



LIETUVOS SVEIKATOS
MOKSLŲ UNIVERSITETAS



NORVEGIJOS PARAMA LIETUVAI:

partnerystė vertybėms
kurti ir išsaugoti

SVEIKATOS NETOLYGUMŲ

MAŽINIMO PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS





LIETUVOS SVEIKATOS
MOKSLŲ UNIVERSITETAS



NORVEGIJOS PARAMA LIETUVAI:

partnerystė vertybėms
kurti ir išsaugoti

SVEIKATOS NETOLYGUMŲ

MAŽINIMO PRAKTINĖS
REKOMENDACIJOS

UAB „Arx Reklama“

Kaunas, 2017 m.

Autoriai:

Mindaugas Stankūnas, Aurelijus Veryga, Marija Jakubauskienė, Rimantas Stukas, Genė Šurkienė, Aušra Beržanskytė, Mindaugas Butikis, Kęstutis Žagminas, Alvydas Navickas, Vilma Kriaučionienė, Iveta Petraitytė, Gintarė Petronytė, Virginija Kanapeckienė, Mindaugas Štelemėkas, Vaida Liutkutė, Roza Joffė, Raimonda Janonienė, Ieva Radzevičiūtė, Lolita Pilipavičienė, Laimonas Šiupšinskas, Arnoldas Jurgutis, Neringa Tarvydienė, Vytenis Kalibatas, Neringa Šešėkaitė, Olga Meščeriakova-Veliulienė, Faustas Stepukonis



NORVEGIJOS PARAMA LIETUVAI:
partnerystė vertybėms
kurti ir išsaugoti

Projekto pavadinimas:

„Sveikatos netolygumų nustatymo ir mažinimo gebėjimų stiprinimo modelio sukūrimas“ (Nr. NOR-LT11-SAM-01-TF-02-001).

Projekto vykdytojai:

Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Higienos institutas, Vilniaus universitetas ir Klaipėdos universitetas.

Projekto finansinis šaltinis:

2009–2014 m. Norvegijos finansinio mechanizmo programos Nr. LT11 „Visuomenės sveikatai skirtos iniciatyvos“ lėšos.

Leidinio bibliografinė informacija pateikiama Lietuvos nacionalinės Martyno Mažvydo bibliotekos Nacionalinės bibliografijos duomenų banke (NBDB).
ISBN 978-609-477-000-5

TURINYS

1.	Projektas „Sveikatos netolygumų nustatymo ir mažinimo gebėjimų stiprinimo modelio sukūrimas”	7
2.	Sveikatos netolygumų mažinimo praktinės rekomendacijos	
2.1.	Savižudybės.....	11
2.2.	Mityba	36
2.3.	Alkoholio vartojimas	75
2.4.	Tabako vartojimas	107
2.5.	Fizinis aktyvumas	148
2.6.	Sveikatos priežiūros prieinamumas	191
3.	Sveikatos netolygumų mažinimo praktinių rekomendacijų vertinimas	213
	Literatūra	217
	Priedas. Pasirinktų sveikatos netolygumų mažinimo intervencijų įgyvendinimo pavyzdžiai	235

Santrumpos |

ASPI	– asmens sveikatos priežiūros įstaiga
CHAMPS	– bendruomenės senjorų sveikatos veiklos modelis (angl. <i>Community Healthy Activities Model for Seniors</i>)
ES	– Europos Sąjunga
GMP	– greitoji medicinos pagalba
HBSC	– Tarptautinis mokyklinio amžiaus vaikų gyvenimo ir sveikatos tyrimas (angl. <i>Health Behaviour in School-Aged Children</i>)
JAV	– Jungtinės Amerikos Valstijos
LNL	– lėtinės neinfekcinės ligos
LR	– Lietuvos Respublika
NICE	– Nacionalinis sveikatos ir klinikinės kompetencijos institutas (angl. <i>National institute for health and clinical excellence</i>)
PASP	– pirminė asmens sveikatos priežiūra
PSDF	– privalomojo sveikatos draudimo fondas
PSO	– Pasaulinė sveikatos organizacija
PSO TKPK	– Pasaulio sveikatos organizacijos Tabako kontrolės pagrindų konvencija
PSP	– pirminė sveikatos priežiūra
PSPC	– pirminės sveikatos priežiūros centras
SAM	– sveikatos apsaugos ministerija
SMLPC	– Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras
TLK	– teritorinė ligonių kasa
VS	– visuomenės sveikatos biuras



PROJEKTAS „SVEIKATOS NETOLYGUMŲ NUSTATYMO IR MAŽINIMO GEBĖJIMŲ STIPRINIMO MODELIO SUKŪRIMAS“

Lietuva išsiskiria dideliais sveikatos netolygumais, pasireiškiančiais nevienodu gyventojų sveikatingumu atsižvelgiant į išsilavinimą, materialinę padėtį, gyvenamąją vietą, lytį, amžių, galimybę naudotis medicinos paslaugomis ir kt. Naujausi moksliniai tyrimai atskleidžia, kad šie netolygumai yra vieni didžiausių Europos Sąjungoje, todėl Lietuvos sveikatos strategijoje 2014–2015 m. strateginiame tikslė akcentuojama būtinybė sveikatos netolygumus sumažinti. Panašios nuostatos pateikiamos ir kituose Lietuvos, Europos Sąjungos ir Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) dokumentuose, pvz., Valstybės pažangos strategijos Lietuvos pažangos strategijoje „Lietuva 2030“, Lietuvos sveikatos sistemos 2011–2020 metų plėtros metmenyse, Europos Komisijos komunikate „Europa 2020“, PSO Europos regiono dokumente „Sveikata 2020“.

Nepalankiai sveikatos netolygumų situacijai spręsti reikalingi ilgalaikiai ir kompleksiniai veiksmai. Vienas iš jų – sistemingos ir patikimos sveikatos netolygumų stebėsenos užtikrinimas. Kitas – priemonių, skirtų sveikatos netolygumams mažinti, taikymas. Siekdami

**Sistemingos ir patikimos
sveikatos netolygumų
stebėsenos užtikrinimas.**

**Priemonių, skirtų
sveikatos netolygumams
mažinti, taikymas.**

prisidėti prie sveikatos netolygumų mažinimo mūsų šalyje, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas kartu su partneriais iš Higienos instituto, Vilniaus ir Klaipėdos universitetų 2014–2017 m. įgyvendino projektą „Sveikatos netolygumų nustatymo ir mažinimo gebėjimų stiprinimo modelio sukūrimas (NOR-LT11-SAM-

01TF-02-001)“. Projekto vykdymo trukmė – 35 mėn. (2014 m. liepos mėn. – 2017 m. balandžio mėn.). Projektas buvo finansuojamas pagal 2009–2014 m. Norvegijos finansinio mechanizmo programą Nr. LT11 „Visuomenės sveikatai skirtos iniciatyvos“.

Projekto tikslas – sukurti sveikatos netolygumų nustatymo ir mažinimo gebėjimų stiprinimo modelį, kuris būtų parengtas įvertinus tarptautinę ir nacionalinę patirtį sveikatos netolygumų nustatymo, vertinimo ir mažinimo srityje, atlikus teisinių dokumentų (nacionalinio ir regioninio lygmens) analizę, įvertinus žmogiškąjį potencialą ir jo kompetencijas bei parengus su tuo susijusias rekomendacijas, mokymo programas nacionalinio ir regioninio lygmens darbuotojams. Šis tikslas buvo įgyvendinamas vykdant pagrindines projekto veiklas (1 lentelė).

Projekto metu buvo atlikta gerosios patirties, įgytos vykdant sveikatos netolygumų stebėseną ir mažinimą, apžvalga (1.1 paveiklė). Buvo išanalizuota sveikatos netolygumų situacija Lietuvoje (nacionaliniu ir savivaldybių lygmenimis) ir Europoje, apžvelgta geroji patirtis, mokslinės publikacijos ir metodologinės gairės sveikatos netolygumų stebėsenos ir mažinimo srityje.

Kitu žingsniu buvo įvertinta sveikatos santykių teisumą įvairiuose politikos sektoriuose reglamentuojančių dokumentų, strateginių ir norminių aktų turinio analizė (1.2 paveiklė). Analizuojant buvo atliktas tarptautinių organizacijų publikacijų ir metodologinių rekomendacijų, skirtų teisinei bazei, skatinančiai sveikatos ir sveikatos santykių teisumą visuose politikos sektoriuose, įvertinimas, pasirinktų valstybių strateginių dokumentų, skirtų sveikatos netolygumams įvairiuose sektoriuose, analizė, taip pat buvo vertinta, kokios priemonės, skirtos sveikatos netolygumams mažinti, įtrauktos į Lietuvos savivaldybių ir nacionalinio lygmens teisinius bei strateginius dokumentus. Taip pat atlikta įvairių Lietuvos politikos sektorių strateginių ir norminių aktų, kurie reglamentuoja sveikatos santykių teisumą, stiprybių, silpnybių, galimybių ir grėsmių (SSGG) analizė. Ją buvo siekta įvertinti strateginius dokumentus ir teisės aktus (valstybės ir savivaldybių lygmeniu), reglamentuojančius sveikatos santykių teisumą įvairiuose politikos sektoriuose, bei parengti rekomendacijas, kaip tobulinti teisinę bazę sveikatos santykių teisumo srityje.

1 lentelė. Projekto pagrindinė veiklos ir poveiklės

Projekto veikla	Poveiklės
1. Metodinių rekomendacijų, skirtų sveikatos netolygumams nustatyti, vertinti ir mažinti, parengimas	1.1 Tarptautinės ir nacionalinės sveikatos netolygumų nustatymo ir mažinimo patirties analizė
	1.2 Strateginių dokumentų, reglamentuojančių sveikatos santykių teisumą įvairiuose politikos sektoriuose analizė
	1.3 Administracinių gebėjimų sveikatos netolygumams nustatyti ir mažinti nacionaliniu ir savivaldybės lygmenimis įvertinimas
	1.4 Sveikatos netolygumų stebėsenai reikalingų rodiklių, kaupiamų įvairių sektorių turimose informacinėse sistemose, surinkimo ir panaudojimo galimybių studija
	1.5 Metodinių rekomendacijų dėl sveikatos netolygumų stebėsenos atlikimo, rezultatų vertinimo ir taikymo parengimas, išleidimas ir sklaida
	1.6 Sveikatos netolygumų mažinimo rekomendacijų (gerosios praktikos pavyzdžių vadovas) parengimas, išleidimas ir sklaida
2. Administracinių gebėjimų stiprinimas	2.1 Mokymo programų, skirtų valstybės ir savivaldybių valdžios sektoriaus (sveikatos ir kt. sektorių) subjektams, įskaitant specialistus, parengimas
	2.2 Valstybės ir savivaldybių valdžios sektoriaus (sveikatos ir kt. sektorių) subjektų, įskaitant specialistus, administracinių gebėjimų stiprinimas

2015 m. pradžioje buvo atliktas tyrimas, kuriuo siekta įvertinti administracinius gebėjimus sveikatos netolygumų nustatymo ir mažinimo nacionaliniu ir savivaldybių lygmeniu (1.3). Tyrimo metu buvo organizuotos grupinės diskusijos bei atliekama nacionalinio ir savivaldybių lygmens institucijų specialistų, kurių veikla tiesiogiai arba netiesiogiai siejasi su sveikatos netolygumų sritimi, apklausa. Šiuo tyrimu norėta atskleisti sveikatos netolygumų stebėsenos ir mažinimo praktikas jų institucijose, kylančias problemas, įvairių gebėjimų pakankamumą ir

poreikį, bendradarbiavimą su kitomis institucijomis ir kt. Tyrimų dalyviai buvo linkę manyti, kad pagrindinės problemos sveikatos netolygumų stebėsenos ir mažinimo srityse gali būti siejamos su tarpinstitucinio bendradarbiavimo stoka, nuoseklumo, veiklos tęstinumo nebuvimu, veiklos fragmentiškumu, finansavimo, skirto netolygumams stebėti ir mažinti, trūkumu.

Pirmosios projekto poveiklės gali būti iš dalies įvardytos kaip pasiruošimas tolimesniems darbams etapas. 1.4 ir 1.5 poveiklių metu buvo parengtas sveikatos netolygumų stebėsenai reikalingas rodiklių sąrašas bei metodinės rekomendacijos, skirtos sveikatos netolygumų stebėsenai. Siekiant įvertinti parengtų rekomendacijų tinkamumą, trijose savivaldybėse buvo atlikti bandomieji suaugusiųjų ir vaikų gyvensenos tyrimai. Šie praktiniai bandymai buvo atspirties tašku rengiant galutinius gyvensenos tyrimų standartizuotus klausimynus bei tyrimų vykdymo metodikas. Stebėsenos rekomendacijos ir sveikatos netolygumų atvaizdavimo sistema „SveNAS“ yra parengta naudoti.

Sėkmingam sveikatos netolygumui mažėjimui svarbu ne tik nuolatinė ir kokybiška jų stebėseną, bet ir mokslu bei gerąja praktika grįstų sveikatos netolygumų mažinimo priemonių taikymas. 1.6 poveiklės metu buvo rengiamos rekomendacijos sveikatos netolygumams mažinti, prie kurių rengimo prisidėjo ne tik mokslininkai ir akademinių institucijų nariai, bet ir savivaldybių, valstybės institucijų atstovai, tokiu būdu sudarant galimybes pareikšti savo nuomonę ir teikti siūlymus dėl Lietuvos tinkamiausių pasiūlymų.

Paskutinės dvi projekto poveiklės 2.1 ir 2.2. buvo skirtos valstybės ir savivaldybių valdžios sektoriaus (sveikatos ir kt. sektorių) specialistų administraciniam gebėjimams sveikatos netolygumų srityje stiprinti. Tai apėmė specialaus vadovėlio ir mokomųjų programų sveikatos netolygumų tema parengimą, taip pat ir mokymų sveikatos netolygumų tema pravedimą.

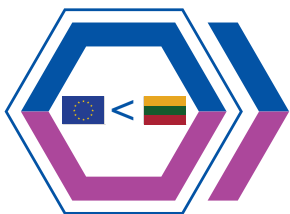
Šiame leidinyje pateikiamos su pagrindiniais rizikos veiksniais (fizinio aktyvumu, alkoholio vartojimu, rūkymu ir mityba), sveikatos priežiūros prieinamumu ir savižudybėmis susijusių sveikatos netolygumų mažinimo rekomendacijos šalies ir savivaldos lygmeniu. Viena iš siūlomų rekomendacijų pateikiama detaliau analizuojant galimos rekomendacijos įgyvendinimo partnerius bei įgyvendinimo etapus. Tikimasi, kad išdėstyti pasiūlymai padės suprasti ne tik valstybinio, bet ir regioninio lygmens sprendimų galimybes ir praktiškai jas taikyti ateityje.

SVEIKATOS NETOLYGUMŲ MAŽINIMO PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

2.1. SAVIŽUDYBĖS

PAGRINDINIAI EPIDEMIOLOGINIAI FAKTAI

REKOMENDACIJOS



Lietuvoje mirtingumas dėl savižudybių ir tyčinių susižalojimų jau daugiau nei 20 metų yra didžiausias Europoje – standartizuotas mirtingumo rodiklis Lietuvoje yra **2 kartus** didesnis nei ES 28 šalyse.



Didžiausi bandymų nusižudyti ir savižudybių netolygumai yra tarp vyrų ir moterų grupių. Bandymų nusižudyti skaičius yra didesnis tarp moterų, vyrų savižudybių skaičius yra beveik **6 kartus** didesnis nei moterų.



Savižudybės yra dažnesnės tarp kaimo nei miesto gyventojų.



Vertinant vyrų savižudybes, pagrindiniai netolygumai yra tarp skirtingo amžiaus grupių: **didžiausias mirtingumas vidutinio 45–59 metų amžiaus grupėje** palyginti su 20–44 metų ir 60 metų ir vyresnių amžiaus grupėse.



Moterų savižudybių rodiklis yra **didžiausias 75 metų ir vyresnių** moterų amžiaus grupėje.



Savižudybės yra **dažnesnės žemesnį išsilavinimą turinčių gyventojų grupėse** nei tarp aukštesnį išsilavinimą turinčiųjų.



Jaunų žmonių **14–29 metų amžiaus grupėje didžiausias mirtingumas yra dėl savižudybių ir tyčinių susižalojimų** (HI SIC, 2014).

Šios savižudybių prevencijos rekomendacijos, siekiančios mažinti savižudybių netolygumus šalyje, atspindi visuomenės sveikatos požiūrį į savižudybių problemą, nes yra populiacinio pobūdžio, orientuotos į prevenciją, remiasi moksliniais įrodymais ir tarpsektorinio bendradarbiavimo principu.

Savižudybių prevencijos rekomendacijos, siekiančios mažinti savižudybių netolygumus šalyje.

Savižudybių socialinių ir demografinių netolygumų Lietuvoje mažinimo rekomendacijos yra dvių

lygmenų: nacionalinio ir vietos. Nacionalinio lygmens rekomendacijos remiasi apibendrinta tarptautine patirtimi ir apima kompleksines rekomendacijas: nacionalinės tarpsektoriniu bendradarbiavimu grindžiamos savižudybių prevencijos programos parengimą, savižudybių stebėsenos užtikrinimą, savižudybių prevencijos intervencijų vertinimo vykdymą, visuomenės ir tikslinių rizikos grupių informuotumo apie savižudybių prevenciją didinimą, stigmos mažinimą ir bendradarbiavimo su žiniasklaida stiprinimą. Vietos lygmens rekomendacijos iš esmės orientuotos į savižudybių prevencijos savivaldybėje algoritmo parengimą, skirtą pagalbos suteikimui optimizuoti savižudybės riziką pasižymintiems asmenims. Vietos lygmens rekomendacijos apimtų sveikatos ir kitų sektorių specialistų, susiduriančių su padidintos savižudybės rizikos asmenimis, vadinamųjų „vartininkų“ kompetencijų didinimą, trumpalaikės pagalbos suteikimą mėginusiems nusižudyti ir psichikos sveikatos (ir psichologinių) paslaugų prieinamumo gerinimą. Savižudybė yra elgesys, bet ne liga, todėl savižudybės rizikos identifikavimas yra sudėtingas procesas, tačiau tiek tarptautinės PSO, tiek kitų mokslininkų parengtos gairės patvirtina nuostatą, kad savižudybių prevencija turėtų būti vykdoma visą žmogaus gyvenimą, pradedant nuo tėvų psichikos sveikatos stiprinimo ir tėvystės įgūdžių formavimo, baigiant sveiko ir aktyvaus senėjimo vyresniame amžiuje užtikrinimo. Norint sėkmingai vykdyti savižudybių prevenciją, būtina visiems sektoriams, suinteresuotoms institucijoms ir specialistams sukurti bendras pastangas bei veikti.

Vertinant gyventojų sveikatos netolygumų dėl savižudybių mažinimą, visos pirmiau išvardytos intervencijų priemonės yra veiksmingos,

tačiau reikia atsižvelgti į konkrečius situacijos ypatumus. Vienas svarbiausių vyrų savižudybių rizikos veiksnių – didelis alkoholio (ir/ar kitų psichoaktyvių medžiagų) vartojimo paplitimas, psichikos sveikatos paslaugų prieinamumo stoka. Kadangi pagrindinis vyrų savižudybių būdas Lietuvoje yra korimasis, apriboti prieinamumą prie savižudybės įrankių neįmanoma, todėl veiksmingas būdas išlieka artimųjų budrumas, jautrumas ir raštingumas – atpažinti pasikeitusį artimo asmens elgesį, pastebėti užuominas apie ketinimus nusižudyti, pasikalbėti ir pasiūlyti kreiptis profesionalios pagalbos. Tai susiję su bendru gyventojų psichikos sveikatos raštingumo didinimu ir stigos kreiptis psichikos sveikatos pagalbos mažinimu.

Tinkamų kompetencijų turėjimas sudaro galimybes specialistams atpažinti padidėjusią savižudybės riziką skirtingomis socialinėmis aplinkybėmis – sveikatos priežiūros įstaigoje (pvz., šeimos gydytojai), mokykloje, teikiant socialines paslaugas ir pan., todėl skirtingų sektorių specialistų, galinčių turėti kontaktą su savižudybės rizika pasižyminčiais asmenimis, mokymai, užtikrinant „vartininko“ funkciją, yra esminiai.

Atsižvelgiant į savižudybių netolygumus tarp kaimo ir miesto gyventojų, svarbiausias veiksnys būtų psichikos sveikatos paslaugų prieinamumo gerinimas, ypač rajonų ir kaimo vietovių gyventojams.

Mažinant gyventojų netolygumus dėl savižudybių reikalinga patikima savižudybių, mėginimų nusižudyti ir teikiamos pagalbos stebėseną. 2 lentelėje pateikiamas savižudybių prevencijos politikos poveikis netolygumams bei veiksmai efektyvesniam įgyvendinimui.

2 lentelė. Savižudybių prevencijos politikos poveikis netolygumams ir efektyvesnio įgyvendinimo veiksmai

Savižudybių prevencijos politikos principai	Poveikis netolygumams	Kaip veikti efektyviau
Psichikos sveikatos strategijos įgyvendinimas parengiant savižudybių prevencijos veiksmų planą	Tikslinių grupių (bandžiusieji nusižudyti, nusižudę, artimieji) ir jų poreikių įvertinimas, savižudybių prevencijos priemonių poveikis joms.	– Savižudybių prevencijos veiksmų plano parengimas - Psichikos sveikatos strategijai įgyvendinti; tikslingai nukreipiamos tinkamos priemonės į tikslines grupes. – Tarpsektorinio bendradarbiavimo užtikrinimas.
Savižudybių ir bandymų nusižudyti stebėsena	Nuoseklus netolygumų įvertinimas, tikslingesnis poveikis tikslinėms grupėms.	Reguliarus duomenų rinkimas, analizė ir vertinimas

2 lentelės tęsinys

Savižudybių prevencijos politikos principai	Poveikis netolygumams	Kaip veikti efektyviau
Informuotumas apie savižudybių prevenciją, stigmos mažinimas	Geresnis gydytojų, kitų specialistų informavimas apie savižudybės rizikos atpažinimą, savižudybių prevenciją, teikiamas psichikos sveikatos paslaugas – geresnis nustatymas ir greitesnis pagalbos suteikimas; pagalbos tęstinumas, didesnis poveikis pažeidžiamoms grupėms (pvz., turintiems psichikos ir elgesio sutrikimų). Mažas poveikis bendrai populiacijai. Gali padidėti netolygumai, nes aukštesnės socialinės ir ekonominės padėties asmenys geriau suvoks informaciją.	– Įtraukti žiniasklaidą, bendruomenę, nevyriausybinės organizacijas, specialistus ir nespecialistus, savanorius, bandžiusius nusižudyti asmenis, artimuosius (pvz., tėvus, bendradarbius ir pan.). – Asmeninių istorijų pristatymas.
Emocinės paramos linijų prieinamumas	Emocinės paramos suteikimas ištikus krizei, didesnis poveikis socialinės rizikos asmenims, taip pat gyvenantiems atokiose vietovėse, kur mažesnis psichikos sveikatos paslaugų prieinamumas.	– Informuotumo didinimas, finansavimo didinimas.

2 lentelės tęsinys

Savižudybių prevencijos politikos principai	Poveikis netolygumams	Kaip veikti efektyviau
Specialistų („vartininkų“) kompetencijos, atpažįstant savižudybės riziką, didinimas	Didesnis poveikis mažesnes pajamas gaunantiems, žemesnio išsilavinimo, kaime gyvenantiems, lėtinėmis ligomis sergantiems asmenims. Geriausias efektas apmokant šeimos gydytojus, kitus ne sveikatos sektoriaus atstovus.	– Didelės apimties visų sektorių specialistų ir kitų asmenų mokymas.

2 lentelės tęsinys

Savižudybių prevencijos politikos principai	Poveikis netolygumams	Kaip veikti efektyviau
Psichikos sveikatos paslaugų prieinamumo užtikrinimas	Didesnis poveikis padidinta savižudybės rizika pasižymintiems asmenims, artimiesiems, žemesnės socialinės ekonominės padėties asmenims.	– Šeimos gydytojų teikiamos paslaugos įvertinus savižudybės riziką. – Užtikrinti priklausomybių nuo alkoholio, narkotikų prieinamumą, taip pat paslaugas dar tik eksperimentuojantiems asmenims. – Nemokamos psichikos sveikatos paslaugų teikėjų komandos (psichiatro, psichologo, slaugytojo socialinio darbuotojo) teikiamos paslaugos. – NVO, teikiančių psichologinę pagalbą, įtraukimas. – Aktyvių bendruomenės narių įtraukimas į savanoriškas veiklas.
Savižudybių prevencijos vertinimas ir tyrimai	Tikslinių grupių poreikių patenkinimo įvertinimas, pagalbos prieinamumo užtikrinimas.	– Vertinimą įtraukti į rutinines intervencijas įgyvendinančių institucijų veiklas. – Savižudybių prevenciją ir jos vertinimą įtraukti kaip prioritetinę mokslinių tyrimų kryptį.

Socialiniai ir ekonominiai veiksniai, didinantys savižudybių netolygumus, pateikiami 3 lentelėje.

3 lentelė. Socialiniai ir ekonominiai veiksniai, susiję su savižudybių netolygumais, bei intervencijos, į kurias reiktų atsižvelgti

Netolygumus skatinantys veiksniai	Galimos intervencijos
Nedarbo lygis	Socialinės apsaugos sistemos organizavimas skatinant žmones susirasti darbą, dirbti legaliai. Mažinti struktūrinius barjerus, apsunkinančius įsidarbinimą (ypač pažeidžiamoms asmenų grupėms, pvz., sergantiems psichikos ligomis, socialiai pažeidžiamoms visuomenės grupėms). Gerinti įdarbinimo paslaugas. Didinti užimtumą, ypač jaunų žmonių. Kurti darbo vietas, sudaryti galimybes dirbti ne visą dieną. Mokymosi visą gyvenimą sistema. Stiprinti socialinę partnerystę.
Skurdas ir skurdo rizika	Išsilavinimo užtikrinimas vaikams. Sveikatos paslaugų prieinamumas. Ekonominis saugumas, socialinės apsaugos sistemos organizavimas.
Socialiniai lyčių vaidmenys ir socialinės nuostatos	Švietimas, informavimas, paslaugų prieinamumo didinimas.

3 lentelės tęsinys

Netolygumus skatinantys veiksniai	Galimos intervencijos
Apribojimai gauti psichikos sveikatos paslaugas sergant lėtinėmis ligomis	Mobilios paslaugos. Skatinamosios paslaugos.
Socialinė atskirtis	Pilietinių, socialinių, ekonominių ir žmogaus teisių įgyvendinimas



NACIONALINIS LYGMUO



1 REKOMENDACIJA. Nacionalinio savižudybių prevencijos veiksmų plano parengimas ir įgyvendinimas.



Tikslinė grupė: visa populiacija.

Lietuvos sveikatos strategijai 2014–2025 m. įgyvendinti psichikos sveikatos srityje rekomenduotina atsižvelgti į Psichikos sveikatos strategiją (2007), kurioje numatytas savižudybių prevencijos prioritetas. Tarptautinės organizacijos (PSO, OECD ir kt.) aiškiai nurodo, kad pirmas žingsnis, įgyvendinant savižudybių prevenciją ir netolygumų dėl savižudybių mažinimą, yra politinis susitarimas ir nacionalinio savižudybių prevencijos plano (strategijos) parengimo bei patvirtinimo (WHO, 2014). Tai leistų sutelkti tarpsektorines pastangas, suderinti prioritetus ir susitarti dėl konkrečių įgyvendinimo krypčių bei priemonių.

Rekomenduojama parengti nacionalinę savižudybių prevencijos programą arba savižudybių prevencijos veiksmų planą. Veiksmų planas turėtų apimti kokybišką savižudybių (ir mėginimų nusižudyti) rodiklių stebėsenos užtikrinimą, savižudybės priemonių prieinamumo apribojimą, žiniasklaidos mokymus, kaip tinkamai pateikti informaciją apie savižudybes žiniasklaidoje, stigmos mažinimą, visuomenės informuotumo apie savižudybių prevencijos galimybes didinimą, sveikatos priežiūros ir ne sveikatos sektoriaus specialistų („vartininkų“) kompetencijų didinimą, psichikos sveikatos / psichologinių paslaugų prieinamumo užtikrinimą, krizių valdymą ir postvencinę pagalbą.

SIŪLOMI ŽINGSNIAI

1. Savižudybių prevencijos prioriteto įtvirtinimas visose politikos kryptyse.
2. Sveikatos apsaugos ministerijos iniciatyva sudaroma tarpdisciplininė ekspertų grupė, parengianti nacionalinį savižudybių prevencijos veiksmų planą.
3. Į Veiksmų plano rengimą įtraukti suinteresuotų dalyvių atstovus ne tik iš sveikatos, bet ypač iš kitų sektorių (švietimo, policijos, socialinės apsaugos ir kt.).
4. Net jei stokojama politinės valios parengti nacionalinį savižudybių prevencijos veiksmų planą, vis tiek patartina konsultuotis su suinteresuotais dalyviais – taip kuriama pokyčiams palanki aplinka.

VERTINIMO RODIKLIAI:

- Proceso rodikliai: parengtas ir patvirtintas nacionalinis savižudybių prevencijos veiksmų planas, įtrauktų suinteresuotų institucijų skaičius, įgyvendintų priemonių skaičius.
- Rezultato rodikliai: savižudybių paplitimo rodikliai skirtingose socialinėse ir ekonominėse grupėse.

GEROSIOS PRAKTIKOS PAVYZDŽIAI

Savižudybių problemą sprendžiančios šalys turi nacionalinio ir neretai savivaldybių lygmens savižudybių prevencijos strateginius dokumentus.



Anglija

2012 m. vyriausybė patvirtino savižudybių prevencijos strategiją, kurioje numatoma sumažinti savižudybių mirtingumo rodiklį bendroje populiacijoje ir teikti geresnę pagalbą nusizudžiusių asmenų artimiesiems. Strategijoje įvardyti 6 prioritetai: 1) savižudybės rizikos mažinimas padidinta savižudybių rizika pasižyminčiose rizikos grupėse; 2) tikslinių grupių poreikius atitinkanti pagalba; 3) prieinamumo prie savižudybių įrankių mažinimas; 4) pagalba nusizudžiusiųjų artimiesiems; 5) bendradarbiavimas su žiniasklaida informuojant visuomenę apie savižudybes; 6) parama tyrimams ir stebėsenai (Department of Health, 2012). Atlikus tarpinį savižudybių prevencijos strategijos vertinimą, gauti rezultatai atspindi savižudybių mažėjimo tendenciją (Department of Health, 2015).



Pasaulio sveikatos organizacija

2014 m. PSO parengė Savižudybių prevencijos ataskaitą, kurioje išdėstė pagrindines savižudybių prevencijos strategijų veiklas, tai: pagrindinių suinteresuotų dalyvių įtraukimas, prieinamumo prie savižudybių įrankių mažinimas, stebėseną ir duomenų ko-

kybės gerinimas, informuotumo didinimas, žiniasklaidos įtraukimas, sveikatos sistemos mobilizavimas ir sveikatos specialistų mokymas keisti stigmatizuojančias nuostatas ir įsitikinimus, vykdyti vertinimus ir tyrimus, parengti ir įgyvendinti nacionalines savižudybių prevencijos strategijas (PSO, 2014).



2 REKOMENDACIJA. Patikimos savižudybių rodiklių stebėsenos užtikrinimas ir savižudybių prevencijos vertinimas.



Tikslinė grupė: visa populiacija.

Veiksminga savižudybių prevencija remiasi kokybiška ir efektyvia savižudybių stebėseną, leidžiančia žinoti tikslus savižudybių skaičius. Bandymų nusižudyti statistika daugelyje pasaulio šalių vertinama kaip ne itin tiksli, ne visose šalyse yra nacionaliniai tyčinių apsinuodijimų ir susižalojimų registrai, tačiau savižudybių prevencijai yra labai svarbus bandymų nusižudyti registravimas. PSO rekomenduoja, kad savižudybių stebėseną turėtų būti integralia visuomenės sveikatos stebėsenos dalimi. Savivaldybėms rekomenduojama įtraukti savižudybių ir bandymų nusižudyti rodiklius į visuomenės sveikatos stebėsenos rodiklių sąrašus. Visos savižudybių prevencijos intervencijos turi būti įvertinamos, taip pat skatinami moksliniai tyrimai savižudybių ir jų prevencijos srityje.

Remiantis Lietuvoje galiojančiu Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos dešimtojo leidimu (TLK-10-AM), savižudybėms priskiriami tyčiniai susižalojimai, klasifikuojami kaip X60-X84 pagal TLK-10 kodus. Tačiau pasitaiko atvejų, kai savižudybės yra priskiriamos bendrai nelaimingų atsitikimų V00-X59 kategorijai pagal TLK-10 kodus. Su savižudybėmis gali būti susiję ir kiti įvykiai, registruojami kaip įvykis, kai ketinimas nepatikslingas, tuomet taikomi Y10-Y34 kodai, kitos išorinės atsitiktinių sužeidimų priežastys – ko-

dai W00-X59 (ir kitos atsitiktinės priežastys, patenkančios tarp V, W, X, Y kodų). Kokia dalis šių kodų tenka neišaiškintoms savižudybėms, nėra žinoma. Kaip rodo dabartinė klinikinės medicinos praktika, dalis bandymų nusižudyti (X60-X84 kodai) neregistruojami dėl sveikatos priežiūros paslaugų finansavimo ypatumų. Vertinant bandymų nusižudyti stebėseną, greta X60-X84 kodų, rekomenduojama monitoruoti ir šiuos kodus – Z72.8 (kitos problemos, susijusios su gyvenimo būdu – save žalojantis elgesys) bei kodas Z91.5 – buvęs asmeniui savęs žalojimas, tariamoji savižudybė, apsinuodijimas, mėginimas nusižudyti.

Savižudybių stebėsenos sistemai sukurti reikalingas politinis pritarimas, vadybinė parama ir techninės žinios parengiant atvejų savižudybių ir bandymų nusižudyti registravimo formas, renkant duomenis (savižudybės ir bandymo nusižudyti atvejų apibrėžimas, personalo mokymai, psichologinės autopsijos taikymas ir kt.), analizuojant ir viešinant rodiklius (WHO, 2011; WHO, 2014).

Savižudybių stebėsenos rodikliai turėtų būti tinkami įvertinant savižudybių prevencijos intervencijas.

SIŪLOMI ŽINGSNIAI

1. Sudaryti tarpdalykinę savižudybių stebėsenos koordinacinę darbo grupę.
2. Įvardyti stebėsenai reikalingą infrastruktūrą.
3. Apmokyti specialistus.
4. Užtikrinti, kad yra prieinama duomenų rinkimui reikalinga įranga.
5. Apibrėžti savižudybės ir bandymo nusižudyti atvejus.
6. Savižudybės ir bandymo nusižudyti atvejų registravimas (duomenų rinkimas).
7. Numatyti duomenų saugojimo, analizės ir viešinimo reikalavimus ir procedūras.
8. Parengti savižudybių ir bandymų nusižudyti stebėsenos metodines rekomendacijas.
9. Vertinti savižudybių prevencijos intervencijas.

VERTINIMO RODIKLIAI:

- Proceso rodikliai: įkurta koordinacinė grupė, parengtas rodiklių sąrašas, apmokytų specialistų skaičius, parengtos savižudybių ir bandymų nusižudyti stebėsenos metodinės rekomendacijos, mokslinių tyrimų skaičius savižudybių tema, atliktų savižudybių prevencijos intervencijų skaičius.
- Rezultato rodikliai: savižudybės rodiklių pokyčiai savivaldybėse, užregistruotų bandymų nusižudyti atvejų skaičius.

GEROSIOS PRAKTIKOS PAVYZDŽIAI



Danija

Nuo 1989 m. šalyje veikia bandymų nusižudyti registras, kuris buvos sukurtas įgyvendinant PSO projektą „WHO/Euro Multicenter study on on Parasuicide“ – stebėsenos sistema sukurta trylikoje šalių. Tai ilgalaikis asmenine informacija grįstas registras, į kurį registruojami asmenys, patekę į sveikatos priežiūros sistemą dėl bandymo nusižudyti. Registre informacija apie atvejį apima 11 kintamųjų: informacija apie asmenį, bandymo nusižudyti būdas ir aplinkybės (Christiansen ir Jensen, 2004).



Švedija

Švedijoje, kaip ir daugelyje šalių, savižudybės nustatomos remiantis TLK-10. Registracijai naudojami tokie kodai: mirtis dėl tyčinio susižalojimo (aiški savižudybė) X60-X84 ir mirtis dėl įvykio, kai ketinimas nepatikslintas, kodai Y10-Y34 (nepatikslinta savižudybė). Bandymai nusižudyti registruojami Pacientų registre (angl. Board's patient registry), į kurį patenka asmenys, gaunantys stacionarias sveikatos priežiūros paslaugas dėl bandymo nusižudyti (Karolinska Institute, National Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Ill-Health, 2014).



Suomija

Suomijoje mirtingumo nuo savižudybių rodikliai prieinami Suomijos

mirčių priežasčių registre (angl. Causes of Death Register of Statistics Finland), o informacija apie bandymus nusižudyti ir hospitalizuotus pacientus prieinama iš Nacionalinio hospitalizacijų registro (angl. National Hospital Discharge Register) (Haukka et al., 2008).



3 REKOMENDACIJA. Didinti informuotumą apie savižudybių prevenciją.



Tikslinė grupė: visa populiacija, tikslinės savižudybių prevencijos grupės visuomenėje (pvz., vyrai, kaimo gyventojai), specialistai.

Pagrindinis siekinys, didinant gyventojų ir tikslinių gyventojų grupių informuotumą apie savižudybių prevenciją, yra gerinti savižudybės rizikos atpažinimą ir paskatinti žmones kreiptis pagalbos, mažinant psichikos ligos ir savižudybės stigmą, pateikiant moksliniais įrodymais pagrįstą informaciją apie galimas savižudybės priežastis ir rizikas, ypač tokias, kaip psichikos ligos. Svarbi žinutė yra faktas, kad yra įmanoma išvengti savižudybių. Informuotumo didinimas, informuotumo didinimo intervencijos (kampanijos) turėtų būti ne tik bendro informacinio pobūdžio visai populiacijai, bet specifiškai pritaikytos ir nukreiptos į pažeidžiamiausias ir didžiausiais savižudybių netolygumais pasižyminčias visuomenės grupes (pvz., vyrus). Savižudybių ir bandymų nusižudyti prevencija susijusi ir su stigos dėl psichiatrinių paslaugų gavimo mažinimu psichikos sutrikimų atvejais. Remiantis PSO rekomendacijomis, planuojant ir įgyvendinant informuotumo didinimo intervencijas, lyderio vaidmens turėtų imtis Sveikatos apsaugos ministerija, koordinuojant kitų sektorių (švietimo, teisėsaugos, socialinės apsaugos ir kt.) bei suinteresuotų partnerių, tokių kaip žiniasklaidos atstovai, iniciatyvas. Bendradarbiaujant su žiniasklaidos atstovais reikia pabrėžti žiniasklaidos vaidmenį, socialinę atsakomybę ir svarbą korektiškai bei profesionaliai pateikti informaciją apie savižudybes. Informuotumo didinimas ir stigos mažinimas turėtų būti nacionalinės (ir/ar savivaldybės) savižudybių prevencijos programos dalis.

SIŪLOMI ŽINGSNIAI

1. Nustatyti tikslines grupes (vyrų, kaimo gyventojai, bedarbiai, asmenys, sergantys psichikos ligomis).
2. Suburti tarpdalykinę už informavimo didinimą atsakingą darbo grupę.
3. Parengti informavimo didinimo planą ir finansavimo projektą.
4. Įgyvendinti informavimo intervencijas tikslinėse grupėse.
5. Parengti bendradarbiavimo su žiniasklaida planą, apimančią informacijos apie savižudybes pateikimo rekomendacijas.
6. Numatyti informavimo intervencijos vertinimo mechanizmą.

VERTINIMO RODIKLIAI:

- Proceso rodikliai: sėkmingai įgyvendintų intervencijų skaičius, tikslinės auditorijos dydis, prie intervencijos įgyvendinimo prisidedančių partnerių skaičius.
- Rezultato rodikliai: savižudybių skaičiaus pokyčiai, bandymų nusižudyti skaičiaus pokyčiai, korektiškai pateikusių informaciją apie savižudybes straipsnių skaičiaus pokyčiai.

GEROSIOS PRAKTIKOS PAVYZDŽIAI

Anglija

Anglijoje vyrų savižudybės yra tris kartus dažnesnės nei moterų ir yra susijusios su nediagnozuota ir/ar negydoma depresija, alkoholio, narkotikų vartojimu, nedarbu, santykių ir šeiminiomis krizėmis (pvz., skyrybomis), žema saviverte ir socialine izoliacija. Britai parengė ir įgyvendino tarpinstituciniu bendradarbiavimu paremtą programą CALM (angl. Campaign Against Living Miserably) – „Kampanija prieš apgailėtiną ir nepakeliamą gyvenimą“, kurios specifinė tikslinė grupė yra vyrai. Ši programa kaip pilotinis projektas pradėta įgyvendinti 1997 m. Mančesteryje, nuo 2000 m. – Mersisaido (angl. Merseyside) grafystėje šiaurės vakarų Anglijoje, o nuo 2006 m. – kaip nacionalinė informavimo kampanija, išsivysčiusi į nevyriausybinę organizaciją. Intervencijos esmę sudarė dvi pagrindinės priemonės – emocinės paramos telefono linija ir internetinis informacinis paramos puslapis bei internetinė pokalbių svetainė vyrams, kur juos konsultuoja profesionalūs paramos linijų darbuotojai. Linijos darbuotojai konsultuoja nuo 17 val. iki 24 val. tiek telefonu, tiek internete pokalbių svetainėje. Vėliau pradėtas leisti CALMZINE specializuotas vyrams ir nemokamas leidinys, kuris taip pat yra prieinamas ir internete. Informacija apie kampaniją CALM platinama klubuose, baruose ir kitose vyrų susibūrimo vietose. Savižudybių skaičius pilotinėje

šios savižudybių prevencijos intervencijos teritorijoje 1999-2010 m. sumažėjo 55 proc. CALM kampanija įvertinta aukščiausiais apdovanojimais žiniasklaidos (MIND Media Awards, 2015), komunikacijos (Digital Marketing Campaign & Communications Campaign of the Year – Third Sector Awards, 2015) ir kt. srityse (<https://www.thecalmzone.net/about-calm/what-is-calm/>); (Merseyside CALMzone: A Case Study, 2010). Ši intervencija įvertinta Anglijos vyriausybės kaip veiksminga ir pateikta kaip geros praktikos pavyzdys 2015 m. vyriausybės ataskaitoje apie savižudybių prevenciją Anglijoje (Department of Health, Preventing Suicide in England: two years on, 2015).



SAVIVALDYBĖS LYGMUO



4 REKOMENDACIJA. Parengti savižudybių prevencijos algoritmą savivaldybėje.



Tikslinė grupė: visi savivaldybės gyventojai, tikslinės grupės, bandžiusieji nusižudyti, sveikatos priežiūros, socialinės apsaugos, švietimo, teisėsaugos ir kitų sektorių specialistai.

Savižudybių prevencijos planavimas savivaldybės lygmeniu pirmiausia turėtų prasidėti nuo savižudybių prevencijos programos (veiksmų plano) parengimo, stebėsenos rodiklių identifikavimo ir visuomenės informavimo apie savižudybių prevenciją užtikrinimo. Savižudybių prevencijos algoritmas galėtų būti sudedamoji savivaldybės savižudybių prevencijos programos dalis.

Šis savižudybių prevencijos algoritmas yra kompleksinis ir yra orientuotas į pagalbos asmenims, pasižymintiems padidinta savižudybės rizika arba bandžiusiems nusižudyti, organizavimą ir suteikimą. Algoritmo įgyvendinimas paremtas aktyviu požiūriu, kai pagalba yra aktyviai siūloma, suteikiant informaciją bandžiusiems nusižudyti asmenims. Algoritmas turi kelias esmines sudedamąsias dalis:

- tarpininkavimo (koordinacinė) grupė;
- trumpalaikės psichologinės pagalbos ir psichikos sveikatos paslaugų organizavimo ir teikimo aprašymas;
- visuomenės informavimas;
- žiniasklaidos įtraukimas;
- specialistų („vartininkų“) mokymai;
- psichologinių paslaugų prieinamumo gerinimas;
- pagalba nusižudžiusiųjų artimiesiems ;
- savižudybių prevencijos stebėseną.

SIŪLOMI ŽINGSNIAI

1. Savivaldybėje įkuriama tarpsdisciplininė ir tarpsektorinė Savižudybių prevencijos tarpininkavimo (koordinacinė) grupė.
2. Savižudybių prevencijos tarpininkavimo (koordinacinė) grupė parengia Trumpalaikės pagalbos suteikimo (psichologinė pagalba bandžiusiems nusižudyti, apimanti motyvacijos formavimą, informacijos apie bandžiusį nusižudyti asmenį pateikimą psichikos sveikatos centrui) aprašą, identifikuojant pagrindines suinteresuotas institucijas, specialistus ir aprašant paslaugos teikimo tvarką.
3. Gyventojams ir tikslinės grupės asmenims skirtos informacijos, kaip atpažinti savižudybės riziką, apie pagalbos galimybes (nurodomos paslaugas teikiančios įstaigos, kontaktai) ištikus emocinei krizei parengimas ir sklaida.
4. Socialiai atsakingo bendradarbiavimo plano su žiniasklaida parengimas, apimantis rekomendacijų, rašantiems apie savižudybes, sudarymą, taip pat žiniasklaidos atstovų mokymus apie savižudybių prevenciją bei žiniasklaidos monitoringo savižudybių tema vykdymą.
5. Specialistų, savo darbe susiduriančių su padidintos savižudybės rizikos asmenimis, mokymai: sveikatos priežiūros specialistai, švietimo, socialinės apsaugos, policijos, gaisrinės ir kt. darbuotojai.
6. PSC psichologinių paslaugų prieinamumo, užtikrinant konfidencialumą, gerinimo plano parengimas (pritraukiant psichologus dirbti rajonuose).
7. Pagalbos nusižudžiusiųjų artimiesiems organizavimas ir teikimas.
8. Savižudybių prevencijos tarpininkavimo (koordinacinė) grupė parengia bandžiusiųjų nusižudyti ir savižudybių stebėsenos programą savivaldybėje (numatomi rodikliai, jų rinkimo tvarka, atsakinga institucija).

