



Smjernice ECDC i EMCDDA

Prevencija i nadzor zaraznih
bolesti među intravenskim
korisnicima droga

www.ecdc.europa.eu
www.emcdda.europa.eu

Smjernice **ECDC** i **EMCDDA**

Prevencija i nadzor zaraznih bolesti među intravenskim korisnicima droga



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction

Ove zajedničke smjernice sastavljene su u Europskom centru za prevenciju i nadzor bolesti (ECDC) i Europskom centru za praćenje droga i ovisnosti o drogama (EMCDDA) uz podršku tehničko savjetodavne skupine sastavljene od predstavnika onih koji kreiraju politiku, davatelja usluga, predstavnika organizacija civilnog društva i zdravstvenih stručnjaka u polju prevencije iz cijele EU / EEA.

Smjernice su sastavili Mika Salminen, Anastasia Pharris i Andreas Sandgren iz ECDC i Dagmar Hedrich i Lucas Wiessing iz EMCDDA. Tekstni okvir o Pristupu maloljetnika programima igala i šprica izradili su Anna Tarján i Robert Csák, a tekst o Prilagođavanju pokrivenosti pružanja usluga Kristi Rüütel, dok je dio o Point-of-care testiranju izradio Henrikki Brummer-Korvenkontio. Hans Blystad je značajno pridonio dijelu o snimanju situacije, testiranju i liječenju tuberkuloze. Tuukka Tammi je pridonio sastavljanju baze podataka za dio o osnovnim vrijednostima. Dodatni komentari: Frode Forland, Erika Duffel, Giedrius Likatavicius, Teymur Noori i Marita van de Laar at ECDC, i Alessandro Pirona, Marica Ferri, Teodora Groshkova i Roland Simon iz EMCDDA.

Okvir smjernica i osvrt na dio dokaza koji se odnose na programe igala i šprica i ostalih usluga ugovorno su izrađeni u ECDC/10/2246 i to od strane Eve van Velzen i Sharon Hutchinson (Univerzitet Strathclyde/Zaštita zdravlja Škotska); Norah Palmateer, Kirsty Roy, Alex Sánchez-Vivar, David Goldberg (Zaštita zdravlja Škotska); Matt Hickman (Univerzitet u Bristolu); Avril Taylor (Univerzitet Zapadne Škotske); Jennifer Kelly i John Campbell (Centar za ovisnosti Glasgow); i Vivian Hope (Škola higijene i tropske medicine London). Dodatni prikaz dokaza koji se odnose na liječenje ovisnosti o drogama izrađen je prema EMCDDA ugovoru CC.10.RES.011, a sastavili su ga Georgie MacArthur i Matt Hickman (Univerzitet u Bristolu).

Ove Smjernice su također objavljene 'U skraćenom izdanju' uz prilog dva Tehnička izvještaja: 'Dokazi učinkovitosti intervencija za prevenciju zaraza među intravenskim korisnicima droga. Dio 1: Programi igala i šprica i druge intervencije za prevenciju hepatitisa C, HIV i rizičnog ponašanja intravenskih korisnika' i 'Dio 2: Liječenje ovisnosti o drogama za prevenciju hepatitisa C, HIV i rizičnog ponašanja intravenskih korisnika'.

Željeli bismo zahvaliti sljedećim članovima ECDC/EMCDDA Tehničke savjetodavne grupe za njihov vrijedan doprinos:

- Henrique Barros, Nacionalna AIDS koordinacija, Portugalsko ministarstvo zdravstva; Sveučilište Porto Medicinski fakultet , Portugal
- Hans Blystad, Norveški institut za javno zdravstvo, Odjel epidemiologije zaraznih bolesti, Norveška
- Grazyna Cholewinska, Bolnica za zarazne bolesti, Varšava, Poljska
- Hans Haltmayer, Verein Wiener Sozialprojekte, Beč, Austrija
- Niklas Karlsson, Nacionalni institut za kontrolu zaraznih bolesti, Švedska
- Astrid Leicht, Fixpunkt Berlin, Njemačka
- Xavier Majó i Roca, Program zlouporabe supstanci, Odjel zdravstva, Katalonija, Španjolska
- Luis Mendão, EU Forum civilnog društva
- Viktor Mravcik, Nacionalni centar za praćenje droga i ovisnosti o drogama, Češka republika
- Anne Ovaska, A-Clinic Fondacija, Finska
- Maria Prins, Općinske zdravstvene službe, Amsterdam, Nizozemska
- Kristi Rüütel, Estonski nacionalni institut za razvoj zdravstva, Odjel zaraznih bolesti i prevencije zlouporabe droga, Estonia
- Ioana Tomus, Rumunjska mreža za smanjenje štete, Rumunjska

Predloženi citati: Europski centar za prevenciju i nadzor bolesti i Europski centar za praćenje droga i ovisnosti o drogama. Prevencija i nadzor zaraznih bolesti među intravenskim korisnicima droga. Stockholm: ECDC; 2011.

Stockholm, listopad 2011
ISBN 978-92-9193-313-6
doi 10.2900/58565

© Europski centar za prevenciju i nadzor bolesti, 2011
© Europski centar za praćenje droga i ovisnosti o drogama, 2011

Reproduciranje je dopušteno, uz potvrdu izvora.

Sadržaj

KRATICE I KAZALO POJMOVA	6
Sedam preporučenih ključnih intervencija	7
Postignite sinergiju: kombinirajte ključne intervencije	8
Ciljana publika	8
Smjernice zdravstvene zaštite utemeljene na dokazima	8
Nacionalna koordinacija	8
Prilagodite mjere nacionalnom stanju	8
UVOD	9
Infekcije među intravenskim korisnicima droga	9
Zašto je ovo važno?	12
Ciljevi, svrha, i metodologija	12
Opseg	13
Ciljano čitateljstvo	14
TEMELJNE VRIJEDNOSTI PREVENCIJE ZARAZA MEĐU INTRAVENSKIM KORISNICIMA DROGA	15
Principi prevencije	15
Principi pružanja usluga	16
PREPORUČENE INTERVENCIJE ZA PREVENCIJU ZARAZA MEĐU INTRAVENSKIM KORISNICIMA DROGA	18
Ključne komponente intervencije	18
Kombiniranje ključnih intervencija za postizanje sinergije	18
RAZVIJANJE I PROVEDBA PROGRAMA ZA PREVENCIJU ZARAZNIH BOLESTI I KONTROLU MEĐU INTRAVENSKIM OVISNICIMA	19
Suradnja i koordinacija	19
Sedam preporučenih ključnih intervencija	20
Pribor za ubrizgavanje	20
Cijepljenje	22
Lječenje ovisnosti o drogama	23
Testiranje	26
Lječenje zaraznih bolesti	28

Promicanje zdravlja	29
Ciljano pružanje usluga	31
POZNAVANJE I RAZUMIJEVANJE NACIONALNE SITUACIJE	37
Praćenje problematične uporabe droga i odgovori	37
Nadzor zaraza	37
Praćenje i vrednovanje programa	38
Postavljanje ciljeva za pokrivenost intervencijama	38
DODATAK A. EPIDEMIOLOGIJA INJEKTIRANJA DROGA I GLAVNE ZARAZE MEĐU INTRAVENSKIM KORISNICIMA DROGA U EU/EEA	40
Intravenska uporaba droga	40
HIV	40
Hepatitis B i C	40
Tuberkuloza	41
Virus hepatitisa A	41
Bakterijske kožne i sistemske infekcije	42
Spolno prenosive infekcije	42
Ljudski T-limfotropski virus tipa II (HTLV-II)	42
DODATAK B. KLJUČNE INTERVENCIJE ZA PREVENCIJU INFKECIJA MEĐU INTRAVENSKIM KORISNCIMA DROGA	43
DODATAK C. DODATNE SMJERNICE I TEHNIČKE UPUTE	47
REFERENCE	49

Kratice i kazalo pojmova

ECDC	Europski centar za prevenciju i nadzor bolesti
EEA	Europsko ekonomsko područje
EFTA	Europsko udruženje za slobodnu trgovinu
EMDCCA	Europski centar za praćenje droga i ovisnosti o drogama
Europi susjedne zemlje	EU zemlje članice i njihove geografski susjedne zemlje, zemlje kandidati za ulazak u EU i potencijalne zemlje kandidati, EFTA i EEA zemlje
EU	Europska unija
HAV	Virus hepatitisa A
HBV	Virus hepatitisa B
HCV	Virus hepatitisa C
HIV	Virus ljudske imunodeficijencije
Promicanje zdravlja	Promicanje zdravlja je proces koji omogućava ljudima da povećaju nadzor i poboljšaju svoje zdravlje. Promicanje zdravlja osim pružanja informacija i podrške uključuje i savjetovanje za smanjenje rizika.
IGRA	Interferon-gamma release assays, krvni test za tuberkulozu
„Low-threshold“ usluge	„Usluge niskog praga“ su socijalne i zdravstvene usluge za osobe koje koriste droge; one obično nude usluge boravišta, zdravstveno obrazovanje i savjetovanje, programe igala i šprica, upućivanje na liječenje od ovisnosti, a ponekad i prenoćište. Cilj takvog pristupa je doći do što više problematičnih korisnika droga što prije i ostati s njima u kontaktu s ciljem prevencije oštećenja zdravlja dok ne zatraže apstinenciju.
NSP	Programi igala i šprica
OST	Supstitucijska terapija za opijatske ovisnike
Problematična uporaba droga	Ubrizgavanje droga ili dugotrajna/redovita uporaba kokaina i/ili amfetamina
Sekundarna razmjena igala	Dijeljenje sterilnog pribora za ubrizgavanje droga jednom korisniku usluga, koji ga dijeli ostalima u svojoj socijalnoj mreži. To se u nekim okolinama zove 'vršnjačko dijeljenje'.
STI	Spolno prenosive bolesti
TB	Tuberkuloza
TST	Tuberkulinski kožni test
UNAIDS	Zajednički program Ujedinjenih naroda za HIV/AIDS
WHO	Svjetska zdravstvena organizacija

Izvršni sažetak

Od pojave HIV epidemije među intravenskim korisnicima droga sredinom 1980ih, mnoge europske zemlje su postigle značajan napredak u provođenju mjera za prevenciju i kontrolu ove grupe zaraznih bolesti. 1990ih, zemlje članice EU su počele razvijati zajedničke preventivne politike u području HIV/AIDS-a, droga i ovisnosti o drogama, što je uključivalo i osnivanje EU agencija za praćenje situacije s drogama (EMCDDA 1993.) kao i prevenciju i nadzor zaraza (ECDC 2005). U posljednja dva desetljeća, preventivni zahvati i liječenje se sve više razvijaju. Prema izvještajima za 2009. godinu, više od polovice procijenjene populacije problematičnih korisnika opijata primilo je supstitucijsku terapiju, a mnoge su zemlje ustanovile programe igle i šprice pri čemu je porastao broj intravenskih korisnika droga koji se u njih uključuju. Podaci iz zemalja s dobrim sustavom nadzora ukazuju na činjenicu da je broj novih HIV zaraženih osoba koje ubrizgavaju drogu značajno smanjen u većini, ali ne i u svim zemljama EU u posljednjem desetljeću.

U Europi susjednim zemljama, intravensko uzimanje droga ostaje i dalje glavni faktor pojave krvlju prenosivih i ostalih zaraznih bolesti, uključujući HIV, hepatitis B i C, tuberkulozu, bakterijske infekcije kože i mekog tkiva i sistemske infekcije. Procjene broja osoba koje ubrizgavaju drogu ukazuju da postoji velik broj populacija rizičnih za takve infekcije u svim europskim zemljama. Ako im se ne posveti dovoljna pažnja, takve infekcije postaju veliko opterećenje za europski zdravstveni sustav, velika patnja za pojedince, kao i veliki trošak liječenja.

Uočeno je da pragmatički preventivni pristup putem javnog zdravstva može imati snažan utjecaj na smanjenje širenja krvno prenosivih i ostalih zaraznih bolesti među intravenskim korisnicima droga. Prevencija je moguća i učinkovita, ako se pravilno provodi.

Sedam preporučenih ključnih intervencija

Ove smjernice ECDC-a i EMCDDA-a temeljene na dokazima identificiraju primjere dobre prakse za prevenciju i nadzor zaraznih bolesti među intravenskim korisnicima droga.

Na temelju jakih raspoloživih dokaza, stručnog mišljenja i najbolje prakse u okviru EU/EEA, potrebno je primijeniti sljedeće ključne interventne komponente, i ako je moguće kombinirati ih za postizanje maksimalnog učinka prevencije sinergijom.

Ključne komponente intervencije

Pribor za ubrizgavanje: Opskrba i legalna dostupnost čistom priboru za ubrizgavanje, uključujući dovoljnu opkrbu besplatnim sterilnim iglama i špricama, kao dio kombiniranog višekomponentnog pristupa, koji se provodi putem programa smanjenja štete, savjetovanja i programa liječenja.

Cijepljenje: Cijepljenje protiv hepatitisa A i B, tetanusa i gripe, i posebno za HIV-pozitivne osobe, cijepljenje protiv pneumokoka.

Liječenje od ovisnosti o drogama: Liječenje opijatske ovisnosti supstitucijskom terapijom i drugi učinkoviti načini liječenja ovisnosti.

Testiranje: Potrebno je rutinski ponuditi dobrovoljno i tajno testiranje uz informirani pristanak na HIV, HCV (HBV za one koji nisu cijepljeni) i ostale infekcije uključujući TBC i povezati s preporukom za liječenje.

Liječenje zaraznih bolesti: Antivirusno liječenje na temelju kliničkih pokazatelja za one koji su zaraženi HIV, HBV ili HCVom. Anti-tuberkulozno liječenje za aktivne TBC slučajeve. Razmotriti TBC profilaktičku terapiju za primjenu kod latentnih TBC slučajeva. Ponuditi liječenje ostalih zaraznih bolesti prema kliničkim pokazateljima.

Promicanje zdravlja: Promicanje zdravlja se odnosi na sigurno ubrizgavanje droge; spolno zdravlje, uključujući korištenje kondoma; i sprečavanje bolesti, testiranje i liječenje.

Ciljne usluge: Usluge se trebaju kombinirati, organizirati i pružati u skladu s potrebama korisnika i lokalnim uvjetima; to uključuje pružanje usluga liječenja na terenu i na određenim stalnim mjestima, smanjenje štete, savjetovanja i testiranja, kao i upućivanje u službe opće medicine i specijalističke službe.

Postignite sinergiju: kombinirajte ključne intervencije

Nedavne studije i iskustva uspješnih preventivnih programa dokazuju da se dodatna vrijednost može ostvariti pružanjem šireg opsega interventnih mjera na istim prostorima i kombinacijom intervencija u skladu s potrebama korisnika, radi postizanja maksimalnog učinka pri sprečavanju zaraza.

Ciljana publika

Ove smjernice imaju cilj podržati kreatore europske politike u planiranju adekvatnih, na dokazima zasnovanih, pragmatičnih i racionalnih odgovora s ciljem prevencije i kontrole infekcija među intravenskim korisnicima droga. Ciljana publika su oni koji planiraju i odlučuju o zdravstvenim programima i rade u području zaraznih bolesti, zdravlja opće populacije, ovisnosti i mentalnog zdravlja, socijalnim službama i nadzoru ovisnosti o drogama na nacionalnim i regionalnim razinama.

Smjernice su uskladjene i podržavaju postojeće EU politike u području kontrole droga i zaraznih bolesti i cilj im je dati sveobuhvatan pregled najboljih sadašnjih saznanja u tom području, proširujući raniji rad kombinacijom ključnih intervencija. One se također oslanjaju na temeljne vrijednosti koje prozlaze iz polja javnog zdravstva i načela ljudskih prava, kao vodećih vrijednosti u prevenciji i pružanju usluga.

Smjernice zdravstvene zaštite utemeljene na dokazima

Za smjernice relevantni rezultati istraživanja su pregledani i ocijenjeni EBM načelima (medicina utemeljena na dokazima) prilagođenima okvirima javnog zdravstva. Da bi se izradile smjernice, detaljno se pregledavaju visoko vrijedni znanstveni dokazi, a rezultati se kombiniraju sa stručnim znanjima i savjetima o koristima i štetama. Primjeri dobre prakse kao i preferencije korisnika doprinijeli su razvoju ključnih intervencija koje se preporučaju u ovom dokumentu.

Nacionalna koordinacija

Preduvjet učinkovite provedbe ključnih intervencija je nacionalna i lokalna suradnja, kao i suradnja između sektora. Formiranje nacionalnog koncenzusa i ciljevi koji se međusobno uvažavaju od izuzetne su važnosti kad govorimo o uspješnoj provedbi intervencija. Sudionici iz svih sektora dogovaraju se o zajedničkim ciljevima, posebno oni koji su uključeni u rad s intravenskim korisnicima.

Prilagodite mjere nacionalnom stanju

Kako bi intervencije na najbolji način služile populaciji intravenskih korisnika droga, a isto tako sprječile i kontrolirale zarazne bolesti, potreban je određen nadzor problemske uporabe droga i infekcija na nacionalnoj i pod-nacionalnoj razini. Poduzete mjere treba stalno pratiti i vrednovati i to vezano uz reakcije, utjecaje, relevantnost i opseg pokrivenosti. Investiranje u odgovarajući nadzorni sustav kako uporabe droga tako i zaraznih bolesti je neophodno i ekonomično.

Dokazi pokazuju da je bolja pokrivenost programima zamjene igala i šprica i supstitucijskom terapijom opijatskim agonistima za svakog pojedinog intravenskog korisnika droga učinkovitija od one s nižim stupnjem pokrivenosti. Ponuđene službe trebale bi imati za cilj udovoljiti lokalnim potrebama i zahtjevima. Neispunjeni zahtjevi za uslugama zamjene igala i šprica ili čekanje na liječenje ovisnosti ukazuju na neučinkovitost prevencije.

Uvod

Infekcije među intravenskim korisnicima droga

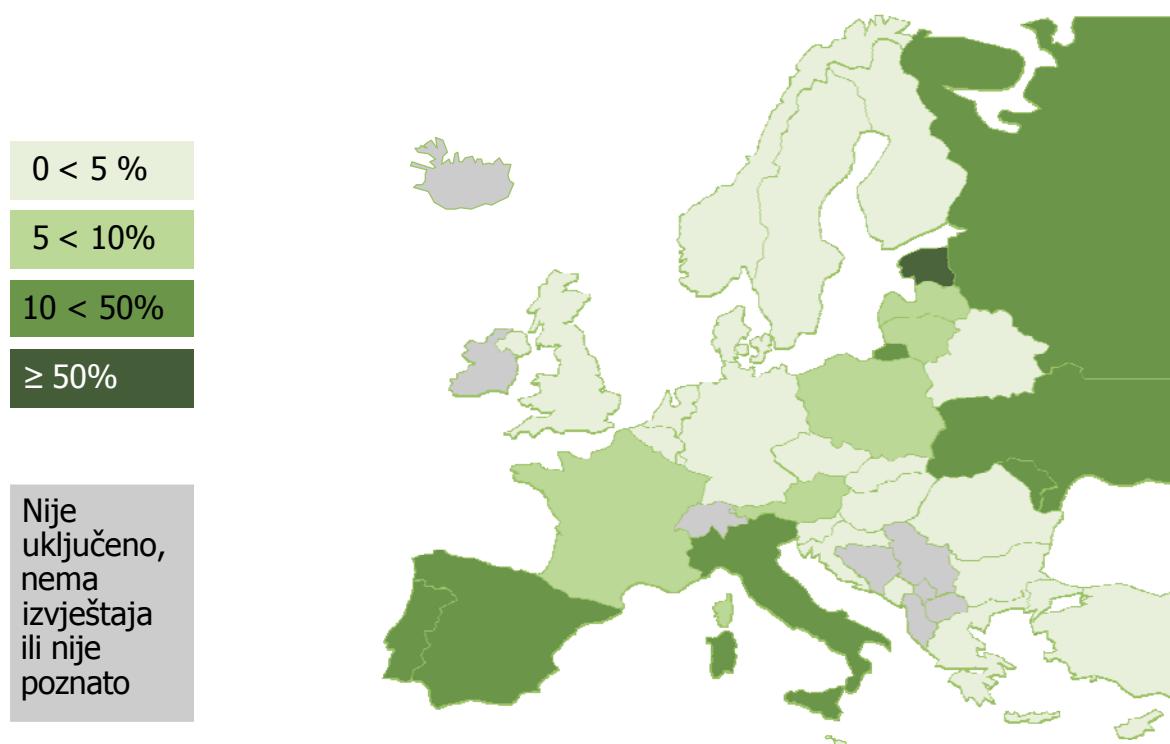
Od pojave HIV epidemije među intravenskim korisnicima droga sredinom 1980ih, mnoge europske zemlje su postigle značajan napredak u provedbi mjera za prevenciju zaraznih bolesti unutar ove grupe. 1990tih, zemlje članice EU počele su razvijati zajedničke preventivne politike na području HIV/AIDS-a i droga i ovisnosti o drogama, što je uključivalo osnivanje EU agencija za praćenje droga (1993.) i zaraznih bolesti (2005.) (3). U sljedećim desetljjećima, broj intervencija je porastao: na primjer u 2009 je zabilježeno oko 700 000 supstitucijskih terapija, više od polovice procijenjene populacije problematičnih korisnika opijata (4). Omjer osoba koje ubrizgavaju drogu među novim slučajevima zaraze HIV-om i broj zaraženih u toj grupi značajno se smanjio u mnogim EU zemljama. Međutim, u EU susjednim zemljama ubrizgavanje droga i dalje ostaje glavni uzrok zaraznih bolesti koje se prenose krvlju i ostalih zaraznih bolesti. Procjena broja osoba koje ubrizgavaju drogu ukazuje na to da u svim europskim zemljama postoje značajne rizične populacije (5). Obrasci intravenske uporabe droga su različiti unutar regije, s time da u svim zemljama prevladava ubrizgavanje opijata i značajnog udjela ubrizgavanja stimulanata (uglavnom amfetamina) u sjevernim i istočnim dijelovima Europe. Uporaba više vrsta droga dodatno komplikira ovaj obrazac. (5).

Infekcije koje mogu predstavljati povećani rizik kod intravenskih korisnika droga:

- HIV infekcija;
- hepatitis A;
- hepatitis B (HBV);
- hepatitis C (HCV);
- hepatitis D;
- tuberkuloza (TB)
- infekcije kože i mekog tkiva uzrokovane stafilokokom aureus (uključujući Stafilokok aureus otporan na meticilin, MRSA) i infekcije streptokokom (npr. endokarditis, nekrotizirajući fascitis);
- jaka sistemska sepsa (npr. zaraze Clostridium novyi, Bacillus anthracis);
- STI koje su različite od HIV infekcija ili hepatitisa (npr. infekcija klamidijom, sifilisom i gonorejom);
- respiratorne infekcije poput upale pluća, difterije i gripe;
- botulizam rana;
- tetanus;
- infekcije virusom HTLV (human T-cell lymphotropic virus).

Uobičajene krvlju prenosive zarazne bolesti ove grupe uključuju virus ljudske imunodeficijacije (HIV), virus hepatitisa C (HCV) i virus hepatitisa B (HBV). Glavni mehanizam prijenosa tih infekcija je dijeljenje pribora za ubrizgavanje među korisnicima, poput šprica, igala, posuda za miješanje droge i ostalog pribora za pripremu droge. Uz širenje infekcije dijeljenjem pribora za ubrizgavanje, tu su također spolno prenosive bolesti kao HIV i HBV, također među populacijom intravenskih korisnika, kao i od sadašnjih ili bivših intravenskih korisnika njihovim seksualnim partnerima ili klijentima. Dok se sve gore navedene virusne infekcije lako prenose dijeljenjem pribora za ubrizgavanje, rizici prijenosa su različiti. U usporedbi s HIV infekcijom, infekciju hepatitism C karakterizira relativno visoka koncentracija virusa u krvi, ne samo u prvoj fazi infekcije, nego i kod kronično zaraženih. Smatra se da to dovodi do visokog postotka prenošenja zaraze prilikom izloženosti HCV-u kad zaraženi i ne-zaraženi pojedinci dijele igle, šprice i ostali pribor za pripremu droge. Prevalencija hepatitisa C obično premašuje prevalenciju HIV-a u zajednicama ovisnika, a epidemija hepatitisa C često prethodi epidemiji HIV-a među osobama koje ubrizgavaju droge. Većim rizikom prenošenja se također može objasniti zašto je HCV teže zaustaviti primjenom samo jedne intervencije i zašto je potreban veći opseg pružanja intervencija za smanjenje stopa HCV infekcija na razini populacije.

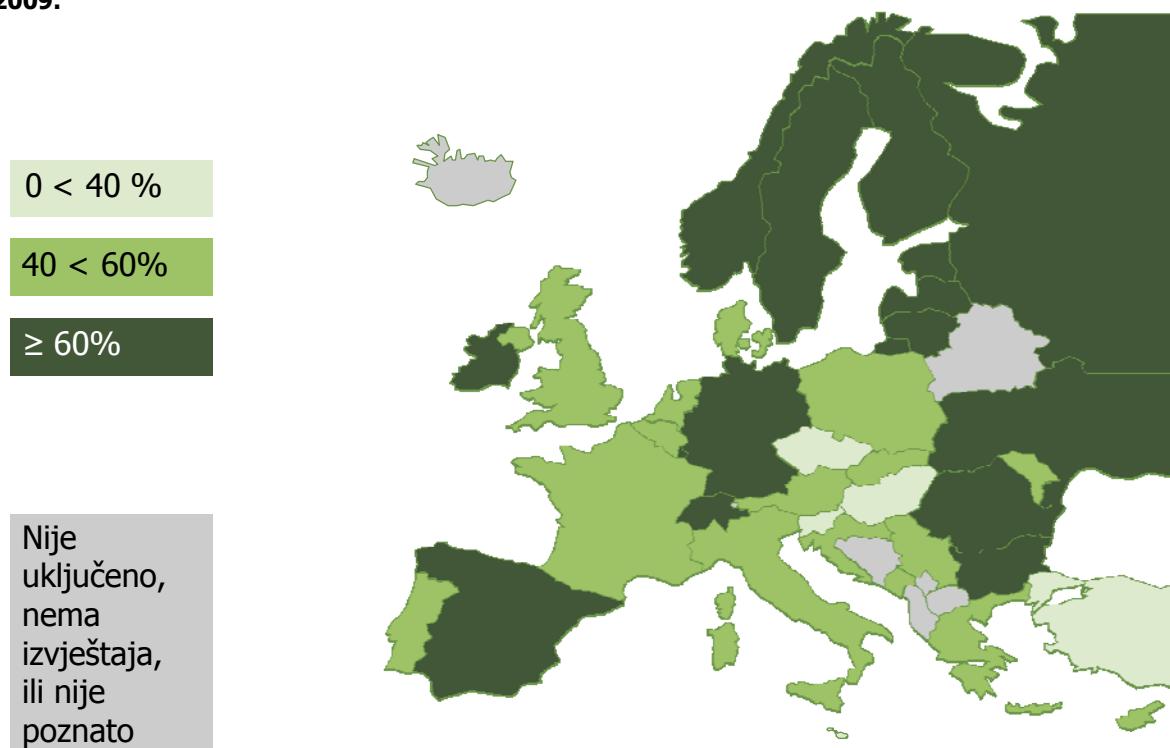
Dok najnoviji dostupni podaci o europskom nadzoru pokazuju da je učestalost HIV infekcije znatno pala u posljednjih deset godina, a i dalje se smanjuje među intravenskim korisnicima droga, postoje jasne razlike između regija Europe (6). Mnoge države članice EU doživjele su velike epidemije HIV infekcijom među intravenskim korisnicima droga 1980ih i 1990ih, dok je većina zemalja istočno europske regije, uključujući i neke zemlje članice EU, doživjela velike epidemije u ranim 2000im. To je dovelo do visoke HIV prevalencije među aktivnim i bivšim intravenskim korisnicima droga u nekoliko zemalja unutar EU. Neke europske zemlje koje graniče s EU osobito su jako pogodjene brzim širenjem HIV infekcija među intravenskim korisnicima droga. Neke europske zemlje, kao i neke susjedne zemlje, izvještavaju o visokoj prevalenciji koinfekcije HIV-om i tuberkulozom među intravenskim korisnicima droga.

Slika 1: HIV prevalencija među intravenskim korisnicima droga; Europa, 2008.–2009.

Izvor: EMCDDA i Reitox Nacionalne žarišne točke (EMCDDA zemlje: EU, Hrvatska, Turska i Norveška); Mathers i dr., Lancet 2008. (ostale zemlje). Boja pokazuje srednju vrijednost nacionalnih podataka, ili ako oni nisu dostupni, lokalnih podataka. Za zemlje EMCDDA podaci su uglavnom za 2008.–2009. Kad podaci iz 2008.–2009. nisu bili dostupni, korišteni su stariji podaci. Podaci EMCDDA su podnacionalni za Hrvatsku, Nizozemsku, Tursku, Švedsku, Ujedinjeno Kraljevstvo, Belgiju, Bugarsku, Litvu, Francusku, Estoniju, Irsku; za zemlje koje nisu uključene u EMCDDA informacije nisu dostupne.

Virusne infekcije hepatitisom B i C su uobičajene kod aktivnih i bivših intravenskih korisnika, a povijest ubrizgavanja droge je najčešći rizični faktor u Europi, posebno za infekcije hepatitisom C. Vrijeme početka infekcije hepatitisom C u ovoj populaciji nije potpuno jasno, ali virus je vjerojatno prethodio HIV-u nekoliko desetljeća. Podaci Europskog praćenja o učestalosti novih infekcija slabo su standardizirani, pa je teško odrediti trendove unutar regije (7). Međutim, ciljane studije o prevalenciji pokazale su visoku prevalenciju i dokaze čestih epidemija među korisnicima droga u gotovo svim obuhvaćenim geografskim područjima (5,8–9). Ono što je još važnije, postoji jaka povezanost između trajanja intravenskog korištenja droga i infekcije hepatitisom C (10). Ko-infekcije s više od jednom vrstom hepatitis-a, ili ko-infekcije HIV-om i hepatitisom C predstavljaju sve veći klinički i preventivni izazov u mnogim dijelovima Europe (1).

Slika 2: Prevalencija antitijela virusa hepatitis C među intravenskim korisnicima droga; Europa, 2008.–2009.



Izvor : EMCDDA i Reitox Nacionalne žarišne točke (EMCDDA zemlje: EU, Hrvatska, Turska i Norveška); Nelson i dr., Lancet 2011.; IHRA, EHRN i WHO Regionalni ured za Evropu (ostale zemlje). Boja pokazuje srednju vrijednost nacionalnih podataka, ili ako oni nisu dostupni, lokalnih podataka. Za zemlje EMCDDA podaci su uglavnom za 2008.–2009. Kad podaci iz 2008.–2009. nisu dostupni, korišteni su stariji podaci. Podaci EMCDDA su podnacionalni za Tursku, Ujedinjeno Kraljevstvo, Francusku, Slovačku, Nizozemsku, Belgiju, Poljsku, Bugarsku, Španjolsku, Švedsku, Irsku, Latviju, Njemačku, Litvu, Rumunjsku, Estoniju. Za zemlje koje nisu uključene u EMCDDA informacije nisu dostupne.

Osim HIV-a i hepatitisa B i C, infekcije uzrokovane ljudskim T-limfotropnim virusom tipa II (HTLV-II) proširile su se među intravenskim korisnicima droga već 1970 ih godina.(11). Postoje izvješća o epidemijama hepatitisa A u EU u grupama intravenskih korisnika, iako je izolirati rizik ubrizgavanja droge od ostalih rizičnih faktora poput nedovoljne higijene pomalo riskantno (12-15).

Osobe koje ubrizgavaju drogu, posebno one koji su društveno marginalizirane, nisu samo osjetljive na infekcije krvlju prenosivih virusa, nego i na ostale infekcije. Popis nekih od tih infekcija nalazi se u tekstnom okviru na stranici 3 (16), a dodatne informacije o epidemiologiji tih bolesti prikazane su u Dodatku A. One uključuju lokalizirane bakterijske rane i infekcije uboda, sistemske infekcije, spolno prenosive infekcije i infekcije dišnog sustava. Među intravenskim korisnicima droga su također registrirani slučajevi tetanusa. U nekim sredinama, osobe s poviješću ubrizgavanja droga čine oko polovice svih prijavljenih slučajeva tetanusa (17). Epidemije tetanusa dokumentirane su u ovisničkoj populaciji, osobito među onim korisnicima koji prijavljuju potkožno ubrizgavanje heroina i u prošlosti nisu bili ili su bili djelomično imunizirani (18-19).

