

Vilnius University

INSTITUTE OF INTERNATIONAL RELATIONS AND POLITICAL SCIENCE

Eastern European and Russian Studies Programme

MORGANA DANIELE

**DRUG POLICY (NON)CHANGE IN LITHUANIA: THE ROLE OF STREET-LEVEL  
BUREACRACIES**

*MASTER'S THESIS*

Academic Supervisor: Dr. Inga Vinogradnaite

08/01/2018

Vilnius

MASTER’S THESIS FLYLEAF

**Conclusions of the tutor of the Master’s thesis (concerning the public defence):**

.....  
.....  
.....

.....	.....	.....
(date)	(name, surname)	(signature)

**The Master’s thesis has been submitted to the Commission of Defence:**

.....	.....
(date)	(signature of the secretary of the Commission of Defence)

**Reviewer of the thesis:**

.....  
(name, surname)

**Evaluation of the Commission of Defence:**

.....

Head of the commission:

Members of the commission:

## BIBLIOGRAPHICAL ENTRY

**Daniele, Morgana:** *Drug Policy (Non)change in Lithuania: the Role of Street-level Bureaucracies*: Master in Eastern European and Russian studies programme, Master thesis / Vilnius University Institute of International Relations and Political Science; tutor: Dr. Inga Vinogradnaite. Vilnius, 2018. – 261 pages

**Key words:** street-level bureaucracy, policy implementation, healthcare, harm reduction, interventions, opioid substitution, drug policy, centres for addictive disorders.

### Summary

This paper is an attempt to analyse the barriers to drug policy change from punitive to harm reduction-based in Lithuania. The analysis is set within the theoretical framework developed by Michael Lipsky and seeks to examine the forms that policy takes at its last stage of formation, which is the policy implementation. It is assumed that street-level bureaucrats, i. e. specialists who are involved in service provision, are the last actors on the chain of policy coining and thus provide it with the final shape. With the aim of peeking into and analysing the possible causes of drug policy stagnation, three centres for addictive disorders – in Vilnius, Kaunas and Klaipeda – have been chosen as direct implementers of harm reduction drug policy in the country. The analysis focused on implementation of one specific harm reduction intervention, the opioid substitution treatment in Lithuania. Interviews with several kinds of specialists – medical doctors, social workers, nurses and the managers of the centres – have been conducted. In order to present a better picture of policy implementation, clients of the treatment programmes have been interviewed as well. I split the analysis into three parts, looking into goals and perceptions of opioid substitution treatment, patterns of service rationing in order to reduce the demand, and patterns of locating responsibility for service effectiveness. Having completed my research I arrived at the conclusion that the role of authorities in providing the street-level bureaucrats with in-depth knowledge and understanding of harm reduction goals is of key importance to ensure successful policy implementation. Clients' empowerment might serve as a means to develop internal organisation's values corresponding the essence and goals of harm reduction and thus ensure that evidence-based drug policy gains momentum.

## ACKNOWLEDGEMENT

The development of this thesis would not have been possible without the cordial assistance and cooperation of all the people who use drugs. Therefore, the biggest credit goes to friends and supporters in life, as well as on the path of my professional achievements, Aiste, Andrius, Kestutis, one more Andrius, Viktorija and Aleksandra. I would like to thank those who provided special support in getting in touch with the communities of people who use drugs in other cities of Lithuania, especially to Egidijus, Algis, Aleksandras, Kestas, Grazina and one more Egidijus, and made the interviews possible. And finally, my most cordial gratefulness to those who taught me most important things in life and who were lost in the drug war: to my dearest friend Ega, colleagues Denis and Umar, and all the others I would not have enough space to enlist. You are most wonderful people I am serving to and will continue doing so!

## Contents

Introduction .....	6
Drug Policy in Lithuania .....	7
Opioid Substitution Therapy .....	9
Drug Policy Research in Lithuania and Eastern Europe .....	10
Chapter 1. Theoretical framework: analysing drug policy implementation .....	14
1.1 Policy implementation analysis: what to look at? .....	15
1.2 Research implementation.....	18
1.3 Limitations.....	21
Chapter 2. Goals: vague or clear, legitimate or illegitimate? .....	22
2.1 Vilnius centre for addictive disorders.....	23
2.2 Kaunas centre for addictive disorders .....	27
2.3 Klaipeda centre for addictive disorders .....	29
Chapter 3. Goals into practices: clients .....	31
3.1 Vilnius centre for addictive disorders. Client processing.....	31
3.2 Vilnius centre for addictive disorders. Service rationing. ....	36
3.3 Kaunas centre for addictive disorders. Client processing.....	43
3.4 Kaunas centre for addictive disorders. Service rationing.....	48
3.5 Klaipeda centre for addictive disorders. Client Processing .....	51
3.6 Klaipeda centre for addictive disorders. Service rationing.....	55
Chapter 4. Patients: enabling or victim blaming? .....	59
Conclusions .....	63
Literature .....	66
Summary in Lithuanian (Reziumė) .....	69
<i>Annex 1.</i> Questionnaire for professionals .....	70
<i>Annex 2.</i> Questionnaire for clients.....	81
<i>Annex 3.</i> Interviews .....	85

## Introduction

Drug policies around the world have lived through an intensive transformation during the last half of the 20<sup>th</sup> and the first decades of the 21<sup>st</sup> centuries. With the ratification of the Single Convention on Narcotic Drugs in 1961 and its supplementary treaty The United Nations Convention on Psychotropic Substances in 1971 an era of prohibition was launched, which was titled as “War on Drugs” by the president of the USA Richard Nixon. Several decades later, at the end of 1980s, with the explosion of HIV and hepatitis C epidemics in the world and the acknowledgement of prohibitive drug policy costs classified as “unintended consequences”, harm reduction initiatives later turning into policies, came into existence. With what began as recognition of “those social aspects of health problems which are caused by lifestyles” in which case “it seeks to avoid the trap of victim blaming” by John Ashton, University of Liverpool, Department of Public Health, and Howard Seymour, Head of Health Promotion of the Mersey Regional Health Authority, developed into entirely new philosophy of harm reduction (Ashton and Seymour 1988). The essence of harm reduction is represented in the following definitions:

“a process and an institution where concrete responses are devised to inescapable problems as they are and not as they ought to be. Such a dynamic combines with the as yet fragile and shaky process of democratizing society which, in the long term, operates in the society’s interstices to unfailingly promote the rights of every individual, forgetting no-one and pushing no-one to the margins. The task is immense as it is endless.” (Menneret 2013:6).

“Harm reduction refers to policies, programmes and practices that aim to reduce the harms associated with the use of psychoactive drugs in people unable or unwilling to stop. The defining features are the focus on the prevention of harm, rather than on the prevention of drug use itself, and the focus on people who continue to use drugs.” (Harm Reduction International)

“Harm reduction encompasses interventions, programmes and policies that seek to reduce the health, social and economic harms of drug use to individuals, communities and societies.” (Rhodes and Hendrich 2010:19).

After years of work, mainly driven by activists and healthcare specialists, especially by *Medecins du Monde*, in the modern world harm reduction is finally an accepted and established collection of interventions and one of the major pillars of countries’ drug policies. The World Health Organisation (hereinafter WHO) provides a recommended list of harm reduction interventions for countries worldwide, The European Union Drugs Strategy 2013–2020 and Action Plan on Drugs

2013–2016 put harm reduction at its core and aims at further investment in harm reduction measures, as well as supporting third countries (countries outside the EU) to develop and implement harm reduction initiatives. Moreover, the currently revised draft of the EU Action Plan on Drugs 2017–2020 includes specific indicators on harm reduction interventions, such as number of harm reduction programmes targeting vulnerable communities (e.g. ethnic minorities, migrants and asylum seekers, LGBTI, commercial sex workers and prisoners), extent of increased availability of and access to evidence-based risk and harm reduction measures in member states, number of member states reaching the WHO recommendation of a minimum threshold of 200 sterile needles and syringes distributed per injecting drug user per year, extent of increased availability of take home naloxone programmes, nightlife harm reduction programmes etc. Furthermore, the 2016 UNGASS on the world drug problem and its outcome document “Our Joint Commitment to Effectively Addressing and Countering the World Drug Problem” showed that harm reduction and decriminalisation are gaining momentum even in countries previously hostile to these measures.

### Drug Policy in Lithuania

Drug policy in Lithuania has been developing separately from the rest of the world until the restoration of Independence in 1990. First harm reduction intervention, though established within the framework of treatment, was methadone maintenance programme in 1995 (under Order No. 252 of the Minister of Health of the Republic of Lithuania on the Use of the Methadone Programme, 15 May 1995). Needle and syringe exchange programme (hereinafter NSP) started its work a year later in 1996. Considering the contentious nature of the decade with regard to drug related issues and approaches to solution, this was a significant achievement. Lithuania was among the first post-Soviet countries to introduce the then still innovative treatment and services. A decade of expansion of programmes followed: the geographical coverage grew in terms of towns and locally, mobile NSP units began their work in Vilnius, Siauliai, Klaipeda, low-threshold points were established, outreach work projects were launched in Kedainiai, accessibility to treatment improved as opioid substitution therapy (hereinafter OST) was incorporated into other healthcare facilities. At the time, as one of the main promoters of harm reduction interventions and OST in Lithuania, Emilis Subata states “specialists were not really divided for while and against. That is the worst – when a single community of specialists – psychiatrists and dependency treatment specialists – does not agree. And in this case somehow everyone became involved” (Koalicija “Galiu gyventi” 2009:9). However, in 2005 there was fierce opposition to OST treatment and other harm reduction interventions at the political level. It involved multiple political bodies and individuals, including the Lithuanian Parliamentary Committee on Law and Order, the Committee on Healthcare and the Committee on European Affairs, the Drug Use Prevention Commission, political parties (the

Labour Party and the Conservatives), the Ministry of Education and Science of the Republic of Lithuania. It required the heads of the Regional Office for Europe of the World Health Organization and the United Nations AIDS Programme, and the President of the country to express public support and communicate with the Parliament and the Government of Lithuania in order to save the OST treatment programmes from termination (ibid.).

Despite the fact that harm reduction services were maintained and a year later an order by the Lithuanian minister of health regulated the principles of delivery of harm reduction services where the actual term of “harm reduction” was first used (Nr. V-584), 2005 could be seen as marking the beginning of stagnation of harm reduction interventions and their expansion across Lithuania and thus, a halt in drug policy modernisation. Despite having been among the most innovative in introducing now widely acknowledged harm reduction services and treatment in the early 1990s and despite all the necessary legal base for the implementation of harm reduction programmes, Lithuania today has critically low indicators of coverage of these services and is marked deep red on the map of Europe when it comes to newly diagnosed HIV cases related to injecting-drug use or opioid-induced cases of deaths (EMCDDA 2017). A research on the state of harm reduction, implemented in 2015 (Koalicija “Galiu gyventi” 2015), showed that NSP coverage in Lithuania (20 percent) barely makes it to the average (“low” – under 20 percent, high – over 60 percent; WHO, UNODC, UNAIDS 2012), while 72 syringes distributed to one regular client over one year in Lithuania is considered low (the number of syringes distributed to one regular client is seen as low when it does not exceed 100; ibid.). The results of OST service quality was no more optimistic. In 2013, 581 person received OST services in 19 healthcare institutions in Lithuania. There were 3.45 OST, with the coverage of 0.1 percent in Lithuania also falls under the category of “low” (the coverage is considered low when the figure is less than 0.2 and high when the figure is equal to or more than 0.4; ibid.). The estimated 10.6 percent of the people who inject drugs (PWID) receiving OST services in 2013 is also in the category “low” (low – under 20 percent, high – over 40 percent; ibid.).

In addition to the decline in harm reduction services, year after year Lithuania keeps violating the European Convention on Human Rights and the EU Charter of Fundamental Rights by failing to provide OST in the prison setting, though the treatment is established in legal documents and has been available in the community since 1995. This also contradicts the aims, set in the European Union Drugs Strategy. Moreover, the estimates of high risk drug users’ (hereinafter HRDU) population have not been implemented since 2007, suggesting that the issue of drug use, its risks and harms to the individual and society are highly ignored.



Despite the legal establishment of harm reduction throughout the decades since the restitution of the independence of Lithuania, researcher Mindaugas Lankauskas maintains that Lithuanian Drug Control Strategy lays its focus upon the reduction of demand and supply, while harm reduction is not identified among the targets, even though part 6.3 mentions “various measures employed to reduce the prevalence of substance use and reduces the related harms” (2017:53). The issue of implementation of harm reduction interventions on the margins of policies remains unresolved.

### Opioid Substitution Therapy

This research will focus on one specific harm reduction intervention – the opioid substitution therapy. It is an evidence-based opioid dependence treatment, which includes medicine intake and, ideally, psychosocial support. Two kinds of medicine, full and partial morphine-like opioid agonists, may be used – methadone and buprenorphine – and they both are on the WHO list of essential medicines. The essence of OST lies in effective reduction of illicit drug use and, thus, in reduction of injecting behaviours that put opioid-dependent people at risk for HIV (WHO 2016:34). Access and adherence to OST can improve retention in HIV treatment, improve health outcomes, reduce overdose and resulting mortality, reduce criminal activity, result in better psychosocial outcomes and decrease risk to pregnant women dependent on drugs and to their newborns (ibid.).

OST is taken orally on a daily basis, OST medicine reduces opioid withdrawal symptoms and the euphoric effect if opioids are used. WHO indicates that policies and regulations should encourage flexible dosing structures, without restricting dose levels or duration of treatment, with “usual methadone maintenance doses [...] in the range of a minimum of 60–120 mg per day” while “OST is most effective as a maintenance treatment for longer periods of time (treatment for years may be necessary)” (ibid.). It is also recommended that in the early phase of treatment, administration of methadone and buprenorphine doses are supervised. This requires patients coming to treatment facility daily, which, with treatment lasting longer periods of time, such as years or decades, is a considerable burden to the patient. Therefore, take-home doses can be recommended when the dose and social situation are stable and when there is a low risk of diversion of medicines for illegitimate purposes (ibid., 36).

According to WHO guidelines, “all people from key populations who are dependent on opioids should be offered opioid substitution therapy” (ibid., 34), the access to OST treatment should be free of charge and include opioid dependent people in prisons (ibid.). Moreover, all health services should be made available, accessible and acceptable to key populations (such as people who use and inject drugs), based on the principles of medical ethics, avoidance of stigma, non-discrimination and the right to health (ibid., 94).

In Lithuania opioid substitution treatment is regulated by orders of Minister of Health of Lithuania. The therapy is available to all opioid-dependent adults and, in specific cases (HIV infection, pregnancy, serious mental or physical disorders) to adolescents older than 15 years old. Patients are required to hold an ID to commence the treatment. Duration of the therapy is not set in the order and remains individualised. Treatment is prescribed by doctors' commission and may be terminated on the request of the patient, or by the doctors' commission unilaterally in case of risks to the patient's health or if OST is evaluated as ineffective. Administration of medicines is supervised, however take-home doses are provided in case of a "stable social and employment situation, negative urine tests for psychoactive substance use, treatment plan is successfully implemented<sup>1</sup>", illness, 36 and more weeks of pregnancy (if does not meet the first requirement), if a patient is a primary caretaker of a child of a pre-school age or a child with a disability, on the days when the treatment facility is closed (2017). Up to three doses of medicines can be handed over to the patient's relatives in case the patient is ill and is receiving out-patient treatment at home (medical record proving the treatment regime necessary) and in case of serious somatic disorders (fever, diarrhea, infection etc.) identified by the OST programme's doctor.

Urine tests are performed to monitor the patient's additional use of psychoactive substances, however, "if reoccurring use of narcotic drugs is monitored, the decision whether continuing OST treatment is beneficial is taken after overall evaluation of the patient's state, co-occurring illnesses, HIV and other infections, inclinations of risky behaviour and harm reduction for the society and individual" (ibid.). Therefore, if positive, urine test results are not set as sole indicators for OST termination.

Opioid substitution therapy is funded from the national insurance funds, if the patient holds no insurance – "funded from municipality budget and other available funds" (ibid.). OST treatment is not available in prison settings and in case of imprisonment of an OST patient, therapy is terminated.

### [Drug Policy Research in Lithuania and Eastern Europe](#)

Recently, drug policy as a topic for political and public discussion and research has been on the rise worldwide more than ever before. Lithuania is no exception. Lithuania, as well as other EU member states, monitors and reports to the EMCDDA the results of quantitative research on tendencies of drug use. Multiple research has been carried out examining the legal aspects of drug policy, with the most prominent works by Edita Gruodyte, analyzing the compliance with and digressions from the UN conventions in Lithuanian legal base in terms of drug regulation, aspects of criminal liability

---

<sup>1</sup> Note that timeframe for these indicators is not defined.

related to drugs and practices of Lithuanian courts in application of legislation (2010). Aurelijus Gutauskas, performed case analysis of court practice related to drug-related offences (2013), Egle Latauskiene furthers the analysis of drug crimes in Lithuania in relation to new psychoactive substances (2012).

A socio-linguistic approach to drug related issues is taken by Daumantas Stumbrys and Margarita Dorbrynina. The former reveals in his research the mechanisms of media in arousing moral panic (which dominates the Lithuanian society) by the portrayal of people who use drugs as villains and by the employment of other means of manipulation (2012). Stumbrys also performed a content analysis of drug-related rhetoric where he touches upon the tendencies in drug policy in the EU and Lithuania and reveals the dominance of control and punishment rhetoric in the Lithuanian parliament (2011). Dobrynina examined the drug use issue in a broader perspective of crime fear and its construction by mass media (2008).

Several publications are the most relevant to the current paper due to the aspects analysed and approaches employed. Klaidas Kuchlaskis and Gutauskas in their joint analysis “Drug Prevention and Control Policy in the EU: from standard identification to unification” look into the necessity and issues related to unified approach to drugs and the attempts in developing an EU scale strategy. Even though the reviewed EU Strategies and Actions Plans are now outdated and, after a substantial monitoring and evaluation of the effectiveness of the predecessors, were replaced by new ones, one among many conclusions of the analysis remains topical today and highly relevant to the present thesis: “It must be emphasised that in terms of political processes related to drug policy, the main focus today is on the processes of policy formation and decision-making, while policy implementation and administration are ignored. On the national level it is who decides what that matters most when it comes to budget allocation and thus formation of political and institutional power distribution among the members of society. However, no interest is manifested when it comes to the implementation of the decisions made and its compliance with the initial plan, and whether the effects prove to be as expected.” (2009:137).

The aspect of harm reduction implementation, as a constituent of drug and public health policy has been touched upon in several other research. Evaluation of harm reduction state and effectiveness in Lithuania, has been carried out on several occasions during the years of implementation in Lithuania: in 2007 Carmen Acejas et al. reported on the suboptimal levels of NSP implementation, programme activity and coverage in Lithuania (2007:1244), similar results on both NSP and OST were visible in the 2015 research discussed above. In 2006 and 2011 United Nations Office on Drugs and Crime carried out the evaluation of OST implementation in Lithuania, in which a significant remark for the current paper has been included: “Implementation of OST programmes

varies among the Lithuanian treatment centres due to views and efforts of management and specialists.” (UNODC 2011:32).

Even though, as a group of authors write in an article “Public health and international drug policy”, Eastern European countries, on contrary to their western neighbours, generally have “inadequate coverage, quality and accessibility to NSP and limited or no access to OST” (Csete et al. 2016:1437), Lithuania can be held advanced for the simple fact of provision of services at all. Provision of OST is prohibited by law in Russia, while NSP services are provided only sporadically by NGOs and generally not supported by the state (ibid., 1441). As most of the funding for NSP services comes from international donors, implementation of harm reduction programmes has been getting more complicated in the recent years due to the Russian Foreign Agent law.

Failures and stumbling in implementation of harm reduction-based drug policy and provision of OST treatment has also been prominent in Ukraine. Even though considerable scale up in service provision has been achieved with financial support from the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria and multiple international stakeholders, according to Martha J. Bojko et al. efforts to enroll 20,000 people who inject drugs into OST treatment in Ukraine by the end of 2013 resulted in 8,600 people total is the OST treatment, representing only 2.7% of Ukraine’s estimated 310,000 injecting drug users (2015:256). A study launched to assess the barriers to accessing OST revealed multiple bureaucratic and structural barriers, such as National Narcology Registry, frustrating and time-consuming entry process, waiting lists and payments, doubt about the sustainability of the programme, widespread fears and negative attitudes and beliefs (ibid.)

All in all, the research completed to the present day, reveal the dominance of punitive approach in drug policy and an alarming state of harm reduction interventions in Lithuania and the whole Eastern European region. Nevertheless, the causes related to the weak establishment and the following marginalisation of harm reduction from the four pillars of modern drug policy (prevention, treatment, harm reduction and law enforcement) have not been thoroughly researched in Lithuania. The goal of the present paper is to analyse whether and how drug policy modernisation is (not) achieved at the level of street-level bureaucrats (i. e. the professionals) via the implementation of harm reduction interventions. The objectives of the paper are as follows:

- To analyse the professional knowledge and beliefs related to harm reduction as a drug policy pillar at the level of street-level bureaucrats and the effects it has on harm reduction development in Lithuania;
- To analyse the organisational aspects related to street-level bureaucrats and their participation in drug policy formation on the basis of harm reduction; to reveal patterns in harm reduction promotion (or weakening) as a pillar of modern drug policy;

- To analyse the contextual influences on street-level bureaucrats and their implementation of harm reduction policies.

The current paper will consist of theoretical background and three parts of analysis. The first chapter will provide the theoretical basis for further analysis of the implementation (street-level bureaucrats) level and its role in the processes of policy formation. The second part will deal with the perceptions of the OST treatment goals and the understanding of their legitimacy by the staff of centres for addictive disorders. Chapter 3 will provide analysis of client processing and patterns of service rationing employed by the staff and possibly affecting the levels of demand. The fourth and the final chapter will look into formation and functioning of client organisations and the effect they have on the quality of services as well as on street-level bureaucracies on the whole.

The research will be based on in-depth qualitative interviews with service providers and OST clients in three centres for addictive disorders in Lithuania. This approach will allow to reveal a better picture of harm reduction service (namely the OST) implementation in Lithuania and help to define possible patterns causing the failure of the services. The research will also provide basis for recommendation development at the local level and might serve harm reduction specialists and advocates on their work towards improvement and compliance with WHO recommendations.

## Chapter 1. Theoretical framework: analysing drug policy implementation

Public policy analysis can be done on multiple layers with multiple theories employed. The whole scale of them combined together would have a much greater chance to reveal the what may be called comprehensive picture of drug policy in Lithuania and its change throughout recent decades. Nonetheless, the current paper has no such ambition due to its limited scope and thus, a decision to limit the research to the scope of discord between harm reduction, namely OST, policy on paper and in its final form of implementation has been made.

The theoretical framework chosen for the current paper comes from Michael Lipsky's theory of implementation, focusing on street-level bureaucracy. Street-level bureaucracy is defined by Lipsky as "public service employment of a certain sort, performed under certain conditions <...>, street-level bureaucrats interact with citizens in the course of the job and have discretion in exercising authority; in addition, they cannot do the job according to ideal conceptions of the practice because of the limitations of the work structure." (2010:xvii). Considering the nature of drug policy evolution in Lithuania, the street-level bureaucracy has played a crucial, if not the leading, role in initiating progress and weathering the storm of opposition. Moreover, these were the street-level bureaucrats who took upon themselves the implementation of services they advocated for. Therefore, not only do the street-level bureaucrats deserve a special focus when the drug policy in Lithuania is analysed, but they stand as central figure when harm reduction development and/or failure is discussed. Moreover, the plane of implementation has been a granted part of policy making for a long time now, in Lipsky's words:

"I argue that the decisions of street-level bureaucrats, the routines they establish and the devices they invent to cope with uncertainties and work pressures, effectively *become* the public policies they carry out. I maintain that public policy is not best understood as made in legislatures or top-floor suites high-ranking administrators. These decision-making arenas are important, of course, but they do not represent the complete picture. To the mix of places where policies are made, one must add the crowded offices and daily encounters of street-level workers." (2010:xiii).

In his original theory Lipsky's mainly deals with the behaviours of individual policy implementers (i. e. workers of related fields), while the role of the managers is less taken into account. Due to the fact, that during the last ten years many of street-level bureaucrats have changed their role in policy implementation from direct implementers to certain levels of management of policy implementation, managing street-level workers in harm reduction should be taken into account and analysed along with the former plane. Therefore, certain aspects on the influence of the managers,

when it implies the management at the street-level bureaucracy plane, will be researched as well. It will also allow to include more recent developments in the field of implementation theory.

The first part of this chapter will provide the theoretical framework for the assumptions of the further analysis, while the second will focus more on the structure of the research.

### 1.1 Policy implementation analysis: what to look at?

According to Lipsky, street-level bureaucrats are policy makers in the following respects: they have power of discretion in decision-making and the ability to affect people's lives, their individual actions make up a certain policy of their agency (2010:13). It follows, that the ultimate drug policy in Lithuania is encountered in forms of its implementation – actions of the law enforcement or social support and treatment services. With the latter being of insufficient accessibility and/or quality, it may be assumed that the drug policy itself is not efficient or modernised enough to include the pillar of harm reduction. Nevertheless, with the strikingly varying scope of harm reduction implementation in different cities in Lithuania, a question regarding the role of policy implementers can be raised: if harm reduction can be implemented at a sufficient level in one place in Lithuania, but not in the other, what piece of the pie regarding the service coverage and thus, establishment of modern drug policy approach, goes to the policy makers and what size is owned by policy implementers? The relationship between harm reduction marginalisation and its low implementation could be a two-way interaction, with marginalisation causing the decrease in services, or the decrease in services causing the marginalisation. Simultaneous effect is also possible.

Lipsky's theory of implementation provides the following structural framework for the analysis of the present paper.

It is more than common for street-level bureaucracies to experience lack of funding which causes a constant deficiency in resources, be it human resources, equipment, work materials etc. Lipsky argues, that not only are the agencies not adequately provided for, but this state can never be reached. This is explained through the interrelation of demand and supply, when the demand always increases to meet the supply (ibid., 33-40). Therefore, in the present analysis, the resource limitation is taken into account as a common characteristic of the whole sector, and other aspects of service implementation as described below are focused on. The aspects are broken into three categories: those related to knowledge and beliefs shaping the drug policy at the implementation stage, organisational characteristics influencing the drug policy at the implementation level and contextual aspects related to street-level bureaucrats and shaping harm reduction (non)establishment in Lithuania.

First of all, policy implementation is always affected by the understanding and balance of goals. The clearer the role expectations, the more efficient the implementation of policy is (ibid., 48). Managers, therefore, exercise control over policy via description of goals and performance measures. However, the most frequent barriers in defining the goals are related to ambiguity and conflicting goals. Sometimes goal definition might be purposefully retained not rationalised. In order to understand how definition of goals is related to drug policy implementation in Lithuania, several levels of goal definition have to be scrutinised: the levels of accuracy in defining goals in legislation and the definition of goals of harm reduction and its interventions when it comes to policy implementation at street-level bureaucracy, the managerial and worker levels. Analysis of conflict sources (if conflict is identified) might result in recommendations for further improvement of drug policy implementation.

Identification, communication and understanding of goals in policy implementation are closely related to the matters of compliance and non-compliance with the objectives of the superiors (ibid., 16-23). The discord between the organisation's goals and the worker's objectives may be expressed in policy implementation in multiple forms from absenteeism to performance at only minimal levels (ibid.). Thus, analysis of understanding of and compliance with the goals of harm reduction as a policy as well as its definition at the organisational level, and evaluation of relevant practices might help to identify the barriers (or enablers) to drug policy modernisation. In terms of Lithuanian drug policy, it is necessary to analyse several levels of implementers: compliance within management and workers of the implementing agencies. In this case the Ministry of Health of Lithuania is the highest authority, while managers of organisations represent first layer of implementers. Further, managers of agencies function as authorities to their subordinates. Each of this plane may help to reveal clues to policy implementation and its relation to harm reduction coverage in Lithuania.

Along with the clarity of perceptions and attitudes towards harm reduction services and drug policy modernisation, scrutinising the use of techniques of social construction of the client and service rationing will allow to reveal the patterns of harm reduction promotion (or marginalisation) as a pillar of modern drug policy. The excessive use of techniques briefly described below, may be contributing to the profound differences among the scales of harm reduction service implementation in Lithuanian cities.

People who use drugs and are apt to use harm reduction services can be described as non-voluntary clients due to the fact that addiction treatment centres “supply essential services which citizens cannot obtain elsewhere” (ibid., 54). As Lipsky further explains, this creates an asymmetrical relationship among the bureaucracies and clients, as “bureaucracies are indifferent to loss of clients or client dissatisfaction” and the unequal relationship is based on clients seeking services and



street-level bureaucrats seeking control over process of providing them (ibid.). In the midst of the described relationship there are dimensions of control exercised by street-level bureaucrats over their clients. This can relate to the dimension of “client construction”, i. e. assigning people to categories for treatment by bureaucrats (ibid.), as well as various planes of service rationing which primary most common function is limit or reduce service distribution (ibid., 87). These techniques include those, aiming at limitation of access and demand for services (e. g. imposing costs or queuing), other techniques used for allocating services differentially among classes and services (e. g. creaming), and finally those used to control clients and work situation (e. g. screening or rubber stamping).

Although all of these techniques are often present and viewed as natural coping mechanisms of street-level bureaucracies, “they nonetheless add up to street-level policy and they become the patterns of agency behaviour with which clients and policy reformers must contend” (ibid., 86). Therefore, if used excessively, they might signal the purposeful weakening of harm reduction services via its inefficient implementation, while lower frequency and smaller scale of methods of service rationing and of husbanding the resources, on contrary, would represent the strengthening of modern drug policy.

Thirdly, application of “administrative measures to secure accountability among street-level bureaucrats” might be considered as a necessary component securing effective policy implementation (ibid., 159). The measures may include manuals specifying procedures, audit of performance with retrospective incentives and sanctions, quantitative or outcome indicators, client surveys. Although Lipsky agrees that “performance monitoring can signal workers powerfully concerning which aspects of performance are most salient” (ibid., 170), he also stresses that due to the great extent of discretion that the street-level bureaucrats possess, the current accountability measures might undermine or even systematically decrease service quality. Analysis of service measures employed at addiction treatment centres therefore would allow to compare and evaluate the effects the traditional measures might have on quality of harm reduction services.

Among the most effective means of accountability control Lipsky identifies the client organisations (ibid., 119). As only clients are the ones directly experiencing the quality of the services provided, they remain the only actors able to measure its effectiveness. However, the disruption of asymmetric relationship between the street-level bureaucrat and the client is held strongly undesirable by the former and thus client organisations and client-led advocacy are avoided. In Lithuania, some signs of activity of community of people who use drugs has been monitored, with the beginning of movement assumed to have been born in Vilnius, the city with currently most extensive harm reduction implementation. The analysis of interrelation of client communities and

harm reduction service providers would allow to identify the links between drug policy modernisation and systems of street-level bureaucrats' accountability measures.

Fourthly, harm reduction implementation and drug policy modernisation have been under public scrutiny during 2005 and has been a recurrent topic ever since. Lipsky maintains that street-level bureaucracies cannot be fully comprehended apart from the society as bureaucracies “reflect and perpetuate the values of the larger society” (ibid., 180). These may result in easier rationalisation of services, stricter patterns of practice or, most importantly, perceived inability of making change. In turn, the latter shapes the clients' conceptions of their capacity. Analysis of such tendencies may help to reveal how contextual influences relate to the impairment of processes of drug policy modernisation at the implementation level.

All in all, the analysis of attitudinal, organisational and contextual aspects of harm reduction implementation in Lithuania is expected to reveal the causes of existing differentiation of harm reduction among the regions, help to identify the patterns in policy failure and thus lead to the roots of the current harm reduction situation in Lithuania.

## 1.2 Research implementation

The current research is based on semi-structured qualitative interviews, carried out among both, the staff and clients of the centres for addictive disorders. This has been chosen to provide the analysis with perspectives of both sides of actors within harm reduction intervention. The comparison has been drawn selecting three centres for addictive disorders in three biggest cities of Lithuania, which are assumed to be populated with the highest number of people dependent on opioids, and which differ in their coverage of harm reduction intervention, namely the opioid substitution therapy (OST).

Two types of questionnaires have been developed (*see Annex 1 and Annex 2*). The questionnaires for staff focused on the attitudes of service providers towards the OST treatment and its essence, their knowledge and compliance with international, national and local authorities regarding the goals and service provision, patterns within the service providers' behaviour limiting or increasing the demand for OST services, such as distribution of benefits and sanctions, elements of advocacy and alienation in their work practices, dissemination of information, employment of routines etc. A set of questions addressed the empowerment of clients and locating the responsibility for the success or ineffectiveness of the OST therapy. A number of hypothetical situations/examples were developed as indirect questions to the specialists, which helped to ensure a better disclosure of personal attitudes and patterns of behaviour. The staff interviewed includes social workers and medical staff providing OST treatment. Different age groups of the staff has been selected, to

include both, younger and older professionals, with work experience varying from 1 to 10 or more years of work experience in OST provision. This allowed to reveal some possible patterns of transference of knowledge, understanding and values within the organisations.

The sample group of the professionals and programme participants interviewed has been drawn according the following criteria: 1) the total number of the service providers, 2) the scheme of service provision employed and the significance of specialists' role in service provision, 3) the extent of the treatment programme itself. As a result, the number of interviews carried out varies (with Vilnius researched most extensively), as does the specialisation of service providers. Vilnius centre of addictive disorders provides psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence, where a social worker is the case manager, managing the treatment processes of a set number of patients. The amount of social workers engaged in the delivery of services is thus significantly higher than in other treatment programmes in the centres researched. Therefore, in interviewing the staff a bigger emphasis has been laid on the role of the social workers. On contrary, in Kaunas and Klaipeda, which apply a solely medication-based approach to OST treatment (employment of psychosocial support is insignificant), more attention has been paid to analysing the roles of medical staff. All in all, 14 patients and professionals have been interviewed in Vilnius centre for addictive disorders, 5 interviews in Kaunas centre for addictive disorders and 5 interviews in Klaipeda centres for addictive disorders. Interviews have been qualitative and semi-structured, content analysis and discourse analysis are employed to scrutinise the data collected. In all of the centres researched, close to 50 percent of the staff involved in the service delivery has been interviewed. The interviews were implemented during visits to Kaunas and Klaipeda (one visit per city) in September 2017. Interviews in Vilnius centre for addictive disorders stretched within three to four weeks in September and October.

A separate questionnaire was developed for OST client interviews. Clients and client organisations have been interviewed in order to analyse the patterns of patient empowerment and patient's involvement in improvement of quality of services or the scope of service provision. The interviews with clients focused on their experience while enrolled in the OST treatment, namely their relationship and communication with the staff, involvement in and influence over course of treatment, daily routines related to treatment that might be limiting or increasing the demand for services, psychological and practical content with service provision. OST patients ranging from 1 to 10 or more years of service use have been interviewed.

The duration of interviews varies from 20 to 30 minutes with OST clients, and 45 minutes to 1 hour and 30 minutes with service providers. Majority of interviewees were eager to share their attitudes and thoughts and provided sufficient information in the time allocated for the interview. Me, as a

researcher, took a significant position in terms of both groups of respondents. Firstly, as an employee of the secretariat of Vilnius centre for addictive disorders, known to hold expertise and high standards for professional performance concerning harm reduction service delivery, I encountered both, advantages and disadvantages when arranging and holding interviews with staff and the clients. The staff in Vilnius centre for addictive disorders considered it their duty to participate in the interviews, which allowed to have more material for analysis collected. However, at times the staff demonstrated higher levels of caution when answering questions and revealing their attitudes. This was also prominent in some of their selection of OST clients whom they referred to the interviews with the researcher. Secondly, the research was being implemented at a time of preparation for affiliation of other centres for addictive disorders (Kaunas, Klaipeda, Siauliai, Panevezys) to Vilnius centre of addictive disorders. The surveys in Kaunas and Klaipeda were implemented with the researcher representing a colleague from Vilnius centre for addictive disorders, who was also a student at the time. While it contributed to staff's agreement to interviews and in most cases was either not taken into account at all or not recognised as a barrier, in some cases the hierarchical relationship might have caused some caution in respondents' open and honest participation in the interviews. Finally, as a harm reduction specialist and advocate, I have been working on community mobilisation and empowerment of people who use drugs in Eastern and Central Europe and Central Asia for a considerable span of time. This has resulted in strong bonds with communities of people who use drugs in the whole region. People who use drugs in Vilnius, Kaunas and Klaipeda assisted me in reaching out to OST patients of the centres researched. In these cases the researcher represented a peer, an equal member of the drug user's community in Lithuania, which allowed to ensure higher levels of trust and open participation of the OST clients. It also should be mentioned, that high level of self-stigma is prominent in most of the people who use, and especially, inject drugs, therefore, their perception of others' attitudes may not always be reliable. The most striking illustration of self-stigma within the current research was a response by an OST client to question whether he had ever filed a complaint about his social worker's services and he replied: "I haven't. Because nobody except the social workers help. If we start filing complaints about social workers... it is absurd. Everyone already despises the drug addicts. They [social workers] are the only normal people, who have their jobs, their lives and still help us."

The respondents were informed that the interviews are to be used for academic research only. It was the interviewees choice to reveal their personal data, such as details of their work experience, education, names and surnames and other data that may help to disclose their identity. Nevertheless, several names of the respondents have been changed upon their own request. The male pronoun "he" has been chosen to refer to the general client of OST treatment programme, as the majority of clients statistically are male.

### 1.3 Limitations

Despite the fact, that at least one of professionals of a kind involved in service provision has been interviewed if available, and sample groups include service beneficiaries in all the cities researched, several limitations have been observed.

Firstly, on contrary to the Vilnius centre for addictive disorders, the reach to patients of Kaunas centre of addictive disorders may seem not extensive enough (two interviews with beneficiaries of the treatment programme compared to 6 in Vilnius centre for addictive disorders), especially considering the extent of the treatment programme, which ranges from 70 to 100 patients. Nonetheless, the quantitative disadvantage of the interviews in Kaunas is minimised by the coherence of the two interviews carried out, as well as the repetitive information, evident in the interviews with the staff and the patients' community in Vilnius and Klaipeda. Meanwhile, the number of interviews carried out in Klaipeda are seen as fulfilling the goals of the research due to the overall small number of OST patients in treatment (12 people in OST treatment in total) and the intersecting information received from the staff and the patients' community in Vilnius. In both cases, the saturation has been reached due to repetitive information received from other respondents.

Due to the unavailability of the social worker in Klaipeda and the psychologist in Kaunas for an interview, limitations have been drawn when concluding their role and participation in service delivery. Otherwise, the share of service providers interviewed is close to 50 percent.

## Chapter 2. Goals: vague or clear, legitimate or illegitimate?

As it has been observed in the theoretical part of the present paper, the clarity of goals set in the implementing agency as well as perceived legitimacy of these goals by the implementers, are key indicators affecting the content and quality of policy implementation, which in its sense is nothing else but the final stage of policy formation at its most empirical shape – the policy, experienced by its final recipients, who in case of the present research are the patients.

Firstly, in his „Street-level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services“, Lipsky identifies two main faults when it comes to goals of the work implemented: whether purposely or not, goals may be left ambiguous and unclear, or the staff may not consider the goals of the organisation as “legitimate“ (ibid., 16-48). If the former is true, a conflict between the client-centered goals and organisation-centered goals, social engineering goals and role expectations may be observed (ibid., 41). While if the latter is true, the workers may be observed resisting the orders of the management and exercising their discretion in making decisions to secure their interests (ibid., 19). As a result, Lipsky maintains, the strategies of not working, such as performing only at minimal levels, displaying lack of motivation or negative attitudes such as apathy and alienation can be employed (ibid., 17). This injures “organisation’s abilities to achieve their objectives because workers perform at less than full capacity” (ibid.).

In terms of Lithuanian drug policy, there are several levels of authorities: “The definition of order of prescribing and applying substitution treatment to treat opioid dependence” approved by the Minister of Health of the Republic of Lithuania (2017), managers of organisations (centres for addictive disorders), and finally the managers of treatment units. Discrepancies in goal perception and conflicts of goals have been observed all throughout the research.

As set out in the definition of order, the goals of OST treatment in Lithuania are as follows:

“25.1. to reduce the risk of relapse;

25.2. to increase the somatic and mental state of patients suffering from opioid addiction, improve their social adaptation and integration into society;

25.3. to better organise prevention of HIV, hepatitis B and C infections and other infectious diseases among people who use drugs;

25.4. to treat other co-occurring illnesses (tuberculosis, diabetes, co-occurring mental disorders etc.) more effectively;

25.5. to treat injection complications (sepsis, abscesses, hepatitis B and C etc.) more effectively or help to avoid them altogether;

- 25.6. to create conditions for better prenatal and postnatal care of women who use drugs;
- 25.7. to attract people who use drugs to treatment in healthcare agencies;
- 25.8. to help people who use drugs and have HIV terminate their drug use and increase the effectiveness of the antiretroviral therapy.”

Even though stable remission is defined in the minister’s order as “stable somatic and mental state of the patient when it is determined by the use of objective means that the patient has abstained from the use of psychoactive substances (except the ones prescribed by the doctor) for at least 3 months, seeks employment or is employed and cooperates in treatment plan implementation” (ibid.), it is indicated as neither one of the goals, nor as the ultimate goal of the OST treatment. Furthermore, goals in the WHO guidelines for OST treatment lays the emphasis on the reduction of illicit opioid drug use: “Psychosocially assisted pharmacological treatment refers to the combination of specific pharmacological and psychosocial measures used to reduce both illicit opioid use and harms related to opioid use and improve quality of life” (WHO 2009: xi).

At the managerial level, when asked to indicate the goals of OST treatment, all of the managers and most of the staff of the centres researched could enlist both, the ones set in the definition of order and those in WHO guidelines. These most commonly recited involved “reduction or termination of drug use”, “changing life”, “getting employed”, “solving health and social issues”, “helping to integrate into the society”. However, further striking differences have been observed.

## 2.1 Vilnius centre for addictive disorders

Vilnius centre for addictive disorders usually provides OST treatment to up to 250 patients from the city and the surrounding areas. This is the only centre in Lithuania to provide psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. To ensure this scheme of treatment, Vilnius centres for addictive disorders has two units implementing the OST programme: the social support unit and the out-patient treatment unit. Around 10 case managers and 2 psychologists, belonging to the social support unit, and 2 nurses and around 4 doctors from the out-patient treatment unit. Each of the unit has a specialist, who is both the manager and a practicing specialist at the department. The heads of the departments are further accountable to the deputy director.

The first and the highest level of management interviewed – a long-term employee (17 years of work in Vilnius centre for addictive disorders), former direct implementer of the OST treatment in the role of the social worker and later the head of the social support unit of case managers, who have coordinated the OST treatment for nearly a decade now, and currently, the deputy director and manager of the treatment departments in Vilnius centre for addictive disorders. As an experienced street level bureaucrat, having climbed several steps of the career ladder, the manager has referred

to the officially approved by the minister definition of order and laid emphasis on reduction or termination of opioid use and the assistance in solving other social problems, including health, HIV, hepatitis, issues with bailiffs etc. Reaching at least an average quality of life has been identified as the most important aim. Further in the interview the occurrence of the substance use is portrayed as a side indicator with other treatment goals carrying more weight in treatment progress evaluation: “sometimes the use of some illegal psychoactive substance does not indicate that the person fails to integrate into the society, he can be integrated”, “it oughtn’t be so that substance use alone is interpreted as a failure to implement the treatment plan. Perhaps he implemented other parts of it perfectly and it does not interfere with his seeking life quality, integration”. The significance of substance use is seen as no more prominent than other indicators of the recovery and thus complies with the definition of order, chapter 17 which draws upon evaluation of multiple factors when evaluating the effectiveness of treatment: “the decision is taken after overall evaluation of the patient’s state, co-occurring illnesses, HIV and other infections, inclinations of risky behaviour and harm reduction for the society and individual” (order of the Minister of Health of Republic of Lithuania 2017).

On contrary, the next level of street-level bureaucrats – the heads of the units – have slightly differed in their goal definitions, both from what has been described by the deputy and in the interpretations of the legal order. Surprisingly, the head of the social support department initially emphasised the termination of the substance use with the social goals coming secondary (“changing the social state, family relations, employment”), while reduction of drug use as an aim has not been mentioned at all. Further in her interview the pattern remains: emphasis of the stable remission as defined above and the termination of OST medication is observed (“Recovering is, when successfully ending the treatment, at least to my mind, when the person gets fully detoxed”) with the social goals coming only after (“also changes his whole social situation, family, [solves] legal issues, so the whole recovery is not only terminating the medication, but the environment, situation”).

On contrary, the head of the medical unit providing OST of the same institution did not mention the termination of psychoactive substance use as a necessary condition for recovery. However, the aim of terminating the intake of medication has been identified. In the discourse of the head of the medical unit, healthcare and social goals occur in varying order: “improvement of the person’s health, his state stabilization and help to integrate into the society”, “recovery is a good psychosocial situation and, of course, the health state when he does not need the medication”. It can also be observed that the ultimate recovery, which goal is “to live without the medication”,



mentioned by the units of the departments would coincide with the general concept of good health, however, it does not include the ideology of sobriety.

When it comes to other direct implementers of the policy, who in Vilnius centre for addictive disorders are social workers (case managers) and medical doctors, the perceptions vary even further. While several specialists, whose work experience in the current employment is around 2 years, enlist the goals of the treatment related to social integration with the recovery portrayed as “a conscious change of environment, habits, communication, people, leaving the circles of drug users, their standards”, they also mention, however distantly, that in the work environment “the image is created that people must abstain from any [substance] use and that is the desired outcome”. Further in the interview, alienation to these views is expressed in forms of indifference (“This is my personal view. I have no idea what the views of the agency are”), doubts and disagreement (“I am still considering whether the person should not use heroin if that is why he is in our [treatment] programme. But we also have this thing that any use is counted for additional use, even if it is alcohol. But I am not totally happy with this opinion”) or negative evaluation of the dominating opinions (“I don’t think that from the day when the person is employed, there are no rule violations, thefts, [substance] use – this is illusion, not recovery”).

Disobedience to the goals of the direct authority has been expressed in several forms: personal goal formation (“I do not aim for the termination of substance use, especially if the person is not ready or cannot do it, but I aim for him to be free from engaging in criminal activities, I aim for him to have money and time for other things. This is what I aim for.”), indifference to the agencies goals (“I don’t know what are the goals of the agency. My goals are simply that people would not use heroine or would use as rarely as possible, and OST and case management would stabilise him, which would allow the integration into the society, as its member, and aim for other goals in life, as job, family etc.), or explaining how these preferences differ from those circulating in the organisation or, as could be assumed, imposed by the direct authorities:

I don’t think that from the day when the person is employed, there are now rule violations, thefts, [substance] use – this is illusion, not recovery. I would include into recovery such things as <...> coming to talk about additional [drug] use, telling how he feels, e. g. that he feels the urge [to use substances], when he puts effort, not that you try to “catch” him on using [substances], when he hides it from you. I would think, this is returning to the society, when he starts functioning differently, not in his usual mode <...> human as an individual, it’s like they have it installed in mind, they come and say: ‘I will go to the job office. But I am an addict’. They recover when they don’t perceive themselves as that, they try and change the thinking.

In this way, a certain group of employees follow the goals selectively, choosing the legitimacy of the authority. One of the interviewees in this group referred to his goal definitions as “coinciding with those of the administration, and differing slightly from the direct manager”.

On the other hand, a very different approach has been demonstrated by those social workers whose work experience in the agency is around 10 years. Their definition of OST treatment goals focus on “[drug] use termination and if possible – remission”, “helping the person to terminate drug use and integrate into society”. On contrary to the answers of colleagues analysed above, who would more often indicate their alienation to such goals, this group of employees would simply state that these are the goals of the agency and that the aims are conveyed to them by their direct managers. Written documents are interpreted as the ultimate sources (“there are those which are written”), while “what is not written, that is conveyed to us by our head of the unit”). In these cases, the termination of substance use has been seen as the central focus of the treatment, with one respondent mentioning the concept of sobriety: “sobriety goals”, “meaningful life without drugs”.

Finally, it is worth noticing that all of the specialists of the centre interviewed expressed their compliance with the international standards and recommendations when formal goals, such as longer retention in treatment or effective dose of the medication were discussed. According to the guidelines of the World Health Organisation, minimum recommended duration of the treatment is “6 months or longer, and no maximum duration of treatment is set”. Interviewees often referred to these international standards and psychosocial factors of dependence diseases: “To my mind, the longer the better <...> because eliminating the physical dependence is easy <...> but it stays in mind and those habits stay, they are the most difficult to remove. You can’t remove habits in a month or two, it takes years to erase them. Mentality is formed throughout decades. This is why I’m saying the longer, the better”; “at least 12 months as set by the WHO”, “two years minimum”. The head of the medical unit indicated the average dose of the patients to be 60 to 80 mg, which is in compliance with the international standards (“maintenance dose: >60 mg”, WHO 2012:69)

All in all, several conclusions can be drawn from the analysis above. The primary source of ambiguity of goals is the definition of order (order of Minister of Health of the Republic of Lithuania 2017), as the goals set out in the document leave considerable room for interpretation, especially when in combination with the international guidelines. Lack of unified perception of goals in the organisation and the discrepancies among the definitions by different layers of management create an environment for higher levels of discretion of the individual workers and therefore differences in the service quality within the same organisation. Some features of personal goal formation and indifference to agency’s coherence have been observed. At the other extreme, signs of rubber stamping, a practice of employing the decisions of others and applying them without any revision, have been identified at the level of policy implementation when the perceptions of the direct manager were presented as a set guideline for functioning at street-level bureaucracy level. Nevertheless, the specialists of Vilnius centre of addictive disorders have shown considerable

coherence in their interpretation of goals in terms of treatment duration and emphasis on the harm reduction approach in terms of clients' substance use. As it will be further demonstrated, the perception of goals of OST treatment gives rise to different approaches to service provision, especially when compared to other centres analysed in the research.

## 2.2 Kaunas centre for addictive disorders

Kaunas centre for addictive disorders serves around 100 patients from Kaunas and surrounding areas, with population of Jonava claimed to be the regional town most actively involved in terms of service demand. The OST treatment programme is structured differently from the Vilnius centre for addictive disorders. The programme includes no case management, therefore, the OST providers' group consists of significantly smaller number of specialists: 2 doctors, one of them employed as the head of the unit and working as a practising doctor simultaneously, 2 nurses, 2 social workers and a psychologist. As the provision of services is based on the supervised distribution of the medication, the medical staff plays the central role of the team of specialists as well as of the treatment programme.

During the interview the doctor and the head of the department defined the goals of the OST as "reduction of illicit drug use or termination of the use". However, further in the conversation other aims have been indicated. Most prominent of those is the treatment as "a transition period, when a person realises that he must choose life without any substitutes and any drugs", reoccurring in such formulations as "a substitution of an illicit drug with the legal opioid medicine. So it is like a transition to non-use". The recovery in this case is defined as "if we define it as abstaining not only from illegal drugs but any other medication, including methadone". Similar perceptions are echoed among all the staff of the treatment programme in question. The recovery may be defined as turning to religious beliefs, having children, changing lifestyle, however the concept of non-use dominates: "he does not use anything, even sedatives, even those", "holding on to sobriety". Among the other goals of the programme and the indicators of the recovery the following have been indicated: "so that people wouldn't be ill, there are young people with HIV, they have kids".

Goals or definitions of OST treatment similar to these are found neither in WHO guidelines, nor in the above mentioned definition of order. On contrary, the image of OST as "a legal drug", the equation of methadone treatment to drug use ("motivating to stop the use, to end the programme, switch to sobriety"), its goal to provide transition to some other kinds of treatment or rehabilitation may be attributed to the ideology dominant in the general society and especially in the programmes of Drug Addicts Anonymous, a famous and often religion-based rehabilitation networks. The ideology of the Anonymous movement strikingly pervades the discourse of the social worker of Kaunas centre for addictive disorders. When consulting clients of the OST treatment she claims to

“motivate [them] attend the Anonymous meetings, [if] they do not attend for some reason, come feeling hurt”, “I motivate, recommend, talk about long-term rehabilitation”, while at the same time negative attitudes towards the evidence-based OST treatment are manifested (“So if he cannot manage [follow the sobriety], then chooses methadone as a lesser evil”). Peculiarly, social goals of OST treatment fail to be mentioned utterly by the consulting social worker. Clients also indicated that centre’s psychologist equates OST treatment to drug intoxication and sees “no use” working with OST patients<sup>2</sup>.

Finally, when it comes to the discussion of formal goals related to duration of treatment and effective maintenance dose, further resistance to the recommendations set by international authorities has been monitored. Clients indicate having been insisted upon choosing the gradual weaning off the methadone instead of a long-term treatment on a continuous basis, with the average duration of OST treatment being half a year: “They explain it as a magic medicine which is gradually reduced and the person turns healthy <...> both, nurses and doctors encourage to reduce”. This has been indirectly confirmed by the staff: “It varies [the course of treatment]. I have a couple of patients who have been here since the beginning of the OST programme, since 1995 <...> it varies, from a month to 3, to 6, to a year, 2 years, 5 years. Usually they relapse. [What is best?] Individually, could be 3, could be 5 months, depends on their own state”. Interestingly, the latter quotation demonstrates that the goal of minimising the possibility of relapse (as per definition of order of Minister of Health of the Republic of Lithuania, 2017), which could be reached by adhering to international standards, is ignored. The tendency of taking actions towards reduction of the dose has also been monitored: “The person is in treatment and feels ok. Then you reduce the dose by 5 mg and wait for him to feel ok again”. It is not completely clear, if the reduction of the dose is agreed upon with the patient and is his own preference.

In contrast to Vilnius centre for addictive disorders, the specialist team of Kaunas centre seem to share the internally formed aims while rejecting the aims set by higher authorities related to healthcare, such as the official definition of order approved by the Minister of Health of the Republic of Lithuania, or international healthcare organisations. As seen in this chapter and later in the analysis, this rejection of the goals set by authorities are extremely prominent in service delivery practices in Kaunas centre for addictive disorders and may have a considerable negative effect on the harm reduction policy implementation (the OST treatment) and the service demand.

---

<sup>2</sup> Should be taken with reservations as arranging the interview with the psychologist has not been successful, and the views have not been repeated in interviews by other respondents.

### 2.3 Klaipeda centre for addictive disorders

Klaipeda centre for addictive disorders stood out as a peculiar case of the analysis due to the extremely low number of patients in the OST treatment and drug treatment in general. At the time of the research, the staff informed that there were 12 patients in the OST programme and 4 more in the out-patient detoxification. Interviewees also mentioned that “there were times” when OST treatment was provided to around 100 clients. At the moment of the research there were 2 doctors (with one working as the head of the treatment unit simultaneously), 2 social workers, 2 nurses and no psychologists working in OST provision at the centre. However, the official information contradicted the factual information provided by the staff, who claimed that only one doctor was involved in the OST service provision.

The director of the centre, a social worker by education, identified the goal of the service as “returning to the society” and specified it by mentioning “stabilization of person’s physical and mental state, solving social issues”. However, during the course of the interview the director himself continuously referred to the “personal views” of the practicing doctor, as well as the “doctor’s character”, “complicated practising specialist”, finally stating that the “doctor, it could be put this way, has usurped [the OST programme], everything must be [organised] according to him, and if we tried talking <...> he knows everything, he is responsible for everything, in his view, he is the only bearing the responsibility”, “he says, “I will not fodder them with methadone”. Interviews with the practicing doctor and OST programme clients not only confirmed the expressed concerns, but revealed what an alarming extent of uncontrolled specialists’ discretion can be possible in governmental institutions, while the specialists are not held accountable for their actions.

The ambiguity of the goals is not the case in Klaipeda centre for addictive disorders and thus this assumption should be abandoned, as all the employees, including the above mentioned director of the centre, have indicated that no conversation, let alone discussion or formal director’s order regarding the OST treatment had been successful. The doctor himself provides the definitions of OST treatment as “a general name of pharmacological treatment”. He further classifies it into a “long-term” defined as lasting up to a year (“it should be so”), and a short-term (“detox pharmacological treatment”), when the latter could be assumed to refer to the pharmacological out-patient opioid abstinence treatment. Setting personal standards and openly deviating from the orders of the direct management are clear signs that the goals set by the authorities are considered as illegitimate. The authorities in this case include not only the management of the organisation. Instead, the high degree of non-compliance analysed further in this paper originate from defying the legitimacy of any political authorities, including the international recommendations: “please excuse me, but politicians understand about methadone? <...> they have no clue what it is”, “[Does the

doctor follow the WHO recommendations?]) In his view, this is pharma [companies'] marketing". The illegitimacy of goals is further supplemented with elements of ideology of sobriety (patients "following the sobriety") typical to the Anonymous movement and expressions of negative attitudes towards the OST treatment as such ("in such, as you call it, pharmacotherapy", "methadone, if we interpret it as a medicine, it is a narcotic drug", "low threshold – a very tricky term for those who trade methadone. This is not some joke, this is a fortune of money. The state pays for it almost everywhere. Do you imagine what a business it is?"). With the OST treatment understood as "a legal drug" (according to the personal definition) it has been stated that "it has to be given temporarily" to reach such goals as "socialisation, decriminalisation, *healthising*. Somatically they often have various illnesses, these are chronic illnesses, these are hepatitis C, HIV, tuberculosis. They have chronic abscesses as consequences of injection, blood circulation problems, vein varicose. So for this – harm reduction purpose – it is suitable". The goals might resemble those set in the definition of order, however the emphasis on the temporariness of the treatment, reoccurring definitions of long-term and short-term detoxification and other practice analysed in the following parts of this paper indicate that both, the content of treatment and its implementation guidelines are considered as illegitimate and are not shared by the specialist who controls over the entire and only OST treatment programme in Klaipeda. Personal goals and definitions are coined instead.

All in all, even though the director of the Klaipeda centre for addictive disorders could name the goals of OST treatment and has demonstrated some knowledge of international recommendations, his perceptions did not have any effect on the implementation of harm reduction policy in Klaipeda. The treatment programme has been seen as run by a certain specialist, who perceived all the goals and recommendations set not only by the director of the centre but also by the national and international authorities as illegitimate.

## Chapter 3. Goals into practices: clients

According to Lipsky, the majority of clients in any street-level bureaucracy are non-voluntary clients, who have no other choice but to use the provided services due to their financial situation or the fact that these are the only available services of a kind (2010:54-55). As the clients “must sustain the relationship because a highly desired good for which there is no alternative is controlled by the other person in the encounter, the nature of the interaction changes” (ibid., 56). It allows service providers to impose various costs on the client and thus influence not only their behaviour but, in case of harm reduction, the demand for the services. The control over services, their provision and clients allows street-level bureaucrats to avoid being disciplined by clients, whose dissatisfaction of the services becomes irrelevant (ibid., 55). A range of techniques from personal abuse to excessive queueing may be employed by service providers to control the demand of and access to the services and centres for addictive disorders in Lithuania are no exception to the rule. The first part of this chapter will therefore identify and analyse the levels of non-voluntariness of interacting with the service providers. The range of the construction of the clients by the use of techniques such as distribution of benefits and sanctions, context structuring (the frequency, the time and other context of decision making), teaching the client role, advocacy and alienation will be looked into. The second part of the present chapter will deal with the techniques of service rationing employed.

### 3.1 Vilnius centre for addictive disorders. Client processing.

Vilnius centre for addictive disorders is the biggest centre to provide addiction treatment service in Vilnius and in the country. The coverage of OST services is also the highest in Lithuania. However, Vilnius centre for addictive disorders might seem to be not the only service provider in the capital, as the majority of Vilnius city mental health centres (with the exception of one) also provide OST treatment (mental health centres are usually located in the city policlinics and include Antakalnis, Centro, Naujininkai, Seskine, Naujoji Vilnia, Vilnius region. central policlinics). Thus, it may be assumed, that clients have a bigger freedom in choosing the service provider. Nevertheless, it is important to note that Vilnius centre for addictive disorders remains the central agency, as only “stabilised” patients can be offered to continue the treatment in one of the mental health centres in the city. Also, Vilnius centre for addictive disorders is the only agency providing treatment to patients holding no health insurance and providing the continuity of treatment in case of termination of the insurance (in this way securing the patient from the abrupt termination of treatment). Therefore, at least a temporary state of being a client of Vilnius centre for addictive disorders remains inescapable.

The interviews have revealed that despite the available options of serving agencies, Vilnius centre for addictive disorders is preferred by the clients due to higher flexibility of routines and psychological benefits:

Ah, they don't want us, drug addicts, there [in policlinics] <...>, no attention is paid to us. They were straightforward telling me "we will not adapt to your work schedule, you will come as we tell you to". How can I, if I work 7 AM to 7 PM? I cannot <...> I'd rather commute [to VCAD] than go to policlinics with their capricious attitudes.

In Vilnius it's attractive, organized, I like it here. Social workers work cordially, at least most of them. The nurses are ok [at VCAD], treat you as a human, because in some policlinics... for example, I don't know why people choose to work with those [populations] that they hate.

I did not want to change [to policlinics]... for personal reasons <...> now it's nicer coming to the programme [at VCAD].

Moreover, the burden of non-voluntariness is reduced by the possibility to change the specialists providing the services. The doctor or social worker assigned to the patient can be changed at will of the client and this has been observed as a common practice: "there already have been several cases [of changing the specialist] this year that a doctor has been changed due to conflict of working hours, schedules and so on... There also have been several changes of the case manager [social worker]"; "I did change. Could find a common language <...> went to the head of the social unit and asked to change"; "you can do it [change]. Last week I recommended one of my clients to change the social worker". The availability of such options (changing the treatment facility and the specialists) contributes to the disciplining of the street-level bureaucracies.

Along with the observed psychological benefits, just as the other two centres researched, Vilnius centre for addictive disorders applies more "empirical" benefits and sanctions, such as take-home methadone doses, termination of take-home privilege and expulsion from the treatment programmes. Nonetheless, the rules for application of these benefits and sanctions vary profoundly among the centres.

The interviewees indicated that set standards for benefit distribution exist and defined them as stable remission. The indicated requirements referred to the ones indicated in the definition of order (3 month abstinence from psychoactive substances, employment etc.), however, individual evaluation was emphasised: "there are exceptions, each time you evaluate the situation", "I was given the benefit because I am bringing up a child alone and that I am employed. [They] gave it fast, very fast. Maybe in two-week's time ", "You talk and evaluate <...> you see the person, if not intoxicated, if you see he is making some effort, then you give the benefit without those 3 months. [Decide] individually."

The sanctions include the termination of privileges due to detected psychoactive substance use and discharge from the treatment programme in case of aggressive behaviour towards the staff (and



other less often indicated cases, such as death, imprisonment etc.). On contrary to the other researched centres, additional substance use has never been identified as a reason for expulsion from treatment:

[Can additional use lead to expulsion?] In no case alone”, “[Person may be expelled] due to aggression <...> or we see that the person is really aggressive, but he has got HIV, there is a higher risk [to the person and society], then [he is referred] either to harm reduction programme...not that he is aggressive and that is it <...> shouting and insulting is not a basis to expel from the programme, we are talking about physical aggression.

<...> there is a procedure where the cases of discharge from the programme are set. As I have mentioned, these include death, voluntary treatment termination, moving abroad, imprisonment, not turning up [for methadone] for 14 days. And aggression.

<...> aggression is when he is standing next to you with a knife and offers to slit your guts. That is aggression.

The abandonment of psychoactive substance use as an indicator for expulsion can be explained by the perception of goals in the agency analysed above, when the sobriety ideology is not dominant and reference to the chapter 17 in the definition of order is considered as carrying more substantial weight:

If reoccurring use of narcotic drugs is monitored, the decision whether continuing OST treatment is beneficial is taken after overall evaluation of the patient’s state, co-occurring illnesses, HIV and other infections, inclinations of risky behaviour and harm reduction for the society and individual (2017).

This further complies with international guidelines stating that “involuntary discharge occurs only when it is necessary for the safety of staff or other clients, drug use is not a reason for discharge from OST” (WHO 2012:73) and thus may be seen as another indicator of compliance with the international recommendations monitored in Vilnius centre for addictive disorders. Moreover, the interviews revealed that an additional, harm reduction-based OST treatment programme is available for patients with excessive additional substance use. The latter programme provides people with a set dose of methadone and, if required, necessary sterile injecting equipment, the patients are not tested for substance use. “This is a choice among the street [use] and the quality treatment, the [treatment] programme. The goal is to maintain the person in treatment, closer to the specialists. The time comes and he changes his view, puts effort and starts changing.”

Conversely to other centres analysed below, patients indicated that they are not afraid of the sanctions and often themselves reveal their digression from the rules. They have explained such openness as driven by the need for communication and psychosocial support, which indicates that the psychosocial model applied in the centre is successful and the cooperation of staff and clients is present: “We often discuss, if there are “misdeeds”, we discuss them, what happened. I tell it myself, why else would I come here? <...> so you talk and talk, was it worth it and all that”; “Sometimes I would tell, I had a slip, went to the Roma settlement <...> Now I am in very good

terms with the social worker, I tell everything”. It should be noticed that, as observed in the quote above, patients indicated that their behaviour and degree of trust had been highly dependent on the social worker they had been seeing: “[is there anything you hide from the social worker?] Well me, specifically with the social worker I have now – no. But I have had different workers. There were times when I would lie and hide.”

Clients have been found to partially control the time and the content of consultations in Vilnius centre for addictive disorders. The research showed, that despite the fact of non-voluntary clients, the inclusion of clients into treatment processes and flexibility of routines is high. Patients and specialists maintained that neither time, nor duration or content of the visit is regulated and depends on the client himself: “You can pop in. You can choose the time of the visit to the doctor. Social worker has no schedule, you come as you wish. You can change the time agreed”, “these patients are difficult to control, to expect them to come on time as normal patients do, to register and all that. So often you have to adapt, to their chaotic schedule”, “Consultations vary highly, from brief guidance to the doctor’s [office], a question on how he is doing, whether there is anything new, and consultations that take an hour or ends in accompanying the patient to the polyclinics”. The applied approach aiming at holistic care in some cases allows to limit the discretion of specialists and reduce their alienation, which is experienced due to working only on one segment (Lipsky 2010:76). Specialists interviewed emphasised the role of the team to the decisions made and the role of the patient: “people who use opioids have multiple problems that cannot be solved by the medicine alone, no matter how stable and good the dose is <...> case management has been selected as that method which helps to solve that multifaceted problem”, “it has to be a common decision of the doctor and patient, when the doctor motivates why he agrees and the patient why he requires [a dose increase]”, “in other cases we invite the whole team for discussion, the social worker, the head on the social support unit, the doctor, if there is a need – the psychologist. All the specialist working with that person, all those involved, sometimes even the nurse”. The inclusion has been confirmed by the clients, stressing the changes over time: “Before there was no participation, only strict control, you would come and they would decide. Now it’s ok, discussion, conversation”, “we decide together, he [social worker] does not insist. We talk and discuss”. Nevertheless, some eloquent cases of digression from these standards have been observed, when they involved emotional judgements:

A doctor had refused to increase the methadone dose for a patient, which then had been followed by the patient’s request for medicine. Medicine had also been refused, motivating that “I can’t go against my beliefs and prescribe because you are pregnant”. So the patient used [illicit substances] that night because she couldn’t get to sleep.

The situation was further explained by the social worker as a case for advocacy: “Depends on who is the social worker, how he advocates for his patients interests”. The case illustrates that despite the attempt to involve the client and more specialists into the decision-making might be challenged if worker’s bias digressing from the evidence-based standards is involved.

When OST programmes are in question, the main instrument for teaching the client role, i. e. the techniques used to ensure clients’ cooperation to ensure the smooth functioning of the bureaucracy, has been set in the definition of order and is the regular implementation of urine tests to monitor the client’s psychoactive substance use (Order of Minister of Health of the Republic of Lithuania, 2017). According to the internal rules, referred to by the interviewees, the urine tests have to be assigned at least once a month without any advance notice and are monitored by a nurse. Although the respondents acknowledged that tests can help specialists to see the progress and success of the treatment (“you can show [the result] to the person and say, “here, you used this [substance]” <...> you can find a common language with the person who otherwise denies using substances”), many interviewees shared their concerns about the quality of the tests and the psychological effects of testing on the patients: “it creates tension among the staff and the patient, he starts cheating and faking tests, brings someone else’s urine, dilutes the urine, and we lose the trust of the client”, “I don’t like the “catching” factor, I try to speak with the person first”. Views towards urine testing as a formality have also been expressed: “[test are assigned] according to the rules for take-home methadone privileges, so that the rules would be complied with”. The views of the patients towards the testing differed, with some preferring more control (“For me it is useful”) and others preferring the open way of communication (“Utterly useless. If I want to use [substances], I will and find ways to fake the test results, that’s 100%. If there is a wish to use [substances], I will definitely find a way”, “Useless <...> this is not a penitentiary institution where you have to catch the people or incarcerate for their use. It is proved that these people are ill and they came for treatment”). Some patients expressed their concerns over excessive testing, especially when the person is not seeking to comply with the requirements of stable remission to get the take-home privilege (“I would refuse the tests because sometimes you have to stay and drink water for a long time. I did not have any [take-home] privileges then, so I would refuse”) or mentioned flexibility of specialists’ attitudes towards testing (“for example my [social worker] tells me to better be open if I have troubles with substance use, to come and tell her, she would not assign the tests in case I need to get the [take-home] privilege someday in the future, so we would try solving the issues in other ways”).

Other techniques employed to teach the client role have been observed as rather sporadic with many patients’ statements referring to the different periods of their participation in the OST treatment. Teaching deference were mainly related to threats over aggressiveness, indicated by the

interviewees several times (“<...> one person said, if you will disagree more, we will expel you from the programme”, “I was warned once. I shouted over the [urine] test”. One social worker indicated the termination of her client’s privilege with no grounds (i. e. violation of rules) for the sake of “watching him, so that he comes every day and takes methadone when observed by the staff”. Two cases, both including long-term employees of the centre, pictured conveying to the clients that they should not expect better quality of services (“There just is no other way”, “when you can’t change the situation, you try managing the patient’s views”), however multiple parts of the interviews revealed that in most of the cases clients have been actively advocated for, especially when the issues requiring advocacy were external.

Multiple elements of advocacy have been observed in the interviews of specialist of Vilnius centre for addictive disorders and can be deservedly claimed to be a distinguishing feature of the agency. Social workers not only claimed to perform multiple tasks involving advocacy, but some of them defined “accompanying, advocating, mediating” to be the key roles in their work and their personal goals. When given the hypothetical situation where the client is not accepted for treatment in a hospital due to his/her OST treatment, all of the workers denied the possibility of such a case (“This is impossible”, “I hear this for the first time”, “As of my practice, everyone, who has a wish, receives the treatment”). All of the social workers interviewed claimed they would call and talk to the staff of the hospital in question themselves: “Then I am the mediator with other institutions or I accompany the person and help him”, “But when you come to a healthcare institution with the client, and they say “why have you brought him here? Why? You want him to receive some services?”, then I blow a fuse <...> [what do you do?] I advocate my client’s rights”. The advocacy approach has been confirmed by the patients: “In Vilnius they help...well, to get through somehow, e. g. you don’t know regarding the shelter, job office, documents <...> They call to the hospital if you need to get in. They advocate for you if you can’t yourself”, “Now at least an addict knows where to go, whom to ask, whom to complain to. He knows that there are social workers”.

### 3.2 Vilnius centre for addictive disorders. Service rationing.

According to Lipsky, service rationing involves patterns of practice used to limit the demand for services (2010:87-159). These can include a range of formal as well as unwritten barriers, such as selective dissemination of information, monetary requirements, time-related barriers, psychological burdens imposed on the clients, queuing, employment of routines (e. g. referrals, paperwork etc.), worker bias and others. Excessive use of these techniques may deter clients from seeking services and thus result in a lighter workload for the street-level bureaucracies.

#### **Information**

Clear and consistent patterns of service rationing have not been observed in Vilnius centre for addictive disorders. With the exception of one social worker, who admitted to occasionally deciding over which information is topical to the clients and which is not, the rest of the staff claimed to provide all the information without intentional selection. This was further confirmed by the fact that the clients could not remember cases of staff's failure to inform them on any related issues. However, absence or lack of information, when it comes to such controversial healthcare services as harm reduction, might also be treated as a tool of service rationing, therefore the presence of passive and active tools to disseminate treatment-related information deserve to be reviewed.

Firstly, dissemination of information functions on several levels in Vilnius centre for addictive disorders. New clients are mainly attracted by the use of the low-threshold services provided by the centre's mobile clinic. These services include needle and syringe exchange services and a very recent low-threshold OST programme: "we have a mobile clinic, on working days it goes to set places <...> where people who use psychoactive substances, mainly injecting users, also sex workers gather. Our goal is to motivate, as I say, to tempt them come to treatment <...> to inform and provide necessary directions". It was mentioned that the mobile clinic used to have a peer-to-peer consultant who worked to reach out to potential clients and inform them about methadone: "Irina worked, she was [opioid] dependent, she had a good contact, she was in OST, talked to people, urged them to come". However, it was emphasised that this service existed "long time ago".

Among other tools employed to disseminate the information, interviewees mentioned other treatment departments working to inform clients on the availability of OST treatment ("the staff in other departments inform, they really tell"), consultations for "people from the street", the centre's Facebook account and website ("Our organisations has a Facebook account where we publish certain information and I believe that it reaches people. I also share [it] with my friends"), the advertisement board in the centre ("It is published on the wall, I always read advertisements") and ongoing cooperation with non-governmental organisation providing harm reduction services ("with "Demetra" we cooperate closely, clients also come to them") and a police office: "within the municipality project the second police office refers people [to treatment] who do not have the [health] insurance". The latter has also been confirmed by a client: "I liked the initiative with police, when the police would refer [to VCAD]".

A strong emphasis has been laid upon consultations for family members, such as the psychological support group for clients' relatives functioning in the centre ("there is a support group for relatives") and personal consultations for relatives:

We consult [them], as relatives often have myths about methadone, they equate it to [narcotic] drugs, they put pressure on their sons, daughters <...> sometimes the patient gives the phone and asks to talk to the mother <...> then I always tell them they can bring the mother, father, we can talk, the doctor can talk. You give flyers, contact them over the phone or in person, or invite them, or they come themselves.

This was further confirmed by the clients: “They invited but my mum does not want to come”. Surprisingly, despite both, passive and active information dissemination techniques, the dominance of myths among the general society and patients has been emphasised by both groups of the respondents. Moreover, all the clients identified other people who use drugs as their primary source of information regarding the OST programme: “myths and misconceptions about the OST treatment as something extremely harmful and damaging are widely spread among both, patients and general society, and, especially among the relatives of the patients”; “[There are] mostly myths, when you speak [to people], it is so far from reality. They collect myths from prisons, misunderstand the [OST] programme completely”, “drug addicts told that there was such a programme, that you take and take methadone. But they said it was difficult to get off it. [Was it true?] No. I was imprisoned and jumped off methadone easily in two weeks”. The research did not enquire to reveal the causes of such phenomena, however it remains an interesting topic for further scientific endeavours.

### **Monetary, Time costs and Queuing**

Even though all the interviewees claimed that in case of opioid addiction all that has to be done is “coming to the reception of the centre and expressing the wish to enrol into OST treatment”, several barriers have been monitored.

As Lipsky writes, “street-level bureaucrats can rarely assign monetary costs for services” but these costs can be imposed in other ways (ibid., 89). The research showed that though there are no direct costs for OST treatment services, the person is preferred to hold a health insurance. However, as it was indicated by both, the staff and patients interviewed, rules of emergency can be employed to solve the issues related to this routine and the person can be accepted to treatment in certain cases: “Services are provided immediately [to people] with HIV infection, in difficult somatic state, referred by the police and by the Children Right Protection Agency”. One client claimed to have encountered the situation when his girlfriend had lost the insurance but nevertheless had received the services : “There are changes for the better, because if you get [methadone] in the policlinics and lose the insurance, you do not receive the service <...> she had to pay because she is a foreigner <...> If I hadn’t known that this service exists here [in VCAD] and that she can address Vilnius centre for addictive disorders and it has the budget and enrolls immediately in such cases. They [the policlinics] did not even know it!”

As it was mentioned, the same indications enlisted above serve as basis to accept people to the OST treatment immediately. Otherwise, the time resources have to be invested to fulfil the necessary requirements, involving referral from the person's general practitioner and receiving a consultation with the doctor in Vilnius centre for addictive disorders before he can commence the treatment. The former requirement can also be dealt with applying the rule of emergency ("Considering whether the situation is complicated, in which case the treatment has to be commenced immediately. Then we enrol [into treatment] and ask to bring the referral later.") Several members of the staff indicated that the access to treatment should be simplified: "These are barriers, as I know, before the referral [from the general practitioner] was not required. I think the service should be easier to access", "The requirements are to hold an ID, to be insured and have a referral from the doctor. So where should those not holding an insurance go?", "This is rather complicated <...> going to the job office, going to the general practitioner <...> it is difficult to do these things". The preference of health insurance refers to the minister's order (2017), however, for people not holding an insurance other funding options are employed in compliance with the minister's order.

Along with the time used for getting the necessary referrals, the respondents claimed that if there is a queue, the staff makes effort to contact the client: "contact information is taken, there is a person responsible and when the place [in the OST programme] appears, the client is contacted. There is a specific procedure, calling 3 days in a row or an e-mail is sent, depend on the client's preferences". Interestingly, one of the interviewees claimed to have heard that some time ago the clients were required to come or call for information regarding the vacancies in treatment themselves. This was confirmed by one of the clients: "I was in the queue, but for a very short period of time. Had to wait for some 4 to 5 days. I registered and had to go there and ask constantly". This indicates that some time ago the practices of limiting demand by imposing time costs were present in Vilnius centre for addictive disorders. The interviewees also indicated that imposition of time costs often result in decrease of demand: "You can offer to come at a different time but the practice shows that in such a case you "lose" the person for a long time".

Although the opening hours were evaluated as convenient ("Sure, convenient, 7 AM to 6 PM"), another time-related cost could be observed when analysing the service provision. Most of the respondents indicated morning hours in methadone dispensary as inconveniently busy ("When you work, you come at 7 AM, everyone comes before work, so you constantly wait for half an hour, 40 minutes", "In the morning <...> because it coincides, 20 people come before work, who start at 8-9 AM they want to take [methadone] in the morning") and one respondent indicated that the inability to wait for urine testing procedure in the busy morning hour resulted in a loss of employment: "For work... I left for work to Alytus and they did not dispense the methadone. I

came early in the morning to ask for methadone. I had to have a [urine] test but my boss was waiting for me and I couldn't tell my boss I was taking methadone... He was waiting. I couldn't wait [to take a urine test] and they did not give methadone without the test. I left for work and on the second day I started to feel the withdrawal and I quit then. Took the money earned and that's it, lost the job".

### **Psychological burdens and worker bias**

Lipsky claims that psychological costs that clients experience are especially high in public welfare though typical to all street-level bureaucracies (ibid., 93). He claims that degradation is implicit in many actions performed by the street-level bureaucrats. As a separate category of practice patterns having effect on limiting demand he identifies the worker bias. These include any signs of worker's preferences over others, such as sympathies and antipathies, their response to orientation toward client's worthiness or unworthiness present in the society or their preference to help those most likely to respond to treatment than others (ibid., 109-111).

Although many clients indicated the psychological benefits and claimed to be treated no different from other citizens, several reoccurring elements allow to assume that there are systemic psychological costs imposed on the clients in Vilnius centre for addictive disorders.

First of all, the social workers have been claimed to be sharing offices with colleagues, which by default violates the confidentiality. Moreover, clients claim to be interviewed on very personal issues:

There is no space, they work several workers in on office. Ask intimate questions and the person must answer <...> depends on how well you get along with your social worker, how much you can open up. But the space factor has an effect. There are annual questionnaires, they include such questions as "Have you been working the corner?" Imagine, you are sitting there talking and there are several social workers more, and they also have clients, all the crowd is behind your back and you have to tell whether you have been working the corner.

During the interviews social workers admitted the problem and mentioned several possible solutions if the issue is highly delicate (however the yearly questionnaire as in the case above, has not been indicated), such as using another room if available or just leaving the office: "If, for example, the patient's HIV test comes positive and you have to tell him, consult, and there are your colleagues working in the same room, it is somehow unethical to start such a conversation at all". Patients also indicated that social workers would leave the office to consult the clients ("I have seen how [clients] go to smoke with their social worker, over there, further, perhaps there they talk"). However, it can be assumed that these situations are perceived as emergencies by the staff ("To me it has not happened", "No, they [social workers] do not offer [to leave]") while patients themselves experience the psychological burden of their violated confidentiality more often ("There are no



solutions. I haven't asked recently but before it seemed not a problem to the workers, just the clients).

Second, the implementation of urine testing has been emphasised both, by the clients and the staff interviewed. The clients complained that neither the bathroom space, nor its location is proper for the procedure and violates the person's dignity: "The conditions are poor. One old WC where everyone goes. Talking about private space is simply not worth it. The room is one square metre, the security guard stares at you, a crowd of people walk by". The staff interviewed did not deny the conditions and the high level of publicity during the implementation of urine testing procedure: "If the person is forced to do it by the open door, where there is a corridor, where strangers walk, then he is "cramped", afraid, scared", "I think this is an unpleasant procedure, it violates human dignity. It is manifested in patients' unwillingness to take the tests even if they turn out negative. The conditions to take the test are inappropriate. I think it instils fear".

Nevertheless, it is important to notice that even if partially dependent on the staff's effort searching for temporary solutions, psychological burdens caused by the inadequacy of spaces can mainly be attributed to the lack of resources rather than means employed by the street-level bureaucrats in order to reduce the demand for services.

Thirdly, practices of methadone dispensary follow the ideology of sobriety. Having in mind the goals prevalent in the organisation this comes as a surprising set of routines, as no methadone is dispensed if the breath analyser shows results above 0.00. Such requirement is not based on scientific evidence as there is no significant interaction of methadone with low levels of mild alcohol intoxication. Due to the fact that methadone absorption is slow, skipping a day of medication intake would not cause abstinence symptoms, however, may result in high psychological stress to the person, especially considering the fact that according to the Lithuanian law even driving is allowed up to 0.4 level of alcohol intoxication. The person interviewed emphasised the existing rules as a means of control: "Among the patients, they know that the methadone would not be dispensed and then they use [alcohol] less, put more effort".

Finally, even though Lipsky does not analyse cases of violation of confidentiality and does not specify it as a separate subcategory of psychological burden or a service rationing technique in his theory, the research demonstrated evidence that these violations may serve as powerful psychological barriers limiting the demand for services, especially when street-level bureaucracies providing medical services, such as treatment of highly stigmatised illnesses, are dealt with. It was also prominent that due to high levels of self-stigma, violations of confidentiality may not often be identified as such by clients, and thus, may require a separate set of both, questions and examples to be prepared by the researcher.

Two instances of violation of confidentiality have been observed. The first indicated the staff's behaviour in presence of police officers. After a car accident the person was brought by the police officers to the medical unit for intoxication check-up. The unit is located in the same department of Vilnius centre for addictive disorders where the OST programme is implemented. Upon arrival the staff referred to the person as "their patient" which provoked more negative reactions by the police. The data leaked to the person's employment and as a result he was made redundant. Several interviewees referred to the case and indicated that after the incidence a complaint had been filed and an additional order by the director of Vilnius centre for addictive disorders had been issued: "everyone was once again warned regarding the personal data security".

Another case of violations of confidentiality involved internal leak of information. During the interview a client indicated that "he did not like the rule that the psychologist <...> according to the internal rules must immediately inform the social worker [about the content of consultation]". The incident involved a conversation when the client told the psychologist about his difficulties with substance use while in treatment. When asked if he had been shown the rules written, the respondent replied that it was only explained to him. As a result the person indicated that he has not used the services of the psychologist since ("For sure I have not been to private consultations with him [the psychologist]"). Though reliability of the testimony should be taken with reservation, as the fact has not been repeated by other interviewees and an interview with psychologist has not been held, further interrogations with the staff of the centre revealed that internal rules involve a requirement for collaboration among the team of specialists and that might be interpreted as a basis for sharing all the information related to the client. Furthermore, the licensing, professional ethics and other aspects of psychologists' work is known to be barely regulated in the Republic of Lithuania.

While the first instance involved external institutions and could be interpreted as a rare failure within the system, the second incident might signal failures in adherence to professional ethics. In the latter case, the concern is further deepened by the fact that specialists denied their fault by misinforming the client.

Several significant cases of worker bias have also been recorded when analysing service implementation in Vilnius centre for addictive disorders. A client indicated that he had not been in good terms with his social worker and had lost his privilege [take-home methadone] "due to the stubbornness of the social worker". According to the patient, when he took the urine test it showed

only indistinct line indicating methadone<sup>3</sup>, so the social worker interpreted the test as invalid. Further the client explained that according to the instructions provided by the test producer, the distinctiveness of the line is irrelevant. The client interprets the incident as a proof of worker's bias: "there was plenty of space for manipulations by the worker. If you are in a good mood and like a certain patient more, you say the test is valid, even though the line is indistinct. If you don't like the patient, you can treat the same indistinct line as proving the test invalid". As a result, the client told that a complaint had been filed and signed by many patients, submitted to the director and the problem had been solved in a meeting with the administration and the doctors. The testimony has not been repeated in other interviews, thus should be taken with reservations.

All in all, the clients have been observed to choose Vilnius centre for addictive disorders as their service provider rather voluntary which has been explained by psychological benefits such as friendly atmosphere and psychosocial support provided in forms of advocacy and consultations with the case managers. Flexible hours and possibility to partially control the time and content of consultations have been monitored as other factors increasing the demand. Systemic service rationing has not been observed. However, psychological costs imposed on the clients by such factors as inappropriate space for client consultations or for the implementation of urine testing, as well as cases of violations in confidentiality might have a negative effect on service demand or adherence to treatment. An interesting case of active information dissemination with little effect on the target population has been monitored. This would require a better look-into in future research on the topic.

### 3.3 Kaunas centre for addictive disorders. Client processing.

On contrary to Vilnius centre for addictive disorders, the research showed that the levels of involuntariness are much higher in Kaunas centre for addictive disorders due to two factors. Firstly, the agency is the only one in the city and its surrounding region to provide the OST treatment, with no other options existing within a reasonable distance: "methadone is provided by our centre solely. Polyclinics don't [provide OST]", "there are people who want to come [for OST treatment] not only from Kaunas region but, for example, from Marijampole or more distant towns <...> We have many patients from Jonava, it is 30 km away, complicated for the people". Secondly, both the staff and the clients indicated that there is no possibility to change the specialist serving the client emphasizing the unlikelihood of such a case and the scarcity of staff: "Nothing like this has ever happened", "There is no one to change into. It is already a lot now. Before it was one social worker and she served everyone", "No, no such possibility". Comparing to Vilnius centre for addictive

---

<sup>3</sup> When urine tests are taken the control line is expected to appear to indicate methadone (the medication that all the patients receive in the programme). If the line is absent, it is suspected that the urine sample is fake and therefore the test becomes invalid).

disorders, the absence of such options minimises the clients' ability to influence the quality of service provision.

### **Benefits and sanctions**

As it has already been mentioned in the analysis of benefits and sanctions of Vilnius centre for addictive disorders, all of the centres use the take-home methadone doses as a privilege for patients, complying with the definition of stable remission as in the definition of order, approved by the Minister of Health of the Lithuanian Republic: "If they are employed and work. There are those whose tests are good, they are also granted the privilege to come less often. Those who live further". However, clients indicated some dose-specific limitations to receiving privileges: "You can [get a privilege for coming once a week], if you are employed, bring your schedule that you are extremely busy. But if the dose is high you still would have to come twice a week. A high dose is most probably over 45, over 50 for sure"; "They motivate that the dose is high that is why I have to come more often. It looks unfair <...> I take 100 mg but what is the difference what is the dose, <...> medicine is medicine, whether you take a litre or a millilitre". No dose limits for take-home doses are set in the definition of order of OST provision.

The sanctions in this centre differ from Vilnius centre for addictive disorders significantly. As it has been observed in the present paper, the interviewees of Vilnius centre for addictive disorders named the case of physical aggression as a basis for elimination from the treatment programme almost unilaterally. It was also observed that the punishments for substance use while in treatment in Vilnius centre for addictive disorders included depriving the patients of their privileges of take-home methadone or rule tightening (for methadone take-home privilege). In comparison, although cases of aggressiveness have been mentioned by the staff of Kaunas centre for addictive disorders ("when there are misdemeanours against the staff, aggressiveness, then we discharge"), substance use has been identified as a primary and the most common reason to discharge patients from the treatment: "Now we agreed that if there are 3 successive "bad" tests we reduce the dose as soon as possible, every 3 to 4 days and throw him out [of the treatment], because it is not effective for him", "If two months later he is still taking illicit drugs, it means he is not motivated enough. Or we increase the methadone dose".

Secondly, interviewees indicated that OST programme is considered ineffective and thus would be terminated in case the patient did not commence the treatment of other co-occurring diseases, namely the infectious diseases: "If he does not apply for further treatment of hepatitis C or HIV". Nevertheless, coercive treatment of co-occurring illnesses while on methadone has not been found neither among the international recommendations, nor in the related legal acts of the Lithuanian Republic. It remains unclear, whether the sanction is applied in practice, or remains a strategy of

teaching the client role, when menace is more often hinted at than carried out. Nevertheless, interviews with other staff of the centre may be seen as carrying implications of this practice being employed: “He is referred to the hospital for infectious diseases <...> They need to be encouraged, you even take their signature, that the referral has been received, date and signature“.