VERTINIMO RODIKLIAI:

- **Proceso rodikliai:** parengtų savižudybių prevencijos algoritmų skaičius, įkurtų tarpininkavimo grupių skaičius, trumpalaikės psichologinės pagalbos suteiktų paslaugų skaičius, visuomenei ir tikslinėms grupės skirtų informavimo renginių ir veiklų pobūdis ir skaičius, žiniasklaidos atstovų mokymų skaičius, parengtų žiniasklaidai skirtų rekomendacijų skaičius, psichologo suteiktų konsultacijų skaičius, PSC konsultuojančių psichologų skaičius, pagalbos sau grupės nusižudžiusiųjų artimiesiems sukūrimas, specialistams surengtų mokymų skaičius, juose dalyvavusių specialistų skaičius, parengta savižudybių ir bandymų nusižudyti stebėsenos savivaldybėje programa.
- **Rezultato rodikliai:** mirtingumo nuo savižudybių rodiklio pokyčiai, bandymų nusižudyti rodiklio pokyčiai, etiškai ir atsakingai apie savižudybes publikuotų straipsnių / parengtų reportažų skaičiaus pokyčiai.

GEROSIOS PRAKTIKOS PAVYZDŽIAI

Tarptautinių mokslininkų grupė atliko kompleksinių ir skirtingo lygio savižudybių prevencijos intervencijų sisteminių apžvalgų apžvalgą, įvertindami savižudybių prevencijos gerųjų praktikų intervencijas (Van der Feltz-Cornelis et al., 2011). Tyrimo duomenys atskleidė, kad pirminiu sveikatos priežiūros lygmeniu veiksminga intervencija buvo šeimos gydytojų mokymai atpažinti depresiją ir savižudybės riziką – tokia intervencija reikšmingai sumažino savižudybių skaičių – net 22–73 proc. per metus (Mann et al., 2005; Isaac et al., 2009). Kitų specialistų (mokytojų, dvasininkų, žurnalistų, farmacininkų, policijos, verslo, socialinės apsaugos sektoriaus darbuotojų, vadybininkų ir jaunų darbuotojų), kaip „vartininkų“, mokymai apie depresijos simptomus, kaip elgtis, jei žmogui reikalinga profesionali psichikos

sveikatos specialistų pagalba, kaip kalbėti apie savižudybę, kaip atpažinti riziką, suvaldyti krizę, kaip pateikti informaciją skirtingoms pažeidžiamoms grupėms, buvo veiksmingi ir priskiriami prie efektyvių intervencijų. Pagalba nusižudžiusių artimiesiems – tikslinės informacijos suteikimas (pvz., lankstinukai su kontaktine informacija, kur gauti pagalbą) nusižudžiusių asmenų artimiesiems, savipagalbos grupių organizavimas ir konkrečių paslaugų suteikimas yra taip pat veiksmingi savižudybių prevencijos būdai. Skubios medicinos pagalbos kortelė, kurioje nurodytas kontaktinis telefono numeris ir žingsniai savižudybės krizės atveju bei paslaugų teikėjų kontaktiniai telefono numeriai – tai dar viena prevencijos priemonė (Van der Feltz-Cornelis et al., 2011).

Yra menkų įrodymų, kad visuomenės informavimas žiniasklaidoje apie savižudybės rizikas, pagalbos prieinamumą būtų veiksmingas mažinant savižudybes, tačiau kai kuriuose tyrimuose stebimi sinerginiai efektai kartu su kitomis intervencijomis. Informuotumo didinimas tikslinėse grupėse (asmenys, turintys psichikos sveikatos problemų) yra veiksmingesnis. Didžiausiu poveikiu savižudybių mažinimui pasižymi ambulatorinių ir stacionarių psichiatrijos paslaugų teikimas (Leitner et al., 2008), skubiosios pagalbos suteikimas ištikus krizei, gydymo tęsimas ir pagalbos tęstinumo užtikrinimas. Vienintelė veiksminga iš visų vertintų psichoterapijos formų buvo kognityvinė elgesio terapija (Mann et al., 2005). Paslaugų grandinės bandžiusiems nusižudyti užtikrinimas – šiose rekomendacijos tai atitinka pagal algoritmą aprašomos pagalbos tęstinį teikimą – yra veiksminga pakartotinio bandymo nusižudyti priemonė (Mann et al., 2005). Telefono skambutis ar kitos komunikavimo ir emocinės paramos priemonės laikomos veiksmingomis ketinimų nusižudyti turintiems asmenims (Van der Feltz-Cornelis et al., 2011).

2.2. MITYBA

PAGRINDINIAI EPIDEMIOLOGINIAI FAKTAI



Didžiausi mitybos įpročių netolygumai stebimi tarp vyrų ir moterų bei tarp skirtingų išsilavinimo grupių gyventojų.



Aukštesnės socialinės ir ekonominės padėties šeimų vaikų mitybos įpročiai buvo sveikesni: vaikai dažniau pusryčiavo, dažniau valgė šviežių vaisių, rečiau vartojo saldžius vaisvandenis nei žemesnės socialinės ir ekonominės padėties šeimose.



Gyventojai, gaunantys didesnes pajamas bei gyvenantys mieste, maitinasi sveikiau nei gaunantys mažesnes pajamas bei gyvenantys kaime.

REKOMENDACIJOS

Nustatyta, kad socialinius ekonominius mitybos netolygumus lemia kaina, prieinamumas ir žinios.

Mityba – vienas iš gyvensenos elementų, turinčių svarią įtaką sveikatai. Siekiant pagerinti Lietuvos gyventojų mitybą ir sumažinti egzistuojančius mitybos bei sveikatos netolygumus, turėtų būti taikomos įvairios intervencijos, apimančios visą visuomenę, daugelį sektorių ir skirtingų disciplinų, ir kartu ski-

riant ypač daug dėmesio pažeidžiamiausioms gyventojų grupėms.

Mokslinių tyrimų duomenimis, nustatyta, kad socialinius ekonominius mitybos netolygumus lemia kaina, prieinamumas ir žinios. Dažnai didesnės energinės vertės maistas yra pigesnis, todėl akivaizdu, kad ekonominis kriterijus lemia mažiau palankią sveikatai mitybą (Drewnowski et al., 2007). Skurdesnėse vietovėse sveikatai palankių maisto produktų prieinamumas gali būti prastesnis (ir todėl pigesnis) nei kitur, kam dažnai gali turėti reikšmės ir mažesnė gyventojų perkamoji galia (Ball et al., 2009). Gyventojų žinios apie sveiką mitybą taip pat nėra vienodos, o tai turi įtakos tiek jų pačių, tiek ir jų vaikų mitybai (Anzman et al., 2010).

Todėl veiksmai, galintys paveikti mitybos netolygumus, turėtų veikti šiuos minėtus aspektus, t. y. kaip galima optimizuoti kainą, pagerinti prieinamumą, pagerinti žinias.

Didžiausią įtaką mitybos netolygumų mažinimui turi kainų reguliavimas, mažiausiai – asmeniniai patarimai. Vadinamosios „vietos“ intervencijos (darbo kolektyvuose, mokyklose ir pan.) poveikis pagal įvairius tyrimus mitybos netolygumus iš dalies mažina, tačiau šis poveikis nėra labai ryškus (McGill et al., 2015).

Žmonės informaciją apie sveiką mitybą gauna iš įvairių šaltinių. Vis dėlto vienas paveikiausių būdų, dažnai lengviausiai prieinamas, yra žinių sklaida, mokymas prekybos taškuose. Sveikatai palankių produktų pirkimą gan sėkmingai skatina priemonės, vykdomos ben-

dradarbiaujant sveikatos organizacijoms su prekybininkais. Tai atliekama taikant kompleksinius metodus – produktų ženklinimą, informacijos teikimą, degustavimą ir t. t. (Ene, 2008).

Išbandytas būdas, kai be apmokėtos reklamos vieno mėnesio intervencija, pateikiant informaciją apie sveikatai palankius produktus skirtingų spalvų etiketėmis (labai naudingi, mažiau naudingi sveikatai ir pan.), pasirinktuose prekybos taškuose labai pakeitė pirkėjų įpročius (Nutrition policy profiles, 2002).

Deja, trūksta vertinimų apie įvairių draudimų, reklamų apribojimų, rekomendacijų reikšmę netolygumams mažinti. Taip pat nepavyko aptikti pavyzdžių apie tam tikrų produktų komponentų pokyčių poveikį mitybos netolygumams, nors bendroje populiacijoje rodikliai pagerėja. Pavyzdžiui, druskos mažinimo kampanijos tiek individualioje, tiek pramoninėje maisto gamyboje sumažino bendrą vartojamos druskos kiekį panašiai įvairiose gyventojų grupėse (Millett et al., 2012; Laatikainen et al., 2006).

Sveika visos populiacijos mityba yra siekiamybė ir tam skirtos veiksmingos priemonės bet kokių atveju pagerintų situaciją. Tačiau dėl akivaizdaus netolygumų fono šiuo metu Lietuvoje itin svarbu rasti būdų, kaip pasiekti ir paveikti pažeidžiamiausias šiuo atžvilgiu grupes. Todėl moksliskai įrodytų ir kartais dar neįrodytų intervencijų įdiegimas turi būti gerai pasvertas, nes rezultatas ne visada gali atitikti lūkesčius. Pavyzdžiui, asmeninis sveikos mitybos mokymas ir patarimai daro didesnę poveikį aukštesnei socialinei klasei, todėl netolygumai dar labiau padidėja. Mokesčių ir subsidijų derinimas gali labai pagerinti žemesnės socialinės klasės mitybą, todėl mažina netolygumus (McGill et al., 2015).

Pritaikant moksliskai pagrįstas intervencijas Lietuvoje, reikėtų dar atsižvelgti į vieną didžiausių sunkumų, su kuriuo tenka susidurti mitybos politikos formuotojams. Lietuvos gyventojai kaip pagrindinį kriterijų, rinkdamiesi maistą, nurodo skonį. Konservatyvų požiūrį gan sudėtinga keisti, mat skonį, o ne naudą sveikatai dažniausiai nurodo kaip pirmą kriterijų rinkdamosi maistą net ir tos grupės, kurios labiausiai susiduria su sveikatos problemomis, t. y. vyresnio amžiaus

žmonės. Tačiau skonis yra subjektyvus ir kintantis dalykas, kuriam, kai kurių tyrimų duomenimis, turi įtakos suvokimas apie maisto naudą ir poveikį sveikatai (Acharya, Molina, 2004). Vadinasi, įmanoma ir reikia formuoti gyventojų sveikos mitybos įpročius sveikatai palankia linkme. Tuo tikslu formuojama šalies mitybos politika.

Vienas iš pirmųjų sisteminių veiksnių, pagerinusių visų Lietuvos gyventojų grupių mitybą ir jos priežiūros organizavimą, buvo Vyriausybės 2003 m. spalio 23 d. nutarimu Nr. 1325 patvirtinta Valstybinės maisto ir mitybos strategija bei jos 2009–2010 metų priemonių planas. Vykdamas šį planą buvo sėkmingai įgyvendinta įvairių sisteminių gyventojų mitybos gerinimo priemonių. Šios strategijos mitybos gerinimo kryptis dabar tęsia tarpinstituciniai veiklos planai bei Nacionalinė visuomenės sveikatos priežiūros 2016–2023 metų plėtros programa (LR vyriausybės nutarimas, 2015).

Gerinant gyventojų mitybą buvo įgyvendinta daug priemonių: Sveikatos apsaugos ministerija (SAM) nustatė rekomenduojamas paros maistinių medžiagų ir energijos normas vaikams ir suaugusiems (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas, 2016), paskelbė sveikos mitybos rekomendacijas, suderintas su atitinkamais PSO bei Europos Sąjungos strateginiais dokumentais, patvirtino 10 higienos normų, reglamentuojančių svarbiausius maisto saugos ir ženklinimo kriterijus, uždraudė energinių gėrimų reklamą bei pardavimą vaikams ir kt. (SAM tinklalapis). SAM pavaldus Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras (SMLPC) propaguoja sveiką mitybą, atlieka mitybos stebėseną, užtikrina visuomenės informuotumą mitybos, sveikatos, neinfekcinių ligų profilaktikos ir kt. srityse, rengia atmintines sveikatos stiprinimo, ligų prevencijos klausimais bei vykdo kitas funkcijas (SMLPC tinklalapis).

Labai svarbu kryptingai ir sistemingai gerinti visų gyventojų mitybą. Tačiau, siekiant sumažinti šalyje egzistuojančius mitybos netolygumus, reikia skatinti teigiamus mitybos įpročius ypatingą dėmesį skiriant pažeidžiamiausioms gyventojų grupėms.

Atsižvelgiant į Lietuvos gyventojų mitybos įpročius ir veiksnius, darančius įtaką šiems įpročiams, taip pat remiantis tarptautinėmis bei

nacionalinėmis priemonėmis mitybai gerinti: Globaliu neinfekcinių ligų prevencijos ir kontrolės veiksmų planu 2013–2020 (angl. Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020) (WHO, 2013), Vienos mitybos ir neinfekcinių ligų deklaracija (angl. Vienna Declaration on Nutrition and Noncommunicable Diseases in the Context of Health 2020) (WHO 2013), Europos maisto ir mitybos veiksmų planu 2015–2020 m. (angl. European Food and Nutrition Action Plan 2015-2020) (Regional Committee for Europe, 2014), tarptautinėmis priemonėmis, skirtomis vaikų nutukimui mažinti: ES vaikų nutukimo veiksmų planu 2014–2020 m. (angl. EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020) (European Commission, 2014), Pasaulio sveikatos asamblėjos ataskaita dėl vaikų nutukimo (angl. Raport of the Commission on Ending Childhood Obesity) (WHO, 2016), Nacionaline visuomenės sveikatos priežiūros 2016–2023 m. plėtros programa (LR vyriausybės nutarimas 2015, Nr. 19827), Širdies ir kraujagyslių ligų rizikos grupės asmenų sveikatos stiprinimo tvarkos aprašu (LR sveikatos apsaugos ministro 2014 m. rugsėjo 22 d. įsakymas Nr. V-979) – bei apibendrinant mokslinių tyrimų rezultatus pateiktos sveikos mitybos skatinimo bei nutukimo prevencijos rekomendacijos ir jų galimas poveikis mitybos netolygumams mažinti (4 lentelė).

4 lentelė. Mitybos politikos poveikis netolygumams ir efektyvesnio įgyvendinimo veiksmai

Mitybos politikos principai	Poveikis netolygumams	Kaip veikti efektyviau
Nacionalinė mitybos strategija	Įvairių gyventojų grupių mitybos vertinimas ir poveikis šioms gyventojų grupėms	– Sudaryti konkretų veiksmų planą, tikslingai nukreipiant tinkamas priemones į pažeidžiamiausias grupes. – Užtikrinti tarpsektorinį bendradarbiavimą
Mitybos stebėsena	Nuolatinė ir ilgalaikė gyventojų mitybos stebėsena padėtų išsiaiškinti pažeidžiamiausias gyventojų grupes ir leistų kryptingai planuoti prevencines priemones	– Vykdyti mitybos įpročių ir kitų, su mityba susijusių gyvensenos veiksmų monitoravimą. – Vertinti vykdomų profilaktinių programų poveikį skirtingų gyventojų grupių mitybos įpročiams.

4 lentelės tęsinys

Mitybos politikos principai	Poveikis netolygumams	Kaip veikti efektyviau
Sveikatai nepalankių maisto produktų kainų didinimas apmokestinant ir sveikatai palankių produktų kainų mažinimas subsidijomis	Tyrimai rodo, kad kainų didinimas sveikatai nepalankiems maisto produktams ir kainų mažinimas vaisiams bei daržovėms gali pagerinti gyventojų mitybą, ypač žemesnės socialinės ir ekonominės klasės bei sumažinti mirtingumą nuo su mityba susijusių ligų	– Be kainų reguliavimo, reikia užtikrinti, kad subsidijos sumažintų galutinę kainą pirkėjui, taip padidėtų prieinamumas mažesnes pajamas turintiems asmenims.

4 lentelės tęsinys

Mitybos politikos principai	Poveikis netolygumams	Kaip veikti efektyviau
Prieinamumo sveikatai palankių produktų (vaisių ir daržovių) didinimas, o nepalankių (didelio energinio tankio ir mažai vertingų maisto medžiagų turinčių produktų) mažinimas	Didesnis poveikis mažesnes pajamas gaunantiems asmenims	– Atriboti sveikatai nepalankių maisto produktų pardavimo mastą šalia moksleivių ugdymo įstaigų. – Mokyklose įdiegti sveiko maitinimo programas. – Pagerinti mokyklose aprūpinimą vaisiais, daržovėmis skatinant mokyklas dalyvauti ES mokyklų aprūpinimo vaisiais programoje, propaguoti pieno ir pieno produktų vartojimą, skatinant aktyviau įsitraukti į ES pieno tiekimo programą. – Darbo ir studijų vietose esančiose valgyklose skatinti sveikatai palankių produktų bei patiekalų pasiūlą, sudaryti galimybę pavalgyti darbo ar mokslo vietoje. – Skatinti viešojo maitinimo įstaigas pateikti valgiaraščiuose informaciją apie patiekalų kalorijų kiekį.

4 lentelės tęsinys

Mitybos politikos principai	Poveikis netolygumams	Kaip veikti efektyviau
Gamintojų skatinimas gaminti sveikatai palankesnius produktus (mažiau druskos, cukraus, riebalų, pvz., duonos be cukraus)	Poveikis visoms gyventojų grupėms	– Sukurti maisto produktų gamintojų skatinimo mechanizmą, raginantį juos keisti maisto produktų sudėtį. – Sveikatai palankesnis produktas galėtų būti reklamuojamas naudojant socialinę reklamą, pirkėjai pratinami prie skonio pokyčio, kartu aiškinant naudą sveikatai. – Subsidijos (ar kiti sveikatai palankaus maisto skatinimo būdai) gali padėti nepadidėti produkto kainai, taip sudarant sąlygas įsigyti sveikatai palankių maisto produktų mažesnes pajamas gaunantiems gyventojams. – Maisto produktų ženklavimas atitinkamomis spalvomis. – Skatinti maisto įmones gaminti sveikatai palankesnės sudėties maisto produktus aktyviau įsitraukiant į simbolio „Rakto skylutė“ ženklavimo sistemą, skirtą gerinti gyventojų sveikatą.

4 lentelės tęsinys

Mitybos politikos principai	Poveikis netolygumams	Kaip veikti efektyviau
Informacijos apie produktų naudą ir žalą sveikatai sklaida	Didesnis poveikis pasitebimas aukštesnės socialinės ekonominės padėties grupėse	Tikėtina, kad netolygumai mažės, jeigu: a) vykdomos kampanijos: – pasitelks TV, o ne spaudą; – bus ilgalaikės ir vyks dideliu mastu; – naudos žinutes, orientuotas į mažiau galimybių turinčias grupes; b) sveikos mitybos propagavimas prekybos vietoje (bendradarbiaujant su pardavėjais): – naudos diferencinį ženklimą skirtingų lygių produktams; – pateiks informaciją vietos pirkėjams suprantama kalba; – leis degustuoti, taip lavinant pirkėjų skonį. c) informacijos sklaida bus taikoma atskiroms gyventojų grupėms (vyrams, kaimo gyventojams ir pan.).
Reklamos didelės energinės vertės produktams (sotieji riebalai, cukrus) ribojimas	Didesnis poveikis vaikams	– Uždrausti reklamuoti didelės energinės vertės produktus televizijos laidų metu nuo 6 iki 23 val. bei renginiuose ir riboti šių produktų pardavimo paapimtį vaikams skirtuose renginiuose.

4 lentelės tęsinys

Mitybos politikos principai	Poveikis netolygumams	Kaip veikti efektyviau
Asmeninės konsultacijos teikimas	Didesnis poveikis aukštesnės socialinės ekonominės padėties grupėms, aukštesnio išsilavinimo grupėms	– Nemokamos PSPC dietologo konsultacijos, kurioms siųstų šeimos gydytojas, įvertinęs prisirašiusių gyventojų sveikatos ir mitybinę būklę. – Tinkamai paruošti šeimos gydytojus, kaip vertinti mitybos būklę ir teikti mitybos konsultacijas gyventojams, sergantiems lėtinėmis ligomis. – Tinkamai parengti kitus specialistus (dietistus, visuomenės sveikatos specialistus), kaip teikti konsultacijas sveikiems įvairaus amžiaus gyventojams. – NVO įtraukimas pasitelkiant jų priemones ir pavyzdžius. – Aktyvių bendruomenės narių pavyzdžiai.
Mitybos konsultacijas teikiančių specialistų kvalifikacijos didinimas	Aukštos kvalifikacijos specialistai garantuoja geriausių sveikatos priežiūrą	– Kelti bendrosios praktikos gydytojų kvalifikaciją konsultuojant mitybos gerinimo bei svorio mažinimo klausimais.



NACIONALINIS LYGMUO



1 REKOMENDACIJA. Mitybos stebėsenos sistemos tobulinimas ir palaikymas.



Tikslinė grupė: politikai, sveikatos profesionalai.

- Siekiant periodiškai įvertinti gyventojų mitybos ir su mityba susijusių ligų pokyčius, rekomenduojama vykdyti išsamius rutininius Lietuvos gyventojų mitybos tyrimus, apimant visas gyventojų grupes: nėščiąsias, vaikus, suaugusiuosius, vyresnio amžiaus žmones.
- Išaiškinti pažeidžiamiausias gyventojų grupes.
- Teikti gautų tyrimų ataskaitas ir viešinti gautus duomenis.
- Atsižvelgiant į mitybos netolygumus, planuoti prevencines programas mitybos įpročių gerinimui.

GEROSIOS PRAKTIKOS PAVYZDŽIAI



Lietuva

Suaugusių žmonių gyvensenos stebėseną, Lietuvoje vykdoma nuo 1994 m., kai Suomijos Visuomenės sveikatos instituto iniciatyva buvo pradėtas tarptautinis FINBALT HEALTH MONITOR tyrimas, kuriame dalyvavo Suomija ir Baltijos šalys. Suaugusių Lietuvos žmonių gyvensena ir mitybos įpročiai tiriami kas antri metai. Dvidešimties metų monitoringas parodė, kad nors kai kurie mitybos įpročiai tapo sveikesni, tačiau daugumos gyventojų mitybos įpročiai, ypač žemesnio išsilavinimo, ir gyvenančių kaime neatitinka sveikos mitybos rekomendacijų (Grabauskas et al., 2015).

Tarptautinis mokyklinio amžiaus vaikų gyvensenos ir sveikatos tyrimas (HBSC), kuris atliekamas Pasaulio sveikatos organizacijos iniciatyva, vykdomas nuo 1994 m. (kiti tyrimai vykdyti 1998, 2002, 2006, 2010 ir 2014 m.). Tiriama 11–15 metų (5, 7 ir 9 klasių)

mokinių gyvensena bei kai kurie mitybos įpročiai (Zaborskis et al., 2016).

Pradinių klasių mokinių mitybos įpročiai ir antropometriniai rodikliai stebimi „Europos vaikų augimo stebėsenos iniciatyva“ (COSI). Lietuva į COSI projektą įsitraukė nuo 2008 m. ir kas antri metai tyrimas kartojamas (Petrauskienė et al., 2015).

Visi išvardyti tyrimai parodė egzistuojančius mitybos ir atsvario netolygumus skirtingose socialinėse grupėse.

Kitų šalių patirtis

Suaugusių žmonių gyvensenos stebėseną ir mitybos įpročiai tyrinėjami daugelyje Europos šalių, tarp jų Estijoje, Latvijoje, Suomijoje. Šiose šalyse tyrimai vykdomi reguliariai kas antri metai. Kitos šalys (Belgija, Austrija, Norvegija, Anglija, Ispanija ir kt.) vykdo gyvensenos ir/ar mitybos tyrimus skirtingais laiko intervalais. Tyrimų duomenimis, socialiniai ir ekonominiai mitybos įpročių bei nutukimo netolygumai būdingi daugelyje šalių.

Tarptautinis mokyklinio amžiaus vaikų gyvensenos ir sveikatos tyrimas (HBSC), apimantis 11–15 metų mokinių gyvenseną, vykdomas 41 ES ir OECD šalyje. Paskutinio 2014 m. atlikto tyrimo duomenimis, aukšto pragyvenimo šalyse didėja mokinių sveikatos netolygumai.

Tarptautinė „Europos vaikų augimo stebėsenos iniciatyva“ (COSI) vykdoma dvidešimt penkiose šalyse. Atlikti tyrimai patvirtino vaikų atsvario ir nutukimo netolygumus skirtingose socialinėse grupėse.

VERTINIMO RODIKLIAI:

- Proceso rodikliai: įvairūs faktinės mitybos, mitybos įpročių, mitybos režimo, valgiaraščių vertinimo rodikliai kaip, pvz., kasdien valgančių pusryčius, vaisius/daržoves, papildomai sudančių maistą suaugusių ir vaikų skaičius.
- Rezultato rodikliai: atliktos gyventojų mitybos apklausos.



2 REKOMENDACIJA. Maisto produktų kainų reguliavimas. Sveikatai nepalankaus, didelės energinės vertės (angl. high density) maisto apmokestinimas (10–20 proc.), 5 proc. ir didesnės subsidijos vaisiams ir daržovėms.



Tikslinė grupė: visa populiacija.



Nesveikų maisto produktų apmokestinimas ir/arba subsidijos vaisiams ir daržovėms taikomos norint paskatinti sveikos mitybos įpročius. Sisteminė literatūros apžvalga parodė, kad maisto produktų kainų reguliavimas buvo veiksminga priemonė gerinant gyventojų mitybą bei sveikatą (Thow et al., 2014). 2011 m. Danija apmokestino sočiuosius riebalus, Vengrija – produktus su dideliu cukraus, druskos kiekiu ir kofeinu, Prancūzija apmokestino sočiuosius gėrimus, Suomija – saldumynus (OECD Obesity Update, 2012). Geresnis poveikis pasiekiamas kompleksiskai reguliuojant sveikų ir nesveikų maisto produktų kainas, pavyzdžiui, apmokestinant nesveikus produktus ir teikiant didesnes subsidijas pavyzdžiui 32,5 proc. vaisiams ir daržovėms (Nnoaham et al., 2009). Tačiau duomenys, kaip taikytos priemonės veikia skirtingas gyventojų grupes, yra prieštaringi. Modeliais grindžiamos studijos, atliktos Brazilijoje, Suomijoje ir JAV, parodė, kad mažesnėmis pajamomis disponuojantys gyventojai turėtų jautriau reaguoti į padidėjusias kainas ir sėkmingiau mažinti apmokestintų produktų vartojimą, lyginant su didesnes pajamas turinčiais gyventojais (Claro et al., 2012; Khan et al., 2012). Tačiau eksperimentinio tyrimo, atlikto Prancūzijoje, duomenimis, nors manipuliavimas kainomis pagerino gyventojų mitybos kokybę, tačiau mažiausias poveikis buvo mažas pajamas turinčių gyventojų grupėje (Darmon et al., 2014).

SIŪLOMI ŽINGSNIAI

1. Identifikuoti tikslinius sveikatai palankius ir nepalankius maisto produktus.
2. Reglamentuoti apmokestinimo ir subsidijų procesą, reguliariai peržiūrėti taikomus akcizus, atsižvelgiant į šalies gyventojų perkamąją galią ir atitinkamų produktų vartojimo pokyčius.
3. Įtraukti gamintojus ir pardavėjus.
4. Sudaryti stebėsenos rodiklių sąrašą.
5. Uždrausti vaikų laidose, renginiuose reklamuoti / parduoti sveikatai nepalankius maisto produktus.

VERTINIMO RODIKLIAI:

- Proceso rodikliai: apmokestintų ir subsidijuotų produktų pardavimo atvejų skaičius.
- Rezultato rodikliai: mitybos pokyčiai.

GEROSIOS PRAKTIKOS PAVYZDŽIAI

Kitų šalių patirtys yra labai įvairios dėl taikytos skirtingos kainų politikos. Daugumos šalių patirtis rodo, kad tai veiksminga priemonė teigiamiems mitybos pokyčiams pasiekti, tačiau duomenys, kaip tai veikia skirtingų socialinių grupių mityba yra prieštaringi.

Danija

2011 m. Danija įvedė didesnius mokesčius sotiesiems riebalams. Poveikio analizė parodė, kad suvartojamų riebalų kiekis sumažėjo 10–15 proc. Vis dėlto šie rezultatai sulaukė daug priešininkų, kurie deklaravo apie infliaciją, darbo praradimą ir pan. (Jensen, Smed, 2012). Tačiau tikėtina, kad šių produktų kainos pakilimas duos pokyčių ne tik bendram jų suvartojimui, bet ir mažesnes pajamas gaunantiems gyventojams siekiant sveikesnės mitybos.

Olandija (eksperimentas)

Atliktas eksperimentas internetinėje parduotuvėje, simuliuojant sveikatai nepalankių produktų apmokestinimą. 50 proc. padidintos kainos didelės energinės vertės produktams, tai sudarė 33 proc. iš 235 pasirinktinių produktų. Pastebėta, kad bendras produktų krepšelio kaloringumas labiau sumažėjo dėl angliavandenių, bet ne dėl riebalų, ir tai nepriklausė nuo turimo biudžeto, tačiau pastebėta, kad labiau sumažėjo lieknesnių tiriamųjų krepšelis (Nederkoorn et al., 2011).



Naujoji Zelandija

Mikrosimuliacijos būdu įvertintas galimas poveikis išvengiamam mirtingumui. Tyrėjų duomenimis, 20 proc. subsidijos vaisiams ir daržovėms kasmet sumažintų bendrą mirtingumą 1,9 proc., apmokestinus 20 proc. sočiuosius riebalus, šis rodiklis sumažėtų atitinkamai 5,0 proc., apmokestinus 20 proc. druską – 6,8 proc., o kompleksinis apmokestinimas riebalų bei druskos ir taikomos subsidijos vaisiams ir daržovėms sumažintų mirtingumą 8,1 proc. kiekvienais metais. Manoma, kad mažas pajamas turinčių gyventojų grupei poveikis būtų didžiausias (Ni Mhurchu et al., 2015).



3 REKOMENDACIJA. Informacinių kampanijų rengimas.



Tikslinė grupė: pagal socialinius ekonominius kriterijus.

Informacinių kampanijų sveikos mitybos klausimais poveikis nevienareikšmiškas ir priklauso nuo populiacijos ir laikotarpio. Vis dėlto didesnę efektą galima pasiekti, nukreipus jas į tikslines grupes. Tai gali būti sveikatai palankių produktų reklamavimas, sveikos mitybos rekomendacijų viešinimas, informacijos apie maisto produktų ženklinimą bei pozityvus maisto produktų sudėties ženklo „Rakto skylutė“ platinimas.

Be visuotinių kampanijų, tikslinga vykdyti ir mažesnės apimties renginius, daugiausia dėmesio skiriant labiausiai pažeidžiamoms gyventojų grupėms (nėščiosioms, vaikams, pagyvenusio amžiaus gyventojams bei mažesnėmis pajamomis disponuojantiems gyventojams).

SIŪLOMI ŽINGSNIAI

1. Sudaryti informacinių kampanijų planą.
2. Numatyti lėšas, finansinį mechanizmą.
3. Užtikrinti tarpsektorinį bendradarbiavimą.
4. Vykdyti periodiškai atskiroms tikslinėms grupėms.



VERTINIMO RODIKLIAI:

- Proceso rodikliai: kampanijų skaičius ir struktūra.
- Rezultato rodikliai: tikslinių grupių informuotumo pokyčiai.

GEROSIOS PRAKTIKOS PAVYZDŽIAI

Prancūzija

Modeliavimo metodu įrodyta, kad informacinės kampanijos priklausomai nuo scenarijaus padidina mažas pajamas gaunančių gyventojų suvartojamą vaisių ir daržovių kiekį. Tai stebima ir „Afssa“, kur buvo įvertinti pokyčiai 1999–2006 m., kai 2001 m. buvo surengtos informacinės kampanijos. Suvartojamas kiekis per tą laikotarpį padidėjo 25 g/d. asmeniui, o tai reiškia, kad dėl informacinių kampanijų kiekis padidėjo 4 g/d. (Dallongeville et al., 2011).

Jungtinė Karalystė

2003–2006 m. inicijuota visuotinė kampanija, skatinant gyventojus suvalgyti 5 vaisių / daržovių porcijas per dieną. Atskirais periodais reklama buvo nukreipta į atskiras gyventojų grupes: mamas, paauklius berniukus, mažesnes pajamas gaunančius ar vyresnio amžiaus gyventojus ir pan. Propagavimo kaštai buvo pasidalyti ir su komerciniais partneriais. Visuotiniai tikslai (5 porcijos) žemesnės socialinės klasės gyventojams buvo kiek mažesni. Įvertinti produktų pokyčiai 2002–2006 m. parodė, kad suvartojimas labiau išaugo tarp mažesnes pajamas gaunančių gyventojų negu didžiausias, tačiau vis tik didžiausias suvartojimo pokytis stebėtas trečio kvartilio pajamų grupės gyventojams (Capacci, Mazzocchi, 2011).



JAV

Sveikatai palankių produktų pirkimą gan sėkmingai skatina priemonės, vykdomos bendradarbiaujant sveikatos organizacijoms su prekybininkais. Be apmokėtos reklamos vieno mėnesio intervencija, pateikiant informaciją apie sveikatai palankius produktus skirtingų spalvų etiketėmis (labai naudingi, mažiau naudingi sveikatai ir pan.) pasirinktuose prekybos taškuose davė reikšmingų pokyčių pirkėjų įpročiuose.



4 REKOMENDACIJA. Sveiko maisto pasiūlos skatinimas.



Tikslinė grupė: maisto produktų gamintojai.

Labai svarbu sumažinti riebalų ypač sočiųjų riebalų rūgščių ir transriebalų, druskos bei cukraus suvartojimą. Dažnai tenka maitintis ne namuose, svarbu, kad būtų maitinimo įstaigų, kuriose būtų sveikatai palankūs patiekalai (sudėtis, gamybos būdas) ir sveikos mitybos principų laikymasis (subalansuotumas, saikas, įvairovė). Taip pat reikia sugriauti mitą, kad sveikatai palankūs produktai / patiekalai nėra skanūs ir patrauklūs, todėl sveikatai palankių maisto produktų standartas skatintų maisto gamintojų sąmoningumą ruošti sveikatai palankius patiekalus bei didintų tokią paklausą įvairioms gyventojų grupėms. Tai itin aktualu vaikų maitinimui.

Kitas būdas skatinti sveikatai palankių maisto produktų pasiūlą galėtų būti maisto reformuliavimas, pramoniniu būdu pagamintą maistą padaryti palankesnę sveikatai. Produktas laikomas reformuliuotu, jei gu jis atitinka bent vieną iš šių kriterijų: sumažintas riebalų, druskos ar cukraus kiekis. Reformuliuotam maistui ne mažiau svarbūs ir kiti kriterijai: pakeitus maisto produkto sudėtį ir sumažinus jame riebalų, druskos ar cukraus, produktas turėtų išlaikyti įprastas ar nedaug pasikeitusias skonines savybes. Taip pat turi būti užtikrinta maisto produkto sauga, neturėtų pasikeisti kaina. Geri reformuliuoto maisto pavyzdžiai – duona, pusryčių dribsniai, mėsos gaminiai, kuriuose sumažintas druskos kiekis, bulvių traškučiai, kuriuose sumažintas druskos ir sočiųjų riebalų kiekis (Nacionalinis maisto ir veterinarijos rizikos vertinimo institutas).

SIŪLOMI ŽINGSNIAI

1. Skatinti maisto įmones gaminti sveikatai palankesnės sudėties maisto produktus.
2. Skatinti maisto įmones įsitraukti į simbolio „Rakto skylutė“ ženklavimo sistemą, skirtą gyventojų sveikatai gerinti.
3. Viešųjų maitinimo įstaigų valgiaraščiuose siūloma pateikti parduodamų patiekalų kaloringumą.



VERTINIMO RODIKLIAI:

- Proceso rodikliai: įmonių, gaminančių nors vieną atitinkantį standartą produktą, skaičius ir struktūra, patiekalų, atitinkančių standartą skaičius, simboliu „Rakto skylutė“ ženklinamų produktų skaičius.
- Rezultato rodikliai: parengtas standartas.

GEROSIOS PRAKTIKOS PAVYZDŽIAI



Lietuva

Simbolis „Rakto skylutė“ – valstybinis, nekomercinis, savanoriškai taikomas, nemokamas, pozityvus maisto produktų sudėties ženklas, skirtas padėti vartotojams lengviau rasti sveikatai palankesnius maisto produktus tarp kitų panašių produktų. Ši ženklinimo sistema skirta gyventojų sveikatai gerinti, skatinti maisto įmones gaminti sveikatai palankesnės sudėties maisto produktus bei mokyti vartotojus racionaliau rinktis maistą.

„Rakto skylutė“ pažymėti produktai turi kelis kartus mažiau riebalų, cukraus ir druskos bei daugiau maistinių skaidulinių medžiagų nei kiti panašūs tos pačios grupės maisto produktai (pvz., liesi jogurtai tarp kitų jogurtų). 2014 m. jis įteisintas Lietuvoje.

Simbolis „Rakto skylutė“ plačiai naudojamas Švedijoje (nuo 1989 m.), Danijoje (nuo 2009 m.), Norvegijoje (nuo 2009 m.), Islandijoje (nuo 2015 m.) bei Suomijoje, kuri naudoja tokius pačius kriterijus sveikatai palankesniems produktams išskirti, tačiau produktus žymi „širdies“ ženklu.

Švedijoje atliktas tyrimas parodė, kad šis ženklas yra palankiai vertinamas paauglių ir padeda pasirinkti sveikesnius užkandžius (Wang et al., 2016).



SAVIVALDYBĖS LYGMUO



5 REKOMENDACIJA. Gyventojų mitybos raštingumo gerinimas.



Tikslinė grupė: savivaldybės gyventojų grupės pagal socialinius ir ekonominius kriterijus.

Geresnis gyventojų mitybos raštingumas lemia sveikesnę mitybą. Aukštesnio išsilavinimo gyventojai turi daugiau žinių apie sveiką mitybą, labiau domisi naujovėmis, pirmi išbando naujus maisto produktus, geriau suvokia mitybos įtaką sveikatai negu žemesnio išsilavinimo gyventojai. Todėl mitybos žinių gerinimas tikslinėse grupėse galėtų sumažinti mitybos ir sveikatos netolygumus.



SIŪLOMI ŽINGSNIAI

1. Identifikuoti ir įvertinti savivaldybės teritorijos gyventojų mitybos raštingumo lygį ir jo netolygumus skirtingose amžiaus bei išsilavinimo grupėse.
2. Daugiau dėmesio skirti nėščiosioms, jaunesnio mokyklinio amžiaus vaikams, paaugliams, mažesnes pajamas gaunantiems gyventojams bei žemesnio išsilavinimo gyventojams.
3. Remiantis gautais rezultatais parengti detalų savivaldybės teritorijoje gyvenančių žmonių mitybos raštingumo gerinimo planą.
4. Į Visuomenės sveikatos biuro darbo planus įtraukti mitybos raštingumo gerinimo priemones.
5. Sveikos mitybos klausimus įtraukti į neformalųjų mokinių švietimą.
6. Mokyklų administracijai kartu su mokykloje dirbančiu visuomenės sveikatos specialistu parengti mokinių mitybos raštingumo gerinimo planą ir numatyti priemones.
7. Konsultuoti vaikų ugdymo įstaigų darbuotojus, atsakingus už vaikų maitinimą, sveikos mitybos klausimais.
8. Rengti ir įgyvendinti sveikos mitybos mokymo programas, į Visuomenės sveikatos biuro darbo planus įtraukti sveikos mitybos mokymo priemones.
9. Vykdyti gyventojų sveikos mitybos mokymą remiantis oficialiomis SAM patvirtintomis rekomendacijomis.

VERTINIMO RODIKLIAI:

- Proceso rodikliai: priemonių raštingumui gerinti skaičius, struktūra, mokyklų / įstaigų skaičius, kur buvo taikytos atitinkamos priemonės.
- Rezultato rodikliai: raštingumo pokyčiai.

GEROSIOS PRAKTIKOS PAVYZDŽIAI



JAV

Vykdyta kompleksinė programa „Viskas apie vaikus“ (angl. It's All about Kids), skatinanti fizinį aktyvumą ir sveiką mitybą. Mitybos dalis sudarė 6 pamokas (1 kartą per savaitę po 30 min), kurių metu buvo aptariamasi sveikos mitybos principai, sveikatai palankių ir nepalankių produktų skirtumai, porcijų dydis, mitybos sprendimų priėmimas. Po intervencijos pagerėjo vaikų žinios apie maisto produktus, turinčius daugiau riebalų, pasikeitė maisto produktų rinkimosi kriterijai (DeVault et al., 2009).



6 REKOMENDACIJA. Sveikos mitybos įgūdžių formavimas.



Tikslinė grupė: vaikai, suaugusieji, šeima, bendruomenė.

SIŪLOMI ŽINGSNIAI

1. Nėščiosioms

- Konsultuoti nėščiąsias įvairiais su mityba susijusiais klausimais.
- Informuoti visas nėščiąsias apie žindymo privalumus ir būdus.
- Skatinti išskirtinio žindymo trukmę – šešis mėnesius.

2. Vaikams

- Jaunesnio mokyklinio ir darželinio amžiaus vaikų suvokimo apie sveiką mitybą lavinimas žaidybine forma, pamokų, užsiėmimų metu.
- Visuomenės sveikatos specialisto apmokymas kaip vaikams perduoti informaciją apie sveiką mitybą, kaip motyvuoti laikytis sveikos mitybos rekomendacijų.
- Technologijos mokytojų parengimas mokyti gaminti sveikatai palankų maistą.
- Sveikatai palankaus maisto gaminimo konkursų organizavimas.
- Ugdymo įstaigos darbuotojų įtraukimas.
- Įgyvendinant intervencines priemones darželiuose bei mokyklose įtraukti šeimas.
- Konsultuoti mokinius, tėvus, šeimas sveikos mitybos klausimais, didžiausią dėmesį skiriant žemesnio išsilavinimo šeimoms, bei turintiems svorio problemų.
- Pateikiant daržovių ir vaisių naudos įrodymus, ypatingo dėmesį skirti atskiroms grupėms, kurios jų vartoja mažiau (berniukams ar mergaitėms, vyresniems ar jaunesniems vaikams).
- Sveikatos stiprinimo darželių, mokyklų ir universitetų veiklos skatinimas.

3. Suaugusiems gyventojams

- Sveikos mitybos programų diegimas įstaigose, įmonėse.
- Bendruomenės lyderių įtraukimas kuriant ir įgyvendinant mitybos gerinimo programas bei renginius.
- Bendrosios praktikos gydytojų mokymas įvertinti gyventojų mitybos būklę, laiku teikti standartizuotus mitybos patarimus ir rekomendacijas.
- Sveikos mitybos skatinimas prekybos taškuose (ženklinimas, informacija, degustacija).

4. Vyresnio amžiaus žmonėms

- Bendrosios praktikos gydytojų mokymas įvertinti šių gyventojų mitybos būklę, teikti mitybos rekomendacijas.
- Plėtoti pagyvenusių žmonių mitybos ir sveikos gyvensenos konsultavimą sveikatos biuruose.

VERTINIMO RODIKLIAI:

- Proceso rodikliai: konkursų, mokymų, priemonių skaičius.
- Rezultato rodikliai: mitybos įgūdžių teigiami pokyčiai.



7 REKOMENDACIJA. Mitybos konsultacijų taikymas.

Tikslinė grupė: bendrosios praktikos gydytojai, visuomenės sveikatos specialistai.



Šeimos gydytojai, kurie dažniausiai bendrauja su pacientais, turi puikių galimybių mokyti pacientus sveikos mitybos ir gyvensenos. Bendraudami ir besirūpindami visos šeimos narių sveikata, šeimos gydytojai gali paskatinti keisti mitybos įpročius. Suaugusių Lietuvos žmonių gyvensenos tyrimo duomenimis, dažniausiai mitybos patarimai duodami antsvorį turintiems pacientams. Per du dešimtmečius gydytojų dalis, patarusių nutukusiems vyrams keisti mitybos įpročius, išaugo nuo 26 proc. 2000 m. iki 47 proc. 2012 m., moterims atitinkamai nuo 35 proc. iki 41 proc. (Kriaučionienė et al., 2012; Grabauskas et al., 2015). Taip pat pacientai, gavę gydytojo patarimų, dažniau sumažino riebalų kiekį, pakeitė riebalų rūšį, padidino vartojamų vaisių ir daržovių kiekį, sumažino druskos ir cukraus kiekį, lyginant su negavusiais patarimų iš gydytojo (Kriaučionienė et al., 2012). Kitų šalių patirtis taip pat rodo, kad sveikatos priežiūros specialistų patarimai gyvensenai sveikatinai buvo veiksmingi: Švedijoje 39,2 proc. žmonių, gavusių patarimus, keitė gyvenseną, tarp jų daugiau buvo vyrų, vyresnio amžiaus gyventojų ir žemesnio išsilavinimo gyventojų (Brobeck et al., 2015). Tačiau literatūros analizėje apie mitybos ir fizinio aktyvumo rekomendacijas pažymima, kad dažnai gydytojų mitybos ar svorio reguliavimo patarimai būna labai abstraktūs, nenurodant, ką konkrečiai pacientai turėtų keisti (Van Dillen et al., 2015). Bendros metodikos, kokią informaciją gydytojai turėtų suteikti pacientui, norinčiam keisti mitybos įpročius ar mažinti kūno svorį, būtų naudingos praktiniame gydytojų darbe.

SIŪLOMI ŽINGSNIAI

1. Bendrosios praktikos gydytojai turėtų atlikti gyventojų mitybos būklės vertinimą ir konsultuoti mitybos gerinimo klausimais.
2. Daugiau dėmesio skirti pažeidžiamoms asmenų, sergančių lėtinėmis ligomis, grupėms.
3. Kadangi Lietuvoje nėra bendrų mitybos būklės vertinimo gairių ir rekomendacijų, kaip teikti mitybos konsultacijas skirtingo amžiaus ir skirtingomis lėtinėmis ligomis sergantiems gyventojams, reikėtų parengti bendras pacientų mitybos būklės vertinimo ir sveikos mitybos mokymo rekomendacijas, kurias bendrosios praktikos gydytojai galėtų taikyti savo darbe.
4. Mokyti visuomenės sveikatos specialistus, kaip vertinti gyventojų mitybos būklę, teikti individualias ir grupines konsultacijas sveikiems įvairaus amžiaus gyventojams.

