

КВАЛИТЕТОТ НА ПРОГРАМИТЕ ЗА ЛЕКУВАЊЕ НА ЗАВИСНОСТИ ВО МАКЕДОНИЈА

Ивица Цековски

Здружение ХОПС – Опции за здрав живот Скопје

2019 година

СОДРЖИНА

1. ВОВЕД И МЕТОДОЛОГИЈА	3
2. НАОДИ	4
2.1. Опфат на програмите за лекување на зависности	4
2.2. Достапност, пристапност и услови во кои се одвива лекувањето	5
2.3. Сеопфатност на услугите и кадровска екипираност на програмите за лекување.....	7
2.4. Трошоци за лекување	10
2.5. Специфичност на програмите	11
2.6. Етички и други аспекти поврзани со третманот	12
3. ЗАКЛУЧОЦИ И ПРЕПОРАКИ	13
4. БИБЛИОГРАФИЈА	18

1. ВОВЕД И МЕТОДОЛОГИЈА

Според Светскиот извештај за дроги¹, околу 5,6% од луѓето на возраст од 15 до 64 години употребувале дроги најмалку еднаш во 2016 година, а за нешто над 11% од нив, употребата на дроги станала проблематична до степен да имаат потреба од лекување на зависноста. Најпроблематична е опиоидната зависност, на која се должат околу 76% од смртните случаи поврзани со дроги во светски рамки во истата година.

Употребата на дроги не е новост ниту реткост и во Македонија. Податоците од Извештајот за употреба на психоактивни супстанции помеѓу општата популација² покажуваат дека скоро 9% од македонските граѓани пробале нелегални дроги во текот на животот, што е случај за скоро 19% од младите од 15 до 24 годишна возраст. Според истиот извештај, околу 1,1% од граѓаните во Македонија пробале опиоидни дроги (хероин), но не постои податок колкав дел од нив ги користат опиоидните дроги со инјектирање. Неодамнешниот Извештај од биобихевиоралното истражување³ проценува дека околу 6800 лица во Македонија континуирано употребуваат дроги со инјектирање (односно инјектирале дроги во последниот месец), и истовремено потенцира дека околу 72% од нив се инфицирани со хепатитис Ц.

Лекувањето на зависноста од дроги во Македонија е преобладавајќо ориентирана кон супституциско одржување со опиоидни агонисти (метадон и бупренорфин) и се одвива во 12 Центри за превенција и третман на зависности од дроги во 10 градови низ државата. Лекување со супституциска терапија се спроведува и на Универзитетската клиника за тоскикологија во Скопје (одржување со бупренорфин), во 4 приватни психијатриски ординации во Скопје (бројот на психијатриски ординации кои нудат лекување на зависност во другите градови не е познат), како и во затворите. Третман за одржување на апстиненција се спроведува единствено во тераписката заедница Покров во Струмица, тераписката заедница Нарконон во Кавадарци и во религиската заедница во манастирот Св. Јован Бигорски во Ростуше, но не и во јавно-здравствените установи. Коморбидните психијатриски состојби поврзани со опиоидната зависност се третираат преобладавајќо во болничките одделенија на Психијатриската болница Скопје, а поретко и во психијатриските болници во Демир Хисар и Негорци. Програми за лекување на зависност од други дроги (исклучувајќи го алкохолот и никотинот) во Македонија скоро и да не постојат.

Оваа анализа има за цел да даде општа слика за актуелниот квалитет на програмите за лекување на опиоидна зависност со супституциско одржување

¹ UNODC (2018). World Drug Report 2018. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime.

² ИЈЗ (2017). Употреба на психоактивни супстанции помеѓу општата популација во Република Македонија, 2017. Скопје: Институт за јавно здравје.

³ ИЈЗ (2018). Извештај од биобихевиоралното истражување и процена на бројноста на лица кои инјектираат дроги во Скопје, Република Македонија, 2017. Скопје: Институт за јавно здравје.

во Македонија. Анализата се базира на три дискусии со фокусни групи со 19 луѓе (од кои 3 жени) на третман со одржување со супститут во програмите за лекување на зависности достапни во јавните здравствени установи во Скопје, Штип и Охрид, кои беа спроведени кон крајот на 2018 и почетокот на 2019 година, во комбинација со краток преглед на достапната литература и податоци од неформална комуникација со разни чинители во областа од интерес.

Извештајот пред Вас единствено цели да даде насоки за напорите за застапување на Здружението ХОПС – Опции за здрав живот Скопје за унапредување на квалитетот на програмите за лекување на зависности во Македонија, но и да отвори пат за понатамошни посуштински проценки на квалитетот на овие програми.

2. НАОДИ

2.1. Опфат на програмите за лекување на зависности

Имајќи предвид дека во Македонија околу 1600 лица се лекуваат со метадон, а 250 со бупренорфин⁴, додека големината на популацијата на луѓе кои инјектираат дроги е проценета на околу 6800⁵, опфатот на програмите за лекување на зависности е околу 27%. Ова е далеку под европскиот просек кој изнесува 50%⁶, но покриеноста е повисока споредено со другите балкански земји. Не е јасно на што се должи нискиот опфат на програмите за лекување на зависности, бидејќи на сите локации достапни преку јавно-здравствениот систем, програмите се отворени и нема листи на чекање, како што потврдуваат и учесниците во дискусиите со фокусни групи. Ниската покриеност можеби се должи на ограничениот избор на пристапи за лекување (единствено достапно е супституциско одржување со метадон, а само местимично и со бупренорфин), можноста за лекување само во специјализирани центри во 10 поголеми градови, на нискиот квалитет на програмите, или пак на стигмата развиена во заеницата и од опкружувањето кон луѓето кои се лекуваат од зависност (за што се дискутира подолу во овој извештај).