As it has been observed in chapter 2 of the current paper, Kaunas centre for addictive disorders rejects the international recommendations. In case of sanctions, the patterns present in Kaunas centre for addictive disorders show that both, the WHO recommendation stating that “involuntary discharge occurs only when it is necessary for the safety of staff or other clients, drug use is not a reason for discharge from OST” (WHO 2012:73) and the definition of order approved by the minister of Health of the Lithuanian Republic stating the necessity to evaluate “inclinations of risky behaviour and harm reduction for the society and individual” which might result from the person’s discharge from the treatment due to his drug use, have been utterly ignored. On contrary to these recommendations, a different approach in line with the ideology of sobriety discussed in the chapter 2 of this analysis has been employed instead.

Finally, the interviews indicate elements of psychological sanctions applied in Kaunas centre for addictive disorders. The first category of psychological sanctions is directly related to the ideology of sobriety and abstinence-oriented goals and includes discouragement of long-term treatment (“doctors tried dissuading, offered to go in all those “stairs”<sup>4</sup>) and possibly unilateral decisions over OST dose reduction, acknowledging the psychological stress experienced by the client:

The person is in treatment and feels ok. Then you reduce the dose by 5 mg and wait for him to feel ok again. Because usually they experience stress – “oh, it has been reduced, it will be all wrong now”. But this does not happen, it is in their subconscious, that “If I have it reduced, it will go wrong.

Clients also have indicated cases of labelling and negative attitudes expressed towards them, which in some cases can be interpreted as caused by the goals and ideology dominating in the agency: “if you take a bigger dose, you are a bad person, a second-class citizen, because if you are socially ok, you just can’t be taking a bigger dose”, “<...> they said they couldn’t give us the room, we can steal things and so on”. Interviews with the staff confirmed the cases of labelling as people with history of drug-related imprisonment were deemed unreliable for take-home dispensary: “Because we always evaluate the risk that the person will consume the dose itself, will not sell it. There are certain patients who have been imprisoned for drug trade many times, have long experience of drug use, degradation. We evaluate the person and make decisions accordingly”. Interestingly, it can be interpreted that all clients are labelled as “unreliable” due to the practices employed to ensure the oral consumption of methadone: “We do not give pure methadone as take-home doses. The patient

---

<sup>4</sup> Long-term detoxification treatment based on weaning off the methadone.

brings juice and we dilute [methadone] with it, so that the medicine is consumed orally and not injected or so". One client interviewed indicated that the practice causes inconvenience to people in case the juice that methadone is diluted with goes bad. The label of unreliability seems to pervade the communication with clients who claim that in case of disagreement over urine test results they are directly accused of lying ("blamed and shouted, that I smoke [cannabis], that I am lying"). The attitudes of unreliability have also been expressed by stereotyping patients as "addicts": "I speak of alcohol. When you consume alcohol, you may consume anything else really if you are an addict, maybe you only want to cheat".

Respondents also shared examples of long-lasting psychological sanctions ("A person has been caught trying to fraud the test [results] so they have been doing saliva tests to him up to now") and attempts to develop client self-images as undeserving. The latter can take forms of direct remarks ("There is a nurse, the main one <...> works perhaps from the beginning of the [OST] programme and they have their opinion. She even says that "the conditions are too good for you and that's it, and be happy") or can be illustrated with stories ("They imagine that here it is too good for addicts <...> tell stories that for example in Germany the conditions for addicts are bad <...> that as if in Germany people bring their own container, if they don't bring a container they do not receive methadone there". The views described were indirectly confirmed by the nurse, as when inquired whether the quality of services could be better, she was the only one to reply "maybe no, it's ok".

As Kaunas centre for addictive disorders does not implement the scheme of case management, elements of advocacy are absent, while their opposites, elements of alienation have been sporadically observed. As it has been mentioned in the current analysis, clients indicate alienation of psychologists who are said to disagree with the OST treatment and its goals and thus not to provide the services<sup>5</sup>. The social worker has been observed to work only on segments of person's treatment, namely, holding motivational conversations with the client. Absence of holistic approach and focusing on segments, according to Lipsky, is one of the causes of worker's alienation from the client (2010:76). Although the medical staff indicated that they cooperate with colleagues over cases, the social worker denied taking part in decision-making over clients' discharge from the treatment or granting privileges. The social worker also denied taking pro-active position when it comes to functional tasks, such as helping the client to solve issues of employment or dealing with other healthcare agencies: "We don't employ. No functional tasks", "[If the person wants to address the infectious disease hospital to get hepatitis C treatment, do you help him manage this?] Perhaps the head of the unit gives a referral". The clients interviewed indicated that they either have not received any services by the social worker or the psychologist at all, or only have paid a visit if

---

<sup>5</sup> Should be taken with reservation due to self-stigma of clients.

obliged: “I don’t know if they [social workers] even exist. But they should. I saw there are some name plates when you walk further those corridors”, “I’ve already told you that psychologists do not work with the intoxicated [refers to OST clients], there’s no point”. However, the level of alienation and its expressions in practice, such as absenteeism and poor performance, are difficult to evaluate in the case of Kaunas centre for addictive disorders as testimonies of the staff and the clients are contradictive. The staff claims to carry a heavy workload and work with dedication, while the patients claim to receive only the basic medical service: “They pour it into a disposable cup, give it to you, you drink, show that you’ve drunk, dispose of the cup and leave <...> [they communicate] only in the beginning when you start the programme”, “every month they [clients] come and confirm that they will continue the programme, what was successful, what was not”.

The client teaching patterns involve urine testing (there is a possibility of saliva tests) and psychological burdens discussed above. Testing is extensively referred to by the staff. Tests are said to be a means of control (“I think tests are useful because of the control. When there is control, everything is different”), basis for praise (“they are tested and then [the staff] is either angry or not angry, or praises them”), the source for service enhancement:

[the quality] could be better if we could determine the methadone use quantitatively not qualitatively. How much the person has consumed and how much he needs. If these tests were available it would be easier. Not according to the patient’s indications but according the amount, how much of it is in the body

and basis for treatment success evaluation (“if there are 3 successive “bad” tests we reduce the dose as soon as possible, every 3 to 4 days and throw him out, because it is not effective for him”).

Clients have been observed to partially control the time of interaction with service providers, however they were observed to have little or no influence over content. Both, the staff and the clients maintained that routines are flexible in terms of visit registration and change of registration, staff would accept patients even if unregistered and visits to the social worker can be paid any time according to the patient’s preferences: “I would often go with no registration because I need a form <...> She said [the doctor] “come when you see fewer people at my office”, “they come who have problems, anxiety or so”. However, visits to the psychologists are appointed: “There is a registration book at the reception, we call and tell “this is when you must go to the psychologist. It is appointed”. Moreover, the duration can be assumed to be controlled by the specialist, e. g. the social worker claimed to have time limits for consultations (“an hour for consultation? I don’t have that much time”).

Dose of medication is barely influenced by the client and his individual opinion. The medical staff controls the setting of the dose according to physical symptoms: “so you can see when he comes, whether there is abstinence or no, you ask how he slept. If he claims it is too low, you give [an

increased] dose and tell him to sit in the corridor for half an hour, so that the doctor could monitor if he gets intoxicated and his state after the intake of the dose. Up to an hour in the corridor”. Clients claimed that the increase of the dose is unlikely and difficult to get: “Well he thinks that if the person is still living quite a social life, maybe he does not need that methadone at all. It does not matter that the person has been using [substances] since the age of 16”, “In Kaunas they terribly don’t want to increase [the dose] <...> they think 40–60 is enough and that is it”.

### 3.4 Kaunas centre for addictive disorders. Service rationing.

Patterns of service rationing in Kaunas centre for addictive disorders include those related to information, time, psychological burdens and worker bias. Monetary barriers remain similar to those analysed under Vilnius centre for addictive disorders (the health insurance), however, availability to continue the treatment in case of health insurance loss remains unclear.

The interviews revealed that there is no pro-active dissemination of information regarding the OST treatment in Kaunas centre for addictive disorders, as it is deemed that the services of the centre are well known (“Kaunas centre is well-known. There is no need for advertising”). Among the tools indicated was the website and several articles in the local newspaper. Other ways of informing were addressed to those already in healthcare system and included seminars in other treatment departments (namely the abstinence treatment unit) that are held by the social worker. Even though the staff and the social worker maintained that information about the OST treatment is included in the content of the seminars (“There are classes every day at 10 AM in the detoxification unit <...> there the information is given”), testimonies of clients contradicted such claims (“When I was there [in the abstinence treatment unit] I was not told [about OST]. I was told about “Minnesota”<sup>6</sup>, Anonymous [organisations]. These things more. But that they would offer enrolling to methadone... I don’t know, haven’t experienced”). Moreover, the emphasis on rehabilitation has been laid in the views of the social worker. Reoccurring reference to rehabilitation when commenting her work in the abstinence treatment unit (“I motivate, recommend, talk regarding the long-term rehabilitation”) as well as the analysis of the dominant ideology of the centre tend to support the information provided by the clients.

Even though specialist of the centre maintained that their clients are “well-informed”, the interviews revealed the abundance of myths and misconceptions among the patients and that information is highly required: “just that sometimes they expect too much of themselves, they reduce the milligrams [of the dose] too fast”, “they come to methadone and they think that they will manage to get well while radically reducing [the dose]”, “[who informs the patients about the illnesses, the

---

<sup>6</sup> “Minnesota” is a rehabilitation type treatment programme.



risks, the treatment?] They know everything. They are well-equipped knowledge-wise [Perhaps you distribute some flyers?] Flyers disappear the moment you put them”. The social worker maintained that there have been no financial resources for the information material, thus she copies and prints the material by her own initiative.

Moreover, the spread of misleading information in the city has also been mentioned: “Negative information comes from those drug users who have been to rehabilitation communities. They have other information, always claim that before they got to rehab they had been stuck on methadone and that is harm and so on”. Furthermore, consulting family members is considered unnecessary: “[Do you consult relatives?] No, because there is no such goal to consult relatives”.

Several patterns related to the concept of time have been identified as another service rationing technique. Firstly, the opening hours are 8 AM to 2.30 PM, which, as has been noticed by the clients, is manageable for Kaunas residents, but “if you don’t live in Kaunas but elsewhere and have to travel daily, then there are problems”. However, it should be noticed that flexibility of routines is observed when it comes to the matters of the opening hours (“But all this is possible to solve. You call and ask them to leave there in the reception unit”). Moreover, on contrary to Vilnius centre for addictive disorders, queues at the methadone dispensary have been claimed not to exist. This could be partially explained by the opening hours, which in Kaunas centre’s case do not allow early medication receipt by the patients who are employed.

No queueing has been identified in Kaunas and the centre has been said to “accept [to OST treatment] very eagerly and quickly”. At the moment of research, when Kaunas centre claimed to have had around 100 patients in the OST treatment, it was maintained that vacancies were available and no set limit existed: “Number of vacancies is unlimited, the queue is absent <...> we simply watch our capacities, how many people we are able to serve”. The requirements for acceptance were defined as “coming and asking”, while patients with HIV diagnosis and pregnant women have been mentioned to be accepted immediately. However, the interview reveals that clients are encouraged to undergo the long-term out-patient abstinence treatment and try other treatment methods first: “Maybe the person does not need [methadone], maybe he doesn’t know other treatment options, that it is possible to go to the in-patient unit and *get clean* faster”, “doctors tried dissuading, offered to go in all those “stairs”<sup>7</sup>. It remains uncertain whether in case of patient’s determination not to try other methods, the OST treatment is provided.

Finally, the insufficient treatment duration discussed in the chapter 2 of the present analysis might serve to create the image of treatment ineffectiveness among the patients themselves, as the chances

---

<sup>7</sup> Long-term detoxification treatment.

of relapse remain high provided the WHO recommendations are not followed. Therefore, the myths related to the treatment are to flourish.

Psychological costs seem to be high at Kaunas centre for addictive disorders. As reviewed above, a significant part of psychological burden is related to the client self-image creation stirred by the street-level bureaucrats. Among other resources for psychological costs, implementation of tests and worker attitudes and bias have been identified.

While the staff referred to urine testing as the central tool within OST treatment and evaluated the practice only positively, the clients referred to testing as one of the main sources of psychological distress. Patients indicated that both, tests themselves due to their unsatisfying quality, and the procedure of test implementation cause psychological burden: “Because they [tests] show nonsense. I don’t smoke weed at all but it shows constantly. I had a row and they made the most expensive test, well, that one of saliva <...> They made the test and had to blush and apologise”; “Men are humiliated. Really. They are forced to take [urine] tests in presence of women. Women nurses watch men urinate. Ask for certain amounts, colour and stuff. In short, every time it is a stress for the person”.

Interestingly, other weight of psychological burden to the patients is caused by the staff spreading misinformation or concerns regarding the termination of the programme in the whole republic as well as actual interruptions in methadone supply: “There have been several cases when you arrive for methadone and there is none and that’s it. They are supposed to give for several days but she says “I cannot. This is the last. <...> [it has happened] very rarely, several times only”. It is not clear whether the information is reliable and the non-dispensary has not been caused by other factors. However, if true, it is highly likely that such situations caused not only psychological distress but reduced the credibility of treatment sustainability and thus, a drop in demand.

Patients also indicated that the attitudes of staff are highly dependent on the dose of medication taken: “if you take a bigger dose, you are a bad person, a second-class citizen, because if you are socially ok, you just can’t be taking a bigger dose”, “<...> they said they couldn’t give us the room, we can steal things and so on”. Other instances of worker bias include favouritism: “For me the maximum privilege is twice a week. Because I argue about the tests”, “And to some other, if they [the staff] like him [the patient], may allow [to keep the take-home privilege]”. Nevertheless, it is important to refer to these specific facts with reservation, as the staff would not reveal such inclinations in their interviews and the number of clients interviewed is too small for any generalizations.

It should be mentioned that on contrary to Vilnius centre for addictive disorders, in Kaunas centre patients receive consultations with the psychologist and the social worker in a confidential environment: “Me and psychologist, one to one”.

All in all, several main differences have been observed in Kaunas centre for addictive disorders when compared to Vilnius centre for addictive disorders. Kaunas centre applies a purely medical approach to OST and the levels of involuntariness are much higher due to absence of another service provider within a reasonable distance, absence of the possibility to change the specialist assigned to the client and minimal levels of control by the client over the content of service. Coherently to the dominant perception of goals and the ideology of sobriety in Kaunas centre, the practices employed are non-compliant with international recommendations and thus reduce the effectiveness of the treatment. These include the discharge from the treatment in case of detected reoccurring substance use, non-adherence to recommended duration of the treatment and, possibly, a unilateral dose regulation. Moreover, multiple forms of psychological burden imposed on clients, such as labelling, worker bias and discouragement from long-term treatment have been observed. Service rationing by means of inflexible opening hours, no dissemination of information and false alarms have also been monitored. A combination of the enlisted elements of client-processing and service-rationing may be influencing both, the effectiveness and the demand for treatment negatively.

### 3.5 Klaipeda centre for addictive disorders. Client Processing.

With 12 patients in the OST treatment programme and 4 in out-patient abstinence treatment, Klaipeda centre for addictive disorders poses a peculiar case for analysis of client processing and service rationing. The element of non-voluntary position of patients in terms of treatment provider (agency and the specialists) is highly significant and emphasised by the sole OST programme manager, the medical doctor and the clients interviewed:

[Can the patient change the specialist?] He is free to do it. The possibility is theoretical because there is no other doctor <...> He is free to change not only the doctor but the agency as well. [Do those other options exist?] These are his problems. No, no, there is no other [OST programme], methadone is only here [in Klaipeda centre for addictive disorders]. We wish that it was elsewhere. That [other specialists] would get to experience this blessing.

“Where else can he go? He comes back.”

The doctor’s unlimited discretion has also been referred to by the director of the centre and patients and mainly motivated by lack of medical specialists in the region: “There is a big problem regarding doctors, a single doctor has worked with the [OST] programme for several years. And with the in-patient treatment, and the reception... the whole workload. On top of that he performed the functions of the head of the unit temporarily”, “No, but what commission, here the

commission...Before it was the psychologist, the social worker and the doctor. Now it's the doctor alone". The doctor does not deny the violation of the official requirement for commission to be called in order to accept the person into the treatment or to discharge him from it. The official rules are considered to be too complex and inconvenient and thus the officially registered acceptance to the programme is avoided to expand personal discretion ("there is an entire story with that commission"). Instead, the rules are escaped by registering a long-term out-patient abstinence treatment: "Because the discharge also requires a commission. If he is not what he has to be like, I can expel him immediately [if treated as a long-term out-patient]". Moreover, though the doctor refers to the commission as a means to provide objective evaluation regarding the patient's acceptance to the OST treatment programme ("A commission, not a single doctor, decides whether to accept the person to the treatment"), he does not deny that in the centre he himself has performed the role of the commission over uncertain period of time: "Used to be big, now there are no doctors, so the commission consists of myself".

Routines function as a legitimate excuse to apply sanctions. When it comes to patients, routines are followed strictly, thus limiting the demand. Rigid adherence to the rules is defined as "a high threshold", based on the intention to avoid the "low threshold". A tenfold decrease in number of patients is explained by adherence to the rules: "Now there are slightly fewer patients. At one point there used to be almost 100 [OST patients] <...> [so you do not have the low threshold?] We can say that no. We strive not to. This is why it [the number of patients] has decreased a tiny little bit". The sanctions are imposed if the articles of the agreement are violated. As indicated in the interview, these criteria include abstinence from the substance use, regular visits and regular urine testing. According to the patients' testimonies, a single violation of rules might result in elimination of privilege but not the discharge from the programme. Nevertheless, as in the definition of order, the relation between violations and the discharge is not clearly defined, the discharge remains within the doctor's discretion:

Not one test. Not the first one. I had been caught, a warning, a warning, but he didn't say that was the last time I was taking [methadone]. And then again, some 3 months later. It was not that I was caught systemically each time. More time had passed. I was surprised then. He did not offer [to increase] the dose. Nothing.

Moreover, the doctor's attitudes regarding adherence to the rules are supported by his personal ideology of sobriety and strict imposition of ideology onto the patients. In the following quotation the doctor refers to the visit by a patient organisation from Vilnius (discussed in the final chapter of the present thesis):

Sometimes we increase [the dose] slightly. But not that he would get and get, and get [methadone] unlimitedly and those *advocates* would come here. "We are living a normal life" they say. "We can

even have some wine”. Please excuse me. What is this then, please excuse me. This means they are getting intoxicated! Receiving methadone and getting intoxicated. Adding alcohol!

Benefits available, as in the other centres analysed, include privileges of take-home methadone. The criteria for granting benefits are the same as elsewhere set in the treatment agreement, though in Klaipeda’s case there is no room for flexibility and the timeframe of stable remission is applied: “Three months and the agreement and to meet the criteria which we have in the OST”. As in Kaunas centre for addictive disorders, the psychological labelling of patients as unreliable is implied by the dilution of the take-home methadone: “They come with their own container, they have to bring syrup. Those who receive [the take-home doses], always with the syrup”.

Clients cannot control or influence the course of the treatment. Unilateral decisions are taken to reduce the dose of medication and clients’ complaints are not taken into account. The psychological sanctions have also been indicated by the doctor himself and coincide the testimonies of clients: “He wanted to get rid of everyone. He reduced my dose to 5 mg”, “And then while in the programme I slightly push them to reduce the dose. Not to increase, but to reduce”. Moreover, patients claimed that the increase of the dose based on their complaints is simply impossible: “He never increases. He can only reduce”. In his interview the doctor indicated that he does not agree with the methodological recommendations to increase the dose of medication in case of detected substance use while in treatment. Therefore, the client’s statements can be interpreted as verified: “Here is this recommendation, to increase the dose. What does it change? Not the urge. The urge to get intoxicated is not removed”. The doses set by the doctor do not comply with international recommendations and are significantly lower. The doctor indicated 50 mg as perceived by him to be “a high dose”, while international recommendations indicate 60 mg as minimal effective dose of methadone: “Our highest dose is... maybe one or two [patients] receive 50. I consider it high”. The titration of dose is based on physical symptoms of abstinence while the patient’s indications of his own state are taken as unreliable: “I believe that there are subjective and objective indicators that the person is not feeling well, that there is a deficiency of methadone. So subjectively he can always claim he is not feeling well. And how can you prove?”

The involvement of any other staff, such as the social worker or the psychologist in the provision of OST treatment has not been observed, however, this statement of the analysis should be taken with reservations as the social worker was absent and the interview could not be conducted. These specialists and their services, if available in the centre, have been observed to work only on their specific segment and, as indicated by both, clients and the staff, often appear as absent at work, thus could be interpreted a showing elements of alienation: “[Social worker] stays in her office. You can pop in as you wish”, “You should also ask us about the psychologist. Of whom there is none!”, “we don’t have psychologists [employed], in most of the cases the social worker is ill”. The doctor

indicated that in case a patient has many social issues he tells other specialists to “help him”. Advocacy is not employed by the specialists even if the issue is external. A patient referred to the case when he was denied the access to hepatitis C treatment due his participation in the OST treatment programme. According to the patient, when told about the case, the social worker explained that the patient should have addressed the head of that unit. It could be assumed that the specialist took no active position in this particular situation. In addition, negative attitudes have been expressed towards case management by the doctor. He indicated that case management is “not effective and not suitable” in case of Klaipeda, while approach to treatment in Vilnius centre for addictive disorders has been explained as caused by the lack of medical personnel: “they have less doctors than those case managers”. Acknowledging the critical scarcity of personnel in Klaipeda centre for addictive disorders, it remains unclear why the psychosocially assisted treatment scheme is considered unsuitable, but it could be linked to the director’s comments that the doctor sees the OST programme as a responsibility of medical staff solely.

Psychological sanctions are related to the unlimited discretion of the specialist and thus include such aspects as the unilaterally taken decisions to terminate the treatment and the inability of the patient to influence neither the course nor termination of the treatment: “He says, “That’s it, how long can it [the treatment] last”. I say “Doctor, I cannot, I am not ready to quit [the programme] at all!” [doctor replies] “No, it’s high time you quit, we reduce [the dose] and this is it”. The ideology of sobriety and equation of methadone to narcotic drugs pervade the doctor’s discourse and functions as a basis for defining who is worthy or unworthy to receive the treatment. Moreover, there is a constant urge to reduce the dose and discharge from the treatment: “methadone, if you interpret is medicine is a narcotic drug”, “I prescribe him medicine [OST]. What is the goal of it? To guide person out of use“, “When you push them, when you remind them, that “you are feeling well, let’s reduce the dose slightly”. Methadone itself is interpreted and used as a means providing the biopower over people: “That methadone is good as a hook. As a hook allowing to discipline them. He wouldn’t do many things if he weren’t on this hook”. The potency of the medicine and the physical dependence in combination with the unlimited discretion of the practitioner function as strong deterrence for the people with opioid addiction when it comes to seeking evidence-based harm reduction treatment.

Along with the ignorance of any client’s opinions, complaints or needs, as in all the other centres analysed, urine testing is another technique used to teach the client role. However, differently from Vilnius or Kaunas centres, in Klaipeda centre it is the doctor who controls the assignment of tests: “In most of the cases the doctor assigns [the test]”. As in all the other centres the implementation is carried by a nurse. The use of urine tests has been emphasised as a key tool for control and indicator

of the patient's worthiness: "If he already does not submit urine or does not come so why would he be accepted to the programme. He will not come, will not take part in the treatment".

### 3.6 Klaipeda centre for addictive disorders. Service rationing.

Service rationing in Klaipeda centre for addictive disorders is widespread and has dramatically affected the demand for the treatment services.

#### **Monetary, Time, Queue**

Most of the patterns of service rationing employed are related to the enrolment on the OST treatment programme. As indicated by the doctor, the only finance-related requirement is the same as in the other centres analysed and that is the health insurance. The emphasis is once again laid on the rules: "The main ones are to hold an insurance and to go through a medical check-up". While in case of such rules, the second part of the definition of order of OST referring to other sources of funding in case of absence of insurance is ignored, the medical check-up from the patient's policlinics is a personal requirement, absent in the definition of order. The medical check-up is specified as an evaluation of the somatic state of the patient and carried out by the general practitioner in patient's policlinics. Although the doctor indirectly admits that the requirement might function as a barrier "most of the drug users do not go anywhere, neither to the doctors, nor... he needs only one thing", the rules are used to explain the non-flexibilities involved in OST service provision. Although, the doctor refers to the insurance, he emphasizes the necessity of patients to be employed while in the treatment: "we force him at least to register in the job office or register his disability if he has one, so that he is socially insured", "If there is no disability, you say "dear, you have no disability, so please go and work. You receive methadone so that you can work". Contrary to the doctor, the patients indicated "being employed" as one of the requirements for the admission to the treatment: "To work or to have a registered disability". It might be assumed that employment is used as a criteria and belong to the personal definition of the "high threshold" service standard as analyse earlier in the paper. It should also be noted, that personal attitudes toward the OST treatment and interrelation of methadone and the patient's motivation for employment have been emphasized by the doctor multiple times in the interview: "[Methadone] is not suitable [for long-term treatment] because eventually they get this apathy syndrome. They don't want anything else", "the person receiving methadone, he does not want anything. He does not want to get employed, neither see a doctor, nor treat his infections". Nevertheless, a contradicting fact related to employment has been mentioned by the doctor when referring to the past: "It's a rare case that they get employed. Although here many used to work". The low motivation of patients in this case could be attributed to the failures in treatment (inadequate dosing, no adequate services of psychosocial support) rather than interpreted as patients' sole responsibility.

Although the doctor indicated that there are no queues, the interviews revealed that multiple barriers related to time resources and the unlimited discretion of the specialist. According to the doctor, “no waiting in a queue. There is another thing – long-term treatment is not always suitable”. The patients requirement to receive the treatment has been told to carry no value: “So what if he wants. I want to be a pope”. Doctor goes on to explain that long-term out-patient abstinence treatment is very useful and can last up to half a year and is used to ensure that the person is worthy of continuing the OST treatment. The indicators to provide the patient with a long-term OST have to be monitored during the set 6 months and include: disability, failures to respond to other kinds of treatment, HIV or tuberculosis. It should be noticed that none of these requirements are indicated in the definition of order approved by the minister of Health of the Republic of Lithuania or in international recommendations, with the exception that opioid users living with HIV and pregnant women should be enrolled into the OST treatment immediately (queue-jumping). The patients admitted that pregnant women are accepted to treatment, however having an HIV diagnosis or simply expressing the desire to enrol onto the treatment programme have never been taken into account. On contrary, multiple referrals to other treatment units and the emphasis of monitoring of the person while accepted into the 6 months abstinence treatment have been mentioned: “You go to detox first. Then it fails. You must detox, once, twice <...> you leave the unit, they don’t allow you to methadone, so you have no choice and go using [street drugs] again”, “four times he referred me to detox, four times”. The opening hours have also been identified as a barrier to access the treatment and getting employed: “How can they be convenient? From 9 AM to 12:30 PM. Neither before work, nor after, do as you may”.

In other cases the personal doctor’s standards (defined as “high threshold”) for admission to treatment are applied: “I even wrote an official request to the director so that they would admit me to [OST] treatment”. [The doctor] would not accept me and that’s it. You must work or be disabled. These are the requirements”. The patient claimed to have filled official request regarding the requirements raised by the doctor: “I wrote in the request asking to explain which laws he refers to refusing to take me into the [OST] programme. I have been diagnosed [with addiction] in 2005, I am taking care of two old ladies, one is lying with diapers, the other cannot leave home on her own. And he [the doctor] says I must go get employed to be admitted to the programme. I brought him the documents of their disability, that I am taking care of two people with special needs, I need to feed them”. As it has been explained later, the involvement of different actors eventually resulted in being enrolled on the treatment programme. The patients also claimed that a person diagnosed with HIV had neither been admitted to the programme around the same period of time: “He [the doctor] would not accept to the programme even if there is HIV”, “when I wrote this request to the director regarding the admission [to OST], I told him to join the same wave. So there was the head of the



unit, the director, we mentioned about him, that he also wants to get the treatment, so as he got on the same wave, he was enrolled [on OST]. It should be noticed that pregnant women were said to be accepted to the treatment immediately, it being the only exception observed. This could be explained by high risks to the foetus if otherwise.

### **Information**

The spread of information about the treatment, even though not specifically about OST, has been observed to be pro-active. Apart from the website, the director mentioned occasional advertisements in a local paper, meetings of the department and consultations with the clients: “We talk to patients, trying to solve the situation, the absence of demand”. The clients confirmed that the director has been looking for opportunities to increase the awareness regarding the treatment: “Yesterday we spoke with the director, he asked what to do, how to attract people [to OST], maybe advertising or the newspaper. I said I didn’t know”. On contrary to other cities, the levels of information regarding methadone treatment in Klaipeda have been indicated as high by all the respondents: “in Klaipeda mothers want their children to receive methadone”, “[do you think citizens support the OST?] I think, yes. Because they understand that this is a huge advancement. There have been news on the local TV, a survey has been carried out, the majority [of citizens] said that yes, it must be available. There are many myths but the majority supports [OST]”. The relatives have been mentioned to address the centre and receive consultations: “mothers sitting in the corridors with those young ones [patients]”, “if you come with parents, they invite to the office. I had them ask me leave and then talking to the mother”. The information regarding usual co-occurring infections has been identified as a separate segment of treatment, thus providing such information, it was maintained, is the task of other specialists and thus indicated alienation: “Refer to the doctors. A general practitioner has to consult him [the patient] <...> we treat neither hepatitis, nor HIV. Do you hear me? We refer them there. How else we should encourage – with a whip?”

All in all, on contrary to the other two centres analysed, Klaipeda centre has the lowest number of patients and the critical situation has been concluded by the director himself: “It is related to the demand. Nobody comes for the service”. The patients conclude that the demand is absent because people are refused to be provided with the service: “He [the doctor] does not give methadone to anyone. So why would they come?”. The analysis of the specialists’ discourse reveals enormous extent of unlimited discretion of the specialist in his practice. The specialist openly rejects all possible authorities, including the management of the centre, the national policy orders and the international organisations, and yet remains free from any sanctions. Meanwhile, harsh violations of policy orders, such as distortion of rules when it comes to organising a doctors’ commission to commence or discharge a person from the OST programme, the overuse of routines as a legitimate

excuse when it comes to clients' retention in treatment and the unilateral decisions over patients' course of treatment indicating the use of biopower have resulted in a tenfold decrease in number of patients in treatment.

## Chapter 4. Patients: enabling or victim blaming?

All throughout his theory, Lipsky refers to discretion-based origin of street-level bureaucracies' work as the main source of limited accountability and thus, a source to resist change and increase effectiveness of services (2010). Moreover, Lipsky states that street-level bureaucracies are “the primary instrument of contact between government and citizens” while they also “reinforce the relationships between citizens – both, clients and workers – and the state (ibid., 192). Therefore, Lipsky believes that encouraging client autonomy and thus influence over policy is necessary both, for the quality work of street-level bureaucracies and the society in general (ibid., 193-212).

Just as Lipsky emphasises in his theory, the interview revealed that in most cases client organisations and active participation is shunned away from and highly undesirable. Lipsky explains that the central motive for keeping the clients isolated, suppressed or disoriented in the terms of advocacy and involvement is because the bureaucracies can “never be sure at what point they will peak or major concessions will be required” (ibid., 199). This has been noticed in Kaunas and Klaipeda centres for addictive disorders with the sole peculiar exception of Vilnius centre for addictive disorders.

Similarly to the tendencies of social workers to take positions of advocates, it has been observed that client empowerment techniques have been employed by Vilnius centre for addictive disorders itself for more than a decade. Although both, clients and specialists claimed the authorship of the initiatives to themselves, the clients indicated that the conditions for the initiatives have been created by the centre:

As the OST programme started first functioning in the centre, people would gather and a need occurred and the possibility was provided for the people to have tea. This was provided by Vilnius centre for addictive disorders. In an office opposite to the reception you could have tea. So this is how while drinking tea the first self-support group called “Phoenix” was born.

As it was indicated by the respondents, with the encouragement of the centre and the employment of some project funds an official self-support group for methadone patients has been established. The interviewees maintained that the functioning of the groups has been sporadic (a number of groups have been mentioned by the interviewees, such as “My butterfly”, “Phoenix”, “Self-support Initiatives of Drug Addicts”, a group organised in the centre itself (not NGO based). Nevertheless, the focus of all those groups remained the clients' empowerment: “Active patients were identified and we tried empowering them. We organised activities, tried publishing a newspaper, various parties would be organised”. The staff and clients also claimed that the group has been active recently and the goals remained consistent to the previous such initiatives:

We organise demonstrations. We strive to improve the situation of the drug users. First of all we talk about internal barriers within our centre, what could be the solutions. We have addressed the governmental institutions over several issues. Clients have organised a protest. I think the goal is to empower them, to be a community, do something together, see that this can bring results.

Other staff confirmed that clients not only write complaints to the administration of the centre, but also to the governmental institutions: “[Do patients file complaints?] Yes, they do, there have been cases. And not only to the administration, to the Ministry as well”. This has been further confirmed by the clients, who remember various cases of such an activity: the already analysed case related to the standards of interpretation of the urine tests, the complaint regarding violations of the confidentiality, a complaint over methadone dispensary (“[wrote a complaint] regarding the time taken by dispensary <...> that the new dispensary machine is slow and when you work, you come in the morning and there are long queues and you are late for work or so. So we asked to use the manual dispensary in the morning hours”).

It has also been monitored that the initiatives developed into patient organisations over time and organisation “Resetas” has been founded: “The organisation advocates the interests of the people ill with substance dependence, advocates for their rights”. The interviews revealed that members of the organisation have implemented initiatives in other cities of Lithuania as well: “contacts in Kaunas have been developed <...> Then we also went looking for people, we had a research within a project. We went to Klaipeda as well”. The Klaipeda has been described as a specific case of advocacy: “We came within the project to see what is the effectiveness of harm reduction programmes and implement an analysis of the patients’ needs. But we met with the OST patients and we saw a critical situation, that the programme will soon be shut down and disappear from the face of the Klaipeda city altogether”. The clients interviewed claimed to have relied on the skills and understandings developed in Vilnius centre for addictive disorders and organised a local group to represent the patient community:

So we stayed for one more day and invited everyone to a café, their usual place for gathering. They established a self-support group, all signed and identified goals to represent their interests. The first request was to meet with the director and the staff and we, as an NGO from Vilnius <...> mediated that the meeting would happen. At our centre it is usual that in the OST programme, that... if you wished to change something, the director would provide possibilities to do it. Ten years ago it was strange that someone would invite drug users as patients to the administration to change the rules. We followed the pattern and in Klaipeda went to the doctor, asked for such a meeting and it was organised.

It should be noticed that as observed earlier in the analysis the cooperation among the clients and the director has been identified in Klaipeda centre for addictive disorders. Nevertheless, just as Lipsky writes in his theory (2010) the initiative has been highly resisted by the doctor managing the OST treatment in Klaipeda: “Because sometimes certain individuals arrive, have been here from Vilnius. They take over 100 mg of methadone. And sit here and claim that they are advocates of the

methadone users. Can you imagine? Such things came about!” However, the clients seem to show signs of more self-sufficiency since:

When those from Vilnius came, Kestas, Svajunas <...> Then the problems were super serious. He [the doctor] wanted to expel us all, I was taking 5 mg <...> I did not know what to do, I knew I would no way go to a rehab. And they went to the municipality, to the director. Since then doctor has been slightly afraid, he did not expel me. He still says “we reduce, we reduce [the dose]”. But I have already realised he has no right to discharge me, and I say “I will not reduce, increase the dose for me”.

Finally, clients from the Kaunas centre for addictive disorders claimed to have had attempts to organise a self-support group in the centre but have been turned down:

I remember going and asking myself. We asked for a permission [to gather] in the hall but they said they would agree only if a specialist will sit there all the time because the equipment is expensive, they cannot give the room. We can steal and so own. So we did not want with that specialist <...> People did not want to be open in the presence of specialist.

The situation illustrates the low levels of trust and cooperation among the specialists of the centre and their clients. Nevertheless, the situation described seems to be much more moderate when compared to Klaipeda centre for addictive disorders. Otherwise both, specialists and clients of the centre maintained that clients are not active in filing complaints or other initiatives of the kind: “There haven’t been such a case, they don’t raise such questions”. The clients referred to fear and mistrust when motivating the state of inactiveness: “How can you cut the branch you are sitting on? They will punish you. Will tell to come every day and that is it. I am afraid”.

Interestingly, patient empowerment reveals the role of clients as policy makers not only because of the direct influence they can have on the rules and their implementation, but also because this influence can be interpreted to cause a shift in patterns of street-level bureaucrats’ locating the responsibility. As Lipsky writes, “the tendency of helping professionals to blame the victim, attributing the cause of clients’ situations to the individuals themselves without considering the role of social and environmental contexts, locate the responsibility in a place that absolves the helper from blame” (ibid., 153). A clear difference has been observed in the specialists’ answers when asked to name factors affecting the success of the OST treatment. Almost all staff of Vilnius centre for addictive disorders referred to the quality of services: “Depends on specialists. Doctors have to be competent so that they know well what addiction is. Not alienated or overworking so that they could get into the person’s shoes. Not to process clients in a machine-like way but to get into the person’s shoes because the treatment takes a long time”, “[Depends] on better social integration, such as groups, activities, showing the, entirely different experience <...> the better the involvement, the better it is for patients”, “[Depends] on the involvement into community, on the support that is provided. Connection is important”. Meanwhile, specialists from other centres emphasised factors related to the client: “Many aspects in the person’s life. His environment, his

family, his beginning, his vision, his view, his willingness to change something <...>”, “If there is understanding, the clients don’t cheat, are open and motivated, have their own goals to abstain from using [substances]”. The doctor from Klaipeda mentioned the specialists’ role although emphasising it in terms of control (“The work invested in the client. Being strict”) as he went on with the explanation of the “high threshold” and referring to the “low threshold” as “a tricky formulation for those who trade methadone”.

All in all, it may be summarised that client empowerment and involvement into internal processes of the centres, does not only contribute to the higher standards of service quality and the general access to services, but encourages a shift in understanding of service providers, turning their gaze towards their own influence over the course and outcome of treatment.

## Conclusions

The research conducted has not only confirmed the hypotheses raised in the introduction, but revealed peculiar examples and patterns of harm reduction policy weakening at its most final stage of formation, that is at the level of policy implementation.

First of all, the main policy order regulating harm reduction, specifically the OST treatment, services in Lithuania has been observed to be ambiguous in goal and procedure setting, providing sufficient room for specialists' discretion. The research further revealed that the policy documents then are interpreted in many different ways, placing the emphasis on various parts of the articles and in some cases even taking extreme forms of adding non-existent requirements and intentional barriers. These variations have been observed to take place not only in terms of differences among the centres for addictive disorders analysed, but also within the organisations themselves. While specialists of Vilnius centre for addictive disorders used the ambiguities to mainly provide patients with more flexibility and focused on patient retention in treatment, other centres employed the same articles of the definition of order for exactly opposite purposes of discharging the patients from the treatment. This has been made possible by a simple shift of emphasis within the same article from the part referring to evaluation of "harm reduction for the society and individual" to the evaluation of the treatment as inefficient.

Secondly, perception of legitimacy of goals set by managers, local and international authorities and the correlation of these goals to the dominant ideology within the society has revealed another set of key differences dramatically affecting the policy implementation. While specialists of Vilnius centre for addictive disorders demonstrated good knowledge and compliance with the international guidelines as their highest authority, specialists in other centres preferred the internally formed aims contradicting the international recommendations in terms of treatment duration, dose titration and, most importantly, rules for discharge from the treatment programme. These preferences have been observed to be closely linked to the ideology of sobriety typical to such organisations as Drug Addicts Anonymous and other self-support groups of the Anonymous movement. While in Kaunas centre for addictive disorders the influence of such views on the practices of policy implementation has been observed as high and suspected to cause lower levels of adherence and retention in treatment, in Klaipeda centre's case it took forms nothing else but extreme, resulting in a tenfold decrease in number of clients and a complete disappearance of demand.

It may be suggested that the two phenomena described come prominent in actions of street-level bureaucrats due to the initial failure and, possibly, resistance in understanding the essence of harm reduction-based drug policy and the values and goals of healthcare services attributed to it. As it has

been observed, the centres where marginalisation and/or failure of policy implementation was significant, have a strong understanding of abstinence-only (manifested by Addicts Anonymous) philosophy and approach to substance dependency treatment, and tend to apply the same values and principles when providing services of harm reduction, a very different set of services by their nature. This, as a result, functions as first factor in the chain leading towards policy marginalisation.

The resistance towards harm reduction and failure to understand its goals further leads to dominance of patterns of client processing and service rationing. While Vilnius centre for addictive disorders mainly stumbled upon providing confidentiality to OST clients<sup>8</sup>, other two centres revealed to employ multiple techniques used to limit the demand: labelling, discouragement from long-term treatment, unilateral decisions over reduction of dose, false alarms over methadone treatment sustainability, inflexible opening hours, lack of dissemination of information regarding the OST treatment etc. Egregious violations of the definition of order have been monitored in case of Klaipeda centre for addictive disorders and included distortion of procedures when it comes to organising a doctors' commission to enrol or discharge a person from the OST programme, illegitimate barriers, such as requirement for disability or employment to clients' admission to the treatment, excessive rigidity of routines when it comes to clients' retention in treatment and the unilateral decisions over patients' course of treatment indicating the use of biopower.

In this pattern a spiral, which begins with the failure to recognise the essence of harm reduction-based drug policy, leads to harm reduction weakening at the implementation level caused by conscious or subconscious use of techniques limiting the demand for services and ends up in prominent policy marginalisation at the country level. Nevertheless, it seems the spiral may be reversed.

It was evident that Vilnius centre for addictive disorders stood out in the research in service quality, be it lower level of service rationing, psychological burdens, absence of barriers to treatment or a friendly atmosphere. It was the only centre to demonstrate multiple elements of advocacy employed by the staff for the benefit of clients and the only centre, where staff reflected on the role of service providers when sources of treatment effectiveness had to be identified. All of this could be attributed to the better understanding of harm reduction-based drug policy and harm reduction-based healthcare services. However, the question of the origin of this understanding seems to remain open.

---

<sup>8</sup> Even though only prominent in Vilnius centre for addictive disorders and not specified as a separate subcategory of psychological burden by Lipsky, confidentiality proved to require specific attention when researching the work of healthcare providers, especially those, providing treatment of highly stigmatised illnesses. Due to high levels of self-stigma, violations of confidentiality may not often be identified as such by clients, and thus, may require a separate set of both, questions and examples from the researcher



Along with the much better indicators described above, Vilnius centre for addictive disorders was also the only centre to have a significant, decade long history of patient empowerment. As Lipsky writes in his theory, clients may discipline the service providers and thus improve the quality of services. My research can be seen not only to confirm the Lipsky's theory, it also suggests an even stronger hypothesis to be further tested and supported with more evidence – client empowerment may cause a shift in the whole organisational culture and dramatically influence the formation of long-lasting set of values, which are transferred despite the staff turnover. The evidence of coherence of harm reduction understanding in Vilnius centre for addictive disorders and its unique history of staff and client cooperation in provision of harm reduction services may serve as a starting point for further scientific endeavours, while harm reduction advocates might find useful to direct their effort towards community organisation strengthening within the very agencies, providing healthcare and harm reduction services.

## Literature

Acejas, C. et al. 2007. Access and coverage of needle and syringe programmes (NSP) in Central and Eastern Europe and Central Asia, *Addiction*, 102, 1244–1250.

Ashton, J., Seymour, H. 1988. *The New Public Health: The Liverpool experience*. Milton Keynes: Open University Press.

Astrauskiene, A., Dobrovolskij, V. and Stukas, R. 2011. The Prevalence of Problem Drug Use in Lithuania, *Medicina*, 47/6:340-346.

Bojko, M. et al. 2015. “Bureaucracy and Beliefs”: Assessing the Barriers to Accessing Opioid Substitution Therapy by People Who Inject Drugs in Ukraine, *Drugs, Education, Prevention and Policy*, 22/3:255-262.

Council of the European Union. 2013. *European Union Drugs Strategy 2013–2020*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Available from: [http://www.consilium.europa.eu/media/30727/drugs-strategy-2013\\_content.pdf](http://www.consilium.europa.eu/media/30727/drugs-strategy-2013_content.pdf)

Council of the European Union. 2017. *EU Action Plan on Drugs 2017–2020*. [online]. [Accessed 24 Jun. 2017]. Available from:

[http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52017XG0705\(01\)&from=EN](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52017XG0705(01)&from=EN)

Csete, J. et al. 2016. Public Health and International Drug Policy, *The Lancet*, 387: 1427-1480.

Dobrynina, M. 2008. Nusikalstimų baimės konstravimas žiniasklaidoje, *Teisės problemos*, 3/61:83-110.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. 2013. *PDU (Problem Drug Use) Revision Summary*. EMCDDA, Lisbon. [online]. [Accessed 24 Jun. 2017]. Available from: [www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_218205\\_EN\\_PDU%20revision.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_218205_EN_PDU%20revision.pdf)

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. 2017. *European Drug Report: Trends and Developments*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Gruodytė, E. 2010. Nusikalstamų veikų, susijusių su neteisėtu disponavimu narkotinėmis ir psichotropinėmis medžiagomis, dalyko probleminiai aspektai, *Jurisprudencija*, 4/122:153-167.

Gutauskas, A. 2013. Nusikalstamų veikų, susijusių su narkotinėmis ir psichotropinėmis medžiagomis, kvalifikavimo ypatumai teismų praktikoje, *Jurisprudencija*, 20/2:775-786.

Harm Reduction International. 2017. *What Is Harm Reduction?* [online]. [Accessed 24 Jun. 2017]. Available from: <https://www.hri.global/what-is-harm-reduction>

Koalicija “Galiu gyventi”. 2009. *Advocating for the Promotion and Development of Harm Reduction Programmes in Lithuania*. [online]. [Accessed 9 January 2017]. Available from: <https://www.opensocietyfoundations.org/reports/advocating-promotion-and-development-harm-reduction-programs-lithuania>

Koalicija “Galiu gyventi”. 2015. *Recommendations for Developing Harm Reduction Services and Improving Their Quality in Lithuania*. [online]. [Accessed 9 January 2017]. Available from: <http://www.harm-reduction.org/sites/default/files/inline/files/Lithuania%20Policy%20brief%20Eng.pdf>

Kuchalskis, K. and Gutauskas, A. 2009. Narkotikų prevencijos ir kontrolės politika Europos Sąjungoje: nuo standartų paieškos link unifikavimo, *Current Issues of Law*, 4:122-140.

Lankauskas, M. and Sirvinskiene, A. 2015. *Narkotikų vartotojų dekriminalizacijos galimybių apžvalga*. Research unpublished.

Lankauskas, M. 2017. *Jungtinių tautų narkotikų kontrolės mechanizmas ir naujausios narkotikų politikos tendencijos dėl disponavimo narkotikais savo reikmėms pasaulyje bei Lietuvoje*. [online] [Accessed 9 January 2017]. Available from: <http://teise.org/wp-content/uploads/2017/03/Lankauskas-JT-narkotiku-kontrolė-studija.pdf>

Latauskienė, E. 2012. Drug Crimes: Forward Looking Expectations and Challenges, *Jurisprudencija*, 19/1:331-350.

*Order of the Minister of Health of the Republic of Lithuania “Regarding the application of substitution treatment to treat opioid dependence and the definition of order of prescription, administration, storage and record of opioid substitution medicine in healthcare facilities”*. 2017. [online] [Accessed 25 October 2017]. Available from: <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.0D3F947E0AC8/yxBSguxDYG>

Lipsky, M. 2010. *Street-level Bureacracy. Dilemmas of the Individual in Public Services*. 30th ed. New York: Russel Sage Foundation.

Menneret, F. 2013. Harm Reduction: Archipelago Thinking. In: Medecins du Monde, *The History & Principles of Harm Reduction. Between Public Health and Social Change*. France: Centr’Imprim, pp. 6-10.

Rhodes, T. and Hendrich, D. 2010. Harm Reduction and the Main Stream. In: Rhodes, T. and Hendrich, D. (eds.) *Harm Reduction: Evidence, Impacts and Challenges*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, pp. 19-36.

Stumbrys, D. 2012. Moralinė panika dėl narkotikų interneto dienraštyje Delfi.lt, *Santalka: Filosofija, Komunikacija*, 20/1:70-77.

United Nations Office for Drugs and Crime. 2011. *Farmakoterapijos metadonu Lietuvoje vertinimas. Ataskaita*. [online] [Accessed 9 January 2017]. Available from: <http://galiugyventi.lt/wp-content/uploads/2014/02/UNODC-FM-LT-vertinimas.pdf>

World Health Organization, 2009. *Guidelines for Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence*. Geneva: WHO Document Production Services.

World Health Organization, 2016. *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*. Geneva: WHO Document Production Services. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246200/1/9789241511124-eng.pdf?ua=1>

World Health Organization, UN Office on Drugs and Crime, UN Joint Program on HIV and AIDS, 2012. *Technical Guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users*. Geneva: WHO Document Production Services.

## Summary in Lithuanian (Reziumė)

Magistro darbas „Narkotikų politikos (ne)kaita Lietuvoje: specialistų diskurso analizė“ – tai bandymas analizuoti kliūtis, kurios trukdo Lietuvai sekti kitų pažangių valstybių bei Europos Sąjungos patirtimi ir įgyvendinti narkotikų politikos virsmą žalos mažinimu grįstos narkotikų politikos linkme, paliekant baudžiamąją teisę grįstą politiką istorijos puslapiams. Analizuojant narkotikų politiką šiame darbe remiamasi Michael Lipsky teorija, kuri tiria politikos atmainas jos galutiniame kūrimo etape. Šis etapas – tai politikos įgyvendinimo etapas. Darbe remiamasi prielaida, kad gatvės lygio biurokratai, t. y. specialistai, kurių rankose atsiduria politikos įgyvendinimas, yra paskutiniai politikos kūrimo grandis, todėl būtent jie ir suteikia politikai jos galutinį pavidalą. Siekdama nustatyti ir paanalizuoti galimas politikos stagnacijos priežastis, pasirinkau tris priklausomybės ligų centrus – Vilniaus, Kauno ir Klaipėdos – kaip tiesioginius žalos mažinimo politikos įgyvendintojus Lietuvoje. Tyrimo centre – vienos žalos mažinimo intervencijos – farmakoterapijos metadonu – įgyvendinimas Lietuvoje. Įvairių sričių specialistai – gydytojai, socialiniai darbuotojai, slaugytojai ir centrų administracijos atstovai – buvo apklausti naudojant giluminio interviu metodą. Siekdama visapusiškiau patyrinėti politikos įgyvendinimo fenomeną, apklausiau ir minėtų įstaigų klientus. Analizę suskirsčiau į tris dalis: pakaitinio gydymo farmakoterapija suvokimą ir keliamus tikslus, paslaugų racionalizavimo ir atsakomybės už paslaugų efektyvumą priskyrimo elementus. Remiantis atliktu tyrimu, galima teigti, kad žalos mažinimo ir juo grįstos narkotikų politikos supratimas ir tikslų įsisavinimas yra būtini, siekiant sėkmingo paslaugų įgyvendinimo. Pacientų (klientų) organizacijos gali tapti priemone, padedančia suformuoti organizacijų vertybes ir vidinę kultūrą, atitinkančią žalos mažinimo paslaugų esmę, ir tokiu būdu užtikrinti, kad žalos mažinimu grįsta narkotikų politika Lietuvoje įgautų reikiamą pagreitį.

## Annex 1. Questionnaire for professionals

<p><b>Žalos mažinimo ir kiek tai susiję su FM, vertybių ir tikslų apibrėžtumas įstaigoje (arba neapibrėžtumas, išskydimas). Direktorius-vedėjas-darbuotojas. Kiek pilkų zonų (metodika-darbo tvarka-žalos mažinimo vertybės-asmeniniai įsitikinimai). Ar yra prieštarų? Ką jos lemia – apatiją, atsitolinimą, minimalias darbo pastangas ir pan. Koks konfliktas tarp tikslų ir visuomenės/kolegų ir klientų lūkesčių? Kaip konfliktas veikia darbą?</b></p>	
<p><b>Soc. darbuotojas/ gydytojas</b></p>	<p><b>Situacija</b></p>
<p>Ar teikia antrinio lygio FM paslaugas? Kaip atrodo paslaugos teikimas? Kas yra atvejo vadybininkas? Ir / ar užtikrinamos atvejo vadybos paslaugos? Jei nėra: pagal funkcijas: t. y. kas, iš specialistų, yra atsakingas už FM? Kokie be atsakingo specialisto specialistai dirba? Kokia jų funkcija? Kiek pacientų dalyvauja FM? Ar yra eilė? Kaip ji veikia? Kodėl dalyvauja tiek asmenų?</p>	
<p>Papasakokite, kas yra žalos mažinimas, kokie pagrindiniai žalos mažinimo principai ir vertybės. Ar jūsų įstaigoje jos yra tokios, kaip dabar išvardinote? Pateikite pavyzdžių, argumentų, kurie jums leidžia teigti / paneigti, kad žalos mažinimo principai ir vertybės yra jūsų įstaigoje?</p> <p>Kokios jūsų paties, kaip specialisto vertybės? Kas, jūsų nuomone, jums turėjo didžiausią įtaką suformuojant išvardintas vertybes?</p> <p>Kaip jūsų įstaigoje apibrėžiamas teikiamų žalos mažinimo paslaugų tikslas? Kas dalyvauja procese (darbuotojai, administracija, tik vadovai, pacientai ir pan.)? Kokiomis apibrėžtomis vertybėmis vadovaujatės dirbdamas? O jūsų kolegos? Ar pritariate įstaigos suformuotam tikslui ir vertybėms, o gal kažką darytumėte kitaip? Jei darytumėte kitaip – kodėl? Kokio tikslo tada būtų galima pasiekti?</p>	

Kuo tai būtų geriau / priimtinau?

Ko siekiama žalos mažinimo paslaugomis visuomenei? Ko siekiama pačiam paslaugos klientui? Ką apie tai manote – ar tai veiksminga? Ar naudinga? Verta investicijų? Naudinga asmeniui, visuomenei, įstaigai? Ką mano kolegos?

Ar vidutinis vilnietis/kaunietis/klaipėdietis pritaria FM ir žalos mažinimo paslaugų plėtrai, pacientų skaičiaus augimui programose? Ko iš šių programų tikisi miestietis? Ko tikisi jūsų įstaiga? Jūsų klientas? Ko tikėtės jūs pats? Jei nesutampa miestiečių / klientų / įstaigos ir jūsų lūkesčiai – kodėl jie nesutampa? Ką reiktų padaryti jums / įstaigai / miestiečiams / klientui padaryti, kad išsiaiškinti (sumažinti) skirtumus? Ar gali lūkesčių išsiskyrimas (nesutapimas) turėti įtakos jūsų darbo rezultatams?

Į jūsų įstaigą ir skyrių priimamas dirbti naujas žmogus. Ar pokalbio metu jam buvo papasakota apie įstaigos nustatytus tikslus ir vertybes? Kaip ir kada perduodamos žinios apie žalos mažinimo tikslus ir vertybes? Kaip šių dalykų supratimas aptariamas su naujuoju darbuotoju, kokie įrankiai naudojami (mokymai, susitikimai, mentorius bandomuoju laikotarpiu, konsultacijos su žmogiškųjų išteklių specialistu, rekomenduojama literatūra ir pan.)

Kaip vertinate žalos mažinimo paslaugų tikslų ir vertybių formavimą ir aptarimą jūsų įmonėje. Ar formuluojant tikslus, jūsų nuomone, yra atsižvelgiama į darbuotojų nuomonę/patyrimą? Jūsų konkrečiu atveju, ką darote, jei neatsižvelgia? Kaip įstaigos ir jūsų nuomonių išsiskyrimas lemia jūsų

<p>kasdienį darbą?</p> <p>Kas yra FM – žalos mažinimas ar atskira gydymo programa? Ką apie tai sako PSO? Ką – UNODC? Kokio požiūris apibrėžtas jūsų įstaigoje? Kokio požiūrio laikosi kolegos? Ką manote jūs?</p> <p>Koks yra jūsų įstaigoje apibrėžtas gydymo FM tikslas? Ką apie tai sako metodika, kuria vadovaujate? Ką manote jūs pats?</p> <p>Ko siekiama FM paslaugomis visuomenei? Ko siekiama pačiam paslaugos klientui? Ką apie tai manote – ar tai veiksminga? Ar naudinga? Verta investicijų? Naudinga asmeniui, visuomenei, įstaigai?</p> <p>Kaip apibrėžiate “pasveikimą”? Kokia tikimybė jūsų klientui “pasveikti”?</p> <p>Kas vadinama “beviltišku atveju”? Kaip su jais dirbate? Kaip apibrėžiate, koks atvejis yra “viltingas”? Kas rodo, kad atvejis iš darbuotojo pusės yra “viltingas” (pagarbus elgesys, taisyklių laikymasis ir pan.)? Kas rodo, kad atvejis iš paciento pusės yra “viltingas” (pacientas laikosi sutarties, atvirai bendrauja?)</p> <p>Ar jūsų tikslai ir vertybės sutampa su kolegų? Kaip jų (ne)pritarimas veikia jūsų sprendimus darbe?</p>	
<p><b>Kieno tikslai centre (į ką orientuota) – paciento, centro (e. g. lovodieniai) ar visuomenės (kad “narkomanai” nevogtų). Kodėl darbuotojas priima tokius sprendimus? Kokie jo argumentai?</b></p>	
<p>Kokiais principais vadovaujate dirbdami su FM pacientais? Kokia jūsų darbo specifika? Apibūdinkite savo darbą su klientu. Kaip dirbate su</p>	



<p>kolegomis priimdami sprendimus (slaugytoja, gydytojas, soc. darbuotojas)?</p> <p>Nuo ko, jūsų nuomone, priklauso gydymo FM veiksmingumas? Ką apie tai sako metodika ir įstaigos vertybės? Ar sutampa? Jeigu ne, kodėl? Ką laikote veiksmingu / siektinu rezultatu? Ką darote savo darbu, kad veiksmingumas didėtų / pasiektumėte rezultato?</p> <p>Kiek laiko konsultuojate klientą? Ar pakanka laiko? Ką darote, jei numatyto laiko nepakanka? Kokios įtakos šioje situacijoje turi klientas? Kaip jūsų sprendimus vertina kolegos?</p> <p>Kaip vyksta priėmimas į FM? Ką reikia pristatyti, turėti, su kuo pasikalbėti? Ar yra kokie nors reikalavimai, norint gauti paslaugą? Kokie? Ką apie tai manote? Ką sako metodika ir nustatyta įstaigos tvarka? Kaip elgiatės praktikoje? Ar sutampa? Jeigu ne, kodėl? Kaip turėtų būti? Ar kolegos dirba taip pat? Kaip kolegų (ne)pritarimas veikia konkrečius jūsų sprendimus?</p> <p>Ar tikrinama asmens motyvacija gydytis? Kaip tai daroma? Kaip turėtų būti?</p> <p>Kokia yra medikamento išdavimo į namus tvarka? Ką sako metodika ir nustatyta įstaigos tvarka? Kaip elgiatės praktikoje (ar taikote išimtis)? Ar sutampa? Jeigu ne, kodėl? Kaip turėtų būti? Ar kolegos dirba taip pat? Kaip kolegų (ne)pritarimas veikia konkrečius jūsų sprendimus dėl išdavimo į namus? (Kas priima sprendimą išduoti ar neišduoti (papasakokite apie procesą, kas rekomenduoja, tvirtina, kaip dalyvauja kiti specialistai, kieno sprendimu vadovaujamas kaip galutiniu)? Ar gavę priimtą sprendimą, jį svarstote papildomai? Ar</p>	<p>Likus 5 min. iki darbo pabaigos konsultacijai kreipėsi asmuo. Anksčiau ateiti nepavyko dėl darbo grafiko. Norėtų pasikonsultuoti dėl gydymosi FM, svarsto tokią galimybę. Ką darote?</p> <p>Asmuo neseniai pradėjo dalyvauti FM programoje, tačiau jam reikia kas porą savaitinių išvykti savaitgaliui darbo reikalais. Komandiruotės lapo nėra, nes dirba neoficialiai. Ką darote? Jei išduodate medikamentą pateikite pagrindinius argumentus kodėl / dėl kokių priežasčių taip nusprendėte. Jei neišduodate – kodėl? dėl kokių priežasčių nusprendėte neišduoti? (jei neišduoda dėl taisyklių parašytų / priimtų įstaigoje: Kaip jūs paaiškintumėte pagalbos teikimo vieną iš svarbiausių principų, kad žmogaus poreikiai yra svarbu?)</p> <p>Jūsų klientui sugipsuota ranka ir koja. Jo gyvenamoji vieta – už jūsų centro aptarnaujamų miesto ribų (arba kitas miestas), todėl pagal galiojančią tvarką medikamento pristatymas į namus negalimas. Ką darote?</p> <p>Asmuo turi FM lengvatą, tačiau jau porą</p>
--	---

<p>tiesiog pritariate ir nebeklausinėjate?)</p> <p>Papasakokite apie vizitus į namus. Kokiais atvejais vyksta? Kaip dažni šie atvejai? Kokiais atvejais atsisakoma vykti arba vizitui nepritarę jūsų vadovas / kolegos? Kas lemia jūsų sprendimus vykti / nevykti?</p> <p>Kaip elgiamasi, jei pacientas pažeidinėja taisykles (kokios jos)? Koks jūsų nuomone nustatytų taisyklių tikslas? Ką sako nustatyta tvarka, ką darote praktikoje? Ar sutampa? Jeigu ne, kodėl? Kaip turėtų būti? (duoti pvz.: vėluoja, vartoja papildomai, neateina ir pan.). Ar kolegos dirba taip pat? Kaip kolegų (ne)pritarimas veikia konkrečius jūsų sprendimus?</p> <p>Kaip atliekami šlapimo testai? Ką sako metodika ir nustatyta tvarka? Kaip elgiatės praktikoje? Ar sutampa? Jeigu ne, kodėl? Kaip turėtų būti? Ar kolegos dirba taip pat? Kaip kolegų (ne)pritarimas veikia konkrečius jūsų sprendimus? Koks, jūsų nuomone, šlapimo testų tikslas? Ar pasiekama to tikslo? Kokios, jūsų nuomone, šlapimo testų teigiamos (pvz. gali sakyti, kad padeda parinkti tinkamą medikamento dozę) ir neigiamos pusės (pvz. trukdo užmegzti atvirą kontaktą, įgyti pasitikėjimą ir t.t.)?</p> <p>Kada pacientas šalinamas iš programos? Ką sako metodika ir nustatyta įstaigos tvarka? Kaip elgiatės praktikoje? Ar sutampa? Jeigu ne, kodėl? Kaip turėtų būti? Ar kolegos dirba taip pat? Kaip kolegų (ne)pritarimas veikia konkrečius jūsų sprendimus dėl šalinimo iš programos?</p> <p>Kaip skiriama FM dozė? Ką sako metodikos? Kaip elgiatės praktikoje? Kam teikiate prioritetą (kuo</p>	<p>mėnesių vėluoja į paskirtas konsultacijas su soc. darbuotoju. Į paskirtą konsultaciją su gydytoju neatvyko ir nepranešė. Kaip sprendžiate situaciją? Kas lemia jūsų sprendimus?</p> <p>Asmuo jaučiasi nepatogiai, turėdamas šlapintis kito asmens akivaizdoje, prašo priverti duris. Kaip elgiatės? Kodėl? Kuo remsitės?</p> <p>Jūsų kolega visada perspėja klientus apie šlapimo testą. Jūsų kitas kolega skiria šlapimo testą konkrečiam savo klientui kasdien. Ką apie tai manote? Kaip reaguojate? Kodėl? Kuo remiatės?</p> <p>Asmens atliekami testai nuo pat FM pradžios rodo alkoholį ir kanapes. Asmuo gydos FM jau metus, tačiau testų rezultatai nekinta. Kaip spręsite situaciją? Kodėl? Kuo remsitės?</p>
---	--

<p>pirmiausia vadovaujatės): nustatytomis taisyklėmis ar paciento būkle, savijauta, išsakomais nusiskundimais? Ar sutampa? Jeigu ne, kodėl? Kaip turėtų būti? Kodėl? Ar kolegės dirba taip pat? Kaip kolegų (ne)pritartis veikia konkrečius jūsų sprendimus dėl dozės parinkimo/koregavimo?</p> <p>Gydymo trukmė. Ką sako metodikos? Kaip elgiatės praktikoje? Ar sutampa? Jeigu ne, kodėl? Kaip turėtų būti? Ar kolegės dirba taip pat? Kaip kolegų (ne)pritartis veikia konkrečius jūsų sprendimus susijusius su gydymo trukme?</p> <p>Ar įstaigoje yra panašiomis arba tokiomis pačiomis vertybėmis besivadovaujančių kolegų? Ar jūsų tikslai taip pat sutampa?</p>	
<p><b>Vertinimo sistema.</b></p>	
<p>Ar jūsų įstaigoje veikia darbuotojų vertinimo sistema? Kokie rezultatai vertinami, ar jie leidžia įvertinti jūsų darbo kokybę? Kodėl? Ar vertinime dalyvauja klientai? Kas dalyvauja?</p> <p>Kokiais darbo kokybės standartais vadovaujatės dirbdami (kas svarbiausia darbe)? Ar galėtumėte įvardinti pagrindinius jūsų įstaigos etikos kodekso principus? FM išdavimo į namus tvarką jūsų įstaigoje? Ar darbo tvarkos laikymosi pakanka įvertinti jūsų pastangas ir rezultatus?</p> <p>Kas labiau vertinama jūsų įstaigoje: nuosekliai konsultuojamo sunkaus paciento gerėjanti sveikatos, psichologinė ir emocinė būklė, būtina tolimesnei socialiniai adaptacijai, ar formalių reikalavimų išpildymas (pvz.: reguliariai pristatoma plaučių rentgeno nuotrauka; įrašas apie konsultaciją paciento</p>	<p>Jūsų kolega nuosekliai vadovaujasi darbo tvarka ir visomis FM išdavimo į namus sąlygomis. Ar jo vertinimas bus aukštas? Ar sutinkate su šiuo vertinimu?</p>

<p>asmens istorijoje ir t.t.). Kurios užduoties imatės dažniau? Kodėl? Jūsų nuomone, kokie įstaigos vadovų motyvai / tikslai nustatant vertinimo kriterijus (pvz. finansiniai: kad atitiktų ligonių kasų apmokėjimo taisykles; darbuotojų gebėjimų tobulinimo ir pan.)</p> <p>Kaip vertinimo rezultatai jus veikia? Kaip pats vertinimas veikia jūsų darbą? Renkatės pirmiau atlikti vertinimui reikalingas užduotis, ar jas atliekate paskiausiai? Kaip jūsų darbo prioritetai atitinka vertinimo sistemą? Ar jūs įtraukiamas į jūsų vertinimo / pasiekimų formulavimą ateinantiems metams? Jei taip – ar aktyviai dalyvaujate, siūlote vertinimo kriterijus? Ar tik formaliai juos suformuluojate?</p>	
<p><b>Kliento rolė – kokiais metodais ir kaip labai konstruojama? Kokiais metodais (ne)ribojamas paslaugų (FM) prieinamumas. Manipuliacijos išraiškos (creaming, bias) arba kliento kontrolė per darbo sąlygas.</b></p>	
<p>Ar FM pacientams taikoma paskatinimų ir nuobaudų sistema? Papasakokite. Koks jos tikslas? Ar ir kaip naudojate šią sistemą? Pagal nustatytą tvarką ar kitaip? Už ką dažniausiai skiriate nuobaudas (nurodykite bent tris priežastis)? Kodėl? Ar ši sistema, jūsų nuomone, reikalinga? Kodėl? Kaip ją apibrėžia metodika? Ko jūs siekiate bauddami pacientą (pvz. įrodyti kad jis nesilaiko taisyklių? Siekiate taip keisti jo elgesį į mažiau rizikingą ir t.t.)</p> <p>Kaip vyksta kliento konsultavimas. Kokios sąlygos tam keliamos (siuntimas, užsirašymas iš anksto, priėmimas tik tiksliau laiku ir pan.)? Kokia yra konsultavimo erdvė? Kaip, priklausomai nuo kliento poreikių, tai keičiama? Kas nulemia egzistuojančią (reikia siuntimų, užsirašymo ir t. t.) tvarką</p>	<p>Jūsų kolega nusprendė nuimti visų klientų lengvatas poras savaičių laikotarpiui, „profilaktiškai“. Kaip reaguojate?</p> <p>Penktadienio popietė. Jūsų klientas pranešė, kad kitas klientas pateko į autoįvykį ir yra ligoninėje. Ką darote? (metadonas vežamas tik d. d., iki pietų).</p> <p>Jūsų klientas dėl gydymo FM buvo užsiregistravęs gydytojo konsultacijai ir atvykęs vakar, tačiau neturėjo siuntimo. Šiandien jis atvyko su siuntimu, tačiau pamiršo užsiregistruoti. Gydytojas šiuo metu laisvas. Ką darote?</p>

<p>(vadovybė? Galiojantys teisės aktai ir / ar sveikatos sistema LT? Darbuotojų rekomendacijos, nes jiems taip patogiau?). Kaip kuriant šią tvarką dalyvaujate jūs? Kokių veiksmų imatės?</p> <p>Kaip gydymo procese dalyvauja klientas? (Į paslaugų teikimo procesą visada įtraukiu klientą: klientas dalyvauja sudarant gydymo planą, konsultuoju klientą pagal poreikį jam priimtinesnėje aplinkoje, klientas skambina persitarti dėl susitikimo laiko, konsultacijos trukmė pritaikoma pagal kliento poreikį, klientas drąsiai kreipiasi pasikonsultuoti papildomai jam neskirtu laiku.</p> <p>Ar individualizujete pagalbos planą? Jei taip – pateikite bent tris pavyzdžius?</p> <p>Nuo ko priklauso pokalbio su klientu tema, turinys? (Konsultacijos metu pacientas kalbasi visais, jam rūpimais klausimais. Pacientas yra atviras ir nejaučia poreikio slėpti jokios su sveikimo procesu susijusios informacijos). Kaip jūs dažniausiai pradodate pokalbį su klientu? (pasakykite pora sakinių, kuriais pradodate pokalbį / skatinate klientą kalbėtis).</p> <p>Jei paklausčiau jūsų klientų, ar jiems suteikiama visa jiems aktuali ir adresuota informacija, ką jie atsakytų? Kodėl? Kokiais atvejais informacija jūsų pacientų nepasiekia jūsų sprendimu?</p> <p>Kaip jūsų centre veikia informavimas apie FM tiems, kas dar nėra dalyviai (kitų skyrių pacientams (kokie tie skyriai), tiems, kas dar nesikreipė gydymo paslaugų)? Ar yra mobili klinika, žemas slenkstis, konsultantai lygus-lygiam, outreach, lankstinukai, video, žalos mažinimo specialistai etc.). Ar konsultuojami klientų artimieji? Kas konsultuoja?</p>	<p>Klientas jaučiasi nepatogiai ir nesiryžta kalbėtis, kadangi kabinete dar kartu dirba du jūsų kolegos. Jūs tai pastebite. Ką darote?</p> <p>Jūsų centre pradėjo veikti pacientų organizacija, siekianti atstovauti klientų teises. Pacientų grupės lyderiai jūsų paprašė informuoti visus klientus apie vykstančius grupės susitikimus. Kaip elgsitės?</p> <p>Jūs žinote, kad šiandien atsirado galimybė lengvesne tvarka priimti į FM vieną dalyvį. Keletas jūsų buvusių klientų yra minėję, kad norėtų dar kartą pabandyti gydytis FM. Kas lems jūsų pasirinkimą? (sveikimo perspektyvos, bloga sveikatos būklė, paslaugumas ir malonus bendravimas, disciplinuotumas pateikiant TB nuotraukas ir informaciją apie darbovietę it kt.)</p> <p>Situacija prie ekspertizės kabineto. Asmuo kategoriškai nesutinka su atlikto testo rezultatais (testas rodo papildomą vartojimą). Testo pakartoti iškart sakosi negalintis. Gali atlikti testą po poros valandų, nes turi vykti į susitikimą. Nesutinka su lengvatos nutraukimu. Asmuo reikalauja pasikalbėti apie situaciją su direktoriumi. Kaip reaguosite?</p>
---	---

<p>Kliento agresyvumas – kaip tai apibrėžiama? Kokiais atvejais klientui gali būti skiriama bausmė dėl agresyvumo? Kokiais atvejais klientai nesutinka su bausme? Kokia tikimybė, kad asmuo, nesutinkantis su personalo sprendimais, bus apkaltintas agresyvumu?</p> <p>Ar laikote savo darbo krūvį tinkamu? Ar tenka spręsti per didelio krūvio sukeltas problemas? Kokios jos būna? Kaip sprendžiate susiklosčiusią padėtį? Kaip manote, kiek jums galiotų argumentas, kad „darbo krūvis tiesiogiai proporcingas darbo laikui“ (Parkinsono dėsnis – apie tai, kad turėdami mažiau laiko, darbą atliekame greičiau, turėdami daugiau laiko, tą patį darbą dirbame ilgiau)? Ar manote, kad jūsų darbo krūvis galėtų būti per didelis dėl jūsų pačių negebėjimo planuoti darbo laiką? Kodėl?</p> <p>Hepatito C gydymas skiriamas ne visiems. Ar manote, kad jūsų klientai turėtų atitikti daugiau papildomų reikalavimų gydymui gauti, nei ne intraveniniu būdu užsikrėtę asmenys? Ar tai galioja visiems klientams, ar priklauso nuo konkretaus atvejo? Ar ir kaip motyvuojate klientus kreiptis dėl hepatito gydymo?</p> <p>Jūsų įstaigoje pradėjo dirbti naujas darbuotojas. Turite jam perleisti dalį savo pacientų. Kokie kriterijai lems jūsų pasirinkimą?</p>	<p>Jūs konsultuojamų klientų skaičius išaugo iki 40, jie skundžiasi jūsų atsainumu. Įrašų bylose neatlikote jau mėnesį. Ką darote?</p> <p>Jūsų klientas kreipėsi dėl hepatito C gydymo, tačiau jam buvo pasakyta kreiptis po pusės metų. Jūsų klientas gydos FM keturis mėnesius. Atlikti testai kartais rodo kanapių vartojimą. Klientas nesupranta, kodėl turi laukti pusę metų. Kaip paaiškinsite? Ką darysite? Kodėl?</p>
<p>Klientų organizacijos.</p>	
<p>Kaip jūsų (FM) klientai bendrauja tarpusavyje? Kaip</p>	<p>Jūsų klientas susirūpinęs, kad įėjimas</p>

<p>skatinamas jų bendravimas ir bendra veikla? Ar jūsų centre veikia pacientų organizacija/ savitarpio pagalbos grupė? Ką darote, kad bendravimas vyktų?</p> <p>Jei kliento netenkina teikiamos paslaugos, kaip sprendžiate situaciją? Ką patariate klientui šioje situacijoje? (rodyti iniciatyvą sprendžiant iškilusias problemas? Ar skatina pasyvumą ar aktyvumą, pvz. rašyti skundą, informuoja ir padeda tai atlikti. Užtikrina, kad skundas pasiektų vadovus/-ą, ar yra pressure specialist, kuris atlieka filtro f-ją.)</p> <p>Ar klientas gali keisti gydytoją ar atvejo vadybininką? Kas šiais klausimais informuoja / konsultuoja? Ką apie tai manote? Kaip dažnai įvyksta tokie pakeitimai? Kaip manote, kodėl?</p>	<p>nepritaikytas neįgaliesiems, todėl jo kolega turi pats ne tik užsikelti rankomis save, bet ir savo neįgaliojo vežimėlį, kad kiekvieną dieną išgertų metadono. Ką patarsite klientui?</p> <p>Gydytojas atsisako kelti FM dozę kliento prašymu, motyvuoja, kad tam turi būti fiksuotas papildomas vartojimas. Klientas sakosi nenorintis vien todėl vykti įsigyti ir vartoti heroino. Ką patariate klientui? Ką darysite pats?</p> <p>Klientė skundžiasi, kad šlapimo testo atlikimas žemina jos orumą, kadangi prižiūrinti slaugytoja laiko atidarytas duris į laiptinę. Slaugytoja motyvuoja darbo tvarka ir nesutinka labiau priverti tualetu durų. Ką patarsite pacientui? Ką darysite pats?</p> <p>Jūsų klientas jau pusę metų gydos FM, tačiau jums nepavyksta užmegzti pokalbio, klientas vengia konsultacijų. Reguliariai fiksuojamas papildomas kanapės ir alkoholio vartojimas. Kaip elgiatės?</p>
<p>Visuomenės įtaka.</p>	
<p>Ar manote, kad jūsų įstaigos teikiamos paslaugos yra kokybiškos? Ar jūsų teikiamų paslaugos padeda jūsų klientams? Ar kokybė galėtų būti geresnė? Kokių veiksmų imatės? Jei nesiimate, kodėl?</p> <p>Kaip į veiksmus reaguoja jūsų tiesioginis vadovas? Įstaigos vadovas? Kolegos? Kur dažniausiai ieškote palaikymo?</p>	

Kaip vertinate nuoseklų darbo tvarkos laikymąsi? Ar dažnai nukrypstate nuo darbo tvarkos? Kodėl? Ar tai gali turėti neigiamų padarinių jums? Ar tai gali turėti neigiamų padarinių visai įstaigai? Kokiais atvejais?

Ar jūsų įstaigoje daug darbuotojų specializuojasi ir dirba tik vienu konkrečiu klausimu (vaikų teisės, probacija etc)? Kaip tai veikia?

Kodėl ne visi atvejai yra sėkmingi? Kas galėtų juos padaryti sėkmingesnius? Kokių veiksmų imatės asmeniškai, kad sėkmingumas būtų padidintas?

Kaip gerinate savo paslaugų kokybę? (Turėdamas laisvo laiko, stengiuosi imtis iniciatyvų, gerinančių paslaugų kokybę klientams).

Siūlau pabaigai paprašyti tiriamojo papasakoti du atvejus: vieną, kai jis jautė pasitenkinimą savo atliekamu darbu, antrą, kai jautėsi priešingai.



## Annex 2. Questionnaire for clients

Vardas, miestas, kiek metų gydos

Kiek laiko dalyvaujate FM? Kas jus paskatino ateiti gydytis FM? Iš kur gavote šią informaciją? Ar ji pasitvirtino? Ar informacija paplitusi mieste? Kaip dažniausiai sužinoma apie FM? Ar kituose gydymo skyriuose (detokse) informuojama, sklaidomi mitai apie FM, motyvuojama kreiptis, konsultuojama? Kas tą daro? Ar yra koks nors kitas informavimo šaltinis, priklausanti centrui (mobili klinika, outreach, lygūs konsultantai, pacientų organizacijos, žalos mažinimo specialistai, lankstinukai, video etc.)? Ar esate gavęs iš ten informacijos apie FM?

Kaip atrodo paslaugos teikimas (sistema), papasakokite. Ar yra atvejo vadybininkas? Kas priima sprendimus? Kaip jūs pats dalyvaujate visame šiame procese?

Koks yra jūsų dalyvavimo FM tikslas? Ar tai jūsų asmeninis išsikeltas tikslas? Kaip tikslą formuluoja jūsų socialinis darbuotojas? Gydytojas? Ar jūsų asmeninis ir darbuotojo formuluojami tikslai sutampa? Kaip sekasi juos įgyvendinti?

Papasakokite, kaip vyksta konsultacija. Kaip dažnai lankotės? Kodėl?

Ar konsultacijos nėra per trumpos/per ilgos?

Apie ką kalbatės konsultacijos metu? Ar eidamas į konsultaciją, žinote apie ką kalbėsitės? Ar pavyksta pasikalbėti apie tai, ką buvote suplanavęs?

Ar yra dalykų, susijusių su gydymo eiga, kurių nedrįstate pasakyti savo socialiniam darbuotojui/gydytojui? Kodėl? (kokias papildomas medžiagas vartojate / švirkščiatės, naloksono receptai). Kaip į tai reaguotų jus konsultuojantys specialistai (skiria nuobaudas, kalbasi, mažina / didina FM dozę, siūlo išeiti iš programos / šalina)?

Kaip vertinate konsultacijų erdvę? Ką darote, jei ji netinkama / nepriimtina? Ką siūlo konsultuojantys specialistai?

Kaip skiriami ir atliekami testai? Ar jie reikalingi? Ar jums padeda? Kaip vertinate testų skyrimą ir atlikimą? Ką darote, jei nepriimtina? Ką siūlo konsultuojantys specialistai?

Ar turite lengvatą? Kaip ją gavote (kokius reikalavimus reikėjo išpildyti)? Ar buvote ją praradęs? Dėl kokios priežasties? Ar buvo priežasčių, kurios jums pasirodė nepagrįstos? Ką darėte?

Ar kada nors buvo situacija, kai dėl sveikatos būklės negalėjote atvykti medikamento? Ką darė jus konsultuojantis specialistas? Papasakokite apie vizito į namus tvarką.

Ar buvote pašalintas / iškritote iš gydymo? Kodėl? Ar buvo priežasčių, kurios jums pasirodė

nepagrįstos? Ką darėte?

Ar gydytojas atsižvelgia į jūsų nuomonę dėl dozės reguliavimo / skyrimo? Ką darote, jei ne?

Apie ką dažniausiai šnekate su savo socialiniu darbuotoju? Kviečia atvykti pokalbiui apie jūsų savijautą, prašo pristatyti dokumentus (birža, TB), rūpinasi jūsų įsidarbinimu?

Ar esate norėjęs pakeisti jus konsultuojantį specialistą? Kodėl? Ar pakeitėte? Kodėl?

Ar esate pildęs jus konsultuojančių specialistų vertinimo anketas ar kitaip dalyvavęs vertinant darbuotojus? Ar manote, kad tai būtų naudinga? Kodėl?

Ar jums grėsė nuobauda dėl agresyvumo? Ar elgėtės agresyviai? Papasakokite apie situaciją.

Ar esate keitęs soc. darbuotoją ne savo noru? Kokia tai situacija, papasakokite. Kaip jautėtės? Kas galėjo lemti keitimą?

Ar bendraujate su kitais FM dalyviais? Kaip? Ką darote, kad bendradarbiavimas vyktų?

Ar centre sudarytos sąlygos šiam bendravimui? Ar veikia pacientų grupė ar organizacija? Kaip ji dalyvauja priimant su jūsų gydymu susijusius sprendimus / iškilusius trukdžius? Kaip ji atsirado / įsikūrė? Kokių rezultatų pasiekėte? Ar centras padeda jums skleisti informaciją apie organizaciją? Kaip (ne)palaiko jūsų veiklą?

Ar kokios nors paslaugos jums buvo mokamos? Kokios? Ar žinote priežastį? Ar buvo pasiūlytas sprendimas, kad paslauga taptų nemokama? Ar esate soc. draustas? Ar praradęs draustumą, prarandate ir paslaugą? Jei ne, kodėl?

Ar šis centras yra artimiausias pagal jūsų gyvenamąją vietą? Jei ne, kodėl gydotės čia? (vienintelė galimybė, tinkamesnis laikas, geresnės paslaugos ir pan.)

Ar jums patogios centro darbo valandos?

Ar galima derinti / perkelti konsultacijos laiką? Ar tai darote? Kodėl taip / ne?

Ar galite užsukti konsultacijai iš anksto nesusitaręs, bet kai specialistas laisvas? Ar yra buvę, kad specialistui esant laisvam, dėl kokių nors priežasčių vis tiek nebuvote priimtas?

Ar jums suprantama centre veikianti eilių sistema? Papasakokite apie ją. Ar ji turi išimčių, ar jos buvo jums taikomos? Kokios įtakos jūsų sprendimui dėl paslaugos gavimo turi laukimo laikas? Papasakokite konkrečią situaciją, nutikusią centre per pastaruosius metus.

Ar per pastaruosius metus buvote priverstas laukti, nors situacija akivaizdžiai leido jus priimti anksčiau?

Papasakokite apie medikamento išdavimą. Kiek laiko trunka jūsų įprastas apsilankymas

medikamentui gauti?

Papasakokite, kaip patekote į gydymo programą. Kokių reikalavimų turėjo įgyvendinti? Kiek ilgai truko procesas? Ką reikėjo pristatyti? Kur reikėjo nuvykti? Su kuo pasikalbėti?

Kas jums teikė informaciją apie gydymą pradžioje? Ar pasitikėjote šia informacija? Ar ji jums buvo suprantama? Ar ji sutapo su draugų / pažįstamų patirtimi? Kas kėlė baimę?

Ar buvo konsultuojami jūsų šeimos nariai? Ar buvo toks poreikis? Ar siūlė konsultuoti? Kas konsultavo? Kaip vyko konsultacija?

Ar jus konsultuojantis gydytojas / soc. darbuotojas pateikia aiškią informaciją? Ar per pastaruosius metus esate susidūręs su per sudėtingu informacijos pateikimu, atsisakymu paaiškinti nesuprantamą informaciją / situaciją? Kaip elgėtės?

Ar jus konsultuojantys specialistai per pastaruosius metus (kaip vėliau sužinojote) yra nesuteikę jums aktualios informacijos (apie centre vykstančius užsiėmimus ar renginius, paslaugas, jūsų gydymo eigą, medikamentus)? Kaip manote, kodėl? Ką darėte?

Ar per pastaruosius metus esate gavęs papildomos informacijos, kuri nebuvo visiems prieinama, tačiau konkrečiai jums leido geriau pasinaudoti centro teikiamomis paslaugomis?

Ar per pastaruosius metus jus konsultuojantis specialistas yra reiškęs neigiamas pažiūras į jus, jūsų artimuosius, jūsų priklausomybę?

Ar per pastaruosius metus esate jautęs psichologinį spaudimą iš konsultuojančio specialisto pusės (gąsdinimas ar grasinimas, nepagarbus elgesys ar žodžiai)?

Ar per pastaruosius metus prisimenate kokį nors konsultuojančio specialisto elgesį, kuris būtų privertęs jus suabejoti ar dar norite lankytis pas specialistą / gydymo įstaigoje / tęsti gydymą apskritai?

Ar baiminotės dėl savo duomenų slaptumo? Ar jus konsultuojantis specialistas yra tyčia ar netyčia kalbėjęs apie jūsų sveikatos būklę netinkamoje aplinkoje (esant kitiems pašaliniams asmenims, koridoriuje ir pan.)?

Ar per pastaruosius metus konsultuojantis specialistas atsisakė padaryti nuolaidą, motyvuodamas tvarka / taisyklėmis? Ar manote, kad ją buvo galima padaryti? Kaip tai jus paveikė? Ar tokios situacijos dažnos?

Ar esate jautęs darbuotojo asmeninę antipatiją? Kaip tai pasireiškė? Ką darėte?

Ar dažnai susidaro įspūdis, kad kitiems klientams sudaromos geresnės sąlygos? Kodėl taip manote? Gal yra konkrečių situacijų, kurias galite nupasakoti?

Ar koks nors specialisto elgesys ar žodžiai yra leidę jums suprasti, neturėtumėte reikšti nepasitenkinimo paslauga ar jos atlikimu? Papasakokite.

Kas informuoja apie skundo galimybę? Ar žinote kokia skundo registravimo tvarka? Kaip sužinojote? Ar kada nors norėjote pildyti skundą? Kodėl? Kokiais klausimais esate pildę skundą? Kodėl nusprendėte, kad to (ne)reikia? Ar centre yra konkretus asmuo, kuris dirba skundų klausimais? Ar jo darbas jums padeda, ar trukdo pasiekti norimo kokybės gerinimo rezultato? Ar specialistas yra jus kada nors įkalbinėjęs ar atkalbinėjęs rašyti skundą?

Ar jus konsultuojantis specialistas dažnai jus siunčia pas kitus specialistus? Ar visada aiškus to tikslas ir nauda? Ar per pastaruosius metus esate suabejoję tokių nukreipimu nauda ar praktiškumu?

## Annex 3. Interviews

### VILNIUS CENTRE FOR ADDICTIVE DISORDERS

1. Aistė, socialinė darbuotoja, VPLC, dirba 2 m.

**Ar teikia antrinio lygio FM paslaugas? Kaip atrodo paslaugos teikimas? Kas yra atvejo vadybininkas? Ir / ar užtikrinamos atvejo vadybos paslaugos? Jei nėra: pagal funkcijas: t. y. kas, iš specialistų, yra atsakingas už FM? Kokie be atsakingo specialisto specialistai dirba? Kokia jų funkcija? Kiek pacientų dalyvauja FM? Ar yra eilė? Kaip ji veikia? Kodėl dalyvauja tiek asmenų?**

FM programą vykdo du skyriai, ambulatorinis ir soc. pagalbos skyrius. Ambulatoriniame dirba gydytojai psichiatrai ir slaugytojos, kurie konsultuoja žmones ir teikia jiems paslaugas. O socialinės pagalbos skyriuje dirba soc. darbuotojai, atvejo vadybininkai, kurie teikia psichosocialinę pagalbą metadono programos dalyviams.

**Papasakokite, kokios funkcijos.**

Sprendimus priimami tariantis su pačiu klientu. Sveikatos klausimais – gydytojas. Kompleksiniais klausimais – gydytojas, soc. darbuotojas ir klientas.

**Kiek skyrius turi FM klientų?**

Aš asmeniškai turiu 34, iš viso turime apie 300. Tiek dar nesiekia, bet apie tiek.