VERTINIMO RODIKLIAI:

- Proceso rodikliai: mitybos ir sveikos gyvensenos klausimais konsultuotų gyventojų skaičius.
- Rezultato rodikliai: mitybos įpročių bei svorio pokyčiai.

GEROSIOS PRAKTIKOS PAVYZDŽIAI

Lietuva

Lietuvos medicinos norma MN 14:2005 „Šeimos gydytojas teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ numato, kad į šeimos gydytojo pareigas įeina pacientų konsultavimas sveikos gyvensenos klausimais (LR sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 22 d. įsakymas Nr. V-1013). Savivaldybės visuomenės sveikatos biuro pavyzdiniuose nuostatuose nurodoma, kad į savivaldybių visuomenės sveikatos biurų darbuotojų pareigas taip pat įeina gyventojų konsultavimas visuomenės sveikatos klausimais (LR sveikatos apsaugos ministro 2008 m. kovo 15 d. įsakymas Nr. V-196).

Vokietija

Bendrosios praktikos gydytojai nėra pakankamai aktyvūs konsultuojant pacientus mitybos klausimais. Gydytojų požiūris į sveikos gyvensenos propagavimą per kelis dešimtmečius praktiškai nepakito. Tik 9 proc. bendrosios praktikos gydytojų patarė pacientams keisti mitybos įpročius. Bendrosios praktikos gydytojai savo iniciatyva pacientų vizito metu patarė mitybos klausimais 5 proc. pacientų, 6 proc. pacientų patys domėjosi mitybos keitimo klausimais. Gydytojų pateiktų mitybos rekomendacijų

dažnumas nepriklausė nuo pacientų amžiaus, lyties ar išsilavinimo. Dažniau mitybos patarimų gavo vyresni pacientai, taip pat pacientai, sergantys žarnyno, kraujotakos sistemos ligomis (Noordman et al., 2010).



Australija

Australijos bendrosios praktikos gydytojams yra parengtos gairės, nurodančios, kaip mažinti antsvorį turinčių pacientų svorį. Šios gairės turi dešimt žingsnelių, nurodančių gydytojams, ką ir kaip patarti mitybos bei fizinio aktyvumo klausimais. Tačiau gydytojams paciento konsultacijai skiriama 12 minučių, todėl laiko gyvensenai sveikatinėti lieka labai mažai. Tyrėjų pateiktais duomenimis, tik trečdalis antsvorį turinčių pacientų gavo mitybos ir/ arba fizinio aktyvumo patarimų (Booth, Nowson, 2010).



8 REKOMENDACIJA. Maitinimo paslaugų organizavimas ugdymo įstaigose.



Tikslinė grupė: ugdymo įstaigose maitinami vaikai.

Kolektyvas gali būti vienas iš būdų, skatinant sveiką mitybą ir realiai pateikiant tinkamiausius pavyzdžius. Taip galima pasiekti netolygumų sumažinimo, ypač šia informacija ir faktiškai sveikatai palankiu maistu aprūpinant pažeidžiamiausias grupes. Maitinimo organizavimas ugdymo įstaigoje suvienodintų bent dalį dienos mitybos įvairiose vaikų grupėse (iš mažesnes ar didesnes pajamas gaunančių šeimų, orientuotas į sveikesnę ar mažiau sveiką mitybą ir pan.).



SIŪLOMI ŽINGSNIAI

1. Sąlygų sudarymas gauti vaisių ir daržovių nemokamai (ikimokyklinėse ugdymo įstaigose ir mokyklose).
2. Vietinių ūkininkų įtraukimas į maisto tiekimą ugdymo įstaigose.
3. Ikimokyklinėse įstaigose išlaikyti/suteikti galimybę gamintis patiems (o ne vežti maistą iš nustatyto tiekėjo).
4. Mokyklose mokinių skatinimas valgyti mokyklos maistą.
5. Visuomenės sveikatos specialisto apmokymas perduoti tinkamą informaciją apie sveiką mitybą, ypatingą dėmesį skiriant berniukams, pateikiant daržovių ir vaisių naudos įrodymų.
6. Ieškoti būdų patiekti maistą vaikams patrauklia forma.
7. El. technologijų naudojimas vaikų mitybos organizavime mokyklose.

GEROSIOS PRAKTIKOS PAVYZDŽIAI



Lietuva

Elektroninis apmokėjimas už vaikų maitinimą mokyklose taikomas įvairiose šalyse, pavyzdžiui, JK, Norvegijoje, JAV.

Lietuvoje viena iš savivaldybių, įdiegusių šią sistemą, yra Plungės r. Mokiniai elektroniniu mokinio pažymėjimu kaip banko kortele, be grynųjų pinigų gali atsiskaityti mokyklos valgykloje. Elektroninis atsiskaitymas valgykloje gerokai sumažina eiles, o tėvams leidžia stebėti vaikų mitybą. Taip mažinama atskirtis tarp vaikų iš skirtingas pajamas gaunančių šeimų. Be to, šis sistema leidžia vykdyti lankomumo ir bibliotekos apskaitą (<http://www.tamo.lt/a-mokykla/>).

A.MOKYKLA

Projektas ATEITIES MOKYKLA – tai integruotas elektroninio mokinio pažymėjimo ir elektroninio dienos TAMO sprendimas mokykloms. Sprendimas apima lankomumo, valgyklos ir bibliotekos modulius ir leidžia informaciją matyti realiu laiku vieningoje sistemoje.

Šiuo metu projekte jau dalyvauja 140 mokyklų.



ELEKTRONINIS MOKINIO PAŽYMĖJIMAS



Elektroninis mokinio pažymėjimas (EMP) – modernus moksleivio dokumentas, savyje talpinantis ir daug kitų moksleiviams kasdien praverčiančių funkcijų. Jis suteikia A.MOKYKLOMS papildomų pranašumų, darančių jas gerokai patrauklesnėmis moksleiviams ir jų tėvams, bei pedagogams ir mokyklos vadovybei.

Į elektroninį mokinio pažymėjimą yra įrašomas Vilniaus ir Kauno miesto savivaldybių elektroninis viešojo transporto bilietas nemokamai.

**9 REKOMENDACIJA. Skatinti vartoti daržoves ir vaisius.****Tikslinė grupė: savivaldybės gyventojai.**

Tai dažniausiai vertinamas mitybos komponentas, sveikos mitybos pagrindas. Neabejotina daržovių nauda turi būti suvokta visų gyventojų grupių, o svarbiausia – tai turi būti prieinama.

SIŪLOMI ŽINGSNIAI

1. Ugdymo įstaigose sudaryti sąlygas vaikams nemokamai valgyti vaisius ir daržoves, lavinant skonį kuo didesnei jų įvairovei.
2. Įtraukti vietinius ūkininkus.
3. Įtraukti įvairius sektorius (socialinį, ūkio ir kt.).
4. Organizuoti pristatymus, supažindinant gyventojus su didesne daržovių ir vaisių įvairove, ypač galimų išauginti vietiniuose ūkiuose.
5. Informuoti apie jų naudą sveikatai, ugdyti gaminimo įgūdžius, atsižvelgiant į kultūrinius, skonio įpročius.

VERTINIMO RODIKLIAI:

- Proceso rodikliai: konkursų, mokymų, priemonių skaičius.
- Rezultato rodikliai: vaisių ir daržovių vartojimo pokyčiai.

GEROSIOS PRAKTIKOS PAVYZDŽIAI

Jungtinė Karalystė

Mokyklose įdiegta programa, kurios metu pirmų–trečių metų vaikams nemokamai pateikiama vaisių ar daržovių porcija. Buvo įvertinti trečių metų mokyklos vaikų (6–7 metų amžiaus) mitybos pokyčiai. Nustatyta, kad ši intervencija padidino skurdžių šeimų vaikų vaisių ir daržovių vartojimo kiekį, tačiau bendrai vis tiek nepanaikino socialinės atskirties šiuo aspektu (Hughes et al., 2012).

Mokyklose vykdomos mitybos programos, ypač turinčios mokymosi komponentą, padeda sumažinti sveikatos netolygumus, nes neturtingų šeimų vaikai gali nemokamai gauti vaisių ir daržovių (Van Cauwenberghe et al., 2010).

2.3. ALKOHOLIO VARTOJIMAS

PAGRINDINIAI EPIDEMIOLOGINIAI FAKTAI



Lietuvoje didžiausi alkoholio vartojimo netolygumai yra tarp vyrų ir moterų. Vyrų alkoholio suvartoja beveik **2,5 karto** daugiau nei moterys.



Lietuvoje daugiau rizikingai alkoholi vartoja asmenys, turintys aukštesnį socioekonominį statusą, tačiau žemesniam socialiniam sluoksniui priklausantys asmenys linkę jį vartoti dideliais kiekiais, be to, jie dažniau patiria alkoholio vartojimo žalą.



Lietuvoje nustatyti alkoholio vartojimo netolygumai pagal gyvenamąją vietovę – mirtingumas dėl alkoholio vartojimo sukeltų pasekmių yra didesnis kaime nei mieste. Tačiau sergamumas lėtiniu alkoholizmu didesnis mieste.



Lietuvos paaugliai dažniau pirmą kartą pasigeria, būdami jaunesni nei **13 metų**, lyginant su kitų Europos šalių paaugliais. Berniukai alkoholi vartoja dažniau nei mergaitės.

REKOMENDACIJOS

Individualiu lygmeniu taikomos intervencijos gali padėti žmonėms išvengti žalingo alkoholio vartojimo

Siekiant sumažinti alkoholio vartojimo daromą žalą, turėtų būti taikomos įvairios intervencijų kombinacijos, apimančios visas visuomenės grupes. Bendrą alkoholio vartojimo lygį šalyje padeda sumažinti populiacijos lygmeniu taikomos intervencijos. Individualiu lygmeniu taikomos intervencijos gali padėti žmonėms išvengti ža-

lingo alkoholio vartojimo, kuo anksčiau užkirsdomas kelią žalingam vartojimui. Siekdamos sumažinti alkoholio vartojimo daromą žalą, valdžios institucijos gali naudoti tiek individualiu, tiek populiacijos lygmeniu taikomas intervencijas.

Šios rekomendacijos parengtos remiantis Pasaulio sveikatos organizacijos (angl. World Health Organization), Nacionalinio sveikatos ir klinikinės kompetencijos instituto – NICE (angl. National institute for health and clinical excellence) ir Kochrano sisteminių apžvalgų bazėje (angl. Cochrane database of systematic reviews) pateiktais įrodymais ir priemonėmis, kurių taikymas leidžia mažinti alkoholinių gėrimų vartojimą ir jo daromą žalą nacionaliniu ir vietos lygmeniu. Kai kurias nacionalinio lygmens rekomendacijas papildė rekomendacijos įgyvendinamos vietos lygmeniu.

Alkoholio kontrolės politikos priemonės laikomos ekonomiškai efektyviomis ir veiksmingomis, siekiant mažinti alkoholio vartojimo daromą žalą visuomenėje. Lietuvoje alkoholio vartojimas didina sveikatos netolygumus, tačiau retai kompleksiskai vertinamas alkoholio kontrolės politikos priemonių poveikis įvairioms socialinėms grupėms. Tampa aktualu reguliariai stebėti ir vertinti šių priemonių poveikį, vystyti tarpinstitucinį bendradarbiavimą renkant ir dalijantis atliekamais vertinimams reikalinga informacija. Siekiant Lietuvoje kryptingai mažinti sveikatos netolygumus, susijusius su alkoholio vartojimu, 5 lentelėje pateikiamos alkoholio kontrolės priemonės, jų poveikis mažinant sveikatos netolygumus bei įgyvendinimo veiksmai.

5 lentelė. Alkoholio kontrolės politikos priemonių poveikis sveikatos netolygumams ir efektyvesnio įgyvendinimo veiksmams

Alkoholio kontrolės politikos priemonės	Poveikis sveikatos netolygumams	Kaip efektyviau veikti?
Alkoholinių gėrimų kainos didinimas	Alkoholinių gėrimų kainos didinimas leistų sumažinti bendrą alkoholio vartojimo mastą šalyje, ypač tarp jaunimo, dažnai ir dideliais kiekiais vartojančių asmenų.	Alkoholinių gėrimų kaina turi būti nuolat perskaiciuojama ir didinama, atsižvelgiant į infliaciją ir gyventojų pajamų augimą. Siekiant geriausio efekto, visoms alkoholinių gėrimų rūšims akcizas turi būti keliamas vienodai, neišskiriant atskirų gėrimų grupių.
Alkoholinių gėrimų pardavimo laiko ir vietų ribojimas	Alkoholinių gėrimų pardavimo laiko ir vietos ribojimas, atsižvelgiant į jo prekybos vietų skaičiaus, nusikaltamumo bei vartojimo sukeliamų mirčių ir ligų ryšį, leistų sumažinti jo vartojimą tarp socialiai pažeidžiamų grupių.	Savivaldybių tarybų sprendimais riboti alkoholinių gėrimų pardavimo laiką, ypač vakaro, ir mažinti pardavimo vietų skaičių, ypač žemo gyvenimo lygio teritorijose. Griežtinti mažmeninės prekybos alkoholiniais gėrimais licencijų išdavimo tvarką. Išduoti terminuotas prekybos alkoholiu licencijas ir įvesti mokesčių siekiant pratęsti licencijas (pvz., kartą per metus).
Alkoholinių gėrimų reklamos draudimas	Yra mokslo įrodymų, kad alkoholinių gėrimų reklama formuoja palankų požiūrį į alkoholinių gėrimų vartojimą, ypač nepilnamečiams. Taip pat įrodyta, kad alkoholinių gėrimų reklama skatina pradėti vartoti alkoholį ankstesniame amžiuje, o jau vartojančius asmenis skatina vartoti daugiau.	Uždrausti alkoholinių gėrimų reklamą visuomenės informavimo priemonėse, išskyrus specializuotus leidinius.

5 lentelės tęsinys

Alkoholio kontrolės politikos priemonės	Poveikis sveikatos netolygumams	Kaip efektyviau veikti?
Neigiamo alkoholinių gėrimų vartojimo ir apsinuodijimo juo pasekmių mažinimas	Pagalbos alkoholiniais gėrimais apsinuodijusiems asmenims teikimas (detoksikacija) asmens sveikatos priežiūros įstaigose, ypač didinant šių paslaugų prieinamumą kaimo gyventojams ir socialiai pažeidžiamoms grupėms, leistų sumažinti apsinuodijimo juo pasekmes.	Institucijoms teikti reikalingą pagalbą ir paramą alkoholiniais gėrimais apsinuodijusiems asmenims. Gerinti integruotų sveikatos priežiūros ir socialinių paslaugų, kuriomis siekiama sumažinti su alkoholinių gėrimų vartojimu susijusius neigiamus padarinius visuomenei ir asmeniui, prieinamumą. Ženklinėti alkoholinius gėrimus apie jo daromą žalą (įspėjamieji grafiniai ženklai apie alkoholio žalą nėščioms moterims).
Vairavimo išgėrus kontrolės stiprinimas	Vairavimo išgėrus kontrolės priemonių įgyvendinimas leistų sumažinti traumų ir mirčių kelių eismo įvykiuose skaičių.	Mažinti leidžiamąją alkoholio koncentraciją kraulyje vairuotojams. Sistemiškai vykdyti atsitiktinę vairuotojų patikrą alkoholio matuokliais. Alkoholio užraktų diegimas prasižengusiems vairuotojams.
Sveikatos sektoriaus intervencijų taikymas	Mokslo įrodymais pagrįstų intervencijų taikymas leistų mažinti alkoholinių gėrimų vartojimą tarp socialiai pažeidžiamų grupių. Šios priemonės orientuojamos į probleminius alkoholio vartotojus.	Institucijoms (pvz., NVO, dirbančioms su socialiai pažeidžiamomis grupėmis, pirminės ambulatorinėms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms), įgyvendinti atrankines patikras, siekiant nustatyti alkoholio vartojimo riziką ir taikyti trumpas intervencijas, prireikus nukreipti narkologinės pagalbos.



NACIONALINIS LYGMUO



1 REKOMENDACIJA. Alkoholinių gėrimų prieinamumo mažinimas.



Tikslinė grupė: visa populiacija.

SIŪLOMI ŽINGSNIAI

1. Diegti alkoholinių gėrimų prekybos licencijų sistemą mažmeninei prekybai, reguliuoti alkoholinių gėrimų parduotuvių skaičių ir tankį.
2. Atsakingos institucijos išduodamos licencijas turėtų atsižvelgti į alkoholinių gėrimų prekybos vietų skaičiaus, tankio, pardavimo laiko ir nusikalstamumo, viešosios tvarkos pažeidimų bei alkoholinių gėrimų vartojimo sukeltamų mirčių ir susirgimų tam tikroje teritorijoje, tarpusavio ryšį.
3. Panaikinti neterminuotų licencijų prekiauti alkoholiniais gėrimais išdavimą. Vietoj to įvesti terminuotas metines licencijas ir numatyti metinį licencijų išdavimų mokestį, kuris padengtų licencijavimo sistemos išlaikymo ir prekybos vietų kontrolės išlaidas (prekybos vietos turėtų būti kur kas dažniau tikrinamos, įteisinus nusikaltimo imitavimo modelį, turėtų būti dažnai atliekami tikrinimai ar alkoholis neparduodamas paaugliams ar neblaiviems asmenims). Licencijas tęsti tik nesant pažeidimų.
4. Atsakingos institucijoms, išduodančioms alkoholinių gėrimų prekybos licencijas, griežtinti jų atnaujinimo, pratęsimo, atėmimo, esant nuolatinių pažeidimų, tvarką iki galimybės naikinti mažmeninės prekybos alkoholiu licenciją už vienkartinį pažeidimą.
5. Riboti (įtvirtinti teisės aktais) alkoholinių gėrimų pardavimą jau apsvaigusiesiems asmenims.

6. Didinti minimalaus amžiaus cenzo ribą prekyboje alkoholiniais gėrimais.
7. Trumpinti alkoholinių gėrimų prekybos dienų ir/ar valandų skaičių.
8. Alkoholinius gėrimus pardavinėti tik specializuotose parduotuvėse.

GEROSIOS PRAKTIKOS PAVYZDŽIAI

Lietuva

Teisinis reglamentavimas

Licencijos mažmeninei ir didmeninei prekybai alkoholiniais gėrimais. Draudžiama asmenims iki 18 metų vartoti alkoholinius gėrimus ar jų turėti. Draudžiamas pardavimas kiekvienų metų rugsėjo 1 d. ir nuo 22 valandos iki 8 valandos mažmeninės prekybos vietose ir viešojo maitinimo vietose, turinčiose licencijas mažmeninei prekybai alkoholiniais gėrimais. Draudžiama parduoti alkoholinius gėrimus neblaiviems asmenims.

Savivaldybių tarybos turi teises riboti laiką, kuriuo leidžiama prekiauti alkoholiniais gėrimais, neišduoti licencijos verstis mažmenine prekyba alkoholiniais gėrimais ir riboti ar uždrausti prekybą alkoholiniais gėrimais švenčių, masinių renginių, parodų, koncertų, teatro spektaklių, cirko ir kitų renginių metu. Nuo 2016 m. neprekiuojama alkoholiniais gėrimais stacionariose degalinėse (Lietuvos Respublikos alkoholio kontrolės įstatymas, 1995, Nr. 44-1073).

Kitų šalių patirtis

Suomijoje, Švedijoje, Norvegijoje ir Islandijoje galioja valstybės monopolis stipresniųjų (daugiau nei 3,5 proc. alkoholio tūrio) gėrimų prekybai, jie parduodami tik specialiose valstybinėse parduotuvėse.

Alkoholinių gėrimų įsigijimo amžius Švedijoje ir Islandijoje – 20 metų, Suomijoje ir Norvegijoje – 20 metų stipriesiems gėrimams, JAV – 21 metai.

Draudimas neparduoti alkoholinių gėrimų neblaiviems asmenims (vartoti neišsineštinai) taikomas JAV, Australijoje.



2 REKOMENDACIJA. Alkoholinių gėrimų rinkodaros reguliavimas.



Tikslinė grupė: visa populiacija.

SIŪLOMI ŽINGSNIAI

1. Reguluoti alkoholinių gėrimų rinkodaros turinį ir apimtį, ypatingą dėmesį skiriant naujoms reklamos formoms – socialiniams tinklams, mobilioms programėlėms, interneto portalams.
2. Riboti ar uždrausti alkoholinių gėrimų reklamą jaunimui skirtuose renginiuose. Reguluoti rėmėjų, propaguojančių alkoholinius gėrimus, veiklą.
3. Įvertinti visiško alkoholinių gėrimų reklamos uždraudimo potencialius kaštus ir naudą visuomenei.
4. Reguluoti tiesioginę ir netiesioginę alkoholinių gėrimų reklamą kai kuriose ar visose žiniasklaidos priemonėse.

GEROSIOS PRAKTIKOS PAVYZDŽIAI



Lietuva

Teisinis reglamentavimas

Alkoholio reklama draudžiama: laikraščių ir jų savarankiškų priedų, žurnalų ir knygų išorinėse viršelių pusėse; vaikams ir paaugliams skirtuose laikraščiuose, žurnaluose, knygose, televizijos ir radijo programose; LR jurisdikcijai priklausančių transliuotojų ir retransliuotojų transliuojamose programose nuo 6 valandos iki 23 valandos; koncertų, cirko, diskotekų, jaunimo sporto ir laisvalaikio renginių, kitų masinių renginių, teatro spektaklių, kino ir videofilmų demonstravimo vietose; švietimo, mokslo ir ugdymo įstaigose; visose sveikatos priežiūros įstaigose; visuomeninio transporto priemonių viduje ir išorėje; degalinėse ir jų teritorijose; ant atvirlaiškių, vokų ir pašto ženklų. Masiniuose renginiuose (išskyrus vaikams ir paaugliams iki 18 metų skirtus renginius) gali būti pateikiamas renginį remiančios ir alkoholinius gėrimus gaminančios arba jais prekiaujančios įmonės, juridinio asmens ar jo filialo pavadinimas ir (ar) prekės ženklas, pagal turinį ir formą neprieštaraujantys teisės aktų reikalavimams.

Draudžiama loterijose, žaidimuose, konkursuose teikti alkoholinius gėrimus kaip prizus arba kartu su jais.

Draudžiama išorinė alkoholio reklama, išskyrus alaus, alaus mišinių su nealkoholiniais gėrimais bei natūralios fermentacijos vyno ir sidro išorinę reklamą. Alaus, alaus mišinių su nealkoholiniais gėrimais bei natūralios fermentacijos vyno ir sidro išorinėje reklamoje turi būti išpėjamas tekstas apie žalingą alkoholio poveikį sveikatai. Šio teksto formą, turinį ir jo vietą reklamoje nustato Sveikatos apsaugos ministerija (Lietuvos Respublikos alkoholio kontrolės įstatymas, 1995, Nr. 44-1073).

Kitų šalių patirtis

Suomijoje uždrausta alkoholio rinkodara socialiniuose tinkluose. Švedijoje draudžiama alkoholinių gėrimų, kurių stiprumas didesnis nei 2,5 proc., reklama, Norvegijoje – alkoholinių gėrimų, kurių stiprumas didesnis nei 3,5 proc., reklama visose žiniasklaidos priemonėse.



3 REKOMENDACIJA. Alkoholinių gėrimų kainų reguliavimas.



Tikslinė grupė: visa populiacija.

SIŪLOMI ŽINGSNIAI

1. Nustatyti minimalią alkoholio vieneto kainą, atsižvelgiant į socialinę, ekonominę ir sveikatai alkoholio daromą žalą ir kainos poveikį alkoholio vartojimui.
2. Minimalią alkoholio vieno vieneto kainą, jei ji nustatyta, bei alkoholiniams gėrimams taikomus akcizo mokesčius reguliariai peržiūrėti, siekiant užtikrinti, kad alkoholiniai gėrimai netaptų lengviau įperkami per tam tikrą laiko tarpą, atsižvelgiant į šalies gyventojų perkamąją galią ir jos augimo tendencijas.
3. Taikyti veiksmingas priemones – nustatyti proporcingai didesnius mokesčius gaminiams, kurie turi didesnę alkoholio koncentraciją.
4. Siekti, kad nealkoholinių gėrimų kainos nebūtų didesnės už alkoholinių gėrimų kainas.
5. Uždrausti ar apriboti tiesioginį ar netiesioginį alkoholinių gėrimų kainų reklamavimą, akcijas ir išpardavimus bei kainas, už kurias galima įsigyti neribotą kiekį alkoholinių gėrimų, ir kitus panašius alkoholinių gėrimų vartojimo skatinimus.
6. Nuosekliai ir nuolat didinti akcizo mokestį alkoholiui, užtikrinant, kad visoms alkoholinių gėrimų grupėms akcizas būtų keliamas vienodai, neišskiriant silpnųjų gėrimų.

Nerekomenduotina alkoholio gaminių kainų didinimą planuoti kaip biudžeto pajamų papildymo priemonę, nors tradiciškai tai yra vyraujantis požiūris į akcizo mokestį.

GEROSIOS PRAKTIKOS PAVYZDŽIAI



Lietuva

Teisinis reglamentavimas

Lietuvos Respublikos akcizo įstatymo str. pakeitimo įstatyme padidinti akcizai alui, vynui bei kitiems fermentuotiems gėrimams, tarpiniams produktams, etilo alkoholiui (Lietuvos Respublikos akcizų įstatymo Nr. IX-569 23, 24, 25, 26, 30 ir 31 straipsnių pakeitimo įstatymas, 2015, Nr. 19628).

Didžiausia etilo alkoholio koncentracija vairavimo metu yra 0,4 promilės. Pradedantieji vairuotojai, taksistai automobilių, mopėdų, motociklų, triračių, lengvųjų keturračių, keturračių, galingųjų keturračių, transporto priemonių, kurių didžiausioji leidžiamoji masė didesnė kaip 3,5 t arba kurios turi daugiau kaip 9 sėdimąsias vietas, arba kuriomis vežami pavojingieji kroviniai, vairuotojai laikomi neblaiviais, kai etilo alkoholio koncentracija jų iškvėptame ore, kraujyje, šlapime, seilėse ar kituose organizmo skysčiuose yra daugiau kaip 0 promilių (Lietuvos Respublikos alkoholio kontrolės įstatymas, 1995, Nr. 44-1073).

Kitų šalių patirtis

Nuo 2012 m. Škotijoje nustatyta minimali alkoholio litro kaina, mažinant pigių ir stiprių alkoholinių gėrimų daromą žalą.

Aukštos alkoholinių gėrimų kainos nustatytos Norvegijoje, Švedijoje ir Islandijoje.

**4 REKOMENDACIJA. Vairavimo išgėrus kontrolės stiprinimas.****Tikslinė grupė: vairuotojai.****SIŪLOMI ŽINGSNIAI**

1. Veiksmingiausia priemonė mažinant traumų ir mirčių skaičių dėl vairavimo išgėrus – sumažinti leidžiamąjį alkoholio kiekį kraujyje.
2. Šią priemonę sustiprinti diegiant blaivumo tikrinimo punktus, dažnai vykdyti atsitiktinius vairuotojų išskvepiamo oro testavimus.
3. Griežtinti bausmes (pvz., vairuotojo pažymėjimo atėmimas, piniginė bauda).
4. Vykdyti privalomą vairuotojų švietimą, konsultavimą ir, jei reikia, gydymą.
5. Didinti viešojo transporto prieinamumą arti barų, kavinių ir klubų, skatinti juo naudotis.
6. Vykdyti kruopščiai suplanuotas, intensyvias žiniasklaidos kampanijas, nukreiptas į specifines situacijas (pvz., atostogų sezoną) ar konkrečią auditoriją (pvz., jaunimą).
7. Šių priemonių taikymą sieti su avaringumo ir traumatizmo rodikliais bei avarijų, įvykusių dėl neblaivių vairuotojų kaltės, statistikos duomenimis vietos lygmeniu.

GEROSIOS PRAKTIKOS PAVYZDŽIAI**Lietuva****Teisinis reglamentavimas**

Didžiausia leidžiamoji etilo alkoholio koncentracija vairuojant yra 0,4 promilės. Nulinė tolerancija (0 promilių) taikoma šių kategorijų vairuotojams: pradedantieji vairuotojai, taksi automobilių, mopėdų, motociklų, triračių, lengvųjų keturračių, keturračių, galingųjų keturračių, transporto priemonių, kurių didžiausioji leidžiamoji masė didesnė kaip 3,5 t arba kurios turi daugiau kaip 9 sėdimąsias vietas, arba kuriomis vežami pavojingieji kroviniai (Lietuvos Respublikos

saugaus eismo automobilių keliais įstatymas, 2000, Nr. 92-2883).

Praktika

Atsitiktinė vairuotojų patikra alkoholio matuokliais.

Kitų šalių patirtis

Aukštas atsitiktinio tikrinimo alkotesteriu lygis (Suomija, Švedija). Čekijoje, Vengrijoje, Rumunijoje ir Slovakijoje alkoholio koncentracija vairuojant yra 0 promilių (visiems vairuotojams), Vokietijoje ir Slovėnijoje – tam tikroms vairuotojų grupėms.

Estijoje, Lenkijoje ir Švedijoje visiems vairuotojams nustatytas 0,20 promilių riba.



5 REKOMENDACIJA. Monitoringo ir priežiūros gerinimas.



Tikslinė grupė: politikai, sveikatos profesionalai.

SIŪLOMI ŽINGSNIAI

1. Rinkti ir pateikti visus turimus duomenis apie alkoholinių gėrimų vartojimą vienoje ataskaitoje, įtraukiant jų suvartojimo žalą, socialines išlaidas ir politinį atsaką.
2. Sukurti ir palaikyti tarptautiniu lygmeniu priimtų rodiklių duomenų bazę šalies lygmeniu.
3. Sukurti politinių priemonių, intervencijų ir programų, skirtų žalingam alkoholinių gėrimų vartojimui mažinti, poveikio vertinimo mechanizmus.
4. Siekiant užtikrinti veiksmingą stebėsenos veiklą, vykdyti periodines nacionalines apklausas apie alkoholio vartojimą.
5. Vykdyti nuolatinę informacijos sklaidą ir keistis informacija.

GEROSIOS PRAKTIKOS PAVYZDŽIAI



Lietuva

Teisinis reglamentavimas

Lietuvos Respublikos Vyriausybės nustatyta tvarka, suderinta su Nacionaline sveikatos taryba, Lietuvoje atliekama alkoholio vartojimo, jo daromos ekonominės žalos sveikatai ir ūkiui stebėseną (monitoringą).

Alkoholio vartojimo, jo daromos ekonominės žalos sveikatai ir ūkiui atrankinių statistinių tyrimų organizavimo teisinius pagrindus nustato Lietuvos Respublikos statistikos įstatymas (Lietuvos Respublikos alkoholio kontrolės įstatymas, 1995, Nr. 44-1073).



6 REKOMENDACIJA. Neigiamo alkoholio vartojimo ir apsinuodijimo alkoholiu pasekmių mažinimas.



Tikslinė grupė: politikai, sveikatos priežiūros profesionalai.

SIŪLOMI ŽINGSNIAI

1. Siekiant mažinti smurto ir destruktivaus elgesio pasekmes reguliuoti alkoholinių gėrimų pardavimą plastikinėmis ir užgrūdintojo stiklo talpomis, ypač didelio masto viešuose renginiuose.
2. Teikti reikalingą pagalbą ir paramą alkoholiu apsinuodijusiems asmenims.
3. Mokyti personalą, dirbantį tam tikruose sektoriuose, kaip vykdyti alkoholio vartojimo prevenciją, identifikuoti ir suvaldyti apsvaigusį ir agresyvų asmenį.
4. Mažinti alkoholio koncentraciją alkoholiniuose gėrimuose.
5. Teikti informaciją, ženklinant alkoholinius gėrimus apie jo daromą žalą.
6. Griežtinti teisinę atsakomybę dėl apsinuodijimo alkoholiu.

Mažinant sveikatos netolygumus ir siekiant suteikti pagalbą visiems alkoholiu apsinuodijusiems asmenims, didinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą kaimo gyventojams ir socialiai pažeidžiamoms grupėms.

GEROSIOS PRAKTIKOS PAVYZDŽIAI



Lietuva

Teisinis reglamentavimas

Nuo 2016 m. lapkričio 1 d. kiekvienas supakuotas parduoti skirtas alkoholinio gėrimo vienetas turi būti paženklintas įspėjamaisiais grafiniais ženklais apie alkoholio žalą neščioms moterims Lietuvos Respublikos Vyriausybės įgaliotos institucijos nustatyta tvarka (Lietuvos Respublikos alkoholio kontrolės įstatymo Nr. I-857 9 straipsnio pakeitimo įstatymas Nr. XII-2012, TAR, Nr. 18576).

Narkologinė priežiūra atliekama Lietuvos Respublikos narkologinės priežiūros įstatymo, kitų įstatymų ir teisės aktų nustatyta tvarka. Asmenys, apsinuodiję alkoholiu, gali būti įstatymų ir kitų teisės aktų nustatyta tvarka detoksikuojami asmens sveikatos priežiūros įstaigose (Lietuvos Respublikos alkoholio kontrolės įstatymas, 1995, Nr. 44-1073).



Prancūzija

Prancūzijoje nuo 2005 m. privalomas alkoholinių gėrimų pakuočių žymėjimas specialiais ženklais ir pranešimais, skatinančiais susilaikymą nuo alkoholio vartojimo neštumo metu.

SAVIVALDYBĖS LYGMUO



7 REKOMENDACIJA. Licencijavimo griežtinimas.

Tikslinė grupė: įmonės, prekiaujančios alkoholiniais gėrimais ir licencijas teikiančios įstaigos.

Vietos valdžios institucijoms (savivaldybėms), turinčioms teisę neišduoti licencijos verstis mažmenine prekyba alkoholiniais gėrimais, rekomenduojama:

- Peržiūrint ir plėtojant alkoholinių gėrimų licencijavimo politiką, naudoti nusikalstamumo ir traumų, susijusių su jo vartojimu, duomenis.
- Jei tam tikroje savivaldybėje visos įmonės, prekiaujančios alkoholiniais gėrimais, turi licencijas, taikyti papildomus apribojimus, įvedant ribotą licencijų prekiauti alkoholiniais gėrimais skaičių tam tikroje teritorijoje.
- Įteisinti ir reguliariai taikyti slapto pirkėjo metodą siekiant, kad alkoholiniai gėrimai nebūtų parduodami nepilnamečiams ar apsvaigusiems asmenims.
- Užtikrinti, kad įmonėms, pažeidusioms alkoholio kontrolės įstatymus (parduodančioms alkoholį nepilnamečiams ar apsvaigusiems asmenims) būtų visapusiškai taikomos atitinkamos sankcijos – baudos ar licencijos prekiauti alkoholiu atėmimas. Griežtinti licencijų prekiauti alkoholiniais gėrimais išdavimą kaimo vietovėse, atsižvelgiant į tai, kad kaimo gyventojams, priskirtiniams žemo socioekonominio statuso žmonių grupei, alkoholio sukeliama žala yra didžiausia.

GEROSIOS PRAKTIKOS PAVYZDŽIAI



Lietuva

Teisinis reglamentavimas

Savivaldybių tarybos turi teises riboti laiką, kuriuo leidžiama prekiauti alkoholiniais gėrimais, neišduoti licencijos verstis mažmeine prekyba alkoholiniais gėrimais ir riboti ar uždrausti prekybą alkoholiniais gėrimais švenčių, masinių renginių, parodų, koncertų, teatro spektaklių, cirko ir kitų renginių metu (Lietuvos Respublikos alkoholio kontrolės įstatymas, 1995, Nr. 44-1073).

Kitų šalių patirtis

Lenkijoje vietos savivaldos tarybos turi teisę riboti alkoholinių gėrimų parduotuvių skaičių ir jų darbo laiką, alkoholinių gėrimų pardavimo vietas (pvz., drausti pardavimą šalia mokyklų, bažnyčių, sporto klubų, autobusų / geležinkelio stočių), drausti gerti viešose vietose.

 8 REKOMENDACIJA. Atrankinės patikros ir trumpųjų konsultacijų taikymas.

 **Tikslinė grupė: sveikatos ir kiti profesionalai, kurie teikia pirminės asmens sveikatos priežiūros ir kitas paslaugas 16 metų ir vyresniems asmenims.**



Vietos valdžios institucijos, bendradarbiaudamos su Sveikatos apsaugos ministerija, turėtų alkoholinių gėrimų vartojimo prevenciją išskirti prioritetine sritimi ir vykdyti atrankinės patikros ir trumposios konsultacijos programas, siekdamos kuo anksčiau identifikuoti rizikingą alkoholio vartojimą:

- Vykdyti atrankinės patikros ir trumposios konsultacijos programas užtikrinti, kad į jas būtų įtraukti tiek rizikingai, tiek žalingai alkoholinius gėrimus vartojantys asmenys, įskaitant ir pažeidžiamas socialines grupes bei 16–17 metų jaunuolius. Be to, užtikrinti, kad atrankinės alkoholio vartojimo rizikos nustatymo patikra būtų vykdoma rutiniškai ir taptų nusistovėjusios darbinės praktikos dalimi.
- Daugiau dėmesio skirti nėščioms ir vaisingo amžiaus moterims. Bet koks alkoholio vartojimas nėštumo metu draudžiamas, todėl nustatčius, kad alkoholį vartoja nėščioji, turėtų būti teikiama konsultacija.

Atrankinę patikrą vykdyti kitos registracijos pas šeimos gydytoją metu, taikant AUDIT testą. Įtariant priklausomybę, šeimos gydytojas turi būti supažindintas su visa pagalbos sistema, kur tokį pacientą nukreipti specializuotos pagalbos.

- Nenaudoti biocheminių tyrimų (alkoholio koncentracijos kraujyje nustatymo) kaip rutininių tyrimų atrankinei patikrai.
- Atrankinę patikrą ir trumpąją konsultaciją turėtų atlikti apmokyti sveikatos priežiūros ir kiti specialistai, turintys:
 - trumpą paslaugos teikimo vadovą;
 - validuotą atrankinės patikros klausimyną;
 - vizualiai pateiktus alkoholio vartojimo rizikos lygius;
 - praktinius patarimus, kaip sumažinti alkoholinių gėrimų vartojimo lygį;
 - pagalbos sau lankstinukus.
- Išplėstines trumpąsias konsultacijas suaugusiems, kuriems nepadėjo struktūruoto trumpo patarimo konsultacija, galėtų atlikti

sveikatos profesionalai iš viešojo ar privataus sektorių, psichologai, savanoriai, apmokyti teikti tokias paslaugas. Konsultacijos turėtų būti motyvacinio interviu pobūdžio. Sesijos trukmė – 20–30 min., siekiant padėti žmonėms sumažinti vartojamo alkoholio kiekį iki žemiausio lygio, sumažinti rizikingą elgesį, formuojamą alkoholio vartojimo ar abstinencijos.

Lietuvoje minimalios intervencijos principai asmens sveikatos priežiūros įstaigose nėra taikomi (išskyrus bandomuosius tyrimus), todėl siūlytina:

- Svarstyti galimybę trumpąsias intervencijas teikti užsiregistravus į konsultaciją pas šeimos gydytoją, profilaktinių sveikatos patikrinimų metu ar vykdamat prevencines programas (pavyzdžiui, širdies ir kraujagyslių ligų prevencinė programa). Ypatingą dėmesį skirti 25–54 metų amžiaus darbingo amžiaus vyrams, turintiems didžiausią alkoholio vartojimo riziką.
- Svarstyti galimybę minimalias intervencijas diegti kaip skatinamąsias paslaugas.
- Parengti įrodymais pagrįstas rekomendacijas, kaip vykdyti atrankines patikras ir teikti trumpąsias konsultacijas.
- Į intervencijos teikimą įtraukti įvairių sričių specialistus: visuomenės sveikatos specialistus, socialinius darbuotojus, psichologus ir kt.
- Mokyti specialistus (gydytojus, slaugytojus, socialinius darbuotojus ir psichologus), kaip vertinti alkoholio vartojimo įpročius ir teikti trumpąsias konsultacijas.
- Užtikrinti bendradarbiavimą tarp psichikos sveikatos centrų, priklausomybės ligų centrų ir kitų institucijų specialistų, nukreipiant ir suteikiant pagalbą priklausomiems nuo alkoholio asmenims.
- Vykdyti trumpųjų intervencijų viešinimą.

GEROSIOS PRAKTIKOS PAVYZDŽIAI

Kitų šalių patirtis

Europoje šešios šalys arba šalių regionai (Suomija, Švedija, Škotija, Anglija, Italija ir Katalonija) yra įdiegę į rutininę praktiką alkoholio vartojimo įpročių patikrą ir pagalbos programą nacionaliniu lygmeniu. Šiose šalyse vykdytos sveikatos priežiūros reformos leido šią programą įdiegti pirminiu sveikatos priežiūros lygmeniu. Tai buvo padaryta šalių vyriausybėms patvirtinus nacionalines rekomendacijas / gaires ir skyrus finansavimą.

Alkoholio vartojimo įpročių patikra ir pagalbos programa nėra įdiegta visose Europos šalyse dėl įvairių kliūčių: specialistų laiko stokos ir žinių trūkumo, vyraujančių alkoholio vartojimo nuostatų, sveikatos sistemos orientavimosi į ligų gydymą.

Mokslu pagrįsti įrodymai

Trumpos intervencijos pirminėje sveikatos priežiūros grandyje. Jos apima iki keturių sesijų, kurių metu teikiama informacija ir patarimai, siekiant sumažinti vartojamo alkoholio kiekį. Šios intervencijos yra ekonomiškai efektyvios (Kaner et al., 2007).

Motyvacinis interviu (trumpa intervencija) – į klientą orientuotas metodas, siekiant stiprinti vidinę jo motyvaciją keistis (pvz., mesti ar mažinti vartojamo alkoholio kiekį). Klientas ir konsultantas susitinka 1–4 kartus po 1 val. ir diskutuoja apie pasekmes pakeitus elgseną (tačiau nesiekama įtikinti keisti elgesį) (Smedslund et al., 2011).



9 REKOMENDACIJA. Intervencijų mokiniams ir jų aplinkai (šeimai, bendruomenei) taikymas.



Tikslinė grupė: mokiniai, šeima, bendruomenė.

Rekomendacija skirta mokyklų administracijai, mokytojams, visuomenės sveikatos specialistams, socialiniams darbuotojams ir psichologams, dirbantiems mokykloje, taip pat švietimo ministerijai, kurie turėtų:

- Mokyti apie alkoholio daromą žalą, įtraukiant mokymą į švietimo ir sveikatos mokymo programas. Mokymo programos turėtų didinti supratimą apie alkoholio daromą žalą – fizinę, psichinę ir socialinę, sudaryti sąlygas formuoti teisingam požiūriui ir suvokimui apie alkoholio vartojimą.
- Užtikrinti, kad švietimas apie alkoholį, jo žalą būtų pritaikytas skirtingoms amžiaus grupėms, atsižvelgiant į mokymosi gebėjimus ir poreikius, priklausančius nuo amžiaus (pvz., grindžiamas individualiais, socialiniais ir aplinkos veiksniais).

- Įgyvendinti prevencines programas ir intervencijas mokyklose, įtraukiant į jas šeimas.
- Konsultuoti šeimas (tėvus, globėjus ir vaikus), kaip sumažinti alkoholinių gėrimų vartojimą, ir įtraukti juos į įvairias susijusias veiklas. Pirmiausia orientuotis į pažeidžiamas ir rizikos grupes (mažas pajamas gaunančias, girtaujančias, nepilnas, daugiavaikes šeimas, taip pat į nepilnamečius, nelankančius pamokų bei linkusius į nusikaltimus).
- Įtraukti mokyklos bendruomenes (personalą, tėvus, mokinius) į sveikatai palankios aplinkos mokykloje kūrimą.
- Skatinti blaivaus jaunimo laisvalaikio organizavimą įtraukiant tėvus, bendruomenę ir suinteresuotas grupes.
- Mokyklose besimokantiems vaikams ir paaugliams, kurie, tikėtina, vartoja alkoholį, vykdyti trumpas intervencijas, teikti asmeninius patarimus dėl alkoholio vartojimo daromos žalos sveikatai, rizikos sumažinimo bei suteikti informaciją, kur galima ieškoti pagalbos. Jei reikalinga daugiau nei viena konsultacija, nukreipti į sveikatos priežiūros įstaigą.
- Svarbu pabrėžti, kad švietimo intervencijos alkoholio vartojimui mažinti moksliniu požiūriu laikomos brangiomis ir mažai veiksmingomis, į kurias tikslingiau žiūrėti kaip į papildomas informacijos sklaidos priemones šalia kitų kompleksinių alkoholio vartojimo mažinimo priemonių. Siauros apimties švietimo alkoholio vartojimo mažinimo programos, orientuojamos tik į mokinius, rezultatų neduoda. Diegiant švietimo intervencijas mokyklos bendruomenėje, turi būti neapsiribojama švietimu pačioje mokykloje, o taikomos kompleksinės programos įtraukiant mokinius, mokyklos personalą, vietos bendruomenę ir mokinių tėvus.

GEROSIOS PRAKTIKOS PAVYZDŽIAI



Lietuva

Teisinis reglamentavimas

Švietimo ir mokslo ministerija privalo parengti sveikatos ugdymo visose bendrojo lavinimo mokyklose bei kitose švietimo įstaigose programas ir įtraukti sveikatos ugdymo klausimus į naujai leidžiamus vadovėlius. Visos švietimo įstaigos, suderinusios su Sveikatos apsaugos ministerija, privalo į ugdymo programas įtraukti informaciją apie alkoholinius gėrimus, jų daromą žalą sveikatai ir ūkiui, taip pat sveikatai palankios aplinkos, užkertančios kelią alkoholio vartojimo daromai žalai, kūrimą bei sveikos gyvensenos puoselėjimą (LR alkoholio kontrolės įstatymas, 1995, Nr. 44-1073).

Sveikatos ugdymo bendroji programa: sveikatos ugdymas integruojamas į visus mokomuosius dalykus (ypač kūno kultūros, etikos, psichologijos, biologijos, technologijų dalykus) ir neformalųjį švietimą (LR švietimo ir mokslo ministro 2012 m. rugpjūčio 31 d. įsakymas Nr. V-1290).