Širenje infekcija koje su povezane s intravenskim korištenjem droga kontrolira se tijekom posljednjeg desetljeća u nekim europskim zemljama, a stope infekcija se smanjuju. (8). To se najvjerojatnije događa zbog zajedničkog djelovanja promjena u ponašanju korisničke populacije, povećanja preventivnih usluga, liječenja bolesti i cijepljenja. Unatoč tim pozitivnim pomacima, nema mesta zadovoljstvu budući da se krvlju prenosive bolesti među intravenskim korisnicima droga šire vrlo brzo, ako se rizici infekcija kao posljedice ubrizgavanja droga stalno ne kontroliraju. Nekoliko istraživanja o epidemijama HIVa među intravenskim korisnicima droga pokazuju gotovo eksponencijalno širenje u ranim fazama i brzo uspostavljanje visokih razina HIV prevalencije (20-21). Isto se pokazalo i za hepatitis C, gdje kombinacija niske doze infekcije, produženog preživljavanja virusa izvan tijela i stalno povišenog virusnog opterećenja kod kroničnih infekcija može vrlo brzo rezultirati visokom prevalencijom među populacijom intravenskih korisnika.

Unatoč uspjesima u smanjenju prevalencije bolesti u nekim regijama EU, dostupne procjene jasno pokazuju da se infekcije među intravenskim korisnicima još uvijek učinkovito ne sprečavaju u svim zemljama europskog susjedstva. Iako ih je moguće spriječiti, te infekcije i dalje uzrokuju mnoge bolesti u Europi i visok stupanj osobne patnje.

Zašto je ovo važno?

Glavna je motivacija za prevenciju infekcija među intravenskim korisnicima droga da je prevencija moguća i učinkovita ako se pravilno provodi. Ovisnost o ilegalnim drogama je medicinsko stanje koje na temelju javnog zdravstva i etičkih principa zahtijeva provedbu učinkovitih mjera za sprečavanje bolesti i smanjenje bolesti uzrokovane ovisnošću o drogama. Djelotvorne mjere za suzbijanje infekcija postoje ali ili nisu ponuđene, ili nisu dostupne velikom postotku onih kojima su potrebne.

Iz perspektive javnog zdravstva, subpopulacije s visokim postotkom infekcija i direktno i indirektno utječu na društvo, a prevencija infekcija može smanjiti te troškove. Prvo, izravni morbiditet zbog teških oblika kroničnih infekcija rezultira visokim troškovima liječenja i brige za zaražene. Drugo, gubitak produktivnosti među onima koji su ozbiljno pogodjeni povećava društvene troškove. Treće, visoka prevalencija bolesti među ovisnicima o drogama u široj populaciji može povećati prevalenciju u široj populaciji, osobito ako se održava u dužim vremenskim periodima .

Konačno, neuspjeh da se suprotstavi posljedicama određene vrste teške ovisnosti, može se tumačiti kao ravnodušnost prema jamstvu da će promovirati socijalnu pravednost i zaštitu, na što se Europa obvezala prema međunarodnim konvencijama, uključujući Povelju o osnovnim ljudskim pravima i Lisabonski ugovor (22-23).

Iako bi ukidanje uporabe ilegalnih droga ili ubrizgavanja droga u principu bio dobar način prevencije zaraznih bolesti, globalno je iskustvo pokazalo da se to ne može postići samo putem mjera javnog zdravstva. Stroge mjere za borbu protiv droga nisu u potpunosti uspješno eliminirale rizike i štetu koja nastaje uporabom droga. Naprotiv, dok se je pokušavalo objasniti da je briga o javnom zdravlju glavni pokretač borbe protiv droga, vrednovanje napora koje je UNOCD uložio tijekom proteklih 100 godina u borbu protiv droga otkriva da sustav za borbu protiv droga i njegova primjena imaju nekoliko neželjenih posljedica uključujući i nedostatak ulaganja u rješavanje problema koji se odnose na štete od uporabe droga u javnom zdravstvu. Uporaba droga uglavnom ovisi o drugim društvenim čimbenicima (čiji je prikaz izvan opsega ovih smjernica), a praksa uporabe droga uvelike ovisi o subkulturnama i gospodarskoj stvarnosti, na što je teško utjecati. Međutim, iskustvo i dokazi pokazuju da usvajanjem pragmatičnog pristupa koji se bavi direktnim rizicima infekcije povezane s postupkom intravenskog uzimanja droga i njihovim ograničavanjem i koji uvodi mjere koje pomažu zaustavljanju ili smanjenju intravenske uporabe droga može uvelikom utjecati na smanjenje širenja krvlju prenosivih bolesti među intravenskim korisnicima droga.

Ciljevi, svrha, i metodologija

Ove smjernice utemuljene na dokazima izrađene su s ciljem informiranja o razvoju, praćenju i vrednovanju nacionalnih strategija i programa u zemljama EU i susjednim zemljama radi prevencije i liječenja infekcija među intravenskim korisnicima droga. Smjernice su uskladene sa sadašnjim europskim politikama na području droga i zaraznih bolesti.

Smjernice se oslanjaju na temeljne vrijednosti koje su opisane u posebnom dijelu u nastavku ovog teksta.

Identificirali smo sedam ključnih intervencija za smanjenje i prevenciju infekcija među intravenskim korisnicima droga u Europi. One se temelje na najboljim raspoloživim znanstvenim dokazima, u kombinaciji sa stručnim mišljenjima i dugogodišnjim i dobro dokumentiranim iskustvima pružatelja usluga kao i preferencijama korisnika usluga.

Dva Tehnička izvještaja ECDC/EMCDDA pružaju pregled baze dokaza za preporučene intervencije: 'Dokazi učinkovitosti intervencija za sprečavanje infekcija među intravenskim korisnicima. Dio 1: Programi zamjene igala i šprica i druge intervencije za prevenciju hepatitisa C, HIV-a i intravenske uporabe droga' i 'Dio 2: Liječenje od ovisnosti o drogama radi prevencije hepatitisa C, HIV-a i intravenske uporabe droga'.

Baza dokaza

U procesu izrade ovih smjernica, dokazi koji se odnose na veliki broj primarnih istraživanja o dotičnim ključnim intervencijama sistematski su vrednovani, uz korištenje visoko standardiziranih metoda 'pregled pregleda'¹.

Rezultati istraživanja kod kojih su korišteni najbolji znanstveni projekti su uspoređeni i prema njihovoj učinkovitosti izvedeni su zaključci i sintetizirani rezultati i to vezano uz plan istraživanja, broj slučajeva koji su uključeni u istraživanje i broj istraživanja koji dijele zajedničke rezultate – faktori koji određuju jačinu dokaza. Najviša razina dokaza izvedena pomoću metode 'pregled pregleda' kombinirala se s rezultatima najnovijih temeljnih istraživanja koja još nisu objavljena. Primarna istraživanja su također korištena u nedostatku sustavnih izvješća o učinkovitosti

¹ Metodologija 'pregled pregleda' (Kelly i dr., 2002) prikuplja dokaze iz objavljenih izvješća umjesto obavljanja sustavnog pretraživanja osnovne literature. Metodologija 'pregled pregleda' uključuje sistematsko pretraživanje literature radi objavljenih prikaza radova; identifikaciju relevantnih, sistematickih, meta-analitičkih i narativnih radova; kritičku procjenu i sintezu rezultata.

intervencije. Metodologija koja se koristi za određivanje i odabir izvješća i primarnih istraživanja i rezultata opisana je u detalje u dva tehnička izvješća koja su sastavni dio ovih smjernica.

Međutim, u području javnog zdravstva ponekad nije moguće dobiti čvrste dokaze kao što je to moguće eksperimentalnim istraživanjem poput randomiziranih kontroliranih studija (RCT). Neke intervencije u javnom zdravstvu ne mogu se – iz etičkih razloga - testirati na eksperimentalni način (osiguravajući neke od njih jednoj grupi, a uskraćivanjem drugoj). Također, kontrola nekontroliranih faktora u stvarnim uvjetima vrlo je složena i iznimno skupa. Druga prepreka za identifikaciju statistički značajnih pozitivnih ili negativnih ishoda intervencija u ovom području je niska učestalost relevantnih ishoda, tako da istraživanje mora pokriti vrlo dugo razdoblje da se akumulira dovoljan broj relevantnih događaja prije donošenja zaključaka.

Odnos između dokaza i preporuka nije uvijek i nužno jednostavan: visoko kvalitetni čvrsti dokazi uvijek ne dovode do uspješnih preporuka, a uspješne preporuke mogu nastati iz dokaza loše kvalitete. U slučajevima neuvjerljivog dokaza o intervenciji ili nedostatka dokaza o intervenciji, ove smjernice se umjesto na stručni savjet o potencijalnim koristima i štetama određenih intervencija, oslanjaju na primjere najbolje prakse u preventivnim uslugama u EU, te ocjenjuju istraživanja o korisničkim preferencijama. Dok se stručno mišljenje smatra slabijom razinom dokaza, postoje uvjeti u kojima stručna grupa može dati veću jačinu preporukama u odsustvu čvrstih dokaza istraživanja. Primjeri su hidratacija bolničkih pacijenata ili deke za prevenciju gubitka topline kod traume pacijenata – intervencije koje se ne zasnivaju na jakoj bazi dokaza znanstvenih studija, nego se i dalje toplo preporučuju. Dodatne informacije s obrazloženjem svake preporučene intervencije nalaze se u Dodatku B.

Opseg

Ove se smjernice nadovezuju se na prethodno učinjene napore u području prevencije infekcije među intravenskim korisnicima droga, osobito na rad kojeg obavljaju WHO, UNAIDS i UNODC; uz to su također konzultirane mnoge nacionalne smjernice i preporuke (vidi Dodatak C). Sadašnje smjernice pokušavaju pružiti sveobuhvatan pregled najboljih trenutnih saznanja u ovom području, proširujući svoj dosadašnji rad kombinacijom ključnih intervencija. Cilj je pružiti temeljitu sintezu koja koja neće biti relevantna samo za Europu nego i za susjedne zemlje. Smjernice sadrže reference i linkove na dodatne izvore koji pružaju dodatne dubinske informacije i opise tehničke provedbe (Dodatak C).

Ove su smjernice uglavnom usmjerene na intervencije i preventivne mјere koje se direktno odnose na rizike infekcije. Glavne obuhvaćene infekcije su HIV, hepatitis B, hepatitis C i tuberkuloza (TBC). Također se raspravlja i o nekim drugim infekcijama zbog kojih su oni koji ubrizgavaju drogu pod većim rizikom, poput infekcija kože i mekog tkiva, hepatitisa A i spolno prenosivih zaraznih bolesti, ali manje detaljno. Smjernice se bave pitanjima poput poznavanja i razumijevanja, rizika pripremanja droge i ubrizgavanja, dijeljenje pribora, cijepljenja, supstitucije droga i drugih vrsti liječenja ovisnosti o drogama s ciljem smanjenja učestalosti ubrizgavanja droga i povećanja adherencije liječenju. Također predlažu načine organiziranja relevantnih službi na učinkovit način.

Intravenski korisnici droga koji se spominju u ovim smjernicama uključuju one koji ubrizgavaju opijate i stimulanse. Dok se ove smjernice uglavnom usredotočuju na tu 'tradicionalnu' populaciju koja ubrizgava droge, predložene intervencije također mogu biti relevantne za nove grupe intravenskih korisnika ili grupe u nastajanju, poput onih koje ubrizgavaju droge s pojačanim djelovanjem poput anaboličkih steroida. Zapažanja u nekim zemljama upućuju na to da potonja grupa intravenskih korisnika droga može garantirati daljnje praćenje. Problematični korisnici droga koji ne ubrizgavaju drogu vjerojatno će imati koristi od mnogih intervencija o kojima se ovdje raspravlja, iako ne predstavljaju ključni cilj ovih smjernica.

Smjernice opširno ne raspravljaju o korištenju antivirusnog liječenja kao prevencije na populacijskoj razini, ali je jasno da bi takvo liječenje trebalo biti jednako raspoloživo i dostupno osobama koje ubrizgavaju droge. Nedavno objavljeni radovi ukazuju na to da pozitivni učinci (smanjeno prenošenje infekcije) mogu biti značajni, pružajući dodatna objašnjenja za liječenje aktivnih ovisnika o drogama od infekcija HIV-om i hepatitismom. Dokazi pokazuju blagotvorne učinke profilaktičkog liječenja TBC-a onih koji su zaraženi latentnim TBC-om u smanjenju prevalencije i učestalosti TBC-a na razini populacije. Stoga smjernice uključuju liječenje infekcija kao jednu od ključnih intervencija.

Smjernice su osmišljene tako da se obraćaju potrebama odraslih osoba koje ubrizgavaju drogu. Maloljetnici i mladi nisu obuhvaćeni ovim smjernicama. Ipak prepoznato je da u nekim sredinama maloljetnici i mladi čine značajan dio populacije koja ubrizgava drogu. Obraćanje potrebama maloljetnika i mlađih zahtjevalo bi usluge prilagođene njihovoj dobi (vidi tekstni okvir, str. 26).

Iz perspektive prevencije, vrlo je važno zaštитiti najmlađu sub-populaciju intravenskih korisnika od kroničnih krvlju prenosivih bolesti i TBC-a. Stoga se dobne granice za pristup uslugama ne smatraju korisnima i mogu biti kontraproduktivne budući da imaju tendenciju povećanja rizika za malodobne osobe.

Ove smjernice o prevenciji infekcija uglavnom su usmjerenе pružateljima usluga u zajednici, ali su one primjenjive i u uvjetima pritvora.

Prema načelu 'ekvivalencije pružanja usluga', zatvorenici također imaju pravo pristupa zdravstvenim uslugama koje su na raspolaganju u zemlji bez ikakve diskriminacije, a od zatvorskih zdravstvenih službi se očekuje da pruže liječenje ovisnosti o drogama u uvjetima sličnim onima izvan zatvora (29-30).

Zatvorenici s poviješću ubrizgavanja droga često imaju višestruke i složene zdravstvene potrebe, zahtijevaju specijalističku zdravstvenu skrb i višedisciplinarni pristup. Osobe nedavno puštene iz zatvora čine važnu ciljnu skupinu za prevenciju zaraznih bolesti što treba uzeti u obzir prilikom planiranja nacionalnih strategija prevencije. (31). Isto tako, u obzir je potrebno uzeti potrebe osoba koje ulaze u zatvor (32).

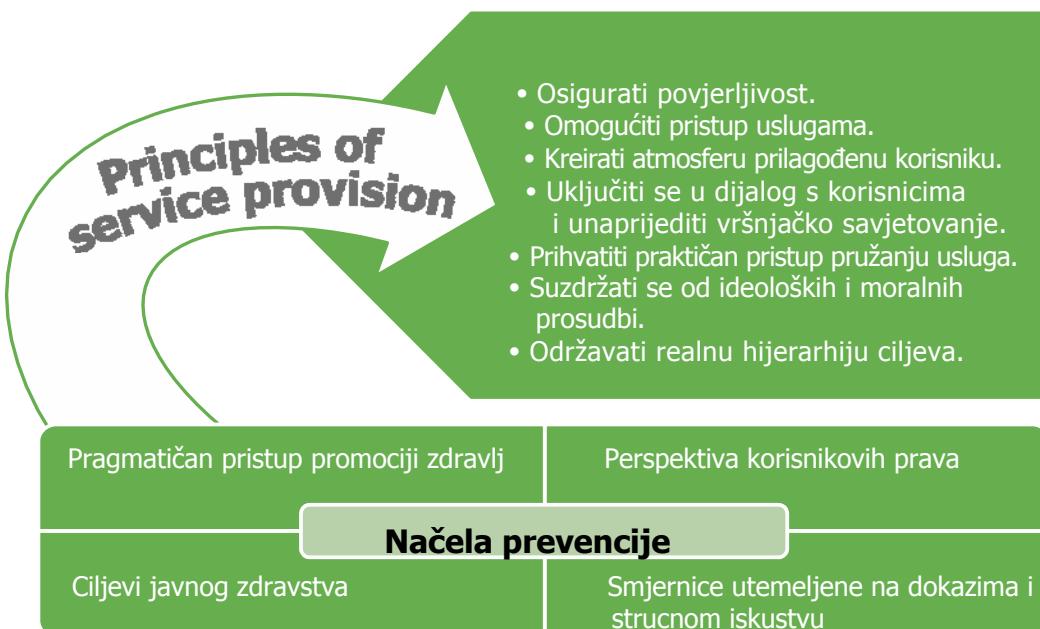
Ciljano čitateljstvo

Cilj ovih smjernica je podržati sve one koji donose odluke o preventivnim programima na nacionalnim i regionalnim razinama, one koji rade u području zaraznih bolesti, općeg javnog zdravstva, ovisnosti i mentalnog zdravlja, u socijalnim službama i nadzoru droga. Cilj je pomoći zemljama članicama EU i zemljama kandidatima (i potencijalnim kandidatima) pri planiranju odgovarajućih i na dokazima zasnovanih, racionalno osmišljenih odgovora javnog zdravstva na intravensku uporabu droga. Smjernice identificiraju dobru praksu EU u prevenciji i borbi protiv zaraznih bolesti među intravenskim korisnicima droga. Nadamo se da će zemlje partneri EU također smatrati ove smjernice korisnima i važnima. Smjernice ne prikazuju detaljno tehničke aspekte provedbe, i zadatak je službi za njihovu provedbu da prilagode predložene intervencije i mogućnosti prevencije lokalnim i nacionalnim prilikama. Unatoč tome, smjernice mogu biti interesantne onima koji upravljaju lokalnim uslugama, budući da je njihov cilj sveobuhvatno popisati i opisati sve komponente koje bi trebale biti dio sustavnog pristupa prevenciji glavnih zaraznih bolesti među intravenskim korisnicima droga.

Temeljne vrijednosti prevencije zaraza među intravenskim korisnicima droga

Temeljne vrijednosti opisane u ovom poglavlju zasnivaju se na osnovnim načelima javnog zdravstva, pružanja usluga, individualne i javne zdravstvene etike, u kombinaciji sa značajnim iskustvom u provedbi usluga. Razvili su ih ECDC i EMCDDA, uz podršku Tehničke savjetodavne grupe ECDC/EMCDDA. Temeljne vrijednosti su nastale iz perspektive javnog zdravstva i ljudskih prava i potječe iz Ujedinjenog Kraljevstva i Nizozemske iz 1980ih ('Mersey model za smanjenje štete', model usluga temeljen na populaciji) (33-34). Oni se fokusiraju na intravenske korisnike droga i teže smanjenju negativnih posljedica uporabe droga (35-36). Temeljne vrijednosti treba promatrati kao temelj učinkovitih ključnih intervencija, kao što je to prikazano u ovim smjernicama. Prilikom razvoja usluga, planirane intervencije moraju biti u skladu s temeljnim vrijednostima. U ovim smjernicama, temeljne vrijednosti su prikazane u dva pododjeljka, 'načela prevencije' i 'načela pružanja usluga'.

Slika 3: Temeljne vrijednosti prevencije infekcija među intravenskim korisnicima droga



Principi prevencije

Ove se smjernice temelje na četiri osnovna načela: pragmatičnom pristupu promicanju zdravlja, perspektivi prava korisnika koja se zasniva na etičkim principima, postizanju ciljeva javnog zdravstva i znanstvenim dokazima u kombinaciji sa stručnim iskustvima. Smjernice ne polaze od pretpostavke da je trezvenost ili apstinencija krajnji cilj svih politika vezanih uz uporabu droga (33,35,37-38). S druge strane, ove smjernice nisu u neskladu s apstinencijskim okvirom niti eksplicitno isključuju takav okvir. One ne raspravljaju o politikama za borbu protiv droga, nego se ograničavaju na rješavanje tenutne individualne i društvene štete koja je uzrokovana infekcijom među intravenskim korisnicima droga. Ključne intervencije predložene ovim smjernicama biti će teško učinkovito primijeniti, ako one nisu sazdane na sljedećim načelima prevencije:

'**Pragmatičan pristup promicanju zdravlja**' u ovom kontekstu znači da se ove smjernice – i mjere o kojima se u njima raspravlja – umjesto poštivanja hijerarhije ciljeva unutar čitavog opsega politike droga, u svom radu prvenstveno odnose na širenje zaraza među intravenskim korisnicima droga i način na koji zaustaviti visoki rizik od zaraze u toj skupini. Stoga ovaj pristup ne pruža a priori pretpostavke o tome kako provoditi preventivne mjere, nego se zalaže za neovisne, javne i individualne zdravstvene vrijednosti takvih mera. Biti čist od droga ne bi trebao biti uvjet za dobivanje pomoći za sprečavanje infekcije. Umjesto dogmatskog pristupa u kojem cilj sprečavanja uporabe droga zasjenjuje sve ostale ciljeve, pragmatičan pristup prepoznaje da svaka zdravstvena korist ima svoju vlastitu vrijednost i važno je potruditi se kako bi se postigla, čak i kad se glavni problem uporabe droga na taj način direktno i odmah ne rješava (37). Svi korisnici se možda neće osloboditi ovisnosti, ali je moguće sprječiti rizično ubrizgavanje i prijenos bolesti.

'Perspektiva korisnikovih prava' u kontekstu ovih smjernica znači da se mjere poduzete u smislu prevencije i intervencije strogo pridržavaju načela perspektive korisnika. Preventivne mjere se razvijaju prve na temelju individualnih potreba korisnika, a potrebe pružatelja usluga i društvene potrebe uzimaju se u obzir nakon što je udovoljeno potrebama korisnika. Također, sve mjere koje se pružaju korisniku na dobrovoljnoj su bazi i bez ikakvih obaveznih elemenata ili mjera prisile. Nadalje, pristup prevenciji je osobno pravo, a ne korist. Konačno, preventivne mjere uvijek trebaju koristiti pojedincu, a ne samo društvu (35,39).

'Ciljevi javnog zdravstva' u kontekstu ovih smjernica znači da iako bi se koristi od intervencija prvo trebale odnositi na individualne potrebe, sveobuhvatan pristup bi uvijek trebao težiti postizanju društvenih isto kao i pojedinačnih koristi. Metode intervencija trebaju uključiti prevenciju daljnog prenošenja infekcije, smanjenje ukupnih zdravstvenih i socijalnih troškova, poboljšanje produktivnosti i smanjenje mortaliteta i morbiditeta u ciljnoj skupini, uključujući prevenciju uporabe droga, uvijek kad je u skladu s primarnim ciljevima (40).

'Smjernice koje su utemeljene na dokazima, znanstvenom i stručnom iskustvu' znači da se smjernice temelje na znanstvenim dokazima, ako vjerodostojna istraživanja navedenih mjera postoje. Za neke od preporučenih mjera sveobuhvatna istraživanja koja bi pokazala njihovu učinkovitost nisu provedena, bilo zbog složenosti njihovog osmišljavanja ili zbog etičkih problema u provedbi istraživanja (41-42). U nekim slučajevima, najbolji raspoloživi dokazi dolaze iz objavljenih ekoloških ili deskriptivnih studija ili su dobiveni iskustvom i savjetima tehničkih stručnjaka koji su sudjelovali u stvaranju ovih smjernica. Neke mjere iz smjernica se preporučuju jer je njihova primjena logična i smatra se korisnom za pojedinca bez ikakvog nepotrebnog rizika, tj. primjena tih mjer čini se razumljivom s pragmatične točke gledišta.

Principi pružanja usluga

Osim gore spomenutih načela prevencije, u provedbi preventivnih mjera iz ovih smjernica treba se pridržavati sljedećih temeljnih načela koja proizlaze iz potrebe da se pri pružanju usluga u obzir uzme perspektiva korisnika (43). Bez primjene ovih temeljnih načela, teško je učinkovito primijeniti ključne intervencije predložene u ovim smjernicama:

- Osigurati povjерljivost.
- Unaprijediti pristup uslugama.
- Kreirati prijateljsku atmosferu.
- Uključiti se u dijalog s korisnicima i unaprijediti vršnjačko savjetovanje.
- Usvojiti praktičan pristup pružanju usluga.
- Suzdržati se od moralnih i ideooloških prosudbi.
- Održati realnu hijerarhiju ciljeva.

Dobivanje povjerenja korisnika usluga neophodno je za prevenciju zaraznih bolesti. Budući da je uporaba droga i posjedovanje ilegalnih droga kriminalizirana u mnogim zemljama, korisnici nerado otkrivaju svoj identitet čak i zdravstvenim stručnjacima zbog straha da će postati poznati izvršiteljima zakona ili drugim nadležnim tijelima (44-45). Taj strah treba prevladati i privući korisnike korištenju zdravstvenih usluga. Budući da je u tom slučaju potreblja potpuna osobna identifikacija, standardna praksa pružanja zdravstvenih usluga često odvraća mnoge korisnike od primanja usluga.

Osigurati tajnost. Prvo temeljno načelo znači da preventivnim uslugama treba biti moguće pristupiti anonimno, ili na način koji osigurava punu tajnost, i to iz perspektive korisnika. Neuspješnost da se to učini spriječiti će ili ograničiti korištenje ponuđenih usluga i na taj način ugroziti bilo koji učinak 'imuniteta stada', koji poboljšavaju prevenciju na populacijskoj razini (46-47). Radi osiguranja tajnosti, osposobljavanje za pružanje usluga na povjerljiv način treba omogućiti svim zaposlenicima. Za pružanje određenih usluga, poput testiranja, cijepljenja i ponekad liječenja ovisnosti o drogama, možda je potrebna stroga povjerljiva shema, koja je obično prihvatljiva korisnicima usluga. Pristupi za praćenje pružanja usluga su razvijeni do prihvatljivih razina točnosti bez ugrožavanja anonimnosti i tajnosti.²

Unaprijediti dostupnost uslugama. Drugo temeljno načelo osigurava dostupnost usluga intravenskim korisnicima droga i postizanje niskog praga dostupnosti. To znači da se usluge moraju smjestiti tamo gdje se nalaze korisnici ili tamo gdje oni do njih mogu lako doći. Usluge trebaju biti dostupne u različito doba dana (46,49-52). Usluge trebaju udovoljiti potražnji i biti prilagodive, tako da se svima onima kojima je to potrebno ponude odgovarajuće, relevantne i dostatne usluge (20,53).

Stvaranje atmosfere prilagođene korisniku. Treće temeljno načelo pružanja usluga je potreba održavanja atmosfere koja je prilagođena korisniku. To se načelo može smatrati intuitivno očitim, ali je njegova provedba ključni element u osiguravanju usluga što većem broju korisnika. Atmosfera prilagođena korisniku znači da se prema

² U institucijama koje pružaju usluge razvijeni su različiti pristupi, uključujući korištenje nadimaka, anonimnih identifikacijskih iskaznica ili šifri za praćenje usluga uz osiguranje maksimalnog stupnja tajnosti.

korisnicima odnosi s dostojanstvom i istinskom željom da im se pomogne, bez obzira na njihov izgled ili društveni status. To također znači da se želite korisnika poštuju, a pružene usluge ne predstavljaju prisilu (50,52). To ne znači da se korisnici mogu ponašati kako oni žele, osobito ako njihovo ponašanje stvara probleme ili opasnost drugima.

Naprotiv, pružatelji usluga trebali bi razviti i priopćiti jasna pravila ponašanja na prostoru pružanja usluga. Većina ne dopušta ilegalnu preprodaju droga ili intravensku uporabu doga u svojim prostorima i kršenje ovih pravila može dovesti do privremene zabrane pružanja usluga (43). Mnogi korisnici pate, ne samo od ovisnosti o drogama nego i od psihičkih poremećaja (54). Takvi su korisnici često najviše marginalizirani i s posebno visokim rizikom od zaraze. Te se korisnike ne treba označavati 'previše teškima' ili 'prevelikim izazovom' ali pružatelji usluga trebaju razviti načine rada s njima na human i uljudan način.

Uključiti se u razgovor s korisnicima i unaprijediti vršnjačko savjetovanje. Vođenje dijaloga i aktivno uključivanje korisnika u rad treba biti sastavni dio ponuđenih usluga. Aktivno slušanje korisnika i reagiranje na promjenjive potrebe u suradnji s korisnicima pomaže održavanju relevantnosti usluga (55). Iskusniji korisnici droga često prenose rituale i navike ubrizgavanja na nove korisnike (56). Sekundarna razmjena šprica kad se šprice distribuiraju od jednog korisnika prema njegovoj/njenoj vršnjačkoj mreži (48,57-58) je vrlo česta. Stručnjaci u prevenciji trebaju biti upoznati s trenutnim obrascima uporabe droga, a korisnici trebaju razumjeti zdravstvene rizike koji su s njima povezani. Pružatelji usluga mogu također organizirati sposobljavanje za upravljanje rizikom i promicanje zdravljaja aktivnih korisnika i potaknuti sudionike na širenje ove informacije. To ne samo da poboljšava korisnost usluga, nego osnažuje korisnika (59-60). Iskustvo pokazuje da uključivanje aktivnih korisnika u preventivni rad stvara pozitivni vršnjački pritisak, budući da korisnici uče o sigurnijim metodama uporabe droga jedan od drugog (61- 63). Glavni izazov među pružateljima usluga je priznati i prihvati suradnju s korisnicima.

Usvojiti praktičan pristup pružanju usluga. Peto temeljno načelo također uzima u obzir perspektivu korisnika: usluge se grade od temelja prema gore, temelje se na trenutnim potrebama i imaju cilj zatvaranja praznina u uslugama prevencije koje stvaraju rizik od infekcije, rješavajući zdravstvene potrebe korisnika na odgovarajući način (64). To također znači da je potrebno prepoznati da svaka intervencija ima svoju vrijednost, čak i u slučaju da se sva šteta vezana uz uporabu droga ne može riješiti odmah, sve dok ona odgovara istinskoj potrebi. (43). To se razlikuje od ideološkog ili tzv. „top-down“ pristupa u kojem se ciljevi postavljaju tako visoko da ostaju nedostupni individualnom korisniku, pružateljima usluga i onima koji određuju politiku.

Suzdržati se od ideološke i moralne prosudbe. Šesto temeljno načelo priznaje da se usluge pružaju aktivnim korisnicima droga i nema nikakve koristi suditi ili kritizirati samu uporabu droga s moralnog ili ideološkog stajališta (65-66). Umjesto toga, treba poštovati izvore korisnika, čak i kad se s njima ne slažemo, a osoblje koje pruža usluge treba aktivno vježbati kako bi to mogli i primijeniti (67). To ne znači da upućivanje na liječenje nije potrebno ponuditi. Naprotiv, prag bi za to trebao biti nizak, a informacije o putovima pristupa dostupne u prostorijama u koje korisnik usluga često dolazi (43,53,68).

Održati realnu hijerarhiju ciljeva. Posljednje temeljno načelo zagovara postavljanje kratkoročnih ciljeva kako bi se oni mogli realno postići. Takav pristup može pomoći definiranju ciljeva za pružanje usluga (43). Postavljanje previsokih ciljeva prevencije često je nerealno i može dovesti do nepotrebног razočaranja i netočnih zaključaka o učincima intervencija (69). Osnovna hijerarhija ciljeva usluga može varirati ovisno o lokalnim potrebama i situacijama, ali bi trebala uključivati ciljeve poput obuhvaćanja većine korisničkih skupina, uspostavljanja povjerenja korisnika, odgovaranja na praktične potrebe korisnika, smanjenja neposrednog rizika od zaraznih bolesti i povećanja obujma usluga tijekom vremena.

Sveobuhvatne ciljeve prevencije bolesti poput zaštite od izbijanja i smanjenja učestalosti i prevalencije bolesti treba postaviti na programsku razinu; oni trebaju biti prilagođeni sadašnjoj situaciji i realni u svojim ciljevima (53). Takvi ciljevi obično nisu korisni kao pokazatelji učinka individualne prevencije i trebaju se koristiti za uspoređivanje na nacionalnoj razini ako je ciljna skupina dobro pokrivena i ako postoji sveobuhvatan paket usluga. Važno je prepoznati da je, osobito ako prevalencija zaraznih bolesti dostigne visoku razinu, potrebno donijeti dugoročnu perspektivu prevencije, budući da će se pokazatelji bolesti s vremenom postepeno poboljšavati. Usluge treba proporcionalno povećavati, a potrebno je određeno vrijeme da učinci postanu mjerljivi. (vidi dio o 'Postavljanje ciljeva za pružanje intervencija', str. 33).

Preporučene intervencije za prevenciju zaraza među intravenskim korisnicima droga

Preporuča se komponente navedene u ovom poglavlju uključiti u nacionalne sveobuhvatne programe kojima je cilj učinkovito sprječavanje i smanjenje infekcija među intravenskim korisnicima droga.

Ključne komponente intervencije

Na temelju čvrstih raspoloživih dokaza, stručnih mišljenja i najbolje prakse unutar EU / EEA, potrebno je primjeniti sljedeće ključne komponente intervencije i, ako je moguće, kombinirati ih kako bi se postigao maksimalan učinak prevencije kroz sinergiju.

