

پشت پرده بازرسی کمپ‌های ترک اعتیاد چه‌می‌گذرد؟

همچنین دکترعلی احمدی،نایب رئیس صنف مراکز ترک اعتیاد تهران،در گفت‌وگو با «شهروند» ضمن انتقاد از نحوه بازرسی کمپ‌های ترک اعتیاد می‌گوید: «در زمان بازرسی اگر مسئول مرکز کمی هوش به خرج دهد،مثلا باتهییه دوکپسول آتش‌نشانی و بارعایت مسائل شکلی،می‌تواند امتیاز مناسب راکسب کند،حال آنکه ایرادات درونی دیده نمی‌شود و این قصه پشت نظارت بر مراکز MMT (متادون درمانی) و کمپ‌های ترک اعتیاد وجوددارد..»

اومشکل دیگر را اولویت وزارت بهداشت و نهادهای ناظر برای رعایت استانداردهادر مراکز ام‌ام‌تی به جای کمپ‌های ترک اعتیاد نام برده و اظهار می‌کند: «به عنوان مثال برای متولیان اعتیاد در کشور اهمیت دارد که مراکز درمان با متادون که ظاهر اشکل «مطب» دارد و در ساختمانی با چندین واحد ارا اندازی می‌شود، دارای آسانسور و فناوری جدید و سیستم‌های ترمزی جهت نگهداری آسانسور و... باشد یا اینکه تمدید پروانه‌های ام‌ام‌تی جهت دریافت دارو را منوط به همین استانداردسازی آسانسور کرده‌اند، این در حالی است که این مراکز یک واحد از چندین واحد یک پلاک ثبتی هستند. یا نصب سیستم اعلام حریق برای این مراکز که حالت مطب گونه دارد،باید لحاظ شود،حال آنکه در نظر بگیریید حتی اگر آتش سوزی در مابقی طبقات رخ دهد، داشتن سیستم اعلام حریق مرکز ام‌ام‌تی هیچ کمکی به اطفای آن نمی‌کند.»

او با بیان اینکه به جای مراکز متادون درمانی می‌توان چنین استانداردهایی را درخصوص کمپ‌هاکه پلاک ثبتی مستقلی داشته و آپارتمانی نیستند،پیاده کرد،عنوان می‌کند: «چیزهای را در اولویت می‌گذاریم که بیشتر با اهداف شخصی و ساخته‌های ذهنی مدیران مامنطبق وانطباقی بانیاازهای درمانی معتادان ندارد.»

احمدی می‌افزاید: «همیشه اتفاقات،حادثه هم نیست،درمورد اخیر،تعمدی بودن آتش سوزی کمپ لنگرودبیان شد،اما با این وجود،نبود سیستم ایمنی و اطفای حریق مناسب، استفاده از ساختمانی با قابلیت احتراق بالا، قفل بودن درها و نبود کلید و... پای یک نظارت نامطلوب را وسط می‌کشد و اینجا باید پرسید اولویت نهادهای ناظر بر فعالیت مراکز درمانی و ترک اعتیاد چیست؟ مراکز ام‌ام‌تی است یا کمپ‌ها؟ نگاه‌ها به کمپ‌ها باید حساس‌تر باشد، چراکه مراکزی اقامتی با تعداد بالای مراجعه‌کننده هستند، امانظارت کافی و ضرورتی را اعمال نمی‌کنیم وجایی رامی چسبیم که ملاححتی اگر درمورد آسانسور هیچ حساسیتی هم به خرج ندهیم،به دلیل رعایت استاندارد های روز، دیگر سقوط نمی‌کنند.» او ضمن اشاره به اینکه نهادهای ناظر از نیروهای کارآمد دارای تجربه و تحصیلات لازم استفاده نمی‌کنند، خاطر نشان می‌کند: «نتایج نشان می‌دهد در نظارت بر مراکز ترک اعتیاد در بدنه تصمیم‌گیری کشوری مخصوصا در وزارت بهداشت، توانمند نبوده ایم.»نایب رئیس صنف مراکز ترک اعتیاد تهران هرچند دریافت تاییدیه از آتش نشانی توسط صاحبان کمپ‌ها را الزامی می‌اند،می‌گوید: «همه باید تاییدیه ایمنی آتش نشانی را داشته باشند،اما اینکه نهادهای ناظر چقدر برای این امر سختگیری دارند، مهم است. مثلا می‌توانند هنگام تمدید مجوز خواستار رعایت استاندارد باشند،اما این اتفاق با این سختگیری درمورد کمپ‌ها رخ نمی‌دهد و معمولا با اخذ یک تعهد که «اقدامات لازمه را انجام خواهیم داد»، مجوزهایشان ۳ تا۵ ساله تمدید می‌شود و این همان جایی است که حادثه آفرینی می‌کند. در مجموع می‌توان گفت وزارت بهداشت در جایی که ضررتی ندارد، به شدت سختگیری، اما بهزیستی برعکس برای کمپ‌ها سهل انگاری می‌کند.»