⁴ МЗ (2017). Извештај за проценка на минимум стандарди за квалитет на програмите за третман на зависност од дрога во Република Македонија. Скопје: Министерство за здравство.

⁵ ИЈЗ (2018). Извештај од биобиохевиоралното истражување и процена на бројноста на лица кои инјектираат дроги во Скопје, Република Македонија, 2017. Скопје: Институт за јавно здравје.

⁶ EMCDDA (2017). Health and social responses to drug problems: a European guide. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

2.2. Достапност, пристапност и услови во кои се одвива лекувањето

Самиот податок дека лекувањето на зависности се одвива само во 10 градови низ државата наведува на тоа дека за голем дел на луѓе кои имаат потреба од лекување, програмите не се доволно достапни. Во центарот во Охрид, на пример, се лекуваат и луѓе од Струга, Кичево и Ресен кои треба да патуваат и по неколку часа еден или два пати неделно (а во периодот на иницијација/баждарење и секој ден) за да ја подигнат терапијата. Слична е ситуацијата и во Штип, каде се лекуваат и луѓе од градовите во осоговието. Достапноста е проблематична и во Скопје бидејќи Центарот за лекување во Кисела Вода е на релативно лоша локација, па луѓето на третман (со исклучок на оние од Општина Карпош кои се лекуваат во Центарот при Градската општа болница 8-ми Септември), често треба да менуваат и по неколку градски автобуси, односно може да им се потребни и по неколку часа за да подигнат терапија. Ваквата состојба не само што ја оневозможува успешната ресоцијализација на луѓето на третман поради тоа што им ги ограничува можностите за вработување и нормално функционирање, туку и ги турка во понатамошна изолација и сиромаштија наметнувајќи им трошоци за патување за кои најчесто плаќаат сами.

Одржувањето со метадон е единствен пристап за лекување на зависноста достапен на сите локации. Бупренорфинот до неодамна беше единствено достапен во Скопје (најпрво само на Клиниката за токсикологија – каде и сега со бупренорфин се лекуваат пациенти од сите градови, а од пред неколку години и во Центарот во Кисела Вода за дел од пациентите од Скопје). Но, податоците од ова истражување укажуваат дека е започната долго најавуваната дисперзија на лекувањето со бупренорфин низ другите градови. Ова е проследено со доста предизвици бидејќи пациентите кои претходно подигале бупренорфин од Клиниката за токсикологија во Скопје не сакаат терапијата да ја земаат од Центрите во нивните градови поради лошата слика развиената во самата заедница кон луѓето кои се лекуваат со метадон, како и поради стравот од дискриминација од опкружувањето во нивните родни градови откако би се дознало дека тие се лекуваат од зависност.

Во јавно-здравствените установи во Македонија не е достапно лекување на зависност со субоксон, одржување со медицински хероин, инјектабилен метадон, ниту пак супервизирана детоксификација. Ограничениот избор на начини за лекување, во комбинација со развиената стигма во заедницата кон одржувањето со метадон, се веројатно причините за слабата привлечност, а со тоа и за релативно нискиот опфат на програмите за лекување.

Дополнителен проблем е и работното време на Центрите, кои се отворени само во прва смена и издаваат терапија до околу 13-14 часот (во зависност од локацијата). Ова создава сериозни предизвици за луѓето на третман кои се

вработени, кои се приморани да ги напуштаат своите работни места и да патуваат понекогаш и по неколку часа за да го добијат својот лек. Персоналот во некои Центри, на пример во Штип, има развиено механизми за комуникација со пациентите, па вработените се јавуваат по телефон доколку некој не ја подигнал терапијата во предвидениот ден и понекогаш се расположени да го издадат лекот 15-30 минути по завршувањето на работното време. Но многу почести се ситуациите кога пациентите кои задоцниле мораат да чекаат до следниот работен ден или до следната недела за подигање на терапијата, со што се изложуваат на бројни здравствени и правни ризици бидејќи се приморани да набавуваат терапија на црно.

Лекувањето на зависности во јавно-здравствените установи е единствено достапно за луѓе кои имаат валидни лични документи и здравствено осигурување. Ова значи дека овие програми не се отворени за малиот број на луѓе, најчесто Роми и други етнички малцинства, кои немаат документи за лична идентификација бидејќи не биле запишани во матичната книга на родени, кои не го регулирале државјанството по распаѓот на СФРЈ, или не го регулирале престојот по бегалските кризи.

Испитаниците опфатени со дискусиите со фокусни групи сведочат и дека Центрите за лекување не се пристапни за луѓе со посебни потреби бидејќи на ниту една локација не се поставени рампи или лифтови, а нема ни спремен кадар за работа со луѓе со други видови на попреченост. Физичкиот пристап до Центрите продуцира проблеми и за луѓето на третман во поодмината возраст, како и за оние чие движење е привремено ограничено поради соматски болести, понекогаш како последица од зависноста. Во Центарот за лекување во Кисела Вода, на пример, не е ретка сликата луѓе со бастуни и патерици да бидат приморани да се качуваат по скали за да земат терапија од шалтерите на погорните спратови.