**Ar yra eilės?**

Eilės šiuo metu nėra, buvome informuoti praeitą savaitę. Principas yra toks, kad jei žmogus atvyksta su siuntimu iš gydytojo dėl konsultacijos pas mus, dėl metadono programos, ir yra eilė, yra užsirašomi asmens duomenys, yra atsakingas už tai asmuo, jis atsiradus vietai tiesiog susisiečia su tuo žmogumi, yra tam tikra tvarka, skambinama tris dienas iš eilės, arba parašo e-mail, priklauso, kaip žmogus pageidauja.

**Gal žinai, kodėl būtent tiek asmenų šiuo metu dalyvauja gydymo programoje?**

Spėju, atsiremia į finansavimą.

**Pereikime prie kitos temos. Papasakokite, kas yra žalos mažinimas, kokie pagrindiniai žalos mažinimo principai ir vertybės. Ar jūsų įstaigoje jos yra tokios, kaip dabar išvardinote? Pateikite pavyzdžių, argumentų, kurie jums leidžia teigti / paneigti, kad žalos mažinimo principai ir vertybės yra jūsų įstaigoje?**

Visų pirma, metadono programa yra gydymas Lietuvoje. Žalos mažinimas... niekada nebuvo susidėliojus galvoj, koks yra tikslus apibrėžimas. Visų pirma, žalos mažinimu nesiekama žmogaus

paskatinti nevirtoti, jis tiesiog priimamas toks, koks yra, su jo požiūriu, jeigu jis negali nustoti virtoti, tai priimamas vartojimo faktas ir dirbama yra su tuo. Svarbiausia, kad būtų sumažinta žala vartotojo sveikatai, kitoms jo gyvenimo sritims.

Pas mus egzistuoja paslauga – mobili klinika. Mes vykstame į vietas, kur renkasi narkotikų vartotojai: taboro prieigos, stotis, ir daliname švirkščiamąją įrangą (tvarsčius, pleistrus, adatas). Tai čia būtų žalos mažinimo...

**Žalos mažinimo vertybes pastebite tik toje komandoje, kuri dirba su mobilia klinika? Kituose skyriuose šių vertybių nėra?**

Taip. Galėčiau taip sakyti. Pas mus yra nevirtojimo paradigma.

**Kokios yra jūsų, kaip specialistės vertybės? Kas turėjo įtakos jas formuojant?**

Studijos. Berlyne. Kur buvo nuolat akcentuojama, kad reikia „pasiimti“ žmogų iš ten, kur jis yra, nebandyti jo tempti iki tam tikros kartelės ir tada pradėti su juo dirbti, o pradėti dirbti iš karto. Aš irgi stengiuosi priimti savo klientus kokie jie yra, ar vartojantys papildomai, ar ne. Ir taikytis prie jų individualios situacijos.

**Kaip apibrėžiamas žalos mažinimo paslaugų tikslas?**

Galiu tik spėti. Jei tai švirkštų dalinimas, tai siekiama pritraukti kuo daugiau žmonių pas mus į gydymą, į pagalbos sistemą.

**Ar tą tikslą kuriant dalyvauja darbuotojai? Kas dalyvauja procese?**

Manau, kad darbuotojai daug nedalyvauja. Klientai – pagal tai, ką jie ima, ir ko jie klausia, tą informaciją gaunant galima truputėlį koreguoti, bet manau, kad viskas „iš viršaus“ nuleidžiama.

**Kaip?**

Įsivaizdavimas: metų gale pateikiama kažkokia statistika, pagal tai žiūrima, kas keičiasi ir pagal tai daromi kažkokie sprendimai. Kurie, spėju, yra daromi administracijoje, gal dalyvauja skyrių vedėjai, turbūt yra tariamasi ir su darbuotojais. Man labai sunku kalbėti, aš nedirbu mobilioje klinikoje.

**Minėjote, kad FM nėra žalos mažinimas. Tai yra atskira gydymo programa.**

Taip, įstatymuose taip yra nurodyta, kad FM yra gydymas, prilyginamas netgi kognityvinei psichoterapijai, vienas iš gydymo būdų. PSO, kiek esu girdėjusi, labiau metadoną vertina kaip žalos mažinimą.

**Koks jūsų įstaigos požiūris?**

Kad tai yra gydymas, gydymas opioidiniais vaistais.

### **Metodika apibrėžia?**

Manau, kad rasčiau argumentų ir už, ir prieš abiem atvejams. Bet pats metadonas, manau, kad jis negydo. Vis tiek turi vykti darbas šalia, su soc. darbuotoju, su psichologu. Nes pats medikamentas gali turbūt tik sumažinti žalą, suvartojamų narkotikų kiekį kažkiek.

### **Koks jūsų įstaigoje apibrėžtas FM tikslas?**

Vienam iš dokumentų, man atrodo sutartyje, kai pasirašo žmogus sutartį, prašymą dėl ko jis nori gydytis metadonu, ten yra pastraipėlė, kad siekiama tuos žmones reintegruoti į visuomenę, padėti susitvarkyti socialinę situaciją, įsidarbinti galbūt, sumažinti nusikalstamumą. Bet vis dėlto tai vis tiek yra gydymo programa.

### **Ar jūs šiais tikslais vadovaujatės dirbdama? Siekiate reintegruoti į visuomenę, mažinti nusikalstamumą...**

Ir čia dabar girdžiu, kad vis tiek yra žalos mažinimas. Taip, būtent to ir siekiu. Nesiekiu, kad žmogus nutrauktų vartojimą, ypač jei yra tam nepasiruošęs ar negali, bet siekiu to, kad jam nereikėtų užsiimti nusikalstama veikla, kad jis turėtų pinigų, laiko kitiems dalykams. Būtent to ir siekiu.

### **Ar kolegos vadovaujasi tokiais principais, siekia tokių dalykų?**

Ne visi. Manau kad dalis taip, o dalis siekia, kad žmogus nevirtotų visiškai, tai jų didžiausia siekiamybė.

### **Ar šis tikslas yra kažkur suformuluotas oficialiuose dokumentuose?**

Ne.

### **Ko siekiama FM visuomenei?**

Nusikalstamumo sumažėjimas yra naudingas visuomenei, kas liečia visuomenės sveikatą, ligas, neplinta ligos. Jeigu narkotikų vartotojas gauna naują švarią švirkščiamąją įrangą, sumažėja tikimybė, kad plis hepatitas C, tuberkuliozė – dar vienas variantas. Kai žmogus yra sistemoje, jis yra stebimas, galima stebėti jo sveikatos būklę ir apsaugoti nuo rimtesnių susirgimų.

### **Kuo naudinga asmeniui?**

Prie visko, ką išvardinau... gauna medikamentą, yra apsaugotas nuo abstinencijos, gali gauti paramą, iš soc. darbuotojo, psichologo, gali lankytis pas gydytoją.

### **Kaip mano jūsų kolegos apie tai, kodėl FM yra naudinga visuomenei ir asmeniui?**

Labiausiai džiaugiasi, kad nevagia.

**Ar vidutinis vilnietis/kaunietis/klaipėdietis pritaria FM ir žalos mažinimo paslaugų plėtrai, pacientų skaičiaus augimui programose? Ko iš šių programų tikisi miestietis? Ko tikisi jūsų įstaiga? Jūsų klientas? Ko tikitės jūs pats? Jei nesutampa miestiečių / klientų / įstaigos ir jūsų lūkesčiai – kodėl jie nesutampa? Ką reiktų padaryti jums / įstaigai / miestiečiams / klientui padaryti, kad išsiaiškinti (sumažinti) skirtumus? Ar gali lūkesčių išsiskyrimas (nesutapimas) turėti įtakos jūsų darbo rezultatams?**

Kiek kalbu su žmonėmis, kurie nėra susidūrę su priklausomybės temomis, jie nelabai įsivaizduoja, kas tai yra, ir kodėl tai yra gerai. Kai jau aš paaiškinu, pateikiu savo nuomonę, kodėl tai yra gerai, tada jie paklauso ir pasako, gerai, nes nusikalstamumas mažėja. Šiaip iš esmės ta nuomonė yra neigiama, kodėl neigiama... Nes nėra švietimo arba jis yra ne toks.

### **Ką daro įstaiga?**

Mūsų įstaiga turi fb paskyrą, kur pateikiame tam tikros informacijos ir aš tikiu, kad ji pasiekia žmones. Aš irgi pasidalinu su savo draugais. Vedam mokymus, būtent mūsų skyrius yra atsakingas už mokymų vedimą. Mokymų metu tema gali būti šiek tiek kitokia, bet vis tiek visi pvz eina per vartotojų prizmę, per mūsų pagalbą, mūsų vaidmenį, metadono programą. Manau, kad asmenys taip gali gauti informacijos. Konsultuojame žmones iš gatvės, artimuosius kviečiame.

### **Visuomenė nepritaria, kaip jus tai veikia?**

Mane labiau motyvuoja, aš noriu kuo daugiau žmonių papasakoti.

**Į jūsų įstaigą ir skyrių priimamas dirbti naujas žmogus. Ar pokalbio metu jam buvo papasakota apie įstaigos nustatytus tikslus ir vertybes? Kaip ir kada perduodamos žinios apie žalos mažinimo tikslus ir vertybes? Kaip šių dalykų supratimas aptariamas su naujuoju darbuotoju, kokie įrankiai naudojami (mokymai, susitikimai, mentorius bandomuoju laikotarpiu, konsultacijos su žmogiškųjų išteklių specialistu, rekomenduojama literatūra ir pan.)**

Prisimenu tik pokalbį, kai mane priėmė pirmąkart dėl praktikos, manęs paklausė, ar aš įsivaiduoju, su kokia grupe aš dirbsiu, koks tai galėtų būti darbas. Taip. Paklausė, kiek aš turiu žinių. Labai išsamios informacijos neteikė.

### **Tai kaip išmokote apie tas vertybes?**

Manau, kad padėjo empatija, konsultacijos su tais pačiais klientais, taip pat kai kurie kolegos. Oficialiai, kas liečia įstaigą, informacijos mažokai.

### **Kaip vertinate tikslų aptarimą?**



Silpnai. Galėtų būti daugiau, galėtų būti mokymai, teikiamos rekomendacijos, tos pačios literatūros, straipsnių, video. Kartais susidarau vaizdą, kad žmonės tiesiog atidirba savo valandas.

### **Ką darote, kad būtų kitaip?**

Kad būtų kitaip, nežinau, ar darau. Stengiuosi labiau dėl savęs, stengiuosi labiau suprasti žmonių poreikius.

Manau, kad paprastas darbuotojas, vykdytojas nelabai gali tai įtakoti mūsų įstaigoje.

### **Kaip apibrėžiate “pasveikimą”? Kokia tikimybė jūsų klientui “pasveikti”?**

Man yra išsisknijęs, kad asmuo turėtų nebevertoti.

### **Ko?**

Dar svarstau apie tai, ar jis turėtų nebevertoti heroino, jeigu dėl to jis yra mūsų programoj. Nors pas mus yra tas dalykas, kad papildomas vartojimas yra vartojimas bet ko, netgi alkoholio. Bet aš nesu visiškai patenkinta ta nuomone.

### **Ta nuomonė iš kolegų, vadovų?**

Iš visur. Dokumentuose irgi yra aprašyta, kad jei asmuo atvyksta pavartojęs alkoholio, jam gali būti neišduodamas metadonas. Kad bet kokios psichoaktyviosios medžiagos vartojimas yra traktuojamas kaip papildomas vartojimas, o papildomas vartojimas yra pažeidimas.

**Kaip elgiamasi, jei pacientas pažeidinėja taisykles (kokios jos)? Koks jūsų nuomone nustatytų taisyklių tikslas? Ką sako nustatyta tvarka, ką darote praktikoje? Ar sutampa? Jeigu ne, kodėl? Kaip turėtų būti? (duoti pvz.: vėluoja, vartoja papildomai, neateina ir pan.). Ar kolegės dirba taip pat? Kaip kolegų (ne)pritarimas veikia konkrečius jūsų sprendimus?**

Na jeigu asmuo daro pažeidimus programoje, jis netenka tam tikrų lengvatų. Jei yra fiksuojamas papildomas vartojimas, nesvarbu, kanapės, alkoholis, jis gali netekti lengvatinio metadono išdavimo trims mėnesiams.

**Kas vadinama “beviltišku atveju”? Kaip su jais dirbate? Kaip apibrėžiate, koks atvejis yra “viltingas”? Kas rodo, kad atvejis iš darbuotojo pusės yra “viltingas” (pagarbus elgesys, taisyklių laikymasis ir pan.)? Kas rodo, kad atvejis iš paciento pusės yra “viltingas” (pacientas laikosi sutarties, atvirai bendrauja?)**

Daro daug pažeidimų, su juo nepavyksta susikalbėti. Nėra motyvuotas sveikti, nevykdo savo įsipareigojimų, jis praranda privalomąjį sveikatos draudimą, nesirūpina savo sveikata, nedirba, vartoja psichoaktyvias medžiagas, alkoholi.

**Ar tai jūsų asmeninė nuomonė?**

Paimta. Aš niekada negalvoju apie beviltiškus atvejus, aš matau potencialą visada.

### **Kur išmokote tų punktų?**

Iš visuomenės normų. Koks yra normalus žmogus. Jis dirba, rūpinasi savimi, nepiktnaudžiauja kažkuo. Ir stengiamės įkišti jį į tas normas. Ir jei jis to nevykdo, tai matyt yra beviltiškas.

### **Ar jūsų tikslai ir vertybės sutampa su kolegų? Kaip jų (ne)pritarimas veikia jūsų sprendimus darbe?**

Dažniausiai ne. Kartais dėl to kyla ir ginčų. Nes nereguliarus lankymasis metadono kabinete man nėra labai didelė problema, aš tada su žmogum kalbuosi, o ne tarkim, sakau, kad žmogus yra beviltiškas ir aš jį tuoj perkelsiu į žalos mažinimą, kur jis nenori, nes ten jam nesudarytos patogios sąlygos.

Kažkiek veikia, labiausiai tai veikia mane pačią, nes aš tada pasimetu tarp savo vertybių, nebesu tikra, ar esu teisi. Kartais tuos sprendimus priimu labiau saugodamasi, galbūt, labiau kliento nenaudai. Bendraminčių kolegų yra kokių 20–30 proc.

### **Apibūdinkite savo darbą su klientu. Kaip dirbate su kolegomis priimdami sprendimus (slaugytoja, gydytojas, soc. darbuotojas)?**

Aš teikiu konsultacijas, dažniausiai pats žmogus ateina tiesiog pas mane, jeigu turi kažkokį klausimą, problemą, skundą, džiaugsmą. Taip pat yra nustatyti tam tikri privalomi dalykai: kraujo tyrimai kartą per metus, tyrimas dėl TB. Aš visa tai stebiu, kad asmuo atliktų. Visas darbas vyksta gydymo ir tyrimų plano pagrindu, t. y. planas, kuris sudaromas trims mėnesiams. Jame yra privalomi punktai: gydytojo, psichologo konsultacija dėl poreikio įvertinimo, mano konsultacijos ir ką dar žmogus yra pats numatęs atlikti, pvz. užsiregistruoti į darbo biržą. Atsiranda, aišku, ir visokių šalutinių, per tris mėnesius situacija nuolatos kinta, atsiranda naujų klausimų, krizių, praranda gyvenamąją vietą. Tada aš tarpininkauju su tam tikrom institucijom arba žmogų lydziu ir jam padedu.

Daug sprendimų aš galiu priimti beveik vienašališkai, jei tai neišlenda iš bendrųjų taisyklių. Pvz. aš turiu teisę žmogų palydėti kažkur, tą galiu nuspręsti padaryti pati, susitarusi su kolege.

Kitas dalykas yra jei pas mus numatyta stebėti psichoaktyviųjų medžiagų vartojimą atliekant šlapimo testus, o mano klientas nori atlikti seilių testą, tą jau turiu derinti su vadovu ir su administracija.

Nėra itin dažnas atvejis, kad sprendimą priima visa komanda. Į sprendimo priėmimą įsitraukia gydytojas, jei yra atkrytis, jei siejasi labiau su medicina, yra sprendžiama dėl lengvatos nutraukimo arba sustabdymo. Visi tryse konsultuojamės su klientu, su gydytoju. Asmuo teikia argumentus,

kodėl jam reikėtų lengvatos, gydytojas sako, ką mano, ir kokia yra galima medikamentinė pagalba, aš kalbu apie socialines pasekmes. Slaugytoja mato žmogų kasdien, todėl irgi gali pakomentuoti išorinius objektyvius dalykus, gal žmogus ateina dažniau apsvaigęs.

**Nuo ko, jūsų nuomone, priklauso gydymo FM veiksmingumas? Ką apie tai sako metodika ir įstaigos vertybės? Ar sutampa? Jeigu ne, kodėl? Ką laikote veiksmingu / siektinu rezultatu? Ką darote savo darbu, kad veiksmingumas didėtų / pasiektumėte rezultato?**

Nuo įtraukimo asmens į bendruomenę, į tą paramą, kuri jam suteikiama. Ryšys labai svarbus. Įstaigos vertybės ne taip suformuotos. Instrukcijos yra labiau formalios. Taip, mes akcentuojame motyvacinį interviu ir kai reikėtų dirbti su klientu, tačiau visos taisyklės kalba apie kiekį, ne kokybę.

**Kaip atsiranda kokybinės?**

Manau, kad individualios. Nes darbuotojai turi labai daug laisvės, kokius sprendimus jie priims, ir tai yra dažnai nulemta asmeninių vertybių.

**Kas yra siektinas rezultatas?**

Žmogus rūpinasi savo sveikata, grįžta į visuomenę, įsitraukia į veiklas.

**Ką darote savo darbu?**

Sukūrėme FM savitarpio pagalbos grupę. Susitinkame kartą per savaitę, kalbamės apie mums svarbius klausimus. Tai – saugi erdvė, kur visi gali kalbėti ir visi yra lygūs. Informacija už grupės ribų neišėina, kitų socialinių darbuotojų nepasiekia, aš jiems neperduodu. Organizuojame akcijas. Siekiame pagerinti narkotikų vartotojų padėtį. Visų pirma kalbamės apie tai kas pas mus centre jiems kliudo, kokios galimos išeitys. Esame kreipęsi į valstybines institucijas dėl tam tikrų dalykų. Klientai organizavo protesto akciją. Manau, kad tikslas yra juos įgalinti, būti bendruomenėje, kažką daryti kartu, pamatyti, kad tai gali duoti kažkokius rezultatus. Aišku, tai nėra tik darbas. Kitą savaitę eisime į gyvūnų prieglaudą, ekskursiją. Noriu, kad žmonės susidraugautų, pajautų, kad jie yra saugūs ir norimi, pageidaujami. Skatinu situaciją keisti.

**Ar žinoma skundo rašymo tvarka?**

Tikrai ne. Tą išsiaiškinome per pirmąjį susitikimą. Iš tikrųjų žmonės net nežino, į ką jiems reikėtų kreiptis, jei jie turi kažkokių skundų. Iš kitos pusės, jie nėra labai motyvuoti skųstis, jų savivertė yra menka ir nusmukdyta, jie sako “ką aš skųsiuos, kas manes klausys”.

**Ar klientas gali keisti gydytoją ar atvejo vadybininką? Kas šiais klausimais informuoja / konsultuoja? Ką apie tai manote? Kaip dažnai įvyksta tokie pakeitimai? Kaip manote, kodėl?**

Gali tai padaryti. Praeitą savaitę pasiūliau vienai savo klientei pakeisti soc. darbuotoją. Ji ateidavo ne mano darbo metu, vėliau, mes neatradome ryšio, mačiau, kad su mano kolege jai sekėsi geriau. Ji labia pergyveno ir sakė, kad nenori man pridaryti problem. Bet manau, kad svarbu, kad žmogu gautų reikiamą pagalbą.

### **Kas informuoja?**

Retai išreiškiamas noras keisti. Aš visada informuoju apie šią galimybę. Atvejo vadybininkas informuoja apie skundo rašymo tvarką ir apie galimybę keisti soc. darbuotoją. Klientai nėra informuojami, kai kurie yra rašę savo iniciatyva, bet nežinau, iš kur jie gavo tas žinias.

### **M: Likus 5 min. iki darbo pabaigos konsultacijai kreipėsi asmuo. Anksčiau ateiti nepavyko dėl darbo grafiko. Norėtų pasikonsultuoti dėl gydymosi FM, svarsto tokią galimybę. Ką darote?**

Konsultuosiu asmenį. Nes manau, kad svarbu, kad žmogus atėjo, kad ir likus penkioms minutėms. Man tai svarbu. Dar vienas variantas – paklausti kolegės, ar ji negali tuo metu pakonsultuoti, jei skubu namo ar turiu kokių kitų reikalų. Galima pasiūlyti ateiti ir kitu laiku, bet patirtis rodo, kad tada “pameti” tą žmogų labai ilgam.

### **Kiek laiko konsultuojate klientą? Ar pakanka laiko? Ką darote, jei numatyto laiko nepakanka? Kokios įtakos šioje situacijoje turi klientas? Kaip jūsų sprendimus vertina kolegos?**

Apie priėmimą į programą, jei turi žinių, yra girdėjęs iš kitų, ji netrunka labai ilgai. Norint patekti į metadono programą, reikia įvykdyti daug formalumų. Pateiki žmogui bent keturis pirmus žingsnius, ką jis turėtų padaryti, duodi informaciją pateiktą raštu, jog nepamirštų, pasakai, kad lauksi sugrįžtant. Tai kokių 15–20 min.

### **Ar įprastinių konsultacijų laikas nustatytas?**

Ne, kiek žinau, nėra oficialiai nustatytas. Konsultacijos būna pačios įvairiausios, nuo trumpo palydėjimo pas gydytoją, klausimo kaip sekasi, ar nieko naujo, ir konsultacijų, kurios gali trukti valandą, pasibaigti asmens palydėjimu į polikliniką.

### **Kaip vyksta priėmimas į FM? Ką reikia pristatyti, turėti, su kuo pasikalbėti? Ar yra kokie nors reikalavimai, norint gauti paslaugą? Kokie? Ką apie tai manote? Ką sako metodika ir nustatyta įstaigos tvarka? Kaip elgiatės praktikoje? Ar sutampa? Jeigu ne, kodėl? Kaip turėtų būti? Ar kolegos dirba taip pat? Kaip kolegų (ne)pritarimas veikia konkrečius jūsų sprendimus?**

Reikalavimų nėra daug. Tai PSD, Vilniaus ligonių kasų teritorijos gyventojas, siuntimas iš gydytojo ir ... neprisimenu. Bet dažniausiai žmogus neturi sveikatos draustumo, tai reikia įgyti, užsiregistruoti darbo biržoje. Antras, blogiausias atvejis, kai žmogus neturi nieko, jam tada reikia užsiregistruoti į polikliniką, apsilankyti pas gydytoją, sulaukti vizito pas gydytoją, pasiimti iš jo siuntimą, atvykti vėl atgal pas mus. Tai yra barjerai, kiek žinau, anksčiau buvo paprasčiau, nereikėdavo siuntimo. Manau, kad turėtų būti paslauga lengviau prieinama.

### **Ar tikrinama asmens motyvacija gydytis? Kaip tai daroma? Kaip turėtų būti?**

Galbūt. Anksčiau, esu girdėjusi, kad buvo taip, kad, jei žmogus buvo eilėje, jis turėjo skambinti kartą per savaitę ir teirautis, ar neatsilaisvino vieta į programą. Esu girdėjusi iš kitų kolegų, kad taip buvo tikrinama potencialaus kliento motyvacija. Jei skambina, vadinasi nori gydytis, jei ne – gal kitą kartą. Nežinau ar specialiai taip buvo padaryta, bet esu girdėjusi nuomonę, kad taip žmogus parodo savo motyvaciją. Aš manau, kad mes esame paslaugų teikėjai ir mes turėtume pranešti, kai yra laisva vieta, taip ir yra dabar.

### **Išdavimas į namus**

Klientas turi turėti stabilią remisiją, tai yra trijų mėnesių laikotarpiu, kai jis nieko nevaratoja, jokios PAM, jis turi vykdyti savo įsipareigojimus (lankytis pas gydytoją, soc. darb., psichologą), laikytis programos taisyklių. Priimant klientą į programą, jis pasirašo, kad sutinka su tomis taisyklėmis. Ten yra nurodyta, kad turi atlikti tyrimus kas kažkiek laiko. Kai jis viską vykdo, jo socialinė situacija yra stabili, jei jis yra dirbantis, jei dirbantis oficialiai – tai dar didesnis plusas, tada yra įmanoma išduoti jam metadoną į namus.

**Asmuo neseniai pradėjo dalyvauti FM programoje, tačiau jam reikia kas porą savaitių išvykti savaitgaliui darbo reikalais. Komandiruotės lapo nėra, nes dirba neoficialiai. Ką darote? Jei išduodate medikamentą pateikite pagrindinius argumentus kodėl / dėl kokių priežasčių taip nusprendėte. Jei neišduodate – kodėl? dėl kokių priežasčių nusprendėte neišduoti? (jei neišduoda dėl taisyklių parašytų / priimtų įstaigoje: Kaip jūs paaiškintumėte pagalbos teikimo vieną iš svarbiausių principų, kad žmogaus poreikiai yra svarbu?)**

Spręsiu pagal kitus dalykus. Prašysiu atlikti testą, stebėsiu ar yra papildomas vartojimas, galbūt stebėsiu šiek tiek atidžiau, galbūt pasitarsiu su gydytoju, kaip jis mato situaciją. Labai nesinori atimti galimybės iš žmogaus, jei jis dirba. Visada ir stengiuosi tą palaikyti.

**Papasakokite apie vizitus į namus. Kokiais atvejais vykstama? Kaip dažni šie atvejai? Kokiais atvejais atsisakoma vykti arba vizitui nepritartų jūsų vadovas / kolegos? Kas lemia jūsų sprendimus vykti / nevykti?**

Nutinka, bet retokai. Tokios f-jos neturime, lankome išskirtiniais atvejais. Jeigu žinome, kad klientas turi sunkių sveikatos sutrikimų, ir jam reikia nugabenti metadoną į namus, tuomet yra įmanoma.

Aprašyta tvarka pasirodė dėl metadono išdavimo artimiesiems, pagal ministro įsakymą. Kad išduodant artimiesiems, tai galima daryti pagal medicininį išrašą iki trijų dienų ir tada paliekama tikimybė, turbūt, galimybė patikrinti specialistams, ar tikrai taip yra, galimas specialistų vizitas į namus. Daugiau apie vizitus nieko konkretaus nėra, tik kad tai yra įmanoma.

Mūsų įstaigoje visiškai individualiu požiūriu priimami sprendimai dėl vizito.

**Kaip elgiamasi, jei pacientas pažeidinėja taisykles (kokios jos)? Koks jūsų nuomone nustatytų taisyklių tikslas? Ką sako nustatyta tvarka, ką darote praktikoje? Ar sutampa? Jeigu ne, kodėl? Kaip turėtų būti? (duoti pvz.: vėluoja, vartoja papildomai, neateina ir pan.). Ar kolegės dirba taip pat? Kaip kolegų (ne)pritarimas veikia konkrečius jūsų sprendimus?**

Priklauso, kokias taisykles pažeidinėja, kodėl. Visa tai reikia išsiaiškinti. Jei jis neatvyksta į gydytojo konsultaciją, nes gydytojas dirba tik po pietų, o jam po pietų nepatogu, tada aiškinamės, bandome ieškoti išeities, pakeitus gydytoją į rytinį laiką gal taisyklių nebepažeidinės. Jei vartoja papildomai, yra kalbama apie tas situacijas, tariamasi su gydytoju, galbūt didinama metadono dozė. Viskas individualiai, bet pirmiausia per pokalbį.

Veiksmingiausia nuobauda – lengvatos nutraukimas. Bet tai priklausom nuo situacijos. Sunku pasakyti, koku atveju lengvata gali būti nutraukta. Suteikti lengvatą gali soc. darb. Ir gydytojas, nutraukta ji gali būti vienašališkai. Jei man pasirodys, kad jis pažeidinėja taisykles piktybiškai, aš netgi turiu teisę atimti iš jo lengvatą. Nustatyta nėra, sprendžiama individualiu atveju, Nustatyta tik kada žmogus yra braukiamas iš programos.

**Kaip atliekami šlapimo testai? Ką sako metodika ir nustatyta tvarka? Kaip elgiatės praktikoje? Ar sutampa? Jeigu ne, kodėl? Kaip turėtų būti? Ar kolegės dirba taip pat? Kaip kolegų (ne)pritarimas veikia konkrečius jūsų sprendimus? Koks, jūsų nuomone, šlapimo testų tikslas? Ar pasiekama to tikslo? Kokios, jūsų nuomone, šlapimo testų teigiamos (pvz. gali sakyti, kad padeda parinkti tinkamą medikamento dozę) ir neigiamos pusės (pvz. trukdo užmegzti atvirą kontaktą, įgyti pasitikėjimą ir t.t.)?**

Šlapimo testus skiria atvejo vadybininkas, jie yra atliekami netikėtai. Tai reiškia soc. darb. Tiesiog įrašo, kad šiandien turi būti atliekamas šlapimo testas. Visa tai atlieka slaugytoja. Tuomet klientas su testu ateina pas soc. darb., testas yra vertinamas.

Man nepatinka gaudymo faktorius, aš bandau kalbėtis su žmogum pirmiau. Prašau, kad jei žmogus susiduria su sunkumais, kad pirmiau pasakytų man. Šiaip skiriu pagal taisykles.

**Asmens atliekami testai nuo pat FM pradžios rodo alkoholį ir kanapes. Asmuo gydos FM jau metus, tačiau testų rezultatai nekinta. Kaip spręsite situaciją? Kodėl? Kuo remsitės?**

Papildomas vartojimas ir pažeidimai. Bandysime kalbėtis ir ieškoti galimybių kaip išvengti to vartojimo, kokie yra galimi gydymo metodai (gal jis gali vartoti vaistus dėl alkoholio vartojimo) Priminsiu, kad pažeidimai įtakoja jo buvimą programoje, lengvatų tikimybės sumažėjimą. Nuolatinis papildomas vartojimas gali reikšti, kad žmogui reikia dalyvauti žalos mažinimo programoje, o ne gydytis centre.

**Kuo skiriasi šios programos?**

Žalos mažinimo programoje nėra atliekami šlapimo testai, galima gauti metadono ir švirkštimosi įrangos. Tikrinami alkotesteriu, bet metadonas vis tiek yra išduodamas. Pas mus yra griežčiau, motyvuoti klientai, o ten – sudėtingi atvejai. Tai ne mano asmeninė, tai yra oficiali nuomonė. Žodis „sudėtingi“ yra taisyklėse, jas sudarinėjo skyrių vedėjai, tvirtino administracija. Ar kolegės dalyvavo, manau ne, gal iš mobilios klinikos, nežinau, Klientai tikrai manau kad nedalyvavo.

Šlapimo testo tikslas – nustatyti ar laikosi taisyklių, patikrinti, ar žmogus dar kažką vartoja be metadono Manau, kad tai nemaloni procedūra, žeminanti žmogaus orumą. Tai rodo vien klientų nenoras atlikti tuos testus, net jei jie yra neigiami. Nesudarytos tinkamos sąlygos juos atlikti. Manau, kad tai kelia baimę. Kartais testas gali tapti pretekstu pradėti pokalbį, jie neįmanoma kitaip, tokiais atvejais kartais naudoju. Retais atvejais gali turėti teigiamą poveikį.

Pačiam klientui nemalonu, tai kelia baimę, tai yra kontrolės priemonė. Jei testas blogas, jei jis vartoja kažką be metadono, tada be abejo jis bijo, nes laukia nemalonus pokalbis, kapstymasis.

**Ar gali lemti pašalinimą?**

Vienas tikrai ne. Jeigu tai yra nuolatinis papildomas vartojimas, dar sudėjus su kitais pažeidimais, arba galbūt agresija, jei žmogus nesutinka su rezultatais, pradeda piktintis, kalbėti pakeltu tonu, tada gali būti pašalintas iš programos.

**Kliento agresyvumas – kaip tai apibrėžiama? Kokiais atvejais klientui gali būti skiriama bausmė dėl agresyvumo? Kokiais atvejais klientai nesutinka su bausme? Kokia tikimybė, kad asmuo, nesutinkantis su personalo sprendimais, bus apkaltintas agresyvumu?**

Su agresija nelabai susiduriu. Agresija yra pakeltas tonas, grasinimai, pvz. esu susidūrus, kai sakė, kad mane paduos į teismą.

Nesutikimas su testo rezultatu arba atsisakymas jį atlikti yra traktuojamas kaip papildomas vartojimas.

**Kada pacientas šalinamas iš programos? Ką sako metodika ir nustatyta įstaigos tvarka? Kaip elgiatės praktikoje? Ar sutampa? Jeigu ne, kodėl? Kaip turėtų būti? Ar kolegos dirba taip pat? Kaip kolegų (ne)pritarimas veikia konkrečius jūsų sprendimus dėl šalinimo iš programos?**

Šalinamas iš programos jeigu nesilanko 14 d. be nustatytos priežasties. Ir dėl agresijos. Dažniausiai dėl nesilankymo dėl nežinomų priežasčių.

**Gydymo trukmė. Ką sako metodikos? Kaip elgiatės praktikoje? Ar sutampa? Jeigu ne, kodėl? Kaip turėtų būti? Ar kolegos dirba taip pat? Kaip kolegų (ne)pritarimas veikia konkrečius jūsų sprendimus susijusius su gydymo trukme?**

Rekomenduojame ne trumpiau negu metai, tai yra ilgalaikė programa. Metodika rekomenduoja. Pritariu. Žmogus visada gali priimti sprendimą nutraukti arba dingti. Tai nėra privaloma, bet taip, reikia visai nemažai laiko. Laiko faktorius nėra pagrindinis, stebiu kaip jam sekasi ir kokie jo tikslai, koks planas po to. Jei nėra plano, tikrai skatinu likt. Manau, kad trukmė yra bendras vyraujantis požiūris.

**Ar jūsų įstaigoje veikia darbuotojų vertinimo sistema? Kokie rezultatai vertinami, ar jie leidžia įvertinti jūsų darbo kokybę? Kodėl? Ar vertinime dalyvauja klientai? Kas dalyvauja?**

Sunku pasakyti, kaip ji veikia. Buvo bandoma daryti, bet vertinimas man vis tiek pasirodė labiau formalus ir kiekybinis. Nes yra vertinami dalykai, kurie nuo darbuotojo iš dalies priklauso, bet nenusako tikrosios padėties. Svarbu klientui turėti ryšį ir jausti paramą iš soc. darb. Bet tai nėra niekaip vertinama, į tai neatsižvelgiama. Atsižvelgiama į tai, kiek mano klientų atlieka kraujo tyrimus per tuos metus. Aš jaučiuosi nusivylusi. Turiu tą pareigą, ją atlieku, bet yra ir kitų svarbių dalykų.

**Ačiū**

2. Andrius, gydytojas psichiatras, VPLC, dirba 2 m.

**Ar teikia antrinio lygio FM paslaugas? Kaip atrodo paslaugos teikimas?**

Taip teikia. Tai yra tiesiog... Dažniausiai pacientai dviem keliais patenka pas mus: arba jeigu policijos komisariatas duoda siuntimus pacientams į metadono programą, arba jeigu jisai [pacientas], esant pas mus vietoj, atsineša siuntimą iš savo pirminės sveikatos centro su indikacija, kad jam reikia gauti gydymą metadonu ir mes tada tiesiog *pastatom* jį į programą.

**Ar siuntimai iš policijos yra nuolatos veikianti programa?**



Ne, nenuolatos, bet buvo per Kalėdas, gruodžio mėnesį suteikta 30 vietų ir planuojama vėl. Kaip jie *skaito*, tai buvo pasiteisinusi programa ir nori toliau bendradarbiauti su mumis.

**Ar yra atvejo vadybininkas?**

Taip, kiekvienam pacientui suteikiamas atvejo vadybininkas.

**Koks yra jūsų vaidmuo?**

Mano vaidmuo, kaip gydytojo, yra dozės korekcija, nustatymas, tvarkymasis su abstinencijos požymiais ir, esant kažkokiems gretutiniams psichiniams sutrikimams, jų gydymas ir vaistų parinkimas.

**Ar dažnai matote pacientus? Kaip dažnai jie lankosi?**

Paprastai, jeigu jisai ateina į programą, pradžioje lankosi dažniau dėl dozės korekcijos. Reikia jam tiesiog dažniau pasirodyti pas gydytoją, o po to būna profilaktiniai vizitai kas mėnesį.

**Kaip skiriama FM dozė? Ką sako metodikos? Kaip elgiatės praktikoje? Kam teikiate prioritetą (kuo pirmiausia vadovaujate): nustatytais taisyklėmis ar paciento būkle, savijauta, išsakomais nusiskundimais? Ar sutampa? Jeigu ne, kodėl? Kaip turėtų būti? Kodėl? Ar kolegės dirba taip pat? Kaip kolegų (ne)pritarimas veikia konkrečius jūsų sprendimus dėl dozės parinkimo/koregavimo?**

Pradinė dozė dažniausiai skiriama 20 arba 30 mg, atsižvelgiant į paciento vartojimo stažą, dozę ir apskritai į tai, ką jis vartojo. Tada, paprastai, keliama dozė. Išliekant abstinencijos subjektyviems ir objektyviems reiškiniams, dozė didinama kas 10 mg, bet per savaitę neviršijama 40 mg. Išliekant tiems reiškiniams per dieną galima padidinti po 10 mg metadono.

Tai yra metodikoje nurodyti dalykai. Kartais tenka atsižvelgti į individualius atvejus, kai pacientai skundžiasi abstinencijos simptomatika ir tenka didinti daugiau.

**Gydymo trukmė. Ką sako metodikos? Kaip elgiatės praktikoje? Ar sutampa? Jeigu ne, kodėl? Kaip turėtų būti? Ar kolegės dirba taip pat? Kaip kolegų (ne)pritarimas veikia konkrečius jūsų sprendimus susijusius su gydymo trukme?**

Iš esmės nėra nustatyta. Gali trukti įvairiai – metus, du, visą gyvenimą.

Aš pats pacientams patariu, kad metadonas yra tik pagalbiniis gydymas ir tau būtina tvarkytis socialinį gyvenimą ar kažkokius socialinius dalykus: ryšius, darbą, skolas ir visa kita, kad galima būtų atsisakyti to metadono. Pakeisti kažkuo kitu, iš esmės.

Kiekvienam individualiai yra.

Aš, kiek girdėjau, kituose psichikos sveikatos centruose, kur teikiamos metadono paslaugos pacientų gydytojai psichiatrai paprastai nemėgsta ir jie vengia jų. Dažnai kyla konfliktai tarp pacientų ir psichiatrų dėl įvairių priežasčių. Tai šita paslauga ir *kontingentas* yra labai... Kaip čia pasakyti... *Užsuktas dalykas*. Tai nėra populiarūs pacientai tarp psichiatrų.

### **Kaip yra jūsų centre?**

Aš nežinau dėl kitų kolegų. Mes stengiamės kiekvienas dirbti ir atsakyti dėl savo veiksmų.

### **Koks yra jūsų įstaigoje apibrėžtas gydymo FM tikslas? Ką apie tai sako metodika, kuria vadovaujate? Ką manote jūs pats?**

Aš nežinau, koks yra įstaigos suformuotas tikslas. Mano tikslas yra tiesiog, kad žmogus nevartotų heroino arba kiek galima rečiau jį vartotų, ir metadonas kartu su atvejo vadyba jį kažkiek stabilizuotų, ir tai leistų kažkiek integruoti jį į visuomenę, kaip jos narį ir siekti kažkokių kitų tikslų gyvenime, tai darbas, šeima ir visa kita.

### **Kaip apibrėžiate “pasveikimą”? Kokia tikimybė jūsų klientui “pasveikti”?**

Pasveikimas nėra vien tik fizinių simptomų nebuvimas. Tai apima ir psichologinę būseną, socialinę būseną ir finansinę, ir daugelį aspektų. Aš manau, kad pasveikimas yra kai žmogus sąmoningai iš esmės pakeičia savo aplinką, įpročius, bendravimą, žmones ir tiesiog išeina iš to viso vartojančių žmonių rato, vartojančių žmonių standartų, ar kaip čia pasakyti. Tada jis, galima sakyti, pasveiksta. Kas įdomu, kad pacientai patys, kas vartoja metadoną jau ilgą laiką, jie matosi pakankamai sėkmingi pacientai, kurie turi darbus, turi šeimas. Jie jaučia kaip po kažkiek laiko tiesiog ta dozė, kurią jie gauna yra per didelė ir vis nori jos mažesnės. Ir su laiku ji po truputį mažėja.

**Į jūsų įstaigą ir skyrių priimamas dirbti naujas žmogus. Ar pokalbio metu jam buvo papasakota apie įstaigos nustatytus tikslus ir vertybes? Kaip ir kada perduodamos žinios apie žalos mažinimo tikslus ir vertybes? Kaip šių dalykų supratimas aptariamas su naujuoju darbuotoju, kokie įrankiai naudojami (mokymai, susitikimai, mentorius bandomuoju laikotarpiu, konsultacijos su žmogiškųjų išteklių specialistu, rekomenduojama literatūra ir pan.)**

Tai dažniausiai perteikiama, kad skiriant metadoną, ypač lengvatas, ir išdavimas savaitgaliais turi būti aprašomos tikslios indikacijos, kodėl jis yra skiriamas. Taip pat būtina išlaikyti ribas su pacientu, kad jis nepiktnaudžiautų, nemanipuliuotų gydytojais. Šitas perteikiama. Po to kas dar ten... Dažnai siekiama, ar bent sudaromas toks įspūdis, kad pacientai turi visiškai nevartoti ir tai yra siekiamybė.

Tikslas perduodamas pacientas turi nevartoti nieko.

Iš esmės tai yra tiesiog literatūra, sudaryti *guideline*'ai – gairės metadono skyrimo ir visa kita yra tiesiog bendravimas tarp kolegų ir mokymasis iš jų, ką jie perduoda. Dar yra Priklausomybių centro rekomendacijos – gydymo metodikos.

**Kaip jūsų įstaigoje apibrėžiamas teikiamų žalos mažinimo paslaugų tikslas? Kas dalyvauja procese (darbuotojai, administracija, tik vadovai, pacientai ir pan.)? Kokiomis apibrėžtomis vertybėmis vadovaujatės dirbdamas? O jūsų kolegos? Ar pritariate įstaigos suformuotam tikslui ir vertybėms, o gal kažką darytumėte kitaip? Jei darytumėte kitaip – kodėl? Kokio tikslo tada būtų galima pasiekti? Kuo tai būtų geriau / priimtinau?**

Aš įsivaizduoju, žalos mažinimo tikslas yra, kad pacientai mažiau vartotų heroino, ir su tuo būtų susiję mažesni apiplėšimai, mažesnės vagystės, mažesnis šiaip nusikaltimų paplitimas, ir būtų mažesnis paplitimas užkrečiamų ligų.

Tai mano asmeninė nuomonė.

Kokia įstaigos pozicija - neįsivaizduoju.

**Kas yra FM – žalos mažinimas ar atskira gydymo programa? Ką apie tai sako PSO? Ką – UNODC? Kokio požiūris apibrėžtas jūsų įstaigoje? Kokio požiūrio laikosi kolegos? Ką manote jūs?**

Mano manymu, gydymas metadonu yra žalos mažinimas, o ne gydymas. Farmakoterapija metadonu yra žalos mažinimas.

Kad tai būtų gydymas, tai turėtų būti žymiai daugiau paslaugų ir integracijos pacientams į visuomenę, kad tai virstų kažkas panašaus į gydymą. Dabar yra duodama medžiaga ir atvejo vadybininkas, kuris nėra *įgalus sutvarkyti* tiek pacientų, kiek jam yra priskiriama, tai yra daugiau kaip žalos mažinimas visų pirma.

**Ar vidutinis vilnietis pritaria FM ir žalos mažinimo paslaugų plėtrai, pacientų skaičiaus augimui programose? Ko iš šių programų tikisi miestietis? Ko tikisi jūsų įstaiga? Jūsų klientas? Ko tikėtės jūs pats? Jei nesutampa miestiečių / klientų / įstaigos ir jūsų lūkesčiai – kodėl jie nesutampa? Ką reiktų padaryti jums / įstaigai / miestiečiams / klientui padaryti, kad išsiaiškinti (sumažinti) skirtumus? Ar gali lūkesčių išsiskyrimas (nesutapimas) turėti įtakos jūsų darbo rezultatams?**

Aš manau, kad žmonėms - vilniečiams tiesiog trūksta išsilavinimo ir žinių apie tai. Jie įsivaizduoja, kad tai yra tas pats narkotikas ir žmonės kaip *kaifavo*, taip ir *kaifuos*, ir tai iš esmės nieko nekeičia. Bet aš manau, kad turėtų būti daugiau kalbama apie žalos mažinimą, apie bent jau kažkokią šitų žmonių integraciją ir būdus siekti, kad jie po truputį išeitų iš viso šito. Tai galima, tiesiog, žiūrėti į

priklausomybę taip, kad ne visi yra pasiruošę dabar vat mesti ir nevartoti. Tai yra tiesiog ilgas laikas, bet valstybės ir gydymo tikslas yra sumažinti žalą, kad žmogus mažiau nukentėtų ir žalotų save, ir žalotų kitus. Tai manau žalos mažinimo programos tikslas yra.

Tai nelemia mano sprendimų, nes žmonės dažnai neturi informacijos ir nesusiduria, ko jie nenori priimti, kas jiems yra per sunku priimti, tai jie tiesiog tai išprojektuoja, kaip neigiamus dalykus. Aš nežinau, kaip pasakyti.

### **Ką daro jūsų įstaiga, kad vilniečiai būtų labiau informuoti?**

Na aš nežinau, ar šita informacija pasiekia tiek pacientus, tiek žmones, nes tiek patys pacientai turi labai daug visokių mitų, išsigalvojimų apie gydymą metadonu, tiek paprasti žmonės ir ypač pacientų artimieji turi labai daug įsivaizdavimų apie metadoną, kaip kažką labai žalingo ir labai kenksmingo.

### **Ar artimieji konsultuojami jūsų centre?**

Taip, artimieji konsultuojami, tačiau jie retai pageidauja būti konsultuojami.

### **Ar kas nors yra daroma dėl to?**

Aš nežinau šito.

### **Kaip jūsų centre veikia informavimas apie FM tiems, kas dar nėra dalyviai (kitų skyrių pacientams (kokie tie skyriai), tiems, kas dar nesikreipė gydymo paslaugų)? Ar yra mobili klinika, žemas slenkstis, konsultantai lygus-lygiu, outreach, lankstinukai, video, žalos mažinimo specialistai etc.). Kas konsultuoja?**

Aš manau, kad informacijos, ypač tarp vartotojų užtenka, bet trūksta vietų fiziškai visiems norintiems ir tai turėtų būti daroma, kad būtų lengviau patekti į metadono programą ir žmonės galėtų ne tiek daug pereiti biurokratinių dalykų, o tiesiog ateiti ir gauti tą metadoną, kaip yra užsienyje praktikos tokios.

### **Kaip vyksta priėmimas į FM? Ką reikia pristatyti, turėti, su kuo pasikalbėti? Ar yra kokie nors reikalavimai, norint gauti paslaugą? Kokie? Ką apie tai manote? Ką sako metodika ir nustatyta įstaigos tvarka? Kaip elgiatės praktikoje? Ar sutampa? Jeigu ne, kodėl? Kaip turėtų būti? Ar kolegos dirba taip pat? Kaip kolegų (ne)pritarimas veikia konkrečius jūsų sprendimus?**

Tai yra pakankamai sudėtinga. Turi pacientas daug motyvacijos surasti. Visų pirma būti socialiai draustas, nueiti į *biržą*, nueiti pas gydytoją, gauti siuntimą, tai yra iš esmės, žinant tipinį vartotoją, kuris ne apie tokius dalykus mąsto ir ne taip jo *galva dabar dirba*, tai yra jiems sudėtinga šituos

dalykus padaryti. Turbūt *normaliam* žmogui tai atrodo paprasti dalykai ir savaime suprantami, bet kai mes turime priklausomybę opioidams, tai yra kokybiškai skirtingi mąstymo būdai ir dalykai.

**Ar jūsų tikslai ir vertybės sutampa su vadovu? Kaip jų (ne)pritarimas veikia jūsų sprendimus darbe?**

Aš manau su administracijos mano tikslai sutampa, bet su skyriaus vadovo galbūt kažkiek skiriasi.

Veikia taip, kad tiesiog trūksta bendro požiūrio, bendros koncepcijos, ką mes bandome daryti su šita programa. Ir trūksta tokio, galbūt, kolegiško bendradarbiavimo, kaip supervizijų ar intervizių, ar...

Tiesioginio darbo su pacientais tai dažniausiai neveikia, nes paliekama pakankamai laisvės spręsti, ką gali daryti.

**Kas vadinama “beviltišku atveju”?**

Aš manau beviltiškas atvejis yra, kai žmogus visiškai atsisako bendradarbiauti su personalu. Nelieta jokių vilčių, kaip kažkiek užmegzti kontaktą, galbūt dar yra agresija personalo, kitų žmonių atžvilgiu, tai su jais dirbti iš esmės yra sudėtinga.

Jeigu visiems personalo žmonėms neišeina užmegzti ryšio su juo, tai gal mes šiuo metu neturime žmonių, kurie mokėtų su juo užmegzti kontaktą.

**Kliento agresyvumas – kaip tai apibrėžiama? Kokiais atvejais klientui gali būti skiriama bausmė dėl agresyvumo? Kokiais atvejais klientai nesutinka su bausme? Kokia tikimybė, kad asmuo, nesutinkantis su personalo sprendimais, bus apkaltintas agresyvumu?**

Agresija laikoma verbaliniai įžeidinėjimai, grasinama darbuotojams arba fiziniai susidorojimo požymiai.

Pasipiktinimas testo rezultatais, manau, negali būti laikomas agresija. Yra tiesiog konfliktas dėl rezultato, bet tai nėra agresija.

**Nuo ko, jūsų nuomone, priklauso gydymo FM veiksmingumas? Ką apie tai sako metodika ir įstaigos vertybės? Ar sutampa? Jeigu ne, kodėl? Ką laikote veiksmingu / siektinu rezultatu? Ką darote savo darbu, kad veiksmingumas didėtų / pasiektumėte rezultato?**

Nuo socialinės integracijos šitų žmonių. Kuo yra geresnė socialinė integracija, kaip grupės, kažkokie užimtumas, iš esmės rodytas kažkokios visiškai skirtingos patirties, ką jie turėjo prieš tai, tuo tai yra... Ir užimtumas kokybiškai kitoks, tuo tai yra geriau pacientams, tuo jis yra labiau motyvuotas ir tuo jis labiau nori mažinti metadono dozę, nevartoti papildomai nieko.

**Ar jūsų centras teikia užimtumo paslaugas?**

Na, aš kiek suprantu, socialiniai darbuotojai padeda susirasti darbus, yra savitarpio pagalbos grupės, bet aš manau, kad tiesiog dėl finansų ar kažkokių kitų priežasčių yra nepakankamai, kad galėtų žmones integruoti.

Savo darbu nedarau nieko, kad atsirastų minimi elementai, nes tiesiog neužtenka laiko ir jėgų. Nes yra per daug pacientų.

**Ar laikote savo darbo krūvį tinkamu? Ar tenka spręsti per didelio krūvio sukeltas problemas? Kokios jos būna? Kaip sprendžiate susiklosčiusią padėtį? Kaip manote, kiek jums galėtų argumentas, kad „darbo krūvis tiesiogiai proporcingas darbo laikui“ (Parkinsono dėsnis – apie tai, kad turėdami mažiau laiko, darbą atliekame greičiau, turėdami daugiau laiko, tą patį darbą dirbame ilgiau)? Ar manote, kad jūsų darbo krūvis galėtų būti per didelis dėl jūsų pačių negebėjimo planuoti darbo laiką? Kodėl?**

Taip, aš manau, kad mano darbo krūvis yra per didelis, nes paprastai metadono pacientų yra daug, kiekvienas turi skirtingas problemas, skirtingus iššūkius ir per dieną, kai jų tiesiog daug *praeina*, neužtenka laiko į kiekvieno problemas įsigilinti pilnai. O dar kas yra – trūksta tiesiog paprasčiausios darbo infrastruktūros, patogesnės sistemos, elektroninių sprendimų.

**Jūs konsultuojamų klientų skaičius išaugo iki 40, jie skundžiasi jūsų atsainumu. Įrašų bylose neatlikote jau mėnesį. Ką darote?**

Išėisiu iš darbo (*juokiasi*).

Einu kalbėt su vadovybe, kad yra krūvis per didelis, nes neįmanoma tiesiog tokiais tempais *pramest*. Čia ne *konvejeris* kažkoks, taip sakant, o darbas su žmonėmis.

**Kaip jūsų (FM) klientai bendrauja tarpusavyje? Kaip skatinamas jų bendravimas ir bendra veikla? Ar jūsų centre veikia pacientų organizacija/ savitarpio pagalbos grupė? Ką darote, kad bendravimas vyktų?**

Aš manau, kad ji [savitarpio pagalbos grupė] reikalinga, kad tiesiog žmonės, kurie yra priklausomi nuo heroino, turėtų vietą, kurioje galėtų pakankamai saugiai kalbėti apie savo problemas ir jausmus ir nejusti tokio, kaip ir smerkimo, iš kitų, kad tai yra blogai, kad negali taip daryti, ar kad čia yra tavo problemos kažkokios kitokios negu kitų. Nes problema iš esmės yra, kad jie pas *anoniminius narkomanus* negali eiti, nes jų dažniausiai nepriima dėl to, kad jie vartoja metadoną. Ir daugelis rehabilitacijos bendruomenių yra nusistatę priešiška, tai turi būti kažkoks vidurys, kad žmonės, kurie vartoja, kontroliuojamai vartoja metadoną, gautų irgi socialines paslaugas.

Žala galėtų būti, kai pati ta grupė, nežinau, koku būdu, *nusivažiuotų* nuo tiesioginės savo pagalbos iki bendro vartojimo.

Taip, aš manau jie [pacientai] daugelis bendrauja ir yra pažįstami iš senų laikų, kai dar vartojo. Tas ryšių tinklas yra pas juos pakankamai didelis. Problema, turbūt, yra tai, kad tie ryšiai dažniausiai veikia neigiamai, nes tai juos skatina kartu vartoti alkoholi, vartot kažkokius vaistus, kaip *Clonazepamas*, leistis *Dimedrolį*. Aš suprantu jų situaciją, kad jie iš esmės jaučiasi visuomenėje kaip ir atskirti, ir tai vieninteliai žmonės, kurie juos priima, tai yra tie patys vartotojai. Tai gaunasi toks užburtas ratas, nes jie negauna kitokios patirties.

To nauda, kiek aš iš pacientų girdžiu, kas iš esmės, mano manymu geriau tvarkosi, laikosi, tai jie labai skundžiasi, kad reikia sutikti tuos *senus* žmones ir juos matyti, tai aš manau, kad būtų naudinga apskritai metadono išdavimo vietas išskirstyti kuo daugiau mieste, kad būtų kuo mažesnis susitelkimas tų žmonių į vieną vietą.

**Jei kliento netenkina teikiamos paslaugos, kaip sprendžiate situaciją? Ką patariate klientui šioje situacijoje? (rodyti iniciatyvą sprendžiant iškilusias problemas? Ar skatina pasyvumą ar aktyvumą, pvz. rašyti skundą, informuoja ir padeda tai atlikti. Užtikrina, kad skundas pasiektų vadovus/-ą, ar yra pressure specialist, kuris atlieka filtro f-ją.)**

**Klientė skundžiasi, kad šlapimo testo atlikimas žemina jos orumą, kadangi prižiūrinti slaugytoja laiko atidarytas duris į laiptinę. Slaugytoja motyvuoja darbo tvarka ir nesutinka labiau priverti tualetu durų. Ką patarsite pacientui? Ką darysite pats?**

Patarsiu užsidaryti duris. Paprastai stengiamės išlaikyti pacientų orumą. Mūsų tikslas yra, kad jie gautų kvalifikuotas paslaugas ir oriai jas gautų. Tiesiog kai kurie darbuotojai peržengia ribas, pamiršta šituos dalykus.

**Kokia yra medikamento išdavimo į namus tvarka? Ką sako metodika ir nustatyta įstaigos tvarka? Kaip elgiatės praktikoje (ar taikote išimtis)? Ar sutampa? Jeigu ne, kodėl? Kaip turėtų būti? Ar kolegos dirba taip pat? Kaip kolegų (ne)pritarimas veikia konkrečius jūsų sprendimus dėl išdavimo į namus? (Kas priima sprendimą išduoti ar neišduoti (papasakokite apie procesą, kas rekomenduoja, tvirtina, kaip dalyvauja kiti specialistai, kieno sprendimu vadovaujama kaip galutiniu)? Ar gavę priimtą sprendimą, jį svarstote papildomai? Ar tiesiog pritariate ir nebeklausinėjate?)**

Sprendimus priima socialinis darbuotojas ir gydytojas kartu. Dažniausiai socialinis darbuotojas priima dėl socialinės situacijos: pacientas yra stabilus, nestebimas papildomas vartojimas, jis yra dirbantis, pakankamai gerai socialiai integruotas, tada mes galim išduoti jam metadono lengvatą ir dar mes juo pasitikim. Arba yra iš gydytojo pusės kažkokios medicininės indikacijos dėl sveikatos, dėl apsunkinto vaikščiojimo, kažkokių gretutinių ligų, dėl ko jam būtų sunku atvykti į metadono kabinetą ir išgerti pas mus centre.

**Asmuo neseniai pradėjo dalyvauti FM programoje, tačiau jam reikia kas porą savaitių išvykti savaitgaliui darbo reikalais. Komandiruotės lapo nėra, nes dirba neoficialiai. Ką darote? Jei išduodate medikamentą pateikite pagrindinius argumentus kodėl / dėl kokių priežasčių taip nusprendėte. Jei neišduodate – kodėl? dėl kokių priežasčių nusprendėte neišduoti? (jei neišduoda dėl taisyklių parašytų / priimtų įstaigoje: Kaip jūs paaiškintumėte pagalbos teikimo vieną iš svarbiausių principų, kad žmogaus poreikiai yra svarbu?)**

Aš savo praktikoje dažniausiai pasitariu su socialiniu darbuotoju, ir mes kartu nusprendžiam, ką galima tuo atveju pacientui patarti.

Šiuo atžvilgiu trūksta duomenų ar pacientas tikrai dirba ar nedirba, nėra realiai pagrįstų duomenų, kad galim jam išduoti metadoną.

Lietuvoje yra sistema, kad tas irgi patenka tarp tokių žirklių, kad teisėsauga ir kitos institucijos labai tikrina, kad tai yra narkotinė medžiaga ir mes turim labai aiškiai nurodyti, kaip mes ją išduodam ir kodėl išduodam. Ir tai yra netgi tokių *anekdotinių* atvejų kaip gydytojas buvo į kalėjimą uždarytas dėl to, kad išdavė metadoną ir girdėjau, kad tikrindavo policija kiekvieną, kuris išsineša metadoną ir dėl ko jis gavo ir kaip, tai yra labai daug baimės ir supriešinimo visame tame, tai todėl..

Tai dažniausia turėtų lemti tą sprendimą .

**Kaip atliekami šlapimo testai? Ką sako metodika ir nustatyta tvarka? Kaip elgiatės praktikoje? Ar sutampa? Jeigu ne, kodėl? Kaip turėtų būti? Ar kolegos dirba taip pat? Kaip kolegų (ne)pritarimas veikia konkrečius jūsų sprendimus? Koks, jūsų nuomone, šlapimo testų tikslas? Ar pasiekama to tikslo? Kokios, jūsų nuomone, šlapimo testų teigiamos (pvz. gali sakyti, kad padeda parinkti tinkamą medikamento dozę) ir neigiamos pusės (pvz. trukdo užmegzti atvirą kontaktą, įgyti pasitikėjimą ir t.t.)?**

Šlapimo testai yra kontrolinė priemonė tinkrinti ar pacientas vartoja, nevarvoja papildomai heroiną ir kitas PAM. Nauda iš jų – mes galime vertinti gydymą, kiek jis iš esmės vartoja, nevarvoja, kiek jis meluoja ir apgaudinėja, bet minusas tame, kad dažnai tai priešina personalą su pacientu ir jis pradeda apgaudinėti su šitais testais: atneša kažkieno kito šlapimą, skiesdamas ar dar kažką, ir mes realiai kaip ir prarandam paciento pasitikėjimą, prašydami jo atlikti tuos testus, tai čia tas dalykas toks pakankamai kontroversiškas.

**Kada pacientas šalinamas iš programos? Ką sako metodika ir nustatyta įstaigos tvarka? Kaip elgiatės praktikoje? Ar sutampa? Jeigu ne, kodėl? Kaip turėtų būti? Ar kolegos dirba taip pat? Kaip kolegų (ne)pritarimas veikia konkrečius jūsų sprendimus dėl šalinimo iš programos?**

Na, kiek aš buvau, tai dažniausiai nedalyvavau šalinant iš programos.



Kiek mano pacientų, man priskirtų buvo, man neteko to daryti, o kitų gydytojų pacientai dažniausiai būna, kad socialiniai darbuotojai juos pašalina, ir jiems tiesiog reikia formalaus įrašo iš gydytojo.

Gydytojas tik patvirtina priimtą sprendimą.

**Ar soc. darbuotojas gali vienašališkai pašalinti pacientą?**

Panašu, kad pas mus taip. Na čia su Mobilios klinikos pacientais dažniausiai taip.

**Ar jūsų įstaigoje veikia darbuotojų vertinimo sistema? Kokie rezultatai vertinami, ar jie leidžia įvertinti jūsų darbo kokybę? Kodėl? Ar vertinime dalyvauja klientai? Kas dalyvauja?**

Taip, yra vertinimo sistema ir dažniausiai atsižvelgia į punktualumą, *popierių tvarkymą* teisingą, kiek skyrius atlieka įsipareigojimų, užsibrėžti tikslai – kiek pacientų turim priimti, kokios dozės turi būti metadono, bet iš esmės, kokybinio požiūriu, kaip mes bendraujam ir ką mes veikiam su pacientais nėra akcentuojama, tai daugiau yra toks formalus būdas įvertinti, kaip pati sistema veikia.

Klientai nedalyvauja visiškai.

**Kokiais darbo kokybės standartais vadovaujatės dirbdami (kas svarbiausia darbe)? Ar galėtumėte įvardinti pagrindinius jūsų įstaigos etikos kodekso principus? FM išdavimo į namus tvarką jūsų įstaigoje? Ar darbo tvarkos laikymosi pakanka įvertinti jūsų pastangas ir rezultatus?**

Dažniausiai aš vadovaujuosi, kad būtų pacientui gerai. Atsižvelgiu į jo problemas ir situaciją ir stengiuosi jam padėti.

**Kaip vertinimo rezultatai jus veikia? Kaip pats vertinimas veikia jūsų darbą? Renkatės pirmiau atlikti vertinimui reikalingas užduotis, ar jas atliekate paskiausiai? Kaip jūsų darbo prioritetai atitinka vertinimo sistemą? Ar jūs įtraukiamas į jūsų vertinimo / pasiekimų formulavimą ateinantiems metams? Jei taip – ar aktyviai dalyvaujate, siūlote vertinimo kriterijus? Ar tik formaliai juos suformuluojate?**

Aš suprantu, kad tie vertinimo rezultatai yra formalus būdas vertinti kažką, ir pagal neapibrėžtus dalykus... Aš manau, kad medicinoje yra sunku kažką vertinti tokiu požiūriu.

**Kaip gydymo procese dalyvauja klientas? (Į paslaugų teikimo procesą visada įtraukiu klientą: klientas dalyvauja sudarant gydymo planą, konsultuoju klientą pagal poreikį jam priimtinesnėje aplinkoje, klientas skambina persitarti dėl susitikimo laiko, konsultacijos trukmė pritaikoma pagal kliento poreikį, klientas drąsiai kreipiasi pasikonsultuoti papildomai jam neskirtu laiku.**

Aš manau, kad jis dalyvauja, jeigu iš esmės iš pat pradžių yra užmezgamas pakankamai geras ir lygiavertis santykis su juo, ir jis yra įtraukiamas į bedradarbiavimą ir turi norą kažką siekti, daryti,

tada jisai gali daugiau stengtis, prisipažinti, kada vartojo ar nevaratojo, daugiau atsiverti ir pasakyti apie savo problemas, o kai nėra to ryšio, tai mes nelabai galim kažkaip ir padėti jam. Nes tada atsiranda labai daug tokio apgaudinėjimo, melavimo ir išsisukinėjimo, manipuliavimo.

Čia įvairiai, priklauso nuo pačių pacientų, bet dažniausiai jie įpratę taip elgtis, nes būna su savo tėvais, mokytojais ir apskritai aplinka, ir sunku pakeisti tą elgesį, bet jeigu išeina užmegzti gerą kontaktą, tai jis pasitiki mumis, kaip specialistais, kurie nori iš tikro jam padėti, o ne siekia kažkaip jį ten formaliai *įgrūsti* ir padaryti normalų, tai tada galima kažką po truputi ir daryti, ir keisti jo ... Aišku, tie pokyčiai būna labai lėti.

**Kaip vyksta kliento konsultavimas. Kokios sąlygos tam keliamos (siuntimas, užsirašymas iš anksto, priėmimas tik tiksliai laiku ir pan.)? Kokia yra konsultavimo erdvė? Kaip, priklausomai nuo kliento poreikių, tai keičiama? Kas nulemia egzistuojančią (reikia siuntimų, užsirašymo ir t. t.) tvarką (vadovybė? Galiojantys teisės aktai ir / ar sveikatos sistema LT? Darbuotojų rekomendacijos, nes jiems taip patogiau?). Kaip kuriant šią tvarką dalyvaujate jūs? Kokių veiksmų imatės?**

Paklausiu tradiciškai kaip jaučiasi, ar kažkokių yra problemų, ar nėra problemų su sveikata. Kaip metadoną vartoja, ar ta dozė yra užtektinai, neužtektinai, kas gyvenime vyksta, ar jis dirba, veikia ar neveikia. Dažniausiai kai jau tuos pacientus gerai pažįsti, tai daugiau mažiau žinai, kas jų gyvenime vyksta ir ką jie daro. O tų kur nepažįsti, tai vieni atsako normaliai, kiti formaliai labai. Pagal pacientą priklauso viskas.

**Jūsų klientas dėl gydymo FM buvo užsiregistravęs gydytojo konsultacijai ir atvykęs vakar, tačiau neturėjo siuntimo. Šiandien jis atvyko su siuntimu, tačiau pamiršo užsiregistruoti. Gydytojas šiuo metu laisvas. Ką darote?**

Priimu.

Šituos pacientus iš esmės sunku *nulaiyti* – tikėtis, kad jie kaip *normalūs* pacientai ateis laiku, užsiregistruos, visa kita, tai dažnai tenka prisitaikyti prie jų, prie jų tokios chaotiškos dienotvarkės.

**Jei paklausčiau jūsų klientų, ar jiems suteikiama visa jiems aktuali ir adresuota informacija, ką jie atsakytų? Kodėl? Kokiais atvejais informacija jūsų pacientų nepasiekia jūsų sprendimu?**

Nežinau. Tai jeigu mes, tarkim, priimam pacientą, ir, padarius tyrimus, sužinom, kad jis serga ŽIV, tai mes pasakom jam tai. Ir turim mes jam tai pasakyti, negali būti kažkokio nuslėpimo. O kad būtų tokių atvejų, kai būčiau sąmoningai nesakęs kažko, nu ne taip nebuvo.

**Hepatito C gydymas skiriamas ne visiems. Ar manote, kad jūsų klientai turėtų atitikti daugiau papildomų reikalavimų gydymui gauti, nei ne intraveniniu būdu užsikrėtę asmenys? Ar tai galioja visiems klientams, ar priklauso nuo konkretaus atvejo? Ar ir kaip motyvuojate klientus kreiptis dėl hepatito gydymo?**

Kiek iš mano praktikos, tai gydymą gauna tie, kas nori gydytis. Tiesiog turėtų būt motyvacija gydytis. O kad ta motyvacija gydytis, turi būti iš esmės pas žmogų vienas iš tokių sveikimo procesų, kad jis nori gydytis.

Tai dažniausiai jie tiesiog patys siekia to gydymo, nori kažką daryti.

Tai reiškia, kad yra motyvuoti, nes dažniausiai tie žmonės nelabai rūpinasi savo sveikata.

**Siūlau pabaigai paprašyti tiriamojo papasakoti du atvejus: vieną, kai jis jautė pasitenkinimą savo atliekamu darbu, antrą, kai jautėsi priešingai.**

Gerai, tai buvo toks atvejis apie pagyvenusį vartotoją, ten gal 50 metų siekė ir jis visą gyvenimą vartojo, nebuvo niekad metadono programoje ir kažkaip jis atėjo su policijos komisariato siuntimu į programą ir turėjo labai daug iš esmės... Na, jis buvo benamis, jo socialinė situacija buvo labai sudėtinga, jis turėjo daug gretutinių ligų, buvo labai didelės trofinės opos kojose, bet jis buvo nusprendęs, kad jam reikia pradėti gydytis, ir mes kartu su socialine darbuotoja jį pradėjome motyvuot, rodyt jam dėmesį, bendrauti su juo, kaip su žmogumi pilnaverčiu ir jisai... *matėsi ant jo*, kad jisai stebisi, kad mes su juo taip bendraujam, ne su kaip kažkokiu *narkomanu*, bet lygiaverčiu žmogumi ir stengiamės padėti. Ir jis pradėjo su mumis labai motyvuotai dirbti ir eiti tada registruotis pas gydytojus dėl kojų, nuvažiavo į Visorius, gydėsi. Tikrai, matosi, būsena pagėrėjo, dabar jis pradėjo lankyti savitarpio pagalbos grupes ir yra pakankamai aktyviai įsitraukęs. Ir per pusę metų labai ryškiai matosi skirtumas žmogaus, koks jis buvo prieš tai ir koks dabar.

Nusivylimas būna gal kai pacientai, kuriems stengiesi padėti, visai bandai jam kažką pasiūlyti, pagelbėti kažkaip, bet jisai, *toks vaizdas*, tavim manipuliuoja, bet viduj negirdi tavęs, vis tiek daro savo tuos klaidingus sprendimus gyvenime ir jo niekaip *neina* pasiekti, taip kad jis susimąstytų ir kažką kitokio veiktų. Ir daug tokio melavimo būna, apgaulinėjimo iš jo pusės. Maža motyvacija. Ir su tokie žmonės dažniausiai sukelia pyktį.

**Ačiū**

3. Aušra Širvinskienė, direktoriaus pavaduotoja, VPLC, dirba 17 m.

Dirbu nuo 2000 m. kovo mėn. Pradėjau dirbti FM metadonu programoje, nebuvo atskiro skyriaus socialinės pagalbos, buvau tiesiog kaip darbuotoja, eilinė, kurios tikslas buvo padėti žmonėms

sudaryti planus, ne tik su gydymo susijusius, bet ir su socialine pagalba; ieškoti įvairių finansavimo šaltinių, kaip būtų galima padėti spręsti kitas, šalia esančias problemas, kurios tuo metu buvo pakankamai labai aiškios, tai dokumentų neturėjimas, antstoliai ir t.t. Vėliau, buvau socialinės pagalbos ir prevencijos skyriaus vedėja, kurios skyrius turėjo pagrindinį savo tikslą - koordinuoti FM metadonu programą per atvejo vadybą. Diegiau atvejo vadybos metodą. Ir nuo 2014 m. sausio mėn. esu direktoriaus pavaduotoja.

### **Atvejo vadybos programa, kodėl sugalvojote ją įgyvendinti?**

Dvi priežastys. Pirmą priežastį: dirbant buvo pastebėta, kad asmenys, kurie vartoja opioidus, turi labai daug problemų, kurių neišsprendžia vien tik medikamento skyrimas, kad ir kokia būtų stabili, gera dozė. Yra kita eilė problemų, kurios trukdo žmogui integruotis į visuomenę, siekti tikslų, kad būtų pilnavertis gyvenimas. Atvejo vadybos metodas buvo pasirinktas kaip tas metodas, kuris tą kompleksinę problemą padeda išspręsti. Kita priežastis, galbūt labai ūkiška, tai gydytojais turėjo labai mažai galimybių įsigilinti į pacientų problemas, nes pacientų srautai didžiuliai, ir tiesiog sumažinti gydytojams krūvį, taip pat, viena iš priežasčių buvo atvejo vadybos diegimas.

### **Kokie pagrindiniai tikslai ir funkcijos atvejo vadybininko?**

Pagrindinė funkcija ir tikslas - tapti patikėtiniu, pas kurį ateina pacientas ir padeda visą savo problemų spektrą išvardina, ir to darbuotojo tikslas padėti jam sukoordinuoti problemų sprendimą, būti pagrindiniu asmeniu, tarpininku tarp kitų gydymo įstaigų, kitų specialistų, t.y. būti savotišku advokatu sprendžiant šitas problemas.

### **Ar pasiteisina tikslai? Darbuotojai žino ir juos atlieka?**

Geras klausimas. Manau, kad žino. Yra mokymai, patvirtinta vadybos mokymų programa ir kartas nuo karto yra rengiami tie mokymai ir visi specialistai turi galimybę dalyvauti mokymuose, susijusiuose su atvejo vadyba. Ar visus atlieka poreikius? Tai mano nuomone, išlieka žmogiškojo faktoriaus problema. Dėl asmenybinių, vertybių, žinių trūkumo, ne visi socialiniai darbuotojai – atvejo vadybininkai supranta tą tikrą esmę ir principus atvejo vadybos.

### **Kaip darbuotojai gali sužinoti apie esmę ir tikslus?**

Individualizuotas požiūris į pacientą - tai pagrindinis principas šitos paslaugos.

### **Kaip darbuotojai išmoka?**

Kai žmogus ateina dirbti į mūsų centrą, naujas žmogus, tarkim. Jisai yra supažindinamas su FM tvarkos aprašu, kuriame yra išdėstytos visos funkcijos, kurias turėtų atlikti atvejo vadybininkas. Jo veiklą turėtų koordinuoti skyriaus vedėja, kuri teiktų metodinę pagalbą, skirtą seniau dirbantį darbuotoją, kuris galėtų padėti suprasti. Yra išleistos brošiūros mūsų centro, kurios, gal šiek tiek

moraliskai paseno, bet vis tiek apie 2006, 2007 m., kur irgi yra schematiškai nubraižyti visi atvejo vadybos principai, vadinasi edukacine medžiaga specialistams. Ši medžiaga atiduota Socialinės pagalbos skyriui, kaip knygutė tokia, ir su tikslu, kad nauji ir seni specialistai ją turėtų kaip darbo knygą.

### **O kokie FM tikslai įstaigoje?**

Įstaigos tikslai yra formuluojami tvarkos apraše. Vadovaujantis galiojančiu tvarkos aprašu, patvirtintu SAM, yra keli tikslai, vienas iš tikslų yra padėti žmogui sumažinti, arba nustoti vartoti opioidus, kitas tikslas - padėti žmogui gydytis ir spręsti kitas problemas, tiek socialines, tiek sveikatos, ŽIV, hepatitai, antstoliai ir t.t. Žinoma, paskutinis tikslas, bene svarbiausias, padėti žmogui pasiekti bent jau vidutinišką gyvenimo kokybę.

### **Ar aptariant tikslus dalyvauja darbuotojai? Ar vyksta aptarimai?**

Tvarkos aprašas yra peržiūrimas kasmet ir beveik kasmet yra įnešami kažkokie pakeitimai. Tuos pakeitimus inicijuoja, tarkim, pakeisti teisės aktai, pasikeitusi situacija ar dar kažkas. Teoriškai turėtų skyriaus vedėjai, jie atsakingi už tų tvarkų inicijavimą, pakeitimą, ir, kai mes patvirtinam tą pakeitimą, mes raštiškai, įsakymu, įpareigojam skyrių vedėjus aptarti ir supažindinti su tvarka, pakeitimais, aptarti iš naujo, jeigu kažkam neaišku, su savo skyriaus darbuotojais. Skyrių vedėjai pagal savo funkcijas ir kompetencijas, ir, netgi raštišku įpareigojimu, turi tuo užsiimti.

### **FM metadonu kaipo žalos mažinimas, FM metadonu kaip gydymas, kuo skiriasi programos ir jų tikslai?**

FM kaip gydymo tikslais, tai pagrindinis tikslas yra padėti žmogui integruotis į visą visuomenę, padėti sumažinti, arba visiškai nutraukti medžiagų vartojimą, įsidarbinti, susitvarkyti santykius su šeima, išsigydyti gretutines ligas ir t.t. Kiekvienam pacientui, individualiai, yra sudaromi gydymo planai trim mėnesiams ir, jeigu ilgalaikėje perspektyvoje stebima, kad tų tikslų, kuriuos keliamo kaip gydymo, nepasiekia, tada tie tikslai performuluojami, bet prieš tai išbandžius visus metodus, kurie leistų pasiekti tuos tikslus, padedant motyvacinio interviu, baigiant tiesiogine pagalba tarpininkavimo, individualių psichologo konsultacijų, ir, jeigu viską išbandžius, nepavyksta pasiekti tikslų, tarkim, žmogus toliau tęsia psichoaktyvių medžiagų vartojimą ir neatsisako jų, ir alkoholis, ir opioidai, nevykdo kitų tikslų, čia reikėtų individualiai žiūrėti, nes kartais vien tik psichoaktyvios medžiagos vartojimas nelegalios, tai nereiškia, kad žmogus nėra integruotas į visuomenę, jis gali būti integruotas. Bet, jeigu tikrai yra matoma, kad to traktuoti kaip gydymo, nesikeičia situacija, užstringa vietoje ilgą laiką, išbandyti visi metodai, pagal aprašą tie metodai, kurie buvo išbandyti, turi būti dokumentuoti to, kas su tuo žmogumi dirbo, kad situacija keistųsi, bet jeigu tai tikrai

nesikeičia, tuomet tas žmogus yra pervedamas į žemo slenksčio programą, kurios tikslas yra tiesiog mažinti psichoaktyvių medžiagų žalą, bet, jeigu žmogus atsisako kitų pagalbos priemonių tokių, kaip psichologinis konsultavimas, nenori būti stebimas dėl psichoaktyvių medžiagų vartojimo, nes jisai sau tokio tikslo nebrėžia visai jų atsisakyti, jisai dalyvauja toje programoje, bet jis bet kada, kai norės, gali sugrįžti pakalbėti su savo tiesioginiu socialiniu darbuotoju, kad jis nori pakeisti šią situaciją ir kartu kelti kitus tikslus. Žodžiu, nuo žmogaus, jo keliamų tikslų turi būti.

### **Jei nedaro progreso – gali būti perkeltas, ar tikslai susiję su papildomu medžiagų vartojimu ir integracijos rodiklių neišpildymo?**

Tai turi būti kompleksiška, individualu. Pavyzdžiui, aš pati kai rašiau, ir / ar / arba tvarkos apraše žemo slenksčio, kad nebūtų taip, kad vien tik papildomas psichoaktyvių medžiagų vartojimas, nėra skirtas gydytojo, būtų traktuojamas kaip plano neįgyvendinimas. Galbūt jis kitas dalis puikiai įgyvendino, ir tai netrukdo jam siekti tos gyvenimo kokybės, integracijos, bet, jeigu visos sritys kompleksiskai yra blogai – tada taip. Ir jeigu jisai dar plius, kaip būna praktikoje, bando kitus pacientus įtraukti į tą subkultūrą, galima taip pavadinti, į vartojimą papildomą, siūlo alkoholį, tai, kad nemažintų kitų pacientų motyvacijos, šiaip rekomenduojama atskirai su jais dirbti.

### **Kaip įstaigoje perdavėte žemos slenksčio programos tikslus ir koncepciją?**

Kuriant dalyvavo skyriaus vedėjai ir darbuotojai, taip pat mobilios klinikos darbuotojai, kadangi jie tiesiogiai turi dirbti su šita grupe, jie taip pat galėjo diskutuoti, siūlyti savo pakeitimus, buvo salėje susitikimai du kartus. Tada buvo galutinis variantas, kuris priimtas. Taip pat daug kartų derintas el. paštu, visokie pakeitimai. Galutinis variantas buvo priimtas, patvirtintas direktoriaus įsakymu, įsakyme taip pat įpareigota kontrolę vykdyti skyriaus vedėjoms, kurios turi savo darbuotojus supažindinti dar kartą išsamiai. Buvo problemų, darbuotojai, ar patys vedėjai nesuprato, buvau kviečiama ir aš į jų, po patvirtinimo, susirinkimą, tai dar kartą aptarėme koks yra tikslas. Tai buvo aptarta su abiem skyriaus vedėjais, ambulatorinio ir socialinės pagalbos, mobilios klinikos darbuotojais ir gydytoja, kuri yra priskirta kaip atsakinga už žemo slenksčio žalos mažinimo komponento pacientus, tai gydytoja Mažokaitė.

### **Ar žemas slenkstis naudingas visuomenei, kodėl? Ar FM naudingas visuomenei, kodėl?**

Jeigu atsiverčiu duomenų bazę, tai matau kokį milijoną tyrimų, kurie įrodo efektyvumą. Jeigu mokslinė kalba kalbėti, tai yra moksliniais tyrimais įrodytas programos efektyvumas tiek individui, tiek visuomenei, ar programa būtų organizuojama gydymo tikslais, ar žalos mažinimo.

### **Kokia nauda pacientui/ individui?**

Individui, visų pirma, kad jis integruojasi į priežiūros sistemą, kur jis gali su sveikata susijusią visą pagalbą. Taip pat jam yra suteikiama visa informacija dėl infekcinių ligų gydymo galimybių ir t.t.

Žodžiu, suteikiama kitų specialistų, ne medikų, pagalba integruojantis į darbo rinką, atstatant santykius su šeima – jisai gauna tiek sveikatos, tiek socialinę, psichologinę pagalbą.

Visuomenei – infekcinių ligų mažinimas, nusikaltimo mažinimas, nes nereikia kiekvieną dieną eiti vogti, ieškoti pinigų nelegaliems narkotikams, kainuojančių pinigų. Visuomenei yra naudinga, nes tie žmonės turi galimybę spręsti savo problemas, kurios gali sutrikdyti visuomenės gyvenimą ir t.t. Dar viena – kalėjimuose mažiau išlaikyti reikia, tai ekonomiškai atsiperka.

### **Nuo ko priklauso gydymo FM veiksmingumas?**

Labai nuo daug ko, nuo paciento motyvacijos, nuo jo aplinkos, kurioje jis gyvena (jeigu ji nepalanki – tai bet kokia gydymo programa ar paslauga nebus pilnai patenkinama), nuo žmogaus išsilavinimo, nuo darbuotojų draugiškumo, nuo darbuotojo galimybės suprasti paciento poreikius, lūkesčius, surasti bendrą kalbą, išklausti pacientą, labai daug ko, jeigu čia iš paciento pusės.

### **Kaip atvejo vadyba padeda?**

Atvejo vadyba individui daro veiksmingą, dėl to, kad yra galimybė išgirsti žmogaus visas baimes, visus lūkesčius, nes nėra blogiau, kai mes siūlome pagalbą, kuri sudaro tokias žirkles tarp žmogaus norų ir personalo lūkesčių. Tokia pagalba niekada bus neefektyvi. Atvejo vadyba, bent jau mano nuomone, turėtų tas žirkles mažinti tarp paciento ir personalo lūkesčių, kad jie neišsiskirtų. O visuomenei kas daro efektyvią – tai prieinamumas visų paslaugų, plataus spektro paslaugų, jeigu jos yra prieinamos – nėra slenksčių, žmogus jas gali gauti, visuomenė nesmerkia, yra mažinama stigma, tada paslauga tampa efektyvi. Jeigu visuomenėje yra stigma, nors ir geriausia programa nebus efektyvi, nepilnai bus efektyvi.

### **Paciento dalyvavimas padeda tikslų neiškirti?**

Taip. Pagrindinis dalyvis keliant gydymo tikslus turi būti pats žmogus, kuriam reikia pagalbos. Kai mes sugalvojome formas, kurias kas tris mėnesius peržiūrime kokie planai, ten specialiai įrašėme, kad pats pacientas būtinai dalyvautų ir atsižvelgiama į jo norus ir jisai turi sau kelti tikslus, ne specialistai jam turi kelti tikslus, jis pasirašo po tais tikslais, kaip efektyvus dalyvis, o ne kaip pasyvus stebėtojas, kas čia su juo dabar vyksta.

### **Kaip vertinate FM metadonu žemo slenksčio tikslų formavimą, aptarimą, kaip situacija dabar?**

Iš kalbų ir pavienių darbuotojų pasisakymu, panašu, kad nėra efektyvus. Kodėl jis nėra efektyvus, kol kas nerandu atsakymo. Teoriškai turėtų veikti ši schema, kad vedėjai turi visą informaciją, ir, jeigu jiems kažkas neaišku, vedėjai bet kada gali ateiti per penkminutes ir išsakyti visus savo klausimus, neramumus, dalyvaujant administracijai, direktoriui ir tai perduoti skyrių darbuotojams.

Nežinau kodėl vis dar lieka daug neatsakytų klausimų, požiūriai išsiskiria, ir nežinau ką čia galima būtų padaryti. Vėl gi, jeigu mums vedėjai neišsako, patiems inicijuoti pastoviai kažkokius susitikimus, aptarimus, kaip ir neaiškus poreikis tada. Nežinau, man sunku pasakyti.

### **Kaip anksčiau vykdavo tikslų ir vertybių perdavimas?**

Aišku, aš labai subjektyviai ir nekritiškai pasakysiu, bet, man atrodo, kai aš buvau vedėja ir kai buvo gydytoja kita, ambulatorinio skyriaus vedėja, mes labai daug dirbdavome su pačia komanda ir stengdavomės ne susirinkimus daryti, bet tiesiog, tarkim, apžaišti, kad tas vertybes perduoti ne tik formaliai, bet ir neformaliai. Inicijuodavome įvairius vakarėlius, tarkim, naujų metų šventimo, pyragų kepimo ir t.t. ir per juos aptarinėdavome daugiausia per vertybinę prizmę. Aš bandydavau parodyti žmonėms, kad jie yra svarbūs, pagrindiniai, ir man norėdavosi jiems tokį entuziazmą parodyti, kad „va, kaip faina, darom“; „va, gavom iš, tada dar taip vadinos, Narkotikų departamento pinigų, važiuojame į taborą, dirbame su tais žmonėm tabore“, tokias, kaip žaidybine forma bandydavome įtraukti. Kas dabar ten atsitiko – nežinau, nes keitėsi ne tik vedėjas, bet ir darbuotojai. Praktiškai liko tik pora iš senų.

### **Kaip apibrėžiate „pasveikimą“, kokia tikimybė pasveikti?**

Priklausomybė yra lėtinė liga, kaip ir bet kuriai lėtinei ligai yra būdingi „atkryčiai“, tai „pasveikimą“ reikėtų interpretuoti. Vėl gi čia, kas vienam tinka – galima laikyti vienam „pasveikimu“, kitam – vargu.

Aš laikyčiau „pasveikimu“, kai mes sumažinam riziką anksti mirti, tai yra savotiškas „pasveikimas“ ir pageriname žmogaus gyvenimo sąlygas. Jeigu kalbam apie metadono programą, man patinka žodis net ne „pasveikimas“, bet aš gal pasakyčiau situacijos stabilizavimas. Pagrindinis tikslas turėtų būti stabilizuoti situaciją, kad būtų nepakenkta žmogui ir tuo pačiu turėtų naudoti visuomenėje.

### **O kas yra nepagydomi/ beviltiški atvejai?**

Man visada prieš akis stovi vienas pacientas, su kuriuo aš dirbu 6-7 metus. Jis niekada nebuvo nustojęs vartoti, dalyvavo FM metadonu, bet vartodavo epizodiškai, ne kiekvieną dieną, bet kartas nuo karto heroiną, alkoholį. Ir kuo toliau, tuo labiau jo situacija blogėjo, atsirado daug nesantuokinių vaikų, teismų, skolų, antstolių ir pan. Atrodė tikrai labai sudėtinga situacija ir, kad čia kažkokią išeitį rasti beviltiška atrodė, padėti jam išspręsti visas problemas, nes jo motyvacija buvo nulinė. Jis ateidavo ir su švirksčiu grasindavo.. Bet kažkuriuo momentu jisai atėjo ir sakė, kad „viskas, padėk tą (konkrečiai vardino)“. Prieš tai tas pats tiksluose būdavo ir jis patinguodavo galvą, kad reikia daryti, bet.. Ir dabar baigėsi jau metadono programa, dirba užsienyje ir nevarvoja išvis



psichoaktyvių medžiagų, ir dirba slaugos tarnyboje. Tai nėra beviltiškų atvejų, tikrai su vienais reikia labai daug laiko, su kitais – mažiau laiko.

### **Ar veikia darbuotojų vertinimo sistema? Nuo kada?**

Turim tik nuo šių metų vertinimo sistemą. Anksčiau, kai priklausėme savivaldybei, gale metų skirdavo priedų fondą, kurį galėdavo skirti darbuotojams už kažkokią veiklą. Gale metų aš visuomet atsižvelgdavau kiek žmogus prisidėdavo prie papildomų veiklų: bendradarbiavimas su policija, važinėjimas į taborą, kontaktų užmezgimas. Tai buvo savotiška vertinimo sistema, bet vienkartinė, gale metų, kaip tryliktas atlyginimas.