- **Pribor za ubrizgavanje:** Opskrba i legalan pristup čistom priboru za ubrizgavanje droga³, uključujući i dovoljnu besplatnu opskrbu sterilnim iglama i špricama, kao dio kombiniranog višekomponentnog pristupa, provodi se kroz programe smanjenja štete, savjetovanja i programe liječenja.
- **Cijepljenje:** Cjepiva protiv hepatitisa A i B, tetanusa, gripe, a posebno za HIV-pozitivne osobe, pneumokokna cjepiva
- **Liječenje ovisnosti o drogama:** Supstitucijska terapija opijatskim agonistima i drugi učinkoviti oblici liječenja od ovisnosti o drogama
- **Testiranje:** dobrovoljno i tajno testiranje uz informirani pristanak, za HIV, hepatitis C (hepatitis B za necijepljene) i druge infekcije, uključujući tuberkulozu, trebalo bi rutinski ponuditi i povezati s preporukom za liječenje.
- **Liječenje zaraznih bolesti:** antivirusno liječenje na temelju kliničkih pokazatelja za one koji su zaraženi HIV-om, HBV-om ili HCV-om. Anti-tuberkulozno liječenje za aktivne TBC slučajeve. TBC profilaktičko liječenje treba se uzeti u obzir kod potencijalnih TBC slučajeva. Ponuditi liječenje drugih zaraznih bolesti prema kliničkim pokazateljima.
- **Unapređivanje zdravlja:** Unapređivanje zdravlja usmjereno je na sigurnije ponašanje tijekom ubrizgavanja, seksualno zdravlje, uključujući i uporabu kondoma; prevenciju bolesti, ispitivanje i liječenje.
- **Ciljano pružanje usluga:** Usluge se trebaju organizirati i pružiti u skladu s potrebama korisnika i lokalnim uvjetima; to uključuje i pružanje usluga na terenu i na stalnim lokacijama, ponudu liječenja protiv droga, smanjenje štete, savjetovanje i testiranje, preporuke za opće primarne zdravstvene i specijalističke usluge.

Kombiniranje ključnih intervencija za postizanje sinergije

Kombinirani učinak višestrukih intervencija pokazuje drastično smanjenje učestalosti infekcija HCV-om i HIV-om; samoprijavljeno rizično ponašanje vezano uz ubrizgavanje droga je također znatno smanjeno (70) (71-72).

Kombinacija liječenja

Intervencije bi se kad je god to moguće trebale koristiti u kombinaciji kako bi se postigao efekt sinergije. Dokazi pokazuju da se najveće smanjenje HIV-a, HCV-a i rizičnog ponašanja ubrizgavanja droga može postići pružanjem brojnih programa igala i šprica i liječenjem supstitucijskom terapijom. Vrlo je vjerojatno da bi dodatne usluge, kao što su liječenja bolesti i cijepljenja, ponuđene u kombinaciji s programima igala i šprica i liječenjem od ovisnosti o drogama, dalje spriječile prenošenje bolesti među osobama koje ubrizgovaju drogu.

Iako postoji dovoljno dokaza o pozitivnim učincima kombiniranja liječenja supstitucijskom terapijom i opskrbom igala i šprica, pokazalo se da bi i drugi zahvati koji su se pokazali korisnima također doveli do efekata sinergističke prevencije kad se koriste u kombinaciji s drugim intervencijama. Uključenost u liječenje zaraznih bolesti, kao što je HIV, poboljšava se u kombinaciji s liječenjem ovisnosti o drogama, (1-2). Neki od učinaka pružanja kombiniranih usluga mogu biti izravni, dok su drugi neizravni i to kroz privlačenje i vezanje klijenata za usluge, što poboljšava doseg i pokrivenost uslugama.

Snažna suradnja između sektora od presudne je važnosti kao preduvjet za pružanje usluga i kako bi se osigurala provedba tih ključnih intervencija. Ovaj aspekt je detaljnije objašnjen u sljedećim odjeljcima.

³ Osim igala i šprica, pribor za ubrizgavanje droga uključuje kuhalu / žlice ili posude za miješanje droge, filtere, oksidante, sterilnu vodu, suhe i alkoholne tampone. Pogledajte tekstni okvir na stranici 16 za više pojedinosti o priboru za ubrizgavanje droga.

Razvijanje i provedba programa za prevenciju zaraznih bolesti i kontrolu među intravenskim ovisnicima

Učinkovita isporuka ključnih intervencija može se postići jedino kroz nacionalnu i lokalnu suradnju i koordinacijom između oba sektora.

Suradnja i koordinacija

Za učinkovito sprečavanje širenja bolesti potrebno je izgraditi nacionalni konsenzus i ciljeve dogovorene u svim sektorima koje trebaju zajednički poštivati svi oni koji su na bilo koji način povezani s intravenskim korisnicima droga. Sudionici u borbi protiv zaraznih bolesti, u području medicine ovisnosti, mentalnog zdravlja, socijalnih usluga, provođenja zakona, sektora sudstva i agencija za kontrolu narkotika, kao i usluge zatvorskog sustava su od nacionalne važnosti i trebali bi biti angažirani i aktivni u ovom procesu. Osim toga, lokalne samouprave, skupine građana, udruge intravenskih korisnika droga, kao i mnoštvo drugih nevladinih organizacija ili organizacija civilnog društva relevantne su i potrebno ih je uključiti u proces koordinacije.

Uporaba droga ostaje kazneno djelo ili prekršaj u većini europskih zemalja. Prema tome, pri kreiranju preventivnih programa potrebno je uzeti u obzir ne samo pitanje zdravlja, već i pitanje provedbe zakona.

Isto tako, osobe koje ubrizgavaju droge često su pogodjene socijalnim problemima i duševnim bolestima, čime se izazov još i povećava. Budući da će se neke usluge morati osiguravati upućivanjem, potrebno je uspostaviti i održavati veze sa zdravstvenim i socijalnim službama.

Ulog svakog od ovih sudionika je nužan ako se žele postići učinkoviti rezultati prevencije. Na primjer, važno je osigurati suradnju s odgovornim tijelima za provedbu zakona kako bi se pokazalo da je odredba o priboru za ubrizgavanje droge javna zdravstvena mjera, te da odgovorna tijela ne bi smjeli ometati rad programa zamjene igala i šprica ili terenskih radnika. Akcije provoditelja zakona u blizini mjesta pružanja usluga znatno smanjuju bilo kakve šanse za postizanje ciljeva preventivnih usluga, plašeći na taj način i tjerajući potencijalne korisnike. Politike provedbe zakona obično se određuju iz centra, a strogi, top-down hijerarhijski stil vodstva uobičajen u većini zemalja, sprječava bilo kakva odstupanja od lokalne politike. To se mora uzeti u obzir, a sporazumi o suradnji na najvišoj razini mogu pomoći olakšati suradnju na lokalnoj razini u većini okolina.

Stoga je potrebno dobiti podršku za preventivne aktivnosti, ne samo od lokalnih sudionika i zdravstvene administracije, nego i u svim relevantnim administrativnim granama, uključujući i zakonodavstvo. To često zahtijeva sklapanje sporazuma na najvišoj razini ili barem poštivanje ciljeva određenih usluga, o čemu također trebaju biti obaviješteni sudionici kao i razina pružanja usluga.

Suradnja s lokalnim vlastima je također važna. Određivanje mjesta usluge često nailazi na "ne u mom dvorištu" reakciju među lokalnim stanovništvom, koje se boji štetnih utjecaja na lokalni okoliš. Stoga je potrebno jako vodstvo i angažman zajednice od strane lokalnih sudionika zajedno s jasnim opravdanjem dokumentiranih lokalnih pogodnosti kao što su smanjenje otpada pribora za ubrizgavanje droga (73).

Sedam preporučenih ključnih intervencija

Pribor za ubrizgavanje

Preporučene intervencije

Opskrba i legalni pristup čistom priboru za ubrizgavanje, uključujući dovoljnu opskrbu besplatnim sterilnim iglama i špricama, kao dio kombiniranog više-komponentnog pristupa, koji se provodi putem programa smanjenja štete, savjetovanja i programa liječenja.

Glavni faktor rizika za dobivanje krvlju prenosivih bolesti je dijeljenje igala, šprica i drugog pribora za pripremu i ubrizgavanje. Čak i među onima koji tvrde da nikad nisu dijelili igle i šprice, uobičajeno je dijeliti pribor za pripremu droge poput spremnika za miješanje droge, vode za otapanje droge ili filtere, što može rezultirati prijenosom hepatitisa C ili bakterijskim infekcijama (74-75) (vidi tekstni okvir o širenju infekcije priborom za pripremu droge, str. 16).

Također postoje dokazi da osobe koje ubrizgovaju droge obolijevaju od infekcija kože, krvnih žila i krvnih infekcija zbog nesterilnog ubrizgavanja (17). Postoje izvješća o povećanom broju ubrizgavanja lijekova dobivenih na recept koji su zdrobljeni u prah, što povećava rizik plućne embolije i endokarditisa (76-78). Neki kućno pripravljeni oksidanti, koji se koriste da bi neke lijekove pretvorili u topive, pokazuju svojstvo čuvanja gljivica koje kad se ubrizgovaju mogu uzrokovati srčanu infekciju, endokarditis ili infekciju očiju koja može uzrokovati sljepoću nazvanu gljivični endoftalmitis (79).

Razmatrana mišljenja: Na temelju postojećih dokaza, stručnog mišljenja i prakse sigurnog ubrizgavanja (80), najbolji način za smanjenje širenja HIV-a i HCV-a među osobama koje nastavljaju uzimanje droga intravenski je opskrba sterilnim iglama i špricama i ostalim čistim priborom za ubrizgavanje (žlice/kuhala, filteri, voda za ubrizgavanje, oksidanti, kao i suhi i alkoholni tamponi) za svaku injekciju i u dovoljnim količinama. Opskrba bi u idealnom slučaju bila besplatna i organizirana na način koji je prihvatljiv i lako dostupan korisnicima.

Praktična razmatranja: Budući da se u nekim sredinama zahtijeva povrat korištenih igala i šprica kako bi dobili nove, ovakva bi politika mogla biti kontraproduktivna i djelovati kao prepreka pristupu i korištenju sterilnog pribora za ubrizgavanje. S ciljem postizanja cilja prevencije zaraznih bolesti, potrebno je promovirati jednostavan pristup iglama i špricama, kao i poticati povrat igala i šprica, što ne mora biti apsolutno potrebno, kako bi se dobila nova zaliha. Rizik od ozljeda nanesenih iglom na putu do odlagališta i za osoblje u programu dijeljenja igala i šprica (NSP) treba se pažljivo razmotriti. Za poticanje sigurnog transporta i odlaganja pribora za ubrizgavanje, preporuča se osigurati sigurne spremnike za prikupljanje i povrat pribora za ubrizgavanje. Druge strategije poput sigurnih odlagališta u okviru zajednice ili kućna skupljanja se također uspješno koriste u nekim sredinama. Koordinacija usluga zamjene igala i šprica i policije je bitna kako bi osigurala da se nošenje pribora za ubrizgavanje neće iskoristiti kao razlog za uhićivanje korisnika droga u blizini NSP.

Korisnici obično imaju posebne preferencije vezano uz vrstu i veličinu igle i šprice; to varira u različitim sredinama i korisničkim pod-grupama. Takve se želje trebaju pažljivo razmotriti kako bi se maksimalno povećao broj korisnika usluga. U nekim se sredinama, na primjer, dijele kombinacije igle i šprice na uvlačenje, gdje se igla uvlači u špricu nakon uporabe, sprečavajući na taj način ponovnu uporabu. Međutim, korisnici u nekim sredinama smatraju to neprihvatljivim, što dovodi do ograničenog uključivanja i kraćeg zadržavanja u programu. Prilagođenost korisnicima, prihvatljivost i promoviranje ulaska u sustav pružanja usluga trebali bi biti glavni kriteriji za donošenje odluka o vrsti i različitosti ponuđenih šprica i igala. Stavovi korisnika i njihove preferencije također treba uzeti u obzir vezano uz pribor za pripremu droge i vrstu i veličinu spremnika za korištene igle i šprice, budući da se takve preferencije također razlikuju od jedne do druge pod-grupe.

Postoje dokazi dobiveni iz sustavnih izvješća da opskrba iglama i špricama dovodi do značajnog smanjenja samoprijavljenih intravenskih korisnika droga (81). Također postoji dokaz da programi igle i šprice mogu smanjiti prevalenciju HIV-a (81) (82). Zbog metodoloških ograničenja, teže je uvjerljivo proučavati vezu između opskrbe priborom za pripremu droge, poput spremnika za miješanje droge, sterilne vode, kao i pamučnih filtera/tampona, i smanjenja broja zaraza HCV-om ili HIV-om (83). Međutim, HCV se može izolirati iz 67% tampona, 40% filtera, 33% uzorka vode i 25% žlica koje su koristili HCV-pozitivne osobe za pripremu droge za ubrizgavanje (84).

Postoji epidemiološki dokaz dobiven iz primarnih istraživanja da je dijeljenje pribora za pripremu droge, osobito kuhala za droge, povezano s prenošenjem HCV-a među intravenskim korisnicima koji ne dijele igle i šprice (85) (75).

Širenje infekcije priborom za pripremu droge

Voda: Voda se koristi za otapanje droge prije ubrizgavanja, te za ispiranje igala i šprica nakon injektiranja. Korisnici u tu svrhu, mogu dijeliti zajednički izvor vode, što potencijalno predstavlja rizik od zaraze virusima koji se prenose krviju i koji zatim mogu kontaminirati vodu.

Žlice: Žlice ili tzv kuhala (npr. Stéricups ®) se koriste za zagrijavanje i otapanje droge poput heroina prije ubrizgavanja ili za miješanje zdrobljenih tableta s vodom. Korisnici mogu dijeliti žlice za pripremu droge i biti u kontaktu s već korištenom ili kontaminiranom vodom, ili filteri mogu proširiti bakterijske viruse ili virusе koji se prenose krviju.

Oksidanti: Oksidanti se koriste kako bi netopive droge kao što su smeđi heroin ili crack postale topive. Neki oksidanti mogu dovesti do bakterijske i gljivične infekcije. Infekcije se mogu izbjegići ako se osobama koje ubrizgavaju netopive droge osiguraju vrećice s oksidantima za jednokratnu upotrebu.

Filteri: Otopljene droge se uvlače u špricu kroz filter kako bi se sprječio ulazak velikih čestica u krvotok. Korištenje filtera kod ubrizgavanja je važno jer sprječava stvaranje krvnih ugrušaka ili emboliju. Međutim, dijeljenje filtera može dovesti do prijenosa virusa krviju. Filteri se često višestruko koriste jer se smatra da sadrže rezidualne droge, no neki noviji komercijalni filteri dizajnirani su kako bi smanjili apsorpciju droge, te se nakon uporabe otapaju.

Alkoholni i suhi tamponi: Alkoholni bi se tamponi trebali koristiti za čišćenje područja ubrizgavanja prije ubrizgavanja. Čisti, suhi tamponi koriste se nakon ubrizgavanja za zaustavljanje krvarenja, budući da alkoholni tamponi produžuju vrijeme krvarenja.

Preporučuje se osigurati vodu, žlice, oksidante i filtere, alkoholne i suhe tampone kako bi se smanjilo dijeljenje ili ponovno korištenje i kako bi se smanjio potencijalni rizik prijenosa virusnih i bakterijskih infekcija koje se prenose krviju.

Nedovoljno je čvrstih istraživačkih dokaza o učinkovitosti dijeljenja pribora za pripremu injekcija poput sterilne vode, žlica/kuhala, filtera ili alkoholnih tampona za smanjenje učestalosti HIV-a i HCV-a. Jedno primarno istraživanje pokazuje povezanost među djeljenjem pribora za pripremu ili ubrizgavanje droga i samoprijavljenih osoba pozitivnog HIV statusa (86). Tu je također i rizik od bakterijske infekcije kože zbog prakse ponovnog korištenja pribora ili nehigijenskog ubrizgavanja (17). Međutim, postoje dokazi da dijeljenje takvog pribora smanjuje rizik ubrizgavanja droga (87) (88) i djeluje kao poticaj za privlačenje i zadržavanje korisnika u programu pružanja usluga (89). Utvrđeno je da je nabava vrećica limunske kiseline za osobe koje ubrizgavaju drogu u UK bila vrlo dobro prihvaćena od strane korisnika i pomogla je pri privlačenju korisnika u programe dijeljenja igala i šprica

Sterilne igle i šprice, kao i čisti pribor za ubrizgavanje trebalo bi opskrbljivati zajedno s porukama o promicanju zdravlja uslugama za liječenje ovisnosti i informacijama o znakovima upozorenja u mekom tkivu ili kožnim infekcijama (za dodatne informacije o promicanju zdravlja intravenskih korisnika droga pogledajte okvir o promicanju zdravlja, str. 24). Pozornost treba posvetiti davanju informacija o praksi sigurnog ubrizgavanja, koja naglašava da se svaka igla i šprica, kao i pribor za pripremu droge za ubrizgavanje (kuhala ili spremnici za miješanje, filteri od vate, voda) treba koristiti samo jednom i nikad se ne smije dijeliti među osobama koje zajedno ubrizgavaju drogu. Opskrba jednako atraktivnim priborom koji se ne koristi za ubrizgavanje, poput folija za korisnike heroina ili kapsule želatine za korisnike amfetamina, koji promoviraju drugačije puteve uzimanja droga od ubrizgavanja, također može biti vrlo vrijedna za razmatranje (91-92).

Informacije o unapređivanju zdravlja trebaju naglasiti važnost pranja ruku sapunom i čistom vodom i čišćenja mjesta ubrizgavanja alkoholnim tamponom (ili sapunom i čistom vodom) prije ubrizgavanja. Suhe tampone od vate, rađe nego alkoholne, treba preporučiti za prekrivanje mjesta ubrizgavanja odmah nakon ubrizgavanja. Potrebno je dati informacije o ranim znakovima kožnih infekcija ili upalnih procesa i upala vena, a korisnike koji prepoznaju takve simptome treba ohrabriti da potraže medicinsku pomoć što je prije moguće.

Unatoč stalnim savjetima da se igle i šprice, kao i ostali pribor za pripremu droge ne smiju dijeliti, postoje dokazi da se u većini sredina ponovna upotreba javlja, često nemamerno. Prva reakcija na takvu ponovnu upotrebu trebala bi biti povećanje dostupnosti i raspoloživosti igala, šprica i pribora za pripremu droge, tako da se novi set može upotrijebiti samo za jednu injekciju. Ako to nije moguće postoje dva načina za pomoći intravenskim korisnicima droga kako bi se smanjile štete koje mogu nastati ponovnom upotrebom igala i šprica. Prvo, šprice koje su označene brojevima, obojanim šiframa, naljepnicama ili nekim drugim sustavom anonimne identifikacije mogu pomoći kreiranju sustava označavanja kako bi se smanjilo nehotično dijeljenje šprica. Drugo, iako je upotreba klorova dezinfekcija pribora za ubrizgavanje sporna, ona se može razmatrati u slučajevima kad je poznato da se ponovna upotreba već dogodila. Iako je učinkovitost klorova za dezaktiviranje HIV-a u laboratorijskim uvjetima već dokazana (93), nedovoljno je dokaza njegove učinkovitosti u praksi ubrizgavanja, jer se neophodno ne poštuju pravila protokola dezinfekcije Opskrba klorom

može biti 'sekundarna' alternativa opskrbi sterilnim priborom za ubrizgavanje, ali opskrba sterilnim priborom za ubrizgavanje je daleko najbolja opcija.

Cijepljenje

Preporučene intervencije

Cijepljenje cijepivom hepatitisa B i A, tetanusa i gripe, i osobito za HIV-om zaražene osobe, cijepivom pneumokoka

Razmatrana mišljenja: Na temelju postojećih dokaza, cijepljenje spada među najučinkovitije intervencije prevencije. U većini slučajeva, kod osoba koje ubrizgavaju drogu postoji povećan rizik od dobivanja hepatitisa B, hepatitisa A i bakterijske infekcije tetanusa. Osobe zaražene hepatitisom C (za koji trenutno ne postoji cjepivo), koje su ujedno zaražene i hepatitisom A ili B pate od ubrzane progresije bolesti hepatitis C i mnogo veće stope mogućnosti oboljenja. Zbog načina života, dobi ili HIV infekcije, kod nekih osoba koje ubrizgavaju droge postoji veći rizik zaraze gripom i upalom pluća. Međutim, dostupna su učinkovita cjepiva koja mogu spriječiti svaku od ovih infekcija pružajući dobru kliničku zaštitu (94).

Praktična razmatranja: Cijepljenje protiv hepatitisa B sada je uključeno u rutinski dječji program cijepljenja u većini država članica, no budući da je ova politika započela 1990-tih, neke odrasle osobe koje ubrizgavaju drogu nisu cijepljene u djetinjstvu. Iako u 18 od 29 EU / EEA zemalja postoji program cijepljenja protiv hepatitisa B za odrasle osobe koje ubrizgavaju droge, to cijepljenje nije uvijek besplatno (8) (95).

Budući da su neke populacije intravenskih korisnika droga teško dostupne za cijepljenje tradicionalnim načinima, postoji jedinstvena prilika za pružanje rutinskih ili 'jednokratnih' usluga cijepljenja na određenim lokacijama ili mobilnih službi koje pružaju usluge korisnicima koji ubrizgavaju droge. Postoje dokazi da se broj cijepljenih osoba povećava kada se integrira u druge usluge (96). Cijepljenje osoba koje ubrizgavaju drogu pokazalo se jeftinijim kada se provodi u programima dijeljenja igala i šprica, a istraživanja o kontingenčnom upravljanju pokazuju ohrabrujuće rezultate, što je udvostručilo stope cijepljenja protiv hepatitisa B (97-98). Osim toga, programi terenskog rada mogu na učinkovit način povećati broj osoba koje primaju stalne doze, dok programi cijepljenja u zatvorskom sustavu ili rezidencijalnim centrima za rehabilitaciju ovisnika o drogama mogu biti učinkoviti za uključivanje onih koji su u zatvorima ili na liječenju od ovisnosti, uključujući intravenske korisnike droga.

Cjepivo protiv hepatitisa B obično se daje u tri odvojene injekcije u periodu od šest mjeseci, iako je moguć i ubrzan raspored doziranja. Iako je ponekad teško osigurati da se korisnik vrati po drugu ili treću dozu cjepiva, korisnika koji traži prvu dozu se također isplati cijepiti, pošto i jedna doza cjepiva protiv hepatitisa B može pružiti djelomični imunitet (99). Napominjemo da je samoprocijenjeni status cijepljenja osoba koje ubrizgavaju droge često netočan u odnosu prema njihovom stvarnom serološkom statusu (100). Testiranje na serumske markere hepatitis B pri prvom kontaktu s uslugama može otkriti osobe koje su netočno prijavile cijepljenje protiv hepatitisa B. Također, stopa onih koji se slabo ili nikako ne odazivaju programu cijepljenja među osobama koje ubrizgavaju droge je veća nego u općoj populaciji (101).

Zbog mogućnosti sve većeg rizika od zaraze hepatitisom A među intravenskim korisnicima droga, preporuča se kombinacija cijepljenja protiv hepatitisa A i B kao najboljeg načina da se spriječe obje infekcije (102-103). To je osobito ključno za one koji su pozitivni na hepatitis C.

U svim evropskim zemljama cijepljenje protiv tetanusa se provodi kao dio programa imunizacije u djetinjstvu, a u odrasloj dobi svakih pet do deset godina daje se „booster“ doza cjepiva. Status cjepiva protiv tetanusa treba provjeriti među osobama koje ubrizgavaju droge, a booster dozu cjepiva treba ponuditi ako je status cijepljenja neizvjestan, posebno za korisnike kod kojih se javljaju infekcije na mjestu ubrizgavanja. Često se daje kombinacija cjepiva protiv tetanusa i difterije, što je poželjno, jer difterija, iako rijetka u Evropi, bilježi visoku stopu smrtnosti.

Na kraju, preporuča se opskrba cjepiva protiv sezonskih gripa i pneumokokno cijepljenje (osobito ako je korisnik HIV pozitivan i / ili iznad 50 godina starosti) kako bi se smanjio rizik od gripe ili pneumokokne infekcije (za više informacija pogledajte (16)).

Važno je napomenuti da se cijepljenje protiv tuberkuloze pomoću Bacillus Calmette-Guerin (BCG) cjepiva obično preporučuje samo za djecu koja žive u područjima gdje vlada epidemija tuberkuloze, te za dojenčad ili djecu koja su u opasnosti od izlaganja tuberkulozi u područjima manje učestalosti bolesti. Postoji ograničen broj dokaza o korištenju BCG cjepiva kod odraslih bolesnika, što je kontraindicirano kod osoba s oslabljenim imunitetom poput simptomatične HIV infekcije (104).

Liječenje ovisnosti o drogama

Preporučena intervencija

Supstitucijska terapija za pijatsku ovisnost i drugi oblici učinkovitog liječenja ovisnosti o drogama

Liječenje ovisnosti o drogama predstavlja važnu sastavnicu u sveobuhvatnoj reakciji sprečavanja prenošenja vezano uz ovisnost o drogama (27,105-106). U mnogim evropskim zemljama, liječenje ovisnosti o drogama središnja je intervencija među čitavim nizom intervencija za sprječavanje prenošenja infekcija povezanih s uporabom droga (54). Ono također igra važnu ulogu u povećanom broju osoba koja prihvataju liječenje zaraznih bolesti među korisnicima droga (1-2,107-108). Liječenje ovisnosti o drogama obuhvaća niz medicinskih (uključujući farmakološke), psiholoških, socijalnih i biheviorističkih strategija da bi se zaustavilo ili smanjilo zloupotabu droga, a može se pružati u izvanzbolničkom ili stacionarnom okruženju.

Psihosocijalni terapeutski pristupi mogu se razlikovati od individualnog savjetovanja i motivacijskih metoda razgovora do strukturiranih psiholoških terapijskih intervencija, ovisno o potrebama pojedinca i situaciji. Važni trenutni terapeutski pristupi obuhvaćaju kognitivne i biheviorističke terapije, kojima je cilj djelovati na spoznaju pojedinca i odviknuti od uvjetovanog ponašanja prilikom upotrebe droga, i njihovim različitim kombinacijama. Psihosocijalne intervencije mogu se koristiti samostalno ili u kombinaciji s farmakoterapijom.

Farmakološki kontrolni tretmani za ovisnost o opijatima sastoje se od prolongirane uporabe propisanog opijatskog lijeka koji suzbija simptome odvikavanja i smanjuje ovisničku potrebu, te omogućuje korisniku vođenje stabilnijeg života; smanjuje zloupotabu heroina, rizično ponašanje i kriminalnu aktivnost; te doprinosi zdravlju, blagostanju i kvaliteti života (68). Supstitucijska terapija za opijatske ovisnike (OST, *Opioid substitution treatment*) često se provodi u kombinaciji s psihosocijalnim tretmanom i ostalim uslugama potpore (109-112).

Oprijatski agonisti mogu se također koristiti pri liječenju detoksikacije. Ipak, bolje je da se detoksikacija bolničkog pacijenta integrira u ostale mogućnosti liječenja, nego da se pruža kao samostalna usluga radi izbjegavanja visoke stope recidiva (111).

Učinkovitost liječenja supstitucijskom terapijom

Podaci proizašli iz ispitivanja o ishodu liječenja i kontroliranim pokusima prikazuju učinkovitost metadonskih i ostalih zamjenskih tretmana u liječenju ovisnosti o heroinu i ostalim opijatima. Postoji velika količina dokaza iz izvješća o učinku OST-a na pojavu infekcija, kao i na rizično ponašanje kod ubrizgavanja droga (81, 108-111,113-118).

U pogledu rizičnog ponašanja, višestruke opsežne studije koji dokazuju učinkovitost OST-a u smanjivanju rizičnog ponašanja prepoznate su u tri važna izvješća (108,115,118). Sva tri izvješća zaključuju da se OST povezuje sa smanjenjem samoprijavljene prevalencije i učestalosti intravenske uporabe droga, dijeljenja opreme za ubrizgavanje i stopa rizičnog ponašanja kod ubrizgavanja droga.

Kod razmatranja dokaza o učinkovitosti OST-a u smanjivanju zaraze HIV-om, ista izvješća dosljedno su pronašla dovoljno dokaza da zaključe da je OST učinkovit u društvenim okruženjima u smanjivanju HIV serokonverzije, osobito među osobama u kontinuiranom tretmanu i uz primjерeno doziranje.

Teže je dokazati učinak OST-a na smanjivanje zaraze HCV-om. To može biti u prvom redu zbog činjenice da se HCV lakše prenosi ubrizgavanjem i, vjerovatno, dijeljenjem opreme za ubrizgavanje⁴, i zbog puno viših stopa učestalosti među intravenskim korisnicima droga širom Europe, koji tvore žarište potencijalnog rizika. Ipak, nedavni podaci koji uključuju grupne studije na razini lokalne zajednice o učestalosti hepatitisa C među korisnicima OST-a, zajedno s dodatnom analizom studija baziranih u Velikoj Britaniji (70-71,119-121) govore o osjetnom pozitivnom učinku OST-a kod sprečavanja HCV infekcija. Ove studije ukazuju na veću korist stalnih korisnika OST-a u usporedbi s onima koji su prekinuli s OST-om: na zaštitni učinak metadonskog kontrolnog tretmana s obzirom na primarnu⁵ i sekundarnu⁶ infekciju HIV-om i HCV-om; i na *dose-response* učinke OST-a, pri čemu liječene osobe imaju nižu stopu pojavnosti HCV-a.

Velik broj nasumičnih kontrolnih pokusa u zadnjih 15 godina pružili su dokaze o učinkovitosti nadziranog tretmana heroinskog ubrizgavanja (*heroin-assisted treatment* - HAT) za dugogodišnje tvrdkorne ovisnike o heroinu koji ne

⁴ Infekcija hepatitisa C se očituje razmjerno visokim koncentracijama infektivnog virusa u sustavu krvotoka, ne samo za vrijeme prvobitne faze infekcije već i kod pojedinaca kod kojih je došlo do kronične infekcije (u usporedbi s infekcijom HIV-om).

Ovo može dovesti do visokih stopa zaraze HCV-om kod izloženosti istom, s obzirom da se minimalna infektivna doza često može povećati u situacijama dijeljenja među zaraženima i nezaraženim osobama koji ubrizgavaju droge. Ova pretpostavka je podržana činjenicom da stopa pojavnosti hepatitisa C često premašuje onu HIV-a u zajednicama korisnika, a epidemije hepatitisa C obično premašuju epidemije HIV-a u zajednicama korisnika. To također objašnjava zašto je teže zauzdati rizik od HCV-a pojedinim intervencijama i zašto je potreban veći opseg djelovanja da bi se postigao učinak na razini stanovništva

⁵ Infekcija nezaraženih pojedinaca.

⁶ Infekcija HIV-om ili HCV-om kod pojedinaca već zaraženih jednim virusom.

reagiraju na klasično liječenje. Rezultati pokazuju da u usporedbi s klasičnim ili optimiziranim OST liječenjem – tvrdokorni korisnici u HAT-u pokazuju veću suzdržanost za vrijeme liječenja, veće odstupanje od kriminalnih aktivnosti (kao što su krađe radi financiranja daljnje uporabe uličnog heroina i drugih uličnih droga) i veće smanjenje ubrizgavanja uličnog heroina od čega se s vremenom odustaje (122).

Razmatrana mišljenja: Na temelju temeljnih dokaza višestrukih opsežnih studija i izvješća kao i mišljenja stručnjaka, liječenje ovisnosti o drogama treba biti lako dostupno, osobito korisnicima OST-a i opijata. Psihosocijalni tretman povećava učinkovitost OST-a za korisnike stimulanata kada se koristi u kombinaciji, a preporuča se na temelju mišljenja stručnjaka.

Kombinirani pristupi potiču učinak OST-a na infekcije

Studije o pristupanju liječenju, njegovom završetku i ishodima apstinencije u sklopu praćenja bolesnika nakon liječenja potvrđuju da se učinkovitost OST-a može povećati kada se pruža i psihosocijalni tretman (123). U nasumično kontroliranom istraživanju učinaka biheviorističkih intervencija na učestalost HVC-a među intravenskim korisnicima droga u Velikoj Britaniji (124), uspoređeno je pojačano preventivno savjetovanje u kombinaciji s OST terapijom, te sama OST terapija. Rezultati su pokazali niže stope HCV serokonverzije u skupini koja je liječena kombinirano.

Nedavno istraživanje ističe važnost kombiniranja supstitucijske terapije za opijatske ovisnike s mjerama smanjenja daljnje štete da bi se smanjila pojavnost infekcija, uključujući zarazu HCV-om. Kohortno istraživanje provedeno u Amsterdamu (71) pokazuje da je sudjelovanje u liječenju održavanja metadonom i programu igala i šprica tijekom šest mjeseci povezano s nižim rizikom od HCV infekcije, dok učinak nije isti u slučaju primjene samo liječenja održavanja metadonom ili samo programom igala i šprica. Kohortno istraživanje provedeno u Velikoj Britaniji također ističe veći utjecaj OST terapije na smanjenje učestalosti HCV-a u kombinaciji s opskrbom šprica.. Britansko istraživanje izloženosti riziku (119) također je zabilježilo veliki učinak OST-a na smanjivanje pojavnosti HCV-a u kombinaciji s opskrbom špricama. U najnovijem periodu dodatna analiza šest istraživanja na području Velike Britanije koja su prikupljala podatke na individualnoj razini o obavljenim intervencijama kao i o novim zarazama HCV-om među intravenskim korisnicima droga u zajednici dokumentirala je da je pružanje OST-a i programa igle i šprice neovisno jedno o drugome smanjilo pojavnost HCV-a unutar ove skupine (70). Nadalje, dvije intervencije provođene sinergijski, smanjuju mogućnost nove HCV infekcije za gotovo 80% uz dobru opskrbu iglama i špricama za osobe koje nastave ubrizgavati drogu za vrijeme supstitucijske terapije.