Хигиенските услови се исто така на незадоволително ниво. На повеќето локации нема тоалет за пациенти, па дури и за давање на примерок од урина за тестирање за присуство на психоактивни супстанции (што е составен дел од воведувањето и следењето на третманот), пациентите се принудени тоа да го прават во импровизирани услови, често со нарушена приватност, што е особен проблем кој го пријавуваат жените. Никаде нема простории за чекање и социјализација, а во Центарот во Штип сидовите се уништени од влага. Ова е значително влошување во споредба условите до пред неколку години, кога Центарот за лекување во Штип имал уредни простории на погорниот спрат во истиот објект, Центарот во Охрид бил на друга локација и располагал со доволно простор за организирање на дневни активности за едукација, креативност и работооспобување, а во Центарот за лекување во Скопје во употреба биле и дополнителни простории за едукации и групни советувања.

2.3. Сеопфатност на услугите и кадровска екипираност на програмте за лекување

Еден од основните предуслови за успешност на лекувањето на зависноста во специјализирани установи, какви што се замислени во Македонија, е овозможување на интеграција на фармаколошкиот третман со медицинска, психосоцијална и останата поддршка со цел рехабилитација и ресоцијализација на луѓето на третман. Но ова е далеку од реалноста во нашата држава. Центрите за лекување се сведени на шалтери за дистрибуција на супституциска терапија, а медицинската/психијатриска и психосоцијалната поддршка како воопшто и да не постојат. Ваквата состојба произлегува од тоа што ниту еден од Центрите не е екипиран со доволен број на кадар со соодветна стручна подготовка за да овозможи квалитетно и сеопфатно лекување базирано на докази за големиот број на пациенти. На пример, во Центарот во Кисела Вода, пациентите препознаваат само четворица психијатри, двајца социјални работници, двајца психолози⁷ и останат персонал со средна стручна спрема, што не е ни од блиску доволно за соодветно лекување на околу 530 пациенти⁸ кои подигаат терапија најмалку еднаш неделно. Во голем дел од Центрите во другите градови не ни има психијатри кои би го следеле лекувањето. Во Центарот во Штип на пример, има вработено само две медицински сестри кои делат терапија, а повремено доаѓаат лекари специјалисти во други области (ортопедија, гинекологија и сл.) од кои се очекува да ги следат пациентите и да ја адаптираат тераписката доза, иако е тоа надвор од нивната стручна подготовка.

Испитаниците опфатени со дискусиите со фокусни групи сведочат дека освен за време на иницијацијата/баждарењето на третманот, ретко имаат можност да разговараат со психијатар/лекар, сесиите се најчесто на барање на пациентите во контекст на адаптација на дозата, а неколкумина од испитаниците во изминатите неколку години имале средба со психијатар поретко од еднаш годишно. Впечатливо е и тоа што меѓу некои пациенти постои убедување дека нивните барања да се „спуштат“, односно постепено да им се намалува тераписката доза, никогаш не наидуваат на позитивен одговор од страна на лекарите, што тие го припишуваат на заговор за луѓето на третман да се одржуваат „издрогирани“ за да не прават проблеми и општеството да се „исчисти од зависници“. Овие убедувања се засилени преку опсервациите дека голем дел од пациентите се чувствуваат омалаксани и без енергија, и дека во изминативе неколку години имало голем број на луѓе кои починале од предозирање или од компликации поврзани со болеста на зависност. Ваквиот

⁷ Според неофицијални информации добиени од персоналот, во Центарот има вработено осум психијатри, но дел од нив се во почетни години од специјализацијата, дел имаат дополнителни ангажмани, а дел имаат најавено заминување од државата. Освен тоа, ангажираните психолози немаат специјализација по клиничка психологија, па не можат да прават психодијагностика.

⁸ МЗ (2017). Извештај за проценка на минимум стандарди за квалитет на програмите за третман на зависност од дрога во Република Македонија. Скопје: Министерство за здравство.

слаб одговор на индивидуалните потреби на пациентите веројатно се должи на слабата кадровска екипираност на Центрите, односно на немањето на можност за следење на резултатите од третманот индивидуално за секој пациент. Во вакви околности, не се ретки случаите кога пациентите самоиницијативно и без консултација со лекар користат помали терапсихки дози од препишаните, што секако е загрижувачки поради бројните здравствени ризици.

На ниту една локација не се спроведуваат едукативни активности (на пример за превенција од предозирање, превенција на туберкулоза, ХИВ и хепатит, за сексуално и репродуктивно здравје – кои биле пракса до пред неколку години), не се достапни услуги за психо-едукација, индивидуална, групна и семејна психотерапија, работна терапија или други комплементарни пристапи во лекувањето. Не постојат услови за лекување на психијатриските коморбидитети, ниту пак интегрирани сервиси или функционални канали за упатување за третман на соматските болести – кои се сè почести поради стареењето на популацијата. Социјалната компонента е крајно запоставена, па не постојат услуги за поддршка при вработување, дообразование и работооспособување на пациентите, ниту пак постои соодветно поврзување и упатување за остварување на правата од социјална заштита.

