ECDC I EMCDDA – WYTYCZNE

Leczenie i profilaktyka chorób zakaźnych wśród osób iniekcyjnie używających narkotyków

Polska wersja raportu powstała dzięki wsparciu:

OPEN SOCIETY FOUNDATIONS
Global Drug Policy Program

Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii

ecdc EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL

chosen_cover raport open society.indd 1 6/13/12 11:57 AM

ECDC I EMCDDA – WYTYCZNE

Leczenie i profilaktyka chorób zakaźnych wśród osób iniekcyjnie używających narkotyków

ecdc EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL

Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii

Polska wersja raportu powstała dzięki wsparciu: OPEN SOCIETY FOUNDATIONS
Global Drug Policy Program

raport open society_12 06 2012 .indd 1 6/13/12 11:56 AM

Niniejsze wytyczne zostały opracowane wspólnie przez Europejskie Centrum Kontroli i Prewencji Chorób (ECDC) i Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (EMCDDA) przy udziale Technicznej Grupy Doradczej złożonej z urzędników, świadczeniodawców, przedstawicieli organizacji społecznych i ekspertów medycyny prewencyjnej z różnych krajów Unii Europejskiej i Europejskiej Wspólnoty Gospodarczej.

W przygotowaniu wytycznych udział brały następujące osoby: Mika Salminen, Anastasia Pharris i Andreas Sandgren z ECDC, Dagmar Hedrich i Lucas Wiessing z EMCDDA. Fragment dotyczący *Dostępu osób nieletnich do programów wymiany igieł i strzykawek* przygotowali Anna Tarján i Robert Csák, fragment na temat *Zwiększenia dostępności oferty* Kristi Rüütel, a fragment na temat *Diagnostyki w miejscu realizacji świadczeń (point-of-care)* Henrikki Brummer-Korvenkontio. Hans Blystad w istotnym stopniu przyczynił się do opracowania zagadnień dotyczących diagnostyki przesiewowej i leczenia gruźlicy, a Tuukka Tammi dostarczył danych EBM dotyczących podstawowych zasad profilaktyki. Uzupełniające komentarze autorstwa Frode Forland, Erika Duffel, Giedrius Likatavicius, Teymur Noori i Marita van de Laar z ECDC i Alessandro Pirona, Marica Ferri, Teodora Groshkova i Roland Simon z EMCDDA.

Zarys wytycznych i przegląd informacji na temat programów wymiany igieł, strzykawek i innego sprzętu zostały opracowane w oparciu o umowę ECDC/10/2246 przez następujące osoby: Eva van Velzen i Sharon Hutchinson (Uniwerstytet Strathclyde/Agencja Ochrony Zdrowia w Szkocji), Norah Palmateer, Kirsty Roy, Alex Sánchez-Vivar, David Goldberg (Agencja Ochrony Zdrowia w Szkocji), Matt Hickman (Uniwersytet Bristolski), Avril Taylor (Uniwersytet Zachodniej Szkocji), Jennifer Kelly i John Campbell (Programy dla Uzależnionych – Glasgow) i Vivian Hope (Londyńska Szkoła Higieny i Medycyny Tropikalnej). Przegląd danych dotyczących farmakoterapii został opracowany przez Georgie MacArthur i Matta Hickmana (Uniwersytet Bristolski) na podstawie umowy z EMCDDA numer CC.10.RES.011.

Wytyczne zostały wydane również w wersji skróconej wraz z dwoma Raportami Technicznymi: „Skuteczność działań profilaktycznych wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie. Część 1: Programy wymiany igieł i strzykawek – zmniejszenie liczby zakażeń HCV, HIV i ryzykownych iniekcji" i „Część 2: Znaczenie farmakoterapii w profilaktyce zakażeń HCV, HIV i ryzykownych iniekcji."

raport open society_12 06 2012 .indd 2 6/13/12 11:56 AM

Chcielibyśmy podziękować następującym członkom Technicznej Grupy Doradczej ECDC/EMCDDA za ich cenny wkład:

- Henrique Barros, Krajowe Centrum ds. AIDS, Portugalskie Ministerstwo Zdrowia; Uniwersytet Porto Wydział Medyczny, Portugalia
- Hans Blystad, Norweski Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Epidemiologii Chorób Zakaźnych, Norwegia
- Grażyna Cholewińska, Szpital Chorób Zakaźnych, Warszawa, Polska
- Hans Haltmayer, Wiedeńskie Programy Socjalne, Wiedeń, Austria
- Niklas Karlsson, Krajowy Instytut Kontroli Chorób Zakaźnych, Szwecja
- Astrid Leicht, Fixpunkt Berlin, Niemcy
- Xavier Majó i Roca, Program ds. Nadużywania Substancji Psychoaktywnych, Wydział Zdrowia, Katalonia, Hiszpania
- Luis Mendão, Europejskie Forum Społeczeństwa Obywatelskiego
- Viktor Mravcik, Krajowy Ośrodek Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, Republika Czeska
- Anne Ovaska, Fundacja A-Clinic, Finlandia
- Maria Prins, Miejski Program Zdrowotny, Amsterdam, Holandia
- Kristi Rüütel, Estoński Narodowy Instytut Zdrowia, Wydział Chorób Zakaźnych i Profilaktyki Narkotykowej, Estonia
- Ioana Tomus, Rumuńska Sieć Redukcji Szkód, Rumunia

Sugerowane cytowanie: European Centre for Disease Prevention and Control and European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs. Stockholm: ECDC; 2011.

Sztokholm, październik 2011

doi 10.2900/58565

© Europejskie Centrum Kontroli i Prewencji Chorób, 2011
© Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, 2011

Powielanie dozwolone, pod warunkiem podania źródła.

Tłumaczenie: Lek. Bartosz Szetela
Korekta: Michał Sołtysiak

raport open society_12 06 2012 .indd 3 6/13/12 11:56 AM

SPIS TREŚCI

Spis skrótów i pojęć 6
Podsumowanie wykonawcze 8
Siedem interwencji podstawowych 8
› Interwencje podstawowe 9
Efekt synergii a kojarzenie interwencji podstawowych 9
Grupa docelowa 9
Wytyczne EBM w zakresie zdrowia publicznego 10
Koordynacja na poziomie krajowym 10
Indywidualizacja działań w zależności od sytuacji lokalnej 10
Wstęp 12
Zakażenia wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie 12
Dlaczego profilaktyka jest ważna? 16
Cele, założenia i metodologia 17
› Wyniki badań 18
Zakres wytycznych 19
Grupa docelowa 21
Założenia programów profilaktycznych dla osób używających narkotyków iniekcyjnie 22
Założenia działań profilaktycznych 23
Założenia programowe 24
Profilaktyka zakażeń wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie – zalecane interwencje 28
Podstawowe interwencje 28
Kojarzenie interwencji podstawowych w celu uzyskania synergii 29
Opracowanie, wdrażanie i monitorowanie programów profilaktyki chorób zakaźnych wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie 30
Współpraca i koordynacja 30
Siedem interwencji podstawowych 31
› Sprzęt do wstrzyknięć 31
› Szczepienia 35
› Terapia uzależnienia od narkotyków 37
›› Skuteczność opioidowej terapii substytucyjnej 37
›› Interwencje skojarzone zwiększają wpływ OST na redukcję liczby zakażeń 39
›› Skuteczność innych działań 40
›› Terapie dla osób używających narkotyków iniekcyjnie, uzależnionych od innych substancji niż opioidy 40
›› Zapewnienie dostępu do opioidowej terapii substytucyjnej 41
› Testowanie 43

raport open society_12 06 2012 .indd 4 6/13/12 11:56 AM

›› Zakażenia krwiopochodne 44
›› Gruźlica 45
› Szybkie testy diagnostyczne w niskoprogowych programach medycznych w Finlandii 45
›› Inne zakażenia wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie 47
› Leczenie chorób zakaźnych 47
›› Zakażenia krwiopochodne 48
›› Gruźlica 48
›› Inne zakażenia wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie 49
› Promocja zdrowia 49
› Promocja bezpieczniejszych zachowań związanych ze wstrzyknięciami 50
›› Bezpieczniejsze metody wykonywania wstrzyknięć 51
›› Zakażenia przenoszone drogą płciową a stosowanie prezerwatyw 52
›› Zapobieganie, diagnostyka i leczenie zakażeń 52
› Oferta celowana 53
›› Sposoby realizacji świadczeń: oferta dla klientów 53
› Dostęp osób nieletnich do programów wymiany igieł i strzykawek na Węgrzech 54
›› Sposoby realizacji świadczeń 56
› Integracja oferty 62
Opis i analiza sytuacji narodowej 66
Monitorowanie problemowego używania narkotyków i podejmowanych działań 66
Monitorowanie zakażeń 67
Monitorowanie i ewaluacja programów 68
› Wskaźniki 69
Dostępność świadczeń 69
› Poprawa dostępności programów wymiany strzykawek: doświadczenia Estonii 70
Załącznik A. Używanie narkotyków iniekcyjnie i najczęstsze zakażenia wśród osób je używających - epidemiologia w EU/EEA 72
› Używanie narkotyków iniekcyjnie 72
› HIV 72
› Zapalenie wątroby typu B i C 73
› Gruźlica 74
› Zapalenie wątroby typu A 75
› Bakteryjne zakażenia skóry i zakażenia rozsiane 75
› Zakażenia przenoszone drogą płciową 76
› Ludzki wirus T-limfotropowy typu II (HTLV-II) 76
Załącznik B. Zapobieganie zakażeniom wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie – podstawowe interwencje 78
Załącznik C. Wytyczne uzupełniające i informacje techniczne 84
Literatura 87

raport open society_12 06 2012 .indd 5 6/13/12 11:56 AM

SPIS SKRÓTÓW I POJĘĆ

ECDC	Europejskie Centrum Kontroli i Prewencji Chorób (*European Centre for Disease Prevention and Control*)
EEA	Europejska Strefa Ekonomiczna
EFTA	Europejskie Porozumienie o Wolnym Handlu
EMCDDA	Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*)
Region europejski	Kraje Członkowskie Unii Europejskiej i kraje graniczące z nimi na lądzie, kraje kandydujące do Unii Europejskiej i potencjalni kandydaci, a także kraje należące do Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu i Europejskiej Strefy Ekonomicznej
EU	Unia Europejska (*European Union*)
HAV	Wirus zapalenia wątroby typu A (*Hepatitis A virus*)
HBV	Wirus zapalenia wątroby typu B (*Hepatitis B virus*)
HCV	Wirus zapalenia wątroby typu C (*Hepatitis C virus*)
HIV	Ludzki wirus niedoboru odporności (*Human immunodeficiency virus*)
Promocja zdrowia	Promocja zdrowia to działania polegające na zwiększaniu roli pacjentów w kontrolowaniu i poprawie własnego stanu zdrowia. Poza przekazywaniem informacji i udzielaniem wsparcia, obejmuje również prowadzenie poradnictwa na temat redukcji szkód.
IGRA	Test wydzielania interferonu gamma – badanie krwi w kierunku gruźlicy.

raport open society_12 06 2012 .indd 6 6/13/12 11:56 AM

Programy niskoprogowe	Programy niskoprogowe to programy socjalne i zdrowotne skierowane do osób używających narkotyków. Zazwyczaj dysponują pomieszczeniami dla pacjentów (możliwość spędzania czasu), prowadzą edukację zdrowotną, poradnictwo, wymianę igieł i strzykawek, kontaktują klientów z poradniami uzależnień, a niekiedy zapewniają również nocleg. Ich celem jest dotarcie do jak największej liczby osób problemowo używających narkotyków i utrzymanie z nimi kontaktu, aby prowadzić działania z zakresu redukcji szkód, nie wymagając jednocześnie zachowania abstynencji.
NSP	Programy wymiany igieł i strzykawek (*Needle and syringe programmes*)
OST	Opioidowa terapia substytucyjna (*Opioid substitution treatment*)
Problemowe używanie narkotyków	Używanie narkotyków iniekcyjnie lub długotrwałe/regularne używanie opioidów, kokainy i/lub amfetamin.
Wtórna wymiana igieł i strzykawek	Dostarczanie sterylnego sprzętu do wstrzyknięć jednemu z użytkowników, który następnie dystrybuuje go wśród swoich znajomych. Niekiedy tego rodzaju programy noszą nazwę „dystrybucji prowadzonej przez rówieśników".
STI	Zakażenia przenoszone drogą płciową (*Sexually transmitted infections*)
TB	Gruźlica (*Tuberculosis*)
TST	Skórny test z tuberkuliną (*Tuberculin skin testing*)
UNAIDS	Wspólny Program Narodów Zjednoczonych ds. HIV/AIDS
WHO	Światowa Organizacja Zdrowia (*World Health Organization*)

raport open society_12 06 2012 .indd 7 6/13/12 11:56 AM

PODSUMOWANIE WYKONAWCZE

Od początku epidemii HIV wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie w połowie lat osiemdziesiątych w wielu krajach europejskich osiągnięto istotny postęp we wdrażaniu działań opartych na dowodach naukowych w zakresie profilaktyki i kontroli rozprzestrzeniania się chorób zakaźnych w tej grupie. W latach dziewięćdziesiątych XX wieku w krajach Unii Europejskiej rozpoczęto opracowywanie programów profilaktycznych dotyczących HIV/AIDS, używania narkotyków i uzależnienia od nich, co wiązało się z powstaniem europejskich agencji zajmujących się monitorowaniem sytuacji związanej z narkotykami (EMCDDA w roku 1993) albo profilaktyką i kontrolą zakażeń (ECDC w roku 2005). W ciągu ostatnich dwóch dekad nieustannie rozszerzano zakres działań profilaktycznych i terapeutycznych, a także zwiększano do nich dostęp. Według raportów za rok 2009 szacunkowo ponad połowa osób problemowo używających opioidów uczestniczyła w leczeniu substytucyjnym, a w wielu krajach oferta programów wymiany igieł i strzykawek coraz skuteczniej docierała do osób używających narkotyków iniekcyjnie. Dane pochodzące z krajów z ustabilizowanymi systemami monitorowania wskazują, że w ciągu ostatniej dekady liczba nowych zakażeń HIV wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie uległa istotnemu zmniejszeniu. Jednak nie wszędzie w Unii Europejskiej.

W regionie europejskim używanie narkotyków iniekcyjnie to wciąż główny czynnik ryzyka zakażeń przenoszonych drogą krwiopochodną, w tym HIV, HBV i HCV, a także gruźlicy, bakteryjnych zakażeń skóry i tkanek miękkich, a także zakażeń rozsianych. Szacunkowa liczba osób używających narkotyków iniekcyjnie wskazuje na obecność we wszystkich krajach europejskich dużych populacji narażonych na zakażenia wymienionymi patogenami. W przypadku braku działań, zakażenia te mogą stać się przyczyną dużej chorobowości i poważnym obciążeniem dla europejskich systemów opieki zdrowotnej, a ich leczenie dużym obciążeniem finansowym.

Pragmatyczne podejście do promocji zdrowia wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie, ze szczególnym uwzględnieniem profilaktyki, może istotnie ograniczyć rozprzestrzenienie zakażeń przenoszonych drogą krwiopochodną i innych patologii. Prawidłowo realizowane działania profilaktyczne mogą być skutecznym narzędziem w walce z epidemią.

Siedem interwencji podstawowych

W oparciu o wyniki obserwacji, ECDC i EMCDDA opracowały wspólne wytyczne wskazujące na duże znaczenie profilaktyki i kontroli chorób zakaźnych wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie.

raport open society_12 06 2012 .indd 8 6/13/12 11:56 AM

W oparciu o najlepsze dostępne dane, opinie ekspertów i zasady dobrej praktyki w EU/EEA zaproponowano następujące interwencje i zalecono, aby, w miarę możliwości, w celu uzyskania efektu synergii i jak najlepszych rezultatów stosować je łącznie:

Interwencje podstawowe

- **Sprzęt do wstrzyknięć:** Dystrybucja i legalny dostęp do czystego sprzętu do wstrzyknięć, w tym do wystarczającej ilości bezpłatnych i sterylnych igieł i strzykawek, powinny stanowić jeden z elemenów skojarzonych i wielokierunkowych działań programów redukcji szkód, poradnictwa i terapii.
- **Szczepienia:** HAV, HBV, tężec, grypa i, zwłaszcza w przypadku osób żyjących z HIV, przeciw pneumokokom.
- **Terapia uzależnienia od narkotyków:** Programy substytucji opioidowej i inne skuteczne metody leczenia uzależnienia od narkotyków.
- **Diagnostyka:** Rutynowy dostęp do dobrowolnej, poufnej i w pełni świadomej diagnostyki zakażeń HIV, HCV (HBV w przypadku osób nie poddanych szczepieniu), prątkiem gruźlicy i innymi patogenami, a także zapewnienie kontaktu z poradniami specjalistycznymi.
- **Leczenie zakażeń:** Leczenie zakażeń HIV, HBV lub HCV zgodnie z wytycznymi. Terapia tuberkulostatyczna w przypadku rozpoznania czynnej gruźlicy, natomiast w przypadku podejrzenia gruźlicy utajonej należy rozważyć wdrożenie profilaktyki. Inne zakażenia – zgodnie ze wskazaniami klinicznymi.
- **Promocja zdrowia:** Promocja bezpieczniejszych zachowań związanych ze wstrzyknięciami, zdrowia seksualnego (w tym stosowania prezerwatyw), profilaktyki, diagnostyki i dostępu do terapii.
- **Działania celowane:** Poszczególne programy powinny funkcjonować w sposób skojarzony i być zorganizowane i prowadzone zgodnie z potrzebami odbiorców i lokalnymi warunkami. Zarówno programy stacjonarne i ruchome powinny uwzględniać dostęp do terapii uzależnień, redukcji szkód, poradnictwa i diagnostyki, a także poradni podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej.

Efekt synergii a kojarzenie interwencji podstawowych

Niedawne badania i doświadczenia zebrane podczas realizacji programów profilaktycznych wskazują na dodatkowe korzyści związane z jednoczesnym oferowaniem szeregu świadczeń dopasowanych do potrzeb klientów, korzyści pozwalających istotnie ograniczyć liczbę nowych zakażeń.

Grupa docelowa

Celem niniejszych wytycznych jest wsparcie lokalnych instytucji w Europie w tworzeniu rzetelnych, opartych na wynikach naukowych, pragmatycznych i racjonalnych programów zdrowia publicznego w zakresie profilaktyki i kontroli zakażeń wśród osób używających narkoty-

raport open society_12 06 2012 .indd 9 6/13/12 11:56 AM

ków iniekcyjnie. Z wytycznych powinny korzystać osoby projektujące i wdrażające programy zdrowia publicznego w zakresie chorób zakaźnych, zdrowia publicznego, uzależnień i zdrowia psychicznego, opieki socjalnej i kontroli narkotyków, zarówno na poziomie krajowym jak i regionalnym.

Niniejsze wytyczne są zgodne z aktualnie obowiązującymi na terenie całej Unii Europejskiej wytycznymi dotyczącymi kontroli narkotyków i chorób zakaźnych, dodatkowo wzmacniając ich przekaz. Mają również stanowić szczegółowy przegląd najbardziej aktualnej i rzetelnej wiedzy, uzupełniając wcześniejsze opracowania o informacje na temat sposobów kojarzenia najważniejszych interwencji. Oparte zostały na podstawowych wartościach wypływających z zasad obowiązujących w dziedzinie zdrowia publicznego i praw człowieka. Zawsze powinny stanowić punkt wyjścia dla wszelkich działań profilaktycznych i decyzji dotyczących sposobu organizacji świadczeń.

Wytyczne EBM w zakresie zdrowia publicznego

Wyniki badań zgodnych z tematyką niniejszych wytycznych poddano analizie zgodnej z zasadami medycyny opartej na wynikach badań naukowych (*evidence-based medicine* – EBM), zaadaptowanych jednak na potrzeby modelu zdrowia publicznego. Szczegółowej analizie poddano rzetelne dane naukowe, a uzyskane wyniki wsparto wiedzą i wskazówkami ekspertów dotyczącymi korzyści i ewentualnych szkód. Podstawowe interwencje przedstawione w niniejszym dokumencie zdefiniowano w oparciu o najlepszą praktykę kliniczną i preferencje klientów.

Koordynacja na poziomie krajowym

Warunkami niezbędnymi do skutecznego wdrożenia wymienionych interwencji podstawowych jest szeroka współpraca na poziomie krajowym i lokalnym, odpowiednia koordynacja między poszczególnymi sektorami, budowa porozumienia narodowego i zdefiniowanie wspólnych celów. Cele powinny być określane z udziałem przedstawicieli wszystkich podmiotów, a w szczególności organizacji skupiających osoby używające narkotyków iniekcyjnie.

Indywidualizacja działań w zależności od sytuacji lokalnej

Aby jak najlepiej dopasować ofertę do potrzeb osób używających narkotyków iniekcyjnie, a także skutecznie zapobiegać chorobom zakaźnym i kontrolować ich rozprzestrzenianie, niezbędne są odpowiedni nadzór i kontrola problemowego używania narkotyków i zakażeń zarówno na poziomie krajowym i lokalnym. Podejmowane działania powinny być nieprzerwanie analizowane w aspekcie reakcji odbiorców, wpływu na grupę docelową i dostępność świadczeń. System monitorujący używanie narkotyków i transmisję chorób zakaźnych jest niezbędny, a jednocześnie opłacalny finansowo.

raport open society_12 06 2012 .indd 10 6/13/12 11:56 AM

Szeroki dostęp do programów wymiany igieł i strzykawek, a także do programów substytucyjnego leczenia uzależnienia od opioidów przynosi większe korzyści niż jego ograniczanie. Podstawowym celem powinno być oferowanie świadczeń zgodnych z lokalnymi potrzebami i popytem. Niezaspokajenie potrzeb wszystkich klientów w zakresie wymiany igieł i strzykawek, a także powstawanie kolejek osób oczekujących na przyjęcie do programów terapii uzależnień świadczy o nieskuteczności działań.

raport open society_12 06 2012 .indd 11 6/13/12 11:56 AM

WSTĘP

Zakażenia wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie

Od początku epidemii HIV wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie w połowie lat osiemdziesiątych, dzięki opartym na dowodach naukowych działaniom w zakresie profilaktyki i kontroli chorób zakaźnych, w wielu krajach europejskich dokonał się duży postęp. W latach dziewięćdziesiątych XX wieku w krajach Unii Europejskiej rozpoczęto opracowywanie programów profilaktyki HIV i AIDS, używania narkotyków i uzależnienia od nich. Powołano europejskie agencje zajmujące się monitorowaniem sytuacji narkotykowej (EMCDDA w roku 1993) i profilaktyką i kontrolą zakażeń (ECDC w roku 2005) (3). W ciągu kolejnych dekad zwiększano dostępność świadczeń i tak na przykład w 2009 roku w substytucyjnej terapii uzależnienia od opioidów uczestniczyło około 700.000 pacjentów, co stanowiło ponad połowę szacunkowej liczby osób problemowo używających opioidów (4). W wielu krajach Unii Europejskiej odsetek osób używających narkotyków iniekcyjnie wśród osób ze świeżo rozpoznanym zakażeniem HIV i liczba zakażeń w tej grupie uległy znacznemu zmniejszeniu. Niemniej jednak, w regionie europejskim używanie narkotyków iniekcyjnie wciąż jest głównym czynnikiem ryzyka wielu zakażeń, w tym zakażeń krwiopochodnych. Szacunkowe dane na temat liczby osób używających narkotyków iniekcyjnie wskazują na obecność we wszystkich krajach europejskich dużej liczby osób o zwiększonym ryzyku zakażenia (5). Narkotyki używane iniekcyjnie bywają odmienne w zależności od rejonu: opioidy to dominujący narkotyk we wszystkich krajach Europy, natomiast w północnych i wschodnich częściach Europy iniekcyjnie często używane są stymulanty (głównie amfetamina). Podział ten ulega dalszej komplikacji w związku z używaniem kilku narkotyków jednocześnie (5).

Zakażenia, na które szczególnie narażone są osoby używające narkotyków iniekcyjnie:

- HIV
- HAV
- HBV
- HCV
- HDV
- gruźlica (TB)
- zakażenia skóry i tkanek miękkich wywołane przez *Staphylococcus aureus* (w tym *Staphylococcus aureus* metycylinooporny – MRSA) i paciorkowce (np. zapalenie wsierdzia, zmartwiające zapalenie powięzi)
- ciężka sepsa (np. zakażenia wywołane przez *Clostridium novyi, Bacillus anthracis*)
- STI inne niż HIV i wirusowe zapalenia wątroby (np. chlamydioza, kiła, rzeżączka)
- zakażenia układu oddechowego takie jak zapalenie płuc, błonica i grypa
- botulizm przyranny
- tężec
- zakażenia ludzkim wirusem T-limfotropowym (HTLV)

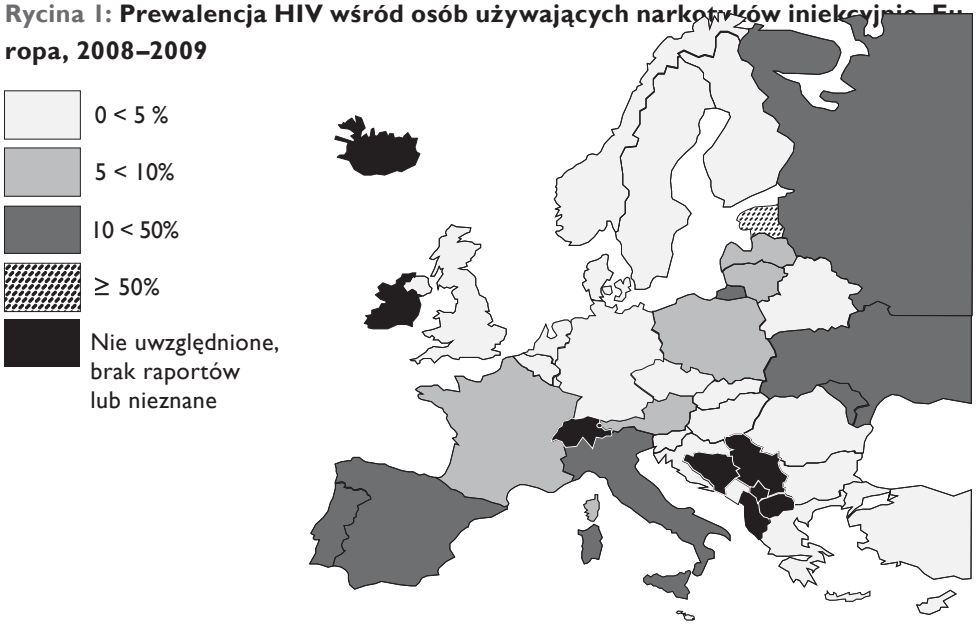
raport open society_12 06 2012 .indd 12 6/13/12 11:56 AM

Do częstych zakażeń krwiopochodnych w tej grupie należą zakażenie ludzkim wirusem niedoboru odporności (*human immunodeficiency virus* – HIV), zapalenie wątroby typu C (HCV) i zapalenie wątroby typu B (HBV), nabywane zazwyczaj w związku z używaniem wspólnego sprzętu (strzykawek, igieł, a także pojemników do mieszania i przygotowania narkotyku). Poza zakażeniami związanymi z korzystaniem ze wspólnego sprzętu do wstrzyknięć, do zakażeń HIV i HBV dochodzi również podczas kontaktów seksualnych, zarówno między osobami używającymi narkotyków iniekcyjnie jak i między nimi a ich partnerami seksualnymi lub klientami. Choć podczas wspólnego używania sprzętu do iniekcji do przenoszenia wszystkich wymienionych patogenów dochodzi łatwo, to jednak ryzyko zakażenia jest zmienne. W porównaniu z HIV, zakażenie HCV przebiega ze stosunkowo dużą wiremią, nie tylko w fazie ostrego zakażenia, ale również u osób z zakażeniem przewlekłym. Właśnie ta cecha wirusa wydaje się odpowiadać za częste zakażenia po ekspozycji na materiał zawierający HCV podczas wspólnego używania igieł, strzykawek lub innego sprzętu do przygotowania narkotyku przez osoby zakażone i niezakażone. Prewalencja HCV przewyższa prewalencję HIV, podobnie jak epidemia zakażeń HCV poprzedza epidemię HIV w populacjach osób używających narkotyków iniekcyjnie. Łatwiejsza transmisja HCV może zatem stanowić wyjaśnienie faktu trudniejszej walki z epidemią HCV za pomocą pojedynczych interwencji i konieczności zwiększenia dostępności wszystkich świadczeń profilaktycznych w celu osiągnięcia efektu populacyjnego.