Kai mus perėmė ministerija, tokio priedų fondo neliko, ir darbuotojus finansiškai motyvuoti nelabai liko iš ko. Liko tik visi kiti motyvacijos šaltiniai – tai įtraukimas į pagalbą, problemos sprendimą, pasiūlymas parašyti mokymų programą ir ją praveisti. Tai irgi savotiška motyvacija, kai tau suteikiama „žalia“ šviesa kelti savo kompetencijas, kvalifikaciją.

O dabar nuo šių metų atsirado vertinimo sistema, tikiuosi, ji gerai suveiks. Dar sunku pasakyti, buvo tik pusės metų aptarimas, tai kai kuriuos tikslus performavome, matėme savo klaidas tikslų formulavime.

### **Kokie rezultatai vertinami? Ar vertinama darbo kokybė?**

Vertinami rezultatai, kurie yra kiekybiniai, kurie numatyti strateginiuose planuose: pacientų skaičius, aprėptis ir t.t., kuriuos mes, kaip įstaiga turime užtikrinti. Ir yra numatyti tokie, kaip kvalifikacijos kėlimo, kompetencijų ugdymo, kiek žmogus nori pats papildomai veikti ir juos sudarinėjant, patys dalyvauja darbuotojai, jie gali parašyti savo.

### **Ar pacientai bendrauja tarpusavyje?**

Kiek žinau, veikia savitarpio grupė metadono dalyviams.

### **Seniai?**

Na, galiu papasakoti istoriją. Pirmą kartą tokią grupę įkūrėme 2002 m. kartu su nevyriausybine organizacija, kurią ir paskatinome įsikurti, jinai tuomet vadinosi „Tarpusavio pagalbos narkotikų vartotojų iniciatyvos“. Vėliau, ji persivadino į „Tavo drugys“. Jų patalpose, kurias jie nuomojosi, darydavome tokias grupes, ir motyvuodavome juos per savipagalbos principus padėti vieni kitiems, išsakyti problemas, ten kviesdavome ir mūsų centro gydytojus pakalbėti ir tuo pačiu skatindavome juos nebijoti išsakyti savo baimes tiems gydytojams.

### **Čia Jūsų asmeninė iniciatyva?**

Taip, asmeninė. Mano ir Danutės, mes dviese tik tada dirbome. Ir pacientų tada buvo nedidelė aprėptis, mes turėjome 55 pacientus, na bet 2 žmonėms nebuvo tiek ir mažai. Įtraukėme dar, kadangi

tuo metu darėme decentralizaciją į psichikos sveikatos centrus, aktyviai įsitraukė psichikos sveikatos centrų darbuotojai ir tada vykdavo tokie užsiėmimai. Dabar, turint žinių įvairių, ta grupinė dinamika ne visada pavykdavo pagal psichologijos vadovėlius, bet tuo metu tikrai ta iniciatyva ir entuziazmas buvo faina. Vėliau, pačioje organizacijoje nevyriausybinėje, nes mes norėjome jiems atiduoti, kad jie jau patys toliau vystytų, ten keitėsi vadovai, kaip aš supratau, ir šiek tiek strigo finansavimas. Paskutinis mūsų bendras buvo darbas kaip ir kartu bandėm išleisti tokią knygą, kuri yra elektroniniu formatu, „Patarimai metadono dalyviui“, berods taip skambėjo. Tą knygą turėjo rašyti patys dalyviai, kurie jau dalyvauja. Tai jinai kažkur dabar klaidžioja internete, bet ten išsiskyrė šiek tiek UNABC projekto vertintojai nesutiko šios knygos finansuoti leidimo, tik elektroninį variantą paliko. Tada buvo toks biškutį štilius, kadangi kažkaip nesugalvojom kaip čia galima būtų dingus nevyriausybinei organizacijai, kaip mūsų pagalbos šaltiniui, aktyvinti tuos pacientus. Tada gal kokius metus buvo štilius. Po to, atėjus dirbti į mūsų komandą socialinei darbuotojai Ieva Žukauskienei, kuri yra vaikų ir jaunimo. Ieva sumanė atnaujinti, bet atnaujinti be nevyriausybės organizacijos, bet atnaujinti čia, mūsų patalpose. Ir sugalvojome, su Ieva susėdę, kad tai galėtų būti pagal įgalinimo metodą, taip vadinamą, ir tiesiog moksliniais tikslais, paėmėme tą modelį ir jį testavome. Buvo identifikuoti iniciatyvūs pacientai, kuriuos stengėmės įgalinti, tai organizuodavome ir užsiėmimus, ir bandėm leisti laikraštį, ir vakarėlius įvairius organizuodavome. Bet, išėjus pacientams, kuriuos mes buvome įgalinę iš programos, vėl šita iniciatyva apmirė. Tai dabar vėl, kiek žinau, yra atnaujinama, bet labai giliai nesidomėjau, kaip ir yra skyriaus vedėja, kuri turėtų koordinuoti, bet dar kol kas nepasakojo per penkminutę kaip jai sekasi, reiks užklausti, gerai čia, bet skelbimą mačiau.

### **O kas yra įgalinimo metodas?**

Įgalinimo metodas – tai metodas, kuris yra iš keturių žingsnių per grupinę dinamiką, kai susirenka žmonės su specialistais, kurie jiems teikia pagalbą, ir bandoma dalį, tarkim, atsakomybės už programos pagalbos kažkokio proceso pamažu deleguoti patiems pacientams.

### **Pacientas turi įsitraukti į procesą ir atstovauti kitus pacientus?**

Jie, kuo daugiau žmonių grupėje, tai visi pacientai negali įsitraukti, tai būtų nerealu, tai tiesiog yra siekiama identifikuoti tas pagrindines sėklas, kurie galėtų būti tie tarpininkai tarp darbuotojų ar pagalbos šaltinių, jie turėtų suburti, arba, kiek įmanoma, su vienu gal daugiau, su kitais tarpininkauti ir padėti likusiems, būti lyderiai, atstovai.

### **Ar manote, kad įstaigos teikiamos paslaugos yra kokybiškos, ar pakankamai padeda klientams?**

Galėtų būti kokybiškesnės. Daug priežasčių kodėl, tai mano subjektyvi nuomonė, norėčiau galbūt labiau entuziazmo iš visų darbuotojų, nors žinau, kad galbūt neįmanoma, kad visi labai turėtų daug entuziazmo ir patys būtų labai inovatyvūs, taip pat su kadrais nemažai problemų, dėl amžiaus kai kurių darbuotojų ir darbuotojų etatų neužpildymas yra didelis. O pačių paslaugų spektras, teoriškai yra geras, bent jau mūsų centro, lyginant su kitais. Mes turime nuo žemo slenksčio programos iki psichosocialinio gydymo, ir dienos stacionarai, ir subuksono programa, ir metadonas, ir minesota, ir abstinencijos gydymas, ir atvejo vadyba, bet kiekvienoje dar reikėtų peržiūrėti kas ten kliūna ir kodėl.

## **Ačiū**

4. Dinata Ona, socialinė darbuotoja, VPLC, dirba 2 m.

### **Ar teikia antrinio lygio FM paslaugas? Kaip atrodo paslaugos teikimas?**

Taip, teikia. Pas mus yra antras lygis. Visi pacientai, kurie ateina į FM metadonu, jie ateina su siuntimu iš infekcinės ligoninės, ateina iš poliklinikos, ir tas siuntimas yra antrinio lygio gydytojo psichiatro konsultacija. Tai gaunasi, kad ta paslauga yra teikiama. O FM metadonu paslauga tai yra ne tik tai, kad pacientas gauna kiekviena dieną tą vaistą, tą priskirtą dozę, aišku čia įeina ir dozės nustatymas, ir kažkokių vaistų priskyrimas, jeigu gydytojas mato poreikį, šalia eina atvejo vadyba, jeigu gydytojas įvertina, tai gali gydytojas nukreipti psichologo konsultacijom, gali pats pacientas norėti psichologo konsultacijų ir gali psichologas jas priskirti. Nu žodžiu, įeina psichologo konsultacijos, gydytojo konsultacijos, atvejo vadyba, taip pat teisininko konsultacijos, gali lankyti savitarpio pagalbos grupę ir šiaip padeda socialiniais aktualiais klausimais, kurie išskyla, negalėčiau nubrėžti ribų, kad darom tik tai šitą, arba darom tik tai šitą, apskritai aš asmeniškai skatinu pacientą kalbėti visais jam rūpimais klausimais ir tada žiūrime kokią problemą turim, ko mums reikia, kokius turim išteklius, kaip tą galim išspręsti, jeigu ta problema yra daugiau nei metadono dozės korekcija ar psichologo konsultacija.

### **Kas yra atvejo vadybininkas? Ir / ar užtikrinamos atvejo vadybos paslaugos?**

Atvejo vadybininkas organizuoja gydytojo psichiatro konsultacijas, organizuoja psichologo konsultacijas, konsultuoja socialiniais aktualiais klausimais, padeda užsiregistruoti į kitas gydymo įstaigas, jeigu reikia į jas siuntimų, tai rūpinasi, informuoja apie kitas paslaugas, tarkim, teisininko konsultacijas ar kitas paslaugas, kurių reikia kitose gydymo įstaigose, jų ieško, tarkim, reabilitacija Vasaros g. Pacientai dažnai neturi tų įgūdžių arba net nežino kaip ta paslauga vadinasi, kurios jiems reikia, jie kažką apibūdina ir mes tada, aš tada galvoju, kad jam reikia to ir to, nes jisai manęs prašė

to ir to. Tai aš ieškau kur jam tą paslaugą gauti, ar jam yra sąlygos ją gauti. Taip yra labai platus darbas - lydėti, atstovauti, tarpininkauti.

### **Kiek pacientų dalyvauja FM?**

Vedėja minėjo, kad virš 200 žmonių. Kiek tiksliai, 218, ar kažkas panašaus.

### **Ar yra eilė? Kaip ji veikia? Kodėl dalyvauja tiek asmenų?**

Eilės, jų gali būti. Šiuo metu eilės nėra, kiek aš esu informuota. Gali būti eilė, bet tai priklauso koks pacientas nori patekti į metadono programą, nes yra išimtiniai atvejai, kada eilė negalioja, tiesiog yra priimama be eilės, t.y. ŽIV infekuoti pacientai, tuberkulioze sergantys ir nėščios moterys. Jeigu ateina pacientas ir matom, kad yra indikacijos į metadono programą, bet nėra vietų, tai mes tiesiog įrašom į eilę. Eilė veikia taip, kad yra tiesiog atsakinga darbuotoja, kuri turi segtuvą, dokumentą, kurį pildo, užsirašo ten 1,2,3,4 kas yra eilėje. Atsilaisvinus pirmai laisvai vietai (kai kažkas išeina yra išbraukiamas, eina tęsti gydymo kitoje gydymo įstaigoje), tai skambina pirmam iš eilės tris kartus, jeigu jis neatsiliepia, tada skambina antram ir, jeigu jis atsiliepia, jį priima.

### **Skambina iš eilės tris kartus?**

Tris dienas iš eilės, kartą į dieną, būtinai iš administracijos, kad tai būtų fiksuota.

Yra atskiras projektas su II-u policijos komisariatu. Dabar, girdėjau, atsilaisvins viena vieta, nes vienas išsibraukė, tai su policijos siuntimu gali patekti ir draustumo neturintys asmenys į metadono programą.

### **Kaip jūsų įstaigoje apibrėžiamas teikiamų žalos mažinimo paslaugų tikslas?**

Atvirai pasakius, niekad apie šitą nebuvo informuota ir galiu pasakyti tik tai, ką girdžiu iš pacientų, dažnai šiuo metu esu klausius koks yra žalos mažinimo tikslas, mūsų bendravimo tikslas. Žalos mažinimo tikslai būtų išvengti užkrečiamų ligų plitimo, sumažinti nusikalstamumą, kad pacientui būtų išduodama čia autobusiuke, kad žmonės neeitų vartoti, jie gautų pas mus čia tą savo dozę, nors jie yra ir vartojantys, galėtų ateiti čia išgerti be streso.

### **Koks yra jūsų įstaigoje apibrėžtas gydymo FM tikslas? Kuo jis skiriasi nuo žalos mažinimo?**

Gydymo metadonu tikslas kaip ir nesiskiria, bet kai pacientai yra asocijuojami ta programa arba ta. Tai į metadono kabinetą dažnai ateina tie, kurių tikslas yra įsidarbinti, turėti darbą, nevartoti, tiesiog, kad būtų galimybė jiems gauti pakaitinį gydymą, jiems nereikėtų ieškotis sau dozės ir jie galėtų užsiimti kitais reikalingais dalykais, savo gyvenime tvarkytis antstolius, ieškotis darbo, atkurti santykius su šeima (jeigu jie yra nutrūkę). O į žalos mažinimą išeina tie pacientai, kurie netelpa į FM kabineto gydymo rėmus, kurie papildomai vartoja, nesitvarko savo socialinės situacijos, tiesiog tie, kurie pažeidžia eilę punktų.

**Į jūsų įstaigą ir skyrių priimamas dirbti naujas žmogus. Ar pokalbio metu jam buvo papasakota apie įstaigos nustatytus tikslus ir vertybes? Kaip ir kada perduodamos žinios apie žalos mažinimo tikslus ir vertybes? Kaip šių dalykų supratimas aptariamas su naujuoju darbuotoju, kokie įrankiai naudojami (mokymai, susitikimai, mentorius bandomuoju laikotarpiu, konsultacijos su žmogiškųjų išteklių specialistu, rekomenduojama literatūra ir pan.)**

Jeigu atvirai, aš nebuvo informuota apie tai, kaip man reikia dirbti. Aš nebuvo apmokyta.

### **O kaip Jūs sužinojote?**

Aš pati domėjausi, tiesiog laksčiau kaip uodega prie kiekvieno, pas kiekvieną: „Valdai, ką čia darai? Valdai, o kas čia yra? Mindaugai, o kas čia yra? O kodėl tu parašei šičia? Kodėl agurkas žalias, kodėl pomidoras yra raudonas? Kodėl, kodėl yra taip?“

Žinios išplaukia iš praktinių dalykų, iš to, kaip matau aš, lyginimo to kaip matau aš ir kaip mato kitas. O ne tai, kad mes tave priėmėm į darbą ir žiūrėk čia yra tokia programa ir tos programos tikslas yra toks, o tos programos tikslas yra toks. Ne, aš gavau taisykles, jeigu teigiami testai yra penki iš eilės, tada, aha, galvok apie mobilią kliniką, jeigu tau neatlieka tyrimo, tai irgi galvok apie mobilią kliniką. Tiesiog gavau šaltas griežtas taisykles, tik kiekybines.

### **O tai po Jūs persiformulavote tikslus individualiai?**

Tikslai, nu aišku, kad nebus motyvuoti vieną pacientą nevertoti papildomai, o kito tikslas, kad pacientas susiveiktų sau pinigų ant naujų batų, nu aišku, kad nebus, kad tie tikslai taip išsiskirtų. Nu iš esmės, kad pagerinti tą funkcionavimo eigą, jo socialinį, kad sumažinti tą papildomą vartojimą, kad pacientas iš esmės galėtų dalyvauti visuomenėje kaip visateisis, lygiateisis, kreiptis į gydytojus, kad pacientas nebūtų diskriminuojamas, jį atstovėti, palaikyti ir tų dalykų, kad pakeist. Punktais, kad išdėstyti, tai yra tarpininkauti, atstovauti, nukreipti, motyvuoti. Po tikslais slypi labai žmogiški pokalbiai ir labai natūralūs dalykai, pavyzdžiui, neseniai atrinko pacientus, kuriuos reikėtų „išmesti“ į žalos mažinimo programą, tai buvo tokie keturi pacientai, kuriuos perkelti tiesiog nusprendė slaugytoja. Aš nepriėmiau to, kad turiu akiai klausyti ir pervesti juos į žalos mažinimo programą. Vienas pacientas buvo ir vartojantis, ir dirbantis pilnu etatu jaunas žmogus, aš su juo ieškojau n būdų, kaip jam pagerinti tą būklę, kad nereikėtų jo „išmesti“. Tą „išmetimą“ galiu įtakoti ir ne aš, o kažkas kitas. Tai visko ieškojau: kaip jam į polikliniką pereiti, kaip jam išsirašyti kažkokių vaistų, kuriuos jis kartais vartoja, siunčiau jį į polikliniką pas psichiatrą, jisai sakė, kad jį iš ten išvarė, žodžiu, mes neradome to būdo, tik vienintelis būdas buvo gydytis čia, o gydytis čia galima tik su sąlyga, kad ne žalos mažinime, tik metadono kabinete, o metadono kabinete gali būti tik tada, jei nevertoji papildomai, o papildomai vartojama buvo beveik metai laiko, žodžiu, nuolat. Su juo pas

mus buvo daug motyvacinių pokalbių. Mes labai daug apie tai kalbėjome, aš jam aiškinau ir apie taisykles, ir apie žmogiškumą, ir tiesiog bandėme abu pasižiūrėti ir į jo gyvenimą, jo visokius santykius, nutrūkusius ryšius, dabartinės draugės požiūrį į jo gydymąsi, jo darbą, kas būtų, jei jis prarastų darbą, kas būtų, jeigu jis išeitų į mobilią kliniką,- mes labai daug su juo kalbėjome. Jis ateidavo per savaitę vieną kartą, kartais pora, ir rezultate, yra jau neigiamų testų. Aš jo paklausiau: „Ar aš motyvuojau tave bent kažkiek?“. Man buvo taip, kad galvojau, kad tikrai kažkas yra ne taip. Ir jis atsakė: „Tiesiog, tiesiog žiauriai motyvuoji“.

### **Ar FM yra naudinga programa?**

Manau, kad tai yra labai naudinga. Dabar ką pastebiu, ypatingai paskutiniu laiku, tai yra džiugu. Ir tie pacientai, kurie ateina į metadono programą, jie labai greit įsidarbina, ar oficialiai, ar neoficialiai, džiugu, kad grįžta į darbą, atsiranda kažkokių siekių, tarkim, darbe kilti, pakilti nuo virėjo iki vyr. virėjo, kitas dalykas – nusikalstamumo sumažėjimas pas kai kuriuos, tiesiog, kad nebeįvyksta naujų vagysčių, naujų nusikaltimų.

**Ar vidutinis vilnietis/kaunietis/klaipėdietis pritaria FM ir žalos mažinimo paslaugų plėtrai, pacientų skaičiaus augimui programose? Ko iš šių programų tikisi miestietis? Ko tikisi jūsų įstaiga? Jūsų klientas? Ko tikėtis jūs pats? Jei nesutampa miestiečių / klientų / įstaigos ir jūsų lūkesčiai – kodėl jie nesutampa? Ką reiktų padaryti jums / įstaigai / miestiečiams / klientui padaryti, kad išsiaiškinti (sumažinti) skirtumus? Ar gali lūkesčių išsiskyrimas (nesutapimas) turėti įtakos jūsų darbo rezultatams?**

Manau, kad ne. Aš bendrauju su socialiniais darbuotojais, kurie yra baigę, ne praktikais, o teoretikais, jie sako, kad kur tu dirbi, aš ten praeiti bijau pro šalį, tu ten dirbi? Tiesiog yra neigimas, nesupratimas, baimė, o tai yra dėl neinformuotumo, dėl kažkokių nuostatų, kurias įdiegė kiti, nežinau, gal šeimoje nebuvo pastoviai kalbama, kad narkomanai yra blogai, nebendrauk su jais. Bet iš kažkur yra ta nuostata. Manau, kad teigiamas požiūris gali būti tik tų žmonių, kurie dirba, bet ir tai ne visų.

### **Kaip Jūs pačią veikia, kad visuomenė nepritaria Jūsų darbui?**

Tas veikimas yra toks dvejopas: kai tu sėdi kabinete ir internete kažką darai, ir perskaitai, kad nepritaria, nu nepritaria, taip yra. O kai eini į gydymo įstaiga su pacientu, tavęs klausia ko tu jį čia atvedei? Kam? Tu jam nori teikti kažkokias paslaugas? Tada tai aš užverdu. Kai asmeniškai susiduri, eini į vietą čia ir dabar su savo pacientu, tai vyksta čia ir dabar ir tu išgirsti šitą, tai tada, supranti, verda.

**Ką darot?** Atstovauju paciento teises.

## **Kai ateina naujas žmogus, ar yra kas kiti įrankiai informacijai gauti? Konsultacijos? Mentorius? Rekomenduojama literatūra? Žmogiškųjų išteklių specialistą?**

Vedėja visiškai neinformuoja apie tai. Aš labai mėgstu pažiūrėti verslo psichologiją apie lyderystę, apie Saulių Jovaišą ir viename interviu jisai sakė, kad darbuotojas veža, o vadovas turėtų būti tas, kuris truputėlį pastumia ir padeda vežti, nuvežimas tai ar ratas koks, kuris riedėtų tiesiai, pagreitis būtų, tai pas mus šito nėra. Aš pati atėjau dirbti ir nebuvo iš vedėjos pusės informuota. Davė krūvą knygų pasiskaityti, ir klausiau vedėjos ar galiu pasibraukti kas neaišku, buvau informuota, kad ne, nes tai yra vedėjos knygos. Ir tada aš perskaičiau ir numečiau.

Aš sėdėjau kabinete su kolegomis, kurie pasidalijo savo patirtimi, padėdavo užpildyti pirmus prašymus lengvatom ar kažkam, palydėdavo, pasakydavo kaip ir ką reikia daryti. Apskritai, atrodė, kad kolegoms labiau rūpi kaip aš būsiu apmokyta, negu mano vadovei.

## **Kaip formuluojami Jūsų įstaigos tikslai? Kaip darbuotojas dalyvauja tikslų formulavime?**

Mobili klinika dalyvavo žalos mažinimo programos rašyme, tikslų kėlime. Kiek aš žinau, tai rašė vadovė. Šiandien man kilo tokia mintis, kad reiktų parašyti tikslus ir pasakiau dviem kolegoms: „vakar prisižiūrėjau verslo psichologijos ir manau, kad mums tiesiog per susirinkimą pradėti dalintis savo gerąja praktika, arba tiesiog išsakyti, kaip mes jaučiamės ir dėl ko, ir gal bendrai kažką aptarti“, ir jie atsakė baikit man.

## **Kaip apibrėžiate “pasveikimą”? Kokia tikimybė jūsų klientui “pasveikti”?**

Vienas man pacientas visai neseniai pasakė, kad čia jūsų visų tie pokalbiai čia nieko verti, jeigu iš paties nėra noro, nes, sako, kad pas mane pokytis atsirado tik tada, kai aš užsinorėjau pats.

Pasveikimą sunku apibrėžti, aš nelaikau, jei nuo tos dienos dirba normaliai, pažeidimų nėra, vagysčių nėra, nevartoja - tai yra iliuzija, o ne pasveikimas. Aš į pasveikimą įtraukčiau tokius atstatytus socialinius ryšius su šeima, šeimos nariais, susitaiko su tėvais, su vaikais, susiranda darbą ir bando jame dirbti, plėtoti santykius su kolegomis, kai apie papildomą vartojimą ateina pasikalbėti, pasisakyti kaip jis jaučiasi, tarkim, jis jaučia potraukį, kad stengiasi, o ne kai stengiesi pagauti kada jis maždaug vartoja, nepasisako tau, tai, apskritai, galvočiau - tai grįžimas į visuomenę, visa, kas padeda jam funkcionuoti kitaip, nu ne taip kokioje būsenoje jis būna. Kartais ateina ir dirbančių ir labai geros būklės, bet čia ne apie fizinę būklę. Žmogaus, kaip individo atstovo, tai tarsi jiems įdiegta yra, jie ateina ir sako: eisiu į darbo biržą, bet tai aš narkomanas. Pasveiksta tuomet, kai jie nesijaučia, nelaiko savęs tokiais, bando pakeisti mąstymą.

## **Ką darote, kad padėtumėte įveikti savęs stigmatizavimą?**

Aš visada sakau, kad mes visi turime ligų ir tavo liga nėra išskirtinė, kitas serga širdies ligomis, tu sergi kitkuo. Patys siuntimai pas gydytojus nėra kažkokie kitokie, ar išskirtiniai ir tavo gydytoja turi rašyti, turi tau leisti gydytis, o ne kai tu metadono nebevertosi, tai kažkas bus. Kitas dalykas, stengiuos, kai pacientas kažką padaro, atneša tyrimą ar kažką, pagirti, palaikyti, kažkaip, kad jis jaustų, kad ne tik atnešė, įsidėjo į stalčių ir viskas, bet kad jis jaustų, kad pastebi, kad žmogus pasistengė, skyrė laiko.

**Kas vadinama “beviltišku atveju”? Kaip su jais dirbate? Kaip apibrėžiate, koks atvejis yra “viltingas”? Kas rodo, kad atvejis iš darbuotojo pusės yra “viltingas” (pagarbus elgesys, taisyklių laikymasis ir pan.)? Kas rodo, kad atvejis iš paciento pusės yra “viltingas” (pacientas laikosi sutarties, atvirai bendrauja?)**

Turiu vieną beviltišką atvejį, tiesiog. Čia irgi buvo slaugytojų apspręsta, kad pacientą „perkelti“ į žalos mažinimą. Pacientas priimtas praeitų metų lapkritį ir nuo to laiko nesibaigė papildomas vartojimas. Jis nenori nieko daryti, nenori metadono dozės korekcijos, nenori gultis į skyrių, nenori nutraukti vaistų vartojimo, tiesiog kiaušta, tikrai visko atsisako, ką bepasiūlytum per tiek laiko. Tokie rodikliai kaip integracija į visuomenę nėra, niekas nevyksta ir jam gerai yra taip kaip yra, jam nebeturiu ko siūlyti. Metai laiko vien teigiami testai, jis nekoreguoja dozės. Jam sakau, kad gydytoja gali priskirti neefektyvų gydymą, nes atsisako ir į skyrių gultis. Pacientui buvo iškelta tokia sąlyga, kad arba tu atsiguli į skyrių, arba mes tave išmesim į žalos mažinimą. Tiesiog, nes tokia yra tvarka. Pacientas pasirinko ambulatorinę detoksikaciją, nes pacientas negali keisti savo būdo ir jam taip yra geriau. Visada ateina be 5 minučių šešios, metadono testas parodo 6 medžiagas iš karto. Jis dozės nekoreguoja, į skyrių nesigula. Tai toks atvejis, kad net nebežinau ką ir sakyti.

**Kaip priimate sprendimus?**

Apie slaugytojų sprendimus nebuvo informuota. Tai greičiausiai sprendė jų vadovė, juos atrinko ir apsprėdė „išmesti“.

**Kaip vyksta sprendimų priėmimas?**

Pas mus yra atsakomybės nusiėmimas nuo savo pečių ir permetimas ant socialinių darbuotojų pečių absoliučiai visos atsakomybės. Gydytojas dažniausiai nežino ką daryti, sako, kad ką socialinis darbuotojas sako, tą ir padarome. Dažnai esu išprovokuojama, net jeigu ir nenoriu nuspręsti, tiesiog nueinu pas gydytoją ir mes pasėdim, patylim ir tada sakai gal taip?

**Konsultuotis nepavyksta?**

Pavykdavo, kol buvo vienas gydytojas, kuris turėjo daug iniciatyvos ir energijos, tik tada pavykdavo.



**Likus 5 min. iki darbo pabaigos konsultacijai kreipėsi asmuo. Anksčiau ateiti nepavyko dėl darbo grafiko. Norėtų pasikonsultuoti dėl gydymosi FM, svarsto tokią galimybę. Ką darote?**

Absoliučiai priimu ir konsultuoju.

**Kas lemia Jūsų sprendimą?**

Todėl, kad esu socialinė darbuotoja. Tiesiog aš negaliu nepriimti, nes dirbu gydymo įstaigoje. Tai mano moralinės vertybės, atsakomybės, sąžinės ir pareigos jausmas. Yra vienas atvejis toks buvęs, bet tai buvo ne dėl metadono, tiesiog žmogus atėjo ir sako: „aš neturiu kur nakvoti, mane giminės išvarė“, tada aš skambinau iš savo asmeninio numerio į nakvynės namus, nes iš darbo telefono mums negalima skambinti į mobilųjį telefoną ir suradau jam laisvą vietą, ir parašiau kur eiti. Tai tiesiog atsakomybė, jeigu aš atsisakyčiau, tikriausiai aš visą naktį galvočiau, kad aš padariau blogai.

**Asmuo neseniai pradėjo dalyvauti FM programoje, tačiau jam reikia kas porą savaitių išvykti savaitgaliui darbo reikalais. Komandiruotės lapo nėra, nes dirba neoficialiai. Ką darote? Jei išduodate medikamentą pateikite pagrindinius argumentus kodėl / dėl kokių priežasčių taip nusprendėte. Jei neišduodate – kodėl? dėl kokių priežasčių nusprendėte neišduoti? (jei neišduoda dėl taisyklių parašytų / priimtų įstaigoje: Kaip jūs paaiškintumėte pagalbos teikimo vieną iš svarbiausių principų, kad žmogaus poreikiai yra svarbu?)**

Aš dabar tokių atvejų turiu, bandžiau sakyti, kad pacientai ateina ir iškart labai įsidarbina greitai, turiu neseniai priimtų ir be darbo sutarčių. Tai, jeigu nėra papildomo vartojimo, aš metadoną išduodu. Tai rašau, kad čia išimtis. Geriausia išeitis, kad užtikrinti gydymo tęstinumą ir aš meluoju. Būna tokių atvejų, tiesiog žiūri koks pacientas, nu aš išduočiau.

**Kokiais atvejais vykstama į namus?**

Pristatyti metadoną, jei pacientas neturi galimybės atvykti. Arba kolegė, jeigu negali vykti viena ir kviečia mane, tai irgi būna dėl metadono vežimo į namus.

**Kaip vyksta priėmimas į FM? Ką reikia pristatyti, turėti, su kuo pasikalbėti? Ar yra kokie nors reikalavimai, norint gauti paslaugą? Kokie?**

Reikalavimai turėti asmens dokumentą, būti draustam ir turėti siuntimą iš šeimos gydytojo.

**Ką apie tai manote?**

Kur nedraustiems asmenims dėtis? Ta prasme, nes policijos programos yra ribotas klientų kiekis.

**Kaip atliekami šlapimo testai? Kas tai per procesai ir kam jų reikia?**

Jų reikia norint įsitikinti ar asmuo vartoja psichiką veikiančias medžiagas. Testai turėtų būti atliekami slaugytojos, bet yra atliekami, jeigu vyras pacientas – tai kito darbuotojo, nepaisant to,

kad yra sakyta, kad medicinos personalas yra belytis. Tai atliekama prie atidarytų durų, kai vaikšto kiti, visiškai su tuo nesusiję asmenys, tai jie gali kartu pasižiūrėti kaip tas testas yra atliekamas.

### **Kaip reaguojate į šitą situaciją?**

Aš nežinau kaip reaguoti, kalbos jau nebepadeda.

### **O tai esate bandžius pasikalbėti?**

Apskritai esu pati kaltinama, pažiūrėk ką man čia atnešė, tai tu pauostyk, taigi čia vanduo, taigi čia arbatos įpylė, pažiūrėk gi čia Coca-Cola, aš nevertinsiu. Ir aš dabar nevešiu kiek man krauna. Nu nebegaliu, testai yra iki mano kabineto durų, jeigu slaugytoja pasakė, kad testo nevertins, tai reiškia, kad gerai, testo nevertins, ir slaugytoja įvertina, ir slaugytoja padaro, o pas mane atsineša tą testą ir tada žiūrim.

### **Kokių veiksmų esate ėmusi, apart pasikalbėjimo?**

Esu, esu. Esu kalbėjusi, kad buvo toks dalykas, kad mačiau, kad slaugytoja nestebėjo mano pacientės testo ir aš jai tai pasakiau. Aišku, aš likau kalčiausia, vedėjas nieko neužstojo manęs, neginė, ir slaugytoja atėjusi, kai buvau kitai pacientei parašiusi testą, metė į mane tuščią šlapimo tą puodelį, kur pasisiojo ir sako: „labai gerai moki testus atlikti, tai padaryk“.

### **Kokia nauda iš šlapimo testų?**

Teigiama pusė, kad pacientui gali pasižiūrėti ar vartoja, jeigu pasitiki, kad tai paciento šlapimas, tai papildomai nustatyti ar ateina apsvaigęs, ar ne. Pagal tvarką dėl metadono išdavimo į rankas, dėl lengvatų suteikimo, tiesiog, kad atitikti taisyklių punktus. Tam jų reikia, bet tai sukelia labai daug problemų, tai per mažai pasisioja, tada negali atlikti testo. Tai kaip filme Arūno Žebriūno „Riešutų duona“, kur pradžioje tokią trobą rodė ir sakė štai tokiam mūsų miestelyje mažame tokios aistros virė, tai čia taip pat. Tokios aistros verda.

### **Gydymo trukmė, kokia ji?**

Gydymas yra ilgalaikis, pacientai apie tai yra informuojami, ir orientuojamasi į bent jau metus laiko ir daugiau. Bet visaip būna, būna pacientas 15 metų, būna pora metų. Nėra tokių, kad išeitų savo noru. Jeigu išeina, tai tiesiog vartoja.

### **Apie gydymo trukmę nuomonė- ilgiau, trumpiau?**

Aš manau, kad patys pacientai turi rinktis. Kiekvienas renkasi savo gydymą ir aš negaliu teigti, kad jam gydymo užtenka ar ne.

**Ar jūsų įstaigoje veikia darbuotojų vertinimo sistema? Kokie rezultatai vertinami, ar jie leidžia įvertinti jūsų darbo kokybę? Kodėl? Ar vertinime dalyvauja klientai?**

Atsirado.

**Seniai?** Nuo sausio mėnesio, bet pirmas vertinimas buvo rugpjūtį.

**Kaip vertinate šį vertinimą?**

Aš vertinimo nevertinu niekaip, tiesiog vertinu, kad mano vadovei trūksta kompetencijų iškelti tikslus, nes pavyzdžiui, įstaigos tikslai yra priskiriami darbuotojui. Pavyzdžiui, 80 proc. ŽIV tyrimų, kai pacientai pas mane nuolat keičiasi, vieni išsina, kiti ateina, tai koks mano pastovus skaičius, kuriam reikia atlikti? Aš infekuotų neištirsiu antrą kartą. Kažkaip paskaičiuoja darbuotojui pagal įstaigos procentą. Man tai atrodo antgamtiška, aš bandžiau aiškintis, bet likau nesuprasta, mane įvertino, kad aš įsižeidžiau dėl balo ir man nesuteikė galimybės gauti informacijos, norėjau pasikalbėti kodėl, kaip atsiranda tas skaičius.

**Kas dalyvauja?** Vedėja.

**Pacientai nedalyvauja?** Ne.

**Kiti darbuotojai, kolegos?** Nežinau, bet čia turbūt simpatijų reikalas.

**Kas labiau vertinama jūsų įstaigoje: nuosekliai konsultuojamo sunkaus paciento gerėjanti sveikatos, psichologinė ir emocinė būklė, būtina tolimesnei socialiniai adaptacijai, ar formalių reikalavimų išpildymas (pvz.: reguliariai pristatoma plaučių rentgeno nuotrauka; įrašas apie konsultaciją paciento asmens istorijoje ir t.t.).**

Formalių reikalavimų išpildymas.

**Kurios užduoties imatės dažniau? Kodėl? Jūsų nuomone, kokie įstaigos vadovų motyvai / tikslai nustatant vertinimo kriterijus (pvz. finansiniai: kad atitiktų ligonių kasų apmokėjimo taisykles; darbuotojų gebėjimų tobulinimo ir pan.)**

Padaryti greičiau darbą, kad „nekabėtų virš galvos“.

**Kaip vertinimo rezultatai jus veikia? Kaip pats vertinimas veikia jūsų darbą? Renkatės pirmiau atlikti vertinimui reikalingas užduotis, ar jas atliekate paskiausiai? Kaip jūsų darbo prioritetai atitinka vertinimo sistemą? Ar jūs įtraukiamas į jūsų vertinimo / pasiekimų formulavimą ateinantiems metams? Jei taip – ar aktyviai dalyvaujate, siūlote vertinimo kriterijus? Ar tik formaliai juos suformuluojate?**

Nei motyvuoja, nei Nemotyvuoja. Tiesiog kelia užslėptą konfliktą tarp to kas vertina bylą. Imi ir galvoji, pas mane yra geriau, o mane taip įvertina. Aš esu iš tų, kur jeigu pastebi pas mane šitą dalyką ir pasakai, kad kažkas yra blogai, tuomet pats turi idealiai tą atlikti. Ar kaip asmenybė, ar kaip darbo dalykas, pats turi būti pavyzdžiu.

### **Prioritetų nepakeitė?**

Ne, tik įdiegė tokio atsargumo, kad pačiai kurtis dokumentus ir fiksuoti kažką, o metų gale parodyti vadovei.

**Kaip vyksta kliento konsultavimas. Kokios sąlygos tam keliamos (siuntimas, užsirašymas iš anksto, priėmimas tik tiksliai laiku ir pan.)? Kokia yra konsultavimo erdvė? Kaip, priklausomai nuo kliento poreikių, tai keičiama? Kas nulemia egzistuojančią (reikia siuntimų, užsirašymo ir t. t.) tvarką (vadovybė? Galiojantys teisės aktai ir / ar sveikatos sistema LT? Darbuotojų rekomendacijos, nes jiems taip patogiau?). Kaip kuriant šią tvarką dalyvaujate jūs? Kokių veiksmų imatės?**

Kalbant apie konsultacijas pas gydytojus, neseniai pacientė paskundė, kad nėščiai nekėlė gydytoja dozės, tai prašė vaistų,- sakė man nekyla ranka tau rašyti, nes tu nėščia. Tada pacientė pavartojo, nes ji niekaip negalėjo naktį užmigti. Paciento konsultavimas turi turėti didelį vaidmenį, bet gydytojo kabinete nelabai išeina. Priklauso koks socialinis darbuotojas, kaip jis atstovi paciento interesus. Jei sakai, kad pacientui labai reikia, tai gydytoja paklauso, o jeigu tik atvedi pacientą, tai nežinau., visaip būna.

**Nuo ko priklauso pokalbio su klientu tema, turinys? (Konsultacijos metu pacientas kalbasi visais, jam rūpimais klausimais. Pacientas yra atviras ir nejaučia poreikio slėpti jokios su sveikimo procesu susijusios informacijos). Kaip jūs dažniausiai pradodate pokalbį su klientu? (pasakykite pora sakinių, kuriais pradodate pokalbį / skatinate klientą kalbėtis).**

Priklauso kokios nuotaikos ateina pacientas. Pavyzdžiui, turiu pacientą, kuris įeina ir pasako „Buongiorno!“ , nu tai sakai: „labas, gera nuotaika šiandien, kas gero įvyko?“

Kai ateina labai susikrimtęs, tai būna, kad nežinai kaip išklaust, labai užsidaręs ir matau, kad negalėsiu išklausti, būna tokių dalykų, tai aš esu davusi psichologines anonimines konsultacijas, kur poliklinikose vyksta, tai esu davusi kontaktus, jei turi problemų ir nenori kalbėtis su tuo, kas tave pažįsta, tai turi teisę nueiti pasikalbėti su tuo, kas nežinotų, ir neklaus tavo vardo, ir nevertins už tai koks tu esi. Aš nevertinu irgi, bet jei jam taip atrodo, tai jo išsipasakojimas lemtų mano sprendimą.

Būna klausiu kaip sekasi.

**Jūsų klientas dėl gydymo FM buvo užsiregistravęs gydytojo konsultacijai ir atvykęs vakar, tačiau neturėjo siuntimo. Šiandien jis atvyko su siuntimu, tačiau pamiršo užsiregistruoti. Gydytojas šiuo metu laisvas. Ką darote?**

Vedu be eilės visą laiką, pati einu į registratūrą ir prašau užregistruoti.

### **Kaip reaguoja kolegos?**

Registratūrai, tai, manau, tas pats. Kolegos, manau, pritartų. Viršenybė nežinau.

### **Klientas jaučiasi nepatogiai ir nesiryžta kalbėtis, kadangi kabinete dar kartu dirba du jūsų kolegos. Jūs tai pastebite. Ką darote?**

Man taip nėra buvę. Bet pas mus yra toks dalykas, jeigu pastebėčiau, tai galime išeiti pasikalbėti į 221 kab. Aš esu tokį dalyką svarsčiusi, jeigu, tarkim, paciento ŽIV atsakymas teigiamas, ir tu nori pasakyti, pakonsultuoti ir kabinete yra kolegos, tai kaip ir neetiška apskritai pradėti pokalbį ta tema. Tiesiog tų situacijų būna, kurios prašosi, kad išeiti.

### **Pavyzdžiui?**

Šita apie teigiamą rezultatą, kad „prašosi išeiti“. Paskui turėjau pacientę, kuri sakė, kad labai nepatinka mano kolegė, bet kažkaip pasitaikydavo, kad pacientė ateidavo, kai kolegės nebūdavo, tai nesam niekurėjusios. Paskui ji gal priprato, bet galvojau apie tai, kur pasiūlyt.

### **Kaip jūsų centre veikia informavimas apie FM tiems, kas dar nėra dalyviai (kitų skyrių pacientams (kokie tie skyriai), tiems, kas dar nesikreipė gydymo paslaugų)? Ar yra mobili klinika, žemas slenkstis, konsultantai lygus-lygiam, outreach, lankstinukai, video, žalos mažinimo specialistai etc.). Ar konsultuojami klientų artimieji? Kas konsultuoja?**

Informuoja mobilios klinikos darbuotojai, išvažiuavę į taborą, į stotį, ypač, kai būna laisvų vietų pas mus. Informuoja apie galimą gydymą skyriuose, tai turėtų informuoti ten dirbantys socialiniai darbuotojai, psichologai, gydytojai, personalas, kuris ten dirba. Būna, kad ateina žmonių tiesiog iš gatvės pas mane į kabinetą, nes prie registratūros yra, klausia kokios galimybės gydytis. Būna laiškai į el. pašta.

### **Ar laikote savo darbo krūvį tinkamu? Ar tenka spręsti per didelio krūvio sukeltas problemas? Kokios jos būna? Kaip sprendžiate susiklosčiusią padėtį? Kaip manote, kiek jums galėtų argumentas, kad „darbo krūvis tiesiogiai proporcingas darbo laikui“ (Parkinsono dėsnis – apie tai, kad turėdami mažiau laiko, darbą atliekame greičiau, turėdami daugiau laiko, tą patį darbą dirbame ilgiau)? Ar manote, kad jūsų darbo krūvis galėtų būti per didelis dėl jūsų pačių negebėjimo planuoti darbo laiką? Kodėl?**

Šiuo metu manau, kad mano darbo krūvis yra per didelis. Ką aš darau? Tai aš darau tiesiog: esu susitarus, kad kurį laiką kai kuriuos darbus turiu teisę atlikti iš namų, tiesiog išeinu anksčiau trim valandom, nes ir savaitgaliais tenka padirbti. Tiesiog, tai buvo su administracija spręsta, ne su tiesiogine vedėja.

### **Tai derinote šitą klausimą su administracija?**

Taip, taip. Taip, sakiau, kad tokių darbų tikrai negaliu atlikti darbe.

**Kaip jūsų (FM) klientai bendrauja tarpusavyje? Kaip skatinamas jų bendravimas ir bendra veikla?**

Jie tarpusavyje bendrauja, bet tikrai nežinau kokiais klausimais ir kokia jų bendra veikla.

**Ar jūsų centre veikia pacientų organizacija/ savitarpio pagalbos grupė? Ką darote, kad bendravimas vyktų?**

Veikia savitarpio pagalbos grupė. Mano pacientų, kiek žinau, toje grupėje nesilanko dėl darbo laiko. Greičiausiai būtų noro kiek su pacientais kalbėjau, bet jie dirba, todėl neina į kažkokią grupę. Dirbančiųjų tas pasirinkimas yra darbo labiau, o tas metadonas lieka kaip mažytis dalykas, kuris padeda gyvenime kažką įgyvendinti. Nu tai ateina kartą per savaitę, kurį reikia atlikti, ir jie nelabai nori, kad šitas dalyvavimas centre jiems užimtų kažkokią laiko dalį.

**O kada tas dalyvavimas naudingas?**

Kad kalbėti apie pacientų teises, kokios turi būti, ir jei jų nėra, tai kaip padaryti, kad jos būtų.

**Jei kliento netenkina teikiamos paslaugos, kaip sprendžiate situaciją? Ką patariate klientui šioje situacijoje? (rodyti iniciatyvą sprendžiant iškilusias problemas? Ar skatina pasyvumą ar aktyvumą, pvz. rašyti skundą, informuoja ir padeda tai atlikti. Užtikrina, kad skundas pasiektų vadovus/-ą, ar yra pressurespecialist, kuris atlieka filtro f-ją.)**

Dažniausiai, jei jo netenkina, tai, kiek buvo tokių atvejų, tai mes teisybės esame ieškoję kartu, tiesiog čia ir dabar, atsižvelgiant į tą situaciją, problemą, kuri yra.

**Ar pacientai žino kaip parašyti skundą, pakeisti darbuotoją / gydytoją?**

Kaip pakeisti darbuotoją jie visi žino. Kaip pakeisti gydytoją jie visi žino. Skundą, prašymą rašyti, mes esam rašę, bet dažniausiai aš parašau, pacientas perskaito, arba gydytojas perskaito, jo, viskas gerai, galim.

**Informaciją kaip tai daryti gauna iš savo socialinio darbuotojo?**

Jo, manyčiau, taip.

**Ar manote, kad jūsų įstaigos teikiamos paslaugos yra kokybiškos? Ar jūsų teikiamų paslaugos padeda jūsų klientams? Ar kokybė galėtų būti geresnė? Kokių veiksmų imatės? Jei nesiimate, kodėl?**

Kokybę tai gadina tokie dalykai, kad jau kurį laiką neturime mobilių psichologų.

**Žmogiškųjų išteklių trūkumas?**

Jo. Buvo kalbėta, kad patys psichologai turi kvieisti pacientą pagal numeriuką. Ir tai neįsigyvendino. Tiesiog yra tokių paslaugų, kurios yra formalios, dėl formalumo, bet ne dėl poveikio.

**Bet nesate konkrečiai nieko dariusi?**

Esu pas vedėjąėjusi, bet kalbos kalbom, pasižiūriu ir.. „Jeigu tau taip rūpi, tai..“

**Ar esate įgyvendinusi iniciatyvą?**

Esu atlikusi nedraustam pacientui plaučių tyrimą per SPC, čia turbūt visi žino tą istoriją, ir pati gidėjai per konferenciją, čia buvo mano iniciatyva.

**Ačiū**

5. Giedrė, socialinė darbuotoja, VPLC. Dirba 10 m.

**Ar teikia antrinio lygio FM paslaugas? Kaip atrodo paslaugos teikimas? Kas yra atvejo vadybininkas? Ir / ar užtikrinamos atvejo vadybos paslaugos? Jei nėra: pagal funkcijas: t. y. kas, iš specialistų, yra atsakingas už FM? Kokie be atsakingo specialisto specialistai dirba?**

Ilgalaikė gydymo programa, kur gydosį, ne du gydosį, o kiek jiems reikia, galima skaičiuoti metais. Kas dieną žmonės lankosi, geria paskirtą metadono dozę, gydymo procesą prižiūri kuruojantis gydytojas, paslaugos organizuojamos skiriant žmogui soc darb kaip atvejo vadybininką, kuris irgi rūpinasi gydymo procesu žmogaus, kaip jam sekasi, kad būtų atlikti būtini kraujo tyrimai... gretutiniai susirgimai, socialinės problemos – gilinamasi į žmogaus... tai ne tik gydymas, bet kompleksinė pagalba. Komandinis darbas: gydytojas, psichologas, soc darb.

**Koks yra jūsų įstaigoje apibrėžtas gydymo FM tikslas? Ką apie tai sako metodika, kuria vadovaujate? Ką manote jūs pats?**

Padėti žmogui nutraukti vartojimą ir integruotis į visuomenę. Pati sakyčiau, kad žmogus, turintis priklausomybę, būtų įgalus, tiek socialiai, tiek fiziškai, tiek psichologiškai, emociškai, kad jis turėdamas priklausomybę, galėtų pilnavertiškai gyventi.

**Kas dalyvauja procese (darbuotojai, administracija, tik vadovai, pacientai ir pan.) formuojant tikslus?**

Tikslai iškeliami gydymo planuose, kas ketvirtį. Individualūs. O bedras tikslas, mes tiesiog...teoretiškai nieko nedarau, nesigilinu, aš manau, kad čia ne mano dalykas, mano dalykas yra dirbti su žmonėmis.

**Ko siekiama FM paslaugomis visuomenei?**

Apsaugoti nuo įvairių plintančių ligų, gydymas nuo hepatito C, tikrinasi dėl ŽIV, nukreipiam infektologo konsultacijai, kad gautų gydymą. Besigydantys jie neplatina ligų ir apsaugo visuomenę. Galų gale, nusikaltimų atžvilgiu – žmonės geriantys metadoną nėra priversti gauti pajamų neteisėtom veiklom ir visuomenė irgi saugesnė. Žmonė turi galimybę integruotis į darbo rinką, jie gali tapti pilnaverčiais mokesčių mokėtojais, naudingesniais visuomenei.

### **Ar vidutinis vilnietis pritaria FM ir žalos mažinimo paslaugų plėtrai, pacientų skaičiaus augimui programose?**

Vidutinis tikrai nepitaria. Pas mus dar visuomenėje yra stigma, kad narkomanai yra veltėdžiai, iš gero gyvenimo vartoja narkotikus, pramogauja, patys prisiprašo bėdų ir kad reikia juos vos ne į getą uždaryti, kažkaip juos sutvarkyt. Vyrauja stereotipai, žmonės jais vadovaujasi, taip paprasčiau. Smerkti paprasčiau, stigmatizuoti. Tolerancijos stoka visuomenėj, brandumo.

### **Ar informuojama apie tavo darbą, įstaigos veiklą?**

Informuoti neužtenka. Kiek žmonės pajėgūs priimti tą informaciją. Jeigu priešišškai nusiteikę, tai duok nedavęs tą informaciją, jie nepriims jos. Kiek reikia, tiek informuotas, bet čia su laiku tas, čia taip staigiai niekas nepasidarys.

### **Kas yra FM – žalos mažinimas ar atskira gydymo programa?**

Aš labai tikiuosi ir labai norėčiau, kad tai būtų ne tik žalos mažinimas. Yra per daug skirtingi žmonės, vieniems tai yra tik žalos mažinimas, kitiems tai yra galimybė kažko daugiau, pilnavertiškai gyventi. Tikrai neapima vien žalos mažinimo metadono programa, nes yra puikiai gyvenančių žmonių, kurie puikiai tvarkosi ir tai nėra tik žalos mažinimas.

### **Kaip apibrėžtum žalos mažinimą?**

Žalos mažinimas, kai žmogus nekelia sau sveikimo, blaivybės tikslų, blaivėjimo, kai jis priėmęs sprendimą vartot, svaigintis, išlikti toj priklausomybėj, tiesiog tada kad su kuo mažesne žala, kuo saugiau.

### **Tai gydymo programoj turi būti išsikėlęs nevartojimo tikslą?**

Jis nieko neturi. Ko žmogus nori? Konkrečiai apie FM, ką turi išsikelti žmogus?

Žalos mažinime jis gal ir kelia blaivybės tikslą, bet nedaro konkrečių veiksmų, tai dienai jis nepajėgus pvz, priimti sprendimo, sveikti, negali, galbūt nenori, galbūt ne toj stadijoj, galbūt neigime, dar kažkas...Kol pribręs rimtesniems tikslams, gal jam užtenka žalos mažinimo. Kiti taip ir apsisprendžia, save nurašo ir taip ir lieka žalos mažinimo tikslais.

### **Kaip apibrėžiate “pasveikimą”? Kokia tikimybė jūsų klientui “pasveikti”?**



Utopinis klausimas. Nuo pačios priklausomybės žmogus nepasveiks. Kita vertus, kiek tai galima padaryti, kad ta liga nekentų žmogui, kiek galima nukenksminti ligą, kad ji žmogaus nežudytų, nežalotų, leistų jam tvarkytis kuo pilnavertiškiau, kad jis kuo mažiau jaustų ją.

Kad jaučia ramybę viduje, kad tai, nuo ko jis priklausomas „nekabina smegenų“, jis gali pilnai tvarkytis su potraukiu, to potraukio nebelieka, jis jį pamiršta metų eigoje. Tai per metus ateina. Kai jis turi kitų interesų, džiaugsmų, malonumų, pasitenkinimo ir kitų tikslų. Kada jis siekia kitų tikslų gyvenime, kada jis realizuoja save ne tik per vartojimą. Aukščiausias tiklas yra kada žmogus pasiekia prasmingą gyvenimą be narkotikų, jaučia, kad gyvena prasmingą gyvenimą be narkotikų.

**Kas vadinama “beviltišku atveju”? Kaip su jais dirbate? Kaip apibrėžiate, koks atvejis yra “viltingas”? Kas rodo, kad atvejis iš darbuotojo pusės yra “viltingas” (pagarbus elgesys, taisyklių laikymasis ir pan.)? Kas rodo, kad atvejis iš paciento pusės yra “viltingas” (pacientas laikosi sutarties, atvirai bendrauja?)**

Niekada negali sakyti, kad beviltiškas atvejis. Vieną dieną atrodo kartais situacija tokia, kad atrodo nėra ką čia ir daryt, kad žmogaus vidiniais resursai jo, nieko jis nenori, nieko jam nereikia ir nelabai ką ir gali. Būna taip, kad susišviečia jam, viską meta ir tarsi nušvitimas jam nutinka. Kartais iš beviltiškų situacijų žmonės...

„Beviltiškų“ atvejų... Gal kada matai, kad žmogui nieko apart vartojimo nereikia, tik palik jį ramybėj. Nieko jis nenori, nieko jam nereikia, jis su tuo susitaikęs.

„Viltingas“ atvejis kai jam tame nėra gerai.

**Kokiais principais vadovaujate dirbdami su FM pacientais? Kokia jūsų darbo specifika? Apibūdinkite savo darbą su klientu.**

Čia esu tam, kad padėčiau organizuoti įstaigos teikiamas paslaugas žmogui. Žmogiškai žiūriu į žmogų. Man per laiką reikėjo nusibrėžti ribas, kad nesu nei patarnautojas, nei draugas, esu lygiavertis partneris jo gydymosi procese. Kiek mes galim daryt, kiek jis nori, nuo jo viskas priklauso, tiek aš jam padėsiu. Jeigu jis apsisprendęs sveikti ir tvarkytis. Jeigu ne, aš tiesiog, kiek leidžia programos taisyklės, palieku jį ramybėje, tegul žmogus tvarkosi. Taip, gali motyvuoti, gali kažkaip, bet palieki ramybėje, be jokių smerkimo, be nieko. Kita vertus, nebūsiu jam patogi ant vartojimo, jei žmogus apsisprendęs vartot, nesu nei palaikytoja, nei gelbėtoja, nei guodėja. Nesu draugė, nei patarėja. Mes esam lygiaverčiai partneriai, kiek jam reikia, tiek tvarkomės.

**Kaip bendraujate?**

Bendrauju paprastai, betarpiškai. Taip, išlaikai ribas, bet... Paklausiu kaip sekas, ką mums reikia padaryti, ar mes pas gydytoją, ką čia pagal planą, kokie mūsų einamieji reikalai, kas naujo. Iš

žmogaus situacijos kyla klausimai, kaip sveikata, žiūrint kokios problemos, kaip šeima. Nes tą žmogų pažįsti kiekvieną individualiai, žinai jo situaciją ir iš to ir kyla klausimai, ne šiaip iš lemos.

### **Nuo ko priklauso pokalbio su klientu tema, turinys?**

Numatau turinį, jei kviečiuosi pati. Šiaip pokabiam neturiu laiko tiek kviestis, jei kviečiuosi, turiu reikalų su juo kažkokių. Jei jis nori ateit pakalbėt, jis ateina pakalbėt.

Per metadono kab., kur jie ateina kasdien, įrašau, kad ateitų žmogus ir man jį atsiunčia. Pati nusprendžiu kada pasikviesti. Jiems privaloma kartą per mėnesį nueiti pas gydytoją, aš jį pasikviečiu, kad užregistruočiau jį pas gydytoją. Jei jis neateina, aš jį vėl pasikviečiu (gal galėtum ateit? Kada vėl perregistruojam?). Jie ateina išgert metadono ir tada ten pasako, nueik pas soc., jie užlenda „ko reikia?“. Pasikvieti ar pas gydytoją nuvest, ar reikalinga atlikti kraujo tyrimus, ar aptarti gydymo planą, nes jie nestruktūruoti, jie pamiršta. Yra būtini dalykai, ko reikalauja ir įstaiga: sudaryti planus, būtinai kartą per mėnesį pas gydytoją... Kartais jų situacija stabili ir jiems tikrai ten nereikia ten gydytojo, bet privalo gydytojas įvertinti. Patiems pacientams atrodo visai nereikia, o kai nereikia turi pats pasikviesti. O kai jiems kažko reikia, jie patys ateina, jie žino kuruojančio soc. darbo valandas ir patys ateina. Dėl metadono išdavimo, jei nori išvykti, dėl lengvatos, kartais patys sako noriu pas gydytoją. Einamieji klausimai... paskutinis gavo iš banko raštą, kad skolinga už kažkokią kortelę, pasiaiškini.

### **Nuo ko, jūsų nuomone, priklauso gydymo FM veiksmingumas?**

Nuo specialistų priklauso. Gydytojai turi būti kompetentingi, kad išmanytų gerai priklausomybę. Neabejingi ir neperkrauti, kad galėtų įsigilinti į žmogaus situaciją. Ne konvejeriu varyti, o įsigilinti į žmogų, nes žmogus gydomi ilgai. Daug kompleksinių dalykų, daug sutrikimų šalia to, emocinių problemų, psichologinių. Reikėtų, kad pasižiūrėtų ne tik formaliai, ne tik paskirtą dozę, bet pasigilintų labiau. Medikamentas tiktai nuima abstinenciją, tai nėra pagydymas, žmogus lieka tuštumoj, akivaizdžiai su problemom, kurias reikia tvarkytis, ir jei jis nepakreipiamas...

### **Ką darote savo darbu?**

Bandau motyvuoti žmogų užimtumui. Motyvaciniai dalykai. Spręsti problemas, tvarkytis sveikatą. Kad pasijaustų galintis kažką daryti, matytų kryptį, sudėlioti punktais, kad nematytų, o masė dalykų kuriuos reikia padaryt, bet laipsniškai sudėlioti, paskatinimu, palaikymu, kad jis patikėtų savimi. Jei kažkokia problema, vedam pas psichologą, prieš tai pasakai situaciją, atgalinio ryšio, nekapstant į detales, kad ir aš ką gaučiau, ką psichologas pamato apie žmogų, gal kur nukreipti...jei pasako, yra diagnozė, gali nukreipti į kitas institucijas, į psichikos sveikatos centrą ar pan., kitus gretutinius sutrikimus gydyti. Bandai. Ir ne tik mūsų centro ribose pas specialistu siunti, jei reikia siunti ir į

kitas institucijas, pas infektologus kad lankytųsi, kad jeigu psichoemocinės problemos – pas psichiatrą, nes būna depresijų.

**Jūsų klientas kreipėsi dėl hepatito C gydymo, tačiau jam buvo pasakyta kreiptis po pusės metų. Jūsų klientas gydos FM keturis mėnesius. Atlikti testai kartais rodo kanapių vartojimą. Klientas nesupranta, kodėl turi laukti pusę metų. Kaip paaiškinsite? Ką darysite? Kodėl?**

Čia ne paaiškinimas, taip negali būt. Gal net nepatikėčiau, nes kiek esu siuntus tokių dalykų nebuvo. Dažniausiai pati užregistruoju ir jei jie nuvyksta su siuntimu, visada būna priimami. Nepasakysi „tu meluoji“, nes sakys priešiškus... „Galiu aš pasiskambinti gydytojui, užregistruoti?“

**Likus kelioms minutėms iki darbo pabaigos, ateina asmuo, norintis patekti į FM programą. Ką darote?**

Apie patekimo į eilę tvarką, truputėlį pasigilini ar turi kažkokių indikacijų, trumpai susakai, ką reikia žmogui daryti, sudėstai informaciją, čia ilgai netrunka.

**Kaip vyksta priėmimas į FM? Ką reikia pristatyti, turėti, su kuo pasikalbėti? Ar yra kokie nors reikalavimai, norint gauti paslaugą?**

Pasiteirauju, ar nėra sąlygų, kad priimamas be eilės (ŽIV, nėštumas). Jeigu ne, pasakau situaciją, kad reikalingas siuntimas ir kaip bebūtų vis tiek reikės gydytojo konsultacijos, kad gydytojas įvertintų, ar tikrai yra poreikis FM, įvertintų priklausomybę. Tada į eilę užregistruoju, dar į eilę pasižiūriu, ar nėra eilės. Jei nėra, tai viskas tvarkoj, žmogus iš karto ir priimamas.

**Kokia yra medikamento išdavimo į namus tvarka? Ką sako metodika ir nustatyta įstaigos tvarka? Kaip elgiatės praktikoje (ar taikote išimtis)?**

Išduodamas esant stabiliai situacijai. Turi įvertinti, ar jis patikimas, kad medikamentą saugiai suvartotų ir nebūtų aplinkai žalos. Jie pasirašo raštiškai, kad išdavus metadoną, jie atsakingi, kad nepatektų vaikams ir kt. Mes atsakingi išduoti medikamentą, kai nematome apsvaigimo požymių. Apsvaigusiam tikrai neišduosime metadono, arba kai matai, kad piktnaudžiauja.

**Asmuo neseniai pradėjo dalyvauti FM programoje, tačiau jam reikia kas porą savaitių išvykti savaitgaliui darbo reikalais. Komandiruotės lapo nėra, nes dirba neoficialiai. Ką darote? Jei išduodate medikamentą pateikite pagrindinius argumentus kodėl / dėl kokių priežasčių taip nusprendėte. Jei neišduodate – kodėl? dėl kokių priežasčių nusprendėte neišduoti? (jei neišduoda dėl taisyklių parašytų / priimtų įstaigoje: Kaip jūs paaiškintumėte pagalbos teikimo vieną iš svarbiausių principų, kad žmogaus poreikiai yra svarbu?)**

Šnekiesi ir įvertini. Kol žmogus neprisidirba, kažko nepadaro, nepaveda, aš linkusi tikėti. Matai tą žmogų, jei neapsvaigęs, jei matai, kad jisai stengiasi, tai net ir nepraėjus trims mėnesiams išduoti tą metadoną. Individualiai.

**Kaip elgiamasi, jei pacientas pažeidinėja taisykles (kokios jos)? Koks jūsų nuomone nustatytų taisyklių tikslas? Ką sako nustatyta tvarka, ką darote praktikoje?**

Įvairios tos taisyklės. Taisyklė – nenaudoti agresijos prieš personalą. Jei žmogus agresyvus, tai yra netoleruotina. Jei vėluoja, tai priėmi... tiek priklausomi, tiek nepriklausomi žmonės turi tokių dalykų ir tai yra koreguojama. Į tai lanksčiai reaguoji, tos taisyklės nėra visos vienodos. Pvz. liečiau pasitikrinti alkokosteriu, ir jis pasitikrino, pripūtė ir nuėjo ir pasakė metadono sesutei, kad nieko nėra. Tai kaip ir melavimas. Taip, tuo metu nutrauki lengvatą, apgriežtinau ar nutraukiau, bet galbūt ne tik dėl to, bet ir dėl papildomo vartojimo, kad situacija nestabili. Kažkiek sugriežtini, bet tai nėra, kad uždedi jam kažkokį štampą, duodi jam visada pasitaisyti. Parodai, kad nebus tai toleruojama... Nes taisyklės yra tam, kad žmogus turėtų rėmus ir jam būtų paprasčiau gyvent. Tiek priklausomi, tiek nepriklausomi mes linkę kartais manipuliuoti. Ypač priklausomybė verčia žmogų manipuliuoti, naudotis, sukti reikalus, save apgaudinėt. Taisyklės ir ribos reikalingos kad žmogus pats save struktūruotų.

**Kliento agresyvumas – kaip tai apibrėžiama? Kokiais atvejais klientui gali būti skiriama bausmė dėl agresyvumo?**

Kai darbuotojas, dirbantis savo darbą, bijo kliento, Kai tau grasina, gąsdina, kai bendrauja taip, kad galvoji, kad gausi tuoj į galvą. Kartais gali būti net žvilgsnis, kai matai, kad ar čia duos, ar neduos. Bet čia ne agresija, čia įtampa. Agresija kada pikta nusiteikęs, bando tave išgąsdinti, tikslas yra išgąsdinti darbuotoją, pasiekti savo tikslą, kas nesuję su sveikimu.

**Kokia yra medikamento išdavimo į namus tvarka? Ką sako metodika ir nustatyta įstaigos tvarka? Kaip elgiatės praktikoje (ar taikote išimtis)? Ar sutampa? Jeigu ne, kodėl? Kaip turėtų būti? Ar kolegos dirba taip pat? Kaip kolegų (ne)pritarimas veikia konkrečius jūsų sprendimus dėl išdavimo į namus? (Kas priima sprendimą išduoti ar neišduoti (papasakokite apie procesą, kas rekomenduoja, tvirtina, kaip dalyvauja kiti specialistai, kieno sprendimu vadovaujamesi kaip galutiniu)? Ar gavę priimtą sprendimą, jį svarstote papildomai? Ar tiesiog pritariate ir nebeklausinėjate?)**

Gaunama esant stabiliai situacijai, bet daromos išimtyt. Tai kai išduodamas metadonas į rankas, kad jam nereiktų kasdien lankytis, kad jis nebūtų pririštas, kuo mažiau jaustų tą pririšimą. Dėl darbo valandų, dėl to, kad toli gyvena, dėl to, kad neįgalumą turi, sunku jam važinėti, dėl ligų. Arba ilgalaikė remisija, kai metų metais nevartoja žmogus, tai kam jam važinėti kasdien. Net ir

nedirbantis pas mane yra, turi nelegalų užimtumą, jis nevartoja metų metais ir net netoli gyvena, bet kam jam čia trintis. Tai ir duodama lengvata.

### **Kada nutraukiama?**

Arba griežtinama. Kartais būna, kad savaitei sustabdu, tam kad pažiūrėti, kad pasilankytų žmogus kasdien, personalo akivaizdoje išgertų metadoną. Kad įsitikinti, ar jis nepardavinėja. Nes jeigu pardavinėtojas, jam tos dozės kasdien nereikia, tada puola mažinti. Jei fiksuoji papildomą vartojimą. Pvz. turi būti nuolatinis alkoholio vartojimas, kai matai, kad žmogus klimpsta, jau situacija pradeda darytis nestabili ir jis pats pasimetęs. Tas griežtinimas juos pačius sustabdo, priverčia sustoti, susiimti, tvarkytis. Jei koks išgėrimas, tai nieko nepakeis žmogaus. Galų gale, jei ateis pripūs tai tą dieną neduosi metadono gert. Dabar yra taisyklės, jei nors kiek pripučia, tą dieną metadonas neišduodamas. Manau, kad tai yra gerai. Jie vieną dieną neišgers metadono, tai abstinencijos nebus. Dėl perdozavimų, mes irgi, kaip įstaiga, apsidraudžiam.

Realios perdozavimo rizikos nėra su nuliu kažkeliais. Bet pacientų rate, jei jie žino, kad metadonas bus neišduodamas, tada jie mažiau ir vartoja, stengiasi. Nes kai prasideda išimtys, prasideda balaganas. Tada jau jiems duok, pasideda visokie apėjimai. Kai žino, kad nebus išduotas, tai ir neišduotas.

Būna atvejų, kai žiūrima individualiai, tu kreipi pas gydytoją, nes būna ir epileptikų, ar abstinencija, nukreipi, jei matai, kad nelabai gerai gali būti. Jau ir tai, tokie išimtiniai dalykai, jei gydytoja išduoda pusę dozytės, jau ri tai tarp pacientų sudaro problemų: o kodėl tas, o kodėl anas, jie pajaučia neteisybę, ieško apėjimo.

**Kaip atliekami šlapimo testai? Ką sako metodika ir nustatyta tvarka? Kaip elgiatės praktikoje? Ar sutampa? Jeigu ne, kodėl? Kaip turėtų būti? Ar kolegos dirba taip pat? Kaip kolegų (ne)pritarimas veikia konkrečius jūsų sprendimus? Koks, jūsų nuomone, šlapimo testų tikslas? Ar pasiekama to tikslo? Kokios, jūsų nuomone, šlapimo testų teigiamos (pvz. gali sakyti, kad padeda parinkti tinkamą medikamento dozę) ir neigiamos pusės (pvz. trukdo užmegzti atvirą kontaktą, įgyti pasitikėjimą ir t.t.)?**

Biudžetas ribotas, kitiems ir nėra reikalo skirti tuos testus. Nauda, tai vienintelis toks, kur gali pabaksnoti žmogui ir įrodyti, kad va, tu tą ir tą vartojai. Kita vertus labai pastaruuju metu susidūriau su šitais testais, kad jie neparodo realios situacijos. Pvz. žmogus sako, vakar buvau tabore (vis tiek sakau, reikia padaryti testą, nes mūsų reikalauja, vieną testą per ketvirtį reikia padaryti, čia kaip kontrolės toks įrankis). Jis man padaro testą, vakar buvęs tabore. Testas kaip nieko nevartojusio. Tie, kurie vartoja „durnių“ ir klonazepamą, pas juos „benzų“ nerodo, o rodo TCA. Jie žinodami tai,

išsirašo amitriptiliną ir gali sau legaliai vartoti klonazepamą ir negali prie jų prisikabinti. Jie sako, „geriu gydytojo paskirtus vaistus“.

Nauda ta, kad tai yra kontrolės įrankis, tai žmogui akivaizdžiai parodymas, kai tie testai normaliai rodo, kai jie yra kokybiški, sudaro galimybę pasižiūrėti ir vertinti. Mes tada galime rasti bendrą kalbą su pacientu, kuris tau aiškina, ne, aš nevarčiau. Kai jis priverstas pripažinti tai, tada jis priverstas ir keisti. Kai yra akivaizdi akistata jam, jis tada toliau nedaro teatro, kad aš nevarčiau, jūs čia man duokit, jūs čia man darykit, tai užkerta kelią manipuliacijoms. Tai nustatomos ribos, jis žino, už ką gauna sankcijas, dėl ko apsunkinamos sąlygos vartoti. Tai sudaro legalų pagrindą apsunkinti vartojimą, jei žmogus vartoja. Arba sustoti.

Tesati žalingi, jei jie nekokybiški. Ir psichologiniai dalykai... Bet čia jau yra ne patys testai, o testų atlikimo niuansai. Prie personalo, kad nėra personalo. Jeigu priverstas žmogus pradarytum durim, kur koridorius, kur eina pašalinia, mato, tai žmogui ir „užsispaudžia“, žmogus bijo, išsigąsta, jaučia kažką. O šiaip tai, kokie čia blogumai, čia absoliučiai jokios žalos.

### **Kokia geriausia gydymo trukmė?**

Nuo žmogaus priklauso, bet tam kad įsitvirtintų pokyčiai. Aš „laipteliais“ netikiu. Neskatinu kuo greičiau nutraukti. Po kažkiek metų, kai stabiliai, tada taip, žinoma. Mano nuomone, pora metų mažiausiai.

Ar jūsų įstaigoje veikia darbuotojų vertinimo sistema? Kokie rezultatai vertinami, ar jie leidžia įvertinti jūsų darbo kokybę? Kodėl? Ar vertinime dalyvauja klientai? Kas dalyvauja?

Dabar čia tos sistemos keičiasi. Anksčiau nebuvo vertinimo, dabar kviečia anketas kažkokias, klausinėja. Dabar yra, ten reikia tikslus kažkokiu išsikelti, kurie paskui buvo koreguoti. Realiai man tai nelabai ir įdomu. Aš dirbu savo darbą, aš žinau, kaip aš dirbu. O kaip ten mane vertins, penketu ar trejetu, man nelabai „groja“. Vertinama, ar mandagus su personalu, ar atlieki darbus, ar tobulėjai... Nemanau, kad pilnai įvertina, gal kažkiek, bet pilnai tikrai ne. Kiekybę galbūt, kiek tu atlieki tų konsultacijų, bet kokybės tikrai ne.

**Kas labiau vertinama jūsų įstaigoje: nuosekliai konsultuojamo sunkaus paciento gerėjanti sveikatos, psichologinė ir emocinė būklė, būtina tolimesnei socialiniai adaptacijai, ar formalių reikalavimų išpildymas (pvz.: reguliariai pristatoma plaučių rentgeno nuotrauka; įrašas apie konsultaciją paciento asmens istorijoje ir t.t.). Kurios užduoties imatės dažniau? Kodėl? Jūsų nuomone, kokie įstaigos vadovų motyvai / tikslai nustatant vertinimo kriterijus (pvz. finansiniai: kad atitiktų ligonių kasų apmokėjimo taisykles; darbuotojų gebėjimų tobulinimo ir pan.)?**

Antras. Esu priversta prioritizuoti, kai iš mūsų to reikalaujama... Tada tu privalai tam tikrus dalykus padaryti, atitikti viską, kas priklauso. Kita vertus, nori išlaikyti ir kokybę, negali bet kaip, nesinori bet kaip. Yra dalykai, kurie privalomi, yra, kurių pats iš savęs reikalauji, kokybės. Su laiku supratau, nereikia siekti padaryti iš to paciento, ko jis net nėra pajėgus net padaryti, pvz. profesorium jis nepataps. Nebūtina tam žmogui būti pažangiu, gal jis turi savo lubas, kiek jam reikia, kad jis komfortabiliai jaustųsi, atliepti tai, ko žmogui tuo metu reikia. Jei jis tuo metu nenori siekti darbo ar kažko, tegul išsilaiko darbo biržoje. Nedarai spaudimo. Nepriversiu jo padaryti profesinės karjeros, jei jis nenori. Ir neskaitau, kad nuo to mano darbas blogesnis. Aš neprivalau lipdyti iš jų kažko. Turiu leisti jiems būti. Kas leičia sveikimą, priklausomybę, aš turiu jiems padėti, bet jeigu jie renkasi vartojimą, aš nepadėsiu. Nelipdysiu, čia jų sprendimai, kiek jie nori, tiek aš jiems padėsiu eit pirmyn. Jei jie nori stovėt, tegul stovi.

### **Ar vertinimo sistema lemia prioritetus?**

Ne, aš dėl to net sąmoningai nesigilinu kokius ten punktus, kaip ten vertina. Man klientas yra svarbiau, nei tie dalykai. Taip, atlieku būtinus dalykus, ką darysi. Tie būtini dalykai, kaip kraujo tyrimai, taip pat yra svarbu.

### **Jūsų klientas dėl gydymo FM buvo užsiregistravęs gydytojo konsultacijai ir atvykęs vakar, tačiau neturėjo siuntimo. Šiandien jis atvyko su siuntimu, tačiau pamiršo užsiregistruoti. Gydytojas šiuo metu laisvas. Ką darote?**

Eini ir prašai papildomo talonėlio.

### **Jeį paklausčiau jūsų klientų, ar jiems suteikiama visa jiems aktuali ir adresuota informacija, ką jie atsakytų? Kodėl? Kokiais atvejais informacija jūsų pacientų nepasiekia jūsų sprendimu?**

Manau, kad taip...Žiūrint kokia. Kartais nusprendžiu pati, tai yra tikriausiai negerai, bet aš kitų galimybių neturiu... kad tai jiems yra neaktualu. Kai žinau situaciją, kad dirbantis, suvargęs su darbais, net nepasirodo, visur lekia. Nei savęs varginu, nei jo. Kai remdamasi savim nusprendžiu, kad jam neaktualu. Nedrįstu spręst, kad žalinga, bet kai neaktualu.

### **Kaip jūsų centre veikia informavimas apie FM tiems, kas dar nėra dalyviai (kitų skyrių pacientams (kokie tie skyriai), tiems, kas dar nesikreipė gydymo paslaugų)? Ar yra mobili klinika, žemas slenkstis, konsultantai lygus-lygiam, outreach, lankstinukai, video, žalos mažinimo specialistai etc.). Ar konsultuojami klientų artimieji? Kas konsultuoja?**

Skyriuose darbuotojai informuoja, tikrai pasako. Kai aš dirbau mobilioje klinikoje, ten važiuodavo Irina, dirbdavo, ji priklausoma, ji gerą kontaktą turėjo, ji pati buvo metadono programoj, kalbėdavo su žmonėm, kad ateikit. Kai pradėjau dirbt buvo, seniai...

### **Ar konsultuojami klientų artimieji? Kas konsultuoja?**

Konsultuojami. Yra poreikis, nes dažnai artimieji būna prisiklausę mitų apie metadoną, jiems tai yra tolygu narkotikui, jie daro spaudimą savo sūnum, dukrom. Kartais reikia tuos artimuosius labai nuraminti, kad jie nedarytų spaudimo. Tai yra aktualu.

Kartais pats pacientas duoda pakalbėt su mama telefonu, kartais išsako problemą, tada sakau, kad visada gali pasikviesti mamą, tėtį, galėsime pasišnekėt, galėsite su gydytoja pasišnekėt. Duodi lankstinukų, kontaktuoja telefonu, arba asmeniškai, arba pasikvieti, arba patys ateina. Dar yra „Minesotoj“ vyksta, užsiėmimai, psichologė veda grupę, priklausomų žmonių artimieji ten renkasi, dalinasi bendrom problemom.

### **Ar laikote savo darbo krūvį tinkamu? Ar tenka spręsti per didelio krūvio sukeltas problemas? Kokios jos būna?**

Man per didelis krūvis. Ypač kai esam įpareigoti pavaduoti darbuotojus, kai išeina į atostogas arba ligos atveju, kai tenka dirbti, kas realiai prieš darbo įstatymą, už du ir už save. Tie krūviai padidėjo, labai stipriai padidėjo. Tada prasideda nervas, kokybė nukenčia, darai konvejeriu, lieka tik taškų, popieriukų... koks vidinis biasas kyla, darai tik, kad atžymėti, tikslas tik kad pas gydytoją nueitų, jau tie pacientai... pervargsti...

### **Kaip sprendžiate susiklosčiusią padėtį?**

O ką spręsi, tavęs kažkas klausia? Aišku tarp kolegų paputoji. Mnusiteiki, kad galbūt situacija keisis, save guodi. Šiek tiek, kad ištemptum, supaprastini konsultacijas.

### **Kaip jūsų (FM) klientai bendrauja tarpusavyje? Kaip skatinamas jų bendravimas ir bendra veikla? Ar jūsų centre veikia pacientų organizacija/ savitarpio pagalbos grupė? Ką darote, kad bendravimas vyktų?**

Neskatinu nei bendrauti, nei bendradarbiauti. Nes tie, kurie bendrauja, bendradarbiauja, jie sukinėjasi aplinkui ir vartoja. Tie, kurie stabilūs, nevartoja, jie stengiasi kuo greičiau čia ateiti ir išeiti ir gyventi savo gyvenimą. Dėl to jie ir prašo, „duokite man lengvatą, aš čia kai tik ateinu... pasiūlymai visokie“. Ypač pradžioj, kai situacija nestabili, iš savęs žmogų nestiprus, jį nutempia. Ir aš sakau „tik eik greičiau“. Tie, kurie nevartoja, jiems nėra ir bendrų kalbų.

### **Jei kliento netenkina teikiamos paslaugos, kaip sprendžiate situaciją? Ką patariate klientui šioje situacijoje?**

Bandai kalbėtis, daryti, kas nuo tavęs priklauso. Aš dėl to neprisiimsiu...pati šlapimo nepaimsiu. Bandai su sesute pakalbėt, su paciente, kad ji pakeistų požiūrį, kad ji kitaip reaguotų, nes kartais reaguoja labai suaštrintai. Kai negali pakeisti situacijos, bandai paciento požiūrį tvarkyt.



**Ar klientas gali keisti gydytoją ar atvejo vadybininką? Kas šiais klausimais informuoja / konsultuoja? Ką apie tai manote? Kaip dažnai įvyksta tokie pakeitimai? Kaip manote, kodėl?**

Žinoma, gali keisti. Jei kažkuo yra nepatenkintas, aš pati visada sakau, kad galite pakeisti mane, kreiptis į vedėją. Mes esam tie atvejo vadybininkai, kurie supažindina su taisyklėm, turėtumėm pačioj pradžioj. Būna pakeičia, dėl įvairių priežasčių, pvz. gydytoją pakeičia, nes neatitinka darbo valandos.

Nežinau, turėčiau jaučiu, kad aš, socialiniai turėtų. Ne, neinformuoju. Nebent, jau kai išskyla situacija, gali raštiškai parašyt, gali kreiptis. Kai išskyla situacija, tada jau pasakai. O prieš tai turbūt ne, yra svarbesnių reikalų.

**Ar manote, kad jūsų įstaigos teikiamos paslaugos yra kokybiškos? Ar jūsų teikiamų paslaugos padeda jūsų klientams? Ar kokybė galėtų būti geresnė? Kokių veiksmų imatės? Jei nesiimate, kodėl?**

Ne. Trūksta gydytojų specialistų. Kokybiniu irgi požiūriu. Gal žmonės pervargę, praradę motyvaciją, gal ateina tie, kurie visai net nenori toj srity dirbt. Gal kompetencijos trūksta? Įstaigoj mūsų ar kažkas daroma? Tikrai nieko. Jei kas paklaustų aš pasakyčiau, jūs ne projektus rašinėkit, o susirūpinkit personalu, nes ant personalo stovi... Ne prezentuoti ten kažkur, o darykit, kad savo darbo kokybe centras žibėtų. Kad eitų specialistai normalūs dirbti. Ar eina gydytojai čia? Čia niekas neina, dėl to kad minimalūs atlyginimai. Mes, socialiniai, priversti, nes visur socialiniams maži atlyginimai. Gydytojai specialistai čia net budėt neina. Jokie rimti specialistai čia neina dirbt, nėra kam dirbt. Tai apie kokias paslaugas gydymo galima kalbėt? Tai jūs eikt, kovokit, administracija, su ministerija kalbėkit, kad būtų atlyginimam specialistų. Va tada gal bus ir kokybė, nes tie, kurie dirba su žmonėm, kurie konsultuoja, kurie gydymą skiria, va nuo to priklauso įstaigos veikla ir kokybė, o ne nuo parodomųjų teoretinių dalykų.

Nežinau, kas paskatina ateiti specialistus gerus, motyvuotus, jaunos ateiti į gydymo įstaigą. Motyvaciją skatina atitinkamas atlyginimas, kad žmogus jaustųsi oriai. Konkurencingas. Nes čia niekas neina, niekas.

Kursai. Palaukit, mokat minimalų atlyginimą, dar kažkokius priedukus, žmogus priverstas dirbti etatu ir ketvirčiu, pavadavimai neapmokestinami, bet mes turim tobulėt. Kitose įstaigose tuos kursus apmoka ar finansuoja. Bant dalį galima apmokėt.

Galima bendradarbiavimo sutartis su kitomis įstaigomis, kad galėtume nusiųsti tuberkuliozę pasidaryti. Su kitom bendradarbiavimai, kur gretutiniai, kur mes atskiros respublikos. Su infekcine neblogai viskas...

**Kaip gerinate savo paslaugų kokybę?**

Išsikieliu sau tikslus, kad būtų pacientams normaliai, kad jie geriau jaustųsi. Aš žiūriu kiekvieną individualiai, stengiuosi, kad persidirbimas neatsilieptų, kad jie jaustų žmogiškumą, palaikymą.

**Siūlau pabaigai paprašyti tiriamojo papasakoti du atvejus: vieną, kai jis jautė pasitenkinimą savo atliekamu darbu, antrą, kai jautėsi priešingai.**

Aš niekada nesididžiuoju savo darbu. Džiaugiuosi tuo, ką pacientai pasiekia. Savo darbu darau tai, ką reikia. Labiausiai džiugina, ypač kai nesitiki, kai pacientas taip prasiirutulioja, kad jam viskas gerai. Tada būna labai smagu, gerai. O savo darbu... aš tiesiog dirbu ir dirbu. Arba ateina po kažkiek laiko, pvz. nukreipi žmogų kažkur (iš probacijos), jis ateina ir ateina, nors jam nei priklauso, nei ką, jis vis sako kaip jam sekas, kaip jam einasi. Ir dar gali pasidžiaugti, kad jam gerai einasi.

Įpratau... Žinau, kad darau viską, ką galiu, kas nuo manęs priklauso. Jei tam žmogui nepasiseka, aš nepriimu to... ar jei kokie atkryčiai... Labiausiai biesinuos, kai esu pervargus ir negaliu įsigilinti į situaciją, jaučiu sąžinės graužimą, kad darau formaliai. Kartais ant tiek perkrauta galva, ateina pacientas, galėtų pasišnekėti, pasigilinti, kas jam aktualu, bet jau negali priimti informacijos, ir greit padėlioji kas, ir pasijauti žmogų užčiaupus. Ir žmogus pasijaučia... Tada negerai.

**Ačiū**

6. Gintaras, pacientas, gydos 13 m.

Gintaras vardas, dalyvauju programoje nuo 2004 m.

**Tai trylika metų.**

Jo.

**Kas jus paskatino ateiti gydytis į farmakoterapiją metadonu?**

Paskatino... nu kaip paskatino, paskatino, kad ...gyvenimas, nu kaip paskatino... kas paskatino.

**Suformuluosiu kitaip. Iš kur gavai informaciją, kad čia galima ateiti?**

Ai, tai aš žinojau jau nuo 1997 m. jau žinojau, kad čia yra tokia programa, nes aš pirmą kartą atsistočiau 1997 m.

**Kai dar tik atsidarė?**

Jo, nu beveik, nu jo atsidarė, neseniai buvo atsidarė.

**O gal atsimeni kaip tada sužinojai, iš spaudos, iš...?**

Ne nežinojau, čia per draugus taip. Vienas per, per... kaip sakant per vartojančius taip sužinojau. **Pavyzdžiui, ta informacija, kurią tada turėjai, apie tai, kaip vyksta tas gydymas. Ir po to, kai tu atėjai, ir ką tu pamatei, ji sutapo, ar buvo kažkas kitaip negu įsivaizdavai?**

Ta prasme sutapo? Lūkesčiai?

**Kaip pasakojo ir ką radai.**

Ne nu pasakė tik, kad yra metadono programa, galima stotis gydytis nu ir tiek. Tiek ir žinojau. **Kaip manai, ar kituose gydymo skyriuose VPLC yra kažkokia informacija apie farmakoterapija metadonu?**

Apie tai aš nesidomiu, man... nežinau tikrai.

**Nebuvai, negulėjai kituose skyriuose?**

Ne. Ai nu viršui gulėjau porą kartų. Nu tame prasme stacionare – taip.

**Tada, kai gulėjai, ar kas nors ten pasakojo, gal lankstinuką davė?**

Ne, nieko nepasakojo.

**O gal dar žinai kokiais kitais būdais ta informacija sklinda?**

Nežinau, nu kaip nu... nežinau, nu taip tikrai tarp mūsų, va tarp mūsų tuo metu vartojančių, daugiau aš net nežinau. Per televizorių nesireklamuoja, spaudoj irgi nelabai reklamuojasi, nu tai tiek. Vienas per vieną, per kitą sužinojom ir viskas.

**Mhm... vienas per kita dažnai dar nesąmonių sužinot.**

Nu ne, sužinojau kad tik yra tokia programa ir tiek, o po to pats atvažiavau ir viską sužinojau.

**Nu tai kaip atrodo tas paslaugos teikimas?**

Normaliai, geras, malonus.

**Tai kas vyksta? Ateini ir kas tada būna?**

Pirmą kartą kaip būna? Ar kaip?

**Nu šiaip kai lankaisi ir pirmą kartą...**

Nu kaip, nu ateinu išgeriu ir išeinu... man daugiau nieko ir nereikia. Aš, kaip sakant, neieškau nei draugų čia, nieko, nes man jau šitas visas etapas praeitas aš nevartoju nieko, aš dabar tik tai... Tik kad tas metadonas tikrai kabo ir viskas... Normalų gyvenimą gyvenu ir tiek, dirbu viską nu...

**Tai tu apart tos paslaugos (paties metadono išdavimo). Pavyzdžiui, ten socialinio darbuotojo paslaugom, konsultacijom nesinaudoji?**

Nu tai va, Aušra kaip... pakonsultuoja, kiek lankausi pas ją, ir tiek. O daugiau tai... Pas psichologą užeinu, nu tai tiek...

**Tai va, pavyzdžiui Aušra kaip atvejo vadybininkas. Ką jinai, kokia jos funkcija, kaip tu galvoji?**

Jos? Nu kaip...kokia funkcija...kaip suprast, funkcija. Nu jinai turi žmones tokius kaip mes. Padeda, jeigu reikia kažką, tai padeda. Socialinius klausimus. jeigu reikia padeda.

**Pavyzdžiui?**

Nu, pavyzdžiui, man tai neaktualu, pavyzdžiui, tas. Nu gali padėt su kokiais antstoliais susitvarkyti, nežinau... net ir gal ir darbo gali padėti surasti, jeigu reikia žmogui. Gydyto klausimais gali kuom nors surasti, kokius, jeigu reikia klausimus, surasti, kur nors kreiptis reikia, jeigu reikia.