Интегрираниот центар за лекување и ресоцијализација кој функционираше со поддршка од МЗ и МТСП во Охрид е затворен од 2017 година поради имотен спор поврзан со објектот, па лекувањето сега се одвива во Опшата болница во Охрид и е сведено само на делење на метадон преку шалтер. И покрај декларативните заложби за возобновување на добрата пракса, сè уште нема конкретни чекори за повтрно ставање на центарот за ресоцијализација во функција. Претходната добра пракса од Охрид за жал не е реплицирана на ниту една друга локација (освен во Центарот во Куманово, кој беше затворен неколку години претходно), и покрај добрите резултати од овој интегриран модел.

Поради отсуството на адекватно следење на третманот за секој пациент, како и поради недостатокот на било какви напори за рехабилитација и ресоцијализација, чести се случаите на злоупотреба на терапијата. Голем дел од луѓето кои се лекуваат со метадон истиот го инјектираат, најчесто во комбинација со диазепам. Ваквата пракса постои и покрај тоа што метадонот достапен во Центрите за лекување е форма наменета само за орална употреба, а на некои локации (на пример во Штип) се дава помешан со сок. Ова резултира со соматски последици од инјектирањето (тромбофлебит, апсцеси, отоци, рани и инфекции) кои пациентите нема каде да ги лекуваат поради дискриминација. Дел од здруженијата на граѓани кои работат на намалување на штети нудат и основна медицинска нега на последиците од инјектирање, но ова не е доволно имајќи ги предвид нивните ограничени ресурси и импровизираните услови на работа. Исто така, не се ретки случаите кога пациентите сами си ја адаптираат дозата која ја земаат без медицински надзор или консултација, често со намера да се „спуштат“, а понекогаш и од

егзистенцијални причини, при што остатокот го продаваат на црно. Во Скопје ова се случува и во непосредната околина на Центарот за лекување во Кисела Вода, поради што оваа локација е претворена во дувло на криминални активности и често избиваат конфликти поради должнички односи. Ваквата слика е основа за реакции од жителите во околината кои децидно бараат дислокација на Центарот, а веројатно придонесува и кон демотивирање на луѓето кои не се вклучени во програмите а имаат потреба од лекување.

Тестирањето за туберкулоза, ХИВ, хепатит и други крвно и сексуално преносливи инфекции, иако би требало да бидат составен дел на програмите за лекување, не се спроведуваат во редовни интервали на ниту една локација. Тестирањето за ХИВ во нашата држава е бесплатно и вообичаено го обезбедуваат здрженија на граѓани, Центрите за јавно здравје и Клиниката за инфективни болести, но недостасуваат функционални механизми за препраќање пациентите од Центрите за лекување на зависности во редовни интервали, освен при иницијација на третманот. Тестирањето за хепатит, од друга страна, е единствено достапно во јавно-здравствени установи и вообичаено повлекува финансиски трошоци за пациентите, но и во овој случај недостасуваат функционални механизми за упатување во редовни интервали. Лекувањето на инфекциите со ХИВ и туберкулоза во нашата држава се бесплатни, додека современите и ефтини директно делувачки антивиротици (Direct Acting Antivirals – DAA) за лекување на хепатитис Ц воопшто не се достапни⁹. Пристапот до скрининг и достапноста на третман за крвно и сексуално преносливи инфекции за луѓето кои употребуваат дроги во Македонија се области кои треба понатаму да се истражуваат.

Интервенциите за превенција од предозирање се исто така оскудни. Како што беше спомнато и претходно, повеќе години наназад не се спроведуваат потенцијално животоспасувачките едукации на пациентите за превенција и постапување во случаи на предозирање, а налоксонот (опиоиден антагонист) не се дистрибуира до пациентите преку програмите за лекување. Но, според сведочењата на испитаниците, Центрите за лекување се опремени со залихи на налоксон бидејќи во случаи на предозирање кои се случиле во непосредна околина на Центрите, персоналот реагирал соодветно и ги повратил во живот лицата кои се предозирале преку администрација на налоксон.

Координација меѓу јавно-здравствениот и казнено-поправниот систем е исто така меѓу принципите за успешно лекување, меѓу другото и поради потребата за континуитет на третманот. Изгледа дека во нашата земја, координацијата функционира подобро во помалите градови отколку во главниот град. Испитаниците од дискусиите со фокусни групи во Штип и Охрид не пријавуваат предизвици со продолжување на третманот со метадон при влегување и по излегување од затвор, па веројатно не постојат сериозни проблеми во овие

⁹ Постојат непотврдени информации дека лекарите од Клиниката за гастроентерохепатологија излегуваат во пресрет за следење на третманот на пациентите кои лековите си ги набавиле од странство на свој трошок.

градови. За разлика од градовите од внатрешноста, во Скопје често се случува луѓето кои се лекуваат во затворите по издржување на казната да бидат отпуштени од затвор без соодветна лична и здравствена документација, поради што не можат веднаш да продолжат со лекување од слобода. Поради тоа, изложени се на бројни здравствени, социјални и правни ризици, од кои најсериозен е ризикот од предозирање. Освен тоа, откако ќе ја обезбедат потребната документација за влегување во програмите за лекување, најчесто треба одново да бидат иницирани/баждарени за утврдување на доза, односно треба секојдневно да доаѓаат во Центарот за лекување, што пак им наложува финансиски трошоци.