Choć najnowsze dane pochodzące z europejskiego systemu monitorowania zakażeń wskazują na znaczne zmniejszenie w ciągu ostatniego dziesięciolecia liczby nowych zakażeń HIV wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie, i dalszy jej spadek, to jednak między poszczególnymi regionami w Europie wciąż występują duże różnice (6). W wielu krajach członkowskich Unii Europejskiej szczyt epidemii HIV wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie miał miejsce w latach osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych XX wieku, natomiast w większości krajów Europy wschodniej, w tym w kilku krajach członkowskich EU, epidemia miała miejsce w pierwszych latach XXI wieku. W efekcie, w kilku krajach Unii Europejskiej doszło do ustalenia się dużej prewalencji HIV wśród osób, które obecnie używają narkotyków iniekcyjnie lub używały ich w przeszłości. Szybkie rozprzestrzenienie się HIV wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie dotyczyło szczególnie kilku krajów Europy wschodniej graniczących z Unią Europejską. W niektórych krajach EU, a także w niektórych krajach z nią graniczących, wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie obserwuje się również dużą częstość występowania koinfekcji HIV/TB i samej gruźlicy.

raport open society_12 06 2012 .indd 13 6/13/12 11:56 AM

Rycina 1: Prewalencja HIV wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie, Europa, 2008–2009

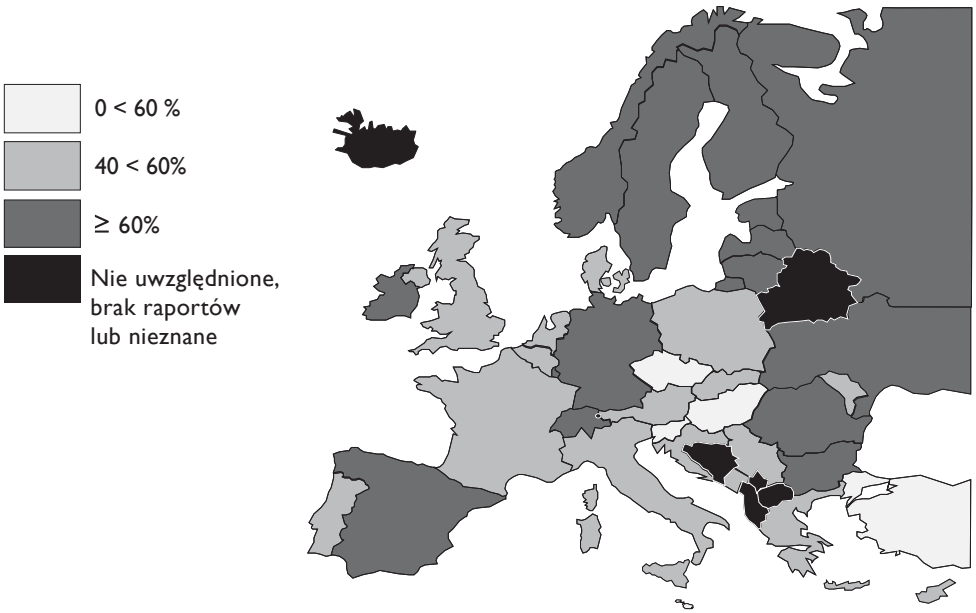


Źródło: EMCDDA i Krajowa Sieć Punktów Reitox (Kraje członkowskie EMCDDA: Unia Europejska, Chorwacja, Turcja i Norwegia); Mathers et al., Lancet 2008 (inne kraje). Kolor odzwierciedla średnią prewalencję dla danego kraju lub, w przypadku braku danych, wartości regionalne. W przypadku krajów członkowskich EMCDDA dane pochodzą z lat 2008–2009. Jeśli informacje z tego okresu były niedostępne, korzystano z danych starszych. W przypadku Chorwacji, Holandii, Turcji, Szwecji, Wielkiej Brytanii, Belgii, Bułgarii, Litwy, Francji, Estonii i Irlandii dane zawarte w raporcie EMCDDA były danymi regionalnymi (subnarodowymi); dla krajów nie będących członkami EMCDDA, dane były niedostępne.

HBV i HCV to częste zakażenia wśród osób obecnie lub w przeszłości używających narkotyków iniekcyjnie, a wywiad wskazujący na używanie narkotyków iniekcyjnie to w Europie, zwłaszcza w przypadku HCV, najczęstszy czynnik ryzyka. Czas pojawienia się HCV w populacji europejskiej jest określony dużo gorzej, choć wydaje się, że epidemia HCV wyprzedziła epidemię HIV o kilka dekad. Dane pochodzące z europejskiego nadzoru epidemiologicznego i dotyczące nowych zakażeń są słabo wystandaryzowane, utrudniając śledzenie trendów w poszczególnych krajach (7). Niemniej jednak, w celowanych badaniach epidemiologicznych potwierdzono dużą liczbę zakażeń i częste występowanie lokalnych epidemii w prawie wszystkich analizowanych rejonach geograficznych (5,8-9). Co ważniejsze, stwierdzono również silny związek między długością używania narkotyków iniekcyjnie a zakażeniem HCV (10). Coraz większym problemem klinicznym i dużym wyzwaniem dla programów profilaktycznych w wielu rejonach Europy jest zakażenie więcej niż jednym rodzajem wirusa, w tym koinfekcja HIV/HCV (1).

raport open society_12 06 2012 .indd 14 6/13/12 11:57 AM

Rycina 2: Występowanie przeciwciał anty-HCV wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie, Europa, 2008–2009



Źródło: EMCDDA i Krajowa Sieć Punktów Reitox (Kraje członkowskie EMCDDA: Unia Europejska, Chorwacja, Turcja i Norwegia); Nelson et al., Lancet 2011; IHRA, EHRN i Regionalne Biuro WHO dla Europy (inne kraje). Kolor odzwierciedla średnią prewalencję w danym kraju lub, w przypadku braku danych, wartości regionalne. W przypadku krajów członkowskich EMCDDA dane pochodzą zazwyczaj z lat 2008–2009. W razie braku informacji z tego okresu, korzystano z danych starszych. W przypadku Turcji, Wielkiej Brytanii, Francji, Słowacji, Holandii, Belgii, Polski, Bułgarii, Hiszpanii, Szwecji, Irlandii, Litwy, Niemiec, Łotwy, Rumunii, Estonii dane zawarte w raporcie EMCDDA są danymi regionalnymi (subnarodowymi). Dla krajów nie będących członkami EMCDDA, dane były niedostępne.

Już w latach siedemdziesiątych XX wieku wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie stwierdzano, poza zakażeniami HIV, HBV i HCV, coraz częstsze zakażenia ludzkim wirusem T-limfotropowym typu II (HTLV-II) (11). Wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie w Unii Europejskiej odnotowywano również ogniska zakażeń HAV, choć różnicowanie ekspozycji związanych ze wstrzyknięciami od pozostałych przyczyn, na przykład niskiej higieny, jest trudne (12-15).

Osoby używające narkotyków iniekcyjnie, szczególnie osoby znajdujące się na marginesie społecznym, narażone są nie tylko na krwiopochodne zakażenia wirusowe, ale również na zakażenia wywołane przez inne patogeny. Część z nich przedstawiono w Ramce na stronie 3 (16), a uzupełniające informacje na ich temat w Załączniku A. Należą do nich bakteryjne zakażenia ran i miejsc wstrzyknięć, zakażenia uogólnione, zakażenia przenoszone drogą

raport open society_12 06 2012 .indd 15 6/13/12 11:57 AM

płciową, a także infekcje dróg oddechowych, na przykład gruźlica. Wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie opisywano również przypadki tężca. Wywiad wskazujący na używanie narkotyków iniekcyjnie występuje w mniej więcej połowie wszystkich zgłoszonych przypadków tężca (17). Wśród osób używających narkotyków odnotowywano ogniska zachorowań na tężec, zwłaszcza jeśli heroina wstrzykiwana była podskórnie przez osoby nigdy nie zaszczepione przeciw tężcowi lub zaszczepione jedynie częściowo (18-19).

Dzięki działaniom profilaktycznym, w ciągu ostatniej dekady w niektórych krajach Europy udało się zmniejszyć liczbę zakażeń związanych z używaniem narkotyków iniekcyjnie (8). Zmiany te udało się osiągnąć najprawdopodobniej dzięki jednoczesnej modyfikacji zachowań użytkowników, zwiększeniu dostępności programów profilaktycznych, a także upowszechnieniu dostępu do terapii i programów szczepień. Mimo tych korzystnych przemian, należy zachować duży krytycyzm i czujność, bowiem w przypadku zaniechania kontroli czynników związanych z iniekcjami łatwo może dojść do ponownego rozprzestrzenienia się zakażeń krwiopochodnych wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie. W kilku pracach na temat zbiorowych zakażeń HIV wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie wykazano prawie wykładniczy przyrost liczby nowych zakażeń we wczesnym okresie epidemii i szybkie ustalenie się dużej prewalencji (20-21). Taki sam model opisano dla HCV, wirusa, którego cechy (mała dawka zakaźna, długi czas utrzymywania się zakaźności poza organizmem i wysoka wiremia we krwi w przebiegu zakażenia przewlekłego) również mogą prowadzić do szybkiego ustalenia się dużej prewalencji zakażeń wśród osób używających narkotyków.

Mimo zmniejszenia częstości zakażeń w niektórych krajach Unii Europejskiej, nie wszędzie w obszarze europejskim udało się wdrożyć skuteczne programy zapobiegania zakażeniom wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie. Mimo że można im zapobiegać, zakażenia te wciąż stanowią duże obciążenie zdrowotne w Europie.

Dlaczego profilaktyka jest ważna?

U podłoża dużej motywacji osób realizujących programy profilaktyczne wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie tkwi m.in. ich duża prostota i skuteczność, jednak pod warunkiem, że są prawidłowo zorganizowane. Uzależnienie od nielegalnych substancji jest schorzeniem medycznym, które z punktu widzenia zdrowia publicznego i etyki wymaga skutecznych działań zapobiegających rozwojowi chorób i minimalizujących szkody związane z uzależnieniem. Choć istnieją skuteczne metody zapobiegania zakażeniom, nie są one albo oferowane albo nie są dostępne dla dużej części osób ich potrzebujących.

Z perspektywy zdrowia publicznego, duża liczba zakażeń w wybranych subpopulacjach bezpośrednio i pośrednio niekorzystnie oddziałuje na pozostałą część społeczeństwa. Profilaktyka zakażeń w obrębie tych subpopulacji może zmniejszyć koszty związane z tym oddziaływaniem. Po pierwsze, śmiertelność w przebiegu poważnych zakażeń przewlekłych skutkuje

raport open society_12 06 2012 .indd 16 6/13/12 11:57 AM

wzrostem kosztów związanych z leczeniem i opieką nad chorymi. Po drugie, utrata produktywności w związku z chorobą wiąże się ze wzrostem wydatków socjalnych. Po trzecie, duża chorobowość wśród osób używających narkotyków może prowadzić do wzrostu liczby zakażeń w całej populacji, zwłaszcza jeśli duża grupa osób zakażonych choruje przewlekle.

Ostatecznie, brak działań zapobiegających możliwym do uniknięcia powikłaniom konkretnej formy ciężkiego uzależnienia może być interpretowany jako niezrealizowanie zobowiązania unijnego polegającego na promowaniu sprawiedliwości społecznej i bezpieczeństwa, zobowiązania zawartego w konwencjach międzynarodowych, w tym w Karcie Praw Podstawowych Unii Europejskiej i w Traktacie Lizbońskim (22-23).

Choć likwidacja nielegalnego używania narkotyków lub używania narkotyków iniekcyjnie mogłaby, przynajmniej teoretycznie, skutecznie ograniczyć transmisję zakażeń, doświadczenia międzynarodowe wskazują, że działania wyłącznie z zakresu zdrowia publicznego są niewystarczające do stworzenia rzeczywistości wolnej od narkotyków. Ścisła kontrola dostępu do narkotyków nie doprowadziła do wyeliminowania ryzyka i szkód związanych z używaniem nielegalnych substancji. Efekt był wręcz przeciwny. Choć kontrolę dostępu do narkotyków uzasadniano obawami z zakresu zdrowia publicznego, ocena UNODC stuletnich wysiłków na rzecz kontroli dostępu do narkotyków wykazała, że zarówno sam system kontroli jak i jego utrzymywanie doprowadziły do wystąpienia kilku niezamierzonych konsekwencji. Przede wszystkim doszło do zahamowania rozwoju programów, których celem było zmniejszenie szkód związanych z używaniem narkotyków. Używanie narkotyków w dużym stopniu jest uwarunkowane czynnikami społecznymi (których przegląd wykracza poza ramy niniejszych wytycznych), natomiast praktyki związane z używaniem narkotyków w dużym stopniu zależą od subkultury użytkowników i warunków ekonomicznych. Wpływ na nie może jednak być trudny. Niemniej jednak, doświadczenia i wyniki badań wskazują, że pragmatyczne podejście do sposobów redukcji bezpośredniego ryzyka zakażeń związanych z wstrzyknięciami i działania na rzecz zahamowania lub zmniejszenia częstości wstrzyknięć mogą wywierać istotny wpływ na ograniczenie transmisji zakażeń krwiopochodnych wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie.

Cele, założenia i metodologia

Wytyczne opracowano w oparciu o wyniki badań i powinny stanowić źródło informacji podczas opracowywania, monitorowania i ewaluacji narodowych strategii i programów w krajach Unii Europejskiej i w regionie europejskim, programów których celem są profilaktyka i leczenie osób używających narkotyków iniekcyjnie. Są one zgodne z już istniejącymi dokumentami EU na temat używania narkotyków i chorób zakaźnych (24-27).

raport open society_12 06 2012 .indd 17 6/13/12 11:57 AM

Wytyczne niniejsze oparto na podstawowych wartościach omówionych w odrębnym akapicie poniżej.

Zidentyfikowano siedem interwencji podstawowych, których zadaniem jest doprowadzenie do zmniejszenia częstości zakażeń wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie w Europie. Ustalono je w oparciu o wyniki najbardziej wiarygodnych badań, opinie ekspertów, a także wieloletnie, dobrze udokumentowane doświadczenia zebrane przez instytucje realizujące programy i preferencje użytkowników.

O wyborze zalecanych interwencji zdecydowano na podstawie dwóch raportów technicznych (stanowiących przegląd badań naukowych) autorstwa ECDC/EMCDDA: „Skuteczność działań zapobiegających zakażeniom wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie. Część 1: Programy wymiany igieł i strzykawek i inne interwencje zapobiegające zakażeniom HCV, HIV i ryzykownym zachowaniom związanym ze wstrzyknięciami. Część 2: Terapia uzależnień jako metoda profilaktyki HCV, HIV i ryzykownych zachowań związanych ze wstrzyknięciami."

Wyniki badań

Podczas tworzenia niniejszych wytycznych, opierając się na wystandaryzowanej metodzie „przeglądu opracowań", dokonano systematycznej oceny badań, w tym dużej liczby badań oryginalnych obejmujących omawiane interwencje podstawowe[1]. Wyniki porównano w aspekcie skuteczności poszczególnych interwencji, wykorzystując najbardziej wiarygodne modele. Uzyskane wnioski sklasyfikowano następnie w zależności od rodzaju badania, liczby uczestników, a także liczby badań z takimi samymi wynikami – czynników wpływających na siłę uzyskanych dowodów. Najbardziej wiarygodne wyniki porównano następnie z najnowszymi wynikami badań oryginalnych jeszcze nie poddanych analizie. W przypadku braku przeglądów systematycznych dotyczących skuteczności konkretnych interwencji, korzystano z wyników prac oryginalnych. Metodyka, w oparciu o którą identyfikowano i wybierano prace przeglądowe i badania oryginalne, została szczegółowo opisana w dwóch raportach technicznych towarzyszących wytycznym.

W dziedzinie zdrowia publicznego niekiedy nie udaje się uzyskać dowodów o wiarygodności dorównującej dowodom pochodzącym z badań eksperymentalnych takich jak randomizowane badania kontrolowane (*randomised controlled trials* – RCT), a ze względów etycznych niektórych interwencji nie można poddać ocenie w ramach badań eksperymentalnych (interwencja oferowana tylko jednej grupie chorych, z pominięciem pozostałych). Również kontro-

[1] Metoda "przeglądu opracowań" (Kelly et al., 2002) polega przede wszystkim na analizie wyników pochodzących z opublikowanych prac przeglądowych, a nie na systematycznej analizie prac oryginalnych. Zadanie polegało na przeprowadzeniu systematycznego przeglądu literatury, identyfikacji istotnych metaanaliz opisowych, poddaniu ich krytycznej analizie i opracowaniu wniosków.

raport open society_12 06 2012 .indd 18 6/13/12 11:57 AM

la czynników zakłócających występujących w warunkach rzeczywistych byłaby zbyt złożona i wymagała opracowania protokołów generujących zaporowe koszty. Kolejnym utrudnieniem w identyfikacji statystycznie istotnych pozytywnych i negatywnych efektów interwencji jest mała częstość ich występowania, co wymuszałoby prowadzenie obserwacji przez bardzo długi okres w celu uzyskania wystarczającej liczby istotnych obserwacji i wyciągnięcia wniosków co do ich znaczenia (28).

Związek między wynikami badań a ostatecznymi zaleceniami nie zawsze jest bezpośredni: bardzo wiarygodne wyniki nie zawsze prowadzą do sformułowania silnych zaleceń, a silne zalecenia mogą być tworzone w oparciu o wyniki niskiej jakości. Jeśli wiarygodność wyników nie była niepodważalna lub jeśli wybrane interwencje nie były poparte wynikami badań, wytyczne tworzono w oparciu o opinie ekspertów (bilans korzyści i szkód związanych z poszczególnymi interwencjami), opinie dotyczące dobrych praktyk stosowanych w programach profilaktycznych w EU, a także preferencje użytkowników. Choć opinie ekspertów uważane są za dowody o mniejszej wiarygodności, w pewnych warunkach grupa ekspertów może przypisać wytycznym dużą siłę nawet mimo braku wiarygodnych wyników badań klinicznych. Takimi przykładami mogą być zalecenia dotyczące nawadniania pacjentów hospitalizowanych lub stosowania po urazie kocy zapobiegających utracie ciepła. Interwencje te nie są poparte wiarygodnymi wynikami badań, a mimo to przypisano im duży stopień wiarygodności. Dodatkowe informacje na temat metodologii opracowania poszczególnych wytycznych przedstawiowno w Załączniku B.

Zakres wytycznych

Niniejsze wytyczne opracowano w oparciu o dotychczasowe doświadczenia w zapobieganiu chorobom zakaźnym wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie, zwłaszcza działań realizowanych pod auspicjami WHO, UNAIDS i UNODC. Poza tym korzystano również z wielu wytycznych i zaleceń narodowych (patrz Załącznik C). Celem było stworzenie spójnego przeglądu aktualnego stanu wiedzy, a także uzupełnienie wcześniejszych opracowań o zalecenia dotyczące oferty skojarzonej. Zamiarem autorów było stworzenie szczegółowego zbioru zaleceń nie tylko dla Unii Europejskiej, ale również dla krajów graniczących z EU. Wytyczne zawierają odniesienia i linki do materiałów źródłowych ze szczegółowymi informacjami uzupełniającymi i opisem metod ich wdrażania (Załącznik C).

Autorzy skupili się na interwencjach i działaniach profilaktycznych, których celem jest bezpośredni wpływ na zmniejszenie ryzyka zakażenia przede wszystkim HIV, HBV, HCV i prątkiem gruźlicy (TB). Omówiono również inne zakażenia, jednak mniej szczegółowo, które wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie mogą występować częściej, między innymi zakażenia skóry i tkanek miękkich, wirusowe zapalenie wątroby typu A, a także inne zakażenia przenoszone drogą płciową. Wytyczne poruszają takie zagadnienia jak edukacja, ryzyko związane z przygotowaniem narkotyku i jego wstrzykiwaniem, korzystanie ze wspólnego

raport open society_12 06 2012 .indd 19 6/13/12 11:57 AM

sprzętu do iniekcji, szczepienia, substytucja narkotykowa i inne formy farmakoterapii, których zadaniem jest zmniejszenie częstości wykonywania wstrzyknięć i poprawa adherencji do terapii. Zawierają również sugestie na temat metod skutecznej realizacji najważniejszych programów.

Niniejsze wytyczne dotyczą osób używających opioidów i substancji stymulujących iniekcyjnie i choć są to tak zwane populacje „tradycyjne", proponowane interwencje mogą być skuteczne również w obrębie nowych grup używających substancji iniekcyjnie, na przykład substancji poprawiających wydolność (m.in. steroidy anaboliczne). Obserwacje zebrane w niektórych krajach w tej grupie użytkowników wskazują na zasadność prowadzenia nadzoru epidemiologicznego. Osoby używające problemowo narkotyków, jednak nie iniekcyjnie, prawdopodobnie również mogłyby odnieść korzyści z interwencji przedstawionych w niniejszym opracowaniu, nie stanowią one jednak głównej grupy docelowej.

Wytyczne nie zawierają szczegółowej analizy znaczenia terapii antyretrowirusowej jako profilaktyki HIV w skali populacji, wyraźnie jednak wskazują, że leczenie takie powinno być dostępne dla wszystkich osób używających narkotyków iniekcyjnie. Niedawno opublikowane dane wskazują jednak, że ograniczenie transmisji zakażeń może być znaczne, tym samym dostarczając dodatkowego silnego argumentu za leczeniem zakażenia HIV i wirusowych zapaleń wątroby u osób czynnie używających narkotyków iniekcyjnie. Dostępne są również dane potwierdzające korzystny wpływ profilaktycznego leczenia gruźlicy utajonej na zmniejszenie prewalencji tego zakażenia w populacji, w tym również zapadalności na gruźlicę. Z tych względów, niniejsze wytyczne zaliczają terapię zakażeń do interwencji podstawowych.

Wytyczne opracowano w odpowiedzi na potrzeby osób używających narkotyków iniekcyjnie, nie obejmują one jednak problemów osób niepełnoletnich i młodzieży, choć niekiedy stanowią one dużą grupę wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie. Prawidłowa reakcja na potrzeby osób niepełnoletnich i młodzieży powinna polegać na tworzeniu programów dopasowanych do klientów i ich wieku (patrz ramka, strony 54-55).

Z punktu widzenia profilaktyki, ogromne znaczenie odgrywa ochrona najmłodszych osób używających narkotyków iniekcyjnie przed zakażeniami przewlekłymi przenoszonymi drogą krwiopochodną i gruźlicą. Z tego względu ograniczenia wiekowe w dostępie do świadczeń nie wydają się pomocne, a mogą być wręcz szkodliwe, często bowiem prowadzą do wzrostu ryzyka wśród osób niepełnoletnich.

Niniejsze wytyczne dotyczące metod zapobiegania zakażeniom skierowane są przede wszystkim do realizatorów programów społecznych, mogą być jednak realizowane również w więzieniach.

raport open society_12 06 2012 .indd 20 6/13/12 11:57 AM

Zgodnie z zasadą „równego dostępu do świadczeń", więźniowie mają prawo do nieskrępowanego dostępu do świadczeń oferowanych w danym kraju, a więzienne systemy opieki zdrowotnej powinny prowadzić leczenie chorób związanych z używaniem narkotyków na zasadach porównywalnych z panującymi poza więzieniami (29-30).

Osadzeni, którzy w przeszłości używali narkotyków iniekcyjnie często obciążeni są licznymi i złożonymi problemami zdrowotnymi i z tych powodów wymagają specjalistycznej opieki zdrowotnej, w tym również podejścia wielospecjalistycznego. Istotną grupę adresatów stanowią również osoby, które zostały niedawno zwolnione z więzienia, dlatego powinny być uwzględniane w narodowych strategiach zapobiegania zakażeniom (31), podobnie jak osoby pozbawione wolności (32).