**O tu viską pats padarei?**

Aš tai šitą pats viską sugebu. Man kaip sakant... nesu toksai visai žmogus, kaip sakant, be smegenų, kad nesusirasčiau, kur man reikia kreiptis susirgus ar kažką.

**O anksčiau ar visada taip...?**

Nu... visko buvo, visko būdavo. Būdavo kartelė nusileidus, būdavo visko, bet nu praktiškai...

**Savarankiškas?**

Jo.

**Papasakok kaip vyksta konsultacija ir kaip dažnai į ją ateini?**

Konsultacija... nu kaip vyksta. Konsultacijos esmė būna dažniausiai vieną, du kartus į mėnesį, nes aš lankausi retai, nes aš vieną kartą į savaitę gaunu tą metadoną, tai jeigu reikia kažkokius tyrimus padaryti mane išsikviečia, ateinu. Jeigu testus reikia atlikti irgi...aš sakau, labai stengiuosi kuo mažiau lankytis ir šiaip nu stengiuos, kad mažiau čionai šitoj aplinkoj būt.

**Ar yra dalykų susijusių su gydymo eiga kurių nedirštate pasakyti savo soc. darbuotojui?**

Ta prasme...? Aplamai gyvenime?

**Na, ko nors, kas susiję su gydymu, bet nenorit pasakoti...**

Nėra, ką čia slėpti.

**Nežinau... visokių dalykų būna.**

Nu ir ką čia slėpti. Hepatitas C buvo, tai čia žino ir socialinė už tai, kad darėm tyrimus. AIDS neturiu, nu ką čia dar slėpti tokio baisaus, kad daugiau ir nėra ką...

**Nu ten dėl papildomo vartojimo, nevartojimo...**

Nu tai nevertojam, taigi daro testus, gi mato. Bet man ir neaktualu, aš jau nevertuju, man jau šitas visas – praeitas etapas, man jau viskas, neįdomu, man jau 50 tuoj metų bus, jau baigti reikia kažkada šituos dalykus.

### **Kaip skiriami ir atliekami testai?**

Nu kaip.. ateini išgert metadono... būna žurnale pažymėta, kad reikia atlikti testą. Arba tiesiog ateini pas seselę, jinai pasako, kad reik atlikt testą.

### **Lengvatą turit?**

Taip.

### **Kaip ją gavot, kokius reikėjo reikalavimus išpildyti gal atsimenate?**

Reikalavimus... reikalavimai tokie: parašyt prašymą, kad gaut lengvatą. Toliau turi būti švarus, nevertot nieko papildomai...

### **Išsiprausęs ir išsilyginęs?**

Taip, taip jeigu juokais tai taip...Jeigu rimčiau, tai nieko nevertojęs, ta prasme...

### **Tai testus turi atlikti...?**

Nu tai jo, tai iškart prašo testą atlikti, čia jau pirmoj eilėj testas atlikti. Nu po to ką...klausytis socialinės, atlikti visus reikiamus ten dalykus, pavyzdžiui...

### **Tyrimų...**

Tyrimus ten atlikti, ten jo, ten plaučius prasišviesti, ten kraujo tyrimus atlikti pastoviai, kad nu, kaip sakant, kad ne... nepraleidinėti, viską atlikti, ką liepė socialinė. Nu ir viskas, ir gauni tą lengvatą. Aišku iš pradžių ten negauni vieną kartą į savaitę, duoda, pavyzdžiui, pirmam kartui ten tris kartus į savaitę, po to – du kartus, po to jau, jau duoda ir vieną kartą.

### **Tai žodžiu...**

Jeigu dirbi dar, tiesa, jeigu dirbi dar toks dalykas, dar skatina, tai kad, jeigu dar dirbi tai greičiau tą lengvatą duoda, jeigu dirbi, daleiskim. Nu kažkokių tai priežasčių vat... priežastys turi būti, daleiskim, kam ta lengvata reikalinga.

### **Gal buvai praradęs lengvatą kada nors?**

Ne...

### **Ar esi kada nors pildęs kokią nors anketą, kuri vertintų jūsų...?**

Taip, ne kartą... kažkokias ten anketas...

Ne, bet čia apie jus, o kur pats vertinai gydytojo darbą ar socialinio darbuotojo?

Ne.

**Ar esi gavęs nuobaudų dėl agresyvumo?**

Ne, ne...

**Ar benrauji su kitais dalyviais farmakoterapijos?**

Ne, dabar ne...

**O kada nors bendravai?**

Jo, anksčiau būdavo.

**O būdavo kokių nors įdomesnių tikslų bendravimo, pavyzdžiui, bendras skundo rašymas?**

Ai, vieną sykį buvo čionais dėl, dėl išdavimo laiko. Neatsimenu, kada čia buvo. Gal prieš metus. Dėl metadono išdavimo.

**O kas ten buvo?**

Nu kad ryte būna, kad aparatą kai Subata pastatė, labai lėtai išduoda, o kai dirbi, daleiskim, iš ryto ateini, visi subėga ir eilės didelės, tai nespėji į darbą, dar ką... Tai prašėm, kad, pavyzdžiui, ten iš ryto valandai dviem iš butelio atidavinėtų. Vyksta procesas greičiau.

**O kas inicijavo gal žinai skundą?**

Ai... ten visi, visi inicijavome...

**Ar šitas centras yra artimiausias pagal gyvenamą vietą?**

Jo.

**Ar patogios darbo valandos?**

Nu... patogios, jo. Tik būna vasarą kartais nepatogios, kai išeina atostogų darbuotojai.

**Ar galima užsukti konsultacijai, pavyzdžiui, pas gydytoją, iš anksto neužsiregistravus, bet jeigu specialistas laisvas?**

Galima.

**Priima?**

Jo.

**Ar supranti kaip veikia eilių sistema?**

Ne.

**Kurios nesupranti, priėmimo į programą ar pavyzdžiui...?**

Nu jo, nesuprantu. I gydytojo priėmimą ar į programą priėmimą?

**Į programą...**

Ne, nežinau, aš senai...

**O pas gydytoją irgi nesupranti, kaip veikia?**

Nu kaip... užsirašai, užrašo, jeigu laisva vieta yra, valandą ir tiek. Kompiuteriu, aš taip suprantu. Daugiau kaip...

**Ar greitai gauni medikamentą? Pavyzdžiui apie tą rytais situaciją, kaip dabar?**

Nu jo. Greit. Dabar normaliai. Sakau vasarą...

**Ar kas nors siūlė konsultuoti jūsų šeimos narius ir ar buvo toks poreikis?**

Ne.

**Nesiūlė ar nebuvo poreikio?**

Ne, nesiūlė, nebuvo poreikio.

**Ar suprantate visą informaciją kuria pateikia gydytojas arba socialinis darbuotojas?**

Jo.

**Aiškiai viską papasakoja?**

Taip.

**Ar manot kad esat negavęs kurios nors informacijos...?**

Ne, viskas, kiek reikia, tiek pasako, viskas normaliai.

**Ar per pastaruosius metus jus konsultuojantis specialistas yra reiškęs neigiamas pažiūras į jus, jūsų artimuosius?**

Ne.

**Niekada per tiek metų nebuvo?**

Ne...nebuvo, su artimaisiais iš viso nebendrauju. Stengiuosi nekišti čia artimųjų. Nu...kokie čia gali būt blogi...

**Nebuvo taip, kad, pavyzdžiui, išeitum ir galvotum „neisiu daugiau ten“?**

Ne, nebuvo...

**Ar dėl duomenų slaptumo teko baimintis?**

Nu visko buvo...teko.

**Kilo kada nors minčių, kad nepakankamai saugojami duomenys?**

Visada mintys sukasi, kai pažiūri per televizorių tokie dalykai dedasi...

**Bet įvykių nebuvo...?**

Ne, įvykių nebuvo...

**Koridoriui nerėkavo „Petrovičiaus tavo ŽIV teigiamas“?**

Ne, ne, tokie dalykai, ne, tikrai.

**Ar esate jautęs kurio nors darbuotojo asmeninę antipatiją?**

Nea. Ne... viskas, viskas normaliai...tikrai, kas liečia gydytojus, viskas normaliai, kaip nekeista.

**O kas informuoja apie galimybę rašyti skundą?**

Informuoja? Kad nežinau net. Kad ir neteko, nu kaip...

**Nu tada, pavyzdžiui, kai rašėt?**

Tai patys sugalvojom ir tiek, ir pas socialines nėjom, tiesiog, tiesiog va nu, bet kabinete išdavėja pasakė, kad Subatai reik, matyt, rašyt ir tiek. Tai visa ir informacija.

**Tai žodžiu patys sugalvojot... Bet kaip manai kas turi suteikti informaciją?**

Socialiniai gal.

**Ar dažnai gauni siuntimus pas kitus specialistus?**

Ne.

**Ačiū**

7. Ilona, gydytoja, vedėja, VPLC

**Kiek jūsų centras turi FM pacientų?**

Maždaug iki 250. Svyruoja 200 virš ribose.

**Kaip atrodo paslaugos teikimas? Kas yra atvejo vadybininkas? Ir / ar užtikrinamos atvejo vadybos paslaugos? Jei nėra: pagal funkcijas: t. y. kas, iš specialistų, yra atsakingas už FM? Kokie be atsakingo specialisto specialistai dirba? Kokia jų funkcija? Kiek pacientų dalyvauja FM? Ar yra eilė? Kaip ji veikia? Kodėl dalyvauja tiek asmenų?**

Kompleksas paslaugų. Gydytojo paslauga, paskiriamas gydymas, sudaromas gydymo planas, paskiriamas medikamentas, yra psichikos sveikatos slaugytojo paslauga, socialinio darb., psichologo paslauga. Tai programa, kur kiekvienas specialistas turi savo funkciją, indėlį.



**Koks yra jūsų įstaigoje apibrėžtas gydymo FM tikslas? Ką apie tai sako metodika, kuria vadovaujate? Ką manote jūs pats?**

Kadangi tai medicininė ir psichosocialinė paslauga viename, tai visgi yra ilgalaikė paslauga, kuri turėtų būti orientuota į žmogaus sveikatos gerinimą, jo būklės stabilizavimą ir pagalbą jam integruojantis į visuomenę. Mano tikslas toks pat. Svarbiausia žmogų įtraukti į gydymą, teikiant tas paslaugas padėti jam integruotis į visuomenę.

**Gydymo trukmė. Ką sako metodikos? Kaip elgiatės praktikoje? Ar sutampa? Jeigu ne, kodėl? Kaip turėtų būti? Ar kolegos dirba taip pat? Kaip kolegų (ne)pritarimas veikia konkrečius jūsų sprendimus susijusius su gydymo trukme?**

Tiek, kiek reikia, kiekvienam žmogui atskirai. Mažiausiai metus laiko. Turėtų būti realistiškai vertinama, daug priklauso nuo paties paciento, nuo jo gebėjimo, soc. įgūdžių, gebėjimo priimti pagalbą, pritaikyti įgūdžius. Vienam greičiau jis tą padaro, kitam reikia ir kelių metų.

**Kaip apibrėžiate “pasveikimą”? Kokia tikimybė jūsų klientui “pasveikti”?**

Ta tikimybė visada yra. Nėra vieno vienintelio faktoriaus, kuris lemia tą pasveikimą, tai priklauso nuo daugelio dalykų, didžiąja dalimi nuo paties žmogaus, kuris yra programoj... Tai jis visada turi tą galimybę. Pasveikimas yra gera jo psichosocialinė situacija ir, aišku, sveikatos situacija, kai jam nebereikia medikamento, ir kai jis turi darbą, yra integravęsis į soc. santykius, kai jis naudingas visuomenei.

**Jeigu reikia medikamento?**

Tai, manau, situacijos stabilizavimas. Pacientai vis tiek turi tikslą gyventi be medikamento.

**Ar vidutinis vilnietis/kaunietis/klaipėdietis pritaria FM ir žalos mažinimo paslaugų plėtrai, pacientų skaičiaus augimui programose? Ko iš šių programų tikisi miestietis? Ko tikisi jūsų įstaiga? Jūsų klientas? Ko tikėtis jūs pats? Jei nesutampa miestiečių / klientų / įstaigos ir jūsų lūkesčiai – kodėl jie nesutampa? Ką reiktų padaryti jums / įstaigai / miestiečiams / klientui padaryti, kad išsiaiškinti (sumažinti) skirtumus? Ar gali lūkesčių išsiskyrimas (nesutapimas) turėti įtakos jūsų darbo rezultatams?**

Tikrai ne. Vien žiūrint į pačių kolegų tarpą. Yra labai prieštaringo nuomonės, kiek teko dirbti ir kalbėti, nesu sutikus galbūt nė vieno kolegos, kuris suprastų, kad yra programa, kam ji reikalinga ir kad apskritai toks gydymas yra. Tai jei jau specialistai, kurie dirba su tuo, būtent psichiatrijos srity, nesupranta, tai eilinis vilnietis yra toliau nuo tos situacijos.

**Į jūsų įstaigą ir skyrių priimamas dirbti naujas žmogus. Ar pokalbio metu jam buvo papasakota apie įstaigos nustatytus tikslus ir vertybes? Kaip ir kada perduodamos žinios apie**

**žalos mažinimo tikslus ir vertybes? Kaip šių dalykų supratimas aptariamas su naujuoju darbuotoju, kokie įrankiai naudojami (mokymai, susitikimai, mentorius bandomuoju laikotarpiu, konsultacijos su žmogiškųjų išteklių specialistu, rekomenduojama literatūra ir pan.)**

Konkrečiai galiu kalbėti apie ambulatorinį skyrių, apie savo specialistus, kurie ateina... Pati pradžia, savarankiškai žmogus negali dirbti, kol negauna pagrindinių dalykų. Jam duodami popieriniai dalykai, kuriuos jis gali pasistudijuoti, pasiskaityti: metodika, procedūros, algoritmai, kurie taikomi įstaigoje. Ir atitinkamai per gydytojo darbo stebėjimą, ir, aišku, per individualias konsultacijas, ateinu, kalbu pačiam gydytojui, koks yra tikslas, ir per atvejus užtvirtint tuos dalykus. Aš ateinu, pasakoju, kas tai yra programa, kokie pagrindiniai principai, koks tikslas, kodėl mes priimam, kaip mes priimam. Jeigu yra klaidos, tada per tas klaidas einam, aiškinamės, sakom, kaip reikėtų daryt, kokie yra tikslai.

**Nuo ko, jūsų nuomone, priklauso gydymo FM veiksmingumas? Ką apie tai sako metodika ir įstaigos vertybės? Ar sutampa? Jeigu ne, kodėl? Ką laikote veiksmingu / siektinu rezultatu? Ką darote savo darbu, kad veiksmingumas didėtų / pasiektumėte rezultato?**

Nuo specialistų kompetencijos, nuo atvejo vadybos. Kiekvienas atvejis yra ypatingas, jį reikėtų labai atidžiai išanalizuoti, parinkti kiekvienam žmogui tai, ko jam reikia. Negalima ... į viską žiūrėt. Gali būti bendri principai, bet per dėmesį kiekvienam. Per darbuotojų norą įsitraukti, padėti žmogui. Nuo įstaigos galimybių, tiek finansinių, priemonių.

**Kokiais principais vadovaujatės dirbdami su FM pacientais? Kokia jūsų darbo specifika? Apibūdinkite savo darbą su klientu. Kaip dirbate su kolegomis priimdami sprendimus (slaugytoja, gydytojas, soc. darbuotojas)?**

Ateina pacientas į registratūrą ir sako, noriu metadono programos. Jeigu jis nėra iki galo apsisprendęs, jis siunčiamas pas soc. darb., kuris turi galimybę suteikti platesnę info ir išsiaiškint, ko žmogus nori. Jeigu tikrai jis nori, jis apsisprendęs, jam pasakoma atsinešti gydytojo siuntimą, jeigu jis neturi gretutinių ligų, kur būtų galimybė priimti be eilės ir be gyd. Siuntimo. Be eilės ŽIV infekuoti, sunkios somatinės ligos, su PK,VTAT siuntimais, turėtų būti be eilės. Jeigu nedraustas, priimamas iškart, jeigu turi draudimą, prašoma siuntimo. Atsižvelgiant, jeigu situacija sudėtinga, reikia čia ir dabar pradėti gydymą, priimam ir tada prašom atsinešti siuntimą.

Jeigu pacientas jau turi siuntimą arba yra nedraustas, jis patenka pas gydytoją konsultacijai. Gydytojas yra pirmasis žmogus, kuris teikia visą informaciją. Pirmiausia FM galima tik tada, jeigu priklausomybė opiatams. Jeigu kitos priklausomybės, tai aišku ji netinka. Viena iš pagrindinių indikacijų, kad būtų priklausomybė ir pats žmogus pageidautų to gydymo.

### **Kokią informaciją gydytojas teikia pacientams?**

Informuoju, kaip skiriamas, koks gydymo tikslas. Kad galėtų nejausti fiziologinių abstinencijos reiškinių, kai jis fiziškai gerai jaučiasi, gali kreipti savo dėmesį, pastangas kitiems dalykams, tvarkytis savo gyvenimą, savo būtį.

### **Ar informuojate ŽIV infekcijos klausimais?**

Kai žmogus apsisprendžia, kad jis nori eiti į programą, tada supažindinama, kaip ta programa atrodys, iš ko ji susideda, kad yra testuojama, daromi tyrimai. Aš pasakoju visiems pati, kai konsultuoju ir orientuoju žmogų, arba jeigu jis abejoja, dar nežino, kad norėtų į metadoną, arba matau, kad trūksta žinių, stengiuosi pasakyti plačiau, kas tai yra, ko jis gali tikėtis, koks yra tikslas.

### **Jeį viską žino?**

Klausiu, ką jis žino, bandau įsitikinti, ką jis žino.

**Kaip skiriama FM dozė? Ką sako metodikos? Kaip elgiatės praktikoje? Kam teikiate prioritetą (kuo pirmiausia vadovaujatės): nustatytomis taisyklėmis ar paciento būkle, savijauta, išsakomais nusiskundimais? Ar sutampa? Jeigu ne, kodėl? Kaip turėtų būti? Kodėl? Ar kolegos dirba taip pat? Kaip kolegų (ne)pritarimas veikia konkrečius jūsų sprendimus dėl dozės parinkimo/koregavimo?**

Pradinė dozė parenkama pagal tai, kokia buvo jo vartojama opiatų dozė, dažniausiai 20–30 mg. Ji titruojama palaipsniui, stengiantis neviršyt 20 mg per savaitę. Čia ambulatorinėm sąlygom. Stacionariai, jeigu matom, kad sudėtingas atvejis, žmogus nu niekaip, ambulatoriškai nepavyks, tada derinam guldymą į skyrių, tada skyriuj titruoja, nustato ir išleidžia su nustatyta. Ten žymiai greičiau, saugesnė aplinka, lengviau valdyt procesą. Per dvi savaites sureguliuojama dozė, optimali. Kad kuo mažesnė ir optimalesnė.

Pakelti dozę, visada aiškinamasi dėl ko, kad jis suvoktų, ką jis renkasi. Ir turi būti bendras sprendimas, gydytojo ir paciento, kad gydytojas motyvuotų, kodėl jis sutinka, o pacientas, kodėl jis nori. Atsižvelgiama į tai, ar yra papildomas vartojimas, ar ne. Tikslas yra blokuoti opiatų receptorių, kad nebūtų ryškaus potraukio. Paprastai stengiamės didinti visada.

Vidutinė dozė yra apie 60–80 mg.

**Ar jūsų įstaigoje veikia darbuotojų vertinimo sistema? Kokie rezultatai vertinami, ar jie leidžia įvertinti jūsų darbo kokybę? Kodėl? Ar vertinime dalyvauja klientai? Kas dalyvauja?**

Pradėjo veikti. Pagal tai, kas yra vertinama, tai yra vis tiek labai subjektyvus dalykas, pagal tai, kas vertinama, priklauso nuo asmenybės, nuo santykių. Tame objektyvumo nedaug, nežinau, ar

efektyvu. Ta sistema, kuri yra sudaryta, tai tokiu principu, kad pats darbuotojas keliasi tikslus, derindamas su vadovu ir jis turėtų pasakyti savo tą vertinimą. Sunkiai pamatuojama.

Aš vertinu darbuotoją be šitų oficialių anketų, matau, koks darbuotojas kiek deda indėlio, pastangų. Jo darbo rezultatai rodo, kaip jis dirba.

### **Kaip dažnai pacientai kreipiasi kaip į skyriaus vedėją, dėl kokių priežasčių?**

Tiesiogiai nekuruoju, dalyvauju priimant sprendimą priimti arba šalinti iš programos. Tenka konsultuoti, arba jei patys pacientai kreipiasi dėl nesutarimų, iš gydymo pusės dėl gydytojo sprendimų, arba lydimi soc. darb. arba patys socialiniai darb. Pvz. pacientas ateina ir sako, man gydytojas nekelia dozės, aš noriu pakelt, man gydytojas liepė eit pas vedėją. Bandau išsiaiškinti su pačiu pacientu, kodėl jis nori kelti ir pan., tada einu pas gydytoją, klausiu, kas ten yra ir kodėl jis nenori, tada žiūrim bylą, analizuojam, tada kartu su gydytoju peršnekam, ar reikėtų, ar nereikėtų, pasakau savo matymą, jeigu matau, kad gydytojas neteisingai, tada pasakau sprendimą, kad reikia didinti, koreguoti. Kitais atvejais kviečiam visą komandą aptarimui, socialinio vedėją, darb., gydytojas, esant reikalui ir psichologas. Visus specialistus, kurie dirba, ir visus tuo, kurie yra įtraukti kartais net ir slaugytoją. Kiekvienas turi galimybę pasisakyti.

### **Kada pacientas šalinamas iš programos? Ką sako metodika ir nustatyta įstaigos tvarka? Kaip elgiatės praktikoje? Ar sutampa? Jeigu ne, kodėl? Kaip turėtų būti? Ar kolegos dirba taip pat? Kaip kolegų (ne)pritarimas veikia konkrečius jūsų sprendimus dėl šalinimo iš programos?**

Dėl agresijos. Jeigu ateina raštiški darbuotojų pranešimai, kad pacientas elgiasi agresyviai, arba tenka matyti, kad tai vyksta. Pakankamai reti atvejai, vienas koks per metus, kartais rečiau. Kai darbuotojai patys jaučiasi negalintys priimti tokio sprendimo (tikrai šalinam ar ne), tada ateina, pasako, užtvirtinam. Arba matom, kad pacientas tikrai agresyvus, bet jis turi ŽIV, yra didesnė grėsmė, tai arba į žalos mažinimo programą, nežiūrėti vien į tai, kad yra agresija ir viskas.

Iš darbuotojų ateina atgarsiai, kad reikia, įžeidinėja, bet tai nėra pagrindas mesti iš programos, daugiau kalbam apie fizinę agresiją.

### **Papasakokite, kas yra žalos mažinimas, kokie pagrindiniai žalos mažinimo principai ir vertybės. Ar jūsų įstaigoje jos yra tokios, kaip dabar išvardinote? Pateikite pavyzdžių, argumentų, kurie jums leidžia teigti / paneigti, kad žalos mažinimo principai ir vertybės yra jūsų įstaigoje?**

Tai yra pasirinkimas tarp gatvės ir kokybiško gydymo, tos programos. Tikslas išlaikyti žmogų gydyme, prieinamą specialistų pagalbai. Ateis momentas, kai jis kitaip pažiūrės, dės pastangas ir keisis. Tai nėra bausmė, tai ta situacija, kai gydymas nėra toks efektyvus, koks galėtų būti. Bet

buvimas programoje yra mažesnė žala, nei jis visai išbrauktas. Ji pradėjo veikti, manau, neveikia kaip turėtų veikti, bet tai yra pradžia, reikia indėlio, pačių specialistų mokyme, supratime, nuostatose.

**Asmuo neseniai pradėjo dalyvauti FM programoje, tačiau jam reikia kas porą savaitių išvykti savaitgaliui darbo reikalais. Komandiruotės lapo nėra, nes dirba neoficialiai. Ką darote? Jei išduodate medikamentą pateikite pagrindinius argumentus kodėl / dėl kokių priežasčių taip nusprendėte. Jei neišduodate – kodėl? dėl kokių priežasčių nusprendėte neišduoti? (jei neišduoda dėl taisyklių parašytų / priimtų įstaigoje: Kaip jūs paaiškintumėte pagalbos teikimo vieną iš svarbiausių principų, kad žmogaus poreikiai yra svarbu?)**

Sudėtingesniais atvejais, kai neatitinka standarto, visada siūlymas kviešti kelis specialistus, GKK kviečiam. Oficialiai GKK tai gydytojų konsultacinė komisija, kurioje turi būti trys gydytojai, bet visada dalyvauja visa komanda, t. y. socialinis kviečiamas, kurioje yra gydytojas, nėra, kad kažkam atskirai atiduodamas šitas sprendimas. Kiekvienas savo požiūrį ir matymą įdeda į tai ir priimam galutinį sprendimą. Jei žmogui yra svarbu ir reikalinga, ne tik kad užsimanė, o padės jo sveikimui, visada yra palankus sprendimas jam.

**Kodėl ne visi atvejai yra sėkmingi? Kas galėtų juos padaryti sėkmingesnius? Kokių veiksmų imatės asmeniškai, kad sėkmingumas būtų padidintas?**

Ne visiems tinka FM. Tenka girdėt, kurie patys išsako, kad jiems negerai metadonas. Jie labai įsitikinę, kad labai sunku nultipti nuo jo. Tie mitai tokie, kad stabdo, nepavyksta to pasitikėjimo sukurti, kad tikėtų specialistais, bet tikiu individualios savybės lemia, tiesio gali būti. Taip pat žiūriu į darbuotojus, sėkmės reikalas, pas ką patenki, ar sugeba tave suvadybinti ir ištraukti, ar visgi labai žiūrima formaliai, neskatina, nemotyvuoja. Jo paties požiūris nepadeda siekti tų tikslų. Yra tam tikros asmenybės, kuriems nepavyksta, netinka.

**Ačiū**

8. Kęstutis Butkus, pacientas, VPLC, gydos 21 m. (nuo 1996 m.)

**Ar centre sudarytos sąlygos šiam bendravimui? Ar veikia pacientų grupė ar organizacija? Kaip ji dalyvauja priimant su jūsų gydymu susijusius sprendimus / iškilusius trukdžius? Kaip ji atsirado / įsikūrė? Kokių rezultatų pasiekėte? Ar centras padeda jums skleisti informaciją apie organizaciją? Kaip (ne)palaiko jūsų veiklą?**

Pirmoji organizacija buvo, kai prasidėjo FM programa centre, iškart jai prasidėjus, kadangi rinkdavosi žmonės, atsirado poreikis ir buvo sudarytos sąlygos žmonėms susirinkti išgert arbatos.

Sąlygas sudarė VPLC. Prieš registratūrą, kur yra kabinetus, galėjai pasėdėt, išgert arbatos. Taip begeriant arbatą, susikūrė pirmoji savitarpio pagalbos grupė „Fenikas“. Po to gavome iš VPLC direktoriaus informaciją, kad paskelbtas konkursas Atviros visuomenės instituto, NVO steigtis. Reikėjo įsisteigti. Parašėme paraišką, gavome rekomendaciją, pasirinkome pavadinimą „Narkomanų tarpusavio pagalbos iniciatyvos“ ir tai buvo pirma organizacija.

### **Informavo pats direktorius?**

Socialinis darbuotojas irgi, kiek žinojo, tiek padėdavo. Socialinis darbuotojas kartu su programa... Kadangi buvo vienas pacientas kaip soc. darb. ir buvo priimta outreach darbuotojais pacientų dirbti, tai santykis soc. darbuotojų buvo gan glaudus ir informacija apie tą... Ir patalpas laisvas skyrė VPLC, skyrė Rūdininkų skvere tai savitarpio pagalbos grupei rinktis.

### **O outreach?**

Tuo metu buvo outreach darbuotojai ir mūsų grupės nariai, principu lygus-lygiam, švirkštų adatu keitėjai.

### **Direktorius kaip kontaktavo?**

Tiesiogiai, nesijautė tokio oficialumo, mums buvo keista, kad mes patys esam... Kaip išgirdom, kad jis personalui aiškina, kad čia yra mūsų paslaugų gavėjai, jie visada teisūs, ir apie narkomaniją, kaip apie ligą, nes seniau tas žodis... Mes kai pasivadinom „Narkomanų tarpusavio pagalbos iniciatyvos“, tas žodis reiškė vieną, po metų, pusantrų pradėjai visai kitaip suprasti.

### **Ką grupė veikė?**

Pagrindinis uždavinys – interesų atstovavimas ir teisių gynimas. Mes kėlėm, kur galėjom, nuo savivaldybių komisijų iki nacionalinės sveikatos tarybos. Tuo metu ŽIV infekuotiems vartotojams ARV buvo neprieinama, tai dėl to, kėlėm triukšmą, rašėm raštus, ėjom aiškintis, svarstant biudžetą...

### **Kas yra „Resetas“?**

Kadangi kaip buvau FM pacientas, taip ir esu, ir vis tiek atsiranda įvairiausios problemos, esi priverstas įsitraukti... ir tave identifikuoja kaip narkotikų vartotoją... tuo metu bandė GF ateiti į LT, tai kaip seniau žinomus aktyvistus, traukė į tą veiklą. Buvo paskata užsiregistruoti narkotikų vartotojų NVO. Organizacija atstovauja priklausomų asmenų interesus, teises.

### **Kaip įsitraukė kiti miestai?**

Gindama teises bando judinti žmones, kad ir kitur gintų tas teises. Mes esam apvažiavę visas FM programas ir turim visur kontaktą su dalyviais, ir Druskininkai, ir Kaunas, ir aktyvizmo, ir projektų rėmuose. Bandydavome žmones burti, teigti tą žinią, kad jų liga negali būti sprendžiama

baudžiamosios psichiatrijos principais, bet kaip ir kita liga turi būti gydoma, neišskiriant iš kitų. Stimuliuojam grupių kūrimąsi, buvo Vilniuj seminaras LT grupių, buvo žmonės iš Druskininkų, Kauno, Klaipėdos, Vilniaus,

### **Iki tol centruose neveikė tokios grupės?**

Ne, neveikė. Mūsų iniciatyva buvo užmegzti kontaktai Kaune. Sustimuliuo grupių kūrimasi... Dar nuo „Narkomanų tarpusavio pagalbos iniciatyvos“ laikų. Tada irgi važiuojam ieškoti žmonių su tyrimu, pagal projektą. Į Klaipėdą važiuojam irgi. Klaipėda tik paskutiniu metu... su mobilizaciniais tikslais Klaipėdoje esam buvę prie reb centrų, ne tik mobilizaciniais, bet vienu metu kelis tikslus, tarkim, anketų pildymą, 8 gal kokius kartus. Iš tų visų kartų, paskutiniai buvo stipriausi, ir žmonių susibūrimo prasme, kad kažkas atvažiuo į Vilnių, kad liko kažkas Klaipėdoj po to. Atvažiuojam pagal projektą išsiaiškinti žemo slenksčio programų efektyvumą ir poreikių analizę pacientų. Bet pamatėm, susitikom su FM pacientais, sužinojom, kad ten kritinė padėtis, kad programa tuoj išnyks nuo Klaipėdos veido, kad spaudžiami pacientai išeiti iš programos, visų dozės 5, 10, 15, 20 mg, likę su invalidumu gal 5–6 žmonės. Tai pasilikom, vieną dieną sukviatėm į priešais esančią kavinę, jų susibūrimo vieta. Jie įkūrė FM programos dalyvių savitarpio pagalbos grupę, visi pasirašė, išsikėlė tikslus ginti savo interesus. Pirmas prašymas buvo susitikti su direktorium ir su personalu, ir mes kaip NVO iš Vilniaus, kurie esam taip pat iš FM programos ir esam suinteresuoti jos plėtra, kad būtų priinama kuo didesnam priklausomų žmonių skaičiui, tarpininkavom, kad būtų surengtas susitikimas. Pas mus buvo įprasta FM programoj, kad... kažką norint pakeisti, būdavo direktoriaus sudarytos sąlygos. Buvo keista prieš dešimt metų, kad kažkas kvieštų narkotikų vartotojus, kaip pacientus, į administraciją, kad keisti taisykles. Mes tuo pačiu metodu vadovaudamiesi, Klaipėdoje buvom pas direktorių, paprašėm tokio susitikimo, jis buvo surengtas. Programa buvo išlaikyta, atleisti truputį varžtai, ir žmonės buvo nepašalinti, padidėjo dozės.

### **Ačiū**

9. Andrius, socialinis darbuotojas, VPLC, dirba 10 m.

Esu Andrius Pajarskas - socialinis darbuotojas, dirbantis VPLC dviejose programose: viena programa yra žalos mažinimo, žemo slenksčio programa - tai kas liečia aktyvius vartotojus, ir farmakoterapijos metadonu atvejo vadybininkas.

### **Kiek metų dirbate?**

Jau dešimt metai eina. Senolis.

### **Gal galite papasakoti, ką daro atvejo vadybininkas?**

Farmakoterapijoje metadonu sprendžiame socialines problemas pacientų. Pas mus yra šiek tiek farmakoterapija metadonu išsišakojusi – šiuo metu dar yra žalos mažinimo programa. Ten šiek tiek kitokia specifika yra darbo. Tai, sakykim, kas liečia atvejo vadybą, tai čia vyksta tiesioginis bendravimas su pacientu, jų problemų sprendimas, vertinimas situacijos ir panašiai, o pas mus žalos mažinime, tai čia jau yra praėję šitą pirminį etapą žmonės, tie kurie nedaro kažkokių aktyvių pažangumo žingsnių arba ištisinis išlieka papildomas vartojimas, sakykim, vieniems patiems sutinkant ir konstatuojant tą faktą, kad jisai dar yra nepajėgus pereiti į įprastą režimą gydymo, tai jisai yra paskiriamas į žalos mažinimą. Žalos mažinimo programoje jie kasdien gauna savo saugią metadono dozę, jie gauna tuo pačiu visus švirkštimosi įrankius: švirkštus, bintus, pleistrus, visko ko jiems reikia tą dieną. Tai tokia specifika.

### **Kokie yra FM tikslai?**

Čia tai tikslai yra pacientui nutraukti vartojimą ir jeigu tik tai įmanoma – remisija.

### **O žalos mažinime?**

O žalos mažinime tai ten yra tikslas šiek tiek kitas. Ten tikslas yra žmogui įteigti, suteikti, motyvuoti jį nustoti vartoti ir pereiti į antrą etapą.

### **Tikslai, kuriuos jūs išvardijote, tai yra jūsų asmeniniai tikslai ar suformuoti įstaigos?**

Čia įstaigos tikslai. Mano asmeniniai sutampa su įstaigos tikslais. Mums juos [tikslus] įvardija mūsų tiesioginiai vadovai. Ir yra formuluotės bet koku atveju.

**Į jūsų įstaigą ir skyrių priimamas dirbti naujas žmogus. Ar pokalbio metu jam buvo papasakota apie įstaigos nustatytus tikslus ir vertybes? Kaip ir kada perduodamos žinios apie žalos mažinimo tikslus ir vertybes? Kaip šių dalykų supratimas aptariamas su naujuoju darbuotoju, kokie įrankiai naudojami (mokymai, susitikimai, mentorius bandomuoju laikotarpiu, konsultacijos su žmogiškųjų išteklių specialistu, rekomenduojama literatūra ir pan.)**

Ilgą laiką jis mokosi. Negali pasakyti, kad per vieną dieną ima ir viską išmoksta. Jis gauna tokį žmogų, kuris jam papasakoja, mentorių, kitaip tariant, kuris jam padeda įsisavinti visą šitą „virtuvę“. Ir tas vyksta ilgą laiką, nes tam tikros taisyklės yra nerašytos, tam tikros taisyklės yra sutartinės, kitos taisyklės yra rašytos ir tam, kad jas visas įsivardinti sau ir žinoti užtrunka tam tikrą laiką – ne per vieną, ne per dvi dienas viską sužinai.

O daugiau įrankių kaip ir nėra, tokių kaip tu minėjai – literatūra kažkokia rekomendacinė – ne. Tokių, bent jau mano atveju, čia pradėjus dirbti, tokių nebuvo variantų, kiek aš žinau – kitiems irgi ne. Kaip čia pasakius, yra ta literatūra, bet ką vadini ta literatūra, nes sakykim, bukletukai tokie yra,



nu tiesiog *paliežna* persiskaityti juos. Jų ir siūlyti nereikia, jie visur ant stalų pas mus. Čia gali pats iniciatyvą parodyti ir persiskaityti juos visus.

**Bet jeigu manai, kad viską ir taip žinai ir puikiai moki, tai tavo pasirinkimas skityti juos ar ne?**

Aš nemanau, kad nors vienas čia atėjęs taip apie save mano.

**Kaip jūsų įstaigoje apibrėžiamas teikiamų FM paslaugų tikslas? Kas dalyvauja procese (darbuotojai, administracija, tik vadovai, pacientai ir pan.)? Kokiomis apibrėžtomis vertybėmis vadovaujatės dirbdamas? O jūsų kolegos? Ar pritariate įstaigos suformuotam tikslui ir vertybėms, o gal kažką darytumėte kitaip? Jei darytumėte kitaip – kodėl? Kokio tikslo tada būtų galima pasiekti? Kuo tai būtų geriau / priimtinau?**

Programos tikslus, kaip ir sakiau, yra tie, kurie įrašyti raštu, tai juos įvardija mūsų administracija. Tai jie patys duoda juos mums pasiskaityti, tai mes tokią literatūrą ir skaitom iš jų. O kas yra neparašyta, tas mums yra įvardijama mūsų konkrečiau skyriaus vedėjo. Tuos tikslus įvardija žodžiu susirinkimo metu.

Asmeniniai tikslai keliami asmeniniams pacientams. Kiekvienas pacientas besigydantis FM vienas iš reikalavimų yra turėti gydymo planą. Gydymo planas yra sudaromas trims mėnesiams. Kiekvienas atvejo vadybininkas sudaro atskirą gydymo planą. Tai čia yra tie tikslai: konkretūs, asmeniniai, individualūs. Gydymo plane, pavyzdžiui, sakykim, yra pacientas... Kaip pavyzdį sakau šabloninį daugiau mažiau, dažniausiai pasitaikantį, nes mūsų kadangi žalos mažinime, tai jie visi daugiau mažiau iš vieno sektoriaus, ir ten viskas daugiau mažiau aišku, ką ten daryti. Tai tiesiog mes, pvz. pirmas punktas kasdieną lankytis Mobilioje klinikoje, periodiškai lankytis pas kuriojančią gydytoją, pas socialinį darbuotoją, laiku atlikti pavestas užduotis, plėtoti teigiamą socializaciją, atlikti tam tikrus konkrečius uždavinius: nuvykti į Darbo biržą, užsiregistruoti Darbo biržoje, pasigaminti dokumentą, nuvykti į polikliniką paiskirti savo šeimos gydytoją ir panašiai. Tokios ir užduotys. Čia kiek žmonių, tiek užduočių, visų neįvardinsi.

**Papasakokite, kas yra žalos mažinimas.**

O žalos mažinime dirbam mes tik antrą mėnesį, tai čia visiškai „šviežias produktas“. O prieš tai buvo Mobili klinika tiesiog. O tai buvo, kaip suprantu, nepalanku direktoriui ir jis pakeitė šituos... Nes pats jisai buvo išleidęs nuostatus darbo Mobilios klinikos. Mobili klinika tada dirbo tiesiog... Atsirado nepatenkintų, kad jiems daromi testai, tai čia nebuvo mūsų iniciatyva tuos testus daryti, tai buvo tiesioginė valdžia, direktorius mūsų buvo nurodęs juos daryti. Už tai ir girdavo, o po to per susirinkimą barti gavom už tai, tai čia tokia *kataklizma* įdomi. Po to pakeitė. Nes prieš tai buvo jie testuojami, buvo tvarka tokia pati kaip ir čia, tikslai buvo keliami jiems, bet tenai buvo ribotas

atvykimo laikas. Ir dabar jis yra ribotas, nes mes ten laikinai stovim. Tai tik tokie skirtumai ir skirtumai tokie, kad jie visi buvo nepažangūs, kitaip tariant, papildomai vartojantys, darantys kitus nusižengimus, taisyklėms nusiženginėjantys.

### **Kokios tai taisyklės?**

Pavyzdžiui kasdieną lankytis gerti metadoną. Tu neateini vieną dieną – tai yra pažeidimas. Arba lankytis kartą pas gydytoją per mėnesį. Tu neateini- tai pažeidimas. Ir tada darbuotojai, kurie čia dirba ir mato, jog ta situacija ritasi žemyn, tokį pacientą informuoja, jog jeigu tu nepakeisi savo įpročių, nepadarysi išvadų, tai sekantis etapas bus Mobili klinika. Ir tada, jeigu jie nedaro išvadų, yra tiesiog pervedami. Anksčiau Mobili klinika buvo tas pats [kas Centre], tik nebuvo žalos mažinimo.

### **O švirkštų dalinimas?**

Tai čia ne tas. Čia žemas slenkstis. Buvo taip, skirtumai, kaip buvo prieš tai ir dabar [Mobilioje klinikoje]: dabar mes nebedarom testų apskritai niekam, kas į žalos mažinimą patenka. Jie turi atvykti per tą patį laiką nuo 9 iki 10 val. Lazdynuose ir nuo 10.30 iki 11.30 val. Naujininkuose. Esminis skirtumas, kad mes visiškai užsimerkiame į jų papildomą vartojimą. Visiškai. Paliekant jų pačių sprendimui, kada nustoti liautis vartojus ir kuo skiriasi dar, kad mes dabar jiems teikiame konsultacijas apie žalingą vartojimą ir dalinamos priemonės, ko seniau nebuvo.

### **O žemas slenkstis?**

Žemas slenkstis yra su aktyviais vartotojais, kurie dar yra ne pacientai, o klientai. Tie, kurie yra taboro lankytojai ir stoties.

### **Kokia yra žemo slenkščio idėja?**

Žemo slenkščio idėja juos pritraukti gydytis. Motyvuoti gydytis. Tam, kad jie ateitų į VPLC.

### **Žalos mažinimo misija?**

Pati misija yra mažinti... Teikti konsultacijas, teikti kuo daugiau informacijos, šviesti juos ir užkrečiamų ligų prevencija. Švirkštų dalijimas ir rinkimas. Negi tu to visko nežinai? Taigi žinai turbūt.

**Ko siekiama žalos mažinimo paslaugomis visuomenei? Ko siekiama pačiam paslaugos klientui? Ką apie tai manote – ar tai veiksminga? Ar naudinga? Verta investicijų? Naudinga asmeniui, visuomenei, įstaigai? Ką mano kolegos?**

Kas liečia FM, tai aš dar nedirščiau daryti išvadų, kadangi, kaip sakiau, tai yra visiškai „šviežias produktas“ ir kol kas tai mes matom tik neigiamus aspektus, nes žmonės puolė gerti, puolė vartoti. Visiškai kontrolės jokios nebeliko, patys jau nebesupranta žmonės. O kas liečia taborą, tai

vienareikšmiškai tik teigiamai: dėl infekcinių ligų prevencijos – tokiu būdu mes stabdome plitimą ligų ir šviečiame visuomenę.

**Ar vidutinis vilnietis pritaria FM ir žalos mažinimo paslaugų plėtrai, pacientų skaičiaus augimui programose? Ko iš šių programų tikisi miestietis? Ko tikisi jūsų įstaiga? Jūsų klientas? Ko tikėtės jūs pats? Jei nesutampa miestiečių / klientų / įstaigos ir jūsų lūkesčiai – kodėl jie nesutampa? Ką reiktų padaryti jums / įstaigai / miestiečiams / klientui padaryti, kad išsiaiškinti (sumažinti) skirtumus? Ar gali lūkesčių išsiskyrimas (nesutapimas) turėti įtakos jūsų darbo rezultatams?**

Tikrai ne. Todėl, kad mes dažnai su jais susiduriame. Nepritaria, nes jie turi tam tikrą supratimą apie šitą problemą, kitokį negu mes. Kol mes parinkome vietą Lazdynuose ir Naujininkuose, buvo skundai ištininiai. Tik pabandyk sustoti prie gyvenamojo namo, iš karto skundai: prekyba narkotikais, policija, kratos ir panašiai.

Kad visuomenė nesupranta, manęs tai niekaip neveikia, nes aš žinau, ką aš darau, o ką visuomenė galvoja, man nėra tiek svarbu.

### **Kaip apibrėžiate pasveikimą?**

Pasveikti, čia pats klausimas formuluojamas nelabai teisingai. Pasveikti pilnai nelabai išeis. Galima šnekėti apie ilgesnius periodus remisijos. Nes alkoholizmas, kaip ir narkomanija yra tokia liga, kuri lydi visą gyvenimą ir tiesiog reikia mokėti su ja gyventi ir išmokti prie jos prisitaikyti. Ir ko mes galime pasiekti, tai ilgesnių remisijos laikotarpių. Ne visiems tas pasiseka. Remisija- tai yra susilaikymas nuo vartojimo. Aišku, tai pavyksta mažesniajai daliai, viskas priklauso tik nuo jų pačių. Aplinkiniai gali *kūliais verstis*, ką nori daryti, bet jeigu jie neturės tokio noro, tai nieko ir nebus.

### **Kas vadinama “beviltišku atveju”? Kaip su jais dirbate?**

Toks yra susitarimas neturėti tokios sąvokos kaip „beviltiškas atvejis“. Atvejis yra tiesiog atvejis, o kas liečia „sunkesni“ atvejį, jei kitaip paklaustum, tai yra atvejis, kai pacientas visiškai nepasiduoda motyvacijai, kai yra ištisinis vartojimas, kai nesiriša dialogas su juo, kai matai, kad visiškai jokių rezultatų nepasieki po pusmečio, tai toks yra „sunkus variantas“. O tokių pas mus yra tikrai ne vienas, ne du.

### **Kokių rezultatų?**

Sakykim, jis įsivardija pats sau, kad jis per tą pusmetį visiškai nieko nevertos, o pasiliko lygiai toks pats vartojimas, kaip jis atėjo į programą, dar netgi padidėjo alkoholio vartojimas pas kai kuriuos. Tarp kitko, tokia įdomi tendencija: norint išlaikyti remisiją, yra pageidautina, kad jie pakeistų ne tik

aplinką, bet ir savo draugus, pažįstamus ir visa kita. Netgi žmonės atėję į programą, kurie su alkoholiu neturėjo niekada nieko bendro, čia šitą bėdą įgyja. Tai stengiamasi, jeigu vat žmogus... matome perspektyvą, jis pats deda dideles pastangas, stengiamasi tą žmogų ne eliminuoti, o kažkur toliau pervesti į psichikos sveikatos centrą, kad jis tiesiog nesimatyti ir to neigiamo pavyzdžio neimtų.

### **Apibūdinkite, savo, kaip atvejo vadybininko darbą.**

Tai kad aš ir apibūdinau visa tai. Aš juos matau kasdieną ir kartais mums tos konsultacijos net nereikalingos, nes neiškyla jokių problemų. Mes ateinam, pasisveikinam, kaip jautiesi, išgėrei metadoną ir viskas, viso gero ir geros dienos. O kai yra problema, tai apie ją ir kalbam. Dažniausiai jie patys įsivardija tą problemą, nes aš gi ne rentgenas, aš nematau, kokią jie tą problemą turi. Nes jei žmogus nenori apie ją šnekėti, tai ir klausiamas į ją neatsakys.

Būna tokiais atvejais, kai aš matau, kad reikalinga atlikti pavyzdžiui tyrimus: kraujo tyrimus, TBC tyrimus, kai matau, kad numatomas vizitas pas gydytoją. Tokie būtinieji reikalai.

**Asmuo neseniai pradėjo dalyvauti FM programoje, tačiau jam reikia kas porą savaitių išvykti savaitgaliui darbo reikalais. Komandiruotės lapo nėra, nes dirba neoficialiai. Ką darote? Jei išduodate medikamentą pateikite pagrindinius argumentus kodėl / dėl kokių priežasčių taip nusprendėte. Jei neišduodate – kodėl? dėl kokių priežasčių nusprendėte neišduoti? (jei neišduoda dėl taisyklių parašytų / priimtų įstaigoje: Kaip jūs paaiškintumėte pagalbos teikimo vieną iš svarbiausių principų, kad žmogaus poreikiai yra svarbu?)**

Jisai neseniai atvyko į programą, ane? Mėnesį gydosi... Gydomosi rezultatus kažkokių apibrėžia klausimas tavo? Aš tau pasakysiu, kaip pas mus vyksta. Pas mus priimamas pacientas į programą, jis turi išbūti tam tikrą laiką, taip vadinamą „karantiną“, kad mes daugiau mažiau susipažintume su juo, su jo vartojimo ypatumais ir kitais poreikiais. Tada mes nusipiešiam modelį, kaip tas žmogus elgiasi, ko iš jo tikėtis ir ką galima būtų pasiekti su juo. Ir tada, jeigu pacientas tą „karantiną“ vienas - du mėnesiai.. na čia turėtų kažkas *ekstra* atvejai atsitikti, kad mes per tą „karantiną“ išduotume metadoną į rankas, pvz. susirastų darbą. Nes mes priimant į programą iškart supažindinam, kad maždaug vienas - du mėnesiai tu turėsi lankytis kasdieną pas gydytoją ir pas mus, bet jau *sorry* lengvatų nesitikėk, nes tokia yra tvarka. Bet jeigu ten kažkoks *ekstra* atvejis ir mes matom, kad kad ir po mėnesio pacientas daro teigiamus žingsnius, mažina vartojimą arba jį išvis nutraukia, mes galime daryti išimtis. Čia jau individualiai sprendžiam.

**Papasakokite apie vizitus į namus. Kokiais atvejais vykstama? Kaip dažni šie atvejai? Kokiais atvejais atsisakoma vykti arba vizitui nepritartų jūsų vadovas / kolegos? Kas lemia jūsų sprendimus vykti / nevykti?**

Jie nėra reglamentuoti. Jie nėra niekur reglamentuoti ir čia jau viskas vyksta mūsų vedėjos nurodymu. Jeigu yra sunki situacija, kada reikia vykti į namus, mums tai nurodo vedėja, nes tiesiog mūsų kompetencija to mums neleidžia nuspręsti ir priimti sprendimus tokiu atveju. Jinai supažindinta būna su situacija. Ją socialinis darbuotojas, jeigu yra kažkokia problema, supažindina, nes pirmas mūsų vadovas yra mūsų vedėja, mes privalom jį supažindinti su bet kokiais keblumais.

**Tai jeigu kažkas nutinka, tu ją supažindini su situacija ir vedėja pasako ką daryti?**

Taip, taip.

**Kaip elgiamasi, jei pacientas pažeidinėja taisykles (kokios jos)? Koks jūsų nuomone nustatytų taisyklių tikslas? Ką sako nustatyta tvarka, ką darote praktikoje? Ar sutampa? Jeigu ne, kodėl? Kaip turėtų būti? (duoti pvz.: vėluoja, vartoja papildomai, neateina ir pan.). Ar kolegės dirba taip pat? Kaip kolegų (ne)pritarimas veikia konkrečius jūsų sprendimus?**

Taisyklių tikslas tai yra skatinti pacientų teigiamą socializaciją, nes mes visi gyvenam pagal taisykles, mes visi turim įstatymus, tai ir šis segmentas neturi būti išimtis. Tikslas yra jų siekti teigiamos socializacijos, siekti teigiamų rezultatų.

Kas nutinka kai pažeidi taisykles? Sakykim pvz.: žmogus turi metadono lengvatą ir, sakykim, atsitinka taip, kad testavimo metu, kadangi prasitęsiant lengvatą yra atliekamas testavimas, nustatomas papildomas vartojimas, pacientas pats neneigia papildomo vartojimo, tokiu atveju pagal numatytą tvarką, lengvata yra stabdoma. Tam tikrą laikotarpį jis būna stebimas, vėlgi toks *mini karantinas* ir po kažkurio laiko, vėl perėjus į remisiją, jam ta lengvata gražinama.

**Koks yra atėmimo tikslas?**

To atėmimo tikslas toks, kad žmogus įsisavintų pamoką. Kaip ir mes visi: gyvename, mokomės. Gyveni ir mokaisi.

**Kaip atliekami šlapimo testai? Ką sako metodika ir nustatyta tvarka? Kaip elgiatės praktikoje? Ar sutampa? Jeigu ne, kodėl? Kaip turėtų būti? Ar kolegės dirba taip pat? Kaip kolegų (ne)pritarimas veikia konkrečius jūsų sprendimus? Koks, jūsų nuomone, šlapimo testų tikslas? Ar pasiekama to tikslo? Kokios, jūsų nuomone, šlapimo testų teigiamos (pvz. gali sakyti, kad padeda parinkti tinkamą medikamento dozę) ir neigiamos pusės (pvz. trukdo užmegzti atvirą kontaktą, įgyti pasitikėjimą ir t.t.)?**

Čia jau ne mūsų kompetencijoje, čia slaugytojos atlieka. Tiesiog mes skiriame. Pagal naujus nuostatus nėra to punkto, kuriame būtų nurodyta kas kiek laiko reikia skirti testus. Bijau sumeluoti, bet man atrodo naujuose nėra. Čia yra tarp kitko mūsų neoficialus susitarimas skyriaus, kad maždaug kas mėnesį reikėtų juos daryti. Tai maždaug taip stengiamės kas mėnesį ir daryti.

Iš testų žalos tai visiškai jokios, nes aš tai net nesuprantu, kaip tai būtų galima traktuoti tai kaip žalą. O nauda tai akivaizdi specialistams, nes specialistai tokiu atveju žino, ką pacientas vartoja, kuom jis gyvas, nes žodžiais tikėti negali. Ne visada. Tai testas yra realus atspindys situacijos.

**Kaip skiriama FM dozė? Ką sako metodikos? Kaip elgiatės praktikoje? Kam teikiate prioritetą (kuo pirmiausia vadovaujatės): nustatytomis taisyklėmis ar paciento būkle, savijauta, išsakomais nusiskundimais? Ar sutampa? Jeigu ne, kodėl? Kaip turėtų būti? Kodėl? Ar kolegos dirba taip pat? Kaip kolegų (ne)pritarimas veikia konkrečius jūsų sprendimus dėl dozės parinkimo/koregavimo?**

[Soc. Darbuotojas] Negali dalyvauti. Netgi kažkada yra mums Aušra uždraudusi bet kokį įrašą socialinio darbuotojo daryti, kas susiję su medicina. Tik klientui pageidaujant, jis vyksta pas gydytoją ir gydytojas skiria dozę individualią.

**Gydymo trukmė. Ką sako metodikos? Kaip elgiatės praktikoje? Ar sutampa? Jeigu ne, kodėl? Kaip turėtų būti? Ar kolegos dirba taip pat? Kaip kolegų (ne)pritarimas veikia konkrečius jūsų sprendimus susijusius su gydymo trukme?**

Šituose bukletuose labai įdomiai ten ta kontraversiška informacija. Senuose rašydavo, kad iki dešimties metų, dabar pradėjo rašyti, kad kuo ilgiau, tuo geriau. Mano nuomone, kuo ilgiau, tuo geriau.

Mano nuomonė sutampa su skyriaus nuomone. Nes aš sakau, paskutinis bukletas [lankstinukai skirti pacientams] tą ir teigia. Ir žinai kodėl? Nes narkomanija tai yra priklausomybė fiziologinė, kitas dalykas – psichologinė. Fiziologinė priklausomybė nuimti, tai čia *raz dva*, guli į skyrių ir viskas tas dingsta, bet lieka galvoje ir lieka tie įpročiai, kuriuos sudėtingiausia ištrinti. O įpročių neištrinsi per mėnesį, per du. Įpročiai trinami metais. Ir mentalitetas formuojamas dešimtmečiais. Tai dėl to ir sakau, kad kuo ilgiau, tuo geriau, nes per tokį ilgą laiką pacientas sugeba pakeisti kažkokius įpročius.

**Kada pacientas šalinamas iš programos? Ką sako metodika ir nustatyta įstaigos tvarka? Kaip elgiatės praktikoje? Ar sutampa? Jeigu ne, kodėl? Kaip turėtų būti? Ar kolegos dirba taip pat? Kaip kolegų (ne)pritarimas veikia konkrečius jūsų sprendimus dėl šalinimo iš programos?**

Dažniausiai tai šalinamas dėl nesilankymo keturiolikos dienų. Nuostatose toks punktas. Pacientai šalinami, vienas kiek pamenu, už agresiją, nes irgi yra toks punktas.

**Kliento agresyvumas – kaip tai apibrėžiama? Kokiais atvejais klientui gali būti skiriama bausmė dėl agresyvumo? Kokiais atvejais klientai nesutinka su bausme? Kokia tikimybė, kad asmuo, nesutinkantis su personalo sprendimais, bus apkaltintas agresyvumu?**

Agresija tai yra kai stovi šalia su peiliu ir tau siūlo paleisti žarnas. Tai čia yra agresija.

**Ar jūsų įstaigoje veikia darbuotojų vertinimo sistema? Kokie rezultatai vertinami, ar jie leidžia įvertinti jūsų darbo kokybę? Kodėl? Ar vertinime dalyvauja klientai? Kas dalyvauja?**

Darbuotojų vertinimo sistema buvo visiškai neseniai pas mus įdiegta, kiek ji efektyvi, tai tebūnie sprendžia kiekvienas atskirai, nes ten kriterijai įdomūs. Mano akimis tai yra neobjektyvu.

**Ar vertinimas padeda įvertinti darbo kokybę?**

Ne, nes klausimai visiškai ne apie tą.

**O ką padeda įvertinti?**

Nežinau, čia ne aš vertinu, aš tik dalyvauju tuose vertinimuose. Vertina mano vedėja. Čia jų reikia klausti. Aš bent jau nesuprantu to.

**Kaip vertinimo rezultatai jus veikia? Kaip pats vertinimas veikia jūsų darbą? Renkatės pirmiau atlikti vertinimui reikalingas užduotis, ar jas atliekate paskiausiai? Kaip jūsų darbo prioritetai atitinka vertinimo sistemą? Ar jūs įtraukiamas į jūsų vertinimo / pasiekimų formulavimą ateinantiems metams? Jei taip – ar aktyviai dalyvaujate, siūlote vertinimo kriterijus? Ar tik formaliai juos suformuluojate?**

Buvo rezultatai. Bet kaip jie mane gali veikti? Aš esu tik paprastas darbuotojas, tai aš nesigilinu į kažkokias emocijas, peripetijas ar intrigas, kaip ten kas ką vertina. Aš atėjau, savo pareigą atlikau, jis įvertino, išėjau ir viso gero. Aš apie tai negalvoju. Tolimesnių sprendimų tai nelemia. Aš pats sau įsivardiju, kad aš dirbu taip, kaip reikia dirbti, man vedėjas, jisai mane motyvuoja arba jis man pasako, ką man daryti tam tikrose situacijose ir to man pakanka, kad aš žinočiau, kad aš tikrai dirbu gerai. Aš galiu pasakyti, kokiais kriterijais aš buvau vertinamas. Kiekvienas pacientas, atėjęs į programą privalo kartą metuose atlikti būtinuosius tyrimus, tai yra dėl sifilio, ŽIV, TBC. Ir aš turiu šios dienos atliktus tyrimus. Sekančius tyrimus jam reikės atlikti lygiai po metų, teisingai? Nes kartą į metus tai yra daroma. Šiuo atveju pas kiekvieną pacientą šitie terminai yra skirtingi, nes kiekvienas skirtingu metu darėsi tuos tyrimus. O vedėja mūsų vertino, kiek per pastarąjį pusmetį buvo atlikta iš bendro kiekio ir po to tą išvedė į procentinę dalį. Tai atrodo racionalu? Tai aš čia nieko nesprendžiu. Dėl ko ir sakau, kad... yra kaip yra.

**Jūsų klientas dėl gydymo FM buvo užsiregistravęs gydytojo konsultacijai ir atvykęs vakar, tačiau neturėjo siuntimo. Šiandien jis atvyko su siuntimu, tačiau pamiršo užsiregistruoti. Gydytojas šiuo metu laisvas. Ką darote?**

Priimam.

**Kaip vyksta priėmimas į FM? Ką reikia pristatyti, turėti, su kuo pasikalbėti? Ar yra kokie nors reikalavimai, norint gauti paslaugą? Kokie? Ką apie tai manote? Ką sako metodika ir nustatyta įstaigos tvarka? Kaip elgiatės praktikoje? Ar sutampa? Jeigu ne, kodėl? Kaip turėtų būti? Ar kolegos dirba taip pat? Kaip kolegų (ne)pritarimas veikia konkrečius jūsų sprendimus?**

Sąlygos paprastos: turėti asmens dokumentą, turėti soc. draustumą, ir turi turėti TBC atliktą tyrimą.

**Ar laikote savo darbo krūvį tinkamu? Ar tenka spręsti per didelio krūvio sukeltas problemas? Kokios jos būna? Kaip sprendžiate susiklosčiusią padėtį? Kaip manote, kiek jums galiotų argumentas, kad „darbo krūvis tiesiogiai proporcingas darbo laikui“ (Parkinsono dėsnis – apie tai, kad turėdami mažiau laiko, darbą atliekame greičiau, turėdami daugiau laiko, tą patį darbą dirbame ilgiau)? Ar manote, kad jūsų darbo krūvis galėtų būti per didelis dėl jūsų pačių negebėjimo planuoti darbo laiką? Kodėl?**

Aš manau, kad pats tas, todėl, kad aš dirbu 1,25 etatu ir kitaip ir neišeina. Į etatą neišeina sukišti, nes mūsų tos veiklos yra tiek išsiplėtusios, kad paskutinis mano mašinos atvairavimas gaunasi po 17 val., o iš ryto man jau reikia būti 9 val. Lazdynuose su mašina, tai tiesiog kitaip neišeina, kaip už etatą dirbti, tik už 1,25. Kai dirbau už 1,5 etato, tai tada aš keikiau viską ir visus, nes tiesiog pats nuvargdavau ir šeima tą matydavo ir pan., o kai 1,25 tai dar galima gyventi. Aišku norėtusi vienu dirbti, kaip ir visiems, bet kaip sakant „*it is all about a Benjamin*“.

**Jūsų klientas kreipėsi dėl hepatito C gydymo, tačiau jam buvo pasakyta kreiptis po pusės metų. Jūsų klientas gydos FM keturis mėnesius. Atlikti testai kartais rodo kanapių vartojimą. Klientas nesupranta, kodėl turi laukti pusę metų. Kaip paaiškinsite? Ką darysite? Kodėl?**

Aš irgi nesuprantu, kodėl čia tokia situacija. Jeigu jis atėjo, tai iškart ir atliekamas tas tyrimas, jokių čia pusės metų. Aš jam pasakysiu, kad tave suklaidino, tai netiesa. Aš patarsiu jam atvykti į vietą ir pasidaryti tyrimus. Nors čia kalba apie ką eina? Apie žmogų iš gatvės? Mano pacientas skambina? Sakysiu „kas tau čia nesamonių prišnekėjo? Atvyk ir pasidarysi tuos tyrimus.“ O gydymo mes gi neteikiame dėl hepatito C, mūsų įstaiga tik atlieka tyrimus. O gydymui nukreipia. Paskambinsiu telefonu jiems ir paklausiu, kas čia per nesamonė. Tokių variantų aš jau prisprendęs. Tu matei mano filmus, kur aš sprendęs tas situacijas? Tai pasižiūrėk – „Vilniaus getas“ yra filmas, kur aš esu ir yra tokia čigonė – daviau si po *Santarus*, žurnalistus kviečiau. Po to antras filmas „Nežinomas Europos Sąjungos gyvūnas“, tai čia Lazdynuose *stroinau* gydytojus. Irgi su žurnalistais. Pas mane viskas labai paprastai – jeigu problemos nesisprendžia, turiu pažįstamų, iškart sprendžiu per viešumą.



**Kaip jūsų (FM) klientai bendrauja tarpusavyje? Kaip skatinamas jų bendravimas ir bendra veikla? Ar jūsų centre veikia pacientų organizacija/ savitarpio pagalbos grupė? Ką darote, kad bendravimas vyktų?**

Šita grupė, jinai mūsų pacientus turbūt mažai įtakoja, nes tiesiog jie tenai neina ir apie tai nieko nenori girdėti. O bendradarbiavimas jų... Pas mus, matai, specifinis kontingentas yra žalos mažinimo, tai ten tų teigiamų tokių bendradarbiavimo požymių nelabai mes pastebim.

**Jei kliento netenkina teikiamos paslaugos, kaip sprendžiate situaciją? Ką patariate klientui šioje situacijoje? Pvz. švirkštai.**

Dažnai išsakomos tokios problemos, bet o ką mes galime tokiu atveju padėti, kai visos bėdos tik nuo skurdo? Jeigu mes neįgalūs nupirkti kažkokių geresnių, tai ką mes galim tokioj situacijoj? Mes galim tik pasiūlyti tą, ką turime tuo metu. O dažnai būna taip. Buvo gamintojas „Terumo“ švirkštų, tai jie pasižymėjo aukšta kokybe ir visais kitais *navarotais*, bet dabar gavosi, taip, kad jie nutraukė prekybą ir liko kinietiški. Ir ką? Ir likom mes ant ledo su tais kinietiškais. Ir ką tu čia padarysi...

**Ar manote, kad jūsų įstaigos teikiamos paslaugos yra kokybiškos? Ar jūsų teikiamų paslaugos padeda jūsų klientams?**

Manau, kad taip, nes net ir lyginti nėra su kuo. Vienintelė įstaiga, kuri teikia tokias paslaugas Lietuvoje. Aš turiu omeny tinklą VPLC, priklausomybės ligų centrų. Nes daugiau nėra, kas teikia tokias paslaugas.

**Siūlau pabaigai paprašyti tiriamojo papasakoti du atvejus: vieną, kai jis jautė pasitenkinimą savo atliekamu darbu, antrą, kai jautėsi priešingai.**

Pasitenkinimą bet koku atveju, turbūt, kaip ir kiekvienam socialiniui darbuotojui, teikia tada, kai vyksta teigiami pokyčiai, ypač kai pats pacientas ateina ir padėkoja, tokių pasitaiko pas mus. Iš pradžių besigydančių, po to pabaigusią programą ir atėjusių pas mus po pusmečio, ir žmonės jau visiškai kitaip atrodo, ateina su šeimomis ir tada tas momentas labiausiai džiugina, kai žmonės ateina pasidžiaugti kartu ir padėkoti tau už tai, kad tu nurodei tą kelią ir jis dabar puikiai jaučiasi, gyvena, jis tai prisimena kaip blogą sapną šitą visą savo ligą ir atkryčius. Tai tokie momentai labiausiai džiugina. O mažiausiai džiugina tokie momentai, kai su peiliu žarnas siūlo ištraukti arba siunčia ant trijų raidžių, nors tu dedi visas pastangas tam žmogui, o jis to nevertina ir nesupranta. Nes pas jį ketinimai ir tikslai kiti atėjus į programą. Nes kai kurie žmonės ateina į programą tikslingai – gydytis, kurie nori nutraukti vartojimą, kurie jau pavargo nuo tokio gyvenimo, o yra tam tikra grupė žmonių, kurie ateina susimažinti išlaidas narkotikams, nes jie tada lygiagrečiai geria metadoną ir vartoja, taisykles pažeidinėja ir savų tikslų turi tiesiog. Tai apmaudu būna tokiais atvejais, kai tie tikslai nesutampa. Arba kai neįvertina mūsų pastangų dedamų į gyjimą.

**Ačiū.**

10. Svajūnas, pacientas, VPLC, gydos 18 m.

**Kiek laiko dalyvaujate FM? Kas jus paskatino ateiti gydytis FM? Iš kur gavote šią informaciją? Ar ji pasitvirtino?**

Gydytis nukreipė žmona, informaciją gavau iš pažįstamų. Atitiko.

**Ar informacija paplitusi mieste? Kaip dažniausiai sužinoma apie FM? Ar kituose gydymo skyriuose (detokse) informuojama, sklaidomi mitai apie FM, motyvuojama kreiptis, konsultuojama?**

Daugiau mitų. Kai pašneki su pažįstamais, tikrovės neatitinka. Prisigaudę mitų iš kalėjimų. Chebra neadekvačiai žiūri į programą. Tikros informacijos nėra kam skleisti. Netikra eina per kalėjimus, per prekybą, kas prekiauja, jiems neapsimoka, kad būtų metadonas kalėjimuose. Jei varo ant metadono. Visi mitai, kaip paklausai, ateina iš kalėjimų. Ten tokia kaip antimetadoninė kampanija vyksta, tiek tarp pačių sėdinčių, tiek iš administracijos pusės. Visi nusiteikę prieš metadoną, vat ir tuos mitus varo. O kadangi filmų prisižiūri, tai visi solidarūs – prisiklausę it tiki.

Kituose centro skyriuose nežinau kaip dėl informacijos, detokso skyriuj nesu buvęs. Bet faktiškai gydo metadonu, tai jie gauna metadoną iš pradžių, paskui mažina tą dozę, tai patys turėtų suprasti, kad tai nėra tai, ką jie įsivaidzuoja. Vienas iš pagrindinių mitų, visi bijo gert, kad paskui tris mėnesius kumarins.

Informacijos nėra jokios, tik vieną iš kito. Sutinki tabore, pasiūlai, gal nori eiti į metadoną. Dažniausiai žmogus nori eiti, bet neturi nei dokumento, nei nieko.

**Kaip atrodo paslaugos teikimas (sistema), papasakokite. Ar yra atvejo vadybininkas?**

Civilizuotai. 18 metų prabuvęs sakau, kad civilizuotai. Anksčiau buvo biurokatiškai, dabar pasikeitė soc. darb. karta, dabar smagiau į programą vaikščioti.

Anksčiau atvejo vadybininkai tik kontroliavo. Jie sėdi tam, kad tave pagaut, kad tu pavartojai, nubaust tave kaip nors. Chebra bijojo, buvo nemalonu. Dabar jaunos darbuotojos kitaip reaguoja, galima pašnekėti, susitarti, visai kitas daiktas. Anksčiau ir tie, kas buvo nusiteikę prieš, jie ir patys kitaip šneka. Aišku, visais laikais buvo manipuliatorių, apie tokius nešneku, pripratę nuo pat lopšio manipuluoti kitais, aišku, lengviau manipuluoti šitom, nei kur anksčiau. Bet pats kaip narkologinio įvaizdis pasikeitęs, maloniau vaikščiot.

Buvo darbuotojų, kurie patys prieš pacientą nusiteikę, prieš tokį narkomaną, kaip ligonį, kažkas žemiau už jį.

### **Ar dar tokių yra?**

Buvo, dar yra. Dar sėdi biurokratų.

### **Kas priima sprendimus? Kaip jūs pats dalyvaujate visame šiame procese?**

Anksčiau nebuvo jokio dalyvavimo, buvo griežta kontrolė, ateidavai ir už tave priimdavo viską. O dabar tai normaliai, diskusijos būdu, pokalbio.

### **Koks yra jūsų dalyvavimo FM tikslas? Ar tai jūsų asmeninis išsikeltas tikslas? Kaip tikslą formuluoja jūsų socialinis darbuotojas? Gydytojas? Ar jūsų asmeninis ir darbuotojo formuluojami tikslai sutampa? Kaip sekasi juos įgyvendinti?**

Nevartot arba kuo mažiau vartot. Pats išsikėliau.

Įsidarbinti padeda, pasus už juos daro, į darbo biržą įrašo, dabar chebra iš viso kaip karaliai gyvena, stengiasi tikrai darbuotojos, dabar tikros soc darb., paciento labai dirba.

### **Papasakokite, kaip vyksta konsultacija. Kaip dažnai lankotės? Kodėl?**

Klausia kaip gyveni, kokios problemos. Aš neturiu problemų, bet daugiausia sprendžia jų problemas.

### **Ar yra dalykų, susijusių su gydymo eiga, kurių nedirštate pasakyti savo socialiniam darbuotojui / gydytojui? Kodėl? (kokias papildomas medžiagas vartojate / švirkščiatės, naloksono receptai). Kaip į tai reaguotų jus konsultuojantys specialistai (skiria nuobaudas, kalbasi, mažina / didina FM dozę, siūlo išeiti iš programos / šalina)?**

Man nėra ko nedirščiau pasakyti. Aš viską pasakau. Taip ne visada buvo, anksčiau galėjai nukentėti, aš nukentėjau.

### **Pavyzdžiui?**

Sunku prisiminti.

### **Anksčiau – prieš kiek metų?**

Prieš dvejus–trejus metus.

### **Kaip vertinate konsultacijų erdvę? Ką darote, jei ji netinkama / nepriimtina? Ką siūlo konsultuojantys specialistai?**

Konsultacijų erdvė netinkama, nėra vietos, dirba po kelis darbuotojus vienam kab. Užduoda gana intymius klausimus, o žmogus turi atsakinėti. Jau prie svetimų žmonių neatsakysi, dar kas kiek sutaria su soc. darb., kiek atsiveria. Bet erdvės faktorius įtakoja. Yra metinės anketos, ten yra klausimai „ar stovėjai ant placo?“. Įsivaizduok, čia sėdi šneki, o čia dar trys klausytojai soc darb. ir

dar pas jas atėję keli žmonės, išsirikiavę visa minia stovi tau už nugaros, o tu turi sakyti, ar stovėjai ant placo.

Sprendimų nėra. Dabar neklausiau, bet anksčiau toks vaizdas buvo, kad soc darb. tai ne problema, tik pacientams.

**Kaip skiriami ir atliekami testai? Ar jie reikalingi? Ar jums padeda? Kaip vertinate testų skyrimą ir atlikimą? Ką darote, jei nepriimtina? Ką siūlo konsultuojantys specialistai?**

Nereikalingi. Pritariu alkokotesteriams. Nes prisisiurbęs ateisi, gausi visa metadono dozę, gali užsilenkt. Negerai. Kiti testai... Čia nėra baudžiamoji įstaiga. Kur reikia gaudyti ar sodinti, kad jie vartoja. Yra pripažinta, kad jie ligoniai, atėję gydytis. Tai savaime suprantama, kad jie kartas nuo karto pavartoja. Aš nematau prasmės testuose.

Sąlygos prastos. Vienas senas tualetas, kur visi eina. Apie asmeninę erdvę kalbos nėra. Tualetas kvadrato dydžio, prie durų stovi, spokso apsauginis, dar šalia pro šalį eina minia žmonių. Tai koks vaizdas susidaro?

**Ar turite lengvatą? Kaip ją gavote (kokius reikalavimus reikėjo išpildyti)? Ar buvote ją praradę? Dėl kokios priežasties? Ar buvo priežasčių, kurios jums pasirodė nepagrįstos? Ką darėte?**

Labai sunkiai gavau. Nesutarėm su soc. darb. Standartiškai, nevartoji pusę metų, atlikinėji testus. Pradžioj gauni savaitgaliams, po to tris kartus per sav, paskui du, paskui vieną. Turi visą laiką tuos testus atlikinėti, eiti, rašyti. Lengvatą turiu kokie penki metai. Esu praradęs dėl soc darb užsispyrimo.

Teste buvo neryški juostelė, soc buvo blogos nuotaikos, pasakė, kad vartojau. Kai gamintojas rašo, kad juostelės ryškumas neturi įtakos, turi būti pripažintas neigiamu. Tą išsikovojom, kad juostelė neturi būti ryški, rinkom parašus, ėjom, nešėm direktoriui, buvom susirinkime.

Pakartotinio testo nepasiūlė padaryti. Testų tada buvo mažai, brangūs buvo. Buvo nekas, nes buvo soc darb jei gera nuotaika tai... buvo didelė galimybė manipuliuoti soc darbuotojui. Jei tau gera nuotaika ir jeigu tu labiau mėgsti pacientą, gali pasakyti, kad testas neigiamas ir viskas, jeigu ten juostelė neryški. O jeigu tu nemėgsti, tai gali pasakyti, va juostelė neryški, tu vartoji. Tada buvo tokia manipuliacija, bet po to išsikovojom, pasiekėm, kad to nebūtų. Pacientai rinkom parašus, aš viską organizavau, iš manęs gi atėmė lengvatą, aš turėjau ir asmeninių motyvų, bet dariau ir dėl kitų visa tai. Surinkom parašus, kreipėmės į direktorių, buvo susitikimas su direktorium, su gydytojais. Geriausia tai Eglė pasakė, „Mes gydytojai, mes geriau žinom, kaip traktuot, mes seniai dirbam“. Bet sakau, gamintojas tai rašo, jis testus daro ir sukuria.

**Ar gydytojas atsižvelgia į jūsų nuomonę dėl dozės reguliavimo / skyrimo? Ką darote, jei ne?**

Dabar jau taip, anksčiau ne. Anksčiau gydytojai bijojo, kažkas buvo tarnybinį parašę. Bijau sumeluot, bet man atrodo buvo parašę, kad gydytoja klauso paciento, o ne soc. Darb. Gydytoja palaikė paciento pusę, tada soc darb parašė tarnybinį, tada buvo oi tragedija. Tuo metu buvo griežtai viskas. Ir dabar griežtai, bet dabar gali su gydytoja pasišnekėti, su naujesniais šitais gydytojais gali, kartais, supranti, su Areškiene ne visada gali, jai kaip užplaukia. Metai daro savo.

**Ar kada nors buvo situacija, kai dėl sveikatos būklės negalėjote atvykti medikamento? Ką darė jus konsultuojantis specialistas? Papasakokite apie vizito į namus tvarką.**

Buvo, bet nematau problemos. Viskas yra sutvarkyta, aš gulėjau keliskart ligoninėj, nebuvo problemų. Vieną kartą išdavė į rankas su savimi neštis į ligoninę, o kitus kartus atvežė.

**Ar esate norėjęs pakeisti jus konsultuojantį specialistą? Kodėl? Ar pakeitėte? Kodėl?**

Bandžiau pakeisti, bet tuo metu buvo trūkumas soc darb, dirbo trys ar keturios. Tada net prašymo niekas neėmė. Tikrai vos kelios buvo.

**Ar esate pildęs jus konsultuojančių specialistų vertinimo anketas ar kitaip dalyvavęs vertinant darbuotojus? Ar manote, kad tai būtų naudinga? Kodėl?**

Kaip dabar pacientas gali vertinti darbuotoją, tu ką juokauji.

**Ar jums grėsė nuobauda dėl agresyvumo? Ar elgėtės agresyviai? Papasakokite apie situaciją.**

Nebuvau agresyvus, norėjo su manimi susidoroti. Tiesiog nebuvo mano soc darb. Iš kilo problema, aš atėjau be penkiolika dvylika, man prirašė testą, aš į tualetą nenorėjau. Atėjau popiet, man jau neleido daryt testo. Man po to jau paaiškino kodėl. Aš nuėjau pas soc, mes nesutarėm, tada sakė reik eit pas gydytoją kalbėt. Tada koridoriuj pribėgo kita soc., išplėšė iš anos rankų bylą, paklausė kame problema, nuėjo pas gydytoją ir sako va jam reikia rašyti teigiamą ir viskas. Aš sakau, palaukit, gal pašnekam, kas įvyko, dabar iškart puolat man rašyt neigiamus teigiamus. Tada man pasakė, tu tylėk, o tai įrašysim tau... Ir tada aš atsistojau ir nuėjau tiesiai pas direktoriaus pavaduotoją.

**Tai sakė, kad agresyvus?**

Ne, todėl, kad pasakiau, kad čia nesąmonė, gal šnekam. Dėl to. Absurdiška ta situacija buvo. Galų gale direktoriaus pavaduotoja leido man padaryti testą, padariau, jis buvo geras. Pratęsė tą mano lengvatą, bet gavau pasirašyti pasiaiškinimą, kad buvau agresyvus, paskui dar kartą pasirašiau ant vidinių taisyklių. Žodžiu buvo grynai susidorojimas su manim, simpatijos ir antipatijos, nes žmogus nei iš kur atėjo, perėmė į savo rankas ir pradėjo vadovaut. Tai man buvo šokas.

**Ar bendraujate su kitais FM dalyviais? Kaip? Ką darote, kad bendradarbiavimas vyktų? Ar centre sudarytos sąlygos šiam bendravimui? Ar veikia pacientų grupė ar organizacija? Kaip ji dalyvauja priimant su jūsų gydymu susijusius sprendimus / iškilusius trukdžius? Kaip ji atsirado / įsikūrė? Kokių rezultatų pasiekėte? Ar centras padeda jums skleisti informaciją apie organizaciją? Kaip (ne)palaiko jūsų veiklą?**

Įkūrėm savitarpio pagalbos grupę, metadono programos dalyvių. Susitinkam penktadieniais, 15 val. Visi. Anksčiau irgi buvo grupė, bet išsilakstė žmonės. Ir tada nebuvo, o kadangi tuo metu buvau užimtas, projektai buvo, darbo turėjau daug, tai tada ir neatkūrinėjom, bet ir nebuvo kam, dabar nauji visi atėję.

Centras suteikė patalpas, leido susiburti, leido prieštarauti. Labai gerai.

**Ar šis centras yra artimiausias pagal jūsų gyvenamąją vietą? Jei ne, kodėl gydotės čia? (vienintelė galimybė, tinkamesnis laikas, geresnės paslaugos ir pan.)**

Centras nėra artimiausias. Kitur nenoriu, dėl asmeninių... Yra poliklinika, per gatvę pereit ir viskas. Negaliu eit į polikliniką. Bet nenoriu eit tenais. Bet už tai mane nubaudė. Pasakė, kadangi neini pagal gyvenamą vietą, turi eit kas mėnesį pas psichologą.

**Ar jums patogios centro darbo valandos?**

Taip.

**Ar galite užsukti konsultacijai iš anksto nesusitaręs, bet kai specialistas laisvas? Ar yra buvę, kad specialistui esant laisvam, dėl kokių nors priežasčių vis tiek nebuvote priimtas? Ar galima derinti / perkelti konsultacijos laiką? Ar tai darote? Kodėl taip / ne?**

Gali užsukti. Gali pasirinkti kada pas gydytoją esi užrašomas. Pas soc. nėra valandų, kada nori, tada užėini pas ją. Gali perkelti. Turbūt priklauso asmeniškai nuo kiekvieno, aš sugebu susitart, kiti kartais kai kas ir nesugeba, problemų kai kam iškyla, bet čia asmeninės problemos jau.

**Papasakokite apie medikamento išdavimą. Kiek laiko trunka jūsų įprastas apsilankymas medikamentui gauti?**

Ryte nuo 7 iki 9 daryti dirbantiems be eilės reiktų daryti metadono išdavimą, nėščioms ir su mažais vaikais, standartiškai be eilės, kad galėtų užėiti. Dabar visi ryte sustoję stovi. Yra kas dirbantys kiekvieną dieną važinėja (daugiausia gauna su lengvatom dirbantys, bet yra ir tų, kur kasdien). O tie, kur ateina ryte pachmielingi, jiems kad ryte greičiau padaryt, pataisyt sveikatą, jiems su visais skubant į darbą nekas. Bet vėl problema tada. Kai paklausai pasirodo, kad visi dirbantys. Man atrodo, kad net buvo bandyta padaryti taip.

**Papasakokite, kaip patekote į gydymo programą. Kokius reikalavimus turėjo įgyvendinti? Kiek ilgai truko procesas? Ką reikėjo pristatyti? Kur reikėjo nuvykti? Su kuo pasikalbėti?**

Kai registravausi iš viso nieko nereikėjo. Aš ėjau per pažįstamus, mane iš pažįstamų atvedė. Aš atėjau, užrašė pavardę, vardą ir man davė išgerti metadoną. Bet tada buvo tik atidarymas, iš vis tos tvarkos kasmet keičiasi.

**Ar buvo konsultuojami jūsų šeimos nariai? Ar buvo toks poreikis? Ar siūlė konsultuoti? Kas konsultavo? Kaip vyko konsultacija?**

Ne. Anksčiau man atrodo net jie galimybių neturėjo konsultuoti šeimos narius. Kiek žinau, buvo toks poreikis, mamos net prašėsi, net psichologo neturėjo narkologinis.

Ar manote, kad jums suteikiama visa aktuali informacija? Niekas nenutylima?

Ne. Nebent...Bet anksčiau. Kad turi teisę pakeisti soc darb, chebra anksčiau nežinojo. Nes jiems patogu, kaip jis dabar gali, sakyti gali rašyti, jei nori mane pakeisti. Tai čia iškart kaip žemintis prieš kažkokį narkomaną.

**Ar suteikiama informacija, kaip rašyti skundus?**

Ne, tokius dalykus reikia pačiam sužinoti. Skundų niekas nerašo. Visi eina pas mane su problemom. Ateina ir pasako, yra problema, reikia spręsti. Bėgu ar pas gydytoją, ar pas ką iš administracijos, tartis, kad reikia išdavimui, ar kad atėmė kažką, kad pasigailėtų. Visi žino mane, ne vieną kartą rinkau parašus, ten kai stypsai, taip ir susižino.

**Ar per pastaruosius metus jus konsultuojantis specialistas yra reiškęs neigiamas pažiūras į jus, jūsų artimuosius, jūsų priklausomybę?**

Anksčiau taip. Savo poelgiu. Iš žmogaus elgesio matosi, kad jis tave niekina, kad neskaito pilnaverčiu visuomenės nariu ar sau lygiu, bendrauja nemaloniai, girdisi panieka balse, artikuliacija. Tokie dalykai jaučiasi, kai tavęs nemėgsta, per prievartą bendrauja.

**Ar per pastaruosius metus konsultuojantis specialistas atsisakė padaryti nuolaidą, motyvuodamas tvarka / taisyklėmis? Ar manote, kad ją buvo galima padaryti? Kaip tai jus paveikė? Ar tokios situacijos dažnos?**

Aišku ir ne kartą. Bet dažniausiai anksčiau. Kaip su testais. Ten pasiekėm savo. Dar buvo dėl asmens duomenų išdavimo. Toks atvejis, kad kažkoks alkoholikas palindo po mašina, reikalavo pinigų, žmogus nedavė. Iškvietė policiją, o jie pagal protokolą, jeigu yra eismo įvykis, turi atvežti papūst, nustatyti. Atvežė žmogų, sesutės pamačiusios, vietoj laba diena šaukia „O, čia mūsų pacientą atvedė!“. Policija tada, kaip čia jis važiuoja. Tada visi pasimetę. Tada pranešė į jo

darbovietę, jį atleido už tai. Tada rašėm, buvo direktoriaus potvarkis išleistas, dar kartą įspėti visi dėl duomenų išdavimo.

**Ar dažnai susidaro įspūdis, kad kitiems klientams sudaromos geresnės sąlygos? Kodėl taip manote? Gal yra konkrečių situacijų, kurias galite nupasakoti?**

Buvo anksčiau, mano atveju išsprendėm. Pasikeitė žmonės... pasikeitė viskas. Prie dabartinės tvarkos turi būti visai tūpas, kad su tavimi nesiskaitytų.

**Ar koks nors specialisto elgesys ar žodžiai yra leidę jums suprasti, neturėtumėte reikšti nepasitenkinimo paslauga ar jos atlikimu? Papasakokite.**

Tai aišku. Viena darbuotoja, pareiškė, kad jei dar pašnekėsi, tave išmesim iš viso iš programos.

**Ar jus konsultuojantis specialistas dažnai jus siunčia pas kitus specialistus? Ar visada aiškus to tikslas ir nauda? Ar per pastaruosius metus esate suabejoję tokių nukreipimu nauda ar praktiškumu?**

Siuntimų nuo vieno pas kitą pas mus net nėra. Pas svetimą specialistą gali siųsti, jei reikia plaučius peršviesti, pas infektologą dėl hepatito, čia jau mūsų specialistai nieko nepadarys, čia jau viskas aišku. Pas mus jie net neturi galimybių siuntinėti, neturi pas ką, mažai labai tų specialistų.

**Ačiū.**

11. Tomas, pacientas, VPLC, gydos 13 m.

**Kiek laiko dalyvaujate FM? Kas jus paskatino ateiti gydytis FM? Iš kur gavote šią informaciją? Ar ji pasitvirtino? Ar informacija paplitusi mieste?**

Narkologiniam gydausi, pirmąkart atsiguliau 1999 m. į ligoninę, metadono programoje nuo 2004 m.

**Kaip sugalvojai?**

Neatsimenu, atėjau su tokiu tikslu, pagersiu, nuo kaifo nulipsiu. Pradžia pas visus vienoda. Pirmas etapas buvo ir vartojau, ir gėriau metadoną. Matot, pirmus metus tik metadoną ir davinėjo, nebuvo socialinių. Nuo 2008 m. atsirado socialiniai, biški griežtumo atsirado. Bent jau atsisijoję norintys nuo nenorinčių. Anksčiau visi į vieną krūvą... Dabar vis tiek tos grupės, lengvatos, bent aš matau žmone bent bandančius ir tuos, kuriems dzin.

**Iš kur gavote šią informaciją? Ar ji pasitvirtino? Ar informacija paplitusi mieste? Kaip dažniausiai sužinoma apie FM?**



Aš ir taip žinojau iš rato savo, bendraudavau. Gulėjau nepilnamečių skyriuj. Narkomanų rate visi keičiamės [informacija] – narkologinis, Nauja Vilnia, tuos pagrindinius visi mes žinom. Dabar ta problema labiau gvildinama, ir per televizijas rodo, ir visur čia rodo, prieš tą taborą visi kovoja.

