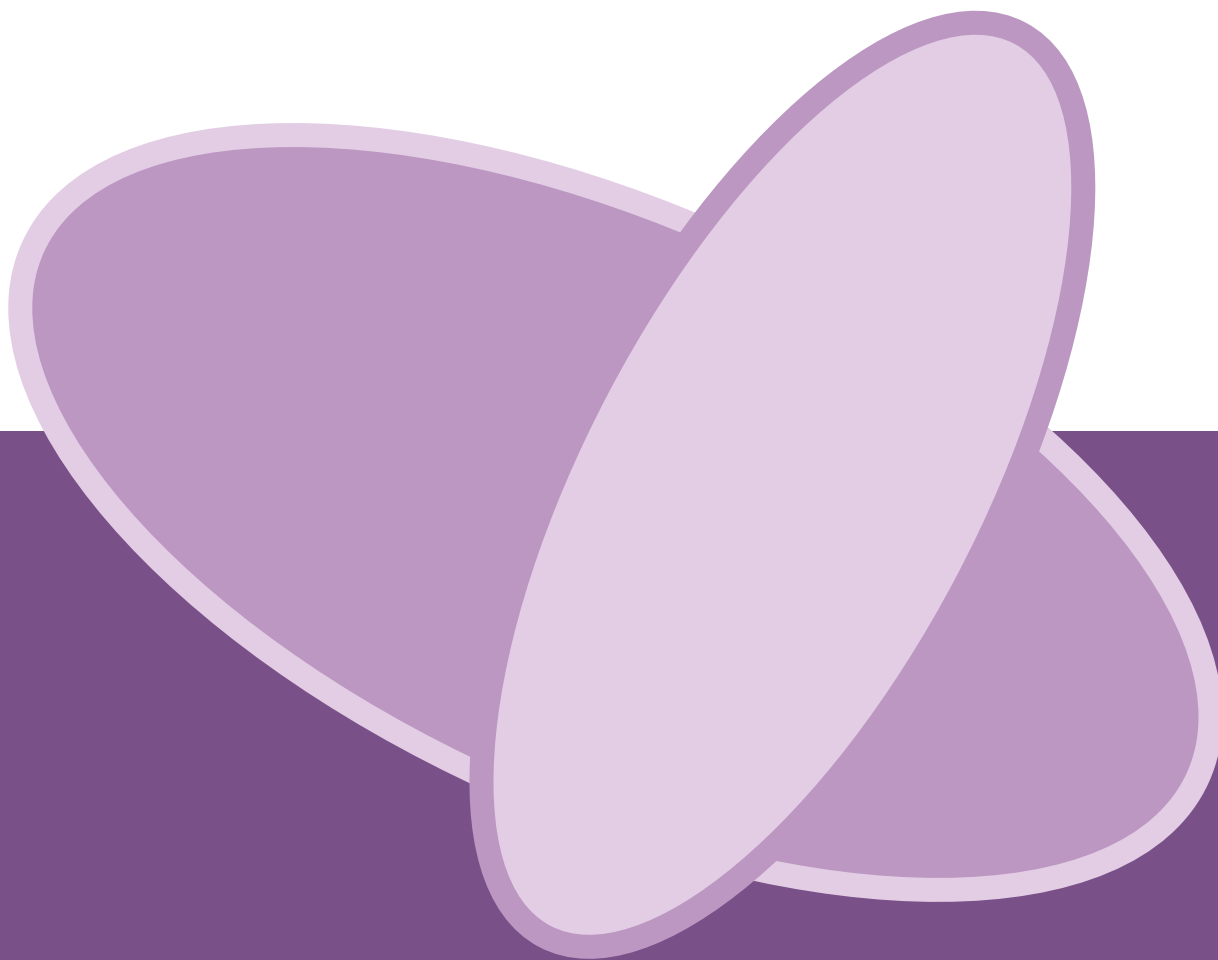


Вања Димитриевски

ЗАСТАПУВАЊЕ ОД/ВО ЗАЕДНИЦАТА ЗА ПОДОБРУВАЊЕ НА
КВАЛИТЕТОТ НА ПРОГРАМИТЕ ЗА ЛЕКУВАЊЕ НА ЗАВИСНОСТИ
ОД ДРОГИ ВО СКОПЈЕ



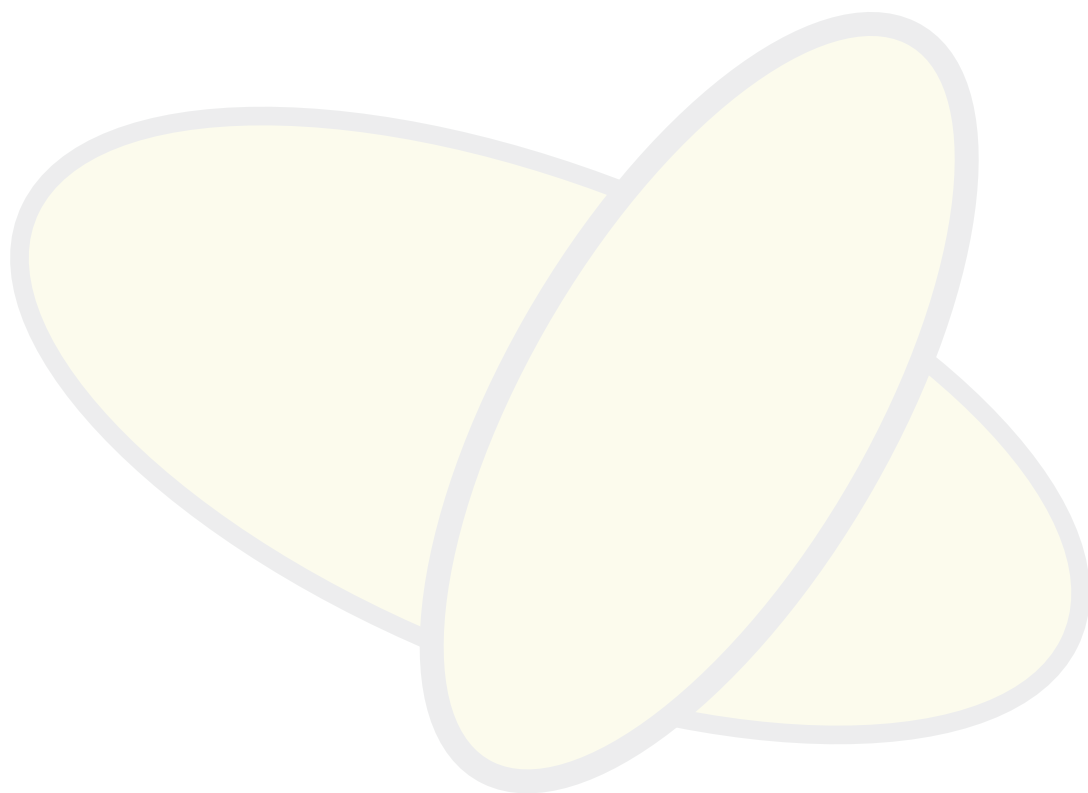
ХОПС
Опции за здрав живот Скопје



Коалиција „Сексуални и Здравствени права на
маргинализирани заедници“

Вања Димитриевски

ЗАСТАПУВАЊЕ ОД/ВО ЗАЕДНИЦАТА ЗА ПОДОБРУВАЊЕ
НА КВАЛИТЕТОТ НА ПРОГРАМИТЕ ЗА ЛЕКУВАЊЕ НА
ЗАВИСНОСТИ ОД ДРОГИ ВО СКОПЈЕ



ХОПС - Опции за здрав живот Скопје

Коалиција „Сексуални и здравствени права на маргинализираните заедници“

Скопје, 2014

Издавачи

Здружение ХОПС-Опции за здрав живот Скопје
Коалиција „Сексуални и здравствени права на маргинализираните заедници“

За издавачите

Христијан Јанкулоски, извршен директор, Здружение ХОПС-Опции за здрав живот Скопје
Ирена Цветковиќ, извршна директорка, Коалиција „Сексуални и здравствени права на маргинализираните заедници“

Наслов

Застапување од/во заедницата за подобрување на квалитетот на програмите за лекување на зависности од дроги во скопје

Автор

Вања Димитриевски

Лектура

Весна Костоска

Дизајн

Screaming Snails Production (SSP)

Печати

POLYESTERDAY DIGITAL IMAGING

Цитирајте ја оваа публикација на следниов начин:

Димитриевски, Вања. Застапување за подобрување на квалитетот на програмите за лекување на зависности од дроги во Скопје. Скопје: Здружение ХОПС – Опции за здрав живот Скопје, Коалиција „Сексуални и здравствени права на маргинализираните заедници“, 2014.

CIP - Каталогизација во публикација
Национална и универзитетска библиотека "Св. Климент Охридски", Скопје

364.6-786-056.83:005.584.1(497.711)

ДИМИТРИЕВСКИ, Вања

Застапување од/во заедницата за подобрување на квалитетот на програмите за лекување на зависности од дроги во Скопје / Вања Димитриевски. - Скопје : ХОПС - опции за здрав живот : Коалиција "Сексуални здравствени права на маргинализираните заедници", 2014. - 27 стр. : табели ; 30 см

Библиографија: стр. 26-27

ISBN 978-608-4701-09-5 (ХОПС)
ISBN 978-608-65660-1-2 (коалиција)

а) Програми за лекување зависности - Мониторинг - Скопје
COBISS.MK-ID 95919626

Извршно резиме

Овој документ го опишува процесот на застапување за подобрување на програмите за лекување зависности од дроги во Скопје, финансирани од државниот буџет, што Здружението ХОПС – Опции за здрав живот и Коалицијата „Сексуални и здравствени права на маргинализираните заедници“ почнаа да го спроведуваат во 2012 година и продолжија со збогатени активности во 2013 година.