Grupa docelowa

Niniejsze wytyczne opracowano z myślą o autorach programów profilaktycznych z zakresu chorób zakaźnych, zdrowia publicznego, uzależnień i zdrowia psychicznego, a także świadczeń socjalnych i kontroli narkotyków, realizowanych zarówno na poziomie krajowym jak i regionalnym. Mają również stanowić wsparcie dla krajów członkowskich EU i krajów kandydujących (a także potencjalnych kandydatów) w planowaniu odpowiednich, opartych na wynikach badań i racjonalnie zaprojektowanych programów w dziedzinie zdrowia publicznego kierowanych do osób używających narkotyków iniekcyjnie. Wskazują również na dobre praktyki w dziedzinie profilaktyki i kontroli chorób zakaźnych w EU w tej grupie. Żywimy nadzieję, że okażą się przydatne i ważne również dla krajów stowarzyszonych z Unią Europejską. Nie zawierają natomiast szczegółowych informacji na temat technicznych aspektów ich wdrażania, dlatego zadaniem podmiotów je realizujących jest zaadaptowanie sugerowanych interwencji do warunków lokalnych i narodowych. Mimo to, mogą być jednak interesujące dla kierowników programów lokalnych, stanowią bowiem wszechstroną analizę wszystkich elementów, które powinny zostać uwzględnione w systemowych działaniach zapobiegających najważniejszym chorobom zakaźnym wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie.

raport open society_12 06 2012 .indd 21 6/13/12 11:57 AM

ZAŁOŻENIA PROGRAMÓW PROFILAKTYCZNYCH DLA OSÓB UŻYWAJĄCYCH NARKOTYKÓW INIEKCYJNIE

Założenia przedstawione w tej części wynikają z podstawowych zasad obowiązujących w dziedzinie zdrowia publicznego, zasad realizacji świadczeń, etyki indywidualnej i związanej ze zdrowiem publicznym, a także doświadczeń zebranych podczas wdrażania programów. Zostały one opracowane przez ECDC i EMCDDA, przy wsparciu Technicznej Grupy Doradczej ECDC/EMCDDA, w oparciu o zasady obowiązujące w dziedzinie zdrowia publicznego i prawa człowieka, a także wyniki badań prowadzonych w Wielkiej Brytanii i Holandii w latach osiemdziesiątych XX wieku („Model Redukcji Szkód Mersey" – populacyjny model realizacji świadczeń zdrowotnych) (33-34). Dotyczą przede wszystkim osób używających narkotyków iniekcyjnie, a ich celem jest zmniejszenie szkód związanych z ich używaniem (35-36). Powinny stanowić podstawę wszystkich interwencji przedstawionych w niniejszych wytycznych. Projektując programy należy pamiętać, aby planowane interwencje były zgodne z założeniami omówionymi w podrozdziałach „Założenia działań profilaktycznych" i „Założenia programowe".

Rycina 3: Założenia programów profilaktycznych wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie

raport open society_12 06 2012 .indd 22 6/13/12 11:57 AM

Założenia działań profilaktycznych

Niniejsze wytyczne oparto na czterech prostych przesłankach: pragmatycznym podejściu do promocji zdrowia, przyjęciu perspektywy praw klienta wynikających z podstawowych zasad etycznych, określonych założeniach zdrowia publicznego, a także obserwacjach naukowych i doświadczeniu ekspertów. Trzeźwość lub abstynencja nie są definiowane jako cele programów farmakoterapii (33,35,37-38), z drugiej jednak strony wytyczne nie pozostają w sprzeczności z modelem abstynencyjnym, ani wprost go nie wykluczają. Nie omówiono problemu kontroli dostępu do narkotyków, analizę ograniczono bowiem do bezpośrednich szkód indywidualnych i społecznych związanych z zakażeniami wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie. Podstawowe działania przedstawione w niniejszych wytycznych byłoby trudno skutecznie realizować, gdyby nie zostały oparte na następujących przesłankach:

„Pragmatyczne podejście do promocji zdrowia" oznacza w tym kontekście odniesienie się, również poprzez omówione w wytycznych działania, przede wszystkim do rozprzestrzeniania się zakażeń wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie i sposobów zmniejszenia ryzyka ich nabycia w tej grupie, a nie do hierarchii celów w pełnym rozumieniu polityki narkotykowej. W modelu tym nie określono sposobów wdrażania programów profilaktycznych, a jedynie wskazano na konieczność kierowania się podczas tego procesu nadrzędnymi wartościami zdrowia publicznego i indywidualnego. Pozostawanie w abstynencji od narkotyków nie powinno być warunkiem dostępu do świadczeń zapobiegających zakażeniom. W przeciwieństwie do podejścia dogmatycznego, w ramach którego kontrola dostępu do narkotyków przesłania inne cele, w przypadku podejścia pragmatycznego uznaje się, że jakakolwiek korzyść zdrowotna ma niezależną wartość i warto ją osiągnąć, nawet jeśli leżące u podstaw używanie narkotyków nie ulegnie zmianie (37). Nie wszyscy pacjenci zaprzestaną używać narkotyków, można jednak zapobiec podejmowaniu niebezpiecznych praktyk iniekcyjnych i rozprzestrzenianiu się zakażeń.

„Perspektywa praw klienta" w kontekście niniejszych wytycznych oznacza podejmowanie działań profilaktycznych i interwencji, które pozostają w ścisłym związku z potrzebami klientów. Potrzeby realizatorów i społeczne mogą być spełnione, ale dopiero po zrealizowaniu potrzeb klientów. Pierwszym etapem, w oparciu o indywidualne potrzeby klientów, jest opracowanie konkretnych działań profilaktycznych. Ponadto, wszystkie świadczenia powinny być oferowane na zasadzie dobrowolności i nie należy prowadzić terapii przymusowej. Co więcej, dostęp do nich uznawany jest za jeden z elementów praw człowieka, nie jako przywilej, i zawsze powinien wiązać się z korzyściami dla klienta, a nie wyłącznie dla społeczeństwa (35,39).

„Zdrowie publiczne" w ramach niniejszych wytycznych oznacza, że choć działania profilaktyczne powinny stanowić odpowiedź przede wszystkim na potrzeby klientów, to jednak kompleksowe podejście zawsze powinno prowadzić do uzyskania korzyści zarówno społecznych jak i indywidualnych. W ramach realizowanych programów należy uwzględniać działania

raport open society_12 06 2012 .indd 23 6/13/12 11:57 AM

zapobiegające rozprzestrzenianiu się zakażeń, zmniejszające sumaryczne koszty opieki zdrowotnej i koszty społeczne, zwiększające produktywność, a także zmniejszające śmiertelność i chorobowość klientów. Profilaktykę używania narkotyków należy rozważyć, jeśli nie stoi ona w sprzeczności z celami podstawowymi (40).

„Wytyczne oparte na obserwacjach naukowych i doświadczeniu ekspertów" to wytyczne opracowane na podstawie wyników najlepszych badań w danej dziedzinie. W przypadku niektórych zalecanych interwencji nie przeprowadzono dotychczas badań o odpowiedniej sile, które potwierdzałyby ich skuteczność. Przyczyną był najczęściej zbyt duży stopień złożoności projektu lub trudności etyczne (41-42). W kilku przypadkach wyniki pochodzą z opublikowanych badań ekologicznych lub prac opisowych, a niekiedy korzystano z doświadczenia i zaleceń ekspertów technicznych. Część wymienionych interwencji uwzględniono w oparciu o przesłanki logiczne i korzyści odnoszone przez klientów, przy jednoczesnym braku nadmiernego ryzyka wystąpienia szkód. Innymi słowy, ich realizacja jest uzasadniona z pragmatycznego punktu widzenia.

Założenia programowe

Realizacja założeń do działań profilaktycznych omówionych wyżej powinna odbywać się zgodnie z zasadami wynikającymi z przyjęcia perspektywy klienta (43), a ich zlekceważenie utrudnia skuteczną realizację podstawowych interwencji:

- Poufność.
- Duża dostępność oferty.
- Atmosfera przyjazna dla klientów.
- Dialog z klientami i wspieranie działań grup rówieśniczych.
- Pragmatyczne podejście do organizacji świadczeń.
- Unikanie ideologii i osądów moralnych.
- Realistyczna hierarchia celów.

Zaufanie klientów to warunek niezbędny skutecznej profilaktyki chorób zakaźnych. Jako że używanie narkotyków i posiadanie substancji psychotropowych jest w wielu krajach nielegalne, osoby je używające niechętnie ujawniają swoje dane nawet pracownikom opieki zdrowotnej ze względu na obawy przed policją i innymi instytucjami (44-45). Aby klienci chcieli uczestniczyć w programach zdrowotnych, należy pomóc im pokonać ten strach. Niestety wymóg pełnej identyfikacji, standardowa praktyka w programach zdrowotnych, często zniechęca potencjalnych klientów.

Poufność. Pierwsze z założeń programowych oznacza konieczność zapewnienia anonimowego dostępu do oferty profilaktycznej albo dostępu gwarantującego pełną poufność (z punktu widzenia klienta). Brak takiej możliwości uniemożliwi wielu osobom skorzystanie z oferowa-

raport open society_12 06 2012 .indd 24 6/13/12 11:57 AM

nych świadczeń lub zmniejszy liczbę klientów, w rezultacie ograniczając efekt „odporności środowiskowej" i skuteczność oddziaływań profilaktycznych na poziomie populacyjnym (46-47). W celu zapewnienia poufności, wszyscy pracownicy powinni zostać przeszkoleni w sposobach poufnej realizacji świadczeń. W przypadku wybranych działań takich jak testowanie, szczepienia, a niekiedy również leczenie uzależnień może zaistnieć konieczność wdrożenia metody poufnej identyfikacji pacjentów, zwykle przez nich akceptowanej. Opracowano również wystarczająco dokładne metody monitorowania programów, pozwalające zachować anonimowość lub poufność (48)[2].

Duża dostępność oferty. Celem drugiego założenia programowego jest wskazanie na potrzebę stworzenia łatwego dostępu osób używających narkotyków iniekcyjnie do oferowanych świadczeń, w tym również do programów niskoprogowych. Oznacza to realizację świadczeń w miejscu przebywania klientów lub w miejscach, do których mogą łatwo dotrzeć. Programy powinny działać o różnych porach dnia (46,49-52), być dopasowane do popytu i dynamiczne tak, aby wszyscy zainteresowani mogli uzyskać odpowiednią, rzetelną i pełną opiekę (20,53).

Atmosfera przyjazna dla klientów. Trzecie założenie programowe wskazuje na konieczność stworzenia atmosfery przyjaznej dla klientów. Choć może wydawać się intuicyjnie oczywiste, jego realizacja stanowi podstawowy element zapewniający uczestnictwo klientów w programach. Przyjazna atmosfera oznacza odnoszenie się do klientów z godnością i szczerą chęcią niesienia pomocy, niezależnie od ich wyglądu lub statusu społecznego Oznacza również szanowanie ich życzeń i unikanie narzucania oferty (50,52). Nie oznacza jednak, że klienci mogą zachowywać się jak chcą, szczególnie jeśli ich zachowanie zaburza funkcjonowanie programu lub stwarza zagrożenie dla innych osób. Pracownicy programów powinni ustalić zasady zachowania się na terenie poradni i jednoznacznie je komunikować. W większości przypadków obowiązuje zakaz handlowania nielegalnymi substancjami, prowadzenia transakcji finansowych lub wykonywania wstrzyknięć, a złamanie któregokolwiek z nich może wiązać się z przejściowym zawieszeniem uczestnictwa w programie (43). Wiele osób używających narkotyków nie tylko jest uzależnionych, ale jest również obciążonych innymi zaburzeniami psychicznymi (54). Osoby te należą do najbardziej marginalizowanej grupy społecznej i są szczególnie narażone na zakażenia. Nie powinni być określani jako „zbyt trudni" lub „zbyt wymagający", a w ramach działających programów należy wypracować metody humanitarnej i pełnej szacunku pracy z tą grupą chorych.

Dialog z klientami i wspieranie działań grup rówieśniczych. Prowadzenie dialogu z klien-

[2] Poszczególne programy opracowały zróżnicowane standardy postępowania, w tym stosowanie haseł, anonimowych kart identyfikacyjnych lub kodów umożliwiających monitorowanie realizacji świadczeń przy jednoczesnym zapewnieniu poufności.

raport open society_12 06 2012 .indd 25 6/13/12 11:57 AM

tami i angażowanie ich w działania profilaktyczne powinno stanowić nierozerwalną część programów. Aktywny kontakt z klientami i reagowanie na zmieniające się potrzeby umożliwiają zachowanie odpowiedniego zróżnicowania świadczeń (55). Zwyczaje i metody związane z wykonywaniem wstrzyknięć często przekazywane są przez osoby doświadczone nowym użytkownikom (56). Często dochodzi również do wtórnej wymiany strzykawek, w ramach której są one dystrybuowane przez osoby używające narkotyków wśród ich znajomych (48,57-58). Specjaliści w dziedzinie profilaktyki powinni nieprzerwanie monitorować sposób używania narkotyków, a osoby ich używające powinny mieć świadomość grożących im szkód zdrowotnych. Realizatorzy programów mogą również organizować szkolenia dla osób używających narkotyków na temat zarządzania ryzykiem i promocji zdrowia, a także zachęcać uczestników szkoleń do rozpowszechniania otrzymanych informacji, zwiększając nie tylko skuteczność programów, ale również samodzielność klientów (59-60). Zaangażowanie osób używających narkotyków w działania profilaktyczne pomaga wytworzyć pozytywne oddziaływania grupowe, a klienci mają możliwość wymiany informacji na temat bezpieczniejszych sposobów używania narkotyków (61-63). Głównym wyzwaniem dla realizatorów programów jest zrozumienie potrzeb klientów i udzielenie im wsparcia w ich realizacji.

Pragmatyczne podejście do organizacji świadczeń. Piąte założenie programowe polega na uwzględnieniu w podejmowanych działaniach perspektywy klienta: programy powinny być tworzone od podstaw w oparciu o bieżące potrzeby odbiorców i w celowany sposób zaspokajać ich potrzeby zdrowotne tak, aby ograniczać niedostatki działań profilaktycznych i transmisję zakażeń (64). Choć natychmiastowe ograniczenie wszystkich szkód związanych z używaniem narkotyków jest niemożliwe, to jednak każda interwencja, jeśli tylko stanowi odpowiedź na realną potrzebę klientów, przynosi korzyści (43). Filozofia ta różni się od podejścia ideologicznego, w przypadku którego cele mogą być tak wygórowane, że stają się nieosiągalne zarówno dla klientów, realizatorów programów jak i instytucji je określających.

Unikanie ideologii i osądów moralnych. Szóste założenie programowe zakłada, że świadczenia kierowane są do osób używających narkotyków, zatem osądzanie lub krytykowanie faktu ich używania nie jest pomocne (65-66). Przeciwnie, realizatorzy programów powinni uszanować wybory dokonywane przez klientów, nawet jeśli są niezgodne z wartościami wyznawanymi przez nich samych, a personel powinien uczestniczyć w praktycznych szkoleniach okazywania szacunku (67). Nie jest to jednak równoznaczne z rezygnacją z terapii uzależnień. Wręcz przeciwnie, do terapeutów należy kierować większość klientów, a programy powinny udostępniać informacje na temat możliwości skorzystania z terapii (43,53,68).

raport open society_12 06 2012 .indd 26 6/13/12 11:57 AM

Realistyczna hierarchia celów. Ostatnim założeniem programowym jest przyjmowanie realistycznych celów krótkoterminowych, najlepiej jeszcze na etapie opracowywania założeń (43). Zbyt wygórowane są nierealistyczne i mogą prowadzić do niepotrzebnych rozczarowań i błędnych wniosków na temat skuteczności programów (69). Hierarchia celów może być zmienna w zależności od lokalnych potrzeb i sytuacji, zawsze powinna jednak uwzględniać objęcie opieką większości klientów, zdobycie ich zaufania, reagowanie na realne potrzeby, redukcję bezpośredniego ryzyka zakażeń i z czasem poprawę dostępności świadczeń.

Wspólne cele związane z profilaktyką zakażeń takie jak zapobieganie lokalnym epidemiom, zmniejszenie zapadalności i prewalencji chorób powinny być ustalane na poziomie ogólnym. Powinny być również dopasowane do bieżącej sytuacji i realistyczne (53). Są one zazwyczaj nieprzydatne jako wskaźniki skuteczności programów i powinny być wykorzystywane w tym charakterze jedynie podczas sporządzania analiz narodowych, pod warunkiem jednak, że klienci mają łatwy dostęp do kompleksowej oferty. Perspektywa działań profilaktycznych jest perspektywą długookresową, zwłaszcza jeśli liczba zakażeń przewlekłych osiągnęła duże wartości, a do zmniejszenia prewalencji zakażeń dochodzi powoli. Dostępność świadczeń powinna być nieustannie zwiększana, choć efekt zauważalny będzie dopiero po długim okresie (patrz akapit „Dostępność świadczeń", strona 69).

raport open society_12 06 2012 .indd 27 6/13/12 11:57 AM

PROFILAKTYKA ZAKAŻEŃ WŚRÓD OSÓB UŻYWAJĄCYCH NARKOTYKÓW INIEKCYJNIE – ZALECANE INTERWENCJE

Jeśli programy narodowe mają skutecznie zapobiegać zakażeniom i prowadzić do zmniejszenia ich liczby wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie, powinny uwzględniać interwencje wymienione w tym rozdziale.

Podstawowe interwencje

Na podstawie wyników badań, w oparciu o opinie ekspertów i najlepsze praktyki stosowane na terenie EU/EEA zalecono wdrażanie wymienionych niżej interwencji podstawowych, w miarę możliwości w sposób skojarzony, aby dzięki synergii zwiększyć ich skuteczność.

- **Sprzęt do wstrzyknięć:** Legalny dostęp do czystego sprzętu iniekcyjnego[3], w tym do wystarczającej ilości bezpłatnych i sterylnych igieł i strzykawek, to jeden z elementów skojarzonych działań, które powinny być oferowane w ramach programów redukcji szkód, wsparcia i terapii.
- **Szczepienia:** Prowadzenie szczepień przeciw zapaleniom wątroby typu A i B, tężcowi, grypie i, zwłaszcza w przypadku osób żyjących z HIV, zakażeniom pneumokokowym.
- **Leczenie uzależnienia od narkotyków:** Prowadzenie opioidowej terapii substytucyjnej i innych rodzajów skutecznej terapii uzależnienia od narkotyków.
- **Diagnostyka:** Dobrowolne i poufne testowanie w kierunku zakażeń HIV, HCV (HBV w przypadku braku szczepienia) i innych, w tym gruźlicy, powinno być oferowane rutynowo po uzyskaniu świadomej zgody pacjenta, a osoby zakażone kierowane do poradni specjalistycznych w celu rozpoczęcia leczenia.
- **Leczenie zakażeń:** Leczenie przeciwwirusowe prowadzone w oparciu o wskazania kliniczne w przypadku zakażeń HIV, HBV lub HCV, tuberkulostatyczne w przypadku czynnej gruźlicy i profilaktyczne w przypadku gruźlicy latentnej. Leczenie innych chorób zakaźnych zgodnie z wytycznymi.
- **Promocja zdrowia:** Promocja zdrowia powinna obejmować naukę wykonywania bezpieczniejszych wstrzyknięć i bezpieczniejszych zachowań seksualnych (w tym stosowania prezerwatyw), a także profilaktykę, diagnostykę i leczenie chorób.
- **Świadczenia celowane:** Oferta powinna być zorganizowana i realizowana zgodnie z potrzebami użytkowników i warunkami miejscowymi, a obejmować programy stacjonarne i ruchome oferujące terapię uzależnienia od narkotyków, redukcję szkód, poradnictwo i diagnostykę, a także kontaktowanie chorych z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej i poradniami specjalistycznymi.

[3] Poza igłami i strzykawkami, do sprzętu używanego podczas wstrzyknięć należą podgrzewacze/łyżki lub pojemniki do przygotowania narkotyku, filtry, zakwaszacze, sterylna woda i gaziki suche lub nasączone alkoholem. Szczegółowe informacje na temat sprzętu stosowanego do wstrzyknięć, patrz ramka na stronie 33.

raport open society_12 06 2012 .indd 28 6/13/12 11:57 AM

Kojarzenie interwencji podstawowych w celu uzyskania synergii

Efekt synergii związany z oferowaniem kilku świadczeń jednocześnie pozwala w istotnym stopniu ograniczyć liczbę zakażeń HCV i HIV, a także zmniejszyć raportowane przez klientów ryzyko związane z wykonywaniem wstrzyknięć (70) (71-72).

Kojarzenie interwencji

Aby osiągnąć efekt synergii, interwencje, jeśli tylko to możliwe, należy realizować w sposób skojarzony. Największy spadek liczby zakażeń HIV i HCV, a także częstości ryzykownych zachowań związanych ze wstrzyknięciami, można osiągnąć zapewniając łatwy dostęp do wymiany igieł i strzykawek w ramach programów opioidowej terapii substytucyjnej. Jeszcze większy spadek liczby zakażeń wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie udaje się osiągnąć dzięki uzupełnieniu oferty programów wymiany igieł i strzykawek i terapii uzależnień o możliwość leczenia zakażeń i zaszczepienia się.

Korzystne efekty związane z prowadzeniem wymiany igieł i strzykawek w ramach programów opioidowej terapii substytucyjnej są niewątpliwe, wydaje się jednak, że inne interwencje również mogą wywierać efekt synergistyczny. Adherencja do terapii chorób zakaźnych, w tym zakażenia HIV, ulega poprawie jeśli pacjenci biorą udział w terapii uzależnienia od narkotyków (1-2). Część korzyści związanych z kojarzeniem interwencji uzyskiwanych jest wprost, natomiast część pośrednio poprzez zachęcenie klientów do uczestnictwa w programie i pozostania w nim, a w efekcie dzięki zwiększeniu zasięgu i dostępności świadczeń.

Warunkiem skutecznego wdrożenia programów i realizacji kluczowych świadczeń jest ścisła współpraca między wszystkimi zaangażowanymi instytucjami. Aspekt ten omówiono bardziej szczegółowo w dalszej części.

raport open society_12 06 2012 .indd 29 6/13/12 11:57 AM

OPRACOWANIE, WDRAŻANIE I MONITOROWANIE PROGRAMÓW PROFILAKTYKI CHORÓB ZAKAŹNYCH WŚRÓD OSÓB UŻYWAJĄCYCH NARKOTYKÓW INIEKCYJNIE

Warunkiem skutecznej realizacji podstawowych interwencji jest współpraca i koordynacja działań poszczególnych instytucji zarówno na poziomie krajowym jak i lokalnym.

Współpraca i koordynacja

Warunkiem niezbędnym do zapewnienia skuteczności programów profilaktyki chorób zakaźnych jest osiągnięcie narodowego porozumienia i przyjęcie celów zaakceptowanych przez wszystkich uczestników i realizatorów zajmujących się opieką nad osobami używającymi narkotyków iniekcyjnie. Instytucje odpowiedzialne za kontrolę chorób zakaźnych, a więc poradnie uzależnień, poradnie zdrowia psychicznego, instytucje zajmujące się opieką społeczną, policja, sądy, agencje ds. kontroli narkotyków i instytucje związane z więziennictwem powinny aktywnie włączać się w realizację tych zadań na poziomie ogólnokrajowym. Ponadto, w koordynowaniu zadań powinny uczestniczyć również samorządy, organizacje obywatelskie, stowarzyszenia osób używających narkotyków, a także inne organizacje pozarządowe i społeczne.

W większości krajów europejskich używanie narkotyków wciąż kwalifikowane jest jako przestępstwo lub wykroczenie, dlatego podczas tworzenia programów profilaktycznych, poza problemami zdrowotnymi, należy uwzględnić również zagadnienia prawne.

Osoby używające narkotyków iniekcyjnie często obciążone są wieloma problemami socjalnymi i zaburzeniami psychicznymi, co dodatkowo utrudnia koordynację działań. Jako że część interwencji realizowana jest poza rodzimymi poradniami, należy nawiązać i utrzymywać kontakty z różnymi świadczeniodawcami medycznymi i programami opieki społecznej.

Korzystne zmiany epidemiologiczne można osiągnąć jedynie dzięki zaangażowaniu każdej z wymienionych wyżej instytucji. Niezmiernie ważna jest na przykład współpraca z policją, a zwłaszcza wyjaśnienie policjantom, że dystrybucja sprzętu do wstrzyknięć jest działaniem z zakresu zdrowia publicznego i że nie powinni utrudniać funkcjonowania programów wymiany igieł i strzykawek, również ruchomych. Kontrole prowadzone przez policję w okolicy działających programów, odstraszając potencjalnych klientów, skutecznie niweczą szanse na realizację założonych celów profilaktycznych. Zasady funkcjonowania policji ustalane są zwykle na szczeblu centralnym, a ścisła hierarchia dowodzenia, obowiązująca w większości krajów, uniemożliwia jakiekolwiek lokalne odstępstwa. Zjawiska te należy uwzględnić podczas realizacji zadań, a porozumienia zawarte na poziomie ogólnokrajowym mogą ułatwić współpracę na poziomie lokalnym.

raport open society_12 06 2012 .indd 30 6/13/12 11:57 AM

Wsparcie dla podejmowanych działań profilaktycznych powinno pochodzić nie tylko od instytucji lokalnych i wydziałów zdrowia administracji lokalnej, ale od wszystkich ważnych działów administracji centralnej, w tym również policji. Wymaga to często zawierania porozumień na najwyższym szczeblu lub przynajmniej akceptacji celów określonych dla poszczególnych programów, które muszą zostać następnie przekazane pracownikom niższych szczebli i realizatorom programów.

Równie ważna jest współpraca z władzami lokalnymi. W obawie przed szkodliwym wpływem powstających programów na okolicę, lokalni mieszkańcy często przeciwstawiają się ich otwieraniu, prezentując postawę: „Nie w mojej okolicy". Aby przezwyciężyć te obawy, potrzebne są silne przywództwo, angażowanie mieszkańców przez lokalnych realizatorów i wskazanie korzyści związanych z programem, na przykład zmniejszenie liczby wyrzucanego na ulicę sprzętu do wstrzyknięć (73).

Siedem interwencji podstawowych

Sprzęt do wstrzyknięć

Zalecane interwencje

Zapewnienie legalnego dostępu do czystego sprzętu do wstrzyknięć, w tym do wystarczającej ilości bezpłatnych i sterylnych igieł i strzykawek, jako jednego z elementów zróżnicowanej oferty programów redukcji szkód, wsparcia i terapii.

Głównym czynnikiem ryzyka wystąpienia zakażeń krwiopochodnych jest korzystanie ze wspólnych igieł, strzykawek i innego sprzętu do przygotowania i wstrzykiwania narkotyków. Osoby, które nigdy nie korzystały z pożyczonych igieł i strzykawek, często używały jednak wspólnego sprzętu do przygotowania narkotyku takiego jak pojemniki do mieszania, woda do rozpuszczania narkotyku lub filtry, narażając się na zakażenie HCV lub zakażenia bakteryjne (74-75) (patrz ramka na temat przenoszenia zakażeń za pośrednictwem sprzętu do przygotowania narkotyku, strona 33). W związku z niesterylnymi warunkami wykonywania iniekcji wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie często dochodzi do zakażeń skóry, żył lub wystąpienia posocznicy (17). Coraz częściej, po uprzednim rozkruszeniu, wstrzykiwane są leki dostępne na receptę, co stwarza ryzyko wystąpienia zatorowości płucnej i zapalenia wsierdzia (76-78). Niektóre zakwaszacze przygotowane w warunkach domowych i stosowane do rozpuszczania narkotyków, okazały się być zanieczyszczone grzybami i po podaniu dożylnym wywoływały zapalenie wsierdzia lub oka, w efekcie prowadząc do ślepoty w przebiegu kandydozowego zapalenia gałki ocznej (79).