ارجاع زورکی معتاد به کمپ ترک اعتیاد؛ قانونی که طور دیگری اجرا می‌شود!

احمدی همچنین درباره اینکه آیا دستگیری افراد معرفی شده توسط خانواده‌ها به کمپ‌ها و فرستادن چند نفر برای اینکه فرد مدنظر را به اجبار به کمپ منتقل کنند که اغلب این امر با اعمال خشونت صورت می‌گیرد،قانونی است و خبر و این فرد می‌توانند از کمپ مذکور شکایت کند یا خیر، چنین پاسخ می‌دهد: «در درمان‌های ۲۱ روزه جذب بیمار به دو صورت انجام می‌شود یا خود بیمار می‌آید یا اجباری هست و فرد از سوی خانواده معرفی می‌شود،اما اینکه فردی را به اجبار با دست و پای بسته می‌برند جرم است یا خیر؟ باید گفت که در این باره پروتکلی تدوین شده،اما اجرای آن به گونه دیگری صورت می‌گیرد.»

او توضیح داد: «در واقع سیستم نظارتی باید جلوی این اختلافات را گرفته و کار را درست انجام دهد وگرنه افرادی که برای گرفتن و بردن فرد مصرف‌کننده فرستاده می‌شوند، کسی را می‌خواهند بگیرند که مصرف و تعاملش با خانواده و اطرافیانش آزاد رهنده شده است و خانواده با میل شخصی اقدام به این کار می‌کند، در واقع این افراد در قالب مددکاران،امداد رسانی می‌کنند،پس کاری که می‌کنند غیر قانونی نیست، مشروط به اینکه در این کار خشونت تعدمی صورت نگیرد.ممکن است معتاد حرکات تهاجمی هم داشته باشد،اما مددکار باید مهارش کند،نه اینکه ضرب و شتم صورت گیرد و این قالب قانونی آن است، اما اینکه در اجرا شکل دیگری رخ می‌دهد و خشونت به خرج می‌دهند،چیزی نیست که قانونگذار خواسته باشد.»

کمپ‌ها به محلی برای آسایش خانواده معتادان تبدیل شده است؟
نایب رئیس صنف مراکز ترک اعتیاد تهران همچنین دراه نگهداری معتادان در سوله و اتاق‌هایی با درهای بسته و قفل شده و اینکه آیا این مدل نگهداری از یک طرف به دلیل بی قرار شدن بیمار و از طرف دیگر عدم اختیارش در ماندن کمپ‌ها،مجاز است یا خیر؟ اظهار می‌کند: «وقتی بیماری با عدم میل شخصی به کمپ وارد شود،اقدام برای فرار از سوی او طبیعی است و اگر تمایلی به درمان نداشته باشد هم درخصوصش جرم انگاری می‌شود. هرچند کمپ جای مناسبی برای رفج جرم نیست،لذا نوع نگهداری بیمار (اختیاری یا اجباری بودن) مهم است. اغلب درهای محل نگهدار معتادان در کمپ‌ها برای عدم فرار آنها قفل می‌شود،حال آنکه کلیددار باید از آن محل جدا باشد تا در موقع لزوم بتواند به موقع دخالت کند. از سوی دیگر، امروزه امکانات زیادی داریم، از جمله نصب دوربین‌های مدار بسته و سیستم‌های کامپیوتری که هنگام خطر شماره گیری می‌کنند... و.للا به‌های محافظتی را می‌توان چند برابر کرد تا اطلاع رسانی هنگام خطر به موقع باشد. اما فراموش نکنیم اگر درمان قدم به قدم نباشد، کمپ‌ها بیشتر به فضای موقتی برای آسایش برخی خانواده‌ها تبدیل شده و حتی زحمات کمپ‌ها با این روش زیر سوال می‌رود.»