Тековното мониторирање на процесот на застапување овозможи појасен увид во дел од факторите што го засегаат застапувањето: 1. се идентификуваа дел од институционалните бариери што го отежнуваат застапувањето; 2. се стекна појасен увид за мотивираноста на заедницата за застапување на сопствените интереси; 3. се стекна појасен увид за влијанието на меѓучовечките односи врз застапувањето; 4. се изврши процена на ефикасноста на напорите за застапување, што помогна за корекција на постоечките и развивање нови пристапи во застапувањето за подобрување на квалитетот на програмите за лекување на зависности од дроги во Скопје.

Увидувањето на понапред наведените фактори ја оправда главната цел на мониторингот од/во заедницата чија намера беше да се оцени ефикасноста на напорите за застапување и да се развијат нови пристапи во застапувањето за подобрување на квалитетот на програмите за лекување зависности од дроги во Скопје.

Мониторингот од/во заедницата е заснован на квалитативни и квантитативни методи. Квалитативно беше спроведуван преку истражување со активно учество со кое беа опфатени активностите на тимот за застапување, на претставниците на програмите за лекување зависности од дроги во Скопје финансирани од државниот буџет, на поединците кои се лекуваат во овие програми и на други познавачи на обработуваната проблематика кои помогнаа во разјаснувањето на одредени дилеми. Во рамките на квантитативниот дел беше спроведена анкета меѓу луѓето кои се лекуваат во истите програми за зависности од дроги во Скопје.

Процесот на мониторинг и застапување од/во заедницата започна во 2012 година и со засилен интензитет продолжи да се развива во 2013 година.

За поефикасно и за поинтензивно застапување во првата половина на 2013 година беше одржана обука за четиринаесет лица кои се лекуваат во програмите за лекување зависности од дроги во Скопје. Од овие четиринаесет лица се издвоија шест лица мотивирани да ги застапуваат правата и интересите на луѓето кои се лекуваат од зависности од дроги.

Во текот на 2013 година беше остварена соработка меѓу тимот за застапување и вработените во програмите за зависности. Членовите на тимот за застапување почнаа да се состануваат со надлежните лица за програмите за зависности и со нив да дискутираат за прашања од интерес за заедницата и за целокупно подобрување на квалитетот на програмите за зависности. Оваа практика особено ефикасно се спроведува со две, од четирите програми за зависности, и се одржуваат редовни месечни состаноци меѓу претставниците на пациентите и на вработените.

Во две од трите програми на ЈЗУ Психијатриска болница „Скопје“, Центар за превенција и третман на злоупотреба и зависност од дроги и други психоактивни супстанции во Кисела Вода, како и во Центарот за превенција и третман на болести на зависности при Одделението за психијатрија во Градската општа болница „8 Септември“, беа обезбедени простории за дружење и одржување тематски средби на пациентите, додека кај останатите програми за зависности не постоеше физичка можност за обезбедување соодветни простории за дружење и работа на пациентите.

Луѓето кои се лекуваат во програмите за зависности во Скопје не се доволно запознаени со напорите за застапување. Од вкупно 200 испитаници од заедницата опфатени со мониторингот од/во заедницата, 62 (31%) испитаници не знаат дека постои тим за застапување на нивните права и интереси во рамките на програмите за зависности, а голем број од оние кои знаат за постоењето на тимот не ги познаваат членовите на тимот и/или не знаат ништо за конкретните активности.

И покрај тоа што не се задоволни од квалитетот на програмите за зависности и што се согласуваат дека треба да бидат поактивни во застапувањето на сопствените права и интереси, само 46 (23%) испитаници од луѓето кои се лекуваат преку овие програми изјавиле дека се подготвени активно да се вклучат во напорите за застапување од/во заедницата. Слично на мониторингот од/во заедницата спроведен во 2012 година (Димитриевски и Бошкова 2012: 63), повторно се потврдуваат слабите оценки за односот на вработените кон пациентите со матичните програми за зависности. Повеќето испитаници односот на вработените кон нив го оценуваат со оценки од 1 до 3, додека повисоки оценки 4 и 5 даваат помал број испитаници. Најслаби оценки имаат психолозите, а најдобри оценки имаат лекарите.

Односите меѓу вработените опфатени со програмите за зависности се исти како пред застапувањето (6=39; 19,5%), но охрабрувачки е податокот што 32 (16%) испитаници забележуваат подобрување во односите и особено тоа што 79 (39,5%) испитаници сметаат дека подобрувањето на односите зависи и од вработените и од пациентите опфатени во програмите за зависности.

Гледано во целина, застапувањето се одвиваше со забавена динамика, а дел од зацртаните цели не беа остварени или беа само делумно остварени. Бирократизацијата, непотизмот и кронизмот во некои од програмите за зависности ги отежнуваа напорите за застапување.

Практиката покажува дека при застапување на правата и на интересите на високостигматизираните заедници, како што се луѓето кои се лекуваат од зависности од дроги и воопшто луѓето кои употребуваат дроги, не можат да се поставуваат високи цели и мора да се изгради пореалистичен пристап во планирањето на застапувањето, земајќи го предвид поширокиот општествено--политички и економски контекст.

Застапувањето треба да биде спроведувано од заедницата за подобрување на квалитетот на програмите за зависности, но истовремено треба да биде спроведувано и во самата заедница за подобрување на меѓучовечките односи и на практиките.

Во секоја програма за зависности треба да се изгради специфичен пристап за застапување и да се застапуваат правата и интересите на луѓето кои се лекуваат преку конкретната програма, а за прашања од заеднички интерес за сите луѓе кои се лекуваат преку различни програми за зависности да се настапува здружно.

За поефикасно застапување, членовите на тимот за застапување треба да се обучуваат за застапување, активизам и комуникациски вештини.

Содржина

Извршно резиме	5
1. Вовед	8
2. Методологија	9
2.1. Предмет и цели на мониторингот од/во заедницата	9
2.2. Опфат на мониторингот од/во заедницата	9
2.3. Истражувачки пристапи и методи	10
2.4. Етика	11
3. Предметни определници	12
4. Активности за застапување за подобрување на квалитетот на програмите за лекување на зависности од дроги во Скопје	13
4.1. Првични сознанија и искуства од мониторингот и застапувањето од/во заедницата	13
4.2. Отпори од/во заедницата	14
4.3. Развивање на напорите за застапување	14
4.3.1. Застапување за вклучување на пациентите опфатени во програмите за зависности во донесувањето на одлуки	15
4.3.2. Застапување за промени во начинот на земање примероци за утврдување на можни рецидиви	15
4.3.3. Застапување за воведување квалитетна психосоцијална поддршка	16
4.3.4. Застапување за обезбедување физички простор за дружење и за одржување тематски собири за пациентите	16
5. Слабости и пречки во застапувањето	18
6. Видливост на напорите за застапување	20
7. Заклучок	24
8. Препораки	25
9. Библиографија	26

1. Вовед

Во ноември 2012 година, Здружението ХОПС – Опции за здрав живот Скопје и Коалицијата „Сексуални и здравствени права на маргинализираните заедници“ ја почнаа втората фаза од проектот „Мониторинг и застапување од/во заедницата“. Во согласност со препораките од првата фаза на проектот (Димитриевски и Бошкова 2012: 72-74), за втората фаза беше планирано поактивно вклучување на заедницата, поточно на луѓето кои се лекуваат од зависности од дроги преку програмите за зависности финансирани од државниот буџет, во напорите за застапување.

На самиот почеток од втората фаза, активностите за застапување за унапредување на условите за лекување преку програмите за зависности во Скопје се надоврзаа на активностите од првата фаза, што овозможи одржување на планираниот континуитет. Во рамките на овие активности пред вработените и пред луѓето кои се лекуваат од зависности преку програмите за зависности во Скопје беа промовирани резултатите од мониторингот спроведен во првата фаза¹. Намерата беше да се потенцира добронамерноста на мониторингот и на застапувањето од/во заедницата и да се мотивираат луѓето кои се лекуваат од зависности поактивно да се вклучат во напорите за застапување за тоа што претставува приоритет за нивната здравствена состојба и социјална инклузија. Очекувано, кога ќе се земе предвид целокупниот општествено-политички и економски контекст во Македонија, малкумина од заедницата изразија интерес за застапувањето за подобрување на квалитетот на програмите за зависности во Скопје. Во март 2013 година беше составена група од четиринаесет лица од заедницата за кои беше одржана обука за застапување, но од оваа група се издвоија само шест лица што презедоа обврска да ја претставуваат заедницата во напорите за застапување. Веднаш по обуката за застапување почна да се спроведува планот за застапување заснован на приоритетите определени на истата обука и на препораките од мониторингот спроведен во 2012 година.