**Koks yra jūsų dalyvavimo FM tikslas? Ar tai jūsų asmeninis išsikeltas tikslas? Kaip tikslą formuluoja jūsų socialinis darbuotojas? Gydytojas?**

Nekaifuoti. Čia tas pagrindinis. O dabar tikslas išmokti gyventi, pagal sąžiningumą. Kai turi pinigų, nelėkt kažkur, o kažką nupirkt, susimokėt už butą, susitvarkyt antstolius. Normaliam žmogui, tai atrodo savaime aišku. Tokiem kaip man... Aš 35 m. pirmąkart nuėjau dirbt, tai įsivaizduokit, kokia patirtis. Ateini pirmą darbo dieną. Aš tą tik supratau po dviejų mėnesių, kaip aš atsilieku nuo padorių žmonių, tik tada pradėjau matyt, kad tas pradėjimas vartoti 16 m., kai tau jau 35 m. matai tokie tarpai, spragos, per kaifavim1 to nepatyrei, to nepastebėjai.

**Kaip atrodo paslaugos teikimas (sistema), papasakokite. Ar yra atvejo vadybininkas? Kas priima sprendimus? Kaip jūs pats dalyvaujate visame šiame procese?**

Jeigu tu stengiesi, tai ir jie padeda. Lengvatinę grupę susiveikt, patarts kaip ką. Bet jeigu pastoviai prigėręs, prisibadęs, nu tai atitinkamas tad air požiūris. Viskas ant to ir susideda. Dabar bent jau metęs vartot narkomanas žino kur ateiti, pas ką pasiklausti, kam padejuoti, jau yra kaip. Jis žino, kad yra socialiniai, jie jau ne pirmi metai... jie irgi savo kaip sakant pirmus kampus apsigludinę, jau ne naujokai. Pirmi du metai buvo žali atėję, kiekvienam žodžiui tiki, pinigus narkomanams skolina, tiki pasakom tom. Visi per tai pereinam. Kaip mes išmokom su jumis bendraut, taip ir jūs su mumis išmokot. Pliusas yra dabar, kad tas, kas nori mest, jis turi pas ką nueit, paprašyt pagalbos. Ne per daugiausiai, bet pagalbos. Vis patars kur nueiti ir nuo *lomkių*, kur atsigult patars, ir paplepėt patars. Negu anksčiau, ateini – bloga, metadono išrašo, pas daktarą šampą davė, *vsio*, laisvas, ateisi po mėnesio. Nu ir viskas, kokia ta priežiūra. Išgeriam metadoną mes tą ir išeinam. Pas ką šeima normaliai stovi, gal kur ir įkiš. O dabar, žiūriu, jau ir normaliau. Mačiau ne vieną tokį, kuriam padėjo, nebuvo, kad ten iš pasiturinčių, tikrai padėjo, *čystai*. Jau jei ir aš toks *raspiezdala* vaikštau, tai jau čia pasako kažką.

**Apie ką kalbatės konsultacijos metu? Ar eidamas į konsultaciją, žinote apie ką kalbėsitės? Ar pavyksta pasikalbėti apie tai, ką buvote suplanavęs?**

Dažniausiai aptariam, jeigu būna tie nuslydimai, tuos nuslydimus aptarinėjame, kame kampas. Aš pasisakau, tai kam tada čia vaikščiot? Nėra tada *pointo*, ateit, trinti... Aš tai pasisakau, va, buvo *sryvas*, ji man tada iš karto “kame kampas? Kas atsitiko?”, nu ir pradedi kalbėtis, vis tiek gal iš šono kai uždavinėji klausimus, gal geriau matos. Kitas ateina dar su kitom problemom, darbinuosi, susitvarkiau, patarkit kaip pasą padaryt... tokius aspektus visus tuos biurokratinis padeda.

## **Nenubaudžia?**

Nubaudžia. Jeigu pvz. gauni metadoną į namus ir *sryvas* ir bausmė, jau negausi į namus. Nu taip nebėgu sakytis pastoviai. Kartais padarai tą testą, jau nėr kur dėtis, sakai kaip yra, pavartoju... Būna kartais ir ateinu, ne pastoviai, bet būna kartais, nuotaika gera, ryte ateinu ir va, mėnesį nevartojau, vienas *sryvas* buvo – pasisakai. Ji “o kas ten atsitiko?”. Pakalbi, pakalbi, ar vertėjo ten, tokius niuansus. Sau „pribružini“. Svarbiausia sau „pribružint“. Nubaudžia, jeigu pagauna visada. O kai pats papasakoji, dar taip... įvertina. Mato, kur gudravimas, kur pasisakymas. Vienąkart pasisakysi, tai palinksės galva. Antrąkart jau taip... trečiąkart jau neateisi.

## **Kaip skiriami ir atliekami testai? Ar jie reikalingi? Ar jums padeda? Kaip vertinate testų skyrimą ir atlikimą? Ką darote, jei nepriimtina? Ką siūlo konsultuojantys specialistai?**

Nežinau taisyklių jų, jie kada jiems šauna į galvą, tada jie ir daro. Manau naudinga. Mums, narkomanams, duok didesnę laisvę, lyg ne iš pikto. Turi būti valdžia. Jeigu gauni metadoną, tavęs *nekuramira*, tai turi iš savo pusės atsakomybę jaust. Nevartosi, gaudinėsi į namus, vieną kartą į savaitę... Tu pliusą – tau pliusą. Turiu lengvatą išieginėms. Turėjau didesnę, susitestavau prieš tris savaites, sumažino, tik išieginėms paliko.

## **Ar turite lengvatą? Kaip ją gavote (kokius reikalavimus reikėjo išpildyti)? Ar buvote ją praradę? Dėl kokios priežasties? Ar buvo priežasčių, kurios jums pasirodė nepagrįstos? Ką darėte?**

Aštuoni testai buvo švarūs. Mato jie, kad į darbą einu, kad dirbu, kad *sryvai* retkartiniai (kur anksčiau į dieną du–tris kartus badydavausi, kur vienąkart į mėnesį, tai tikrai didelis tas...).

## **Ar kada nors buvo situacija, kai dėl sveikatos būklės negalėjote atvykti medikamento? Ką darė jus konsultuojantis specialistas? Papasakokite apie vizito į namus tvarką.**

Kai vartojau buvo, močiutei buvo porą kartų davę, buvo atvežus į namus. Žinau iš kitų žmonių, kad ir gimdė, ir šiaip gulėjo, veža visiems. Tik vienoj ligoninėj kažkoks ten daktaras neima, šiaip visi normaliai.

## **Ar gydytojas atsižvelgia į jūsų nuomonę dėl dozės reguliavimo / skyrimo? Ką darote, jei ne?**

Taip. 50 ant 50. Tu pasakai savo, jis išklauso ir išrenka viduriuką. Nes vienas per daug užsikelia, kitas per mažą dozę pasako, tai daktaras iš savo aspekto pakoreguoja. Aš vienas iš seniausiai geriančių esu, man tai nebuvo kuriozų. Čia viskas kaip turi būt, ateini, prasitestuoji, parodė testas – gavai velnių, testai švarūs, reiškia ir tu patenkintas, ir soc patenkinta. Kaip visur, nėra taip, kad darai, ką nori, jie paėmė nusprendė. Šūdą mes malam, tada su mumis griežčiau. Mes normaliau elgiamės, tada ir su mumis geriau.

### **Ar esate norėjęs pakeisti jus konsultuojantį specialistą? Kodėl? Ar pakeitėte? Kodėl?**

Buvo, keičiau. Kalbos neradau. Suvokiu, kad ir mano ten buvo kaltės, bet aš taip tuo metu galvojau. Mano socialinis turi eit į kompromisą, o ne provokuot mane kabinete, kad aš rékaučiau kabinete. Nuėjau pas vyresnę soc, ir paprašiau, kad pakeistų.

### **Pats sugalvojai?**

Pats. Logiškai pagalvojau ir viskas. Nuėjau pas vyresnę soc ir paprašiau, kad man duotų kitą, paskirtų. Nenoriu nei bartis, nei nieko, nei jai tie nervų gadinimai kam, nei man.

### **Kas blogai?**

Aš ten kokios nors jos užduoties neįvykdau, ji ten pykteli, aš atreagavau... niuansai. Gal labiau etapas pas mane toks buvo, nervuotumo. Dabar manęs nei išves kas iš kantrybės, nei ką.

### **Ar buvote pašalintas / iškritote iš gydymo? Kodėl? Ar buvo priežasčių, kurios jums pasirodė nepagrįstos? Ką darėte?**

Buvau išėjęs trumpam. Pamėginau, nesigavo ir grįžau po mėnesio.

### **Ar jums grėsė nuobauda dėl agresyvumo? Ar elgėtės agresyviai? Papasakokite apie situaciją.**

Man nė karto. Būdavo apsižodžiavimų, dažniausiai iš mano pusės. Psichai tie visi, tai man tas nepatinka, tai tas. Žinot, tas vartojimas duoda per smegeninę. Iek aš suvokiu, čia iš mano pusės dažniausiai...

Man jei kas nepatiks, aš nueisiu pas kitą pasiklausi socialinę. Jei ir įtarsiu, jei kas ne to, nueisiu pas kitą pasiklausi „ar taip gali būt?“. Man nebuve. Prie manęs atsirado tos soc visos.

### **Ar bendraujate su kitais FM dalyviais? Kaip? Ką darote, kad bendradarbiavimas vyktų?**

Nu kaip nebendraut, neįmanoma tiek metų pravartojus, visi mes pažįstam viens kitą. Paskutiniu metu tokią turiu sistemą – išgeriu metadoną ir kuo greičiau iš čia, apylinkėj nebūnu. Kad nervų sau negadint, nebūtų tų nuotykių, prisigalvojimų. Užsiėmimai vyksta, yra grupė kažkokia, žinau, bet aš nevaikštau. Vienu metu vaikščiojau, bet dabar mažas vaikas pas mane, darbas, tai man... aš sąžiningai pasakysiu, prie pirmso galimybės patinginiauju, jeigu yra galimybė guliu, nieko nedarau, man nuo nieko nedarymo labai *lafa*. Penktą ryto keliuosiu, atsikeliu, ateinu, pusę trijų išgeriu metadoną, trečią namie, tada mažas, jeigu jis miega, aš iškart irgi griūnu miegot, nors niekada dienomis nemiegodavau.

### **Ar šis centras yra artimiausias pagal jūsų gyvenamąją vietą? Jei ne, kodėl gydotės čia? (vienintelė galimybė, tinkamesnis laikas, geresnės paslaugos ir pan.)**

Nėra narkologinių daugiau Vilniuj, aš nežinau daugiau.

## **Poliklinikos?**

Ai, nelabai jie nori su mumis, narkomanais... Aš dabar kaip lengvatos grupė, man socialinis rekomendavo, sako gali persivest ten. Ten jo, poliklinika – lengva: vieną kartą į savaitę, rečiau testuojami, nei mums ten dėmesio skiria. Bet man iškart: „prie darbo nesiderinsim, gersi, kada liepsim“. Kaip man lieps septintą ryto, jeigu aš nuo septynių dirbu? Aš negaliu. Nelankstu, tai spjoviau ir likau narkologiniam. Aš jau geriau *lišnas* tris stoteles pavažiuosiu, nei man dvi stotelės nuo namų poliklinika, bet ten su jų kaprizais tais. Čia nuo 7 ryto iki 5 vakaro ir ateik kada nori.

## **Ar galima derinti / perkelti konsultacijos laiką? Ar tai darote? Kodėl taip / ne?**

Jeigu tu oficialiai dirbi ir parodęs socialiniam tą darbą savo, oficialią tą sutartį, viską daro, kad tik tau į kompromisą, kad tik tau darbui palengvint. Taip nedaro, kad va, kažką padarysi ir tu dėl to prarastum darbą. Atvirksčiai padaro, kad taip kad tau būtų lengviau. Skatina.

## **Ar galite užsukti konsultacijai iš anksto nesusitaręs, bet kai specialistas laisvas? Ar yra buvę, kad specialistui esant laisvam, dėl kokių nors priežasčių vis tiek nebuvote priimtas?**

Kaip kada. Būdavo atvejų, kad ir priima, o būna, kad užeini ir nepriima. Jeigu nesusitaręs. Jeigu sutaps, kad ir soc laisvas, po ranka tavo dokumentai, ir tuo metu dar ir daktaras, ne kilometrė eilė, tai jo. Bet jeigu atbėgsi, o prie durų dešimt laukia, putoja, tai ir nepriims. Jeigu laisvas, dažniausiai priims.

## **Ar jums suprantama centre veikianti eilių sistema? Papasakokite apie ją. Ar ji turi išimčių, ar jos buvo jums taikomos? Kokios įtakos jūsų sprendimui dėl paslaugos gavimo turi laukimo laikas? Papasakokite konkrečią situaciją, nutikusią centre.**

Ten laikotarpiais yra. Iš pat ryto, nuo 7 pirmoji ta valanda yra ilgoji. Ateinu tada, kai laisviau. Kam man ateit 7 ryto ir stovėt iki 8, kai galiu geriau ateit 9.30 ir ateit be eilės. Tai ateisiu 9.30 ir čia bus tuščia, kam man ateit 8 ir stovėt valandą. Rytai... nes čia sutampa, ateina dvidešimt žmonių į darbą kam, prieš darbą, kas nuo 8–9 dirba dažniausiai nori prieš darbą išgert.

Neatsimenu, seniai buvo, tikrai jau nepamenu. Kaip išėjau, taip ir grįžau. Aš prieš išeidamas iš karto sakiau, pamėginsiu, jeigu neišeis, grįšiu. Ir grįžau greitai, kol dar neataušo.

## **Kas jums teikė informaciją apie gydymą pradžioje? Ar pasitikėjote šia informacija? Ar ji jums buvo suprantama? Ar ji sutapo su draugų / pažįstamų patirtimi? Kas kėlė baimę?**

Visokių knygučių prikiša, ir pas psichologus siuntinėja, ir tų visokių knygučių pridalina, va kaip pas jus. Nu kaip tu eini gerti metadoną ir nieko nežinai. Nu čia pasaka. Net ir mano laikais nebuvo internetų irėjau į metadoną ir tai kažką girdėjau iš kitų. O čia atėjo, jau dabar mln socialinių, o jis negirdėjo...

**Ar jus konsultuojantys specialistai per pastaruosius metus (kaip vėliau sužinojote) yra nesuteikę jums aktualios informacijos (apie centre vykstančius užsiėmimus ar renginius, paslaugas, jūsų gydymo eigą, medikamentus)? Kaip manote, kodėl? Ką darėte?**

Ką man reikia, tą pasako. Čia labiau tinka, ar mes visada įsiklausom, ką mums pasako. Mums net pasako, būna, mes pamirštam.

**Ar per pastaruosius metus esate gavęs papildomos informacijos, kuri nebuvo visiems prieinama, tačiau konkrečiai jums leido geriau pasinaudoti centro teikiamomis paslaugomis?**

Ne, neteko.

**Ar per pastaruosius metus jus konsultuojantis specialistas yra reiškęs neigiamas pažiūras į jus, jūsų artimuosius, jūsų priklausomybę?**

Ne. Net su tuo, kur nesutariau, normaliai.

**Ar baiminotės dėl savo duomenų slaptumo? Ar jus konsultuojantis specialistas yra tyčia ar netyčia kalbėjęs apie jūsų sveikatos būklę netinkamoje aplinkoje (esant kitiems pašaliniam asmenims, koridoriuje ir pan.)?**

Visada buvau įsitikinęs, kad *mentai*, jeigu reikia, ir taip sužinos. O aš nesu koks svarbus žmogus, kad mano duomenys kam nors rūpėtų labai. Bet mano vieną draugą atvežė policija, ji prie pareigūnų kai ką leptelėjo, ko pasėkoje jis prarado darbą. Čia vienam vaikinui buvo. Ateina policija, ji jo vardą, pavardę paminėjo, ką tu čia darai. Pareigūnai tada intensyviau pradėjo tikrint, atėjo į jo darbovietę, o darbovietė jau dėl patikrinimo... Bet čia nei soc, nei kas, paprasta sesutė.

**Ar koks nors specialisto elgesys ar žodžiai yra leidę jums suprasti, neturėtumėte reikšti nepasitenkinimo paslauga ar jos atlikimu? Papasakokite.**

Ne.

**Ką darote, jei esate nepatenkintas teikiama paslauga ar jos kokybe?**

Nieko, pasipiktinu. Ką galima daugiau padaryt? Paburbuliuoju. Žiūri kur geriau, jei netinka, ieškai kažkur geriau.

Kas informuoja apie skundo galimybę? Ar žinote kokia skundo registravimo tvarka? Kaip sužinojote? Ar kada nors norėjote pildyti skundą? Kodėl? Kokiais klausimais esate pildę skundą? Kodėl nusprendėte, kad to (ne)reikia? Ar centre yra konkretus asmuo, kuris dirba skundų klausimais? Ar jo darbas jums padeda, ar trukdo pasiekti norimo kokybės gerinimo rezultato? Ar specialistas yra jus kada nors įkalbinėjęs ar atkalbinėjęs rašyti skundą?

Ne. Suvokiu, kad galima. Žinant mus, narkomanus, dažniausiai mes patys kalti būnam. 9 iš 10 kartų kaip neatrėšk. Jeigu kada nors išprovokuotas socialinis kažką per klaidą ir padarys, aš vis tiek žinosiu, kad neteisybė iš mūsų pusės. Nes tikrai, nesam mes, narkomanai, tokie jau nabagėliai, nuskriausi jau taip mūsų. Kiekvieną dieną pinigų prasisukam, čia ateis, kažkokio socialinio nuskriaustas bus.

### **Esi dalyvavęs rašant / rengiant skundą?**

Neteko. Nes apart soc., niekas ir nepadėdinės daugiau, jeigu pradėsime ir ant socialinių rašyt, čia jau nesąmonė gausis. Ir taip jau į tuos narkomanus taip baisiai žiūri visi. O čia vieninteliai iš tokių normalių žmonių, kurie turi savo darbus, savo gyvenimus ir dar mums padeda. Kas bus, jeigu mes juos dar skundais užpilsim...

### **Ar jus konsultuojantis specialistas dažnai jus siunčia pas kitus specialistus? Ar visada aiškus to tikslas ir nauda? Ar per pastaruosius metus esate suabejoję tokių nukreipimu nauda ar praktiškumu?**

Nežinau, kiek priklauso, tiek ir siunčia. Vieną kartą į mėnesį pas daktarą, vieną kartą į tris mėnesius anketą užpildom, vieną kartą per metus TBC. Nežinau, kiek tų kartų ten būna. Mane kada pakviečia, tada ir ateinu. Ateini, varai pas soc.

### **Ačiū**

12. Vijolė, socialinė darbuotoja, vedėja, VPLC, dirba 7 m.

Esu VPLC Socialinės pagalbos skyriaus vedėja, vedėjauju trys metai, iki tol, nuo 2010 metų dirbau VPLC kaip socialinė darbuotoja.

### **Ar Jūsų centras teikia antrinio lygio FM metadonu paslaugas? Ir jeigu teikia – kaip?**

VPLC FM metadonu paslaugas pradėjo teikti nuo šių metų balandžio 1 d., jei neklystu.

### **Tai prieš tai nebuvo FM?**

Buvo, bet ne antrinio lygio. Buvo FM metadonu, bet antrinio lygio paslaugos pradėtos teikti nuo balandžio 1 d.

Kai pas mus į įstaigą norintis papulti į gydymą žmogus turi atsinešti iš pirminio lygio sveikatos priežiūros įstaigos siuntimą.

### **Tai anksčiau buvo tiesiog pirminio lygio ši paslauga?**

Aš nežinau, pirminio ar antrinio, kaip čia įvardinti, ta paslauga buvo tiesiog teikiama paslauga, į kurią norintis, jeigu būdavo vietų, papuola.

## **Seniai?**

Aš pati nuo 2010 metų dirbu, tai, kai atėjau, tai ji jau buvo teikiama.

## **Kaip atrodo paslaugos teikimas, kokia yra sistema?**

Mūsų centre dirba slaugytojos, kurios išduoda medikamentą pacientams, yra kuruojantys priskiriami atvejo vadybininkai, priskiriami kuruojantys gydytojai psichiatrai, na ir du psichologai.

## **Ar tai komandinis darbas?**

Taip.

## **Trumpai, kokia atvejo vadybininko funkcija?**

Atvyksta žmogus į programą, po gydytojo konsultacijos, ir, tarkim, pas mane, vedėją, atveda žmogų ir aš priskiriu atvejo vadybininką kuruojantį, į kurį pacientas visais iškilusiais klausimais, problemom gali kreiptis pas tą atvejo vadybininką. Atvejo vadybininkas išsiaiškina žmogaus/paciento lūkesčius, poreikius, kokios jį problemos vargina, susirenka apie socialinę situaciją informaciją, išsikelia su gydytoju ketvirčiui gydymo planą sudaro.

## **Ar klientas/ pacientas dalyvauja?**

Taip.

Paskui, ketvirčiui pasibaigus, įvertina ką pavyko pasiekti, ką nepavyko, ką, galbūt, nukelia į kitą ketvirtį, kokios, galbūt, dar problemos iškyla sprendžiant tas esamas problemas.

## **Kiek pacientų yra FM metadonu programoje?**

FM metadonu šiai dienai turime 199 pacientus plius 44 pagal projektą savivaldybės, kur per antrą policijos komisariatą nukreipiami asmenys, neturintys draustumo.

## **Ar eilės būna į šį gydymą?**

Šiai dienai tai nėra, bet šiaip būna.

## **Kaip eilė veikia?**

Tarkim, žmogus, norintis papulti į FM metadonu šiai dienai, jeigu nėra vietos, tarkim, pagal finansavimą mes negalime turėti daugiau 200 pacientų, po gydytojo konsultacijos jį užrašo į eilę, yra žmogus priskirtas, kuris atsakingas už FM metadonu eilę. Ir, jeigu išsibraukia, iškrenta žmogus iš gydymo programos, tai turim kriterijus kuo vadovaujantis išbraukiame žmogų iš programos, vienas iš jų nesilankymas 14 dienų, mirties atveju, patekimas į įkalinimo įstaigą, savanoriškas, t.y. pačiam nutraukus, tai tada susisiekiame su tuo žmogum, stovinčiame eilėje, ir pasikviečiame į

programą. Skambiname, susitariame su žmogumi, arba tris kartus per tirs dienas paskambiname, arba ligoninių paštu parašome.

### **Tik telefonu galima?**

Nurodo, būna nurodo el. paštą, mamos arba tėčio kontaktą. Kelis paime numerius, kad jį galima būtų rasti.

### **Kodėl 200, jei yra antrinio lygio programa, kompensuoja ligonių kasos?**

Nežinau ką pasakyti. Aišku, yra ir mūsų darbuotojų darbo krūviai numatyti, žmogus ne guminis.

### **O kiek turite personalo, kuris dirba su FM?**

Socialinių darbuotojų šiai dienai su manimi – 10 yra, trys slaugytojos – mobilios klinikos viena ir dvi metadono kabinete, apytiksliai keturi gydytojai.

### **Kiek vienas soc. darbuotojas gali turėti pacientų?**

Socialinis darbuotojas už etatą dirbdamas gali turėti, turi turėti 35 pacientus. Bet mes dar turime papildomų sutarčių su savivaldybe, kitom gydymo įstaigom..

### **Tai turi daugiau?**

Taip.

### **Kiek daugiau?**

Nu sunku pasakyti, kiek atsiunčia, kiek nukreipia, tiek dirbam. Pavyzdžiui, suprobacijos tarnyba šiai dienai apie 100 su virš žmonių lankosi, tai vienas žmogus dirba ir metadono turi, aišku šiek tiek mažiau metadono turi, virš šimto gaunasi probuojančių, kurie įpareigoti gydytis priklausomybes ligas, kiek alkoholį, tiek narkotikus.

### **Papildomų žmonių atsiunčia probacijos tarnyba, II-as policijos komisariatas?**

Taip, ir Vaiko teisių apsaugos skyrius, ir turim pasirašę bendradarbiavimo sutartį su Ukmerge ir Elektrėnais.

### **Kas yra žalos mažinimas, principai ir vertybės?**

Žalos mažinimą mūsų skyrius teikia kiekvieną darbo dieną, turim tokią mobilią sveikatos kliniką, kuri važinėja darbo dienomis į nustatytas, su savivaldybe patvirtintas stovėjimo vietas, kur buriuojasi, renkasi psichoaktyvių medžiagų vartotojai, daugiausia švirkščiamų narkotikų vartotojai, bei sekso paslaugų teikėjos. Mūsų tikslas – motyvuoti, kaip sakau, privilioti žmones gydytis ateiti, kad užkirsti kelią užkrečiamomis ligomis, pakonsultuoti, informuoti, nukreipti tam tikra linkme, kad padėti jiems apsispręsti su sveikata ir ne tik su sveikata susijusias problemas.



### **O kaip Jūs pati apibrėžtumėte žalos mažinimo tikslus?**

Kaip ir sakau, kad užkirsti kelią užkrečiamoms ligoms, tą plitimą užkrečiamų ligų mes turėtume suteikti galimybę jiems gauti švarius, sterilius švirkštimosi įrankius, įrangą, kaip čia pasakyt, suteikti galimybę gydytis.

### **Principai – užkirsti kelią žalų plitimui?**

Na, taip.

### **Ir Jūsų įstaigoje šis tikslas yra apibrėžtas?**

Nu, taip.

### **O kaip tas tikslas formuojamas/ buvo formuotas? Kas dalyvavo procese?**

Vadovaujamės tvarkos aprašu, yra tvarkos aprašas žemo slenksčio paslaugų ir pagal jį dirbam.

### **Ar pritariate šiam tikslui?.**

Šiai dienai, manau, yra sėkmingai įgyvendinamas tikslas. Pritariu tikslui.

### **Kuo naudingas žalos mažinimas visuomenei?**

Nusikaltimų mažiau vyksta, jeigu mes juos pritraukiam į gydymąsi, motyvuojam, konsultuojam; keičiam švirkštimosi įrankius, dėl užkrečiamų ligų nėra pavojaus visuomenei užsikrėsti, yra atliekamas ŽIV testavimas, kaip prevencija, žmogų patikrinus, gali nukreipti dėl gydymo pas infektologus. Visuomenei yra naudinga dėl užkrečiamų ligų ir nusikalstamumo.

### **O pačiam žmogui?**

Irgi nauda sužinoti.

### **O jeigu jis nenori sužinoti, kad ŽIV serga?**

Tai nebūtinai ŽIV, bet ir apie gydymosi galimybę, ne visi žino, kur, pavyzdžiui, kokių dokumentų reikia, kaip patekti į gydymosi įstaigą, kur nuvykti dėl asmens dokumento, kokia visa pradžia. Būna tikrai, kad net nežino nuo ko pradėti žmonės, į ką kreiptis.

### **FM metadonu – žalos mažinimas ar gydymas?**

Aš manau, kad gydymas. Bet turime, dabar neseniai pradėjome vykdyti žalos mažinimą daliai pacientų, kurie nepasiduoda gydymui, ar jie patys nenori kažką keisti per daug gyvenime, tai mes tokius žalos mažinimą, yra palaikomoji dozė. Bet jeigu yra papildomas vartojimas, tai mes turime sterilius švirkštimosi įrangą, kurią jam pageidaujant išduodame ir testavimo nevykdome.

### **Tikslas ir vertybės FM metadonu kaip gydymo paslaugos?**

Jeigu žmogus turi tikslą gydytis, keisti savo gyvenimą, nutraukt vartojimą, kad jo socialinė padėtis keistųsi, šeimyniniai santykiai, įsidarbinti, tai eina, gydosi ir daro dėl savęs kažką tai. O yra dalis žmonių, kurie, tiesiog, nori ir gauna metadono, nori eina ir prisiduria, ir nieko keisti nenori.

### **Žmonės, kurie papildomai vartoja, nieko nepakeičia?**

Nesakau, kad visi, būna tikrai ir atkryčiai būna. Jeigu epizodiškai pavartoja, tai jau negali sakyti, kad šitas žmogus niekam tikęs, nieko nedaro dėl savęs ir jau jį nurašyti į žalos mažinimą. Visko būna pas kiekvieną. Bet yra tikrai tokių, kurie nenori nieko keisti.

### **Nurašymas į žalos mažinimą, kas tai?**

Mes jo nenurašome, bet tiesiog su žmogumi kalbiesi, sudarai gydymo planą ketvirčiui, paskui kitam ketvirčiui, išsikeli tikslus ką turi padaryti, ką pakeisti dėl sveikatos, dėl vartojimo papildomo ir, jei visų siūlomų gydymo būdų, kad gerinti sveikatą, pacientas atsisako, nenori nieko keisti ir vis tiek papildomai vartoja, siūlai jam nueiti pas gydytoją pasikonsultuoti, metadono dozę pakoreguoti/pakelti, ar atsigulti dėl papildomo vartojimo į detoksikaciją, o žmogus visko atsisako ir nieko nenori, tuomet eina į žalos mažinimą.

### **O koks buvimo tikslas žalos mažinime?**

Palaikyti jį, dirbti su juo, jam visą laiką yra galimybės, jeigu žmogus nušvis ir norės staiga pasikeisti ir priimti visus siūlomus pagalbos būdus, yra galimybė grįžti į čia.

### **O kas yra papildomas vartojimas?**

Papildomas vartojimas, jeigu dalyvauja FM metadonu, jam, žmogui, yra parenkama optimali metadono dozė, ją jisai stabilizuoja, tai metadonas kaip ir turėtų blokuoti opioidų vartojimą, bet jeigu testuojant pamatai, kad vis tiek išlieka kažkokie... Tai tada kalbiesi su žmogumi, ar tai vienkartinis, ar atkrytis, bet, jeigu nuolatos stebi tą papildomą vartojimą – tai ir yra papildomas vartojimas.

Papildomas vartojimas būna opioidų, žolės, vaistų, ne gydytojo skirti, daug įvairių dalykų – amfetaminai, metamfetaminai.

### **Tai, jei žmogus gydosi, ir papildomai vartoja metamfetaminą,- tai yra papildomas vartojimas?**

Taip.

### **Ar vidutinis vilnietis/kaunietis/klaipėdietis pritaria FM ir žalos mažinimo paslaugų plėtrai, pacientų skaičiaus augimui programose? Ko iš šių programų tikisi miestietis? Jūsų klientas?**

Neįsivaizduoju, nesidomėjau, neklausiau.

### **Ko tikisi jūsų įstaiga?**

Kadangi dirbu VPLC, tai mane palaiko, pritaria.

**Į jūsų įstaigą ir skyrių priimamas dirbti naujas žmogus. Ar pokalbio metu jam buvo papasakota apie įstaigos nustatytus tikslus ir vertybes? Kaip ir kada perduodamos žinios apie žalos mažinimo tikslus ir vertybes? Kaip šių dalykų supratimas aptariamas su naujuoju darbuotoju, kokie įrankiai naudojami?**

Pokalbio metu yra trumpai papasakojama kokia mūsų veikla, kaip dirbama ir kaip mes dirbam. Paskui, jeigu žmogus yra įdarbinamas, aš pati su juo kažkiek aptariu, papasakoju, paskui kolegos padeda.

**Mokymai, susitikimai, mentorius bandomuoju laikotarpiu, konsultacijos su žmogiškųjų išteklių specialistu, rekomenduojama literatūra ir pan.?**

Neturime.

**Ar įstaigoje suformuoti FM tikslai yra keičiami, modifikuojami?**

Būna peržiūrimė, būna susirinkimo metu, būna darbo eigoje peržiūrimė, jeigu klausimų iškyla, tai apsitariam, peržiūrim.

**Darbuotojai dalyvauja?**

Būna darbuotojai, administracija, vedėjai dalyvauja.

**O klientai?**

Būna klientų atsiliepimai, iš klientų išgirsti.

**Kas yra „pasveikimas“?**

Pasveikimas yra, kai sėkmingai baigia gydymą, aš bent jau taip suprantu, kai žmogus detiksikuojasi iki nulio. Taip pat socialinę visą savo padėtį pakeičia, šeimyniniai santykiai, teisėsauga, tai visas pasveikimas, ne tik medikamento išgėrimo pabaigimas, bet ir visa kita aplinka, situacija.

**O kas yra „beviltiškas atvejis“?**

Nelabai žinau apie beviltiškus atvejus, aš manau, kad kol žmogus yra gydymosi įstaigoje, su juo reikia dirbti kiek jis pats nori.

**Turite keletą žmonių, su kuriais dirbate, pati esate atvejo vadybininke. Ar galite apibūdinti savo darbą su pacientu?**

Kaip ir minėjau, yra sudaromas ketvirčiui gydymo planas, per mėnesį bent vieną kartą žmogus turi atvykti gydytojo priskirto, kuruojančio konsultacijai, tiek atvejo vadybininko – socialinio

darbuotojo. Susitikimo metu visą laiką apsiklausai, paklausai ar turi klausimų, problemų. Ir jeigu iškyla kažkokios problemos, klausimai, sprendžiam, bandom ieškoti išeičių.

### **O kaip žmonės patenka į FM metadonu dažniausiai?**

Dažniausiai po gydytojo konsultacijos ar mūsų programoje, kai darbuotojai išvažiuoja į švirkštų / adatų keitimą, tai mūsų darbuotojai informuoja apie galimybę. Kitas iš šaltinių yra mūsų informacinis telefonas, nes žmonės irgi skambina, klausia „ką man daryti?“. Vis vien pirmiausia nukreipi gydytojo konsultacijai. Gydytojas, susirinkęs anamnezę, įvertina vartojimo stažą, ar jam tikslinga FM metadonu, pasiūlo kitus gydymo būdus. Ir tada, po gydytojo, jeigu žmogus apsisprendžia ir yra indikacijos, tada prasideda visi keliai. Jeigu yra vietų – iškart priimame. Aišku, jeigu pacientas ŽIV infekuotas, nėščia moteris – priimame be eilės.

### **O kokie reikalavimai?**

Kad pas gydytoją papulti, turi ateiti su pirminio lygio siuntimu. Tada gydytojo konsultacija VPLC. Gydytojas, įvertinęs FM būtinumą, tada jau esant vietų – iškart priimam, jei ne- į eilę statom.

### **Kaip konsultuojate pacientą, pradedate pokalbį su juo?**

Visą laiką pasisveikini su pacientu, pasiūlai atsisėsti – atsisėda, ir tiesiog paklausai: „kaip sekasi? Kas naujo per tą laikotarpį, kol nesimatėme įvyko?“, pradedi kalbėti.

### **Konsultuojant ar numatote temą, nuo ko priklauso ji?**

Ne, tai priklauso nuo žmogaus, koku klausimu jis pas mane ateina. Jeigu tu jo konkrečiai ir specialiai nekvieti, jis atėjo, vadinasi, jis turi kažkokią problemą.

### **O gal džiaugsmą?**

Taip, būna, kad ateina ir pasidžiaugti kažkokiu pasiekimu, įsidarbina, tarkim, arba šeimoje gimė vaikas.

### **Kokia yra medikamentų išdavimo į namus tvarka?**

Ligos atveju išduodama, esant stabiliai situacijai, jei žmogus įsidarbina, kelis mėnesius nefiksuojamas papildomas vartojimas, yra tuomet metadono išdavimo lengvatos į namus savaitgaliams, 3 kartus per savaitę, du kartus iki vieno karto per savaitę.

### **O ar praktikoje taip ir elgiatės, ar būna išimčių?**

Būna išimčių, visą laiką pasižiūri į situaciją, būna žmogus negali atvykti tam tikrom dienom, ar turi išvykti su šeima savaitgaliui – tada išduodi, darbo slenkantis grafikas – atsižvelgi į grafiką. Būna ir papildomas vartojimas, bet kažkur kažką tai tada lanksčiai žiūrime į žmogų.

### **O kolegos taip pat mąsto, ar kitaip?**

Visokių būna. Būna ir tokių, kurie laikosi metodikos, ir tokių, kurie žiūri lanksčiai.

### **O kolegų nuomonės ir pasirinkimai Jus veikia?**

Kadangi aš nešu atsakomybę už savo pacientą, tai aš ir priimu sprendimą.

### **Vizitai į namus, kokiais atvejais jie būna?**

Jų dažnai nebūna, bet kažkokių ligų atvejų, jei informuoja, praneša, kad negalės laiku atvykti, jam metadono būtinai reikia, tai tada su gydytoju nuvažiuojam pasižiūrėt kokia situacija.

### **Ką darote, jei gyvenamoji vieta yra už miesto ribų?**

Būna išimčių, jeigu pacientas visiškai vienišas ir neturi kas už jį atvažiuotų, ar dar kažką.

### **Ką darote, jei pacientai pažeidinėja taisykles, koks taisyklių tikslas?**

Jeigu agresija, nepagarbus elgesys su personalu ar kitų klientų atžvilgiu, būna tokia situacija, ar išgeria metadoną, ar ne, bando išeiti, tuomet su kuruojančiais specialistais organizuojame atvejo aptarimus ir kalbamės ką su juo daryti: ar įspėjimą pasirašyti, pasikalbėti.

### **Tariatės su kolegomis grupėje?**

Taip. Jei specialistams pradžioje nepavyksta išspręsti klausimo, tai būna, kad sueiname su ambulatorinio skyriaus vedėja ir kt. kuruojančiais specialistais ir aptarinėjame. Tada būna, kad nusimatom tam tikrą terminą, ir, jeigu nesikartoja, tai tuo viskas tęsiasi toliau gydymas, buvimas programoje. O jei agresija, buvo vienas atvejis, kad agresija buvo prieš profesionalą ir kitus pacientus, tuomet tiesiog šaliname iš programos.

### **Kas laikoma agresija?**

Fiziškai, jeigu žmogus puola. Grasinimai, ginklo išsitraukimas, būna peilis. Pavieniai atvejai būna, bet..

### **Ar gali soc. darbuotojas nutraukti lengvatą, jei žmogus vėluoja į konsultacijas?**

Dėl vėlavimo į konsultacijas – tikrai ne, bet, aišku, žiūrint kokia ten situacija. Jei žmogus metai iš metų nepasirodo nei gydytojai, nei soc. darbuotojai, tai .. Lengvatą turintys žmonės, manau, kad ateina. Sugriežtinti galima, bet – nutraukti, aš abejoju.

### **Šlapimo testai - nauda, žala?**

Testai reikalingi įsivertinti paciento stabilią situaciją, kad jis galėtų gauti lengvatą, kaip jam sekasi, ar jis papildomai nevartoja. Būna pacientai ir pameluoja, ir teisybės nepasako ir patys kitą kart būna nežino ką vartoja. Būna ateina pasako vieną, testas parodo kitą. Tiesiog dėl įsivertinimo.

**Nauda?** Taip, įsivertini ir matai, jeigu žmogus švarus testas, tai viskas tvarkoje, jis tą lengvatą turi, jo gydymas sėkmingas. O jeigu yra papildomi vartojimai – tada kalbiesi su žmogum.

**Testas atliekamas, kai turi lengvatą?**

Dažniausiai taip.

**Jei pacientas ateina ir skundžiasi, kad atvejo vadybininkas skiria testą kiekvieną dieną antrą savaitę, kaip reaguotumėte?**

Mes esame nusimatę, jeigu žmogus lengvatą turi, tai bent vieną testą į ketvirtį padaryti. Nebent žiūrint kokia situacija, tai būna atneša ne savo šlapimą, tai per mažai šlapimo ar dar kažkas. Neaišku kokia situacija, kodėl jam kelis kartus skiria testą iš eilės.

**Asmeniui atliekami testai nuo pat pražios FM, alkotesteris rodo alkoholį ir testai - kanapes, rezultatai nekinta, kaip spręstumėte situaciją?**

Jeigu dažnas alkoholio vartojimas kiekvieną dieną, ir, žiūrint, kiek pripučia alkoholio, tai yra gydytojas, su gydytoju vaistų, detoksikacija nuo alkoholio vartojimo. O žolė, tai aš nežinau.

**Šalinimas – dėl ko?**

Piktybiškai neateina pas gydytoją, vengia ateiti pas socialinį darbuotoją, metadono išnešinėti kažkam burnoj, būna visokių situacijų. Nėra taip, kad iš karto šalini, kvietiesi, būna ir apsitari su kolegomis, bet, jeigu nesikeičia situacija...

Turime FM procedūrą, kurioje yra numatyti išbraukimo iš programos atvejai. Kaip ir minėjau, tai mirtis, savanoriškai kai nutraukia, į užsienį išvyksta, įkalinimo įstaigą, arba nesilanko daugiau 14 dienų ir, jeigu agresija.

**Kokia yra gydymo trukmė?**

Pagal rekomendacijas ne mažiau nei 12 mėn.

**O jūsų nuomone?**

Manau, kad reikia bent 12 mėn. išbūti, jei yra numatyta PSO.

**Darbuotojų vertinimo sistema, ar leidžia įvertinti darbo kokybę?**

Šiais metais buvo pirmą kartą darbuotojų vertinimas.

**Anksčiau niekada nebuvo?**

Ne, bent jau aš kiek dirbu.

**Ar sistema leidžia įvertinti darbo kokybę?**

Gal kažkiek yra ir darbo kokybės.

**O ką leidžia įvertinti?**

Kaip žmogų, pavyzdžiui.

**O kokie vertinimo kriterijai?**

Etikos kodeksas, tarpusavio bendravimas, asmens atsakomybės, viskas susiję su darbu.

**O kas dalyvauja vertinime?**

Darbuotojas ir skyriaus vedėja.

**O pacientai nevertina?**

Anksčiau buvo anketos anoniminės pacientams. Prieš keletą metų buvo tiriamasis darbas ir vertino personalą irgi klientai.

**O šiame vertinime nėra?**

Nėra.

**Kas labiau vertinama jūsų įstaigoje: nuosekliai konsultuojamo sunkaus paciento gerėjanti sveikatos, psichologinė ir emocinė būklė, būtina tolimesnei socialiniai adaptacijai, ar formalių reikalavimų išpildymas (pvz.: reguliariai pristatoma plaučių rentgeno nuotrauka; įrašas apie konsultaciją paciento asmens istorijoje ir t.t.).**

Įstaigoje turime ir įvertinti rentgeną pasidarytą irgi, nes mes per metus turime tam tikrą kiekį rodiklių pasiekti. Klientai mūsų eina ne rečiau nei kartą per mėnesį pasitikrinti, ne tik klientai, bet ir darbuotojai dirbantys su rizikos grupe.

**Ar vertinimo sistema veikia sprendimus ir rezultatus darbe? Kam prioritetas – kiekybiniam, ar kokybiniam?**

Aš ir tam, ir tam padėčiau išspręsti kažkokią bendrai, nebūtinai kas su tuo tyrimu atlikimu, o prie to pačio, kodėl gi ne ir tą tyrimą atlikti. Jei paciento sveikata, tarkim, kosi, temperatūra, o iš kur man žinot ar jam tuberkuliozė, ar jam reikalinga ne tik FM gydymas, ir dėl to.

**Ar kitų darbuotojų pasirinkimus paveikia vertinimo kriterijai?**

Mes dirbam, anksčiau bent jau būdavo tokia sistema, kad mes net FM metadonu be rentgeno negalėdavome priimti, be atlikto rentgeno dėl tuberkuliozės. O dabar dirbam su visokiais, ir eigoje visa tai darom.

**Jūsų kolega nuosekliai vadovaujasi darbo tvarka ir visomis FM išdavimo į namus sąlygomis. Ar jo vertinimas bus aukštas? Ar sutinkate su šiuo vertinimu?**

Galvoju, kad mes į žmogų turim lanksčiai žiūrėti, ne tik tai, kas ant popieriaus parašyta, nes kiekvienas pacientas turi savo istoriją, turi savo kasdienybę, kiekvieno skirtinga situacija ir negalim mes visiems tą pačią taisyklę vienodai taikyti, reikia individualiai atsižvelgti. Manau, kad aukščiausiai tikrai neįvertinsim.

**Jeigu paklausčiau jūsų pacientų ar jiems suteikiama visa aktuali informacija, ką jie atsakytų?**

Taip.

**Paprastai nesprenđiate pati kokia informacija būtų naudinga, arba nenaudinga?**

Ne, tikrai nesprenđiu. Visąlaik atsižvelgiu į pacientą.

**Minėjote, kad Jūsų centre mobili klinika veikia kaip vienas iš informacijos taškų tiems, kurie dar nėra Jūsų centro pacientai? Kokios dar informavimo sistemos veikia?**

Kaip ir minėjau, mobili klinika vienas iš informacijos šaltinių; mūsų informacinis telefonas, jeigu būna, kad apie vartojimą klausia ką daryti, kaip gydytis, kur kreiptis, visa kita, irgi trumpai tiesiog suteiki informaciją; mūsų tinklalapis; gyvai ateina žmonės iš gatvės – konsultuojam visi socialiniai darbuotojai tais klausimais.

**Gyvai?**

Užaina į kabinetą.

**Gali užsukti bet kuriuo metu čia?**

Taip.

Dar nevyriausybinė organizacija – su Demetra glaudžiai bendradarbiaujam, pas juos irgi klientai ateina, tai apie mus irgi žino ir kt. įstaigos.

**Ar konsultuojami artimieji?**

Ir artimieji konsultuojami.

**Kaip? Ar atvejo vadybininkas tuo užsiima? Jie patys kreipiasi ar yra kviečiami?**

Taip, atvejo vadybininkas tuo užsiima. Artimieji kreipiasi dažniausiai patys.

**Atskiros iniciatyvos kviestis nėra?**

Nėra.

**O artimiesiems yra dar paslaugos?**

Artimiesiems Minesotoj, kaip savitarpio pagalbos grupė.



**Ar laikote savo darbo krūvį tinkamu? Ar tenka spręsti per didelio krūvio sukeltas problemas?**

Taip, būna, darbo krūvis yra didelis. Kaip minėjau, turim dar papildomų veiklų, net tik su FM metadonu pacientais, pagal bendradarbiavimo sutartis, dirbam kažkaip.

**Ką darot, jei krūvis didelis?**

Bandom kelti klausimą su administracija dėl papildomo atlygio.

**Jūs konsultuojamų klientų skaičius išaugo iki 50, jie skundžiasi jūsų atsainumu. Įrašų bylose neatlikote jau mėnesį. Ką darote?**

Taip nebūna.

**O kaip būna?**

Na būna viena dieną, dvi neparasai, bet tada iškart puola ir rašo darbuotojai, bet šiaip stengiasi tą pačią dieną susirašyti.

**Tai kažkoku būdu spėja, nes man mano klausimas ką daryti, jei žmogaus nespėji konsultuoti, ir popierių pildyti?**

Čia daugiausia kliūna tokie techniniai dalykai, jeigu reikia pildyti internetu, tai mūsų internetas dažnai stringa, tai kompiuterį perkrauti reikia. Nori atsiskenuoti, atsišviesti, ten vėl kažkur kažkas. Daugiau techniniai dalykai būna, o ne. Šiaip, manau, kad spėja, susirašo.

**Jūsų klientas kreipėsi dėl hepatito C gydymo, tačiau jam buvo pasakyta kreiptis po pusės metų. Jūsų klientas gydos FM keturis mėnesius. Atlikti testai kartais rodo kanapių vartojimą. Klientas nesupranta, kodėl turi laukti pusę metų. Kaip paaiškinsite? Ką darysite? Kodėl?**

Kur čia taip pasakyta, mūsų įstaigoje.

**Dėl hepatito C – turbūt infekcinė.**

Aš pirmą kartą girdžiu, kad infekcinė pasako ar per trumpai, ar per ilgai dalyvauja FM. Nesu girdėjusi ir nesu susidūrusi su tokiu atveju. Visą laiką nukreipiam, infekcinė ligoninė labai geranoriškai su mumis bendradarbiauja.

**Hipotetiškai, jei taip būtų pasakyta? Kaip paaiškintumėte klientui? Ką darytumėte?**

Aš, kaip atvejo vadybininkė, bandyčiau susisiekti su infektologe/ infektologu ir pabandyti išsiaiškinti situaciją, tikrai tai, ne kitaip.

**Pasidomėtumėte, kodėl toks atsakymas?**

Taip.

Galbūt klientas kažko nesuprato, nes būna irgi visokių situacijų ir jie nemoka įvardinti, pasakyti dėl ko, ko jiems reikia, irgi būna nesusikalbėjimas tarp pacientų ir..

**Ar Jūsų pacientai bendrauja tarpusavyje? Kaip skatinamas bendravimas, bendra veikla?**

Taip, bendrauja. Savitarpio pagalbos grupė yra įkurta pacientams.

**Ar seniai?**

Jeigu neklystu, nuo gegužės mėn. šių metų.

**Ar tai pirma grupė?**

Ne, ne pirma.

**Ar galite papasakoti kas buvo anksčiau?**

Anksčiau irgi vyko savitarpio pagalbos grupė mūsų pacientams, bet ji ilgai nebuvo, gal kokius metus laiko.

**Prieš daug metų?**

Prieš 4, kokius 3. Paskui gavosi taip, kad keitėsi darbuotojai, išėjo ir liko be grupės.

**O gal dar yra būdų kaip palaikoma bendra veikla? Gal veikia pacientų organizacija centre?**

Ne, neveikia.

**Ką darote, kad bendravimas vyktų?**

Suteikiame patalpas, į kurias susirenka, yra kuruojantys darbuotojai..

**Ar informuojate asmenis, kokius asmenis informuojate?**

Yra informuotas kiekvienas atvejo vadybininkas ir gydytojai, kuruojantys FM metadonu pacientus, yra skelbimų lentose iškabinti skelbimukai, ir pokalbio metu.

**Jūsų pacientai sako, kad jų netenkina WC patalpa, testo atlikimas toje patalpoje žemina jų orumą, kaip komentuosite, kaip spręsite situaciją? Ką patarsite?**

Nežinau kaip spręsti tą situaciją, nes mūsų darbuotojai irgi vienu WC naudojamės, visas pirmas aukštas. Tai tiesiog nėra kito būdo, techniniai kažkokie dalykai, gal renovacija ar reorganizacija vyks ir bus galima kažką siūlyti.

**Ar klientas gali keisti gydytoją ar atvejo vadybininką? Ką apie tai manote? Kaip dažnai įvyksta tokie pakeitimai? Kaip manote, kodėl?**

Gali, ir yra keičiami, parašo prašymą, priežastį nurodo ir pakeičia.

**Ar klientai žino?**

Tikrai taip.

**Kas šiais klausimais informuoja / konsultuoja?**

Atvejo vadybininkas.

**Visada?**

Jeigu vyksta procesas, vadinasi, taip.

**Ar dažnai keičiami?**

Ne, nedažnai, bet jau per šiuos metus buvo keli atvejai, kad ir gydytoją keitė dėl neatitinkančių darbo valandų, grafikai ir visa kita; atvejo vadybininko irgi buvo keli keitimai.

**Kokios priežastys?**

Įvairios: bendros kalbos nesuradimas, darbo valandų neatitikimas.

**Ar prašymas raštu?**

Taip.

**O kas informuoja kaip užpildyti prašymą?**

Atvejo vadybininkas.

**O kaip rašomas skundas, ar informuojami?**

Patys labai gerai viską moka parašyti.

**Jie rašo skundus?**

Buvo, taip, parašė, ir nebūtinai administracijai, ir ministerijai parašo.

**Kas juos apmoko?**

Nežinau.

**Ar manote, kad jūsų įstaigos teikiamos paslaugos kokybiškos?**

Galvoju, kad taip.

**Papasakokite, kokią iniciatyvą esate įgyvendinusi, kad paslaugų kokybė didėtų.**

Ne nuo manęs vienos priklauso, čia mūsų administracijos daugiau, nuo ministerijos, nuo finansavimo. Kokie tikslai būna iškelti, tokių ir siekiam.

**Papasakokite, kai jautėte pasitenkinimą savo darbu, ir kitą – kai jautėtės priešingai.**

Buvo toks atvejis su pacientu, kai gavau visiškai beviltiška, be gyvenamos vietos, apsirengti neturėjo kuo, tai nešiau iš namų rūbus, ir be dantų buvo, ir gatvėj gyveno, santykiai su šeima suirę buvo.. Palaipsniui, palaipsniui paskutinis rezultatas buvo toks, kad žmogus buvo apgyvendintas nakvynės namuose, vėliau eigoje įsidarbino, su mano pagalba ieškojome visokių būdų per socialinės paramos centrus, per nevyriausybinės organizacijas lėšų gauti, taupėm pas mane stalčiuje lėšas, kad susidėti dantis. Papildomas vartojimas nutrūko, santykiai su šeima pagerėjo, jau lyg žmogus norėjo išeiti iš gydymo programos, atsigulė detoksikacijai ir po naujų metų ateinu į darbą, randu prie durų savo, vėl atkrytis, vėl vartoja, barbą prarado. Tai iš pat pradžių buvo toks kaip pakylėjimas, pačios apsidžiaugimas. Buvo tada apgautas svetimų žmonių, nupirkta jo vardu mašina, turėjo tada ir su teisėsauga, ir su registru centru, su policija, kad įtikinti, kad tai ne jo. Tai iš pat pradžių apsidžiaugiau, paskui buvo toks kaip atkrytis, nuvažiavimas iki nulio, bet dabar vėl, ačiū dievui, susitvarkė, dirba, santykiai su šeima geri.

### **Tai toks kaip banguojantis?**

Taip.

Su juo būdavo ir per dieną po kelias konsultacijas. Atrodo, pakonsultuoji, ir ta konsultacija trunka valandą ir dvi, išeina, lyg ir kažką padarai, ateina, vėl kažką prisidaręs, vėl kažkokių problemų: apgavo, atėmė. Vienu žodžiu, kaip trečia savo vaiką turėjau.

### **Tai čia telpa ir pasitenkinimas, ir nusivylimas?**

Na, taip. O paskui jau ir nusivili, atrodo dedi daug pastangų ir gaunasi atkrytis. Jam įvyko atkrytis, tai tavo pastangos per nieką.

**Ačiū**

13. Vytautas, pacientas, VPLC, gydos 10 m.

**Gerai, taip.... Tai dabar pasakyk tik vardą ir kiek metų gydaisi farmakoterapijos?**  
Vytautas, gydausi su pertraukom tai net nežinau, kiek čia bendrai paėmus dabar jau treči metai, bet jau čia trečias kartas, tai apie 7, 8 o gal net 10 m., nebegaliu suskaičiuoti.  
**Nebeatsimeni kelintais atėjai pirmąkart?**

Ne, žinau, kad registruotas esu nuo 1998 metų, čia kaip narkologinė įskaitoj pirmą kartą.

**Kaip sužinojai apie šį gydymą ir kaip informacija tave pasiekė kai atėjai, kai nusprendei kreiptis?**

Per kitus narkomanus, dar tada buvo kažkas įdomaus ir nepasiekiamo, buvo daug mitų, kad tai labai

blogai kažkas, baisaus ir daug blogesnio už heroiną nes... tik tai neaišku kuo, dabar tai juokinga aišku kai žinai...

### **Tai neišsigandai...**

Nu kažkiek tai bijojau, atėjau ne iš karto, gi aš 16 metų pravartojau ir tik tada atėjau į metadoną. Tai va. Nors metadonas ne visada ir buvo, jis... Sakykim, kol jis buvo, tai kokius 8 metus pravartojau.

### **Mhm, m.... vis tiek jau ilgai...**

Ilgai...

### **Nu ar ta informacija, kurią turėjai, kai atėjai čia ir tai, ką radai, ar skyrėsi?**

Pirmą kartą aš tiesiog atsiguliau į detoksą ir ten paragavau „laiptelių“ taip sakant, ir man patiko, kad geriau nei heroinas pasirodė. Pradžioje. Nu ir nieko ten tokio baisaus nėra. Galbūt nuo jo abstinencija nėra stipresnė, taip jinau ilgesnė, tai yra faktas, bet jinau nėra stipresnė. Ją visų pirma tau reikės vieną kartą patirti, ir savo noru (reiškiasi gydykloje, su vaistais) labai lengvai tai gali būti, nes gatvėje tu kas antrą dieną negauni pinigų ir tą abstinenciją patiri. Koks skirtumas, 1000 kartų lengvesnė, tai geriau jau... O kai yra metadonas, tu jos išvis nepatiri niekada.

### **Kokie mieste yra informavimo šaltiniai apie gydymą metadonu?**

Kokiame mieste?

### **Na, pas mus mieste kokie yra šaltiniai, per ką sklinda informacija apie gydymą?**

Per...per gal „Demetrą“ – žemo slenksčio kabinetą – nedaug... per pačius narkomanus, vartotojus, VPLC kiek reklamos duoda, bet jie kažkaip nelabai daug... Ai... va tos akcijos man patiko per, su policija. Policija nukreipinédavo. Čia va buvo geras. Tokių daugiau reikėtų. Tai va, kaip ir...

### **Mobili klinika?**

Mobili klinika, jo.

### **Kaip atrodo paslaugos teikimas?**

Vilniuje tai patraukliai viskas, tvarkingai, man patinka. Socialinės darbuotojos labai nuoširdžiai dirba, nu dauguma. Tikrai savo darbą. Ir slaugytojos normalios, kaip į žmones žiūri, nes kai kuriose poliklinikose, pavyzdžiui, tai nežinau, kam žmonės ateina dirbt darbą, pas tuos, kurių nekenčia.

### **Čia – Vilniuj?**

Jo, pavyzdžiui, Antakalnyje, ten tokia yra, neminėsiu pavardės, bet tiesiog jaučiasi, kad ji nekenčia tų narkomanų ir...

### **Čia gydytoja psichiatrė?**

Ne, čia slaugytoja. Psichiatrės tai normalios, tai va...

**Nu tai gerai, tai tu paaiškink, kaip atrodo ta sistema, man tiesiog įdomu. Na va socialinis darbuotojas, sakai, dirba, ką jisai daro?**

Aš galiu palyginti, nes aš Panevėžy buvau, gavau tokias paslaugas. Visiškai skirtingi dalykai.

### **Papasakok.**

Pavyzdžiui, Panevėžy tas pats gydytojas, tarp kitko, kuris dirbo ir Vilniuje. Čia kai jis važinėdavo... Panevėžy dabar, jis čia jau nebedirba. Tai čia... pagal šią politiką benzai yra nepageidaujami ir draudžiami. Tenais gi jis juos pats išrašo, nes ten kitokia politika. Ten net nereikia eiti pas gydytoją, slaugytojai pasakei – pas mane baigėsi [benzodiazepinai] – „Gerai, pasakysiu gydytojui“. Kitą kartą ateini ir jau ten, kur pasirašyti reikia už metadoną sasiuvinėly, ten įdėtas tau receptas. Va taip vat. Šalia. Gali negert net dozės dienos, su savim duoda iš karto. Švirkštai va... keitimo kabinetas. Žodžiu visi ten badosi, geria klonikus ir socialinis vienas darbuotojas tiktai yra, kuris...

### **Kokia socialinio darbuotojo funkcija?**

Nežinau, pirmąkart jis, kai surašė ten sutartį su manim... daugiau aš jo nemačiau praktiškai.

### **Nu o kokia Vilniui funkcija socialinio darbuotojo?**

Vilniuje, padeda... nu padeda, tiesiog padeda prasimušti kažkaip. Pavyzdžiui, nežinai dėl nakvynės namų, dėl darbo biržos, pavyzdžiui, dėl dokumentų, dėl įvairiausių va tokių socialinių dalykų ir padeda. Skambina va į ligoninę, jeigu reikia, padeda papulti. Atstovauja tave, kaip sakant, jeigu pats nesugebi. Nu ir tuo pačiu kontroliuoja tave, testuoja kartais, stengiasi kažkaip motyvuoti.

### **Kaip stengiasi motyvuot?**

Nu vat dabar grupę įkūrė tokia savitarpio pagalbos, tai vat...

### **Ar tai pirma tokia grupė?**

Ne pirma, bet viena buvo, bet iširo su laiku dabar... gal net trečia turbūt per visą laiką.

### **Psichologo paslaugas gauni?**

Gaunu, m, buvau... pora kartų, pagal poreikį.

### **O Panevėžy?**

O Panevėžy, gal jis ir yra, bet aš net neklausiau, nes ten...

### **O kas turi informuot Panevėžy apie... kaip manai apie Psichologo arba...**

Socialinis darbuotojas turbūt.

**Tas vienas?**

Jo.

**Nu tai Panevėžys toks labiau tiesiog medikamentų išdavimas?**

Jo, ten labiau medikamentų išdavimas ir viso gero. Pasiimk tu savo tą metadoną ir dink iš čia. O kad dar būtum ramesnis – klonikų... Eik ten badykis, užsibadyk, greičiau numirk. Maždaug kažkaip taip gaunasi.

**Kontrolės nėra, bet kiekvienam skirtinga, žinai...**

Jo, pagal poreikius. Tuo labiau ten ir klientai kitokie, nes ten Panevėžys. Ten tokie visi seni narkomanai... Vien vyrai, nė vienos moters nemačiau programoje, pas mus jų daug. Ten – nė vienos nemačiau merginos. Ir vyrai tokie metuose, po 40 m...

**Bet manai, kad jų nėra ar jos neateina?**

Jų turbūt nėra, nes nors kartą tikrai būčiau matęs.

**Tai gal nepritaikytos paslaugos, gal neateina?**

Gal, gal nėra vartotojų... bet nežinau, negali būti taip. Nors viena turētu būti.

**Koks manai yra dalyvavimo farmakoterapijos metadonu tikslas?**

Tikslas... gali būt skirtingas. Vieni gali visą gyvenimą gert, o kiti... Nu tikslas pats yra socializuotis, be abejo. Geri tu tą metadoną, geri, ir galų gale tiesiog jautiesi žmogumi. Tau nereikia švaistyti laiko paieškoms narkotikų, vogti nereikia, nes jis tau nieko nekainuoja, jeigu tu apdraustas, o tuo pasirūpina socialiniai darbuotojai, kad tu būtum apdraustas. Jeigu net neapdraustas, Vilniuje, būtent VPLC, turi net fondą savo, vis tiek gausi metadono, net jei ir draudimo neturi, bus apmokėta iš biudžeto. Žodžiu atsiranda daug laisvo laiko, gali ir dirbt, vaikščiot, užsiimt veikla kažkokia normalia. Nu va taip va... Toks ir yra tikslas.

**O tavo asmeninis koks tikslas? Toks ir yra?**

Toks ir yra, toks ir yra. Su laiku vis galvoju... gal kada nors... visą gyvenimą nesinori gert, bet kol kas netrukdo ir man visiškai neatrodo tai... ir neskubu išeiti iš programos, nes bijau, tiesą sakant, kad gal aš nesustiprėju, nes mažai su savim dirbu, iš tikrųjų, ties tuom tiesiog...

**O socialinis darbuotojas kažkaip kitaip ar taip pat tikslą formuluoja? Kaip kalbat su socialiniu darbuotoju, koks tas tikslas?**

Mes kartu sprendžiame, jis neperša nieko. Mes kalbamės, svarstom.

**Gydytojas irgi taip pat bendradarbiauja?**

Jo, gydytojas labai geras mano, patinka. Toks jaunatviškas, suprantantis.

**Kaip atrodo konsultacijos su socialiniu darbuotoju, papasakok, kaip, pavyzdžiui, ateini ir ką tau sako?**

Nu, skirtingos darbuotojos skirtingai ir atrodo, bet panašumas tas, nu gal vienos griežtesnės, kitos ne. Pavyzdžiui mano, tai jinai sako: „geriau atvirai bendradarbiaujam. Jeigu tu turi problemų su papildomu vartojimu, ateik, pasakyk, aš tau nedarysiu testų, negadinsim tau biografijos, jeigu reiks lengvatų, spręsim kažkaip kitaip problemas.“ Bando eit atvirai, draugišku tokiu keliu.

**Na kai ateini, ko paklausia tavęs?**

Ar viskas gerai, kaip sekasi, kaip ten susitvarkei reikalus, kaip dėl nakvynės namų, „Nepriėmė? Paskambinsiu, sužinosiu, kuo galiu padėt“, išsiaiškina tuos dalykus.

**Dar norėjai apie kitus darbuotojus papasakot.**

Slaugytojos malonios, atsimena ir vardus, ir pavardes, nereikia sakyti. Domisi gyvenimu tavo. Draugiška aplinka labai. Irgi ten patarimų duoda, matosi, kad myli savo darbą ir...

**Tai dalykų, kurių nedrįstumei pasakyti socialiniam darbuotojui, kaip ir nėra? Atvirai gana?**

Nu man, būtent mano asmeniniam darbuotojui, kurį turiu dabar – nėra. Bet aš turėjau visokių darbuotojų. Būdavo, kad meluodavau ir slėpdavau, nes įvairiuose santykiuose gali būti, aš iš tikrųjų labai įvairus.

**Tai nuo darbuotojo daug priklauso?**

Taip, taip.

**Kaip vertini konsultacijų erdvę?**

Erdvę, ta prasme?

**Vietą?**

Nelabai, todėl, kad kartais būna, turėtų dirbt po vieną, nes priima po du, po tris ir kartais tu nenori... gal tu turi paslapčių kažkokių tai ir nenori kad girdėtų... Šalia kitas klientas sėdi, kalbasi su savo socialiniu darbuotoju.

**Kaip sprendžiat?**

Aš stengiuosi ateit, kada nieko nėra, vien tik mano socialinė darbuotoja.

**O socialinis darbuotojas ką nors pasiūlo, sprendimą kažkokį?**

Dėl šito?



**Mhm**

Nu kad ne, aš kaip ir nesiskundžiau atvirai tuom. Dabar paklausus tai ir atsakau.

**Išeit kur nors į koridorių, į lauką?**

Jo, variantas.

**Pasiūlo ar ne, ar...?**

Nepasiūlo, bet aš mačiau kiti eina parūkyti su savo socialine darbuotoja ten, toliau. Tada gal ir pasikalba.

**Tai lengvatą dabar ar turi ar ne?**

Neturiu ir neturiu tikslo jos turėti, nes iš Panevėžio patirties žinau, kad aš tam per silpnas, nes aš ten kankinausi labai. Aš gaudavau kartą į savaitę, per tris dienas arba per dvi viską suvartodavau ir paskui kentėdavau likusią savaitės dalį. Ir tai tęsdavosi be galo.

**Ar buvai kada nors iškritęs arba pašalintas iš gydymo?**

Savo noru buvau išėjęs, sėkmingai sumažinęs. Baigiau paskui detoksą, nuėjau į „Minesotą“, dar rehabilitacijoje buvęs. Prabuvau blaivus pusantrų metų, bet atkritau paskui. Nes man blaivus gyvenimas pasirodė per pilkas vis dėl to. Man patinka vartoti ir aš renkuosi saugiausią būdą, va tokią alternatyvą, kaip metadonas.

**Ar kada nors norėjai pakeisti konsultuojantį specialistą, gydytoją arba vadybininką?**

Jo, buvo atvejų, kai norėjau.

**Kodėl?**

Mane labai spaudė. Testais ten... vertė eiti į detoksą... kažkaip norėjau pakeisti.

**Pakeitei?**

Ne, kažkaip...

**Kodėl?**

Nes jinai pati išėjo iš darbo. Ne iš darbo, bet perėjo į kitą skyrių dirbti.

**Tai sulaukei...?**

Tiesiog sulaukiau kol savaime pasikeitė.

**O kodėl nesiryžai keisti, ar žinai, kaip vyksta keitimas?**

Žinau, kad tai įmanoma, bet gal dar nebuvo taip blogai iš tikrųjų. Nes buvo ir gerų pusių mūsų santykiuose. Ten ta socialinė darbuotoja man kažkaip... net nesinorėjo jos įskaudinti. Nu kaip ji pasijaustų. Reiškias kažkiek ji man ir patiko.

### **Manai, čia – įskaudinimas būtų, jeigu pakeistum?**

Nu, aš manau, čia nebūtų plusas jai, jos savivertei, kad kažkas atsisako, pasirenka kitą. Manau, kad jai nebūtų malonu.

### **Kada nors gal turėjai nuobaudą dėl agresyvumo?**

Ne, ne aš ramus žmogus.

### **Ar bendrauji su kitais gydymo dalyviais, kaip ir kas daroma, kad tas bendradarbiavimas vyktų?**

Tai va, ta va grupė yra. Buvau jau kartą ir dar ateisiu, vat šiandien kaip tik penktadienis, šiandien bus.

### **O kokiais tikslais ten bendradarbiaujate?**

Sprendžiam problemas visokias aktualiausias. Antstoliai, aišku, vat būtent gyvenamoji vieta, ten dėl nakvynės namų, įvairiausias papildomas vartojimas, kaip su tuo tvarkytis. Tai vat čia galbūt vienintelė vieta kur yra bendraujama pozityviai, nes kita vieta tai aplink narkologinį visa. Visa erdvė, kur žmonės irgi bendrauja vieni su kitais, bet jie ten geria alų, papildomai benzus visokius vartoja, ten jau toks blogasis bendravimas vyksta.

### **Ar šitas centras tau yra artimiausias pagal gyvenamąją vietą?**

Ne, man čia patinka, tam centre aš ilgai, mane jau čia pažįsta daug kas ir aš visus pažįstu. Man čia jauku ir gera ir patogi vieta dėl to, kad aš dažnai keičiu gyvenamą vietą, bet man kažkaip tai į darbą reikia pro čia važiuoti, o vat dabar, kai iš vis neturiu kur gyventi, tai nakvynės namai iš vis prie pat. Nu man patogi vieta.

### **Jei ateini nesusitaręs, ar priima be registracijos?**

Kaip kada, dažniausiai taip.

### **O yra nepriėmęs?**

M... asmeniškai manęs tai ne, bet žinau, kad yra atvejų, kai kitų yra nepriėmę.

### **Gal žinai priežastis?**

Gal tiesiog buvo užimtas grafikas.

### **Tai vat, jeigu laisvas, man įdomu.**

Ai, jeigu laisvas tai, turbūt, priima. Turbūt, kad nėra tokių atvejų, kad nepriimtų.

### **Ar supranti, kaip veikia centrai, eilių sistema, patekimo į programą eilių sistema?**

Jo, ten yra ant sienos iškabinta, aš visuomet skaitau skelbimus, man įdomu, tai žinau kaip veikia, žinau. Dabar yra pokyčių į gerą, kadangi, jeigu tu geri poliklinikoje būtent, ir prarandi draudimą, tai tu nebegauni ten paslaugos, nesvarbu, kad čia toks rimtas vaistas, be kurio taip gali būti blogai, tu paprasčiausiai nebegauni paslaugos ir jie net nežino... Mano draugei taip atsitiko ir jinai turėjo mokėti, nes jinai užsienietė. Ji turėjo mokėti už draudimą, bet laiku nesusimokėjo. Per dvi dienas iš Estijos kol perėjo pavedimas, pirmą dieną dar jo nebuvo, draudimas nesuveikė, jai nedavė metadono. Jeigu aš nežinočiau, kad čia yra tokia paslauga, kad jinai gali kreiptis į VPLC, ir čia yra biudžetas ir čia priima be eilės tokiais atvejais, tai jie apie tai net nieko nežinojo. Nieko negalėjo patarti – laukite, kentėkite kol susimokėsite. Jie net tokios informacijos neturėjo. Tai va.

### **Jeį nori patekti į programą, ką turi daryti?**

Ateiti pas socialinį darbuotoją ir užsirašyti į eilę. O tai priklauso dar ant kiek greit tu pateksi. Privilegijos yra, jeigu tu esi ŽIV infekuotasis, jeigu tu nėščia moteris, jeigu tu sunkiai sergi, dar kažkokia liga... įvairūs faktoriai gali pagreitinti tą eilę. O šiaip lauki, lauki, kol atsiranda vietų. Kartais biudžetas...

### **Praneša apie vietas?**

Jo, tau paskambina ir sako, kad yra laisva vieta, prašom ateiti. Kartais biudžetas padidėja valstybės dėka, turbūt, čia nežinau. Daug vietų padaugėjo, dabar daug daugiau žmonių negu anksčiau pastebim, eilės didesnės, bet kažkaip neadekvačiai tas biudžetas didėja. Vietų didėja, o personalo ne, dėl to nesusitvarko slaugytojos su tiek žmonių ir su tiek darbo. Reikėtų tada kažkokio antro kabineto, nu tiesa yra mobilus, mobili ta klinika. Dabar atsirado... Du kabinetai jau kaip ir... bet vis tiek net jų maža.

### **Kai ateini išgerti metadono, kaip ilgai lauki, kaip ten atrodo tvarka?**

Vat kartais, kaip papuoli čia. Kurią dieną, lengvatų dieną, tai būna baisu, būna pusantros valandos eilėje prastovi. Tuo labiau tas kompiuteris gal ir pažanga bet jis taip lėtai veikia ir ypač jis negali įpilti. Pavyzdžiui, iš karto visai savaitei jeigu žmogus ima, tai vienai dienai ipila, tada antrai dienai... Dėl to taip viskas lėtai ir vyksta.

### **Tai – naujas dozatorius?**

Ne toks jis ir naujas, bet palyginus naujas, jo. Kiek jis čia metų, gal trys ar keturi. Tai gerai, kad dar ta piršto antspaudą nuėmė, nes dar būdavo reikia piršto antspaudą uždėt, tas skaitytuvas piršto antspaudu irgi labai lėtas, strigdavo dažnai.

**Gal prisimeni, kaip info buvo teikiama gydymo pradžioje, ir ar pasitikėjai info, ar ji buvo aiški?**

Gydymo pradžioje... tai tada, kada aš atėjau į programą pirmą kartą?

**Kaip tave gydys, kaip čia viskas veiks. Nu pavyzdžiui yra žmonių kuriems nepasako kad jeigu metadono negersi, tai bus „kumarai“. Jie patys nesupranta, jiems nepaaiškina...**

Nu man tokių nepaaiškino, bet, kita vertus, jie davė sutartį, kurioje viskas aprašyta smulkiai, bet, kaip visada, žmonės tingi ir pasirašo, ir nežino po kuo pasirašo. Bet čia jau tavo klaida, tu buvai kaip ir informuotas. Tau reikėjo skaityti kiekvieną punktą ir viską žinoti. Taip kad informacija kaip ir yra teikiama. Bent jau raštu. Sutartyje numatyti punktai ir dėl alkoholio vat tu negali vartoti, turėsi atsisakyti. Kiti nustemba, kaip aš čia, suaugęs žmogus, negaliu gert, mane baudžia. Tu pasirašei po tuo, neatsimeni? A... neskaitei, tai kas kaltas?

**Kaip manai dabar irgi taip pat, tikrai pakiša pasirašyti?**

Manau kad... nežinau, gal ir papasakoja. Greičiau, jeigu ne, vieni kitiems bent jau tai tikrai papasakoja, nes ten eilėse apie tai ir kalbasi.

**Tai tada, kai tu atėjai, davė tikrai pasirašyti?**

Davė pasirašyt, bet paaiškino. Apie alkoholį, kiek atsimenu, pranešė, kad negalėsiu gert, vat tą punktą liepė perskaityt, nes griežtai. Apie benzus perspėjo, kad per vartojimą... ir, jeigu bus dažnai pažeidimai, net galiu būti pašalintas iš programos. Apie agresyvumą perspėjo. Kad už agresiją bet kokią fizinę ar psichologinę prieš kitus pacientus ar prieš personalą galiu būt pašalintas negrįžtamai.

**O apie medikamentus papasakojo, ką gersi ir kaip jis veikia?**

Na aš kaip ir žinojau, nelabai pasakojo turbūt.

**Viską pats jau žinojai?**

Jo.

**Lankstinukų kokių nors duoda? Knygelių?**

Duoda. Davė knygelę. Tokia žalia, Subatos parašyta, „Visa tiesa apie metadoną“.

**Ar buvo konsultuojami šeimos nariai, ar buvo toks poreikis?**

Nu vat mama pirmąkart, kai dar buvo... Čia praeitas amžius. Turbūt, kai aš detokse gulėjau, mane atvedė pirmą kartą į detoksą, kada aš pirmą karta paragavau to metadono. Tai nežinau kiek ten ją konsultavo. Sunku pasakyt, aš šiaip artimųjų neturiu tai nieko ir nekonsultuoja. Šiaip tai matau, kad mamos ateina kartais pacientų, tai reiškias tai vyksta, yra tokia paslauga.

**Ar manai, kad kažkokios informacijos tau socialinis darbuotojas arba gydytojas yra nesuteikęs tyčia?**

Nemanau, nea. Neatsimenu tikrai.

**Nu čia pavyzdys būtų, kai buvo spektaklis, „Minnesota“ nusprendė neinformuoti.**

Man asmeniškai – ne. Aš manau, būna tokių atvejų, nes nu socialiniai darbuotojai gi irgi žmonės, ir jie įvairūs, taigi vienas toks, kitas toks. Turbūt, pasitaiko kartais...

**O atvirkščiai, pavyzdžiui, kad gautum informacijos, kuri nelabai turėtų tave pasiekti, bet yra tau naudinga, nes tau gali padėti susitvarkyti kažkokius reikalus „po blatu“?**

M hm... jo.. aš visada stengiuosi su socialiniu darbuotoju susidraugauti, va...

**Gali pavyzdį papasakoti?**

Nu... viena socialinė darbuotoja įtaisė mane ten į tokius kalinių globos namus gyventi „po blatu“, nes ten jos kursioinės... kursioinė atlikinėjo praktiką ir pažinojo tą direktorę, nu ir žodžiu mane ten įkišo.

**Ar yra kada nors konsultuojantis specialistas reiškias neigiamas pažiūras...**

Nėra, būtent dėl to ir sakau čia, anaip tol kaip poliklinikoje, žmonės nuoširdžiai dirba savo darbą ir man tikrai nesijaučia kažkokios stigos.

**Žodžiu nebuvo taip, kad išeitum ir galvotum „nebeisiu ten daugiau, nebenoriu“?**  
Ne.

**Dėl duomenų slaptumo, ar teko baimintis, ar galvojai...?**

Man nepatiko taisyklė, kad psichologas, jis kaip ir kunigas tu jam atsiskleidi...

**Ai, kad jis su kolegom gali aptarinėti...?**

Jeigu tu jam papasakoji apie papildomą vartojimą, jisai, nors čia yra labai asmeniškai, ir tu pas psichologą ateini kaip nu... tokius dalykus intymius pasakoji, kad jis neturėtų niekam to pasakoti, jisai privalo pagal vidaus visas taisykles, privalo pranešti socialiniam darbuotojui iš karto.

**Yra tokia taisyklė?**

Taip.

**Užrašyta kažkur?**

Nežinau ar ji yra, bet taip man yra atsitikę asmeniškai.

**Tai tau paaiškino, kad privalo jis?**

Taip, man paaiškino, kad jis privalo taip pasielgti pagal taisykles.

### **Bet tau neparodė, kur tos taisyklės parašytos?**

Neparodė, ne, bet jis papasakojo mano socialiniam darbuotojui.

### **Tai turbūt nebėjai pas tą psichologą?**

Ėjau, mes su juo bendradarbiavom, nes mes kūrėm grupę bendrą. Ten tokia vat buvo grupė, tokio formato kaip NA maždaug, bet ten dalyvavo ne vien priklausomi, bet dar ir socialinis darbuotojas bei psichologas ir ten visokius žaidimus žaidėm. Tai mes su juo kaip ir toliau bendradarbiavome, bet už tai aš labai pykau. Į asmenines konsultacijas, aišku, aš nebėjau pas jį.

### **Ar dažnai susidaro įspūdis, kad kitiems klientams sudaromos geresnės sąlygos?**

Ne, nei kiek.

### **Ar koks nors spec. elgesys ar žodžiai yra leidę suprasti kad neturėtumėte reikšti nepasitenkinimo?**

Nepastebėjau tokių atvejų irgi.

### **Ar žinai kaip reikia rašyti skundą?**

Aš žinau, nors gal nežinau smulkmenų, bet aš labai lengvai randu informaciją, kurios man reikia. Skundus rašyt moku.

### **Ar esi kada rašęs koki raštą, skundą čia?**

Esu, elektroniniais laiškais dažniausiai, bet to užtekdavo, kad sureaguotų.

### **Ką esi rašęs, įdomu?**

Nu va, dėl savo draugės, nes pavyzdžiui... a, dėl Alytaus ir dėl šito, dėl... buvo toks incidentas su... kur aš ten buvau, užmiršau tą miestą, vat ką tik kalbėjom... Panevėžys. Aš ten jau krausčiausi atgal į Vilnių ir mano socialinė darbuotoja nesugebėjo susitarti su čia darbuotoju. Aš sakau, „paskambinkite, ar mane atgal priims?“ Pasakė ne, vietų nėra. Kaip tada man išvažiuoti iš čia? Nesąmonė kažkokia. Aš asmeniškai pasiskambinau, parašiau laišką, parašiau laišką ne direktoriui, bet Aušrai.

### **Pavaduotojai?**

Jo. Ir jinai iškart sako, jog čia buvo nesusišnekėjimas. Tokiais atvejais... tuo labiau man buvo pažadėta, kai aš iš čia išėjau, kad kai aš grįšiu, tikrai būsiu priimtas. Aš dabar esu išbraukiamas, bet kaip ir be eilės būsiu priimtas. Tai man išvis tapo pikta – dabar sako, kad nėra vietų, manęs nebepriims! Ir man atrašė jog tai klaida, nesusišnekėjimas, ir, be abejo, aš tik turiu atvežti išrašą iš ano gydytojo ir tą pačią dieną gausiu, iškart mane priims. Taip ir buvo. Tai va,

tai na, kiek Panevėžy socialiniai darbuotojai nemoka veikti, net tokio paprasto dalyko nudirbti.

**Ar dažnai gauni siuntimų kurie yra beprasmingi?**

Siuntimų kurie yra beprasmingi... nemanau.

**Nu čia tokių kaip „nusiūsiu pas kitą, kad nereiktų dirbti“?**

Ne, šitoj istaigoj taip nebuvo. Šiaip gal poliklinikose kur nors būna.

**Tai, jeigu gauni *siuntimą*, tai jis būna reikalingas?**

Jo, jisai būna jo, racionalus.

Ačiū

14. Evgenij, pacientas, VPLC, gydos 4 m.

**Kiek laiko dalyvaujate FM? Kas jus paskatino ateiti gydytis FM? Iš kur gavote šią informaciją? Ar ji pasitvirtino? Ar informacija paplitusi mieste?**

Evgenij. Programoj pusantrų metų stovėjau, po to išėjau (sėdėjau parų), išėjau, pradėjau vėl vartot, ir vėl atsistojau, apie du metus vėl programoj.

**Kaip sužinojai?**

Gulėjau trečiam aukšte, detokse, ten sužinojau, kad yra programa. Papasakojo narkomanai, sakė, yra tokia programa, geri metadoną ir geri. Bet sakė, kad nulipti labai sunku nuo metadono.

**Pasitvirtino?**

Ne. Uždarė parų, per dvi savaites nulipau nuo metadono laisvai.

**Kaip atrodo paslaugos teikimas (sistema), papasakokite. Ar yra atvejo vadybininkas? Kas priima sprendimus? Kaip jūs pats dalyvaujate visame šiame procese?**

Metadono gaunu, su soc. darb. pokalbius gaunu, jeigu kažką, psichologo, jeigu reikia gaunu. Jau ketvirta soc. darbuotoja. Viena išėjo kitur dirbti, po to buvo vaikinukas, po to nežinau dėl ko permetė pas kitą darbuotoją. Po to trečia išėjo į dekretą, dabar ketvirta.

**Koks yra jūsų dalyvavimo FM tikslas? Ar tai jūsų asmeninis išsikeltas tikslas? Kaip tikslą formuluoja jūsų socialinis darbuotojas? Gydytojas?**

Nevartoti narkotikų. Po to kai ilgą tarpą nevertosiu, tada mažinsiu ir norėsiu nulipti nuo metadono.

Galiu dirbti normaliai laisvai su metadonu, nereikia bėgiot, ieškot pinigų, galiu normaliai gyventi. Pririšimas yra prie metadono, niekur negaliu išvažiuoti. Duoda du kartus į savaitę, bet vis tiek ilgam

laikui, mėnesiui, dviem niekas neduos. Ilgam laikui negaliu išvažiuoti. Daug kas siūlė išvažiuot padirbti, bet negaliu šito daryt dėl metadono.

### **Papasakokite, kaip vyksta konsultacija. Kaip dažnai lankotės? Kodėl?**

Žiūrint dėl ko ateini, kartais pas gydytoją reikia, kartais užpildyt anketą reikia. Va dabar reiks užpildyt anketą, sėdėt pusę valandos, klausimų pilna bus, kaip pas jus. Ateinu pas soc. darb. savo, visada klausia kaip savijauta, kaip kas, ar nepradėjau vartot. Nu ir viskas. Iš tikrųjų pagal nuotaiką. Kartais sakydavau, paslydau, nuvažiavau į taborą. O kartais būdavo, kad nuvažiavau ir pratylėjau, pagal nuotaiką.

### **Ką darydavo?**

Sugriežtina, jeigu lengvata, tai perspėjimą gaudavau, jeigu dar kartą, tai nutrauks lengvatą, kiekvieną dieną reiks važinėt. Žiūrint irgi, jos nuotaiką.

### **Ar yra dalykų, susijusių su gydymo eiga, kurių nedrįstate pasakyti savo socialiniam darbuotojui/gydytojui? Kodėl? (kokias papildomas medžiagas vartojate / švirkščiatės, naloksono receptai). Kaip į tai reaguotų jus konsultuojantys specialistai (skiria nuobaudas, kalbasi, mažina / didina FM dozę, siūlo išeiti iš programos / šalina)?**

Viską sakau. Galiu pratylėt dėl vartojimo, pagal nuotaiką. Dabar su socialine labai geri santykiai, viską sakau. Kaip su darbuotoju, man geras jina darbuotojas, ir klausia visada ir viską, ir dėl vaiko klausia. Pasėdim, pakalbam, dėl vaiko, dėl manęs. Jeigu ko reikia, aš pats klausiu.

### **Kaip vertinate konsultacijų erdvę? Ką darote, jei ji netinkama / nepriimtina? Ką siūlo konsultuojantys specialistai?**

Normaliai, man nieko tokio, jeigu kažkas girdi ar ką.

### **Kaip skiriami ir atliekami testai? Ar jie reikalingi? Ar jums padeda? Kaip vertinate testų skyrimą ir atlikimą? Ką darote, jei nepriimtina? Ką siūlo konsultuojantys specialistai?**

Nereikalingi tikrai. Nes jeigu aš norėsiu pavartot, aš pavartosiu ir galiu apeiti šituos testus, čia 100 %. Jeigu yra noras pavartot, tikrai galėsiu.

### **Ar kada nors buvo situacija, kai dėl sveikatos būklės negalėjote atvykti medikamento? Ką darė jus konsultuojantis specialistas? Papasakokite apie vizito į namus tvarką.**

Dėl darbo buvo, išvažiavau į Alytų keturiom dienom ir man nedavė metadono. Aš iš pačio ryto atėjau prašyt metadono, man reikėjo testą, o direktorius stovėjo biški toliau, laukė manęs, o aš negalėjau pasakyt, kad aš metadoną geriu direktoriui. Laukė manęs. Aš negalėjau laukti, o be testo man neišdavė. Išvažiavau dirbti ir antrą dieną pradėjo sukti mane, ir aš išėjau tada iš darbo. Paėmiau pinigus, kiek uždirbau ir viskas. Ir praradau darbą.



**Ar turite lengvatą? Kaip ją gavote (kokius reikalavimus reikėjo išpildyti)? Ar buvote ją praradę? Dėl kokios priežasties? Ar buvo priežasčių, kurios jums pasirodė nepagrįstos? Ką darėte?**

Testus dažniau darau. Man davė lengvatą, kad auginu vaiką vienas ir kad dirbu. Greitai gavau, labai greitai. Gal po dviejų savaitių.

**Ar buvote pašalintas / iškritote iš gydymo? Kodėl? Ar buvo priežasčių, kurios jums pasirodė nepagrįstos? Ką darėte?**

Išėjau, todėl kad parų sėdėjau, 30 parų.

O aki buvau areštinėj, nesikreipiau, nes ten dviem parom ar parai uždaro, nereikėjo šito, gali ir taip pasėdėt.

**Ar gydytojas atsižvelgia į jūsų nuomonę dėl dozės reguliavimo / skyrimo? Ką darote, jei ne?**

Klausia, ar užtenka dozės, ar per daug.

**Jei paprašai pamažint ar pakelt, klauso?**

Taip.

**Ar esate norėjęs pakeisti jus konsultuojantį specialistą? Kodėl? Ar pakeitėte? Kodėl?**

Vienąkart norėjau, kai vaikinukas buvo, Mindaugas. Jis man nepatiko dėl dažnų testų. Nors tada lengvatos nebuvo. Aš dažnai atsisakinėjau testų specialiai, kartais labai ilgai reikia vandenį gert, sėdėti. Lengvatos neturėjau, tai atsisakinėjau. Tada galvojau pakeisti. Bet po to jis apsiramino su testais ir viskas normaliai.

**Kaip sužinojai, kad gali pakeist?**

Pats galvojau, kad galiu.

**Ar jums grėsė nuobauda dėl agresyvumo? Ar elgėtės agresyviai? Papasakokite apie situaciją.**

Buvau perspėtas vieną kartą. Rėkiau dėl testų. Skubėjau į darbą ir nenorėjau pavėluot, neseniai tam darbe pradėjau dirbti. Ir man testą reikėjo daryt, tada labai garsiai rėkiau, kad jūs darbe tipo, o man reikia važiuot į darbą ir jei pavėluosiu, galėsiu prarast darbą. Ir sakė, jei dar rėksi, nutrauksim gydymą.

**Bet nestumdei nieko?**

Ne.