Stanowisko: W oparciu o dostępne wyniki badań, opinie ekspertów i codzienną praktykę wykonywania bezpieczniejszych iniekcji (80) można stwierdzić, że transmisję zakażeń HIV i HCV wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie najskuteczniej ogranicza nieskrępo-

raport open society_12 06 2012 .indd 31 6/13/12 11:57 AM

wany dostęp do sterylnych igieł i strzykawek, a także do czystego sprzętu do przygotowania każdej iniekcji (łyżki/podgrzewacze, filtry, woda do wstrzyknięć, zakwaszacze, gaziki suche i nasączone alkoholem). Sprzęt do wstrzyknięć powinien być udostępniany bezpłatnie w miejscach akceptowanych przez samych klientów i łatwo dla nich dostępnych.

Uwagi praktyczne: Aby otrzymać nowe igły i strzykawki niekiedy wymaga się zwrócenia starych, jednak taka organizacja programu może być szkodliwa i utrudniać dostęp sterylnego sprzętu do wstrzyknięć. W celu osiągnięcia założonych celów w zakresie profilaktyki chorób zakaźnych, dostęp do igieł i strzykawek powinien być łatwy, a klientów należy zachęcać do zwracania zużytego sprzętu, nie może to być jednak warunek otrzymania nowego. Należy również dokładnie ocenić ryzyko zakłucia się klientów w drodze do miejsca zwrotu, a także zakłucia pracowników programów wymiany igieł i strzykawek. Klienci powinni otrzymywać bezpieczne pojemniki na igły, być zachęcani do bezpiecznego transportowania sprzętu i ich zwrotu po wypełnieniu. Skuteczne okazały się również inne działania takie jak funkcjonujące w bliskim otoczeniu klientów miejsca do bezpiecznego pozbywania się ostrych odpadów lub odbieranie ich bezpośrednio z domów. Niezmiernie ważne jest również skoordynowanie działań między programami wymiany igieł i strzykawek a policją, aby posiadanie sprzętu do wstrzyknięć nie stanowiło podstawy do aresztowania w okolicy NSP.

Zazwyczaj klienci mają własne preferencje dotyczące rodzaju strzykawek i rozmiarów igieł. Bywają one zmienne w zależności od rodzaju programu i podgrupy użytkowników. Preferencje te należy dobrze poznać, aby zachęcić klientów do korzystania z oferty. W ramach niektórych programów oferowano na przykład strzykawki z igłami, które po wstrzyknięciu samoistnie się chowały, uniemożliwiając ich ponowne użycie. Okazało się jednak, że nie wszyscy klienci byli zadowoleni z takiego rozwiązania, co doprowadziło do spadku zainteresowania i retencji w programie. Decyzje dotyczące rodzaju i zróżnicowania oferowanych igieł i strzykawek powinny być uzależnione od ich przydatności dla klientów, stopnia akceptacji i prowadzonych akcji informacyjnych. Opinie i preferencje klientów należy uwzględnić również podczas wyboru sprzętu do przygotowania narkotyku, a także rodzaju i wielkości pojemników na ostre odpady, gdyż bywają one odmienne w różnych grupach klientów.

Dane pochodzące z przeglądów systematycznych wskazują, że rozdawanie igieł i strzykawek prowadzi do znacznego zmniejszenia częstości podejmowania ryzykownych zachowań iniekcyjnych raportowanych przez użytkowników (81). Istnieją również dane potwierdzające wpływ programów wymiany igieł i strzykawek na spadek liczby zakażeń HIV (81) (82). Z uwagi na ograniczenia metodologiczne, jednoznaczne określenie związku między dostępnością sprzętu do przygotowania narkotyków, takiego jak pojemniki, sterylna woda i filtry, a zmniejszeniem liczby zakażeń HCV lub HIV było trudniejsze (83). Niemniej jednak, HCV udało się wyizolować z 67% gazików, 40% filtrów, 33% próbek wody i 25% łyżek użytych do przygotowania narkotyku przez osoby zakażone HCV (84).

raport open society_12 06 2012 .indd 32 6/13/12 11:57 AM

Dane epidemiologiczne pochodzące z badań prowadzonych wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie i korzystających wyłącznie z własnych igieł lub strzykawek wskazują, że do transmisji HCV dochodzi podczas korzystania z pożyczonego sprzętu do przygotowania narkotyku, zwłaszcza podgrzewaczy (85) (75).

Zakażenia związane ze sprzętem do przygotowania wstrzyknięć

Woda: Wykorzystywana do rozpuszczania narkotyku, a także do mycia i płukania igieł i strzykawek po iniekcji. Z pojemnika z wodą korzysta niekiedy kilka osób, co w przypadku skażenia wody stwarza ryzyko transmisji zakażeń wirusowych.

Łyżki: Łyżki lub tak zwane "podgrzewacze" (np. Stéricups®) używane są do podgrzewania i rozpuszczania narkotyków (heroiny) lub do mieszania rozkruszonych tabletek z wodą. Łyżki bywają niekiedy używane przez kilka osób, a skażona woda lub filtry mogą być źródłem zakażeń bakteryjnych lub wirusowych.

Środki zakwaszające: Ich zadaniem jest ułatwienie rozpuszczenia słabo rozpuszczalnych postaci takich narkotyków jak brązowa heroina lub krak. Niekiedy mogą być przyczyną wystąpienia zakażeń bakteryjnych lub grzybiczych. Ryzyko to można zmniejszyć udostępniając saszetki np. z kwasem askorbinowym.

Filtry: Po rozpuszczeniu, narkotyk zasysany jest do strzykawki, a stosowanie filtrów zapobiega przedostaniu się do krążenia dużych zanieczyszczeń. Są one szczególnie ważne podczas wstrzyknięć dożylnych, gdyż zapobiegają powstawaniu zakrzepów i zatorów naczyniowych. Korzystanie z filtrów może jednak stanowić zagrożenie przeniesienia zakażeń wirusowych, bowiem ze względu na pozostałości narkotyku, filtry bywają używane kilkukrotnie. Nowsze filtry komercyjne zostały opracowane tak, aby wchłaniały narkotyk jedynie w minimalnym stopniu i rozpuszczały się po użyciu.

Gaziki suche lub nasączone alkoholem: Gaziki nasączone alkoholem powinny być używane do oczyszczania miejsca wkłucia, natomiast gaziki suche do tamowania krwawienia po iniekcji. Gaziki nasączone alkoholem użyte do tamowania krwawienia, wydłużają jego czas.

Aby ograniczyć pożyczanie sprzętu, jego ponowne użycie i zminimalizować ryzyko krwiopochodnych zakażeń wirusowych i bakteryjnych należy prowadzić również dystrybucję ampułek z wodą do iniekcji, podgrzewaczy i filtrów, a także gazików suchych i nasączonych alkoholem.

Brak jest natomiast silnych dowodów potwierdzających skuteczność dystrybucji materiałów do przygotowania wstrzyknięć takich jak sterylna woda, łyżki/podgrzewacze, filtry i gaziki w zmniejszaniu częstości zakażeń HIV i HCV. Jedna z oryginalnych prac wskazuje na związek

raport open society_12 06 2012 .indd 33 6/13/12 11:57 AM

między korzystaniem ze wspólnego sprzętu do przygotowania narkotyku lub do wykonywania iniekcji a deklarowanym faktem zakażenia HCV (86). W związku z kilkukrotnym używaniem sprzętu do iniekcji lub niehigienicznym wykonywaniem samych wstrzyknięć, istnieje również ryzyko wystąpienia bakteryjnych zakażeń skóry (17). Dostępne są również wyniki wskazujące, że dystrybucja tego rodzaju sprzętu zmniejsza częstość ryzykownych zachowań związanych z wstrzyknięciami (87) (88), a także zachęca nowych klientów do skorzystania z oferty i zwiększa retencję w programie (89). Rozdawanie w jednym z programów w Wielkiej Brytanii saszetek z kwasem cytrynowym osobom używającym narkotyków iniekcyjnie spotkało się z bardzo dobrym przyjęciem i pomogło zachęcić nowych klientów do skorzystania z wymiany igieł i strzykawek (90).

Dystrybucji sterylnych igieł i strzykawek, a także czystego sprzętu do przygotowania narkotyku, zawsze powinny towarzyszyć promocja zdrowia na temat terapii uzależnień i edukacja na temat objawów alarmowych sugerujących zakażenie tkanek miękkich i skóry (dodatkowe informacje na temat promocji zdrowia skierowanej do osób używających narkotyków iniekcyjnie – patrz ramka dotycząca promocji zdrowia na stronach 50-51). Szczególną uwagę należy zwrócić na informowanie o bezpieczniejszych metodach wykonywania wstrzyknięć i akcentowanie, że każda igła i strzykawka, a także sprzęt do przygotowania narkotyku (podgrzewacze lub pojemniki, filtry, woda) powinny być użyte tylko raz i nigdy wspólnie z innymi osobami. Można również rozważyć dystrybucję atrakcyjnego sprzętu nieiniekcyjnego, na przykład folii dla osób używających heroiny lub kapsułek żelatynowych dla osób używających amfetaminy, aby zachęcić je do rezygnacji z wstrzyknięć (91-92).

W ramach promocji zdrowia szczególny nacisk należy położyć na mycie rąk bieżącą wodą z mydłem i oczyszczanie miejsc wstrzyknięć gazikami nasączonymi alkoholem (lub wodą z mydłem). Do tamowania krwawienia zaraz po wykonaniu iniekcji należy używać suchych gazików, nigdy gazików nasączonych alkoholem. Klienci powinni znać wczesne objawy wskazujące na zakażenie skóry, rozwijające się ropnie i zapalenie żył, a także pamiętać o konieczności pilnego zgłoszenia się do lekarza w razie ich wystąpienia.

Mimo że klienci otrzymują jednoznaczne zalecenia dotyczące jednokrotnego używania igieł, strzykawek i sprzętu do przygotowania narkotyku, a także zalecenie używania wyłącznie własnego sprzętu, często dochodzi jednak do ich ponownego, zwykle niezamierzonego, użycia. Odpowiedzią na takie przypadki powinno być zwiększenie dostępności igieł, strzykawek i sprzętu do przygotowania narkotyku tak, aby każda iniekcja mogła być wykonana za pomocą nowego zestawu. Jeśli nie jest to możliwe, ryzyko związane z wielokrotnym użyciem igieł i strzykawek można spróbować zmniejszyć na dwa sposoby. Po pierwsze, częstość użycia nie swojego sprzętu można ograniczyć dzięki oznaczaniu strzykawek numerami, kolorami, nalepkami lub stosując inny system anonimowego kodowania. Po drugie, choć jest to postępowanie kontrowersyjne, można rozważyć dezynfekowanie sprzętu do iniekcji środkami zawie-

raport open society_12 06 2012 .indd 34 6/13/12 11:57 AM

rającymi chlor, jeśli ma on być użyty ponownie. Choć w warunkach laboratoryjnych środki zawierające chlor okazały się skutecznie inaktywować HIV (93), to ze względu na niepełne przestrzeganie protokołów dezynfekcji skuteczność tej praktyki w warunkach codziennych nie została wystarczająco zwalidowana. Jeśli nie ma więc możliwości zapewnienia dostępu do sterylnego sprzętu do iniekcji, alternatywnym działaniem drugiego rzutu może być udostępnianie środków zawierających chlor. Niemniej jednak, działaniem pierwszoplanowym powinna być dystrybucja sterylnego sprzętu do iniekcji.

Szczepienia

Zalecane interwencje

Szczepienie przeciw HBV, HAV, tężcowi i grypie, a także, zwłaszcza w przypadku osób żyjących z HIV, przeciw pneumokokom.

Stanowisko: Opierając się na dostępnych danych można stwierdzić, że szczepienia stanowią najskuteczniejszą dostępną obecnie metodę profilaktyki, a osoby używające narkotyków iniekcyjnie są bardziej narażone na zakażenia HBV, HAV i tężec. Wśród zakażonych HCV (dotychczas brak szczepionki) z koinfekcją HAV lub HBV szybciej dochodzi do progresji do objawowej choroby wątroby i obserwuje się dużą chorobowość. W związku z trybem życia, wiekiem lub zakażeniem HIV część osób używających narkotyków iniekcyjnie może być bardziej narażona na zachorowania na grypę lub zapalenie płuc, dostępne są jednak skuteczne szczepionki zapobiegające wymienionym zakażeniom (94).

Uwagi praktyczne: Szczepienie przeciw HBV jest obecnie przewidziane w większości krajów członkowskich jako szczepienie rutynowe w okresie dzieciństwa, jednak ze względu na wprowadzenie tych zaleceń dopiero w latach dziewięćdziesiątych, część osób używających narkotyków iniekcyjnie nie została zaszczepiona w dzieciństwie. Choć 18 z 29 krajów EU/EEA prowadzi szczepienia przeciw HBV wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie, szczepionka nie zawsze udostępniania jest bezpłatnie (8) (95).

Jako że z niektórymi grupami osób używających narkotyków iniekcyjnie trudno jest nawiązać kontakt tradycyjną drogą, w ramach programów stacjonarnych lub ruchomych istnieje unikalna możliwość prowadzenia szczepień w sposób rutynowy lub okazyjnie. Zainteresowanie szczepieniami ulega zwiększeniu, jeśli są one oferowane razem z innymi świadczeniami (96), a szczepienie osób używających narkotyków iniekcyjnie okazało się opłacalne finansowo jeśli było prowadzone w ramach programów wymiany igieł i strzykawek. Z kolei obserwacje poczynione w programach sterowania uwarunkowaniami okazują się zachęcające i wskazują na dwukrotny wzrost częstości przyjęcia wszystkich dawek szczepionki przeciw HBV (97-98). Również programy ruchome mogą być pomocne w zwiększeniu odsetka przyjętych dawek przypominających, a oferta realizowana w więzieniach lub programach stacjonarnych pozwa-

raport open society_12 06 2012 .indd 35 6/13/12 11:57 AM

la dotrzeć do osób pozbawionych wolności lub uczestniczących w terapii uzależnień, w tym również osób używających narkotyków iniekcyjnie.

Szczepienie przeciw HBV wykonywane jest zwykle w postaci trzech iniekcji podawanych w okresie sześciu miesięcy. Możliwe jest jednak również szczepienie w schemacie skróconym. Choć zachęcenie klientów do przyjścia w celu przyjęcia drugiej i trzeciej dawki szczepionki może być trudne, to jednak każdą osobę zgłaszającą się na szczepienie pierwszorazowe warto zaszczepić, gdyż nawet jedna dawka szczepionki przeciw HBV może dać częściową odporność (99). Warto pamiętać, że informacje dotyczące stanu zaszczepienia podawane przez osoby używające narkotyków iniekcyjnie są często niezgodne z ich wynikami serologicznymi (100), a przeprowadzenie podczas pierwszej wizyty diagnostyki serologicznej w kierunku zakażenia HBV może umożliwić wykrycie tych rozbieżności. Ponadto, wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie częściej niż w populacji ogólnej stwierdza się słabą odpowiedź na szczepienie lub całkowity jej brak (101).

W związku z większym ryzykiem wystąpienia zapalenia wątroby typu A wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie, najlepszym sposobem profilaktyki w tej grupie jest stosowanie skojarzonej szczepionki przeciw HAV i HBV (102-103). Jest to szczególnie istotne w przypadku osób zakażonych HCV.

W całej Europie szczepienie przeciw tężcowi wpisane zostało do podstawowych programów szczepień wieku dziecięcego, natomiast w wieku dojrzałym co 5-10 lat powinna być podawana dawka przypominająca. U wszystkich osób używających narkotyków iniekcyjnie należy kontrolować stan zaszczepienia przeciw tężcowi, a dawkę przypominającą podawać w razie niepewnej historii szczepień, zwłaszcza w przypadku zakażeń miejsca iniekcji. Często stosowana jest szczepionka skojarzona przeciw tężcowi i błonicy, co należy utrzymać, bo choć błonica w Europie występuje rzadko, to wiąże się z dużą śmiertelnością.

Ostatecznie, w celu zminimalizowania ryzyka zachorowania na grypę lub zakażenie pneumokokowe, pacjenci powinni być szczepieni przeciw grypie sezonowej, a także przeciw pneumokokom (zwłaszcza jeśli są zakażeni HIV i/lub są w wieku powyżej 50 lat) (więcej informacji patrz (16)).

Należy pamiętać, że szczepienie przeciw gruźlicy za pomocą szczepionki Bacillus Calmette-Guérin (BCG) zalecane jest zwykle wyłącznie niemowlętom przebywającym w rejonach o dużej endemii gruźlicy, a także niemowlętom i dzieciom szczególnie narażonym na kontakt z prątkami gruźlicy w rejonach o normalnie niskiej prewalencji tego zakażenia. W przypadku osób dorosłych informacje na temat stosowania szczepionki BCG są ograniczone. Jest ona natomiast przeciwwskazana u osób z upośledzeniem układu odpornościowego np. z objawowym zakażeniem HIV (104).

raport open society_12 06 2012 .indd 36 6/13/12 11:57 AM

Zalecane interwencje

Opioidowa terapia substytucyjna i inne skuteczne metody leczenia uzależnienia od narkotyków.

Leczenie uzależnienia od narkotyków stanowi ważny element skojarzonych działań zmniejszających szkody związane z uzależnieniem (27,105-106). W wielu krajach europejskich odgrywa ono podstawową rolę wśród działań mających zapobiegać transmisji zakażeń związanych z używaniem narkotyków (54) i pozwala zwiększyć adherencję osób używających narkotyków do terapii chorób zakaźnych (1-2,107-108). Leczenie uzależnienia od narkotyków obejmuje cały szereg działań medycznych (w tym farmakologicznych), psychologicznych, socjalnych i behawioralnych, których celem jest przerwanie lub zredukowanie częstości używania narkotyków iniekcyjnie i które może być prowadzone w ramach programów ambulatoryjnych lub stacjonarnych. Terapie psychospołeczne mogą przybierać formy od poradnictwa indywidualnego i stosowania technik motywacyjnych do bardziej ustrukturyzowanych interwencji psychologicznych dopasowanych do potrzeb indywidualnego pacjenta i sytuacji. Do ważnych opcji terapeutycznych należą obecnie terapie kognitywne, behawioralne i ich różne kombinacje, a ich celem jest wpływ na procesy poznawcze i zmiana odruchowych zachowań związanych z używaniem narkotyków. Interwencje psychospołeczne mogą być realizowane samodzielnie lub w skojarzeniu z farmakoterapią.

Farmakologiczna terapia podtrzymująca uzależnienia od opioidów polega na długotrwałym przyjmowaniu opioidów w celu zapobiegania objawom abstynencyjnym i zmniejszenia głodu narkotykowego, umożliwiając klientom prowadzenie stabilniejszego życia, zmniejszenie ilości używanej nielegalnej heroiny, częstości ryzykownych zachowań i zachowań kryminalnych, poprawienie stanu zdrowia, samopoczucia i jakości życia (68). Opioidowa terapia substytucyjna (*opioid substitution treatment* – OST) często jest prowadzona w skojarzeniu z terapią psychospołeczną i innymi działaniami wspierającymi (109-112).

Agonistów receptorów opioidowych można używać również w procesie dotoksykacji, jednak aby uniknąć częstych nawrotów, detoksykację stacjonarną należy zintegrować z terapią uzupełniającą (111).

Skuteczność opioidowej terapii substytucyjnej

Badania oceniające skuteczność terapii, w tym badania kontrolowane, potwierdzają skuteczność metadonu i innych rodzajów terapii substytucyjnej w leczeniu uzależnienia od heroiny i innych opioidów. Dostępne są również dane pochodzące z wielu prac przeglądowych na temat wpływu OST na częstość zakażeń i ryzyko związane z wstrzyknięciami (81, 108-111,113-118).

raport open society_12 06 2012 .indd 37 6/13/12 11:57 AM

Zidentyfikowano trzy najważniejsze prace przeglądowe obejmujące wiele wiarygodnych badań o dużej sile i wskazujące na skuteczność OST w zmniejszaniu ryzyka związanego z wstrzyknięciami (108,115,118). We wszystkich z nich stwierdzono, że OST prowadzi do zmniejszenia, raportowanych przez klientów, częstości wykonywania wstrzyknięć, częstości pożyczania sprzętu do iniekcji i podejmowania najbardziej ryzykownych zachowań związanych z iniekcjami.

We wspomnianych raportach stwierdzono również, że OST prowadzona w zróżnicowanych populacjach prowadzi do spadku ryzyka zakażenia HIV, szczególnie w przypadku substytucji ciągłej i stosowania odpowiednich dawek.

Wpływ OST na zmniejszenie zapadalności na HCV był trudniejszy do ustalenia. Wynikało to prawdopodobnie z faktu dużo łatwiejszego przenoszenia HCV podczas wykonywania wstrzyknięć i prawdopodobnie również podczas pożyczania sprzętu do iniekcji[4], a także z dużo większej prewalencji HCV w europejskiej populacji osób używających narkotyków iniekcyjnie (duży rezerwuar osób zakaźnych). Niemniej jednak, dane z badań kohortowych prowadzonych w różnych środowiskach i dotyczących prewalencji zakażenia HCV wśród klientów OST, w połączeniu z metaanalizą badań brytyjskich (70-71,119-121), wskazują na silny związek między OST i zapobieganiem nowym zakażeniom HCV. W porównaniu z osobami okazyjnie uczestniczącymi w OST, osoby przewlekle korzystające z OST odnoszą większe korzyści zdrowotne, OST metadonem zapobiega zarówno pierwotnym[5] jak i wtórnym[6] zakażeniom HIV i HCV, większe dawki leku zapewniają większą skuteczność OST, a osoby dłużej uczestniczące w terapii, rzadziej są zakażone HCV.

W przeprowadzonych w ciągu ostatnich 15 lat licznych randomizowanych badaniach kontrolowanych osoby uzależnione od wielu lat od heroiny i nie odnoszące korzyści z terapii standardowej, odnosiły korzyści z nadzorowanej terapii heroiną (*heroin-assisted treatment* – HAT). W porównaniu z klasycznym lub zoptymalizowanym OST, u osób „opornych" na leczenie jednak uczestniczących w HAT, obserwuje się podobną lub większą retencję w programie, wycofanie się z działań przestępczych (na przykład zaprzestanie kradzieży z powodu braku konieczności kupowania czarnorynkowej heroiny lub innych narkotyków) i znaczne zmniej-

[4] W porównaniu z zakażeniem HIV, zapalenie wątroby typu C przebiega z względnie większą wiremią we krwi nie tylko podczas fazy ostrej, ale również u osób z zakażeniem przewlekłym. Z tego powodu podczas ekspozycji ryzyko zakażenia może być duże, a minimalna dawka zakaźna prawdopodobnie jest przekroczona jeśli ze wspólnego sprzętu do iniekcji korzystają osoby zakażone i niezakażone. Hipotezę tę potwierdza obserwacja, że prewalencja HCV wśród osób używających narkotyków jest często większa niż HIV, a epidemia HCV w tych grupach zwykle poprzedza epidemię HIV. Większa wiremia może wyjaśnić również, dlaczego dużo trudniej jest zmniejszyć ryzyko zakażenia HCV za pomocą pojedynczych interwencji i dlaczego w celu osiągnięcia efektu populacyjnego niezbędne jest zapewnienie większego stopnia uczestnictwa w programach.

[5] Zakażenie osób pierwotnie niezakażonych.

[6] Zakażenie HIV lub HCV u osób pierwotnie z jednym rodzajem zakażenia.

raport open society_12 06 2012 .indd 38 6/13/12 11:57 AM

szenie ilości używanej heroiny pochodzącej z czarnego rynku. Zmiany te utrzymują się przez dłuższy czas (122).

Stanowisko: W oparciu o spójne wyniki licznych badań oryginalnych o dużej sile i badań przeglądowych, a także opinie ekspertów, terapia uzależnienia od narkotyków powinna być dostępna i łatwo osiągalna, zwłaszcza OST dla osób uzależnionych od opioidów. Terapia psychospołeczna zwiększa skuteczność OST, stanowi podstawowy sposób leczenia osób używających stymulantów i jest zalecana w oparciu o opinie ekspertów.

Interwencje skojarzone zwiększają wpływ OST na redukcję liczby zakażeń

Na podstawie badań dotyczących adherencji, częstości ukończenia terapii i zachowania abstynencji w okresie obserwacji można stwierdzić, że skuteczność OST ulega zwiększeniu, jeśli pacjenci mogą jednocześnie korzystać z terapii psychospołecznej (123). W randomizowanym badaniu kontrolowanym oceniającym wpływ interwencji behawioralnych na częstość zakażeń HCV wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie w Wielkiej Brytanii (124) porównywano skuteczność OST w monoterapii lub w skojarzeniu z wzmożonym poradnictwem profilaktycznym. Mniejszą częstość zakażeń HCV stwierdzono wśród osób uczestniczących w terapii skojarzonej.

Najnowsze wyniki badań wskazują na duże znaczenie opioidowej terapii substytucyjnej, jeśli towarzyszą jej inne działania z zakresu redukcji szkód, w zmniejszaniu liczby nowych zakażeń, w tym HCV. W kohortowym badaniu prowadzonym w Amsterdamie (71) stwierdzono, że pełne uczestnictwo zarówno w metadonowej terapii substytucyjnej jak i w programie wymiany igieł i strzykawek przez okres 6 miesięcy wiązało się ze spadkiem ryzyka zakażenia HCV. Obserwacji tej nie udało się potwierdzić dla osób uczestniczących jedynie w programach metadonowym lub wymiany igieł i strzykawek. W brytyjskim badaniu kohortowym (119) również stwierdzono większy spadek częstości zakażeń HCV wśród pacjentów OST jeśli mieli jednocześnie dostęp do sterylnych strzykawek. W metaanalizie sześciu brytyjskich badań oceniających dostępność świadczeń i liczbę nowych zakażeń HCV wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie wykazano, że OST prowadzona w skojarzeniu z programami wymiany igieł i strzykawek niezależnie wiązała się ze spadkiem liczby zakażeń HCV w tej grupie klientów (70). Co więcej, jeśli dostęp do programów wymiany igieł i strzykawek był łatwy, obydwa działania wywierały efekt synergistyczny, zmniejszając o prawie 80% ryzyko zakażenia HCV wśród osób uczestniczących w opioidowej terapii substytucyjnej i kontynuujących używanie narkotyków iniekcyjnie.