Učinkovitost kombiniranih pristupa kod zaraze HIV-om također je proučavana u istraživanju provedenom u New Yorku (125), uspoređujući učinkovitost „kombiniranog programa prevencije“ (liječenje održavanja metadonom, edukacija i dostupnost, smanjivanje rizika, testiranje na HIV i program igle i šprice) s „inicijalnim programom prevencije“ isključujući razmjenu igli (liječenje održavanja metadonom, edukacija i dostupnost, smanjivanje rizika, testiranje na HIV). S vremenom, učestalost HIV-a povećala se u većoj mjeri među korisnicima ograničenih programa nego među korisnicima kombiniranih programa, što sugerira da kombinacija OST-a s razmjenom šprica igra važnu ulogu u ograničavanju zaraze HIV-om.

Učinkovitost drugih pristupa liječenju

Postoje brojne druge mogućnosti liječenja ovisnosti o drogama, uključujući psihosocijalni tretman, kognitivne biheviorističke intervencije, upravljanje u nepredviđenim situacijama i ovisničke grupe za uzajamnu podršku. Dok se pokazalo da sam psihosocijalni tretman ne može biti učinkovit u liječenju ovisnosti o opijatima (108), zaključci opservacijskih istraživanja (velike grupne studije, kao što je DATOS u SAD-u i NTORS u Velikoj Britaniji) pokazuju da stacionarno liječenje, liječenje u zajednici i liječenje održavanja metadonom smanjuju i intravensku uporabu droge i dijeljenje igala. Za vrijeme trajanja liječenja, intravensko uzimanje droga i rizično ponašanje se smanjuju i u skladu s time je rizik od zaraze manji (109). Psihosocijalni tretman može igrati glavnu ulogu u liječenju višestrukih psiholoških poremećaja korisnika droga, kao što je anksioznost, depresija ili nisko samopoštovanje, kao i poboljšanju vještina nošenja s problemom uporabom droga.

Liječenje intravenskih korisnika droga koji su ovisni o ne-opijatima

Iako se se neka farmakološka sredstva za liječenje korisnika stimulanata pokazala obećavajućima ili se trenutno testiraju, ne postoji farmakološki tretman koji se pokazao temeljito efikasnim u smanjivanju uporabe droge i povećavanju ostajanja u sustavu liječenja za ovu skupinu (108). U nekoliko nasumičnih pokusa upravo se testiraju novi lijekovi za liječenje ovisnosti o kokainu; trenutno su Disulfiram, supstanca koja se u metabolizmu miješa s alkoholom, i Vigabatrin, antiepileptički lijek, dvije supstance koje pružaju nadu.

Pokušaji da se razvije lijek protiv ovisnosti o kokainu se nastavljaju (54). U nedostatku farmakoloških tretmana, psihosocijalni tretman je osobito važan za korisnike stimulanata. Ipak, jedino sistematsko izješće o dokazima o psihosocijalnom tretmanu kod zlouporabe psihostimulanata ili ovisnosti nije donijelo čvrste zaključke u pogledu učinkovitosti pojedinačnog tretmana kod ovisnosti o psihostimulansima, zbog heterogenosti istraživanja (126).

Jedno opsežno izvješće otkriva da je upravljanje u nepredviđenim situacijama (CM -*contingency management*), koje uključuje novčani poticaj za prestanak uzimanja droga ili sudjelovanje u liječenju, povezano s višim stopama apstinencije i ostanka u tretmanu za korisnike stimulanata (108). Ukoliko se kombinira s liječenjem održavanjem metadonom, CM pokazuje pozitivne ishode za korisnike ovisne o opijatima i stimulansima. Ipak, još uvijek postoji manjak dokaza koji bi dobro potkrijepili ove zaključke.

Isto izvješće naglašava da su dokazi o učinkovitosti ostalih biheviorističkih pristupa skromni, uključujući kognitivnu biheviorističku terapiju, jačanje zajednice kroz upravljanje nepredviđenim situacijama (CM), te individualno savjetovanje da bi se poduzele mjere protiv zlouporabe stimulanata. Također postoje slabi dokazi o učinkovitosti motivacijskih razgovora i terapeutskih zajednica u pogledu korisnika stimulanata.

Supstitucijska terapija opijatskih ovisnika

Liječenje održavanja metadonom je razvijeno u SAD-u u 1960-ima, ali u Europi se počelo češće primjenjivati u kliničkoj praksi tek od sredine 1980-ih nadalje. Danas se metanon, buprenorf, dihidrokodein, sporoslobađajući morfij i diacetil morfij (heroin) koriste u europskim zemljama⁷ (112). Slijedeći prihvaćanje opsežnih načela o drogama od strane zemalja EU, provođenje liječenja supstitucijskom terapijom poraslo je od sredine 1990-ih i sada obuhvaća više od pola procijenjene ciljane populacije (54,127-128).

Udio buprenorfina u liječenju supstitucijskom terapijom u Europi je manji nego metadona, ali je u porastu, djelomično zbog veće sigurnosti. Buprenorf je djelomično agonist, ima manje opijatske učinke i stvara nižu razinu fizičke ovisnosti, ali je i manja vjerovatnost od predoziranja. Često se koristi u dugotrajnoj supstitucijskoj terapiji u ambulantama opće prakse. Činjenica da je danas cijeli niz supstanci, uključujući heroin, dostupan za liječenje korisnika opijata, omogućuje liječnicima da uključe veći broj korisnika droga u optimizirane farmakološke tretmane. Godine 2009. Svjetska zdravstvena organizacija izdala je detaljniji vodič za farmakološko liječenje ovisnosti o opijatima potpomognuto psihosocijalnim tretmanom (111).

Kvaliteta i nadzor: Usluge liječenja moraju biti dobro organizirane i visokokvalitetne, s izvrsno obučenim osobljem. Osobito treba slijediti dostupni međunarodni vodič za upravljanje liječenjem, doziranje i nadzor (111, 129). Dokazi pokazuju da treba promicati fleksibilne oblike doziranja, što podrazumijeva nisku početnu dozu i visoku dozu za održavanje, bez ograničenja doze i trajanja liječenja (110, 130). Da bi se optimizirala učinkovitost supstitucijske terapije opijatskih ovisnika, dokazi nadalje sugeriraju da je kontinuirano liječenje učinkovite od kratkotrajnog korištenja OST-a (108). Neki oblici OST-a, kao što je metanon, bit će manje učinkoviti (tj. imaju niže razine seruma) ukoliko se u isto vrijeme provodi liječenje tuberkuloze ili HIV-a; to je potrebno pratiti, a doza se treba prilagođavati da bi liječenje bilo učinkovito (131).

Dostupnost: Dodatno se razmatra pružanje OST-a putem usluga niskog praga. Programi niskog praga dostupnosti više su usmjereni prema smanjivanju štete nego apstinenciji i fleksibilniji su smislu pristupa i pružanja usluga, u usporedbi s programima visokog praga. Preporuča se kombinirano korištenje i drugih usluga za smanjivanje štete, koje mogu povećati učinkovitost liječenja. Za vrijeme liječenja od ovisnosti o drogama trenutnim ili bivšim korisnicima droga treba ponuditi mnoge usluge vezane uz infekcije, kao što je testiranje i savjetovanje na zahtjev pružatelja usluga ili korisnika, cijepljenje, liječenje zaraznih bolesti ili zaštitna oprema. Zaštita mentalnog zdravlja (i dodatna opća zdravstvena zaštita od strane liječnika opće prakse i, ukoliko je moguće, internista) treba se kombinirati s liječenjem ovisnosti o drogama. Dostupnost takve zaštite osobito je važno za intravenske korisnike u kontaktu s ustanovama niskog praga.

Davanje lijekova: Zamjenski opijati mogu se davati u klinikama, specijaliziranim centrima u zajednici ili ljekarnama. U svim slučajevima, izravan nadzor pacijenta dok uzima lijek može sprječiti njegovu prodaju na ilegalnom tržištu. Ipak, doze koje mogu ponijeti kućama omogućavaju pacijentima redovito ispunjavanje obiteljskih ili poslovnih obveza i vode „normalnjem“ životu. Redoviti liječnički pregledi bitna su obveza za sve korisnike ovog oblika liječenja (16, 111).

Fleksibilnost u pogledu početka liječenja: Primarni rezultati istraživanja pokazuju pozitivne učinke trenutne terapije održavanja metadonom na rizično ponašanje (132). Spremno i dostupno liječenje putem opskrbe metadonom pruža intravenskim korisnicima droga zaštitne učinke liječenja supstitucijskom terapijom.

Dopiranje do teško dostupnih ciljanih grupa: Pokazalo se da dugotrajni ovisnici o heroinu koji ne reagiraju na klasične oblike liječenja profitiraju u programima koji pružaju liječenje pomoći nadziranog davanja heroina (122). HAT terapija zahtijeva strukturalno prilagođene usluge koje će poštivati stroge sigurnosne uvjete i sprječiti zlouporabu na ilegalnim tržištu. Klinike trebaju biti otvorene prihvatanjem pacijenata više puta dnevno, svaki dan u godini, da bi se korisnicima omogućila terapija pod nadzorom, kao što je određeno u vodiču za liječenje (122). Iako su troškovi ove „rezervne“ terapije viši nego oralne terapije metadonom, to se nadoknađuje značajnim uštedama za društvo – osobito smanjenjem troškova kriminalnih procesa i zatvaranja zbog kriminalnih djela (133).

⁷ Farmakološko liječenje opijatskim antagonistom naltreksonom, koji blokira učinke heroina i drugih opijata, ne igra značajnu ulogu u Europi, jer se liječenje njime povezuje s visokim stopama slabljenja djelovanja.

Zatvorsko okruženje: Izvješća o eksperimentalnim i opservacijskim istraživanjima o OST-u u zatvoru pokazuju da su pozitivni učinci terapije održavanja u zatvoru slični onima u okruženjima zajednice (32,134-136). Omogućavanjem takve terapije u zatvorima predstavlja mogućnost smanjivanja zloupotrebe opijata i rizičnog ponašanja u zatvoru. Važno je uspostaviti dobru povezanost između programa u zatvoru i zajednici da bi se osigurala kontinuiranost liječenja (nakon zatvaranja/puštanja iz zatvora), da bi se postigli dugotrajni pozitivni učinci i spriječili visoki rizici od nesreće nakon puštanja, uključujući smrt.

Testiranje

Preporučeno djelovanje

Dobrovoljno i tajno testiranje uz informirani pristanak na HIV, HCV (HBV za necijepljene) i ostale infekcije uključujući TBC trebale bi se rutinski nuditi i povezivati s upućivanjem na liječenje.

Razmatrana mišljenja: Stručnjaci podržavaju dobrovoljno i diskretno testiranje na infekcije zbog smanjenja potencijalnog rizika i zbog toga što je dijagnoza koja se temelji na testu preduvjet za pružanje terapije. Zbog rizika od infekcije povezanog s ubrizgavanjem droga za pretpostaviti je da će testiranje intravenskih korisnika u većini europskih zemalja na HIV, hepatitis B, hepatitis C donijeti uštedu. Testovi na ostale infekcije trebaju se nastojati uvrstiti u standardne liječničke pregledne (kao što je hepatitis A, D, sifilis i ostali testovi jetre i opći krvni testovi). Učestalost liječničkih pregleda i testiranja kao i odabir testova koji će se obaviti trebaju se prilagoditi pojedinim kliničkim simptomima i lokalnoj epidemiološkoj situaciji. U slučaju intravenskih korisnika rizik je često vrlo visok, a testiranje bi trebalo biti ponuđeno jednom ili dva puta godišnje (16).

Preporuča se dobrovoljni i povjerljivi pristup rutinskim uslugama testiranja. „Dobrovoljno“ znači da iako se testiranje smatra standardom medicinske skrbi, pojedinac se informira o testovima i njihovim mogućim posljedicama i daje izričiti pristanak za testiranje. „Rutinske“ znači da davaoci zdravstvenih usluga trebaju preporučiti testiranje na infekcije kao uobičajeni dio medicinske skrbi intravenskih korisnika droga.

Ipak, procjene od strane zemalja EU/EEA sugeriraju da je samo između 10% i 60% intravenskih korisnika droga testirano na HIV u prethodnih dvanaest mjeseci (137) i to je vjerovatno puno niži postotak nego kod ostalih infekcija. Pravodobno otkrivanje krvnim putem prenosivih virusa i ostalih bolesti omogućuju korisnicima da traže zdravstvenu njegu i liječe infekciju, da se spriječe komplikacije i smanji rizik od daljnog prenošenja bolesti (138). Testiranje nudi važnu priliku za savjetovanje i edukaciju intravenskih korisnika droga o sprečavanju infekcija (ukoliko je test negativan) i dalnjem prenošenju (ukoliko je test pozitivan). Savjetovanje o smanjenju rizika povezano s rezultatima testa može rezultirati smanjenjem rizičnog ponašanja (139).

Infekcije krvnim putem

EMCDDA je 2010. godine izdala Operativne smjernice pružateljima zdravstvenih usluga kako bi potaknuli testiranje svojih pacijenata, intravenskih korisnika droga, na HIV, virusni hepatitis i druge infekcije, uključujući bakterijske infekcije kože, infekcije prenosive spolnim putem i respiratorne infekcije, koje mogu biti korisne pri uvođenju testiranja za intravenske korisnike droga (16). ECDC je izdao Opće upute za testiranje na HIV (138). Ukratko, intravenskim korisnicima trebalo bi biti ponuđeno testiranje u skladu sa standardima kvalitete nacionalnih uputa. Ipak, vjerojatno će biti potrebno posvetiti više pažnje kako bi se doprlo do ranjivije i teže dostupne populacije i kako bi se ona savjetovala, kako bi se pristup testiranju pojednostavio. Razlog testiranja je razumljiv, a pristanak na testiranje je isključivo dobrovoljan. Pružanje mogućnosti izvanlaboratorijskog testiranja na teško dostupnim mjestima (*point-of-care testing*) može povećati broj testiranih na HIV, HBV i HCV (vidi tekstni okvir o finskom iskustvu s izvanlaboratorijskim testiranjem). Čak i ako potvrđeno testiranje pozitivnih izvanlaboratorijskih testova traje jednako dugo kao kod redovitih testova, negativni testovi su odmah dostupni, a preliminarni pozitivni rezultati testova u kombinaciji sa savjetovanjem o smanjenju rizika mogu smanjiti rizično ponašanje. Testiranje bi trebalo biti povezano s liječenjem oboljelih, vezano uz upućivanje putem lokalnih kanala zdravstvene zaštite na specijalističke usluge, pregled i daljnju obradu za pozitivne na HIV, kronični HCV i HBV ili druge infekcije koje zahtjevaju liječenje.

Tuberkuloza

Testiranje na TBC predstavlja dodatne i važne izazove koji su ključni u tretiranju intravenskih korisnika droga. Kontrola TBC-a u velikoj se mjeri oslanja na otkrivanje slučaja infekcije i liječenje najmanje šest mjeseci kombinacijom antibiotika sukladno s međunarodnim preporukama (140-141).

Odgađanje traženja pomoći je uobičajeno među intravenskim korisnicima droga, što povećava rizik od zaraze TBC-om i povećava intenzitet bolesti (142-143). Kod otkrivanja pogoršanog stanja važno je smanjiti mogućnost prenošenja i poboljšati ishod liječenja i prognozu za pacijenta. Testiranje na TBC može se provesti da bi se otkrila aktivna ili prikrivena infekcija. Iz perspektive javnog zdravstva, identificiranje aktivnog TBC-a je od ključne važnosti jer ono sprečava daljnje prenošenje. Ipak, s obzirom da intravenski korisnici droga, a osobito HIV seropozitivni, imaju povećani rizik od napredovanja do aktivne bolesti, dijagnoza prikrivenog TBC-a popraćena preventivnom terapijom također je

važna. U idealnim uvjetima svi intravenski korisnici droga trebali bi se testirati na aktivnu TBC bolest ili prikrivenu TBC infekciju.

Korištenje izvanlaboratorijskih testova na mjestima zdravstvene zaštite niskog praga u Finskoj

Od 1999., izvanlaboratorijski program brzog testiranja (*point-of-care – PoC*) uvršten je u zdravstvene centre niskog praga (*low-threshold health service centres - LTHSC*), da bi služio intravenskim korisnicima droga u Finskoj. 2011., 10 od 34 LTHSC-a ponudili su brze testove, vrednovane i preporučene od Nacionalnog instituta za zdravlje i blagostanje (THL).

THL podržava PoC program testiranja nudeći laboratorijsku i savjetodavnu obuku, vrednovanje kvalitete i program praćenja te savjetuje o provođenju testiranja u praksi. Prije uvođenja PoC brzog testiranja u novi LTHSC svo osoblje koje će raditi s brzim testovima mora biti ospozobljeno u THL-u. Institut organizira obilazak radi vanjskog vrednovanja kvalitete tri puta godišnje i provodi potvrđno testiranje na pozitivne rezultate. THL također daje svakodnevne savjete i nadzire programe testiranja, prikupljajući podatke o pokrivenosti i rezultatima potrebne za nadzor programa i vrednovanja učinaka.

Korisnicima se nudi besplatno, anonimno i brzo testiranje na HIV u svim LTHSC-ima, bez potrebe za prethodnom najavom. Test se provodi u odvojenom prostoru za testiranje koje osigurava privatnost. Savjetovanje prije testa uključuje razgovor o rizičnom ponašanju, sigurnom spolnom ponašanju i dijagnostičkom „prozoru“ za antitijela HIV-a. Test se provodi na krvi, ubodom u prst ruke, a rezultat je dostupan u roku od 15 minuta. Negativni rezultati se dobivaju odmah nakon testa, a pozitivni se dalje potvrđuju na posebno izvađenoj krvi iz vene. Potvrđni rezultat je spreman nakon tjedan dana. Pozitivni slučajevi upućuju se na bolničku skrb.

Između 1999. i 2010. više od 8000 uzoraka od ljudi koji koriste droge testirano je u LTHSC-ima, s rezultatom od 47 potvrđenih HIV pozitivnih slučajeva. Opća prihvaćenost oblika brzog testiranja među zdravstvenim osobljem i korisnicima LTHSC-a je pozitivna. Većina korisnika radije pristupa PoC brzom testiranju nego konvencionalnom testiranju.

Testiranje na TBC je dio opsežnog procesa pružanja zdravstvene skrbi koje zahtijeva pristup mikrobiološkim uslugama, usluge, opremu za terapiju, lijekove i podršku za sve dijagnosticirane pacijente. TBC testiranje/dijagnoza uključuje povijest bolesti, rentgensko snimanje prsnog koša, tuberkulinsko testiranje kože (TST), i, ukoliko je moguće, testiranje krvi (*interferon-gamma release assays, IGRA*).

Metoda ovisi o nacionalnim smjernicama ili, i njihovom nedostatku, o međunarodnim smjernicama za testiranje na TBC (131) (16) (144).

Nadalje, prisutnost znakova i simptoma TBC-a kod intravenskih korisnika treba se ispitati kliničkim pregledom, a u idealnim uvjetima korisnici bi trebali ispuniti upitnik o mogućim simptomima prije testiranja. Bilo koje testiranje na TBC, osobito kod intravenskih korisnika droga sa simptomima TBC-a, treba biti popraćeno najmanje mikroskopskim pregledom sline, s punim pristupom laboratorijskoj opremi s kapacitetom, tehničkim iskustvom i vještinama za obradu svih potencijalnih slučajeva TBC-a. Nakon sumnje na aktivni TBC, definitivna dijagnoza treba se temeljiti na mikrobiološkoim dokazima, uključujući test na djelotvorne lijekove.

Pokazalo se da bi intravenski korisnici droga mogli biti jedna od skupina s najnižim brojem kojoj je potrebno testiranje i preventivni tretman da bi se spriječila pojava bolesti. (145)

Ostale infekcije kod intravenskih korisnika droga

Testiranje i liječenje spolno prenosivih infekcija poput klamidije, gonoreje i sifilisa treba poticati i uvrštavati u dio uobičajenog testiranja, osobito među osobama rizičnog spolnog ponašanja, osobama koje često mijenjaju spolne partnere i zaposlenima u seksualnoj industriji. Preporuke, kondomi i lubrikanti mogu se dijeliti u svim okruženjima, čak i tamo gdje možda nije moguće provesti testiranje i liječenje, npr. na teško dostupnim mjestima. Nadalje, intravenski korisnici droga su pod visokim rizikom da razviju akutne bakterijske infekcije kože (uključujući MRSA), infekcije mekog tkiva, čireve, te otečene vene s mogućim komplikacijama opasnim po život. Uzroci infekcije su uštrcavanje (koje bakterijama otvara put u tijelo), loša higijena, loše tehnike ubrizgavanja i kontaminirane droge (npr. izbijanje antraksa 2010. u Škotskoj). Važno je prepoznati (dijagnosticirati) manje ozlijede i bakterijske infekcije i pravodobno ih liječiti. U slučaju čireva ili drugih oštećenja kože, treba uzeti bakteriološki test gnoja, tkiva ili drugog materijala i poslati ga u laboratorij na pregled (15).

Liječenje zaraznih bolesti

Preporučena intervencija

Antivirusno liječenje temeljeno na lječničkim indikacijama za zaražene HIV-om, HBV-om ili HCV-om.
Antituberkulozni tretman za aktivne slučajeve TBC-a. Profilaktična terapija treba se razmotriti u prikrivenim slučajevima TBC-a. Liječenje drugih zaraznih bolesti treba biti ponuđeno u skladu s lječničkom indikacijom.

Razmatrana mišljenja: Nedavna istraživanja pokazala su jasne pozitivne učinke antivirusnog tretmana protiv HIV-a, HBV-a i HCV-a među osobama koji koriste droge. Nedavno izdane međunarodne smjernice ne ograničavaju antivirusni tretman na osobe koje ne uzimaju droge, sve dok ne postoje druge kliničke kontraindikacije. Postoje čvrsti dokazi o pozitivnim učincima na razini pojedinaca i cijele populacije.

Praktična razmatranja: Testiranje bi trebalo biti usko vezano uz liječenje, s jasnim obrascem upućivanja na mjesto koje može pružiti kontinuiranu skrb u pozitivnim slučajevima i medicinsko praćenje napredovanja bolesti ukoliko još nije indicirana terapija. Potrebno je razmotriti visoku pojavnost popratnih infekcija među intravenskim korisnicima.

Upućivanje i osiguravanje kontinuiteta skrbi za liječenje bolesti je od osobite važnosti kada je riječ o puštanju iz zatvora. Potrebno je pažljivo razmotriti i interakciju među drogama, osobito kod pojedinaca s više infekcija.

Infekcije prenosive krvnim putem

Provodenje antiretrovirusnog liječenja (ART) je bitan dio skrbi za intravenske korisnike droga pozitivne na HIV. Za pozitivne na hepatitis B ili hepatitis C, antiretrovirusno liječenje je često klinički indicirano i treba se provoditi u skladu s nacionalnim smjernicama (1,53,146-148). Svi pojedinci s HIV-om ili kroničnim hepatitisom B ili C zahtijevaju redovit medicinski pregled, čak i ako ne primaju antivirusnu terapiju.

Postoje dokazi da se aktivni intravenski korisnici mogu uspješno podvrgnuti liječenju od HIV-a i od toga izvući korist. Postoje jednako čvrsti dokazi da otpor prema lijekovima kod korisnika droga nije veći nego kod ostalih HIV pozitivnih pojedinaca koji primaju antiretrovirusnu terapiju (149). Istraživanje također pokazuje da intravenski korisnici droga mogu doći do lječenja hepatitis C slične onima kod populacije koja ne uzima droge, ukoliko se liječenje provodi uz odgovarajuću podršku (150). Postoje dokazi da se liječenje hepatitis C može provoditi u okviru programa liječenja supstitucijskom terapijom, te da korisnici i osoblje podržavaju ovaj model pružanja usluga „sve na jednom mjestu“ (151-153).

Višestruka istraživanja su potvrdila da postoji veća vjerojatnost da će osobe koje su HIV pozitivne, ili zaražene HIV-om i HCV-om i koji primaju OST slijediti režim liječenja svojih infekcija, ali nema dokaza kako će se ovo odraziti na virusno opterećenje. (Više detalja vezanih uz učinak OST-a na podvrgavanje ART-u može se pronaći u WHO Kliničkom protokolu za europsku regiju (1)).

Također postoje dokazi iz planskih istraživanja da anti(retro)virusno liječenje HIV-a i hepatitis C može imati utjecaja kod prevencije prenošenja zarazne bolesti; kada se korisnici podvrgnu tretmanu, virusno opterećenje može se smanjiti, a time i rizik od daljnog prenošenja zaraze, uz sprečavanje komplikacija uzrokovanih infekcijom kod intravenskih korisnika droga pozitivnih na HIV ili hepatitis C (154).

U skladu s međunarodnim i nacionalnim preporukama može se razmotriti postekspozicijska profilaksa za HIV i hepatitis B.

Tuberkuloza

Svim pacijentima kojima je dijagnosticiran aktivni TBC trebalo bi pružiti adekvatno liječenje. Pri tome bi trebalo slijediti nacionalne smjernice ili, u njihovom nedostatku, međunarodne smjernice (140-141), koje također daju točne upute za specifične kliničke situacije kao što je postojanje HIV infekcije pored infekcije TBC-om. Potrebno je osigurati kliničko i bakteriološko praćenje. Kada je pacijent pozitivan na aktivni TBC, mora se osigurati kontaktno praćenje indeksa slučajeva TBC-a.

Ukoliko pojedinci s poznatom infekcijom HIV-om žive na mjestima s jasnim rizikom od ponovne izloženosti TBC-u i kod kojih je isključeno aktivno postojanje TBC-a, nakon procjene rizika treba razmotriti profilaktično liječenje. Dakle, na mjestima gdje je dostupno antiretrovirusno liječenje, održavanje prihvatljivog broja limfocita CD4 kod pojedinaca zaraženih HIV-om smanjiće rizik da razviju TBC nakon izlaganja.

Ovo bi se trebalo uzeti u obzir kod procjene individualnog rizika. Pri korištenju profilaktičnog tretmana kod pojedinaca zaraženih HIV-om trebalo bi slijediti „WHO aktualna načela o suradničkim aktivnostima kod TBC/HIV-a“ (155) i „Načelne smjernice za suradničke usluge intravenskim i ostalim korisnicima droga kod TBC-a i HIV-a. Integrirani pristup.“ (156). Prema međunarodnim standardima skrbi kod TBC-a, strategija za pridobivanje pacijenata treba uključivati mjere za pristup i promicanje pristupanja liječenju, te je potrebno pripremiti mjere za suzbijanje slabog odaziva. Zbog toga se preporuča izravno praćeno liječenje (*directly observed treatment-DOT*) da bi se osigurao

multidisciplinarni pristup koji bi pružao podršku pacijentima i poboljšao odaziv liječenju. Također mogu biti korisni poticajni programi za promicanje pristupanja DOT-u (157).

Ostale infekcije kod intravenskih korisnika droga

Ukoliko se otkriju, spolno prenosive infekcije trebale bi se promptno liječiti u skladu s nacionalnim smjernicama. Dugotrajno ubrizgavanje često vodi do kroničnih, neizlječivih rana među osobama koji ubrizgovaju droge. Postupci zbrinjavanja rana mogu biti učinkoviti ukoliko je odnos korisnik-osoblje stabilan i ako se temelji na povjerenju i pristajanju na liječenje. Usluge skrbi za rane trebale bi biti ponuđene zajedno s uslugama igle i šprice, kao i, ako je to moguće, liječenjem ovisnosti.

Promicanje zdravlja

Preporučena intervencija

Promicanje zdravlja usmjereni na sigurniju praksu ubrizgavanja; spolno zdravlje koje uključuje uporabu kondoma; prevenciju bolesti, testiranje i liječenje.

Razmatrana mišljenja: Promicanje zdravlja je po mišljenju stručnjaka osnovna pridružena sastavnica za pružanje svih šest intervencija. Ono pruža podršku za provođenje i društveni marketing ostalih izravnih intervencija, čiji se sadržaj treba rukovoditi potrebama korisnika. Promicanje zdravlja je „proces omogućavanja ljudima da povećaju kontrolu nad svojim zdravljem i njegovim odrednicama i time poboljšaju svoje zdravje“ (WHO 1986).

Promicanje zdravlja ne uključuje samo davanje informacija i podrške, nego i savjetovanje o smanjivanju rizika. Promicanje zdravlja samo po sebi nije učinkovito u smanjivanju rizika od HIV-a među intravenskim korisnicima droga, ali u kombinaciji s ostalim preventivnim mjerama kao što su opskrba iglama i špricama, promicanje zdravlja može biti učinkovito (53, 158). Poruke za promicanje zdravlja trebaju voditi računa o spolovima i kulturama, biti sastavljene na različitim jezicima i terminološki bliske, tj. lako razumljive korisnicima.

Promicanje zdravlja radi sigurnije prakse intravenskog uzimanja droga

- Koristi novu sterilnu iglu i špricu i čistu opremu za svako ubrizgavanje: „jedna igla-jedna šprica-jednom“. Nikada nemoj dijeliti niti posuđivati igle, šprice i drugu opremu.
- Budi svjestan i pripremljen na situacije kada će biti teško sprječiti infekcije. Na primjer, ako postoji društveni pritisak da dijeliš pribor ili je situacija dok pripremaš injekciju kaotična. Odredi strategije da smanjiš mogućnost nenamjernog dijeljenja opreme za ubrizgavanje (kao što je korištenje šprica označenih bojom ili naljepnicom).
- Ohrabri osobe s kojima se družiš, a ne ubrizgovaju droge, da ne počnu. Ohrabri osobe s kojima se družiš, a ubrizgovaju droge, da to čine na siguran način.
- Operi ruke prije i poslije ubrizgavanja; očisti kožu prije ubrizgavanja alkoholom ili drugim dezinfekcijskim sredstvom; koristi filter; izbjegavaj opasna mjesta kod ubrizgavanja, kao što su vrat i prepone; izbjegavaj ubrizgavanje ispod kože ili direktno u mišić; i očisti sve materijale, uključujući površinu stola dezinfekcijskim sredstvom nakon ubrizgavanja.
- Umjesto ubrizgavanja, koristi druge mogućnosti kao što je pušenje ili oralno uzimanje droge. U ovu svrhu može se koristiti folija ili kapsule želatine
- Spriječi predoziranje uzimanjem manjih doza droge (osobito nakon perioda apstinencije ili smanjene uporabe droge), uzimanjem droge kada nisi sam i prepoznavanjem znakova predoziranja kod partnera koji je ubrizgao drogu, te zvanjem pomoći odmah nakon prepoznavanja. Pripazi kada uzimaš drogu od novih i nepoznatih izvora i izbjegavaj miješanje alkohola, benzodiazepina i opijata. Ukoliko je moguće, koristi nadzirane zdravstvene prostore za higijensko ubrizgavanje.

Pored pisanih materijala trebali bi postojati vizualni i edukativni alati. Osobe koje obavljaju aktivnosti promicanja zdravlja trebaju biti izričito osposobljene u provođenju edukacije o zdravlju. Važno je imati na umu da će možda biti potrebno osmislitи promicanje zdravlja prema posebnim osobnim stanjima, kao što je psihička bolest. To bi moglo utjecati na uspjeh napora uloženih u promicanje zdravlja.

Svrha promicanja zdravlja među intravenskim korisnicima droga je povećanje razumijevanja zaraznih bolesti, prenošenja infekcija i prevencije infekcija, s ciljem smanjivanja rizika dobivanja i prenošenja zaraznih bolesti ubrizgavanjem droga ili prestanka uzimanja droga. Poruke za promicanje zdravlja trebale bi biti osmišljene prema potrebama korisnika i pružati se u svakoj mogućoj prilici; bilo na uglo ulice kod pružanja usluga na terenu, ili u centru za liječenje ovisnosti o drogama kod provođenja programa igle i šprice. Svaki kontakt s osobom koja trenutno uzima droge je prilika za davaoca usluge za promicanje zdravlja i upućivanje savjeta i poruka za promicanje zdravlja. Korisnici

često sami najbolje znaju prosuditi o vlastitim potrebama za infomacijama o promicanju zdravlja, i, ako se izgradi povjerenje s pružateljem usluga, neki će korisnici će tražiti informacije na temelju potreba koje su sami prepoznali.