معتادانی که هنگام ورود به کمپ ۴ مطلب بلند و هنگام خروج ۴۰ چیز!!

بحث دیگر نگهداری معتادان آزارگر و پرخطر در کنار معتادان بی‌خطر و تحت درمان است که احمدی در این باره نیز می‌گوید: «بعضی افراد وقتی وارد کمپ می‌شوند، چهار مطلب بلند،اما با ۴۰ آموزش جدید از کمپ خارج می‌شوند، جداسازی زمانی می‌تواند صورت گیرد که تشخیص درست صورت گیرد، این تشخیص باید پس از بررسی روان شناس انجام شود،اما باید پرسید در کمپ‌ها اصلا بررسی انجام می‌شود که بدانند مراجعه‌کننده پرخطر یا کم‌خطر است؟ بنابراین مجزاسازی هم صورت نمی‌گیرد که خودش مقدمه‌ای برای گسترش آسیب‌ها در آینده است.»

او در پایان گفت‌وگوی خود راهکار کاهش مشکلات در کمپ‌ها را تدوین پروتکلی جامع توسط پزشکان درگیر مسئله ترک اعتیاد و دارای تجربه عملی با کمک استادانی که این علم را گسترش داده‌اند، دانسته و اظهار می‌کند: «این در حالی است که این افراد زمان آسایش نامه و پروتکل نویسی کمترین نقش را دارند، هر چند اسامی آنها جزو تدوین کنندگان دیده می‌شود، اما نقش واقعی نظرات آنها اعمال نمی‌شود و فرمان دست‌کسانی دیگر است.»



از سگ درمانی تا الفاظ رکیک؛ پرداخت پول برای ترک اجباری

پشت پرده بازرسی از کمپ‌های ترک اعتیاد؛ وقتی قانونی مدلی دیگر اجرامی‌شود

او افزود: «بنابر این کمپ‌های ترک اعتیاد ماده۱۵ (خودمعرف و اختیاری) جور این خلأ

قانونی را می‌کشند، لذا خانواده با مراجعه به این مراکز و پرداخت پول، درخواست دارند بیمارشان به اجبار به کمپ برده شود و تا هر مدتی که اداره کنندگان کمپ صلاح بدانند، بیمار را نگهداری و از خانواده هزینه را دریافت می‌کنند، اما اینکه این «به زور متوسل شدن‌ها» چه عواقب قانونی برای کمپ و خانواده و بیمار دارد،پیدا نکرده‌ام.ما شاهد مشکلات زیادی در این رابطه هستیم. این وظیفه مسئولان و متولیان بهداشت و درمان و ستاد مبارزه با مواد مخدر است تا با استفاده از نظر کارشناسان این حوزه درخصوص پر کردن این خلأقانونی برنامه ریزی کنند.»

دبیر سازمان نظام پزشکی رشت که درمان و ترک اجباری اعتیاد در قالب مراکز ماده ۱۵ و ۱۶ را امری منسوخ شده در دنیا می‌داند، اظهار می‌کند: «تنها هنگامی می‌توانیم به زور متوسل شویم که بیمار به خود یا اطرافیانش آسیب رسانده و حیات آنها را به خطر می‌اندازد یا خطر جانی برای خود یا اعضای خانواده ایجاد می‌کند که مصداق مزاحمت آشکار برای خانواده است، در این مواقع بحث اجبار مطرح است، آن هم برای آنکه بیمار را از فاز عدم شناخت و فاز توهم خارج کنند؛پس از آن بیمار باید با میل خود در مسیر درمان باشد، چراکه امروزه در تمام دنیا بحث کاهش آسیب و هدایت معتادان از مصرف مواد پرخطر به مواد کم خطر مطرح است.»

ترک اعتیاد در ایران با روشی منسوخ شده در دنیا!