Овој документ го опишува процесот на застапување, кој и самиот стана предмет на мониторинг, а со што се овозможи идентификување на дел од институционалните бариери, увид во мотивираноста на заедницата и увид во влијанието на меѓучовечките односи врз напорите за подобрување на квалитетот на програмите за зависности. Следењето на процесот за застапување и на ефикасноста на застапувањето овозможија појасен увид и во ефикасноста на активностите за застапување, а идентификацијата на слабостите отвори можности за корекција на постоечките активности и развивање план за идни активности. Врз основа на сознанијата може да се очекува дека искуствата и препораките изнесени во овој документ ќе помогнат за унапредување на напорите за застапување, а преку тоа и за подобрување на квалитетот на програмите за лекување зависности од дроги.

1 Види: Димитриевски и Бошкова 2012.

2. Методологија

2.1. Предмет и цели на мониторингот од/во заедницата

Методологијата опишана во ова поглавје се однесува исклучително на мониторингот на активностите за застапување и на составувањето на овој документ, а активностите за застапување ќе бидат опишани во понатамошниот текст. Во своето пошироко значење, мониторинг од/во заедницата¹ подразбира иницијативи во кои членовите на засегнатата заедница се директно вклучени во мониторингот на услужливоста на јавните служби (Das 2013: 6-7).

Главна цел на мониторингот опишан во овој документ беше да се оцени ефикасноста на напорите за застапување и да понуди решенија за развивање нови пристапи во застапувањето за подобрување на квалитетот на програмите за лекување зависности од дроги во Скопје. Всушност, преку мониторингот од/во заедницата, опишан овде, беа идентификувани дел од институционалните бариери и се доби појасен увид за мотивираноста на заедницата и за влијанието на меѓучовечките односи кои го отежнуваат застапувањето.

2.2. Опфат на мониторингот од/во заедницата

Со мониторингот од/во заедницата беа опфатени активностите за застапување што се спроведуваат во следниве програми за лекување зависности од дроги:

- ЈЗУ Психијатриска болница „Скопје“, Центар за превенција и третман на злоупотреба и зависност од дроги и други психоактивни супстанции, познат како „Кисела Вода“, според истоимената населба во која е сместен Центарот. Ова е најстар центар за лекување зависности од дроги во Македонија што работи од почетокот на 90-тите години на XX век и до 2005 година беше единствен центар за зависности од дроги во кој се лекуваа пациенти од цела Македонија. Во рамките на овој Центар работат три програми за лекување зависност од дроги со примена на супституциска терапија со метадон.

- о Дневна болница за превенција и третман на злоупотреба на дроги и други психоактивни супстанции, со висок праг на лекување. Ова е програма со висок праг на лекување и е позната како „Горен шалтер“. Ова е првоотворена програма во рамките на Центарот со која, практично, почнува формално да се применува супституциска терапија со метадон при лекување зависности од дроги.

- о Дневна болница за продолжен третман на злоупотреба на дроги и други психоактивни супстанции, со висок праг на лекување. Ова е програма со низок праг на лекување и е позната како „Долен шалтер“. Почнува да работи во 2002 година.

- о Центар за превенција и третман на злоупотреба на дроги и други психоактивни супстанции, сместен во кругот на ЈЗУ Универзитетски клинички центар – Скопје. Познат како „Државна“ или „Клинички центар“, според локацијата на која се наоѓа. Почнува да работи во 2007 година.

- Градска општа болница „8 Септември“, Одделение за психијатрија, Центар за превенција и третман на болести на зависности. Центарот почна да работи во март 2012 година, а е познат под називот „Воена болница“, според називот на објектот во кој се

1 Анг. community monitoring.

наоѓа, а кој во периодот на социјализмот целосно работеше како Воена болница за потребите на Југословенската народна армија. Овозможува лекување зависности од дроги со примена на супституциска терапија со метадон.

- ЈЗУ Универзитетска клиника за токсикологија – Скопје. Од 2010 година овозможува комбинирано хоспитално и дневно-болничко лекување, со примена на супституциска терапија со бупренорфин.

Сите горенаведени програми за лекување зависности примарно се занимаваат со лекување зависности од опијати/опиоиди, а клучна причина за нивното опфаќање е што се финансираат од државниот буџет, односно од јавни средства, што е во согласност со методологијата за мониторинг и застапување од/во заедницата, (Das 2013: 6-7).

2.3. Истражувачки пристапи и методи

Мониторингот на активностите за застапување примарно се изведуваше со примена на етнографски методи, опсервација со активно учество (McKechnie 2008: 598-999) и интервјуа, слично на методологијата за истражување со активно учество, (Jordan 2008: 601-603). Ваквиот пристап, во кој лицето/-ата кое/-и го спроведува/-ат мониторингот активно учествува/-ат во спроведувањето на целокупните активности, во практика потврди дека овозможува сродување со предметот на мониторирање и појасен увид во активностите и околностите што се предмет на мониторинг. Лицето одговорно за мониторинг, истовремено и автор на овој текст, беше вклучено во сите клучни настани од процесот на застапување и добро ги познава околностите во кои се изведуваше застапувањето и луѓето кои се дел од тој процес.

Водечки истражувачки метод користен во текот на мониторингот беше опсервација со активно учество, што даде одлични резултати затоа што лицето одговорно за мониторинг лично ги следеше речиси сите настани и дискусии. Опсервацијата се спроведуваше во текот на целокупниот процес на застапување, од ноември 2012 до ноември 2013 година, а прибраните податоци беа дополнети со осум неструктурирани интервјуа и повеќе неформални разговори со клучни луѓе засегнати за лекување на зависностите од дроги. Покрај овие формални интервјуа, голема помош при прибирањето на податоци беа консултациите со членовите на тимот за застапување и други лица засегнати од квалитетот на програмите за лекување зависности во Скопје. Обемот на активностите не наметна потреба за опфаќање поголем истражувачки примерок со интервјуата, а опсервацијата овозможи пристап до доволно податоци за процена на институционалните бариери, за мотивираноста на заедницата и за слабостите во меѓучовечките односи кои ги отежнуваат напорите за подобрување на квалитетот на програмите за зависности, но и процена на ефикасноста на активностите за застапување.

Квалитативните податоци прибрани преку мониторингот од/во заедницата се дополнети со квантитативни податоци од анкета спроведена на крајот на втората фаза од застапувањето, односно во ноември 2013 година. Целта на анкетата беше да се увиди запознаеноста на луѓето кои се лекуваат од зависности од дроги со застапувањето и со резултатите од застапувањето за подобрување на квалитетот на овие програми. Анкетата се спроведе во ноември 2013 година и со неа беа опфатени 200 лица кои се лекуваат преку пет различни јавни програми за лекување зависности во Скопје. Целосниот примерок опфатен со анкетата е прикажан во табелата 2.1.

Табела 2.1.: Примерок од анкета за мониторинг од/во заедницата

			ПОЛ				Вкупно
			Машки	Женски	Неопределени	Неодговорени	
По програми за лекување зависности од дроги	Кисела Вода - Долен шалтер (метадон)	Број	40	10	0	0	50
		% од ред	80,0%	20,0%	,0%	,0%	100,0%
	Кисела Вода - Горен шалтер (метадон)	Број	35	8	4	3	50
		% од ред	70,0%	16,0%	8,0%	6,0%	100,0%
	Клинички центар (метадон)	Број	40	10	0	0	50
		% од ред	80,0%	20,0%	,0%	,0%	100,0%
	Воена болница (метадон)	Број	16	4	0	0	20
		% од ред	80,0%	20,0%	,0%	,0%	100,0%
	Токсикологија (бупренорфин)	Број	28	2	0	0	30
		% од ред	93,3%	6,7%	,0%	,0%	100,0%
	ВКУПНО	Број	159	34	4	3	200
		% од ред	79,5%	17,0%	2,0%	1,5%	100,0%

Претставниците на заедницата беа постојано консултирани за приоритетите за мониторингот и застапувањето, а беа активно вклучени и во планирањето и во спроведувањето на анкетата со што се заокружува процесот на мониторингот и застапувањето од/во заедницата (Das 2013: 6-7).

2.4. Етика

На сите луѓе опфатени со мониторингот или вклучени во спроведувањето на мониторингот им е гарантирана потполна анонимност и дискреција. Делови од описите и ставовите изнесени во овој документ се намерно изоставени, поради што може да изгледаат несеопфатно обработени, но тоа е неопходна мерка за спречување на веројатноста од препознавање и разоткривање нечиј идентитет. Истата мерка се применува и на институции, организации и други ентитети, кога тоа е можно и неопходно, затоа што овој документ нема намера да осудува и обележува, туку да укаже на постојната состојба и да препорача мерки за подобрување на квалитетот на програмите за лекување зависности од дроги во Скопје.

Оваа студија нема намера да бара виновници и да осудува, туку да поттикне дијалог за подобрување на квалитетот на лекувањето на зависностите од дроги во Македонија и иницијатива за изнаоѓање квалитетни решенија прифатливи за сите крајни корисници на планираните интервенции.

3. Предметни определници

Во понатамошниот текст, исто како и во досегашниот, може да се сретнат повеќе синтагматски образувани поими со различни лексички споеви поради што речениците стануваат премногу сложени и тешко разбирливи. Со намера да се скратат речениците, синтагмите во овој текст се различно образувани и за да се избегнат можните нејаснотии и недоразбирања во продолжение следува објаснување на повеќето клучни поими во овој документ.