Mokslu pagrįsti įrodymai

Universalios mokinių (iki 18 metų) alkoholio vartojimą mažinančios prevencinės programos, kuriose integruojamos mokykloje, šeimose ar bendruomenėje taikomos psichosocialinės ar švietimo intervencijos. Psichosocialinėmis intervencijomis siekiama stiprinti mokinių psichologinius ir socialinius įgūdžius (pvz., atsparumą bendraamžių įtakai), o švietimo intervencijomis – kel-

ti susirūpinimą apie alkoholio vartojimo žalą. Šias programas orientuoti į rizikingą elgseną (alkoholis, rūkymas, antisocialus elgesys ir kt.) (Foxcroft, Tsertsvadze, 2011).

Universalios į šeimą orientuotos prevencinės programos, mažinančias vaikų (iki 18 metų) piktnaudžiavimą alkoholiu. Į šeimą orientuotos psichosocialinės ar švietimo programos gerina tėvystės įgūdžius (pvz., parama tėvams, aiškių taisyklių įvedimas šeimoje, auklėjimo stiliai, atsparumo draugų įtakai stiprinimas, tėvų susirūpinimo didinimas ir kt.). Šias programas tikslinga įgyvendinti ne tik mažinant vartojamo alkoholio kikeį, bet ir kitą rizikingą elgseną (narkotikai, rūkymas, antisocialus elgesys) (Foxcroft, Tsertsvadze, 2011).

Kitų šalių patirtis

Bendruomenės centrai Vokietijoje, Didžiojoje Britanijoje, Prancūzijoje, Austrijoje, kuriuose, be kultūrinių ir socialinių funkcijų, vykdomas bendruomenės švietimas ir teikiamos įvairios konsultacijos.

PASAULIO SVEIKATOS ORGANIZACIJOS REKOMENDACIJOS

Įrodymais grįstos priemonės

- Didinti akcizą alkoholiniams gėrimams. Jį didinant įvertinti gyventojų pajamų pokyčius ir kitų prekių kainas.
- Sukurti valstybinį alkoholinių gėrimų prekybos monopolį.
- Reguluoti alkoholinių gėrimų prekybos vietų tankį.
- Riboti alkoholinių gėrimų pardavimo dienas ir laiką.
- Mažinti leidžiamąją alkoholio koncentraciją kraulyje vairuotojams.
- Vykdyti atsitiktinę vairuotojų patikrą alkoholio matuokliais.
- Taikyti trumpos intervencijos (patariamojo pobūdžio).
- Gydyti asmenis, sergančius priklausomybe nuo alkoholio (WHO, 2009).

Ekonomiškai efektyvios priemonės (duoda didžiausią grąžą visuomenės sveikatai už mažiausias investicijas)

- Kainų ir akcizo didinimas.
- Alkoholio prieinamumo mažinimas.
- Kainų ir akcizo didinimas.
- Alkoholio prieinamumo mažinimas.
- Alkoholio reklamos draudimas (WHO WEF, 2012).

6 lentelė. Rekomendacijų įgyvendinimo vertinimo rodikliai

Rodikliai ir matavimo vienetai	Už rodiklio pasiekimą atsakinga institucija (duomenų šaltinis)
Nacionalinis lygmuo	
Absoliutaus (100 procentų) legalaus alkoholio metinis suvartojimas, tenkantis vienam gyventojui, litrais	Lietuvos Respublikos statistikos departamentas
Vidutinio mėnesinio neto darbo užmokesčio alkoholiniams gėrimams perkamoji galia	Lietuvos Respublikos statistikos departamentas
Pirmą kartą dėl alkoholinės psichozės registruotų asmenų skaičius, tenkantis 100 tūkst. gyventojų	Valstybinis psichikos sveikatos centras
Mirusių nuo su alkoholio vartojimu susijusių ligų asmenų skaičius, tenkantis 100 tūkst. gyventojų	Higienos instituto sveikatos informacijos centras
15–64 metų amžiaus Lietuvos gyventojų, nurodžiusių, kad vartojo alų arba kitus alkoholinius gėrimus per pastutines 30 dienų, dalis (proc.)	Narkotikų, tabalo ir alkoholio kontrolės departamentas
Bent kartą per savaitę alkoholinius gėrimus vartojančių 11–15 metų amžiaus paauglių dalis, proc.	Lietuvos sveikatos mokslų universitetas

6 lentelės tęsinys

Rodikliai ir matavimo vienetai	Už rodiklio pasiekimą atsakinga institucija (duomenų šaltinis)
Nacionalinis lygmuo	
Dėl neblaivių asmenų kaltės kilusių eismo įvykių dalis, proc.	Lietuvos kelių policijos tarnyba
Transporto priemonių, sustabdytų atsitiktinei patikrai procentas (proc.) nuo visų transporto priemonių*	Lietuvos kelių policijos tarnyba
Vairavimo išgėrus per atsitiktinę iškvepiamo oro mėginio patikrą skaičius* (vnt.)	Lietuvos kelių policijos tarnyba
Savivaldybės lygmuo	
Taikytų intervencijų (universalios programos, motyvacinis interviu ir kt.) mokyklose skaičius* (vnt.)	Visuomenės sveikatos biuras
Taikytų intervencijų (motyvacinis interviu ir kt.) suaugusiesiems skaičius* (vnt.)	Visuomenės sveikatos biuras

6 lentelės tęsinys

Rodikliai ir matavimo vienetai	Už rodiklio pasiekimą atsakinga institucija (duomenų šaltinis)
Savivaldybės lygmuo	
Konsultavimo paslaugų vaikams, gyvenantiems girtaujančių tėvų šeimose, ir jų tėvams skaičius* (vnt.)	Visuomenės sveikatos biuras
Konsultavimo paslaugų nėščioms moterims, turinčioms alkoholio problemų skaičius* (vnt.)	Visuomenės sveikatos biuras
Apribojimų prekyba alkoholiniais gėrimais švenčių, masinių renginių, parodų, koncertų, teatro spektaklių, cirko ir kitų renginių metu skaičius*	Savivaldybių taryba

*Siūlomi rodikliai (analizuojamu laikotarpiu institucijos rodiklių nerenka)

2.4. TABAKO VARTOJIMAS

PAGRINDINIAI EPIDEMIOLOGINIAI FAKTAI



Didžiausi rūkymo netolygumai pastebimi tarp vyrų ir moterų. Rūkymo paplitimo mastas tarp vyrų yra beveik **3 kartus** didesnis nei tarp moterų.



Aukštesnį išsilavinimą turinčios moterys ir vyrai rūko rečiau nei turintys žemesnį išsilavinimą. Tiek vyrų, tiek moterų grupėse pasyvus rūkymas labiau paplitęs žemesnio išsilavinimo grupėse.



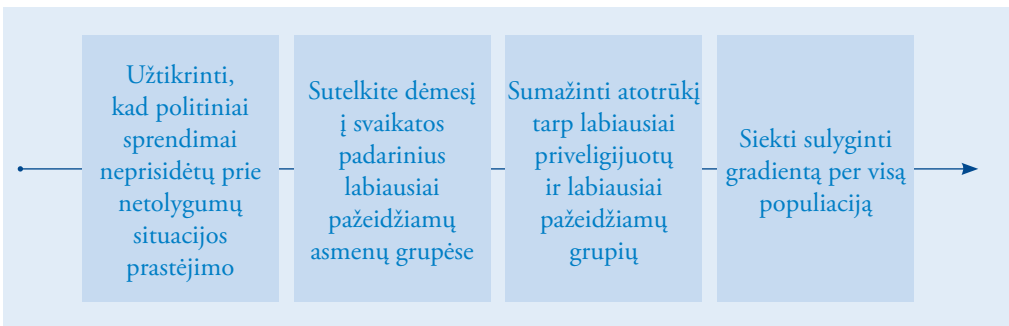
Jauniausi rūkoriai, kuriems patarimas mesti rūkyti galėtų duoti didžiausią sveikatos išsaugojimo efektą, **patarimą mesti rūkyti iš gydytojo gauna rečiausiai.**



Vaikų grupėje rūkymas, kaip ir suaugusiųjų grupėje, yra labiau paplitęs tarp berniukų.

REKOMENDACIJOS

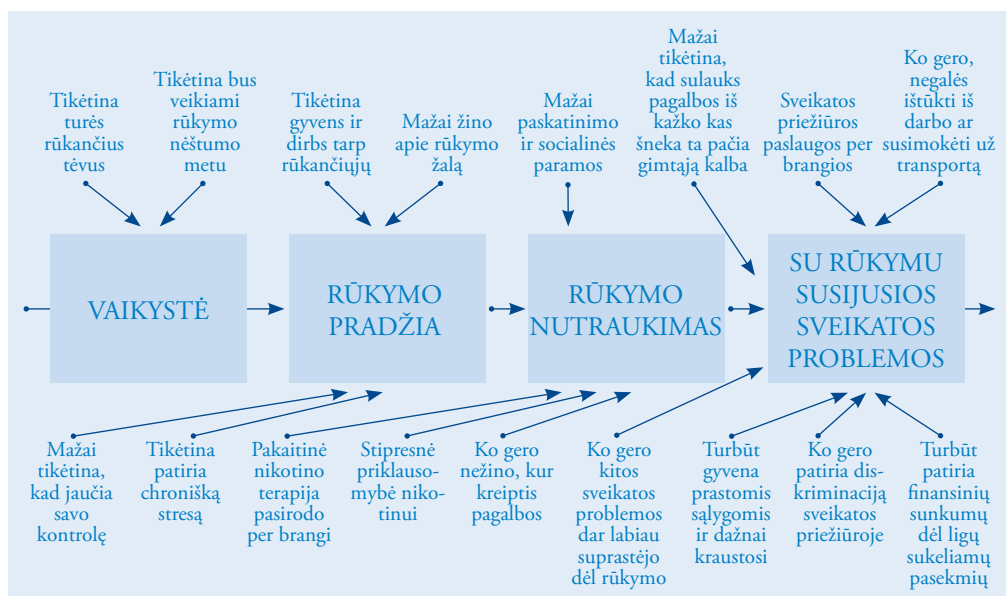
Paties rūkymo paplitimo mažinimas jau yra reikšmingas veiksnys, mažinantis sveikatos netolygumus populiacijoje. Tačiau reikėtų nepamiršti, kad tam tikros rūkymo mažinimo priemonės tam tikra prasme gali būti susijusios su rūkymo netolygumų didėjimu populiacijoje. Kaip pavyzdį galima pateikti visuomenės informavimą apie rūkymo keliamą žalą. Netinkamai parinkti informavimo būdai gali sukelti tokią situaciją, kai sveikatos raštingumas didės toje srityje, kur jis ir taip yra didesnis, o rūkymo paplitimas yra mažesnis, t. y. labiau išsilavinusių ir savo sveikata besirūpinančių asmenų grupėje. Todėl, planuojant su rūkymo mažinimu susijusias priemones, reikėtų atsižvelgti į pagrindinius principus, kurie leistų išvengti netolygumų didėjimo (žr. 1 pav.) (Loring, 2014).



1 pav. Nuosekli netolygumų mažinimo schema (Loring, 2014)

Planuojant skirtingas intervencijas, reikėtų atsižvelgti ir į kitus, ne tik sveikatos, aspektus. Siekiant mažinti su rūkymu susijusius netolygumus, labai svarbūs socialiniai ir ekonominiai apsektai. Planuojant intervencijas rūkymo prevencijos srityje, svarbu prisiminti, kad rūkymas kaip reiškinys ar įprotis gyvenime nelieka statiškas, ir priežastys, tiek lemiančios sprendimą pradėti rūkyti, tiek skatinančios mesti rūkyti, nuolat keičiasi. Nuo to, kokiame amžiuje pradedama rūkyti, nuo to, ar rūko tėvai, ir nuo daugelio kitų aplinkybių priklauso priklausomybės nuo tabako stipru-

mas, motyvacija mesti rūkyti ir kt. (žr. 2 pav.) (Loring, 2014).



2 pav. Kaip išsidėsto rūkymo netolygumai gyvenime (Loring, 2014)

Pasaulio sveikatos organizacijos iniciatyva Jungtinių Tautų lygmeniu priimta Tabako kontrolės pagrindų konvencija (PSO TKPK) sukūrė itin veiksmingą teisiškai įpareigojantį pagrindą šalyse, kurios ratifikavo konvenciją, diegti mokslu pagrįstas tabako kontrolės politikos priemones. Lietuva šią konvenciją ratifikavo 2004 m. ir mūsų šalies nacionalinio ir regioninio lygio politikai gali ir turi vadovautis šio dokumento nuostatomis bei įpareigojimais. Kad šalims būtų lengviau įgyvendinti PSO TKPK nuostatas, Pasaulio sveikatos organizacija pateikia tabako kontrolei skirtą rekomendacijų sąvadą MPOWER, kuriame išskirti pagrindiniai ir veiksmingiausi tabako kontrolės principai: tabako vartojimo ir vykdomos politikos stebėseną, žmonių apsauga nuo pasyvaus rūkymo, pagalba norintiems mesti rūkyti, informavimas apie rūkymo keliamus pavojus sveikatai, tabako reklamos ir rėmimo draudimas, tabako kainos didinimas mokesčių pagalba (7 lentelė) (Loring, 2014).

7 lentelė. Tabako kontrolės politikos poveikis netolygumams bei efektyvesnio įgyvendinimo veiksmams

Tabako kontrolės politika	Poveikis netolygumams	Kaip veikti veiksmingiau
Tabako vartojimo ir politikos stebėjimas	Statistika rodo, kad bendras vartojamo tabako kiekis mažėja, tačiau netolygumai didėja. Tabako kontrolės politikos poveikis atskiriems pogrupiams dažnai nėra įvertinamas.	Įvertinti politikos poveikį skirtingoms socioekonominėms grupėms. Įtraukti socioekonominio statuso matavimus į visus tabako paplitimo tyrimus.
Tabako kainų didinimas apmokestinant	Didesnis poveikis rūkymo nutraukimui ir sumažėjusiam įsitraukimui į rūkymą tarp nepasiturinčių bei jaunų asmenų.	Be kainų didinimo, reikia užtikrinti, kad žemas pajamas gaunančioms grupėms būtų prieinamos pakaitinė nikotino terapija bei pagalba metantiems rūkyti.
Atsiradusios vietos, kuriose draudžiama rūkyti	Aukštesnio socioekonominio statuto grupėse pastebimas didesnis draudimų darbo vietoje laikymasis.	Užtikrinti įgyvendinimą mažesnių pajamų darbo vietose. Vykdyti kampanijas, skatinančias palaikyti rūkymo draudimus mažiau galimybių turinčiose grupėse.

7 lentelės tęsinys

Tabako kontrolės politika	Poveikis netolygumams	Kaip veikti veiksmingiau
Žiniasklaidoje pateikiami įspėjimai apie tabako sukeltą žalą	Didesnis poveikis pastebimas aukštesnio socioekonominio statuso grupėse.	Mažiau tikėtina, kad netolygumai didės, jeigu kampanijos: pasitelks TV, o ne spaudą; vyks intensyviu mastu; naudos žinutes, orientuotas į mažiau galimybių turinčias grupes; naudos emocionalias asmenišką istorijas.
Tabako pardavimo draudimas nepilnamečiams	Didesnis poveikis pastebimas tarp merginų. Nepakanka įrodymų, kad būtų įvertinta socioekonominio statuso reikšmė.	Griežtai laikytis įstatymų, ypač skurdesniuose rajonuose.
Tabako reklamos draudimas	Nėra tinkamų metodų įvertinti, ar yra poveikis. Tačiau yra įrodymų, jog tabako pramonė stengiasi pasiekti pažeidžiamesnes grupes.	Visapusiai ir nepaliekan- tys jokių išlygų tabako reklamos draudimai.

7 lentelės tęsinys

Tabako kontrolės politika	Poveikis netolygumams	Kaip veikti veiksmingiau
Išspėjamosios etiketės ant tabako produktų	Nėra tinkamų metodų įvertinti, ar yra poveikis. Išspėjamosios nuotraukos pasiekia didesnę auditoriją negu tekstiniai įspėjimai (įskaitant ir pažeidžiamas grupes su žemu raštingumo lygiu).	Įtraukti įspėjimus pritaikytus tam tikroms grupėms / tam tikromis kalbomis. Reikalauti didelių įspėjamųjų nuotraukų ant tabako produktų pakuočių.
Paramos teikimas metantiems rūkyti	Kai kurios rūkymo metimo paslaugos nepasiekia labiausiai socialiai nuskriaustų grupių, o tie asmenys, kuriuos paslaugos pasiekia, turi mažesnį metimo rūkyti sėkmės rodiklį.	Panaikinti finansinius barjerus, pakaitinę nikotino terapiją teikti nemokamai arba subsidijuoti. Teikti paslaugas platesniame kontekste, ne tik sveikatos priežiūros įstaigose. Teikti paslaugas, pritaikytas ir specifinių grupių poreikiams (pvz., etninės grupės, kaliniai, besilaukiančios moterys). Organizuoti privalomus mokymus visam pirminės sveikatos priežiūros personalui. Pasitelkti pagalbos metantiems rūkyti metimo telefono liniją bei SMS (tekstines žinutes), norint pasiekti jaunos asmenis ir socialiai nuskriaustas grupes.

NACIONALINIS LYGMUO

1 REKOMENDACIJA. Tabako akcizų didinimas.

Vertinant veiksmingiausias ir mažiausiai valstybei kainuojančias tabako vartojimo mažinimo priemones, išskiriamas tabako apmokestinimas. Tai viena iš pačių ekonomiškai veiksmingiausių priemonių. Ši priemonė ne tik mažina tabako gaminių vartojimo mastą, bet ir didina biudžeto įplaukas. Padidinus mokesčius ir padidėjus įplaukoms į valstybės biudžetą daugiau dėmesio galima skirti tabako kontrolei ir kitoms visuomenės sveikatos iniciatyvoms. Pavyzdžiui, Kosta Rikoje ir Filipinuose didžioji surenkamų mokesčių dalis skiriama sveikatos priežiūros sistemai gerinti – diagnozuoti, gydyti ir tabako vartojimo sukeliams ligoms gydyti (WHO, 2013; Drope et al., 2014).

Skaičiuojama, kad padidinus tabako mokesčius 10 proc., tabako gaminių vartojimo apimtis sumažėja vidutiniškai nuo 2,5 iki 5 proc. (Jha, Chaloupka, 2000). Taigi tabako gaminių kainos padidinimas 10 proc. galėtų Europoje ir Centrinės Azijos šalyse sumažinti mirtis nuo 600 tūkst. iki 1,8 mln. (Ranson et al., 2002). Šalyse, kurios ėmėsi griežtų priemonių tabako vartojimui mažinti ir kuriose vartojimas krito dėl kainos padidinimo, akcizo mokestis tabakui sudaro nuo 65 proc. iki 80 proc. cigarečių kainos (Jha et al., 1999).

Tabako mokesčiai yra veiksmingiausias būdas mažinti tabako vartojimo mastą, ypač tarp jaunų bei nepasiturinčių asmenų, mat tokiu būdu užkertamas kelias iniciatyvai pradėti rūkyti tarp nerūkančių ir mažinantis vartojimą tarp rūkančiųjų (Center for Disease Control and Prevention, 2014). Būtent kainų politika yra intervencija, kuri, kaip įrodyta, labiausiai mažina sveikatos netolygumus (Thomas et al. 2008). Įrodyta, kad kainų didinimui jautresni žemesnės socioekonominės

grupės atstovai (WHO, 2010; IARC, 2011). Taip pat jautriai į tabako gaminių kainos didinimą reaguoja jaunimas, turintis mažiau pajamų ir jautriau reaguojantis į bendraamžių spaudimą. Apskritai mokslo šaltiniai leidžia teigti, kad tabako kainų politika daro reikšmingą įtaką sveikatos netolygumų mažinimui, atsižvelgiant į ekonominę statusą ir išsilavinimą (Hiscock et al., 2012; Hill et al., 2013; Amos et al., 2013). Taip pat yra įrodymų, kad suaugusios moterys jautresnės tabako gaminių kainai nei vyrai (U.S. Department of Health and Human Services, 2001; Townsend et al., 1994).

Labai svarbu, kad, planuojant tabako mokesčių didinimą, būtų atsižvelgta į specifinio ir vertybinio mokesčio dedamąsias dalis. Tai itin svarbu siekiant išvengti kurio nors vieno segmento mažesnio brangimo, kad kainos didėjimas vienodai paliestų, tiek pasiturinčius, tiek nepasiturinčius gyventojus (WHO, 2010). Taip pat rekomenduojama tabako kainas didinti tiek, kad akcizo mokestis sudarytų bent 70 proc. mažmeninio pardavimo kainos (WHO, 2010).

PSO rekomenduoja:

a) didinti akcizą tabako gaminiams taip, kad tai pralengtų gyventojų pajamų augimą ir būtų pasiektas realus įperkamumo mažėjimas. Taip pat mokesčių politiką formuoti taip, kad ji nesudarytų sąlygų pereiti prie kitų tabako vartojimo formų (pvz., suktinių tabako);

b) drausti prekiauti neapmokestinamais ir neapmuitinamais tabako gaminiais ir įvežti šiuos gaminius iš užsienio; tam tikrais atvejais riboti šių gaminių įvežimą ir prekybą (WHO, 2008).

SIŪLOMI ŽINGSNIAI

1. Proporcingai didinti visų tabako gaminių akcizus, kad būtų išvengta perėjimo prie pigesnių produktų grupių (pvz., suktinių tabako).
2. Sistemingo tabako kainų peržiūrėjimo principą įtvirtinti Lietuvos Respublikos tabako kontrolės įstatyme.
3. Naikinti prekybą neapmokestintais tabako gaminiais neapmuitintų prekių parduotuvėse (angl. *duty free*).
4. Planuojant didinti tabako gaminių akcizą visuomet atsižvelgti į tabako kainų elastingumo skaičiavimus.

Nerekomenduotina:

1. Tabako gaminių kainų didinimą planuoti tik kaip biudžeto papildymo, bet ne kaip visuomenės sveikatos priemonę.
2. Ilgi pereinamieji laikotarpiai priemonių įsigaliojimui.
3. Leisti tabako pramonės atstovams dalyvauti sprendimų priėmimo procesuose šiuo klausimu.

VERTINIMO RODIKLIAI:

- Proceso stebėsenos rodikliai: tabako gaminių įperkamumo pokyčiai kiekvienoje produktų grupėje, tabako akcizo surinkimas, tabako gaminių pardavimo pokyčiai.
- Rezultato stebėsenos rodikliai: rūkymo paplitimas įvairiose socialinėse ir amžiaus grupėse.

GEROSIOS PRAKTIKOS PAVYZDŽIAI



Lietuva

Lietuvai tapus ES nare, tabako akcizai buvo didinami vykdant susitarimus dėl minimalaus tabako gaminių apmokestinimo. Akcizų didinimas leido padidinti tabako mokesčių surinkimą daugiau nei tris kartus, tuo pat metu fiksuojant 44 proc. tabako gaminių vartojimo masto mažėjimą (Krasovsky, 2012).



2 REKOMENDACIJA. Tabako gaminių reklamos, pardavimo skatinimo ir rėmimo draudimas.

Reklamos draudimas mažina tabako vartojimą, nes rūkymas tampa ne toks patrauklus. Tabako pramonė naudoja įvairias strategijas reklamuodama ir skatindama rūkymą tarp paauglių ir vaikų, todėl akcentuojama, kad siekiant rezultato turi būti visiškas tabako gaminių reklamos draudimas. Daliniai reklamos ribojimai vertinami kaip neveiksmingi, o visiškas reklamos uždraudimas visuomenėje rūkančiųjų skaičių gali sumažinti daugiau kaip 6 proc. (Gilbert, Cornuz, 2003). Remiantis mokslinėmis studijomis, yra priežastinis ryšys tarp tabako kampanijų pastangų reklamuoti produktus ir jaunimo rūkymo: maždaug vieno trečdalis nepilnamečių eksperimentavimas su tabako gaminiais gali būti siejamas su gaminių reklama (U.S. Department of Health and Human Services, 2012).

Nors tabako gaminių reklamos būdų dėl stiprėjančios tabako kontrolės politikos visame pasaulyje vis mažėja, tabako gamintojai ieško ir aktyviai išnaudoja likusias galimybes pristatyti ir reklamuoti tabako gaminius. Pagrindinės vietos, kuriose iki šiol išlieka tabako gaminių reklama, yra tabako gaminių pakuotės, pačių pakuočių demonstravimas pirkėjams pardavimo vietose ir tabako gaminių reklama televizijos ir kino filmuose ar laidose (WHO, 2015).

Tabako pakuotės išlieka viena pagrindinių tabako reklamos formų. Nors šalyse ant tabako pakuočių draudžiami užrašai „Mažai deru“, „Lengvos“, „Ypač lengvos“, „Švelnios“, rūkaliai ir toliau klaidinami, kad vienas ar kitas tabako gaminyje yra mažiau kenksmingas už kitus, tabako gaminių pakuotėms naudojant pastelines ir tamsias intensyvias spalvas. Siekiant išvengti tokios situacijos, vis daugiau šalių bando įdiegti bendrinę tabako gaminių pakuotę, kuri suvienodina visas pakuotes, neleisdama išskirti jokio prekės ženklo ir pateikia vaizdinius įspėjimus apie rūkymo sukeltą žalą. Kadangi pakuotės formuoja vartotojų elgseną, bendrinė pakuotė sumažina pozityvias

asociacijas ir neleidžia nukreipti tabako gaminius į konkrečių vartotojų grupę, sumažina prekių ženklų patrauklumą bei peršamą tabako gaminių kokybę, sumažina klaidingus įsitikinimus apie rūkymo poveikį sveikatai ir padidina žinias apie rūkymo žalą. Taip užtikrinama, kad vartotojų dėmesys nenukreipiamas ir kad jų netrikdo prieštaringas firmos įvaizdis, kruopščiai kuriamas tabako pramonės, sudarant saugaus ir patrauklaus gaminio išpūdį. Kaip teigiama Sembrooko ataskaitoje, įrodyta, kad pakeliai be spalvų, firmos įvaizdžio ir logotipų yra mažiau patrauklūs ir įdomūs, o tai didina galimybę informuoti vartotoją apie pavojų sveikatai. Tarptautinė finansinių paslaugų įmonė „Citigroup“ taip pat pripažino, kad dėl standartinės pakuotės kyla didžiulė grėsmė pramonei, nes pakuotė yra svarbiausia priemonė tabako bendrovėms komunikuoti su vartotojais ir išskirti savo gaminius iš kitų gaminių (Citygroup, 2010).

PSO rekomenduoja:

- a) visiškai uždrausti tabako reklamą, pardavimo skatinimą ir rėmimą;
- b) drausti visas reklamos, pardavimo skatinimo ir rėmimo formas, kuriomis tabako gaminių pardavimas skatinamas neteislingomis, klaidinančiomis ar apgaulingomis priemonėmis arba priemonėmis, kurios galėtų sudaryti klaidingą išpūdį apie jų savybes, poveikį sveikatai, grėsmę ar išsiskiriančias medžiagas;
- c) reikalauti, kad visais atvejais, reklamuojant tabaką ir kai kuriais atvejais jį remiant ar skatinant didinti pardavimo apimtį, būtų skelbiami specialūs įspėjimai dėl žalos sveikatai ar kiti panašūs pranešimai;
- d) riboti tiesioginį ir netiesioginį visuomenės skatinimą pirkti tabako gaminius;
- e) reikalauti (jei nėra visiškai uždraudusi reklamos, pardavimo skatinimo ir rėmimo) informuoti atitinkamas vyriausybės institucijas apie tabako pramonės išlaidas reklamai, pardavimo apimčiai skatinti ir remti, kas dar nėra uždrausta (WHO, 2008).

SIŪLOMI ŽINGSNIAI

1. Įvesti bendrinę tabako gaminių pakuotę su kuo didesnę pakuotės dalį užimančiais vaizdiniais išspėjimais.
2. Visiškai užkirsti kelią tabako gamintojams skirti rėmimą.
3. Filmus ir laidas, kuriose demonstruojamas rūkymas, žymėti kaip netinkamus vaikams.
4. Drausti tabako gaminių prekybą tiesiogiai prieinamu būdu.

Nerekomenduotina:

1. Bendradarbiauti su tabako pramone kuriant visuomenės informavimo priemones.
2. Ilgi pereinamieji laikotarpiai priemonėms įsigalioti.
3. Leisti tabako pramonės atstovams dalyvauti sprendimų priėmimo procesuose šiuo klausimu.

VERTINIMO RODIKLIAI:

- Proceso stebėsenos rodikliai: tabako reklamos ir rėmimo draudimo pažeidimų skaičius, pažymėtų filmų skaičius.
- Rezultato stebėsenos rodikliai: rūkymo paplitimas vaikų grupėje.

GEROSIOS PRAKTIKOS PAVYZDŽIAI**Australija**

2011 m. Australija įtvirtino bendrines tabako gaminių pakuotes, kurios pirmą kartą pasaulyje eliminavo reklamos galimybes pasitelkiant produkto pakuotę. Visas pakuotės informacijos turinys ir forma nustatytas Australijos atsakingų valstybės institucijų, nepaliekant jokių laisvių gamintojams.

Po įstatymo įsigaliojimo atlikti tyrimai parodė, kad Australijos rūkantieji tokią pakuotę laikė mažiau patrauklia, labiau skatinančia mesti rūkyti ir kt. (Wakefield et al., 2015). Įdiegus šias pakuotes taip pat padaugėjo pagalbos metantiems rūkyti telefono linijos skambučių skaičius (Young et al., 2014) ir visiškai nepakito nelegalios prekybos tabako gaminiais skaičius (Scollo et al., 2015), nors tuo ypač gąsdino tabako pramonė.

Kitų šalių patirtis

2015 m. Airija ir Didžioji Britanija taip pat priėmė sprendimą dėl bendrinės pakuotės. Prie šių šalių 2016 m. prisijungė ir Prancūzija.



3 REKOMENDACIJA. Pagalba metantiems rūkyti.

Pagalba metantiems rūkyti – viena esminių priemonių, kuri leidžia veiksmingai sumažinti žalą šiuo metu jau rūkantiems asmenims. Būtent metimas rūkyti leidžia greitai ir veiksmingai mažinti rizikas, susijusias su širdies ir kraujagyslių sistemos ligomis, kvėpavimo takų sistemos ligomis, onkologiniais susirgimais. Tačiau turint tikslą mažinti su rūkymu susijusius sveikatos netolygumus reikia atsižvelgti į itin skirtingus norinčiųjų mesti rūkyti žmonių poreikius, socialinį ir ekonominį kontekstą. Net ir rūkančio žmogaus amžius gali labai apriboti pagalbos prieinamumą. Pavyzdžiui, nepilnamečiai asmenys be tėvų sutikimo negali kreiptis ir gauti gydymą, o vyresnio amžiaus asmenys nuo tokios pagalbos gali būti atriboti dėl judėjimo problemų ir pan. Daugiau aspektų, į kuriuos reikėtų atsižvelgti, pateikiama 8 lentelėje.

8 lentelė. Su pagalba metantiems rūkyti susiję netolygumai ir galimos intervencijos

Netolygumus skatinantys veiksniai	Galimos intervencijos
Su išlaidomis susijusios kliūtys, trukdančios gauti metimo rūkyti pagalbą ir sveikatos priežiūrą	Pasiūlyti nemokamas arba didele dalimi subsidijuojamas pakaitines nikotino terapijas pažeidžiamoms grupėms. Teikti universalias sveikatinimo paslaugas. Pašalinti finansines kliūtis tiems, kurie negali susimokėti (vartotojo mokesčiai, transporto išlaidos). Įsteigti nemokamas pagalbos metantiems rūkyti linijas.
Nefinansinės kliūtys, trukdančios gauti metimo rūkyti pagalbą	Supaprastinti tinkamumo kriterijus norintiems gauti paramą be dokumentacijos. Pagerinti paslaugų prieinamumą aukštos rizikos grupėms (pagalbą teikiančio personalo apmokymas, įdarbinimo politika, darbo valandos, paslaugų teikimo geografinė vieta). Teikti metimo rūkyti konsultacijas įkalinimo įstaigose.
Nevienodas gydymas pačioje sveikatos priežiūros sistemoje	Suteikti mokymus pirminės sveikatos priežiūros specialistams. Peržvelgti, kaip suteikiamas patarimas mesti rūkyti asmenims, kurie kreipiasi į sveikatos priežiūros specialistus. Stebėti apmokytų specialistų paslaugų teikimo kokybę.

8 lentelės tęsinys

Netolygumus skatinantys veiksniai	Galimos intervencijos
Grupės, pasižyminčios daugiau susijusių ligų <i>Pvz., rūkymas prisideda prie didesnių neigiamų pasekmių esant daugieliui kitų sveikatos būklių (diabetas, nėštumas, chirurginės procedūros, infekcijos, fizinis aktyvumas)</i>	Pagerinti pirminės sveikatos priežiūros prieinamumą sunkiau pasiekiamoms ar didesnius specifinius poreikius turinčioms grupėms. Užtikrinti, kad metimo rūkyti pagalba būtų nuolatos pasiūloma per kiekvieną apsilankymą sveikatos priežiūros įstaigose ar gulint ligoninėje. Taikant intervencijas, atkreipti dėmesį į socialinės atskirties, žemo išsilavinimo lygio, žemų pajamų ir prastų gyvenimo sąlygų priežastis, kurių visos prisideda prie prastesnės bendros pažeidžiamų grupių sveikatos.

Gydytojo patarimas mesti rūkyti ar trumposios intervencijos principų taikymas yra veiksmingos strategijos mažinant rūkančiųjų skaičių. Dėl šių veiksmų rūkančių žmonių skaičius sumažėja 1–3 proc. Jei šalia to taikoma ir nikotino pakeitimo terapija, šansai mesti rūkyti padvigubėja (Gilbert, Cornuz, 2003; Stead et al., 2013). Taip pat mesti rūkyti veiksmingai padeda individualios konsultacijos su šiam darbui apmokytais specialistais ir grupės terapijos užsiėmimai (Lancaster, Stead, 2002; Stead, Lancaster, 2002).

PSO taip pat pabrėžia, kad, siekiant veiksmingai teikti pagalbą nuo nikotino priklausomiems asmenims, būtina padidinti sveikatos profesionalų, administracijos darbuotojų ir sprendimų priėmėjų žinias apie metimo rūkyti naudą ir intervencijų ekonominį veiksmingumą. Be to, siūloma informuoti ir sudaryti galimybes šiems specialistams (ypač šeimos gydytojams ir slaugytojams) jau studijų metu išmokyti taikyti minimalią intervenciją, pasidomint rūkančiojo įpročiu vartoti tabaką, motyvuojant jį mesti, padedant jam tai padaryti ir, jei reikia, nukreipiant pas priklausomybės ligų specialistus (WHO, 2003).

PSO rekomenduoja:

a) įtraukti priklausomybės nuo tabako diagnostavimą ir gydymą bei konsultavimą dėl metimo rūkyti į nacionalines sveikatos apsaugos ir švietimo programas, planus ir strategijas;

b) sveikatos priežiūros ir reabilitacijos įstaigose įdiegti priklausomybės nuo tabako diagnostavimo, konsultavimo, prevencijos ir gydymo programas;

c) dėti pastangas, kad priklausomybės nuo nikotino gydymas, įskaitant farmacijos gaminius, būtų prieinamas ir įperkamas;

d) taikyti minimalias intervencijas ir jei yra galimybės finansiškai skatinti jų vykdymą (WHO, 2008).

SIŪLOMI ŽINGSNIAI

1. Įtraukti minimalių intervencijų taikymo mokymus į medicinos ir kitų su sveikata susijusių studijų programas.
2. Visose pirminės sveikatos priežiūros įstaigose taikyti minimalias intervencijas, siekiant anksti nustatyti rūkymo įpročius ir suteikti kvalifikuotą trumpą patarimą mesti rūkyti.
3. Visuose psichikos sveikatos priežiūros centruose teikti pagalbą priklausomiems nuo tabako ir gydyti priklausomybę.
4. Teikti pagalbą didelės rizikos grupėms – nėščiosioms ir vaikams.
5. Svarstyti galimybę minimalias intervencijas diegti kaip skatinamąsias paslaugas.
6. Didinti medikamentinės pagalbos metantiems rūkyti prieinamumą, svarstant galimybę kompensuoti visus ar dalį priklausomybei nuo tabako skirtų medikamentų.
7. Steigti ir išlaikyti pagalbos metantiems rūkyti teikimo telefonu paslaugas.
8. Apie pagalbą norintiems mesti rūkyti informaciją pateikti ant tabako gaminių pakuočių ir tabako gaminių pardavimo vietoje.
9. Į pagalbą metantiems rūkyti įtraukti daugiau sveikatos specialistų: visuomenės sveikatos specialistus, socialinius darbuotojus ir kt.

Nerekomenduotina:

1. Skatinti mokslu nepagrįstas priklausomybės nuo tabako gydymo priemones.
2. Visus rūkančiuosius nukreipti į psichiatrų konsultaciją, taip apkraunant sveikatos priežiūros sistemos aukštesnias grandis ir galimai didinant pagalbos stigmatizaciją.
3. Leisti tabako pramonės atstovams dalyvauti sprendimų priėmimo procesuose šiuo klausimu.

VERTINIMO RODIKLIAI:

- Proceso stebėsenos rodikliai: pagalbą metantiems rūkyti teikiančių institucijų skaičius, patarimą mesti rūkyti gavusių asmenų procentas, lėšos skiriamos medikamentiniam ir nemedikamentiniam priklausomybės nuo tabako gydymui, kompensuojamų medikamentų skaičius ir jų paskyrimas.
- Rezultato stebėsenos rodikliai: rūkymo paplitimas, metusiųjų rūkyti procentas.

GEROSIOS PRAKTIKOS PAVYZDŽIAI



Jungtinė Karalystė

Jungtinė Karalystė yra ne tik valstybės lygiu patvirtintos mokslu grįstos konsultavimo ir minimalių intervencijų metodikos, bet ir kompensuojami visi priklausomybei nuo tabako gydyti skirti medikamentai.



Taivanas

Taivane veikianti profesionali supervizuojama pagalbos metantiems rūkyti telefono linija kasmet sulaukia apie 60 000 skambučių. Po suteiktos pagalbos ilgalaikio metimo rūkyti veiksmingumas yra apie 14 proc. Tokia linija remiama skiriant šiai priemonei dalį surenkamo tabako akcizo mokesčio.



4 REKOMENDACIJA. Apsauga nuo pasyvaus rūkymo.

Gausu įrodymų, kad pasyvus rūkymas neigiamai veikia tiek suaugusiųjų, tiek vaikų sveikatą. Vaikai yra itin pažeidžiama grupė, nes negali savarankiškai pasirūpinti apsauga nuo pasyvaus rūkymo, o jų pasyvus rūkymas siejamas su blogesne psichologine raida, dažnesnėmis kvėpavimo sistemos uždegiminėmis ligomis ir bronchine astma.

Apsauga nuo pasyvaus rūkymo turėtų apimti visas įmanomas nerūkantių žmonių buvimo vietas ir turėtų būti vadovaujamas pagrindiniu principu, kad joks nerūkantis žmogus neturėtų būti verčiamas kvėpuoti tabako dūmais, nepriklausomai nuo to, ar tai vyksta darbinėje, ar privačioje aplinkoje.

Įrodyta, kad pasyvaus rūkymo mažinimas ir nerūkymo zonų plėtimas gali sumažinti širdies ir kraujagyslių ligų skaičių. Taip pat įrodyta, kad pasyvaus rūkymo prevencija pagerina oro kokybę darbo vietose ir gyvenamosiose patalpose (Hyland et al., 2012).

Siekiant visa apimančios apsaugos nuo tabako dūmų, dėmesį skirti reikėtų ne tik uždarams patalpoms, tokioms kaip darbo vietos, viešojo maitinimo įstaigos, bet ir automobiliai, viešosios vietos lauke, bendrojo naudojimo patalpos. Teisiškai įtvirtinti draudimai rūkyti tam tikrose vietose veiksmingai mažina rūkymą viešose vietose. Pavyzdžiui, įtvirtinus draudimą rūkyti darbo vietose, rūkymas gali sumažėti nuo 4 proc. (Fichtenberg, Glantz, 2002) iki 10 proc. (Yurekli, Zhang, 2000).

PSO rekomenduoja:

a) patvirtinti ir įgyvendinti reikiamas teisinės, vykdomąsias, administracines bei kitokias priemones, numatančias apsaugą nuo privertinio kvėpavimo tabako dūmais patalpose, esančiose darbo vietose, viešajame transporte, viešosiose patalpose ir kitose viešosiose vietose;

b) visiškai uždrausti rūkymą uždaroje patalpose, neįrengiant specialių rūkyti skirtų patalpų, nes tokiu būdu nei rūkantieji, nei nerūkan-

tieji nėra apsaugomi nuo pasyvaus rūkymo (WHO, 2008).

SIŪLOMI ŽINGSNIAI

1. Pasyvaus rūkymo kontrolė vietose, kur rūkymą jau draudžia įstatymai: ugdymo įstaigos ir sveikatos priežiūros įstaigos, darbo vietos, bendrojo naudojimo patalpos ir kt.
2. Draudimo rūkyti bendro naudojimo patalpose įgyvendinimas.
3. Draudimo rūkyti patalpose, kuriose yra nepilnamečių asmenų, įgyvendinimas.
4. Draudimo rūkyti bendrojo naudojimo atviromis erdvėmis (pvz., kavinių terasos) įgyvendinimas.
5. Tinkamai ir nedviprasmiškai informuoti visuomenę apie nerūkymo zonas.

Nerekomenduotina:

1. Verslo susireguliovimo priemonės.
2. Leisti tabako pramonės atstovams dalyvauti sprendimų priėmimo procesuose šiuo klausimu.

VERTINIMO RODIKLIAI:

- Proceso stebėsenos rodikliai: vietų, kuriose draudžiama rūkyti, skaičius, draudimo rūkyti įstatymo nustatytose vietose pažeidimų skaičius.
- Rezultato stebėsenos rodikliai: vaikų ir suaugusiųjų pasyvaus rūkymo paplitimas.

GEROSIOS PRAKTIKOS PAVYZDŽIAI



Lietuva

Iš dalies Lietuva taip pat gali būti įvardijama vienu iš gerosios praktikos pavyzdžių, nes šalyje galioja draudimas rūkyti visoje švietimo, sveikatos priežiūros įstaigose ir šių įstaigų teritorijose, darbo vietose, esančiose uždaroje patalpose, bendrose gyvenamosiose, kitose bendrojo naudojimo patalpose, kuriose nerūkantys asmenys gali būti priversti kvėpuoti tabako dūmais užterštu oru, visų rūšių viešajame transporte, restoranuose, kavinėse, baruose, kitose viešojo maitinimo įstaigose, taip pat automobiliuose, kuriuose keliauja nepilnamečiai asmenys arba besilaukiančios moterys. Taip pat svarstoma galimybė apsaugoti nuo pasyvaus rūkymo daugiabučių namų gyventojus, siūlant drausti rūkyti daugiabučių namų balkonuose, lauko kavinėse. Be abejonės, svarbu, kad įstatymuose deklaruojami draudimai būtų tinkamai įgyvendinami praktikoje.



5 REKOMENDACIJA. Nelegalios tabako gaminių prekybos mažinimas.

Nelegali prekyba tabako gaminiais yra pavojinga dėl kelių priežasčių. Pirmiausia prekyba nelegaliais tabako gaminiais menkina kitas, valstybės taikomas tabako kontrolės priemones ir ypač tabako kainos didinimą. Į šalį nelegaliai patekę ir realizuojami gaminiai būna pigesni, ir tai didina sveikatos netolygumus grupėse, kurios turėtų būti jautriausios tabako kainos didinimui. Kita priežastis, dėl kurios turėtų būti imamasi veiksmingų priemonių mažinant nelegalią veiklą, yra ta, kad nelegali prekyba neleidžia surinkti dalies tabako akcizo ir pridėtinės vertės mokesčio į biudžetą. Be to, nelegalios prekybos veikla užsiiminėjančios nusikalstamos grupuotės kelia grėsmes visuomenei.

Nelegali tabako ir alkoholio prekyba yra kur kas platesnė problema nei tiesiog bendras tabako kainų lygis, todėl nelegalios prekybos tabako gaminiais pokyčius sieti tik su tabako gaminių kainos didėjimu ar mažėjimu nėra prasminga. „Šešėlinė“ šių produktų rinka neišnyksta šalyse, kuriose tabakas pigus, nors taip pat pripažįstama, kad šalyse, kur griežtas reguliavimas ir dideli mokesčiai, nelegalios prekybos apimtis būna didesnė. Nepaisant neigiamų nelegalios prekybos aspektų, šalyse, turinčiose griežtą tabako kontrolės politiką (įskaitant fiskalines priemones), bendras tabako suvartojimo lygis yra mažesnis, ir, svarbiausia, geresni visuomenės sveikatos rodikliai (Liutkutė et al., 2014).

Didesnis šalių dėmesys sienų kontrolei ir kovai su kontrabanda, visuomenės sąmoningumo ugdymas ir švietimas, tarptautiniai ar regioniniai aplinkinių šalių susitarimai suvienodinti šių produktų kainas, tarptautiniai kovos su kontrabanda susitarimai – tai priemonės, kurios taikomos ir turi būti toliau plėtojamos mažinant nelegalią prekybą. Vis dėlto nelegalią prekybą ir gamybą mažinančių priemonių vertinimų ir nešališkų mokslinių tyrimų trūksta. Dažna valstybių problema yra ir patikimų nelegalios prekybos apimtys tyrimų trūkumas. Sudėtinga nelegalios prekybos monitoringas ir tokių tyrimų specifika lemia, kad dažnai valstybės neturi tikslių patikimų duomenų apie nelegalios prekybos apimtį. Tokia situacija dažnai išnaudojama tabako ir alkoholio pramonės lobistinei veiklai, nenatūraliai kuriant įvaizdį, kad nelegali prekyba atsiranda tik dėl tabako kontrolės politikos ir

šių produktų akcizinio apmokestinimo (Bump, Reich, 2013).