نرگسی بهترین حالت ترک اعتیاد را ارجاع این بیماران به سمت مراکز سرپایی درمان یا کاهش آسیب و گذری (DIC) و دریافت دارو زیر نظر پزشک و در نهایت مرحله ترک خوانده و تاکید می‌کنند که این همان تجربه‌ای موفق است که در تمام دنیا آزموده شده و در زمینه ترک اعتیاد گروه‌های همیار چون NA و... می‌توانند در فرآیند ترک، در کنار مراکز درمانی به بیمار کمک کنند وگرنه گرفتن بیمار و ارجاع اجباری یا شکنجه و زندانی کردن او در مراکز ماده۱۶ در درمان هیچ تاثیری ندارد، بلکه در بسیاری از موارد اثر معکوس دارد. آمار بسیار بالای عود در این مراکز در کنار دریافت هزینه‌های بسیار بالا برای نگهداری و ترک معتادان نشان از تجربه شکست خورده چنین تفکراتی دارد، این در حالی است که جای خالی کارشناسان و متخصصان این حوزه در تصمیم‌گیری‌های کلان مملکتی در ستاد مبارزه با مواد مخدر خالی است.

او با انتقاد از اینکه در بسیاری از کشورهای پیشرفته دنیا درمان اعتیاد رایگان است و دولت‌ها برای خروج بیمار از چرخه اعتیاد و تبدیلیش به شهروندی عادی سوبسید پرداخت می‌کنند، اما در کشور ما کمترین حمایت ممکن از درمان اعتیاد صورت می‌گیرد و بخش عمده هزینه‌های درمان اعتیاد را خانواده‌ها می‌پردازند، می‌گوید: «اما حتی قسمتی جداگانه در ساختار وزارت بهداشت برای بزرگ‌ترین معضل اجتماعی خود نداریم،لذا اینکه وزرات بهداشت در این حوزه قصور دارد،شکی نیست.»

شهریه دریافتی کمپ‌ها جوابگوی حتی غذای معتادان هم نیست چه برسد استاندارد کردن کمپ!

یکی از ایراداتی که مددجویان به کمپ‌ها وارد می‌کنند، تغذیه و کیفیت بسیار پایین غذاهاست که نرگسی در عین حال که تعریف دریافتی کمپ‌های ترک اعتیاد را ناچیز می‌داند، می‌گوید: «تعرفه‌ای که برای این مراکز لحاظ می‌شود، بسیار ناچیز است. در پروتکل نوشته می‌شود مرکز باید دارای روان شناس، پزشک و... و ساختمانش فلان استاندارد را داشته باشد، اما تعرفه آنها به ازای دوره ۲۱ روزه سم زدایی ۳ میلیون تومان است، با این رقم اگر بخواهیم فقط نیازهای تغذیه‌ای یک انسان را پوشش دهیم، باید سه برابر هزینه کنیم، پس در مراکز ماده۱۵ با این تعرفه، استانداردهای درست درمانی قابل اجرا نیست. از طرف دیگر هم بهزیستی مدعی است خانواده‌های درگیر اعتیاد توان مالی پرداخت هزینه بیشتر از این را ندارند، اینجاست که خلأ حضور موثر دولت در درمان اعتیاد خود را نشان می‌دهد. طبق استانداردها، دولت برای هر بیمار باید ماهانه ۱۰میلیون تومان هزینه کند و بعد از متولیان خواستار استاندارد سازی مراکز باشد، اما طوری رفتار کرده‌ایم که ابزار معیوب در اختیار افراد قرار داده و بعد از آنها می‌خواهیم استاندارد های عالی را رعایت کنند، لذا با این شرایط و زیرساخت و تعرفه نمی‌توان کمپ و مراکز ماده۱۵ با کیفیت داشت و هیچ فرد علمی حاضر به کار کردن با این شرایط نیست، در چنین مواقعی کار به دست افراد غیر اصولی و غیر علمی افتاده که نتیجه را هم ملاحظه می‌کنید.»

نرگسی تاکید می‌کند: «درمان اعتیاد با این معنا که یقه فرد را در خیابان بگیریم و ببریم زندان تا دست و پا بزند و درد بکشد و بگوید ترک کرده‌ام و خوشحال شویم که بهبود یافته، ذهنیتی منسوخ و بی نتیجه بوده که فقط هزینه‌های زیاد مدای و اجتماعی به کشور تحمیل کرده و به خاطر همین ذهنیت اشتباه است که فکری می‌کنیم کمپ‌ها تنها جایی است که بیماران می‌توانند ترک کنند. سازمان ملل هم اعتیاد را بیماری دانسته و به سمت جرم زدایی از اعتیاد می‌رود، لذا رویکردهایمان را باید نسبت به ترک و درمان اعتیاد تغییر دهیم و لازم است ذهنیت مسئولان قضایی و انتظامی هم تغییر کند، چراکه دنیا با تغییر سیاست‌های کاهش آسیب توانسته اعتیاد را کاهش دهد.»