Мониторинг и застапување од/во заедницата. Ова е клучен поим затоа што на него е заснован целокупниот процес опишан во овој документ. Во текстот можат да се сретнат синтагмите **мониторинг од/во заедницата** и **застапување од/во заедницата** или едноставно само **мониторинг** или само **застапување**, од кои секоја се однесува на конкретниот вид активности – мониторинг или застапување, иако во практика овие активности заемно се преплетуваат. За да биде појасно, мониторинг и застапување од/во заедницата подразбира иницијативи во кои членовите од одредена заедница мониторираат одредени аспекти од посветеноста и услужливоста на јавните служби и се застапуваат за подобрување на квалитетот на услугите и усогласување на јавните служби со потребите на конкретната заедница (Das 2013: 6-7).

Луѓе кои се лекуваат од зависности од дроги. Во текстот оваа синтагма може да се сретне како **луѓе кои се лекуваат во програмите за зависности од дроги, пациенти во програмите за зависности, заедница, заедница на луѓе кои се лекуваат од зависности** или слични лексички споеви.

Програми за лекување зависности од дроги. Во текстот може да се сретне и како **програми за зависности** или како **програми за лекување зависности**, но во кој било од овие случаи синтагмата се однесува на програмите во Скопје за лекување зависности од опијати што се финансирани од државниот буџет.

Вработени опфатени во програмите за лекување зависности од дроги. Слично како и за претходните синтагми, и оваа синтагма во текстот може да се сретне во повеќе лексички споеви како **вработени опфатени во програмите за зависности, медицински персонал опфатен во програмите за зависности, социјални работници опфатени во програмите за зависности, психолози опфатени во програмите за зависности.**

4. Активности за застапување за подобрување на квалитетот на програмите за лекување на зависности од дроги во Скопје

4.1. Првични сознанија и искуства од мониторингот и застапувањето од/во заедницата

Застапувањето за подобрување на квалитетот на програмите за зависности од дроги во Скопје, финансирани од државниот буџет, почна во 2012 година. Во оваа, прва, фаза беа остварени првични контакти со здравствените институции засегнати со проблематиката на употреба на дроги и беше формирано Советодавно тело во кое учествуваа претставничка на Кабинетот на министерот за здравство на Република Македонија, директорот на Бирото за лекови и претседател на Меѓуресорската комисија за дроги на Република Македонија, координаторката на Програмите за зависности во Македонија, директорот на ЈЗУ Психијатриска болница „Скопје“, претставник на заедницата на луѓето кои се лекуваат од зависности од дроги и раководителите на тимот за мониторинг и за застапување од/во заедницата. Претставниците на институциите во Советодавното тело изразија декларативна согласност за соработка со заедницата и поддршка на активностите за застапување, но незадоволството на дел од вработените опфатени во програмите за зависности од одредени ставови на пациентите прикажани во Извештајот од мониторингот спроведен во 2012 година (Димитриевски и Бошкова 2012) ги отежнаа понатамошните напори за застапување. И покрај интервенциите во спорните делови од Извештајот, од кој одредени фрагменти беа ублажени со еуфемизми, првичните недоразбирања неповолно се одразија на комуникацијата со дел од вработените во центрите за зависности и во понатамошните активности за застапување се забележуваше воздржаност од двете страни. Така во практика се покажа неподготвеноста отворено да се дискутира за прашања од интерес и за програмите за зависности и за луѓето кои се лекуваат преку овие програми, иако во повеќе наврати беше потенцирано дека ставовите прикажани во споменатиот Извештај се ставови на заедницата и дека намерата на застапувањето е да се отвори дијалог од заемен интерес. Сепак односот на вработените опфатени во програмите за зависности делумно е разбирлив, особено ако се земе предвид нивната маргинализираност во однос на целокупниот здравствен систем, политичката инструментализација и негативниот публицитет што им се дава во сè посензационалистички настроените медиуми во Македонија, што само ја интензивираат стигматизацијата кон програмите за зависности и кон луѓето кои употребуваат дроги (Трајаноски et al. 2013: 13-14, 61-62, 66; СЗПМЗ 2012: 12-14; СЗПМЗ 2011: 13-16, 41-42, 44).

И покрај несогласувањата што продолжија да се провлекуваат во понатамошните активности на тимот за застапување, почетните напори почнаа да даваат резултати и да ги разоткриваат причините за институционалните слабости и за демотивацијата во заедницата. Еден од најголемите почетни успеси, благодарение на методологијата за мониторинг и застапување од/во заедницата, е воспоставување систематски активности за поддршка на заедницата во застапувањето на сопствените интереси. Вработените опфатени во програмите за зависности се свесни за слабите капацитети и за немотивираноста за застапување и за неистрајноста на заедницата во овие напори, но ги поддржаа напорите согласувајќи се дека вклучувањето на заедницата навистина може да влијае на подобрување на квалитетот на овие програми. Конкретна промена што е забележана како директен резултат на податоците од мониторингот од/во заедницата спроведен во 2012 година е можноста пациентите да го користат тоалетот во метадонската програма во „Клинички центар“. Колку и да изгледа незначително, ова сепак е голем успех затоа што пристапноста до тоалетот не подразбира само укинување на забраната туку, во многу поголема мера, предизвикување на стереотипите што вработените опфатени во оваа програма ги имаат за своите пациенти. Имено, во недостаток на вештини за справување со малкуте пациенти кои ја злоупотребуваат довербата и фармакотерапијата, а плашејќи се од можноста тоалетот да се користи за инјектирање дроги, на вработените им било полесно да го забранат користењето на тоалетот за сите пациенти наместо да се потрудат да најдат соодветно решение.

4.2. Отпори од/во заедницата

Во понатамошните напори за застапување, тимот за застапување се соочи со отпори и од самата заедница кои не беа неочекувани, но реакциите од одредени поединци го опструираа процесот на запознавање на заедницата со резултатите од мониторингот и со целите на застапувањето од/во заедницата за подобрување на квалитетот на програмите за зависности во Скопје што се финасирани од државниот буџет. Слично на претставниците на програмите за зависности, поединци од заедницата ги критикуваа резултатите од мониторингот, особено оние во кои се пренесуваше ставот на заедницата за отворање нови, попростапни и подостапни, центри за зависности во Скопје што, исто така, би биле финансирани од државниот буџет (Димитриевски и Бошкова: 20-36). Помал број од луѓето вклучени во дискусијата своето несогласување со наведените наоди го објаснуваа со зголемената веројатност за препознавање и стигматизација доколку бидат принудени да се лекуваат во центри за зависности што би се отвориле во населбите каде што живеат. Подоцна се установи дека повеќето од оние кои ги опструираат напорите за квалитативни промени всушност остваруваат економски или друг интерес од постоечката состојба во програмите за зависности и стравуваат дека ќе ја изгубат основата за остварување на интересите од злоупотребата на фармакотерапијата, што веројатно би се избегнало доколку постојат структурни решенија за егзистенцијалните потреби на луѓето кои се лекуваат од зависности од дроги. Но, ваквиот однос од страна на поединци беше очекуван, особено кога ќе се земат предвид незаинтересираноста и апатичноста кај многумина припадници на заедницата за кои беше очигледно дека очекуваат „некој друг“ да се избори за нивните потреби и интереси.

Фиксацијата на заедницата на фармакотерапијата, во случајов метадон и бупренорфин, ги миноризира сите останати прашања што се однесуваат на квалитетот на целокупното лекување на зависноста од опијати. Дејството, пакувањето и економската вредност на фармакотерапијата има приоритетна важност за поголемиот дел од заедницата и затоа и покрај тоа што постои согласност и за други потреби и интереси во лекувањето, речиси сите дискусии секогаш се сведуваат на квалитетот на лекот, амбалажата во која се дистрибуира и колку чини. Постојаните навраќања на овие теми ги дефокусираат напорите за застапување за сеопфатен третман, ја исцрпуваат енергијата и претставуваат потенцијал за создавање конфликти со вработените опфатени во програмите за зависности, но и во самата заедница.

4.3. Развивање на напорите за застапување

Демотивирачкиот ефект поради почетните пречки не го поколеба тимот за застапување и беше решено во следната фаза од застапувањето да се вклучат повеќе претставници од заедницата, кои ќе се застапуваат за промени, секој во програмата преку која се лекува, а обединето ќе дејствуваат за заемна поддршка и за решавање на прашања од заеднички интерес за сите луѓе кои се лекуваат од зависности од дроги. Во март 2013 година беше организирана тродневна обука за застапување за група од петнаесет припадници/-чки на заедницата на која, покрај обуката, беа дискутирани проблемите кои ги воочуваат пациентите преку програмите за зависности и беа одредени приоритети за заедничко застапување, со поголемо учество на заедницата. Иако сите учесници изразија воодушевување од обуката за застапување, на крајот од вкупно петнаесетмина учесници на обуката се издвои помала група од шест луѓе кои изразија подготвеност да преземат одговорност и да се вклучат во тимот за застапување за подобрување на квалитетот на програмите за зависности во Скопје. Спроведувајќи ја во практика методологијата за мониторинг и застапување од/во заедницата, приоритетите за застапување наведени во приказот 4.1. беа целосно или делумно изменети во понатамошната работа на тимот за застапување.

Приказ 4.1.: Приоритети за застапување:

1. Пациентите да се вклучат во донесувањето на одлуки и во комисиите за прием на нови пациенти.
2. Тестирање на плунка, наместо на урина, за утврдување присуство на недозволен супстанции во организмот на пациентите.
3. Воведување психосоцијална поддршка (тераписки програми) во програмите за зависности.

