaigose, įgyvendinami 2009–2014 m. Norvegijos finansinio mechanizmo programos Nr. LT11 „Visuomenės sveikatai skirtos iniciatyvos“ projektai. Įgyvendinus šios programos projektus, 90 mokyklų ir 60 ikimokyklinio ugdymo įstaigų bus atnaujinta sveikatos priežiūros kabinetų infrastruktūra, jie bus aprūpinti būtinomis priemonėmis. Mokyklinio amžiaus vaikų sergamumo duomenims rinkti, sisteminti, analizuoti šalies ir savivaldybių lygiu ir sistemingam vaikų sveikatos būklės stebėjimui bus sukurta ir įdiegta mokyklose vaikų sveikatos stebėsenos informacinė sistema. Būtina šią sistemą įdiegti ir ikimokyklinio ugdymo įstaigose.

22. Mokykloje vaikai praleidžia dešimt ir daugiau imliausių savo gyvenimo metų. Yra daug mokslinių tyrimų duomenų, mokslinių straipsnių, įrodančių sveikatos ugdymo vaikų ugdymo įstaigose įtaką fizinei, emocinei, psichikos, socialinei sveikatai, fiziniam išsivystymui ir ligų profilaktikai. Taigi sveikatos priežiūros specialistas ugdymo įstaigoje labai reikalingas.

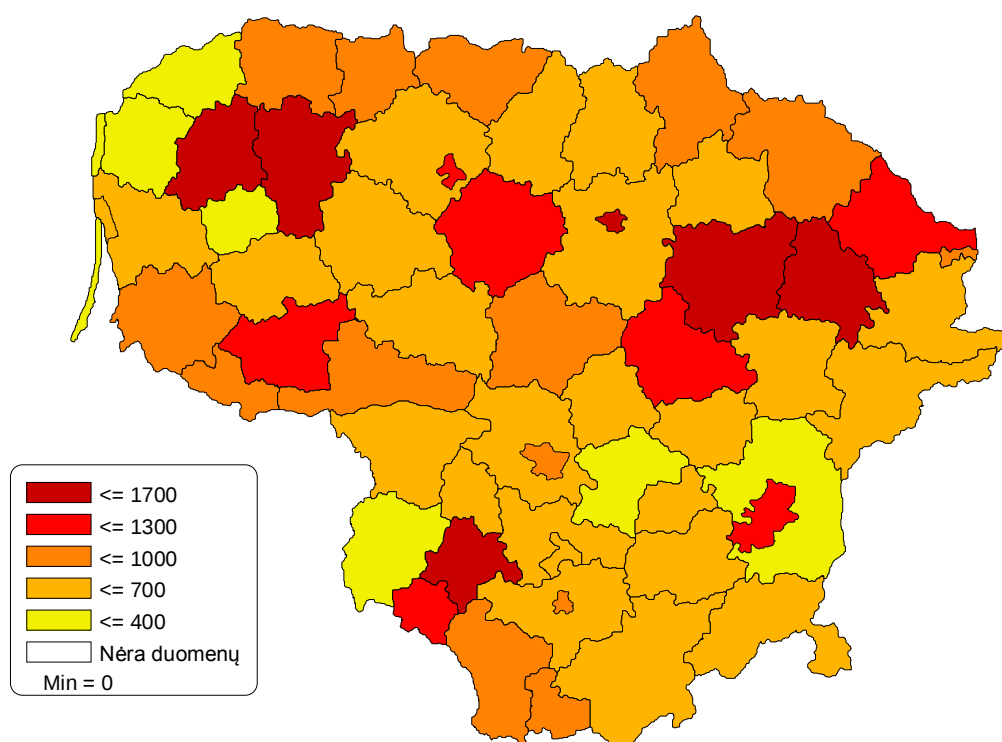
23. Lietuvos Respublikos švietimo įstatyme įtvirtinta nuostata dėl sveikatos priežiūros specialisto dalyvavimo sveikatos išsaugojimo ir stiprinimo procesuose pačioje ugdymo įstaigoje. Sveikatos priežiūros specialisto mokykloje paskirtis – padėti mokiniui saugoti ir stiprinti sveikatą (Sveikatos priežiūros mokykloje tvarkos aprašas, patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro 2005 m. gruodžio 30 d. įsakymu Nr. V-1035/ISAK-2680 „Dėl Sveikatos priežiūros mokykloje tvarkos aprašo patvirtinimo“). Dauguma mokyklose dirbančių sveikatos priežiūros specialistų turi aukštesniąjį išsilavinimą ar specialų vidurinį išsilavinimą, palaipsniui keliama jų kvalifikacija. Nemaža dalis savivaldybių specialistų jau įgijo žinių apie sveikatos priežiūrą mokyklose, naujų technologijų ir telekomunikacijų taikymą visuomenės sveikatos informavimo srityje, vaikų, paauglių ir jaunimo sveikatą, ligų prevenciją, gyvenimo įgūdžių ugdymą, sveikatinimo veiklą, darbą su bendruomene ir kitomis temomis, išklaušė visuomenės sveikatos priežiūros tobulinimo kursus, suderintus su Sveikatos apsaugos ministerija. Vis dėlto Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centro kartu su Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Visuomenės sveikatos institutu atlikto tyrimo, kuriuo buvo siekiama įvertinti visuomenės sveikatos priežiūros specialistų pasitenkinimą darbu, duomenimis, specialistams dar trūksta įgūdžių dirbti su vaikais individualiai, trūksta teorinių ir praktinių žinių tam tikrais klausimais, trūksta metodinės medžiagos. Analizuojant mokyklose dirbančių visuomenės sveikatos priežiūros specialistų teorinių ir praktinių žinių pakankamumą nustatyta, kad 31,4 proc. respondentų trūksta teorinių ir praktinių žinių pamokų tvarkaraščių sudarymo, valgiaraščių sudarymo (23,4 proc.), programinio planavimo (16,1 proc.), kūno kultūros pamokų organizavimo (14,8 proc.) bei protinio darbo higienos srityse (11,4 proc.). Kai kurie respondentai nurodė, kad nėra pasirengę teikti pagalbos ir rekomendacijų šeimos planavimo, asmenybės ugdymo, priekabiavimo, tarpusavio santykių, lytiškumo ugdymo temomis. Net 41 proc. respondentų nurodė, kad trūksta metodinės medžiagos. Trečdalis (30,7 proc.) kaimo mokyklose dirbančių sveikatos priežiūros specialistų neturi galimybės naudotis internetu, kompiuteriu kaimo mokyklose naudotis negali 26,8 proc. respondentų. Sveikatos kabinetai yra įrengti 94,5 proc. miesto mokyklų ir 60,8 proc. kaimo mokyklų. Specialistų darbo vietų aprūpinimas veiklos priemonėmis daug prastesnis tose mokyklose, kuriose nėra atskiro sveikatos kabineto.

24. Didelė problema yra vaikų alerginės ligos. Išsivysčiusiose šalyse vaikų alerginio rinito paplitimas siekia 40 proc. ir šis susirgimas užima šeštą vietą tarp dažniausių lėtinių ligų, o bronchine astma serga 300 milijonų gyventojų bei prognozuojama, kad 2025 m. šis skaičius pasieks 400 milijonų. Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenimis, Lietuvoje 2009–2012 m. laikotarpiu didėjo vaikų sergamumas alerginiu rinitu (nuo 9 iki 15,3 atvejo / 1000 vaikų), astma, astmine būkle (nuo 6,6 iki 8,4 atvejo / 1000 vaikų), dermatitais ir egzemomis (nuo 65,8 iki 72 atvejų / 1000 vaikų). Alerginės ligos turi didelį neigiamą poveikį vaikų, jų šeimų ir visuomenės gyvenimo kokybei, taip pat šios ligos labai padidina riziką susirgti bronchine astma. Alerginės ligos yra sunkiai diagnozuojamos, ir tai didina neveiksmingo vaikų ligų gydymo tikimybę. Šeimos gydytojų kompetencijos ir šiuolaikinių diagnostikos metodų taikymo stoka sąlygoja nepakankamai efektyvius alerginių ligų diagnostiką ir gydymą.

3 paveikslas. 0–17 metų amžiaus vaikų sergamumas (naujai užregistruoti atvejai) tam tikromis alerginėmis ligomis 2009–2012 m. (Higienos instituto Sveikatos informacijos centro Lietuvos sveikatos rodiklių duomenų bazė).



4 paveikslas. 0–17 metų amžiaus vaikų sergamumas astma (100 000 gyv.) (Higienos instituto Sveikatos informacijos centro Lietuvos sveikatos rodiklių duomenų bazė).



25. Galima išskirti du aktualiausius alergijos tipus: alergija maistui ir alergija vaistams. Alergija maistui Europoje ypač išaugo per paskutinius 10–15 metų. 2012 m. Europos alergologų ir klinikinių imunologų akademijos skelbtoje maisto alergijos ir anafilaksijos deklaracijoje teigiama, kad daugiau kaip 17 mln. žmonių Europoje alergiški maistui, iš jų – 3,5 mln. jaunesni nei 25 metų. Daugėja vaikų ir jaunuolių alergijos maistui atvejų, ypač padaugėjo gyvybei gresiančių vaikų alerginių reakcijų. Europoje alergija maistui – pagrindinė 0–14 metų amžiaus vaikų anafilaksijos priežastis. Alergija maistui – dažna sunkių anafilaksinį reakcijų, kurios gali baigtis mirtimi, priežastis. Mokslinių tyrimų duomenimis, maisto alergenai sukelia apie 35–57 proc. anafilaksinį reakcijų vaikams. Nepriklausomai nuo amžiaus, maistas sukelia 25 proc. mirčių nuo ūminių anafilaksinį reakcijų. Lietuvoje anafilaksinės reakcijos nėra registruojamos, būtina įsteigti anafilaksinį reakcijų į maistą registraciją. Tokią registraciją nacionaliniu lygiu įsteigti ragina ir Europos alergologų ir klinikinių imunologų akademija. Tam, kad detalai būtų ištirtas alergijos

maistui paplitimas Europoje ir rizikos veiksniai, 2005–2009 m. buvo inicijuotas tarptautinis daugiacentris *EuroPrevall* projektas. Į *EuroPrevall* Lietuvos naujagimių kohortinį tyrimą buvo įtraukti 1558 naujagimiai. Tyrimo rezultatai parodė, kad maisto alergijos paplitimas didėjo pirmaisiais vaiko gyvenimo metais (1,3 proc. 6 mėnesių ir 2,8 proc. 12 mėnesių amžiuje), o 2,5 metų amžiaus vaikų padidėjęs jautrumas maistui siekė 5,6 proc. (Dubakienė R., Rudzevičienė O., Butienė I., Sezaitė I., Petronytė M., Vaicekauskaitė D., Žvirblienė A. Studies on early allergic sensitization in the Lithuanian birth cohort. The Scientific World Journal 2012; 2012: 909524). Vaistų sukulto padidėjusio jautrumo reakcijos yra viena iš svarbesnių problemų, su kuria susiduriama klinikinėje praktikoje ir kuri yra svarbi visuomenės sveikatai. Vaistų sukeltos padidėjusio jautrumo reakcijos reikalauja išsamaus tyrimo specializuotuose sveikatos priežiūros centruose, kadangi dažnai yra nustatoma klaidinga diagnozė. Naudojant tarptautinį klausimyną, pirmą kartą asmens sveikatos priežiūros įstaigose, teikiančiose paslaugas vaikams, 2006–2007 m. buvo apklausti 3001 vaiko (nuo 1 mėnesio iki 18 metų amžiaus) tėvai. Apklausos rezultatai parodė, kad vaistų sukeltų padidėjusio jautrumo reakcijų paplitimas tarp Lietuvos vaikų yra gana dažnas – 7,4 proc., vaikai dažniausiai patyrė nepageidaujamas reakcijas į antibiotikus (Kvedarienė V., Rudzevičienė O., Būtienė I., Šitkauskienė B., Buterleivičiūtė N., Norkūnienė J., Gomes E.R., Demoly P. Padidėjusio vaikų jautrumo vaistams paplitimas Lietuvoje. Vaikų pulmonologija ir alergologija, 2012, t. 15, Nr. 2., p. 14–21). Padidėjusio jautrumo reakcijos į vaistus yra menkai ar nepakankamai tiriamos, o tai lemia nepatvirtintos alergijos vaistams diagnozės nustatymą ir kartu mažiau veiksmingų ir (ar) toksiškesnių vaistų paskyrimą. Klaidingai nustačius diagnozę arba nepakankamai įvertinus alergiją vaistams, skiriami mažiau veiksmingi ar brangesni alternatyvūs vaistai, o tai savo ruožtu lemia didesnes išlaidas. Išsamūs vaikų alergijos vaistams diagnostiniai tyrimai Lietuvoje pradėti atlikti Vaikų ligoninės, VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės, Santariškių klinikų filiale, Vaikų pulmonologijos ir alergologijos centre.