PSO rekomenduoja:

a) patvirtinti ir įgyvendinti teisines, vykdomąsias, administracines ir kitokias priemones, užtikrinančias, kad visi tabako gaminių pakeliai ir pakuotės būtų paženklinėti taip, kad būtų galima nustatyti tabako gaminių kilmę ir kad jos, vadovaudamosi nacionaline teise ir atitinkamais dvišaliais bei daugiašaliais susitarimais, galėtų nustatyti, iš kur gaminiai pateko į neteisėtą prekybą, ir stebėti, pagrįsti dokumentais bei kontroliuoti tabako gaminių judėjimą ir teisinį statusą;

b) reikalauti, kad ant tabako gaminių, parduodamų mažmeninėje ir didmeninėje vidaus rinkoje, pakelių ir pakuočių būtų užrašyta: „Parduoti leidžiama tik (nurodomas valstybės pavadinimas, nacionalinis, regioninis ar federacinis vienetas)“ arba būtų kitas ženklavimas, rodantis galutinę gaminio paskirties vietą arba padedantis valdžios institucijoms nustatyti, ar teisėtai juo prekiaujama vidaus rinkoje;

c) sukurti praktinį stebėjimo ir atsekimo režimą, kuri dar labiau apsaugotų platinimo sistemą bei padėtų kovoti su neteisėta prekyba;

d) stebėti ir kaupti duomenis apie tarpvalstybinę tabako gaminių prekybą, taip pat ir neteisėtą, bei, vadovaudamasi nacionaline teise ir atitinkamais dvišaliais ir daugiašaliais susitarimais, užtikrinti, kad muitinės, mokesčių ir kitos institucijos keistųsi informacija;

e) priimti ar griežtinti teisės aktus, taikant atitinkamas nuobaudas ir teisines priemones, skirtas kovai su neteisėta tabako gaminių prekyba, įskaitant suklastotas ir kontrabandines cigaretes;

f) imtis atitinkamų priemonių užtikrinant, kad visa konfiskuota gamybos įranga, suklastotos ir kontrabandinės cigaretės bei kiti tabako gaminiai būtų sunaikinti, kur tai įmanoma, aplinkos apsaugos požiūriu tinkamu būdu arba su jais būtų pasielgta vadovaujantis nacionaline teise;

g) patvirtinti ir įgyvendinti priemones, skirtas tam, kad jos jurisdikcijoje būtų stebimas, dokumentais įforminamas ir kontroliuojamas laikinai neapmokestintų ar neapmuitintų tabako gaminių saugojimas arba platinimas; h) imtis reikiamų priemonių, leidžiančių konfiskuoti įplaukas iš neteisėtos tabako gaminių prekybos (WHO, 2008).

Taip pat rekomenduojama administracinę atsakomybę taikyti ne tik parduodantiems ir platinantiems, bet ir kontrabandines prekes įsigijusiems asmenims.

PRIORITETINĖS PRIEMONĖS

1. Ratifikuoti PSO TKPK protokolą dėl neteisėtos prekybos tabako gaminiais ir jį įgyvendinti.
2. Diegti veiksmingas, nuo tabako gamintojų nepriklausomas, tabako gaminių atsekamumo ir stebėjimo sistemas.
3. Gerinti pasienio kontrolės ir muitinės tarnybų darbą.
4. Didinti gyventojų sąmoningumą atgrasant juos nuo nelegalių tabako produktų įsigijimo.
5. Diegti bendrąsias antikorupcines ir neteisėto praturtėjimo prevencijos priemones, tokias kaip visuotinis pajamų ir turto deklaravimas.
6. Atlikti nepriklausomus nelegalių tabako gaminių vartojimo paplitimo tyrimus.

Nerekomenduotina:

1. Bendradarbiauti su tabako gamintojais diegiant saugumo ir atsekamumo sistemas.
2. Priimti paramą iš tabako gamintojų už darbą, susijusį su nelegalių tabako gaminių kontrole.
3. Vadovautis tabako gamintojų užsakymu atliekamais nelegalių tabako gaminių pakuočių tyrimais.
4. Leisti tabako pramonės atstovams dalyvauti sprendimų priėmimo procesuose šiuo klausimu.

VERTINIMO RODIKLIAI:

- Proceso stebėsenos rodikliai: sulaikytų nelegaliai per sieną gabentų ar falsifikuotų tabako gaminių skaičius.
- Rezultato stebėsenos rodikliai: nelegalių tabako gaminių vartojimo paplitimas.

GEROSIOS PRAKTIKOS PAVYZDŽIAI

Turkija

Turkijoje įdiegus nepriklausomas tabako gaminių žymėjimo sistemas, valstybės tabako mokesčių surinkimas per pirmuosius metus išaugo 31 proc., t. y. atnešė 1,8 mlrd. Amerikos dolerių į valstybės biudžetą



6 REKOMENDACIJA. Visuomenės informavimas apie tabako žalą.

Palyginti nedaug tabako vartotojų iki galo supranta rūkymo keliamą pavojų sveikatai. Apie ją galima informuoti pasitelkiant įvairias socialines kampanijas ir pateikiant informaciją ant tabako pakuočių.

Uždraudus tabako pramonei naudoti pakuotę rinkodaros tikslams, šias pakuotes gali naudoti vyriausybės, siekdamos veiksmingai ir produktyviai informuoti plačiąją visuomenę apie tabako vartojimo pavojų. Įrodyta, kad vienas tinkamiausių būdų didinti suvokimą apie tabako keliamą pavojų – patvirtinti didelius privalomus vaizdinius išpėjimus pakuočių priekinėje ir užpakalinėje pusėse. Jie kur kas labiau patraukia dėmesį ir priverčia labiau susimąstyti nei vien tik tekstiniai išpėjimai (White et al. 2008). Be to, rūkaliai labiau linkę išsiminti didesnius išpėjimus nei mažus. Kanadoje vykdytas tyrimas parodė, kad vaizdiniai išpėjimai daro ypač didelę įtaką jaunimui: daugiau kaip 90 proc. jaunimo sutinka, kad grafiniai išpėjimai suteikė jiems svarbią informaciją apie tabako vartojimo poveikį sveikatai, kad jie yra tikslūs ir mažina rūkymo patrauklumą (Hitchman et al., 2005). Taip pat esama duomenų, kad paveikslėliai abiejose pakuotės pusėse daro didesnę poveikį nei paveikslėlis tik vienoje pusėje. Būtent dėl to labai svarbu, kad dideli vaizdiniai išpėjimai būtų tiek priekinėje, tiek užpakalinėje pakuotės pusėse. Įrodyta, kad didžiausią poveikį vaizdiniai išpėjimai turi tuomet, kai sukelia pasišlykštėjimą, baimę ar liūdesį (Wakefield et al., 2013).

Masinės žiniasklaidos kampanijos gali padėti pasiekti dideles auditorijas per labai trumpą laiką, tačiau tai nėra aukšto veiksmingumo priemonė, be to, ji veikia tik drauge taikant kitas tabako kontrolės politikos priemones. Įrodyta, kad pasitelkus informacines kampanijas galima padidinti žmonių žinias apie rūkymo keliamus pavojus ir pakeisti požiūrį į juos, taip pat pakeisti požiūrį į metimo rūkyti naudą (Flay, 1987). Masinės žiniasklaidos kampanijos, nukreiptos į žemesnės ekonominės klasės rūkalius, gali turėti teigiamą efektą (Hiscock et al., 2012), ypač reklamos televizijoje, pateikiančios tikrų žmonių liudijimus apie rūkymo sukeltą žalą (Hill et al., 2013).

Įrodymai apie mokyklos lygmeniu įgyvendinamas kampanijas yra labai riboti. Didžioji dalis tyrimų neaptinka teigiamo efekto (Lantz et al., 2000), todėl lėšos švietimo programoms turi būti skiriamos tik tuomet, kai šalyje tinkamai įgyvendinamos veiksmingiausios tabako kontrolės politikos priemonės.

PSO rekomenduoja:

a) užtikrinti, kad tabako gaminio pakuotė ir etiketė neskatintų tabako gaminio pardavimo jokiais neteisingomis, klaidinančiomis ar apgaulingomis priemonėmis, arba priemonėmis, kurios galėtų sudaryti neteisingą įspūdį apie jo savybes, poveikį sveikatai, galimą grėsmę ar išsiskiriančias kenksmingąsias medžiagas, įskaitant bet koki terminą, deskriptorių, prekių ženklą, figūrinį ar kitokį ženklą, tiesiogiai ar netiesiogiai sudarantį klaidingą įspūdį, kad tam tikras tabako gaminy yra mažiau kenksmingas nei kiti tabako gaminiai; iš tokių terminų minėtini „Mažas dervų kiekis“, „Švelnus“, „Labai švelnus“ arba „Nestiprus“;

b) ant kiekvieno tabako gaminio pakelio ar išorinės pakuotės bei etiketės pateikti įspėjimus, apibūdinančius kenksmingą tabako vartojimo poveikį;

c) ant tabako pakuočių pateikti informaciją apie tabako gaminių sudedamąsias dalis ir išsiskiriančias kenksmingąsias medžiagas;

d) diegti veiksmingas ir visapusiškas švietimo programas, įskaitant programas, gerinančias visuomenės žinias apie žalą sveikatai, įskaitant priklausomybę nuo tabako vartojimo bei priverstinį kvėpavimą tabako dūmų;

e) užtikrinti informacijos apie tabako pramonę prieinamumą;

f) rengti mokomąsias tabako kontrolės arba žinių apie tabako vartojimo žalą ir pan. gerinimo programas, skirtas tokiems asmenims, kaip sveikatos priežiūros, bendruomenės ir socialiniai, žiniasklaidos, švietimo darbuotojai, sprendimus priimančios pareigūnai, administratoriai ir kiti suinteresuoti asmenys;

g) skatinti viešąsias bei privačias įstaigas ir nevyriausybinės organizacijas, nesusijusias su tabako pramone, suvokti problemas ir

dalyvauti kuriant bei įgyvendinant tabako kontrolės daugiasektoriaus programas ir strategijas;

h) didinti visuomenės žinias apie galimybę susipažinti su informacija apie neigiamas tabako gamybos ir vartojimo pasekmes sveikatai, ekonomikai bei aplinkai (WHO, 2008).

SIŪLOMI ŽINGSNIAI

1. Bendrinės pakuotės įdiegimas, veiksmingai pateikiant vaizdinę ir tekstinę informaciją, atsižvelgiant į išspėjimų dydį, vietą, spalvą ir kt.
2. Drausti klaidinančią informaciją ant tabako gaminių pakuotėlių ir pardavimo vietose.
3. Profesionalios ir įrodymais grįstos socialinės reklamos sklaida televizijoje, internete ir kitose masinėse informavimo priemonėse.
4. Nacionalinių mokiniams skirtų informavimo ir prevencijos projektų organizavimas drauge su veiksmingiausių tabako kontrolės politikos priemonių taikymu.
5. Informacijos apie rūkymo keliamas rizikas platinimas sveikatos priežiūros įstaigose.
6. Finansavimo skyrimas organizacijoms, norinčioms dalyvauti kuriant ir įgyvendinant tabako kontrolės daugiasektoriaus programas bei strategijas, siekiant jų ilgalaikio ir nuoseklaus indėlio.

Nerekomenduotina:

1. Nesistemos, epizodiškos, neprofesionaliai parengtos ir įrodymais nepagrįstos intervencijos.
2. Koncentracija tik į gąsdinančias ir žalą sveikatai akcentuojančias priemones.
3. Intervencijų taikymas atskirai, ignoruojant veiksmingesnes tabako kontrolės priemones.
4. Pramonės įtraukimas į švietimo ar jų rėmimo veiklas.
5. Leisti tabako pramonės atstovams dalyvauti sprendimų priėmimo procesuose šiuo klausimu.

VERTINIMO RODIKLIAI:

- Proceso stebėsenos rodikliai: socialinės reklamos, skirtos rūkymo prevencijai, apimtis, projektų, skirtų rūkymo prevencijai skaičius.
- Rezultato stebėsenos rodikliai: norinčiųjų mesti skaičius, rūkymo pradžios amžius, rūkančių asmenų skaičius, besilankančių informacinėse svetainėse, kurių adresai nurodomi ant pakuočių, skaičius, žmonių, skambinančių pagalbos telefono numeriais, kurie nurodyti ant tabako pakuočių, skaičius.

GEROSIOS PRAKTIKOS PAVYZDŽIAI



Singapūras

Singapūras 2004 m. įdiegė vaizdinius įspėjimus ant tabako pakuočių. Atlikti tyrimai parodė, kad 28 proc. apklaustųjų rūkė mažiau, 14 proc. nustojo rūkyti prie vaikų, 12 proc. nustojo rūkyti šalia esant nėščiosioms, o 8 proc. informavo, kad daug mažiau rūko namuose (WHO, 2009).



Kanada

84 proc. rūkančiųjų Kanadoje teigia pastebėję vaizdinius įspėjimus apie žalą sveikatai, palyginti su 47 proc. rūkančiųjų JAV, kur pateikiama tik tekstinė įspėjamoji informacija (Hammon et al., 2006).



Europos Sąjunga

Pagal naująją 2014 m. priimtą ES Tabako produktų direktyvą, nuo 2016 m. gegužės mėnesio vaizdiniai įspėjimai apie tabako žalą sveikatai turėtų atsirasti visose ES šalyse narėse.

 Norvegija

Norvegijoje įgyvendinta informacinė kampanija, pasitelkiant masinės žiniasklaidos priemones, parodė, kad nerūkantis jaunimas tame regione, kur kampanija buvo įgyvendinta, yra mažiau linkęs pradėti rūkyti nei jaunimas kontrolinėje grupėje (Gilbert, Cornuz, 2003).



SAVIVALDYBĖS LYGMUO



7 REKOMENDACIJA. Griežtesnė prekybos kontrolė.

Savivaldybės turi daug didesnių galimybių specifiškiau atsižvelgti į vietos gyventojų problemas pirmiausia todėl, kad geriau žino problemines prekybos vietas, problemines vartotojų grupes ir kt.

Savivaldybėms tenka svarbus vaidmuo, išduodant prekybos tabaku licencijas, todėl savivaldybėse galėtų būti atsižvelgiama į prekybos vietų skaičių, jų lokalizaciją ugdymo įstaigų atžvilgiu ir kt.

Bendradarbiaujant su vietos policijos pareigūnais, turėtų būti nuolat vertinama prekybos tabako gaminiais nepilnamečiams situacija ir imamasi veiksmingų priemonių, kurios leistų užkardyti tokias veiklas. Tabako gaminių pardavimo nepilnamečiams kontrolė yra vienas svarbiausių tabako kontrolės elementų, nes absoliuti dauguma rūkančiųjų, pradeda rūkyti būdami nepilnamečiais. Todėl turi būti imamasi visų įmanomų priemonių, kad tabako gaminiai nepatektų į nepilnamečių rankas. Turi būti užtikrinta, kad įmonėms, pažeidusioms Lietuvos Respublikos tabako kontrolės įstatymą (parduodančioms tabaką nepilnamečiams) būtų veiksmingai taikomos atitinkamos sankcijos – baudos, licencijos prekiauti tabako gaminiais panaikinimas, didesni licencijos išdavimo mokesčiai ar net visiškas įmonės uždarymas (kai pažeidimai pasikartoja).

SIŪLOMI ŽINGSNIAI

1. Nusikalstamos veiklos imitavimo modelio įteisinimas, tiriant prekybos tabako gaminiais nepilnamečiams atvejus.
2. „Slapto pirkėjo“ praktikos diegimas visoje šalyje, leidžiantis policijos pareigūnams bendradarbiauti su jaunimo savanoriais ir imituoti tabako gaminių įsigijimą, siekiant nustatyti galimus pažeidimus.
3. Teisinės bazės koregavimas, leidžiant naikinti tabako prekybos licenciją už vienkartinį pažeidimą.
4. Jaunųjų policijos rėmėjų įtraukimas į pažeidimų kontrolę.
5. Bendruomenių sąmoningumo ir aktyvumo didinimas.
6. Veiksmingesnis e. policijos sistemos išnaudojimas.
7. Tokių programų, kaip saugi kaimynystė, išnaudojimas nelegalios tabako gaminių prekybos problemoms spręsti.

Nerekomenduotina:

1. Verslo susireguliovimo priemonės.
2. Leisti tabako pramonės atstovams dalyvauti sprendimų priėmimo procesuose šiuo klausimu.

Viena iš galimų griežtesnių prekybos tabako gaminiais kontrolės priemonių yra „slapto pirkėjo“ sistema, kuri plačiai naudojama verslo įmonių, siekiant patikrinti, ar darbuotojai tinkamai atlieka jiems pavestas funkcijas ar darbus, aptarnauja klientus ar vykdo numatytų prekių ar paslaugų rinkodarą.

Tas pats principas gali būti ir yra taikomas kai kuriose šalyse (Krevor et al., 2011) tabako ar kitų jaunimui draudžiamų medžiagų pardavimo kontrolei. Skirtingai nei nusikalstamos veiklos imitavimo modelio atveju, kai nepilnamečiui draudžiamų prekių įsigyti siunčiamas nepilnametis asmuo ir pardavimas šių prekių nepilnamečiui jau fiksuojamas kaip įstatymo pažeidimas ir už tai taikoma įstatyme numatyta atsakomybė, „slapto pirkėjo“ sistema skirta ne pažeidimo nustatymo, o jo padarymo prevencijai.

Šiuo atveju pirkti tabako produktų siunčiamas per pastaruosius mėnesius pilnametystės sulaukęs asmuo, kurio amžius pardavėjui turėtų kelti įtarimą ir jo turėtų būti prašoma parodyti dokumentą amžiaus identifikavimui. „Slapto pirkėjo“ atveju realus pažeidimas neįvykdomas, tačiau galima nustatyti, kuriose prekybos vietose netikrinamas asmens amžius, nes vizualiai kelių savaičių ar mėnesių amžiaus skirtumas pardavėjo negali būti identifikuojamas. Surinkta informacija apie tai, kur dokumentų nereikalaujama, gali būti naudojama keliais būdais: skelbiant viešai ir informuojant visuomenę apie tokias vietas, informuojant policijos atstovus ir kontrolės institucijas, kurios gali skirti papildomą dėmesį šių įmonių veiklos kontrolei. Šie duomenys taip pat turi būti pristatomi prekybos įmonių savininkams ar vadovams, kurie galėtų imtis vadybinių ir organizacinių priemonių, užtikrinant reikiamą amžiaus patikrą.

Detali tokios priemonės taikymo galimybių analizė pateikiama lentelėje.

VERTINIMO RODIKLIAI:

- Proceso stebėsenos rodikliai: tabako pardavimo vietų skaičius, pardavimo nepilnamečiams atvejų skaičius.
- Rezultato stebėsenos rodikliai: vaikų rūkymo paplitimas.



8 REKOMENDACIJA. Atrankinės patikros ir trumpųjų konsultacijų taikymas.

Vykdamas šią rekomendaciją labai svarbu suprasti, kad ankstyvas rūkymo identifikavimas ir ankstyva intervencija leistų gerokai sumažinti rūkymo paplitimą ir išvengti daugelio lėtinių ligų, kurių priežastimi tampa rūkymas. Todėl savivaldybės institucijos, bendradarbiaudamos su Sveikatos apsaugos ministerija ir jai pavaldžiomis institucijomis, turėtų užtikrinti, kad savivaldybei priklausančiose sveikatos priežiūros įstaigose būtų parengti darbuotojai, galintys vykdyti atrankinę patikrą ir trumpąsias konsultacijas, užtikrinti, kad šios priemonės būtų realiai taikomos kiekvienam rūkančiam asmeniui. Atrankinę patikrą ir trumpąją konsultaciją turėtų atlikti apmokyti sveikatos priežiūros specialistai, turintys trumpą paslaugos teikimo vadovą, validuotą atrankinės patikros klausimyną, praktinių patarimų, kaip padėti mesti rūkyti, pagalbos sau lankstinuką.

Jei negalima pasiūlyti šios konsultacijos iš karto, rekomenduoti paskirti konkrečią kitos konsultacijos datą. Ši trumpo patarimo konsultacija turi būti teikiama metodais, kurie yra mokslu pagrįsti, t. y. turi tam tikrą algoritmą (grįžtamasis ryšys, atsakomybė, patarimas, pasirinkimas, empatija, savarankiškumas). Konsultacijos trukmė – 5–15 min. Konsultacijos metu taip pat turėtų būti aptartos rūkymo pasekmės, priklausomai nuo paciento priklausomybės lygio suteiktas kvalifikuotas patarimas, kaip mesti rūkyti ir išvengti abstinencijos, taip pat aptartos žalingo sveikatai elgesio keitimo priežastys (nauda sveikatai ir gerovei). Turėtų būti išsiaiškinamos elgesio keitimo kliūtys. Pacientai turėtų būti nuolat stebimi ir vertinami jų elgesio pokyčiai. Jei reikia,

rekomenduojama skirti papildomų konsultacijų ar nukreipti specializuotam gydymui.

SIŪLOMI ŽINGSNIAI

1. Pirminės sveikatos priežiūros institucijų personalo (gydytojų, slaugytojų, socialinių darbuotojų ir psichologų) mokymai, kaip vertinti rūkymo įpročius ir teikti trumpąsias konsultacijas.
2. Bendradarbiavimo tarp psichikos sveikatos centrų ar priklausomybės ligų centrų specialistų ir kitų institucijų specialistų užtikrinimas nukreipiant bei suteikiant pagalbą priklausomiems nuo rūkymo.
3. Atrankinės patikros ir trumpųjų konsultacijų viešinimas gyventojams.

Nerekomenduotina:

1. Pagalbos koncentravimas tik antriniu sveikatos priežiūros lygmeniu (psichiatrinės pagalbos sistemoje).

VERTINIMO RODIKLIAI:

- Proceso stebėsenos rodikliai: gyventojų, dalyvavusių atrankinėje patikroje, skaičius.
- Rezultato stebėsenos rodikliai: metusių rūkyti asmenų skaičius.



9 REKOMENDACIJA. Nerūkymo zonų plėtra.

Lietuvos Respublikos tabako kontrolės įstatymu savivaldybėms yra suteikta teisė nustatyti zonas, kuriose būtų draudžiama rūkyti. Ši priemonė turi du svarbius aspektus. Rūkymo zonų plėtra tam tikrose vietose (pvz., autobusų stotelėse, lauko kavinėse) gali realiai mažinti pasyvų rūkymą. Kitas šios priemonės efektas yra labiau psichologinis ir socialinis. Nerūkymo zonų plėtra mažina rūkymo kaip reiškinių socialinę patrauklumą, skatina rūkalius atsisakyti šio įpročio, motyvuoja saugoti aplinkinius ir artimuosius nuo pasyvaus rūkymo. Taip pat tai veikia kaip auklėjamoji priemonė vaikams, kurie mato rūkymo kaip reiškinių neigiamą socialinę atspalvį ir sieja jį su nepatogumu ir psichologiniu diskomfortu.

Lietuvoje egzistuojantys tyrimų duomenys leidžia teigti, kad 2007 m. įsigaliojęs draudimas rūkyti baruose, kavinėse ir kitose įstaigose iš esmės keičia gyventojų rūkymo įpročius ir nuostatas. Lietuvoje reikšmingai mažėja pasyvaus rūkymo paplitimas tiek gyvenamojoje, tiek darbo aplinkoje (Klumbienė et al., 2015). Todėl savivaldybės turėtų aktyviau naudotis joms suteikta teise ir plėsti nerūkymo zonas savo teritorijose.

PRIORITETINĖS PRIEMONĖS

1. Draudimas rūkyti žmonių susibūrimo ir laukimo vietose: autobusų stotelės, vieši renginiai.
2. Nerūkymo zonų plėtra, į jas įtraukiant labiausiai gyventojų lankomas ir viešų susibūrimų vietas; aikštės, paplūdimiai, parkai, vaikų žaidimo aikštelės ir kt.
3. Informacinių ženklų įrengimas ten, kur rūkyti draudžiama.
4. Gyventojų atsiklausimas dėl planuojamų nerūkymo zonų ir aktyvus įtraukimas į jų planavimą.

Nerekomenduotina:

1. Rūkymo vietų įrengimas šalia nerūkymo zonų.
2. Informavimo apie nustatytas nerūkymo zonas stoka.
3. Atsakomybės netaikymas už rūkymą nerūkymo zonose.

VERTINIMO RODIKLIAI:

- Rezultato stebėsenos rodikliai: pasyvaus rūkymo paplitimas, nerūkymo zonų skaičius.

GEROSIOS PRAKTIKOS PAVYZDŽIAI



Lietuva

Kaunas ilgą laiką buvo vienintelis miestas ne tik Lietuvoje, bet ir Europoje pirmasis įgyvendinęs nerūkančios pėsčiųjų gatvės (Laisvės alėjos) idėją ir už tai apdovanotas PSO medaliu.

Nerūkymo zonos Lietuvoje diegiamos daugelyje miestų, kuriuose draudimas rūkyti įvedamas paplūdimiuose (Klaipėda, Neringa), parkuose (Jonava), autobusų stotelėse (Kaunas, Klaipėda, Vilnius), miesto aikštėse (Kaunas, Ukmergė, Šiauliai), vaikų žaidimo aikštelėse (Jonava) ir kt.

2.5. FIZINIS AKTYVUMAS

PAGRINDINIAI EPIDEMIOLOGINIAI FAKTAI



Fiziškai aktyvesni yra vyresnių klasių vaikinai. Tikėtina, kad dauguma jų fizinį aktyvumą sieja su galimybe palaikyti gerą bendrą fizinį pasirengimą, gerą fizinę formą, galimybe tenkinti judėjimo poreikį, pasirenkant sau patrauklius fizinio aktyvumo būdus (Lamanauskas, Armonienė, 2011). Ryškų fizinio aktyvumo skirtumą tarp lyčių bandoma aiškinti skirtingais berniukų ir mergaičių socializacijos procesais perimant lyčių vaidmenis, kas dėl brendimo ypatumų paauglystėje dar labiau išryškėja (Zaborskis, Raskilas, 2011);



Vaikų ir paauglių fizinis aktyvumas su amžiumi mažėja, tačiau jo priežastys nėra visiškai aiškios (Zaborskis, Raskilas, 2011). **11–12 klasių moksleiviai mažiau fiziškai aktyvūs**, lyginant su jaunesnio amžiaus moksleiviais, galimai dėl didesnio užimtumo ruošiantis baigiamiesiems egzaminams (Lamanauskas, Armonienė, 2011).



Šeimos socialinė ir ekonominė padėtis yra veiksnys, galintis turėti įtakos paauglių fiziniam aktyvumui (Zaborskis, Raskilas, 2011). Nustatyta, kad **paaugliai, kurių šeimos buvo vertintos kaip turtingos, palyginti su vaikais iš neturtingų šeimų, turi daugiau nei 1,5 karto didesnę galimybę būti fiziškai aktyviais** (Petronytė, 2009).



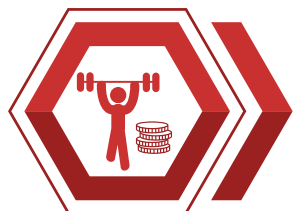
Nors moterys daugiau laiko skiria judėdamos susisiekimo tikslais, **vyrų laisvalaikis užsiima fizine veikla dažniau nei moterų. Be to, vyrai dažniau dirba tuose sektoriuose, kuriuose reikia fizinės jėgos** (pvz., statyba, policija, priešgaisrinė apsauga ir kt.) (Valintėlienė, Varvuolienė, Kranauskas, 2012).



Senstant neišvengiamai mažėja asmens fizinis aktyvumas (ypač po 70 metų). Ypač reikšmingai sumažėja moterų fizinis aktyvumas. Pasibaigus aktyviai profesinei ir darbinei veiklai bei išėjus į pensiją, laisvo laiko gerokai padaugėja (vidutiniškai 8–9 val. kasdien), tačiau laisvalaikio fizinis aktyvumas neretai sumažėja. Tai yra savotiškas paradoksas. Svarbus veiksnys, sudarantis reikšmingas kliūtis fiziniam aktyvumui, yra įvairūs lėtiniai susirgimai (su skausmo sindromais ar be jų), kuriais dažnai skundžiasi vyresnio amžiaus žmonės (Zumeras, 2013).



Turintys žemesnį nei aukštasis išsilavinimą asmenys dažniau dirba darbus, kuriems reikalingos fizinės pastangos (darbininkai), o gyventojai, įgiję aukštąjį išsilavinimą, dirba daugiau protinį darbą (specialistai, tarnautojai, vadovai) ir daugiau laiko praleidžia sėdėdami (Eurobarometer, 2014).



Tyrimų duomenimis, **17 proc.** Lietuvos gyventojų teigia, kad kliūtis būti fiziškai aktyviems jiems yra fizinio aktyvumo veiklų kaina (Valintėlienė, Varvuolienė, Kranauskas, 2012).

REKOMENDACIJOS

Apibendrinant atliktų mokslinių tyrimų rezultatus ir gerąją užsienio šalių praktiką, galima išskirti svarbiausias fizinio aktyvumo skatinimo politikos kryptis, kurių poveikis netolygumams bei veiksmai efektyvesniam įgyvendinimui pateikti 9 lentelėje.



9 lentelė. Fizinio aktyvumo skatinimo politikos krypčių poveikis netolygumams bei veiksmui efektyvesniam įgyvendinimui

Fizinio aktyvumo skatinimo politikos kryptis	Poveikis netolygumams	Kaip veikti efektyviau
Nacionalinės fizinio aktyvumo skatinimo kampanijos	Yra rizika, kad nacionalinė kampanija, gali padidinti netolygumus, t. y. pas- katinti būti fiziškai aktyvius tuos gyventojus, kurie nepatenka į rizikos grupes.	– Pasirinkti tikslią grupę (-es) ir, atsižvelgiant į jos poreikius, pritaikyti skleidžiamos informacijos turinį. – Neapsiriboti vienu informacijos sklaidos kanalu, pasirinkti tokius, kuriais geriausiai būtų pasiekiamos tikslinės grupės.
Fizinio aktyvumo programos bendruomenėse	Mokslinių tyrimų rezultatai patvirtina fizinio aktyvumo programų bendruomenėse poveikį gyventojų fizinio aktyvumo didėjimui, tačiau jų poveikis sveikatos netolygumams nėra iki gali ištyrinėtas.	– Programos priemonės planuoti atsižvelgiant į rizikos grupių poreikį, įtraukiant jiems patrauklias fizinio aktyvumo veiklas. – Programos planavimo, vykdymo ir vertinimo etapų metu bendradarbiauti su įvairių sektorių atstovais.

9 lentelės tęsinys

Fizinio aktyvumo skatinimo politikos kryptis	Poveikis netolygumams	Kaip veikti efektyviau
Fizinio aktyvumo veikloms palankios infrastruktūros plėtra	Mokslinių tyrimų duomenimis, infrastruktūros gerinimas (pvz., dviračių takų, rekreacinių aikštelių, parkų įrengimas / sutvarkymas) didina mažesnes pajamas gaunančių ir bendrosios populiacijos fizinį aktyvumą.	– Užtikrinti, kad fizinio aktyvumo veikloms palanki infrastruktūra būtų prieinama tiek mieste, tiek kaime gyvenantiems asmenims. – Sudaryti saugias sąlygas gyventojams rinktis aktyvią kelionę (dviračiu ar pėsčiomis) į darbą ar į mokyklą. – Gerinti fizinio aktyvumo infrastruktūrą vietovėse, kuriose gyvena mažesnes pajamas gaunantys gyventojai.
Nuolatinis gyventojų fizinio aktyvumo lygio stebėjimas	Tinkamai parinkti fizinio aktyvumo netolygumų stebėsenos rodikliai padėtų išaiškinti nepalankias tendencijas ir/ arba pažeidžiamas grupes bei suplanuoti tinkamas priemones netolygumams sumažinti.	– Patvirtinti gyventojų fizinio aktyvumo netolygumų stebėsenos rodiklių sąrašą. – Organizuoti gyventojų gyvensenos tyrimus savivaldybių lygmeniu. – Apmokyti visuomenės sveikatos specialistus, kaip teisingai vykdyti gyventojų gyvensenos stebėseną.

9 lentelės tęsinys

Fizinio aktyvumo skatinimo politikos kryptis	Poveikis netolygumams	Kaip veikti efektyviau
Gyventojų konsultavimas ir motyvacijos fizinio aktyvumo veiklai didinimas	Tyrimai rodo, kad individualios specialistų teikiamos konsultacijos (šeimos, sporto medicinos gydytojų, kineziterapeutų ar gyvensenos medicinos specialistų ir kt.) yra veiksmingos ir gali prisidėti prie netolygumų mažinimo.	– Tinkamai parengti specialistus, kaip teikti individualias fizinį aktyvumą didinančias konsultacijas. – Konsultacijas teikti asmenims, patenkantiems į rizikos grupes. – Neapsiriboti konsultacijų teikimu pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigose.
Fizinio aktyvumo veiklas organizuojančių specialistų kvalifikacijos didinimas	Nėra mokslinių duomenų, įrodančių poveikį netolygumams.	– Parengti kūno kultūros pedagogų kvalifikacijos tobulinimo programas. – Kelti specialistų kvalifikaciją, suteikiant žinių ir įgūdžių, kaip į fizinio aktyvumo veiklas įtraukti įvairias rizikos grupes.

Fizinio aktyvumo netolygumų mažinimo rekomendacijos parengtos remiantis Pasaulio sveikatos organizacijos, Nacionalinio sveikatos ir klinikinės kompetencijos instituto (angl. National institute for health and clinical excellence, NICE), Cochrane, The Community Guide ir kitų organizacijų atliktais vertinimais ir intervencijų veiksmingumo moksliniais įrodymais.



NACIONALINIS LYGMUO



1 REKOMENDACIJA. Vykdyti nacionalines fizinį aktyvumą skatinančias kampanijas.

Siūloma organizuoti nacionalines, ilgalaikes (mažiausiai 5 metų trukmės) kampanijas, skirtas gyventojų arba tikslinių grupių (pvz., vaikų ir jaunimo) fiziniam aktyvumui skatinti. Kampanija turėtų būti sudėtinė kitų nacionalinių sveikatos kampanijų ir sveikatos strategijų (programų) dalis. Kampanija turėtų būti ilgalaikė ir nuosekli. Ji turėtų būti organizuota taip, kad įtikintų, jog būti fiziškai aktyviam yra smagu, kad tai padeda jaustis geriau, padeda išlaikyti socialinius ryšius (pvz., įgyti draugų); apimtų formalaus ir neformalaus fizinio aktyvumo įvairovę: šokius, žaidimus, plaukimą, sportą (įskaitant gatvės sportą ir žaidimus) ir aktyvią kelionę (vaikščiojimą ir važiavimą dviračiu); padėtų įdiegti supratimą, kad fizinis aktyvumas yra neatsiejama kasdienio gyvenimo dalis ir kad verta keisti gyvenimo būdo įpročius (eiti į mokyklą ar parduotuvę pėsčiomis, naudotis laiptais, o ne liftu); skleistų geros praktikos pavyzdžius; užtikrintų, kad vietos lygmeniu organizuojamų kampanijų turinys atitiktų ir papildytų nacionalinio lygmens kampanijos turinį (NICE 2009; Ball et al., 2015). Mokslinių tyrimų duomenimis, kampanijos, vykdomos pasitelkus masines informavimo priemones, gali prisidėti prie fizinio aktyvumo didinimo, ypač jei jos yra susietos su konkrečiomis bendruomenėse įgyvendinamomis sveikatos programomis (Heath et al., 2012).

Vykdamas specifines fizinį aktyvumą skatinančias kampanijas, galima paskatinti judėti pažeidžiamas grupes: mergaites, moteris, vyresnių klasių moksleivius, vyresnio amžiaus žmones.

SIŪLOMI ŽINGSNIAI

1. Planuojant nacionalinio lygmens kampaniją, įvertinti potencialų kampanijos poveikį skirtingų socialinių ir ekonominių gyventojų grupių fiziniam aktyvumui.
2. Pasirinkti tikslinę grupę (-es), kurių fizinį aktyvumą bus siekiama skatinti.
3. Informavimui apie vykdomą kampaniją pasitelkti ne tik masinio informavimo priemones, bet ir kitus, tikslinėms grupėms priimtinus informacijos perdavimo kanalus.
4. Kampaniją susieti su konkrečiomis sveikatinimo programomis.

Nerekomenduotina:

5. Vietos lygmeniu vykdyti kampanijas, kurių turinys neatitinka (nepapildo) nacionalinio lygmens kampanijos (jei tokia vykdoma) turinio.
6. Ąpsiriboti informacijos sklaida pasitelkus tik masinio informavimo priemones.

Vertinimo kriterijus: valstybės asignavimų socialinei reklamai, skirtai sveikai gyvensenai sportuojant procentinė dalis. Strategijoje nurodyta, kad šio kriterijaus siektina reikšmė 2015 m. yra 50 proc., o 2020 m. siektina reikšmė yra 75 proc.

GEROSIOS PRAKTIKOS PAVYZDŽIAI



JAV

2002 m. JAV buvo pradėta plataus masto socialinės reklamos kampanija VERB, skirta paskatinti paauglius (9–13 metų amžiaus) būti fiziškai aktyvius kiekvieną dieną. Kampaniją sudarė trys elementai. Pirmą, buvo pasitelktas internetas. VERBnow.com buvo pirmoji internetinė svetainė, kurioje vaikai galėjo susirasti bendraminčių, rasti informaciją apie vietas, kuriose buvo galima užsiimti fizine veikla, suvesti duomenis apie savo fizinį aktyvumą ir gauti garsių sportininkų patarimus, taip pat pasisemti idėjų apie aktyvius žaidimus. Įvairios internetinės svetainės tapo vykdomos kampanijos partneriais – talpino reklamines juostas, kurias aktyvius buvo galima patekti į VERBnow.com svetainę. Antra, VERB kampanija pasitelkė mobiliuosius telefonus – į juos buvo siunčiamos trumposios žinutės, raginančios vaikus būti fiziškai aktyvius. Trečia, buvo sukurtas kampanijos simbolis – geltonas kamuolys ir specialus tinklalapis, kuriame buvo pateikiama informacija, raginanti vaikus žaisti su vienu iš 500 000 kamuolių, platinamų visoje JAV, perduoti kamuolį savo bendraamžiui ir tuomet parašyti tinklaraštyje, kaip sekėsi žaisti. Interaktyvios geltono kamuolio projekcijos buvo demonstruojamos ant grindų įvairiuose prekybos centruose. Kampanija buvo vykdoma 4 metus (iki 2006 m. rugsėjo). Atlikus kampanijos poveikio vertinimą buvo nustatyta, kad vaikai, kurie žinojo apie vykdomą kampaniją, dažniau buvo fiziškai aktyvūs laisvalaikio

metu lyginant su vaikais, kurie nebuvo girdėję apie šią iniciatyvą. Svarbu pažymėti, kad teigiami rezultatai gauti praėjus net dvejiems metams po kampanijos pabaigos (Huhman, 2008).



Lietuva

2011–2020 m. valstybinėje sporto plėtros strategijoje iškeltas tikslas sistemingai didinti visuomenės supratimą, kad fizinis aktyvumas, sportavimas yra darnios asmenybės prielaida ir visuotinė vertybė. Šiam tikslui įgyvendinti vienas iš uždavinių – sukurti ir tobulinti sveikos gyvensenos propagavimo (socialinės reklamos sklaidos) visuomenės informavimo priemonėmis sistemą, kuri įgyvendinant numatytos priemonės:

- 1) valstybės finansuojamos sveikos gyvensenos per sportą socialinės reklamos kampanijų planavimas ir įgyvendinimas kartu su Sveikatos apsaugos ministerija;
- 2) integracija į Lietuvos nacionalinio radijo ir televizijos (visuomeninio transliuotojo) strategiją, konkrečiai numatant, kad sportui ir sveikai gyvensenai propaguoti skirtos laidos sudarytų ne mažiau kaip vidutiniškai 4 valandas eterio laiko per parą (LR Seimo 2011 m. kovo 24 d. nutarimas Nr. XI-1296).

Nacionalinėje visuomenės sveikatos priežiūros 2016–2023 metų plėtros programoje siekiant padidinti gyventojų fizinį aktyvumą, numatyta „informuoti visas gyventojų grupes apie fizinio aktyvumo naudą sveikatai – teikti mokslo įrodymais grįstas žinias, didinti suvokimą apie sveikatą stiprinantį fizinį aktyvumą“ (LR Vyriausybės 2015 m. gruodžio 9 d. nutarimas Nr. 1291).



2 REKOMENDACIJA. Didinti įvairių fizinio aktyvumo veiklų prieinamumą.

Siūloma fizinį aktyvumą integruoti į gyventojų kasdienę veiklą, sudarant palankias sąlygas visiems šalies gyventojams naudotis fizinio aktyvumo infrastruktūra: dviračių takais, rekreacinėmis aikštelėmis, parkais, fizinio aktyvumo įrenginiais ir kt. Taikyti fizinio aktyvumo paslaugų kompensavimo mechanizmus pažeidžiamoms gyventojų grupėms, siekiant užtikrinti didesnę minėtų paslaugų prieinamumą gyventojams (World Health Assembly Resolution 2004, WHA57.17).

Didinant įvairių fizinio aktyvumo veiklų prieinamumą, galima paskatinti judėti mažesnes pajamas turinčius žmones, kuriuos paveikti kitomis priemonėmis gali būti sunku.

SIŪLOMI ŽINGSNIAI

1. Sukurti fizinio aktyvumo paslaugų kompensavimo sistemą.
2. Sudaryti sąlygas gyventojams naudotis turima mokyklų, sporto klubų infrastruktūra.
3. Fizinio aktyvumo infrastruktūros elementus įrengti tiek miesto, tiek kaimo vietovėse.

Nerekomenduotina:

1. Įrengti fizinio aktyvumo infrastruktūros elementus, neužtikrinant, kad ja bus saugu ir patogiu naudotis.

VERTINIMO KRITERIJAI:

- 1) moterų, vaikų, vyresnio amžiaus žmonių, neįgaliųjų ir pažeidžiamų socialinių grupių sportavimo sporto klubuose statistika;
- 2) neformaliojo ugdymo mokinio krepšelio dalis, skirta sporto ugdymui, naudojama išorės sporto klubų įvairioms amžiaus grupėms teikiamoms paslaugoms įsigyti.



GEROSIOS PRAKTIKOS PAVYZDŽIAI

Jungtinė Karalystė

2008 m. liepos mėn. Jungtinėje Karalystėje buvo paskelbta vyriausybinių iniciatyvų „Nemokamas plaukiojimas vaikams iki 16 metų amžiaus“. Šiai iniciatyvai vyriausybė skyrė 25 mln. svarų (35,5 mln. eurų) per metus (2009–2010 ir 2010–2011 m.) bei 10 mln. svarų (14,2 mln. eurų) baseinams modernizuoti (2008–2009 m.) (NICE, 2009).

Lietuva

2011–2020 m. valstybinėje sporto plėtros strategijoje iškeltas uždavinys sudaryti teises ir ekonomines sąlygas universalių sporto klubų, kaip pirminių nacionalinės sporto sistemos subjektų, sparčiai plėtrai. Šiam uždaviniui įgyvendinti numatyta: 1) valstybinės kompensavimo sistemos už sporto klubų atliekamas socialinės integracijos ir socialinių problemų prevencijos funkcijas sukūrimas ir plėtojimas; 2) sporto klubų ir švietimo įstaigų (bendrojo lavinimo mokyklų) bendradarbiavimo strategijos, skirtos visoms amžiaus grupėms, diegimas (LR Seimo 2011 m. kovo 24 d. nutarimas Nr. XI-1296).



3 REKOMENDACIJA. Fiziniam aktyvumui palankios aplinkos kūrimas.

Siūloma miestų plėtros planavimo ir žemės panaudos politiką orientuoti į tinkamos, patogios ir saugios gyvenamosios aplinkos kūrimą. Šio tipo intervencijos naudoja politikos priemonės: zonų reguliavimo taisyklių nustatymą, reikalavimų statiniams bei aplinkai sudarymą ir pan. Šio pobūdžio priemonės gali padėti kurti fiziniam aktyvumui palankią aplinką: saugų gatvių išdėstymą, gyvenamosios zonos tankumą, parduotuvių, biurų ir mokyklų išdėstymą atstumais, įveikiamais pėsčiomis ar dviračiu (NICE, 2009; IN FORM, 2013).

Kuriant fiziniam aktyvumui palankią aplinką, galima paskatinti daugiau judėti tam tikras pažeidžiamas grupes: vaikus, vaikus auginančias moteris, vyresnio amžiaus žmones.

SIŪLOMI ŽINGSNIAI

1. Nustatyti ir patvirtinti zonų reguliavimo taisykles.
2. Peržiūrėti ir pakoreguoti reikalavimus gyvenamajai aplinkai bei kontroliuoti jų laikymąsi.

Nerekomenduotina:

1. Miestų plėtros planavimo etapo metu ignoruoti fiziniam aktyvumui palankios aplinkos kūrimą.

VERTINIMO KRITERIJAI:

1) dviračių takų kilometrų skaičius administracinio vieneto teritorijoje, skaičiuojant 10 000 gyventojų, darnus erdvinis jų tinklas, įskaitant automobilių stovėjimo aikšteles, iki 2020 m.; parkų ir poilsio zonų, pritaikytų sportavimui, skaičius;

2) daugiabučių namų, kuriuose įrengtos sportuoti skirtos viešosios erdvės, skaičius; viešojo transporto maršrutų, kurių pagrindinės linijos integruotos į dviračių takų infrastruktūrą, skaičius.

GEROSIOS PRAKTIKOS PAVYZDŽIAI



Australija

Aplinka, palanki aktyviam gyvenimo būdui, gali būti kuriama įgyvendinant priemones, kurios didina viešų erdvių / žaliųjų plotų prieinamumą, gerina pėsčiųjų takų, žaidimų aikštelių infrastruktūros kokybę. Aktyviam gyvenimo būdui palankios aplinkos kūrimas yra patraukli fizinio aktyvumo skatinimo politikos kryptis, nes ja galima pasiekti ir tuos fiziškai pasyvius asmenius, kurie neturi kitų galimybių dėl savo socialinės padėties. Australijos Viktorijos valstijoje vykdytas eksperimentas, kai buvo atliktas viešos erdvės, esančios skurdesnės ekonominės padėties gyvenamojo rajono kaimynystėje, atnaujinimas. Tyrimo rezultatai parodė, kad tai turėjo teigiamą įtaką vaikų ir suaugusiųjų fiziniam aktyvumui (Veitch et al., 2012).



Lietuva

2011–2020 m. valstybinėje sporto plėtros strategijoje iškeltas uždavinys sukurti ir tobulinti viešosios infrastruktūros (būsto, transporto, poilsio ir kitos infrastruktūros) planavimo ir veiksmų koordinavimo sistemą, sudarančią sąlygas žmonių sveikai gyvensenai ugdyti, fiziniam aktyvumui didinti. Šiam uždaviniui įgyvendinti numatytos priemonės: 1) kuo skubesnis teritorijų

planavimo ir statybos normatyvų, susijusių su žmonių sveika gyvensena ir sportavimu, parengimas, tobulinimas ir griežta kontrolė; 2) būtinų reikalavimų, taikomų dviračių transporto infrastruktūrai, pėsčiųjų takams, parkams, sporto aikštelėms, įvairiems sporto statiniams, nustatymas ir įgyvendinimas; 3) būsto atnaujinimo, transporto restruktūrizavimo projektų, sudarančių palankias sąlygas fiziniam aktyvumui, įgyvendinimas, derinant įvairių šaltinių lėšas ir Kūno kultūros ir sporto departamentui administruojant tokius projektus kartu su Aplinkos ministerija ir Susisiekimo ministerija (LR Seimo 2011 m. kovo 24 d. nutarimas Nr. XI-1296).