**Ar bendraujate su kitais FM dalyviais? Kaip? Ką darote, kad bendradarbiavimas vyktų?**

Bendrauju. Iš taboro pažįstu. Prie metadono kabineto pakalbu.

**Ar kokios nors paslaugos jums buvo mokamos? Kokios? Ar žinote priežastį? Ar buvo pasiūlytas sprendimas, kad paslauga taptų nemokama?**

Moku pastoviai, į biržą pažymą reikia pristatinėt, kad stoviu programoj.

**Ar šis centras yra artimiausias pagal jūsų gyvenamąją vietą? Jei ne, kodėl gydotės čia? (vienintelė galimybė, tinkamesnis laikas, geresnės paslaugos ir pan.)**

Ne. Lentvaryje gyvenu. O gal ir artimiausia... Pas mane Lentvaryje, Trakuose nėra metadono, gal Gerosios Vilties g. artimiausias. Poliklinikoj nėra.

**Ar jums patogios centro darbo valandos?**

Taip patogios, aišku, nuo 7 ryto iki 18 val. vakaro.

**Ar galima derinti / perkelti konsultacijos laiką? Ar tai darote? Kodėl taip / ne?**

Taip ir šiandien pakeičiau. Paskambint arba užeit pasakyti „negaliu, vėluoju“. Gali paskambint socialinei: „šiandien negaliu, atvažiuosiu kitą dieną“.

**Ar galite užsukti konsultacijai iš anksto nesusitaręs, bet kai specialistas laisvas? Ar yra buvę, kad specialistui esant laisvam, dėl kokių nors priežasčių vis tiek nebuvote priimtas?**

Jo. Dažnai pas gydytoją taip būdavo. Jeigu žmonių nėra, priima laisvai.

**Ar jums suprantama centre veikianti eilių sistema? Papasakokite apie ją. Ar ji turi išimčių, ar jos buvo jums taikomos?**

Eilėje stovėjau, bet labai trumpai. Gal keturias–penkias dienas reikėjo palaukti. Atsistojau ir reikėjo užeidinėti klausti pastoviai. Pas gydytoją gal, neatsimenu. Arba skambint, arba ateit.

**Papasakokite apie medikamento išdavimą. Kiek laiko trunka jūsų įprastas apsilankymas medikamentui gauti?**

Įvairiai, kartais ir 40 min prastovi, kartais iškart, jeigu žmonių nėra, pagal eilę. Kai dirbi, 7 val. atvažiuoji ryto, visi prieš darbą važiuoja metadoną imti, tai pastoviai stovi pusę val., 40 min. Kas nedirba septintą valandą nelabai ir leidžia, iš pradžių, pirmenybė šitiems, kas dirba.

**Papasakokite, kaip patekote į gydymo programą. Kokius reikalavimus turėjo įgyvendinti? Kiek ilgai truko procesas? Ką reikėjo pristatyti? Kur reikėjo nuvykti? Su kuo pasikalbėti?**

Neatsimenu. Man atrodo kažkokių kursų reikėjo paskutinį kartą. Man atrodo antram aukšte kursus lankyti, kažką man pasakojo. Nelabai atsimenu, bet pora kartų buvau.

**Kas jums teikė informaciją apie gydymą pradžioje? Ar pasitikėjote šia informacija? Ar ji jums buvo suprantama? Ar ji sutapo su draugų / pažįstamų patirtimi? Kas kėlė baimę?**

Nereikėjo sakyti, pats viską žinojau, bet man papasakojo.

**Ar buvo konsultuojami jūsų šeimos nariai? Ar buvo toks poreikis? Ar siūlė konsultuoti? Kas konsultavo? Kaip vyko konsultacija?**

Ne. Klausė, bet mama nenori eiti.

**Ar jus konsultuojantys specialistai per pastaruosius metus (kaip vėliau sužinojote) yra nesuteikę jums aktualios informacijos (apie centre vykstančius užsiėmimus ar renginius, paslaugas, jūsų gydymo eigą, medikamentus)? Kaip manote, kodėl? Ką darėte?**

Ne, viską gaunu.

**Ar per pastaruosius metus esate gavęs papildomos informacijos, kuri nebuvo visiems prieinama, tačiau konkrečiai jums leido geriau pasinaudoti centro teikiamomis paslaugomis?**

Ne.

**Ar per pastaruosius metus jus konsultuojantis specialistas yra reiškęs neigiamas pažiūras į jus, jūsų artimuosius, jūsų priklausomybę?**

Ne, niekada taip nebuvo.

**Ar per pastaruosius metus prisimenate kokį nors konsultuojančio specialisto elgesį, kuris būtų privertęs jus suabejoti ar dar norite lankytis pas specialistą / gydymo įstaigoje / tęsti gydymą apskritai?**

Ne, gydyme aš norėjau dalyvauti, jeigu atsistojau ant programos. Su Mindaugu buvo, kad norėjau pakeisti, užėjo tokios mintys tą dieną. Po to praėjo ir normaliai su juo pradėjom bendrauti ir viskas gerai.

**Ar baiminotės dėl savo duomenų slaptumo? Ar jus konsultuojantis specialistas yra tyčia ar netyčia kalbėjęs apie jūsų sveikatos būklę netinkamoje aplinkoje (esant kitiems pašaliniais asmenims, koridoriuje ir pan.)?**

Ne. Man nesvarbu.

**Ar esate jautęs darbuotojo asmeninę antipatiją? Kaip tai pasireiškė? Ką darėte?**

Ne

**Ar koks nors specialisto elgesys ar žodžiai yra leidę jums suprasti, neturėtumėte reikšti nepasitenkinimo paslauga ar jos atlikimu? Papasakokite.**

Ne

**Kas informuoja apie skundo galimybę? Ar žinote kokia skundo registravimo tvarka?**

Ne, nepasakojo. Nesu rašęs. Jeigu kažkas blogo, nueisiu pas soc. vedėją ir nereiks skundo rašyt, nueisiu pas ją ir pakalbėsiu su ja. Man atrodo taip. Bet nesu taip daręs.

**Ar jus konsultuojantis specialistas dažnai jus siunčia pas kitus specialistus? Ar visada aiškus to tikslas ir nauda? Ar per pastaruosius metus esate suabejojęs tokių nukreipimu nauda ar praktiškumu?**

Dariau biopsiją, siuntimą gavau į Žvėryną, po to į Santariškes. Jeigu siunčia, tai jau reikia.

**Ačiū**

## **KAUNAS CENTRE FOR ADDICTIVE DISORDERS**

15. Vilma, gydytoja, vedėja, KAPLC

**Ar teikia antrinio lygio FM paslaugas? Kaip atrodo paslaugos teikimas? Kas yra atvejo vadybininkas? Ir / ar užtikrinamos atvejo vadybos paslaugos? Jei nėra: pagal funkcijas: t. y. kas, iš specialistų, yra atsakingas už FM? Kokie be atsakingo specialisto specialistai dirba? Kokia jų funkcija? Kiek pacientų dalyvauja FM? Ar yra eilė? Kaip ji veikia? Kodėl dalyvauja tiek asmenų?**

Dalyvauja apie 100, tiksliai skaičiaus negaliu pasakyti, bet netoli 100. Svyruoja, buvo iki 78 ir dabar skaičius yra išaugęs. Ir stabilus, apie 100 žmonių, aišku, vyksta nubyrėjimas, vieni iškrenta, kiti atvyksta, bet vidutiniškai vis tiek apie 100 laikosi. Programoj: du gydytojai, dvi slaugytojos, psichologas ir du socialiniai darbuotojai.

**Kaip vyksta priėmimas į FM? Ką reikia pristatyti, turėti, su kuo pasikalbėti? Ar yra kokie nors reikalavimai, norint gauti paslaugą? Kokie? Ką apie tai manote? Ką sako metodika ir nustatyta įstaigos tvarka? Kaip elgiatės praktikoje? Ar sutampa? Jeigu ne, kodėl? Kaip turėtų būti? Ar kolegos dirba taip pat? Kaip kolegų (ne)pritarimas veikia konkrečius jūsų sprendimus?**

Suku pasakyti. Patekimas pas mus yra neribotas, eilių nėra, vienintelė sąlyga yra, kad jeigu žmogus kreipiasi prieš savaitgalį, tai tokiu atveju nepriimam, nes reikia pradžioj stebėti kasdien, titruoti dozę, kad nepalikti žmogaus, kad nevartotų šalia ir metadoną, ir heroiną, paprastai priimam nuo savaitės pradžios. Kol kas ribojimų ar „lubų“, kiek mes žmonių galime priimti į programą, nėra. Tiesiog žiūrime savo pajėgumus, kiek pajėgiam aptarnauti.

Ateiti ir paprašyti. Toliau yra konsultuojami gydytojo psichiatro, atliekami testai tiek dėl narkotinių medžiagų, tiek dėl ŽIV, hepatitų. Iš karto pratestuojam. Svarbu žinoti anamnezę, koks yra vartojimo

stažas, ar tai tikrai turėtų būti pirmo pasirinkimo vaistas (metadonas). Gal žmogui visai to nereikia, jis nežino kitų gydymo metodų, kad galima kitaip, tarkim, patekti į stacionarą ir per trumpesnę laiką „apsivalyti“, o ne naudoti pakaitinius preparatus. Aišku yra vertinimas gretutinių susirgimų. Jeigu nėščios moterys vartojančios, tai yra pirmumo eilė. Ir ŽIV.

**Kaip jūsų centre veikia informavimas apie FM tiems, kas dar nėra dalyviai (kitų skyrių pacientams (kokie tie skyriai), tiems, kas dar nesikreipė gydymo paslaugų)? Ar yra mobili klinika, žemas slenkstis, konsultantai lygus-lygiam, outreach, lankstinukai, video, žalos mažinimo specialistai etc.). Ar konsultuojami klientų artimieji? Kas konsultuoja?**

Kauno centras yra pakankamai gerai žinomas, skelbtis nereikia. O kita informacija yra internete. O iš kitos pusės, kadangi narkotikų vartotojai labai plačiai bendrauja, eina informacija iš lūpų į lūpas. Neigiama informacija daugiau gaunama iš tų narkotikų vartotojų, kurie yra praėję reabilitacijos bendruomenes. Jie turi kitą informaciją, visada teigia, kad iki patenkant į reabilitaciją, jie buvo *užsėdę* ant metadono ir tai ir žala, ir visaip kitaip. Nors aš visada sakau, kad, jei jūs nebūtumėte patekę į šią programą, klausimas ar būtumėte patekę į reabilitaciją. Galbūt tai ir buvo tas toksai pereinamasis periodas, kai žmogus suvokia, kad turi pasirinkti gyvenimą be jokių pakaitalų ir jokių narkotikų. O šiaip nėra labai daug tokios informacijos Kaune, kad... Šiaip yra informacija teikiama tiems pacientams, kurie yra programoje, o didelės sklaidos ir informacijos teikti tiesiog nereikia, nes yra buvę keli straipsniai „Kauno dienos“ laikraštyje, kadangi centras mūsų yra seniai žinomas, kad narkotikų vartotojai nežinotų, kur kreiptis, tai tikrai nėra. Turime didesnę problemą dėl susisiekiimo, nes yra žmonių, kurie nori atvykti net iš ne Kauno apskrities, o, pvz., iš Marijampolės, ar iš tolesnių miestų. Bet dėl to, kad jie turėtų važinėti, šitie žmonės nelabai gali privažinėti. Turim daug pacientų iš Jonavos. Jonava – 30 km, žmonėms yra sudėtinga, bet kadangi iš tos pusės yra tikrai nemaža dalis narkotikų vartotojų, tai jie bando kooperuotis, važiuoja kartu.

Kiekvieną dieną vyksta detoksikacijos skyriuje nuo 10 val., valandą laiko paskaitos, užsiėmimai, per kurias yra teikiama šita informacija. Kai narkotikų vartotojas atsigula detoksikacijai yra individualios konsultacijos pas soc. darb. Taip kad jie eina, kalbasi individualiai ir gauna informaciją.

**Papasakokite apie vizitus į namus. Kokiais atvejais vykstama? Kaip dažni šie atvejai? Kokiais atvejais atsisakoma vykti arba vizitui nepritartų jūsų vadovas / kolegos? Kas lemia jūsų sprendimus vykti / nevykti?**

Mes į namus nevežiojam, vežam tik į gydymo įstaigas, slaugos ligonines. O į namus nevežam. Yra sudaromos sutartys su artimaisiais, tėvais, broliais, kurie nevartoja. Turime žmonių, kurie turi pirmą invalidumo grupę, kurie nevaikšto. Anksčiau yra buvę mūsų vaikščiojantys pacientai, mes juos puikiai žinom. Nėra daug, gal du tik žmones tokius turim.

**Kaip jūsų įstaigoje apibrėžiamas teikiamų žalos mažinimo paslaugų tikslas? Kas dalyvauja procese (darbuotojai, administracija, tik vadovai, pacientai ir pan.)? Kokiomis apibrėžtomis vertybėmis vadovaujatės dirbdamas? O jūsų kolegos? Ar pritariate įstaigos suformuotam tikslui ir vertybėms, o gal kažką darytumėte kitaip? Jei darytumėte kitaip – kodėl? Kokio tikslo tada būtų galima pasiekti? Kuo tai būtų geriau / priimtinau?**

Sumažinti narkotikų vartojimą arba nutraukti visiškai.

**Kas yra FM – žalos mažinimas ar atskira gydymo programa? Ką apie tai sako PSO? Ką – UNODC? Kokio požiūris apibrėžtas jūsų įstaigoje? Kokio požiūrio laikosi kolegos? Ką manote jūs?**

Pirmoj eilėj - žalos mažinimo programa, todėl, kad nelegalus narkotikas yra pakeičiamas į legalų opioidinį vaistą. Tai toks perėjimas į nevartojimą.

**Koks yra jūsų įstaigoje apibrėžtas gydymo FM tikslas? Ką apie tai sako metodika, kuria vadovaujatės? Ką manote jūs pats?**

Nevartoti nelegalių narkotikų, sumažinti riziką infekcinėm ligom platinti, kadangi jie būna dažniausiai būna intraveniniai vartotojai. Sveikatos pagerinimas, jeigu nėsčiosios – rizikos dėl nėštumo, vaisiaus išsaugojimas. Kiek turėjome nėsčiųjų, jos jau žinojo apie šią programą. Yra buvę ne iš ginekologų nukreipimas, bet iš šeimos gydytojų.

**Į jūsų įstaigą ir skyrių priimamas dirbti naujas žmogus. Ar pokalbio metu jam buvo papasakota apie įstaigos nustatytus tikslus ir vertybes? Kaip ir kada perduodamos žinios apie žalos mažinimo tikslus ir vertybes? Kaip šių dalykų supratimas aptariamas su naujuoju darbuotoju, kokie įrankiai naudojami (mokymai, susitikimai, mentorius bandomuoju laikotarpiu, konsultacijos su žmogiškųjų išteklių specialistu, rekomenduojama literatūra ir pan.)**

Jeigu žmogus priimamas, jis supažindinamas su programa, su ko mes norime, kokie yra siekiai, kaip reikėtų bendrauti su pacientais. Net ir ne naujus žmones priimant į darbą, periodiškai vyksta aptarimas pacientų tiek su psichologais, su soc darbuotojais, jie mato iš savo pusės, jie duoda patarimą, vertinimą iš savo pusės, gydytojas - iš savo pusės. Netgi intensyvumas konsultacijų priklauso nuo aptarimo ir bendradarbiavimo: kiek reikėtų, su kuriuo daugiau reikėtų dirbti, kurį daugiau motyvuoti, kurį motyvuoti nevartoti, baigti programą, pereiti į blaivybę. Dažnai būna, kad žmogus socialiai adaptuotas, turi darbą, bet nesiryžta nutraukti metadono vartojimo, nes baiminasi, jog galėtų vėl pradėti vartoti. Padėti įveikti tas baimes, kad galėtų būti nepriklausomas nuo įstaigos ir metadono vartojimo.

**Ar teikiamos žemo slenksčio paslaugos?**

Jokių kitokių apart FM. Buvo Kaune kabinetas įsteigtas, kur buvo keičiami švirkštai, buvo teikiamos paslaugos nustatant ŽIV greitaisiais testais ar hepatitus, po to siunčiami į specializuotas įstaigas esant įtarimui. Bendradarbiauom. Juolab, kad iš mūsų programos viena ten buvo dirbanti. Nors tai nėra susiję su mūsų funkcijom, bet žmogus buvo įsidarbinęs ir padėdavo tiem žmonėm, kurie priklausomi nuo narkotikų.

### **Kaip apibrėžiate “pasveikimą”? Kokia tikimybė jūsų klientui “pasveikti”?**

Labai individualu. Turi būti labai stipri motyvacija, geros socialinės sąlygos, palanki aplinka, kad pasveikimą būtų galima pasiekti. Pasveikimas, jeigu mes jį įvardiname kaip nevartojimą ne tik nelegalių narkotikų, bet nevartojimą jokių medikamentų, įskaitant ir metadoną. Procentas, kurie išeitų nevartodami ir nevartotų toliau - jis nėra didelis. Bet šiaip turim ir dabar turim nemažai atvejų, kai ateina aplankyti, kurie išėję iš programos, būna labai smagu, kad prisimena, pasirodo, aplanko.

### **Nuo ko, jūsų nuomone, priklauso gydymo FM veiksmingumas? Ką apie tai sako metodika ir įstaigos vertybės? Ar sutampa? Jeigu ne, kodėl? Ką laikote veiksmingu / siektinu rezultatu? Ką darote savo darbu, kad veiksmingumas didėtų / pasiektumėte rezultato?**

Pirmiausia nuo abipusio supratimo tarp paciento ir personalo ir bendrų siekių. Jeigu randamas supratimas, pacientai neapgandinėja, nuoširdūs yra, motyvuoti, turi savo tikslus nevartoti, tada rezultatai būna labai geri. Aišku, vaistų dozės. Aptariam... Aptariam tikslą kaip turėtų būti. Išsiaiškinama vaisto nutraukimo pasekmės arba mažinimo pasekmės, galimi šalutiniai poveikiai. Prieš priimant į gydymą, aptariama, koks turėtų būti gydymosi terminas. Neribotas, ar kažkuris tai laikas, ar trumpesnis laikas. Priklausomai nuo to, ko žmogus nori. Pvz., dabar turim žmones, kurie nori nutraukti nelegalių narkotikų vartojimą, pradėti vartoti naltreksoną arba implantais, arba kaip geriamą. Yra pasirošimas, gali būti iki mėnesio laiko, arba kelių mėnesių, priklausomai nuo to, koks yra vartojimo stažas.

### **Gydymo trukmė. Ką sako metodikos? Kaip elgiatės praktikoje? Ar sutampa? Jeigu ne, kodėl? Kaip turėtų būti? Ar kolegų dirba taip pat? Kaip kolegų (ne)pritarimas veikia konkrečius jūsų sprendimus susijusius su gydymo trukme?**

Aptariam, kokia būtų optimali arba rekomenduojama gydymo trukmė. Jeigu žmogus ne pirmą kartą ateina, tai rekomenduojam ilgalaikį gydymą. Jeigu prieš tai buvę bandymai gydytis įvairiais metodais, bet jie buvo nesėkmingi, geriau patariam vartoti saugią dozę, būtent medikamentą, o ne atsitiktinai vartoti narkotikus gatvėje. Jeigu pirminiai - vertinam, specialistai mato ir įvertina, koks galėtų būti vartojimo stažas, numatoma, kokia yra motyvacija, aplinka, saugi ar nesaugi, ir irgi aptariam gydymo periodas. Pacientai niekada neišsako patys, kad pvz. norėtų gydytis tris

mėnesius. Iš mūsų pusės būna rekomendacijos, kokie yra planai, ar jis šiuo metu dirba, ar gyvena šeimoj, kokia jo socialinė aplinka, kokie jo planai, ką planuoja ateityje. Tada aptariame, ar būtų logiška vartoti neribotą laiką, ar trumpalaikį, labai dažnai žmonėms siūlome ne metadoną, o detoksikaciją Suboxonu (tiems, kas yra pirminiai pacientai). Suboxonas - iki mėnesio laiko (ambulatoriškai), bet gali būti ir dvi savaitės. Stacionare taip pat taikome detoksikaciją Suboxonu, bet iki keturiolikos dienų. O ambulatoriškai iki mėnesio gali trukti.

Ateina psichologo ir soc. darbuotojo konsultacijoms. Pradžioj taip, bent keli kartai privalomi yra. Nes kitaip tiesiog netęsiame gydymo.

**Kokia yra medikamento išdavimo į namus tvarka? Ką sako metodika ir nustatyta įstaigos tvarka? Kaip elgiatės praktikoje (ar taikote išimtis)? Ar sutampa? Jeigu ne, kodėl? Kaip turėtų būti? Ar kolegos dirba taip pat? Kaip kolegų (ne)pritarimas veikia konkrečius jūsų sprendimus dėl išdavimo į namus? (Kas priima sprendimą išduoti ar neišduoti (papasakokite apie procesą, kas rekomenduoja, tvirtina, kaip dalyvauja kiti specialistai, kieno sprendimu vadovaujama kaip galutiniu)? Ar gavę priimtą sprendimą, jį svarstote papildomai? Ar tiesiog pritariate ir nebeklausinėjate?)**

Gauna informaciją, kad gydymo pradžioje režimas yra griežtas, lankomasi kiekvieną dieną vaisto suvartojimui į centrą. Po mėnesio, kai pakartotinai testuojamas žmogus, vertinam jo visą lankymasi, kokia yra skiriama metadono dozė, kokia jo veikla yra (jeigu yra dirbantis - vertinam darbo grafikus, kad galėtų žmogus vykti į darbą ir atvykti pasiimti vaistų). Sąlygos yra įvairios, gali būti pradžioj skiriama kas antrą dieną, du kartus į savaitę, iki, galiausiai, vieno karto į savaitę, jei pacientas yra pilnai motyvuotas ir jo nevartojimas greta narkotikų yra stebimas pakankamai ilgą laiką, ne mažiau trijų mėnesių.

**Kaip skiriama FM dozė? Ką sako metodikos? Kaip elgiatės praktikoje? Kam teikiate prioritetą (kuo pirmiausia vadovaujatės): nustatytomis taisyklėmis ar paciento būkle, savijauta, išsakomais nusiskundimais? Ar sutampa? Jeigu ne, kodėl? Kaip turėtų būti? Kodėl? Ar kolegos dirba taip pat? Kaip kolegų (ne)pritarimas veikia konkrečius jūsų sprendimus dėl dozės parinkimo/koregavimo?**

Atsižvelgiam į tai. Nes visada vertiname riziką, kad žmogus vartos pats tą dozę, nepardavinės. Yra vieni pacientai, kurie daug kartų teisti už prekiavimą narkotikais, stažas didelis vartojimo, degradacija. Įvertinam žmogų ir pagal tai priimam sprendimus. Aišku, visada pagerinu sąlygas. Jeigu pastebim arba gaunam neigiamos informacijos, nepalankios pacientui, mes peržiūrim šitą lankymasi ir būna sąlygos sugriežtintos.

**Kas papasakoja tą neigiamą informaciją?**



Gali įvertinti kitas personalas, kuris tiesiogiai nedirba su šiais pacientais. Siunčiant testuoti – mėginimams pakeisti, klastoti mėginius, tai įvertinam.

### **Ar tikrinama asmens motyvacija gydytis? Kaip tai daroma? Kaip turėtų būti?**

Žmogus išsako savo konkrečius tikslus. Nėra sudėtinga įvertinti, ar tai iš niekur tiktai pasisakymai, ar kiek jie yra realūs. Dažnai būna, kad su artimaisiais ateina. Tie, kurie ateina kartu, prašo ir suteikia informaciją, kokia yra situacija namuose, kad pacientas nepakankamai atvirai kalbasi. Tokiu atveju apsprendžiame, kaip turėtų būti, ką galėtų tėvai informuoti, kaip jaučiasi tas pacientas, netgi greta medikamentų išrašomų kiekiams ir kokius vaistus skiriami - irgi dažnai derinama su artimaisiais, su kuriais gyvena, tai artimieji būna: tėvai, būna vyras, žmona.

### **Ar konsultuojami klientų artimieji? Kas konsultuoja? Ar kviečiami konsultotis?**

Ne, kadangi nėra tikslas konsultuoti artimuosius. Pati šeima, jeigu žmona, vyras, tokiu atveju reikėtų pasikalbėti, ypač jeigu įtariama arba nustatoma, kad yra infekuoti, t. y. ar ŽIV, hepatitas, tokiu atveju būtinai kviečiame pasikalbėti šeimos narius.

### **Ar ir kaip motyvuojate klientus kreiptis dėl hepatito gydymo?**

Mes ne tik rekomenduojame, bet įpareigojame nuvykti į infekcinę ligoninę pasitikrinti. Nes viena iš sąlygų gydymo tęstinumui, jeigu jie nevykdo tos sąlygos, įspėjame, kad gydymas bus netęsiamas, nes nebus pakankamai efektyvus. Jeigu nesikreipia dėl tolimesnio gydymo įtarus hepatitams arba ŽIV.

### **Ar FM pacientams taikoma paskatinimų ir nuobaudų sistema? Papasakokite. Koks jos tikslas? Ar ir kaip naudojate šią sistemą? Pagal nustatytą tvarką ar kitaip? Už ką dažniausiai skiriate nuobaudas (nurodykite bent tris priežastis)? Kodėl? Ar ši sistema, jūsų nuomone, reikalinga? Kodėl? Kaip ją apibrėžia metodika? Ko jūs siekiate baudami pacientą (pvz. įrodyti kad jis nesilaiko taisyklių? Siekiate taip keisti jo elgesį į mažiau rizikingą ir t.t.)**

Sugriežtintas lankymasis kasdien, vaisto suvartojimas ne tik sesutės priežiūroj, bet ir gydytojo priežiūroj. Jeigu pastoviai yra pažeidinėjimas, nesilaikymas, tai išbraukiama iš programos kaip gydymo neefektyvumas. Jeigu nuolat vartoja šalia narkotikus, nežiūrint to, kad jam yra koreguojama metadono dozė, nepriklausomai nuo to kiek tu ją bekelei, jau metadonas sukelia apsvaigimo simptomus, o jis vis tiek šalia vartoja bet kokius kitus narkotikus arba heroiną. Yra įtraukta į sutartį, numatyti atvejai už šiuos pažeidinėjimus ir nevykdymus. Aišku, agresyvaus elgesio, apie centrą sukinėjasi, matymo, kad platina ar dar kažkas. Ten numatyti tie dalykai.

Nereikia 8 testų. Jeigu po dviejų mėnesių vis tiek šalia vartoja narkotikus, reiškia, kad jis nėra pakankamai motyvuotas. Arba nepakankama metadono dozė. Tada peržiūrimė metadono dozė:

žmogus sėdi prie kabineto suvartojęs metadoną, stebim jo būklę, kiek jam tai reikalinga, kad nebūtų, kad išgėrė išėjo ir apsvaigęs kažkur nukrito. Keliant dozę yra piktnaudžiavimo rizika. Išsinešimui neišduodame gryo metadono, pacientas atsineša sultis, kuriomis praskiedžiame, kad būtų vaistas vartojamas per burną, o ne būtų mėginimas susileist ar kažkaip kitaip.

**Ar individualizujete pagalbos planą? Jei taip – pateikite bent tris pavyzdžius?**

Pagal standartus, kas tris mėnesius. Jeigu žmogui reikia, jis kreipiasi ir peržiūri kaip jam reikia.

**Kaip dažnai pacientai lankosi pas gydytoją? Kokia tvarka?**

Didelė dalis pacientų, kurie šalia vartoja miegui vaistus. Jie jau atėję į programą turi priklausomybę medikamentams, ir tai nutraukti sudėtinga. Kad kontroliuoti, kad nebūtų piktnaudžiavimo, pacientai ateina kartą per mėnesį išsirašyti vaistus, tai jau turi kontaktą. Aišku, yra didelė dalis žmonių, kurie visai vaistų nevartoja, jokių išskyrus metadoną. Sesutė išduodanti metadoną pirmoji išklauso nusiskundimus, tada nukreipia pas gydytoją pagal paciento poreikį.

Kartais inicijuoja patys, šiandien matėte, žmogus planuoja vykti į „Minesotos“ programą ar reabilitaciją arba yra darbo pasiūlymas užsienyje, išvykti nori, kiti - šeimyniniai dalykai. Be abejo, tada pacientas savo iniciatyva kreipiasi pas gydytoją, nes tai nėra numatyta ir suplanuota iš anksto.

**Ar jūsų įstaigoje veikia darbuotojų vertinimo sistema? Kokie rezultatai vertinami, ar jie leidžia įvertinti jūsų darbo kokybę? Kodėl? Ar vertinime dalyvauja klientai? Kas dalyvauja?**

Rašytinės ne, žodinė taip. Visada įvertinam, aptariam ir perspėjam bendrų aptarimų metu. Tai nėra pliusiukai - minusiukai, bet žodine prasme, kokia iniciatyva buvo, kiek galėjo prisidėti, ką reikėjo padaryti.

**Ar manote, kad jūsų įstaigos teikiamos paslaugos yra kokybiškos? Ar jūsų teikiamų paslaugos padeda jūsų klientams? Ar kokybė galėtų būti geresnė? Kokių veiksmų imatės? Jei nesiimate, kodėl?**

Manau, kad pakankama. Galėtų būti geresnė, jei galima būtų nustatyti ne kokybiškai metadono vartojimą, o kiekybiškai. Kiek žmogus suvartojo, o kiek jam reikia. Jeigu būtų tokie tyrimai, tai būtų lengviau. Ne pagal paciento nusiskundimus, o pagal kiekį, kiek yra organizme šitos medžiagos. Tai būtų didesnė kontrolė išduodant metadoną į namus, galėtum tikrai žinoti, ar žmogus sąžiningai vartojo, ar buvo rizika pardavinėti, ar dar kažkas. Nes mes turime informacijos, kad žmogus kartais mėgina nepavartoti, siekdamas užsidirbti iš savo dozės. Tai čia sunkiausia kontrolė.

**Ačiū**

**Ar teikia antrinio lygio FM paslaugas? Kaip atrodo paslaugos teikimas? Kas yra atvejo vadybininkas? Ir / ar užtikrinamos atvejo vadybos paslaugos? Jei nėra: pagal funkcijas: t. y. kas, iš specialistų, yra atsakingas už FM? Kokie be atsakingo specialisto specialistai dirba? Kokia jų funkcija? Kiek pacientų dalyvauja FM? Ar yra eilė? Kaip ji veikia? Kodėl dalyvauja tiek asmenų?**

Kasdien pacientų būna apie 100, bet būna ir daugiau. Buvo visko, buvo ir iki 70 nukritę. Jie ne per dieną, pirmadienis ir penktadienis yra pačios baisiausios dienos, kadangi dauguma ateina - po 80 žmonių per dieną. Kiti dirbantys - jie ateina kas antrą dieną. Yra dirbantys pamainom, slenkančiu grafiku, kaip tas vaikinukas buvo, jis tris dienas dirba, tris dienas laisvas. Rytoj ateis ir išsineš trims dienoms į priekį vaistus, kadangi jis dirba nuo ryto 7 val. iki vakaro 7 val. Yra kas ateina kas antrą dieną, dukart savaitėj. Jeigu dirba, įsidarbina. Yra, kur testai geri būna, irgi sudarytos sąlygos lankytis rečiau. Yra kurie gyvena toliau. Arba įsidarbina, arba nėra finansų važinėti toliau.

Vienąkart į mėnesį daromi testai, aišku, reikalui esant, galima ir kelis kartus. Dešimties medžiagų. Pas mus keli mėnesiai jei yra geras testas, tada jau daromos lengvatos. Sprendžiam individualiai, du - trys mėnesiai. Nes yra žmonės, kurie iš Jonavos važinėja, jiems irgi sunku važiuoti, kelias koks...

**Kaip skiriama FM dozė? Ką sako metodikos? Kaip elgiatės praktikoje? Kam teikiate prioritetą (kuo pirmiausia vadovaujate): nustatytais taisyklėmis ar paciento būkle, savijauta, išsakomais nusiskundimais? Ar sutampa? Jeigu ne, kodėl? Kaip turėtų būti? Kodėl? Ar kolegės dirba taip pat? Kaip kolegų (ne)pritarimas veikia konkrečius jūsų sprendimus dėl dozės parinkimo/koregavimo?**

Jeigu pasididinti, paprastai pradedam nuo 40 ar 30 ml, tada klausi žmogaus, kaip jis jaučiasi kitą dieną atėjęs, taigi matai, kaip ateina, yra abstinencija - nėra, kaip jis miegojo paklausinėjai. Jei jam yra mažai, tada duodi dozę ir liepi pasėdėti pusvalandį koridoriuje, kad gydytoja galėtų pažiūrėti ar jis neapsvaigęs, kaip jis jaučiasi po to suvartojimo. Iki valandos koridoriuje. Kiti sako, kad mažai, o iš tikrųjų jam yra per daug, nori tokio apsvaigimo, kaip jis įpratęs. Nes nėra testų, kaip sako užsienyje yra, kad nustatai, kiek iš tikrųjų reikia žmogui.

**Gydymo trukmė. Ką sako metodikos? Kaip elgiatės praktikoje? Ar sutampa? Jeigu ne, kodėl? Kaip turėtų būti? Ar kolegės dirba taip pat? Kaip kolegų (ne)pritarimas veikia konkrečius jūsų sprendimus susijusius su gydymo trukme?**

Įvairiai. Turiu porą pacientų, kurie gydosiu nuo pat įkūrimo metadono, nuo 1995 m. Tai 22 metai bus gruodžio mėn. Vienas turi su alkoholiu problemų. Bet vienas yra dirbantis, šeimą sukūrė, papildomai nieko nevartoja, net raminamųjų. Įvairiai - nuo mėnesio iki trijų, iki šešių, iki metų, ir du metai, ir penki metai. Paprastai atkrenta. Žmogus gydosiu, jaučiasi gerai, tada mažini 5 ml dozę ir

vėl lauki, kada jis jausis gerai. Nes paprastai jiems stresas: „O, sumažino, bus blogai“, o taip nėra. Tiesiog pasamonėje jiems, kad „jeigu sumažinsiu, man bus blogai“. Patys daug kas mažinasi, *daėjo* iki 5 ml, tai mažiausia. Tada kelios dienos duodam po 5 ml, vieną dieną išgeria 5 ml, kitą dieną - nieko, po to vėl 5 ml. Konsultuojasi su gydytoja, su manim, su socialiniais, su psichologais, visi dirbam.

### **Geriausia kiek?**

Individualiai: ir trys, ir penki mėnesiai - jie patys kaip jaučiasi.

**Nuo ko, jūsų nuomone, priklauso gydymo FM veiksmingumas? Ką apie tai sako metodika ir įstaigos vertybės? Ar sutampa? Jeigu ne, kodėl? Ką laikote veiksmingu / siektinu rezultatu? Ką darote savo darbu, kad veiksmingumas didėtų / pasiektumėte rezultato?**

Jeigu nieko papildomo nepavartoja, tada veiksmingumas tikrai yra. Bet jeigu pradeda ką nors papildomai [vartoti], tada ir metadono jam atrodo nebeužtenka, nes jis jau pavartojo heroino ar amfetamino. Yra kurie daug kalėjimų *praėję*, jie pavartoja, paskui į kalėjimus papuola, jiems ten labai sunku *persilaužt* yra. Sako, va, matai, vartočiau metadoną ir dabar labai blogai. O iš tikrųjų ne - tiems, kas tik metadono vartojo, jiems nėra taip sunku, kaip tiems, kur pamaišo ir to, ir to.

**Ar FM pacientams taikoma paskatinimų ir nuobaudų sistema? Papasakokite. Koks jos tikslas? Ar ir kaip naudojate šią sistemą? Pagal nustatytą tvarką ar kitaip? Už ką dažniausiai skiriate nuobaudas (nurodykite bent tris priežastis)? Kodėl?**

Pavartojęs, šiandien padarėm testą, rodo metamfetaminus ir ekstazi. Jis sako tikrai nevartojęs. Bet jis tikrai pavartojęs, nes heroine visko pamaišyta būna, jis pats nežino, kokį heroiną, sakau, tu vartojai. Tada reikia kasdien lankytis, nėra išlygų iki kol bus geri testai.

**Kada pacientas šalinamas iš programos? Ką sako metodika ir nustatyta įstaigos tvarka? Kaip elgiatės praktikoje? Ar sutampa? Jeigu ne, kodėl? Kaip turėtų būti? Ar kolegos dirba taip pat? Kaip kolegų (ne)pritarimas veikia konkrečius jūsų sprendimus dėl šalinimo iš programos?**

Kada yra nusižengimai prieš personalą, agresyvumo, tada šalinama. Dabar, *skaitom*, jeigu trys testai blogi iš eilės, mažinam kuo greičiau dozę, kas trys, kas keturios dienos ir žmogų *išmetam* iš programos, kadangi jam neveiksminga yra. Jei jis vartoja heroiną pastoviai.

**Kaip apibrėžiate “pasveikimą”? Kokia tikimybė jūsų klientui “pasveikti”?**

*Nu*, daug yra pasveikusių. Daug kas pasiduoda į tikėjimą, sukuria šeimas, daug kas turi vaikų, jų visai kitoks gyvenimo būdas pasidaro. Kadangi jis papildomai nieko nevartoja, ateina dabar

aplankyti manęs po daug metų, matai, kaip pasikeitęs žmogus, jis nieko nevartoja, net raminamų, ir tų nebegeria. Labai būna malonu.

### **O vaistus skiriate?**

Jei nebemiega, tada išrašome raminamų. Bet yra ir tokių, kurie visai raminamųjų nevartoja. Dabar yra toks atvejis, kad vieniems reikia apsvaigimo. Jie *ant viršaus* išgeria alkoholio, o tai yra alus, ir jie jaučiasi gerai. Tikrinam alkokosteriais ir, jei pripučia kad ir 0,4 %, jau metadono nebeduodam. Nesvarbu kiek. Jei matysim, už trijų valandų - „Eik prasivaikščiok, tada ateik“ - vėl pučiam, ir tada jau... Turi būti nulis, todėl ir sako, „Kodėl vairuot galima su 0,4 %, o jūs mums metadono neduodat?“

### **Jeigu nesutinka su testo rezultatu?**

Padarom papildomą arba seilių testą, arba vien tik opiatų testą - atskirą testą. Visko būna, bet *pagrinde*, kad patys kalti.

**Ar klientas gali keisti gydytoją ar atvejo vadybininką? Kas šiais klausimais informuoja / konsultuoja? Ką apie tai manote? Kaip dažnai įvyksta tokie pakeitimai? Kaip manote, kodėl?**

Dar tokio atvejo nebuvo.

**Kaip atliekami šlapimo testai? Ką sako metodika ir nustatyta tvarka? Kaip elgiatės praktikoje? Ar sutampa? Jeigu ne, kodėl? Kaip turėtų būti? Ar kolegos dirba taip pat? Kaip kolegų (ne)pritarimas veikia konkrečius jūsų sprendimus? Koks, jūsų nuomone, šlapimo testų tikslas? Ar pasiekama to tikslo? Kokios, jūsų nuomone, šlapimo testų teigiamos (pvz. gali sakyti, kad padeda parinkti tinkamą medikamento dozę) ir neigiamos pusės (pvz. trukdo užmegzti atvirą kontaktą, įgyti pasitikėjimą ir t.t.)?**

Eilės tvarka: turiu sąrašą, matau, kada buvo daryta, panašiai, koku laiku, nes būna numatę, gale mėnesio testas, kitąkart padarai vidury mėnesio. Manau reikalingi testai, nes kontrolė. Yra kontrolė, tada visai kitaip.

### **Ar ir kaip motyvuojate klientus kreiptis dėl hepatito gydymo?**

Atėjus į programą darome testus dėl hepatitų C ir B, ŽIV, sifilio ir TB. Kitas net nežino, kad serga TB. Tokių yra atvejų buvę. Ir kad turi hepatitą C. Tada duodam siuntimą arba į infekcinę ligoninę, arba į *klinikas* siunčiam.

### **Kas išduoda [siuntimą]?**

Gydytojas arba aš.

### **Kas informuoja apie ligas, rizikas, gydymasi?**

Jie viską žino. Būna *pasikaustę*, kad viską žino.

### **Gal yra lankstinukų?**

Lankstinukų, tik spėji padėt, staigiai labai susirenka.

**Kaip jūsų centre veikia informavimas apie FM tiems, kas dar nėra dalyviai (kitų skyrių pacientams (kokie tie skyriai), tiems, kas dar nesikreipė gydymo paslaugų)? Ar yra mobili klinika, žemas slenkstis, konsultantai lygus-lygiam, outreach, lankstinukai, video, žalos mažinimo specialistai etc.). Ar konsultuojami klientų artimieji? Kas konsultuoja?**

Metadoną teikia vienas mūsų centras. Poliklinikos - ne. Yra internete paskelbta. Yra Partizanų 5, dirba soc. darbuotojai, kurie teikia irgi paslaugas, ir tuos testus, ir švirkštus. Net bendradarbiaujam, jie atsiunčia žmones.

### **Ar individualizujete pagalbos planą? Jei taip – pateikite bent tris pavyzdžius.**

Gydytoja sudaro planą, nebūtinai metadono iš karto, yra vaistai, kurie skiriami pradžioj, gal jiems nereikia net to metadono. Konsultacija gydytojo vienąkart į mėnesį būtinai. Nusiunčiu kartais, bendradarbiaujam glaudžiai. Lygių konsultantų centre nėra.

### **Koks yra jūsų įstaigoje apibrėžtas gydymo FM tikslas? Ką apie tai sako metodika, kuria vadovaujate? Ką manote jūs pats?**

Kad kuo mažiau žmonės sirgtų, nes yra jaunimo, kurie ŽIV užsikrėtę, jaunimas yra jaunimas, užkrečia žmonas, vaikiukai yra gimę. Kad jie greičiau ateitų, susipažintų su ta programa, sužinotų kaip kas, aš už metadoną, nes jis tikrai yra veiksmingas. Žmonės visai kitokie būna. Jau po savaitės atėjus į programą, jau žmogus eina ieškot darbo, nes turi per daug laiko. Jis eina ne į parduotuves vogt, jis eina ieškot darbo. *Skaitau*, kad gerai.

### **Ar konsultuojate, informuojate?**

Paprastai atlieki visa darbą, ir socialinių, ir psichologų, dirbant su jais.

### **Pas psichologus siunčiat?**

Taip, yra registracijos knyga registratūroj, pasiskambinam ir pasakom: „Tada ir tada tu eini tenais“. Paskiriama. Yra, kas patys nori, yra ką reikia paragint.

### **Kaip vyksta priėmimas į FM? Ką reikia pristatyti, turėti, su kuo pasikalbėti? Ar yra kokie nors reikalavimai, norint gauti paslaugą? Kokie? Ką apie tai manote?**

Visi patenka, kurie nori. Anksčiau, būdavo, darydavom sąrašą, kad patekt. Nori žmogus - tikrai patenka. Eina, užsiregistruoja į registratūrą, eina pas gydytoją, gydytojas mato ar jam reikia, ar nereikia metadono. Gal nereikia - užtenka raminamųjų, nereikia metadono. Ir visus priimam.

Anksčiau būdavo eilės, dabar ne. Kai būdavo, darydavom sąrašą, imdavom kontaktinį telefoną... O dabar ne.

**Į jūsų įstaigą ir skyrių priimamas dirbti naujas žmogus. Ar pokalbio metu jam buvo papasakota apie įstaigos nustatytus tikslus ir vertybes? Kaip ir kada perduodamos žinios apie žalos mažinimo tikslus ir vertybes?**

Dirbu nuo pat pradžios, nuo 1995 m. Jeigu domisi, visiems pasakom. Eina studentai, socialiniai, gydytojai, jie irgi nieko nežino apie tą metadoną. Mes irgi kursus visokius lankėm, į Vilnių važinėjom. Skyriuj dirbant tai palaikom ryšį, jeigu *paguldo*, metadono reikia, būna, skyriuj, bet dabar Suboksonas daugumoj skyriuj. Bet šiaip, mūsų priėmimas, ekspertizės, metadono skyriuj biški daugiau atskirai.

**Ar sutaptų su kolegų požiūriu?**

Turėtų sutapt, jeigu kolegės. Mes dviese tam kabinete, jei viena atostogauja - kita dirba. Gydytojai, socialiniai darbuotojai... Bendraujam.

**Ar manote, kad jūsų įstaigos teikiamos paslaugos yra kokybiškos? Ar jūsų teikiamų paslaugos padeda jūsų klientams? Ar kokybė galėtų būti geresnė? Kokių veiksmų imatės? Jei nesiimate, kodėl?**

Negaliu pasakyti, turi pasakyti, kas *iš šono* mato.

**Ar galėtų būti geriau?**

*Nu*, kad gal ne, normaliai.

**Ar laikote savo darbo krūvį tinkamu? Ar tenka spręsti per didelio krūvio sukeltas problemas? Kokios jos būna? Kaip sprendžiate susiklosčiusią padėtį? Kaip manote, kiek jums galėtų argumentas, kad „darbo krūvis tiesiogiai proporcingas darbo laikui“ (Parkinsono dėsnis – apie tai, kad turėdami mažiau laiko, darbą atliekame greičiau, turėdami daugiau laiko, tą patį darbą dirbame ilgiau)? Ar manote, kad jūsų darbo krūvis galėtų būti per didelis dėl jūsų pačių negebėjimo planuoti darbo laiką? Kodėl?**

Krūvis didelis, vienam žmogui per daug - šimtas žmonių. Nieko, dirbam ir džiaugiamės, kad darbą turim, ką gali žinot, gal reiks išeit.

**Ar jūsų įstaigoje veikia darbuotojų vertinimo sistema? Kokie rezultatai vertinami, ar jie leidžia įvertinti jūsų darbo kokybę? Kodėl? Ar vertinime dalyvauja klientai? Kas dalyvauja?**

Ne, kažkada anksčiau buvo, ten procentais, bet nepasiteisino.

**Ar ir kaip motyvuojate klientus kreiptis dėl hepatito gydymo?**

Jis siuntimą gauna, nueina į infekcinę ligoninę, paima kraują, siunčia tada į Vilnių, ištiria, koks tas stovis. Yra dabar daug, kas gydos. Yra nauji vaistai *linikose*, daugiau liepiam eit į *linikas*, šitas centrines mūsų. Bet reikia juos paraginti, net *paimi parašą*, kad siuntimą gauni, turi pasirašyti į kortelę, siutimą gavau, datą ir parašą. Gydytoja parašo arba uždeda antspaudą, aš parašau, išduodu. Žinot, juos *varinėsi* pas daktarę, kad jie sėdėtų ir siutimą gautų, jau greičiau pats sutvarkai.

### **Ar tikrinama asmens motyvacija gydytis? Kaip tai daroma? Kaip turėtų būti?**

Aišku tikrinama. Yra soc. darbuotojai, iš gydytojos eina pas soc. darbuotoją, eina pas psichologą. Mato - nori ar nenori, ar tik policijos atsiųstas. Bendradarbiaujam, yra policija įpareigoja ir vaikų teisės, priimam.

### **Ačiū**

#### 17. Roma, socialinė darbuotoja, KAPLC

Dirbu su FM pacientais ir ne tik, dirbam visuose skyriuose.

### **Kiek soc. darb.?**

Penki. FM gydos maždaug 112. Dirbam dvi soc. darb. po pusę etato, po pusę tų pacientų, maždaug po 50+, nes būna išeina, arba keičiasi, arba nutraukia programą ir paskui vėl grįžta arba negrįžta, nes arba išvyksta į užsienį, arba sumažina metadoną, arba detoksikuoja ir išvažiuoja į ilgalaikę reabilitaciją. Apie 50 visada būna.

### **Kaip vyksta konsultacijos?**

Kiekvieną mėn. ateina patvirtinti, kad jie toliau tęs tą programą, kas jiems sekėsi, kas jiems nesisekė. Todėl, kad jie yra testuojami, ant jų pyksta arba nepyksta, arba giria. Tiesiog kartais jie nori per daug iš savęs, labai greitai mažina tuos ml, tą reikia arba pristabdyti. Realybę aš jiems susakau tiesiog iš pavyzdžių, kas gali būti, kad nepadaugintų kitų medikamentų. Liga yra klastinga, atrodo, kad tik tą dieną, bet, jeigu juos testuoja, gali išmesti iš tos programos radę kitokių panaudotų medžiagų.

Ką socialinis... Šiandien turėjau žmogų, kuriam reikėjo tiesiog tėvo, motinos nuorodos, patvirtinti, kad jis gali pasiskolinti iš savo buto kaimyno, kuris daugiau uždirba, bet ne narkomanas... Aš buvau pastatyta prieš tokį klausimą, sakau, nežinau, ar čia mano... bet jis sako, man labai reikia, aš jumis tikiu...dėl to, kad seniai pažįstamas, nutraukęs programą ir vėl sugrįžęs.

Vidutiniškai kartą per mėnesį. Bet jie žinokit užbėga, aš net neparašau tų konsultacijų, kartais užbėga pasilabinti ar pasakyti, kad, pvz. susirado darbą, kad ir tam kartui. Nesakau, kad jų daug, tokių, kurie atranda tokį ryšį, bet yra. Ateina pabendrauti.



### **Ką padedate iš praktinių dalykų, funkcinių?**

Neįdarbinam, jokie funkciniai dalykai. Motyvuojau lankyti anonimus, tie, kurie nelanko dėl tam tikrų priežasčių, ateina įsiskaudinę. Ieškom kompromisų... Gydomo būdus... kiti planuoja ilgalaikes reabilitacijas, bet jų bijo dėl laiko. Tiesiog tęstinumas labai ilgas. Mes kiekvienas susimotyvuojam priimti tam tikrą sprendimą, pvz., jeigu noriu mesti rūkyti, tai galiu mesti po trijų metų, tik save vis įkalbinėt, atranda priežasčių. Tas yra dėl ilgalaikių reabilitacijų, jie turi patys labai norėti, kad ten ilgiau išsilaikyti, gydytis, sveikti. Yra pastiprinami sakiniai, teiginiai, bet čia irgi iš patirties.

### **Ar anonimai priima?**

Jeigu žmogus nori, priima. Ateina iš Rotušės aikštės, kur kiekvieną dieną anonimai narkomanai, jie tikrai labai motyvuoti ir gerybiškai žiūrintys, svarbu, kad tik ateitų tas žmogeliukas. Jie grupes veda.

### **Ar centre veikia pacientų organizacijos?**

Ne.

### **Ką pacientas turi daryti, jeigu nori pakeisti specialistą?**

Nelabai yra į ką keisti. Ir taip čia yra labai daug. Anksčiau dirbo viena darbuotoja ir aprėpė. Aš dar esu ir detoksikacijos soc. darb. Jeigu jie nori išeiti išsiv... išeiti iš metadono programos, detoksikuojantis visiškai... Jei žmogus nori, jį guldo į detoksikaciją, aš vedu motyvacinę paskaitas. Tas abstinencijos periodas išgyvenamas gydytojų ir sesučių priežiūroje. Tai daugiau efektyvu, sunku iš metadono, jei jį ilgai vartoji, sunku išeiti, jei tu sąmoningai neini prie to mažinimo.

### **Ilgai – tai kiek? Kokia vidutinė trukmė?**

Pusę metų. Kartais būna, kad mažindamas metadoną žmogus pats iš jo išeina. Tiesiog kaip gydymo būdas yra metadonas.

### **O jei pacientas pats skuba gydymą nutraukti?**

Ateina į metadono programą ir įsivaizduoja, kad drąstiškai mažinant jis pajėgs išbūti... čia yra saviapga... ne visiems, aišku, yra išimčių. Bet, jeigu aš jį pažįstu iš anksčiau, jis yra kaip narkomanas gydęsis, detoksikavęsis... Mes visi norim visko greitai, tai tiesiog reikėtų neskubėti, nes kai būna jam labai blogai, jis pavartoja kitas medžiagas ir gaunasi šaukštas deguto į tą gydymąsi.

### **Kokią trukmę rekomenduojate?**

Negaliu, kiekvieno situacija yra kitokia, jo vartojimo kelias, jo atkryčiai, būna tie tarpai nevartojimo, vieno ilgas, kitas net... neturėjęs tos švaros, kaip aš sakau, blaivybės.

### **Koks FM programos tikslas?**

Su kiekvienu žmogum formuluoju, kas jo netenkina jo gyvenime, kas jam nepatinka vartojime. Ir kokia jo vizija, jo gyvenime, jeigu jis nevirtotų. Nes kiekvieno nevirtojimo duobė yra skirtinga. Metadono programoj jie konkrečiai įsivardina... realiau, tą praradau, mirtys netektys, motyvuoja kitų matymai, kas bus, jei toliau vartosiu.

### **Individualus?**

Taip.

### **Gydymo planus sudarot?**

Nesudarom.

### **Žalos mažinimo paslaugas teikiat?**

Kokias žalos mažinimo?

### **Žemą slenkstį?**

Ne.

### **Kaip apibūdintumėte pasveikimą, kokia tikimybė jūsų pacientams pasveikti?**

Tikimybė didelė. Kiekvieno šlagbaumas yra savas. Turiu begalę žmonių... Negalėčiau dirbti, jeigu... neturėčiau pažįstamų, kurie vartojo dešimt metų ir kurie nebevirtoja. Jau net negaliu pasakyti, kad savo pacientų. Net esu dirbus su žmogumi, kuris dabar šviečia kelią kitiems, savo patirtį dalinasi, vadinasi 12 žingsnių, žmogeliukams, kurie nori sveikti, pasakoja, kaip jis daėjo iki to, kiek atkryčių... Yra tų įsikabinusių į blaivybę.

### **Nuo ko priklauso gydymo FM veiksmingumas?**

Labai daug veiksnių to žmogaus gyvenime. Nuo jo aplinkos, nuo jo požiūrio, nuo jo šeimos, nuo jo pradžios, nuo jo vizijos, nuo jo matymo, nuo jo paties tikslingumo kažką pakeisti, neskubėjimo, nuo jo apsisaugojimo, nuo jo pažinimo savo atkryčio. Bet kokioj priklausomybėj pažinti savo atkrytį, jo išvengti yra stiprybė blaivybės kely. Jeigu vienąkart išvengsi, tu kitąkart gali prisiminti, kad va tada galėjau pavartoti, nueiti iki dozės, bet to nepadariau, tai galiu ir šįkart. Kada užaina blogumas.

### **Ką darote, jei fiksuojamas papildomas vartojimas?**

Taip, nes juos testuoja. Išmetamas iš programos, dėl to, kad motyvacija...

### **Visada?**

Negaliu aptarti, jie kai ateina gerti, ateina pas slaugytoją. Ar tai elgesys, ar... Jie kartą į mėnesį privalomai testuojami, bet jeigu būna įtarimų, kvapas koks nors... Aš kalbu apie alkoholi, kai

pavartoji alkoholio, gali bet ką pavartoti, jeigu esi narkomanas, gal tik nori apgauti. Bet viskas, patestuojami ir...

**Kas priima sprendimą šalinti iš programos?**

Kreipiasi į gydytoją, vedėją, kuri [jus] atvedė ir sprendžia klausimą.

**Nedalyvaujate tame?**

Ne.

**Kaip skiriami šlapimo testai?**

Testai, jeigu įtarimai tai ir ne vieną kartą. Aš matau kortelėj. Būna daugiau testų padaryta, reiškia buvo įtarimai.

**Sesutė sprendžia, kada skirti testus?**

Ir gydytoja, nes jie kreipiasi, ar tai būna kitos ligos, va pas vedėją. Jie kreipiasi, kam yra problemos, ar neramybė, ar dar kas... Jeigu jis sąmoningas, gydosi, jis kreipiasi daugiau pas gydytoją psichiatrą ir sprendžia, ar ten vaistų reikia, ar ten ko. Apie medikamentus soc. nekalba.

**Pats sprendžia, kada kreiptis?**

Taip.

**O pati kviečiate?**

Turiu savo dienas, valandas pasiskyrus, žinau, kada ateina gerti metadoną ir kartais nueinu į skyrių, mes susitariam. Tų laikų labai nedaug, laikas sutampa su kitom konsultacijom, ir yra kitų, kur žinau gyvenimus mintinai.

**Paskiriate valandą?**

Valandą konsultacijoms? Nepaskiriu, neturiu tiek laiko.

**Konkrečiu laiku paskiriate?**

Paklausiu, kada... nes kiti dirba.

**Pas sesutę irgi lankosi paskitu laiku?**

Jie kažkaip turi laikus. Pvz. ryte iki 12 ateina, kiti vėliau. Jie tubūt žino.

**Kokia jūsų konsultacijų erdvė? Keliese dirbate kabinete?**

Viena. Dar su kolege kita. Išskirtinė erdvė, labai sunku. Paprastai vienas ant vieno. Jie nekalba kitaip.

**Kaip skiriamos metadono į namus lengvatos?**

Ne aš sprendžiu, nedalyvauju. Tik jeigu patenka į areštinę, tada soc. darb. veža metadoną. Trečiadienį vežam į Griniaus slaugos namus, ten žmogeliukas jau laukia. Toks persimetimas. Dar turim tuberkuliozės dispanseryje.

**Į namus taip pat vežate?**

Ne.

**O jei pacientas gydomas ambulatoriškai?**

Ne.

**Ar manote, kad jūsų krūvis per didelis, kaip sprendžiate klausimą?**

Nesprendžiu, bet krūvis nerealus. Į maldelę žiūriu, susitaikau su tuo, ko negaliu pakeisti.

**Kaip pacientas informuojamas apie hepatito C gydymą?**

Man paskambina gydytoja, jeigu būna pirminis, aš tą testą rašau... dažniausiai gydytoja siunčia testuoti į priėmimo skyrių. Bet aš irgi, net užsirašius esu „išplėstinis narkotikų testas“... aš nekonsultuoju, bet testą padarau, paskui žiūri gydytojas psichiatras. Man leista nusiųsti testuoti, jeigu jis koks įtartinas.

**Kas nukreipia į gydymą, informuoja apie ligą?**

Nukreipia lyg vedėja. Esu mačiusi siuntimą į kitą gydymo įstaigą.

**Kas informuoja reikiamaiais klausimais naują žmogų pradėjusį gydymą? Kas teikia informaciją?**

Suteikia gydytojas, bet jau ateina pasikaustę.

**Kaip pritraukiate į gydymą FM?**

Nemanau, kad traukia. Jeigu atvyksta detoksikuotis nuo heroino ir jam nepadeda, jis vis atkrenta, atkrenta. Suprantat, bet vis tiek vienas iš gydymo būdų yra metadonas. Tai jeigu jis nepajėgia, iš visų blogybių vis tiek renkasi metadoną...

**Kituose skyriuose pasakojate apie FM?**

Detokso skyriuj aš pasakoju. Vedu motyvacinės paskaitas kiekvieną dieną visiems gulintiems. Guli...dvylika lovų, keturiolika. Pagrindas yra alkoholis. Aštuntą kartą detoksikuotis nuo heroino neatsigulė niekas. Žiauri statistika, dar kokius du–tris kartus tai taip. Aš motyvuojau, rekomenduoju, kalbu dėl ilgalaikių rehabilitacijų. Jeigu žmogus detoksikuojasi ir išeina iš to heroino, švarus skyriuje, tos lomkės vadinamos, tai jis susiranda ilgalaikę rehabilitaciją ir išvažiuoja į rehabilitaciją. Tai jeigu tai pavyksta, ne statistikai, bet pagal mane, iš 10 kokie 3 grįžta profesoriai, ką aš noriu

pasakyt, išbūna tą ilgalaikę reabilitaciją metus ar pusantrų ir būna švarūs. Aš 10 metų dirbu, neturėjus, kad gulėtų nuo heroino 4 kartą.

Pas mus vienas skyrius su alkoholio detoksikacija, dėl to... Ir jeigu suguldo du dėl narkotikų, tai iš trijų kartų du kartus jie pavartoja.

**Tai – eilės?**

Taip, o kaip lauki tai ir nesulauki.

**Kai vedate paskaitas stacionariuose skyriuose, ar pasakojate apie FM?**

Taip.

**Ar centre organizuojama kokia nors veikla pacientams?**

Ne.

**Kodėl ne visi gydymo atvejai sėkmingi?**

Kartais matau, kad metadonas yra tik saviapgaulė. Jis daugiau nieko nedaro. Net jei surašai apie minčių keitimą, apie mokymąsi savistabos...man patinka stebėti kiekvieną savo žingsnį... Surašau, lapelius duodu... jeigu jis net dviejų sakinių į dieną negali perskaityti, jų prisiminti. Tos konsultacijos, aprašymai mane juokina. Susitariu kitą savaitę susitikti, vieną sakinį, kad skambėtų, kaip sakau, smegenyse reikiamu laiku. To nesugeba. Bet žmogus dar nepraradęs, dar turi ir palaikymo grupę. Aš pati keliu klausimą, kiekvienam žmogui skirtingai ta duobė praradimų, kad man taip būtų bloga gyventi su savo liga, kad aš apie ją neprisiminčiau. Aš vis kartoju, kad vis tiek priklausomybės yra geros tuo, kad nevarčiau, nesergu. Aišku, čia daug reikia padaryti, kad nevarčiau, susitvarkyti su savimi, pažinti mintis...

**Kas galėtų pagerinti paslaugų kokybę?**

Daugiau darbuotojų, daugiau laiko, daugiau kabinetų. Idėjinių darbuotojų kurie užsirašytų, kuriam pacientui, ką pasakyti. Aš kalbu apie save, būna minčių tam turiu tą, tam... tai kas, kad jie toliau nedaro, vis tiek yra šansai, kad įgalinti jų... ką jis veikia toj dienoj, jeigu iš tiesų, jeigu nemeluoja... apie tiesos sakymą tai iš viso manipulatoriai, melagiai, kaip priversti, kad sakytų tiesą sau. Nes pagauti, kada jie apmelavo mane, tai... Meluoja, kad patikti, įtikti, atsikabinti. Aš sakau, jūs neikit, nežiūrėkit į save, jei nenorit sakyti tiesos. Kam tas falšas, kam tos kaukės. Atrasti save, kas gera, bloga, kas ta laimė. Kiekvienam, ir jiems. Jeigu iš dešimt vienam užkliuvo, bent susimąsto – aš prisimenu, ką jūs sakėt, man irgi tada...

Aš skaitau, ruošiu, man patinka padalomieji dalykai. O centras galėtų bent jau informuoti, aš apie finansus jau net nekalbu. Yra seminarai, ne dėl to, kad pliusiukus susidėti, bet pas mus darbuotojai nori išgirsti...

### **Padalomąją medžiagą centre turite?**

Pati susirenku, kopijuoju, įsirišu, knygas dauginu.

### **Kaip pacientui formuluojami gydymo tikslai?**

Jeigu kalbam tik apie metadoną, aš einu pasitariu su gydytoja. Dėl metadono komanda yra sesutės, kurios pilsto metadoną, vis tiek pasiklausiu, nes mane būna, kad apgauna. Kiekvieną dieną būna kur ateina, tai juos daugiau žino apie juos. Nes jie kartais nori pasipasakoti vienos dienos, tai aš žinau, ką jis man primelavo po dviejų savaitių. Bet ne apie visus kalbama. O ta komanda tai tik gydytoja, sesutė ir aš, kur mano ligonių. Siekiam vienodų dalykų, jeigu gydytoją domina, ar mano vizija sutampa su ją dominančiu ligoniu, tai ji skambina, aš nueinu, arba aš einu pas gydytoją ir klausiu, ar aš teisingai darau, jeigu aš daugiau paspausiu. Ir dažniausiai būna pasakyta „taip“.

### **Į jūsų įstaigą atėjo dirbti naujas žmogus. Kas jam pasakoja apie FM tikslus, programos esmę?**

Nemokoma niekas. Aš, jeigu reikėtų po universiteto ateiti, nebūčiau dirbus. Atėjau kaip žmogus, užgrūdintas gyvenimo. Niekas nieko nedavė, reikia pačiai klaust dar ir neduoda, žiūri kaip dirbu. Dabar pasikeitė kolektyvas į jaunesnį, į draugiškesnį, dabar yra geriau, nei kai atėjau prieš 10 metų. Kaip gali būti gaila informacijos, kad panaudos savo pacientui, taigi yra toks tikslas, tai ačiū dievui, jei sugebės, panaudos ir žinos tą informaciją. Gali pas mane eiti darbuotojai, viską atiduosiu, ką turiu.

### **Ar FM, jūsų nuomone, yra žalos mažinimo ar gydymo programa?**

Žalos mažinimo. Blaivybės tikslas gal ne visiems. Individualiai. Turiu pacientą, gydėsi detoksikacijoje, aš žinau tą šeimą, jo tėvas alkoholikas, paatviravom, jis valėsi, valėsi ir sako, „aš tikrai niekad neisiu į metadoną, labai sunku išsivalyti“. Dabar slepiasi nuo manęs, vartoja metadoną. Jis pasiprašė pas kolegę į tą sąrašą, tik kad nesusitikti. Jis žino viską, jis išaiškino, kad sunkiau išsivalyti, sunkiau išeiti. Bet jis įvertino, ne, kaip jūs sakot, ne 8 kartus gulėjo, bet jau bandė kiek kartų nutraukti, nepavyko. Jis labai mažą tą kiekį metadono, bet patapo kitu žmogumi. Tai dabar nežinau, ar čia ŽM, ar gydymo būdas, nes aš juo tikiu. Jis daug dalykų pakeitė, apie sportą kalbant, ir apie užimtumą, nemoku, nedirbsiu už tokį atlyginimą, tokie punktai buvo pereiti, kad įkalbėti žmogų dirbti už 300 eurų. Būna tų stebuklų.

### **O kaip FM programą vertina vidutinis miestietis (kaunietis)?**

Bet jeigu jis nieko nežino apie priklausomybes, ką jis gali atsakyti. Jam ar metadonas, ar heroinas, kauniečiui vis tiek bus narkomanas.

**Ar trūksta miestiečiams informacijos?**

Ištisai. Jos visai nėra.

**Ar centras skleidžia informaciją?**

Apie narkotikus ne. Mes neturim galimybių.

**Ar FM – naudinga programa?**

Yra įvairių situacijų. Nėra taip, kad visiškai nebūtų žmonių, kurie vartoja metadoną ir neišeina į visišką blaivybę. Turi būti pasirinkimo būdas. Aš apie visus gydymo būdus – jų turi dar daugiau būt.

**Ar centre atliekamas koks nors jūsų darbo vertinimas?**

Ne. Nebuvo.

Kaip su konsultacijų aprašymu. Kam man meluot, jeigu nuo konsultacijų skaičiaus pinigai nedidėja. Kam aš turiu aprašinėti konsultacijas kažkam tai, negaliu parašyt pvz. 3 konsultacijos.

**Ką daro klientas, jeigu jo netenkina paslaugos?**

Man buvo atvejis, nervinė situacija. Tai gydytoja išsprendė, jį nuramino ir mane. Pas gydytoja eina. Bet man situacija tokia buvo viena per 10 metų.

**Ar rašomi skundai?**

Nebuvo, kad taip būtų. Jie nekelia tokio klausimo.

**Ačiū**

18. Egidijus, pacientas, KAPLC, gydos 17 metų.

**Kiek laiko dalyvaujate FM? Kas jus paskatino ateiti gydytis FM?**

Farmakoterapijoje gydausi penkti metai. Supratau, kad yra didelis potraukis heroinui ir kitaip man sunku jo atsisakyti.

**Iš kur gavote informaciją, jog tokia programa yra? Ar ji pasitvirtino?**

Oi, labai seniai žinojau, iš žemo slenksčio kabineto. Paramos fondo „RIGRA“ . **(Tai specialistai papasakojo? –M.)** Taip. Panašiai. Labai panašiai, *nu*, buvo kitaip, aišku, ten... Gydytojai mėgino atkalbėti, ten visai *laiptais* visokiais siūlė eit. *Nu*, senais laikais čia taip buvo. Aš jau dabar trečią

kartą formakoterapijoje: prieš tai buvau kelis metus, paskui įkalinimas buvo, o paskui vėl metai, du formakoterapijoje, paskui vėl įkalinimas. Na, ir dabar jau trečias kartas.

**Dabar penki metai šitie – tai trečią kartą čia tiktai?**

*Jo, jo...*

**O iš viso tada kiek?**

Na, taip ir buvo... Trys turbūt, o gal ir keturi. Nežinau tiksliai net.

**Per tris kartus – penki metai?**

Pas mane jau čia nuo devyniasdešimt... Kai tik atsiradė tas metadonas, taip ir atsiradau aš ten kažkur

jame. Nuo 2000–ųjų gal kažkur.

**Ir tada su pertraukom?**

Taip.

**Kaip informacija apie gydymą plinta mieste?** Ar yra koks nors kitas informavimo šaltinis, priklausantis centrai (mobili klinika, outreach, lygūs konsultantai, pacientų organizacijos, žalos mažinimo specialistai, lankstinukai, video etc.)? Ar esate gavęs iš ten informacijos apie FM?

*Pagrindė* per narkotikų vartotojus plinta, kas vartoja – tie susiduria su problemom, ir paskui jau juos nukreipia draugai, pažįstami ir... Arba giminės, artimieji, kurie stengiasi, ieško būdų.

O lankstinukų šiaip nemačiau farmakoterapijos, kad būtų, bet labai daug dirba žemo slenksčio kabinetuose, švirkštų keitimo programose...

**Žemo slenksčio ir švirkštų keitimo – tai čia yra centrai priklausantys ar atskiri?**

Ne, ne... Atskiri, atskiri.

**Tai čia yra nevyriausybinės?**

Taip... Aš, žinok, net nežinau tiksliai vyriausybinės ar ne...

**O gydymą patį tik centras teikia ar galima ir poliklinikose?**

Kaune tik centras.

**Ir kiek žmonių ten dabar?**

Manyčiau virš šimto. Aš nesidomėjau statistika, bet Kaune žmonių yra apie šimtas, virš šimto buvo čia.

**Metadone?**

Taip.

**O buprenorfiną turite?**

*Jo*, turi, bet aš nesidomiu tais klausimais, kadangi man neaktualu tai. Bet mačiau vartoja žmonės kažką – ten tabletes po liežuviu. *Subuteksas* ten... Ko gero, ir tas kurį sakei.

**Kaip atrodo pati paslauga ir jos teikimas?**



Pati paslauga ir jos teikimas? Ateini, pasakai savo *skaičiuką*, jeigu ten, pavyzdžiui, seselė. Pas mus dirba seselė, kuri jau pažįsta visus ir nereikia nieko sakyti. Pasisveikini ir viskas. Bet šiaip reikėtų oficialiai daryti taip: atėjai, pasakei savo *skaičiuką*, jinai susirado tavo *skaičiuką*, toliau – vardas, pavardė, pažiūrėjo, kiek tu geri mililitrų. Stovi dozavimo aparatas. Į vienkartinį indelį tau įpylė, padavė, išgėrei ir parodei, kad išgėrei, išmetei indelį ir viskas.

**O atvejo vadybininkas yra?**

Kaip?

**Socialinis darbuotojas, kuris dirba?**

Turėtų būti, bet ten reik eit ieškoti. Va, toliau čia kabinetas. Praktiškai ten nebūna niekas, seselė tiktai ir... O gydytojai ten jau kitam pastate – reikėtų Kaune pereit per kiemą, ten jau yra socialiniai darbuotojai, gydytojai...

**Bet jie kažkaip bendrauja su jumis?**

Jeigu ieškai – bendrauja, jeigu ne, tai... Bet man neteko.

**Ir visiems tas pats yra?**

Jo, visiems tas pats.

**Kiek tų socialinių darbuotojų gal žinote?**

Nežinau, žinok. Aš išvis nežinau, ar jie yra, tiesą sakant, bet turėtų būti. Mačiau, kad ten yra užrašai kažkokie, kai įeini, tais koridoriais, ten jau tolyn pas gydytojus, pas valdžią, nes man tenka eit pažymų dažnai pasiimt, kai keliauju, kad vežtis metadoną.

**Kažkokios konsultacijos vyksta?**

Ne.

**Tik ateini, išgeri metadoną ir išeini?**

Taip, viskas. Vyksta konsultacijos, kada naujas žmogus, tada jie stengiasi atvesti tave į tą *laiptų programą*, tada stengiasi gydytoja, kad *mestum*. Taip ten viskas būna iš pradžių, kada eini į *metadoną*.

**Pačioj pradžioj tik bendrauja?**

Jo, jo...

**O kiek laiko?**

Nu kiek, pirmą kartą jie *stato* ant *laiptų programos*. Mažina metadoną tau – stengiasi pas mus viena gydytoja...

**Ir dabar dar?**

Ir dabar yra tokia viena gydytoja – direktoriaus pavaduotoja. Jinai tenais vadovauja visam tam *paradui* Kaune ir stengiasi, kad *mestų* žmogus naujas atėjęs. Tai jinai stato ant *laiptų* – ant trijų mėnesių, ant pusės metų, būna. Nuo dozės priklauso, nuo vartojimo stažo. Ir tam žmogui mažina

tenai į savaitę po 5 ml, į dvi savaites 5 ml, ir eina paskui jusiai pas gydytoją ir sako, ar jusiai pasiruošęs *mest*, ar jam blogai, ar gerai, ir nuo to viskas priklauso.

### **Ar gali nesutikti, jei nori ilgiau būti?**

Gali, gali... Jinai stengiasi, kad tu *mestum* visai viską, nenori tavęs pririšti prie to metadono visam laikui. Bet jeigu nesutinki, reikalauji, tai aš manau, išsireikalauji savo.

### **Koks yra jūsų dalyvavimo FM tikslas? Ar tai jūsų asmeninis išsikeltas tikslas? Kaip tikslą formuluoja jūsų socialinis darbuotojas? Gydytojas? Ar jūsų asmeninis ir darbuotojo formuluojami tikslai sutampa? Kaip sekasi juos įgyvendinti?**

Kad nevartotum narkotikų. *Nu*, sveikas gyvenimo būdas, išskyrus metadoną. Nedaryt nusikaltimų, neieškot pinigų. *Pagrindė* viskas su narkotikais ir pinigais surišta. Ir su sveikata. O gydytojas kelia tą patį tikslą, tiktai jo dar tikslas – stengtis atpratinti tave nuo metadono, kas iš naujų, iš jaunų žmonių. Su mumis, kaip jau žino, kaip ir nėra ten ką vargti tai... Stengiasi, kad būtumėm geri ir viskas.

### **Kaip dažnai lankotės pas gydytoją?**

Aš dažnai sutinku gydytoją, jinai kaip tik tuo metu ateina kavos gerti ryte, kai aš atvažiuoju. Aš visą laiką atvažiuoju prieš 9 val., kaip tik jai būna pertraukėlė. Jinai atvažiavus į darbą ateina ten kavos gerti pas seselę ir aš... Keliais žodeliais. O šiaip tai aš manyčiau, aš jos nesutikčiau išvis, nebent eičiau pažymos prašyti keliavimui ar ten dar kažko...

### **Tai reguliarių apsilankymų nėra?**

Nėra, nėra...

### **Einate pas gydytoją tik kai ko reikia?**

Taip, taip.

### **Šiaip nesišneka?**

Ne. *Nu*, nėra reikalo mums.

### **Kaip skiriami ir atliekami testai?**

Testus... Ateini, ir seselė, ta kuri duoda metadoną... Kiekviena mėnesį faktiškai. Tau nesako nei kada, nei ką.. Ateini, tau iš karto neduoda metadono arba duoda metadoną, žiūrint, kuri seselė būna. Išrašo lapuką, ir eini šalia į kitą kabinetuką, ten darai testus. Kiekviena mėnesį. O jeigu įtartinas, tai gali ir neišduot.

### **Kaip manote, tie testai reikalingi?**

Ne, visiškai.

### **Kodėl?**

Todėl, kad va – dabar man buvo situacija. Jie rodo nesąmones, aš *žolės* nevartoju visai, man rodo *žolę* pastoviai. *Susikolijau* ir darė brangiausia testą. *Nu* tą – iš seilių. Kuris kainuoja, nežinau, gal

100 eurų, nežinau kiek. Padarė tą testą, gavo visos raudonuot, atsiprašyt. Nors iš pradžių *išsikolijom*: išrėkė, kad rūkau, apsimitinėju. Tai kokie tie testai, jie nesąmones rodo. Ir čia kažkokia nesąmonė – moteris stovi ir žiūri kaip tu *sisioji*.

### **Moteris žiūri?**

*Nu*, taip... Pas mus moterys seselės, *nu*. O programoj didelė dalis vyrų. Jeigu jinais nežiūrės, tai ten atsinešę šlapimus pilsis. Seka *tipo*, kad neatsineštų, bet tai... nežinau, čia diskriminavimas.

### **Ar padeda tas sekimas?**

Visiškai ne.

### **Kodėl?**

Kas nori, tas pasidaro ką nori. Yra šimtai milijonai būdų ir...

### **O lengvatos kažkokios yra?**

Ta prasme?

### **Kad ateitumėte vieną kartą į savaitę?**

Yra, taip. Jeigu tu dirbi, jeigu mokaisi ar ten gerai save *vedi*...

### **Kas paskiria tą lengvatą?**

Gydytoja. *Nu*, pas mus direktoriaus pavaduotoja, ta pati, kuri vadovauja *paradui*.

### **O kaip jinais paskiria tą lengvatą?**

Pats eini prašyt. Nueini, prašai, jinais pasiskambina seselei – kaip tu save *vedi*, kaip tavo testai, kaip tavo viskas. Pasižiūri kortelę, kiek laiko vartoji, kokia dozė ir... Vienu žodžiu.

### **Tai pagal sesutės suteiktus duomenis?**

Pagal sesutės, pagal knygelę, pagal testus – pagal viską.

### **Tai pagal sesutės duomenis?**

Taip, taip, pagal laiką, kiek tu gydaisi ir ką tu veiki gyvenime: ar tu dirbi, ar mokaisi, kam tau reikalinga [lengvata]. Ar neturi informacijos iš savų tenais informatorių, ar tu tą metadoną pats vartoji, ar pardavinėji, ar perki narkotikus, yra visokių...

### **Kada tą lengvatą gali duoti pvz.?**

*Nu*, bent jau po 3 mėnesių kažkur tai. Padaro kas antrą dieną, paskui po pusmečio gal padarys... Nežinau man neteko vieną kartą į savaitę, man nepadare dar tokių lengvatų niekad. Man dukart į savaitę visą laiką – geriausia lengvata čia yra. Nes sakau, aš *koliojuosi* ir dėl tų testų.

### **Dėl to, kad rodo tie testai kažką?**

Jo.. Nu aš sakau nesąmonės. Dėl žolės man rodo aš kurios nevartuju, aš tikrai nevartuju.

### **Kokius reikia reikalavimus įvykdyti, kad dukart į savaitę gautum [lengvatą]?**

### **Trys mėnesiai, kad testai būtų svarūs?**

Taip, *švarūs* testai... Turėtum mokytis ar dirbt kažką. Kažką turėtum veikt gyvenime, ar ten iš toli tau važinėt... Kažką pateikt turi, kad gyveni ne Kaune.

**Bet tos lengvatos pats turi prašyti?**

Taip, pats.

**Iš kur žmonės žino, kad gali jos prašyti?**

*Nu...* Žino vieni iš kitų. Pas seselę klausia, pas gydytojus.

**Sesutė turėtų informuoti ar tai ne jos darbas?**

*Nu*, jeigu paklausi – taip, turėtų informuoti. Manychiau, kad taip.

**Ar kada nors buvo situacija, kai dėl sveikatos būklės negalėjote atvykti medikamento? Ką darė jus konsultuojantis specialistas?**

Į ligoninę man vežiojo ilgą laiką. Vežiojo į ligoninę, paskui buvau čia, turbūt, vienintelis atvejis, kad į pataisos namus vežiojasi pats, nes buvau *parų* gavęs ir važinėjau pats savaitgaliais, atlikinėjau bausmę, tai atsiveždavau metadoną. Ten *išsimušiau* per departamentą, kad leistų.

**O šiaip neleistų?**

Ne, šiaip neleidžia. Nei į pataisos namus, nei į Lukiškes, niekur neleidžia. Ėjau į departamentą, visur  
važinėjasi...

**O departamentas tai čia kur?**

Vilniuj, narkotikų departamentas laisvės atėmimo vietoj.

**O kaip čia sugalvojote taip?**

*Nu*, man taip gavosi. Buvau gavęs seniai čia *parų* už laikymą heroino ir paskui gydžiausi jau ilgą laiką ligoninėje, gėriau metadoną ir tvarkiausi, kad savaitgaliais pats atvažinėčiau *atlikt paras* ir prašiau, kad leistų gerti metadoną ir *dasimušiau*. Aišku, krūvos buvo važinėjimų, raštų...

**Jūs čia pats sugalvojote kreiptis ar jums kažkas pasakė?**

*Nu*, pasakė Gražina, vat...

**Žodžiu ne centro pavaduotoja ir ne sesutė.**

Ne, ne... Ėjau prašyt aš pas jas, kad tik dar leistų man taip.

O šiaip atveždavo į ligoninę be problemų. Gulėjau ligoninėj, tai atvežinėjo vienąkart į savaite. Atveža, palieka visai savaitei, ir ten seselės duoda kiekviena dieną.

**O buvo kada nors atėmę lengvatą?**

Kada rodė testai medžiagas visokias, buvo sumažinę. Žinojo, kad nesimokau, nedirbu, padarė kiekvieną dieną. Lengvata buvo panaikinta.

**O buvo kada atėmę, o jums atrodė, jog nepelnytai?**

*Nu*, tai tada ir buvo taip pat. Visą laiką mums atrodo, kad nepelnytai. Mes gi tokie žmonės.

**Ar buvote pašalintas / iškritote iš gydymo? Kodėl? Ar buvo priešasčių, kurios jums pasirodė nepagrįstos? Ką darėte?**

Ko gero, *jo*. Pirmą kartą gal buvau *išmestas*, nes pats neatvažiuodavau, praleisdavau apsilankymus. Žinojo, kad vartoju ir tą, ir tą, ir po kelių kartų neatvažiavimo buvau pašalintas, išbrauktas. Labai daug norinčių buvo, sakė, į programą, nėra vietų, *atseit*, ir pašalino.

**Ar gydytojas atsižvelgia į jūsų nuomonę dėl dozės reguliavimo / skyrimo? Ką darote, jei ne?**

Kaune – sunkiai. Kaune labai, labai nenori didinti. Nežinau, kažkoks tas požiūris keistas pas jas. Nes, *skaito*, kad tau užtenka 40–60 mg ir viskas. Kažkaip sunkiai... Eini, prašai, šiaip ne taip, jeigu žino, kad tu jau seniai vartoji, pradedi įrodinėti, kad ten mažai tikrai ir... Išgeri ir sėdi, ir įrodinėji, kad mažai. Mato, kad blogai jautiesi – pakelia, bet labai sunkiai.

**Ar su soc. darbuotoju esate kalbėjęs apie ką nors kada nors?**

Priklausomybės ligų centre? Ne.

**Ar esate pildęs jus konsultuojančių specialistų vertinimo anketas ar kitaip dalyvavęs vertinant darbuotojus? Ar manote, kad tai būtų naudinga? Kodėl?**

Kažkokios buvo ten. Pildžiau kažkada.

**Apie jų darbą?**

*Jo, jo*, kažkas ten buvo...

**Seniai?**

Neatsimenu, seniai jau.

**Ar jums grėsė nuobauda dėl agresyvumo? Ar elgėtės agresyviai? Papasakokite apie situaciją.**

Ne... Gal ne.

**Ar esate norėjęs pakeisti jus konsultuojantį specialistą? Kodėl? Ar pakeitėte? Kodėl?**

Nėra pas mus tokio dalyko. Pas mus – viena gydytoja, kuri viskam vadovauja, ir viskas, galima sakyti, taip. Pas mus nėra gydytojų. Yra dar viena sena gydytoja, jinai tenais su *alkoholikais* daugiau dirba, o su *narkomanais* – tai viena ten *pagrinde* gydytoja.

**Ar bendraujate su kitais FM dalyviais? Kaip? Ką darote, kad bendradarbiavimas vyktų?**

**Ar centre sudarytos sąlygos šiam bendravimui? Ar veikia pacientų grupė ar organizacija?**

Negirdėjau.

**Niekad nesate girdėjęs išvis?**

Ne.

**Ar kokios nors paslaugos jums buvo mokamos? Kokios? Ar žinote priežastį?**

Už metadoną anksčiau reikėdavo mokėti.

**Bet čia dar gūdžiais laikais?**

Seniau... Neatsimenu, seniai jau čia buvo. Litai buvo... Ten 35 litai, ar kiek.

**Kai buvo išvis mokama paslauga taip?**

Taip.

**Ar jums patogios centro darbo valandos?**

Reikia priprasti. Nėra jos patogios kitiems žmonėms. Kai gyvenau ne Kaune...

**O kokios jos?**

Nuo 8 val. ryto ligi dviejų, pusė trijų dienos. Bet čia kada Kaune gyveni ir kada pripranti prie to, tai galima dar pragyvent, bet jeigu gyveni ne Kaune, o kažkur kitur, reikia kasdien važinėti, tai būna problemos. Bet įmanoma išspręsti tuos visus dalykus. Skambini, prašai, kad paliktų... Ten, vienu žodžiu, palieka šalia seselė – priėmimo skyriuje. Nes Kaune šalia ten, kur testus daro tos seselės, tai ten ir visą parą dirba, nes policija atvežinėja tikrint ten po avarijos...

**Papasakokite apie medikamento išdavimą. Kiek laiko trunka jūsų įprastas apsilankymas medikamentui gauti?**

Jeigu būna, būna keli žmonės... Ne, nebūna Kaune taip, kad eilės būtų. Visi išsimėtę savus laikus, daugmaž žino ir... Atvažiuoji, ir ten jeigu būna vienas...

**„Savus laikus“ – tai yra kažkoks konkretus laikas kiekvienam žmogui?**

Ne, nėra, bet sakau, taip savaime jau gavosi per daug metų, kad vieni atvažiuoja ryte devintą, kiti – dešimtą, kaip kam patogiau. Na, ir automatiškai taip gaunasi, Gali atvažiuoti bet kada nuo aštuonių ligi dviejų – ten tų žmonių retai kada būna.

**Tai žodžiu taip kad lauktumėte valandą...?**

Ne, ne, ne.

**O, pavyzdžiui, pas gydytoją kai užsirašote?**

Pas gydytoją būna laukimo, nes, sakau – viena gydytoja. Jeigu būna daugiau žmonių ir visi su savo problemom – susidaro eilė. Būna, lauki ir po valandą, ir po dvi.

**O jeigu užsirašai pas gydytoją, o vėliau nori pakeisti laiką?**

Gali.

**Jeigu ateini ir nesi užsiregistravęs, bet gydytojas laisvas?**

Manyčiau, kad priims.

**Yra taip buvę?**

Yra, aš dažnai eidavau nesiregistravęs, nes man pažymos kai reikia, tai aš iš anksto *persimetu* su ja kažkada. Sako, ateik, kada matysi pas mane žmonių nėra, *nu*, ten, vienu žodžiu, kada laisvesnė būsiu. Prisitaikau.

**O informaciją apie metadoną, kaip viskas veikia... ŽIV, hepatitis – irgi sesutė pasakoja?**

Ne, lankstinukai yra žemam slenksty, švirkštų keitimosi yra...

**Čia yra ne centro, o centre?**

Centre nežinau, aš niekad nesidomėjau tuo klausimu. Ten aš turbūt jas labiau apšviest galėčiau negu jos mane.

**Jums nepasakojo?**

Ne...

**Ar buvo konsultuojami jūsų šeimos nariai? Ar buvo toks poreikis? Ar siūlė konsultuoti? Kas konsultavo? Kaip vyko konsultacija?**

Nežinau, manyčiau, gal kas nors ir konsultuoja, gydytoja gal. Nežinau man neteko. *Nu*, žino, kad aš našlaitis, man neturi ką siūlyt.

**Ar jus konsultuojantys specialistai per pastaruosius metus (kaip vėliau sužinojote) yra nesuteikę jums aktualios informacijos (apie centre vykstančius užsiėmimus ar renginius, paslaugas, jūsų gydymo eigą, medikamentus)? Kaip manote, kodėl? Ką darėte?**

Manau, kad taip, manau kad nutylima [informacija]. Kartais pradeda čia šnekėt nesąmones, kad baigiasi finansavimai, baigiasi metadonas. Čia būna, kad nebūna metadono, neduoda ilgesnį laiką. Iš Vilniaus neatvežtas, Vilnius negavęs iš Vokietijos, ten kažkur, iš Belgijos iš Olandijos, nežinau iš kur ten.

**Būna pertrūkiai metadono?**

Buvo keli kartai, kad neturi metadono – atvažiuoji ir viskas. Turėtų tau duot keliom dienom, o ji sako „negaliu, nes neturiu, vat paskutinis“. Išgert dar gauni, o jeigu... Kartais ir negauni. Buvo čia keli kartai. Iš Vilniaus neatvežta, čia po švenčių neužsisakė, dar kažko, vienu žodžiu – nėra. Bet kad taip ilgą laiką būtų ir dažnai, tai taip nėra. Labai retai, keli kartai.

**O kažkokia informacija kaip sakai, kad nebus finansavimo? Tai čia sesutės?**

Nu ten šneka tokius... *Jo*, seselės anksčiau šnekėdavo... Nežinau. Rinkdavomės net visi, ausis ištempę klausydavom, tikėdavom tom nesąmonėm.