26. **Remiantis išankstiniais** Higienos instituto Mirties atvejų ir jų priežasčių valstybės registro duomenimis, 2013 m. mirė 130 1–17 metų amžiaus vaikų (74 berniukai ir 56 mergaitės). Pagrindinės 1–17 metų amžiaus vaikų mirties priežastys buvo išorinės mirties priežastys (49,2 proc.), piktybiniai navikai (12,3 proc.) ir įgimtos formavimosi ydos (10 proc.). Nuo išorinių mirties priežasčių 2013 m. mirė 64 vaikai (47 berniukai ir 17 mergaičių). 2013 m. mirė 110 kūdikių (vaikų iki 1 metų), palyginti su 2012 m., 8 kūdikiais mažiau. 2013 m. iš viso mirė 66 berniukai ir 44 mergaitės. Pagrindinės kūdikių mirties priežastys buvo perinatalinio laikotarpio ligos (37,3 proc.), įgimtos formavimosi ydos (34, 5 proc.) ir išorinės mirties priežastys (7,3 proc.) („Mirties priežastys 2013“ // http://www.hi.lt/content/MPR_statistika.html).

27. 2012 m. ambulatorinėse ir stacionarinėse sveikatos priežiūros įstaigose bent viena trauma užregistruota 57 709 vaikams (104,9 atvejų / 1 000 gyventojų), 2011 m. – 57 532 vaikams (101,7 atvejų / 1 000 gyventojų). Vaikų iki 14 metų amžiaus mirtį dažniausiai sukelia išorinės priežastys, tarp jų ir buitiniai sužalojimai. 46,8 proc. visų vaikų ir paauglių mirties atvejų priežastis – įvairūs sužalojimai.

28. Vertinant 1–17 metų amžiaus vaikų mirštamumą nuo išorinių priežasčių nustatyta, kad dažniausia mirties priežastis yra tyčiniai susižalojimai (savižudybės) (25,7 proc.), taip pat nemažą dalį sudaro paskendimas (22,7 proc.) bei transporto įvykiai (22,7 proc.). Higienos instituto duomenimis, vaikų sužalojimai pagal priežasčių grupes (svarbias prevencijai) skiriasi priklausomai nuo vaikų amžiaus: 0–4 metų amžiuje vaikų buitinės ir laisvalaikio traumos sudaro absoliučią daugumą visų stacionare gydytų traumų, o 10–19 metų amžiaus jaunimas patiria traumas mokykloje, sportuodami, eismo įvykių metu, dažni tyčiniai susižalojimai ir pasikėsinimai. Pagal traumų pobūdį, 46,8 proc. visų nudegimų / nuplikinimų atvejų, gydytų stacionare, sudarė 0–4 metų amžiaus vaikai, taip pat šio amžiaus vaikai dažniausiai apsinuodija. 0–17 metų amžiaus vaikų mirtingumo dėl išorinių mirties priežasčių rodiklis 2007–2012 m. siekė 29,5 atv./100 000 gyv.

29. Siekiant mažinti mirtingumą (ypač vaikų), 2007–2013 m. programavimo laikotarpiu kuriant traumos centrų sistemą (pagal Sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo programą, patvirtintą Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. spalio 9 d. įsakymu Nr. V-799 „Dėl Sergamumo ir mirtingumo nuo pagrindinių neinfekcinių ligų mažinimo 2007–2013 metų programos patvirtinimo“), Lietuvoje buvo investuojama į asmens sveikatos priežiūros įstaigų (toliau – ASPI) infrastruktūrą, į greitosios medicinos pagalbos

automobilių parko atnaujinimo infrastruktūrą, taip pat modernizuota 50 ASPI priėmimo-skubiosios pagalbos skyrių infrastruktūra. Įsigyta pagrindinė skubios diagnostikos ir pagalbos teikimo įranga, atnaujintos operacinės, reanimacijos ir intensyviosios terapijos skyriai, traumatologijos skyriai, t. y. tie ASPI padaliniai, kurie svarbiausi teikiant skubią pagalbą nukentėjusiesiems.

30. Lietuvoje vaikų, paauglių ir jaunuolių traumatizmas yra itin aktuali visuomenės sveikatos problema, reikalaujanti ypatingo dėmesio ir efektyvių prevencijos priemonių įgyvendinimo. Į 2000–2010 m. įgyvendintą Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2000 m. balandžio 14 d. nutarimu Nr. 423 „Dėl Valstybinės traumatizmo profilaktikos 2000–2010 metų programos patvirtinimo“ patvirtintą Valstybinę traumatizmo profilaktikos 2000–2010 metų programą nebuvo įtrauktos prevencinės priemonės, skirtos vaikų traumatizmui mažinti, todėl siekiant sumažinti vaikų traumatizmo rodiklius Lietuvoje svarbu numatyti ir įgyvendinti aktualias vaikų, paauglių ir jaunuolių traumatizmo prevencines priemones.

31. 2007 m. Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos užsakymu atlikta 2001–2006 m. vaikų mirtingumo ir sužalojimų priežasčių Lietuvoje analizė parodė, kad tik 17 proc. mirčių įvyksta ligoninėse. Visais kitais atvejais po išorinių veiksnių poveikio vaikai miršta nespėję patekti į gydymo įstaigą. Tačiau bendros įvykių, jų aplinkybių, suteiktos pagalbos apimties, laiko ir trukmės dokumentacijos nėra. Šiuo tikslu Vaikų ligoninė, VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų filialas 2010 m. vykdė Norvegijos finansavimo mechanizmo bendradarbiavimo su Oslo universitetine ligonine projektą, pagal kurį Vaikų ligoninėje, VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų filiale buvo pradėta diegti ES šalių reikalavimus atitinkanti vaikų sunkių traumų registravimo sistema, kuri sudaro sąlygas analizuoti visas nelaimingo atsitikimo proceso grandis ir aspektus – nuo traumos įvykio iki vaiko patekimo į ligoninę, pagalbos jam suteikimo laiku ir kokybės, sužalojimo išėties ir gyvenimo kokybės. Ši sistema leidžia nustatyti tuos sužalojimus, kurie sukelia didžiausią mirštamumą bei vaikų neįgalumą ir kurių prevencijai reikėtų skirti daugiausiai dėmesio. Tikslinga šių traumų registravimo ir analizės sistemą įdiegti ir kituose Lietuvos vaikų traumų centruose. Šiuo metu registravimo sistemoje jau yra 5 metų 525 sunkią traumą patyrusių vaikų duomenys, kurie yra apdorojami, analizuojami ir ruošiamasi pristatyti pirmuosius rezultatus. Tai bus pagalbos, kuri buvo teikta sunkią traumą patyrusiems vaikams, kokybės analizė, kuri atskleis silpnąsias pagalbos teikimo grandis ir pagrįs reikiamas prevencijos kryptis (mažiau negu 5 metų duomenis analizuoti netikslinga). Rezultatai atspindės Vilniaus regiono vaikams po sunkių traumų teiktos pagalbos kokybę.

32. Remiantis 2009 m. birželio 8 d. Europos Tarybos rekomendacijomis dėl veiksmų retų ligų srityje (2009/C151/02), prie retų priskiriamos tos ligos, kuriomis serga ne daugiau kaip 5 iš 10 tūkst. žmonių. Apie 4–5 proc. retų ligų pasireiškia naujagimystės ir kūdikystės periodu (pvz., kai kurios įgimtos anomalijos, paveldimos medžiagų apykaitos ligos, kitos genetiškai nulemtos ligos ir reti augliai), tačiau jos gali išryškėti vėliau vaikystėje ar brandžiam amžiuje. Maždaug 80 proc. retų ligų yra genetinės kilmės, tačiau daugumos pacientų ligos etiologija lieka neišaiškinta. Atsižvelgiant į tai, kad dauguma ligų vystosi perinatalinėje stadijoje dėl jų genetinio pobūdžio, daugiau kaip 75 proc. retų ligų pasireiškia jaunesniems nei 10 metų vaikams. Vėlyva diagnozė, ypač pacientams, sergantiems ligomis, kurių eigą galima valdyti, sukelia nepataisomą žalą sveikatai. Ankstyva ir tiksli retų ligų diagnozė priklauso nuo diagnostikos metodų ir gydytojų profesionalumo bei patirties. Šiuo metu Lietuvoje nėra susisteminti duomenys apie retų ligų paplitimą, skirtingų asmens sveikatos priežiūros paslaugų lygių specialistų veiksmams nepakankamai suderinti. Retų ligų neįmanoma iki galo klasifikuoti pagal Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos dešimtąjį pataisytą ir papildytą leidimą („Sisteminis ligų sąrašas“, Australijos modifikacija, TLK-10, AM), ypač kai šios ligos registruojamos pagal vyraujančius klinikinius simptomus. Retos ligos diagnozė dažniausiai patvirtinama specializuotas asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiose universitetų ASPI, kuriose kuriami retų ligų kompetencijos centrai. Todėl svarbu investuoti į specializuotas asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių ASPI diagnostikos ir gydymo infrastruktūrą bei aukštos kvalifikacijos specialistų komandą. Taip pat reikia tobulinti tiek šeimos medicinos paslaugas teikiančių gydytojų, tiek kitų sveikatos priežiūros specialistų kvalifikaciją, kadangi norint pagerinti retų ligų diagnostiką ir gydymą reikia išmanyti sudėtingą šių ligų mechanizmą.

33. Lietuvoje retos ligos nėra koduojamos, todėl šiuo metu sveikatos srities informacinėse sistemose neįmanoma rinkti, kaupti ir sisteminti duomenų apie pacientus, sergančius retomis ligomis. Retų ligų kodavimas padėtų institucijoms rinkti, gauti, sisteminti, analizuoti duomenis apie esamą pacientų, sergančių retomis ligomis, situaciją šalyje, gauti daugiau žinių apie galimybes pacientams gauti geresnes sveikatos priežiūros paslaugas, sveikatos priežiūros būdus (retų ligų diagnostiką bei gydymą), jų poveikį specializuotoms sveikatos priežiūros paslaugoms. Retų ligų kodavimas padėtų planuoti ir valdyti Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto lėšų poreikį retų ligų diagnostikai ir gydymui, kuris yra nestandartinis ir labai brangus.