Nacionalinėje visuomenės sveikatos priežiūros 2016–2023 metų plėtros programoje, siekiant padidinti gyventojų fizinį aktyvumą, numatyta „kurti, atnaujinti ir plėtoti saugią sporto ir fizinės veiklos infrastruktūrą, gerinti jos visuotinį prieinamumą, artinti ją prie gyvenamosios vietos, stiprinti žinybų, planuojančių ir kuriančių rekreacines zonas, parkus, pėsčiųjų ir dviračių takus, bendradarbiavimą“ (LR Vyriausybės 2015 m. gruodžio 9 d. nutarimas Nr. 1291).



4 REKOMENDACIJA. Diegti fizinio aktyvumo recepto išrašymą.

Siūloma pirminių sveikatos priežiūros lygmeniu identifikuoti asmenis, kurių fizinis aktyvumas yra nepakankamas, ir/arba turinčius kitus lėtinių neinfekcinių ligų rizikos veiksnius. Tokiems pacientams gydytojas turėtų suteikti trumpą konsultaciją ir nukreipti (išrašyti receptą) juos dalyvauti fizinio aktyvumo programose (3 pav.). Pacientui recepte nurodoma pagal jo sveikatos būklę rekomenduojama fizinio aktyvumo veikla (pvz., vaikščiojimas), veiklos intensyvumas (pvz., lengvas), veiklos trukmė (pvz., 20–30 min.) ir dažnis (pvz., 5 d./sav.). Rekomenduojama trumpos konsultacijos teikimą įtraukti į lėtinių neinfekcinių ligų strateginius planus ir užtikrinti reikalingus resursus konsultacijų teikimui organizuoti – konsultaciją turi teikti apmokyti specialistai, informacinėse sistemose turėtų būti renkama, kaupiama ir prieinama informacija apie trumpos konsultacijos suteikimą, įstaigoje yra parengtos standartinės dokumentų formos ir pacientams prieinama informacija apie fizinės veiklos galimybes jų gyvenamojoje aplinkoje. Mokslinėje literatūroje atkreipiamas dėmesys, kad siūlomos rekomendacijos veiksmingumui įtakos turi šeimos gydytojų ir kitų specialistų kompetencija. Todėl diegiant šią rekomendaciją būtina užtikrinti tinkamą specialistų parengimą teikti gyvenimo būdą keičiančias konsultacijas (NICE 2013; NICE 2006).

Diegiant fizinio aktyvumo recepto išrašymą, galima motyvuoti veiksmingai judėti ligotus ir/arba vyresnio amžiaus žmones.

SIŪLOMI ŽINGSNIAI

1. Fizinio aktyvumo recepto išrašymą įtraukti į lėtinių neinfekcinių ligų prevencijos strateginius planus.
2. Sukurti asmens sveikatos paslaugas teikiančių specialistų apmokymo išrašyti fizinio aktyvumo receptą programą.
3. Visuomenėje skleisti informaciją apie fizinio aktyvumo receptą ir jo naudą.

Nerekomenduotina:

1. Skatinti išrašyti fizinio aktyvumo receptą tam neparuoštus (neapmokytus) specialistus.

VERTINIMO KRITERIJAI:

asmenų, patenkančių į rizikos grupes dalis (proc.) kuriai buvo išrašytas fizinio aktyvumo receptas.

GEROSIOS PRAKTIKOS PAVYZDŽIAI

Švedija

1996 m. išleista JAV bendrosios chirurgijos (US Surgeon General) ataskaita, kurioje apibendrinti sukaupti mokslo įrodymai apie fizinio aktyvumo naudą sveikatai, paskatino Švedijos nacionalinę visuomenės sveikatos institutą suburti mokslininkų ir ekspertų grupę, kuriai buvo pavesta parengti gyventojų fiziniam aktyvumui didinti skirtą plataus masto programą, apimančią įvairias sritis: bendruomenes, mokyklas, darbovietes, sveikatos priežiūrą ir kt. Ekspertų grupė sveikatos priežiūros sistemoje pasiūlė įdiegti fizinio aktyvumo receptą. Švedijos pirminėje sveikos priežiūroje licencijuoti sveikatos specialistai (gydytojai, psichoterapeutai ir slaugytojos) gali išrašyti fizinio aktyvumo receptą. Licencijuoti specialistai privalo turėti pakankamai žinių apie paciento esamą sveikatos būklę, kaip fizinis aktyvumas galėtų prisidėti prie asmens sveikatos ugdymo, ligų prevencijos ir gydymo, taip pat žinių, kaip teikti į pacientą orientuotą konsultaciją, išmanyti fizinio aktyvumo recepto metodą ir žinoti, kokie yra fizinio aktyvumo paslaugų teikėjai gyvenamojoje aplinkoje. 2001 m. buvo sukurta speciali mokymo programa rengti specialistus tinkamai išrašyti fizinio aktyvumo receptą. Vertinant fizinio aktyvumo recepto taikymo rezultatus Švedijoje nustatyta, kad ši intervencija didina pacientų fizinį aktyvumą, o intervencijos poveikis išlieka po 6 mėn. ir net po 12 mėn. Apklausos duomenimis nustatyta, kad, praėjus 6 mėn. po intervencijos, 65 proc. tiriamųjų nurodė, kad laikosi fizinio aktyvumo recepto rekomendacijų (Raustorp, Sundberg, 2004).



Fizinio aktyvumo receptas – Lietuvoje dar neįprastas ligų prevencijos būdas. Lietuvos sporto federacija yra parengusi fizinio aktyvumo receptą, kuris galėtų būti lengvai pritaikytas naudojimui PASP įstaigose (3 pav.)





Receptas fiziniam krūviui

IŠTVERMĖS TRENIRAVIMAS

- Treniruočių skaičius per savaitę....., kiekvienos trukmė (minutėmis)
- Rekomenduojamas širdies susitraukimų dažnis treniruotės metu: k/min
- Intensyvumas pagal Borgo skalę:
- Apšilimas: 5 min, atsigavimas: 5 min

• Rekomenduojama veikla:

Lėtas ėjimas	Greitas ėjimas	Šiaurietiškas ėjimas	Bėgimas
Plaukimas	Važiavimas dviračiu	Kita:.....	

• Treniruotė ergometru: vatų/apšilimo trukmė minutėmis
vatų/minimali trukmė minutėmis

JĖGOS TRENIRAVIMAS

.....% 1MP (maksimalaus pakartojimo).....kartai serijos

Raumenų grupei (grupėms).....

Gimnastika/ Pusiausvyra/ Koordinacija kartai/sav. Kiekvienos trukmė.....min

Žaidimai su kamuoliu kartai/sav. Kiekvienos trukmė.....min

Kita (Golfas, šokiai, ...). kartai/sav. Kiekvienos trukmė.....min

Sporto medicinos gydytojas:..... Data :

Esant oro trūkumui, širdies „permušimams“ (nereguliariam širdies ritmui), krūtinės skausmui arba galvos svaigimui, rekomenduojama nutraukti treniruotę ir pasikonsultuoti su savo gydytoju

3 pav. Lietuvos sporto medicinos federacijos parengtas fizinio aktyvumo receptas (ES fizinio aktyvumo gairės 2008)



5 REKOMENDACIJA. Gerinti gyventojų fizinio aktyvumo stebėseną.

Siūloma įtraukti vaikų, paauglių ir suaugusiųjų fizinio aktyvumo laisvalaikio ir darbe lygį į rekomenduojamų visuomenės sveikatos stebėsenos gyvensenos rodiklių sąrašą (LR sveikatos apsaugos ministro 2009 m. vasario 6 d. įsakymas Nr. V-62). Tikslinga atskirai stebėti įvairių socialinių grupių (pvz., vaikų, turinčių negalią) fizinį aktyvumą (NICE 2009; Daugbjerg et al., 2009).

Gerinant gyventojų fizinio aktyvumo stebėseną, galima laiku pastebėti fizinio aktyvumo tendencijas ir netolygumus tarp savivaldybių ar atskirų gyventojų grupių. Rezultatai padėtų suplanuoti tikslines priemones netolygumams mažinti.

SIŪLOMI ŽINGSNIAI

1. Sudaryti ir patvirtinti įvairių socialinių grupių, kurių fizinis aktyvumas bus stebimas, sąrašą.
2. Sudaryti ir patvirtinti atnaujintą fizinio aktyvumo rodiklių, kurie bus stebimi, sąrašą.
3. Visuomenės sveikatos specialistus apmokyti, kaip rinkti informaciją gyventojų fizinio aktyvumo stebėsenai.

Nerekomenduotina:

1. Apsiriboti tik nacionalinio lygmens stebėseną (pagal galimybes vykdyti stebėseną savivaldybėse).

GEROSIOS PRAKTIKOS PAVYZDŽIAI

Jungtinė Karalystė

2010 m. vasario mėn. Jungtinėje Karalystėje buvo paskelbta prof. M. Marmot ataskaita „Teisinga visuomenė – sveiki gyvenimai“. Ataskaitoje pristatyta Jungtinės Karalystės sveikatos netolygumų strateginė apžvalga. Prof. M. Marmot sudarė siūlomų sveikatos stebėsenos indikatorių sąrašą. Jo pasiūlyti sveikatos stebėsenos indikatoriai padėjo stebėti bendros strateginės krypties veiksmų įtaką, mažinant sveikatos netolygumus. Šių indikatorių sąrašas buvo atnaujintas 2012 m. ir 2014 m. Prof. M. Marmot pasiūlytas indikatorius, susijęs su fiziniu aktyvumu, – „procentas gyventojų, kurie naudoja įrenginius gryname ore savo fiziniam aktyvumui/sveikatai gerinti“ (Marmot indicators, 2014).

Lietuva

Parengtas gyventojų gyvensenos tyrimo savivaldybėse vykdymo rekomendacijos ir gyvensenos stebėsenos rodiklių sąrašo projektas.



SAVIVALDYBĖS LYGMUO



6 REKOMENDACIJA. Teikti individualias elgesio keitimo konsultacijas.

Moksliniais tyrimais įrodyta, kad, taikant individualias elgesio keitimo konsultacijas, galima padidinti gyventojų fizinį aktyvumą. Konsultacijos yra veiksmingos, taikant jas skirtingo išsilavinimo, lyties, etninių grupių atstovams. Nepaisant to, kad tokios konsultacijos yra veiksmingos, taikant jas įvairiose gyventojų grupėse, orientuotis vien tik į pažeidžiamas gyventojų grupes nerekomenduojama, nes tai neturės didelio poveikio mažinant fizinio aktyvumo netolygumus.

Bendruomenėse taikomomis individualiomis konsultacijomis siekiama keisti žmonių fizinio aktyvumo įgūdžius, padėti fizinio aktyvumo veiklą įtraukti į kasdienį gyvenimą. Individualios konsultacijos teikiamos vadovaujantis motyvacinio interviu elementais. Tokios konsultacijos yra veiksmingesnės, jei yra paremtos konsultuojamo asmens poreikiais. Teikiant konsultacijas turėtų būti atsižvelgiama į asmens interesus, jo pasirengimą keisti elgseną. Mokslinėje literatūroje pateikiama įrodymų, kad socialiai pažeidžiamoms grupėms veiksmingos ne tik tiesioginio kontakto konsultacijos, bet ir konsultacijos, teikiamos nuotoliniu būdu (telefonu ar internetu) (CDCP, 2011; TFCPS, 2002; Ball et al., 2015).

Žingsniamačiai gali būti naudojami kaip papildoma priemonė siekiant stebėti, kaip asmeniui sekasi pasiekti užsibrėžtų tikslų. Šiuos prietaisus paprasta naudoti, jų rodmenys lengvai suprantami. Žingsniamačiai yra veiksmingi taikant juos bendrai populiacijai, tačiau mažai žinoma apie jų poveikį didinant socialiai pažeidžiamų gyventojų fizinį aktyvumą, ar mažinant sveikatos netolygumus (Ball et al., 2015).

SIŪLOMI ŽINGSNIAI

1. Specialistų mokymai, kaip įvertinti fizinio aktyvumo lygį ir teikti individualias konsultacijas.
2. Fizinio aktyvumo konsultacijų teikimas bendruomenės aplinkoje (darbo vietose, visuomenės sveikatos biuruose).
3. Informacijos apie galimybę gauti individualias konsultacijas viešinimas gyventojams.

Nerekomenduotina:

1. Apsiriboti konsultacijų teikimu tik asmens sveikatos priežiūros įstaigose.
2. Skatinti teikti konsultacijas tam neparuoštus (neapmokytus) specialistus.

GEROSIOS PRAKTIKOS PAVYZDŽIAI



JAV

CHAMPS (angl. Community Healthy Activities Model for Seniors) programa. Tai individualiai pritaikyta, pasirinkimu pagrįsta programa, kuria siekiama padidinti vyresnio amžiaus žmonių fizinį aktyvumą. Šioje programoje teikiamos konsultacijos paremtos socialine kognityvine elgesio keitimo teorija. Jos apima fizinio aktyvumo lygio nustatymą, pasitikėjimo savimi ugdymą, pasirengimą keistis, joje naudojami motyvaciniai elementai. Dalyviams taikomi individualūs ir grupiniai susitikimai, seminarai, konsultacijos telefonu, informaciniai pranešimai. Dalyviai taip pat pildo fizinio aktyvumo dienoraščius, vertina savo fizinį pajėgumą (CHAMPS n.d.).



Lietuva

LR sveikatos apsaugos ministro 2008 m. kovo 15 d. Nr. patvirtiname įsakyme Nr. V-196 „Dėl savivaldybės visuomenės sveikatos biuro pavyzdinių nuostatų“ nurodoma, kad savivaldybių visuomenės sveikatos biurų veikla turi apimti gyventojų konsultavimą visuomenės sveikatos klausimais (LR sveikatos apsaugos ministro 2008 m. kovo 15 d. įsakymas Nr. V-196). Higienos instituto atliktos apklausos duomenimis, suaugusių gyventojų konsultavimą fizinio aktyvumo klausimais vykdo tik apie trečdalis (30,3 proc.) visuomenės sveikatos biurų (Radzevičiūtė et al., 2015).



7 REKOMENDACIJA. Vykdyti fizinio aktyvumo programas bendruomenėse.

Moksliniais tyrimais įrodyta, kad fizinį aktyvumą veiksmingai didina daugiakomponentės fizinio aktyvumo programos. Tokiose programose taikomi įvairūs fizinio aktyvumo skatinimo elementai sudaro sąlygas šiose programose dalyvauti gyventojams iš skirtingų socio-ekonominių, etinių grupių, taip pat leidžia įtraukti mažiau motyvuotus gyventojus ir paveikti fizinio aktyvumo įpročius. Mokslinių tyrimų rezultatai patvirtina daugiakomponentių fizinio aktyvumo programų poveikį gyventojų fizinio aktyvumo didėjimui (bendrai populiacijai), tačiau patikimų įrodymų apie tokių programų įtaką mažinant sveikatos netolygumus dar trūksta (Ball et al., 2015).

Paprastai bendruomenėse vykdomose programose dažniau dalyvauja labiau motyvuoti ir fiziškai aktyvesni gyventojai. Norint pasiekti nemotyvuotus fiziškai pasyvius gyventojus ir įtraukti juos į veiklą, fizinio aktyvumo skatinimo programos turėtų apimti keletą svarbiausių elementų:

- Fizinio aktyvumo lygio nustatymas ir individualus konsultavimas (žr. 6 rekomendaciją).
- Bendruomenės lyderių įtraukimas. Bendruomenės lyderius svarbu pasitelkti kuriant ir įgyvendinant fizinio aktyvumo programas. Jų dalyvavimas skatina ir kitus gyventojus įsitraukti į fizinio aktyvumo veiklas, o vykdomas veiklas padaro įdomesnes ir patrauklesnes, palaiko gyventojų norą dalyvauti tęstinėse programose veiklose.
- Bendradarbiavimas. Kuriant ir įgyvendinant programas siekiama įtraukti ir partnerius, pvz., nevyriausybines organizacijas, verslo įmones, pirmines asmens sveikatos priežiūros centrus. Bendradarbiavimas gali būti naudingas keičiantis informacija, užtikrinant fizinio aktyvumo priemonių įvairovę, siekiant į veiklą pritraukti sa-

vanorius, siekiant finansinės paramos ir programos viešinimo.

- Programos viešinimas. Žiniasklaidos priemonės pasitelkiamos norint informuoti apie programos veiklas, infrastruktūros pokyčius, pateikiamos programų dalyvių sėkmės istorijas. Informacija turėtų būti prieinama ir mažai motyvuotiems gyventojams, todėl gyventojų informavimas neturėtų apsiriboti vien tik žiniasklaida. Viešinimas gali apimti įvairias vietas, pvz., prekybos centrų, gyventojų susirinkimo vietas.

Bendruomenėse vykdomos programos gali apimti ne tik fizinio aktyvumo skatinimą, bet ir kitus širdies ir kraujagyslių ligų rizikos veiksnius – rūkymą, mitybą.

Fizinio aktyvumo didinimo programos gali būti orientuotos ne tik į sveikatos stiprinimo veiklas, bet ir į esamos fizinio aktyvumo infrastruktūros atnaujinimą bei saugios fiziniam aktyvumui pritaikytos infrastruktūros plėtrą (žr. 9 rekomendaciją).

Fizinio aktyvumo skatinimo programos gali būti vykdomos ir mažesnėse bendruomenėse, pavyzdžiui, darbovietėse, mokyklų bendruomenėse. Mažesnėse bendruomenėse taikomos programos taip pat turėtų apimti pagrindinius aukščiau išvardytus elementus (CDCP, 2011; TFCPS, 2002; NICE, 2008).

SIŪLOMI ŽINGSNIAI

1. Į programas įtraukti priemones, kurios užtikrintų pasyvių, nemotyvuotų gyventojų dalyvavimą.
2. Kuriant ir įgyvendinant programas bendradarbiauti su įvairiais sektoriais (siekiant išnaudoti turimą infrastruktūrą (pvz., mokyklas) ar pasitelkiant specialistus).
3. Įgyvendinat programas užtikrinti priemonių įvairovę, atsižvelgti į dalyvių poreikius ir fizinio aktyvumo galimybes.
4. Informaciją apie programą viešinti pasitelkus įvairias informavimo priemones.

Nerekomenduotina:

1. Rengti programas neatsižvelgiant į tikslinių grupių (kam programa skirta) poreikius ir galimybes.
2. Rengti fizinio aktyvumo skatinimo programas, kurias sudaro tik teoriniai užsiėmimai

GEROSIOS PRAKTIKOS PAVYZDŽIAI



Norvegija

Romsås miestelyje vykdytas fizinio aktyvumo skatinimo projektas, daugiausia skirtas žemas pajamas gaunantiems, etninėms mažumoms priklausantiems asmenims. Projektas apėmė daugelį fizinio aktyvumo skatinimo elementų – buvo orientuojamasi į individualius, socialinius ir aplinkos veiksmus, pavyzdžiui, organizuojamos vaikščiojimo ir šokių grupės, individualus konsultavimas, gerinamas pėsčiųjų takų saugumas. Projekto vertinimas parodė, kad dalyvių fizinis aktyvumas padidėjo, o geriausi rezultatai buvo stebėti pažeidžiamose grupėse. Vėliau projektas buvo išplėstas įtraukiant ir mitybos sritį (Jenum, Lorentzen, Ommundsen, 2009).



JAV

Bostono Visuomenės sveikatos komisija sukūrė programą „Neighbor Walk“, kurioje dalyvavo 56 vaikščiojimo grupės iš tų miesto rajonų, kuriuose yra didelis rizikos veiksnių ir tam tikrų ligų paplitimas. Kiekvieną vaikščiojimo grupę sudarė apie 10 dalyvių, kurie per dieną nueina beveik 4 km. Buvo siekiama, kad programos dalyviai bent kartą per savaitę skirtų nuo 30 min. iki 1 val. vaikščiojimui. Šioje programoje svarbų vaidmenį įtraukiant dalyvius ir planuojant jų veiklą atliko bendruomenės lyderiai – kiekvienos kaimynystės vadovas koordinavo vaikščiojimo veiklą sudarydamas vaikščiojimo planą, planuodamas skirtingus maršrutus. Vaikščiojimo grupių dalyvių tarpusavio parama ir motyvacijos palaikymas buvo reikšmingas, norint pasiekti užsibrėžtą fizinio aktyvumo tikslą. Be vaikščiojimo, programos

dalyviams kiekvienais metais organizuojami seminarai dviem skirtingomis sveikatos temomis, kurias pasirenka patys dalyviai (CDCP, 2011).



Lietuva

Savivaldos įstatyme viena iš nurodytų savarankiškų savivaldybės funkcijų yra sveikatingumo priemonių planavimas ir įgyvendinimas (LR vietos savivaldos įstatymas 1994, Nr. I-533). Savivaldybės bendruomenės sveikatos taryba koordinuoja savivaldybės teritorijoje sveikatos stiprinimo priemonių rengimą ir įgyvendinimą. Programoms remti ir finansuoti naudojamos savivaldybių visuomenės sveikatos rėmimo specialiosios programos lėšos. LR sveikatos apsaugos ministro 2008 m. kovo 15 d. patvirtiname įsakyme Nr. V-196 „Dėl savivaldybės visuomenės sveikatos biuro pavyzdinių nuostatų“ nurodoma, kad visuomenės sveikatos biurų veikla apimą tikslinių savivaldybės visuomenės sveikatos stiprinimo ir profilaktikos programų rengimą pagal savivaldybėje nustatytą sveikatos sutrikimų ar sveikatai įtakos darančių veiksnių paplitimą.



8 REKOMENDACIJA. Gerinti formalų fizinio aktyvumo ugdymą.

Ugdymo įstaigose vykdomos formalaus fizinio aktyvumo programos turi didelį potencialią sumažinti fizinio aktyvumo netolygumus. Mokyklose vykdomi fizinio aktyvumo užsiėmimai yra veiksmingi didinant fizinį aktyvumą ir fizinį pajėgumą skirtingose vaikų grupėse (Ball et al., 2015).

Mokyklose siūloma taikyti fizinio aktyvumo pamokas, kuriose vaikai ilgesnį laiką užsiimtų vidutinio intensyvumo ar intensyvia fizinio aktyvumo veikla. Tai gali būti pasiekama keičiant pamokų struktūrinius elementus, pvz., keičiant žaidimų taisykles ir pasirenkant judresnes veiklas formas, taip pat pamokų tvarkaraštyje numatant daugiau kūno kultūros pamokų per savaitę. Formalaus fizinio aktyvumo mokymas turi būti tinkamai suplanuotas – pamokos turėtų būti vykdomos pagal iš anksto parengtą planą. Pamokos negali būti paliekamos savieigai, priešingu atveju tik dalis vaikų užsiimtų fizinio aktyvumo veikla, nebūtų užtikrinamas jų saugumas pamokos metu. Siekiant kuo labiau įtraukti mergaites, gali būti numatytos atskiros fizinio aktyvumo veiklos mergaitėms, atsižvelgiant į jų poreikius. Ugdymo įstaigose formalų fizinio aktyvumo ugdymą turėtų teikti tik kvalifikuoti specialistai. Formalaus fizinio aktyvumo ugdymas gali būti derinamas su kitomis mokyklų ir bendruomenių fizinio aktyvumo veiklomis, pvz., švietimu apie sveikatą / fizinį aktyvumą (CDCP 2011; TFCPS 2002).

SIŪLOMI ŽINGSNIAI

1. Didinti šalies bendrojo lavinimo mokyklose kūno kultūros pamokų svarbą, siekti, kad kūno kultūros dalykas būtų prilygintas kitiems dalykams ir vertinamas pažymiu.
2. Visose mokyklose turėtų būti vedamos trys fizinio aktyvumo ugdymo pamokos per savaitę.
3. Aprūpinti mokyklas šiuolaikine sporto infrastruktūra, įranga ir priemonėmis.
4. Pagal nustatytus rodiklius reguliariai vertinti mokinių fizinius gebėjimus ir pažangą.

Nerekomenduotina:

1. Formalius fizinio aktyvumo užsiėmimus palikti savieigai, t. y. vykdyti kūno kultūros pamokas, neturinčias iš anksto numatytos struktūros.
2. Fizinio aktyvumo skatinimo veiklą patikėti vykdyti nekvalifikuotiems asmenims.



9 REKOMENDACIJA. Plėtoti fiziniam aktyvumui tinkamą infrastruktūrą.

Lietuvoje mažėja sporto bazių dėl jų privatizavimo ir funkcinės paskirties keitimo. Dėl komercinių priežasčių nuolat tankinama urbanizuota gyvenamoji aplinka, o teritorijų planavimo metodikos neatitinka sveikos gyvensenos poreikių. Siekiant pakeisti situaciją, turi būti pritaikytos ir panaudotos fizinio aktyvumo reikmėms šalies gamtinė aplinka, rekreacinės bazės. Vietos lygmeniu turėtų būti kuriama viešoji fiziniam aktyvumui tinkama infrastruktūra (LR Seimo 2011 m. kovo 24 d. nutarimas Nr. XI-1296). Vis dėlto, gyventojai nėra linkę naudotis esama fizinio aktyvumo infrastruktūra, jei ji yra netvarkinga, neužtikrinama saugi aplinka. Todėl plėtojant infrastruktūrą, kartu turi būti užtikrinama saugi, patogi, estetiškai priimtina aplinka. Kuriant fizinį aktyvumą skatinančią aplinką būtina atsižvelgti į tokius elementus, kaip geras pėsčiųjų ir dviračių takų apšvietimas, dviračių takų žymėjimas, dviračių statymo ir laikymo vietos, šiukšlių surinkimas, saugumas gatvių sankryžose, greičio mažinimo priemonių įrengimas, motorinių transporto priemonių ribojimas, pvz., uždariant ar siaurinant kelius (NICE, 2009; CDCP, 2011; TFCPS, 2002).

SIŪLOMI ŽINGSNIAI

1. Nustatyti ir įgyvendinti minimalius reikalavimus, taikomus fiziniam aktyvumui tinkamai infrastruktūrai, planuojant ir atliekant gyvenamosios aplinkos pertvarkymus.
2. Tolygiai plėtoti fiziniam aktyvumui tinkamą infrastruktūrą visuose Lietuvos regionuose.

Nerekomenduotina:

1. Kurti ir plėtoti infrastruktūrą, neužtikrinant saugios ir gyventojams priimtinos aplinkos kūrimo.
2. Orientuotis tik į infrastruktūros plėtrą, neskiriant dėmesio kitoms fizinio aktyvumo skatinimo veikloms (informavimo, konsultavimo).

GEROSIOS PRAKTIKOS PAVYZDŽIAI



Jungtinė Karalystė

Anglijoje aktyvios kelionės iniciatyva buvo įtraukta į nutukimo ir lėtinių neinfekcinių ligų paplitimo mažinimo strategijas. 2010 m. Vyriausybės išleistoje baltojoje knygoje (angl. White Paper) pažymėta, kad „aktyvi kelionė ir fizinis aktyvumas bendruomenėse turi tapti kasdieninio gyvenimo norma“. Įgyvendinant iniciatyvą aktyviai prisidėjo nevyriausybinės organizacijos, tokios kaip „Sustrans“, kuri nuo įsikūrimo pradžios (1977 m.) į dviračių takų infrastruktūrą investavo apie £500 mln. „Sustrans“ aktyviai bendradarbiauja su vietos transporto įmonėmis, visuomenės sveikatos komandomis, kitomis nevyriausybinėmis organizacijomis ir 3000 nuolatinių savanorių. „Sustrans“ nacionalinį dviračių takų tinklą sudaro 20 000 km. Šios organizacijos vykdoma iniciatyva „Važiuok dviračiu“ padidino moksleivių važiuojančių į ir iš mokyklos dviračiu skaičių 10 proc.

Ypač daug išaugo dviračiais važiuojančių asmenų skaičius Londone: asmenų atvykstančių savaitgaliais ryte į Londono centrą dviračiais per 2001–2009 m. laikotarpį išaugo 123 proc, o vien per 2008–2009 m. laikotarpį – 15 proc. Specialistų nuomone, tokį augimo mastą lėmė kelios priežastys, įskaitant dviračių infrastruktūros pagerinimą, spūsčių mokesčio įvedimą (£11,50 per dieną, skirtingoms miesto zonoms nustatytas skirtingas mokestis), dviračių parko įkūrimą bendromis Londono transporto įmonės ir „Barclays“ banko pastangomis (C3 Collaboration for Health, 2012).



Lietuva

Cyclocity Vilnius – dviračių nuomos sistema, turinti 37 dviračių nuomos punktus (iš viso 300 dviračių), kurie mieste paskirstyti taip, kad užtikrintų paprastą ir tinkamiausią dviračių naudojimą. Cyclocity Vilnius veikia ištisą parą visomis savaitės dienomis. Šia dviračių nuomos sistema galima naudotis kiekvienam asmeniui nuo 14 metų. Interneto svetainėje <http://www.cyclocity.lt/> pateikiamos kelių eismo taisyklės, saugumo reikalavimai dviratininkams (atšvaitų, šalmų naudojimas), patarimai nuomojantiems dviračius, dviračių nuomos punktų žemėlapis ir kita informacija (Cyclocity Vilnius n.d).



10 REKOMENDACIJA. Užtikrinti specialistų kvalifikaciją.

Asmenys, įgyvendinantys fizinio aktyvumo skatinimo programas (formalius ir neformalius fizinio aktyvumo užsiėmimus) turi turėti atitinkamą kvalifikaciją. Rekomendacija taikoma specialistams ir savanoriams (bendruomenės nariams), kurie prisideda prie fizinio aktyvumo programų įgyvendinimo. Šiems asmenims turi būti vykdomi tęstiniai mokymai. Jie reikalingai tam, kad specialistai sugebėtų į fizinio aktyvumo veiklas įtraukti ir mažai motyvuotus gyventojus, išlaikyti jų norą dalyvauti fizinio aktyvumo veikloje, mokėtų suprasti jų poreikius ir gebėjimus, mokėtų nustatyti dalyvių fizinio aktyvumo lygį, turėtų tinkamų įgūdžių, reikalingų planuoti ir vykdyti skirtingus fizinio aktyvumo užsiėmimus (NICE, 2009).

SIŪLOMI ŽINGSNIAI

1. Įsteigti ir plėsti sporto specialistų studijų ir mokymo programas kolegijose, atsižvelgiant į sporto organizacijų, verslo asociacijų, savivaldybių institucijų ir įstaigų poreikius.
2. Tobulinti sporto specialistų kvalifikacijos kėlimo sistemą.
3. Tobulinti universitetinį sporto specialistų rengimą.
4. Parengti ir įgyvendinti sporto veteranų, sportininkų, baigusių sportininkų karjerą, integravimo į naują profesinę veiklą programas, prioritetą teikiant jų įtraukimui į sveikos gyvensenos programų įgyvendinimą, laisvalaikio užimtumo priemonių vykdymą, neformaliojo sportinio ugdymo plėtrą.

Nerekomenduotina:

1. Fizinio aktyvumo skatinimo veiklą patikėti vykdyti nekvalifikuotiems asmenims.

10 lentelė. Fizinio aktyvumo netolygumų stebėsenai rekomenduojami rodikliai

Rodiklis	Socialiniai, demografiniai veiksniai
Suaugusieji	
Suaugusiųjų, kurie laisvalaikio mankštinasi bent po 30 min. 2–3 kartus per savaitę ar dažniau, dalis	Lytis, amžius, tautybė, gyvenamoji vieta, šeiminė padėtis, išsilavinimas, profesija, užimtumas, vidutinės pajamos
Suaugusiųjų, kuriems yra prieinami žalieji plotai kaimynystėje, dalis	
Suaugusiųjų, kurių žalieji plotai kaimynystėje saugūs, dalis	
Suaugusiųjų, kurie gali pailsėti / atsipalaiduoti žaliuosiuose plotuose kaimynystėje, dalis	
Suaugusiųjų, kurie gali užsiimti aktyvia veikla žaliuosiuose plotuose, dalis	
Suaugusiųjų, kuriems pakankamai žaliųjų plotų kaimynystėje, dalis	

10 lentelės tęsinys

Rodiklis	Socialiniai, demografiniai veiksniai
Vaikai	
Mokyklinio amžiaus vaikų, kurie ne pamokų metu, laisvalaikiu mankština ir sportuoja 2–3 kartus per savaitę ir dažniau, dalis	Lytis, amžius, gyvenamoji vieta, tautybė, šeimos turtinė padėtis
Mokyklinio amžiaus vaikų, kurie laisvalaikiu mankština 2–3 valandas per savaitę ir ilgiau, dalis.	
Mokyklinio amžiaus vaikų, kurie darbo dienomis 4 ir daugiau valandų per dieną žiūri televizorių, žaidžia kompiuteriu, dalis	
Mokyklinio amžiaus vaikų, kurie savaitgaliais 4 ir daugiau valandų per dieną žiūri televizorių, žaidžia kompiuteriu, dalis	

2.6. SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PRIEINAMUMAS

REKOMENDACIJOS

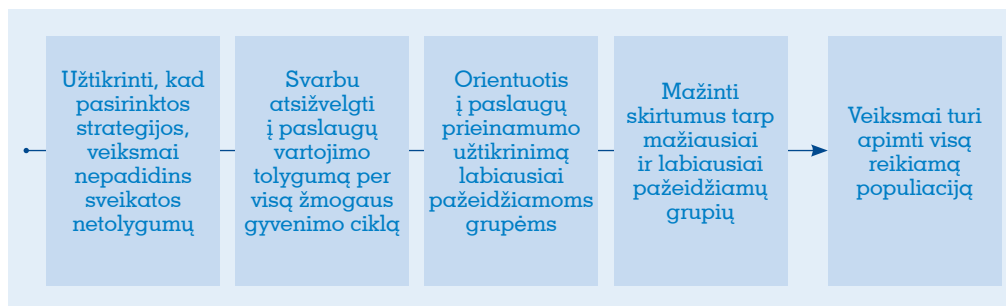
Tarptautiniai tyrimai atskleidė, kad tos šalys, kurios turi kokybišką pirminę sveikatos priežiūrą, racionaliau naudodamos sveikatos priežiūros išteklius, pasiekia geresnius visuomenės sveikatos rodiklius ir mažesnius sveikatos netolygumus

Daugelis pasaulio šalių po PSO Alma Atos deklaracijos (1978 m.) paskelbimo investavo į pirminės sveikatos priežiūros kūrimą bei sveikatos priežiūros reformas. Tarptautiniai tyrimai atskleidė, kad tos šalys, kurios turi kokybišką pirminę sveikatos priežiūrą, racionaliau naudodamos sveikatos priežiūros išteklius, pasiekia geresnius visuomenės sveikatos ro-

diklius ir mažesnius sveikatos netolygumus (Starfield, Shi, 2002; Starfield et al., 2005). Apibendrindama šalių narių sveikatos reformų patirtį po 30 metų nuo Alma Atos deklaracijos paskelbimo, PSO 2008 m. ataskaitoje „Pirminė sveikatos priežiūra – dabar labiau, nei bet kada“ pabrėžė, kad reformų metu dažnai daromos klaidos, nukrypstama nuo šios deklaracijos principų. Šalims, neskyrusioms pakankamai dėmesio pirminei sveikatos priežiūrai stiprinti, šios klaidos pasireiškia augančiomis išlaidomis sveikatos priežiūrai ir didėjančiais sveikatos netolygumais (WHO, 2008).

PSO 2014 m. išleistose rekomendacijose sveikatos teismo užtikrinimui ir netolygumui mažinti tarp skirtingų socialinių grupių pirmiau-

sia įvardyta, kad svarbu nepadaryti didesnės žalos, nei ji yra šiuo metu. Planuojant strategijas ir veiksmus, būtina įvertinti ir jų galimą poveikį skirtingoms gyventojų grupėms. Klaidinga manyti, kad universalios priemonės, veikiančios vidutinę gyventojų grupę, taip pat paveiks ir pažeidžiamiausias grupes (4 pav.).



4 pav. Sveikatos priežiūros paslaugų vartojimo netolygumų mažinimo strategija

Priimant sprendimus ir koreguojant teisės aktus, turinčius įtakos sveikatos priežiūros paslaugų vartojimo prieinamumui, Lietuvoje dažniausiai atsižvelgiama į siekį užtikrinti paslaugų vartojimo tolygumą geografiniu ir amžiaus aspektais, tačiau neatsižvelgiama į kitas socialines ekonomines grupes. Jau ir šiuo metu yra išryškėjusi situacija, kad nors ir valstybinės profilaktinės patikros programos yra skirtos tam tikros amžiaus grupės asmenims, jomis mažiausiai naudojasi žemesnį išsilavinimą ir atokiau nuo centrų gyvenantys gyventojai. Tai rodo, kad taikant šias programas dar kartą būtina įvertinti jų prieinamumą skirtingoms socialinėms grupėms ir nustatyti tokios elgsenos priežastis.

Investavimas į ankstyvuosius gyvenimo metus suteikia vieną iš geriausių galimybių sumažinti sveikatos nelygybę per vienos kartos gyvenamąjį laikotarpį. Ankstyvos vaikystės (tai etapas nuo perinatalinio vystymosi iki aštuonerių metų amžiaus) ir ankstyvo bei vėlesnio lavinimo patirtis padeda esminius sveikatos pagrindus visam gyvenimui

(WHO 2008). Planuojant intervencijas svarbu pasirinkti kelių strategijų kombinaciją, nukreiptą ir į ankstyvuosius gyvenimo metus ir į pažeidžiamas asmenų grupes, kartu atsižvelgti į paslaugos suteikimo savalaikiškumą ir tinkamą paslaugos parinkimą.

Svarbu atsižvelgti į tai, kad asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo srityje didesnę vaidmenį atlieka valstybės lygmuo, nes jame yra sutelktos teisinės galios veikti. Visuomenės sveikatos paslaugų prieinamumui skirtingose gyventojų grupėse pagrindinis vaidmuo tenka savivaldybėms, nors ir šios srities teisiniai bei finansiniai valdymo svertai priklauso nuo valstybės. Taigi šios sveikatos priežiūros (asmens ir visuomenės) paslaugų prieinamumo gerinimo rekomendacijos yra susipynusios ir reikalauja abiejų lygių specialistų pasiryžimo ir priemonių joms įgyvendinti. Būtinai tarpsektorinis ir tarpinstitucinis bendradarbiavimas horizontaliuoju ir vertikalioju lygmeniu, patvirtintas susitarimais.

Projekto „Teisumas 2020“ ekspertai pateikia galimas intervencijas sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo netolygumui, susidarusiui dėl geografinių, ekonominių ir kultūrinių skirtumų, mažinti. Rekomenduojama sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo netolygumus geografiniu požiūriu mažinti vykdant ir gerinant tikslinių teritorijų (kaimo vietovių) pasiekimo programas (Beenackers et al., 2015). Tyrimų, kurie pateiktų paslaugų prieinamumo problemų, kurios susidarė dėl tam tikrų kultūrinių priežasčių, mažinimo sprendimus, yra nepakankamai. Sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo mažinimo strategijos, nukreiptos į ekonominių barjerų panaikinimą, yra efektyvios netolygumų mažinimui tose šalyse, kurios yra žemo arba vidutinio išsivystymo lygio (pavyzdžiui, sveikatos draudimo paslaugos arba tikslinio rėmimo programos) (Beenackers et al., 2015).

REKOMENDACIJOS PASLAUGŲ LYGMENIU

2010 ir 2011 m. atliktų reprezentatyvių Lietuvos gyventojų ir paslaugų teikėjų apklausų rezultatai parodė, kad naudojimosi ASPĮ sveikatos priežiūros paslaugomis Lietuvoje lygis yra aukštas (Sveikatos informacijos centras, 2012). Toliau pateikiamos nustatytos pagrindinės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo problemos ir rekomendacijos prieinamumui gerinti.



1. Pirminio lygio ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugos

Situacijos aprašymas ir problemos	Rekomendacijos
Esminiai trūkumai šeimos gydytojų paslaugų grandyje pastebimi organizacinio prieinamumo srityse: per ilgą laukimo trukmę patekti pas gydytoją ir prie kabineto, gydytojo laiko gaišimas vien receptams išrašyti, įvairioms atskaitomybės formoms pildyti. Atitinkamai ir pirminio lygio sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai prasčiausiai iš paslaugų organizavimo aspektų vertina galimybę vienam pacientui skirti pakankamai laiko, įsigilinant į jo problemą, aptariant jo finansines galimybes, sutvarkyti reikiamus dokumentus paciento neužlaikant.	1. Organizaciniam prieinamumui efektyvinti būtų galima kai kuriuos paskyrimus pacientams derinti telefonu, elektroniniu būdu, dalį funkcijų perduodant slaugytojoms. Tai ne tik sumažintų laukimo prie kabineto durų laiką, bet ir sudarytų galimybę tiek pacientui, tiek gydytojui geriau planuoti savo laiką bei suderinti atvykimo būtinumą. Būtina suformuoti šeimos gydytojo komandą, praplečiant ją slaugos ir socialinių paslaugų darbuotojais bei perkeldant dalį funkcijų jiems. 2. Numatyti teisės aktų peržiūrėjimą dalį funkcijų deleguojant PSP slaugytojoms, suplanuoti PSP komandos suformavimą, proporcingai gyventojų skaičiui įtraukiant į jos sudėtį daugiau narių (socialinių darbuotojų, psichologų, dar vieną slaugytoją su specialiomis paciento atvejo vadybos žiniomis). 3. Supaprastinti receptų tęsimo tvarką. 4. Rekomenduotinas tyrimų pirminėje grandyje išplėtimas. 5. Ilgalaikeje perspektyvoje – suaktyvinti elektroninės sveikatos projektų įgyvendinimo priemones nacionaliniu mastu. 6. Ypač svarbu vykdyti organizacines inovacijas, diegiant elektroninės sveikatos paslaugas ir tokiu būdu mažinant dokumentų pildymo krūvį PSP grandies darbuotojams bei informacijos perdavimo iš vieno specialistų kitiems mastus ir kokybę. Be jau anksčiau siūlytų priemonių, vertėtų parengti papildomas rekomendacijas įstaigoms taip pat inicijuojant keistis geros praktikos pavyzdžiais, užtikrinti šios informacijos sklaidą, investuoti į administracijos darbuotojų ir vadovybės kvalifikacijos tobulinimą vadybos bei strateginio planavimo srityse.

2. Antrinio lygio ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugos

Situacijos aprašymas ir problemos	Rekomendacijos
Pastebimas didesnis paslaugų vartojimo mastas ir ilgesnė laukimo trukmė nuo siuntimo išdavimo iki apsilankymo didžiųjų miestų ASPJ, teikiančiose pirminio ir antrinio lygio paslaugas. Pagrindinės problemos, teikiant šias paslaugas, pastebimos organizacinio, komunikacinio ir ekonominio prieinamumo srityse. Ryškiausi neatitikimai – sudėtingas komunikacinis prieinamumas ir probleminis organizacinis prieinamumas (laukimo trukmė nuo siuntimo išdavimo iki apsilankymo, laukimo trukmė prie kabineto, galimybės patekti pas specialistą tinkamu laiku). Pacientų poreikių taip pat netenkina gydytojų atsižvelgimas į finansines paciento galimybes prieš skiriant gydymą.	1. Mažinti siuntimų antrinio lygio specialistų konsultacijai skaičių (pvz., vien receptui išrašyti, plėsti šeimos gydytojo kompetencijai priklausančių tyrimų skaičių). 2. Šio profilio paslaugoms optimizuoti taip pat reikėtų aktyvinti elektroninės sveikatos programos įgyvendinimą. 3. Supaprastinti receptų išrašymo ir tęsimo tvarką ne tik PSP, bet ir antrinėje specializuotoje ambulatorinėje grandyje, žinoma, užtikrinant jų išrašymo stebėseną. 4. Struktūriškai atskirti pirminės ir antrinės ambulatorinės pagalbos organizavimą. 5. Inicijuoti darbo organizavimo procesų optimizavimą šio tipo įstaigose pagal anksčiau pateiktas rekomendacijas.

3. Dienos chirurgijos paslaugos

Situacijos aprašymas ir problemos	Rekomendacijos
Dienos chirurgijos plėtra ir paslaugų kokybė tiek sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų, tiek pacientų vertinama teigiamai, nors naudojimosi mastas nėra didelis.	1. Ši sritis galėtų būti išvystyta kai kurioms įstaigoms, reorganizuojančioms savo teikiamas stacionarines paslaugas ir taip pagerinančioms stacionariųjų paslaugų prieinamumo rodiklius Lietuvoje. Tačiau svarbu įvertinti dienos chirurgijos paslaugų socialines indikacijas, todėl, esant nedideliame pacientų skaičiui ir siekiant užtikrinti gerą paslaugų kokybę, rajonuose plėtoti dienos chirurgijos paslaugas yra mažiau perspektyvu nei didžiuosiuose miestuose ir regionų centruose. 2. Reikėtų nustatyti aiškius ambulatorinės chirurgijos reikalavimus ir santykį su ambulatorine chirurgija.