Sigurnija praksa ubrizgavanja

Ključne poruke za promicanje zdravlja koje promiču sigurniju praksu ubrizgavanja nabrojene su gornjem okviru. One se trebaju prilagoditi lokalnom okruženju i potrebama određenih korisnika i pojedinih stilova života. Dok je glavni naglasak ovog vodiča na prevenciji infekcija među intravenskim korisnicima droga, glavni uzrok smrtnosti među korisnicima opijata u mnogim okruženjima je još uvijek predoziranje (159), a promicanje zdravlja vezano uz prevenciju je ključna aktivnost u koju moraju biti uključeni oni koji rade ili dolaze u kontakt s intravenskim korisnicima droga. Osobito je važno doprijeti do ljudi koji su trenutno na formalnom liječenju od ovisnosti, podvrgnuti detoksifikaciji i intravenskih korisnika koji trebaju biti pušteni iz zatvora, upozoriti ih da ako nastave koristiti droge u istoj ili većoj mjeri, postoji visok rizik od predoziranja zbog smanjene tolerancije tijela na droge. Ključne preventivne poruke vezane uz predoziranje upućene intravenskim korisnicima droga također mogu promicati uporabu manjih količina da bi ih se potaklo da uzimaju drogu dok su sami (31). Intravenske korisnike može se obučiti kako da prepoznaju znakove predoziranja kod partnera koji je ubrizgao drogu i što učiniti u hitnom slučaju, npr. stavljanju žrtve u položaj za oporavak i zvanje hitne pomoći. U nekim zemljama je praksa da partner da nalokson o čemu postoje pozitivna izvješća (160).

Ostale mogućnosti za smanjivanje štete vezane uz predoziranje drogama podrazumijevaju ohrabrivanje intravenskih korisnika na korištenje nadziranog prostora za ubrizgavanje, ukoliko je takva usluga dostupna. Zbog direktnog nadzora od strane osoblja, u slučaju predoziranje dostupna je trenutna pomoć. Nedavno istraživanje dokumentiralo je povezanost između postojanja takvih prostora i smanjenja smrti predoziranjem na razini stanovništva (161). Konačno, većina osoba koje počnu s intravenskim uzimanjem droge čine to u društvu kolega koji su s tom praksom već počeli. Ključne poruke za promicanje zdravlja, npr. kako izbjegići nagovor na uzimanje droge ili kako sigurno ubrizgavati, najučinkovitije su ako ih daju kolege.

Spolno prenosive infekcije i uporaba kondoma

Podaci iz zemalja EU/EEA o uporabi kondoma među intravenskim korisnicima kreću se od manje od 5% do skoro 60%, puno manje nego što je potrebno da bi se spriječilo širenje spolno prenosivih infekcija, uključujući virusni hepatitis i HIV (137). Stoga je osobito važno da aktivnosti promicanja zdravlja budu usmjerene na spolno prenošenje infekcija među intravenskim korisnicima droga. Kondomi i lubrikanti trebaju se dijeliti zajedno s informacijama o važnosti njihove stalne uporabe. Potrebno je i davati dodatne informacije o testiranju i liječenju spolno prenosivih infekcija, jer postoje dokazi o spolnom prenošenju infekcija, uključujući HIV i hepatitis B, s intravenskih korisnika droga na i od njihovih seksualnih partnera (162-163). Uporaba droge može se također povezati s razmjenom seksualnih usluga za novac ili drogu, što korisnike stavlja u puno veći rizik od dobivanja ili prenošenja spolno prenosivih infekcija ukoliko se kondomi ne koriste kontinuirano i ispravno.

Prevencija bolesti, testiranje i liječenje

Promicanje zdravlja treba uključiti informacije koje pojašnjavaju putove prenošenja bolesti uobičajenih kod intravenskih korisnika droga. Potrebno je davati informacije o infekcijama kao što su HIV, HCV i HBV, tako da ljudi razumiju da mogu prenijeti virus čak i ako ne pokazuju nikakve simptome. U slučaju TBC-a, često se brka infekcija i bolest i koji stadiji su zarazni (142) (143) (164). Istraživanja sugeriraju da se informacije o prevenciji HIV-a mogu pomiješati s prevencijom TBC-a, kao kod netočnog shvaćanja da se TBC može spriječiti uporabom kondoma ili izbijeljenih igli, što može objasniti duže odgađanje pacijenata u nekim slučajevima (142). Nužan je opsežan, lako dostupan informativni materijal, kao i aktivni dijalog o TBC-u i krvlju prenosivih virusa. Jednako važni su i naporci da se isprave pogrešne pretpostavke o bolesti, a u isto vrijeme da se suprotstavi stigmatizaciji bolesti. Ključne poruke za promicanje zdravlja također se trebaju usmjeriti na podržavanje pristupanja tretmanu, tako da se pacijenta može liječiti (TBC, HBV, i, ako bude uspjeha, HCV), smanjujući rizik od razvijanja otpornosti na lijekove i prenošenja infekcije na druge. Konačno, važna stvar za mnoge intravenske korisnike droga je socijalna podrška i socijalna skrb. Postoje dokazi, na primjer, da se nadzirana mjesta stanovanja povezuju sa smanjenim rizikom od infekcije za ljudе koji žive s HIV-om (165). Za vjerovati je da mnogi strukturalni faktori vezani uz mjesto stanovanja i ekonomsko blagostanje imaju važan utjecaj na kvalitetu života i rizik od infekcija kod intravenskih korisnika droga. Pružanje popratnih usluga koje udovoljavaju proširenim potrebama intravenskih korisnika droga kao što su mogućnosti za mjesto stanovanja, hranu i zaposlenost niskog praga zacijelo će imati pozitivni učinak na zdravstvene ishode.

Ciljano pružanje usluga

Preporučena intervencija

Usluge se trebaju kombinirati, organizirati i pružati u skladu s potrebama korisnika i lokalnim uvjetima; to uljuće uslugu na terenu i na stalnim mjestima, nudeći liječenje ovisnosti, smanjenje štete, savjetovanje i testiranje te upućivanje na usluge opće i specijalističke zdravstvene zaštite

Razmatrana mišljenja: Dokazi i mišljenje stručnjaka podržavaju ciljano pružanje usluga ovisno o potrebama korisnika i lokalnim uvjetima.

Načini pružanja usluga; prijedlozi za privlačenje korisnika uslugama

Kao što je definirano temeljnim principima pružanja usluga, važno je pažljivo razmotriti kako se organiziraju i pružaju usluge korisnicima droga da bi se njihovu prihvatljivost korisnicima učinilo maksimalnom, a ujedno i pristup, te prihvat. Učinkovitost programa pružanja usluga ovisi o njihovoj sposobnosti da privuku, motiviraju i zadrže korisnike. Zbog toga kod planiranja usluga treba težiti što nižem pragu za intravenske korisnike droga, tako da mogu jednostavno pristupati i koristiti usluge koje se pružaju.

Usluge moraju biti dostupne na lokacijama koje potencijalni korisnici mogu prepoznati, kojima mogu pristupiti i gdje se pri ulasku mogu ugodno osjećati. Nadalje, usluge se trebaju pružati na diskretan način i u diskretnom okruženju, gdje je povjerljivost zajamčena i gdje korisnici neće strahovati od osuđujućih stavova osoblja, uz nemiravanja ili uhićenja od strane organa za provođenje zakona. Ponekad je nuđenje najosnovnijih socijalnih usluga kao što je hrana, tuširanje ili odjeća, način za privlačenje socijalno najizoliranih i najugroženijih intravenskih korisnika droga uslugama.

Pristup uslugama mora se pažljivo planirati, ovisno o lokalnom okruženju. Jednostavan i pravodoban pristup uslugama osobito je važan kod opskrbe iglama, špricama i opremom za ubrizgavanje. Smanjivanje širenja HIV-a, hepatitisa B i hepatitisa C je nemoguće bez stalne opskrbe čistom opremom za ubrizgavanje. Usluge za intravenske korisnike razlikovat će se ovisno o zemlji, regiji, dostupnim resursima i skupini stanovništva. Razlog tome je prije svega što se osobine intravenskih korisnika droga razlikuju između i unutar zemalja, ovisno o vrsti droge koju koriste, dobi, spolu, etničkom podrijetlu i razini dohotka. Stoga je vrlo važno uključiti ciljanu populaciju kod kreiranja i odabira načina pružanja programa usluga da bi se najbolje zadovoljilo potrebe lokalnog okruženja. Ukoliko su programi osmišljeni da odgovaraju potrebama i željama korisnika, vjerovatno će i prihvaćanje usluga biti veće.

Pristup maloljetnika programima igle i šprice u Mađarskoj

Kada su prve opsežne nacionalne smjernice za NSP izrađene u Mađarskoj 2010*, potreba za nacionalnim konsenzusom u vezi pristupa maloljetnika (zakonska dob u Mađarskoj: 18) takvim uslugama je porasla. Načela projekta o anonimnosti, povjerljivosti i lakom i nesmetanom pristupu uslugama, koja se smatraju najvećim prednostima usluga niskog praga za korisnike droga, učinila su nemogućim ograničavanje pristupa NSP uslugama. Istodobno, lokalni propisi predviđeli su prijavljivanje „rizične“ djece organima za zaštitu djece.

Kontradiktorni zakonski okviri bili su povod za pokretanje nacionalne rasprave, koja je okupila stručnjake za zaštitu dobrobiti djece, predstavnike svih mađarskih NSP-a i nepristrane sudionike na nacionalnom zasjedanju. Nakon prezentacija iz međunarodne i lokalne prakse i rasprava o temama kao što je potreba maloljetnika za višestrukim uslugama, kao što je detaljno predsavjetovanje i procjena svakog individualnog slučaja, utaban je put za postizanje konsenzusa. Složili su se da osim predstojećih općih smjernica na nacionalnoj razini, svaki NSP treba ponovo razmotriti vlastite interne propise, a u isto vrijeme službe za zaštitu djece trebaju stvarati partnerstvo s relevantnim službama za droge, kako bi uputili maloljetnike na savjetovanje o drogama i usluge liječenja. Što se tiče kontradikcije između zakonodavstva za zaštitu djece i usluga niskog praga, od građanskog pravobranitelja je zatražena odluka, što je izraženo u smjernicama.

Konačne nacionalne smjernice za NSP-ove, izdane u srpnju 2011. od strane Nacionalnog instituta za obitelj i socijalna pitanja, propisuju da maloljetnici ne bi trebali biti isključeni iz NSP-a, jer u ovakvim programima anonimnost je od visokog značaja. Ali smjernice također jasno ističu da bi se maloljetnike trebalo ohrabriti da obavijeste roditelje. Kada je to prikladno, preporuča se da se kontaktira osoba zadužena za zaštitu dobrobiti djece kao jedan od glavnih lokalnih partnera NSP-a. Na temelju procjene svakog pojedinog slučaja suradnja i razmjena informacija između obje organizacije smatra se poželjnom kod maloljetnih korisnika NSP-a.

* Smjernice su osmišljene u okviru od prioritetnog projekta kojeg je finansirala EU: „Modernizacija socijalnih usluga, jačanje kapaciteta centralnog i lokalnog strateškog planiranja, podržavanje socijalnih načelnih odluka“ Socijalnog obnavljajućeg operacijskog programa

Načini pružanja usluga

Postoji cijeli niz načina pružanja usluga, od kojih svaki može funkcionirati u kombinaciji s ostalim uslugama ili samostalno. Mnoge zemlje okrile su da je integriranje usluga u model „sve na jednom mjestu“, model usluga niskog praga za uključivanje isplativiji i učinkovitiji način pružanja usluga, i da korisnici cijene integraciju usluga (120, 166-167). Primjer visoko integriranog, stalnog mesta pružanja usluga bilo bi mjesto na kojem se mogu dobiti igle, šprice i oprema za ubrizgavanje, na kojem se može pristupiti testiranju i po mogućnosti dobiti medicinska njega (npr. terapija za HIV, hepatitis B i C), opće informacije o zdravlju i higijeni i prevenciji predoziranja, upućivanje na liječenje od ovisnosti i opće zdravstvene i socijalne usluge. (Vidi tekstni okvir s primjerima integracije usluga na stranici 29.) Ukoliko nije moguće integrirati usluge zbog organizacije zdravstvenog sustava, sredstava ili želja korisnika, još uvjek je vrijedno pružati pojedinačne usluge koje odgovaraju potrebama korisnika. Mnogi programi počinju s jednim načinom pružanja usluga, a zatim s vremenom dodaju dodatne usluge. Načini pružanja usluga trebaju se usmjeriti ka povećanju učinkovitosti u pogledu lokalnih potreba. Ovi načini pružanja usluga imaju cijeli niz naziva, ovisno o okruženju, ali opće karakteristike obično se svrstavaju u sljedeće kategorije:

Stalna mjesta pružanja usluga: Usluge se mogu, a često i jesu pružane u prostorima na stalnom mjestu koje izričito cilja na korisnike droga i teži zadržavanju niskog praga za pristupanje (tj. vrlo malo ograničenja pri korištenju i pružanje usluga iz perspektive korisnika), da bi se pristup korisnicima olakšao koliko god je to moguće. Usluge na stalnom mjestu mogu biti opskrba iglama i špricama, terapija zamjenskim opijatima i druge terapije, a također se mogu nuditi dodatne usluge za intravenske korisnike, kao što je testiranje na HIV, hepatitis ili TBC, zdravstvena edukacija ili upućivanje na liječenje. Službe na stalnim mestima mogu služiti kao mjesta za „navraćanje“ ili zadržavanje intravenskih korisnika droga. Mjesto službe koja pruža zdravstvene i preventivne usluge također može biti mjesto za odmor, jelo, čitanje novina, korištenje interneta i razgovor s osobljem i kolegama u opuštenoj i prihvatljivoj atmosferi. Službe na stalnim mestima predstavljaju važno mjesto za edukaciju kolega i često služe kao baza iz koje profesionalci i suradnici vode aktivnosti na terenu. Programi igle i šprice često služe kao prečac za privlačenje korisnika. Na početku mnogi korisnici posjećuju ova mjesta zbog socijalnih veza, šprica ili pripreme droga, ali zatim stupe u kontakt s cijelim nizom ostalih usluga i zdravstvenih edukativnih poruka.

U više od 50 europskih gradova⁸, prostori gdje se može konzumirati droga pod izravnim nadzorom zdravstvenog osoblja integrirani su u specijalizirane stalne objekte. Takvi nadzirani prostori za ubrizgavanje droga su profesionalno vođeni prostori zdravstvene zaštite gdje se promiče higijenska i sigurnija uporaba da bi se smanjilo oboljenja i smrtnost vezano uz ubrizgavanje droge (5). Ti prostori pružaju mogućnost za zdravstvenu edukaciju i prevenciju bolesti te trenutačnu intervenciju od strane profesionalaca u slučaju predoziranja. Glavni cilj je doprijeti i ostati u kontaktu s ljudima koji nisu u stanju ili ne žele odustati od intravenske uporabe droga,

smanjiti rizik za zdravlje i pružiti pristup drugim uslugama, osobito zdravstvenoj skrbi i liječenju ovisnosti o drogama. Istraživanje pokazuje da se putem nadziranih objekata za ubrizgavanje droga dopire do specifičnih teško dostupnih ciljanih grupa i da je kod korisnika usluga došlo do znatnog smanjenja rizičnog ponašanja kao i poboljšanog zdravlja.

Neovisno o njihovoj vrsti, službe na stalnim mestima trebale bi biti smještene u području gdje žive ili borave veće skupine korisnika droga, ili, gdje velik broj potencijalnih korisnika može jednostavno pristupiti mjestu pružanja usluga. Takve službe obično vodi specijalizirano osoblje; ono bi trebalo biti dobro obučeno za pružanje usluga i educiranje na neosuđujući način, usmjeren na korisnika. Prednosti stalnih mesta su da se višestruke usluge mogu pružati na jednoj lokaciji, te se usluge mogu osmišljavati prema potrebama lokalnog stanovništva. Na primjer, korisnici mogu odabratи vrstu igle, šprice i opremu za ubrizgavanje po svom ukusu, smanjujući otpatke nastale zbog prethodno složenih pakiranja koja često uključuju predmete koje klijenti ne žele niti trebaju. Nedostaci stalnih mesta su što njihovo vođenje može biti skupo, što može ograničiti radno vrijeme, a time i pristup uslugama. Pristup stalnim mestima također može biti otežan korisnicima izvan neposrednog geografskog okruženja. Zbog toga treba обратити pažnju lociranju potreba za uslugama i njihovog spajanja mestima koja su lako dostupna i imaju radno vrijeme koje odgovara svim intravenskim korisnicima.

Ponekad se stalna mjesta suočavaju s negativnim reakcijama susjedstva, jer se smatra da privlače negativnu populaciju. Zbog toga je potrebna intenzivna komunikacija sa zajednicom da bi se nadvladale ove teškoće. Također, stalna mjesta korisnici mogu vidjeti kao mesta udružena s neželjenim davaocima usluga, na primjer vladinim programima, što u nekim slučajevima može ograničiti pristupanje uslugama. Službe koje pružaju izvanbolničko liječenje ovisnosti o drogama u pravilu kombiniraju ostale zdravstvene i socijalne usluge važne za ciljanu grupu intravenskih korisnika, uključujući preventivne mjere za zarazne bolesti kao što je savjetovanje i testiranje, cijepljenje, te upućivanje na specijalističku skrb.

Ljekarne: U većini zemalja EU/EEA šprice se prodaju legalno. U nekim zemljama ljekarne su glavni dobavljači igala i šprica. Ljekarne mogu služiti kao prodajni ili distribucijski punktovi za igle, šprice i upremu za ubrizgavanje i mogu služiti kao mesta za prikupljanje korištenih igala i šprica. Ljekarne također mogu pružati usluge testiranja ili cijepljenja intravenskih korisnika droga. Na primjer, jedna ljekarna iz Škotske koristi elektronički sistem da locira pojedine

⁸ Ovi gradovi se nalaze u Njemačkoj, Luksemburgu, Nizozemskoj, Norveškoj, Španjolskoj i Švicarskoj.

korisnike putem anonimne kartice. Uz karticu korisnici mogu dobiti sterilne igle i šprice od ljekarni. Sistem također može locirati one kojima je potrebno upućivanje na testiranje ili cijepljenje te pruža informacije o broju podijeljenih igala i šprica po korisniku radi planiranja zdravstvenih usluga. Nadalje, ljekarna u zajednici može biti aktivni partner u liječenju supstitucijskom terapijom, podijeli lijekova registriranim pacijentima, održavanju redovitog kontakta, podsjećanju korisnika na medicinske preglede ili vođenje računa o dodatnim lijekovima. Upućivanje na cijepljenje i tretman nakon njega također se mogu provoditi putem ovog sistema. Glavna prednost ljekarničkih usluga jest da one mogu biti lakše dostupne intravenskim korisnicima, kako u velikim gradovima, tako i u malim gradovima, zahvaljujući postojećoj infrastrukturi, što također smanjuje troškove. Ipak, većina ljekarni koncentriira se na usluge općoj populaciji a mnoge su i privatne, što ponekad smanjuje ostvarivost i prihvatljivost pružanja usluga intravenskim korisnicima, na koje se može gledati kao na nepoželjne ili neprofitabilne klijente. Povjerljivost korisnika te mogućnost za šire promicanje zdravlja može biti problem ako ljekarna nema privatni prostor za savjetovanje ili ako manjka osoblja. Konačno, igle i šprice se u ljekarni često prethodno pakiraju, značajno smanjujući mogućnost pojedinačnog izbora. Dok je pružanje usluga u ljekarni intravenskim korisnicima droga vrlo učinkovita metoda pružanja usluga, ljekarne ne mogu pokriti sve korisničke potrebe.

Usluge na terenu: Zbog činjenice da je teško doprijeti do intravenskih korisnika droga kroz opće zdravstvene usluge, usluge na terenu često podrazumijevaju učinkovito pružanje usluga, na primjer opskrbu iglama, špricama i opremom za ubrizgavanje. U sklopu usluga na terenu moguće je također dijeliti kondome, pružati supstitucijsku terapiju za opijatske korisnike i poruke za promicanje zdravlja (158). „Usluge na terenu“ je opći pojam koji se koristi za nekoliko vrsta pružanja usluga i može uključivati mobilne jedinice ili kombije, ulične usluge koje obavljaju lokalni zdravstveni djelatnici i redovite popratne usluge u drugim agencijama. Često se uslugama na terenu može doprijeti do ljudi koji nisu u kontaktu s ostalim zdravstvenim uslugama i stoga one igraju važnu ulogu u prepoznavanju njihovih potreba za upućivanjem na stalna mjesta pružanja usluga ili opće zdravstvene usluge, kao što je testiranje na HIV, hepatitis ili TBC, ili njihovo liječenje, ili terapiju lijekovima. (Za više informacija o socijalnim službama vidi 158,168). Usluge na terenu mogu uključivati kućne posjete, a socijalni radnici mogu pratiti korisnike na mjesta dobivanja ostalih usluga. Pozitivna strana socijalnih usluga je što su zbog svoje mobilnosti često lako dostupne različitim skupinama intravenskih korisnika droga jer se lako mogu seliti u nova područja visokim koncentracijama intravenskih korisnika droga. Mobilne jedinice mogu pružati usluge uključujući dostavu zamjenskih opijata u okruženjima s malobrojnim intravenskim korisnicima ili gdje nije moguće uspostaviti stalna mjesta pružanja usluga zbog otpora zajednice ili organa za provođenje zakona. Ponekad je raspon pružanja ovih usluga ograničen troškovima, a radno vrijeme mora biti skraćeno. Prema jednom izvješću intravenski korisnici droga smatraju da usluge na terenu nisu potpune (169).

Usluge koje pružaju drugi korisnici droga su tip usluga na terenu (iako se mogu pružati i sa stalnih mjeseta) koje se pružaju od strane trenutnih ili bivših intravenskih korisnika droga da bi se uputilo druge intravenske korisnike na centre za pružanje usluga. Ukoliko formalne usluge nisu poželjne, kolege dostavljaju igle, šprice i opremu (ovo se ponekad naziva „sekundarnom distribucijom igala“). Usluge koje pružaju drugi korisnici droga mogu znatno olakšati pristup populaciji koja je najviše izložena riziku, uključujući nove i mlađe intravenske korisnike. Kolege se brinu za dostavu opreme (ili pružanje drugih usluga vezanih uz terapiju i testiranje) i upućivanje poruka za promociju zdravlja na jeziku karakterističnom za lokalnu scenu korisnika droga. Poruke koje upućuju drugi korisnici droga mogu imati veći učinak (i voditi boljem prihvaćanju intervencije) nego one upućene od strane zdravstvenih radnika – velika prednost, osobito kada se uzme u obzir da su osobe koje dobivaju igle i šprice kroz usluge sekundarne distribucije često sklene ekstremnom visokorizičnom ponašanju. Ukoliko se koriste usluge drugih korisnika droga, osobito su važni obuka, nadzor i podrška, kao i temeljito razmatranje etičkih implikacija zapošljavanja bivših ili sadašnjih intravenskih korisnika droga da bi se pružilo usluge na terenu ljudima koji intravenski koriste drogu. Za više izvora o ovome vidi (158) i (168,170).

Samoposlužni automati: Samoposlužni automati se u nekim slučajevima koriste kao dupunska metoda distribucije igala, šprica i opreme, obično prethodno zapakiranim. Pokreću se ubacivanjem kovanice i pružaju uputnicu na liječenje, informacije o sigurnom ubrizgavanju, i ostale poruke za promicanje zdravlja, zajedno s proizvodima. Ovaj način pružanja usluga uvijek je dostupan potencijalnim korisnicima i posve anoniman, često privlačeći nove ili mlađe korisnike. Ipak, ova vrsta usluge zahtijeva novac ili žetone da bi aparat funkcionirao, a potrebno je i osigurati redovito punjenje i održavanje aparata. Zabrinutost zajednice o lokaciji samoposlužnog aparata nije neuobičajena, kao ni strahovi da će im moći pristupiti maloljetnici. Dakle jasno je da samoposlužni aparati za šprice ne mogu pružiti izravnu vezu s davaocem usluga, što čini nemogućim upućivanje na testiranje i liječenje, te promociju zdravlja u četiri oka. Ipak, oni mogu biti prvi korak, nudeći mogućnost kontakta, potičući korisnika da navede svoje ime, kao i određenu razinu povjerenja u organizaciju odgovornu za samoposlužne aparate (171).

Opće zdravstvene službe: Bolnice ili mesta primarne zdravstvene zaštite su drugi važni izvor pružanja usluga i upućivanja na specijalističke usluge za osobe koje ubrizgavaju droge. Povjerljivo testiranje, dijagnoza i liječenje HIV-a, virusnog hepatitisa, TBC-a, bakterijskih kožnih infekcija i drugih bolesti uobičajenih među intravenskim korisnicima droga obično se provode u prostorijama opće zdravstvene skrbi, a važno je da se održe čvrste veze radi međusobnog upućivanja između ovih službi i stalnih ili mobilnih mjeseta za pružanje usluga koji mogu služiti intravenskim korisnicima droga. Opće zdravstvene službe također mogu opskrbljivati iglama, špricama i ostalom opremom za ubrizgavanje, nadzirati higijensko ubrizgavanje, asistirati za vrijeme detoksifikacije od droga, opskrbljivati kondomima i općenito promicati zdravlje. Poliklinike za TBC i HIV su često dio općih zdravstvenih službi. Uzveši u obzir da su veliki dio

korisnika intravenski korisnici droga, od osobite je važnosti da je osoblje u ustanovama opće zdravstene zaštite dobro osposobljeno ispravno davati poruke o promicanju zdravlja i može ili uputiti ljudi na liječenje i pružiti usluge igle i šprice, ili znati tko ih može uputiti. U idealnim uvjetima, svi intravenski korisnici droga bi tražili i dobili visokokvalitetne zdravstvene usluge. Ipak, postoje dokazi s nekih mesta da intravenski korisnici droga rijetko posjećuju objekte opće zdravstvene skrbi, te su potrebni alternativni načini da se dopre do njih. U Njemačkoj, specijalističke usluge za intravenske korisnike droga nude se zajedno s općom zdravstvenom skrb. Također postoje primjeri integriranja usluga vezanih za droge i medicinskih usluga (model „sve na jednom mjestu“) u jedan program, koji olakšava pristupanje liječenju i njegovo provođenje (153,172-174). Primjeri su izravno nadzirani TBC tretman i HCV antivirusni tretman, oba u kombinaciji s terapijom održavanja metadonom. Opće zdravstvene usluge su lako dostupne korisnicima, osobito njihovi odjeli za hitne slučajeve koji su uvijek otvoreni. Potrebno je posvetiti pažnju senzibiliziranju zdravstvenog i nezdravstvenog osoblja u ustanovama opće zdravstvene skrbi za probleme intravenskih korisnika droga, te pružanja neosuđujuće i povjerljive skrbi istima. U nekim zemljama neke službe za opću zdravstvenu skrb provode anonimno testiranje.

Zatvorsko okruženje: Konačno, važno je spomenuti da mnoge zemlje pružaju usluge IDU stanovništvu unutar zatvorskog sustava, a ta zatvorska okruženja su ključ postizanja visoke i učinkovite pokrivenosti uslugama za prevenciju infekcije među intravenskim korisnicima droga. Popravne ustanove su važno okruženje za prevenciju i kontrolu infekcija vezanih uz intravensku uporabu droga. Glavni razlozi su: (a) visoka pojavnost HIV-a, HCV-a i TBC-a u zatvorima; (b) činjenica da mnogi intravenski korisnici droga kad-tad završe u zatvoru; (c) dokazi da se u zatvoru nastavlja s uzimanjem droge, čak i s ubrizgavanjem – usprkos strogoj zabrani unošenja droga; i (5) U nekim zemljama u zatvorskom se sustavu nudi liječenje od ovisnosti o drogama, testiranje na bolesti i lijepljenje, edukacija o zdravlju te čak programi igle i šprice. Slijedeći princip „jednake vrijednosti pružanja usluge“ između zajednice i zatvora, postoji pokret u mnogim zemljama koji zahtijeva pružanje istih usluga za intravenske korisnike droga u zatvoru kao i za intravenske korisnike u zajednici.

Opisani načini pružanja usluga mogu biti učinkovit za pristupanje intravenskim korisnicima droga. U pogledu povećanja broja pristupanja liječenju obećavajuća je pojava novih metoda za pružanje informacija o promociji zdravlja, kao što je slanje poruka putem mobilnog telefona ili interneta. Dok se usluge nekad pružaju samo na jedan način, učinkoviti će programi pružati nekoliko usluga na jednoj lokaciji ili će se usluge pružati na nekoliko načina da bi se izašlo u susret različitim potrebama korisnika. Da bi se bolje povezale programske usluge, nužno je da se višestruke usluge pružaju zajedno, na jednom mjestu, da bi im korisnici mogli pristupiti bez poteškoća (vidi tekstni okvir o integraciji usluga). Nadalje, vršitelji usluga na terenu, voditelji slučaja i davaoci zdravstvenih usluga trebaju se dalje obučavati o liječenju i/ili rukovođenju slučajevima više istodobnih bolesti; područja obuke trebala bi uključiti liječenje ovisnosti o drogama, liječenje TBC-a, virusnog hepatitisa i HIV-a. U njegu ovih pacijenata trebale bi biti uključene specijalizirane osobe. Vezano uz probleme istodobnih bolesti, često postoje dijagnoze mentalne bolesti koje zahtijevaju dobro rukovođenje slučajem. Povećana svijest i osposobljenost mogu unaprijediti nadzor interakcija droga i štetnih nuspojava, kao i poboljšati ishode tretmana i kvalitetu korisnikovog života.

Integracije usluga

Postoji puno uspješnih primjera povezivanja usluga za intravenske korisnike droga da bi se pospješio pristup uslugama, uskladilo liječenje i optimiziralo slanje preventivnih poruka, na taj način povećavajući vjerovatnost pristupanja tretmanu i uspjeh. Zajednička lokacija mesta za pružanje usluga za TBC, virusni hepatitis, HIV i suptitucijsku terapiju za opijatske ovisnike i/ili programe igle i šprice je mogućnost koja se provodi u praksi ili se pokreće u nekim zemljama. Nije prednost samo fizička blizina usluga, nego i komunikacija i dijeljenje iskustva o različitim programima zdravstvene skrbi (142-143, 202-204).

Nedavni pilot program u Estoniji je pokazao da pristupanje uslugama testiranja na TBC može biti povećano ponudom testiranja na TBC u objektima za suptitucijsku terapiju za opijatske ovisnike i aktivnije upućivanje na TBC usluge (podsjetnici, poticaji, prijevoz) (172). Kod planiranja prostorija za pružanje usluga, treba stvoriti uvjete za istodobno pružanje više usluga. Na primjer, HIV seropozitivne osobe koje nisu zaražene TBC-om trebale bi se odvojiti od pacijenata s aktivnim TBC-om, zbog povećanog rizika od infekcije za HIV pozitivne osobe.

Iz postojećih programa rehabilitacije od droga, programa distribucije šprica ili davaoca usluga direktno nadzirane terapije TBC-a (DOT - *directly observed therapy*) moglo bi proizaći nove usluge, ovisno o tome što se smatra najboljim u određenom okruženju. Mobilni programi na terenu mogu biti korisni kod dopiranja do određenih skupina intravenskih korisnika droga, osobito pomoću mobilnih jedinica za radiografsko snimanje. Pokazalo se da takve jedinice imaju pozitivni učinak na smanjenje TBC-a među intravenskim korisnicima droga u Rotterdamu, Nizozemska (205).