[شهروند] از «سگ درمانی» و اجبار برای ورود به استخرهای یخ‌ده تا کتک‌زدن تا حد مرگ و حتی خود مرگ و به کار بردن الفاظ رکیک و... تنها گوشه‌ای از روش‌های برخی کمپ‌های ترک اعتیاد برای بهبود معتادان آن هم در غفلت بازرسی دستگاه‌های ذی ربط است که اگر بخت بارشان باشد، با انتشار فیلم‌هایی «لو» می‌رود. آخرین حادثه رسانه‌ای شده هم آتش گرفتن کمپی و جان باختن ۳۶ مددجو بود؛ کمپ‌هایی که به دلیل وجود قوانین نانوشته یا اجرا نشده، بحث «امنیت» و «حقوق انسانی» را زیر پا گذاشته و «اعتماد» به آنها در اذهان عمومی زیر سوال رفته است.

آتش سوزی کمپ «کام اول رهایی»، آخرین حادثه خیرساز از حوادث کمپ‌های ترک اعتیاد که ماه گذشته رخ داد، بهانه‌ای شد برای بررسی ایمنی و استانداردهای قانونی و غیرقانونی این کمپ‌ها که با اعلام عمدی بودن حادثه رخ داده و دستگیری متهم، هرچند صدای اخبارش پایین آمد، اما بررسی جوانب این حادثه که بنابر اعلام سیدمهدی فلاح میری، دادستان مرکز استان گیلان، «فرد دستگیرشده از کسانی بوده که در این کمپ بستری بوده و دو هفته قبل از حادثه کمپ را ترک کرده است. متهم با ز داشت شده مدعی است به دلیل خصومت شخصی و ادعای سختگیری عوامل مرکز دست به این اقدام زده است»، جای تأمل و موشکافی ابعاد قضیه را دارد، هم از نظر «نحوه رفتار با معتادان»

پذیرش شده در کمپ‌ها و هم «ایمنی» فضای نگهداری آنها. در دستورالعمل تأسیس، مدیریت و نظارت بر مراکز مجاز خصوصی یا سازمان‌های مردم‌نهاد، دولتی، غیردولتی، درمان و کاهش آسیب معتادان، موضوع ماده۱۵ اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر ذکر شده است: «هرگونه رفتار خشونت آمیز یا بیماران به بهانه درمان، خلاف مقررات محسوب می‌شود و منجر به تعطیلی مرکز خواهد شد.» همان چیزی که به نظر می‌رسد با عدم رعایتش عامل کینه‌ای شخصی برای به آتش کشیدن مدرسه‌ای قدیمی شده که به جای کمپ ترک اعتیاد از آن استفاده می‌شد و این خصومت جان بی‌خبران را پشت درهای قفل شده، سوزاند.

مددجویان در حالی پشت درهای قفل شده نتوانستند خود را نجات دهند که طبق اطلاعیه ستاد مبارزه با مواد مخدر، این کمپ، محل بهبود و بازتوانی بیماران خودمعرف و داوطلب ترک اعتیاد (ماده ۱۵) بود. به عبارت دیگر، این بیماران با پرداخت شهریه و داوطلبانه به کمپ مراجعه کرده و قفل کردن اتاق محل خواب آنان از تخلفاتی به شمار می‌رود که انجامش امری بدیهی برای هر کمپ داری است.

ماده ۷۷ این دستورالعمل بر ممنوعیت نگهداری اجباری تحت هر عنوان و شرایطی تاکید کرده است، همچنین هرگونه رفتار خشونت آمیز یا بیماران به بهانه درمان، خلاف مقررات محسوب شده و منجر به تعطیلی مرکز خواهد شد. نگهبان مرکز می‌تواند مرد باشد و محل استقرار او باید در قسمت جدایی در خارج از مرکز قرار داشته باشد.