W badaniu przeprowadzonym w Nowym Jorku analizie poddano wpływ skojarzonych interwencji na ryzyko transmisji zakażeń (125). Porównano skuteczność „skojarzonych działań profilaktycznych" (substytucja metadonem, edukacja i działania środowiskowe, redukcja szkód, diagnostyka zakażenia HIV, programy wymiany igieł i strzykawek) z „podstawowym

raport open society_12 06 2012 .indd 39 6/13/12 11:57 AM

programem profilaktycznym", który nie uwzględniał wymiany igieł i strzykawek (substytucja metadonem, edukacja i działania środowiskowe, redukcja szkód, diagnostyka zakażenia HIV). W trakcie obserwacji w grupie uczestniczącej tylko w programie podstawowym, w porównaniu z osobami uczestniczącymi w programie skojarzonym, prewalencja HIV uległa większemu wzrostowi, wskazując jednocześnie na ograniczenie transmisji HIV pod wpływem OST uzupełnionej o wymianę strzykawek.

Skuteczność innych działań

Poza wymienionymi, dostępnych jest również wiele innych metod leczenia uzależnienia, m.in. terapia psychospołeczna, kognitywne interwencje behawioralne, sterowanie uwarunkowaniami i terapia grupowa.

Choć w przypadku żadnej z interwencji psychospołecznych stosowanej w monoterapii nie potwierdzono jednoznacznie jej przydatności w leczeniu uzależnienia od opioidów (108), dane z badań obserwacyjnych (duże badania kohortowe takie jak DATOS w USA i NTORS w Wielkiej Brytanii) wskazują, że terapia stacjonarna, działania środowiskowe i substytucja metadonem pozwalają zmniejszyć częstość używania narkotyków iniekcyjnie i częstość pożyczania igieł. Podczas terapii pacjenci rzadziej podejmują ryzykowne zachowania i rzadziej wykonują wstrzyknięcia, co w efekcie prowadzi do zmniejszenia ryzyka zakażenia (109). Interwencje psychospołeczne wśród osób używających narkotyków odgrywają również ważną rolę w terapii towarzyszących zaburzeń psychicznych, takich jak zaburzenia lękowe, depresja lub niska samoocena, a także w poprawie kontroli używania narkotyków.

Terapie dla osób używających narkotyków iniekcyjnie, uzależnionych od innych substancji niż opioidy

Mimo że opisano kilka obiecujących substancji przydatnych w leczeniu osób używających stymulantów, lub znajdują się one obecnie w fazie badań, w przypadku żadnej z nich nie wykazano jak dotąd skuteczności w zmniejszaniu częstości używania narkotyków lub zwiększaniu retencji w programach terapeutycznych (108). Obecnie prowadzonych jest kilka randomizowanych badań, których celem jest ocena ich przydatności w leczeniu uzależnienia od kokainy. Dwie najbardziej obiecujące to disulfiram, lek zaburzający metabolizm alkoholu, i wigabatryna, lek przeciwpadaczkowy. Wciąż podejmowane są również próby opracowania „szczepionki" przeciw kokainie (54).

W związku z brakiem skutecznej farmakoterapii, szczególną rolę w leczeniu osób używających stymulantów odgrywają interwencje psychospołeczne. Ze względu na heterogenność badań, jedyne systematyczne prace przeglądowe oceniające wpływ terapii psychospołecznej (jako jedynej interwencji) na używanie substancji psychostymulujących lub uzależnienie od nich nie pozwalają wyciągnąć wniosków na temat jej skuteczności w leczeniu uzależnienia od substancji psychostymulujących (126).

raport open society_12 06 2012 .indd 40 6/13/12 11:57 AM

W dużej pracy przeglądowej stwierdzono, że sterowanie uwarunkowaniami (*contingency management* – CM), polegające między innymi na przekazywaniu środków finansowych w zamian za pozostawanie w abstynencji lub w terapii, w przypadku osób używających stymulantów wiązało się ze wzrostem odsetka osób zachowujących abstynencję i wzrostem retencji w programie (108). W skojarzeniu z substytucją metadonem, CM dawało korzystne wyniki zarówno w przypadku osób używających opioidów jak i stymulantów. Niemniej jednak wciąż brak jest pełnych danych niezbędnych do podsumowania zebranych obserwacji.

W tym samym badaniu zwrócono uwagę na wyniki wskazujące na umiarkowaną skuteczność innych technik behawioralnych w terapii używania stymulantów, w tym kognitywnej terapii behawioralnej, wsparcia społecznego w skojarzeniu z CM i poradnictwa indywidualnego. Dane na temat wpływu poradnictwa motywacyjnego i skuteczności społeczności terapeutycznych w leczeniu używania stymulantów są jednak niskiej jakości.

Zapewnienie dostępu do opioidowej terapii substytucyjnej

Metadonowa terapia substytucyjna została opracowana w USA w latach 60-tych XX wieku, jednak w Europie wprowadzono ją do praktyki klinicznej dopiero w połowie lat 80-tych. Obecnie w Europie stosowane są metadon i buprenorfina, dihydrokodeina, morfina o powolnym uwalnianiu i diacetolomorfina (heroina)[7] (112). Po przyjęciu w krajach EU spójnej polityki narkotykowej, od połowy lat 90-tych dostępność substytucji opioidowej ulegała szybkiemu wzrostowi i obecnie leczona jest ponad połowa szacunkowej populacji docelowej (54,127-128). Udział buprenorfiny w terapii substytucyjnej w Europie jest mniejszy niż metadonu, ale ulega ciągłemu wzrostowi, między innymi z uwagi na lepszy profil bezpieczeństwa. Buprenorfina to częściowy agonista o mniejszej aktywności wewnętrznej i sile uzależnienia, obarczony niewielkim ryzykiem przedawkowania. Jest często stosowana w przewlekłej substytucji prowadzonej przez lekarzy. Wzrastająca liczba substancji, łącznie z heroiną, które mogą być stosowane w leczeniu osób używających opioidów, umożliwia włączanie do zoptymalizowanej farmakoterapii coraz większej liczby osób. Szczegółowe wytyczne dotyczące wspomaganej interwencjami psychospołecznymi farmakoterapii uzależnienia od opioidów zostały wydane przez Światową Organizację Zdrowia w 2009 roku (111).

Jakość i monitorowanie: Najlepsze wyniki można osiągnąć, jeśli programy terapeutyczne będą dobrze zorganizowane i prowadzone na najwyższym poziomie, uwzględniając w tym szkolenia pracowników. Wybierając rodzaj terapii, dawkowanie leków i sposób monitorowania realizacji świadczeń, należy przestrzegać przede wszystkim wytycznych międzynarodowych (111,129). Zgodnie z wynikami badań należy stosować zróżnicowane dawki leku substytucyjnego, od niskich dawek początkowych do dużych dawek podtrzymujących, a także

[7] Farmakoterapia naltreksonem – antagonistą receptorów opioidowych blokującym działanie heroiny i innych opioidów – odgrywa w Europie marginalną rolę, jako że leczenie to obarczone jest większą częstością niepowodzeń.

raport open society_12 06 2012 .indd 41 6/13/12 11:57 AM

unikać ograniczania wysokości dawki i czasu trwania terapii (110,130). Z punktu widzenia optymalizacji OST, wyniki badań wskazują na większą skuteczność terapii przewlekłej w stosunku do terapii krótkoterminowej (108). Niektóre rodzaje OST, na przykład metadonem, są mniej skuteczne (to znaczy stężenie leku w surowicy jest mniejsze) jeśli w tym samym okresie pacjent otrzymuje leczenie tuberkulostatyczne lub prowadzona jest terapia zakażenia HIV. W takiej sytuacji należy ją dokładnie monitorować, a w razie konieczności dopasować dawkę leku substytucyjnego tak, aby zagwarantować skuteczność OST (131).

Dostępność: Dodatkową, wartą rozważenia metodą prowadzenia OST są programy niskoprogowe. Ich celem jest przede wszystkim redukcja szkód, w mniejszym stopniu osiągnięcie abstynencji, a w porównaniu z programami wysokoprogowymi są również bardziej elastyczne w aspekcie kwalifikowania pacjentów i realizacji świadczeń. Skuteczność terapii można zwiększyć kojarząc kilka interwencji. Osobom obecnie lub w przeszłości używającym narkotyków iniekcyjnie należy zaoferować dostęp do świadczeń związanych z chorobami zakaźnymi, takich jak oferowana przez lekarza lub zlecana na prośbę pacjenta diagnostyka z poradnictwem, szczepienia, leczenie zakażeń lub dystrybucja sprzętu profilaktycznego. Opieka psychiatryczna (a także opieka prowadzona przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej lub, jeśli są dostępni, specjalistów medycyny wewnętrznej) powinna stanowić jeden z elementów terapii uzależnienia. Jest ona szczególnie ważna w przypadku osób używających narkotyków iniekcyjnie i uczestniczących w programach niskoprogowych.

Dystrybucja: Leki stosowane w opioidowej terapii substytucyjnej mogą być wydawane w klinikach, specjalistycznych ośrodkach lub w aptekach. We wszystkich wymienionych poradniach bezpośrednie nadzorowanie przyjęcia leku przez pacjenta może pomagać w ograniczaniu jego przenikania do nielegalnego obrotu. Z drugiej strony, dawki wydawane do domu umożliwiają pacjentom realizowanie zobowiązań rodzinnych lub zawodowych i prowadzenie normalnego życia. Wszystkie osoby uczestniczące w takiej terapii powinny być regularnie poddawane badaniom (16,111).

Elastyczność terapii: Wstępne wyniki badań wskazują na korzystny wpływ nawet okresowego leczenia substytucyjnego metadonem na podejmowanie ryzykownych zachowań (132). Łatwy dostęp do tego rodzaju terapii umożliwia osobom używającym narkotyków iniekcyjnie unikać ryzykownych zachowań.

Trudni klienci: W przypadku osób, które przez długi czas używały heroiny i które nie reagują na standardowe terapie, wykazano korzystny wpływ programów oferujących możliwość wykonywania nadzorowanych iniekcji heroiny (122). Programy HAT wymagają strukturalnej modyfikacji programów obecnie funkcjonujących tak, aby można było spełnić bezwzględne wymogi bezpieczeństwa i zapobiegać przenikaniu narkotyku do nielegalnego obrotu. Aby klienci mogli wykonać wstrzyknięcia pod nadzorem, zgodnie z wytycznymi, kliniki muszą

raport open society_12 06 2012 .indd 42 6/13/12 11:57 AM

być otwierane kilka razy w ciągu doby, każdego dnia w roku (122). Mimo że koszt tej „drugorzędowej" terapii jest większy niż koszt doustnej terapii metadonem, udaje się go skompensować dużym zmniejszeniem kosztów społecznych – zwłaszcza kosztu postępowań karnych i kosztów związanych z pozbawieniem wolności (133).

Więzienia: Badania eksperymentalne i obserwacyjne dotyczące dostępu do OST w więzieniach wskazują na porównywalne korzyści związane z terapią podtrzymującą prowadzoną w więzieniach jak i poza nimi (32,134-136). Programy OST prowadzone w więzieniach pozwalają zmniejszyć częstość używania nielegalnych opioidów i podejmowania ryzykownych zachowań na ich terenie. Dobre kontakty między programami więziennymi i prowadzonymi na wolności pozwalają zapewnić ciągłość terapii (po pozbawieniu pacjenta wolności lub po jego zwolnieniu), osiągnąć długoterminowe korzyści i zapobiegać poważnym szkodom, w tym zgonom w okresie bezpośrednio po zwolnieniu z więzienia.

Testowanie

Zalecane interwencje

Dobrowolna i poufna diagnostyka HIV i HCV (HBV w przypadku braku szczepienia), a także innych zakażeń, w tym gruźlicy, powinna być oferowana rutynowo, a w razie potwierdzenia zakażenia, chorzy powinni być kierowani do poradni specjalistycznych w celu rozpoczęcia leczenia.

Stanowisko: Ze względu na możliwość zmniejszenia szkód, eksperci zalecają, aby pacjenci mieli dostęp do dobrowolnej i poufnej diagnostyki chorób zakaźnych. Badanie stanowi niezbędny etap przed ewentualnym zaoferowaniem terapii. Z uwagi na ryzyko zakażeń związanych z używaniem narkotyków iniekcyjnie, diagnostyka przesiewowa zakażeń HIV, HCV i HBV w tej grupie klientów będzie prawdopodobnie opłacalna we wszystkich krajach Europy, natomiast diagnostyka gruźlicy będzie prawdopodobnie opłacalna w większości krajów. Pozostałe badania powinny być oferowane rutynowo w oparciu o wyniki badania fizykalnego (zakażenia takie jak HAV, HDV, kiła, testy czynnościowe wątroby i badania ogólne krwi). Częstość wizyt kontrolnych i badań przesiewowych, a także zakres prowadzonej diagnostyki, powinny być uzależnione od indywidualnych objawów i dolegliwości, a także lokalnej sytuacji epidemiologicznej. W przypadku osób używających narkotyków iniekcyjnie ryzyko zakażenia zwykle jest bardzo duże, tak więc badania diagnostyczne powinny być powtarzane raz lub dwa razy w roku (16).

Badania powinny być dobrowolne, a sam test powinien być wykonany w sposób poufny. „Dobrowolnie" oznacza, że choć wykonanie testów stanowi element standardowej opieki medycznej, to jednak każdy pacjent powinien zostać poinformowany o zlecanych badaniach, potencjalnych konsekwencjach uzyskanego wyniku, a także o możliwości niewyrażenia zgody na

raport open society_12 06 2012 .indd 43 6/13/12 11:57 AM

jego wykonanie. „Rutynowo oferowane" oznacza, że osoby sprawujące opiekę medyczną powinny zalecać wykonanie testów i powinny one stanowić jeden z elementów standardowego postępowania w przypadku osób używających narkotyków iniekcyjnie.

Mimo opisanych zaleceń, szacunkowe dane z krajów EU/EEA wskazują, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy tylko między 10% a 60% osób używających narkotyków iniekcyjnie miało wykonany test w kierunku zakażenia HIV (137). Odsetek ten w przypadku innych zakażeń będzie prawdopodobnie jeszcze mniejszy. Wczesne wykrycie zakażenia daje klientom możliwość zgłoszenia się do odpowiednich poradni w celu rozpoczęcia leczenia, zapobiegania powikłaniom i zmniejszenia ryzyka dalszej transmisji (138). Test to dobra okazja do prowadzenia poradnictwa i edukacji wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie, poradnictwa na temat sposobów unikania zakażeń (w przypadku wyniku ujemnego) lub ich dalszej transmisji (w przypadku wyniku dodatniego). Poradnictwo na temat sposobów redukcji ryzyka pozwala zmniejszyć częstość ryzykownych zachowań (139).

Zakażenia krwiopochodne

Wytyczne wykonawcze dla pracowników medycznych dotyczące diagnostyki zakażeń HIV, wirusowych zapaleń wątroby i innych patogenów, w tym bakteryjnych zakażeń skory, zakażeń przenoszonych drogą płciową i zakażeń układu oddechowego wśród pacjentów używających narkotyków iniekcyjnie zostały opublikowane przez EMCDDA w roku 2010 i mogą być pomocne w realizacji programów diagnostycznych skierowanych do tej grupy (16). Wytyczne dotyczące ogólnych aspektów diagnostyki HIV zostały opublikowane przez ECDC (138). Podsumowując, osobom używającym narkotyków iniekcyjnie należy zapewnić dostęp do diagnostyki przesiewowej zgodnej z lokalnymi wytycznymi, jednak dotarcie do populacji odizolowanych i bardziej podatnych na zakażenia w celu prowadzenia poradnictwa, zapewnienia dobrej dostępności diagnostyki, a także przekazywania informacji na temat jej znaczenia i o całkowicie dobrowolnym charakterze badania może wymagać większego wysiłku. Zainteresowanie diagnostyką HIV, HBV i HCV można zwiększyć oferując w ramach programów niestacjonarnych dostęp do szybkich testów (patrz Ramka obok: Szybkie testy diagnostyczne w niskoprogowych programach medycznych w Finlandii). Nawet jeżeli w przypadku dodatniego wyniku testu szybkiego wykonanie testu potwierdzenia trwa tyle samo, ile wykonanie klasycznego laboratoryjnego badania przesiewowego, to jednak ujemne wyniki dostępne są natychmiast, a wstępne wyniki dodatnie w połączeniu z poradnictwem w zakresie metod redukcji szkód mogą ograniczyć częstość podejmowania ryzykownych zachowań. Po potwierdzeniu zakażenia pacjenci powinny być kierowani za pośrednictwem lokalnych poradni do specjalistów w celu pogłębienia diagnostyki i rozpoczęcia regularnych kontroli, a także wdrożenia leczenia w przypadku zakażenia HIV, przewlekłego zakażenia HCV i HBV i innych patologii wymagających terapii.

raport open society_12 06 2012 .indd 44 6/13/12 11:57 AM

Gruźlica

Diagnostyka przesiewowa gruźlicy stanowi kolejne poważne wyzwanie, zwłaszcza wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie. Kontrola gruźlicy polega przede wszystkim na wykrywaniu osób prątkujących i poddawaniu ich co najmniej sześciomiesięcznej antybiotykoterapii skojarzonej zgodnie z wytycznymi międzynarodowymi (140-141).

Osoby używające narkotyków iniekcyjnie do lekarza zgłaszają się zwykle późno, co zwiększa ryzyko transmisji gruźlicy, a także progresji choroby (142-143). Z tego względu, w celu ograniczenia transmisji prątków, poprawy wyników leczenia, a także rokowania, niezwykle ważne jest wzmożenie diagnostyki przesiewowej w celu wykrycia pacjentów z gruźlicą czynną lub utajoną. Z punktu widzenia zdrowia publicznego, kluczową rolę w tym procesie odgrywa identyfikacja chorych prątkujących, umożliwia bowiem przerwanie transmisji. Niemniej jednak, jako że osoby używające narkotyków iniekcyjnie, a szczególnie osoby żyjące z HIV, są bardziej narażone na przejście zakażenia utajonego w czynne, równie ważna jest identyfikacja i leczenie profilaktyczne pacjentów z gruźlicą utajoną. Idealną sytuacją byłoby, gdyby wszystkie osoby używające narkotyków iniekcyjnie zostały poddane diagnostyce przesiewowej w kierunku gruźlicy zarówno czynnej jak i utajonej.

Szybkie testy diagnostyczne w niskoprogowych programach medycznych w Finlandii

Od 1999 roku w Finalndii w ramach niskoprogowych programów medycznych (*low-threshold health service centres* – LTHSC) adresowanych do osób używających narkotyków iniekcyjnie wprowadzono możliwość wykonywania na miejscu szybkich testów diagnostycznych (*point-of-care* – PoC) w kierunku zakażenia HIV. W 2011 roku w 10 z 34 LTHSC istniała możliwość wykonania takich testów, testów dopuszczonych i zalecanych przez Krajowy Instytut Zdrowia (*National Institute for Health and Welfare* – THL).

THL wspiera prowadzenie diagnostyki w modelu PoC poprzez prowadzenie szkoleń obejmujących umiejętności laboratoryjne i poradnictwo, monitorowanie jakości i realizacji świadczeń, a także doradzanie na temat praktycznych aspektów związanych z diagnostyką. Przed rozpoczęciem testowania w modelu PoC w każdym nowym LTHSC cały personel mający wykonywać szybkie testy musi zostać przeszkolony w THL. Trzy razy w roku Instytut przeprowadza również kontrole jakości zgodnie z zasadami przewidzianymi dla kontroli zewnętrznych, a także wykonuje testy potwierdzenia w przypadku wyników dodatnich. THL na bieżąco wspiera i monitoruje realizację programów diagnostycznych, zbiera dane na temat dostępności badań i uzyskiwanych wyników. Dane te są niezbędne z punktu widzenia nadzoru epidemiologicznego i oceny stopnia oddziaływania programu.

raport open society_12 06 2012 .indd 45 6/13/12 11:57 AM

Klienci we wszystkich LTHSC mają możliwość skorzystania z bezpłatnych, anonimowych i szybkich testów w kierunku zakażenia HIV, bez konieczności umawiania się na wizytę. Test wykonywany jest w oddzielnym pomieszczeniu, co pozwala zapewnić poufność. Poradnictwo przed testem obejmuje rozmowę na temat ryzykownych zachowań, rodzajów bezpieczniejszych zachowań seksualnych, a także okna serologicznego w przypadku zakażenia HIV. Test wykonywany jest z krwi uzyskanej przez nakłucie palca, a wynik dostępny jest po 15 minutach. Ujemne wyniki wydawane są bezpośrednio po badaniu, natomiast wyniki dodatnie muszą zostać potwierdzone dodatkowym badaniem krwi żylnej. Wynik testu potwierdzenia dostępny jest po tygodniu. Osoby z dodatnim wynikiem kierowane są do szpitali.

W latach 1999-2010 w LTHSC wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie wykonano ponad 8000 oznaczeń, uzyskując w sumie 47 potwierdzonych dodatnich wyników badania w kierunku zakażenia HIV. Zarówno pracownicy medyczni jak i klienci LTHSC akceptują model szybkiej diagnostyki i odnoszą się do niego pozytywnie. Większość klientów preferuje diagnostykę PoC w stosunku do modelu tradycyjnego.

Diagnostyka przesiewowa gruźlicy to element złożonego systemu opieki zdrowotnej, wymagający zapewnienia dostępu do laboratorium mikrobiologicznego, poradni leczniczych, leków i wsparcia udzielanego wszystkim pacjentom z potwierdzonym zakażeniem. Diagnostyka gruźlicy, w tym diagnostyka przesiewowa, wymaga zebrania wywiadu lekarskiego, wykonania zdjęć RTG klatki piersiowej, skórnego testu z tuberkuliną (TST) i, jeśli dostępne, badań krwi (testy uwalniania interferonu gamma - *interferon-gamma release assays*, IGRA). Wybór konkretnej metody zależy od lokalnych wytycznych dotyczących diagnostyki przesiewowej gruźlicy lub, w razie ich braku, od wytycznych międzynarodowych (131) (16) (144).

Ponadto, podczas badania fizykalnego osób używających narkotyków iniekcyjnie należy zwrócić szczególną uwagę na objawy mogące wskazywać na gruźlicę. W modelu idealnym, pacjenci powinni wypełnić kwestionariusz dotyczący zauważonych przez siebie objawów chorobowych jeszcze przed badaniem. Każdy model diagnostyki przesiewowej gruźlicy, zwłaszcza wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie z objawami gruźlicy, powinien uwzględniać przynajmniej badanie mikroskopowe plwociny, a poradnie powinny mieć pełny dostęp do laboratorium dysponującego możliwościami, doświadczeniem technicznym i specjalistycznymi umiejętnościami wykonywania posiewów mikrobiologicznych. W przypadku podejrzenia czynnej gruźlicy należy zlecić badanie mikrobiologiczne z oznaczeniem lekooporności prątków.

Zapobiegnięcie jednemu przypadkowi gruźlicy wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie wymaga poddania diagnostyce przesiewowej i terapii profilaktycznej najmniejszej, w stosunku do innych grup, liczby chorych (145).

raport open society_12 06 2012 .indd 46 6/13/12 11:57 AM

Inne zakażenia wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie

Diagnostyka i terapia zakażeń przenoszonych drogą płciową takich jak chlamydioza, rzęsistkowica i kiła powinny być prowadzone w ramach poradni podstawowej opieki zdrowotnej, a zakażenia uwzględniane w diagnostyce przesiewowej, zwłaszcza w przypadku pacjentów podejmujących bardzo ryzykowne zachowania seksualne i mających kontakty z wieloma partnerami (na przykład osoby świadczące usługi seksualne). Wszystkie rodzaje programów, nawet takie, w ramach których prowadzenie diagnostyki i terapii zakażeń nie jest możliwe, na przykład programy ruchome, powinny zapewnić dostęp do specjalistów, prezerwatyw i lubrykantów.

Osoby używające narkotyków iniekcyjnie są również narażone na wystąpienie ostrych zakażeń bakteryjnych skóry (w tym MRSA) i tkanek miękkich, a także ropni i zakrzepicy żylnej – patologii stanowiących potencjalne zagrożenie życia. Do czynników ryzyka zakażeń należą same iniekcje (stanowią drogę wnikania bakterii ze skóry do głębszych tkanek), niska higiena, wadliwe techniki iniekcyjne i skażone narkotyki (np. wybuch epidemii wąglika w Szkocji w 2010 roku). Wszystkie drobne urazy i zakażenia bakteryjne powinny być niezwłocznie rozpoznane i leczone, a w przypadku ropni lub innych zmian skórnych należy wykonać badanie mikrobiologiczne ropy lub innych tkanek zmienionych chorobowo (15).

Leczenie chorób zakaźnych

Zalecane interwencje

Prowadzenie terapii przeciwwirusowej HIV, HBV lub HCV zgodnie ze wskazaniami klinicznymi, leczenia tuberkulostatycznego w przypadku czynnej gruźlicy i rozważenie leczenia profilaktycznego w przypadku gruźlicy utajonej. Terapia innych zakażeń powinna być prowadzona zgodnie ze wskazaniami klinicznymi.

Stanowisko: Wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie wykazano korzyści związane z terapią zakażeń HIV, HBV i HCV. Również najnowsze wytyczne międzynarodowe, pod warunkiem braku innych przeciwwskazań klinicznych, nie ograniczają dostępu do leczenia przeciwwirusowego jedynie do osób nie używających narkotyków. Istnieją również silne dowody na indywidualne i populacyjne korzyści związane z leczeniem gruźlicy.

Uwagi praktyczne: Diagnostyka powinna być ściśle skojarzona z dostępem do leczenia i jednoznacznymi procedurami dotyczącymi sposobu kierowania pacjentów do poradni specjalistycznych w przypadku wyniku dodatniego tak, aby możliwe było zapewnienie ciągłość opieki i monitorowanie stanu klinicznego chorych jeśli leczenie nie będzie jeszcze konieczne. Szczególnej uwagi wymagają częste koinfekcje wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie, a także potencjalne interakcje lekowe, szczególnie wśród chorych z koinfekcją. W przypadku

raport open society_12 06 2012 .indd 47 6/13/12 11:57 AM

planowanego zwolnienia z więzienia, wyjątkowej wagi nabiera skontaktowanie pacjenta z poradniami specjalistycznymi i zapewnienie ciągłości terapii.