Tablica 1: Načini pružanja usluga ciljanih na intravenske korisnike droga i njihove prednosti i graničenja

Tip modela	Vrste usluga koje se mogu pružati intravenskim korisnicima droga	Prednosti	Ograničenja
Stalno mjesto pružanja usluge za usluge niskog praga	<ul style="list-style-type: none"> • Opsrba opremom za ubrizgavanje/odlaganje iste • Savjetovanje • Liječenje ovisnosti o drogama uključujući supstitucijsku terapiju za opijatske ovisnike • Testiranje na HIV, hepatitis B, C • Cijepljenje • Mjesto za boravak • Hrana, tuširanje, odjeća • Edukacija od strane drugih korisnikadroga • Promicanje zdravlja • Edukacija o sigurnoj uporabi droge, uključujući prevenciju predoziranja i rukovođenje • Nadzirani prostori za higijensko ubrizgavanje • Promicanje odgovornog spolnog ponašanja i podjela kondoma • Nadzirani antivirusni tretman (ili izravno nadzirana terapija za TBC) 	<ul style="list-style-type: none"> + Mogućnost stvaranja osjećaja pripadnosti za korisnike + Mogućnost pružanja višestrukih usluga na jednom mjestu + Može postići zadovoljavajući omjer trošak/ korisnik + Može ponuditi usluge osmišljene prema potrebama korisnika + Obično pod vodstvom specijaliziranog osoblja + Drugi korisnici se ne protive + Ukoliko se dobro organizira, pristup je jednostavan + Pruža bazu za ostale usluge kao što su terenske usluge 	<ul style="list-style-type: none"> - Stalna lokacija može ograničiti pristup onima koji ne žive u blizini - Vođenje može biti skupo - Radno vrijeme može biti ograničeno - Mogućnost uz nemiravanja od strane policije ili drugih organa za provođenje zakona, osobito ako nisu uspostavljeni/održavani suradnički kontakti - Ako se na upravlja dobro može se povećati rizik za sigurnost osoblja - Manja mogućnost pristupa kratkotrajnim ili mladim intravenskim korisnicima droga - Stalnu lokaciju može biti teško uspostaviti zbog protivljenja susjedstva
Ljekarničke usluge	<ul style="list-style-type: none"> • Opsrba opremom za ubrizgavanje/odlaganje iste • Previjanje • Promicanje zdravlja • Povjerljivo testiranje • Informacije i upućivanja (testiranja na infekcije i liječenje, cijepljenje i usluge lijekova) • Opsrba (brzim) testovima na HIV/hepatitis C 	<ul style="list-style-type: none"> + Dobra geografska dostupnost + Radno vrijeme non-stop + Može uštedjeti sredstva + Može se reći da štiti anonimnost + Pristup medicinskim savjetima/medicinski osposobljenom osoblju + Postojeća infrastruktura 	<ul style="list-style-type: none"> - Mogućnost da će usluga biti naplaćena - Ograničena mogućnost promocije zdravlja i upućivanja na liječenje u prometnim ljekarnama - Opsrba prethodno pakiranim opremom smanjuje mogućnost izbora - Nesklonost farmaceuta da prodaju šprice korisnicima droga - Protivljenje drugih korisnika
Usluge na terenu (uključujući usluge koje pružaju sami korisnici droga)	<ul style="list-style-type: none"> • Opsrba opremom za ubrizgavanje/odlaganje iste • Promicanje zdravlja • Informacije o prikladnim specijalistima, klinikama i medicinskim uslugama • Upućivanje na testiranje na zarazne bolesti i njihovo liječenje, cijepljenje i usluge davanja lijekova • Kućne posjete, posjete u zatvoru • Upućivanje na ostale usluge • Obavljanje brzih testova na HIV/ hepatitis V • Savjetovanje 	<ul style="list-style-type: none"> + Odgovara i lako se prilagođava potrebama korisnika + Fleksibilan u pogledu promjene lokacija, pri čemu se može doprijeti do intravenskih korisnika droga + Mogućnost „ranog upozorenja“: Profesionalci se informiraju o stanju među korisnicima + Dostupan, osobito teško dostupnim korisnicima i korisnicima visokog rizika (mladi/novi/novoprdošli korisnici) + Usluge pružene od strane drugih korisnika mogu povećati učinkovitost usluge 	<ul style="list-style-type: none"> - Nemogućnost pružanja svih usluga - Troškovi i održavanje (mobilne jedinice) - Ograničeno radno vrijeme - Veći trošak osoblja (zbog vremena provedenog u vožnji itd.) - U nekim mobilnim jedinicama korisnici bi se mogli osjećati pretjerano nadziranim/neugodno - Usluge koje pružaju drugi korisnici moraju biti pod jakim nadzorom i zahtijevaju obuku
Samoposlužni automati	<ul style="list-style-type: none"> • Opsrba opremom za ubrizgavanje/odlaganje iste • Upućivanje na testiranje na zaraznu bolest, njihovog liječenje, cijepljenje i usluge davanja lijekova • Promicanje zdravlja (upismenom obliku) 	<ul style="list-style-type: none"> + Uvijek dostupan (osobito mladim/novim korisnicima) + Ekonomičan + Anoniman 	<ul style="list-style-type: none"> - Nemogućnost pružanja svih usluga - Nije moguć osobni kontakt - Moguća zabrinutost zajednice zbog lokacije aparata - Potreban je novac ili žetoni - Potrebno je osigurati održavanje i punjenje
Usluge opće zdravstvene skrbi	<ul style="list-style-type: none"> • Povjerljivo testiranje na HIV, hepatitis B, C i TBC • Terapija za HIV, hepatitis B, C i TBC 	<ul style="list-style-type: none"> + Dostupan + Pristup osposobljenom osoblju + Pristup detaljnijem 	<ul style="list-style-type: none"> - Mogućnost da neće biti skrojen po potrebama korisnika - Dio osoblja zdravstvene skrbi će možda nevoljko pružati njegu

Tip modela	Vrste usluga koje se mogu pružati intravenskim korisnicima droga	Prednosti	Ograničenja
	<ul style="list-style-type: none"> • Briga za infekcije kože/previjanja • Cijepljenje • Promicanje zdravlja • Opskrba opremom z ubrizgavanje • Pomoć kod detoksifikacije od droge • Suptitucijska terapija za opijatski ovisnike 	<ul style="list-style-type: none"> testiranju i uslugama liječenja + Pristup općim zdravstvenim uslugama (uslugama koje koristi ostatak zajednice) 	korisnicima droga <ul style="list-style-type: none"> - Protivljenje drugih korisnika - Korisnici će možda nevoljko koristiti mjesto pružanja usluga ako osjete da npr. blisko surađuje sa službama vlaste - Mogućnost da korisnici neće moći biti sigurni u povjerljivost - Teško je osigurati anonimnost za sve usluge - Ograničen/onemogućen pristup pojedincima bez zdravstvenog osiguranja - Stigmatizacija
Usluge u zatvorskom okruženju	<ul style="list-style-type: none"> • Sve usluge dostupne korisnicima droga u zajednici Primjeri uključuju: -Povjerljivo testiranje na HIV, hepatitis B, C i TBC • Liječenje HIV-a, hepatitis B, C i TBC-a • Cijepljenje • Promocija zdravlja • Opskrba opremom za ubrizgavanje/njeno odlaganje • Pomoć kod detoksifikacije od droge • Savjetovanje • Liječenje ovisnosti o drogama, uključujući OST 	<ul style="list-style-type: none"> + Mogućnost dopiranja do visokorizičnih skupina + Intervencije su ekonomične + Smanjen rizik od smrtnosti/oboljenja nakon puštanja + Agencije na razini zajednice mogu pružati usluge + Veće mogućnosti za pružanje liječenja bolesti + Dovoljno vremena za promociju zdravlja 	<ul style="list-style-type: none"> - Zatvorski budžet za zdravstvene potrebe može biti nedostatan - Potrebna sredstva za obuku zatvorskog zdravstvenog osoblja i policijskih službenika - Možda će biti teško osigurati povjerljivo pružanje usluga

Poznavanje i razumijevanje nacionalne situacije

Epidemiologija uporabe droge i infekcija među korisnicima podložna je brzim promjenama zbog različitih nedopuštenih droga, promjeni kultura uzimanja droge i kretanju stanovništva. Dinamika ovih promjena je kompleksna, sastoji se od više faktora i ovisna je socijalnim i ekonomskim situacijama, preventivnim aktivnostima i drugim društvenim faktorima (175).

Da bi se osiguralo da nacionalne i lokalne strategije služe intravenskim korisnicima droga na najbolji mogući način, kao i sprečavaju i kontroliraju zarazne bolesti, mora postojati dostatan nadzor uporabe droge i infekcija među intravenskim korisnicima droga. Slično tome, poduzete mjere trebaju se kontinuirano pratiti i vrednovati u smislu odaziva, učinka, važnosti i stope pokrivenosti. Takvo praćenje je potrebno ne samo da bi se osiguralo da prevencija ostane relevantna, već i da se zadrži učinkovitost u smislu učinka na zdravlje i trošak.

Da bi se osiguralo ispravno trošenje sredstava za prevenciju, napor prevencije zaraznih bolesti trebali bi biti usmjereni na one intravenske korisnike droga kod kojih je rizik od infekcija najveći. Ulaganje u prikladne sisteme nadzora kako korisnika droga tako i zaraznih bolesti je neophodno, a po svemu sudeći služi i kao mjeru štednje. Propuštanje pokretanja ovakvog sustava moglo bi ne samo prikriti rastući problem, koji dovodi do visokih zdravstvenih i društvenih troškova, nego i rezultirati neučinkovitim iskorištavanjem resursa.

Praćenje problematične uporabe droga i odgovori

Nadzor problema uporabe droge je neophodna komponenta svakog nacionalnog nastojanja da spriječi zlo uzrokovano drogama. Pregled ove aktivnosti izlazi iz okvira ovih smjernica, ali EMCDDA je izdala zbirku protokola ključnih pokazatelja i opremu za praćenje uporabe droge i problematične uporabe droge (uključujući uporabu droge ubrizgavanjem) i njihove posljedice (4).

Procjena broja intravenskih korisnika droga je sastavnica nadzora; ne procjenjuje se samo da bi se brojčano odredio rizik od infekcije, nego i da se odrede potencijalne potrebe za uslugama i da bi se lakše procijenila pokrivenost pružanja usluge. Zajedno s mrežom nacionalnih partnera (the Reitox network of National Focal Points) (176) i eksperternih grupa, EMCDDA pruža i uvodi standardiziranu metodologiju za procjenu broja korisnika droga među stanovništvom (uključujući intravenske korisnike droga) (4) koja opisuje različite metodološke pristupe da bi se došlo do nacionalnih i lokalnih procjena.

Kroz zbirku standardiziranih alata za praćenje (tablice s podacima i strukturirani upitnici), EMCDDA također prikuplja uskladene informacije o zdravlju i socijalnim reakcijama na uporabu droga i intravensku uporabu droga u EU: Državama članicama, zemljama kandidatkinjama i Norveškoj (112). Rutinski prikupljeni podaci uključuju informacije o prevenciji uporabe droga i načelima smanjivanja štete; o pružanju zdravstvenih i socijalnih ključnih intervencija, uključujući liječenje ovisnosti o drogama (npr. broj korisnika opijata koji primaju supstitucijsku terapiju); i o vrstama, broju i geografskoj distribuciji programa igle i šprice, kao i broju podijeljenih šprica.

Nadzor zaraza

Epidemiološka slika infekcija među korisnicima skloni je brzim promjenama, osobito ako je prevencija slaba. Dobar sustav nadzora bolesti, utemeljen na principu „nadzora radi djelovanja“, tj. s aktivnom povezanošću struktura prevencije i nadzora, predstavlja nužnu potrebu ukoliko se rizici infekcija među intravenskim korisnicima droga žele kontrolirati.

ECDC koordinira nadzor utemeljen na svim u novije vrijeme prijavljenim slučajevima infekcija koje se prenose krvlju na razini Europe, uključujući one infekcije koje se mogu prenijeti dijeljenjem opreme za ubrizgavanje. Nadzor temeljen na slučajevima koristan je za praćenje trendova bolesti i može biti koristan u ranom otkrivanju izbijanja bolesti, osobito ukoliko je nacionalna pokrivenost sustava dobra, a kašnjenja u izvješćivanju minimalna. Uspjeh intervencija na izbijanje bolesti u velikoj mjesri ovisi o sposobnosti da se brzo otkriju nove pojave i da se prikladno na njih reagira. Ukoliko se nacionalno izvješćivanje obavlja sa zakašnjanjem, to se može nadoknaditi puno bržim lokalnim ili regionalnim izvješćivanjem. Na razini EU postoje podaci o slučajevima infekcija HIV-om, hepatitisom B, hepatitisom C i hepatitisom A, ali kategorija prenošenja (tj. faktor rizika) sistematski se prikuplja samo za infekciju HIV-om (podaci o nadzoru nad hepatitisom B i C se trenutno ispituju i očekuje se da sadrže informacije o kategoriji prenošenja). Mnogi nacionalni sustavi, ipak, prikupljaju detaljnije informacije, što je važno za provedbu lokalnih mjera prevencije. Stope dojava o bolesti mogu odražavati pojavnost bolesti, ali obično se radi o preniskoj procjeni. Nadalje, samo podaci pod zajedničkim nazivnikom opće populacije mogu se obično primjenjivati na ovu vrstu nadzora. Promjene u uzorcima

testiranja i učestalosti mogu lako poremetiti rezultate. Prijavljanje koje se temelji na slučajevima također zahtijeva održavanje osnovne razine infrastrukture i vremena obrade u većim vremenskim periodima, a pružatelj usluga medicinske skrbi treba dati odgovarajuće informacije o faktoru rizika.

EMCDDA prati pojavnost zaraznih bolesti kod intravenskih korisnika droga razvijajući standarde prikupljanja podataka i smjernice prema biobiheviorističkim istraživanjima i ostalim prikupljenim podacima o intravenskim korisnicima droga (2).

Ovaj posao se obavlja u suradnji s ECDC, koji koordinira opći nadzor zaraznih bolesti u Europi i nacionalne i internacionalne uzorke (177-178). Prikupljanje podataka se usmjerava na HIV, hepatitis B i C kod intravenskih korisnika droga. Sustav ranog upozoravanja i mreža stručnjaka drže se u pripravnosti za slučajeve izbijanja zaraznih bolesti kod intravenskih korisnika droge, što može uključivati druge bolesti, kao što je antraks i botulizam.

Ostale vrste nadzora, kao što su različite vrste istraživanja i biobiheviorističkih studija imaju svoje vlastite osobite prednosti u smislu pružanja strateški važnih informacija. Istraživanja mogu ponuditi procjene pojavnosti među ciljanom populacijom, što se obično ne može postići kroz nadzor temeljen na slučajevima. Biobihevioristička istraživanja kod intravenskih korisnika droga, kao ona promovirana od strane EMCDDA i ECDC, mogu pružiti informacije o tipu uporabe droge i zaraznim bolestima.

Ipak, ova istraživanja se moraju s vremenom ponoviti ukoliko se želi slijediti trendove, što može biti skupo. Dodatno ograničenje je nedostatak konsenzusa o najboljem načinu za postizanje reprezentativnog uzorka s vremenom, iako dvije agencije rade na tom konsenzusu. Zemlje trebaju odlučiti o parametrima vlastitih sustava za prikupljanje podataka za nadzor na temelju svojih vlastitih potreba, ali bi takav sistem trebao pružiti dovoljno informacija o razvoju prevencije, strateški temeljene na procjeni zdravstvenih potreba na lokalnoj razini, uz ekonomičnost u pogledu sredstava i troškova.

Praćenje i vrednovanje programa

Sustavi za praćenje trebali bi služiti potrebama zemlje ili regije za kontinuirani proces evaluacije i prilagodljivosti promjenama u navikama i profilima korisnika; takva evaluacija pomaže voditeljima programa i autorima smjernica u određivanju koje su sastavnice preventivnog programa uspješne, a koje zahtijevaju poboljšanje. Praćenje također može pokazati osobama koje planiraju programe jesu li mješavina načina pružanja usluga, kombinacija pruženih usluga i pokrivenost intervencijama učinkoviti u smanjivanju ili prevenciji povećanja pojavnosti bolesti u ciljanoj skupini intravenskih korisnika droga.

Ukoliko se ne obavi praćenje, bit će nemoguće izmjeriti učinak programa ili pripisati promjene u ponašanju ili pojavnosti bolesti intervencijama. Oba procesa i pokazatelji ishoda mogu se koristiti i biti korisni, ali vrijedno je razmotriti postavljanje realističnih ciljeva u potonju kategoriju. Za mnoge snažne pokazatelje ishoda kao što je pojavnost infekcija ili promjene rizičnog ponašanja trebat će godine ili desetljeća da se značajno promijene.

Pokazatelji

Ove smjernice detaljno ne pokrivaju pokazatelje za praćenje programa i njihovo vrednovanje, s obzirom da je značajan posao već obavljen na ovom području (vidi (4,53,137)). Treba naglasiti da se svi pokazatelji praćeni na nacionalnoj razini trebaju koristiti za nacionalno planiranje i u svrhu evaluacije. Praćenje bi trebalo biti pomoć, a ne prepreka postizanju nacionalnih ili regionalnih programskih ciljeva. Podaci praćenja i vrednovanja trebali bi biti uvršteni u proces kontinuiranog vrednovanja i prilagođavanja programa usluga da bi se dotaknula promjena epidemioloških karakteristika i karakteristika korisnika. Očigledno je da nisu svi nacionalni pokazatelji korisni za međunarodno izvještavanje, a nisu ni svi pokazatelji međunarodnog izvještavanja nužno korisni za nacionalno praćenje. Često dolazi do pogrešnog shvaćanja da rigorozno treba slijediti sve međunarodne pokazatelje, čak i ako su nacionalno nebitni.

Postavljanje ciljeva za pokrivenost intervencijama

Na razini populacije pokrivanje se najčešće definira kao udio populacije u potrebi za intervencijom nad kojim je zapravo ta intervencija provedena (179). Da bi se optimiziralo prevenciju nužno je znati koliki je udio ciljane populacije intravenskih korisnika obuhvaćen specifičnim preventivnim intervencijama. Što se tiče cijepanja, razina pokrivenosti određuje učinke postignute intervencijom: na izvjesnoj razini pokrivenosti učinci na kolektivni imunitet uvode zaštitu, čak i za necijepljenu populaciju. Ovi zaključci također su podržani provedbom modela.

Uobičajene mjere u polju prevencije zaraznih bolesti kod intravenskih korisnika su: godišnji broj šprica dostavljenih za ubrizgavanje droga, ili postotak problematičnih korisnika opijata na supstitucijskoj terapiji. Udio intravenskih korisnika droga na liječenju od HIV-a, hepatitis B i/ili hepatitis C sljedeći je važni pokazatelj učinkovitosti pružanja usluga

lječenja infekcija (180). Indikativni ciljevi za preventivne usluge su određeni, ali vrlo je bitno razmotriti one u kontekstu specifične nacionalne (ili lokalne situacije, na temelju kvalitetno provedene procjene potreba (53, 179). Postoje sve čvršći dokazi da su više razine programa opskrbe iglama i špricama i supstitucijske terapije za opijatske ovisnike učinkovitije nego niže razine pokrivenosti intravenskim korisnicima droga (71,181) i da među zemljama mogu postojati velike razlike u pokrivenosti (180,182). Prema podacima EMCDDA, trenutni prosjek dostavljenih šprica u godini 2009. u specijaliziranim prostorijama NSP-a je 90 po korisniku. Na nacionalnoj razini, najviši prijavljeni broj je bio više od 300 šprica po intravenskom korisniku (183). Nadalje, ljekarne predstavljaju još jedan važan izvor čiste opreme za ubrizgavanje u većini zemalja. U istoj godini prosječno jedan od dva korisnika opijata primala su supstitucijsku terapiju, s najvišim nacionalnim postotkom u Malti od 68% (procjena središnjeg postotka između 65% i 71% (128)). U idealnim uvjetima uvijek bi trebale postojati dostatne zalihe igala i šprica da bi se usluge odvijale. Neispunjena potražnja za uslugama razmjene igala i šprica ili vrijeme čekanja na liječenje ovisnosti o drogama znak su da pokrivenost uslugama treba povećati.

Pojačavanje programa šprica; iskustvo iz Estonije

Estonija je jedna od zemalja EU koja se suočila s teškim teretom intravenske uporabe droga, s visokim stopom intravenskog korištenja droga unutar opće populacije kao i vrlo visoke pojavnosti HIV-a među intravenskim korisnicima droga. Najviša koncentracija intravenskog korištenja droga postoji u glavnom gradu Tallinnu i sjeveroistočnoj Estoniji. Procjenjuje se da Tallinn ima oko 10 000 intravenskih korisnika droga koji najviše koriste pripravke fentanila i amfetamine. Usluge razmjene igala i šprica inicirane su u Talinu 1997., a supstitucijska terapija za opijatske ovisnike uslijedila je 2001., iako je opseg usluga bio ograničen. 2005., pojavnost HIV-a među intravenskim korisnicima bila je 54%, a prijavljen je i visok udio (21%) novih korisnika (onih koji intravenski uzimaju droge <= 3 godine). Na nacionalnoj razini je odlučeno da je neophodno promptno povećati pokrivenost preventivnim programima da bi se izšlo u susret povećanoj javnoj zabrinutosti za zdravje, a sve u sklopu Nacionalne strategije prevencije HIV-a/AIDS-a. Između 2003. i 2009. broj lokacija stalnih mesta za pružanje usluga u Tallinnu povećao se s 1 na 10, broj posjeta povećao se 27 puta, broj podijeljenih šprica povećao se 43 puta (od 1.88 na 77 šprica/korisnik droga/godina), a broj lokacija za liječenje metadonom povećao se za više od 4 puta. Prijavljeno je da je približno 80% IDU-a bilo barem jednom u kontaktu s uslugama razmjene šprica, a za približno 60% korisnika usluge razmjene šprica su glavni izvor čistih igala i šprica. Postotak intravenskih korisnika droga za koje je prijavljeno da su dijelili šprice u posljednjih četiri tjedna smanjio se s 32% (2005) na 22% (2009). Za vrijeme tog perioda pojava HIV-a među novim korisnicima smanjila se s 21% na 12%. Za pretpostaviti je da se smanjena pojava HIV-a djelomično može pripisati pojačanom pružanju usluga igala i šprica, jer je pristup liječenju od droga i antivirusnom liječenju bio na prilično niskim razinama za vrijeme tog perioda. Za pretpostaviti je da je kontinuirana opskrba iglama i špricama na još višim razinama, u kombinaciji s povиšenim do visokim razinama liječenja od droga i HIV-a nastavila s vremenom smanjivati pojavnost HIV-a u Estoniji.

Izvor: (206)

Dodatak A. Epidemiologija injektiranja droga i glavne zaraze među intravenskim korisnicima droga u EU/EEA

Intravenska uporaba droga

Intravenski korisnici droga su jedna od skupina pod najvećim rizikom od negativnih posljedica za zdravlje kao rezultat uporabe droga zbog krvnim putem prenosivih infekcija poput one HIV-om te hepatitisa B i C. Također su skloni predoziranju drogama i infekcijama tuberkulozom, virusom hepatitisa A, bakterijskim kožnim infekcijama, sistemskim infekcijama i infekcijama prenosivim spolnim putem.

U mnogim evropskim zemljama intravensko korištenje droga je sinonim za uporabu opijata, ali ima i zemalja u kojima je amfetamin najčešće intravenski korištena droga (5). EMCDDA skuplja procjene o pojavnosti intravenskog korištenja droga od zemalja članica Europske unije, a 2010. 12 zemalja predočilo je nedavne procjene koje sugeriraju velike razlike u broju intravenskih korisnika droga ovisno o zemlji. Procjenjeni prosjek intravenskih korisnika droga je 2.5 na 1000 odraslih osoba starosti od 15 do 64 godina života u zemljama koje su predočile procjene. Kada bi se ovaj prosjek iskoristio za procjenu na razini populacije Europe, radilo bi se o procjeni o između 750 000 i milijun aktivnih intravenskih korisnika droga u EU/EEA. Nadalje, zacijelo postoji i značajan broj bivših intravenskih korisnika droga (5). Dok se starost intravenskih korisnika u cijelini povećava u većini zapadnoeuropskih zemalja, u ostalim zemljama EU prevladaju mlađi intravenski korisnici.

HIV

Stopa pojavnosti HIV-a među intravenskim korisnicima droga, prema izvješćima zemalja EU kreću se od manje od 1% do više od 60% (na temelju posebnih istraživanja ili epidemiološkog nadzora) (137). Od svih u novije vrijeme dijagnosticiranih slučajeva HIV-a prijavljenih u 28 zemalja članica EU/EEA 2009. (25 917 slučajeva), 1 298 su identificirani kao osobe koje trenutno intravenski koriste ili su koristile droge (stopa od 5.7 na 100 000 stanovnika). Usprkos evropskom projektu iz 2009. od 5% prijavljenih slučajeva HIV-a zbog intravenske uporabe droge, nacionalni postoci znatno su se razlikovali, a udio intravenskih korisnika među novoprijavljenim slučajevima HIV-a kretao se od 65% u Litvi i 43% u Bugarskoj do manje od 1% u Nizozemskoj i Rumunjskoj. Od 2004. broj prijavljenih novih dijagnoza HIV-a među intravenskim korisnicima droga smanjio se za 40% u 26 zemalja EU/EEA sa stalnim sustavima izvještavanja o HIV-u (6). Nacionalni trendovi su slični, pri čemu većina zemalja prijavljuje smanjen broj slučajeva HIV-a među intravenskim korisnicima droga u zadnjih šest godina, osim Bugarske, Estonije, Latvije i Litve, s tri baltičke zemlje najugroženije rapidnim porastom stopa dijagnoza HIV-a u 2001-02. Od tada, ove zemlje prijavljuju smanjenje stopa, iako je 2007. u Latviji prijavljuje ponovna pojava HIV-a, a 2009. u Litvi. U zapadnoeuropskim zemljama zaraza HIV-om među intravenskim korisnicima droga datira puno dalje, a vrhunac je doživjela sredinom 1980-ih (6).

Usprkos trendu smanjivanja broja slučajeva HIV-a među intravenskim korisnicima droga u EU/EEA, još uvijek ima zemalja gdje u velikoj mjeri dolazi do zaraza HIV-om (184). Također je vjerovatno da do prenošenja HIV-a spolnim putem dolazi među intravenskim korisnicima droga i njihovim spolnim partnerima. Usprkos relativno niskom ukupnom broju dijagnosticiranih slučajeva među intravenskim korisnicima droga, njihov broj znatno je veći nego od osoba koje nisu intravenski korisnici droga.

Hepatitis B i C

Virusne infekcije hepatitisom B (HBV) i hepatitisom C (HCV) spadaju u važna pitanja javnog zdravstva u Evropskoj uniji, s obzirom da obje infekcije imaju znatan postotak oboljenja i smrtnosti. Obje infekcije mogu rezultirati kroničnim bolestima koje mogu dovesti do ciroze jetre, a u nekim slučajevima i do raka jetre i smrti. HBV i HCV lako se prenose intravenskom uporabom droge zbog nesigurne prakse ubrizgavanja koja podrazumijeva dijeljenje igala i šprica i ostale opreme za ubrizgavanje.

U Europi je ubrizgavanje droga glavni put zaraze HCV-om, a ljudi koji ubrizgovaju droge odgovorni su za većinu novoprijavljenih slučajeva infekcije HCV-om. Prema procjenama u Europi postoji oko milijun trenutnih ili bivših intravenskih korisnika droga za koje postoji mogućnost da imaju kroničnu infekciju HCV-om (5). Stopa infekcije HCV-om često su vrlo visoke među intravenskim korisnicima droga, a kreću se od 12% do 85% (54), a između 50 i 90% ljudi zaraženih virusom hepatitis C nisu u stanju spontano se oduprijeti infekciji. Pojavnost HCV-a među intravenskim korisnicima droga se prema promatrancima smanjuje u devet zemalja u Europi, ali se povećava u druge tri, a podaci iz još četiri zemlje ne pokazuju jasne trendove (8). U šest zemalja s poznatim faktorima rizika trendovi prijavljenih

slučajeva HCV-a pokazali su pad udjela intravenskih korisnika među prijavljenim slučajevima, ali i porast u druge tri zemlje (54). Podatke je teško tumačiti jer je kvaliteta podataka često loša ali postoje indicije da opće razine zaraze HIV-om među intravenskim korisnicima počinju opadati. Poznato je da se rizik zaraze HCV-om povećava s trajanjem intravenskog uzimanja droga (10), ali nedavna istraživanja također pokazuju da se neki intravenski korisnici zaraze virusom u početku intravenskog uzimanja droga (54). Visoke razine HCV-a među ljudima koji intravenski uzimaju droge još su pogoršane činjenicom da mnogi koji se zaraze HCV-om kroz intravensko uzimanje droge nisu svjesni svoj infektivnog statusa. Ovi faktori pokazuju koliko je bitno rano poduzimanje preventivnih mjera.

Pored visokih razina infekcije hepatitisom C, kod intravenskih korisnika droga često dolazi do infekcije drugim virusima, uključujući hepatitis B ili HIV. Istodobna infekcija s više vrsta hepatitisa izuzetno povećava rizik od smrti iznenadnim zatajenjem jetre. Razine antitijela hepatitisa B često su vrlo visoke među intravenskim korisnicima droga, ali pojavnost znatno varira među zemljama. To može biti djelomično zbog razlika u razinama cijepljenosti među intravenskim korisnicima droga (54). Nedavni podaci iz devet europskih zemalja pokazali su da je pojavnost anti-HBc-a među intravenskim korisnicima droga visoka. Među prijavljenim akutnim slučajevima hepatitisa B s dokumentiranim putevima prenošenja, u jednom od pet slučajeva do zaraze je došlo ubrizgavanjem droge. Podaci o trendovima pokazuju da je udio intravenskih korisnika droga među prijavljenim slučajevima HBV-a smanjen u osam od 17 zemalja između 2003. i 2008.

Tuberkuloza

Intravenska uporaba droga povezana je s mnoštvom okolinskih faktora rizika i rizičnim ponašanjem. Kombinacija socijalnih rizičnih faktora kao što su loši životni uvjeti, beskućništvo, zatvaranje, siromaštvo, korištenje duhana i zlouporaba alkohola, zajedno s psihološkim učincima uporabe droga, mogu dovesti intravenske korisnike droga u povećani rizik od razvijanja TBC-a, zaraze TBC-om i povećanog rizika smrtnosti (142, 185). Nadalje, HIV-om uvjetovano slabljenje imuniteta, kao što je ranije spomenuto, jedan je od najznačajnijih rizičnih faktora za razvoj TBC-a i glavni razlog za visoku pojavnost TBC-a među intravenskim korisnicima droga. Nedavno sistematsko izvješće o istovremenoj infekciji TBC-om i HIV-om u zemljama EU/EEA donosi podatak da se stopa infekcije HIV-om kod osoba već zaraženih TBC-om kreće od 0 do 15% i da je intravenska uporaba droga jedan od rizičnih faktora za razvijanje istovremene infekcije (186). EU ima najniže prijavljene stope TBC-a u svijetu, ali postoji značajna heterogenost između zemalja EU. U 2009. prijavljene stope kretale su se između 2.8 i 108.2 slučaja na 100 000 stanovnika (187).

Najranjivije i najizoliranije skupine su one koje nose najznačajniji teret bolesti i koje imaju najlošiji pristup uslugama.

Ne postoji zbirka podataka na razini cijele EU o socijalnim rizičnim faktorima za TBC, tako da se procjene o pojavnosti TBC-a temelje na regionalnim, i u nekim slučajevima nacionalnim istraživanjima.

Ipak, postoji dovoljno dokaza da je uporaba droga povezana s većom pojavnosću prikrivene infekcije TBC-om, a intravenski korisnici droga nalaze se pod povećanim rizikom od aktivne TBC bolesti. Ovisno o okruženju i zemlji, približno 10 do 60% korisnika droga bilo je pozitivno na tuberkulozni test kože (142). Istraživanja su pokazala da se korisnici droga, bez obzira jesu li intravenski ili ne, suočavaju sa sličnim rizikom od pozitivnog testa na TST (142).

Značajna većina pojedinaca zaražena *M. tuberculosis* nikada neće oboljeti, ali bakterije će se zadržati u subkliničkom statusu uz minimalno razmnožavanje. Prikrivena infekcija TBC-om (LTBCI - *latent TBC infection*) se stoga definira kao stanje kada je pojedinac zaražen, ali bez kliničke manifestacije bolesti, a iz kojeg se obradom ne mogu prepoznati bacili *M. tuberculosis*. Aktivna TBC bolest dijagnosticira se procjenom povijesti bolesti, simptoma, radiografijom i mikrobiološkom ili molekularnom identifikacijom *M. tuberculosis*. Rizik napredovanja do aktivne TBC bolesti ovisi o imunološkom statusu pojedinca. Kod ljudi koji nisu zaraženi HIV-om postoji rizik od 5 do 10% da će do kraja života razviti TBC bolest, dok kod ljudi kod kojih je zabilježen HIV postoji godišnji rizik od 10% od razvijanja TBC bolesti (185).

Virus hepatitis A

Hepatitis A je virusna infekcija s akutnim počekom koja se prenosi fekalno-oralnim kontaktom, a njeno izbijanje se često povezuje s kontaminiranim hranom i vodom ili specifičnim rizičnim skupinama uključujući muškarce koji imaju spolne odnose s muškarcima ili intravenski korisnici droga. Iz razloga što se ne prati redovito po rizičnim skupinama, stvarni teret hepatitis A među intravenskim korisnicima droga je nepoznat. Ipak, postaje izvješća o izbijanju hepatitis A unutar Europske unije usmjereni na intravenske korisnike droga, kao npr. u Latviji 2008, gdje je stopa prijavljenih slučajeva među stanovništvom porasla od 0.66 do 123 na 100 000 zbog pojave infekcije u zajednici (13).

Ostale pojave vezuju se uz skupine intravenskih korisnika droga u Češkoj (12), Finskoj (15) i Norveškoj (14). Nije jasno povezuju li se ove pojave s praksom pripreme injekcija ili ostalim vrstama ponašanja vezanim uz lošu higijenu.