4.3.1. Застапување за вклучување на пациентите опфатени во програмите за зависности во донесувањето на одлуки

Од избраните приоритети за застапување, во текот на 2013 година првиот приоритет претрпе помали измени, најмногу поради тоа што во овој приоритет има две компоненти: 1. Вклучување на пациентите во донесувањето на одлуки и 2. Вклучување на пациентите во комисиите за прием на нови пациенти. Во текот на преговорите, со програмите за зависности се установи дека во трите метадонски програми во рамките на Центарот за превенција и третман на злоупотреба и зависност од дроги и други психоактивни супстанции, „Долен шалтер“, „Горен шалтер“ и „Клинички центар“, од една страна воопшто не постои комисија за прием на пациенти, односно вработените психијатри самостојно вршат прием на нови пациенти и го водат процесот на нивното лекување. Наспроти претходниот пример, се установи дека во Центарот за превенција и третман на болести на зависности, познат под називот „Воена болница“, сè уште постои комисија за прием на нови пациенти и вработените од оваа болница со задоволство ја прифатија иницијативата за учество на пациентите во органите за одлучување и прием на нови пациенти, наведувајќи дека тоа е во согласност со политиките и практиките на целата болница, а не само на програмата за лекување зависности од дроги. Имајќи ги предвид постоечките околности, беше решено да не се инсистира на спроведувањето на втората компонента, освен онаму каде што е можно тоа, а застапувањето да се насочи кон барањето за вклучување на пациентите во одлучувањето во рамките на програмите за зависности. Како прв чекор беше договорено да се одржуваат редовни месечни состаноци меѓу претставници на заедницата и на вработените опфатени со одделните програми за зависности.

Сите програми за зависности опфатени со застапувањето покажаа отвореност за првичните барања и се согласија да ги вклучат пациентите во одлучувањето, а некои од нив искрено ја поздравиле иницијативата, наведувајќи дека тоа е во согласност со нивните политики и практики. При крајот на 2013 година, членовите на тимот за застапување можеа да се пофалат дека односот на раководните лица опфатени со програмите за зависности кон нив се менува и дека почнуваат со нив да се консултираат за одредени прашања, а членовите на тимот за застапување одржуваат редовни месечни состаноци со вработените опфатени во две од четирите програми за зависности.

4.3.2. Застапување за промени во начинот на земање примероци за утврдување на можни рецидиви

Една од првите активности на проширениот тим за застапување беше да се испита ставот на заедницата за приоритетот 2: тестирање на плунка, наместо на урина, за утврдување присуство на недозволен супстанции во организмот на пациентите. Овој приоритет беше поставен како резултат на предавањето на Метју Саутвел (Mathew Southwell) според чие искуство луѓето од Англија кои се лекуваат од зависности од дроги се избориле за воведување тестирање на плунка затоа што е поедноставно, поефикасно и подостоинствено од тестирањето на урина. Овој пример многу им се допадна на учесниците на обуката кои беа согласни за тоа дека тестирањето на урина е

недостойствено и неефикасно, особено за жените на третман, но по кратката анкета што беше спроведена непосредно по обуката за застапување се установи дека не сите припадници на заедницата се согласни за примена на овој метод и дека доколку од самиот почеток се инсистира на тоа, без да се воведат посуштински промени, застапувањето може да биде опструирано од самата заедница. Поточно, структурните слабости во програмите за зависности се една од главните причини за злоупотреба на фармакотерапијата и доколку се воведат построги правила за тестирање, без да се решат посуштинските проблеми, пациентите можат да бидат санкционирани спротивно на заложите на тимот за застапување. Поради наведените причини, застапувањето за воведување тестирање на плунка се одложи, а наместо тоа почна да се разгледува можноста за застапување за укинување на ограничувањата за дозирање на фармакотерапијата, проблем што луѓето кои се лекуваат од зависности од опијати го наведуваат како една од главните причини за злоупотреба на фармакотерапијата и мешање на фармакотерапијата со други супстанции, најчесто бензодиазепини.

4.3.3. Застапување за воведување квалитетна психосоцијална поддршка

Што се однесува на застапувањето за третиот приоритет, воведување психосоцијална поддршка (терапевски програми) во програмите за зависности, се установи дека во сите програми за зависности, освен во програмата за лекување со бупренорфин, постои формална можност за психосоцијална работа со пациентите, но не се спроведува доследно. Така, на пример, пациентите не се задоволни од времето и од вниманието кое социјалните работници и психолозите вработени во Центарот за превенција и третман на злоупотреба и зависност од дроги и други психоактивни супстанции би требало да им го посветуваат. Малку поразлично е во „Воена болница“ каде што социјалниот работник и психологот, секој по еднаш неделно, им се на располагање на пациентите, но забележливо е дека пациентите немаат јасна претстава за нивните работни должности и до нив се обраќаат единствено за помош за административни работи, иако, според сознанијата од мониторингот, и пациентите опфатени со оваа програма имаат потреба од психосоцијална поддршка. Според сознанијата, психологот и социјалниот работник имаат други примарни специјалности и не се обучени за работа со луѓе зависни од дроги, што е веројатно една од причините за слабата комуникација меѓу нив и пациентите. Парадоксалноста е во тоа што програмите што имаат можност да понудат психосоцијална поддршка се неефикасни во тоа и се потенцира важноста на фармакотерапијата, додека преку програмата за бупренорфинска терапија на ЈЗУ Универзитетска клиника на токсикологија, свесни за потребите на пациентите, се вложуваат напори за воведување психосоцијална поддршка за пациентите на лекување со бупренорфинска терапија.

Искуствата од застапувањето за воведување квалитетна психосоцијална поддршка покажаа дека решавањето на ова прашање зависи од индивидуалната перцепција и целокупната кадровска политика и не може да се реши само преку преговори со вработените опфатени во програмите за зависности. Одделни медицински лица сметаат дека на пациентите им е поважно да се вработат отколку да добиваат психосоцијална поддршка која, впрочем, воопшто не ја сметаат за приоритет во лекувањето и не треба програмите за зависности да се оптоваруваат со такви задолженија. Но, и онаму каде што постои некаква можност за преговори за подобрување на квалитетот на психосоцијалната поддршка, непотизмот и кронизмот генерирани од повисоките институции претставуваат озбилни ограничувања за дискутирање на ова прашање со надлежните лица за програмите за зависности. Поради овие причини, застапувањето за воведување квалитетна психосоцијална поддршка ќе се одвива со забавено темпо и веројатно ќе треба да се застапува на повисоки институционални инстанции.

4.3.4. Застапување за обезбедување физички простор за дружење и за одржување тематски собири за пациентите

Една од основните заложи во застапувањето беше преку програмите за зависности да се обезбедат простории за дружење и за работа на пациентите и тоа ќе беше лесно остварливо доколку не постоеја

инфраструктурни пречки во објектите кои се опфатени со овие програми. Единствено преку двете метадонски програми во „Кисела Вода“ пациентите имаат на располагање просторија исклучително за нивно заедничко дружење и за работа. Всушност оваа просторија, популарно наречена „Петка“, пациентите ја користеле и пред почетокот на преговорите со раководните лица на програмата, но во текот на застапувањето беше договорено собираите во „Петка“ да се искористат, меѓу другото, и за активности за психосоцијална поддршка, креативни работилници, тематски дискусии, како и за јакнење на заедницата за самозастапување. Сличен успех беше остварен и со метадонската програма во „Воена болница“ со таа разлика што во болницата не располагаат со големи просторни капацитети, но вработените се согласија да ја отстапат нивната заедничка просторија за потребите на пациентите, се разбира, во однапред договорени термини. Таква понуда добија и претставниците на заедницата преку метадонската програма во „Клинички центар“, но ја одбија поради тесниот простор во кој не собира повеќе од четири луѓе, а и поради тоа што таа просторија всушност е канцеларија на психологот. Наместо тоа, претставниците на заедницата побараа да им биде даден на располагање просторот во ходникот, веднаш на самиот влез во објектот, кој нема повеќе од 10 м² и во кој има постојана фреквенција на луѓе поради што изгледа непогоден за организирање тематски собири. Недостатокот на соодветен физички простор за тематски собири ги отежна напорите за анимирање на луѓето кои се лекуваат во „Клинички центар“. Во ЈЗУ Универзитетска клиника за токсикологија и покрај желбата да се обезбеди простор за тематски средби на пациентите кои се лекуваат од зависност од дроги, не постојат такви инфраструктурни можности, а и пристапот во лекувањето оневозможува пациентите да се среќаваат во поголеми групи и да комуницираат меѓу себе. Како што опишува претставниците на луѓето кои се лекуваат со бупренорфинска терапија, во нивното лекување активно се вклучени и нивните семејства, кои честопати наместо нив ја подигаат фармакотерапијата, што им ја отежнува меѓусебната комуникација, а со тоа и напорите за мониторинг и за застапување. За жал, претставниците на заедницата, до периодот на составување на овој документ, не ја искористија можноста за анимирање и за зајакнување на заедницата преку организирање тематски собири дури ни онаму каде што постоеја просторни услови за тоа, што е резултат на неподготвеноста за самостојно дејствување.