Се бележат и предизвици во достапноста на бупренорфин во затворите, па дел од пациентите кои се лекувале со овој супститут од слобода, немаат можност да го продолжат третманот во тек на издржување на затворската казна, односно се присилени да се префрлат на метадон. Впечатливо е тоа што не постои унифициран меѓусекторски пристап, па справувањето со овој проблем е препуштено на индивидуалната воља на раководителите на Центрите за лекување. При тоа, некои здравствени установи каде пациентите се лекувале со бупренорфин воспоставуваат соработка со затворите и излегуваат во пресрет за непрекинато лекување на пациентите кои влегуваат во затвор преку доставување на лекот до здравствените единици во затворите, додека други одбиваат и издаваат препораки за продолжување на лекувањето на зависноста со метадон.

2.4. Трошоци за лекување

Лекувањето со супститут во јавно-здравствените установи во Македонија е генерално бесплатно за пациентите. Во првиот месец трошоците ги покрива Фондот за здравствено осигурување, па пациентите треба да платат еднократен надомест од 350 денари за кофинансирање (10%). Целокупните трошоци за понатамошното лекување ги покрива Министерството за здравство преку Програмата за здравствена заштита на лица со болести на зависност. Сепак, повремено се случува од пациентите да се бара сами да набавуваат тестови за присуство на психоактивни супстанции во урина потребни за иницијација и следење на лекувањето.

Но, постојат значителни скриени трошоци поврзани со пристапот до лекувањето, од кои најизразени се патните трошоци за кои беше дискутирано претходно. Од пациентите кои имаат здравствено осигурување се очекува да ги покријат и стандардните трошоци за кофинансирање при користење на останати здравствени услуги за справување со состојби кои се често асоцирани со болеста на зависност. Меѓу нив се и тестирањето и лекувањето за хепатитис Ц, за други крвно и сексуално преносливи инфекции (освен за ХИВ),

тестирањето за туберкулоза (кое не е бесплатно освен ако не се потврди дијагнозата), стоматолошките проблеми, како и за справување со другите последици по соматското здравје произлезени од болеста на зависност.

Луѓето кои немаат здравствено осигурување (најчесто оние кои немаат лични документи или регулирано државјанство) треба самостојно да ги покријат сите трошоци доколку сакаат да пристапат кон програмите за лекување.

2.5. Специфичност на програмите

Во Македонија не постои ниту една засебна програма за лекување на зависности за подгрупи на пациенти со специфични потреби, ниту пак во постоечките програми се прават напори за прилагодување на третманот и дизајнирање на посебни интервенции во пресрет на потребите на жените и бремените жени, адолесцентите, младите и постарите пациенти, етничките малцинсва, бездомниците и другите подгрупи.

Недостатокот на третман за малолетници е проблем кој се провлекува многу години, додека сите здравствени установи се прогласуваат за ненадлежни за третирање на малолетни зависници (Центарот во Кисела вода одрекува надлежност поради статутарни пречки за третман на малолетници на Психијатриската болница Скопје, Клиниката за токсикологија не е кадровски екипирана за да лекува малолетници со бупренорфин – иако лекот е регистриран за администрација за лица со наполнети 16 год., а на Клиниката за психијатрија единствено се примаат малолетници со комобидни психијатриски сосјтојби). Според достапните информации, единствено во Центарот во Битола можно е лекување на малолетници со наполнети 16 години со метадон, со согласност од родител/старател. До пред неколку години малолетници со наполнети 16 години можеле да се лекуваат и во Центарот во Тетово, но ваквата пракса престанала откако темата е медиумски повидлива, од непознати причини. Во 2018г. Министерството за здравство по заклучок од Владата на РМ формираше Работна група за изработка на програма за лекување и сеопфатна грижа за малолетници кои употребуваат психоактивни сусптанции, но програмата не е изработена до комплетирањето на овој извештај.

Жените, пак, се лекуваат во родово мешани програми, кои често ги доживуваат како небезбедни за нив и неадекватни за нивните потреби. До пред неколку години се спроведувале барем специјализирани едукации за жени, но тоа веќе не е случај.

Во ниту еден од Центрите не постојат услови, капацитети и ресурси за препознавање, а уште помалку за третман на луѓето со коморбидни психијатриски состојби.

2.6. Етички и други аспекти поврзани со третманот

На многу локации, посебно во градовите од внатрешноста на државата, постојат сомнежи меѓу луѓето на третман околу доверливоста на нивните податоци. Постојат претпоставки дека од персоналот во центрите протекуваат информации за идентитетот на луѓето кои се лекуваат од зависност и податоци за нивниот здравствен статус, особено поврзано со ХЦВ статусот. Ова е доста проблематично имајќи ја предвид општествената стигма кон заедницата, а посебно ги афектира луѓето кои се вработени – кои може да го изгубат работното место поради протекување на информацијата дека се лекуваат од зависност. Освен тоа, ваквата пракса е противзаконска и е во спротивност на здравствената етика. Испитаниците во дискусиите со фокусни групи пријавуваат дека не се води сметка за приватноста на пациентите бидејќи во Центрите може да влезе било кој, од роднини на вработените, преку поштари, до трети лица од кои пациентите стравуваат дека ќе бидат препознаени. Испитаниците од Охрид забележуваат дека по преселувањето на Центарот за лекување во Општата болница, често се изложени на видливо озборување и покажување со прст од страна на вработените во болницата и пациентите дојдени по други потреби.