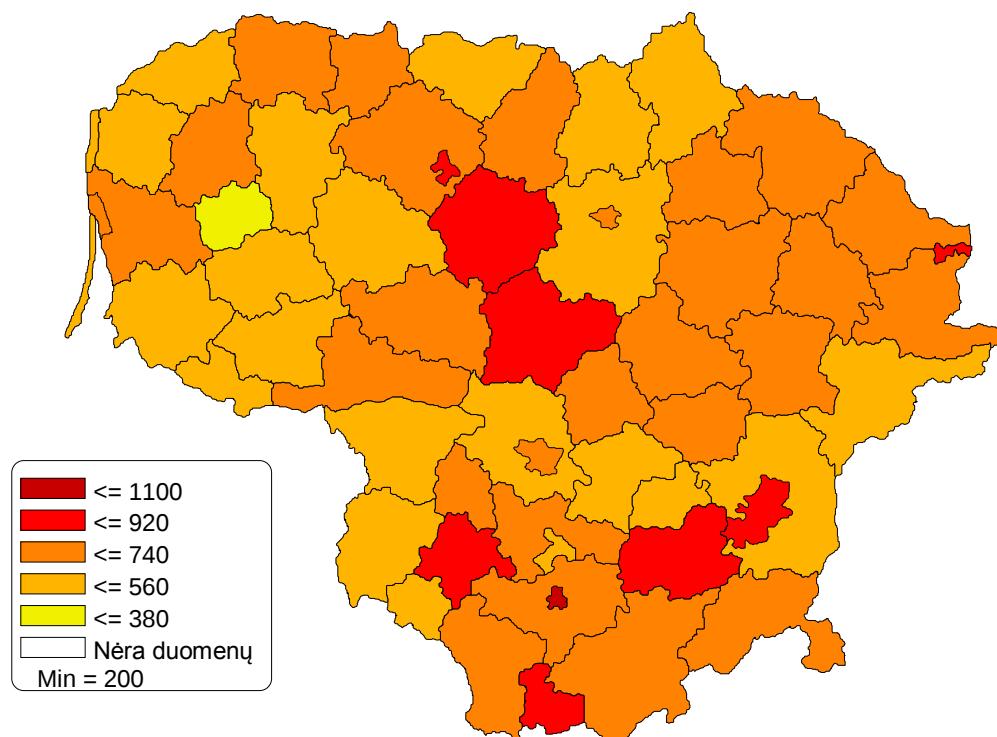
34. Vaikų profilaktinių skiepimų programos – tai programos, vykdomos visose pasaulio šalyse, kurios turi vaikų profilaktinių skiepimų kalendorius ir sudaro sąlygas, kad kiekvienas vaikas profilaktiškai būtų paskiepytas nuo vakcinomis valdomų užkrečiamųjų ligų. Nacionalinėje imunoprofilaktikos 2014–2018 metų programoje, patvirtintoje Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. sausio 3 d. įsakymu Nr. V-8 „Dėl Nacionalinės imunoprofilaktikos 2014–2018 metų programos patvirtinimo“, numatyta plėsti Lietuvos Respublikos vaikų profilaktinių skiepimų kalendorių, įtraukiant naujas vakcinas, kuriomis skiepyti rekomenduoja ir tarptautinės sveikatos organizacijos (PSO, Europos ligų prevencijos ir kontrolės centras). Tai vakcinos nuo pneumokokinės ir žmogaus papilomos viruso infekcijų. Skiepijant pagal Lietuvos Respublikos vaikų profilaktinių skiepimų kalendorių iki 2009 m. buvo pasiektos pakankamai didelės skiepimų apimtys (92–99 proc. paskiepytų įvairių amžiaus grupių vaikų), leidžiančios suvaldyti užkrečiamąsias ligas, nuo kurių skiepijama. Tačiau 2009–2012 m. skiepimo apimtys mažėjo. 4,6 proc. sumažėjo 1 metų amžiaus vaikų difterijos, stabligės, kokliušo, poliomielito ir B tipo *Haemophilus influenzae* infekcijos skiepimo trečiaja vakcinos doze apimtys, 3,6 proc. sumažėjo dvejų metų amžiaus vaikų skiepimo nuo tymų, raudonukės, epideminio parotito apimtys. Siekiant valdyti užkrečiamąsias ligas, kaip pabrėžia PSO, būtina pasiekti aukštas skiepimo apimtis ne tik nacionaliniu mastu, bet ir kiekviename administracinėje teritorijoje. Tinkamos skiepimų apimtys turėtų būti užtikrintos ir sunkiai pasiekiamose, socialiai pažeidžiamose gyventojų grupėse, pavyzdžiui, romų, imigrantų bendruomenėse ir kt. Siekiant užkirsti kelią įvežtinių vakcinomis valdomų užkrečiamųjų ligų išplitimui turi būti užtikrintas skiepimas pagal Lietuvos Respublikos vaikų profilaktinių skiepimų kalendorių. Skiepimo apimčių pagal administracines teritorijas analizė parodė, kad ne visose administracinėse teritorijose pasiekiamos rekomenduojamos skiepimo apimtys, o tai sudaro prielaidas atsirasti užkrečiamųjų ligų atvejams ir kilti jų protrūkiams (vertintos PSO kaip indikatoriai nurodomos vaikų profilaktinių skiepimų apimtys: difterijos, stabligės, kokliušo vakcina trimis dozėmis paskiepytų vaikų dalis 1 metų amžiaus grupėje (DTP3) ir tymų, epideminio parotito, raudonukės vakcinos 1 doze paskiepytų vaikų dalis 2 metų amžiaus grupėje (MMR1)). Per paskutinius 5 metus (2008–2012 m.) žemesnės negu 90 proc. DTP3 ir (ar) MMR1 skiepimų apimtys bent vienus metus nustatytos šiose tikslinėse teritorijose: Kauno m., Jonavos r., Kauno r., Kaišiadorių r., Kėdainių r., Prienų r., Raseinių r., Klaipėdos m., Skuodo r., Šakių r., Vilkaviškio r., Panevėžio m., Kupiškio r., Pasvalio r., Rokiškio r., Šiaulių m., Akmenės r., Joniškio r., Telšių r., Jurbarko r., Šilalės r., Tauragės r., Molėtų r., Utenos r., Vilniaus m., Visagine, Širvintų r., Švenčionių r., Ukmergės r. ir Trakų r.

35. Ypač svarbu teisingai ir efektyviai informuoti visuomenę bei sveikatos priežiūros specialistus apie profilaktinius skiepimus, nes mažėjant sergamumui vakcinomis valdomomis užkrečiamosiomis ligomis gali būti neteisingai suprantama profilaktinių skiepimų nauda ir efektyvumas, dėl to mažėtų profilaktinių skiepimų apimtys ir suvaldytos užkrečiamosios ligos vėl pasireikštų protrūkiais ir epidemijomis. Sveikatos priežiūros specialistai formuoja visuomenės požiūrį į profilaktinius skiepimus. Kad jie tai darytų tinkamai, labai svarbu, kad pačių sveikatos priežiūros specialistų požiūris būtų teigiamas, paremtas mokslo įrodymais. Neigiamas požiūris į skiepus dažniausiai susijęs su žinių ir atsakomybės stoka. Dažnai susiduriama su problema, kai nežinomi anksčiau vaikui atlikti skiepimai (dėl migracijos, kitų priežasčių). Nežinoma skiepimo būklė vertinama kaip indikacija pradėti profilaktinius skiepimus iš naujo, o tai nėra priimtina nei tėvams, nei sveikatos priežiūros specialistams. Remiantis kitų šalių praktika bei tarptautinių organizacijų rekomendacijomis (2011 m. Europos Tarybos išvados dėl vaikų skiepimo), geriausia

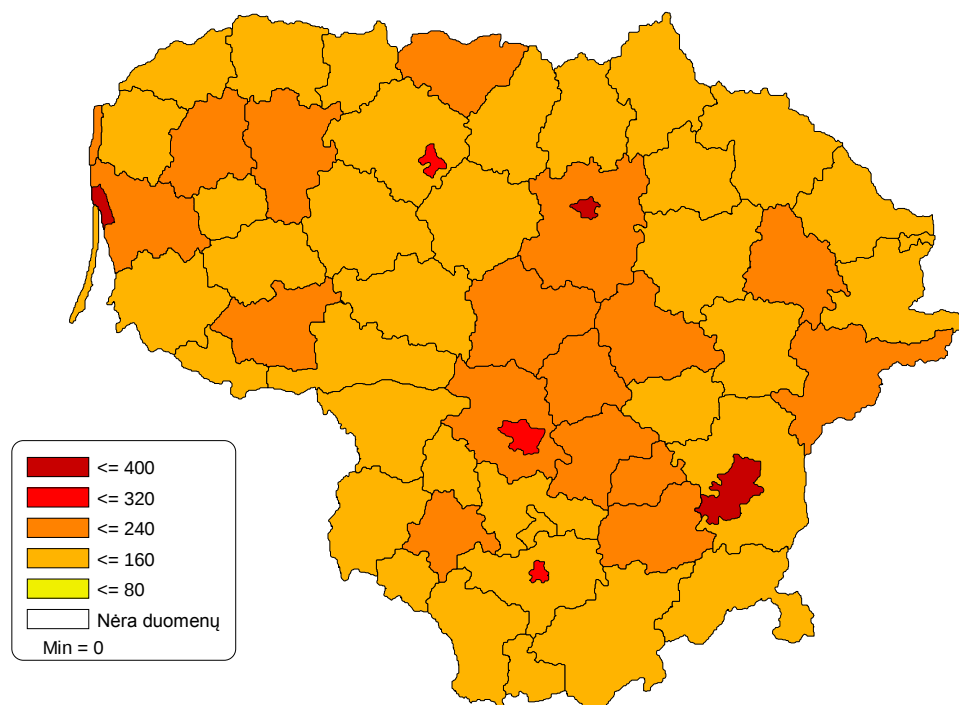
praktika laikomas elektroninės skiepijų pažymėjimo informacinės sistemos įdiegimas, kuris atsakingoms institucijoms leis planuoti ir vykdyti profilaktinius skiepėjimus, o vaikams ir jų tėvams leis vertinti ir žinoti profilaktinių skiepijų būklę.

36. Remiantis Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenimis, 2001–2012 m. laikotarpiu vaikų apsilankymų skaičius pas šeimos medicinos paslaugas teikiančius gydytojus didėjo. Vidutiniškai 2012 m. kiekvienas 0–17 metų amžiaus vaikas pas pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas vaikams teikiančią gydytoją lankėsi 6,6 karto. Dažniausiai vaikai lankėsi dėl ligos. Iš vaikų apsilankymų pas gydytojus profilaktiniai tikrinimai sudarė apie penktadalį apsilankymų (2012 m. – 22,9 proc.). Dažniausiai į pirminio lygio gydytojus kreipėsi Alytaus (8,2/100 gyv.), Vilniaus (7,3/100 gyv.) bei Šiaulių (7,0/100 gyv.) apskrityse gyvenantys vaikai. Rečiausiai – gyvenantys Tauragės savivaldybėje (5,1/100 gyv.). Rodiklių netolygumai pagal savivaldybes buvo didesni, pavyzdžiui, 2012 m. Alytaus mieste 100-ui gyventojų teko 10,52 0–17 metų amžiaus vaikų apsilankymo pas pirminio lygio gydytojus, o Rietavo – vidutiniškai tik 2,7 apsilankymo. 0–17 metų amžiaus vaikų apsilankymų pas II ir III lygio gydytojus rodiklis buvo 222,1/100 gyv. Pastebimi ženklūs šios paslaugų grupės paslaugų vartojimo netolygumai.

5 paveikslas. 0–17 m. amžiaus asmenų apsilankymai pas I lygio gydytojus (100 gyv.) (Higienos instituto Sveikatos informacijos centro Lietuvos sveikatos rodiklių duomenų bazė).



6 paveikslas. 0–17 metų amžiaus asmenų apsilankymai pas gydytojus specialistus (II/III lygis) (100 gyv.) (Higienos instituto Sveikatos informacijos centro Lietuvos sveikatos rodiklių duomenų bazė).



37. 1994–1999 m. Šveicarijos vyriausybė skyrė Lietuvai 8,6 mln. Šveicarijos frankų finansinę paramą, už kurią 8 didžiausioms šalies ligoninėms, teikiančioms sveikatos priežiūros paslaugas nėščiosioms, gimdyvėms ir naujagimiams, buvo nupirkta šiuolaikiška medicinos įranga ir apmokytas ligoninių personalas. Tai sudarė prielaidas sukurti naują pagalbos nėščiosioms, gimdyvėms ir naujagimiams sistemą ir padėjo sumažinti naujagimių, kūdikių ir perinatalinį

mirtingumą Lietuvoje. Šiems rodikliams gerinti ir netolygumams tarp šalies miestų centrų ir periferinių regionų mažinti skirta dar 53,645 mln. Šveicarijos frankų finansinė parama. 2012–2017 m. Lietuvos ir Šveicarijos bendradarbiavimo programoje dalyvaujančiai 21 ligoninei atnaujinus infrastruktūrą ir padidinus energijos vartojimo efektyvumą, 24 įstaigas aprūpinus būtina modernia medicinos įranga, pakėlus specialistų profesinę kvalifikaciją ir patobulinus modernių technologijų taikymo įgūdžius, sukūrus ir parengus naudoti sveikatos priežiūros įstaigose kompiuterinę nėščiųjų, gimdyvių ir naujagimių sveikatos duomenų bazę bei parengus 70 akušerinės ir neonatologinės diagnostikos bei gydymo metodinių rekomendacijų, bus sudarytos sąlygos nėščiosioms, gimdyvėms ir naujagimiams, gyvenantiems mažesniuose Lietuvos miestuose, gauti tokias pačias standartizuotas diagnostikos ir gydymo paslaugas kaip ir didžiųjų miestų gyventojams.

38. Šiuo metu Lietuvoje nėra kompleksinio, koordinuoto jaunimo sveikatos poreikiams pritaikyto sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelio. Gavus pagal 2009–2014 m. Norvegijos finansinio mechanizmo programos Nr. LT11 „Visuomenės sveikatai skirtos iniciatyvos“ priemones „Jaunimui palankių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelio sukūrimas“ ir „Jaunimui palankių sveikatos priežiūros paslaugų savivaldybėse prieinamumo ir kokybės gerinimas įdiegiant jaunimui palankių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelį“ finansinę paramą yra numatoma sukurti ir iki 2017 m. ne mažiau kaip 10 Lietuvos savivaldybių įdiegti jaunimui palankių sveikatos priežiūros paslaugų modelį. Jaunimui palankių sveikatos priežiūros paslaugų modelio pagrindinė funkcija – per paslaugų teikimo protokolus sujungti į vieną tinklą jau egzistuojančius sveikatos priežiūros paslaugų teikėjus ir, gerinant jų bendradarbiavimą, teikti efektyvesnes jaunimui pritaikytas sveikatos priežiūros paslaugas, taip užtikrinant sveikatos netolygumų mažinimą Lietuvoje. Pirmiausia numatoma sukurti, išbandyti ir įdiegti Rokiškio savivaldybėje bandomąjį kompleksinį jaunimui palankių sveikatos priežiūros paslaugų modelį, o vėliau jaunimui palankius sveikatos priežiūros paslaugų analogiškus modelius diegti kitose savivaldybėse.