Како резултат на претходно согледаните потреби за застапување меѓу пошироката општествена заедница, покрај застапувањето во рамките на програмите за зависности, во октомври 2013 година беше издаден првиот број на списанието под наслов „Дроги – Политики и практики“, со насловна тема „Третман на зависности од дроги“. На изненадување на уредништвото на „Дроги – Политики и практики“, интересот на публиката е многу поголем од првичните очекувања, а веќе има интерес за следно издание. Издавањето на списанието беше искористено за иницирање на јавна дебата на тема „Медиумите и дрогите“, што се одржа на 21.11.2013 година, а на која, меѓу другото, беше дискутирана потребата за издавање тематски – стручни и научно-популарни списанија – кои ќе се спротивстават на сè подоминантното општествено мракобесие. Првото издание на списанието „Дроги – Политики и практики“ беше дистрибуирано помеѓу луѓето кои употребуваат дроги и луѓето кои се лекуваат од зависности од дроги, до сите институции и организации надлежни и засегнати од проблематиката на дрогите, до повеќе високообразовни установи и продолжува да се дистрибуира до сите заинтересирани за обработуваните проблематики.

Во целина гледано, како резултат на целокупниот контекст и повеќе внатрешни и надворешни фактори, динамиката на застапувањето се одвива со интензитет понизок од очекуваниот, што ја наметнува потребата од трпеливо дејствување и долгорочна поддршка за зајакнување на вештините на заедницата за самостојно дејствување.

5. Слабости и пречки во застапувањето

Од самиот почеток беше јасно дека застапувањето ќе се одвива со отежнат интензитет, особено ако се има предвид општествено-политичкиот и економскиот контекст во Македонија во изминативе дваесетина години (Dekov et al 2013: 3-7) и затоа беше решено мониторингот да го следи и процесот на застапување, од што беа извлечени вредни податоци за институционалните бариери, мотивираноста на заедницата и слабостите во меѓучовечките односи кои ги отежнуваат напорите за подобрување на квалитетот на програмите за зависности.

Една од основните пречки која ги забавува активностите за застапување е бирократијата во институциите и забележливо е дека во одредени случаи некои од вработените се кријат зад воспоставените процедури и ги усложнуваат напорите за застапување. Сепак јасно е дека вработените опфатени во програмите за зависности не се семоќни, дека и тие имаат право на приватност и слободно време и дека почитувањето на воспоставените процедури претставува заштита од можни непријатности.

Бирократизацијата во програмите за зависности и не би била толку голема пречка особено што, барем декларативно, постои отвореност за прифаќање на иницијативите на пациентите, но во одредени програми се забележливи непотизам и кронизам, најчесто засновани на партиската поларизација што во Македонија преовладува во последниве дваесетина години. Поради вака воспоставените односи, раководителите на програмите за зависности не можат во целост да ги исполнат своите ингеренции со што значително се намалува квалитетот на програмите за зависности, а овие практики се пресликуваат и во односите со луѓето кои се лекуваат од зависности од дроги.

Забележливи се практики за манипулација и инструментализација на одделни припадници од заедницата од страна на поединци вработени во програмите за зависности, најверојатно за да се обезбеди поголема моќ и поцврста позиција како меѓу своите колеги така и за полесна контрола на заедницата. Ваквите односи доведуваат до создавање локални центри на моќ и внатрешна поларизација што поттикнува раздор и ги попречува напорите за застапување, кои и самите стануваат цел на манипулација и на инструментализација.

Догорочното лекување со супституциска терапија, метадон и бупренорфин, во програмите за зависности од дроги во Скопје, ги става пациентите во зависна позиција во однос на лекарите и фармакотерапијата и од таа перспектива сосема е разбирливо што некои од нив избегнуваат да се конфронтираат со своите лекари и дозволуваат да бидат инструментализирани за манипулација со заедницата, но и со другите вработени. Нарушените меѓучовечки односи во заедницата и меѓу вработените опфатени во некои од програмите за зависности го дефокусираат застапувањето на прашања што не се од суштинско значење и го засегаат квалитетот на лекувањето.

Кај претставниците на заедницата се забележува извесна несигурност и нерешителност за самостојно дејствување и најчесто очекуваат „некој друг“ да преземе целосна одговорност и да издава задачи, а во конкретниот случај тоа се однесува на тимот кој раководи со проектот. Во текот на застапувањето беа преземени неколку самостојни иницијативи, но ни една не беше спроведена во целост. Како причини за одбивањето на поголема одговорност се наведуваат: зависност од проектниот тим, заемна некоординираност, отпор од вработените опфатени во програмите за зависности, потреба за вклучување повеќе претставници од заедницата, недостаток на поддршка од заедницата. Од друга страна, кај одредени претставници на заедницата се забележува нетолерантност кон однесувањето и потребите на припадниците на заедницата кои ја злоупотребуваат фармакотерапијата.

Приоритет за повеќето луѓе кои се лекуваат преку програмите за зависности во Скопје е да ја подигнат фармакотерапијата и да си заминат од објектот, без интерес за вклучување во застапувањето или давање поддршка на тимот за застапување, но секогаш кога ќе имаат можност го изразуваат своето незадоволство поради слабостите на програмите за зависности и бараат „некој друг“ да преземе одговорност за решавање на конкретните прашања. Но, многу поголема пречка во напорите

за застапување претставуваат припадниците на заедницата кои од економски интереси ја злоупотребуваат фармакотерапијата и кои се доволно моќни да манипулираат со заедницата и да го насочуваат нејзиното расположение.

Поларизацијата според партиска, национална, верска и класна припадност е дополнителна околност која внесува раздор во заедницата и ги попречува напорите за здружено и ефикасно застапување за подобрување на квалитетот на програмите за зависности.

Претходно изнесените пречки и слабости потврдуваат дека мониторингот и застапувањето не треба да се изведуваат само од заедницата, туку и во заедницата и дека само на тој начин заедницата ќе се консолидира и здружно ќе се застапува за подобрување на квалитетот на програмите за зависности во Скопје.

6. Видливост на напорите за застапување

Од вкупно 200 испитаници, од пет различни програми за зависности, опфатени со анкетата за процена на ефикасноста на напорите за застапување, 62 (31%) испитаници изјавиле дека нема или не знаат дали има претставници на пациентите опфатени во програмите за зависности. Останатите 138 (69%) испитаници знаат дека постојат претставници на пациентите, 37 (18,5%) не знаат кои се нивните претставници, а 15 (7,5%) сметаат дека се неефикасни во застапувањето затоа што вработените не ги слушаат (б=9; 4,5%) или воопшто не се активни (б=6; 3%). Мора да се наведе дека најмногу позитивни одговори на ова прашање има за програмата за лекување со метадон наречена „Горен шалтер“ (б=39; 78% од испитаниците во конкретната програма), што е очекувано со оглед на тоа што во таа програма веќе постоеше лице кое ги анимираше пациентите пред почетокот на активностите за мониторинг и за застапување.

Од оние 138 испитаници, кои знаат дека постојат претставници на пациентите опфатени во програмите за зависности, само 80 (40%) испитаници можат да наведат некои активности на тимот за застапување, додека останатите 120 (60%) не знаат кои се активностите на тимот за застапување или не одговориле на поставеното прашање. Најчест одговор за спроведуваните активности е „Просторија за заедничка работа и дружење за пациентите“ (б=69; 34,5%), потоа следува одговорот „Претставување на интересите на пациентите пред вработените во програмата“ (б=42; 21%) и најмалку испитаници се запознаени со идејата да се одржуваат „Креативни работилници“ (б=9; 4,5%). И на ова прашање високиот просек на запознаеност се должи на активностите што се спроведувале во популарната „Петка“ во „Кисела Вода“.

Само 25 (12,5%) испитаници се навистина задоволни, а 44 (22%) испитаници се просечно задоволни од резултатите на застапувањето. Шеснаесет испитаници (8%) се незадоволни, а 1 (0,5%) испитаник е многу незадоволен од резултатите на застапувањето. Од останатите испитаници, 27 (13,5%) немаат став, 18 (9%) не знаат и 69 (34,5%) испитаници не одговориле на прашањето.

Очекувањата на заедницата од нејзините застапници се прикажани во табелата 6.1. Од вкупно 200 испитаници, 105 (52,5%) испитаници имаат предлози за подобрување на работата на застапниците од кои особено можат да се издвојат предлозите за поголема достапност (б=70; 35%), почесто известување за активностите (б=69; 34,5%) и барањето да вклучат повеќе луѓе (б=58; 29%).