از نظر ضوابط ساختمانی نیز در این دستورالعمل تاکید شده که رعایت استانداردهای ایمنی در طراحی محیط فیزیکی جهت پیشگیری از آسیب به خود و دیگران و همچنین تأمین وسایل سیستم اطفای حریق مرکزی و هشدار دهنده حریق مناسب، الزامی است. در دومین دستورالعمل مربوط به فعالیت مراکز اقامتی (کمپ‌ها) درخصوص ویژگی‌های فضای مرکز اقامتی آمده است: «به ازای هر مددجوی مقیم، حداقل ۸ مترمربع فضای فیزیکی سربو شیده، به ازای هر نفر ۳ متر برای سم زدایی، به ازای هر نفر ۲ متر برای خوابگاه، فضای مستقل برای ملاقات با خانواده، یک سرویس بهداشتی و یک دوش به ازای هر نفر، ۴۵ متر فضای آموزشی به ازای ۴۰ نفر، ۶ متر برای اتاق پذیرش، ۶ متر برای اتاق پزشک، ۶ متر برای اتاق کارشناس، ۶ متر برای اتاق مدیر داخلی، فضای مستقل رختشویخانه، فضای مناسب برای صرف غذا، فضای مناسب برای انجام فرایض دینی و مراسم معنوی و....»

الزام حفظ سلامت و تأمین امنیت جانی مددجویان از طریق رعایت موازین بهداشتی و فنی- مهندسی از دیگر الزامات این دستورالعمل است.

پرداخت پول برای بردن زورکی معتادان به کمپ‌های ترک اعتیاد

در حالی که مسئولان بهزیستی درخصوص حادثه رخ داده «سکوت» اختیار کرده و درباره ابعاد این حادثه و خلأهای قانونی و تخلفات صورت گرفته مصاحبه‌ای نمی‌کنند، دکتر محمد دوزنده نرگسی، مسئول کمیته رسانه کانون درمانگران اعتیاد کشور و دبیر سازمان نظام پزشکی رشت، در گفت‌وگو با «شهروند» درخصوص قانونی بودن ارجاع معتادان به کمپ‌های ترک اعتیاد ماده ۱۵ که اغلب بدون اطلاع آنها و با هماهنگی خانواده با صاحبان کمپ‌ها صورت گرفته و بعضا با خشونت همراه می‌شود، ضمن اشاره به خلأهای قانونی در این زمینه می‌گوید: «بحث ترک اجباری اعتیاد، درخصوص بیماران معتاد آزارگر و دارای خطر جانی برای خود و اطرافیان، مطرح است، اما خلأهای قانونی در این زمینه داریم، چراکه اگر خانواده بیمار درباره آزارهای معتاد شکایتی طرح کنند، باید این فرد را به مرکز ماده ۱۶ (مراکز ترک اعتیاد اجباری که در حال حاضر محلی برای نگهداری معتادان متجاهر است) ارجاع دهند، حال آنکه این مراکز اولاً شرح وظیفه مشخصی دارند و فقط بیمار متجاهر (معتاد خیابانی و کارزن خواب) پذیرش می‌کنند، دوماً مراکز یا شده که دولتی هستند، ظرفیت محدودی دارند، لذا خانواده ناچار است معتاد آزارگرش را به کمپ‌ها (مراکز ماده۱۵) ببرد.»

دبیر سازمان نظام پزشکی رشت که درمان و ترک اجباری اعتیاد در قالب مراکز ماده ۱۵ و ۱۶ را امری منسوخ شده در دنیا می‌داند، اظهار می‌کند: «تنها هنگامی می‌توانیم به زور متوسل شویم که بیمار به خود یا اطرافیانش آسیب رسانده و حیات آنها را به خطر می‌اندازد یا خطر جانی برای خود یا اعضای خانواده ایجاد می‌کند که مصداق مزاحمت آشکار برای خانواده است، در این مواقع بحث اجبار مطرح است، آن هم برای آنکه بیمار را از فاز عدم شناخت و فاز توهم خارج کنند؛ پس از آن بیمار باید با میل خود در مسیر درمان باشد، چراکه امروزه در تمام دنیا بحث کاهش آسیب و هدایت معتادان از مصرف مواد پرخطر به مواد کم خطر مطرح است