Zakażenia krwiopochodne

Ważnym elementem opieki nad osobami zakażonymi HIV i używającymi narkotyków iniekcyjnie jest terapia antyretrowirusowa (ART). Również w przypadku zakażeń HCV i HBV często istnieją kliniczne wskazania do rozpoczęcia terapii przeciwwirusowej, która powinna być prowadzona zgodnie z lokalnymi wytycznymi (1,53,146-148). Wszystkie osoby żyjące z HIV, także z przewlekłym zapaleniem wątroby typu B lub C, wymagają regularnych kontroli lekarskich, nawet jeśli nie są jeszcze leczone.

Możliwość prowadzenia skutecznej terapii zakażenia HIV istnieje również w przypadku osób czynnie używających narkotyków iniekcyjnie, z korzyścią dla nich samych. Równie wiarygodne dane wskazują na brak częstszego występowania lekooporności wśród osób używających narkotyków w porównaniu z pozostałymi osobami żyjącymi z HIV i leczonymi antyretrowirusowo (149). Skuteczność terapii zapalenia wątroby typu C wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie, jeśli towarzyszyły jej odpowiednie działania wspierające, również była porównywalna ze skutecznością w populacji ogólnej (150). Leczenie może być prowadzone w ramach programów OST i zarówno ich klienci jak i pracownicy korzystnie oceniają ten „skojarzony" model (151-153).

Osoby żyjące z HIV lub z koinfekcją HIV/HCV i uczestniczące w opioidowej terapii substytucyjnej lepiej przestrzegają zaleceń związanych z leczeniem, nie oceniano jednak wpływu tego rodzaju terapii na wartość wiremii. (Szczegółowe informacje na temat wpływu OST na adherencję do ART zamieszczono w opracowaniu WHO – Protokół Kliniczny dla Regionu Europejskiego – *Clinical Protocol for the European Region* (1)).

Opierając się na wynikach modeli matematycznych można również przypuszczać, że terapia anty(retro)wirusowa HIV i HCV może zapobiegać wtórnej transmisji tych zakażeń: w przypadku pacjenta adherentnego dochodzi bowiem do zmniejszenia wiremii a tym samym ryzyka transmisji, a jednocześnie do spadku częstości powikłań (154).

W razie konieczności można rozważyć zastosowanie profilaktyki poekspozycyjnej HIV i HBV, zgodnie z wytycznymi międzynarodowymi i krajowymi.

Gruźlica

Wszyscy pacjenci z rozpoznaną gruźlicą powinni otrzymywać leczenie zgodne z wytycznymi krajowymi lub, w razie ich braku, międzynarodowymi (140-141). Powinny one uwzględniać również złożone sytuacje kliniczne takie jak schorzenia towarzyszące np. zakażenie HIV. Skuteczność terapii należy weryfikować w oparciu o objawy klinicznie i badania mikrobiologicz-

raport open society_12 06 2012 .indd 48 6/13/12 11:57 AM

nie. W przypadku potwierdzenia czynnej gruźlicy zaleca się przeprowadzenie dochodzenia epidemiologicznego wśród wszystkich osób z kontaktu.

W przypadku osób żyjących z HIV i mieszkających w warunkach wskazujących na ryzyko wielokrotnych ekspozycji na prątki gruźlicy, a u których wykluczono czynną gruźlicę, po indywidualnej ocenie ryzyka, należy rozważyć rozpoczęcie terapii profilaktycznej. W przypadku dostępu do leczenia antyretrowirusowego, wzrost liczby limfocytów CD4 i jego utrzymywanie się na odpowiednim poziomie zmniejsza ryzyko zachorowania na gruźlicę, co również należy uwzględnić podczas indywidualnej oceny ryzyka zachorowania.

Profilaktyczne leczenie gruźlicy u osób zakażonych HIV powinno być prowadzone zgodnie z następującymi wytycznymi: „Gruźlica i HIV – działania skojarzone – przejściowe wytyczne WHO" (155) i „Gruźlica i HIV – zintegrowane działania adresowane do osób używających narkotyków" (156).

Zgodnie z międzynarodowymi wytycznymi dotyczącymi opieki nad chorymi na gruźlicę, aby osiągnąć odpowiednią adherencję do terapii, należy aktywnie kontrolować przestrzeganie zaleceń, a pacjentom wyjaśnić ich znaczenie. W przypadku niskiej adherencji należy odpowiednio reagować. Z tych powodów terapia bezpośrednio nadzorowana (*directly observed treatment* – DOT) została włączona do systemu opieki wielospecjalistycznej, podobnie jak wsparcie udzielane pacjentom i praca nad poprawą adherencji. Skuteczne bywa również korzystanie z zachęt do uczestniczenia w DOT (157).

Inne zakażenia wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie

Zakażenia przenoszone drogą płciową powinny być poddawane leczeniu zgodnie z lokalnymi wytycznymi niezwłocznie po rozpoznaniu. Wieloletnie wykonywanie iniekcji związane z używaniem narkotyków często prowadzi do powstawania przewlekłych, nie poddających się leczeniu owrzodzeń. Leczenie ran może być jednak bardzo skuteczne, jeśli kontakt między klientami i pracownikami poradni jest stabilny i oparty na zaufaniu i przestrzeganiu zaleceń terapeutycznych. W miarę możliwości, w programach wymiany igieł i strzykawek i programach terapii uzależnień należy prowadzić leczenie ran.

Promocja zdrowia

Zalecane interwencje

Promocja zdrowia obejmująca naukę wykonywania bezpieczniejszych wstrzyknięć, zdrowie seksualne (z uwzględnieniem stosowania prezerwatyw), a także profilaktykę, diagnostykę i leczenie zakażeń.

raport open society_12 06 2012 .indd 49 6/13/12 11:57 AM

Stanowisko: Promocja zdrowia prowadzona w oparciu o opinie ekspertów stanowi najważniejszy element uzupełniający wszystkich sześciu interwencji, ułatwiając wdrażanie i promocję innych działań bezpośrednich. Przekazywane treści powinny być dopasowane do potrzeb użytkowników.

Promocja zdrowia to „proces umożliwiający pacjentom zwiększenie kontroli nad własnym zdrowiem i jego determinantami, a w efekcie osiągnięcie jego poprawy" (WHO 1986). Proces ten polega nie tylko na przekazywaniu informacji i udzielaniu wsparcia, ale również na prowadzeniu poradnictwa dotyczącego redukcji szkód. Jeśli poradnictwo prowadzone jest w oderwaniu od innych działań, nie udaje się wówczas zmniejszyć ryzyka wśród osób żyjących z HIV i używających narkotyków iniekcyjnie. Z drugiej jednak strony, poradnictwo może być skuteczne jeśli programy oferują dostęp do zróżnicowanej oferty profilaktycznej takiej jak wymiana igieł i strzykawek i leczenie uzależnienia od narkotyków (53,158). Przekaz związany z promocją zdrowia powinien być dopasowany do płci i kręgu kulturowego odbiorcy, dostępny w różnych językach i operować pojęciami znanymi i łatwo zrozumiałymi dla klientów.

Promocja bezpieczniejszych zachowań związanych ze wstrzyknięciami

- Podczas każdego wstrzyknięcia należy używać nowej sterylnej igły i strzykawki, a także czystego sprzętu dodatkowego: "jedna igła – jedna strzykawka – jeden raz". Nigdy nie należy ich pożyczać.
- Należy być przygotowanym na sytuacje, w których trudno będzie uniknąć zakażeń, na przykład w sytuacji silnej presji społecznej i wymuszania korzystania ze wspólnego sprzętu do wstrzyknięć lub w przypadku przygotowania iniekcji nieco chaotycznie. Należy wdrażać strategie zmniejszające prawdopodobieństwo niezamierzonego użycia nie swojego sprzętu (np. używanie kolorowych lub oznakowanych w różny sposób strzykawek).
- Znajomych, którzy nie używają narkotyków iniekcyjnie należy zachęcać aby nie próbowali przyjmować ich tą drogą, natomiast znajomych, którzy już używają narkotyków iniekcyjnie należy zachęcać do przestrzegania zasad wykonywania bezpieczniejszych iniekcji.
- Przed iniekcją i po nim należy wymyć ręce, a skórę należy przemyć roztworem alkoholu lub innego środka dezynfekującego. Należy używać filtrów, unikać wykonywania wstrzyknięć w niebezpieczne okolice takie jak szyja i pachwina, unikać iniekcji podskórnych lub domięśniowych, a po podaniu narkotyku przemyć wszystkie sprzęty, w tym blat stołu, środkiem dezynfekującym.
- Zamiast używania narkotyków iniekcyjnie należy wybierać nieiniekcyjne drogi podania narkotyku takie jak palenie lub droga doustna. Można w tym celu korzystać z folii aluminiowej lub kapsułek żelatynowych.

- Przedawkowaniom można zapobiegać stosując mniejsze ilości narkotyku (szczególnie

raport open society_12 06 2012 .indd 50 6/13/12 11:57 AM

po okresie abstynencji lub mniej intensywnego używania narkotyku), unikając używania narkotyku w pojedynkę, umiejętnie rozpoznając objawy przedawkowania i szybko wzywając pomoc. Szczególną ostrożność należy zachować używając narkotyku z nowego lub nieznanego źródła, a także unikać jednoczesnego używania alkoholu, benzodiazepin i opioidów. Jeśli są dostępne, należy korzystać z nadzorowanych pomieszczeń do iniekcji.

Poza materiałami drukowanymi, klienci powinni mieć dostęp do graficznych i interaktywnych materiałów edukacyjnych. Osoby prowadzące promocję zdrowia powinny zostać poddane specjalistycznym szkoleniom w zakresie prowadzenia edukacji zdrowotnej. W specyficznych sytuacjach, np. w przypadku zaburzeń psychicznych klientów, promocja zdrowia może wymagać modyfikacji, co może wpłynąć na jej skuteczność.

Celem promocji zdrowia skierowanej do osób używających narkotyków iniekcyjnie jest poprawa ich wiedzy na temat chorób zakaźnych, dróg ich przenoszenia i profilaktyki zakażeń, a poprzez zachęcenie do stosowania bezpieczniejszych metod iniekcji, zmiana sposobu używania narkotyku na nie związaną z wstrzyknięciami lub do całkowite zaprzestanie jego używania, zmniejszenie ryzyka nabycia i wtórnej transmisji zakażeń. Przekaz związany z promocją zdrowia powinien być dopasowany do potrzeb klientów i dostępny przy każdej okazji, niezależnie czy ma to miejsce na ulicy w ramach programów ruchomych czy w ośrodku terapii uzależnień lub w ramach programów wymiany igieł i strzykawek. Każdy kontakt z osobą używającą narkotyków iniekcyjnie powinien stanowić okazję do przeprowadzenia oceny potrzeb i zaoferowania odpowiedniego wsparcia. Zakres informacji, które należy przekazać w ramach promocji zdrowia najlepiej potrafią określić sami klienci. Po zbudowaniu zaufania między klientami a realizatorami, część pacjentów zaczyna samodzielnie poszukiwać informacji, informacji na tematy zdrowotne związane z problemami zidentyfikowanymi przez nich samych.

Bezpieczniejsze metody wykonywania wstrzyknięć

Najważniejsze aspekty promocji zdrowia związane z bezpieczniejszymi wstrzyknięciami zostały przedstawione w Ramce wyżej. Powinny zostać jednak dopasowane do warunków lokalnych, potrzeb poszczególnych klientów i ich trybu życia.

Choć podstawowym celem niniejszych wytycznych jest zapobieganie zakażeniom wśród osób używających narkotyków we wstrzyknęciach, to jednak najczęstszą przyczyną zgonów wśród osób używających opioidów wciąż pozostaje przedawkowanie narkotyku (159). Edukacja na temat metod zapobiegania przedawkowaniu powinna być zatem podstawowym zadaniem osób pracujących lub kontaktujących się z klientami używającymi narkotyków iniekcyjnie, szczególnie jeśli uczestniczą w terapii uzależnień, przechodzą detoksykację lub mają zostać zwolnione z więzienia. Klienci powinni mieć świadomość, że w razie powrotu do używania narkotyków lub jego intensyfikacji, w związku z upośledzoną tolerancją są szczególnie narażeni na przedawkowanie. Do kluczowych działań profilaktycznych kierowanych do osób

raport open society_12 06 2012 .indd 51 6/13/12 11:57 AM

używających narkotyków iniekcyjnie należy zaliczyć również zachęcanie do używania mniejszych dawek narkotyków lub unikania używania ich w pojedynkę (31). Naukę rozpoznawania objawów przedawkowania i sposobów postępowania w takiej sytuacji (np. ułożenie ofiary w pozycji ustalonej i wezwanie pogotowia) mogą ułatwić specjalnie przygotowane ćwiczenia. Dość skuteczny okazał się również stosowany w niektórych krajach nalokson, podawany w razie potrzeby przez osoby znajome (160). Inny sposobem zmniejszenia ryzyka związanego z przedawkowaniem jest zachęcanie, jeśli tylko są one dostępne, do korzystania z nadzorowanych pomieszczeń do iniekcji. Dzięki bezpośredniemu nadzorowi sprawowanemu przez pracowników takich pomieszczeń, w razie przedawkowania możliwe jest niezwłoczne udzielenie pomocy. W niedawno przeprowadzonym badaniu wykazano związek między dostępnością tego rodzaju pomieszczeń i spadkiem liczby zgonów z przedawkowania (161). Jako że większość osób rozpoczynających używanie narkotyków iniekcyjnie robi to w towarzystwie rówieśników już używających narkotyków tą drogą, najważniejsze informacje, na przykład jak w ogóle uniknąć używania narkotyków iniekcyjnie lub jak wykonywać bezpieczniejsze iniekcje, najlepiej mogą przekazać rówieśnicy.

Zakażenia przenoszone drogą płciową a stosowanie prezerwatyw

Według danych pochodzących z krajów EU/EEA prezerwatywy stosuje od około 5% do prawie 60% osób używających narkotyków iniekcyjnie, co mieści się dużo poniżej progu niezbędnego do zahamowania rozprzestrzeniania się zakażeń przenoszonych drogą płciową, w tym wirusowych zapaleń wątroby i HIV (137). Z tego względu szczególnie ważne jest, aby promocja zdrowia wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie obejmowała również zakażenia przenoszone drogą płciową. Prezerwatywy i lubrykanty powinny być łatwo dostępne i zawsze powinna im towarzyszyć zachęta do ich regularnego stosowania. Należy upowszechniać informacje dotyczące diagnostyki przesiewowej i konieczności leczenia wszystkich zakażeń przenoszonych drogą płciową, bowiem dostępne dane wskazują, że między osobami używającymi narkotyków iniekcyjnie a ich partnerami seksualnymi do przenoszenia HIV i HBV dochodzi drogą seksualną (162-163). Używanie narkotyków wiąże się niekiedy ze świadczeniem usług seksualnych za pieniądze lub narkotyki, co, jeśli prezerwatywy nie są regularnie i prawidłowo stosowane, poważnie zwiększa ryzyko nabycia lub transmisji zakażeń przenoszonych drogą płciową.

Zapobieganie, diagnostyka i leczenie zakażeń

W ramach promocji zdrowia klienci powinni uzyskać informacje na temat częstych dróg przenoszenia zakażeń wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie, a informacje na temat zakażeń HIV, HCV i HBV powinny być łatwo dostępne, aby klienci mieli świadomość, że mogą być zakaźni nawet jeśli sami nie odczuwają jakichkolwiek dolegliwości. W przypadku gruźlicy istnieje dużo nieporozumień związanych z pojęciami zakażenia i zachorowania, a także stadiów, w których chory jest zakaźny dla otoczenia (142) (143) (164). Informacje na temat profilaktyki HIV bywają mylone z profilaktyką gruźlicy, co prowadzi do błędnych

raport open society_12 06 2012 .indd 52 6/13/12 11:57 AM

wniosków i przekonania, że gruźlicy można zapobiegać stosując prezerwatywy lub środki do dezynfekowania igieł zawierające chlor. Nieporozumienia te mogą wyjaśniać, dlaczego część chorych późno zgłasza się do lekarza (142).

Dostęp do materiałów informacyjnych powinien być łatwy, a na temat gruźlicy i wirusowych zakażeń krwiopochodnych powinna toczyć się żywa dyskusja. Równie ważne jest podejmowanie wysiłków na rzecz korygowania błędnych opinii na temat samych zakażeń, przy jednoczesnym przeciwdziałaniu stygmatyzacji osób zakażonych. Podstawowy przekaz powinien skupiać się na wspieraniu adherencji do terapii, a w rezultacie na pełnym wyleczeniu (gruźlicy, HBV i niekiedy HCV), zmniejszając jednocześnie ryzyko rozwoju lekooporności i wtórnej transmisji zakażenia.

Ostatnimi zagadnieniami ważnymi dla osób używających narkotyków iniekcyjnie są wsparcie i opieka społeczna. Przykładowo, nadzorowane lokale zastępcze pozwalają zmniejszyć ryzyko wystąpienia zakażeń wśród osób żyjących z HIV (165). Na jakość życia i ryzyko zakażenia osób używających narkotyków iniekcyjnie istotny wpływ wywiera prawdopodobnie wiele czynników strukturalnych związanych z miejscem zamieszkania i warunkami ekonomicznymi, dlatego dostęp do świadczeń socjalnych związanych z realizacją szerszych potrzeb osób używających narkotyków iniekcyjnie takich jak mieszkanie, żywność czy możliwość podjęcia prostej pracy będą prawdopodobnie miały pozytywny wpływ na stan zdrowia tych osób.

Oferta celowana

Zalecane interwencje

Świadczenia powinny być ze sobą skojarzone, zorganizowane i realizowane zgodnie z potrzebami klientów i lokalnymi możliwościami. Oznacza to prowadzenie programów w warunkach mobilnych i stacjonarnych, prowadzenie terapii uzależnień, redukcji szkód, poradnictwa i diagnostyki, a także kontaktowanie chorych z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej i poradniami specjalistycznymi.

Stanowisko: Opierając się na obserwacjach naukowych i opiniach ekspertów można stwierdzić, że świadczenia dopasowane do potrzeb klientów i lokalnych warunków pozwalają osiągnąć korzystne efekty.

Sposoby realizacji świadczeń: oferta dla klientów

Zgodnie z podstawowymi zasadami realizacji programów, świadczenia dla osób używających narkotyków iniekcyjnie powinny być tak zorganizowane, aby zmaksymalizować stopień akceptacji wśród potencjalnych klientów, a tym samym poprawić dostęp i zwiększyć zainteresowanie ofertą. Skuteczność tego rodzaju programów zależy od siły przekonywania organizatorów, stopnia zmotywowania klientów i retencji. Z tego względu, już na etapie planowania na-

raport open society_12 06 2012 .indd 53 6/13/12 11:57 AM

leży dążyć do przyjęcia jak najniższych warunków wstępnych, aby uczestnictwo w programie i korzystanie z oferowanych świadczeń było łatwo osiągalne.

Programy muszą być realizowane w miejscach rozpoznawalnych przez potencjalnych klientów, dostępnych dla nich i w których czują się wystarczająco swobodnie. Ponadto, powinny być realizowane w dyskretnym otoczeniu i w dyskretny sposób, z zachowaniem poufności i nie narażając klientów na oceny lub prześladowanie ze strony pracowników, a także w miejscach, w których nie będą obawiali się aresztowania przez policję. Niekiedy sposobem na zachęcenie najbardziej wykluczonych społecznie osób używających narkotyków iniekcyjnie jest oferowanie podstawowych świadczeń socjalnych takich jak żywność, odzież i możliwość skorzystania z prysznica.

Dostęp do świadczeń musi być szczegółowo zaplanowany i uzależniony od warunków lokalnych, a w przypadku programów wymiany igieł, strzykawek i sprzętu dodatkowego powinien być szczególnie łatwy i regularny. Bez stałego dostępu do tego rodzaju sprzętu zmniejszenie liczby zakażeń HIV, HBV i HCV będzie niemożliwe.

Świadczenia adresowane do osób używających narkotyków iniekcyjnie mogą być różne w zależności od kraju, regionu, dostępnych środków i populacji docelowej. Wynika to przede wszystkim z odmiennej w różnych krajach i w ich obrębie charakterystyki osób używających narkotyków iniekcyjnie, używania różnych rodzajów narkotyków, zróżnicowanego wieku klientów, płci, pochodzenia etnicznego i różnej wysokości dochodów. Z tych powodów już na etapie projektowania programów niezmiernie ważne jest zaangażowanie osób z grupy docelowej do pomocy w wyborze sposobów realizacji świadczeń i jak najlepszym dopasowaniu ich do lokalnych potrzeb i warunków, a także preferencji klientów, co pozwala zwiększyć szanse zainteresowania klientów oferowanymi świadczeniami.

Dostęp osób nieletnich do programów wymiany igieł i strzykawek na Węgrzech

Z chwilą stworzenia na Węgrzech w 2010 roku pierwszych kompleksowych wytycznych dla programów wymiany igieł i strzykawek*, pojawiła się potrzeba zawarcia ogólnokrajowego porozumienia na temat dostępu do nich osób nieletnich (wiek uzyskania pełnoletności na Węgrzech to 18 lat). Główne zasady projektu czyli anonimowość, poufność i zachowanie łatwego i nieograniczonego dostępu do świadczeń, podstawowe cechy programów niskoprogowych adresowanych do osób używających narkotyków, uniemożliwiają ograniczanie dostępu do NSP. Obowiązujące w tym samym okresie przepisy lokalne zalecały przekazywanie "zagrożonych" dzieci pod opiekę wydziałów ochrony nieletnich.
Sprzeczne uwarunkowania prawne stanowiły punkt wyjścia dla ogólnokrajowej dyskusji, skupiającej ekspertów zajmujących się ochroną dzieci, przedstawicieli wszystkich węgierskich NSP i innych organizacji. Zaprezentowano doświadczenia lokalne i międzynarodo-

raport open society_12 06 2012 .indd 54 6/13/12 11:57 AM

we, a także przeprowadzono dyskusję na temat dostępu osób niepełnoletnich do różnorodnych świadczeń np. szczegółowej edukacji jeszcze przed uzyskaniem poradnictwa i przeprowadzeniem oceny indywidualnej. Uzgodniono, że poza powstającymi wytycznymi krajowymi, każdy NSP powinien przyjąć swoje własne wytyczne wewnętrzne, a instytucje zajmujące się opieką nad dziećmi, aby zapewnić niepełnoletnim dostęp do poradnictwa i terapii związanych z używaniem narkotyków, powinny nawiązywać kontakt z wszystkimi ważnymi programami adresowanymi do osób używających narkotyków. Z uwagi na rozbieżności między przepisami dotyczącymi dzieci i zasadami funkcjonowania programów niskoprogowych, do udziału w pracach zaproszono również rzecznika praw obywatelskich, co znalazło odzwierciedlenie we wspomnianych wytycznych.

Ostateczna wersja krajowych wytycznych dla NSP opublikowana w lipcu 2011 roku przez Krajowy Instytut Rodziny i Polityki Społecznej akcentuje, że osoby niepełnoletnie nie powinny być wykluczane z uczestnictwa w NSP, a zachowanie anonimowości powinno odgrywać bardzo ważną rolę w tego rodzaju programach. Jednocześnie, wytyczne jednoznacznie zachęcają osoby niepełnoletnie do informowania rodziców. W razie konieczności należy nawiązać kontakt z miejscowym przedstawicielem opieki społecznej, który powinien być jednym z głównych lokalnych partnerów NSP. Współpraca i wymiana informacji między realizatorami programów mogą korzystnie oddziaływać na niepełnoletnich klientów NSP.

* Wytyczne sformułowano w oparciu o projekt finansowany przez EU w ramach Programu Operacyjnego Odnowy Społecznej: "Reforma świadczeń socjalnych i poprawa centralnych i lokalnych zdolności planowania strategicznego wspierających opiekę społeczną".

Sposoby realizacji świadczeń

Świadczenia mogą być realizowane na wiele różnych sposobów, zarówno samodzielnie jak i w skojarzeniu z innymi programami. W wielu krajach wykazano, że integracja świadczeń w obrębie jednego niskoprogowego programu jest korzystna finansowo, wydajna i ceniona przez klientów (120,166-167). Przykładem wysoce zintegrowanego programu stacjonarnego byłoby zaoferowanie w jednym miejscu możliwości wymiany igieł, strzykawek i sprzętu dodatkowego, prowadzenia diagnostyki przesiewowej zakażeń i dostępu do opieki lekarskiej (np. terapii zakażeń HIV, HBV i HCV), uzyskania ogólnych informacji na temat higieny i zapobiegania przedawkowaniom, kontaktu z poradniami terapii uzależnień i poradniami zdrowia ogólnego, a także ośrodkami oferującymi dostęp do świadczeń socjalnych. (Patrz ramka z przykładami integracji świadczeń na stronie 62.)

Jeśli ze względu na sposób organizacji systemu opieki zdrowotnej, sposób finansowania lub preferencje klientów nie udaje się zintegrować wszystkich działań, realizacja indywidualnych świadczeń zgodnych z potrzebami klientów i tak umożliwia odniesienie dużych korzyści.

raport open society_12 06 2012 .indd 55 6/13/12 11:57 AM

W początkowym okresie działalności wiele programów oferuje jeden rodzaj świadczeń, a następnie poszerza ofertę o kolejne. Sposoby ich realizacji powinny być tak określone, aby w odniesieniu do lokalnych potrzeb maksymalizować skuteczność. W zależności od warunków, wspomniane sposoby realizacji świadczeń bywają różnie nazywane, można je jednak zakwalifikować do następujących kategorii:

Programy stacjonarne: Świadczenia mogą być i często są realizowane w ramach poradni stacjonarnych dla osób używających narkotyków, poradni, których celem jest zachowanie niskiego progu uczestnictwa (tj. niewielu ograniczeń w zakresie używania narkotyków i przyjęcie podczas realizacji świadczeń perspektywy klienta), aby jak najbardziej ułatwić do nich dostęp. Poradnie stacjonarne mogą prowadzić programy wymiany igieł i strzykawek, substytucję opioidową lub terapię uzależnienia od innych substancji, a także oferować świadczenia uzupełniające dla osób używających narkotyków iniekcyjnie takie jak diagnostyka zakażenia HIV, zapalenia wątroby lub gruźlicy, a także prowadzić edukację zdrowotną lub kierować chorych do poradni specjalistycznych w celu rozpoczęcia leczenia. Poradnie stacjonarne mogą funkcjonować również jako miejsca odwiedzin lub spędzania czasu dla osób używających narkotyków iniekcyjnie. W poradniach oferujących świadczenia zdrowotne i prowadzących programy profilaktyczne, klienci mogą odpoczywać, jeść posiłki, czytać gazety, korzystać z internetu, a także rozmawiać z pracownikami i znajomymi w przyjaznych i spokojnych warunkach. Poradnie stacjonarne stanowią również ważne miejsce prowadzenia edukacji szeptanej i często wykorzystywane są przez znajomych klientów i profesjonalnych edukatorów do realizacji zadań programów ruchomych. Wymiana igieł i strzykawek często stanowi jeden ze sposobów zachęcenia nowych klientów do zgłaszania się do programu. Początkowo wiele osób zgłasza się do poradni jedynie w celu utrzymania kontaktu ze znajomymi

albo z uwagi na dostęp do strzykawek lub sprzętu do przygotowania narkotyków. Z czasem jednak zaczynają korzystać z innych świadczeń, w tym edukacji zdrowotnej.