		Кисела Вода - Долен шалтер (метадон)	Кисела Вода - Горен шалтер (метадон)	Клинички центар (метадон)	Воена болница (метадон)	Токсикологија (бупренорфин)	Вкупно
Немам предлози	Број	1	0	7	1	0	9
	% од колона	2,0%	0,0%	14,0%	5,0%	0,0%	4,5%
Да се трудат повеќе	Број	1	33	10	2	4	50
	% од колона	2,0%	66,0%	20,0%	10,0%	13,3%	25,0%
Да бидат подостапни за пациентите	Број	12	28	6	0	24	70
	% од колона	24,0%	56,0%	12,0%	0,0%	48,0%	35,0%
Почесто да не известуваат за нивните активности	Број	15	39	8	5	2	69
	% од колона	30,0%	78,0%	16,0%	25,0%	6,7%	34,5%
Да вклучат повеќе луѓе	Број	10	36	3	4	5	58
	% од колона	20,0%	72,0%	6,0%	20,0%	16,7%	29,0%
Не знам	Број	0	3	14	0	0	17
	% од колона	0,0%	6,0%	28,0%	0,0%	0,0%	8,5%
Неодговорено	Број	29	1	9	9	21	69
	% од колона	58,0%	2,0%	18,0%	45,0%	70,0%	34,5%
ВКУПНО	Број	50	50	50	20	30	200
	% од колона	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,7%	100,0%

Табела 6.1.: Очекувања на заедницата од нејзините застапници

Речиси сите испитаници (б=177; 88,5%) се согласуваат дека пациентите можат да придонесат за подобрување на квалитетот на лекувањето во матичните програми за зависности, но за жал од повеќето од нив (б=134; 67%) никогаш не било побарано мислење, 59 (29,5%) испитаници изјавиле дека ретко се бара мислење од нив, а само 2 (1%) испитаници изјавиле дека од нив често се бара мислење за подобрување на квалитетот на лекувањето. Мислење од нив најчесто бараат активисти кои се лекуваат преку истите програми (б=57; 28,5%), а потоа вработените (б=27; 13,5%) и здруженијата на граѓани (б=27; 13,5%) и веројатно поради тоа голем дел од испитаниците си го кажуваат мислењето без да бидат прашани (б=60; 30%).

Од вкупно 200 испитаници, 67 (33,5%) сметаат дека пациентите не треба да бидат вклучени во донесувањето на одлуки за програмите за зависности. Сепак и тие се согласуваат дека пациентите треба да имаат свои претставници за програмите за зависности (б=133; 66,5%), треба жестоко да се борат со сите расположливи средства (б=95; 47,5%), треба да има посебен одбор за застапување (б=84; 42%), преку медиумска кампања да се влијае за вклучување во одлучувањето (б=41; 20,5%), а само мал број испитаници (б=3; 1,5%) сметаат дека пациентите прво треба да докажат дека заслужуваат да бидат вклучени во одлучувањето за матичните програми за зависности.

За да се слушне гласот на пациентите за матичните програми за зависности, повеќето испитаници (б=121; 60,5%) сметат дека заедницата треба да биде подобро организирана, а помал број би се потпреле на медиумска поддршка (б=25; 12,5%), па дури и на насилни методи (б=22; 11%). И покрај незадоволството поради слабиот квалитет на матичните програми за зависности, релативно е мал бројот на испитаници (б=46; 23%) кои активно би се вклучиле во напорите за подобрување на квалитетот на овие програми, односно повеќето испитаници (б=131; 65,5%) се изјасниле дека би ги поддржале активностите за застапување без личен активен ангажман.

Табела 6.2.: Интерес за личен ангажман во застапувањето на интересите на пациентите опфатени во матичните програми за зависности

		Не сакам да се вклучам	Морална поддршка	Парична поддршка	Давање совети	Планирање активности	Активен ангажман	Нема надеж за подобар третман	Не знам	Вкупно
Кисела Вода - Долен шалтер (метадон)	Број	8	33	0	26	13	10	2	0	50
	% од ред	16,0%	66,0%	0,0%	52,0%	26,0%	20,0%	4,0%	0,0%	100,0%
Кисела Вода - Горен шалтер (метадон)	Број	2	25	36	28	19	18	0	0	50
	% од ред	4,0%	50,0%	72,0%	56,0%	38,0%	36,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Клинички центар (метадон)	Број	5	29	4	17	8	3	0	2	50
	% од ред	10,0%	58,0%	8,0%	34,0%	16,0%	6,0%	0,0%	4,0%	100,0%
Воена болница (метадон)	Број	0	10	4	6	5	8	0	0	20
	% од ред	0,0%	50,0%	20,0%	30,0%	25,0%	40,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Токсикологија (бупренорфин)	Број	3	13	5	8	1	7	0	1	30
	% од ред	10,0%	43,3%	16,7%	26,7%	3,3%	23,3%	0,0%	3,3%	100,0%
ВКУПНО	Број	18	110	49	85	46	46	2	3	200
	% од ред	9,0%	55,0%	24,5%	42,5%	23,0%	23,0%	1,0%	1,5%	100,0%

Слично на мониторингот од/во заедницата спроведен во 2012 година (Димитриевски и Бошкова 2012: 63), повторно се потврдуваат слабите оценки за односот на вработените кон пациентите во матичните програми за зависности. Врз основа на приложената табела 6.3. може да се види дека повеќето испитаници односот на вработените кон нив го оценуваат со оценки од 1 до 3, додека повисоки оценки 4 и 5 даваат помал број испитаници. Најслаби оценки имаат психолозите, а најдобри оценки имаат лекарите. Овде треба да се нагласи дека слично како и во претходниот мониторинг (Димитриевски и Бошкова 2012: 57-59), повторно се забележува дека пациентите не се запознаени со стручните лица кои им се на располагање, односно кои би требало да им бидат на располагање во процесот на лекување на зависноста од дроги

Табела 6.3.: Општи оценки за односот на вработените кон пациентите опфатени во програмите за зависности

		Вкупно	Не постои во програмата	1	2	3	4	5	Неодговорено
Лекари	Број	200	0	22	29	58	62	28	1
	%	100,0%	0,0%	11,0%	14,5%	29,0%	31,0%	14,0%	0,5%
Психолози	Број	134	43	50	27	26	16	15	23
	%	100,0%	21,5%	25,0%	13,5%	13,0%	8,0%	7,5%	11,5%
Социјални работници	Број	200	45	28	38	37	22	21	9
	%	100,0%	22,5%	14,0%	19,0%	18,5%	11,0%	10,5%	4,5%

Незаинтересираноста на повеќето психолози и социјални работници вработени/ангажирани во програмите за зависности предизвикува особено големо незадоволство кај поголем дел од луѓето кои се лекуваат преку овие програми, особено затоа што, како што тврдат, навистина имаат потреба од психосоцијална поддршка која, наместо онаму каде што им следува, мораат да ја бараат на друго место. Затоа е мошне разбирливо што повеќето испитаници со слаби оценки ја оценуваат стручноста на психолозите и на социјалните работници вработени/ангажирани во програмите за зависности.

Табела 6.4.: Општи оценки за стручноста на психолозите и на социјалните работници вработени/ангажирани со програмите за зависности

		Вкупно	Не постои во програмата	1	2	3	4	5	Неодговорено
Психолози	Број	200	43	44	33	32	10	15	23
	%	100,0%	21,5%	22,0%	16,5%	16,0%	5,0%	7,5%	11,5%
Социјални работници	Број	200	45	28	36	43	17	22	9
	%	100,0%	22,5%	14,0%	18,0%	21,5%	8,5%	11,0%	4,5%

Потребата од засилување на напорите за застапување се потврдува и во ставовите на испитаниците опфатени со мониторингот од/во заедницата кои сметаат дека односите меѓу вработените опфатени со програмите за зависности се исти како пред застапувањето (б=39; 19,5%), но охрабрувачки е податокот што 32 (16%) испитаници забележуваат подобрување во односите и особено тоа што 79 (39,5%) испитаници сметаат дека подобрувањето на односите зависи и од вработените и од пациентите опфатени во програмите за зависности. Помал број испитаници сметаат дека односите со програмите за зависности се идеални (б=6; 3%), полоши отколку пред застапувањето (б=8; 4%), дека односите можат да се подобрат со поголеми заложби од вработените (б=19; 9,5%), дека односите можат да се подобрат со поголеми заложби од пациентите (б=3; 1,5%), 12 (6%) испитаници се целосни песимисти, а 2 (1%) испитаници немаат став.

7. Заклучок

Гледано во целина, застапувањето сè уште е далеку од остварување на примарно зацртаните цели, а првично високо поставените цели покажуваат дека кон застапувањето треба пореалистично да се пристапи и да се обрне поголемо внимание на внатрешните пречки и потребите за зајакнување на заедницата. Со посеопфатниот пристап во мониторингот од/во заедницата спроведен во 2013 година се потврдија наодите од мониторингот од/во заедницата од 2012 година (Димитриевски и Бошкова 2012) и се обликуваше појасна претстава за контекстот и пречките што ги отежнуваат и се закануваат да ги компромитираат напорите за застапување.

Логично беше да се очекува дека со мала поддршка незадоволството на пациентите од нискиот квалитет на лекувањето со програмите за зависности во Скопје лесно ќе се артикулира во активности за застапување (Димитриевски и Бошкова 2012), но се покажа дека очекувањата биле преамбициозни и незасновани на постоечкиот контекст. Бирократизацијата, непотизмот и кронизмот на луѓето опфатени во програмите за зависности ги отежнува напорите за застапување и го забавува процесот, а инструментализацијата на поактивните пациенти се користи за манипулација со заедницата, создавање локални центри на моќ и внатрешна поларизација што создава раздор и ги попречува напорите за застапување. Овие пречки би биле полесно надминливи доколку се зголеми бројот на луѓе вклучени во застапувањето и доколку се зголеми поддршката од заедницата, но и покрај незадоволството и консензусот за слабостите на програмите за зависности, само малкумина се подготвени активно да се вклучат во напорите за подобрување на квалитетот на овие програми, а постои ризик од опструкции од малцинството пациенти кои остваруваат лична корист од постоечката ситуација.