39. Siekiant pagerinti vaikų ir paauglių psichikos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą ir sumažinti netolygumus tarp skirtingų regionų, Lietuvoje sukurtas Vaikų ir paauglių integruotos psichikos sveikatos priežiūros modelis. Lėšos buvo investuotos į 5 diferencijuotų kompleksinės psichiatrinės pagalbos vaikui ir šeimai centrų įkūrimą, t. y. du iš šių centrų vykdys universitetinių vaikų ir paauglių psichiatrijos ir socialinės pediatrijos centrų funkcijas – analizuos vaikų psichikos sveikatos priežiūros įstaigų veiklą, teiks klinikinę, kvalifikacijos tobulinimo, organizacinę pagalbą, nuotoline konsultacijas. Viename iš šių universitetinių centrų – Vaikų ligoninės, VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų filialo Vaiko raidos centre – yra 47 lovos ir 16 dienos stacionaro vietų. Čia teikiamos stacionarinės ir ambulatorinės vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos paslaugos, ambulatorinės, dienos stacionaro ir stacionarinės vaikų psichiatrijos paslaugos bei vaikų ir paauglių krizių intervencijos paslaugos. Skirtingai nuo kitų 4 regioninių kompleksinės psichiatrinės pagalbos vaikui ir šeimai centrų, čia nebuvo investuota į patalpų pritaikymą (atnaujinimą), siekiant išvengti investuotų lėšų neefektyvaus panaudojimo, kadangi lygiagrečiai buvo svarstomos alternatyvos dėl konkrečios šių paslaugų teikimo vietos, atsisakant esančių patalpų dėl jų nepatenkinamos būklės. Iki šiol šis klausimas neišspręstas – Vaiko raidos centras vis dar yra senuose pastatuose, kuriems reikia kapitalinio remonto ir didelių investicijų. Įgyvendinant integruotą vaikų psichikos sveikatos priežiūros modelį, šis centras turėtų atlikti paslaugų koordinavimo ir metodinio vadovavimo darbą vaikų psichikos sveikatos priežiūros įstaigoms visoje Lietuvoje. 2008–2012 m. valstybės biudžeto lėšomis buvo parengtas Vaikų ligoninės, VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų filialo, Vaiko raidos centro pastato, pritaikyto diferencijuotoms psichikos sveikatos priežiūros paslaugoms vaikams ir paaugliams teikti, statybos projektas. Šiam projektui įgyvendinti, teikiamų paslaugų kokybei ir prieinamumui užtikrinti bei integruotam psichikos sveikatos priežiūros modeliui įdiegti reikalingos investicijos.

40. Vaikų ligoninės VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų filialo korpusė (Santariškių g. 4, Vilniuje) teikiamos stacionarinės vaikų ligų, vaikų infekcinių ligų, vaikų pulmonologijos, alergologijos, neurologijos, nefrologijos, kardiologijos, reumatologijos, gastroenterologijos, onkologijos ir hematologijos, slaugos ir paliatyvios pagalbos, intensyvosios

terapijos paslaugos vaikams. Per metus Santariškių g. 4 esančio filialo stacionare gydoma apie 14 tūkst. vaikų iš visos Lietuvos, daugiausia Vilniaus regiono vaikų. Šio korpuso infrastruktūra neatitinka šiuolaikinės vaikų ligoninės specifikos, nes prieš 30 metų projektuotos ligoninės paskirtis buvo gydyti infekcinėmis ligomis sergančius vaikus. Per 23 metus ligoninėje pasikeitė vaikams teikiamų paslaugų poreikis ir kokybės reikalavimai, todėl negalima užtikrinti epidemiologinio režimo padidėjus ūmiomis infekcinėmis ligomis sergančių ligonių srautui, trūksta patalpų tinkamam priėmimo ir skubios pagalbos skyriaus darbui užtikrinti padidėjus atvykstančių vaikų skaičiui, daugelyje skyrių reikia atlikti kapitalinį remontą, perprojektuoti palatas ir kitas patalpas. Reikalingos investicijos Vaikų ligoninės, VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų filialo, pediatrijos korpusui atnaujinti, siekiant užtikrinti kokybiškas sveikatos priežiūros paslaugas ne tik Vilniaus regiono, bet ir visos Lietuvos vaikams.

41. Atsižvelgiant į vaikų skaičiaus mažėjimą Lietuvoje ir siekiant įvertinti ambulatorinių ir stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų vaikams prieinamumo ir kokybės gerinimo poreikį, numatoma visų pirma nacionaliniu lygiu atlikti ASPI, teikiančių specializuotas (antrinio ir tretinio lygio) paslaugas vaikams, infrastruktūros atnaujinimo / sukūrimo poreikio ir teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų apimčių bei esamų žmogiškųjų išteklių vertinimą ir analizės pagrindu parengti efektyvaus investavimo į sveikatos priežiūros paslaugų vaikams teikimo infrastruktūrą ir gerinimą programą.

III SKYRIUS TIKSLAS

42. Pagrindinis šios Veiksmų plano krypties tikslas – taikant koordinuotas priemones gerinti ir plėtoti vaikams ir paaugliams palankią, kokybišką, prieinamą ir veiksmingą sveikatos priežiūrą, siekiant geresnės vaikų sveikatos.

IV SKYRIUS UŽDAVINIAI

43. Tikslui pasiekti nustatomi šie uždaviniai:

43.1. pagerinti vaikams ir paaugliams sveikatos stiprinimo ir ligų profilaktikos paslaugų prieinamumą, tinkamumą, priimtinumą ir kokybę;

43.2. užtikrinti kokybiškas ir prieinamas ankstyvos ligų diagnostikos, gydymo bei sveikatos priežiūros paslaugas vaikams.

V SKYRIUS UŽDAVINIŲ ĮGYVENDINIMO PRIEMONĖS

44. Uždavinių įgyvendinimo priemonės apima septynias esmines vaikų sveikatos srities kryptis:

44.1. visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų vaikams prieinamumo ir kokybės didinimo;

44.2. vaikų traumų ir nelaimingų atsitikimų bei išorinių priežasčių (sužalojimai, paskendimas, apsinuodijimai ir kt.) lemiamo mirtingumo profilaktikos tikslinėse teritorijose. Šios priemonės bus derinamos su Veiksmų plano Traumų ir nelaimingų atsitikimų profilaktikos, neįgalumo ir mirtingumo nuo išorinių priežasčių mažinimo krypties atitinkamomis priemonėmis. Tikslinės teritorijos įtvirtintos Veiksmų plano Traumų ir nelaimingų atsitikimų profilaktikos, neįgalumo ir mirtingumo nuo išorinių priežasčių mažinimo krypties apraše;

44.3. vaikų psichikos ir vaikų ankstyvosios raidos sutrikimų profilaktikos, ankstyvos diagnostikos, vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos paslaugų ir sveikatos priežiūros paslaugų vaikams, turintiems psichikos ir (ar) vaikų ankstyvosios raidos sutrikimų, prieinamumo ir kokybės gerinimo;

44.4. sveikatos priežiūros prieinamumo ir kokybės gerinimo vaikams, alergiškiems maistui ir vaistams;

44.5. vaikų burnos sveikatos priežiūros profilaktikos ir vaikų burnos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo gerinimo;

44.6. sveikatos priežiūros prieinamumo ir kokybės gerinimo vaikams, sergantiems retomis ligomis;

44.7. sveikatos priežiūros paslaugų vaikams teikimo sistemos tobulinimo ir pritaikymo prie kylančių iššūkių (pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sustiprinimas, tretinio lygio paslaugas teikiančių ASPĮ infrastruktūros optimizavimas bei antrinio lygio paslaugų, jų santykio su pirminio ir tretinio lygio paslaugomis ištirimas, reglamentavimo tobulinimas).

45. Siekiant visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų vaikams prieinamumo ir kokybės didinimo, numatoma:

45.1. parengti, išleisti ir išplatinti sveikatos priežiūrą mokyklose vykdančių visuomenės sveikatos priežiūros specialistų funkcijų, vykdomų pagal Sveikatos priežiūros mokykloje tvarkos aprašą, patvirtintą Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro 2005 m. gruodžio 30 d. įsakymu Nr. V-1035/ISAK-2680, ir Sveikatos priežiūros ikimokyklinio ugdymo įstaigose tvarkos aprašą ir Vaikų sveikatos priežiūros ikimokyklinio ugdymo įstaigose rekomendacijas, patvirtintus Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. sausio 27 d. įsakymu Nr. V-124 „Dėl Sveikatos priežiūros ikimokyklinio ugdymo įstaigose tvarkos aprašo ir Vaikų sveikatos priežiūros ikimokyklinio ugdymo įstaigose rekomendacijų patvirtinimo“, algoritmus ir veiklos aprašus. Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija, Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras, Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras, Valstybinis psichikos sveikatos centras, visuomenės sveikatos biurai, Vilniaus universitetas ir (ar) Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, ir (ar) Klaipėdos universitetas;

45.2. organizuoti sveikatos priežiūrą mokyklose vykdančių visuomenės sveikatos priežiūros specialistų kvalifikacijos tobulinimo kursus pagal parengtus visuomenės sveikatos priežiūros specialistų funkcijų algoritmus ir veiklos aprašus. Vykdytojai: Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras, savivaldybių administracijos;

45.3. parengti, išleisti ir išplatinti lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis (cukrinis diabetas, bronchinė astma, alerginės ligos, netaisyklinga laikysena ir t. t.) sergančių vaikų, ugdomų bendrojo ugdymo įstaigose, sveikatos priežiūros mokyklose, metodines rekomendacijas bei apmokyti visuomenės sveikatos priežiūros specialistus. Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija ir (ar) jai pavaldžios įstaigos, visuomenės sveikatos biurai, Vilniaus universitetas ir (ar) Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, ir (ar) Klaipėdos universitetas;

45.4. atlikti sveikatos priežiūros mokyklose tyrimą, siekiant nustatyti teikiamų visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, visuomenės sveikatos priežiūros specialistų pasirengimą vykdyti nustatytas veiklas. Mokykloje dirbančio visuomenės sveikatos priežiūros specialisto vaidmuo yra labai svarbus, iš šių specialistų daug tikimasi ir reikalaujama, tačiau savo darbe jie susiduria su įvairiomis praktinėmis problemomis, pavyzdžiui, dirba tik 0,25 etato. Vykdytojai: Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras, visuomenės sveikatos biurai, Vilniaus universitetas ir (ar) Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, ir (ar) Klaipėdos universitetas;

45.5. įjungti ikimokyklinio ugdymo įstaigas į sukurta Vaikų sveikatos stebėsenos informacinę sistemą – tai leistų nuolat rinkti informaciją ir analizuoti situaciją bei taikyti veiksmingas sveikatos gerinimo priemones. Vykdytojas – Higienos institutas;

45.6. organizuoti kvalifikacijos tobulinimo kursus (160 val.) visuomenės sveikatos priežiūros specialistams, vykdančioms sveikatos priežiūrą ikimokyklinio ugdymo programas vykdančiose įstaigose, atsižvelgiant į regionų poreikius ir remiantis Visuomenės sveikatos priežiūros specialisto, vykdančio sveikatos priežiūrą ikimokyklinio ugdymo įstaigoje,

kvalifikacinių reikalavimų aprašu, patvirtintu Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. gegužės 19 d. įsakymu Nr. V-504 „Dėl Visuomenės sveikatos priežiūros specialisto, vykdančio sveikatos priežiūrą ikimokyklinio ugdymo įstaigoje, kvalifikacinių reikalavimų aprašo patvirtinimo“. Temos: šiuolaikinė vaikų sveikatos samprata; vaikų ir paauglių psichikos sveikatos stiprinimas bei psichikos sutrikimų prevencija; visuomenės sveikatos programų rengimas ir įgyvendinimas; epidemiologijos pagrindai ir populiacijos sveikatos vertinimas; vaikų sveikatos stebėseną; vaikų augimo ir vystymosi ypatumai; vakcinomis valdomų užkrečiamųjų ligų profilaktika; vaikų ir paauglių sveikatos mitybos principai ir maitinimo organizavimas; vaikų alergijos maistui ypatumai ir gydymo principai; tarpinstitucinis bendradarbiavimas; bendravimo menas; sveikos gyvensenos įgūdžių formavimas; bendruomenės įtraukimas į visuomenės sveikatos stiprinimo veiklą; pirmosios pagalbos teikimo įgūdžių tobulinimas. Vykdytojas – Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras;