Bakterijske kožne i sistemske infekcije

Teško je procijeniti točan razmjer bakterijskih i sistemskih infekcija vezan uz intravensko korištenje droga jer one se većinom ne prate na europskoj razini. Na temelju istraživanja 2010. vođenog u Engleskoj, Walesu i Sjevernoj Irskoj, kod 40% trenutnih intravenskih korisnika zabilježene su rane, črevi ili otvorene rane, uobičajeni simptomi infekcija mesta ubrizgavanja tijekom prethodne godine (17). Ove infekcije najčešće su rezultat korištenja nesterilne opreme za ubrizgavanje ili nečiste opreme za pripremu droga. Najčešći patogen koji uzrokuje infekcije kože i mekog tkiva među intravenskim korisnicima droga je *Staphylococcus aureus* (MRSA) (188). Dok je većina infekcija bezazlena, mogu se razviti i u ozbiljne i sistematske, rezultirajući osteomijelitom, bakterijemijom, septičkom trombozom dubokih vena, te endokarditisom (189-190). Ostale bakterijske kožne infekcije, infekcije mekog tkiva i sistemske infekcije uzrokovane su streptokokom grupe A (GAS), dok se ostale povezuju s klostridijskim infekcijama koje rezultiraju botulizmom rane ili tetanusom (191-192). Pojave botulizma rane (193), tetanusa (18), i ostalih klostridijskih infekcija (194) otkrivene su kod intravenskih korisnika droga širom Europe. Dok su ove sistemske infekcije prilično rijetke, mogu rezultirati ozbiljnom bolešću ili smrću. Jedna od takvih akutnih bolesti je antraks, a uzrokuje ga bakterija *Bacillus anthracis*. Rijedak je u Europi, ali krajem 2009. i 2010. prijavljena su 42 slučaja među intravenskim korisnicima droga u Škotskoj, od čega je 13 rezultiralo smrću. Ostali smrtni ishodi povezani sa škotskim slučajevima zbog iste vrste antraksa, prijavljeni su u Engleskoj i Njemačkoj, a smatra se da je izvor kontaminirana količina heroina (54).

Spolno prenosive infekcije

Uporaba droga, uključujući ubrizganje droga, povezuje se s visokorizičnim spolnim ponašanjem i čestom pojavom spolno prenosivih infekcija, iako epidemiologija STI-a među intravenskim korisnicima droga nije dobro dokumentirana u Europi. Smatra se da su intravenski korisnici droga pod povećanim rizikom od STI-a zbog veće vjerovatnosti razmjene seksualnih usluga za novac ili droge ili zbog smanjene mogućnosti rasuđivanja kod dogovora oko sigurnijeg spolnog ponašanja dok su pod utjecajem droga (162). Također se pretpostavlja da korištenje droga otežava nekim intravenskim korisnicima droga podvrgavanje zdravstvenim uslugama ili pregledima zbog STI-a, te da se standardnim STI liječničkim uslugama ne dopire do velikog broja intravenskih korisnika droga. Ipak, postoje dokazi da se prenošenje na primjer hepatitisa V i HIV-a spolnim putem događa između intravenskih korisnika i njihovih partnera, te se zato potrebno usmjeriti prema ovoj populaciji radi pregleda i prevencije spolnim i krvnim putem prenosivih virusa.

Ljudski T-limfotropski virus tipa II (HTLV-II)

HTLV-II prenosi se dijeljenjem opreme za ubrizgavanjem spolnim putem, kao i zaraženim krvnim produktima. Od svog otkrića 1982., ljudski T-limfotropski virus tipa II (HTLV-II) imao je kontroverznu ulogu kao patogen, a literatura o njemu je ograničena. Prikuplja se sve više dokaza o neurološkoj bolesti i povećanoj pojavnosti upale pluća, bronhitisa i moguće autoimune bolesti među pacijentima zaraženima virusom HTLV-II (11). HTLV-II je pronađen kod intravenskih korisnika droga u Sjedinjenim Američkim Državama i Europi, s procijenjenom pojavnosću između 1.6 do 8% u Italiji (195-196) i 0.4 do 11.5% u Španjolskoj (197). U ovim istraživanjima, kao i u drugima, istovremena infekcija HIV-om je uobičajena. U sjevernoj Europi HTLV-II se rjeđe otkriva među intravenskim korisnicima droga, ali slučajevi su prijavljeni u Švedskoj (198) i Francuskoj (199). Jedno istraživanje u Irskoj otkrilo je visoku seroprevalenciju (15%) virusa HTLV-II među intravenskim korisnicima droga (200).

Dodatak B. Ključne intervencije za prevenciju infekcija među intravenskim korisnicima droga

Kao što je opisano u poglavlju „Namjere, ciljevi i metodologija“, kod prikupljanja sastavnica intervencija navedenih u ovim smjernicama uzeto je u obzir nekoliko faktora. Za svaku ključnu intervenciju u obzir su uzeti dokazi temeljeni na izdanoj studiji, revidiranoj od strane kolega i uz izvođenje sistematskog pregleda svih izvješća izdanih od godine 2000. („pregled pregleda“ vježba) (201). Pregledi su razmatrani dokazi visoke razine jer sažimaju i uspoređuju otkrića iz primarne literature koristeći sistemske kriterije za odabir studije i vrednovanje njenih rezultata. Pregled pregleda je učinkovita metoda smještanja dokaza visoke razine na jedno mjesto, ali ima i specifična ograničenja (vidi tehnička izvješća o bazi popratnih dokaza). Da bi se nadoknадila ova ograničenja, smjernice uzimaju u obzir nedavno provedeno primarno istraživanje kao i mišljenja stručnjaka kako bi se upotpunile dokazne izjave temeljene na „pregledu pregleda“. Rezultati primarnog istraživanja uzimaju se u obzir za one intervencije za koje sistemski pregledi još nisu dostupni. ECDC/EMCDDA Tehnička savjetodavna skupina pružila je dokaze o svim sastavnica ključnih intervencija.

Nadalje, potvrdili smo da se intervencija smatra najboljom praksom u EU i stoga je prikazana u nacionalnim i međunarodnim dokumentima. Konačno, služili smo se istraživanjima o željama korisnika i pružatelja usluga, prema tome kako su korisnici/pružatelji usluga opisali svoje kriterije za najučinkovitije pružanje usluga prevencije. Za svaku od preporučenih intervencija također su navedena razmotrena mišljenja o vrednovanju dokaza za uključivanje intervencije u smjernice.

Tablica B1: Sažetak učinkovitosti intervencija radi smanjenja rizičnog ponašanja kod intravenskog uzimanja droge i prenošenja HIV-a i HCV-a, kao baza za preporuku i razmatranje mišljenja u pogledu sedam ključnih intervencija

Ključna intervencija/sastavnice	Mišljenje stručnjaka/provedba u praksi	Dokazi iz pregleda izdanih izvješća (za simbole, vidi tablicu B ispod)	Zaključci prijašnjih istraživanja
Oprema za ubrizgavanje	Preporuka i razmotrena mišljenja: Preporuča se opskrba i legalni pristup čistoj opremi za ubrizgavanje, uključujući dovoljnu oprskrbu sterilnim iglama i špricama, besplatno, kao dio kombiniranog višekomponentnog preventivnog pristupa, provedenog kroz umanjivanje štete, savjetovanje i programe liječenja, temeljeno na temeljitim dokazima izvješća, primarnim istraživanjima i mišljenju stručnjaka		
Opskrba iglama i špricama	Pozitivno mišljenje stručnjaka.	Rizično ponašanje kod ubrizgavanja: ++ Prenošenje HIV-a: + Prenošenje HCV-a: ?	<ul style="list-style-type: none"> Ekološka istraživanja NSP-a pokazuju nepromijenjene ili opadajuće stope prenošenja HCV-a Nedavno izdana dodatna analiza pokazuje da je kombinacija OST-a s NSP-om učinkovita u smanjenju prenošenja HCV-a
Ostali pribor za ubrizgavanje	Pozitivno mišljenje stručnjaka.	Rizično ponašanje kod ubrizgavanja: + Prenošenje HIV-a: ? Prenošenje HCV-a: +/-	In vitro istraživanja pokazuju veliku mogućnost širenja HCV-a.
Folija za poticaj promjene načina uzimanja droge	Pozitivno mišljenje stručnjaka.	Rizično ponašanje kod ubrizgavanja: ? Prenošenje HIV-a: ? Prenošenje HCV-a: ?	Nedostatak istraživanja.
Cijepljenje	Preporučena i razmotrena mišljenja: Cijepljenje intravenskih korisnika droga cijepivom protiv hepatitisom A i B, tetanusa i gripe, a također, osobito pojedinaca zaraženih HIV-om – cijepivom protiv pneumokoka. Ovo se preporuča na temelju stručnjaka, provedbe u praksi i primarnih istraživanja.		
Cijepivo protiv HBV-a, HAV-a, tetanusa (cijepivo protiv pneumokoka za pojedince zaražene HIV-om)	<ul style="list-style-type: none"> Pozitivno mišljenje stručnjaka za ciljanu uslugu za intravenske korisnike droga. Efikasnost cijepiva je provjerena. Široko rasprostranjena praksa javnog zdravstva 	(Nije uključeno u izvješće)	Čvrsti dokazi o smanjenju pojave HBV-a, HAV-a i tetanusa nakon cijepljenja, čak i kad nije redovito obnavljano.
Liječenje ovisnosti o drogama	Preporuka i razmotrena mišljenja: Supstitucijska terapija za opijatske ovisnike (OST) i ostali oblici učinkovitog liječenja ovisnosti o drogama trebaju biti lako dostupni, temeljeni na mišljenju stručnjaka i – u slučaju OST-a – na čvrstim dokazima iz višestrukih opsežnih istraživanja i izvješća. S obzirom da manjka dokaza o učinkovitosti o psihosocijalnoj terapiji, preporuča se na temelju mišljenja stručnjaka.		

Ključna intervencija/sastavnice	Mišljenje stručnjaka/provedba u praksi	Dokazi iz pregleda izdanih izvješća (za simbole, vidi tablicu B ispod)	Zaključci prijašnjih istraživanja
Farmakološko liječenje agonistom (opijatom) (OST)	Pozitivno mišljenje stručnjaka.	Rizično ponašanje kod ubrizgavanja: ++ Prenošenje HIV-a: ++ Prenošenje HCV-a: +	<ul style="list-style-type: none"> Kombinacija OST-a s NSP-om dalje potiče učinkovitost u sprečavanju prenošenja HCV-a Povećan pristup ART-u i povećana virusna učinkovitost ART-a kod HIV-pozitivnih osoba u OST-u Korištenje OST-a u kombinaciji s psihosocijalnim povoljno djeluje na pristupanje liječenju, obavljanje tretmana, apstinenciju i naredni period.
Farmakološko liječenje antagonistom	<ul style="list-style-type: none"> Mogućnost za one koji ne započinju s farmakološkim liječenjem agonistom Potrebno je daljnje istraživanje. 	Rizično ponašanje kod ubrizgavanja: +/- Prenošenje HIV-a: +/- Prenošenje HCV-a: +/-	Mogući pozitivni učinci ako se kombinira sa psihosocijalnim tretmanom za smanjivanje uporabe droge.
Psihosocijalni tretman	<p>Glavna mogućnost za korisnike stimulansa, u nedostatu farmakoloških tretmana:</p> <ul style="list-style-type: none"> potiče učinkovitost OST-a ukoliko se kombinira mogućnost za korisnike opijata koji nisu zainteresirani za farmakološki tretman 	Rizično ponašanje kod ubrizgavanja: +/- Prenošenje HIV-a: +/- Prenošenje HCV-a: +/-	<ul style="list-style-type: none"> Mogući pozitivni učinci zbog smanjenja korištenja droga. Upravljanje nepredviđenim situacijama može biti korisno za korisnike stimulanata Kombinacija s OST-om povoljno djeluje na pristupanje liječenju, obavljanje tretmana, apstinenciju i naredni period.
Testiranje	Preporuka i razmotrena mišljenja: Dobrovoljno i povjerljivo testiranje uz informirani pristanak, na HIV, HCV (HBV za necijepljene) i ostale infekcije uključujući TBC trebalo bi se rutinski nuditi i biti vezano uz upućivanje na liječenje		
Testiranje na zarazne bolesti	<ul style="list-style-type: none"> Pozitivno mišljenje stručnjaka. Uključeno u nacionalne i međunarodne smjernice. Neophodna baza za bilo kakve odluke o prevenciji i liječenju. 	Rizično ponašanje kod ubrizgavanja: +/- Prenošenje HIV-a: ? Prenošenje HCV-a: ?	Istraživanje i provedba modela sugeriraju učinkovito vezivanje na pristup liječenju smanjuje daljnje prenošenje.
Liječenje zaraznih bolesti	<p>Preporuka i razmotrena mišljenja:</p> <p>Na temelju dokaza i mišljenja stručnjaka, antivirusni tretman trebalo bi se pružati na temelju liječničkih indikacija svima koji su zaraženi HIV-om, HBV-om ili HCV-om. Antituberkulozni tretman trebalo bi se pružati svima s aktivnim slučajevima TBC-a. TBC profilaktična terapija trebala bi se razmotriti kod prikrivenih slučajeva TBC-a. Tretman za sve ostale zarazne bolesti trebao bi se nuditi u skladu s liječničkom indikacijom. Za sve tretmane preporuča se univerzalni pristup, uključujući pristup za aktivne intravenske korisnike⁹.</p>		
	<ul style="list-style-type: none"> Pozitivno mišljenje stručnjaka Uključeno u internacionalne i nacionalne smjernice, koje sve češće kazuju da aktivna uporaba droga ne bi trebala biti isključivi kriterij za antivirusni tretman Nemogućnost liječenja mogla bi rezultirati u povećanju broja oboljenja i smrtnih ishoda 	(nije uključeno u izvješće)	<ul style="list-style-type: none"> Čvrsti dokazi za TBC liječenje aktivnih i prikrivenih slučajeva. Dokazi o provedbi modela sugeriraju moguće postizanje preventivnih efekata HCV-a na razini populacije. Dokazi o uspjehu liječenja HIV-a i HCV-a u grupama aktivnih korisnika.
Promocija zdravlja (IEC i outreach)	<p>Preporuka i procjene uzete u obzir:</p> <p>Promicanje zdravlja usmjereni na sigurniju praksu injektiranja; spolno zdravljje koje uključuje uporabu kondoma; preporuča se prevencija bolesti, testiranje i liječenje, temeljeno na dokazima iz pregleda,</p>		

⁹ Potrebno je razmotriti interakcije s drogom i stabilni kontakt s pružateljem zdravstvenih usluga.

Ključna intervencija/sastavnice	Mišljenje stručnjaka/provedba u praksi	Dokazi iz pregleda izdanih izvješća (za simbole, vidi tablicu B ispod)	Zaključci prijašnjih istraživanja
primarnih studija i stručnih mišljenja.			
Informacije, edukacija i savjetovanje	pozitivno stručno mišljenje smatra se neophodnom pratećom komponentom za dostavu svih šest intervencija	Rizično ponašanje povezano s injektiranjem: + Prijenos HIV-a: +/- Prijenos HCV-a: ?	Paket s više djelova temeljen na posebnim potrebama populacije klijenata Podržava ciljeve prevencije
Ciljano pružanje usluga			
Stalna mjesta niskog praga za pružanje NSP-a i ostalih usluga	Pozitivno mišljenje stručnjaka, dopušta kombinaciju usluga usmjerenih na korisnika i stvaranje kontakta s korisnicima.	Obavljen je pregled znanstvene literature o NSP programima. Rizično ponašanje kod ubrizgavanja: ++ Prenošenje HIV-a: + Prenošenje HCV-a: +/-	<ul style="list-style-type: none"> • U individualnim istraživanjima, niske cijene, geografska pristupačnost, ohrabrujući stavovi osoblja i mogućnost pristupanja dodatnim uslugama programa igle i šprice bili su poticajni faktori za intravenske korisnike da posjete to mjesto. • Geografska udaljenost, strah od uhićenja kod pristupanja NSP-u, radno vrijeme i manjak privatnosti pokazali su se kao prepreke.
Upućivanja na usluge opće zdravstvene skrbi i specijalističku njegu, prevencija uporabe droga, ostali oblici smanjenja štete, savjetovanje i usluge liječenja	Pozitivno mišljenje stručnjaka; uključeno kao neophodna i temeljna sastavnica korisničke njegе, slijedeći prihvocene standarde zdravstvene skrbi i pružanja socijalnih usluga.	Nije obavljen formalni pregled znanstvene literature u vezi učinka upućivanja na usluge.	Nije obavljen formalni pregled znanstvene literature u vezi učinka upućivanja na usluge.
Pristup špricama u ljekarnama	Pozitivno mišljenje stručnjaka, proširuje dostupnost sterilnih šprica.	Rizično ponašanje kod ubrizgavanja: + Prenošenje HIV-a: +/- Prenošenje HCV-a: ?	Ekološka i višetematska istraživanja dokumentiraju smanjeno dijeljenje šprica nakon uvođenja prodaje šprica u ljekarnama.
Sekundarna distribucija šprica	Pozitivno mišljenje stručnjaka, proširuje djelokrug programa šprica.	Rizično ponašanje kod ubrizgavanja: +/- Prenošenje HIV-a: +/- Prenošenje HCV-a: ?	Nedostatak istraživanja.
Opskrba špricama na terenu	Pozitivno mišljenje stručnjaka, omogućuje prodiranje do teško dostupne, marginalizirane populacije.	Rizično ponašanje kod ubrizgavanja: +/- Prenošenje HIV-a: +/- Prenošenje HCV-a: ?	Nedostatak istraživanja.
Samoposlužni aparati sa špricama	Pozitivno mišljenje stručnjaka, omogućuje pristup špricama neovisno o radnom vremenu.	Rizično ponašanje kod ubrizgavanja: + Prenošenje HIV-a: +/- Prenošenje HCV-a: ?	Nedostatak istraživanja.
Višenačinska dostava opreme za ubrizgavanje	Pozitivno mišljenje stručnjaka, preporuča se korištenje više distribucijski kanala.	Nije obavljen formalni pregled znanstvene literature u vezi učinka upućivanja na usluge.	Dokazi primarnih istraživanja da je kombinacija više kanala dostave učinkovitija.
Nadzirane prostorije za intravensko korištenje droga	Pozitivno mišljenje stručnjaka, omogućava individualno „skrojenu“ edukaciju o sigurnoj uporabi.	Rizično ponašanje povezano s injektiranjem: + Prijenos HIV-a: ? Prijenos HCV-a: ?	Nedostatak istraživanja. Djelovanje na slučajevе smrti predoziranjem u zajednici.

Tablica B2: Izjave o dokazima i potrebna razina dokaza kako bi podržala svaku izjavu (modificirano iz Ellis et. Al. 2003)

Izjave o dokazima	Razina dokaza
„++“ ili „+“ Dovoljno dokaza istraživanja da podrže ili opovrgnu učinkovitost intervencije	<ul style="list-style-type: none"> Jasna i nedvosmislena izjava jednog ili više temeljnih izvješća temeljenih na višestrukim opsežnim istraživanjima, ili čvrsti dokazi višestrukih opsežnih istraživanja s jednim ili više temeljnih izvješća, u nedostatku jasnih i nedvosmislenih izjava u izvješću.
„+“ ili „-“ Pokusni dokazi istraživanja da podrže ili opovrgnu učinkovitost intervencije	<ul style="list-style-type: none"> Pokusna izjava jednog ili više temeljnih izvješća temeljenih na čvrstim dokazima iz malog broja opsežnih istraživanja ili kraćih višestrukih istraživanja čvrsti dokazi malog broja opsežnih istraživanja ili kraćih višestrukih istraživanja s jednim ili više temeljnih izvješća, u nedostatku jasnih i nedvosmislenih izjava u izvješću, ili oprečni dokazi jednog ili više temeljnih izvješća, s čvršćim dokazima na jednoj strani (podržavajućih ili odbacujućih) i uvjerenljiv razlog za sukob, ili čvrsti dokazi opsežnih istraživanja s jednim ili više dopunskih izvješća, u nedostatku temeljnog izvješća
„+/-“ Nedovoljno dokaza istraživanja da podrže ili opovrgnu učinkovitost intervencije.	<ul style="list-style-type: none"> Nedovoljno potkrepljujuće izjave iz temeljnog izvješća, ili nedovoljno dokaza koji bi podržali ili opovrgnuli učinkovitost intervencije (jer ima premalo dokaza ili su dokazi preslabi), u nedostatku jasne nedvosmislene potkrepljujuće izjave iz temeljnog izvješća, ili bilo što manje od čvrstih dokaza višestrukih opsežnih istraživanja s jednim ili više dopunskih izvješća.
„?“ Nema istraživanja.	Nedostatak temeljnih ili dopunskih izvješća o temi; vjerojatno zbog nedostatka primarnih istraživanja.

Dodatak C. Dodatne smjernice i tehničke upute

Naziv	Organizacija (godina)	Link
Portal primjera dobre prakse, standardi i smjernice, vrednovana praksa Ključni epidemiološki pokazatelji	EMCDDA	http://www.emcdda.europa.eu/best-practice http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators
Korištenje IGRA krvnog testa za TBC dijagnozu	ECDC (2011)	http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1103_GUI_IGRA.pdf
Vodič za prevenciju Zaraze u izvanbolničkoj okolini: minimalna očekivanja za sigurnu brigu	CDC (2011)	http://www.cdc.gov/HAI/pdfs/guidelines/Ambulatory-Care-04-2011.pdf
Smjernice za kliničku praksu EASL: upravljanje infekcijom virusa hepatitisa C	EASL (2011)	http://www.easl.eu/assets/application/files/4a7bd873f9ccbf_file.pdf
HIV testiranje: povećanje broja Testiranih i učinkovitost u Europskoj uniji	ECDC (2010)	http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/101129_GUI_HIV_testing.pdf
Smjernice za testiranje HIV,virusnog hepatitisa i drugih infekcija kod intravenskih korisnika	EMCDDA (2010)	http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/testing-guidelines
Liječenje tuberkuloze: smjernice, četvrtvo izdanje	WHO (2010)	http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241547833_eng.pdf
Smjernice za usluge opskrbe priporom za ubrizgavanje: preporuke najbolje prakse za povjerenike i usluge za opskrbu priporom za ubrizgavanje (IEP) u Škotskoj	Škotska vlada (2010)	http://www.scotland.gov.uk/Publications/2010/03/29165055/0
Smanjenje štete na poslu: Smjernice za organizacije koje zapošljavaju osobe koje koriste droge	Open Society Institute (2010)	http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publication_s/h/armreduction-work-20110314/work-harmreduction-20110314.pdf
Vodič dobre prakse: HIV i uporaba droga – reakcije zajednice na intravensku uporabu droga i HIV	International HIV/AIDS Alliance (2010)	http://www.aidsalliance.org/publicationsdetails.aspx?id=454
Programi igle i šprice: Opskrba intravenskih korisnika droga priporom za ubrizgavanje	National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2009)	http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12130/43301/43301.pdf
Međunarodni standardi za brigu o tuberkulozi, drugo izdanje	Tuberculosis Coalition for Technical Assistance (2009)	http://www.tbcta.org/Uploaded_files/Zelf/ISTCReport2ndEdition1258118339.pdf
Tehnički vodič zemljama za postavljanje ciljeva za opći pristup prevenciji HIV-a, liječenje i brigu o intravenskim	WHO, UNODC, UNAIDS (2009)	http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/manual/2010/ida_target_setting_guide_en.pdf

Naziv	Organizacija (godina)	Link
korisnicima droga		
Smjernice o testiranju i savjetovanju za HIV u okolinama koje pohađaju intravenski korisnici droga	WHO, UNAIDS (2009)	http://www.who.int/hiv/topics/ido/care/GuidanceTC_IDUsettings.pdf
Smjernice politika za suradnju usluga za TBC i HIV za intravenske korisnike droga i ostale	WHO (2008)	http://www.who.int/rpc/guidelines/9789241596930/en/index.html
Smjernice kliničke prakse EASL: upravljanje kroničnim hepatitisom B	EASL (2009)	http://www.easl.eu/assets/application/files/b73c0da3c52fa1d_file.pdf
Sigurnost, rizici i ishodi uporabe pribora za ubrizgavanje	Scott (2008)	http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/127313/0057758.pdf
Vodič za početak i upravljanje programima igle i šprice	WHO, UNAIDS, UNODC (2007)	http://www.who.int/hiv/ido/Guide_to_Starting_and_Managing_NSP.pdf
HIV/AIDS liječenje i briga: klinički protokoli za WHO europsku regiju	WHO (2007)	http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/78106/E90840.pdf
Korelacija – Smjernice za pružanje integriranih terenskih usluga	Correlation Network (2007)	http://www.correlationnet.org/doccenter/pdf_document_centre/book_outreach_fin.pdf
Programi zamjene igala u Ontariju: preporuke dobre prakse.	Strike (2006)	http://www.health.gov.on.ca/English/providers/pub/aids/reports/ontario_needle_exchange_programs_best_practices_report.pdf
Vodič za politike i programe prevencije HIV/AIDS-a i brige za intravenske korisnike droga	WHO (2005)	http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/policyprogrammingguide.pdf
Vodič za HIV/ AIDS prevenciju među intravenskim korisnicima droga	WHO, UNAIDS, UNODC (2004)	http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/en/advocacyguideen.pdf
Dokazi za pokretanje akcije: učinkovitost terenskog rada u zajednici u prevenciji HIV/AIDS među intravenskim korisnicima droga	WHO (2004)	http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/evidenceforactionreprint2004.pdf
Privremena politika o zajedničkim HIV aktivnostima. 1. izdanje	WHO (2004)	http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_HTM_TB_2004.330_eng.pdf
BCG cjepivo: WHO position paper	WHO (2004)	http://www.who.int/wer/2004/en/wer7904.pdf
Pozadinski članak za tehničke konzultacije o učinkovitom pružanju zdravstvenih sustava	WHO (2001)	http://www.who.int/health-systemsperformance/technical_consultations/effcov_background.pdf

Reference

1. WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS treatment and care: clinical protocols for the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2007.
2. Malta M, Magnanini MM, Strathdee SA, Bastos FI. Adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected drug users: a meta-analysis. *AIDS Behav.* 2010 Aug;14(4):731-47.
3. MacGregor S, Whiting M. The development of European drug policy and the place of harm reduction. In: Rhodes T, Hedrich D, editors. Harm reduction: evidence, impacts, and challenges. Lisbon: EMCDDA; 2010.
4. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Key indicators. Lisbon: EMCDDA; 2011 [cited 5 August 2011]. Available from: <http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators>.
5. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Trends in injecting drug use in Europe. Lisbon: EMCDDA; 2010.
6. European Centre for Disease Prevention and Control, WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe: 2009. Stockholm: ECDC; 2010.
7. European Centre for Disease Prevention and Control. Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2010. Stockholm: ECDC; 2010.
8. European Centre for Disease Prevention and Control. Surveillance and prevention of hepatitis B and C in Europe. Stockholm: ECDC; 2010.
9. Nelson PK, Mathers BM, Cowie B, Hagan H, Des Jarlais D, Horyniak D, et al. Global epidemiology of hepatitis B and hepatitis C in people who inject drugs: results of systematic reviews. *Lancet.* 2011 Jul 27.
10. Hickman M. HCV prevention – a challenge for evidence-based harm reduction. In: Rhodes T, Hedrich D, editors. Harm reduction: evidence, impacts, and challenges. Lisbon: EMCDDA; 2010.
11. Roucoux DF, Murphy EL. The epidemiology and disease outcomes of human T-lymphotropic virus type II. *AIDS Rev.* 2004 Jul-Sep;6(3):144-54.
12. Castkova J, Benes C. Increase in hepatitis A cases in the Czech Republic in 2008 – an update. *Euro Surveill.* 2009 Jan 22;14(3).
13. Perevoscikovs J, Lucenko I, Magone S, Brila A, Curikova J, Vennema H. Community-wide outbreak of hepatitis A in Latvia in 2008 – an update. *Euro Surveill.* 2009 Jan 22;14(3).
14. Blystad H, Hoel T, Høiby E, Nilsen O. Infections among injecting drug users in Norway, 1997-2000. *Euro Surveill.* 2001;5(1).
15. Kuusi M, Nuorti P, Rostila T, Jokinen C. Hepatitis A infections in intravenous drug users, Finland, 2002. *Euro Surveill.* 2003 30 January 2003;7(5).
16. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Guidelines for testing HIV, viral hepatitis, and other infections in injecting drug users: a manual for provider-initiated medical examination, testing and counseling. EMCDDA manuals. Lisbon: EMCDDA; 2010.
17. Health Protection Agency CfI, Health Protection Scotland, National Public Health Service for Wales, Communicable Disease Surveillance Centre Northern Ireland, Centre for Research on Drugs and Health Behavior LSoHaTM. Shooting up: infections among injecting drug users in the United Kingdom 2007. An update: October 2008. 2008.
18. Hahne SJ, White JM, Crowcroft NS, Brett MM, George RC, Beeching NJ, et al. Tetanus in injecting drug users, United Kingdom. *Emerg Infect Dis.* 2006 Apr;12(4):709-10.
19. Beeching NJ, Crowcroft NS. Tetanus in injecting drug users. *BMJ.* 2005 Jan 29;330(7485):208-9.
20. Wiessing L, van de Laar MJ, Donoghoe MC, Guarita B, Klempova D, Griffiths P. HIV among injecting drug users in Europe: increasing trends in the East. *Euro Surveill.* 2008;13(50).
21. Tefanova V, Tallo T, Kutsar K, Priimgi L. Urgent action needed to stop spread of hepatitis B and C in Estonian drug users. *Euro Surveill.* 2006;11(1):E060126 3.
22. Commission of the European Communities. Charter of fundamental rights of the European Union. 2000/C 364/01. Brussels: Commission of the European Communities; 2000.
23. Commission of the European Communities. Treaty of Lisbon. 2007/C 306/01. Brussels: Commission of the European Communities; 2007.
24. Commission of the European Communities. Combating HIV/AIDS in the European Union and neighbouring countries, 2009–2013. Brussels: Commission of the European Communities; 2009.
25. Dublin declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia. Dublin; 2004.
26. EU Drugs Action Plan for 2009–2012. Official Journal of the European Union. 2008 Dec 20:C 326/7-25.
27. Council of the European Union. EU Drugs Strategy (2005–2012). Brussels; 2004.
28. European Centre for Disease Prevention and Control. Evidence-based methodologies for public health. Stockholm:ECDC; 011.
29. European convention for the prevention of torture and inhuman or degrading treatment or punishment. 2002.
30. UN General Assembly. Basic principles for the treatment of prisoners. UN General Assembly Resolution. Geneva; 1990.
31. WHO. Prevention of acute drug-related mortality in prison populations during the immediate post-release period. Copenhagen: WHO European Regional Office; 2010.
32. WHO. Health in prisons: A WHO guide to the essentials in prison health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2007.
33. O'Hare P. Merseyside, the first harm reduction conferences, and the early history of harm reduction. *Int J Drug Policy.* 2007 Mar;18(2):141-4.