Мотивирачки фактор за застапувањето е што повеќето луѓе што се лекуваат преку програмите за зависности во Скопје сметаат дека можат да придонесат за подобрување на квалитетот на матичните програми за зависности и дека навистина можат да направат промени доколку се подобро организирани. Сепак кога на оваа самодоверба ќе се додаде неподготвеноста за преземање одговорност и активно вклучување во застапувањето, останува заклучокот дека мониторингот и застапувањето не треба да се изведуваат само „од“ заедницата, туку и „во“ заедницата и дека само на тој начин заедницата ќе се консолидира и здружено ќе се застапува за подобрување на квалитетот на програмите за зависности во Скопје.

Во конкретните активности, клучните луѓе од сите програми за зависности во Скопје финансирани од државниот буџет беа запознаени со целите на застапувањето, дадоа декларативна поддршка и беа воспоставени почетна соработка и редовни состаноци меѓу пациентите и вработените. Центарот за превенција и третман на злоупотреба и зависност од дроги и други психоактивни супстанции во „Кисела Вода“ и Центарот за превенција и третман на болести на зависности во „Воена болница“ обезбедија простории за дружење и тематски собири на пациентите, додека во објектите во „Клинички центар“ и „Токсикологија“ нема доволно слободни простории и затоа со овие програми и покрај добрата волја на вработените, активностите за пациентите се изведуваат со отежната динамика, што укажува на важноста од ваков простор за анимирање на заедницата и интензивирање на застапувањето. Членовите на тимот за застапување одржуваат редовни месечни состаноци со вработените опфатени во две од четири програми за зависности. Останува податокот дека овие активности не биле забележани кај поголемиот дел од заедницата, но охрабрува податокот што 32 (16%) испитаници забележуваат подобрување во односите меѓу луѓето со програмите за зависности, што ја потврдува потребата за продолжување на застапувањето.

8. Препораки

Имајќи ги предвид слабите капацитети на заедницата за соочување со пречките при остварување на веќе зацртаните цели за застапување, треба да се прифати дека застапувањето за подобрување на квалитетот на лекувањето со програмите за зависности во Скопје претставува долгорочен процес кој ја наметнува потребата од истрајност и од тактичност. Преамбициозните цели, незасновани на постоечкиот контекст, и потребите и можностите на заедницата можат да бидат контрапродуктивни и да го нарушат континуитетот на застапувањето.

За поефикасно застапување треба да се формираат локални тимови за застапување кои ќе се застапуваат за подобрување на квалитетот на лекувањето во рамките на матичната програма за зависности, дејствувајќи во согласност со локалниот контекст и локалните потреби. Локалните тимови за застапување треба да се поттикнуваат да дејствуваат самостојно, но во почетокот ќе им треба голема поддршка од луѓе искусни во застапувањето и активизмот.

Покрај обуката за застапување, луѓето вклучени во застапувањето треба да развиваат подготвеност и вештини за самостоен активизам.

Една од клучните особини која треба да ја поседуваат застапниците на заедницата е разбирањето за потребите на заедницата што ја претставуваат, како и вештините за поорганизирана и помасовна акција, особено за придобивање и вклучување на поединците кои ги опструираат напорите за застапување.

За надминување на пречките во текот на застапувањето, тимовите за застапување треба да се обучуваат за справување со кризи, преговарачки вештини, мобилизација на заедницата. Исклучително е важно да се разбере дека во постоечкиот контекст е невозможно брзо остварување на поставените цели и затоа треба да се има големо разбирање и флексибилност во поддршката на луѓето кои се застапуваат за подобрување на квалитетот на лекувањето со програмите за зависности во Скопје.

Со оглед на тоа што во изминатиов период беа осознани потребите и пречките и беше воспоставена соодветна структура за мониторинг и застапување од/во заедницата и посветено се работи на остварување на зацртаните цели, процесот треба да продолжи со надградба на постоечките активности и процена на можностите за мониторинг и за застапување на повисоки политички нивоа, рушејќи ги притоа предрасудите и стереотипите за луѓето кои употребуваат дроги и поддржувајќи ја нивната општествена инклузивност.

Соработката изградена со вработените опфатени во програмите за зависности треба да се надградува и со одговорно однесување да се покаже дека пациентите можат и сакаат партнерски да придонесат за подобрување на квалитетот на лекувањето во матичните програми.

Особено треба да се потенцира потребата за воведување сеопфатен пристап во лекувањето на зависностите од дроги со приоритет за воведување квалитетна психосоцијална поддршка. Треба да се бара вработување на квалитетно образовани психолози и социјални работници, мотивирани за индивидуална и групна работа со луѓе кои се лекуваат од зависности од дроги, не само на прашања врзани конкретно за зависноста туку и на животни вештини, професионална ориентација, кариерен развој и други вештини за полесна и побрза ресоцијализација.

Во застапувањето од/во заедницата треба да се потенцира потребата од стручно усовршување на вработените опфатени во програмите за зависности и да се соработува со оние вработени кои се стремат да ги унапредат своите знаења и вештини, особено ако дел од своите знаења ги стекнуваат од сопствените пациенти.

Земајќи ги предвид искуствата од други земји, со поразвиен активизам поврзан со дрогите, како што е примерот што го наведе Метју Саутвел за англиските корисници на дроги кои сфатиле дека поради политичките и економските промени со тек на време почнале да губат одредени погодности за кои претходно се избориле, застапувањето треба да биде насочено како за остварување нови цели, така и за одржување на веќе остварените погодности сè додека се во интерес на заедницата.

9. Библиографија

Библиографија на кирилични изданија

Димитриевиќ, Вања и Наташа Бошкова. 2012. Подобрување на квалитетот на програмите за лекување на зависности од дроги во Скопје: Проценка на квалитетот на програмите за лекување на зависности од дроги заснована на мониторингот спроведен од/во заедницата на лицата што се лекуваат од зависност од дроги. Скопје: Здружение ХОПС-Опции за здрав живот Скопје, Коалиција „Сексуални и здравствени права на маргинализираните заедници“, 2012.

СЗПМЗ. 2012. Годишен извештај: Здравствени и сексуални права на припадници на маргинализираните групи (корисници на дрога, лица што живеат со ХИВ, сексуални работници и ЛГБТИК). Скопје: Коалиција „Сексуални и здравствени права на маргинализираните заедници“. <http://coalition.org.mk/wp-content/uploads/2008/10/izvestaj-2012-FINAL.pdf> (Посетено: 12.12.2013)

СЗПМЗ. 2011. Медиумите и маргинализираните заедници: Медиумски дискурси и дискриминација врз припадниците на маргинализираните групи (корисници на дрога, сексуални работници, ЛГБТ, лица што живеат со ХИВ). Скопје: Коалиција „Сексуални и здравствени права на маргинализираните заедници“. <http://archive.coalition.org.mk/images//mak%2Bang%2Bfinal%2B.pdf> (Посетено: 12.12.2013)
Трајаноски, Жарко, Тамара Чаусидис и Роберто Беличанец. 2013. Медиумите, говорот на омраза и маргинализираните заедници: Водич за медиуми. Коалиција „Сексуални и здравствени права на маргинализираните заедници“. <http://coalition.org.mk/wp-content/uploads/2008/10/final-mediumi.pdf> (Посетено: 12.12.2013)

Библиографија на латинични изданија

Das, Abhijit. 2013. How do we know we are making a difference? Challenges before the practitioner of community monitoring processes in assessing progress and evaluating impacts. CHSJ – India and COPASAH. <http://www.copasah.net/how-do-we-know-we-are-making-a-difference--chsj-india.html> (Посетено: 10.12.2013)

Dekov, Vlatko, Irena Cvetkovic and Vanja Dimitrievski. 2013. Community Monitoring and Advocacy in Highly Stigmatising Circumstances: Eliminating Institutional Barriers for the Improvement of Quality of Drug Addiction Treatment Programmes in Macedonia. In: COPASAH Communiqué, Issue 4, October 2013, pp. 3-7. COPASAH. <http://www.copasah.net/july---september-2013.html> (Посетено: 18.12.2013)

Dimitrievski, Vanja and Natasha Boshkova. Improvement of the quality of drug dependence treatment programs in Skopje: Assessment of the quality of drug dependence treatment programs with a community based monitoring by persons treated for drug dependence. Skopje: HOPS - Healthy Options Project Skopje, Coalition "Sexual and health rights of marginalized communities", 2012. <http://www.hops.org.mk/biblioteka/Improvement%20of%20the%20qualityof%20drug%20dependence%20treatment%20programs%20in%20Skopje.pdf> (Посетено: 17.12.2013)

Jordan, Steve. 2008. Participatory Action Research. In: The Sage encyclopedia of qualitative research methods, Lisa M. Given, editor, pp. 601-603. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.

McCarthy VanOosten, Deborah. 2008. Project Management. In: The Sage encyclopedia of qualitative research methods, Lisa M. Given, editor, pp. 688-690. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.

McKechnie, Lynne E. F. 2008. Participant Observation. In: The Sage encyclopedia of qualitative research methods, Lisa M. Given, editor, pp. 598-599. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.

Padgett, Deborah K. 2008. Advocacy Research. In: The Sage encyclopedia of qualitative research methods, Lisa M. Given, editor, pp. 8-11. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.

Somekh, Bridget. Action Research. In: The Sage encyclopedia of qualitative research methods, Lisa M. Given, editor, pp. 4-6. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc., 2008.





ХОПС - Опции за здрав живот Скопје
Коалиција „Сексуални и здравствени права на маргинализираните заедници“

Скопје, 2014



Поддржано од:



www.hops.org.mk

Скопје, 2014