Забележувањето на дијагностичката шифра за болести на зависност (Ф11 – според Меѓународната класификација на болести) во здравствените книшки на пациентите сè уште претставува основа за дискриминација при обидите за пристап до други здравствени услуги. Една мајка опфатена со дискусиите со фокусни групи сведочеше дека дури и во книшката и на креветчето на нејзиното новородено бебе бил поставен напис „нетестирано – мајка на дроги!“. Не се ретки и случаите кога бремени жени од градовите во внатрешноста на државата се препраќаат во Скопје за пораѓање, абортус или други услуги за сексуално и репродуктивно здравје, со оправдување дека локалните здравствени установи не се опремени да се справат со можните компликации. Оставајќи ги на страна етичките моменти, ваквата пракса наложува дополнителни финансиски трошоци за жените.

Впечатливо е тоа што меѓу испитаниците на сите локации постои перцепција дека персоналот во Центрите за лекување е подобро наклонет кон едни, отколку кон други пациенти. При тоа, подобар третман добиваат пациентите за кои се претпоставува дека би можеле да направат проблеми, односно, вработените одат по линија на помал отпор и пациентите кои комуницираат со агресија ги оставаат на неделен режим и им ги удоволуваат побарувањата за дозирањето, иако знаат дека терапијата ја злоупотребуваат или препродаваат. Иако не е јасно дали ова е фактичката ситуација, самата перцепција меѓу пациентите дека агресивното однесување не само што не се санкционира, туку и се наградува, може да има сериозни последици.

При почетокот на третманот, пациентите потпишуваат договор за лекување кој служи за да ги дефинира правата и одговорностите во тек на лекувањето. Но, на некои пациенти не им е јасно што попишуваат, а овие договори содржат и ситни букви и пациентите не добиваат копија за дома, поради што меѓу дел од луѓето на третман постои убедување дека договорите подоцна се злоупотребуваат за „уценување“ од страна на персоналот. Иако веројатно се работи за случаи кога лекарите се повикуваат на договорот за лекување со цел да ги мотивираат пациентите да се придржуваат кон насоките за лекување, треба да се направат напори за отстранување на основите за ваквото убедување со тоа што лекарите ќе одвојат доволно време за објаснување на намерата и содржината на договорот на пациентот и ќе му/ѝ дадат копија од истиот.

Испитаниците исто така пријавуваат дека амбалажата во која се дели метадонската терапија е со слаб квалитет и е нехигиенска. Не се ретки случаите кога пациентите го губат својот лек поради тоа што терапискиот раствор истекува од неквалитетните пластични шишенца, а испитаниците од Охрид сведочат и за фрапантни случаи кога во шишенцата со терапија нашле нечистотии, струготини, па дури и стоногалки.

Проблематично е и тоа што на ниту една локација не се спредува евалуација на третманот од страна на пациентите. Иницијативите за самоорганизирање и застапување меѓу луѓето на третман се ретки, а испитаниците сведочат дека дури и кога се појавиле иницијативи за унапредување на определни елементи на третманот (на пример за набавка на поквалитетни шишенца во кои се дели терапијата), истите не наишле на поддршка од страна на вработените во Центрите.

3. ЗАКЛУЧОЦИ И ПРЕПОРАКИ

Наодите од ова истражување недвосмислено укажуваат дека Центрите за лекување на зависности во Македонија се претворени во шалтери за делење на супституциска терапија, без при тоа да се обезбедат основни услови за успешност на третманот. Не само што нема напредок во квалитетот на програмите за лекување по дисперзијата на третманот за зависности низ повеќе градови низ државата поддржана од Глобалниот фонд и Министерството за здравство, туку на поголем дел од локациите се бележи влошување на состојбите и дисконтинуирање на моделите кои даваат резултати.

Најголема пречка за обезбедување на квалитетно лекување на болестите на зависност е недостатокот на доволен број на кадар со соодветна стручна подготовка. На најголем дел од локациите персоналот е премалку броен за да

одговори на потребите на многубројните пациенти, а на некои места, како на пример во Штип, не ни има стручен кадар, па лекувањето го спроведуваат лекари од други специјалности. За да третманот за зависности даде резултати, потребно е да се зајакнат кадровските капацитети во сите Центри, пред сè со психијатри, социјални работници и психолози обучени да одговорат на потребите на пациентите. Би било добро и да се утврдат стандарди за минимум персонал на одреден број пациенти.

За унапредување на достапноста на третманот за зависности треба да се направи и мапирање на потребите за отворање на програми на нови локации (на пример во Кичево, Прилеп и слично, од каде пациентите сега треба да патуваат со часови за да земат терапија). За истата цел, потребна е и дисперзија на третманот во Скопје, во идеални околности низ сите општини, или во најмала рака, на неколку стратешки избрани локации кои ќе го олеснат пристапот за пациентите од неколку општини.