W ponad 50 miastach europejskich[8] miejsca, gdzie pod nadzorem pracowników medycznych można użyć narkotyków zostały zintegrowane z wyspecjalizowanymi poradniami stacjonarnymi. Tego rodzaju pomieszczenia nadzorowanych wstrzyknięć są prowadzone przez profesjonalne poradnie zdrowotne promujące higieniczne i bezpieczniejsze używanie narkotyków, mając na celu zmniejszenie śmiertelności i chorobowości związanych ze wstrzyknięciami (5). W ramach wspomnianych poradni istnieje również możliwość prowadzenia edukacji zdrowotnej i profilaktyki zakażeń, a także bezpośredniej interwencji specjalistów w przypadku przedawkowania. Podstawowym celem jest nawiązanie i utrzymanie kontaktu z osobami, które nie są w stanie lub nie chcą zaprzestać używania narkotyków iniekcyjnie, zmniejszenie szkód zdrowotnych, a także udostępnienie innych świadczeń, w szczególności świadczeń medycznych i terapii uzależnień. Pomieszczenia nadzorowanych wstrzyknięć pozwalają dotrzeć

[8] Dotyczy Niemiec, Luksemburga, Holandii, Norwegii, Hiszpanii i Szwajcarii.

raport open society_12 06 2012 .indd 56 6/13/12 11:57 AM

do trudno osiągalnych populacji, a osoby z nich korzystające zgłaszają duży spadek częstości podejmowania ryzykownych zachowań i poprawę stanu zdrowia.

Niezależnie od ich rodzaju, poradnie stacjonarne powinny być zlokalizowane w okolicy, w której mieszkają lub przebywają duże grupy osób używających narkotyków iniekcyjnie lub w miejscach, do których duże grupy klientów mają łatwy dostęp. Tego typu poradnie prowadzone są zazwyczaj przez specjalistów, którzy powinni być dokładnie przeszkoleni w zakresie realizacji świadczeń i prowadzenia edukacji skupionej na potrzebach klientów i nie obarczonej ocenami. Zaletą programów stacjonarnych jest możliwość oferowania w jednym miejscu wielu świadczeń dopasowanych do potrzeb lokalnej populacji. Klienci mogą na przykład wybrać, zgodnie z własnymi potrzebami, rodzaj igieł, strzykawek i sprzętu dodatkowego, tym samym zmniejszając marnotrawstwo związane z udostępnianiem gotowych zestawów, które często zawierają elementy niepotrzebne klientom lub przez nich niechciane. Do wad programów stacjonarnych należy natomiast duży koszt, co może ograniczać godziny otwarcia, a tym samym dostęp do świadczeń. Programy stacjonarne są również niedostępne dla osób spoza ich bezpośredniej okolicy, dlatego należy zwrócić szczególną uwagę na dokładne zlokalizowanie klientów i zaoferowanie świadczeń w miejscach łatwo dostępnych, oferujących jednocześnie godziny otwarcia dogodne dla osób używających narkotyków iniekcyjnie. Osoby mieszkające w trudno dostępnej okolicy mogą wymagać zapewnienia dostępu do programów ruchomych (patrz niżej).

Programy stacjonarne mogą być postrzegane jako miejsca zgromadzeń niechcianych osób i być źródłem negatywnych reakcji otoczenia. Aby je pokonać, należy prowadzić intensywną dyskusję z okolicznymi mieszkańcami. Z drugiej strony, programy stacjonarne mogą być postrzegane przez klientów jako miejsce funkcjonowania niechcianych instytucji, takich jak agendy rządowe, co może niekiedy ograniczać gotowość skorzystania z oferowanych świadczeń. Programy prowadzące ambulatoryjną terapię uzależnienia od narkotyków zwykle oferują również dodatkowe świadczenia zdrowotne i socjalne dopasowane do konkretnej grupy odbiorców, w tym również działania mające zapobiegać zakażeniom (poradnictwo i diagnostyka, szczepienia, kontakt z poradniami specjalistycznymi).

Apteki: W większości krajów EU/EEA strzykawki można kupować zgodnie z prawem, a w pewnych krajach apteki stanowią główne źródło nowych igieł i strzykawek. Mogą być nawet głównym podmiotem sprzedającym lub dystrybuującym igły, strzykawki i sprzęt dodatkowy, a także miejscem ich zwrotu po użyciu. W aptekach oferowana może być również możliwość przeprowadzenia podstawowej diagnostyki lub zaszczepienia się. Na przykład w Szkocji, dzięki anonimowym kartom, funkcjonuje system nadzoru elektronicznego nad klientami, dzięki któremu mogą otrzymywać bezpłatnie w aptekach sterylne igły i strzykawki. Można również prowadzić nadzór nad osobami wymagającym diagnostyki przesiewowej lub szczepień, a także pozyskiwać informacje na temat liczby wydanych igieł i strzykawek

raport open society_12 06 2012 .indd 57 6/13/12 11:57 AM

(informacje pozwalające planować politykę zdrowotną). Ponadto, lokalne apteki mogą aktywnie uczestniczyć w opioidowej terapii substytucyjnej, wydając lek zarejestrowanym pacjentom, utrzymując z nimi regularny kontakt, przypominając o kontrolach lekarskich lub nadzorując leczenie uzupełniające. W ramach tego systemu można również kierować klientów na szczepienia i wizyty kontrolne. Główną zaletą świadczeń oferowanych przez apteki, dzięki dostępnej już infrastrukturze i ograniczeniu kosztów, jest ich większa dostępność dla większej liczby osób używających narkotyków iniekcyjnie, zarówno w dużych jak i małych miastach. Niemniej jednak, większość aptek skupia się na ofercie skierowanej do populacji ogólnej, a wiele z nich prowadzonych jest przez prywatnych właścicieli, co utrudnia niekiedy realizację świadczeń i zmniejsza akceptację osób używających narkotyków iniekcyjnie, niekiedy postrzeganych jako klienci niechciani i niepłacący. Zachowanie poufności i możliwości pełnej realizacji promocji zdrowia mogą być problematyczne jeśli apteka nie dysponuje oddzielnym pomieszczeniem konsultacyjnym lub brakuje w niej personelu. Igły i strzykawki dystrybuowane w aptekach często wydawane są jako gotowe pakiety, co poważnie ogranicza wybór. Choć świadczenia oferowane w aptekach i kierowane do osób używających narkotyków iniekcyjnie mogą być bardzo skuteczne, apteki nie są w stanie spełnić wszystkich potrzeb klientów.

Programy ruchome: Jako że z wieloma grupami osób używających narkotyków iniekcyjnie trudno jest nawiązać kontakt za pośrednictwem poradni zdrowia ogólnego, programy ruchome często stanowią jedyną możliwość skutecznej realizacji świadczeń, na przykład dystrybucji igieł, strzykawek i sprzętu dodatkowego. W ramach programów ruchomych można udostępniać również prezerwatywy, prowadzić opioidową terapię substytucyjną i promocję zdrowia (158). Programy ruchome mogą być realizowane między innymi w ramach mobilnych pomieszczeń lub pojazdów, działań prowadzonych na ulicy, a także świadczeń satelitarnych w ramach programów stacjonarnych. Programom tego rodzaju często udaje się nawiązać kontakt z osobami znajdującymi się poza systemem opieki zdrowotnej, co jest szczególnie istotne w związku z koniecznością kontaktowania ich z poradniami stacjonarnymi lub podstawowej opieki zdrowotnej (poradnie diagnostyki i leczenia zakażeń HIV, HCV, HBV lub gruźlicy), a także z programami terapii uzależnień. (Więcej informacji na temat programów ruchomych patrz (158,168)). Do tego rodzaju działań zalicza się również wizyty domowe, a osoby je realizujące powinny zachęcać klientów do korzystania z oferty innych programów. Jedną z zalet programów ruchomych, jako że można je bez problemu przenosić w okolice o dużym zagęszczeniu potencjalnych klientów, jest łatwy dostęp osób używających narkotyków iniekcyjnie do oferowanych świadczeń. Poradnie ruchome mogą prowadzić różnorodne działania, m.in. wydawać leki w ramach opioidowej terapii substytucyjnej w okolicach o mniejszej liczbie osób używających narkotyków iniekcyjnie lub miejscach, gdzie prowadzenie programów stacjonarnych jest niemożliwe ze względu na opór środowiska lokalnego lub policji. Niekiedy uwarunkowania finansowe ograniczają zasięg programów ruchomych lub czas ich realizacji. W jednej z prac przeglądowych stwierdzono, że oferta ruchoma nie była postrzegana przez osoby używające narkotyków iniekcyjnie jako pełna (169).

raport open society_12 06 2012 .indd 58 6/13/12 11:57 AM

Świadczenia realizowane przez znajomych to działania ruchome (choć mogą być również realizowane w ramach programów stacjonarnych) podejmowane przez osoby obecnie lub w przeszłości używające narkotyków iniekcyjnie, których celem jest zachęcenie osób używających narkotyków iniekcyjnie do skorzystania z oferty innych programów. W przypadku braku zainteresowana ofertą programów oficjalnych, w ramach oferty rówieśniczej rozdawane mogą być igły, strzykawki i sprzęt dodatkowy (niekiedy tego rodzaju działania nazywane są „drugorzędową dystrybucją igieł"). Programy realizowane przez rówieśników mają większe szanse dotarcia do najbardziej wykluczonych populacji, w tym do osób młodych lub osób, które dopiero niedawno zaczęły używać narkotyków iniekcyjnie. Osoby realizujące tego rodzaju działania zajmują się dystrybucją sprzętu, kierowaniem na terapię uzależnień (lub inne rodzaje terapii i programy diagnostyczne), a także promocją zdrowia dopasowaną językowo do lokalnej grupy docelowej. Właśnie z tych powodów bliski kontakt z rówieśnikami i znajomymi może wywierać większy wpływ na odbiorców niż świadczenia oferowane przez pracowników medycznych i prowadzić do wzrostu zainteresowania ofertą, co stanowi dużą korzyść, zwłaszcza ze względu na szczególnie ryzykowne zachowania wśród osób korzystających z igieł pozyskiwanych za pośrednictwem „dystrybucji drugorzędowej". W przypadku programów wsparcia rówieśniczego szczególnie ważne jest odpowiednie wyszkolenie, nadzór i wsparcie udzielane realizatorom, a także dokładne rozważenie aspektów etycznych związanych z zatrudnianiem osób, które używały narkotyków iniekcyjnie w przeszłości lub wciąż ich używają. Więcej informacji na ten temat patrz (158) i (168,170).

Automaty: Automaty do wydawania sprzętu stosowane są w pewnych sytuacjach jako uzupełniająca metoda dystrybucji igieł, strzykawek i sprzętu dodatkowego, zwykle w postaci gotowych pakietów. Pakiety można otrzymać po wrzuceniu monety, a zawierają, poza samym sprzętem, pisemną informację na temat terapii uzależnień, bezpieczniejszych metod wykonywania wstrzyknięć, a także inne informacje z zakresu zdrowia publicznego. Ten rodzaj dystrybucji jest dostępny nieprzerwanie i pozwala zachować duży stopień poufności, cechy szczególnie istotne dla osób młodych i osób, które dopiero niedawno zaczęły używać narkotyków iniekcyjnie. Niestety wymusza posiadanie monet lub żetonów, a ponadto wymaga regularnego uzupełniania automatów i ich konserwacji. Nierzadko pojawiają się również obawy ze strony społeczności lokalnych związane z łatwym dostępem do automatów osób nieletnich. Należy pamiętać również, że automaty nie pozwalają nawiązać bezpośredniego kontaktu z osobami prowadzącymi program, uniemożliwiając tym samym skorzystanie przez klientów z diagnostyki, terapii lub indywidualnej promocji zdrowia. Niemniej jednak, dając możliwość oswojenia się z nazwą programu, a także wytworzenia pewnego stopnia zaufania do organizacji nadzorującej automat, mogą stanowić pierwszy etap terapii (171).

Świadczenia ogólnomedyczne: Kolejnym ważnym miejscem realizacji świadczeń i kontaktowania pacjentów ze specjalistycznymi programami dla osób używających narkotyków iniekcyjnie są szpitale lub poradnie podstawowej opieki zdrowotnej. W ogólnodostępnych placów-

raport open society_12 06 2012 .indd 59 6/13/12 11:57 AM

kach medycznych często można wykonać poufnie testy diagnostyczne, poddać się diagnostyce i terapii zakażeń HIV, wirusowych zapaleń wątroby, gruźlicy, bakteryjnych zakażeń skóry i innych schorzeń często występujących wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie. Niezmiernie ważne jest zatem utrzymywanie bliskiego kontaktu między nimi a poradniami stacjonarnymi lub ruchomymi kierowanymi bezpośrednio do osób używających narkotyków iniekcyjnie. Ogólnodostępne placówki medyczne mogą również prowadzić dystrybucję igieł, strzykawek i sprzętu dodatkowego, nadzorować aby iniekcje były wykonywane w warunkach higienicznych, wspierać pacjentów w procesie detoksykacji, udostępniać prezerwatywy i prowadzić podstawową promocję zdrowia. Poradnie ftyzjatryczne i poradnie dla osób żyjących z HIV funkcjonują zazwyczaj w ramach ogólnodostępnych placówek medycznych, jednak w związku z dużym odsetkiem osób używających narkotyków iniekcyjnie wśród pacjentów tych poradni, podstawowego znaczenia nabiera odpowiednie wyszkolenie ich pracowników w zakresie promocji zdrowia tak, aby albo sami mogli skierować pacjentów do odpowiednich ośrodków terapii uzależnień lub programów wymiany igieł i strzykawek albo żeby przynajmniej wiedzieli, gdzie takie informacje można uzyskać. Idealnym rozwiązaniem byłoby, gdyby wszystkie osoby używające narkotyków iniekcyjnie same poszukiwały i uzyskiwały dostęp do profesjonalnej opieki ze strony ogólnodostępnych placówek medycznych. Niestety obserwacje wskazują, że w pewnych sytuacjach osoby używające narkotyków iniekcyjnie korzystają z nich sporadycznie, dlatego niezbędne jest stworzenie alternatywnych sposobów docierania do nich z ofertą. W Holandii, poza podstawową opieką medyczną, osoby używające narkotyków iniekcyjnie mają dostęp do specjalistycznych świadczeń skierowanych bezpośrednio do nich. Istnieją również przykłady integracji świadczeń związanych z używaniem narkotyków z ogólnymi świadczeniami medycznymi (model „jednego przystanku") w ramach jednego programu, co zwiększa adherencję do terapii i szanse na jej ukończenie (153,172-174). Do tego rodzaju programów należą terapia bezpośrednio monitorowana gruźlicy i HCV, obydwie skojarzone z leczeniem substytucyjnym metadonem. Poradnie ogólnomedyczne są łatwo dostępne dla klientów, zwłaszcza oddziały ratunkowe, i czynne przez całą dobę. Należy jednak zachować szczególną staranność i uwrażliwić zarówno pracowników medycznych jak i niemedycznych na problemy osób używających narkotyków iniekcyjnie i konieczność zapewnienia im poufnej i nie obarczonej ocenami opieki. W niektórych krajach wybrane placówki ogólnomedyczne prowadzą anonimową diagnostykę chorób zakaźnych.

Więzienia: W wielu krajach osoby używające narkotyków iniekcyjnie i pozostające w więzieniach mają dostęp do świadczeń, a więzienia stanowią kluczowy element zapewniający pełne i skuteczne domknięcie systemu świadczeń profilaktycznych dla osób używających narkotyków iniekcyjnie. Więzienia stanowią ważne miejsce dla działań, których celem jest zapobieganie zakażeniom i kontrola ich rozprzestrzeniania. Główne przyczyny tego faktu to: (a) duża prewalencja zakażeń HIV, HCV i gruźlicy w więzieniach, (b) fakt ostatecznego pozbawienia wolności wielu osób używających narkotyków iniekcyjnie i (c) obserwacje, że mimo ścisłej prohibicji narkotyków w więzieniach, są one wciąż używane, również iniekcyjnie (5). W nie-

raport open society_12 06 2012 .indd 60 6/13/12 11:57 AM

których krajach w więzieniach prowadzone są terapia uzależnienia od narkotyków, programy diagnostyki przesiewowej i leczenia zakażeń, programy szczepień, edukacji zdrowotnej, a nawet wymiana igieł i strzykawek. Zgodnie z zasadą „równego dostępu do świadczeń" na wolności i w warunkach jej ograniczenia, w wielu krajach można zauważyć tendencję do oferowania tych samych świadczeń dla osób używających narkotyków zarówno na wolności jak i w więzieniach.

Opisane sposoby realizacji świadczeń pozwalają skutecznie docierać do osób używających narkotyków iniekcyjnie, jednak nowe metody prowadzenia promocji zdrowia, wykorzystując na przykład telefony komórkowe lub internet, stanowią obiecujący sposób poprawy adherencji do terapii. Choć programy mogą okresowo korzystać tylko z jednego sposobu realizacji świadczeń, skuteczniejsze wydaje się oferowanie kilku rodzajów świadczeń w jednym miejscu lub realizowanie ich w zróżnicowany sposób dla klientów o odmiennych potrzebach. Aby skutecznie kojarzyć świadczenia oferowane w ramach jednego programu, muszą być one dostępne w tym samym miejscu tak, aby klienci mieli do nich łatwy dostęp (patrz ramka niżej – Integracja oferty). Ponadto, osoby realizujące świadczenia ruchome, koordynatorzy terapii i pracownicy medyczni powinni zostać przeszkoleni w zakresie prowadzenia terapii i/lub udzielania wsparcia pacjentom ze schorzeniami dodatkowymi. Szkolenia powinny uwzględniać terapię uzależnień, leczenie gruźlicy, wirusowych zapaleń wątroby i HIV. W opiekę nad tymi pacjentami powinni zostać zaangażowani również specjaliści z odpowiedniej dziedziny medycyny. Poza wymienionymi schorzeniami dodatkowymi, u uzależnionych pacjentów często rozpoznawane są różnego rodzaju zaburzenia psychiczne, wymagające odpowiedniego leczenia. Dzięki zwiększeniu czujności i odpowiednim szkoleniom można poprawić wydajność monitorowania interakcji lekowych i działań niepożądanych terapii, a także skuteczność leczenia i jakość życia klientów.

Integracja oferty

Dostępnych jest wiele przykładów udanej integracji oferty kierowanej do osób używających narkotyków iniekcyjnie, a tym samym poprawy dostępności świadczeń, harmonizacji terapii, optymalizacji edukacji profilaktycznej, a także zwiększenia adherencji do leczenia i jego skuteczności. Wspólne funkcjonowanie poradni gruźliczych, hepatologicznych, HIV, opioidowej terapii substytucyjnej i/lub programów wymiany igieł i strzykawek stanowi już codzienną praktykę lub znajduje się w niektórych krajach na etapie projektowania. Bliskie położenie różnych programów, a także komunikowanie się i wymiana doświadczeń, stanowią niekwestionowaną zaletę i przynoszą realne korzyści (202-204) (143) (142).

W niedawno wdrożonym pilotażowym programie realizowanym w Estonii wykazano, że można zwiększyć zainteresowanie ofertą diagnostyki przesiewowej gruźlicy jeśli jest ona prowadzona w ramach programu opioidowej terapii substytucyjnej i towarzyszy jej akcja informacyjna (przypomnienia, zachęty, transport) (172). Projektując programy należy jed-

raport open society_12 06 2012 .indd 61 6/13/12 11:57 AM

nak pamiętać o uwzględnieniu możliwości rozdzielnego świadczenia wybranych usług. Na przykład osoby żyjące z HIV i niezakażone prątkiem gruźlicy, ze względu na zwiększone ryzyko zachorowania, nie powinny być obsługiwanie razem z osobami z czynną gruźlicą.

W zależności od lokalnych warunków, świadczenia powinny być realizowane w ramach już istniejących programów rehabilitacji, wymiany strzykawek lub bezpośrednio nadzorowanej terapii gruźlicy (DOT). Dobrym sposobem docierania do wybranych populacji osób używających narkotyków iniekcyjnie, zwłaszcza dzięki mobilnym aparatom radiologicznym, mogą być programy ruchome. Ich funkcjonowanie w Roterdamie w Holandii doprowadziło do zmniejszenia zapadalności na gruźlicę wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie (205).

Tabela 1: Modele realizacji świadczeń skierowanych do osób używających narkotyków iniekcyjnie – zalety i ograniczenia

raport open society_12 06 2012 .indd 62 6/13/12 11:57 AM

Model	Rodzaje świadczeń skierowanych do osób używających narkotyków iniekcyjnie	Zalety	Ograniczenia
Stacjonarny program niskoprogowy	• wymiana sprzętu do wstrzyknięć • poradnictwo • leczenie uzależnienia od narkotyków, w tym prowadzenie substytucji opioidowej • diagnostyka zakażeń HIV, HBV, HCV i gruźlicy • szczepienia • miejsce do spędzania czasu • posiłki, prysznic, odzież • edukacja prowadzona przez grupy znajomych • promocja zdrowia • edukacja na temat bezpieczniejszego używania narkotyków, w tym zapobiegania przedawkowaniu i postępowania w razie jego wystąpienia • nadzorowane pomieszczenia do higienicznych wstrzyknięć • promocja bezpieczniejszych zachowań seksualnych i dystrybucja prezerwatyw • nadzorowane leczenie przeciwwirusowe (lub bezpośrednio nadzorowana terapia przeciwgruźlicza)	+ Możliwość wytworzenia wśród klientów poczucia przynależności. + Możliwość zaoferowania wielu usług w jednym miejscu. + Możliwość osiągnięcia korzystnego współczynnika kosztu w przeliczeniu na jednego klienta. + Możliwość zaoferowania świadczeń dopasowanych do potrzeb klientów. + Świadczenia są zwykle realizowane przez specjalistów. + Brak sprzeciwu ze strony innych klientów. + Łatwy dostęp, jeśli program jest prawidłowo zorganizowany. + Podstawa funkcjonowania dla innych programów np. ruchomych.	- Stała lokalizacja może utrudniać dostęp osobom spoza rejonu działania programu. - Kosztowny w utrzymaniu. - Potencjalnie ograniczone godziny otwarcia. - Ryzyko nękania przez policję i pracowników innych instytucji, szczególnie jeśli nie zostaną ustalone osoby do kontaktu. - W przypadku zaniedbań, osłabieniu może ulec bezpieczeństwo personelu. - Potencjalnie utrudniony dostęp dla osób krótko używających narkotyków iniekcyjnie lub osób młodych. - Stała lokalizacja może być trudniejsza do ustalenia z względu na opór okolicznych mieszkańców.
Apteki	• wymiana sprzętu do wstrzyknięć • opatrunki • promocja zdrowia • poufna diagnostyka • edukacja i kierowanie klientów do specjalistów (diagnostyka i leczenie chorób zakaźnych, szczepienia, farmakoterapia) • dostępność (szybkich) testów diagnostycznych HIV i HCV	+ Łatwy dostęp i dobre lokalizacje. + Elastyczne godziny otwarcia. + Może być opłacalna finansowo. + Potencjalnie większa anonimowość. + Dostęp do poradnictwa medycznego i osób po przeszkoleniu medycznym. + Wykorzystanie istniejących struktur.	- Klienci mogą być zmuszeni do ponoszenia opłat. - Ograniczona możliwość prowadzenia promocji zdrowia i kierowania klientów do specjalistów w szczególnie zatłoczonych aptekach. - Gotowe pakiety utrudniają zaspokojenie indywidualnych potrzeb. - Niechęć farmaceutów do sprzedawania strzykawek osobom używającym narkotyków. - Niechęć innych klientów.

raport open society_12 06 2012 .indd 63 6/13/12 11:57 AM

Model	Rodzaje świadczeń skierowanych do osób używających narkotyków iniekcyjnie	Zalety	Ograniczenia
Świadczenia poza programem stacjonarnym (z uwzględnieniem świadczeń realizowanych przez grupy rówieśnicze)	• wymiana sprzętu do wstrzyknięć • promocja zdrowia • informacja o specjalistach, klinikach i świadczeniach medycznych • kierowanie na diagnostykę i terapię zakażeń, na szczepienia i do poradni oferujących świadczenia związane z używaniem narkotyków • wizyty domowe i wizyty w więzieniach • w razie potrzeby, kierowanie do innych specjalistów • dostępność (szybkich) testów diagnostycznych HIV i HCV poradnictwo	+ Elastyczne i łatwe do dopasowania do potrzeb klientów. + Elastyczne w przypadku zmiany miejsca przebywania osób używających narkotyków iniekcyjnie. + „System wczesnego ostrzegania": specjaliści zyskują wgląd w zjawiska zachodzące wśród użytkowników. + Łatwo osiągalne, zwłaszcza dla osób trudno dostępnych i podejmujących szczególnie ryzykowne zachowania (osoby młode, zaczynające używać narkotyków, migranci). + Świadczenia realizowane przez osoby znajome i rówieśników mogą cechować się większą skutecznością.	- Niepełna oferta. - Koszt i konserwacja (pojazdy). - Ograniczone godziny funkcjonowania. - Droższy czas pracowników (ze względu na konieczność przemieszczania się itp.). - Pewne pojazdy mogą wywoływać u klientów poczucie bycia obserwowanym lub dyskomfort. - Świadczenia rówieśnicze muszą podlegać ścisłemu nadzorowi i wymagają przeszkolenia realizatorów.
Automaty	• wymiana sprzętu do wstrzyknięć • kierowanie klientów do poradni chorób zakaźnych na badania i leczenie, szczepienia lub farmakoterapię • promocja zdrowia (w formie pisemnej)	+ Dostępne całą dobę (istotne zwłaszcza w przypadku młodych/nowych użytkowników). + Korzystny bilans korzyści i kosztów. + Anonimowe.	- Brak w ofercie wszystkich świadczeń. - Brak kontaktu osobistego. - Ryzyko pojawienia się obaw wśród okolicznych mieszkańców związanych z lokalizacją automatu. - Niezbędne wnoszenie opłat lub używanie żetonów. - Niezbędna ciągła konserwacja i regularne uzupełnianie automatów.

raport open society_12 06 2012 .indd 64 6/13/12 11:57 AM

Model	Rodzaje świadczeń skierowanych do osób używających narkotyków iniekcyjnie	Zalety	Ograniczenia
Podstawowa opieka zdrowotna	• Poufna diagnostyka zakażeń HIV, HBV, HCV i gruźlicy • terapia HIV, HBV, HCV i gruźlicy • leczenie zakażeń skóry, zmiana opatrunków • szczepienia • promocja zdrowia • wymiana sprzętu do wstrzyknięć • pomoc w detoksykacji • opioidowa terapia substytucyjna	+ Dostępność. + Dostęp do wykwalifikowanych pracowników. + Dostęp do większej liczby bardziej specjalistycznych badań i terapii. + Dostęp do systemu ogólnej opieki zdrowotnej (świadczenia dostępne dla wszystkich).	- Może nie być dopasowana do potrzeb klientów. - Część pracowników może być niechętnie nastawiona do opieki nad osobami używającymi narkotyków. - Opór ze strony pozostałych pacjentów. - Klienci mogą niechętnie korzystać z poradni jeśli np. uznają, że jest zbyt mocno związana z instytucjami rządowymi. - Klienci mogą nie wierzyć w zachowanie poufności. - Mogą wystąpić trudności z zachowaniem pełnej anonimowości. - Ograniczony dostęp lub całkowity brak dostępu dla osób bez ubezpieczenia zdrowotnego. - Stygmatyzacja.
Więzienia	• wszystkie świadczenia dostępne dla osób używających narkotyków w obrębie danej populacji Przykładowo: • poufna diagnostyka HIV, HBV, HCV i gruźlicy • leczenie zakażeń HIV, HBV, HCV i gruźlicy • szczepienia • promocja zdrowia • wymiana sprzętu do wstrzyknięć • pomoc w detoksykacji • poradnictwo • terapia uzależnienia, w tym OST	+ Możliwość dotarcia do grup podejmujących bardzo ryzykowne zachowania. + Działania opłacalne finansowo. + Szansa na zmniejszenie śmiertelności i chorobowości po zwolnieniu z więzienia. + Świadczenia mogą być realizowane przez lokalne organizacje. + Prostszy sposób prowadzenia terapii. + Czas na prowadzenie promocji zdrowia.	- Budżet więziennictwa może być niewystarczający. - Niezbędne inwestycje w szkolenie pracowników medycznych i mundurowych więzień. - Zapewnienie poufności może być trudne.

raport open society_12 06 2012 .indd 65 6/13/12 11:57 AM

OPIS I ANALIZA SYTUACJI NARODOWEJ

W związku z dostępem do różnych nielegalnych substancji, a także zmianami zwyczajów związanych z używaniem narkotyków i migracją, epidemiologia zarówno samego używania narkotyków jak i epidemiologia chorób zakaźnych w tej grupie ulega szybkim zmianom. Dynamika tych zmian jest złożona, wieloczynnikowa i zależna od sytuacji społecznej i ekonomicznej, podejmowanych działań profilaktycznych i innych czynników społecznych (175).