45.7. sukurti, išbandyti ir įdiegti jaunimui palankių sveikatos priežiūros paslaugų modelį, gavus finansinę paramą pagal 2009–2014 m. Norvegijos finansinio mechanizmo programos Nr. LT11 „Visuomenės sveikatai skirtos iniciatyvos“ priemones „Jaunimui palankių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelio sukūrimas“ ir „Jaunimui palankių sveikatos priežiūros paslaugų savivaldybėse prieinamumo ir kokybės gerinimas įdiegiant jaunimui palankių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelį“ ir vadovaujantis gerąja užsienio šalių patirtimi, įtraukiant visų lygių sveikatos priežiūros įstaigas, teikiančias paslaugas vaikams ir jaunimui. Projekto pagal priemonę „Jaunimui palankių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelio sukūrimas“ vykdytojas yra UAB „Sveikatos ekonomikos centras“ (atrinktas konkurso būdu) su partneriais – Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centru, VšĮ Rokiškio pirminės asmens sveikatos priežiūros centru ir Rokiškio rajono savivaldybės visuomenės sveikatos biuru. Projektą pagal priemonę „Jaunimui palankių sveikatos priežiūros paslaugų savivaldybėse prieinamumo ir kokybės gerinimas įdiegiant jaunimui palankių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelį“ būsiami vykdytojai – Lietuvos savivaldybės – bus atrinkti konkurso būdu;

45.8. išleisti sveikatą stiprinančių mokyklų veiklą reglamentuojančią mokyklų sveikatinimo veiklos įvertinimo ir kitą metodinę literatūrą, siekiant padidinti savivaldybių bei su vaikais dirbančių specialistų kompetenciją sveikatinimo programų rengimo, sveikatinimo veiklos įvertinimo ir kitais klausimais. Viešinti sveikatą stiprinančių mokyklų sampratą įvairiuose renginiuose bei visomis informavimo priemonėmis, taip skatinant sveikatą stiprinančių mokyklų tinklo plėtrą. Didinti savivaldybių bei su vaikais dirbančių specialistų kompetenciją sveikatinimo programų rengimo, sveikatinimo veiklos įvertinimo ir kitais klausimais, orientuojantis į regionus, kuriuose esančios mokyklos sveikatos stiprinimui skiria mažiausiai dėmesio (Rietavo, Šalčininkų r., Rokiškio r., Skuodo r., Šakių r., Panevėžio r., Vilniaus r., Druskininkų ir kt.). Vykdytojai: Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras, savivaldybių administracijos;

45.9. peržiūrėti, atnaujinti ir išleisti sveikos mitybos ir fizinio aktyvumo ugdymo mokyklose, rizikos veiksnių prevencijos darbo ir ugdymo aplinkoje bei kitas aktualias vaikų sveikatos išsaugojimo ir stiprinimo metodines rekomendacijas. Vykdytojai: Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras, Sveikatos apsaugos ministerija, Higienos institutas, bendradarbiaujant su Lietuvos mokinių neformaliojo švietimo centru;

45.10. organizuoti ir atlikti mokyklinio amžiaus vaikų mitybos ir kitus tyrimus, padėsiančius identifikuoti vaikų sveikatos rizikos veiksnius ir galimas prevencines priemones. Vykdytojai: Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras, visuomenės sveikatos biurai, Vilniaus universitetas ir (ar) Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, ir (ar) Klaipėdos universitetas;

45.11. organizuoti kvalifikacijos tobulinimo kursus vaikų sveikatos stiprinimo vadybos (procesų planavimas, organizavimas, koordinavimas, komunikacija) klausimais visuomenės sveikatos priežiūros specialistams, dirbantiems Sveikatos apsaugos ministerijos ir (ar) pavaldžiose biudžetinėse (specializuotose) visuomenės sveikatos priežiūros įstaigose. Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija ir (ar) jai pavaldžios įstaigos, Vilniaus universitetas ir (ar) Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, ir (ar) Klaipėdos universitetas;

45.12. informuoti visuomenę apie aktualius vaikų ir jaunimo sveikos gyvensenos ir sveikatos priežiūros klausimus;

45.12.1. sukurti vaizdo klipus vaikams ir paaugliams sveikos gyvensenos (pvz., sveikos mitybos, fizinio aktyvumo temomis, kitomis aktualiomis sveikatos išsaugojimo ir stiprinimo) temomis ir juos skleisti. Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija ir (ar) jai pavaldžios įstaigos, nevyriausybinių organizacijų, bendruomenės;

45.12.2. parengti informaciją sveikos gyvensenos ir sveikatos priežiūros, imunoprofilaktikos, atsparumo žalingiems sveikatai įpročiams ugdymo problematikos klausimais ir pateikti ją per visuomenines informavimo priemones. Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija ir (ar) jai pavaldžios įstaigos; visuomenės sveikatos biurai;

45.12.3. inicijuoti meno programų ir projektų, skirtų vaikams ir paaugliams sveikatiniai, sveikam gyvenimo būdai bei užimtumui laisvalaikio skatinti, psichikos sveikatai gerinti, įgyvendinimą. Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija ir (ar) jai pavaldžios įstaigos, visuomenės sveikatos biurai, nevyriausybinių organizacijų, bendruomenės, bendradarbiaujant su Lietuvos Respublikos kultūros ministerija;

45.12.4. inicijuoti vaikų kuriamų klipų bei dalomosios informacinės medžiagos sveikatos stiprinimo temomis kūrimo konkursus bei organizuoti sukurtų darbų sklaidą regionuose. Vykdytojai: Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras, visuomenės sveikatos biurai, nevyriausybinių organizacijų, bendruomenės;

45.13. užtikrinti imigrantų vaikų skiepimą pagal sveikatos apsaugos ministro patvirtintą Lietuvos Respublikos vaikų profilaktinių skiepimų kalendorių ir tuberkulino mėginių jiems atlikimą. Vykdytojai: visuomenės sveikatos centrai apskrityse, ASPI, Sveikatos apsaugos ministerija ir (ar) jai pavaldžios įstaigos;

45.14. atlikti vaikų skiepimo apimčių romų bendruomenėje tyrimus, įvertinti realią skiepimo būklę ir esant poreikiui organizuoti bendruomenės mokymo užkrečiamųjų ligų profilaktikos klausimais akciją bei didinti skiepimo apimtis. Vykdytojai: visuomenės sveikatos centrai apskrityse, ASPI, Sveikatos apsaugos ministerija ir (ar) jai pavaldžios įstaigos.

46. Siekiant padidinti vaikų traumų ir nelaimingų atsitikimų bei išorinių priežasčių lemiamo mirtingumo (sužalojimai, paskendimas, apsinuodijimai ir kt.) profilaktiką tikslinėse teritorijose, numatoma:

46.1. sukurti vaizdo klipus vaikams traumų ir nelaimingų atsitikimų bei išorinių priežasčių lemiamo mirtingumo temomis ir juos skleisti. Vykdytojai: Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras, visuomenės sveikatos biurai;

46.2. organizuoti tėvų (būsimų tėvų) vaikų traumų prevencijos bei pirmos pagalbos vaikui teikimo įgūdžių mokymus, parengti leidinį tėvams apie nuo traumų apsaugančias saugos priemones, jų paskirtį ir naudojimą. Vykdytojai: Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras, visuomenės sveikatos biurai;

46.3. parengti, išleisti ir išplatinti edukacines knygas vaikams ir metodines rekomendacijas tėvams pagal tikslines amžiaus grupes ir joms būdingiausių sužalojimų rūšis (5–9 metų amžiaus grupė – atsitiktinis paskendimas, transporto įvykiai, atsitiktiniai apsinuodijimai, 10–14 metų amžiaus grupė – transporto įvykiai, atsitiktinis paskendimas, savižudybės; 15–17 metų amžiaus grupė – transporto įvykiai, savižudybės, atsitiktinis paskendimas). Vykdytojai: Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras, Lietuvos mokinių neformaliojo švietimo centras, Valstybinis psichikos sveikatos centras, visuomenės sveikatos biurai;

46.4. atlikti vaikų mirčių nuo nelaimingų atsitikimų priežasčių, sužalojimų mechanizmo, jiems teiktos pagalbos prieinamumo ir kokybės analizę (apie 80 proc. jų žūsta įvykio vietoje, dar nepatekę į gydymo įstaigą, o kitose Europos šalyse įvykio vietoje žūsta tik apie 50 proc. nukentėjusiųjų). Gautus rezultatus palyginti su 2007 m. Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos užsakymu atliktos 2001–2006 m. vaikų mirtingumo ir sužalojimų priežasčių Lietuvoje analizės duomenimis, nustatyti pokyčius ir pagrįsti konkrečių prevencinių priemonių tikslingumą, taip pat išsiaiškinti silpnąsias pagalbos teikimo nelaimės atsitikimams vaikams grandis. Tik mirtinų ar sunkių išorinių veiksnių pasekmių analizė gali padėti nustatyti reikiamas prevencines priemones ir silpnąsias pagalbos grandis, kurios galėtų sumažinti vaikų mirčių nuo išorinių veiksnių skaičių. Vykdytojai: Vilniaus universitetas ir (ar) Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, ir (ar) Klaipėdos universitetas.

47. Siekiant gerinti psichikos ir vaikų ankstyvosios raidos sutrikimų profilaktiką, ankstyvąją diagnostiką, gerinti vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos paslaugų ir sveikatos priežiūros paslaugų vaikams, turintiems psichikos ir (ar) ankstyvosios raidos sutrikimų, prieinamumą ir kokybę, orientuojantis į šių tikslinių teritorijų (savivaldybių) gyventojus: Alytaus m. sav., Mažeikių r. sav., Kėdainių r. sav., Telšių r. sav., Jonavos r. sav., Šilutės r. sav., Tauragės r. sav., Plungės sav., Kelmės r. sav., Skuodo r. sav., Ignalinos r. sav., Širvintų r. sav., pradedant nuo savivaldybių, kurių rodikliai yra blogiausi, taip pat mažinant teritorinius sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo netolygumus tarp didžiųjų miestų ir rajonų savivaldybių, numatoma:

47.1. parengti ir įgyvendinti pozityvios tėvystės įgūdžių mokymo programas tėvams, auginantiems vaikus, turintiems elgesio, emocinių sutrikimų, kuriomis siekiama ugdyti veiksmingus tėvystės įgūdžius, stiprinti tėvystės kompetencijas bei gerinti vaikų ir paauglių psichikos sveikatą ir vykdyti psichikos sutrikimų prevenciją. Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija ir (ar) jai pavaldžios įstaigos, VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė VŠĮ Kauno klinikos;

47.2. parengti ir patvirtinti savižudybių rizikos įvertinimo ir pirmosios psichologinės pagalbos mokymų programą, skirtą įvairių specialybių sveikatos priežiūros specialistams. Vykdytojas – Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Sveikatos tyrimų institutas;

47.3. įgyvendinti parengtą tėvystės įgūdžių ugdymo ir tėvų konsultavimo programą, skirtą šeimoms, kuriose bent vienas iš tėvų serga psichikos liga; šeimoms, kuriose bent vienas vaikas serga psichikos liga; socialinės rizikos šeimoms. Vykdytojas – Valstybinis psichikos sveikatos centras;

47.4. vykdyti *Lions Quest* tarptautinės socialinio ir emocinio ugdymo programas „Paauglystės kryžkelės“ (5–7 klasėms) ir „Raktai į sėkmę“ (8–12 klasėms), kurios prisideda prie psichikos sveikatai darančių įtaką veiksnių valdymo, tarpusavio santykių, bendruomeniškumo, pagarbos, supratimo ugdymo bei moko valdyti emocijas, stresą, prisideda prie priklausomybių prevencijos. *Lions Quest* organizacija – nevyriausybinė švietimo organizacija, siekianti ugdyti jaunimą visame pasaulyje. Naudodama inovacinės pedagogikos ir ugdymo metodus seminarų metu *Lions Quest* organizacija suteikia suaugusiesiems praktiškus įrankius, padedančius auginti jaunąją kartą stipriomis ir sveikomis asmenybėmis, gebančiomis tapti aktyviais visuomenės nariais. Vykdytojas – Valstybinis psichikos sveikatos centras;

47.5. parengti ir įgyvendinti bandomąją Vaikų, sergančių autizmu tėvų mokymo programą (programą išklausys apie 100 tėvų per metus) ir išleisti metodines rekomendacijas specialistams. Vykdytojas – VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos;

47.6. parengti ir įgyvendinti bandomąją Neišnešiotų naujagimių tėvų mokymo programą (programą išklausys apie 50 tėvų per metus) ir išleisti metodines rekomendacijas specialistams. Vykdytojas – VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos;