Треба да се размислува и за вклучување на лекарите од примарното здравство во третманот на стабилните пациенти. На овој начин ќе се намали пренатрупаноста во Центрите за лекување, а третманот би станал подостапен, особено за пациентите од помалите места каде не би било исплатливо отворање на специјализирани програми. За да ваквиот модел биде успешен, треба да се развијат инструменти за мотивација и да се изградат капацитетите кај матичните лекари, но и да се развијат функционални механизми за упатување и координација со специјализираните центри каде на пациентите ќе им биде достапна поширока палета од интегрирани услуги.

Пациентите кои, и покрај сите напори за дисперзија на третманот, ќе треба да патуваат за да го подигнат својот лек, мора да добијат финансиска компензација за настанатите патни трошоци.

За да програмите одговорат подобро на потребите на пациентите, а и да станат попривлечни за луѓето кои не се на третман иако имаат потреба, треба да обезбедат повеќе можности за лекување. Ова подразбира децентрализација на лекувањето со бупренорфин, како и овозможување на лекување со субоксон, медицински хероин, инјектабилен метадон и супервизирана детоксификација во стационарни или вон-болнички услови, или во резиденцијални терапевски заедници.

Психосоцијалната компонента на лекувањето, како и рехабилитацијата и ресоцијализацијата, кои сега како и воопшто да не се спроведуваат во ниту еден од центрите, мора да станат неразделен дел од третманот за зависности во Македонија. Со подобрувањето на кадровската екипираност и со растеретувањето на Центрите за лекување преку претходно предложените интервенции, стручните лица би можеле соодветно да се посветат и на овие елементи од третманот. Пристапот за лекување треба да е индивидуализиран за секој пациент и освен фармакотерапијата, мора да вклучи психотераписки интервенции базирани на докази и работа со лица од социјалните мрежи на

пациентите. Треба да се развиваат и интервенции за дообразование, работооспособување и поддршка при вработување, но и да се обезбедат активни мерки за стимулација на вработување на луѓето на третман чии резултати проактивно ќе се следат, наместо само да бидат декларативно најавувани како во минатото. За да ова се реализира, секако ќе биде потребно да се унапреди координацијата меѓу здравствените и установите за социјална заштита, меѓу другото и преку партнерско воспоставување на интегрирани центри за лекување, рехабилитација и ресоцијализација по примерот на сега веќе затворениот Центар во Охрид, но и многу посеопфатни од истиот.

Работно време на Центрите, кои сега се отворени само до 13-14ч., не одговара на потребите на пациентите кои се вработени, од кои се очекува предвреме да ги напуштат работните места за да подигнат терапија. Имајќи предвид дека третманот на болестите на зависност би требало да стимулира работната ангажираност на луѓето кои се лекуваат со цел нивна успешна ресоцијализација, треба да се направат напори за прилагодување на работното време на Центрите, повеќесменско работење барем еднаш неделно, или пак за обезбедување на третман преку дежурни или мобилни служби.

Поради високата честота на инјектирање на супституциската терапија која е директен резултат на несоодветното следење на лекувањето од страна на стручни лица, треба да се одржи достапноста до стерилен прибор за инјектирање, но и да се обезбеди инјектабилен метадон. Здруженијата на граѓани кои спроведуваат програми за намалување на штети треба да вложат напори да ги лоцираат дроп-ин центрите на пристапни локации во градовите или во близина на Центрите за лекување, или пак размена на опрема да обезбедат преку теренски екипи. Вреди да се вложат напори за пилотирање на интегриран сервис за размена на опрема во некој од Центрите за лекување и доколку даде добри резултати, ваквиот модел да се дисперзира на сите локации.

Тестирањето за ХИВ, хепатитис и туберкулоза треба да станат интегрирани елементи на програмите за лекување и на пациентите треба да им бидат достапни бесплатно. Треба да се развијат и ефективни канали за препраќање до здравствените установи надлежни за третман на овие инфекции со цел дијагностичка потврда и навремено лекување на пациентите со позитивни резултати. Освен тоа, неопходно е да се обезбеди пристап до директно делувачката антивирусна терапија за хепатитис Ц, како ефикасен начин за лекување на оваа инфекција која засега 72% од луѓето кои инјектираат дроги во Македонија. Би било добро да се размислува и за обезбедување на бесплатни вакцини за хепатитис Б за сите луѓе кои се лекуваат од зависности кои не се вакцинирани.

Неопходно е да се воспостават систематизирани напори за превенција од предозирање. Ова подразбира возобновување на едукативните активности за превенција од предозирање и за соодветно постапување при случаи на

предозирање, но и овозможување на пристап до налоксон. Во идеални услови, назалната форма на овој животоспасувачки лек треба да стане достапна за секое лице кое употребува дроги или се лекува од зависности преку програмите за намалување на штети или Центрите за лекување. Како преодно, а и поефтино решение, треба да се разгледа можноста за одстранување на административните бариери за достапност на налоксон во форма за инјектирање за сите припадници на заедницата. За превенција од предозирање, потребно е да се стави крај на праксата за ослободување на затвореници без соодветна лична и здравствена документација по издржување на казната, и да се унапреди координацијата меѓу здравствените и казнено-поправните установи, особено во Скопје, со цел непречено продолжување на лекувањето од слобода.