34. Buning EC, Coutinho RA, van Brussel GH, van Santen GW, van Zadelhoff AW. Preventing AIDS in drug addicts in Amsterdam. *Lancet*. 1986 Jun 21;1(8495):1435.
35. International Harm Reduction Association. What is harm reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association. London: International Harm Reduction Association; 2010.
36. Advisory Council on the Misuse of Drugs. AIDS and drug misuse: Part I. London: Advisory Council on the Misuse of Drugs (ACMD); 1988.
37. Rhodes T, Hedrich D. Harm reduction and the mainstream. In: Rhodes T, Hedrich D, editors. Harm reduction: evidence, impacts and challenges. Lisbon: EMCDDA; 2010.
38. Hunt N. Public health or human rights: what comes first? *Int J Drug Policy*. 2004;15:231-7.
39. Jurgens R, Csete J, Amon JJ, Baral S, Beyrer C. People who use drugs, HIV, and human rights. *Lancet*. 2010 Aug 7;376(9739):475-85.
40. WHO. Ottawa Health Charter. First International Conference on Health Promotion; 1986; Ottawa, Canada: World Health Organization.
41. Davoli M, Simon R, Griffiths P. Current and future perspectives on harm reduction in the European Union. In: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Harm reduction: evidence, impacts and challenges. Lisbon: EMCDDA; 2010.
42. Wodak A, Cooney A. Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Geneva: World Health Organization; 2004.
43. Arponen A, Brummer-Korvenkontio H, Liitsola K, Salminen M. Trust and free will as the keys to success for the low threshold service centers (LTHSC): An interdisciplinary evaluation study of the effectiveness of health promotion services for infectious disease prevention and control among injecting drug users. Helsinki: Finnish National Public Health Institute and Department of Infectious Disease Epidemiology and Control; 2008.
44. Kerr T, Hayashi K, Fairbairn N, Kaplan K, Suwannawong P, Zhang R, et al. Expanding the reach of harm reduction in Thailand: Experiences with a drug user-run drop-in centre. *Int J Drug Policy*. 2010 May;21(3):255-8. Epub 2009 Sep 18.
45. Trubnikov MN, Khodatakevich LN, Barkov DA, Blagovo DV. Sources of injecting equipment for drug users in Moscow, Russia. *Int J Drug Policy*. 2003 Dec;14(5):453-55.
46. Voytek C, Sherman SG, Junge B. A matter of convenience: Factors influencing secondary syringe exchange in Baltimore, Maryland, USA. *Int J Drug Policy*. 2003 Dec;14(5):465-67.
47. Curth NK, Hansson LN, Storm F, Lazarus JV. Select barriers to harm-reduction services for IDUs in eastern Europe. *Cent Eur J Public Health*. 2009 Dec;17(4):191-7.
48. Irwin K, Karchevsky E, Heimer R, Badrieva L. Secondary syringe exchange as a model for HIV prevention programs in the Russian Federation. *Subst Use Misuse*. 2006;41(6-7):979-99.
49. Williams CT, Metzger DS. Race and distance effects on regular syringe exchange program use and injection risks: a geobehavioral analysis. *Am J Public Health*. 2010 Jun;100(6):1068-74.
50. Sarang A, Rhodes T, Platt L. Access to syringes in three Russian cities: implications for syringe distribution and coverage. *Int J Drug Policy*. 2008 Apr;19 Suppl 1:S25-36.
51. Gindi RM, Rucker MG, Serio-Chapman CE, Sherman SG. Utilization patterns and correlates of retention among clients of the needle exchange program in Baltimore, Maryland. *Drug Alcohol Depend*. 2009 Aug 1;103(3):93-8.
52. Strike CJ, Challacombe L, Myers T, Millson M. Needle exchange programs. Delivery and access issues. *Can J Public Health*. 2002 Sep-Oct;93(5):339-43.
53. WHO, UNODC, UNAIDS. Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users. Geneva: WHO; 2009.
54. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Annual Report 2010: The state of the drugs problem in Europe. Lisbon: EMCDDA; 2010.
55. Scottish Government. Guidelines for services providing injecting equipment: Best practice recommendations for commissioners and injecting equipment provision (IEP) services in Scotland. Edinburgh; 2010.
56. Vlahov D, Fuller CM, Ompad DC, Galea S, Des Jarlais DC. Updating the infection risk reduction hierarchy: preventing transition into injection. *Journal of Urban Health*. 2004;81(1):14-9.
57. Tyndall MW, Bruneau J, Brogly S, Spittal P, O'Shaughnessy MV, Schechter MT. Satellite needle distribution among injection drug users: policy and practice in two Canadian cities. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2002 Sep 1;31(1):98-105.
58. Latkin CA, Hua W, Davey MA, Sherman SG. Direct and indirect acquisition of syringes from syringe exchange programmes in Baltimore, Maryland, USA. *Int J Drug Policy*. 2003 Dec;14(5):449-51.
59. Latka MH, Hagan H, Kapadia F, Golub ET, Bonner S, Campbell JV, et al. A randomized intervention trial to reduce the lending of used injection equipment among injection drug users infected with hepatitis C. *Am J Public Health*. 2008 May;98(5):853-61.
60. Latkin CA. Outreach in natural settings: the use of peer leaders for HIV prevention among injecting drug users' networks. *Public Health Rep*. 1998 Jun;113 Suppl 1:151-9.
61. Aitken CK, Kerger M, Crofts N. Peer-delivered hepatitis C testing and counselling: a means of improving the health of injecting drug users. *Drug Alcohol Rev*. 2002;21(1):33-7.
62. Broadhead RS, Volkanevsky VL, Rydanova T, Ryabkova M, Borch C, van Hulst Y, et al. Peer-driven HIV interventions for drug injectors in Russia: First year impact results of a field experiment. *Int J Drug Policy*. 2006 Sep;17(5):379-92.
63. Garfein RS, Golub ET, Greenberg AE, Hagan H, Hanson DL, Hudson SM, et al. A peer-education intervention to reduce injection risk behaviors for HIV and hepatitis C virus infection in young injection drug users. *Aids*. 2007 Sep;21(14):1923-32.

64. Hunt N, Trace M, Bewley-Taylor D. Reducing drug related harms to health: An overview of the global evidence, Report 4. London: The Beckley Foundation; 2005.
65. Southwell M. People who use drugs and their role in harm reduction. In: Rhodes T, Hedrich D, editors. Harm reduction: evidence, impacts and challenges. Lisbon: EMCDDA; 2010.
66. Keane H. Critiques of harm reduction, morality, and the promise of human rights. *Int J Drug Policy*. 2003;14(3):227-32.
67. National Treatment Agency for Substance Misuse. Engaging and retaining clients in drug treatment. London: National Treatment Agency for Substance Misuse; 2004.
68. WHO, UNODC, UNAIDS. Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention. Geneva: WHO; 2004.
69. Strike C, Leonard L, Millson M, Anstice S, Berkeley N, Medd E. Ontario needle exchange programs: Best practice recommendations. Toronto; 2006.
70. Turner K, Hutchinson S, Vickerman P, Hope V, Craine N, Palmateer N, et al. The impact of needle and syringe provision and opiate substitution therapy on the incidence of hepatitis C virus in injecting drug users: pooling of UK evidence. *Addiction*. 2011 May 25.
71. Van Den Berg C, Smit C, Van Brussel G, Coutinho R, Prins M. Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users. *Addiction*. 2007 Sep;102(9):1454-62.
72. Hagan H, Pouget ER, Des Jarlais DC. A systematic review and meta-analysis of interventions to prevent hepatitis C virus infection in people who inject drugs. *J Infect Dis*. 2011 Jul;204(1):74-83.
73. Wood E. Summary of findings from the evaluation of a pilot medically supervised safer injecting facility. *Canadian Medical Association Journal*. 2006;175(11):1399-404.
74. Crofts N, Nigro L, Oman K, Stevenson E, Sherman J. Methadone maintenance and hepatitis C virus infection among injecting drug users. *Addiction*. 1997;92(8):999-1005.
75. Hagan H, Thiede H, Weiss NS, Hopkins SG, Duchin JS, Alexander ER. Sharing of drug preparation equipment as a risk factor for hepatitis C. *Am J Public Health*. 2001 Jan;91(1):42-6.
76. Hind CR. Pulmonary complications of intravenous drug misuse. 1. Epidemiology and non-infective complications. *Thorax*. 1990 Nov;45(11):891-8.
77. Del Giudice P. Cutaneous complications of intravenous drug abuse. *Br J Dermatol*. 2004 Jan;150(1):1-10.
78. Roux P, Carrieri MP, Keijzer L, Dasgupta N. Reducing harm from injecting pharmaceutical tablet or capsule material by injecting drug users. *Drug Alcohol Rev*. 2011 May;30(3):287-90.
79. Gallo J, Playfair J, Gregory-Roberts J, Grunstein H, Clifton-Bligh P, Billson F. Fungal endophthalmitis in narcotic abusers. Medical and surgical therapy in 10 patients. *Med J Aust*. 1985 Apr 1;142(7):386-8.
80. US Center for Disease Control and Prevention. Guide to Infection Prevention in Outpatient Settings: Minimum Expectations for Safe Care. CDC: Atlanta; 2011.
81. Kimber J, Palmateer N, Hutchinson S, Hickman M, Goldberg D, Rhodes T. Harm reduction among injecting drug usersevidence of effectiveness. In: Rhodes T, Hedrich D, editors. Harm reduction: Evidence, impacts, challenges. Lisbon: EMCDDA; 2010.
82. Palmateer N, Kimber J, Hickman M, Hutchinson S, Rhodes T, Goldberg D. Evidence for the effectiveness of sterile injecting equipment provision in preventing hepatitis C and human immunodeficiency virus transmission among injecting drug users: a review of reviews. *Addiction*. 2010 May;105(5):844-59.
83. De P, Roy E, Boivin JF, Cox J, Morissette C. Risk of hepatitis C virus transmission through drug preparation equipment: a systematic and methodological review. *J Viral Hepat*. 2008 Apr;15(4):279-92.
84. Crofts N, Caruana S, Bowden S, Kerger M. Minimising harm from hepatitis C virus needs better strategies. *BMJ*. 2000 Oct 7;321(7265):899.
85. Thorpe LE, Ouellet LJ, Hershow R, Bailey SL, Williams IT, Williamson J, et al. Risk of hepatitis C virus infection among young adult injection drug users who share injection equipment. *Am J Epidemiol*. 2002 Apr 1;155(7):645-53.
86. Morissette C, Cox J, De P, Tremblay C, Roy E, Allard R, et al. Minimal uptake of sterile drug preparation equipment in a predominantly cocaine injecting population: implications for HIV and hepatitis C prevention. *Int J Drug Policy*. 2007 May;18(3):204-12.
87. Ouellet L, Huo D, Bailey SL. HIV risk practices among needle exchange users and nonusers in Chicago. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2004 Sep 1;37(1):1187-96.
88. Longshore D, Bluthenthal RN, Stein MD. Needle exchange program attendance and injection risk in Providence, Rhode Island. *AIDS Educ Prev*. 2001 Feb;13(1):78-90.
89. Matheson C, Anthony GB, Bond C, Rossi MK. Assessing and prioritizing the preferences of injecting drug users in needle and syringe exchange service development. *J Public Health (Oxf)*. 2008 Jun;30(2):133-8.
90. Garden J, Roberts K, Taylor A, Robinson D. Evaluation of the provision of single use citric acid sachets to injecting drug users Glasgow. NHS Greater Glasgow, Scottish Centre for Infection and Environmental Health and NHS Lanarkshire;

2003.

91. Advisory Council on the Misuse of Drugs. Consideration of the use of foil, as an intervention, to reduce the harms of injecting heroin. London: Advisory Counsil on the Misuse of Drugs; 2010.
92. Mravcik V, Skarupova K, Orlikova B, Zabransky T, Karachaliou K, Schulte B. Use of gelatine capsules for application of methamphetamine: a new harm reduction approach. *Int J Drug Policy.* 2011 Mar;22(2):172-3.
93. Abdala N, Crowe M, Tolstov Y, Heimer R. Survival of human immunodeficiency virus type 1 after rinsing injection syringes with different cleaning solutions. *Substance Use & Misuse.* 2004;39(4):581-600.
94. Baral S, Sherman SG, Millson P, Beyerer C. Vaccine immunogenicity in injecting drug users: a systematic review. *Lancet Infect Dis.* 2007 Oct;7(10):667-74.
95. Mereckiene J, Cotter S, Lopalco P, D'Ancona F, Levy-Bruhl D, Giambi C, et al. Hepatitis B immunisation programmes in European Union, Norway and Iceland: where we were in 2009? *Vaccine.* 2010 Jun 17;28(28):4470-7. Epub 2010 May 6.
96. Stancliff S, Salomon N, Perlman DC, Russell PC. Provision of influenza and pneumococcal vaccines to injection drug users at a syringe exchange. *J Subst Abuse Treat.* 2000 Apr;18(3):263-5.
97. Hu Y, Grau LE, Scott G, Seal KH, Marshall PA, Singer M, et al. Economic evaluation of delivering hepatitis B vaccine to injection drug users. *Am J Prev Med.* 2008 Jul;35(1):25-32.
98. Stitzer ML, Polk T, Bowles S, Kosten T. Drug users' adherence to a 6-month vaccination protocol: effects of motivational incentives. *Drug Alcohol Depend.* 2010 Feb 1;107(1):76-9.
99. Szmuness W, Stevens CE, Harley EJ, Zang EA, Taylor PE, Alter HJ. The immune response of healthy adults to a reduced dose of hepatitis B vaccine. *J Med Virol.* 1981;8(2):123-9.
100. Topp L, Day C, Dore GJ, Maher L. Poor criterion validity of self-reported hepatitis B infection and vaccination status among injecting drug users: a review. *Drug Alcohol Rev.* 2009 Nov;28(6):669-75.
101. Quaglio G, Talamini G, Lugoboni F, Lechi A, Venturini L, Jarlais DC, et al. Compliance with hepatitis B vaccination in 1175 heroin users and risk factors associated with lack of vaccine response. *Addiction.* 2002 Aug;97(8):985-92.
102. Ambrosch F, Wiedermann G, Andre FE, Delem A, Gregor H, Hofmann H, et al. Clinical and immunological investigation of a new combined hepatitis A and hepatitis B vaccine. *J Med Virol.* 1994 Dec;44(4):452-6.
103. Perrett K, Granerod J, Crowcroft N, Carlisle R. Changing epidemiology of hepatitis A: should we be doing more to vaccinate injecting drug users? *Commun Dis Public Health.* 2003 Jun;6(2):97-100.
104. BCG vaccine. WHO position paper. *Wkly Epidemiol Rec.* 2004 Jan 23;79(4):27-38.
105. Council of Europe. Council recommendation on the prevention and reduction of health-related harm associated with drug dependence. Official Journal of the European Union. 2003;OJ L165(03/07/2003):31-3.
106. Commission of the European Communities. Report from the Commission to the European Parliament and the Council on the implementation of the Council Recommendation of 18 June 2003 on the prevention and reduction of health-related harm associated with drug dependence. Brussels; 2007.
107. Malta M, Strathdee SA, Magnanini MM, Bastos FI. Adherence to antiretroviral therapy for human immunodeficiency virus/acquired immune deficiency syndrome among drug users: a systematic review. *Addiction.* 2008 Aug;103(8):1242-57.
108. Tilson H, Aramrattana A, Bozzette SA, Celentano DD, Falco M, Hammett TM, et al. Preventing HIV infection among injecting drug users in high-risk countries: an assessment of the evidence. Washington: Institute of Medicine; 2007.
109. Farrell M, Gowing L, Marsden J, Ling W, Ali R. Effectiveness of drug dependence treatment in HIV prevention. *Int J Drug Policy.* 2005;16(Suppl. 1):S67-S75.
110. Mattick RP, Kimber J, Breen C, Davoli M. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008(2):CD002207.
111. WHO. Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. WHO: Geneva; 2009.
112. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Statistical Bulletin. EMCDDA: Lisbon; 2011 [cited 5 August 2011]. Available from: <http://www.emcdda.europa.eu/stats11>.
113. Degenhardt L, Mathers B, Vickerman P, Rhodes T, Latkin C, Hickman M. Prevention of HIV infection for people who inject drugs: why individual, structural, and combination approaches are needed. *Lancet.* 2010 Jul 24;376(9737):285-301.
114. Kimber J, Copeland L, Hickman M, Macleod J, McKenzie J, De AD, et al. Survival and cessation in injecting drug users: prospective observational study of outcomes and effect of opiate substitution treatment. *BMJ.* 2010;341:c3172.
115. Sorenson JL, Copeland AL. Drug abuse treatment as an HIV prevention strategy: a review. *Drug Alcohol Depend.* 2000 Apr 1;59(1):17-31.
116. Amato L, Davoli M, Perucci CA, Ferri M, Faggiano F, Mattick RP. An overview of systematic reviews of the effectiveness of opiate maintenance therapies: available evidence to inform clinical practice and research. *J Subst Abuse Treat.* 2005;28(4):321-9.

117. Wright NMJ, Tompkins CNE. A review of the evidence for the effectiveness of primary prevention interventions for Hepatitis C among injecting drug users. *Harm Reduct J.* 2006;3.
118. Gowing L, Farrell MF, Bornemann R, Sullivan LE, Ali R. Oral substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011(8):CD004145.
119. Craine N, Hickman M, Parry JV, Smith J, Walker AM, Russell D, et al. Incidence of hepatitis C in drug injectors: the role of homelessness, opiate substitution treatment, equipment sharing, and community size. *Epidemiol Infect.* 2009;137(9):1255-65.
120. Hallinan R, Byrne A, Dore GJ. Harm reduction, hepatitis C and opioid pharmacotherapy: An opportunity for integrated hepatitis C virus-specific harm reduction. *Drug Alcohol Rev.* 2007 Jul;26(4):437-43.
121. Miller CL, Wood E, Spittal PM, Li K, Frankish JC, Braithwaite P, et al. The future face of coinfection: prevalence and incidence of HIV and hepatitis C virus coinfection among young injection drug users. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2004;36(2):743-9.
122. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Heroin-assisted treatment. Lisbon: EMCDDA; 2011 (in press).
123. Amato L, Minozzi S, Davoli M, Vecchi S, Ferri MM, Mayet S. Psychosocial and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for opioid detoxification. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008(4):CD005031.
124. Abou-Saleh M, Davis P, Rice P, Checinski K, Drummond C, Maxwell D, et al. The effectiveness of behavioural interventions in the primary prevention of hepatitis C amongst injecting drug users: a randomised controlled trial and lessons learned. *Harm Reduct J.* 2008;5:25.
125. Des Jarlais DC, Arasteh K, McKnight C, Hagan H, Perlman DC, Torian LV, et al. HIV infection during limited versus combined HIV prevention programs for IDUs in New York City: The importance of transmission behaviors. *Drug Alcohol Depend.* 2010 Jun 1;109(1-3):154-60. Epub 2010 Feb 16.
126. Knapp WP, Soares BG, Farrel M, Lima MS. Psychosocial interventions for cocaine and psychostimulant amphetamines related disorders. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007(3):CD003023.
127. Hedrich D, Pirona A, Wiessing L. From margin to mainstream: The evolution of harm reduction responses to problem drug use in Europe. *Drugs Educ Prev Pol.* 2008;15(6):503-17.
128. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Figure HSR-1. Opioid substitution treatment clients as a percentage of the estimated number of problem opioid users, 2009 or most recent year available. Lisbon: EMCDDA; 2011.
129. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. EMCDDA best practice portal. Lisbon: EMCDDA; 2011 [cited 4 August 2011]. Available from: <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice>.
130. Faggiano F, Vigna-Taglianti F, Versino E, Lemma P. Methadone maintenance at different dosages for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003(3):CD002208.
131. International Union against Tuberculosis and Lung Disease. Management of tuberculosis: a guide to the essentials of good clinical practice. 6th edition. 2010.
132. Wilson ME, Schwartz RP, O'Grady KE, Jaffe JH. Impact of interim methadone maintenance on HIV risk behaviors. *Journal of Urban Health.* 2010;87(4):586-91.
133. Dijkgraaf MG, van der Zanden BP, de Borgie CA, Blanken P, van Ree JM, van den Brink W. Cost utility analysis of coprescribed heroin compared with methadone maintenance treatment in heroin addicts in two randomised trials. *BMJ.* 2005 Jun 4;330(7503):1297.
134. Dolan K, Wodak A. An international review of methadone provision in prisons. *Addiction Research.* 1996;4:85-97.
135. Stallwitz A, Stover H. The impact of substitution treatment in prisons – a literature review. *Int J Drug Policy.* 2007;18(6):464-74.
136. Jurgens R, Ball A, Verster A. Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prison. *Lancet Infect Dis.* 2009 Jan;9(1):57-66.
137. European Centre for Disease Prevention and Control. Implementing the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2010 progress report. Stockholm: ECDC; 2010.
138. European Centre for Disease Prevention and Control. HIV testing: increasing uptake and effectiveness in the European Union. Stockholm: ECDC; 2010.
139. McCoy CB, De Gruttola V, Metsch L, Comerford M. A comparison of the efficacy of two interventions to reduce HIV risk behaviors among drug users. *AIDS Behav.* 2011 Jun 17.
140. WHO. Treatment of tuberculosis guidelines. Geneva: World Health Organization; 2010.
141. Blumberg HM, Burman WJ, Chaisson RE, Daley CL, Ettinger SC, Friedman LN, et al. American Thoracic Society/Centers for Disease Control and Prevention/Infectious Diseases Society of America: treatment of tuberculosis. *Am J Respir Crit Care Med.* 2003 Feb 15;167(4):603-62.
142. Deiss RG, Rodwell TC, Garfein RS. Tuberculosis and illicit drug use: review and update. *Clin Infect Dis.* 2009 Jan 1;48(1):72-82.

143. Perlman DC, Salomon N, Perkins MP, Yancovitz S, Paone D, Des Jarlais DC. Tuberculosis in drug users. *Clin Infect Dis.* 1995 Nov;21(5):1253-64.
144. European Centre for Disease Prevention and Control. Use of interferon-gamma release assays in support of TB diagnosis. Stockholm: ECDC; 2011.
145. Rose DN. Benefits of screening for latent *Mycobacterium tuberculosis* infection. *Arch Intern Med.* 2000 May 22;160(10):1513-21.
146. WHO, UNAIDS. Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities. WHO: Geneva; 2007.
147. European Association for the Study of the Liver (EASL). EASL clinical practice guidelines: management of chronic hepatitis B. *J Hepatol.* 2009 Feb;50(2):227-42.
148. European Association for the Study of the Liver (EASL). EASL clinical practice guidelines: management of hepatitis C virus infection. *J Hepatol.* 2011 Feb 28.
149. Werb D, Mills EJ, Montaner JS, Wood E. Risk of resistance to highly active antiretroviral therapy among HIV-positive injecting drug users: a meta-analysis. *Lancet Infect Dis.* 2010 Jul;10(7):464-9.
150. Lindenburg CE, Lambers FA, Urbanus AT, Schinkel J, Jansen PL, Krol A, et al. Hepatitis C testing and treatment among active drug users in Amsterdam: results from the DUTCH-C project. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2011 Jan;23(1):23-31.
151. Novick DM, Kreek MJ. Critical issues in the treatment of hepatitis C virus infection in methadone maintenance patients. *Addiction.* 2008 Jun;103(6):905-18.
152. Litwin AH, Harris KA, Jr., Nahvi S, Zamor PJ, Soloway IJ, Tenore PL, et al. Successful treatment of chronic hepatitis C with pegylated interferon in combination with ribavirin in a methadone maintenance treatment program. *J Subst Abuse Treat.* 2009 Jul;37(1):32-40.
153. Treloar C, Rhodes T. The lived experience of hepatitis C and its treatment among injecting drug users: qualitative synthesis. *Qual Health Res.* 2009 Sep;19(9):1321-34.
154. Martin NK, Vickerman P, Foster GR, Hutchinson SJ, Goldberg DJ, Hickman M. Can antiviral therapy for hepatitis C reduce the prevalence of HCV among injecting drug user populations? A modeling analysis of its prevention utility. *J Hepatol.* 2011 Jun;54(6):1137-44.
155. WHO. Interim policy on collaborative TB/HIV activities. Geneva: WHO; 2004.
156. WHO, UNODC, UNAIDS. Policy guidelines for collaborative TB and HIV services for injecting and other drug users, an integrated approach. Geneva: WHO; 2008.
157. Tuberculosis Coalition for Technical Assistance. International standards for tuberculosis care (ISTC). The Hague; 2009.
158. WHO. Effectiveness of community-based outreach in preventing HIV/AIDS among injecting drug users. WHO: Geneva; 2004.
159. Degenhardt L, Bucello C, Mathers B, Briegleb C, Ali H, Hickman M, et al. Mortality among regular or dependent users of heroin and other opioids: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Addiction.* 2011 Jan;106(1):32-51.
160. Strang J, Manning V, Mayet S, Best D, Titherington E, Santana L, et al. Overdose training and take-home naloxone for opiate users: prospective cohort study of impact on knowledge and attitudes and subsequent management of overdoses. *Addiction.* 2008 Oct;103(10):1648-57.
161. Marshall BD, Milloy MJ, Wood E, Montaner JS, Kerr T. Reduction in overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility: a retrospective population-based study. *Lancet.* 2011 Apr 23;377(9775):1429-37.
162. Jenness SM, Kobrak P, Wendel T, Neagius A, Murrill CS, Hagan H. Patterns of exchange sex and HIV infection in highrisk heterosexual men and women. *J Urban Health.* 2011 Apr;88(2):329-41.
163. Ward H, Pallegaros A, Green A, Day S. Health issues associated with increasing use of 'crack' cocaine among female sex workers in London. *Sex Transm Infect.* 2000 Aug;76(4):292-3.
164. Salomon N, Perlman DC, Friedmann P, Buchstein S, Kreiswirth BN, Mildvan D. Predictors and outcome of multidrugresistant tuberculosis. *Clin Infect Dis.* 1995 Nov;21(5):1245-52.
165. Leaver CA, Bargh G, Dunn JR, Hwang SW. The effects of housing status on health-related outcomes in people living with HIV: a systematic review of the literature. *AIDS Behav.* 2007 Nov;11(6 Suppl):85-100.
166. Islam MM, Grummett S, White A, Reid SE, Day CA, Haber PS. A primary healthcare clinic in a needle syringe program may contribute to HIV prevention by early detection of incident HIV in an injecting drug user. *Aust N Z J Public Health.* 2011 Jun;35(3):294-5.
167. Day CA, Islam MM, White A, Reid SE, Hayes S, Haber PS. Development of a nurse-led primary healthcare service for injecting drug users in inner-city Sydney. *Aust J Prim Health.* 2011;17(1):10-5.
168. Correlation Network. Outreach work among marginalized populations in Europe: Guidelines on providing integrated outreach services. Amsterdam; 2007.

169. Cattan M, Bagnall A-M, Akhionbare K, Burrell K. Injecting equipment schemes for injecting drug users – qualitative evidence review. London: National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2008.
170. Balian R, White C. Harm reduction at work: A guide for organisations employing people who use drugs. New York: Open Society Foundations; 2010.
171. Islam MM, Conigrave KM. Assessing the role of syringe dispensing machines and mobile van outlets in reaching hard-to-reach and high-risk groups of injecting drug users (IDUs): a review. *Harm Reduct J.* 2007;4:14.
172. Ruutel K, Loit HM, Sepp T, Kliiman K, McNutt LA, Uusukula A. Enhanced tuberculosis case detection among substitution treatment patients: a randomized controlled trial. *BMC Res Notes.* 2011 Jun 15;4(1):192.
173. Strauss SM, Mino M. Addressing the HIV-related needs of substance misusers in New York State: the benefits and barriers to implementing a 'one-stop shopping' model. *Subst Use Misuse.* 2011;46(2-3):171-80.
174. Grebely J, Genoway K, Khara M, Duncan F, Viljoen M, Elliott D, et al. Treatment uptake and outcomes among current and former injection drug users receiving directly observed therapy within a multidisciplinary group model for the treatment of hepatitis C virus infection. *Int J Drug Policy.* 2007 Oct;18(5):437-43.
175. UNODC. Annual Report 2009. Geneva: United Nations Office on Drugs and Crime; 2009.
176. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Reitox Network Lisbon: EMCDDA; 2011 [cited 5 August 2011]. Available from: <http://www.emcdda.europa.eu/about/partners/reitox-network>.
177. Hope V, Jeannin A, Spencer B, Gervasoni JP, van de Laar M, Dubois-Arber F, et al. Mapping HIV-related behavioural surveillance among injecting drug users in Europe, 2008. *Euro Surveill.* 2011;16(36).
178. European Centre for Disease Prevention and Control. Mapping of HIV/STI behavioural surveillance in Europe. Stockholm: ECDC; 2009.
179. Wiessing L, Denis B, Guttormsson U, Haas S, Hamouda O, Hariga F, et al. Estimating coverage of harm reduction measures for injection drug users in the European Union. In: Proceedings of the third annual Global Research Network meeting on HIV prevention in drug-using populations, 5–7 July 2000. Durban: National Institute on Drug Abuse; National Institutes of Health; US Department of Health and Human Services; 2011.
180. Mathers BM, Degenhardt L, Ali H, Wiessing L, Hickman M, Mattick RP, et al. HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage. *Lancet.* 2010 Mar 20;375(9719):1014-28.
181. Bluthenthal RN, Anderson R, Flynn NM, Kral AH. Higher syringe coverage is associated with lower odds of HIV risk and does not increase unsafe syringe disposal among syringe exchange program clients. *Drug Alcohol Depend.* 2007 Jul 10;89(2-3):214-22.
182. Wiessing L, Likatavicius G, Klempova D, Hedrich D, Nardone A, Griffiths P. Associations between availability and coverage of HIV-prevention measures and subsequent incidence of diagnosed HIV infection among injection drug users. *American Journal of Public Health.* 2009;99(6):1049-52.
183. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Figure HSR-3. Syringes distributed through specialised programmes per estimated IDU in 2009 or more recent year. Lisbon: EMCDDA; 2011.
184. Paraskevis D, Nikolopoulos G, Tsiora C, Paraskeva D, Antoniadou A, Lazanas M, et al. HIV-1 outbreak among injecting drug users in Greece, 2011: a preliminary report. *Euro Surveill.* 2011;16(36).
185. Selwyn PA, Hartel D, Lewis VA, Schoenbaum EE, Vermund SH, Klein RS, et al. A prospective study of the risk of tuberculosis among intravenous drug users with human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med.* 1989 Mar 2;320(9):545-50.
186. Pimpin L, Drumright LN, Kruijshaar ME, Abubakar I, Rice B, Delpech V, et al. TB-HIV co-infection in EU and EEA countries. *Eur Respir J.* 2011 Jul 7.
187. European Centre for Disease Prevention and Control, WHO Regional Office for Europe. Tuberculosis surveillance in Europe 2009. Stockholm: ECDC; 2011.
188. Lloyd-Smith E, Hull MW, Tyndall MW, Zhang R, Wood E, Montaner JS, et al. Community-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* is prevalent in wounds of community-based injection drug users. *Epidemiol Infect.* 2010 May;138(5):713-20.
189. Cooke FJ, Gkrania-Klotsas E, Howard JC, Stone M, Kearns AM, Ganner M, et al. Clinical, molecular and epidemiological description of a cluster of community-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* isolates from injecting drug users with bacteraemia. *Clin Microbiol Infect.* 2010 Jul;16(7):921-6.
190. Fah F, Zimmerli W, Jordi M, Schoenenberger RA. Septic deep venous thrombosis in intravenous drug users. *Swiss Med Wkly.* 2002 Jul 13;132(27-28):386-92.
191. Lamagni TL, Neal S, Keshishian C, Hope V, George R, Duckworth G, et al. Epidemic of severe *Streptococcus pyogenes* infections in injecting drug users in the UK, 2003-2004. *Clin Microbiol Infect.* 2008 Nov;14(11):1002-9.
192. Efstratiou A, Emery M, Lamagni TL, Tanna A, Warner M, George RC. Increasing incidence of group A streptococcal infections amongst injecting drug users in England and Wales. *J Med Microbiol.* 2003 Jun;52(Pt 6):525-6.

193. Akbulut D, Dennis J, Gent M, Grant KA, Hope V, Ohai C, et al. Wound botulism in injectors of drugs: upsurge in cases in England during 2004. *Euro Surveill.* 2005 Sep;10(9):172-4.
194. Jones JA, Salmon JE, Djuretic T, Nichols G, George RC, Gill ON, et al. An outbreak of serious illness and death among injecting drug users in England during 2000. *J Med Microbiol.* 2002 Nov;51(11):978-84.
195. Giuliani M, Rezza G, Lepri AC, Di Carlo A, Maini A, Crescimbeni E, et al. Risk factors for HTLV-I and II in individuals attending a clinic for sexually transmitted diseases. *Sex Transm Dis.* 2000 Feb;27(2):87-92.
196. Giacomo M, Franco EG, Claudio C, Carlo C, Anna DA, Anna D, et al. Human T-cell leukemia virus type II infection among high risk groups and its influence on HIV-1 disease progression. *Eur J Epidemiol.* 1995 Oct;11(5):527-33.
197. Henrard DR, Soriano V, Robertson E, Gutierrez M, Stephens J, Dronda F, et al. Prevalence of human T-cell lymphotropic virus type 1 (HTLV-1) and HTLV-2 infection among Spanish drug users measured by HTLV-1 assay and HTLV-1 and -2 assay. HTLV-1 and HTLV-2 Spanish Study Group. *J Clin Microbiol.* 1995 Jul;33(7):1735-8.
198. Krook A, Albert J, Andersson S, Biberfeld G, Blomberg J, Eklund I, et al. Prevalence and risk factors for HTLV-II infection in 913 injecting drug users in Stockholm, 1994. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol.* 1997 Aug 15;15(5):381-6.
199. Vignoli C, Zandotti C, De Lamballerie X, Tamalet C, Gastaut JA, De Micco P. Prevalence of HTLV-II in HIV-1-infected drug addicts in Marseille. *Eur J Epidemiol.* 1993 May;9(3):351-2.
200. Egan JF, O'Leary B, Lewis MJ, Mulcahy F, Sheehy N, Hasegawa H, et al. High rate of human T lymphotropic virus type IIa infection in HIV type 1-infected intravenous drug abusers in Ireland. *AIDS Res Hum Retroviruses.* 1999 May 20;15(8):699-705.
201. Kelly M, Swann C, Killoran A, Naidoo B, Barnett-Page E, Morgan A. Methodological problems in constructing the evidence base in public health. London: Health Development Agency; 2002.
202. Sylla L, Bruce RD, Kamarulzaman A, Altice FL. Integration and co-location of HIV/AIDS, tuberculosis and drug treatment services. *Int J Drug Policy.* 2007 Aug;18(4):306-12.
203. Elk R, Grabowski J, Rhoades H, Spiga R, Schmitz J, Jennings W. Compliance with tuberculosis treatment in methadone-maintained patients: behavioral interventions. *J Subst Abuse Treat.* 1993 Jul-Aug;10(4):371-82.
204. Batki SL, Gruber VA, Bradley JM, Bradley M, Delucchi K. A controlled trial of methadone treatment combined with directly observed isoniazid for tuberculosis prevention in injection drug users. *Drug Alcohol Depend.* 2002 May 1;66(3):283-93.
205. de Vries G, van Hest RA, Richardus JH. Impact of mobile radiographic screening on tuberculosis among drug users and homeless persons. *Am J Respir Crit Care Med.* 2007 Jul 15;176(2):201-7.
206. Uuskula A, Des Jarlais DC, Kals M, Ruutel K, Abel-Olo K, Talu A, et al. Expanded syringe exchange programs and reduced HIV infection among new injection drug users in Tallinn, Estonia. *BMC Public Health.* 2011 Jun 30;11(1):517.