47.7. atlikti vaikų patiriamo smurto, save žalojančio elgesio, jiems suteiktos pagalbos tyrimą. Vykdytojas – Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Sveikatos tyrimų institutas;

47.8. atnaujinti vaiko prievartos diagnostikos metodines rekomendacijas ir jas išleisti. Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija ir (ar) jai pavaldžios įstaigos, Vilniaus universitetas ir (ar) Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, ir (ar) Klaipėdos universitetas;

47.9. vykdyti vaikų ir paauglių psichikos sveikatos ir emocinės gerovės priežiūros sistemos, teikiamų paslaugų kokybės ir veiksmingumo bei jų atitikties pagrindiniams vaiko teisių principams stebėseną ir teikti duomenis Valstybiniam psichikos sveikatos centrui. Vykdytojas – Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Sveikatos tyrimų institutas;

47.10. sukurti ir įdiegti į asmens sveikatos priežiūros sistemos praktiką integruotų vaikų ir paauglių psichikos sveikatos priežiūros paslaugų modelį, apimantį pirminio, antrinio ir tretinio lygio paslaugas dviejuose asmens sveikatos priežiūros srityse – vaikų ir paauglių psichikos sveikatos priežiūros (vaikų ir paauglių psichiatrija) ir vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos. Pagal šį modelį suformuoti mobilias komandas, skirtas atokiose vietovėse gyvenantiems pacientams lankyti, remiantis geriausia tarptautine praktika (komandai vadovauja gydytojas, kiti komandos nariai yra psichologai, socialiniai darbuotojai, slaugytojai ir kt.) ir pagal poreikį aprūpinti transporto priemonėmis ir reikiama įranga psichikos sveikatos priežiūros paslaugoms teikti bei parengti ir patvirtinti poįstatyminius teisės aktus, reglamentuojančius šių

paslaugų teikimą ir apmokėjimą. Turėtų būti teikiamos šios paslaugos: vaikų raidos sutrikimų ankstyvoji rehabilitacija (ambulatorinė pagalba, dienos stacionaro paslaugos, mobilios komandos paslaugos); vaikų ir paauglių psichiatrijos dienos stacionaras; individualios ir grupinės psichoterapijos taikymas vaikams ir šeimoms; mobilus ir nuotolinis ambulatorinis tęstinis gydymas, pasiekiant vaikus ir šeimas, gyvenančius atokiose vietovėse; vaikų ir paauglių psichiatrijos stacionaras. Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija, Valstybinis psichikos sveikatos centras, Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos, VšĮ Vilniaus universiteto ligoninė Santariškių klinikos, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė VšĮ Kauno klinikos;

47.11. atnaujinti Vaikų ligoninės, VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų filialo, Vaiko raidos centro (Vilniaus regiono kompleksinės psichiatrinės pagalbos vaikui ir šeimai centro ir Universitetinio vaikų ir paauglių psichiatrijos ir socialinės pediatrijos centro) infrastruktūrą (naujo (-ų) pastato (-ų) statyba arba esamo (-ų) rekonstrukcija) ir taip pagerinti psichikos sveikatos priežiūros paslaugų vaikams ir paaugliams prieinamumą ir kokybę. Vykdytojas – VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos;

47.12. pagerinti neišnešiotų naujagimių, turinčių raidos sutrikimų, diagnostikos ir ankstyvosios rehabilitacijos paslaugų prieinamumą ir kokybę: įgyvendinti bandomąjį raidos stebėjimo nuo 0 iki 4 metų modelį, sukurti ir įdiegti didelės rizikos naujagimių sveikatos priežiūros standartus. Vykdytojas – VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos;

47.13. sukurti ir įgyvendinti regioninių kompleksinės psichiatrinės pagalbos vaikui, paaugliui ir šeimai centrų ASPĮ specialistų tarpžinybinio bendradarbiavimo su savivaldybių sveikatos priežiūros, socialinės rūpybos ir švietimo specialistais bei pacientų tėvais bandomuosius modelius. Vykdytojas – VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos;

47.14. sukurti 6 diagnostikos ir gydymo metodikas tikslinėms klinikinėms programoms: mėginusiems nusizudyti vaikams ir paaugliams; ankstyvojo amžiaus vaikams, ruošiamiems perduoti iš sutrikusio vystymosi kūdikių namų ar kitų institucijų globėjams, įvaikintojams ar grąžinti į biologinę šeimą; vaikams, sergantiems autizmu; vaikams ir paaugliams, patyrusiems sunkias ir ilgalaikes psichologines traumas; pirmąjį psichozės epizodą patyrusiems vaikams ir paaugliams; vaikams ir paaugliams, turintiems sunkių ir užsitęsusių psichikos ir elgesio sutrikimų. Atlikti šių metodikų taikymo Vilniaus universitete ir Lietuvos sveikatos mokslų universiteto klinikose 1 metų laikotarpio studiją. Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija ir (ar) jai pavaldžios įstaigos, VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos, Vilniaus universitetas ir (ar) Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, ir (ar) Klaipėdos universitetas;

47.15. parengti ir įgyvendinti bandomąją Vaikų psichomotorinės raidos tikrinimo ir ankstyvojo raidos sutrikimo nustatymo programą (pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas vaikams teikiantiems specialistams, apie 100 specialistų per metus) ir išleisti Vaikų psichomotorinės raidos tikrinimo ir ankstyvojo raidos sutrikimo nustatymo metodines rekomendacijas, skirtas pirminės asmens sveikatos priežiūros paslaugas vaikams teikiantiems specialistams. Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija ir (ar) jai pavaldžios įstaigos, VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos;

47.16. parengti ir įgyvendinti Vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios rehabilitacijos mokymo programą. Tikslinė grupė – vaikų ligų gydytojai, vaikų neurologai, fizinės medicinos ir rehabilitacijos gydytojai, medicinos psichologai, logoterapeutai, kineziterapeutai, socialiniai darbuotojai, slaugytojos, teikiantys vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios rehabilitacijos paslaugas. Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija ir (ar) jai pavaldžios įstaigos, VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė VšĮ Kauno klinikos;

47.17. parengti ir įgyvendinti Naujų metodinių rekomendacijų taikymo psichikos sveikatos priežiūroje mokymo programą. Tikslinė grupė – vaikų ir paauglių psichiatrai, medicinos psichologai, socialiniai darbuotojai, slaugytojos. Vykdytojas – VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė VšĮ Kauno klinikos;

47.18. parengti ir įgyvendinti Vaikų ir paauglių psichikos sveikatos priežiūros nuotolinių paslaugų teikimo stažuotių programą, skirtą psichikos sveikatos priežiūros paslaugas vaikams ir paaugliams teikiantiems specialistams. Tikslinė grupė – vaikų ir paauglių psichiatrai,

medicinos psichologai, socialiniai darbuotojai, slaugytojos. Vykdytojai: VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos, Valstybinis psichikos sveikatos centras.

48. Siekiant pagerinti sveikatos priežiūros prieinamumą ir kokybę vaikams, alergiškiems maistui ir vaistams, numatoma:

48.1. parengti alergiškų maistui ir (ar) vaistams vaikų profilaktikos, diagnostikos ir gydymo metodikas, kuriomis galėtų naudotis visų lygių sveikatos priežiūros specialistai, teikiantys paslaugas vaikams. Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija ir (ar) jai pavaldžios įstaigos, VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė VšĮ Kauno klinikos, NVO;

48.2. sukurti ir įdiegti praktikoje anafilaksijos registraciją. Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija ir (ar) jai pavaldžios įstaigos;

48.3. parengti ir išleisti alergiško vaiko pasą, kur būtų surašyti alergenai bei skubios pagalbos, įvykus alerginei reakcijai, planas. Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija ir (ar) jai pavaldžios įstaigos;

48.4. parengti ir išleisti lankstinukus darželiuose bei mokyklose apie alergiją maistui bei anafilaksiją (kaip atpažinti alergines reakcijas ir kaip gydytis). Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija ir (ar) jai pavaldžios įstaigos, Vilniaus universitetas ir (ar) Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, ir (ar) Klaipėdos universitetas;

48.5. parengti ir įgyvendinti bandomąją Aleriškų vaikų tėvų mokymo programą (programą išklaitys apie 100 tėvų per metus) ir išleisti metodines rekomendacijas specialistams. Vykdytojai: Vilniaus universitetas ir (ar) Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, ir (ar) Klaipėdos universitetas;

48.6. sukurti kokybišką vaikų alerginių ligų prevencijos, diagnostikos ir gydymo sistemą ambulatorinės sveikatos priežiūros įstaigose:

48.6.1. įgyvendinti bandomąją vaikų alerginių ligų prevencijos ir diagnostikos teikimo modelį pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros įstaigose, atsižvelgiant į Vakarų šalių gerąją praktiką, užtikrinti *šėimos medicinos paslaugas teikiančių gydytojų* rengimą, specialistų konsultacijų tikslingumo ir prieinamumo didinimą, vykdant veiksmingus tėvų ir vaikų mokymus. Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija ir (ar) jai pavaldžios įstaigos, VšĮ Vilniaus universiteto ligoninė Santariškių klinikos, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė VšĮ Kauno klinikos;

48.6.2. atlikti nuoseklų bandomojo alergologijos projekto vertinimą, jo pasiektų rezultatų viešinimą ir parengti pagrįstas rekomendacijas dėl vaikų alerginių ligų valdymo šalies mastu modelio. Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija ir (ar) jai pavaldžios įstaigos, VšĮ Vilniaus universiteto ligoninė Santariškių klinikos, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė VšĮ Kauno klinikos;

49. Siekiant pagerinti vaikų burnos sveikatos priežiūros profilaktiką ir gerinti vaikų burnos sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, taikant kompleksines priemones, numatoma:

49.1. įvertinti vaikų burnos sveikatos prevencinių priemonių efektyvumą remiantis mokslinėmis elgesio pokyčių teorijomis ir empiriniais duomenimis pagrįstais įrodymais. Vykdytojai: Higienos institutas, Vilniaus universitetas ir (ar) Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, ir (ar) Klaipėdos universitetas;

49.2. organizuoti ugdymo, visuomenės sveikatos specialistų, šeimos medicinos paslaugas teikiančių gydytojų, slaugytojų ir odontologinės priežiūros įstaigų darbuotojų mokymus. Vykdytojas – Vilniaus universitetas ir (ar) Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, ir (ar) Klaipėdos universitetas, VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Žalgirio klinika;

49.3. sukurti ir nacionaliniu lygiu įdiegti nuolatinę tėvų ir vaikų mokymo bei informavimo vaikų odontologinės priežiūros klausimais sistemą. Šiai priemonei įgyvendinti būtina pagerinti burnos sveikatinimo paslaugų prieinamumą. Vienas iš galimų būdų – užtikrinti, kad vaikų ugdymo įstaigose būtų burnos sveikatos priežiūros specialistas (burnos higienistas), kuris reguliariai lankytųsi darželiuose ir mokyklose praktinių burnos sveikatos išsaugojimo įgūdžių lavinimo tikslu. Tokio specialisto paskirtis būtų taip pat ir stebėti vaikų sergamumo burnos ligomis dinamiką pagal naujus vaikų sveikatos būklės pažymėjimus, t. y. stebėti, ar vaikų dantys yra gydomi. Tam tikrais vaiko burnos nepriežiūros atvejais būtų informuojamas vaiko teisių apsaugos atstovas. Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija, Lietuvos Respublikos odontologų rūmai,

visuomenės sveikatos biurai, pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigos, teikiančios odontologinės priežiūros paslaugas vaikams;

49.4. užtikrinti nuolatinės odontologinės priežiūros koordinavimą, konsultavimą ir paslaugų teikimą vaikams, kuriems mažai prieinama odontologinė priežiūra dėl mažo dirbančių odontologų bei burnos higienistų skaičiaus rajonų savivaldybėse (2014 m. 15 savivaldybių odontologų skaičius sudaro 0–4,99 odontologo, tenkančio 10 tūkst. gyventojų, 18 savivaldybių odontologų skaičius yra 5–6,99 odontologo, tenkančio 10 tūkst. gyventojų, o Lietuvos vidurkis yra 14,2 odontologo, tenkančio 10 tūkst. gyventojų. Šiose savivaldybėse gyvena iki 70 tūkst. 6–18 metų amžiaus vaikų, todėl yra būtina įgyvendinti kompleksinį vaikų burnos sveikatos modelį – vykdyti metodines ir organizacines funkcijas, užtikrinančias profilaktinių priemonių, mobilių ir nuotolinių paslaugų teikimą, stebėsenos ir vertinimo sistemos įgyvendinimą, ir įkurti koordinacinį centrą. Vykdytojai: pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigos, teikiančios odontologinės priežiūros paslaugas vaikams, Sveikatos apsaugos ministerija ir (ar) jai pavaldžios įstaigos, VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninės Žalgirio klinika, visuomenės sveikatos biurai, Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos;

49.5. sukurti nuotolinių odontologijos paslaugų vaikams (informavimo ir mokymo) teikimo sistemą ir ją įdiegti (sukurti reikiamą infrastruktūrą burnos sveikatos modeliui įgyvendinti: pagal poreikį aprūpinti ASPI odontologinėms asmens sveikatos priežiūros paslaugoms vaikams ir paaugliams teikti reikalingą įrangą). Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija, Lietuvos Respublikos odontologų rūmai, pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigos, teikiančios odontologinės priežiūros paslaugas vaikams.