За превенција од предозирање и крвно преносливи инфекции, но и за справување со лошата слика која се развива во околината на дел од Центрите за лекување поради честата пракса на инјектирање на терапијата, треба да се создадат услови за воспоставување на соби за супервизирано инјектирање, кои даваат добри резултати во други земји.

Во Центрите за лекување на зависности мора да се обезбедат кадровски и останати ресурси (пред сè фармакотерапија) за навремена детекција и соодветен третман на психијатриските коморбидитети. Треба да се унапреди и координацијата со локалните одделенија/установи за психијатриска нега со цел соодветна грижа за пациентите чија коморбидна состојба побарува привремено стационарно лекување.

Освен тоа, иако можеби не е директно поврзано со програмите за лекување на зависности, неопходно е унапредување на пристапот до сервиси за справување со соматските коморбитетети, вклучително и до услуги за сексуално и репродуктивно здравје. Бариерите за пристап до здравствени услуги за луѓето кои се лекуваат од зависности најчесто произлегуваат од дискриминаторските практики од страна на здравствените работници. Затоа, потребни се интервенции за сензибилизација на здравствениот кадар преку вклучување на модули за работа со маргинализирани заедници во курикулумите на медицинските факултети, но и преку воспоставување на соработка со струковите здруженија за креирање и акредитација на обуки за континуирана медицинска едукација. Освен тоа, треба да се унапредат напорите за информирање на пациентите на третман околу нивните права, особено за здравствените права, а кадарот во Центрите за лекување и во здруженијата на граѓани мора да биде поагилен во мотивирање на клиентите за користење на правни механизми во случаи на повреда на нивните права.

Треба да се изнајде и начин за овозможување на пристап до програмите за лекување на болестите на зависност за луѓето кои поради различни околности немаат валидни документи за лична идентификација или регулиран престој. Се работи за мал број на луѓе чие лекување би повлекло незначителни трошоци

за државниот буџет, а нивното вклучување во програмите за лекување на зависности ќе придонесе кон остварување на нивните универзално загарангирани човекови права за пристап до соодветна здравствена нега, но ќе биде од бенифит и за јавното здравје.

Постои итна потреба за воспоставување на специфична програма за лекување и грижа на малолетници кои употребуваат дроги бидејќи во моментот не постои ниту една установа која може да понуди соодветно лекување и грижа за децата кои имаат проблеми со болести на зависност. Работната група формирана од страна на Министерството за здравство треба во најбрз можен рок да ја финализира програмата, а надлежните институции мора да алоцираат буџет за нејзино спроведување.

Потребно е и креирање на засебни програми кои ќе одговорат на специфичните потреби на определени подгрупи на пациенти, пред сè на жените и на младите луѓе. Во наши услови е можеби неисплатливо да се креираат посебни Центри за лекување на припадниците на овие подгрупи, но е сосема остварливо во постоечките Центри да се воспостават специфичните програми, кои би можеле да се спроведуваат во посебни денови од неделата. За младите ова подразбира и развој на протоколи, програми, кадровски капацитети и обезбедување на услови за лекување на зависности од други дроги освен од опијати, но и за лекување на бихејвиорални зависности. Потребно е развивање и на посебен протокол за лекување на жени, а во програмите за жени мора да се возобнови претходната пракса за спроведување на едукативни активности, на пример за сексуално и репродуктивно здравје во контекст на болеста на зависност, за безбедна бременост и доење при лекување со супститут, за економска независност, препознавање и постапување во случаи на насилство и слично.

За реализација на сеопфатни интегрирани услуги во програмите за лекување на зависности, секако ќе треба да се обезбедат соодветни просторни услови на сите локации каде се спроведува лекувањето. Ова подразбира и соодветни соби за чекање и тоалети за пациентите. Треба да се води сметка Центрите за лекување да бидат пристапни и за луѓе со попреченост.

За крај, во сите Центри за лекување мора да се воспостави редовна пракса за евалуација на третманот од страна на пациентите, или преку алатки за континуиран фидбек, или, пак, преку периодични проценки. Единствено со земање предвид на потребите и препораките од оние за кои лекувањето е наменето може да се очекува дека третманот на зависности во Македонија ќе ги даде посакуваните резултати.

4. БИБЛИОГРАФИЈА

- ИЈЗ (2017). Употреба на психоактивни супстанции помеѓу општата популација во Република Македонија, 2017. Скопје: Институт за јавно здравје. / IPH (2017). Use of psychoactive substances among the general population in the Republic of Macedonia, 2017. Skopje: Institute for public health.)
- ИЈЗ (2018). Извештај од биобихевиоралното истражување и процена на бројноста на лица кои инјектираат дроги во Скопје, Република Македонија, 2017. Скопје: Институт за јавно здравје.
- МЗ (2017). Извештај за проценка на минимум стандарди за квалитет на програмите за третман на зависност од дрога во Република Македонија. Скопје: Министерство за здравство.
- EMCDDA (2017). Health and social responses to drug problems: a European guide. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- PHARE DDR (1999). Research project for risk behavior. (цитиран во ИЈЗ 2018).
- UNODC (2018). World Drug Report 2018. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime. / УНОДЦ (2018). Светски извештај за дроги 2018. Виена: Канцеларија на Обединетите нации за дроги и криминал.