**Ar per pastaruosius metus jus konsultuojantis specialistas yra reiškęs neigiamas pažiūras į jus, jūsų artimuosius, jūsų priklausomybę?**

Ne, gal. Ne, man nėra taip buvę.

**Ar baiminotės dėl savo duomenų slaptumo? Ar jus konsultuojantis specialistas yra tyčia ar netyčia kalbėjęs apie jūsų sveikatos būklę netinkamoje aplinkoje (esant kitiems pašaliniais asmenims, koridoriuje ir pan.)?**

Ne, aš kažkaip į tą nežiūriu, nesislepiu, nekreipiu dėmesio. Lengvai į tą žiūriu.

**Ar per pastaruosius metus konsultuojantis specialistas atsisakė padaryti nuolaidą, motyvuodamas tvarka / taisyklėmis? Ar manote, kad ją buvo galima padaryti? Kaip tai jus paveikė? Ar tokios situacijos dažnos?**

Į tuos dalykus nekreipiu dėmesio.

**Ar dažnai susidaro įspūdis, kad kitiems klientams sudaromos geresnės sąlygos? Kodėl taip manote? Gal yra konkrečių situacijų, kurias galite nupasakoti?**

Kartais. Kartais atrodo, kad va – kiti nei dirba, nei mokosi, bet va, atvažiuoja į savaitę vieną kartą gauna ir viskas.

**O jums du kartus liepia?**

Jo. Ir motyvuoja, kad dozė, *atseit*, pas mane didelė, dėl to man reikia dažniau. Tai atrodo kažkaip neteisinga.

**Kokia jūsų dozė dabar?**

Mano 100 ml. Bet tai koks skirtumas, kokia dozė, čia nėra skirtumo. Vaistai yra vaistai – ar tu ten geri litrą, ar ten geri *kubą, nu*, koks skirtumas. Tau yra vaistai – tu juos geri.

**Ar koks nors specialisto elgesys ar žodžiai yra leidę jums suprasti, kad neturėtumėte reikšti nepasitenkinimo paslauga ar jos atlikimu? Papasakokite.**

Ai, čia yra viena tokia *pusiau seselė*, kažkokia ji ten ne savo darbe dirba, tai pasako kartais, kad ji pavargusi, tai čia mūsų daug, *atseit*, Jėzau čia... Vienu žodžiu, su ja labiau *skaitytis* reikia. Ne savo vietoj dirbanti. Bet tai čia labai mažai, retai.

**Ar esate kada nors rašęs skundą?**

Ne.

**O kas nors pasako, kad yra tokia galimybė?**

Ne. Niekas nieko nesako. Paprasčiausiai nesusidūriau.

**O kokiam kolektyviniam skunde rengtam irgi nebuvote?**

Ne.

**Ar jus konsultuojantis specialistas dažnai jus siunčia pas kitus specialistus? Ar visada aiškus to tikslas ir nauda? Ar per pastaruosius metus esate suabejojęs tokių nukreipimu nauda ar praktiškumu?**

Ne, negaunu. Ai, *nu*, tai prašiau dėl tuberkuliozės, prašiau dėl hepatito. Gaunu, gaunu jeigu reikia.

**Bet pats turite prašyti?**

Jo, *nu*. Jo, *jo*. Būna siunčia dėl tuberkuliozės pasitikrinti kas kažkiek laiko, nežinau aš, anksčiau bent būdavo... Vietoj testus daro irgi.

**O vietoj nebūna taip, kad galvoji kodėl jus siuntinėja?**

Ne, kažkaip ne... Pripratęs jau.

**Nelabai daug darbuotojų, nėra kur *prisiuntinėti*...**

Jo, *jo*...

**Ačiū**



**Kas jus paskatino ateiti gydytis FM? Iš kur gavote šią informaciją? Ar ji pasitvirtino? Ar informacija paplitusi mieste? Kaip dažniausiai sužinoma apie FM? Ar yra koks nors kitas informavimo šaltinis, priklausanti centrai (mobili klinika, outreach, lygūs konsultantai, pacientų organizacijos, žalos mažinimo specialistai, lankstinukai, video etc.)? Ar esate gavęs iš ten informacijos apie FM?**

Sužinojau... Draugai visi ėjo į tą programą ir sužinojau, kad labai gerai. Galvoju, kad čia kažkokie vaistai ir išgydys. Pas mus mieste mobiliųjų klinikų nėra iš vis. Iš pažįstamų, su kuriais vartojam. Nu, gal paslauga, tai aš iš vis neįsivaizdavau, kokia. Bet įsivaizdavau, kad tai stebuklingas vaistas kažkoks bus, kuris mane pagydys. Ir aš būsiu, kaip sakant, nevertosiu narkotikų. Pavartosiu kelis mėnesius tą metadoną ir būsiu normalus žmogus.

**Ar kituose gydymo skyriuose (detokse) informuojama, sklaidomi mitai apie FM, motyvuojama kreiptis, konsultuojama? Kas tą daro?**

Manau, kad apie metadoną tai tikrai ne. Manau, kad pasakoja apie visokias tik kitas programas. Kai pati gulėjau, man iš tikrųjų nepasakojo. Man pasakojo apie reabilitacijas, apie Minesotą, apie *anonimus*. Va tokius dalykus daugiau. Bet kad siūlytų į metadoną, nežinau, neteko.

**Kiek žmonių dabar gydosi metadonu Kaune?**

Apie 100. Nežinau.

**Apie 100, sakot. O kada čia tas skaičius išaugo, nes labai anksčiau buvo mažai kažkaip kalbėta?**

Dabar visus iš tikrųjų priima labai noriai ir labai greitai.

**Nėra eilių?**

Gal ten pirmadieniais, jeigu būna. Jeigu tikrai žmogus motyvuotas, gal jie patys žiūri į motyvaciją, aš nežinau. Bet nežinau. Kiek aš savo skambinau žmonių, tai visi taip.

**Papasakokite, kaip patekote į gydymo programą. Kokius reikalavimus turėjo įgyvendinti? Kiek ilgai truko procesas? Ką reikėjo pristatyti? Kur reikėjo nuvykti? Su kuo pasikalbėti?**

Reikia reikalavimus tiesiog atitikti. Reikia dokumentus susitvarkyti tam tikrus. *Biržoj* būti registruotam būtinai pas mus, *jo*, socialinį draudimą turėti. Paskui reikia, turbūt, dabar jau reikia turėti iš šeimos gydytojo kažkokį siuntimą reikia turėti. Dar gal kažko. Aš nežinau dabar iš tikrųjų.

**O jeigu žmogus užsirašo į eilę, tai jam praneša, kai atsilaisvina vieta? Ar pats turi pasirūpinti?**

Manau, kad pats turi.

### **Skambintis?**

Manau, kad pasako, jeigu ta eilė. Jeigu žmogus ŽIV infekuotas ir tikrai baisi situacija, tai priima ir priima iš tikrųjų.

### **Be eilės?**

Pirmadienį būna, penktadieniai būna ateinu, sako, neturim vaistų. Nežinau, tie techniniai dalykai.

**Koks yra jūsų dalyvavimo FM tikslas? Ar tai jūsų asmeninis išsikeltas tikslas? Kaip tikslą formuluoja jūsų socialinis darbuotojas? Gydytojas? Ar jūsų asmeninis ir darbuotojo formuluojami tikslai sutampa? Kaip sekasi juos įgyvendinti?**

Jie tai formuluoja kaip, atseit, stebuklingą vaistą, kuris mažina, mažina ir žmogus išgyja tiesiog.

### **Ir būna blaivas?**

*Nu jo. Biržoj užsiregistruoja ir paskui išgyja.*

**Man apie tą mažinimą dar šiek tiek papasakokite. Ką reiškia „mažina, mažina“?**

Mažina – *nu*, tai tiesiog, jeigu tu geri daug metadono, o tavo dozė didelė, tu negeras žmogus esi. Tiesiog kažkoks antrarūšis. Nes jeigu tu esi socialus, tai tu negali daug gert.

### **Turi mažai gert?**

Taip. Turi mažai gert. Jeigu mažiau nei 40 ml, tai gali kartą per savaitę *įkalt*. O jeigu didesnė dozė, tai net kalbų nėra.

**Tai yra ta tendencija, kad gydytojas skatina mažinti dozę?**

Iš tikrųjų ir sesutės skatina, ir gydytojos. Visi skatina. Nors labai norint, gali pakelt, bet irgi, jeigu jie *skaitys*, kad tau nereikia, tai jie ir nepakels.

**Gal žinai, kokia yra rekomenduojama gydymo trukmė?**

Kaune?

**Ne. Šiaip.**

Nežinau. Manau, gal iki dviejų metų turbūt. Gal su kitom programom. Nežinau.

**O Kaune?**

Kaune pusę metų.

**Gydytojas rekomenduoja?**

Arba mėnuo.

**Bet gydytoja pati rekomenduoja pusę metų?**

Mhm. Aš tikrai nežinau tiksliai, bet, *nu*, daugumoj tai taip. Iš praktikos tiesiog žinau. Kaip žmonės, kiti draugai, pažįstami, kolegos.

**Papasakokite, kaip vyksta konsultacija. Kaip dažnai lankotės? Kodėl?**

*Nu*, pavyzdžiui, man asmeniškai, tai nelabai buvo tų konsultacijų, prirašo ir viskas tenai.

**Kaip atrodo paslaugos teikimas (sistema), papasakokite. Ar yra atvejo vadybininkas? Kas priima sprendimus? Kaip jūs pats dalyvaujate visame šiame procese?**

Ne, o kam jisai [atvejo vadybininkas] reikalingas, jeigu tu pats nueini į *biržą*? Kam tau jo reikia?

**O psichologo paslaugos?**

Ne. Tai iš vis su *apsivartojusiais* psichologai nedirba.

***Apsivartojusiais* metadono?**

*Nu* taip, *nu*.

**Kaip vertinate konsultacijų erdvę? Ką darote, jei ji netinkama / nepriimtina? Bet jeigu tos konsultacijos nevyksta, nežinau. Neatsimeni, nesi kada buvus ten vienam kabinetuke?**

Esu buvus kažkada, tai iš tikrųjų dėl pažymos kažkokios, dėl kažko tai ten man reikėjo, atsimenu. Tai mane siuntė ir pas socialinį, ir pas psichologą. Tai tiesiog kabinete dviese.

**Su psichologais dviese?**

Ne. Aš ir psichologas. *Vienas ant vieno*.

**Kaip skiriami ir atliekami testai? Ar jie reikalingi? Ar jums padeda? Kaip vertinate testų skyrimą ir atlikimą? Ką darote, jei nepriimtina? Ką siūlo konsultuojantys specialistai?**

Tai dabar, turbūt, kas mėnesį privalomai.

**Kas mėnesį visiems būtinai?**

Aha.

**Ir skiria juos?**

Sesutė.

**O žmonės nesipiktina tų testų atlikimu?**

Labai piktinasi.

**Kodėl?**

Todėl, kad jie ne visą laiką teisingai parodo, nes žmonės patys pasakoja, kad atneša ten savo kolegų, pakeičia, pavyzdžiui. Parodo, kad, pavyzdžiui, sūnus ten jo dešimt metų *apsivartojęs žolės* ar dar

kažko. Jie nėra tikslūs, ir žmonės žeminami. Vyrai žeminami. Iš tikrųjų. Verčia tiesiog moterų akivaizdoje atlikti testus. Seselės (moterys) žiūri kaip vyrai šlapinasi, ten reikalauja tam tikrus kiekius, dėl spalvos ten visokie. Žodžiu, kiekvieną kartą žmogui stresas yra to testo atlikimas.

**Ar turite lengvatą? Kaip ją gavote (kokius reikalavimus reikėjo išpildyti)? Ar buvote ją praradęs? Dėl kokios priežasties? Ar buvo priežasčių, kurios jums pasirodė nepagrįstos? Ką darėte?**

Kas tai yra lengvatos?

**Nu, tos vieną kartą ateiti į savaitę, čia sakei, jeigu dozė maža.**

Tai čia gali, jeigu dozė maža, jeigu žmogus, turbūt, dirba, atneša grafiką darbo, ten kad tikrai jau labai ten užimtas. Bet jeigu dozė didelė, tai vis tiek turi du kartus per savaitę ateit. O didelė - tai turbūt virš kokių jau 45 ml, virš 50 ml jau tikrai jau. Nebent žmogus turi neįgalumą. Kaip sakyt, nepaeina. *Vaikščiojimo neįgalumą.*

**O dėl ko gali išmesti iš programos? Ar buvote pašalintas / iškritote iš gydymo? Kodėl? Ar buvo priežasčių, kurios jums pasirodė nepagrįstos? Ką darėte?**

Dėl nepagarbos kolektyvui, dėl agresyvaus elgesio, dėl pastovaus vartojimo papildomų dalykų – alkoholio ir narkotikų. Bet turbūt, pagrindė, dėl agresyvaus elgesio, aš galvoju. Nu ir iš *biržos* jeigu žmogus išeina.

**Nedraustas?**

Gali išmest, aš taip įsivaizduoju. Jeigu nevykdo reikalavimų, turbūt.

**Bet tau pačiai nėra buvę, kad grasintų išmesti?**

*Nu ne.*

**Ar gydytojas atsižvelgia į jūsų nuomonę dėl dozės reguliavimo / skyrimo? Ką darote, jei ne?**

*Nu, tai pasako, kad tau iš viso nereikia, ir viskas. Tai iš viso čia ne vieta. Na, tai jis mano, kad jeigu žmogus gana socialiai dar gyvena, tai jam iš viso nereikia to metadono. Nesvarbu, kad nuo 16 m. vartoja žmogus.*

**Ar esate norėjęs pakeisti jus konsultuojantį specialistą? Kodėl? Ar pakeitėte? Kodėl?**

*Ne. Nėra tokių galimybių.*

**Ar bendraujate su kitais FM dalyviais? Kaip? Ką darote, kad bendradarbiavimas vyktų? Ar centre sudarytos sąlygos šiam bendravimui? Ar veikia pacientų grupė ar organizacija?**

*Neteko girdėt.*

### **Niekada nebuvo?**

Mhm. Buvo buvo kažkada iniciatyvos, bet kažkaip tai nelabai jų nori.

### **Iniciatyvos iš pacientų?**

Aš atsimenu ir pati ėjau prašiau. Mes prašėm, kad mums leistų salėje, tai pasakė, kad nebent sėdės darbuotojas mūsų ten visą laiką, nes brangi aparatūra, negalim duoti patalpų. Mes galim ten pavogti ir taip toliau. Ir mes patys nenorėjom su tuo specialistu.

### **Ne tas specialistas buvo? Tai gal kito kokio reikėjo?**

Ne. Tiesiog žmonės nenorėjo prie specialistų atvirauti.

**Kas informuoja apie skundo galimybę? Ar žinote kokia skundo registravimo tvarka? Kaip sužinojote? Ar kada nors norėjote pildyti skundą? Kodėl? Kokiais klausimais esate pildę skundą? Kodėl nusprendėte, kad to (ne)reikia? Ar centre yra konkretus asmuo, kuris dirba skundų klausimais? Ar jo darbas jums padeda, ar trukdo pasiekti norimo kokybės gerinimo rezultato? Ar specialistas yra jus kada nors įkalbinėjęs ar atkalbinėjęs rašyti skundą?**

Visi bendrai tai turbūt ir nėra rašę. Pavieniai yra, taip. Aš pati nesu. Nesu, nes iš tikrųjų, kaip tu gali rašyti tą skundą, jeigu tu pats ant tos šakos sėdi? Tiesiog tave nubaus. Lieps kasdieną vaikščiot ir viskas. Aš bijau.

### **O tiktai Centre išduodamas metadonas?**

Taip.

### **Poliklinikos neišduoda?**

Ne.

### **Tai kaip ir negali pasirinkti? Patinka, nepatinka...**

Ne. Privalai eiti pas tą patį gydytoją, kuris tavęs nemėgsta. Už tai žmonės ir bijo rašyti dar kažką tai. Galbūt gal ir galėtų, bet mes bijom.

### **O ką reiškia „gydytojas nemėgsta“? Ar esate jautęs darbuotojo asmeninę antipatiją? Kaip tai pasireiškė? Ką darėte?**

Būna ir asmeninių kokių konfliktų. Ypač su seselėm. Yra seselė, kuri pagrindinė, kur visi dirba darbuotojai, aš nežinau, gal nuo pradžios programos, nuo tarybinių laikų, ir jie turi savo nuomonę. Iš vis sako, kad jums čia per geros sąlygos ir viskas. Ir džiaukitės. Apie ką buvo klausimas? Užmiršau.

### **„Nemėgsta“ - ką reiškia?**

Nemėgsta. Tiesiog, *nu*, būna kažkoks konfliktas. Asmeninis kažkoks. Dar kažkas. Kažkokie įsitikinimai asmeniniai. Ir jisai vadovaujasi jais. Ir pavyzdžiui laiko pyktį, kas buvo prieš du metus. Pavyzdžiui, žmogus buvo pagautas, kad sukeist norėjo testą. Dabar jam, pavyzdžiui, seilių daro testus dar iki šiol. Teko girdėt tokių dalykų. Čia tikrai asmeniškumai yra, ir tie patys darbuotojai, ir jie patys turi problemų. Psichologinių daug. Ir jiems gal reikėtų kokias *revizijas* lankyti.

### **O ką reiškia „per geros sąlygos“?**

Tai jie įsivaizduoja, kad čia *narkomanams* išvis per gerai. Pavyzdžius pasakoja, kaip pavyzdžiui, Vokietijoje *narkomanams* kokios sąlygos blogos yra. Ir kiek programų aš pati žinau Vokietijoje yra. Ir tokių, kur detoksikacija, ir kur visą gyvenimą žmonės geria. Teko girdėt, kad Vokietijoje *būktai* žmonės atsineša ir savo indelį, jeigu neatsineša indelio, tai ten negauna metadono.

### **Čia taip pasakoja...**

Jo, sesutės pasakoja. Nes, *atseit*, pacientai kažkokie buvo Vokietijoje. Gal emigrantai ten kokie. Nežinau.

### **Indelį kam? Šlapimui?**

Ne, metadonui. Tu turi su savim dar stiklinaitę turėt. Nešiotis su savim turi, nes Vokietijoje taip nešiojasi. Ne, jie tai duoda, bet jie skaito, kad čia labai dar gerai ir nereikia mokėt. Tik socialiai nedrausti lietuviai buvo. Nežinau net, ar lietuviai tie žmonės buvo.

### **O kai išduoda medikamentus į namus, kokių nors keistumų pasitaiko?**

Išvis Kaune į metadoną, jau daug metų liepia atsinešti įsipylus sulčių. Ir jisai prarūgsta žmonėm. Visaip būna.

### **Čia kažkur taisyklėse parašyta, kad į sultis reikia pilti?**

Ne, taisyklėse nėra, bet va, tiesiog pila, kad žmonės, kad mes nesileistume jo, bet mes vis tiek leidžiamės.

### **Su sultim?**

Ne, mes sugalvojam, ką įsipilt. Tiesiog jis prarūgsta.

### **Papasakokite apie medikamento išdavimą. Kiek laiko trunka jūsų įprastas apsilankymas medikamentui gauti?**

Visaip būna. Būna valgo jos ten. Dar kažką. Ne, iš tikrųjų nėra, kad taip labai didelių eilių. Tai ne, nebent kažkoks tai ten... Dar irgi, žiūrint, kuri sesutė. Kitos tai specialiai nepriima. *Skaito*, kad *narkomanai* gali palaukti. Kitos kaip tik stengiasi greičiau išleisti ir turėt sau laiką laisvą. Visaip būna. Bet eilių didelių tai gal ir nėra.

**Bet žodžiu jeigu kartais ten pavėluoji, tai auklėja vertimu laukti?**

Ne, tai žmogus iš viso negali pavėluot. Turi pasiimti penktadieniais iki 13 val., man atrodo. Ar iki dviejų.

**Jeigu be minutės pirma ateini, tai nebeduoda?**

Tai turbūt. *Nu*, ne gal. Tai duotų. *Daleiskim* iki dviejų, aš tikrai neatsimenu dabar iki kelių ten reikia pasiimti, bet turi ateiti laiku. Jeigu vėluoji, tai tada jau labai užsitrauksi nemalonę, nes laiku neišėjo namo.

**Ar buvo konsultuojami jūsų šeimos nariai? Ar buvo toks poreikis? Ar siūlė konsultuoti? Kas konsultavo? Kaip vyko konsultacija?**

Manau, kad taip. Norėtų, gal ir konsultuotų.

**Ar kviečia, pavyzdžiui, ar tavo šeimą kviečia? Sakė, kad konsultuojame, ateikit?**

Ne, niekada nesakė.

**Ar jus konsultuojantys specialistai per pastaruosius metus (kaip vėliau sužinojote) yra nesuteikę jums aktualios informacijos (apie centre vykstančius užsiėmimus ar renginius, paslaugas, jūsų gydymo eigą, medikamentus)? Kaip manote, kodėl? Ką darėte?**

Taip, manau. Manau, kad jiems neaktualu, kad žmonės šviestųsi. Jiems neaktualu, kad žmonės žinotų, jiems neaktualu, kad žmonės... *Nu*, pavyzdžiui, man atrodo, kad jos pačios labai stresinėj situacijoj yra. Moterys bijo, kad čia bus perversmai kažkokie. Aš nežinau, tiesiog jokios informacijos. Aš manau, kad nutylima. Nežinau, kažkokia informacija... Aš manau, kad jeigu žmonės... Jos nutyli tokią informaciją, kad žmogus turėtų sudaryti... Kažkoks grafikas individualus su žmogum, ar ne, atvykimo ar kažkoks sveikimo planas. Tai apie šituos dalykus tikrai nutyli. Nes jos, *nu*, tiesiog, o kam joms sakyti? Jos išrašo receptus raminančių ir viskas. Ateina ten, staigiai surašo, surašo, išduoda, ir visi *apsiramina* ir nieko nereik žmonėm.

**Tai esmė, kad paslauga susideda pagrinde iš išdavimo tiesiog medikamentų?**

*Nu*, ir kam dar reikia, *raminančių* išsirašo.

**O psichologas, pavyzdžiui, dirba?**

Taigi aš sakiau, kad su vartojančiais psichologai nedirba. Nėra prasmės.

**Ar baiminotės dėl savo duomenų slaptumo? Ar jus konsultuojantis specialistas yra tyčia ar netyčia kalbėjęs apie jūsų sveikatos būklę netinkamoje aplinkoje (esant kitiems pašaliniam asmenims, koridoriuje ir pan.)?**

Aš negaliu pasakyti, bet tikrai nėra taip, kad nėra. Gal ne iš blogos valios. Gal gydytoja, gal kokiam žemesniam personalo lygy.

**Ar dažnai susidaro įspūdis, kad kitiems klientams sudaromos geresnės sąlygos? Kodėl taip manote? Gal yra konkrečių situacijų, kurias galite nupasakoti?**

Labai susidaro. Todėl, kad žmonės pasakoja, kaip jie neša kyšius, kaip jiems tada leidžia ne viską išgert. Visokių būna dalykų. Aš tiesiog nežinau, kaip ten jau. Ar čia patvirtintum kažkaip tai. Negalėčiau įrodymais kažkokiais pagrįst, bet galbūt tai taip. Tai dar leidžia ir ateiti tik kartą per savaitę, kai kitam kasdien reikia eit, *nu*. Ten vėl, nepatiksi, kažkas, tavo kompanijai visai nustatys, iš kito miesto *daleiskim*, visa kompanija iš Jonavos ar iš kur, nustatys, kad visi keitė testus. Tai reiškia, kad tu su jais atvažiuoji, ir tau padarys, kad kiekvieną dieną važinėtum. O kitam, jeigu jis patinka, iš tos pačios kompanijos, gali ir leisti. *Nu*, yra tokių dalykų, tikrai yra. Jaučiasi tiesiog. Aš negaliu kažkuo įrodyti, bet tai jaučiasi. Ir kalba žmonės apie tai. Gal tai nėra pagrįsti kažkokie faktai, bet tikrai yra.

**Pavyzdžiui, kad ir su dozėmis minėjai, ar ne? Kad kai didesnė dozė, tai jau nebeduoda lengvatų, nors tarsi nėra aprašyta.**

Priekaištauja ištiesai, kad tu kažkoks ne toks esi.

**Skatina mažinti?**

Taip, „tau laikas atėjo“.

**Ačiū.**

## **KLAIPEDA CENTRE FOR ADDICTIVE DISORDERS**

20. Liudas, direktorius, KPLC, dirba 7 m.

**Ar teikia antrinio lygio FM paslaugas? Kaip atrodo paslaugos teikimas? Kas yra atvejo vadybininkas? Ir / ar užtikrinamos atvejo vadybos paslaugos? Jei nėra: pagal funkcijas: t. y. kas, iš specialistų, yra atsakingas už FM? Kokie be atsakingo specialisto specialistai dirba? Kokia jų funkcija? Kiek pacientų dalyvauja FM? Ar yra eilė? Kaip ji veikia? Kodėl dalyvauja tiek asmenų?**

Pirminio ir antrinio. Programa, tas ilgalaikis [gydymas metadonu] yra pirminio lygio paslauga. Kiek žmonių dalyvauja, neatsakysiu tiksliai. Programoje apie penkiolika, detoksikacijoje apie septyni. Paskutiniu metu tiek ir turime. Tai mažas skaičius, labai mažas. Susiję su besikreipiančiais, nėra, kas kreiptųsi. Tikriausiai pagrindė dėl to... buvo didžiulė problema, dėl gydytojų, vienas gydytojas



keletą metų dirba su programa, taip pat ir su stacionaru, ir priėmimo.. visą krūvį, dar laikinai vedėjo funkcijas vykdė... ir jo asmeninis požiūris toks, kad FM turėtų būti tik tam tikrą laikotarpį, „aš nešersiu jų metadonu“, jo pozicija sako, „aš negaliu“ ir priekaištų buvo...

### **PSO nesivadovauja?**

Jo požiūriu tai yra farmacininkų biznis, jis papasakos...

### **Kaip skleidžiama informacija apie FM?**

Aktyviai nedirbam. Karts nuo karto skelbimas laikraštyje būna, kad teikiame pagalbą... bet bendro pobūdžio, kad turintiems problemų dėl alkoholio...

### **Gal yra tinklalapyje?**

Informacija kažkokia yra... kad teikiame paslaugą šitą.

### **Gal informuoja mobilioji klinika, kuri priklauso Psichikos sveikatos centrui?**

Ten ne klinika, ten tik konsultavimas, švirkštų keitimas...

### **Ar jie informuoja?**

Negaliu atsakyti.

**Kaip jūsų centre veikia informavimas apie FM tiems, kas dar nėra dalyviai (kitų skyrių pacientams (kokie tie skyriai), tiems, kas dar nesikreipė gydymo paslaugų)? Ar yra mobili klinika, žemas slenkstis, konsultantai lygus-lygiam, outreach, lankstinukai, video, žalos mažinimo specialistai etc.). Ar konsultuojami klientų artimieji? Kas konsultuoja?**

Lankstinukų pastaruoju metu ne. Lygių konsultantų neturim. Su pacientais kalbam, aiškinamės situaciją, kodėl neateina. Nuomonę perdavė, kad ko čia eiti, vis tiek nepastatys į programą. Buvo laikotarpis, kad gyd. Šiupinis buvo kaltinamas pačių pacientų, kad pasodino juos ant metadono. Labai pergyveno gydytojas, buvo su širdim problemų, po paskutinių kaltinimų.

**Kaip vertinate žalos mažinimo paslaugų tikslų ir vertybių formavimą ir aptarimą jūsų įmonėje. Ar formuluojant tikslus, jūsų nuomone, yra atsižvelgiama į darbuotojų nuomonę/patyrimą?**

Buvo intensyviai daroma prieš keletą metų, bet dėl gydytojo charakterio...sudėtingą turim gyd. Specialistą. Bet aptarimas yra, kokie tos FM tikslai. Buvom susiorganizavę atvejo vadybos mokymus čia vietoj. Bet nesam siuntę specialistų mokytis dėl FM.

**Ar vidutinis vilnietis/kaunietis/klaipėdietis pritaria FM ir žalos mažinimo paslaugų plėtrai, pacientų skaičiaus augimui programose? Ko iš šių programų tikisi miestietis? Ko tikisi jūsų įstaiga? Jūsų klientas? Ko tikėtės jūs pats? Jei nesutampa miestiečių / klientų / įstaigos ir jūsų**

**lūkesčiai – kodėl jie nesutampa? Ką reiktų padaryti jums / įstaigai / miestiečiams / klientui padaryti, kad išsiaiškinti (sumažinti) skirtumus? Ar gali lūkesčių išsiskyrimas (nesutapimas) turėti įtakos jūsų darbo rezultatams?**

Manau, kad taip. Todėl, kad supranta, kad FM yra didžiulis žingsnis. Per vietinę televiziją buvo aktualijų, buvo apklausa gyventojų, daug kas sakė, kad taip, turi būti. Yra dau mitų, bet didesnė dalis pritaria. Iš mūsų tie skelbimai spaudoj, kad teikiam pagalbą...

**Į jūsų įstaigą ir skyrių priimamas dirbti naujas žmogus. Ar pokalbio metu jam buvo papasakota apie įstaigos nustatytus tikslus ir vertybes? Kaip ir kada perduodamos žinios apie žalos mažinimo tikslus ir vertybes? Kaip šių dalykų supratimas aptariamas su naujuoju darbuotoju, kokie įrankiai naudojami (mokymai, susitikimai, mentorius bandomuoju laikotarpiu, konsultacijos su žmogiškųjų išteklių specialistu, rekomenduojama literatūra ir pan.)**

Iš komandos. Mentorius nėra, tiesiog bendraudami. Kiekvieną antradienį susirinkimai, buvo... ilgą laikotarpį grynai ambulatorinis... pagrindinis klausimas buvo farmakoterapijos, dėliojom, kokie tikslai, nes buvo didelė betvarkė. Kai pradėjau dirbti, iš pacientų požiūris ir panašiai. Kad čia kaip baras tojs, čia šalimais laiptinė ir prieigos, būriuodavosi, darydavosi kokteilius su dimedroliu ar su kuo, alkoholį vartodavo, prekiaudavo, savaitgaliais iš viso visa laiptinė būdavo. Susibūrimo vieta, kuri neprisidėdavo prie gydymo proceso, o jam kenkdavo. Tai sprendėm tuos dalykus. Pokalbiai vykdavo.

**Gal rekomenduojama kokia literatūra?**

Metodika.

**Kaip jūsų (FM) klientai bendrauja tarpusavyje? Kaip skatinamas jų bendravimas ir bendra veikla? Ar jūsų centre veikia pacientų organizacija/ savitarpio pagalbos grupė? Ką darote, kad bendravimas vyktų?**

Agitavau asmeniškai pacientus. Grupės nėra.

**Koks yra jūsų įstaigoje apibrėžtas gydymo FM tikslas? Ką apie tai sako metodika, kuria vadovaujate? Ką manote jūs pats?**

Pakaitinis gydymas. Dalyvaujant gydyme stabilizuojama asmens fizinė, psichinė būklė, sprendžiami socialiniai klausimai. Tikslas – grąžinti į visuomenę. Atvejo vadybos neturime. Bandėme diegti atvejo vadybą, bet tokia nedėkinga situacija... Viena pusė yra fizinė infrastruktūra. Čia yra ambulatorija. Pusę užima administracija, vienas gydytojo priėmimo kabinetas, procedūrinis kabinetas. Psichologas su socialiniu darbuotoju ilgą laiką viename kabinete dirbo, tai kai viena

konsultacija vyksta, vienas kažkuris pastoviai turi išeiti. Kūrybiškai perskyrėme tą kabinetuką, tada dviese dirbo... Gydytojas galima sakyti yra uzurpavęs, pagal jį viskas turi vykti, kiek stengėmės kalbėti, kad ir soc. vaidmuo didesnis būtų, kad nuimtume tą krūvį, sprendimus, dėl įvairiausių dalykų. O jis tik priimdavo sprendimus dėl dozės, niekas jam nesvarbu... jis geriausiai žino, jis už viską atsakingas, jo įsivaizdavimu jis neša atsakomybę, tai...

## **Ačiū**

21. Šiupinis, gydytojas, KPLC, dirba virš 35 m.

Jūs gydytoja esat?

**Ne, aš mokausi politikos mokslus.**

Politikos? Tai kuo čia dėtas metadonas? Bendrai, tiek, kiek politikai supranta apie metadoną, tai atsiprašau. Jie svarbu, žinai, kad iškelia tai. Metadono programa – nei jie supranta, nei jie ką. Jie šneka. Man tai keista iš tikrųjų. Aš noriu tik vieną pasakyti... Man pateikit klausimus, aš jums viską atsakysiu.

**Prisistatykite.**

Aš – gydytojas Šiupinis. Klaipėdos miesto gyventojas, dirbu Klaipėdos priklausomybės ligų centre. Daug metų dirbu – virš 40 metų. Šitoj įstaigoj 35 turbūt. O šitoj įstaigoj konkrečiai - mažiau, nes prieš tai mes gi buvome vienetas, kuris priklausė psichikos sveikatos centrui. Tada nebuvo centrai, tada buvo Klaipėdos psichiatrijos dispanseris. Gydytojas Slatvickis po to buvo. Bet ir su gydytoju Slatvickiu, jis perėjo į psichikos sveikatos centrą, o aš čia dirbau. Kaip dirbau, taip ir dirbu.

**Kiek pacientų turite?**

Kokių pacientų? Farmakoterapijos metadonu – o kaip jūs suprantate šitą? Nes, matot, žmonės supranta įvairiai. Farmakoterapija - tai yra bendras pavadinimas gydymo medikamentais. O konkrečiai metadono farmakoterapija – tik metadono programa, kaip anksčiau vadinosi. Ilgalaikė farmakoterapija - tai yra iki metų. Dabar praktiškai mes dirbam su metadonu... Ilgalaikė tai čia apie metadoną. Tai yra *detoksas* farmakoterapija ar ilgalaikė farmakoterapija.

**Ilgalaikė, sakėte, iki metų?**

Taip turėtų būti. Bet kaip taisyklė, jeigu kažkas gauna jau metai laiko, tai gauna ir antrus, ir trečius, ir ketvirtus ir t.t. Tai pas mus dabar yra apie 12 žmonių, kurie tokioj, kaip jūs, vadinate, farmakoterapijoje dalyvauja. Šiuo metu jų šiek tiek mažiau yra. Vienu tarpu buvo vos ne 100. Buvo labai daug, negaliu pasakyti, kad 100, bet daug. Ir suprantat, kaip yra su tuo metadonu, metadonas, jeigu jį traktuoti kaip vaistą, jis yra narkotikas. Jis yra legalus narkotiko pakaitalas, kuris turi

savybę, kad nesukelia euforijos – tai to, ko nori *narkomanas* gauti vartodamas opioidus. Opioidus – jums aišku? Gali būti heroinas, gali būti kiti opioidai, tokių, kur galima per burną vartoti, nesvarbu. Ne tik intraveninius. Tai vat, yra metadonas, yra subuteksas, suboksonas, tai yra viskas iš tos pačios *operos* – legalių narkotinių medžiagų, kurios vartojamos šitam pakaitiniame gydyme ir skirtos keisti opijų. Jeigu jį traktuoti kaip vaistą, kuris duodamas laikinai, kad jį socializuoti, dekriminalizuoti, pasveikint – somatiškai jie dažnai serga visokiom ligom, tai - chroniškos ligos, tai ir HCV, ŽIV ir TBC. Turi visokias chronines opas po *leidimo*, ten būna sutrikimas kraujotakos, venos varikozinės ir t.t. Tai tam būtent – žalos mažinimui – jisai tinka. Netinka tai, kad ilgainiui pas juos susidaro apatinis toks sindromas. Jie nieko daugiau nenori. Ir nenori grįžti, sakykim, vangiai nori, labai vangiai nori grįžti į normalų gyvenimą be narkotikų. Jiems gerai, kadangi dirbt iš jų dažnas... Retas, kas iš jų dirba, nors pas mus nemažai dirbdavo. Todėl suprانتat, kas yra negerai, mano akimis, kad nuo senų laikų toks buvo, dabar aš stengiuosi, tokia tendencija, kad vartoti visą gyvenimą... Pakeisti vis dėlto - labai sunku. Jis nenori nieko. Čia daug kas priklauso ir nuo požiūrio gydytojo ir paciento. Gydytojas *skaito*, kad yra daug ligų, psichikos ligų, kurie visą gyvenimą vartoja vaistus. Čia požiūris? Požiūris. Jis vartodamas vaistus jaučiasi geriau? Jis nesudaro nei sau, nei kitiems didelių problemų? Liga visada problema, bet didelių problemų? Nu, galim taip žiūrėt. Bet jeigu tu žiūrėsi, kad vis dėlto tai yra priklausomybė ir pareiga tavo yra, kad jis nustos ir atsikratytų ligotumo... Mano požiūris toks – vis tiek jį stumti, nors jis būna su metadonu daugmaž socializuotas, t. y. mes priverčiam jį vis tiek arba darbo biržoj stovėti, arba jis turi neįgalumą, tai įformint jį, kad jis būtų socialiai apdraustas. Tai yra socializacija, šiokia tokia. Su metadonu galima dirbti, iš tikrųjų galima. Jeigu nori. Jeigu dozė ne *super* didelė. Nes kartais atvyksta, čia buvo tokia *publika* iš Vilniaus atvykusi – po 100 virš mg gaudavo - ir sėdi, ir čia aiškina, jie yra metadono vartotojų gynėjai. Įsivaizduojat, atsirado tokie.

### **Tai čia pacientai?**

Iš Vilniaus. Jie matai, gina interesus. O kokie interesai – kad jie gautų kuo daugiau metadono.

### **Kaip nustatoma medikamento dozė?**

Pas mus didžiausia dozė yra... Vienas ar du gauna 50 mg. Aš *skaitau*, kad čia daug. Nes aš *skaitau*, kad yra subjektyvių ir objektyvių požymių, kad žmogui yra blogai, kad jam trūksta to metadono. Tai subjektyviai jis gali sakyti, kad man visą laiką blogai. O kaip tu dar įrodysi? Man skauda, aš nemiegu, man nuotaika bloga ir t.t. tarp kitko, nieks nedraudžia šitiems pacientams sirgti kitais psichikos susirgimais. Tai yra ir nuotaikos afekto sutrikimai, tai yra ir kažkokia ten depresija, ir neretai būna, kad jie serga.

### **O jeigu sako, kad nepakanka dozės?**

Tai yra požymiai. Abstinencija turi būti. To nepakankamumo turi būti objektyvūs dar požymiai, sakykim, jeigu jis negauna pakankamos dozės arba labai mažai, tai atsiranda abstinencijos požymiai. Abstinencijos yra išvardinti, žinot? Sloga, snargliavimas, atsiprašant, yra prakaitavimas, vyzdžių reakcija, būna išsiplėtę vyzdžiai ir t.t., jam ūmiai trūksta opioidų. Jei pakelsi dozę – jam būklė pagerės. Bet kiek tu duosi - yra klausimas. Potraukis svaigintis išlieka. Tame visas ir reikalas. Metadonas svaigintis nenuima. Jis tik duoda galimybę sąlyginai komfortiškai gyventi, t. y. neturėti abstinencijos. Jeigu žmogus pasiruošęs keisti gyvenimo būdą, keistis išvis, tai tada jam tas ok. O jeigu jis vis tiek nori svaigintis, tai jis pradeda prie metadono pridėti dar kažkokius psichiką veikiančius preparatus. Čia taip rekomenduota – pakeli dozę, o ką tai keičia? Potraukio ne. Potraukis svaigintis nenusiima. Čia tik tokia yra rekomendacija – kelti metadono dozę. Didelė metadono dozė irgi gali svaiginti. Didelė labai. Virš 100mg. Čia rašo viena, o aš iš praktikos sakau: turiu pacientų, su kuriais buvo pakankamai, jie buvo atviri, sako svaigina. Didelė dozė svaigina. Ir tada išnyksta kas? Tikslas.

### **O kaip formuluojate tikslą?**

Tikslas – žmogų grąžinti į gyvenimą be narkotikų.

### **Kaip suprantate pasveikimą? Kokia tikimybė jūsų pacientui pasveikti?**

Žmogus nuo šitos ligos nepasveiksta niekada. Yra potraukis. Potraukis gali būti labai stiprus, susijęs su abstinencija, ir potraukis gali būti psichologinis – noras *kaiфуoti*, noras gauti šitą euforijos būseną. Tą palaimą. Na, aš neturėjau, mes negalim jos išpasakoti, bet taip aprašoma. Noras turėti šitą palaimą vartojant opioidus. Tai šitas noras būna arba mažiukas, su kuriuo pacientas psichologiškai susidoroja – „aš laikausi blaivybės, pas mane viskas gerai ir aš nebenoriu grįžti“ ,ir jis susitvarko su šituo potraukiu. Arba labai ydingas, kai jam nutrauki, jis jaučiasi blogai fiziškai, jam *suka kaulus*, jam blogai, tai vat du dalykai. Jeigu mes kalbam apie metadoną, tai jis geras būtent dėl šito dalyko. Dėl ūmaus abstinencijos sindromo, nieko nesakau.

### **Nuo ko priklauso gydymo FM veiksmingumas?**

Priklauso nuo įdėto darbo su pacientu. Nuo griežtumo. Dėl ko pas mus mažiau? Čia dabar instrukcijos visokios – žemo slenksčio programa. Na, kas tai yra? Tai jis gali vartoti ir raminamuosius papildomai, ir migdomuosius... „Žemo slenksčio“ – labai klatinga formuluotė tiems, kurie prekiauja metadonu. Čia gi ne šiaip sau, čia yra milžiniški pinigai. Už juos gi sumoka valstybė visur beveik. Įsivaizduojat, koks biznesis?

### **Tai žemo slenksčio jūs neturit?**

Galima sakyti, kad ne. Stengiamės neturėti. Todėl jie biskį sumažėjo.

### **Kas jums yra žemas slenkstis? Reiškia, jiems galima vartoti raminamuosius?**

Tai ne galima, jie vartoja. Vartoja tam, kad išgauti vis tiek efektą. Jis gali būti ne tiek svaiginantis, kiek slopinantis. Jeigu žmogus vartoja ne pagal paskirtį, tai ar galima vaistą vartoti ne pagal paskirtį, kaip jums atrodo? Negalima. Aišku, reikia jiems padėti, bet jeigu tu išrašai pats. Žinai, kas jam yra, išrašai pagal simptomatiką, diagnostiką, jam išrašai vaistų papildomai, bet jie... Ne, mes pvz. labai prieš tokį žemo slenksčio. Turi būti aukšto slenksčio. Tai yra pacientas vartoja viską, ką jam rašo ir rekomenduoja gydytojas. Jis tik su gydytojo žinia, atitinkama papildoma diagnoze... Būna pas juos, kad miegas yra sutrikęs, tokia ilgalaikė insomnija – galima paskirti. Bet yra tokių visokių vaistų, kuriuos patys jie pasirenka. Bet galima pasiekti tokį pat efektą su kitais vaistais, kurie nesukelia priklausomybės. O raminamųjų, migdomųjų gali sukelti ir sukelia priklausomybę. Ir būna dvigubos priklausomybės.

### **Kaip pacientai patenka į programą? Stovi eilėje?**

Ne, ne. Ne kokia eilė, kokia čia eilė? Jeigu žmogus yra pirmiausia ..., pasirašoma sutartis. Yra reikalavimai: jis turi būti apdraustas, nes jis gauna už valdiškus pinigus gydymą. Jis privalo būti apdraustas. Tai yra vienas akstinas jį socializuoti, nes be metadono gal jis nesisocializuotų. Jeigu jam labai reikia, tai jis ir padaro. Jis turi padaryti tai, kas... Čia yra socialinis kriterijus. Kitas dalykas, jis turi *praeiti* gydytojo apžiūrą, nes gali būti kažkokių kontraindikacijų. Jis turi *praeiti*, nes dažnas vartotojas niekur neina: nei pas gydytojus, jam to nereikia. Jam tereikia vieno. Tai čia yra dar viena priežastis ir žalos mažinimas irgi, aišku, kad jisai eitų pasitikrinti savo sveikatą. Pagrindiniai turi būti draustas ir turi turėti gydytojo apžiūrą.

### **O apžiūras čia darot?**

Ne, ne, ne. Mes apžiūras darom, psichiatrai, žiūrim, kaip priklausomybės kūno pėdsakas, kaip jis atrodo. Jeigu mums reikalinga papildoma konsultacija kito personalo gydytojo, siunčiam į konsultaciją tą žmogų, kad jis, jo būseną somatinę būtų aiški. Ir jam, ir mums.

### **Tai čia šeimos gydytojas?**

Šeimos. Per šeimos gydytoją praktiškai. Tai šitie du kriterijai. Jokios eilės stovėti nereikia. Mes kalbam išvis apie gydymą metadonu. Ar tai būtų *detoksas*, ar tai būtų gydymas ilgalaikis, pakaitinis, kaip jūs sakot, bet kitas dalykas – į ilgalaikę programą ne visi tinka.

### **Bet jeigu žmogus išreiškia norą?..**

Nu ką jisai nori. Aš noriu būti popiežiumi. Pirmiausiai jis turi turėti ryškų planą, ką jis nori su tuo pasiekti. Detoksikacija, tarp kitko, būna ir trumpalaikė, ir ilgalaikė. Trumpalaikė iki 3 mėn., o ilgalaikė – iki 6 mėn. tai aš dažniau taikau tokią. Šituose rėmuose, aš galiu tą pačią dozę laikyti

ilgai, pasižiūrėti, kaip jis išvis su tuo pakaitiniu gydymu elgiasi. Jeigu jisai vartoja *papildus*, jeigu jis vis tiek neįsadarbina ir t.t., tada ieškom priežasties. Gali būti žmogus *invalidas* ir dirbti negali. Gali būti, kad pas jį *ant tiek* išreikštas potraukis, jis daug kartų gulėsi į ligoninę, jis ŽIV infekuotas, jis turi tuberkuliozę – tos chroninės ligos, kur jam pvz. abstinencijos būseną bus labai komplikuoja. Tada jam pasiūloma „gal tu pereik į pakaitinį gydymą ilgalaikį“. Sutinka – sutinka, nesutinka – nesutinka, reiškia, ieškom kitų variantų. Bet visiems siūlyti šitą ilgalaikę yra nereikalinga. Maža ką jis pageidauja. „Aš noriu būti programoje“ – taigi vaistas. Narkotikas. Ne šiaip sau vaistas – narkotikas. Vartojant jį irgi gali susiformuoti priklausomybė. Gydytojas atsakingas už tai, kad jis skiria tokiu ar kitokiu būdu vaistą. Dažnas jį nori vartoti kaip narkotiką. O aš skiriu vaistą. Jo priedermė kokia? Išvesti žmogų iš vartojimo. Ir netgi būnant programoje, aš po truputi juos stumiu, kad jie baigtų ar mažintų dozę. Ne didintų, o mažintų. Būna, kad ne – sumažina – psichologiškai spaudžia, blogai jaučiasi. Nu, padidinam biskį. Kažkiek. Bet ne taip, kad jis gautų ir gautų, ir gautų be krašto, be galo ir ateitų čia *gynėjai* tokie. „Mes – sako – gerai normaliai gyvenam, mes galim ir vyno išgerti dar“. Atsiprašau. Tai kaip tada, atsiprašant?.. Tai reiškia, jūs svaiginatės. Gaunat metadoną ir svaiginatės – pridedat alkoholį.

### **Medikamentą į namus išduodat?**

Jo, yra. Jeigu žmogus, pas mus visą laiką keturių mėn., vartoja pagal sutartį. Mes pasirašom sutartį, jis žino, ko negalima ir ką galima, jeigu šituose rėmuose viską daro tvarkingai.. Jam negalima vartoti psichoaktyviųjų medžiagų be gydytojo, alkoholio irgi. Jis turi reguliariai ateiti, jis turi reguliariai priduoti šlapimą.

### **Tikrinatė testais?**

Būtinai. O koks kitas būdas? Ne, galima pasižiūrėti, aišku, bet tai mažai. Pažiūrėjus tu neužfiksuosi, o jeigu priduos šlapimą, tai ir jis žino, ir aš žinau. Į mėnesį porą kartų. Ne mažiau kartą į mėnesį tai tikrai. O kartais, įtariant, kad jisai nėra tvarkoj – pagal pareikalavimą. Jeigu žmogus atsisako, tai yra pražanga, tai jis vartoja.

### **O jis žino, kurią dieną bus skiriamas testas?**

Ne, ne, ne, ne. Jis nežino. Jis neprivalo žinoti. Jis turi bet kada būti pasiruošęs priduoti šlapimą ir jis žino... Jis žino. Ten yra sutartyje. Jeigu jis viską įgyvendina ir jis tinka dėl tam tikrų, sakau, kad ligos, kad daug atgulėjęs ir niekaip negali atsisakyti opioidų, per komisiją, ne vienas gydytojas, sprendžiama, kad jį *pastatyti* į gydymą metadonu. Ilgalaikį, iki 12 mėn. ir tai yra visur kriterijai, kad jis keistųsi, o jis nesikeičia – per metadoną taip labai dažnai būna. Kai juos spaudi, kai jiems primeni, kad „tu gerai jautiesi, sumažinkim biskį“ . Ir dažniausiai iš to pakaitinio ilgalaikio gydymo

išeina tie, kurie pradeda normaliai socializuotis ir nebijo. Dirba jie, turi tada interesus, tada jie patys skatina...

### **O soc. darbuotojas padeda jiems kažkaip?**

O čia yra toks klausimėlis... Kaip jis vadinasi? Kur čia? Kur mano akiniai? Tuoj aš pasakysiu jums. Ai, atvejo vadybininkai. Pas mus tas neapsimoka. Nu nėra to atvejo vadybininko. Vilniuje jie yra. Kodėl? Todėl, kad ten *chebros* gydytojų mažiau, negu kad tų socialinių darbuotojų. Jie tada per atvejo vadybininką, jis pirmiausia priima socialinis darbuotojas, jis po to būna, kaip atvejo vadybininkas – siunčia ten, siunčia ten, siunčia čia. O pas mus poliklinikose yra, dar kažkur, nemažai tų taškų.

### **O ką pas jus daro socialinis darbuotojas?**

Socialinis daro... Žiūrėt, padėt jiems su darbu, padėt resocializuotis, dėl kažkokių piniginių išgalių. Praktiškai mes durys į duris sėdim. Socialinis darbuotojas, jis pats jums pasakys, ką jis daro. Jeigu reikia – pasitariam, kodėl gi ne? Mes, esant reikalui, jeigu pas mane yra pacientas ir klausimų yra aibė, liečiančių jo sociumą: santykius šeimos ar su vaikų teisėmis, ar su policija, ar su gyvenamąja vieta, tai aišku, aš pasakau, paskambinu arba... Tai nereikia net skambint, pakviečiu, pasakau „Padėkit jam“.

### **Gydytojų komisija sprendžia, ar skirti ilgalaikę terapiją metadonu?**

Taip. Komisijoje yra pirmininkas, yra įsakymu jisai. Šiuo metu, kadangi mes du, tai praktiškai tos komisijos nėra. Komisijoje būna ir socialinis, ir psichologas, ir gydytojas gydantis, ir pirmininkas. Būdavo didelė, dabar nėra tų gydytojų ir ta komisija susidaro iš manęs.

### **Kokia tvarka yra metadono išdavimo į namus?**

Trys mėnesiai ir sutartis, ir atitikti tiems kriterijams, kuriuos mes skiriam pakaitiniam gydyme. Ir viskas. Komisija aptaria, pasiūlo. Aš sakau, kad nereikia iš karto, užtenka, jeigu žmogus, aš pažiūriu, kaip jisai tam ilgalaikiam. Juk tu gali matyti per ilgalaikę, kaip jo nusiteikimas, kaip jis... Ką, tu per pusmetį nepamatysi, kas jis per žmogus? Per 3 mėn. jau pamatysi. Jeigu jis netinka, išvis ar jam duot metadoną? Nes jis ne tam jį gauna, kad keistis, o tam, kad va, šiandieną aš neturiu, gaus metadoną. Jeigu badysiuos, reiškia, aš badysiuos. Matom per tuos mėnesius. Viską matai. Ką jis daro matai per tuos tris mėnesius. Užtenka kartais ir 2-jų mėn. jis jau šlapimo nepriduoda ir neateina, tai kam jį priimti į programą, jeigu jis neateis, jeigu jis nedalyvaus joje? Nes išbraukti iš programos irgi reikia komisijos. *Cela* istorija su jo išbraukimu. Jeigu jis ne toks, aš galiu jį iš karto išbraukti.

### **Ką turi padaryti, jog būtų išbrauktas?**



Ką padaro? Jis nesilaiko sutarties. Jūs pasiimkit sutartį pas mus pažiūrėkit. Jis tos sutarties nesilaiko, tai kam jam tada būti?

### **Dėl HCV ir ŽIV jūs skatinate gydytis?**

Tai pirmiausia mes skatinam juos tikrintis. Atliekam mes kraujo tyrimą, jeigu yra iš ko paimti. Būna, kad venos užakusios ir ten gali paimti tik kokioj somatinėj liginėj iš kokios centrinės venos. Čia mes to neatliksim.

### **Bet atliekate kas pusė metų ar kas kelis metus?**

Ne, jeigu žmogui nediagnozuota, vieną kartą metuose mes atliekam. Kai turim lėšų. Reikia turėti lėšų – pinigų. Jeigu teigiamas, tada mes siunčiame jį būtinai į AIDS centrą, kur jis stebimas ir *praeina* gydytojo infektologo stebėjimą, gydymą, jeigu reikalingas. Titrus ten koks antikūnių. Hepatitas irgi patenka į mūsų akiratį, dėl to, kad mes pagal numatytą tvarką turime juos prižiūrėti.

### **Ką reiškia „prižiūrėti“?**

Siųsti pas gydytojus. Konsultuoti jį turi gydytojas terapeutas, šeimos gydytojas. Turi juos nuolatos prižiūrėti. Jeigu tu nesiūsi, jis gali ir nenuėiti. Mes nei hepatitą, nei ŽIVą negydom. Taigi jūs girdit mane. Mes siunčiam juos ten. Kaip juos dar – su botagu juos skatint? Mes reikalaujam iš jų, ne tik kad siunčiam. Reikalaujam atgalinio ryšio, kad jie mums atneštų iš šeimos gydytojo, iš AIDS centro, ką jiems rado ir ką jiems skyrė. Nes jis gauna metadoną. Nes gali, kitą kartą, skirti vaistai pakeisti jo eliminaciją metadono arba įsisavinimą. Tai mes turim šitą viską žinoti.

### **Ar visi kurie ŽIV infekuoti ir turi hepatitą gydosi?**

Žinot, dėl „visi gydosi“ negaliu pasakyti, nes ne aš juos gydau. Bet kad visi tikrinasi, tai tikrai. Jeigu jis nesitikrina, jis būna perspėtas, kad jis negaus metadono. Privaloma, kad jis viską darytų. Tas metadonas čia gerai kaip *kabliukas*. Kaip disciplinuojantis *kabliukas*. Nes daug ko jis nedarytų, jeigu nebūtų pakabintas už to *kabliuko*. Tai tam jisai geras, bet tam, kad, kitą sykį, žmogus, gaunantis metadoną, jis daugiau nieko nenori. Jis nenori nei darbintis, nei tikrintis pas gydytoją, nei gydytis savo infekciją. Sakai jam „nu, klausyk, tu gi nueini, gydytojas pasižiūrėjo. Jeigu tu taip bogai jautiesi“ – sakai – „tai tu formini neįgalumą. Jeigu tu blogai jautiesi, sergi, negali dirbti – formink neįgalumą“. Prašai netgi pas šeimos gydytojus spręsti dėl neįgalumo. Nėra neįgalumo, tai sakai „mielas, pas tave nėra neįgalumo, prašau dirbk. Juk metadoną tu gauni dėl to, kad tu galėtum dirbti.“ „Ne, o ką jūs norit, man ir taip gerai“. Suprantat? Ir ilgalaikiui metadonas sukelia tokį abejingumą – nieko nereikia.

### **Jeigu netinka paslaugos ir jis nori pakeisti gydytoją?**

Prašau. Galimybė yra teoretiška, nes nėra kito gydytojo. Prašau, tegu jis keičia. Jis gali keisti ne tik gydytoją, bet ir įstaigą.

### **Ar yra į ką?**

Tai čia jo problemos. Ne, ne, niekur neveikia, metadonas tik čia. Mes labai norėtume, kad veiktų, kad susipažintų visi su šita *malone*.

### **Ar jūsų centre veikia darbuotojų vertinimo sistema?**

Ką jūs turit omeny? Aš išvis nesuprantu, kaip išvis galima įvertinti. Ar pagal skundus, ar pagal remisijas? Aš manau, kad čia ne... Sakykim taip: kaip jūs pasakysit – žmogus gerai dirba arba blogai? Aš jus paklausiu. Vat paprastas žmogus dirba kartu su kažkokiu Jonu. Kokie kriterijai?

### **Paprastai išsikelia tikslus pats specialistas...**

Ne, ne, ne, ne. Tu dirbi darbą, vat ir viskas. Tavo tikslas yra kilnoti dėžes arba *štampuoti* kokį nors gaminį. Nenusistatai skaičiaus, jo normatyvas toks yra. Kodėl reikia nusistatyt? Tave nuomoja. Kaip ir gydytoją. Tave nuomoja, sudarai su gydymo įstaiga sutartį, jo? Ten išvardinta tavo pareigybinė instrukcija, jeigu tu ją vykdai, tai kaip – tu gerai ar blogai dirbi? Gerai. Ką iškeli? Ką man iškelti? Yra sutartis ir yra pareigybinės instrukcijos. Tu iškeli – čia, žinok, tarybinis toks mąstymas – aukščiau, greičiau, išsikelk ir dar save apibūdink. Nu kokie čia dalykai, aš nežinau. Mane tai pykina šitie visi reikalai. Ne jūs klausiat, čia jums įduotas toks kriterijus. Vat aš pasakysiu, koks kriterijus turėtų būti. Kriterijus turėtų būti *aplamai* šitos problemos gydymo, kiek pacientų yra išbraukti su remisija. O tai yra kriterijus. Kiek tu turėjai, kiek tu gydei, jie išvažiavo į reabilitacijos centrus, jie nustojo išvis vartoti, jie socializavosi – va tas kriterijus. Bet tai mes viską rašom, viską... Remisijų trukmė neturi reikšmės, nors ir 2 mėn. nors ir mėnesį žmogus nevartoja...

### **Bet jis grįžta tada atgal.**

O kur jam dėtis? Grįžta. Aišku, geriau kuo ilgesnė remisija.

### **O daug grįžta?**

Aš pasakysiu taip: su priklausomybėmis yra *aplamai* ne tik *narkomanai*. *Alkoholikai*, psichoaktyvių medžiagų vartotojai. Bėda tame, kad tai yra pri-klau-so-my-bė. Jinai liečia giluminius žmogaus norus – gerai, puikiai jaustis. *Super* gerai. Ir iš to viskas išplaukia. Jeigu žmogus nori grįžti į normalų sunkų gyvenimą... Normalus gyvenimas sunkus? Pakankamai komplikotas, ane? Vieniems mažiau, kitiems daugiau – juk išvis ne visi tampa *narkomanais* ir *alkoholikais*. Tam reikia dar tam tikrą prielaidą turėti. Asmenybinį. Sutinkat? Yra dar prielaidas priešistorija, gyvenimo, gimimo, paveldimumo, santykių, ir svarbiausia – asmenybiniai dalykai. Jeigu žmogus bando nuo gyvenimo pasislėpti kažkokiu būdu, vat tokiu būdu, vat jis ir pakliūna ant to priklausomybės

*kabliuko*. Pabando, patiko ir daugiau nieko nereikia. Tai šiandien jam pagerėjo, ryt vėl pagerėjo, o poryt be to jis negali gyvent, nes jis jau be to blogai jaučiasi – vat kame esmė. Jau gyvenimas šalia eina, o jis su savo gera nuotaika vartojant šalia eina. Ir kaip tada traktuoti tą klausimą „kriterijai?“. Nu kokie kriterijai. Padedam žmogui grįžti, padedam. Visi padedam. Kaip tu įvertinsi? Aš manau, kad daug žmonių mūsų: personalas, skyriai ir čia – prisideda prie to tikrai. Ir, aišku, gebėjimas rasti bendrą kalbą, gebėjimas pasipriešinti manipuliacijoms, spaudimui, kad duok daugiau ir dar, ir dar, ir šio, ir ano. Negrįžtamai palikt šitoj duobėj, pasipriešint. Gydytojas turi turėti didžiulę sveikatą psichinę. Ir norą padėti. Kartais galvoji „nu velnias, kaip atsibodo viskas“, bet matai, kad turi ir gerų pasiekimų. Būna, kad grįžta atgal ir po trijų metų, ir po metų. Turėjom porą tokią. Jie buvo prieš tai abudu *narkomanai*, susipažino, paskui abudu pakliuvo į reabilitacijos centrą. Ten prabuvo metai, *susikukavo*, susituokė, pagimdė vieną vaiką, pagimdė kitą vaiką, atvažiavo maždaug po... Nu, nepilnus metus abu pradėjo vartoti.

### **Ir grįžo pas jus?**

O kur jiems dėtis? Jie buvo, suprantat, čia yra sunku pasakyti. Kai žmogus nestabilus, tai tu kaip nori taip vadink, ar *detokse*, ar programoj, jis gauna pakaitinį gydymą metadonu. Ir jis neišlaiko – jis vis tiek vartoja. Tai kur jam dėtis? Išvarai, jeigu tu vartoji, tai negali vartoti ir vieną, ir kitą, tai jau pasirink arba aną, arba kitą. Jis pasirenka tą, ką jis nori. Paskui, neretas dalykas, ne *super* dažnas, bet ne retas, kad gyvenimas policijos *įvaizdyje* juos priverčia pasirinkti. Čia irgi paskata. Tu nori į kalėjimą ar tu nori išbristi iš savo vidinio kalėjimo ir nepakliūti ten, į kalėjimą tikrą. Nu, jie pasirenka eiti į reabilitaciją. Kartais visai neblogai. Taip, sėkmingai. Nu vat, pagal tai arba su *alkoholikais*, aš žiūriu, ypatingai neskiriu. Pažiūrėkit, pas mus *alkoholikų* populiacija žymiai didesnė ir jie...

### **Ačiu**

22. Arnas (gydosi 6 m.), Alfonsas (gydosi 9 m.), pacientai, KPLC. Egidijus, aktyvistas.

### **Kiek laiko dalyvaujate FM? Kas jus paskatino ateiti gydytis FM?**

A: Pusę metų, Prieš tai dar buvau 6 metus. Padariau pertrauką.

A1: Devyni metai.

### **Iš kur gavote šią informaciją? Ar ji pasitvirtino? Ar informacija paplitusi mieste? Kaip dažniausiai sužinoma apie FM?**

A: Aš iš mamos, mama iš pažištamų. Pradžioj, kai pirmąkart kreipėmės. Pažištami pasiūlė kreiptis pas Slatvickį, gydytoją, anksčiau jis čia buvo vyriausias. Jis padarė tą kalniuką (detoksas). Kai kreipiausi, dirbo Slatvickis.

Al: Aš kai grįžau iš įkalinimo įstaigos, vėl sėdau iš karto, ir atsistočiau. Bet aš per draugus. Žinojau, kad toks yra, bet... Paskambinau, sako stokis. Tada buvo lengviau, kaip lengviau... Ant programos atsistot nebuvo lengva. Iš pradžių ant detoksikacijos, nieko neišeina, tada... Iš karto nieko nestato ant programos. Ir dabar iškart nestato. Turi detoksikaciją, vieną kartą eina, antrą kartą, neišeina jam. Jis detoksikuojasi, išeina iš kalniuko, paguli dvi savaites, jam nieko neduoda kažkokį laiką metadono, ką, jam nieko nelieka, jis vėl eina vartot.

**Tai „nestato“ iškart?**

Al: O ką jūs galvojat, ateis iš miesto bet kas, pirmą kartą, ir jį pastatys ant programos? Niekada gyvenime, to nebuvo ir nebus.

**Ar kituose gydymo skyriuose (detokse) informuojama, sklaidomi mitai apie FM, motyvuojama kreiptis, konsultuojama? Kas tą daro?**

Al: Niekas neateina.

**Ar yra koks nors kitas informavimo šaltinis, priklausanti centrui (mobili klinika, outreach, lygūs konsultantai, pacientų organizacijos, žalos mažinimo specialistai, lankstinukai, video etc.)? Ar esate gavęs iš ten informacijos apie FM?**

Al: Vakar su direktorium kalbėjom, sako, ką daryt? Kaip prikviešt? Gal reklamą duot? Ar į laikraštį? Sakau, nežinau. Narkomanas eina į metadoną paskutiniu momentu, aki nebėra ką daryt. O seniau, kaip buvo. Kažkada buvo daug žmonių. O padarė Šiupinis, pradėjo visus mest lauk. Jis niekam neduoda to metadono, tai ko jiems eit?

**Kaip suprast, „mest lauk“?**

Pagauna, nusižengimas ir viskas.

A: Prasidėjo tie metimai ir mažinimai dozės staigūs, todėl, kad pasklido tokia informacija, kad nebegaus lėšų metadono programai ir metadonui ir jo nebebus. Ir metė. Mane pagavo, kad aš pavartočiau vieną kartą ir mane iškart išmetė, aš kelis metus tada gėriau. Testas parodė, išmetė.

**Vienas testas?**

Ne vienas testas. Ne iš pirmo. Buvau pakliuvęs, perspėjimas, perspėjimas, bet nepasako, kad viskas paskutinį kartą išgeri. Ir vėl, gal po trijų mėnesių... Nebuvo, kad sistemiškai kiekvienąkart pakliūdavau. Praėjo daugiau laiko, aš tada nustebau. Nepasiūlė nei dozės... nieko.

### **Pakelti dozės nesiūlė?**

Al: Jis niekada nekelia, jis gali tik sumažinti.

Al: Man buvo iki 5 ml sumažinęs.

### **O jei nesutinki?**

A: Sako, viskas, kiek gali. Aš sakau, daktare, negaliu, nepasiruošęs išvis mesti. “Ne, laikas jau mesti, mažinam ir viskas”. Nu o ką aš...

A: Dozę kelti labai sunkiai, sako, aš nematau, tu labai gerai atrodai.

Al: Pas jį tik sumažinti gali. Kur, kas čia kels.

### **Kaip atrodo paslaugos teikimas (sistema), papasakokite. Ar yra socialinis darbuotojas (atvejo vadybininkas)? Kas priima sprendimus? Kaip jūs pats dalyvaujate visame šiame procese?**

Al: Saida. Kabinete sėdi. Kada nori gali eiti pas ją, kartais būna ir pasiunčia pas ją. Ji normali. Ji pati buvusi... Su ja bendraut normaliai, ji, aišku, sako važiuokit į reabilitaciją... Aš nežinau, nesu bandęs prašyt, kad padėtų kažką, kažkur nueit.

A: Aš pas ją kreipiausi dėl informacijos, tai viskuom padeda dėl informacijos, paskabina, duoda paskambint.

Al: Ji iš reabilitacijos.

### **Koks yra jūsų dalyvavimo FM tikslas? Ar tai jūsų asmeninis išsikeltas tikslas? Kaip tikslą formuluoja jūsų socialinis darbuotojas? Gydytojas? Ar jūsų asmeninis ir darbuotojo formuluojami tikslai sutampa? Kaip sekasi juos įgyvendinti?**

Al: Mano tikslas, aš nebenoriu sėdėt, aš pavargau, dėl to metadoną pradėjau gerti. Nebenoriu vargti su tuo kaifavimu, 15 metų prakaifavau.

### **Koks gydytojo tikslas formuluojamas?**

Al: Kad dirbti, integruotis. Bet jis sako reikia mesti, negi visą gyvenimą gersi. Aš sakau, mesčiau, bet psichologiškai neišeina. Nauji, kas atėję gydytojai visi į viršų pabėgo ir viskas, pas pijokus. Du yra gydytojai. Aš nežinau, jų nebūna, visi eina pas tą, kur ir eidavom.

### **Kokias paslaugas teikia soc. darbuotojai, ar yra atvejo vadyba? Kada buvai paskutinį kartą?**

Al: Galvą įkišęs buvau ne per seniausiai, pasisveikinu.

A: Aš kreipiausi, kai dabar negalėjau atsistot į programą. Aš netgi rašiau prašymą direktoriui, kad atsistot į programą. Šiupinis nestatė ir viskas. Turi dirbti arba turi būti invalidas. Tokie reikalavimai.

### **Parašyti jie kažkur, tie reikalavimai?**

A: Aš parašiau prašyme, kad teisiškai, kokiais įstatymais jis remiasi, kad manęs nestato į programą. Aš nuo 2005 m. stoviu įskaitoj, prižiūriu dvi močiutes, viena gulinti su pampersais, kita iš namų nebeišeina visai. Ir jis man sako, turi eiti dirbti, kad atsistoti ant programos. Aš atnešiau jam dokumnetus, invalidumus, kad žiūriu specialių poreikių žmones, kad reikia maitinti. Kai aš vartoju, tai įsivaizduojat, kokios būsenos aš būnu, kokios būsenos jos, kokie santykiai. Dabar, kai atsistojau, tai kitaip.

**Papasakokite, kaip patekote į gydymo programą. Kokius reikalavimus turėjo įgyvendinti? Kiek ilgai truko procesas? Ką reikėjo pristatyti? Kur reikėjo nuvykti? Su kuo pasikalbėti?**

A: Buvau pas Saida, man parekomandavo Egis parašyti prašymą direktoriui, direktorius pasakojo, vat buvo ir Egidijus, kad jis nesuprato, kodėl Šiupinis manęs nepastatė dar, nes buvo praėję jau mėnuo laiko po to mano prašymo kai aš parašiau. Tai direktorius vėl pasijudino, tada Šiupinis padarė komisiją ir pasikvietė tą jauną vedėją, Osipovą. O tas Osipovas irgi dalyvavo pokalbyje, vat kai Egidijus buvo. Aš jam papasakojau savo situaciją, kaip yra, kad manęs nestato. Ir tada padarė komisiją ir jis neturėjo kur dingt paprasčiausiai.

**Kaip argumentavo?**

A: „Aš žinau, kad tu gali mesti“.

Al: Jis siūlo, tu gerk metadoną, duosiu tau ant dviejų savaitių, paskui į skyrių ir važiuok į reabilitaciją. Ir viskas.

E: Tokia sistema yra: detoksas, reabilitacija ir *doloi*...

A: Dar jis buvo padaręs, kad vietoj trumpalaikės detoksikacijos, pervedė į ilgalaikę. Vietoj trijų mėnesių, pusei metų pervedė. Gal tikrino, ar aš apsisprendęs dalyvauti programoj, motyvaciją, bet tiek laiko, aš nežinau... Kai aš jo prašiau, prieš guldamas ant kalniuko, gal kokius keturis kartus prašiau pa jį, jis keturi kartus mane guldė ant kalniuko, kad detoksikuotis.

**Kaip skiriami ir atliekami testai? Ar jie reikalingi? Ar jums padeda? Kaip vertinate testų skyrimą ir atlikimą? Ką darote, jei nepriimtina? Ką siūlo konsultuojantys specialistai?**

Al: Kas dvi savaites. Stovi kartu, už nugaros sesutė. Ir tikrina dar. Ir treningus, ir triusikus, sako parodyk, kas ten yra, rimtai.

A: Galvoja, kad ką pasislėpęs ten ką.

**Ar turite lengvatą? Kaip ją gavote (kokius reikalavimus reikėjo išpildyti)? Ar buvote ją praradę? Dėl kokios priežasties? Ar buvo priežasčių, kurios jums pasirodė nepagrįstos? Ką darėte?**

A: Tik savaitgaliui. Būna po trijų mėnesių.

Al: Dabar būna, aš buvau gavęs namo, vieną kartą eidavau [per savaitę] bet nusižengimas buvo ir atėmė.

### **Kokie reikalavimai lengvatai?**

Al: Aš neįgalumą turiu.

A: Net jei įsidarbinsi tai neduos.

Al: Nenori duot, bent tris mėnesius būtinai. Jeigu pradėsiu dirbti. Bet būna žmonių, kur buvo su mumis, jis su ŽIV jo nestatė.

A: Jis papuolė palei mano bangą, kai aš rašiau prašymą direktoriui, kad mane statytų, tada sakiau, eik ir tu, kad po ta pačia banga. Tai buvo vedėjas nusileidęs, direktorius, mes paminėjom, kad ir jisai nori stotis į programą, tai kaip jis po ta pačia banga pakliuvo, tai atsistojo.

Al: Ne, ne, aš papasakosiu dėl ko. Kai buvo tie iš Vilniaus atvažiuavę, Kęstas, Svajūnas. Jie seniai buvo atvažiuavę. Tada buvo didžiausios problemos, visus norėjo išmest, mane buvo nuleidę jau iki 5 ml, aš gėriau. Ir jau buvau susitaikęs, kad reikės gultis, nežinojau, ką daryt, į reabilitaciją tikrai nevažiuosiu. Ir jie ėjo į savivaldybę, pas direktorių. Paskui jis biški išsigando, daktaras Šiupinis, nebemetė manęs. Jis vis tiek sako, mažinam, mažinam. Bet aš jau supratau, kad manęs neturi teisės išmesti, aš sakau, nemažinsiu, pakelk man. Jis man sako davai mažinam, „davai keliam“ – sakau. Paskui vėl buvo atvažiuavę su Egidijum...

### **Kas „jie“?**

Jie turi savo organizaciją... Nežinau, ar dar beturi, čia seniai buvo. Jie atstovai, eina, kovoja, padeda. Jie geria metadoną.

E: Aš pats turiu tą problemą, man gal kiek paprasčiau yra, nes aš pats sugebu tvarkytis. O tiems, kuri negali, aš žinau, kaip yra sunku. Pats esu perėjęs tą kelią ir žinau kaip sunku. Jeigu galiu kažkuom padėti ir man tai nieko nekainuoja. „Resetas“...kažkada susipažinau... Nepamenu, kokiais keliais ir įsitraukiau.

A: Jie patys buvo čia atvažiuavę ir susirado...

E: Bet man atrodo aš su jais buvau Vilniuj pirmąkart susidūręs.

Al: Atsimenu kai jie atvažiavo pirmąkart, mes sėdėjom, kavą gėrėm, jie ėjo su Vovka, irgi narkomanu. Jie atvažiavo prie narkologinio ir tiesiog užkalbino, kaip pas jus, taip ir taip. Bet jie dėl to ir važiavo, konkrečiai.

### **Dabar yra pacientų organizacija Klaipėdoje?**

Tada kada jie atvažiavo, dabar aišku nieko nėra... mes pasirašėm penki žmonės, tipo įkurt... Norėjo kažką įkurt...

E: iniciatyvinę grupę

AI: Bet iš tikrųjų nieko nėra.

**Kaip sugalvojote parašyti minėtus raštus?**

A: Egidijus pasakė ir iš tos grupės du žmonės.

AI: Aš jiems perduodu. Man Egidijus, jis ten sužinodavo, pasakydavo. Tam susirinkime, kaip vadinasi susirinkimas, kur Gražina?

E: „RIGRA“ darė mokymus. Kauno vartotojų organizacija.

AI: Mes rinkom parašus ir aš jiems, vartojantiems sakiau, eikit, rašykit, netylėkit. Kaip man liepė, daryti, taip ir perdaviau. Ne iš karto juos pastatė, nes buvo atvažiavę pas direktorių, svaivaldybė, kur jūs buvot? Jeigu jų nebūtų pastatė, tai viskas, iš viso, narkomanai jau nebepatiktų niekuom. Irgi jaučiu netikėjo, kad kažkas bus.

**Ar kada nors buvo situacija, kai dėl sveikatos būklės negalėjote atvykti medikamento? Ką darė jus konsultuojantis specialistas? Papasakokite apie vizito į namus tvarką.**

A: Atveža į ligoninę.

AI: Pirmą invalidumo grupę kas turi.

**O jei gydaisi ambulatoriškai? Ar išduoda tada artimiesiems?**

A: Sutarimo būdu gal ir gali. Pavyzdžiui, man kai darė operaciją gerklėj, tai aš ten kelias dienas tik turėjau gulėti, ligoninėj. Bet mano gydytojas ligoninėj nenorėjo fakso siųsti, jam buvo problematiška faksą siųsti. Tai buvau su motina atvykęs, Šiupinis sakė, kad be problemų mamai duotų.

AI: Jeigu nori išvažiuoti dienai, dviem, duoda.

**Ar esate pildęs jus konsultuojančių specialistų vertinimo anketas ar kitaip dalyvavęs vertinant darbuotojus? Ar manote, kad tai būtų naudinga? Kodėl?**

AI: Esu pildęs skyriuje. Viso centro.

E: Čia skirtingos organizacijos.

AI: Direktoriui priklauso tenais, skyriai, bet jo niekas neklauso.

A: Ten yra vyr. sesutė Anelė Slatvickaja. Ji savo politiką, savo pasaulį pasidarius.



**Ar šis centras yra artimiausias pagal jūsų gyvenamąją vietą? Jei ne, kodėl gydotės čia? (vienintelė galimybė, tinkamesnis laikas, geresnės paslaugos ir pan.).**

A1: Vienintelis. Anksčiau buvo... buvo daugiau žmonių. Šiupinis daktaras sako, matot, išgydžiau visus. O kur yra visi? Arba kaifuoja, arba išvažiuo, arba sėdi, arba mirę. Yra išgydytų, nesakau, yra po reabilitacijų vienas kitas tikrai laikosi dar, bet labai daug atkritusių ir ką jis sako, yra nesąmonė... Nekokybiškos paslaugos?

Neatsižvelgia į mus.

**Ar jums patogios centro darbo valandos?**

Kaip gali būti patogios. Iki 12.30 nuo 9.00. Nei prieš darbą, nei po darbo, kaip norit, taip darykit. Seniau buvo iš ryto iki pirmos ir nuo trijų iki penkių.

**Ar jums suprantama centre veikianti eilių sistema? Papasakokite apie ją.**

A: Kokios eilės? Taigi nieko nestato.

A1: Dabar gal biški... va juos pastatė

A: Bet per kokius vargus mane pastatė, kiek man nervų kainavo.

**Kaip argumentuoja, sako, kad nėra vietų?**

A: Kam tau reikia to metadono, va, pasižiūrėk, būsi kaip jie, kai anie.

**Papasakokite, kaip patekote į gydymo programą. Kokius reikalavimus turėjo įgyvendinti? Kiek ilgai truko procesas? Ką reikėjo pristatyti? Kur reikėjo nuvykti? Su kuo pasikalbėti?**

A: Dirbti, invalidumą turėti, be kojos, be rankos.

**Kaip su ŽIV ir nėštumu ir šių asmenų priėmimu be eilės?**

A: Nėščias priima.

A1: Pas mumis jokios eilės nėra. Pas mus narkomanai nebeina tenais, nes žino, kad nieko negaus. Ko ten eit? Seniau, kai žinojo, kad duos, tai ėjo, buvo 150 žmonių. Dabar nieks nebeina, ką ten veikt?

A: Ir eina, vagia visi.

**Kas jums teikė informaciją apie gydymą metadonu, susijusių infekcijų gydymą pradžioje? Ar pasitikėjote šia informacija? A1: Nieko nepasakoja.**

A: Iš atmintinių ką gali prisirinkt.

**Lankstinukų duoda?**

A: Jeigu pats pasiimsi.

**Yra stalas su lankstukais?**

AI: Stalo nemačiau.

A: Kabinete yra pora.

AI: Gal jeigu naujas ateitų pas socialinę, jinai papasakotų.

**Ar buvo konsultuojami jūsų šeimos nariai? Ar buvo toks poreikis? Ar siūlė konsultuoti? Kas konsultavo? Kaip vyko konsultacija?**

A: Kai su tėvais ateini, į kabinetą priima. Man tai buvo, kad mane išvarydavo iš kabineto, o su mama kalbėdavo.

AI: Klaipėdos mamos kaip tik nori, kad metadoną gertų. Kad nereiktų pinigų duoti ant narkotikų. Jai geriau.

**Iš kur jos sužino apie FM?**

A: Internete skaito.

AI: Kitos mamos, pasikalba, jos suprantančios.

**Ar per pastaruosius metus jus konsultuojantis specialistas yra reiškęs neigiamas pažiūras į jus, jūsų artimuosius, jūsų priklausomybę?**

AI: Tai aišku. Galvoju tik, ką sako... Keiktis pradėt? Ką čia prisikalbi, viskas, negausi, eik iš čia.

A: Kartais būna mimikos... Gal čia žmogui paprasčiausiai, gal sveikata bloga, o mes kreipiam dėmesį.

AI: Iš tikrųjų ji netiki mumis iš viso, gal teisingai daro. Kitą sykį teisybę sakai, o jis sako „ką tu čia meluoji, eik iš čia, negausi“.

**Kokiais atvejais neišduoda metadono?**

AI: Dabar man jau viskas normaliai, jis jau žino, kad aš biški su Vilniečiais važiuoju į seminarus. Jisai tyli. O seniau ir man yra buvę, trenkiau durim ir išėjau, ką ten kariausi.

**Ar baiminotės dėl savo duomenų slaptumo? Ar jus konsultuojantis specialistas yra tyčia ar netyčia kalbėjęs apie jūsų sveikatos būklę netinkamoje aplinkoje (esant kitiems pašaliniam asmenims, koridoriuje ir pan.)?**

A: Visur jau nutekėję.

**Pvz. jeigu mama ateis ir klaus apie tavo sveikatą?**

Jeigu aš esu parašęs, ką jai galima teikti, tada taip.

**Ar dažnai susidaro įspūdis, kad kitiems klientams sudaromos geresnės sąlygos? Kodėl taip manote? Gal yra konkrečių situacijų, kurias galite nupasakoti?**

Mes nesusitinkam. Mes pažįstami, bet negali tarp 15 žmonių išskirti, kam geriau.

**Kas informuoja apie skundo galimybę? Ar žinote kokia skundo registravimo tvarka? Kaip sužinojote? Ar kada nors norėjote pildyti skundą? Kodėl? Kokiais klausimais esate pildę skundą? Kodėl nusprendėte, kad to (ne)reikia? Ar centre yra konkretus asmuo, kuris dirba skundų klausimais? Ar jo darbas jums padeda, ar trukdo pasiekti norimo kokybės gerinimo rezultato? Ar specialistas yra jus kada nors įkalbinėjęs ar atkalbinėjęs rašyti skundą?**

Al: Man direktorius pats pasakė, tada kada buvom, jeigu kas, rašykit Aidai arba sekretorei, ir man perduos. Jeigu kažkas ne taip. Bet čia tik dabar, neseniai tas įvyko, prieš du tris, kaip pastatė.

**O kitiems pasako apie skundą, kad galima rašyti?**

Ne, iš vis, žali vaikšto, eina prie manęs, klausia. Ir motinos sedėdamos koridoriuose su jaunais, pradedančiais klausia.

**Nėra informacijos?**

Al: Taip išeina, jeigu klausia.

**Ar esate norėjęs pakeisti/ ar yra galimybė pakeisti gydytoją?**

Al: Į ką?

**O soc. darbuotoją?**

Al: Į ką? Dar paklausk apie psichologą, kurio nėra. Buvo. Jau pusę metų tikrai nėra. Buvo Sonata paskutinė, prieš tai Jolanta, biški ilgiau prabuvo...

A: Larisa buvo, paskui Sandra...

**Pats kreipiesi?**

Al: Ne, nu sako per komisiją... Ne, nu kokia komisija, pas mus komisija... Seniau buvo ir psichologė, ir soc., ir daktaras. Dabar sėdi vienas Šiupinis. Tas pats, kas ateiti pas jį į kabinetą. Tik pavadinimas, kad komisija. Komisija į mėnesį vieną kartą... tas pats, kas atėjimas pas gydytoją.

**Ar siunčia gydytis hepatitą C?**

A: Niekas nesiunčia ir yra informacija tokia, kad kas geria metadoną, tai negydo.

Al: Man buvo. Ėjau kepenis tikrintis, pridaviau tą pirmą kraują, išėjo į Vilnių, grįžo. Nu yra C, taip ir taip. Bet sako, kam tau reikia? Čia universitetinėj ligoninėj. Sakau, kaip? Sako, tu kol metadoną

gersi, tau niekas neduos vaistų. Norėjau pasakyt, pas mane draugas gydėsi. Ji sako, patylėk, aš čia daktarė.

### **Pasakojai socialinei darbuotojai?**

AI: Pasakojau. Sakė, „kaip taip“. Sakė, reikėjo eiti pas vedėją.

### **Ar atliekami ŽIV tyrimai?**

AI: Kas pusę metų testas, o gal kasmet. Daugiau nebenoriu atlikinėt. Pridaviau kraują, man sifilį rado. Turėjau važiuot paskiau į odos dispanserį, vėl iš naujo pridavinėt, bet pasirodė nieko nėra. Aišku, čia ne narkologinis tą testą darė. Suklydo.

### **O hepatito C testas?**

AI: Kas pusę metų. Man atrodo kartu daro.

### **Ačiū**

23. Rasa, bendrosios psichikos sveikatos slaugytoja, KPLC, dirba 13 m.

### **Išduodate medikamentą?**

Ir metadonas, ir kitos procedūros, kraujo paėmimai...

Detoksikacijoj yra keturi, o programoje dvylika–trylika. Ambulatorinė detoksikacija būna ilgalaikė ir trumpalaikė. Kai žmogus nori po truputį mažinti metadoną, o paskui gultis į skyrių, visai nutraukti.

Trumpalaikė būna savaitę, iki dviejų. Ilgalaikė apie mėnesį.

### **O FM programoje?**

Jie pastoviai, metų metais. Tie dvylika tai seni. Buvo daugiau, bet sumažėjo. Vieni mire, kiti nustojo vartoti, kiti išėjo ir toliau vartoja.

### **Kas, iš specialistų, yra atsakingas už FM? Kokie be atsakingo specialisto specialistai dirba? Kokia jų funkcija? Kiek pacientų dalyvauja FM? Ar yra eilė? Kaip ji veikia? Kodėl dalyvauja tiek asmenų?**

Mes stebime. Jei matome pasikeitimų pačiame elgesyje, galime įtarti, kad vartoja kažką nelegalaus, tada informuojam gydytoją. Imam šlapimo tyrimus, kraujo tyrimus...sekam. Jeigu gydytojo nėra, mes galime savarankiškai paimti. Daugumoje atveju, tai gydytojas skiria. Tiems kur detoksikacijoj tai dažniau, o programoj tai rečiau. Šiuo metu du–tris kartus į mėnesį, o detoksikantams tai dažniau, gali ir kas dvi dienas. Darome šlapimo testus, seilių testų neturime.

Lydime į tualetą ir stovime už nugaros. Yra šlapimo indeliai su indikatoriais, kurie rodo, pvz. Jei būna pripiltas, jis būna šaltas ir pakeičia indikatoriaus spalvą, galima įtarti, kad įpylė šlapimą. Moteris ir vyrus lydi visą laiką slaugytoja.

### **Kaip skiriama FM dozė? Ką sako metodikos? Kaip elgiatės praktikoje?**

Jeigu ateina ir sako, kad man mažai, blogai jaučiuosi. Mes galim pasakyti, bet jie patys dažniausiai nulekia, jeigu mažai, jie eina pas gydytoją, Aš informuoju, kad kas skundėsi, kad mažai, trūksta...

### **Kas pacientui suteikia jam reikalingą informaciją apie gydymą, apie infekcijas ir t. t. ?**

Suteikiame informaciją apie socialinį darbuotoją, psichologų šiuo metu neturime... Daugumoj atveju ir mūsų socialinė serga dažnai, tai tenka mums.

### **Medikamentus išduodate į namus?**

Taip. Eina pas gydytoją konsultacijai, jeigu paskiria, ateina su siuntimu ir mes išduodam. Jeigu kiekvieną dieną geria, tai ateina metadoną išgeria ir vaistus išduodam, jeigu pvz. vakare jam reik išgerti, tai išduodam į rankas su parašu. Ir metadonas dabar yra, žinot, išduodamas šeštadieniui sekmadieniui į rankas, kadangi mes nebedirbam... Lengvata yra kartą į savaitę, šešioms darbo dienoms yra išduodama, daugiausiai dirbantiems arba tiems, kurie jau nevaikšto, dažniausiai mamos atvažiuoja, ateina ir paima.

### **Kaip vyksta metadono išdavimas į namus?**

Ateina su savo buteliuku, turi atsinešti sirupą. Jeigu yra kas gauna, visą laiką su sirupu. Kad ne bespalvis, kad raudonos spalvos... Į gydymo įstaigas vežam, šiuo metu pora guli ligoninėj, mums ateina faksas ir mes vežam. Ateina faksas, gydytojas nuvažiuoja konsultacijai visų pirma. Pvz. būna ne mūsų įstaigos, kurie nedalyvauja mūsų nei detoksikacijoje, nei programoj. Tai gydytojas turi nuvažiuoti konsultaciją praveisti, o tada žiūrėsime... Bet turi faksą atsiųsti. Buvo laikas kai ir į areštinę veždavom. Bet dabar šiuo metu ne... Buvo žmonės, bet nežinau, nesutaria turbūt su areštine, tarp areštinės vadovybės ir mūsų... Negaliu, čia vadovybės...

### **O į namus vežate?**

Ne, tik tai tėvai ateina. Jei tėvų nebūtų, tada jau vežtumėm. Soc. darb. Eina į namus, ima šlapimo tyrimus.

### **Ačiū**