4. Antrinio lygio stacionarinės sveikatos priežiūros paslaugos

Situacijos aprašymas ir problemos	Rekomendacijos
1. Stacionariųjų gydymo įstaigų tinklas ir infrastruktūra Lietuvoje yra gerai išplėtoti. Verta paminėti, kad komunikacinio prieinamumo aspektai, tokie kaip atstumas iki ligoninės ir patogumas nuvykti iki jos, pacientams nėra svarbūs, lyginant su paslaugų kokybės aspektais. 2. Organizuojant stacionarines paslaugas svarbu spręsti pirminės ir antrinės sveikatos priežiūros efektyvumo klausimus, nes du trečdaliai ligonių atvyksta stacionariam gydymui dėl ūmių susirgimų ir traumų, o tai apsunkina stacionariųjų paslaugų srautų planavimą ir, žinoma, neleidžia veiksmingai planuoti sąnaudų. 3. Vertinant stacionariųjų paslaugų pasitenkinimą pacientams svarbiausia yra priežiūros ir slaugymo užtikrinimas, gydytojo įsigilinimas į problemą, informavimas apie sveikatos būklę bei atsakymai į klausimus, gydytojo dėmesys ir pagarba pacientui, paciento privatumo užtikrinimas, taip pat gebėjimas nuraminti ir paguosti. Iš šių aspektų pacientų poreikių labiausiai netenkinama su informacija bei asmeniniu dėmesiu pacientui susiję paslaugų aspektai. 4. Sveikatos priežiūros paslaugų teikėjai, kaip ir patys pacientai, išskiria tinkamo pacientų informavimo svarbą bei vadybines problemas – netinkamas pacientų nukreipimas, prastai organizuojamas pacientų registravimas ir srautai, gaištama daug laiko dokumentacijai.	1. Stacionarinės pagalbos struktūros optimizavimas Lietuvoje nesudaro pacientams didesnių prieinamumo problemų ir turi būti tęsiamas toliau, ypač miestuose. 2. Organizaciniam prieinamumui ir paslaugų planavimui ligoninėse gerinti yra būtina tobulinti pirminės ir antrinės ambulatorinės sveikatos priežiūros efektyvumą, skatinant daugiau pacientų gydyti pirminėje grandyje ir teikti pagalbą ambulatorinėmis sąlygomis. Dienos stacionaro, dienos chirurgijos, ambulatorinės reabilitacijos ir apskritai ambulatorinių specializuotų paslaugų plėtra leistų radikaliau redukuoti stacionarines paslaugas ir racionalizuoti finansinių išteklių naudojimą. Tačiau kiekviename restruktūrizacijos paliestame rajone būtina detali paslaugų ir pacientų srautų analizė norint įvertinti, kiek stacionariųjų paslaugų redukciją kompensuoja PSP ir ambulatorinių specializuotų bei dienos stacionaro ir dienos chirurgijos paslaugų plėtra. 3. Būtina investuoti ne tik į patalpas, įrangą ir aparatūrą, bet ir į stacionariųjų sveikatos priežiūros įstaigų organizacinę kultūrą: dėmesio pacientui, jo teisėms, taip pat informavimui, pagarbai ir atjautai užtikrinimą. Taip pat būtina pagerinti maisto kokybę.

5. Palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugos

Situacijos aprašymas ir problemos	Rekomendacijos
Stacionariųjų palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų vartojimo mastas Lietuvoje nėra didelis, kokybės vertinimas tik patenkinamas. Ateityje šių paslaugų poreikiai turės plėstis daugiau naudojant stacionarinės pagalbos.	Plečiant stacionarines slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugas ir redukuojant stacionarines paslaugas, siūlytina labiau atsižvelgti į ilgalaikio gyvenimo komforto poreikius pacientams ir maisto kokybę.



6. Greitosios medicinos pagalbos paslaugos

Situacijos aprašymas ir problemos	Rekomendacijos
1. GMP paslaugų vartojama gana daug, tikėtina, tai lemia visos sveikatos apsaugos sistemos darbo organizavimo įpročiai, o tai yra didelis resursų racionalizavimo rezervas. 2. GMP brigados atvykimo operatyvumas daugeliu atvejų atitinka normas. Kaip ir 2010 m., operatyvumo problemos nustatytos Vilniaus mieste. 3. Pažymėtinas aukštas pasitenkinimo greitosios pagalbos paslaugų teikimu lygis, ypač tarp suaugusių pacientų, restruktūrizacijos paliestuose rajonuose. Aukštus vertinimus lemia pacientams svarbių poreikių patenkinimas, kurio kartais trūksta kitų paslaugų teikėjų darbe: dėmesys ir pagarba pacientui, gebėjimas išklausti ir išsiaiškinti problemą, patarimai dėl tolesnio gydymo, paaiškinimai, jeigu nereikia vykti į ligoninę. Paslaugų teikėjai savo ruožtu taip pat pateikia aukštus savo teikiamų GMP paslaugų įvertinimus, itin pabrėžia pagerėjusią kokybę. 4. GMP reformos vykdymas vertintinas kaip teigiamas: pasitenkinimas GPM teikiamomis paslaugomis – aukštas, GMP brigadų darbas reformos paliestuose rajonuose atitinka pacientų lūkesčius ir poreikius, ką atspindi aukštas pasitenkinimas ir geri vertinimai.	1. Būtinąs GMP veiklos efektyvumo didinimas. Vienas iš GMP veiklos efektyvumo didinimo būdų – skambučių nukreipimo paslaugos. 2. Aprūpinus skambučių centrus atitinkamais kvalifikuotais specialistais operatoriais, būtų galima efektyviau planuoti ir valdyti GMP iškvietimų poreikį bei mastą. 3. Vertėtų inicijuoti bendradarbiaujant su Susisiekimo ministerija, žaliųjų juostų specialiajam transportui veikimo užtikrinimą.

Apibendrinant pažymėtina, kad, sprendžiant sveikatos paslaugų vartojimo nelygumų problemas nuolat vykstančios sveikatos priežiūros reformos kontekste, būtina atlikti kompleksinius sveikatos priežiūros paslaugų vartojimo netolygumų tyrimus. Kita vertus, siekiant didesnio sveikatos priežiūros paslaugų teikimo efektyvumo ir mažinant stacionariųjų sveikatos priežiūros paslaugų apimtį, kartu būtina plėsti ambulatorinių pirminių ir specializuotų, dienos stacionaro bei slaugos ir palaikomojo gydymo apimtis (Sveikatos informacijos centras, 2012).

REKOMENDACIJOS VALDYMO LYGMENIU

1. Nacionalinio lygmens rekomendacijos

1. Užtikrinti sistemingą sveikatos priežiūros (asmens ir visuomenės) paslaugų prieinamumo skirtingoms asmenų grupėms stebėseną valstybės lygiu.
2. Gerinti asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, siekiant užtikrinti tinkamą paslaugų prieinamumą pagal skirtingų grupių gyventojų poreikius.

2. Savivaldybės lygmens rekomendacijos

1. Užtikrinti sistemingą sveikatos priežiūros (asmens ir visuomenės) paslaugų prieinamumo skirtingoms asmenų grupėms stebėseną savivaldos lygiu.
2. Socialinės rizikos grupių gyventojų rizikingos elgsenos prevencija ir intervencijos pokyčiams per tarpsektorines pirminės sveikatos priežiūros, visuomenės sveikatos specialistų, socialinių darbuotojų ir kitas veiklas.
3. Užtikrinti tolygų pirmą kontaktą skirtingoms socialinėms ir ekonominėms asmenų grupėms asmens sveikatos priežiūroje, nepriklausomai nuo socialinės klasės, išsilavinimo, šeiminės padėties, ekonominės padėties ir gyvenamosios vietos pagal jų poreikį organizaciniu aspektu.

NACIONALINIS LYGMUO



1 REKOMENDACIJA. Užtikrinti sistemingą sveikatos priežiūros (asmens ir visuomenės) paslaugų prieinamumo skirtingoms asmenų grupėms stebėseną valstybės lygmeniu.

Valstybės lygmeniu atliekami tyrimai, kurių metu siekiama įvertinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą. Tačiau dalis jų apsiriboja identifikuojant egzistuojančius skirtumus tarp savivaldybių, kitų tyrimų metu pateikiama subjektyvi gyventojų nuomonė apie paslaugų prieinamumą. Vis dar trūksta tyrimų, kurių metu reguliariai būtų vertinama asmens ir visuomenės sveikatos paslaugų prieinamumas ne tik geografiniu aspektu, bet ir paslaugų prieinamumas skirtingoms asmenų grupėms, pagal socialinę klasę, šeiminių padėčių, užsiėmimą ir ekonominę padėtį. Reguliariai renkami duomenys leistų įvertinti paslaugų prieinamumo skirtumų priežastis, stebėti jų kitimus ir atitinkamai priimti tinkamus sprendimus. Svarbu reguliariai vertinti įvairių asmens sveikatos priežiūros paslaugų (pvz., skubiosios pagalbos, reabilitacijos, odontologijos ir kt.) ir vykdomų prevencinių programų, taip pat visuomenės sveikatos paslaugų prieinamumą skirtingiems žmogaus gyvenimo amžiaus tarpsniais (kūdikiams, šeimoms, paaugliams, suaugusiems, senjorams ir kt.) paslaugų prieinamumą skirtingoms asmenų grupėms (pagal socialinę klasę, lytį, amžių, užsiėmimą, šeiminių padėčių, ekonominę padėtį) ir jos pokyčius vykdančias reformas.

Šia rekomendacija siekiama, kad būtų užtikrinta sisteminga sveikatos priežiūros paslaugų poreikių ir sveikatos priežiūros paslaugų vartojimo stebėseną įvairiose socialinėse demografinėse grupėse, ypatingas dėmesys skiriamas prevencinių ir reabilitacinių paslaugų vartojimo stebėsenai (SAM, 2013).

SIŪLOMI ŽINGSNIAI

1. Užtikrinti sklandų duomenų teikimą valstybinei institucijai, atsakingai už rodiklių stebėseną ir analizavimą.

2. Suderinti ir priimti teisės aktus, sudarant galimybę susieti socialinius ir ekonominius gyventojų apibūdinančius duomenis (SODROS ir Valstybinės mokesčių inspekcijos duomenų bazės) su jo sveikatos priežiūros paslaugų vartojimu (SVEIDROS duomenų bazė).

3. Užtikrinti privačių asmens sveikatos priežiūros institucijų prievolę teikti statistinę informaciją apie paslaugų teikimą. Taip pat svarbu sujungti ir susieti tarpusavyje esamas statistines duomenų bazines, užtikrinti jų suderinamumą, siekiant užtikrinti galimybę vykdyti sistemingą stebėseną pagal sveikatos netolygumus lemiančius veiksniai.



2 REKOMENDACIJA. Gerinti asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę, siekiant užtikrinti tinkamą paslaugų prieinamumą pagal skirtingų grupių gyventojų poreikius.

Valstybės lygmeniu pagrindinis veiksmas – gerinti asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų kokybę ir prieinamumą pagal skirtingų grupių gyventojų poreikius, remiantis atliktais sveikatos paslaugų prieinamumo vertinimo monitoringo rezultatais. Asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas yra vienas sveikatos priežiūros kokybės vertinimo sudedamųjų rodiklių. Nors ir sveikatos sistema gali atrodyti puikiai sutvarkyta, yra keli argumentai, kodėl būtina gerinti sveikatos priežiūros kokybę šiuo metu: kokybės klausimas išlieka svarbus, nes norimi rezultatai sveikatos sistemoje nėra pasiekiami, vyrauja sveikatos priežiūros (asmens ir visuomenės) paslaugų teikimo skirtumai tarp paslaugų teikėjų. Išlieka poreikis optimizuoti paslaugas, siekiant tinkamu mastu teikti kokybiškas visiems prieinamas paslaugas, taip pat išlieka poreikis, kad kokybės gerinimo strategijos atitiktų vietines strategijas ir poreikį (WHO, 2006).

SIŪLOMI ŽINGSNIAI

Būtina užtikrinti geresnį prevencinių priemonių prieinamumą ir tęstinio gydymo laiku galimybes visuomenės rizikos grupėms pagal jų poreikį asmens sveikatos priežiūrai savivaldos lygmeniu.

1. Parengti metodikas ir diegti tikslines prevencines programas, nukreiptas į pažeidžiamiausias socialines ir ekonomines grupes, tarp pirminės asmens sveikatos priežiūros specialistų, visuomenės sveikatos priežiūros specialistų bei socialinių darbuotojų numatant sinergines veiklas.
2. Identifikuoti esamus barjerus sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui visuomenės rizikos grupėms (taip pat socialiniu ir sveikatos draudimu nedraustiems asmenims) ir numatyti priemones suteikti informaciją jiems priimtinesnėmis formomis.

Rekomenduojama peržiūrėti skatinamųjų PSP paslaugų sąrašą, atsisakant kai kurių moksliskai nepagrįstų priemonių, ir numatyti strateginius paslaugų pirkimo mechanizmus siekiant tinkamesnių visuomenės bei asmens sveikatos priežiūros paslaugų visuomenės sveikatos rizikos grupėms, ypatingą dėmesį skiriant rizikingos sveikatai elgsenai modifikuoti ir ankstyvai ligų diagnostikai.

Svarbu įvertinti ir optimizuoti pirminės grandies asmens bei visuomenės sveikatos specialistų darbo krūvį. Peržiūrėti PSP lygmens, savivaldybių visuomenės sveikatos biurų, savivaldybės administracijoje dirbančių sveikatos srityje tarnautojų, darbuotojų rengimo ir kvalifikacijos kėlimo programas, įtraukiant į jas inovatyvių, moksliskai pagrįstų PSP kompetencijų ugdymą, siekiant visuomenės rizikos grupėms tinkamesnių ir rezultatyvesnių sveikatos priežiūros paslaugų. Svarbu parengti ir įdiegti valstybės garantuotų PSP paslaugų kokybės ir efektyvumo vertinimo kriterijus, atsižvelgiant į aptarnaujamos populiacijos poliligtumą ir sveikatos priežiūros poreikius (pvz., specialistų konsultacijų, stacionarių paslaugų ir GMP paslaugų naudojimas cukrinio diabeto, arterinės hipertenzijos, astmos ir kitų LNL atvejais). Rekomenduojama suplanuoti ir imtis priemonių, kurios asmens sveikatos priežiūroje sumažintų formalias ir neformalias priemokas už paslaugas ir (ar) priemones.

Būtina sudaryti galimybes savivaldybėms priimti strateginius sprendimus dėl PSP įstaigų darbo teritoriniu principu, kad būtų užtikrinta aprėptis kokybiškomis PSP paslaugomis atokiose gyvenvietėse gyvenantiems ir visuomenės rizikos grupių pacientams. Plėsti savivaldybių savarankiškas pirminės asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros funkcijas, įteisinant reguliuojamos PSP savivaldybės teritorijoje išdėstymą, visų gyventojų aprėptį ir veiklos organizavimo kontrolę, suderinant savivaldybėms deleguojamą atsakomybę ir teisės aktais priskirtus įgaliojimus.



SAVIVALDYBĖS LYGMUO



3 REKOMENDACIJA. Užtikrinti sistemingą sveikatos priežiūros (asmens ir visuomenės) paslaugų prieinamumo skirtingoms asmenų grupėms stebėseną savivaldos lygmeniu.

Valstybės lygmeniu atliekama nemažai tyrimų vertinant sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, tačiau tai taip pat svarbu ir savivaldai. Norint priimti įrodymais grįstą savivaldos sveikatos politiką, labai svarbu yra sistemingai duomenis rinkti, kaupti ir analizuoti savivaldos lygmeniu. Savivaldybėse aktualu vertinti sveikatos priežiūros paslaugų (asmens ir visuomenės sveikatos) prieinamumo klausimus pagal:

- geografinį (teritorinį) pasiskirstymą, t. y. seniūnijų lygmeniu, taip pat atsižvelgiant į galimus sveikatos priežiūros poreikių skirtumus, priklausomai nuo gyventojų socialinės klasės, lyties, amžiaus, užsiėmimo, šeiminės ir ekonominės padėties, priklausomybės visuomenės rizikos grupėms, bei nuo bendruomenės sergamumo bei poliligotumo;

- pažeidžiamų gyventojų grupių sveikatos priežiūros paslaugų vartojimą,

- PSP veiklą – pagal asmens sveikatos priežiūros ir valstybinių prevencinių programų vykdymą.

Šiuo metu tokios sistemingos, visa apimančios stebėsenos nėra. Trūksta tinkamų rutininių sveikatos būklės duomenų prieinamumo pagal PSP įstaigas ir seniūnijas, nėra ir parengtų rekomendacinių metodikų prieinamumui vertinti.

Vykdant sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo skirtingoms asmenų grupėms stebėseną savivaldos lygiu būtina įvertinti:

1. Problemos priežastis dėl nepakankamo sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo socialiai pažeidžiamoms gyventojų grupėms teritoriniu aspektu, taip pat nustatyti esančius sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo skirtumus ir jų dydį, pokyčius laiko atžvilgiu, kad būtų galima priimti adekvačius sprendimus.
2. Vertinti vykdomos asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo gerinimo politikos rezultatus.
3. Vertinti asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir vykdomų prevencinių programų bei visuomenės sveikatos paslaugų prieinamumą asmenims skirtingais žmogaus gyvenimo amžiaus tarpsniais (kūdikiams, paaugliams, suaugusiems, senjorams ir kt.).
4. Įvertinti skubiosios pagalbos, reabilitacijos ir odontologijos paslaugų prieinamumą skirtingoms socialinėms ir ekonominės grupėms bei jo pokyčius vykdant sveikatos priežiūros reformas.
5. Įvertinti pirminio kontakto asmens sveikatos priežiūros sektoriuje prieinamumą skirtingoms socialinėms grupėms ir egzistuojančių skirtumų dydį bei jo pokyčius laiko atžvilgiu.

Lietuvoje nuo 2007 m. dalį sveikatos stebėsenos funkcijų perdavus savivaldybėms ir savivaldybių visuomenės sveikatos biurams bei sustiprinus teisinį reglamentavimą šioje srityje, sprendimai savivaldos lygmeniu yra labiau priimami atsižvelgiant į gyventojų sveikatos būklę ir jos pokyčius, sustiprėjo pačios stebėsenos vykdymas ir specialistų kompetencijos. Tačiau vis dar nėra galimybių vertinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo atsižvelgiant į esamus sveikatos priežiūros poreikius bendruomenėje, t. y. pagal socialines ekonomines gyventojų charakteristikas. Būtina sudaryti sąlygas savivaldybės lygmeniu analizuoti paslaugų prieinamumą skirtingoms socialinėms ekonominėms gyventojų grupėms pagal asmens sveikatos priežiūros įstaigas ir seniūnijas. Stebimų rodiklių sąrašą papildyti rodikliais, leidžiančiais analizuoti paslaugų prieinamumą skirtingoms sociali-

nėms ir ekonominėms gyventojų grupėms bei užtikrinti duomenų prieinamumą šioms analizėms atlikti. Taip pat svarbu parengti Lietuvoje bendrą diegiamų prevencinių programų vykdymo vertinimo sistemą savivaldybių lygmeniu, perduodant priemones savivaldos institucijoms ir sudarant galimybes joms imtis veiksmų savo teritorijoje, derinant šiuos veiksmus su atsakingomis valstybės institucijomis.



4 REKOMENDACIJA. Socialinės rizikos grupių gyventojų rizikingos elgsenos prevencija ir intervencijos pokyčiams plėtojant tarpsektorines pirminės sveikatos priežiūros, visuomenės sveikatos specialistų, socialinių darbuotojų ir kitas veiklas.

Svarbu stiprinti bendradarbiavimą tarp sveikatos priežiūros (asmenų ir visuomenės), socialinio ir švietimo sektorių, diegiant tikslines prevencines programas skirtingo amžiaus ir socialinių bei ekonominių grupių gyventojų populiacijai. Savivaldybės turi užtikrinti, kad, planuojant ir įgyvendinant tikslines savivaldos lygmens prevencines programas, dalyvautų skirtingų savivaldybės sektorių specialistai. Tik tokiu būdu galima pasiekti maksimalaus reikiamos grupės pasiekiamumo, užtikrinti tinkamą visų institucijų funkcijų vykdymą ir maksimaliai išnaudoti esamus darbuotojus. Geresnis specialistų darbo koordinavimas savivaldybėse, įgyvendinant veiksmingas tikslines programas, leistų užtikrinti kompleksinės pagalbos teikimą nėščiosioms, vaikams ir pagyvenusiems asmenims iš pažeidžiamų grupių, taip pat vykdyti ankstyvąją navikų, diabeto, širdies ir kraujagyslių ligų bei depresijos diagnostiką ir prevenciją. Būtinai sveikatos priežiūros sektoriaus bendradarbiavimas su kitais paslaugų teikėjais, įgyvendinant neįgaliesiems skirtas programas savivaldybėse. Daugiau dėmesio turi būti skiriama intervencinėms priemonėms, teikiamoms pažeidžiamoms gyventojų grupėms, kurioms reikalinga ilgalaikė priežiūra ir rehabilitacija. Rengiant programas būtina laikytis progra-

mų rengimo metodikų, o jas vykdant reguliariai vertinti pasiekimus ir juos viešinti.



5 REKOMENDACIJA. Užtikrinti tolygų pirmą kontaktą skirtingoms socialinėms ekonominėms asmenų grupėms asmens sveikatos priežiūros sistemoje, nepriklausomai nuo socialinės klasės, išsilavinimo, šeiminės padėties, užimtumo, ekonominės padėties ir gyvenamosios vietos, pagal jų poreikį organizaciniu aspektu.

Turi būti siekiama neapsunkinto prieinamumo pirmam kontaktui su sveikatos priežiūros sistema visiems aptarnaujamiems gyventojams, nepriklausomai nuo socialinės klasės, išsilavinimo, šeiminės padėties, užimtumo, ekonominės padėties ir gyvenamosios vietos. Šeimos gydytojai, kurie iš tikrųjų atlieka „vartininko“ funkciją (t. y. pagal savo kompetenciją sprendžia paciento sveikatos problemas, o pacientai pas gydytojus specialistus patenka tik su šeimos gydytojo siuntimu), užtikrina racionalesnę visos sveikatos priežiūros sistemos veiklą – mažėja antrinio bei tretinio lygio paslaugų suvartojimas bei hospitalizacijų skaičius, kartu užtikrinamas aukštų sveikatos priežiūros technologijų prieinamumas tiems, kuriems jos iš tiesų reikalingos (Kringos et al., 2010).

Pažeidžiamų asmenų identifikavimas asmens ar visuomenės sveikatos institucijoje padėtų užtikrinti tolimesnę tęstinę prevencinę darbą įtraukiant kitus sektorius pagal poreikį. Visapusiškumas – vienas svarbiausių principų pirminėje sveikatos priežiūroje. Pirminė sveikatos priežiūra turi būti vykdoma ne tik orientuojantis į pagrindinę sveikatos problemą, dėl kurios pacientas kreipiasi į gydytoją, bet turi būti skiriamas tinkamas dėmesys kitiems esamiems ar galimiems lėtiniais susirgimams bei požiūrio į savo sveikatą ir sveikatos priežiūrą keitimui. Šiuo lygmeniu turi būti orientuojamasi į šeimą ir į bendruo-

menę. Stebėdama visus šeimos ir bendruomenės narius, šeimos gydytojas ir PSP slaugytojos turi galimybę pasiekti visus aptarnaujamos bendruomenės narius ir laiku identifikuoti susirgimus ir/ar per tęstinį ryšį motyvuoti elgsenos keitimo pokyčiams. PSP turi galimybę (deja, mūsų praktikoje tai mažai išnaudojama) pasiekti visas pažeidžiamas visuomenės grupes ir laiku taikant pirminės ir antrinės profilaktikos priemones prailginti jų sveiko gyvenimo metus, sumažinti sveikatos netolygumus.

Universalus visų gyventojų sveikatos priežiūros paslaugų užtikrinimas valstybės lėšomis – vienas svarbiausių ES šalių sveikatos ir socialinės politikos tikslų, kurio turi būti laikomasi vykdant įsipareigojimus, priimtus Talino Chartijoje. 2015 m. Vilniuje vykusioje PSO 65-oje sesijoje buvo vieningai priimtas dokumentas „Priorities for health systems strengthening in the WHO European Region 2015–2020: walking the talk on people-centredness“. Jis kaip vieną iš strateginių prioritetų akcentuoja sveikatos priežiūros paslaugų teikimo užtikrinimą visiems gyventojams, atsisakant kai kurioms gyventojų grupėms skurdą sukeliančių mokėjimų už sveikatos priežiūros paslaugas ar priemones. Šios strategijos esmė – susiaurinti atotrūkį tarp realių sveikatos poreikių ir jų vartojimo bei mažinti netolygumus, geriau identifikuojant ir apsaugant pažeidžiamas visuomenės grupes (WHO, 2015). Universalus visų gyventojų sveikatos priežiūros paslaugų užtikrinimas valstybės lėšomis sumažina socialinius ekonominius mirtingumo skirtumus (Veugelers, Yip, 2003).

Visuomenės sveikatos ir PSP sektoriai veikia atskirai ir dažnai nėra pakankamai informuoti apie vienas kito veiksmus. Nežiūrint į tai, abiejų sektorių veiklos pagrindinis siekinys – gerinti aptarnaujamos populiacijos sveikatą, todėl jie turi bendradarbiauti ir įgyvendinti sinergines veiklas, nukreiptas į sutartus visuomenės sveikatos prioritetus. Norint pasiekti tikslines grupes asmenų sveikatos stiprinimo tiks-

lais, svarbu diegti kompleksines prevencines programas, nukreiptas į skirtingas socialinės ekonominės grupes ir užtikrinti jų pasiekiamumą per kitus sektorius, pvz., rizikos šeimas – per socialinį sektorių, siekiant vykdyti priemones, nukreiptas į sveikatos raštingumo didinimą, vakcinacijos apimčių užtikrinimą ir t. t. (ImPrim projekto ataskaita, 2010).

SIŪLOMI ŽINGSNIAI

1. Identifikuoti asmenų grupes, kurioms per pastaruosius penkerius metus nebuvo suteiktos asmens sveikatos priežiūros paslaugos ir įvertinti galimas priežastis, socialinę klasę, išsilavinimą, šeiminių padėčių, užimtumą, ekonominę padėčių, gyvenamąją vietą.
2. Nustatyti šių asmenų poreikius asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros paslaugoms institucijoje ir namuose (pavyzdžiui, papildomai informuoti apie būtinas profilaktines patikras ir/ar skiepus, slaugos poreikius ir kt.) ir numatyti jų teikimo būdus.
3. Įtraukti į poreikių nustatymą kitas institucijas (socialinių paslaugų teikėjus, vaiko teisių apsaugos tarnybas, nevyriausybines organizacijas ir kt.).

REKOMENDACIJOS ĮGYVENDINIMO TRUKDŽIAI

Lietuvoje valstybės garantuojamų pirminės sveikatos priežiūros ir visuomenės sveikatos paslaugų apimtis nustato SAM. Asmens sveikatos paslaugas gali teikti licencijuoti juridiniai ir fiziniai asmenys. Sveikatos priežiūros paslaugų finansavimas pagal valstybės nustatytą tvarką iš PSDF biudžeto užtikrinamas įstaigoms, sudariusioms sutartis su TLK dėl paslaugų apmokėjimo. Visuomenės sveikatos specialistų veiklą nustato ir finansuoja valstybė.

Įteisintas laisvas šeimos gydytojo pasirinkimas ir išsigalėjęs nereguliuojamas (nekontroliuojamas) PSP teikėjų išdėstymas palieka tik vieną galimybę PSP plėtrai savivaldybėje planuoti – pasinaudoti vietos savivaldos įstatymo suteikta teise steigti, reorganizuoti, likviduoti ir išlaikyti pirminės asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigas, rengti ir įgyvendinti savivaldybių sveikatos programas ir paremti savivaldybės gyventojų sveikatos priežiūrą.

SVEIKATOS NETOLYGUMŲ MAŽINIMO PRAKTINIŲ REKOMENDACIJŲ VERTINIMAS

Projekto metu parengtos sveikatos netolygumams mažinti skirtos rekomendacijos buvo testuotos, įvertinant jų sąsajas dabar vykdomoms veikloms bei taikymo galimybes savivaldybėse. Testavimas buvo atliekamas 2016 m. vasario – balandžio mėn. Klaipėdos r., Plungės r. ir Druskininkų savivaldybėse.

Rekomendacijų vertinimas buvo vykdomas keliais etapais:

1. Projekto komandai buvo pateikiami pasirinktų savivaldybių dokumentai, susiję su savivaldybės veikla sveikatos netolygumų mažinimo srityje (pvz., savivaldybės plėtros bei veiklos strateginiai planai, dokumentai apie savivaldybių sveikatos prioritetus ir vykdomas strategines programas, visuomenės sveikatos biurų metiniai veiklos planai, stebėsenos duomenys ir pan.).
2. Rekomendacijų autoriai ir kiti kviestiniai ekspertai, įvertinę pateiktus dokumentus, parengdavo jų tobulinimo siūlymus, kad būtų pasiektas proveržis sveikatos netolygumų mažėjimo srityje.
3. Buvo rengiami pasirinktų savivaldybių atstovų ir projekto komandos susitikimai, kurių metu buvo aptariama šiuo metu savivaldybėje taikomos priemonės susijusios su sveikatos netolygumų mažinimu, šių priemonių patobulinimo galimybės pasinaudojant projekto rekomendacijomis ir atliekama supaprastinta projekto rekomendacijų stiprybių, silpnybių, galimybių ir grėsmių (SSGG) analizė. Šių susitikimų metu dalyvaudavo įvairių suinteresuotų institucijų (angl. stakeholders) atstovai, t. y. aukščiausieji savivaldos atstovai (meras ir vicemerai), tarybos nariai, savivaldybės sveikatos skyrių vadovai / savivaldybės gydytojai, visuomenės sveikatos biurų atstovai, ben-

druomenės sveikatos tarybos atstovai, savivaldybės narkotikų kontrolės ir narkomanijos prevencijos komisijos atstovai, savivaldybės vaiko teisių apsaugos ir socialinės paramos skyrių vedėjai, įvairių ugdymo įstaigų atstovai, sveikatos priežiūros įstaigų atstovai, policijos atstovai, seniūnijų seniūnai ir kiti suinteresuoti asmenys.

4. Rekomendacijos buvo projekto komandos tobulinamos pagal susitikimų metu pateiktas pastabas bei pasiūlymus.

2016 m. birželio 16 d. Klaipėdos universitete įvyko baigiamoji tikslinės grupės (angl. focus group) diskusija, kurioje buvo aptarta rekomendacijų testavimo procedūra bei jau parengtos rekomendacijos. Šioje diskusijoje dalyvavo bandomųjų savivaldybių (Klaipėdos r., Plungės r., Druskininkų), Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ir Klaipėdos universiteto atstovai.

Grupės diskusija atskleidė, kad bandomųjų savivaldybių atstovai palankiai vertina projekto komandos vizitus į savivaldybes – jų organizavimo formą, trukmę, vietą ir efektyvumą. Dalyvių nuomone, vizitai buvo efektyvūs, įdomūs, juose dalyvavo įvairių institucijų vadovai ir darbuotojai.

Aptariant savivaldybėse pristatytų sveikatos netolygumų mažinimo rekomendacijas, jų tinkamumą, pritaikomumą savivaldybėje, išryškėjo, kad savivaldybių atstovai nevienareikšmiai vertino kai kuriuos aspektus. Dauguma laikėsi nuomonės, kad netolygumų mažinimą įvairiose srityse riboja savivaldybės kompetencijos sritys ir lėšų stoka. Dalies savivaldybių atstovų nuomone, kartais savivaldybėse tenka kovoti su pasekmėmis, o ne priežastimis, pvz., rūkymo mažinimo srityje ir kt. Aptardami sveikatos priežiūros netolygumų mažinimo rekomendacijas, informantai pažymėjo, kad yra neaiškumų monitoringo (stebėsenos) vykdymo srityje, neaiški jo nauda, tam trūksta išteklių ir pan. Dalyviai pageidavo, kad sveikatos netolygumų mažinimo rekomendacijos būtų suprantamiau suformuluotos, jose pasigendama švietimo vaidmens išryškinimo, ypač vaikų atžvilgiu. Aptariant reko-

mendacijas mitybai, pritarta, kad vaisių ir daržovių vartojimas turi būti skatinamas per nemokamo maitinimo įstaigas. Kai kurių dalyvių nuomone, nesveikų produktų platinimo mokyklose draudimas nebūtų efektyvus, nes mokiniai įsigis jų aplinkinėse parduotuvėse. Reikėtų numatyti sveikos mitybos ugdymo pamokas mokyklose. Diskutuoju apie alkoholio vartojimo mažinimo rekomendacijas, informantai pritarė rekomendacijai dėl atrankinių patikrų ir trumpųjų konsultacijų taikymo savivaldybėse, tačiau nežino, kas galėtų parengti jų vykdytojus. Dalyviai ypač palaikė alkoholio vartojimo masinių renginių metų draudimą, tačiau pasigedo aiškesnio šios rekomendacijos suformulavimo rekomendacijose. Aptariant rekomendacijas gyventojų fizinio aktyvumo netolygumams mažinti, pareikšta nuomonė, kad savivaldybėse mokytojai, specialistai privalo laikytis valstybės nustatytų normatyvų; specialistų kvalifikacijos kėlimas turėtų būti užtikrinamas ne savivaldybės, o valstybės lygmeniu. Savižudybių netolygumų mažinimo rekomendacijose informantai pasigedo platesnio požiūrio kovoje su šio reiškiniu priežastimis, akcentavo neigiamą žiniasklaidos vaidmenį, pagalbos telefonų linijų prieinamumo stoką. Dalyviai išreiškė nepasitenkinimą psichologų, kurie turėtų konsultuoti patiriančius psichologines problemas, darbu savivaldybėse. Teigta, kad stokojama kvalifikuotų psichologų; žmonės nenoriai į juos kreipiasi, nes, patekę į įskaitą, turės ribotų darbo paieškos galimybių, gali sužinoti aplinkiniai ir pan. Kai kurių dalyvių nuomone, savižudybių mažinimą reikia pradėti nuo kultūros kėlimo, ypač tėvystės kultūros, nes daugiausia dėmesio reikėtų skirti vaikams.

Aptariant rekomendacijų pristatymo ir jo metu vykusios diskusijos su savivaldybių atstovais vertinimą, dalyviai vieningai teigė esą jaučiantys vietos politikų dėmesį ir palaikymą. Po pristatymų Klaipėdos, Plungės rajonų ir Druskininkų savivaldybėse priimtose bei patvirtintos kai kurios programos nerūkymo zonų plėtrai, alkoholio vartojimo draudimui masinių renginių metų. Tačiau savivaldybių atstovai reko-

mendacijų pristatymuose pasigedo konkretumo, rekomendacijų įgyvendinimo naudos pagrindimo, detalesnio išaiškinimo, finansavimo pagrindimo.

Aptariant kokybinį ir kiekybinį pokytį savivaldybėje po rekomendacijų pristatymo, dalyviai pažymėjo, kad juose su rekomendacijomis supažindintas ribotas specialistų skaičius. Tačiau ir tai suteikė impulsą inicijuoti kai kurias konkrečias netolygumų mažinimo intervencijas jaunimo mokymo, specialistų rengimo šioms mokymams ir kitose srityse.

Savivaldybių atstovai pasiūlė projekto komandai ir toliau rengti tokio pobūdžio susitikimus, aptarimus, tačiau pageidautų, kad rekomendacijos būtų konkrečios ir įgyvendinamos. Dalyvių nuomone, net jei galiausiai pavyksta įgyvendinti bent vieną rekomendaciją, tai jau yra geras rezultatas, nes viskam įgyvendinti trūksta lėšų. Dalyviai siūlė, kad mokymai, pristatymai būtų rengiami savivaldybėse įtraukiant kuo daugiau vietos politikų.

Projekte dalyvavę ekspertai, susipažinę su šios diskusijos metu išreikštomis pastabomis ir komentarais, patobulino sveikatos netolygumų mažinimo rekomendacijas. Jos pristatomos šiame leidinyje. Paminėtina, kad šios netolygumų mažinimo rekomendacijos, kaip ir visas projektas, turėtų būti suvokiamas kaip pirmas žingsnis ilgame kelyje. Šių rekomendacijų efektyvumas, projekto sėkmė ir sveikatos netolygumų mažėjimas Lietuvoje labai priklausys nuo tokių veiksmų, kaip platesnis visuomenės suvokimas apie sveikatos netolygumus, šiai problemai skiriamas dėmesys, efektyvus tarpsektorinio bendradarbiavimo ir sveikatos specialistų lyderystės.

„Gyvenime galime padaryti viską, jeigu mums nerūpės, kam iš to bus garbė“

(Haris Trumanas, 33-iasis JAV Prezidentas)

Literatūra

1. Acharya, R.N. and Molina, I. (2004), Testing for a Change in Consumer Tastes for Fresh Fruits and Vegetables: A Structural Latent Variable Approach. Report AAEA Annual Meeting in Denver, Colorado.
2. Amos, A., Brown, T. and Platt, S. (2013), A systematic review of the effectiveness of individual cessation support interventions in Europe to reduce socio-economic inequalities in smoking among youth. Prieiga per internetą: <<http://silne.ensp.org/research-article-a-systematic-review-of-the-effectiveness-of-policies-and-interventions-to-reduce-socio-economic-inequalities-in-smoking-among-youth/>>.
3. Anzman, S.L., Rollins, B.Y. and Birch, L.L. (2009), Parental influence on children's early eating environments and obesity risk: implications for prevention, *International Journal of Obesity*, Vol. 34, pp. 1116-24.
4. Ball, K., Carver, A., Downing, K., Jackson, M. and O'Rourke, K. (2015), Addressing the social determinants of inequities in physical activity and sedentary behaviours, *Health Promot International*, Vol. 30 No. 2, pp. 1-12.
5. Ball, K., Carver, A., Jackson, M., and Downing, K. (2015), Evidence review: Addressing the social determinants of inequities in physical activity and related health outcomes, Victorian Health Promotion Foundation, Australia.
6. Ball, K., Timperio, A. and Crawford, D. (2009), Neighbourhood socioeconomic inequalities in food access and affordability. *Health and Place*, Vol. 15 No. 2, pp. 578-85.
7. Beenackers, M.A., van Lenthe, F.J., Oude Groeniger J., Nusselder, W.J., Mackenbach, J.P. et al. *Health Equity 2020. Reducing Health*

Inequalities. Prieiga per internetą: <<https://survey.erasmusmc.nl/he2020/action-database/results/improving-determinants-of-health/accessibility-to-and-quality-of-health-and-preventive-care/>> [žiūrėta 2016 m. gegužės 5 d.].

8. Bitinas, B., Rupšienė, L. ir Žydžiūnaitė, V. (2008), Kokybinių tyrimų metodologija. Klaipėda: S. Jokužio leidykla-spaustuvė,.
9. Booth, A.O. and Nowson, C.A. (2010), Patient recall of receiving lifestyle advice for overweight and hypertension from their General Practitioner. BMC Family Practice, Vol. 11, pp. 1-8. Vol. 11 No. 1, pp 8.
10. Brobeck, E., Bergh, H., Odencrants, S. and Hildingh, C. (2015), Lifestyle advice and lifestyle change: to what degree does lifestyle advice of healthcare professionals reach the population, focusing on gender, age and education? Scandinavian Journal of Caring Sciences, Vol. 29 No. 1, pp. 118-25.
11. Bump, J. B. and Reich, M.R.P (2013), Political economy analysis for tobacco control in low- and middle-income countries. Health Policy Plan, Vol. 28 No. 2, pp. 123-33.
12. C3 Collaboration for Health (2012), The Benefits of physical activity for health and well-being. Review, 2nd edition. Prieiga per internetą: <<http://www.c3health.org/wp-content/uploads/2009/09/C3-review-of-physical-activity-and-health-v-2-a-20121011.pdf>>, [žiūrėta 2016 m. vasario 17 d.].
13. Capacci, S. and Mazzocchi, M. (2011), Five-a-day, a price to pay: An evaluation of the UK program impact accounting for market forces, Journal of Health Economics, Vol. 30, No. 1, pp. 87-98.
14. Centers for Disease Control and Prevention (2014), Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs – 2014. Atlanta: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Pre-

vention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.

15. Centers for Disease Control and Prevention (CDCP) 2011, Strategies to Prevent Obesity and Other Chronic Diseases: The CDC Guide to Strategies to Increase Physical Activity in the Community, U.S. Department of Health and Human Services, Atlanta. Prieiga per internetą: <http://www.cdc.gov/obesity/downloads/PA_2011_WEB.pdf>, [žiūrėta 2016 m. vasario 2 d.].
16. Christiansen, E. and Jensen, B.F. (2004), Register for Suicide Attempts, Danish Medical Bulletin, Vol. 51 No. 4, pp. 415-7.
17. Citigroup (2010), Tobacco-Australia Plans to Introduce Generic Packaging – Pan-Europe Tobacco. Citygroup.
18. Claro, R.M., Levy, R.B., Popkin, B.M. and Monteiro, C.A. (2012), Sugar-sweetened beverage taxes in Brazil, American Journal of Public Health, Vol. 102 No. 1, pp. 178-83.
19. Cropley, A. (2002), Qualitative research methods: An introduction for students of psychology and education. Riga: Zinatne.
20. Cyclocity Vilnius. Prieiga per internetą: <<http://www.cyclocity.lt/Kaip-tai-veikia>>, [žiūrėta 2016 m. vasario 17 d.].
21. Dallongeville, J., Dauchet, L., Mouzon, O., Réquillart, V. and Soler, L-G. (2011), Increasing fruit and vegetable consumption: a cost-effectiveness analysis of public policies, European Journal of Public Health, Vol. 21, pp. 69-73.
22. Darmon, N., Lacroix, A., Muller, L. and Ruffieux, B. (2014), Food price policies improve diet quality while increasing socioeconomic inequalities in nutrition, International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, Vol. 11 No. 1, pp. 66.
23. Daugbjerg, S.B., Kahlmeier, S., Racioppi, F., Martin-Diener, E., et. al. (2009), Promotion of physical activity in the European region: content analysis of 27 national policy documents, Journal of Physical Activity and Health, Vol. 6 No. 6, pp. 805-17.

24. Department of Health (2012), Preventing suicide in England. A cross-government outcomes strategy to save lives. Prieiga per internetą: <https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/430720/Preventing-Suicide-.pdf>.
25. Department of Health (2015), Preventing suicide in England: Two years on. Second annual report on the cross-government outcomes strategy to save lives. Mental Health, Disability and Equality Division. Prieiga per internetą: <https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/405407/Annual_Report_acc.pdf> .
26. DeVault, N., Kennedy, T., Hermann, J., Mwavita, M., Rask, P. and Jaworsky, A. (2009), It's all about kids: preventing overweight in elementary school children in Tulsa, OK, *Journal of the American Dietetic Association* , Vol. 109 No. 4, pp. 680-87.
27. Drewnowski, A., Monsivais, P., Maillot, M. and Darmon, N. (2007), Low-energy-density diets are associated with higher diet quality and higher diet costs in French adults, *Journal of the American Dietetic Association*, Vol. 107, pp. 1028–32.
28. Drope, J., Chavez, J. J., Lencucha, R., and McGrady, B. (2014), The political economy of foreign direct investment – Evidence from the Philippines, *Policy and Society*, 33(1), 39-52.
29. Elo, S. and Kyngas, H. (2008), The quantitative content analysis process, *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 62 No. 1, pp. 107-11.
30. Ene, C. (2008), Consumer's Food Choices – Trends and Challenges. *BULETINUL Universității Petrol – Gaze din Ploiești*, Vol LX, pp. 77-82.
31. ES Fizinio aktyvumo gairės (2008), Rekomenduojami politiniai veiksmai, skirti remti sveikatą gerinančią fizinį aktyvumą, patvirtinta ES valstybių narių sporto ministrų 2008 m. lapkričio 27–28 d. susitikime Bjarice. Briuselis.

32. Eurobarometer (2014), Sport and Physical Activity survey, Special Eurobarometer 412 / Wave EB80.2 – TNS Opinion & Social, European Commission. Prieiga per internetą: <http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_412_en.pdf>, [žiūrėta 2015 m. gruodžio 3 d.].
33. European Commission (2014), EU Action plan on childhood obesity 2014-2020.
34. Fichtenberg, CM. and Glantz, SA. (2002), Effect of smoke-free workplaces on smoking behavior: systematic review, *British Medical Journal*, Vol. 325, pp. 188-94.
35. Flay, B.R. (1987), Mass media and smoking cessation: a critical review, *American Journal of Public Health*, Vol. 77, pp. 153-60.
36. Foxcroft, D.R., Tsertsvadze, A. (2011), Universal family-based prevention programs for alcohol misuse in young people, *The Cochrane Library*.
37. Foxcroft, D.R. and Tsertsvadze, A. (2011), Universal multi-component prevention programs for alcohol misuse in young people, *The Cochrane Library*.
38. Gilbert, A. and Cornuz, J. (2003), Which are the most effective and cost-effective interventions for tobacco control? WHO Regional Office for Europe. Copenhagen.
39. Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020. World Health Organization 2013.
40. Grabauskas, V., Klumbienė, J., Petkevičienė, J., Šakytė, E., Kriaučionienė, V., Veryga A. (2015), Suaugusių Lietuvos žmonių gyvenamosios tyrimas, 2014. Kaunas: Lietuvos sveikatos mokslų universitetas.
41. Hammond, D., Fong, G. T., McNeill, A., Borland, R., and Cummings, K. M. (2006), Effectiveness of cigarette warning labels in informing smokers about the risks of smoking: Findings from the

International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey, Tobacco Control, Vol. 15 No. 3, pp. 19-25.

42. Haukka, J., Suominen, K., Partonen, T. and Lönnqvist, J. (2008), Determinants and Outcomes of Serious Attempted Suicide: A Nationwide Study in Finland, 1996–2003, *American Journal of Epidemiology*, Vol. 167, pp. 1155-63.
43. Heath, G. W., Parra, D. C., Sarmiento, O. L., Andersen, L. B., Owen, N., Goenka, S. and Lancet Physical Activity Series Working Group (2012), Evidence-based intervention in physical activity: lessons from around the world, *The Lancet*, Vol. 380 No. 9838, pp. 272-81.
44. Higienos instituto Sveikatos informacijos centras (HI SIC)(2014), Lietuvos sveikatos rodiklių sistema.
45. Hill, S., Amos, A., Clifford, D. and Platt, S. (2013), Impact of tobacco control interventions on socioeconomic inequalities in smoking: review of the evidence, *Tobacco Control*, Vol. 23, pp. 89-97.
46. Hiscock, R., Bauld, L., Amos, A., Fidler, J. A. and Munaf, M. (2012), Socioeconomic status and smoking: a review, *Annals of the New York Academy of Sciences*, Vol. 1248, No. 1, pp. 107-23.
47. Hitchman, S.C., et al. (2005), Tabako poveikis sveikatai ir įspėjimai apie pavojų sveikatai ant cigarečių pakelių. Suaugusiųjų ir suaugusių rūkančiųjų tyrimas: 9 srauto tyrimai. Environics Research Group.
48. Hughes, R.J, Edwards, K.L., Clarke, G.P, Evans, C.E.L, Cade, J.E and Ransley, J.K. (2012), Childhood consumption of fruit and vegetables across England: a study of 2306 6–7-year-olds in 2007, *British Journal of Nutrition*, Vol. 108, pp. 733-42.
49. Huhman, M. (2008), New Media and the VERB Campaign: Tools to Motivate Tweens to be Physically Active, *Cases in Public Health Communication & Marketing*, Vol. 2 No. 1, pp. 126-39.
50. Hyland, A., Barnoya, J. and Corral, J.E. (2012), Smoke-free air po-

licies: past, present and future, Tobacco Control, Vol. 21 No. 2, pp. 154-61.