50. Siekiant pagerinti sveikatos priežiūros prieinamumą ir kokybę vaikams, sergantiems retomis ligomis, numatoma:

50.1. parengti vaikų retų ligų profilaktikos, diagnostikos ir gydymo metodikas, kuriomis galėtų naudotis visų lygių sveikatos priežiūros specialistai, teikiantys paslaugas vaikams. Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija ir (ar) jai pavaldžios įstaigos, VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninė Santariškių klinikos, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė VŠĮ Kauno klinikos;

50.2. sukurti ir įdiegti praktikoje retomis ligomis sergančių vaikų pacientų registracijos posistemę. Vykdytojai: VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninė Santariškių klinikos, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė VŠĮ Kauno klinikos;

50.3. sukurti ir įdiegti retų ligų kompetencijos centrų pagalbos linijas, kuriomis būtų visą parą užtikrinamas informacijos teikimas ir konsultavimas bei pagalbos retomis ligomis sergantiems vaikams koordinavimas. Vykdytojai: VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninė Santariškių klinikos, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė VŠĮ Kauno klinikos;

50.4. sukurti ir įrengti nacionalinius retų ligų kompetencijos centrus dviejose universitetų ligoninėse Kaune ir Vilniuje, atitinkančiose Sveikatos apsaugos ministerijos patvirtintus reikalavimus, pagal pagrįstą poreikį bei galimybes aprūpinti juos modernia įranga, kompiuteriais, baldais ir kt. Vykdytojai: VŠĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė VŠĮ Kauno klinikos;

50.5. organizuoti šeimos medicinos paslaugas teikiančių gydytojų ir kitų sveikatos priežiūros sistemos specialistų, teikiančių paslaugas vaikams, kvalifikacijos tobulinimą, mokymus, siekiant, kad jie įgytų specializuotų profesinių žinių ir įgūdžių, reikalingų teikiant paslaugas vaikams. Vykdytojai: Vilniaus universitetas ir (ar) Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, ir (ar) Klaipėdos universitetas, medicinos darbuotojų profesinės draugijos.

51. Siekiant tobulinti sveikatos priežiūros paslaugų vaikams teikimo sistemą ir ją pritaikyti prie kylančių iššūkių (pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teikimo sustiprinimas, aukščiausio lygio paslaugas teikiančių ASPI infrastruktūros sutvarkymas bei antrinio lygio paslaugų, jų sąveikos su pirminio ir tretinio lygio paslaugomis ištyrimas, reglamentavimas), numatoma:

51.1. atlikti specializuotų (antrinio ir tretinio lygio) paslaugų vaikams pasiskirstymo, prieinamumo, kokybės ir teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų apimčių, esamų žmogiškųjų išteklių bei ASPI, teikiančių specializuotas (antrinio ir tretinio lygio) paslaugas vaikams, infrastruktūros atnaujinimo / sukūrimo poreikio vertinimą, šios analizės pagrindu parengti efektyvaus investavimo į sveikatos priežiūros paslaugų vaikams teikimo sistemos tobulinimą ir

pritaikymą prie kylančių iššūkių ir su tuo susijusią infrastruktūrą. Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija ir (ar) jai pavaldžios įstaigos;

51.2. sukurti ir įdiegti į asmens sveikatos priežiūros sistemos praktiką integruotą vaikų sveikatos priežiūros paslaugų modelį, apimantį pirminio, antrinio ir tretinio lygio paslaugas. Vykdytojai: Sveikatos apsaugos ministerija ir (ar) jai pavaldžios įstaigos, VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė VšĮ Kauno klinikos, specializuotas ambulatorines ir (ar) stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas vaikams ir paaugliams teikiančios ASPI, Valstybinė ligonių kasa prie Sveikatos apsaugos ministerijos;

51.3. pagerinti pirminės sveikatos priežiūros paslaugų, teikiamų vaikams ir paaugliams, kokybę: tobulinti pirminiame sveikatos priežiūros lygmenyje dirbančių sveikatos priežiūros specialistų kvalifikaciją, parengti ir įdiegti vienodus ligų diagnostikos ir gydymo standartus bei atnaujinti pirminės sveikatos priežiūros grandies infrastruktūrą ir pagal poreikį aprūpinti nauja medicinos įranga. Vykdytojai: Vilniaus universitetas ir (ar) Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, ir (ar) Klaipėdos universitetas, medicinos darbuotojų profesinės draugijos, pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros įstaigos;

51.4. pastatyti ir įrengti naują Vaikų ligoninės, VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų filialo, korpusą adresu Santariškių g. 7, kuriame būtų koncentruota III lygio stacionarinė ir ambulatorinė specializuota pediatriinė pagalba. Į naujai pastatytą korpusą iš seno Vaikų ligoninės korpuso (Santariškių g. 4) perkelti specializuotas paslaugas – vaikų kardiologiją, reumatologiją, nefrologiją, endokrinologiją, gastroenterologiją, onkohematologiją ir įkurti stacionarinės II–III lygio vaikų medicininės reabilitacijos padalinį bei vaikų konsultacinę polikliniką. Renovuotame korpuse (Santariškių g. 4) išliktų II lygio infekcinės ir nespecializuotos (vaikų ligų) stacionarinės paslaugos, vaikų pulmonologijos ir alergologijos bei II lygio intensyviosios terapijos paslaugos, būtų užtikrintos epidemiologinio režimo ūmiomis infekcinėmis ligomis sergantiems vaikams galiojančios higienos normos. Vykdytojas – VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos.

VI SKYRIUS VERTINIMO KRITERIJAI

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

52.1. mokyklų bendruomenių narių (mokinių, tėvų, mokytojų), palankiai vertinančių sveikatos priežiūros paslaugas mokyklose, skaičiaus didėjimas (proc.);

52.2. mokyklinio amžiaus (6–7 klasių) vaikų, kasdien ir kelis kartus per dieną valgančių daržoves ir vaisius, skaičiaus didėjimas (proc.);

52.3. daugiau kaip 1 val. per dieną fiziniam aktyvumui skiriančių moksleivių (6–7 klasių) skaičiaus didėjimas (proc.);

52.4. ikimokyklinio ir mokyklinio amžiaus vaikų, dalyvavusių sveikos mitybos ir fizinio aktyvumo renginiuose, skaičius;

52.5. veiklose, skatinančiose sveikatos stiprinimo ir sveikos gyvensenos įgūdžius, dalyvavusių asmenų (vaikų ir tėvų) skaičius, asmenų, kurie teigia, kad įgytas žinias ir įgūdžius taiko praktikoje, dalis;

52.6. pagal teisės aktų reikalavimus (160 val.) parengtų visuomenės sveikatos priežiūros specialistų, vykdančių vaikų, ugdomų pagal ikimokyklinio ir (ar) priešmokyklinio ugdymo programas, visuomenės sveikatos priežiūrą, skaičius;

52.7. pagal parengtus funkcijų algoritmus ir veiklos aprašus išmokytų visuomenės sveikatos priežiūrą mokyklose vykdančių specialistų skaičius;

52.8. pagal sveikatos stiprinimo vadybos programas išmokytų visuomenės sveikatos specialistų, dirbančių Sveikatos apsaugos ministerijai pavaldžioje biudžetinėse (specializuotose) visuomenės sveikatos priežiūros įstaigose, skaičius;

- 52.9. įdiegta vaikų sveikatos stebėsenos informacinė sistema ikimokyklinio ugdymo įstaigose;
- 52.10. kasmet (nuo 2015 m.) į Sveikatą stiprinančių mokyklų tinklą įsijungusių mokyklų skaičius;
- 52.11. edukaciniais traumatizmo prevencijos leidiniais aprūpintų tikslinių teritorijų mokinių skaičius;
- 52.12. mokymuose apie alergiją maistui ir vaistams dalyvavusių ugdymo įstaigų darbuotojų, šeimos ir vaikų ligų gydytojų skaičius;
- 52.13. parengtų vaikų alergijos maistui profilaktikos, diagnostikos ir gydymo metodikų skaičius;
- 52.14. sukurta ir įdiegta praktikoje vaikų anafilaksijos registracija;
- 52.15. alergiško vaiko pasą gavusių vaikų skaičius;
- 52.16. dalyvavusių mokymuose alerginių ligų klausimais sveikatos priežiūros specialistų skaičius;
- 52.17. alergiškų vaikų tėvų mokymo programoje dalyvavusių tėvų skaičius;
- 52.18. parengtų vaikų alergijos vaistams diagnostikos metodikų skaičius;
- 52.19. parengtas, įdiegtas ir įvertintas bandomasis vaikų alerginių ligų prevencijos ir diagnostikos teikimo modelis pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros įstaigose;
- 52.20. šeimos gydytojų, pakėlusią kvalifikaciją vaikų alergologijos srityje, skaičius;
- 52.21. tėvų, auginančių vaikus, turinčius raudos, elgesio, emocinių sutrikimų ir (arba) neįgalius vaikus, kurie baigė mokymus pagal pozityvios tėvystės įgūdžių mokymo programas, skaičius;
- 52.22. tėvų, kurie baigė mokymus pagal parengtą tėvystės įgūdžių ugdymo ir tėvų konsultavimo programą, skirtą šeimoms, kuriose bent vienas iš tėvų serga psichikos liga; šeimoms, kuriose bent vienas vaikas serga psichikos liga ir socialinės rizikos šeimoms, skaičius;
- 52.23. parengtų vaikų raudos tikrinimo ir psichikos sutrikimų diagnostikos ir gydymo metodikų skaičius;
- 52.24. ugdymo įstaigų, kuriose įgyvendinta socialinio ir emocinio ugdymo programų „Raktai į sėkmę“ ir „Paauglystės kryžkelės“, skaičius;
- 52.25. parengta ir aprobuota savižudybių rizikos įvertinimo ir pirmosios psichologinės pagalbos mokymų programa, skirta įvairių specialybių sveikatos specialistams;
- 52.26. parengtas ir įgyvendinamas vaikų ir paauglių psichikos sveikatos ir emocinės gerovės priežiūros sistemos, teikiamų paslaugų kokybės ir veiksmingumo bei jų atitikties pagrindiniams vaiko teisių principams stebėsenos modelis;
- 52.27. atliktas tyrimas apie vaikų ir paauglių patiriamą smurtą, save žalojančią elgesį, jiems suteiktą pagalbą;
- 52.28. sukurtas vaikų ir paauglių psichikos sveikatos priežiūros teikimo ir organizavimo modelis;
- 52.29. aprūpintų viešųjų odontologijos įstaigų burnos higienistų ir odontologų, įgyvendinančių kompleksinį vaikų burnos sveikatos modelį, darbo vietų skaičius;
- 52.30. parengtas kompleksinio burnos sveikatos vaikams teikimo aprašas;
- 52.31. mokymuose dalyvavusių ugdymo ir odontologinės priežiūros įstaigų darbuotojų, šeimos ir vaikų ligų gydytojų skaičius;
- 52.32. vaikų, gavusių prevencines, odontologijos diagnostikos ir gydymo paslaugas įstaigose, teikiančiose paslaugas pagal kompleksinį burnos sveikatos vaikams teikimo modelį, skaičius;
- 52.33. vaikų, kuriems suteiktos krūminių dantų dengimo silantais paslaugos, skaičius;
- 52.34. eduonies 6–18 metų amžiaus vaikų grupėje mažėjimas;
- 52.35. parengtų vaikų ligų profilaktikos, diagnostikos ir gydymo metodinių rekomendacijų skaičius;
- 52.36. sveikatos priežiūros specialistų (gydytojų ir kitų sveikatos priežiūros paslaugas vaikams teikiančių specialistų), pakėlusią kvalifikaciją, skaičius;
- 52.37. sukurtas vaikų ir paauglių integruotos sveikatos priežiūros teikimo ir organizavimo modelis;

- 52.38. parengtų retų ligų profilaktikos, diagnostikos ir gydymo metodikų skaičius;
- 52.39. sukurta ir įdiegta praktikoje retomis ligomis sergančių pacientų registracijos posistemė;
- 52.40. sukurtų ir įdiegtų retų ligų kompetencijos centrų pagalbos linijų skaičius;
- 52.41. sukurti ir įrengti nacionaliniai vaikų retų ligų kompetencijos centrai dviejose universitetų ligoninėse Kaune ir Vilniuje;
- 52.42. dalyvavusių mokymuose retų ligų klausimais sveikatos priežiūros specialistų skaičius.

VII SKYRIUS

NUMATOMI PASIEKTI REZULTATAI

- 53. Iki 2023 m. numatoma:
 - 53.1. rezultato rodikliai:
 - 53.1.1. mokyklinio amžiaus (6–7 klasių) vaikų, kasdien ir kelis kartus per dieną valgančių daržoves ir vaisius, skaičius (proc.) – numatomas 3 proc. padidėjimas valgančių daržoves nuo 68,5 proc. (2013 m.) iki 71,5 proc. (2023 m.), vaisius nuo 77,1 proc. (2013 m.) iki 80,1 proc. (2023 m.);
 - 53.1.2. daugiau nei 1 val. per dieną fiziniam aktyvumui skiriančių moksleivių (6–7 klasių) skaičius (proc.) – numatomas 5 proc. padidėjimas – nuo 30,9 proc. (2013 m.) iki 35,9 proc. (2023 m.);
 - 53.1.3. mokyklų bendruomenių narių (mokinių, tėvų, mokytojų), palankiai vertinančių sveikatos priežiūros paslaugas mokyklose, skaičiaus padidėjimas – daugiau kaip 50 proc.;
 - 53.1.4. veiklose, skatinančiose sveikatos stiprinimo ir sveikos gyvensenos įgūdžius, dalyvavusių asmenų (vaikų ir tėvų) skaičius, asmenų, kurie teigia, kad įgytas žinias ir įgūdžius taiko praktikoje, dalis – 60 proc.;
 - 53.1.5. vaikų traumų ir nelaimingų atsitikimų atvejų sumažėjimas tikslinėse teritorijose – ne mažiau kaip 10 proc. (2023 m.);
 - 53.1.6. pagerėję vaikų ir paauglių psichikos sveikatos rodikliai (vertinama pagal Tarptautinio mokyklinio amžiaus vaikų gyvensenos ir sveikatos tyrimo duomenis) – 10 proc. sumažės mokyklinio amžiaus vaikų ir paauglių, patiriančių patyčias, skaičius (per 2014–2022 m. laikotarpį);
 - 53.1.7. padidėjęs vaikų raidos sutrikimų išaiškinamumas nuo gimimo iki 4 metų amžiaus grupėje skaičius – nuo 8 tūkst. (2013 m.) iki 10 tūkst. (2023 m.) vaikų;
 - 53.1.8. eduonies stabilizavimas ir mažėjimas 70 tūkst. vaikų grupėje – ne mažiau kaip 5 proc. iki 2018 m. ir 5 proc. – 100 tūkst. vaikų grupėje iki 2023 m.;
 - 53.1.9. tikslinėse teritorijose, nurodytose šio Aprašo 34 punkte, išlaikytos ne mažesnės kaip 90 proc. kasmetinės skiepimų apimtys (DTP3 ir MMR1);
 - 53.2. produkto rodikliai:
 - 53.2.1. kasmet į Sveikatą stiprinančių mokyklų tinklą įsijungusių naujų mokyklų skaičius – ne mažiau kaip 10;
 - 53.2.2. sukurtas jaunimui palankių sveikatos priežiūros paslaugų teikimo modelis ir įdiegtas 10 Lietuvos savivaldybių;
 - 53.2.3. parengti sveikatos priežiūrą mokyklose vykdančių visuomenės sveikatos priežiūros specialistų funkcijų algoritmai ir veiklos aprašai – ne mažiau kaip 10;
 - 53.2.4. parengtos lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis sergančių vaikų, ugdomų bendrojo ugdymo įstaigose, sveikatos priežiūros mokyklose metodinės rekomendacijos – ne mažiau kaip 3;
 - 53.2.5. išmokyti pagal parengtus funkcijų algoritmus ir veiklos aprašus visuomenės sveikatos priežiūros specialistų skaičius – ne mažiau kaip 250;
 - 53.2.6. tėvų, kurie baigė mokymus pagal parengtą Alergiškų vaikų tėvų mokymo programą – ne mažiau kaip 200;
 - 53.2.7. sukurta ir įdiegta praktikoje vaikų anafilaksijos registracija – 1;

- 53.2.8. profesinę kvalifikaciją alerginių ligų profilaktikos, diagnostikos ir gydymo srityje tobulinusių specialistų skaičius – ne mažiau kaip 200;
- 53.2.9. parengtų ir nacionaliniu mastu patvirtintų alergijos maistui ir vaistams profilaktikos, diagnostikos ir gydymo metodikų skaičius – ne mažiau kaip 3;
- 53.2.10. parengtas, įdiegtas pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros įstaigose ir įvertintas bandomasis vaikų alerginių ligų prevencijos ir diagnostikos teikimo modelis;
- 53.2.11. šeimos gydytojų, pakėlusių kvalifikaciją vaikų alergologijos srityje, skaičius – ne mažiau kaip 300;
- 53.2.12. psichikos sveikatos priežiūros paslaugas vaikams teikiančių specialistų (vaikų ir paauglių psichiatrų, slaugytojų, psichologų, socialinių darbuotojų), apmokytų teikti nuotolines psichikos sveikatos priežiūros paslaugas, skaičius – ne mažiau kaip 100;
- 53.2.13. vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos paslaugas teikiančių specialistų (gydytojų, medicinos psichologų, logopedų, kineziterapeutų, specialiųjų pedagogų, ergoterapeutų, slaugytojų, socialinių darbuotojų), apmokytų teikti vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios reabilitacijos paslaugas modernizuotose įstaigose ir nuotolines paslaugas kaimo vietovėse skaičius, – ne mažiau kaip 250;
- 53.2.14. tėvų, kurie baigė mokymus pagal parengtą tėvystės įgūdžių ugdymo ir tėvų konsultavimo programą, skirtą šeimoms, kuriose bent vienas iš tėvų serga psichikos liga; šeimoms, kuriose bent vienas vaikas serga psichikos liga; socialinės rizikos šeimoms, – ne mažiau kaip 200;
- 53.2.15. parengta ir aprobuota savižudybių rizikos įvertinimo ir pirmosios psichologinės pagalbos mokymų programa – 1;
- 53.2.16. ugdymo įstaigų, kuriose įgyvendintos socialinio ir emocinio ugdymo programos „Raktai į sėkmę“ ir „Paauglystės kryžkelės“ – ne mažiau kaip 100;
- 53.2.17. atliktas vaikų patiriamo smurto, save žalojančio elgesio, jiems suteiktos pagalbos tyrimas – 1;
- 53.2.18. parengtas ir įgyvendinamas vaikų ir paauglių psichikos sveikatos ir emocinės gerovės priežiūros sistemos, teikiamų paslaugų kokybės ir veiksmingumo bei jų atitikties pagrindiniams vaiko teisių principams stebėsenos modelis – 1;
- 53.2.19. atnaujinta vieno kompleksinės psichiatrinės pagalbos vaikui ir šeimai centro infrastruktūra (naujo (-ų) pastato (-ų) statyba arba esamo (-ų) rekonstrukcija);
- 53.2.20. sukurta nuotolinių odontologinių paslaugų vaikams (informavimo ir mokymo) teikimo sistema – 1;
- 53.2.21. parengtas metodinis kompleksinės burnos sveikatos (dantų ėduonies ir periodonto ligų) profilaktikos programos paslaugų vykdymo aprašas – 1;
- 53.2.22. mokymuose dalyvavusių ugdymo ir odontologinės priežiūros įstaigų darbuotojų, sveikatos priežiūros paslaugas vaikams teikiančių specialistų skaičius – ne mažiau kaip 1000;
- 53.2.23. vaikų, gavusių profilaktines, odontologinių ligų ir sveikatos sutrikimų diagnostikos ir gydymo paslaugas įgyvendinant naują kompleksinį modelį, skaičius – ne mažiau kaip 70 000;
- 53.2.24. parengtų ir nacionaliniu mastu patvirtintų vaikų ligų prevencijos, diagnostikos ir gydymo metodikų bei algoritmų skaičius – ne mažiau kaip 30;
- 53.2.25. profesinę kvalifikaciją vaikų ligų profilaktikos, diagnostikos ir gydymo srityje tobulinusių specialistų skaičius – ne mažiau kaip 1000;
- 53.2.26. parengtų ir nacionaliniu mastu patvirtintų retų ligų profilaktikos, diagnostikos ir gydymo metodikų skaičius – ne mažiau kaip 10;
- 53.2.27. sukurta ir įdiegta praktikoje retomis ligomis sergančių pacientų registracijos posistemė – 1;
- 53.2.28. sukurtos ir įdiegtos retų ligų kompetencijos centrų pagalbos linijos – 2;
- 53.2.29. sukurti ir įrengti nacionaliniai vaikų retų ligų kompetencijos centrai – 2;
- 53.2.30. profesinę kvalifikaciją retų ligų profilaktikos, diagnostikos ir gydymo srityje tobulinusių specialistų skaičius – ne mažiau kaip 200.

VIII SKYRIUS VYKDYTOJAI

54. Šios krypties priemonių vykdytojai:
 - 54.1. Sveikatos apsaugos ministerija ir (ar) jai pavaldžios įstaigos;
 - 54.2. pirminės ambulatorinės sveikatos priežiūros įstaigos;
 - 54.3. antrinio ir (ar) tretinio lygio specializuotos ambulatorinės ir (ar) stacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas vaikams ir paaugliams teikiančios ASPĮ, kurių sąrašas bus patvirtintas atlikus ASPĮ infrastruktūros atnaujinimo / sukūrimo poreikio ir teikiamų sveikatos priežiūros paslaugų apimčių bei esamų žmoniškųjų išteklių vertinimą;
 - 54.4. VšĮ Vilniaus universiteto ligoninė Santariškių klinikos, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė VšĮ Kauno klinikos;
 - 54.5. Vilniaus universitetas, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Klaipėdos universitetas;
 - 54.6. pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigos, teikiančios odontologinės priežiūros paslaugas, VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Žalgirio klinika;
 - 54.7. medicinos darbuotojų profesinės draugijos;
 - 54.8. Lietuvos Respublikos odontologų rūmai;
 - 54.9. Lietuvos Respublikos kultūros ministerija;
 - 54.10. visuomenės sveikatos biurai;
 - 54.11. bendruomenės, NVO;
 - 54.12. Lietuvos mokinių neformaliojo švietimo centras;
 - 54.13. viešieji ir privatūs juridiniai asmenys;
 - 54.14. savivaldybių administracijos.

IX SKYRIUS BAIGIAMOSIOS NUOSTATOS

55. Šiame apraše numatytoms priemonėms įgyvendinti preliminariai numatoma skirti iki 188 mln. Lt.
56. Numatomi finansavimo šaltiniai – valstybės ir savivaldybių biudžeto, 2014–2020 m. ES fondų ir kitos tarptautinės paramos lėšos, nuosavos vykdytojų lėšos ir kt. šaltiniai.
57. Siekiant numatytų pokyčių pagal šią Veiksmų plano kryptį, planuojant sveikatos priežiūros paslaugų finansavimą PSDF biudžeto lėšomis, turi būti atsižvelgta į Apraše numatytą sveikatos priežiūros paslaugų plėtrą.
58. Prieš skiriant finansavimą sveikatos priežiūros įstaigų infrastruktūrai modernizuoti ir įsigyti, turi būti įvertinta esama infrastruktūra, jos panaudojimo efektyvumas ir 2007–2013 m. ES ir kitų finansavimo šaltinių finansuotų veiklų rezultatai šioje srityje.
59. Rezultatų rodiklių pasiekimas vertinamas 2019 ir 2023 m., vertinimo rodiklių pasiekimas vertinamas kasmet. Atsižvelgiant į stebėsenos ir vertinimo rezultatus šiame Apraše numatytos priemonės gali būti peržiūrimos.
60. Nuosekliai su investicijomis vykdomas reikalingų pokyčių reglamentavimas.
61. Aprašas gali būti peržiūrimas ir koreguojamas pagal poreikį

Papildyta priedu:

Nr. [V-912](#), 2014-09-01, paskelbta TAR 2014-09-01, i. k. 2014-11474

Pakeitimai:

- 1.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija, Įsakymas

Nr. [V-912](#), 2014-09-01, paskelbta TAR 2014-09-01, i. k. 2014-11474

Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 16 d. įsakymo Nr. V-815 „Dėl Sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų plano patvirtinimo“ pakeitimo