51. ImPrim projekto ataskaita. Baltijos jūros regiono 2007–2013 m. programos projektas „Visuomenės sveikatos gerinimas skatinant tolygų aukštos kokybės pirminės sveikatos priežiūros išdėstymą“ (Improvement of public health by promotion of equitably distributed high quality primary health care systems, ImPrim Nr. 046), 2010-01-11.
52. IN FORM (2013), German national initiative to promote healthy diets and physical activity, Federal Ministry of Food, Agriculture and Consumer Protection, Germany.
53. International Agency for Research on Cancer (IARC) (2011). IARC handbooks of cancer prevention, tobacco control. Vol. 14, Effectiveness of tax and price policies for tobacco control. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer.
54. Jensen, J.D. and Smed, S. The Danish tax on saturated fat: Short run effects on consumption and consumer prices of fats. FOI Working Paper 2012/2014.
55. Jenum, A.K., Lorentzen, C.A. and Ommundsen, Y. (2009), Targeting physical activity in a low socioeconomic status population: Observations from the Norwegian “Romsås in Motion” study, British Journal of Sports Medicine, Vol. 43 No. 1, pp. 64-9.
56. Jha, P. and Chaloupka, F.J. (2000), The economics of global tobacco control, British Medical Journal, Vol. 321, pp. 358-61.
57. Jha, P., Beyer, J. and Heller, P.S. (1999), Death and Taxes. Economics of Tobacco Control, Fiance and development.
58. Johnny, S. (2011), Fundamentals of Qualitative Research. New York: Oxford University Press.
59. Jungtinės Tautos (2015). Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Prieiga per internetą: <<https://sustai->

nableddevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>.

60. Kaner, E.F., Dickinson, H.O., Beyer, F.R., Campbell, F., Schlesinger, C., Heather, N., Saunders, J.B., Burnand, B. and Pienaar, E.D. (2007), Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations, Cochrane Database of Systematic Reviews.
61. Karolinska Institute, National Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Ill-Health. Prieiga per internetą: <<http://ki.se/en/nasp/suicide-statistics>>.
62. Khan, R., Misra, K. and Singh, V. (2012), Will a fat tax work? Paper presented at: Summer Institute in competitive strategy, July 9-13.
63. Klumbiene, J., Sakyte, E., Petkeviciene, J., Prattala, R. and Kunst, A.E. (2015), The effect of tobacco policy on smoking cessation in relation to gender, age and education in Lithuania, 1994-2010, BMC Public Health, Vol. 15 No. 1, pp. 181.
64. Krasovsky, K. (2012), Tobacco taxation policy in three Baltic countries after the EU accession, Tobacco Control and Public Health in Eastern Europe, Vol. 2 No. 2, pp. 81-98.
65. Krevor, B.S., Ponicki, W.R., Grube, J.W. and DeJong, W. (2011), The Effect of Mystery Shopper Reports on Age Verification for Tobacco Purchases, Journal of Health Communication, Vol. 16 No. 8, pp. 820-30.
66. Kriaucioniene, V., Klumbiene, J., Petkeviciene, J. and Sakyte, E. (2012), Time trends in social differences in nutrition habits of a Lithuanian population: 1994-2010, BMC Public Health, Vol. 12 No. 1, pp. 218.
67. Kringos, D.S., Boerma, W.G., Hutchinson, A., van der Zee, J. and Groenewegen, P.P. (2010), The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions, BMC Health Service Research, Vol. 10 No. 1, pp. 65.

68. Laatikainen, T., Pietinen, P., Valsta, L., Sundvall, J., Reinivuo, H. and Tuomilehto, J. (2006), Sodium in the Finnish diet: 20-year trends in urinary sodium excretion among the adult population, *European Journal of Clinical Nutrition*, Vol. 60 No. 8, pp. 965-70.
69. Lamanuskas, V. and Armonienė, J. (2011), Fizinis aktyvumas kaip sveikatą sąlygojantis veiksnys: socioedukaciniai aspektai, *Gamtamokslinis ugdymas/Natural Science Education*, Vol. 1 No. 30, pp.18-25.
70. Lancaster, T. and Stead, L.F. (2002), Individual behavioural counselling for smoking cessation. The Cochrane Library, Oxford, Update Software.
71. Lantz, P. M., Jacobson, P. D., Warner, K. E., Wasserman, J., Pollack, H. A., Berson, J. and Ahlstrom, A. (2000), Investing in youth tobacco control: a review of smoking prevention and control strategies, *Tobacco control*, Vol. 9 No. 1, pp. 47-63.
72. Leitner, M., Barr, W. and Hobby, L. (2008), Effectiveness of interventions to prevent Suicide and suicidal behavior: a systematic review. Edinburgh, UK: Scottish Government Social Research.
73. Liamputtong, P. (2009), *Qualitative Research Methods*. Oxford University Press.
74. Lietuvos Respublikos alkoholio kontrolės įstatymas. Valstybės žinios, 1995, Nr. 44-1073.
75. Lietuvos Respublikos saugaus eismo automobilių keliais įstatymas. Valstybės žinios, 2000, Nr. 92-2883.
76. Lietuvos Respublikos Seimo 2007 m. balandžio 3 d. nutarimas Nr. X-1070 „Dėl Psichikos sveikatos strategijos patvirtinimo“. Valstybės žinios, 2007-04-14, Nr. 42-1572.
77. Lietuvos Respublikos akcizų įstatymo Nr. IX-569 23, 24, 25, 26, 30 ir 31 straipsnių pakeitimo įstatymas. TAR, 2015, Nr. 19628.
78. Lietuvos Respublikos alkoholio kontrolės įstatymo Nr. I-857 9

- straipsnio pakeitimo įstatymas Nr. XII-2012. TAR, 2015, Nr. 18576.
79. Lietuvos Respublikos Seimo 2016 m. gegužės 19 d. nutarimas Nr. XII-2383 „Dėl Lietuvos Respublikos Seimo 2014 m. birželio 26 d. nutarimo Nr. XII-964 „Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programos patvirtinimo“ pakeitimo“. TAR, 2016-05-25, Nr. 13976
 80. Lietuvos Respublikos Seimo 2011 m. kovo 24 d. nutarimas Nr. XI-1296 „Dėl 2011–2020 metų valstybinės sporto plėtros strategijos patvirtinimo“, Valstybės žinios, 2011-04-07, Nr. 41-1942.
 81. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 16 d. nutarimas Nr. V-815 „Dėl sveikatos netolygimų mažinimo Lietuvoje 2014-2023 m. veiksmų plano patvirtinimo“, TAR, 2014-07-17, Nr. 10332.
 82. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. kovo 15 d. įsakymas Nr. V-196 „Dėl savivaldybės visuomenės sveikatos biuro pavyzdinių nuostatų patvirtinimo“. Valstybės žinios, Nr. 35-1253.
 83. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. vasario 6 d. įsakymas Nr. V-62 „Dėl savivaldybėms skirtų visuomenės sveikatos stebėsenos atlikimo rekomendacijų patvirtinimo“, Valstybės žinios, Nr. 18-715.
 84. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. rugsėjo 22 d. įsakymas „Dėl širdies ir kraujagyslių ligų rizikos grupės asmenų sveikatos stiprinimo tvarkos aprašo patvirtinimo“, TAR, Nr. V-979.
 85. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 22 d. įsakymas Nr. V-1013 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo, Valstybės žinios, Nr. 3-62.
 86. Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro 2012 m. rugpjūčio 31 d. įsakymas Nr. V-1290 „Dėl Sveikatos ugdymo bendrosios

programos patvirtinimo". Valstybės žinios, 2012, Nr. 105-5347.

87. Lietuvos Respublikos vietos savivaldos įstatymas, Valstybės žinios, 1994-07-20, Nr. 55-1049.
88. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2015 m. gruodžio 9 d. nutarimas Nr. 1291 „Dėl nacionalinės visuomenės sveikatos priežiūros 2016–2023 metų plėtros programos patvirtinimo". TAR, 2015-12-16, Nr. 19827.
89. Liutkutė, V., Štelemėkas, M. ir Veryga, A. (2014), Psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo prevencijos organizavimas bendruomenėje. Metodinis leidinys/mokomoji knyga, Kaunas.
90. Loring, B. (2014), Tobacco and inequities. Guidance for addressing inequities in tobacco-related harm. WHO, Copenhagen.
91. Marmot indicators 2014, UCL Institute of Health Equity, London. Prieiga per internetą: <<http://www.instituteofhealthequity.org/projects/marmot-indicators-2014>>. [žiūrėta: 2016 m. vasario 10 d.].
92. McGill, R., Anwar, E., Orton, L., Bromley, H., Lloyd-Williams, F. et al. (2015), Are interventions to promote healthy eating equally effective for all? Systematic review of socioeconomic inequalities in impact. BioMed Central, BMC Public Health, Vol. 15 No. 1, pp. 457.
93. Merseyside CALMzone: A Case Study (2010). Prieiga per internetą: <<https://www.thecalmzone.net/about-calm/faq/>>.
94. Millett, C., Laverty, A.A., Stylianou, N., Bibbins-Domingo, K. and Pape, U.J (2012), Impacts of a national strategy to reduce population salt intake in England: serial cross sectional study, PLoS One, Vol. 7 No. 1.
95. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2006), Four commonly used methods to increase physical activity: brief interventions in primary care, exercise referral schemes, pedometers and community-based exercise programmes for walking and cycling, NICE guidelines [PH2]. Prieiga per internetą: <<https://>

- www.nice.org.uk/guidance/ph2>. [žiūrėta 2016 m. sausio 20 d.].
96. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2009), Promoting physical activity for children and young people, NICE guidelines [PH17], updated March 2015. Prieiga per internetą: <<http://www.nice.org.uk/guidance/ph17/chapter/1-Recommendations>>. [žiūrėta 2016 m. sausio 15 d.].
 97. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) 2013, Physical activity: brief advice for adults in primary care, NICE guidelines [PH44]. Prieiga per internetą: <<http://www.nice.org.uk/guidance/PH44>>. [žiūrėta: 2016 m. sausio 20 d.].
 98. Nederkoorn, C., Havermans, R.C., Giesen, J.C.A.H. and Jansen, A. (2011), High tax on high energy dense foods and its effects on the purchase of calories in a supermarket. An experiment, *Appetite*, Vol. 56 No. 3, pp. 760-5.
 99. Ni Mhurchu, C., Eyles, H., Genc, M., Scarborough, P., Rayner, M. et al. 2015, Effects of Health-Related Food Taxes and Subsidies on Mortality from Diet-Related Disease in New Zealand: An Econometric-Epidemiologic Modelling Study, *PLoS One*, Vol. 10 No. 7.
 100. Nnoaham, K.E., Sacks, G., Rayner, M., Mytton, O. and Gray, A. (2009), Modelling income group differences in the health and economic impacts of targeted food taxes and subsidies, *International Journal of Epidemiology*, Vol. 38 No. 5, pp.1324-33.
 101. Noordman, J., Verhaak, P. and van Dulmen, S. (2010), Discussing patient's lifestyle choices in the consulting room: analysis of GP-patient consultations between 1975 and 2008, *BMC Family Practice*, Vol. 11 No. 1, pp. 87.
 102. Nutrition policy profiles: educating consumers about healthy food choices: point-of-sale interventions, May 2002. Prieiga per internetą: <http://www.eatbettermovemore.org/CHI_POS.html>.
 103. OECD Obesity Update 2012. Prieiga per internetą: <<http://>

www.oecd.org/health/49716427.pdf>.

104. Petrauskienė, A., Žaltauskė, V. and Albavičiūtė, E. (2015), Family socioeconomic status and nutrition habits of 7-8 year old children: cross-sectional Lithuanian COSI study, *Italian Journal of Paediatrics*, Vol. 41 No. 1, pp. 34.
105. Petronytė, G. (2009), Lietuvos paauglių fizinis aktyvumas ir su juo susiję veiksniai: daktaro disertacija, Kauno medicinos universitetas, Kaunas.
106. Radzevičiūtė, I., Janonienė, R., Valintelienė, R. and Sobutienė, A. (2015), Suaugusių asmenų fizinį aktyvumą skatinančių intervencijų taikymo praktika Lietuvoje, *Visuomenės sveikata*, Vol. 4 No. 71, pp. 94-100.
107. Ranson, M.K., Jha, P., Chaloupka, F.J. and Nguyen, S.N. (2002), Global and regional estimates of the effectiveness and cost-effectiveness of price increases and other tobacco control policies, *Nicotine & Tobacco Research*, Vol. 4 No. 3, pp. 311-19.
108. Raustorp, A. and Sundberg, C.J. (2014), The evolution of Physical Activity on Prescription (FaR) in Sweden, *Schweizerische Zeitschrift für Sportmedizin Sporttraumatologie*, Vol. 62, pp. 23-5
109. Scollo, M., Bayly, M. and Wakefield, M. (2015), Availability of illicit tobacco in small retail outlets before and after the implementation of Australian plain packaging legislation, *Tobacco Control*, Vol. 24 No. 1, pp. 45-51.
110. Smedslund, G., Berg, R.C., Hammerström, K.T., Steiro, A., Leiknes, K.A., Dahl, H.M. and Karlsen, K. (2011), Motivational interviewing for substance abuse, *The Cochrane Library*.
111. Starfield, B. and Shi, I. (2002), Policy relevant determinants of health: an international perspective, *Health Policy*, Vol. 60 No. 3, pp. 201-18.
112. Starfield, B., Shi, L., Grover, A. and Macinko, J. (2005), The ef-

- fect of specialist supply on populations' health: assessing the evidence, *Health Affairs*, Vol. 5, pp. 97-107.
113. Stead, L.F., and Lancaster, T. (2002), Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. The Cochrane Library.
 114. Stead, L.F., Buitrago, D., Preciado, N., Sanchez, G., Hartmann□ Boyce, J. and Lancaster, T. (2013), Physician advice for smoking cessation, The Cochrane Library.
 115. Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras. Internetinė prieda: <<http://www.smlpc.lt/lt/>>.
 116. Task Force on Community Preventive Services (TFPCPS) 2002, Recommendations to increase physical activity in communities, *American Journal of Preventive Medicine*, Vol. 22 No. 4, pp. 67-72.
 117. Thomas, S., Fayer, D., Misso, K., Ogilvie, D., Petticrew, M., Sowden, A., Worthy, G. et al. (2008), Population tobacco control interventions and their effects on social inequalities in smoking: systematic review, *Tobacco control*, Vol. 17 No. 4, pp. 230-37.
 118. Thow, A., Downs, S. and Jan, S. 2014, A systematic review of the effectiveness of food taxes and subsidies to improve diets: understanding the recent evidence, *Nutrition Reviews*, Vol. 72 No. 9, pp. 551-65.
 119. Townsend, J.L., Roderick, P., Cooper, J. (1994), Cigarette smoking by socio-economic group, sex, and age: effects of price, income, and health publicity, *British Medical Journal*, Vol. 309, pp. 923-27.
 120. US Department of Health and Human Services (2001), Women and Smoking: a Report of the Surgeon General. Atlanta: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office of Smoking and Health.
 121. US Surgeon General (2012). Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults: A Report of the Surgeon General. Atlanta:

US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.

122. Valintėlienė, R., Varvuolienė, R. and Kranauskas, A. (2012), Lietuvos gyventojų fizinis aktyvumas, vertinant GPAQ metodu, Visuo-
menės sveikata, Vol. 4 No. 59, pp. 67-75.
123. Van Cauwenberghe E, Maes L, Spittaels H, van Lenthe FJ, Brug J, et al. Effectiveness of school-based interventions in Europe to promote healthy nutrition in children and adolescents: systematic review of published and „grey“ literature, British Journal of Nutrition, Vol. 103 No. 6, pp. 781-97.
124. Van der Feltz-Cornelis, C.M., Sarchiapone, M., Postuvan, V., Volker, D., Roskar, S., Tančič Grum, A., Carli, V., McDaid, D. et al. (2011), Hegerl U. Best Practice Elements of Multilevel Suicide Prevention Strategies. A Review of Systematic Reviews, Crisis, Vol. 32, pp. 319-33.
125. Van Dillen, S.M., Noordman, J., van Dulmen, S. and Hiddink, G.J. (2015), Setting goal and implementation intentions in consultations between practice nurses and patients with overweight or obesity in general practice, Public Health Nutrition, Vol. 18 No. 16, pp. 3051-9.
126. Veitch, J., Ball, K., Crawford, D., Abbott, G.R. and Salmon, J. (2012), Park improvements and park activity: a natural eksperiment, American Journal of Preventive Medicine, Vol. 42, pp. 616-9.
127. Veugelers, P. and Yip, A. (2003), Socioeconomic disparities in health care use: Does universal coverage reduce inequalities in health? Journal of Epidemiology and Community Health, Vol. 57 No. 6, pps. 424-8.
128. Wakefield, M., Bayly, M., Durkin, S., Cotter, T., Mullin, S. and Warne, C. (2013), Smokers' responses to television advertisements

about the serious harms of tobacco use: pre-testing results from 10 low- to middle-income countries, *Tobacco Control*, Vol. 22 No. 1, pps. 24-31.

129. Wakefield, M., et al. (2015). Australian adult smokers' responses to plain packaging with larger graphic health warnings 1 year after implementation: results from a national cross-sectional tracking survey, *Tobacco Control*, Vol. 24 No. 2, pp. 17-25.
130. Wang, Q., Oostindjer, M., Amdam, G.V. and Egelandssdal, B. (2016), Snacks with Nutrition Labels: Tastiness Perception, Healthiness Perception, and Willingness to Pay by Norwegian Adolescents, *Journal of Nutrition Education and Behavior*, Vol. 48 No. 2, pp. 104-111.
131. World Health Organisation (WHO) (2014). Preventing suicide: a global imperative, Geneva. Prieiga per internetą: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1>.
132. World Health Assembly Resolution WHA57.17 (2004), Global strategy on diet, physical activity and health. World Health Organization, Geneva.
133. World Health Organisation (2008). MPOWER: a policy package to reverse the tobacco epidemic. World Health Organization. Prieiga per internetą: <http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_english.pdf>.
134. World Health Organisation (2003). Policy Recommendations for Smoking Cessation and Treatment of Tobacco Dependence: Tools for Public Health (Tools for Advancing Tobacco Control in the XXIst Century). World Health Organization, Copenhagen.
135. World Health Organisation (2010). WHO Technical Manual on Tobacco Tax Administration. World Health Organization.
136. World Health Organisation (2013). WHO report on the global

tobacco epidemic. Mpower. Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. World Health Organization.

137. World Health Organisation (2015). Smoke-free movies: from evidence to action. Third edition. World Health Organization.
138. World Health Organization (2013). Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020.
139. World Health Organization (2014), European food and nutrition action plan 2015-2020. WHO Regional Office for Europe.
140. World Health Organization (2009). Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm. Copenhagen: World Health Organization.
141. World Health Organization (2009). Global health risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization.
142. World Health Organization (2011), Preventing suicide. A resource for suicide case registration. Department of mental health and substance abuse, Geneva. Prieiga per internetą: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44757/1/9789241502665_eng.pdf>.
143. World Health Organization (2014). Preventing suicide: a manual for case registration of suicide and attempted suicide. Regional Office for the Eastern Mediterranean, Cairo. Prieiga per internetą: <<http://www.emro.who.int/mental-health/mnh-infocus/suicide-prevention-manual.html>>.
144. World health Organization, World Economic Forum (2012). From burden to "best buys": reducing the economic impact of non-communicable diseases in low- and middle-income countries. Geneva: World Health Organization.
145. Young, J. M., Stacey, I., Dobbins, T. A., Dunlop, S., Dessaix, A. L. and Currow, D. C. (2014), Association between tobacco plain packaging and Quitline calls: a population-based, interrupted ti-

me-series analysis, *Medical Journal of Australia*, Vol. 200 No. 1, pp. 29-32.

146. Yurekli, A.A. and Zhang, P. (2000), The impact of clean indoor-air laws and cigarette smuggling on demand for cigarettes: an empirical model, *Health Economics*, Vol. 9 No. 2, pp. 159-70.
147. Zaborskis, A. and Raskilas, A. (2011), Lietuvos mokinių fizinio aktyvumo pokyčiai 1994–2010 metais, *Visuomenės sveikata*, Vol. 3 No. 54, pp. 78-86.
148. Zaborskis, A., Šmigelskas, K., Vaičiūnas, T., Veryga, A., Žemaitienė, N., et al. (2016), Lietuvos mokinių gyvensena 2014 m. HBSC tyrimas. LSMU Leidybos namai Kaunas.
149. Zumeras, R. (2013), Pagyvenusių žmonių fizinis aktyvumas ir sveikata. Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras, Vilnius. Prieiga per internetą: <[http://www.smlpc.lt/media/file/Skyriu_info/Metodine_medziaga/Pagyvenusių%20žmonių%20FA%20\(metodine-informacine%20medziaga\).pdf](http://www.smlpc.lt/media/file/Skyriu_info/Metodine_medziaga/Pagyvenusių%20žmonių%20FA%20(metodine-informacine%20medziaga).pdf)>, [žiūrėta 2015 m. gruodžio 3 d.].

PRIEDAS. Pasirinktų sveikatos netolygumų mažinimo intervencijų įgyvendinimo pavyzdžiai

1.1. Pagalbos algoritmas asmenims, pasižymintiems padidinta savižudybės rizika ar bandžiusiems nusižudyti

Įgyvendinimo etapai ir detalūs veiksmai

1. Algoritmo rengimo eigos pristatymas
2. Algoritmo koordinacinės komandos, kuri rengs kompleksinio ir tarpsektorinio pagalbos teikimo algoritmo aprašymą, suformavimas
3. Algoritmo rengimo veiksmų plano parengimas (*terminai, priemonės, vykdytojai*)
4. Algoritmo rengimo veiksmų plano ir sprendimo projekto pateikimas Savivaldybės tarybai
5. Priemonės įtraukimas į savivaldybės strateginės veiklos planą
6. Kontrolės vykdymas (*savivaldybės gydytojas*)
7. Grįžtamasis ryšys su suinteresuotais dalyviais (*paslaugų teikėjais*) algoritmo apraše

**Partneriai ir
suinteresuotų
asmenų grupės**

1. **Savivaldybės gydytojas** (*algoritmo rengimo veiksmų plano kontrolė*)
2. **Visuomenės sveikatos biuras** (*stebėsenos programos rengimas, algoritmo rengimo koordinavimas*)
3. **Psichikos sveikatos centras, gydytojai psichiatrai, psichologai, socialiniai darbuotojai, slaugytojos** (*intervencijos planavimas, paslaugos teikimas, vertinimas*)
4. **Pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigos, šeimos gydytojai, ligoninių priėmimo skyriai** (*intervencijos planavimas, paslaugos teikimas, vertinimas*)
5. **Švietimo įstaigos ir juose dirbantys pedagogai bei kiti specialistai** (*intervencijos planavimas, „vartinko“ funkcijos vykdymas, algoritmo vertinimas*)
6. **Socialinės apsaugos sektoriaus institucijos ir jose dirbantys specialistai**
7. **Policijos, probacijos tarnybos, gaisrinės darbuotojai** (*intervencijos planavimas, rizikos identifikavimas, nukreipimas gauti sveikatos priežiūros paslaugas, vertinimas*)
8. **Savivaldybė** (*intervencijos planavimas, vertinimas*)
9. **Žiniasklaida** (*informavimas, stigmos mažinimas*)
10. **Nusižudžiusiųjų artimieji, pacientų organizacijos, NVO, savanorių organizacijos ir kitos suinteresuotos institucijos ir asmenys** (*intervencijos planavimas, algoritme teikiamų paslaugų vertinimas*)

Veiksniai	<i>Sėkmės</i>	1. Savivaldybės pritarimas savižudybių prevencijos programai ir algoritmo įgyvendinimui 2. Suinteresuoti ir motyvuoti partneriai (suinteresuoti dalyviai) 3. Kokybiškos paslaugos 4. Aktyvi bendruomenė 5. Socialiai atsakinga žiniasklaida.
	<i>Nesėkmės</i>	1. Kvalifikacijos nebuvimas, prasta mokymų kokybė 2. Nebendradarbiaujantys partneriai 3. Finansavimo nebuvimas algoritmo rengimui, įgyvendinimui ir paslaugų teikimui
Vertinimo rodikliai	<i>Proceso</i>	1. Parengtų algoritmų skaičius 2. Bendradarbiaujančių suinteresuotų dalyvių ir pasirašytų bendradarbiavimo sutarčių skaičius 3. Algoritmo rėmuose paslaugas gavusių asmenų skaičius 4. Suteiktų paslaugų skaičius
	<i>Rezultato</i>	1. Bandymų nusižudyti skaičiaus pokyčiai 2. Mirtingumo nuo savižudybių rodiklio pokyčiai
Teisinės bazės keitimas, siekiant numatomų tikslų		1. Stebėsenos rodiklių sąrašo papildymas (SAM įsakymas)

1.2. El. technologijų naudojimas vaikų mitybos organizavime mokyklose

Įgyvendinimo etapai ir detalūs veiksmai	1. Technologijos pristatymas 2. Komandos, kuri rengs pasiūlymus, suformavimas 3. Veiksmų plano parengimas (<i>terminai, priemonės, vykdytojai</i>) 4. Veiksmų plano ir sprendimo projekto pateikimas savivaldybės tarybai 5. Priemonės įtraukimas į savivaldybės strateginės veiklos planą 6. Kontrolės vykdymas (<i>švietimo skyrius, padedant soc. rūpybos ir sveikatos skyriams</i>) 7. Grįžtamasis ryšys mokyklos bendruomenėms
Partneriai ir suinteresuotų asmenų grupės	1. Tėvai (<i>vaiko išlaidų kontrolė</i>) 2. Visuomenės sveikatos specialistas mokyklose (<i>intervencijos planavimas, analizė</i>) 3. Maisto tiekėjai (<i>suinteresuoti savo produktų tiekimu</i>) 4. Elektroninės sistemos įdiegėjai (<i>verslo interesai</i>) 5. Savivaldybė (<i>vaikai atsiranda realioje apskaitoje, globos ir rūpybos skyrius, pašalpų paskirstymas į elektroninę kortelę</i>) 6. Maisto veterinarijos tarnyba (<i>menu vykdymo kontrolė</i>) 7. Mokyklos taryba (<i>sprendimų priėmėjai mokyklos lygmeniu</i>) 8. Socialinis pedagogas (<i>pagalba tėvams, maisto kontrolė</i>) 9. Mokinių taryba (<i>maisto vertinimas, pasiūlymai</i>)

Veiksniai	Sėkmės	1. Tinkama paslauga 2. Gerosios praktikos pavyzdžiai (<i>įdiegta Plungės r.</i>). 3. Aktyvi bendruomenė 4. Maisto tiekėjų palaikymas 5. Savivaldybės bendra strategija
	Nesėkmės	1. Žemas kompiuterinis raštingumas 2. Per maža mokykla 3. Lėšų stygius
Vertinimo rodikliai	Proceso	1. Mokyklų, įdiegusių sistemą, skaičius 2. Mokinių, besinaudojančių sistema, skaičius
	Rezultato	1. Vaikų mitybos įpročių pokyčiai 2. Socialinių skirtumų pokyčiai
Teisinės bazės keitimas, siekiant numatomų tikslų		1. SAM tvarkos aprašo pakeitimas (<i>dėl maitinimo organizavimo ugdymo įstaigose</i>) 2. Maisto veterinarijos tarnybos valgiaraščių derinimas 3. Socialiai remtinų vaikų maitinimo apmokėjimo tvarka

1.3. Blaivaus vaikų (iki 18 metų) laisvalaikio organizavimas ir užtikrinimas

Įgyvendinimo
etapai ir detalūs
veiksmai

1. Identifikuoti populiariausias vaikų iki 18 metų amžiaus laisvalaikio vietas (viešieji renginiai, renginiai mokyklose, privatūs renginiai).
2. Atlikti gyventojų nuomonės tyrimą dėl savivaldybėje vykstančių renginių ir vaikų iki 18 metų amžiaus blaivaus laisvalaikio organizavimo (ar žmonės norėtų ir palaikytų renginius be alkoholio savo savivaldybėje).
3. Įtraukti suinteresuotas piliečių grupes (interesų grupes) į savivaldybės tarybos sprendimų priėmimo procesus.
4. Savivaldybės sveikatos (socialinių reikalų ir sveikatos) bei kultūros skyrių iniciatyva parengti ir priimti savivaldybės tarybos sprendimu savivaldybėje vykstančių renginių tvarkos aprašą.
5. Savivaldybės tarybai priimti sprendimus dėl viešų renginių priežiūros užtikrinimo, parengiant viešosios tvarkos užtikrinimo aprašą (įtraukiant galimus partnerius: policiją, saugos tarnybas, renginių organizatorius, jaunuosius policijos rėmėjus, savanorius ir t. t.).
6. Bendrojo lavinimo mokyklų (pradinės, pagrindinės, vidurinės mokyklos, gimnazijos) tarybų sprendimu įpareigoti mokinių tėvus dalyvauti mokyklos renginiuose (kiekviename renginyje turėtų dalyvauti po du tėvų atstovus).

**Partneriai ir
suinteresuotų
asmenų grupės**

1. **Viešų renginių organizatoriai ir rėmėjai** (*įsipareigoja neprekiuoti alkoholiu ir užtikrina, kad nedalyvautų neblaivūs nepilnamečiai*).
2. **Mokyklos bendruomenė** (*organizuoja mokyklos renginius, užtikrina, kad renginiuose nedalyvautų neblaivūs mokiniai*).
3. **Mokyklos taryba** (*priima sprendimus dėl privalomo tėvų dalyvavimo mokyklos renginiuose*).
4. **Mokinių taryba** (*priima sprendimus dėl mokinių atstovų dalyvavimo užtikrinant tvarką mokyklos renginiuose*).
5. **Tėvai** (*jų atstovai dalyvauja mokyklos renginiuose ir užtikrina, kad privačiuose mokinių susijėimuose nebūtų vartojamas alkoholis*).
6. **Savivaldybės visuomenės sveikatos biuras** (*prisideda organizuojant blaivų laisvalaikį, vykdo šviečiamąją veiklą mokiniams apie alkoholio žalą sveikatai*).
7. **Savivaldybės taryba** (*priima sprendimus, neišduoda vienkartinę licencijų prekiauti alkoholiu*).
8. **Nevyriausybinių organizacijų** (*prisideda organizuojant renginius ir palaikant viešąją tvarką juose*).
9. **Policija** (*palaiko tvarką viešuosiuose renginiuose*), **saugos tarnybos** (*palaiko tvarką viešuosiuose renginiuose*).
10. **Jaunieji policijos rėmėjai** (*prižiūri tvarką viešuosiuose renginiuose*).

Veiksniai	Sėkmės	11. Bendruomenės ir politinis palaikymas. 12. Stipri lyderystė vietos bendruomenėse. 13. Aktyvi vietos bendruomenė. 14. Dalyvaujamas procesas (<i>kai didžioji dalis bendruomenės ir suinteresuotos grupės įtraukiamos nuo sprendimų priėmimo iki jų įgyvendinimo</i>). 15. Kvalifikuoti renginių organizatoriai, gebantys suorganizuoti patrauklius ir įdomius renginius, turintys novatoriškų idėjų. 16. Organizatorių gebėjimai rasti finansinių išteklių ir rėmėjų.
	Nesėkmės	17. Alkoholinių gėrimų gamintojų įtaka. 18. Alkoholiniais gėrimais prekiaujančių įmonių nesuinteresuotumas. 19. Savivaldybės administracijos nepalaikymas.
Vertinimo rodikliai	Proceso	20. Savivaldybės tarybos priimtų sprendimų skaičius (susijusių su alkoholio draudimu renginiuose, skirtuose nepilnamečiams iki 18 metų). 21. Blaivių renginių skaičius per metus.
	Rezultato	22. Neblaivių nepilnamečių renginiuose skaičius per metus (nustatytų prižiūrint viešąją tvarką renginiuose).
Teisinės bazės keitimas, siekiant numatomų tikslų		23. Renginių organizavimo savivaldybės teritorijoje tvarkos aprašas (<i>ar jo pakeitimas</i>).

1.4. Slapto pirkėjo priemonės diegimas, siekiant kontroliuoti tabako gaminių prekybą nepilnamečiams

Įgyvendinimo etapai ir detalūs veiksmai	1. Situacijos analizė, prekybos taškų žemėlapis 2. Rūkančių vaikų skaičius ir vaikų apklausa dėl pagrindinių tabako gaminių įsigijimo vietų 3. Sprendimo priėmimas (<i>koordinatoriaus paskyrimas, lėšų skyrimas ir kt.</i>) 4. Darbų plano parengimas ir įgyvendinimas (<i>slaptų pirkėjų apmokymas, tyrimo planavimas, tikrinamų taškų nustatymas</i>) 5. Rezultatų analizė ir pristatymas suinteresuotoms pusėms: tėvai, ugdymo įstaigų atstovai, policija, savivaldybės licencijavimo skyrius, pardavimo vietų atstovai. 6. Viešinimas: žiniasklaida. 7. Pakartotinas tyrimas.
Partneriai ir suinteresuotų asmenų grupės	8. Tėvai 9. Policija 10. Savivaldybės narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės komisija 11. Savivaldybės licencijavimo skyrius 12. Pardavimo vietos

Veiksniai	Sėkmės	13. Bendruomenės pilietiškumas 14. Pardavimo vietų darbuotojų atsakomybė ir sąmo-ningumas 15. Policijos suinteresuotumas 16. Finansinis palaikymas
	Nesėkmės	17. Korupcija 18. Bendruomenės abejingumas 19. Nekokybiška slapto pirkėjo paslauga 20. Lėšų trūkumas 21. Bendradarbiavimo trūkumas 22. Verslo atstovų abejingumas ir socialinės atsakomy- bės stoka
Vertinimo rodikliai	Proceso	Patikrintų pardavimo vietų skaičius
	Rezultato	23. Nustatytų pažeidimų skaičius
Teisinės bazės keitimas, siekiant numatomų tikslų		24. Baudų už nustatytus pažeidimus didinimas 25. Licencijų išdavimo susiejimas su galimų pažeidimų skaičiumi

1.5. Fizinio aktyvumo programos, skirtos senjorams, įgyvendinimas bendruomenėje

Įgyvendinimo etapai ir detalūs veiksmai

1. Rizikos grupių identifikavimas

Programa skirta senjorams (vyresnio amžiaus bendruomenės gyventojams). Tačiau greičiausiai ne visi vyresnio amžiaus yra fiziškai neaktyvūs. Rengiant programą svarbu išskirti rizikos grupes, į kurias reikėtų orientuotis planuojant programos priemones. Savivaldybės visuomenės sveikatos biuro specialistai atlieka analizę ir identifikuoja rizikos grupes, pavyzdžiui, vyresnio amžiaus moteris arba vyresnio amžiaus asmenis, gyvenančius X seniūnijoje ar pan.

2. Fizinio aktyvumo skatinimo programos rengimas

Identifikavus rizikos grupes, savivaldybės visuomenės sveikatos biuras parengia programą, kurioje išskiria tokias fizinio aktyvumo veiklas, priimtinas ir patrauklias rizikos grupėms (pavyzdžiui, paprasti pasivaikščiojimai, nešiojantis žingsniamačius, tautiniai šokiai ir pan.). Programoje numatoma, kokiomis priemonėmis bus siekiama įtraukti rizikos grupes, pavyzdžiui, pasitelkiant bendraamžius, aktyvius bendruomenės narius arba teikiant individualias konsultacijas (tuomet reikėtų įvertinti, ar yra pakankamai kvalifikuotų specialistų, galinčių tokias konsultacijas teikti).

3. Programos vykdymo partnerių identifikavimas

Rengiant programą svarbu iš anksto numatyti galimus programos vykdymo partnerius, pavyzdžiui, mokyklas ar kitas įstaigas (dėl galimybės naudotis patalpomis); pirminės sveikatos priežiūros įstaigas (kviečiant specialistus paskaityti pranešimus ar teikti kitą konsultacinę pagalbą, pvz., trumpą konsultaciją); sporto centrus (dėl galimybės naudotis patalpomis ar pasikviečiant specialistus, kurie galėtų padėti tinkamai parinkti fizinio aktyvumo krūvį programoje identifikuotoms rizikos grupėms), nevyriausybinės organizacijas pan.

**Igyvendinimo
etapai ir detalūs
veiksmai****1. Programos pristatymas savivaldybės bendruomenės sveikatos tarybai**

Parengtą programą (kartu su jai vykdyti reikalingo biudžeto projektu, potencialiais programos partneriais) savivaldybės visuomenės sveikatos biuras, kartu su savivaldybės gydytoju pristato savivaldybės bendruomenės sveikatos tarybai.

2. Programos pristatymas savivaldybės tarybai

Savivaldybės bendruomenės sveikatos taryba programą pristato savivaldybės tarybai. Tokiu būdu paskleidžiama programos idėja ir užtikrinamas vietos politikų pritarimas ir palaikymas programoje numatytų priemonių vykdymui.

3. Informacijos apie programą sklaida

Savivaldybės tarybai pritarus fizinio aktyvumo programai informacija apie programą paskleidžiama savivaldybės gyventojams. Informacijos sklaidai pasitelkiami įvairūs kanalai: savivaldybės administracijos ir visuomenės sveikatos biurų interneto svetainės, informacijos lankstinukai dalijami pirminės asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir kitose vietose.

4. Kvietimas bendruomenėms teikti paraiškas

Programai vykdyti skelbiamas kvietimas teikti paraiškas. Kvietime teikti paraiškas nurodomi pagrindiniai paraiškų vertinimo kriterijai (parinkti pagal fiziniam aktyvumui skatinti programos nuostatas): atitiktis programos tikslinėms grupėms; siūlomos fizinio aktyvumo veiklos patrauklios ir priimtinos tikslinėms grupėms; numatytos priemonės, kaip įtraukti fiziškai pasyvius (nemotyvuotus) rizikos grupėms priskirtinus gyventojus; programos vykdymui pasitelkti partneriai.

	5. Paraiškų vertinimas, atranka ir vykdymas Savivaldybėje sudaroma paraiškų vertinimo komisija, kuri įvertina paraiškų atitiktį nustatytiems kriterijams ir atranka pagrindinius fizinio aktyvumo programos vykdytojus. 6. Programos vykdymo ataskaitos rengimas ir pristatymas Savivaldybės visuomenės sveikatos biuras parengia fizinio aktyvumo programos ataskaitą (apibendrindamas visų programos vykdytojų ataskaitas) ir pristato savivaldybės bendruomenės sveikatos tarybai.
Partneriai ir suinteresuotų asmenų grupės	1. Bendruomenių lyderiai 2. Bendruomenės 3. Savivaldybės visuomenės sveikatos biuras 4. Savivaldybės administracija 5. Sporto centrai 6. Sporto mokyklos 7. Kaimo turizmo sodybos 8. Seniūnija 9. Žiniasklaida 10. Bažnyčia 11. Vietos verslininkai-įmonės 12. Šeimos gydytojai, kt. gydytojai

Veiksniai	Sėkmės	Bendruomenių lyderiai (aktyvūs, veiklūs) Informacijos apie programą prieinamumas Nuolatinių finansavimo šaltinių užtikrinimas Partnerių geranoriškumas Aktyvus senjorų dalyvavimas programoje
	Nesėkmės	Lėšų programai neskylimas arba dalinis lėšų skyrimas Tikslinių grupių nepasiekiamumas Pasiūlytos priemonės nepriimtinos FA veiklos tikslinei grupei Rezultatų nevertinimas, rezultatų vertinimo metodikų nebuvimas Blogos oro sąlygos
Vertinimo rodikliai	Proceso	Senjorų, priklausančių rizikos grupėms, pirmą kartą dalyvavusių programoje skaičius Bendras dalyvių skaičius
	Rezultato	Senjorų, kurių fizinis aktyvumas atitinka PSO fizinio aktyvumo rekomendacijas bendruomenėje dalies, prieš programą ir po jos, pokytis (proc.)
Teisinės bazės keitimas, siekiant numatomų tikslų		Parengti ir patvirtinti tipinę paraiškų teikimo formą Parengti ir patvirtinti tipinę ataskaitų pateikimo formą

1.6. Užtikrinti sistemingą sveikatos priežiūros (asmens ir visuomenės) paslaugų prieinamumo skirtingoms gyventojų grupėms stebėseną savivaldos lygmeniu

Įgyvendinimo etapai ir detalūs veiksmai		1. Parengti metodikas ir priemones savivaldai sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumui vertinti 2. Numatyti finansinius išteklius stebėsenai 3. Adaptuoti nacionalines duomenų bazes duomenims kaupti 4. Keisti teisės aktus, susijusius su tikslinių duomenų prieinamumu 5. Įpareigoti savivaldybes nustatytu periodiškumu vykdyti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo vertinimus pagal rekomenduojamas metodikas ir priemones 6. Vykdyti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo skirtingoms gyventojų grupėms stebėseną 7. Reguliariai informuoti savivaldybės administraciją ir susijusias institucijas apie monitoringo rezultatus
Partneriai ir suinteresuotų asmenų grupės		1. Savivaldybių administracijos 2. Visuomenės sveikatos biurai 3. Higienos institutas 4. Universitetai 5. Pirminės sveikatos priežiūros įstaigos 6. Sveikatos apsaugos ministerija
Veiksniai	<i>Sėkmės</i>	1. Visuomenės sveikatos biurų tinklas, apimantis visas savivaldybes ir pakankamas specialistų skaičius savivaldoje 2. Stiprus nacionalinis metodinis vadovavimas
	<i>Nesėkmės</i>	1. Galima nepakankama visuomenės sveikatos specialistų, savivaldos gydytojų ir kitų specialistų kompetencija analizuojant, vertinant ir interpretuojant stebėsenos duomenis 2. Galimai didelių išteklių reikalaujanti stebėseną 3. Galimas esamų duomenų bazių nesuderinamumas
Vertinimo rodikliai	<i>Proceso</i>	Atliktų paslaugų prieinamumo vertinimų skaičius
	<i>Rezultato</i>	Sprendimų, priimtų remiantis stebėsenos duomenimis, skaičius
Teisinės bazės keitimas, siekiant numatomų tikslų		Teisės aktų, susijusių su socialinių ir ekonominių bei sveikatos duomenų susiejimu, pakeitimas ir (ar) papildymas

1.7. Socialinės rizikos grupių gyventojų rizikingos elgsenos prevencija ir intervencijos pokyčiams plėtojant tarpsektorines pirminės sveikatos priežiūros, visuomenės sveikatos specialistų, socialinių darbuotojų ir kitas veiklas

**Įgyvendinimo
etapai ir detalūs
veiksmai**

1. Identifikuoti tikslines grupes ir bendradarbiavimo poreikio sritis
2. Identifikuoti lyderius, kurie gebėtų burti komandas ir įgalinti bendradarbiavimą su kitų sektorių specialistais
3. Susitarti su politiniais partneriais ir užsitikrinti politinę paramą sprendimams prioritetinėse srityse
4. Parengti detalų priemonių planą su numatomais rezultatais
5. Patvirtinti detalų priemonių planą savivaldybės taryboje
6. Adaptuoti metodikas rizikos grupių identifikavimui ir motyvaciniam konsultavimui savivaldybėje
7. Sutarti dėl vaidmenų ir skatinimo svertų papildomų funkcijų prisiėmimui (pvz., skatinamasis finansavimas iš ligonių kasų)
8. Analizuoti mokymo poreikius, rengti ir vykdyti daugiaprofesės mokymo programos
9. Vykdyti stebėseną ir atlikti vertinimą

Partneriai ir suinteresuotų asmenų grupės		Institucijos 1. Savivaldybės Visuomenės sveikatos biuras 2. Savivaldybės teritorijoje esančios pirminio sveikatos priežiūros įstaigos 3. Socialinių paslaugų organizatoriai ir socialiniai darbuotojai 4. Vaikų teisių apsaugos tarnyba 5. Savivaldybės gydytoja 6. Savivaldybės Socialinis skyrius 7. Policija 8. Savivaldybės Švietimo skyrius 9. Savivaldybės administracija 10. Savivaldybės sveikatos ir socialinių reikalų komitetas 11. Savivaldybės mero institucija 12. Teritorinės ligonių kasos. Specialistai 1. Šeimos gydytojai ir PSP slaugytojos 2. Visuomenės sveikatos specialistai 3. Socialiniai pedagogai 4. Mokytojai ir psichologai
Veiksniai	Sėkmės	1. Stipri politinė valia 2. Administraciniai pajėgumai sutelkti ir koordinuoti sveikatos ir kitų sektorių veiklas 3. Geras kitų partnerių vaidmenų suvokimas
	Nesėkmės	1. Per plačios pasirinktos bendradarbiavimo sritys 2. Žmogiškųjų išteklių (VSB, PSP ir kt.) stoka 3. Per mažai galimybių savivaldybės administracijai įtakoti/reguluoti privačių PSP veiklas

Vertinimo rodikliai	Proceso	1. Identifikuotų asmenų, turinčių gauti paslaugas (intervencijas), skaičius 2. Gavusių paslaugas (intervencijas) asmenų skaičius (ir procentinė dalis nuo tikslinės grupės), tarp jų iš: • VSB darbuotojų, • PSP darbuotojų, • socialinių darbuotojų, • kitų specialistų (įvardyti)
	Rezultato	Rizikos grupių gyventojų elgsenos pokyčiai pagal pasirinktas prioritetines sritis
Teisinės bazės keitimas, siekiant numatomų tikslų		1. Adaptuotos metodikos intervencijoms (savivaldybių lygmeniu) įteisinimas 2. Dalyvaujančių organizacijų veiklos nuostatų bei atitinkamų pareiginių nuostatų adaptavimas (savivaldybių lygmeniu) 3. Savivaldybių vaidmens PSP reguliavimui (nacionaliniu lygmeniu) sustiprinimas 4. Skatinamųjų paslaugų, papildomai finansuojamų iš PSDF, išplėtimas

SVEIKATOS NETOLYGUMŲ Mažinimo praktinės rekomendacijos

Praktinės rekomendacijos

Redaktorė

Rita Malikėnienė

Viršelio dizainerė

Neringa Kartanaitė

2017.04.03. 18 leidyb. apsk. l.

Tiražas 600 vnt. Užsakymo Nr. SNPP170404

Išleido UAB „Arx Reklama“

Miško g. 23, LT-44313 Kaunas

www.arxreklama.lt

Nuotraukos: www.freepik.com