Warunkiem osiągnięcia jak największej skuteczności narodowych i lokalnych programów kierowanych do osób używających narkotyków iniekcyjnie, w tym również działań profilaktycznych i kontroli chorób zakaźnych, jest zapewnienie odpowiedniego monitorowania zjawiska używania narkotyków, a także zakażeń wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie. Realizowane programy powinny być stale nadzorowane i analizowane w aspekcie reakcji odbiorców, wpływu wywieranego na klientów, dopasowania do potrzeb i dostępności. Działania te są konieczne nie tylko aby jak najlepiej dopasować programy do rzeczywistych potrzeb, ale również aby utrzymać odpowiedni stopień ich wydajności i stosunek kosztów do korzyści zdrowotnych.

Pewność dobrego wykorzystania środków daje profilaktyka adresowana do osób używających narkotyków iniekcyjnie, a więc populacji charakteryzujących się największym ryzykiem transmisji zakażeń. Podobnie niezbędne i prawdopodobnie również opłacalne są inwestycje w systemy monitorowania używania narkotyków i chorób zakaźnych, a trudności w ich wdrażaniu mogą doprowadzić nie tylko do przeoczenia narastającego problemu, zwiększając tym samym szkody zdrowotne i społeczne, ale również do niewydajnego lokowania posiadanych zasobów.

Monitorowanie problemowego używania narkotyków i podejmowanych działań

Monitorowanie problemowego używania narkotyków to niezbędny element działań, których celem jest redukcja szkód związanych z używaniem narkotyków. Ich analiza wykracza poza zakres niniejszych wytycznych, jednak EMCDDA opracowała najważniejsze protokoły i zestawy wskaźników służące do monitorowania używania narkotyków, problemowego używania narkotyków (w tym iniekcyjnie) i ich skutków (4).

Podstawowym celem nadzoru jest oszacowanie liczebności populacji osób używających narkotyków iniekcyjnie. Dane te pozwalają nie tylko przeprowadzić ilościową ocenę ryzyka zakażenia, ale również określić przybliżone zapotrzebowanie na świadczenia. We współpracy z partnerami z różnych krajów (Sieć Reitox Narodowych Punktów Kontaktowych) (176) i grupami ekspertów, EMCDDA udostępnia i wdraża wystandaryzowane metody umożliwiające określenie liczebności populacji osób problemowo używających narkotyków (również iniek-

raport open society_12 06 2012 .indd 66 6/13/12 11:57 AM

cyjnie) (4), a następnie, w oparciu o zróżnicowane metodologie, opracowanie wyników dla całego kraju lub regionu.

W krajach członkowskich EU, krajach kandydujących i w Norwegii, dzięki wystandaryzowanym narzędziom (tabele z danymi i ustrukturyzowane kwestionariusze), EMCDDA zbiera ujednolicone informacje na temat działań zdrowotnych i społecznych podejmowanych w związku z używaniem narkotyków (również iniekcyjnie) (112). Rutynowo gromadzone są informacje na temat sposobów zapobiegania używaniu narkotyków, programów redukcji szkód, dostępnych świadczeń zdrowotnych i podstawowych interwencji socjalnych, w tym terapii uzależnienia od narkotyków (np. liczba osób uczestniczących w opioidowej terapii substytucyjnej), a także na temat rodzaju, liczby i lokalizacji programów wymiany igieł i strzykawek (również liczby wydanych strzykawek).

Monitorowanie zakażeń

Epidemiologia zakażeń wśród osób używających narkotyków może ulegać szybkim zmianom, zwłaszcza jeśli oferta programów profilaktycznych jest niewystarczająca. Niezbędnym elementem skutecznej kontroli zakażeń wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie jest stworzenie krajowego systemu monitorowania chorób zakaźnych skonstruowanego na zasadzie „monitorowania świadczeń", tj. na zasadzie współpracy między instytucjami realizującymi działania profilaktyczne i instytucjami prowadzącymi nadzór.

ECDC koordynuje program monitorowania wszystkich nowo zgłoszonych przypadków zakażeń krwiopochodnych w Europie, w tym zakażeń związanych z używaniem wspólnego sprzętu do iniekcji. Nadzór opierający się na raportowaniu zakażeń pozwala śledzić trendy zakażeń, może być jednak również pomocny we wczesnym wykrywaniu zbiorowych zachorowań, zwłaszcza jeśli stopień pokrycia systemem jestem dobry, a opóźnienia w raportowaniu minimalne. Skuteczność reakcji na zbiorowe zachorowania zależy w dużej mierze od zdolności szybkiego wykrywania ognisk zakażeń i dostępności odpowiednich narzędzi. Opóźnione przesyłane raportów narodowych można skompensować dużo szybszym raportowaniem na poziomie lokalnym lub regionalnym. W całej Unii Europejskiej obowiązują wspólne definicje zakażeń HIV, HBV, HCV i HAV, jednak droga transmisji wirusa (tj. rodzaj ryzyka) jest systematycznie raportowana jedynie w przypadku HIV (definicje zakażeń HBV i HCV znajdują się obecnie w fazie przeglądu i planuje się, że również będą zawierać informacje o drodze nabycia zakażenia). W ramach wielu systemów narodowych zbierane są dużo bardziej szczegółowe informacje, istotne dla realizacji lokalnych programów profilaktycznych. Raportowanie zachorowań może odzwierciedlać zapadalność, często stanowi jednak tylko jej przybliżenie. Co więcej, w przypadku tego rodzaju nadzoru, zwykle wykorzystywane są jedynie ogólne dane populacyjne, a zmiana w sposobu lub częstości testowania mogą łatwo zaburzyć wyniki obserwacji. Z kolei raportowanie w oparciu o stwierdzone przypadki zakażeń wymaga utrzymywania odpowiedniej infrastruktury, czasu na analizę długookresowych obserwacji, a także

raport open society_12 06 2012 .indd 67 6/13/12 11:57 AM

dużego zaangażowania pracowników medycznych w pozyskiwanie wiarygodnych informacji na temat rzeczywistych czynników ryzyka.

EMCDDA monitoruje prewalencję zakażeń wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie za pomocą autorskich metod zbierania danych, metod stworzonych w oparciu o wytyczne dotyczące sondaży biobehawioralnych i innych dostępnych metod (2). Nadzór realizowany jest w bliskiej współpracy z ECDC, instytucją koordynującą monitorowanie chorób zakaźnych w Europie, a także z partnerami krajowymi i międzynarodowymi (177-178). Dane zbierane wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie dotyczą przede wszystkim zakażeń HIV, HBV i HCV. Na wypadek wystąpienia ognisk zachorowań wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie, w tym również wąglika i botulizmu, utrzymywany jest system wczesnego ostrzegania i sieć ekspertów.

Inne formy monitorowania, np. ankiety i badania biobehawioralne, w wyjątkowy dla każdej z nich sposób pozwalają uzyskać informacje istotne strategicznie. Badania ankietowe dostarczają szacunkowych danych na temat prewalencji zakażeń w grupie docelowej, czego zwykle nie udaje się uzyskać na podstawie raportów o zachorowaniach. Badania biobehawioralne prowadzone wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie, sondaże wspierane przez EMCDDA i ECDC, mogą stanowić źródło informacji zarówno na temat samego używania narkotyków jak i chorób zakaźnych. Badania te muszą być okresowo powtarzane aby monitorować zachodzące zmiany, co wiąże się jednak z kosztami finansowymi. Kolejnym utrudnieniem jest brak porozumienia na temat najlepszego sposobu uzyskania na przestrzeni lat reprezentatywnej próby badanej. W dyskusjach uczestniczyły jedynie dwie wspomniane agencje.

W zależności od potrzeb, każdy kraj powinien zdefiniować parametry istotne dla własnych programów nadzoru. System taki powinien dostarczać również informacji niezbędnych do planowania działań profilaktycznych, zawsze jednak w oparciu o ocenę lokalnych potrzeb zdrowotnych i z uwzględnieniem wydajnego wykorzystania zasobów finansowych i pozafinansowych.

Monitorowanie i ewaluacja programów

Systemy monitorowania powinny dostarczać informacji niezbędnych do prowadzenia ciągłej ewaluacji programów, zarówno na poziomie krajowym jak i regionalnym, w tym stopnia ich dopasowania do zmieniającego się profilu użytkowników i ich zachowań. Tego rodzaju ocena ułatwia realizatorom i urzędnikom ustalenie, które elementy programów profilaktycznych sprawdzają się, a które wymagają poprawy. Informacje te mogą być również pomocne dla osób projektujących programy i polityków oceniających czy oferowane sposoby realizacji świadczeń, ich rodzaj i dostępność w wystarczającym stopniu zmniejszają zapadalność lub ograniczają jej wzrost w docelowej grupie osób używających narkotyków iniekcyjnie. W przypadku braku nadzoru, nie można określić stopnia oddziaływania programu lub przypisać konkret-

raport open society_12 06 2012 .indd 68 6/13/12 11:57 AM

nym interwencjom wpływu na obserwowane zmiany zachowania odbiorców lub na zapadalność na poszczególne schorzenia. Do tego celu przydatne mogą być zarówno wskaźniki związane z realizacją świadczeń jak i z określonymi ich efektami, należy jednak pamiętać aby planowane cele były realistyczne. Istotne zmiany twardych wskaźników końcowych takich jak prewalencja zakażeń lub rodzaj ryzykownych zachowań zachodzą na przestrzeni wielu lat.

Wskaźniki

W niniejszych wytycznych nie przedstawiono szczegółowej analizy wskaźników wykorzystywanych podczas monitorowania i ewaluacji programów, bowiem niezbędne opracowania w tym zakresie są już dostępne (patrz (4,53,137)). Należy jednak podkreślić, że zarówno podczas planowania jak i ewaluacji programów należy korzystać ze wszystkich wskaźników krajowych, a nadzór powinien wspierać, a nie utrudniać, realizację przyjętych celów krajowych i regionalnych. Wnioski i obserwacje pochodzące z systemu monitorowania i z procesu ewaluacji realizowanych programów powinny być wykorzystywane do ciągłej oceny i nieprzerwanej modyfikacji oferowanych świadczeń tak, aby programy stanowiły realną odpowiedź na zmieniające się uwarunkowania epidemiologiczne i potrzeby klientów. Z oczywistych względów nie wszystkie wskaźniki krajowe są przydatne w skali międzynarodowej, a także nie wszystkie wskaźniki międzynarodowe są przydatne w nadzorze krajowym. Częstym błędem jest przekonanie o konieczności ścisłego przestrzegania wskaźników międzynarodowych, nawet jeśli są one nieistotne na poziomie krajowym.

Dostępność świadczeń

Na poziomie populacyjnym dostępność świadczeń definiowana jest zwykle jako odsetek populacji wymagającej interwencji, który rzeczywiście ją otrzymał (179). Aby wydajnie realizować działania profilaktyczne, niezbędna jest wiedza na temat odsetka osób w docelowej populacji osób używających narkotyków iniekcyjnie, które realnie korzystają z konkretnych świadczeń profilaktycznych. W przypadku szczepień, ich skuteczność określana jest na podstawie „stopnia wyszczepienia". Powyżej pewnego odsetka uzyskuje się efekt odporności gromadnej, co oznacza ochronę osób nawet niezaszczepionych. Obserwacje te zostały potwierdzone również w badaniach modelowych.

W przypadku profilaktyki chorób zakaźnych wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie powszechnie stosowanymi wskaźnikami są liczba wydanych w ciągu roku strzykawek na jednego klienta lub odsetek osób problemowo używających opioidów, które uczestniczą w opioidowej terapii substytucyjnej. Innym ważnym wskaźnikiem określającym dostęp do świadczeń leczniczych jest odsetek osób używających narkotyków iniekcyjnie, które uczestniczą w terapii HIV, HBV i/lub HCV (180). Choć ustalono docelowe wartości dla programów profilaktycznych, należy je jednak zawsze oceniać w aspekcie konkretnej sytuacji narodowej (lub lokalnej), ustalonej w oparciu o prawidłowo przeprowadzoną ocenę potrzeb (53,179). Coraz więcej danych wskazuje, że w porównaniu z ograniczonym dostępem do świadczeń

raport open society_12 06 2012 .indd 69 6/13/12 11:57 AM

(na jedną osobę używającą narkotyków iniekcyjnie), szeroki dostęp do programów wymiany igieł i strzykawek i opioidowej terapii substytucyjnej przynosi większe korzyści (71,181), bywa on jednak zróżnicowany w różnych krajach (180,182). Według danych EMCDDA, w krajach EU liczba strzykawek rozprowadzonych w 2009 roku przez programy NSP wyniosła 90 na jedną osobę używającą narkotyków iniekcyjnie. W skali poszczególnych krajów największa stwierdzona liczba rozprowadzonych strzykawek przekraczała 300 na jednego klienta (183). Ponadto, w większości krajów dodatkowym ważnym źródłem czystego sprzętu do iniekcji była sprzedaż apteczna. W tym samym okresie jednego roku, średnio jedna na dwie osoby problemowo używające narkotyków uczestniczyła w opioidowej terapii substytucyjnej, z największym odsetkiem 68% na Malcie (szacunkowo między 65 i 71% w skali kraju) (128). Ośrodki realizujące programy profilaktyczne powinny dysponować wystarczającymi zapasami igieł i strzykawek tak, aby mogły prowadzić działalność nieprzerwanie. Niezrealizowane zapotrzebowanie na igły i strzykawki lub konieczność oczekiwania na przyjęcie do programu terapii uzależnień stanowią dowód niepełnej realizacji potrzeb klientów i wskazują na konieczność zwiększenia dostępności świadczeń.

Poprawa dostępności programów wymiany strzykawek: doświadczenia Estonii

Estonia to jeden z krajów członkowskich Unii Europejskiej z dużą liczbą osób używających narkotyków iniekcyjnie (zarówno w wartościach bezwzględnych jak i względnych), a także z dużą prewalencją zakażenia HIV w tej grupie osób. Iniekcyjne używanie narkotyków odbywa się przede wszystkim w stolicy Estonii, Talinie, w północno-wschodniej części kraju. Szacuje się, że w Talinie mieszka około 10.000 osób używających narkotyków iniekcyjnie, głównie pochodne fentanylu i amfetaminy. Programy wymiany igieł i strzykawek rozpoczęły działalność w Talinie w 1997 roku, natomiast opioidowa terapia substytucyjna metadonem została wprowadzona w 2001 roku, choć w ograniczonym zakresie. W 2005 roku częstość zakażeń HIV wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie wynosiła 54%, z dużym odsetkiem osób o krótkim stażu (używający narkotyków iniekcyjnie przez 3 lata lub krócej) – 21%. Na szczeblu krajowym podjęto decyzję o konieczności szybkiego zwiększenia dostępności programów profilaktycznych, a w celu zmniejszenia narastających niepokojów w zakresie zdrowia publicznego opracowano Narodową Strategię Zapobiegania HIV/AIDS. W latach 2003-2009 liczba programów stacjonarnych i ruchomych w Talinie zwiększyła się z 1 do 10, liczba porad wzrosła 27-krotnie, liczba rozdanych strzykawek 43-krotnie (z 1,8 do 77 strzykawek/osobę używającą narkotyków iniekcyjnie/rok), a liczba miejsc w terapii metadonem ponad 4-krotnie. Około 80% osób używających narkotyków iniekcyjnie twierdzi, że choć raz miała kontakt z programami wymiany strzykawek, a około 60% podaje, że programy te stanowią dla nich główne źródło czystych igieł i strzykawek. Odsetek osób używających narkotyków iniekcyjnie, które korzystają ze wspólnych strzykawek zmniejszył się w ciągu ostatnich czterech lat z 32% (2005) do 22% (2009).

raport open society_12 06 2012 .indd 70 6/13/12 11:57 AM

W tym samym okresie liczba nowych zakażeń HIV wśród użytkowników z krótkim stażem zmniejszyła się z 21% w 2005 roku do 9% w 2009. Jednocześnie odsetek nowych klientów wśród wszystkich osób używających narkotyków iniekcyjnie uległ zmniejszeniu z 21% do 12%. Jako że dostęp do terapii uzależnienia i terapii antyretrowirusowej był w tym okresie dość ograniczony, nie można wykluczyć, że obserwowany podczas badania spadek częstości zakażeń HIV wiązał się z poprawą dostępności programów wymiany igieł i strzykawek. Dalsze zwiększanie dostępu do czystych igieł i strzykawek, w skojarzeniu z poprawą dostępności terapii uzależnień i zakażenia HIV, najprawdopodobniej przyczyni się do dalszego spadku prewalencji HIV w Estonii.

Źródło: Uuskula et al., 2011 (206)

raport open society_12 06 2012 .indd 71 6/13/12 11:57 AM

ZAŁĄCZNIK A. UŻYWANIE NARKOTYKÓW INIEKCYJNIE I NAJCZĘSTSZE ZAKAŻENIA WŚRÓD OSÓB JE UŻYWAJĄCYCH – EPIDEMIOLOGIA W EU/EEA

Używanie narkotyków iniekcyjnie

Używanie narkotyków iniekcyjnie to jedno z najbardziej ryzykownych zachowań, które wiąże się z ryzykiem nabycia krwiopochodnych zakażeń HIV, HBV czy HCV i wystąpienia poważnych szkód zdrowotnych. Osoby używające narkotyków są również narażone na wystąpienie przedawkowania i inne zakażenia jak HAV, gruźlica, bakteryjne infekcje skóry, zakażenia uogólnione i zakażenia przenoszone drogą płciową.

W wielu krajach Europy używanie narkotyków iniekcyjnie jest tożsame z używaniem opioidów, jednak niekiedy narkotykiem najczęściej używanym iniekcyjnie są pochodne amfetaminy (5). EMCDDA zbiera szacunkowe dane dotyczące prewalencji iniekcyjnego używania narkotyków we wszystkich krajach członkowskich Unii Europejskiej. W 2010 roku dane pochodzące z dwunastu krajów wskazywały na duże zróżnicowanie prewalencji używania narkotyków iniekcyjnie, ze średnią ważoną dla iniekcyjnego używania narkotyków 2,5 na 1000 osób dorosłych w wieku 15-64 lat. Gdyby średnią tę ekstrapolować na całą populację Europy, odpowiadałoby to między 750.000 a 1 milionem osób używających narkotyków iniekcyjnie w EU/EEA, nie uwzględniając osób, które używały narkotyków iniekcyjnie w przeszłości (5). Mimo że w większej części Europy zachodniej populacja osób używających narkotyków iniekcyjnie starzeje się, to w pozostałej części EU wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie przeważają osoby młode.

HIV

Częstość występowania zakażenia HIV wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie w EU waha się od mniej niż 1% do ponad 60% (na podstawie badań celowanych lub sentinelowych) (137). Spośród wszystkich nowo rozpoznanych i zgłoszonych zakażeń HIV w 28 krajach EU/EEA w 2009 roku (25.917 przypadków), 1298 dotyczyło osób, które obecnie lub w przeszłości używały narkotyków iniekcyjnie (5,7 na 100.000 mieszkańców). Choć w 2009 roku w Europie zakażenie HIV związane z używaniem narkotyków iniekcyjnie stanowiło średnio 5% wszystkich zgłoszonych zakażeń, dane dla poszczególnych krajów były bardzo zróżnicowane: od 65% wszystkich zakażeń HIV na Litwie i 43% w Bułgarii, do mniej niż 1% w Holandii i Rumunii. Od 2004 roku liczba nowych rozpoznań zakażenia HIV wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie zmniejszyła się o 40% w 26 krajach EU/EEA posiadających narodowy system monitorowania zakażeń (6). Trendy obserwowane w ciągu ostatnich sześciu lat są w wielu krajach podobne i wskazują na spadek liczby nowych zakażeń HIV wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie (z wyjątkiem Bułgarii, Estonii, Litwy i Łotwy). W latach 2001-2002 w wymienionych krajach nadbałtyckich obserwowano najszybszy wzrost liczby nowych rozpoznań zakażenia HIV, z przejściowym jej zmniejszeniem w późniejszym okresie i ponownym wzro-

raport open society_12 06 2012 .indd 72 6/13/12 11:57 AM

stem w 2007 roku na Łotwie i w 2009 roku na Litwie. W krajach Europy zachodniej epidemia HIV wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie jest dużo starsza i osiągnęła apogeum w połowie lat osiemdziesiątych XX wieku (6).

Pomimo spadkowego trendu liczby nowych zakażeń HIV wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie w EU/EEA, w niektórych krajach członkowskich wciąż zbyt często dochodzi do transmisji HIV w tej grupie (184). Między osobami używającymi narkotyków iniekcyjnie i ich partnerami seksualnymi do przenoszenia HIV dochodzi prawdopodobnie również drogą seksualną. Choć bezwzględna liczba zakażeń HIV rozpoznanych wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie jest stosunkowo mała, grupa ta, w porównaniu z osobami, które nie używają narkotyków iniekcyjnie, jest nieproporcjonalnie bardziej dotknięta epidemią HIV.

Zapalenie wątroby typu B i C

W Unii Europejskiej zapalenie wątroby typu B (HBV) i zapalenie wątroby typu C (HCV) to zakażenia wirusowe ważne z perspektywy zdrowia publicznego, wiążą się bowiem z dużą chorobowością i śmiertelnością. Mogą prowadzić do rozwoju przewlekłych patologii, a ostatecznie marskości wątroby, raka wątroby i zgonu. Ryzyko zakażenia HBV i HCV jest duże, jeśli podczas używania narkotyków iniekcyjnie nie są przestrzegane bezpieczne praktyki iniekcyjne i dochodzi do pożyczania igieł, strzykawek i sprzętu dodatkowego.

W Europie używanie narkotyków iniekcyjnie stanowi główną drogę transmisji HCV, a większość nowo rozpoznanych zakażeń dotyczy osób używających narkotyków właśnie tą drogą. Szacunkowe dane wskazują, że w Europie mieszka około 1 milion osób, które obecnie lub w przeszłości używały narkotyków iniekcyjnie i które są przewlekle zakażone HCV (5). Odsetek zakażonych HCV wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie jest bardzo duży i waha się między 12% a 85% (54), natomiast częstość zakażeń przewlekłych między 50% a 90%. W dziewięciu krajach Europy wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie odnotowano tendencję spadkową liczby zakażeń HCV, w trzech innych wzrastającą, a dane z czterech innych krajów nie pozwalają wyciągnąć jednoznacznych wniosków (8). W sześciu krajach o znanych czynnikach ryzyka transmisji wśród osób używających narkotyki iniekcyjnie wykazano tendencję spadkową liczby nowo rozpoznanych zakażeń HCV, natomiast w trzech innych tendencję wzrostową (54). Choć dane często są niskiej jakości, a przez to również trudne w interpretacji, wskazują jednak, że częstość zakażeń HCV wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie może ulegać zmniejszeniu. Ryzyko zakażenia HCV wzrasta wraz z czasem używania narkotyków iniekcyjnie (10), a niedawne obserwacje wskazują, że wiele osób ulega zakażeniu w początkowym okresie (54). Dużą częstość zakażeń HCV wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie pogarsza fakt, że wiele z nich jest nieświadomych zakażenia. Opisane okoliczności wskazują na duże znaczenie wczesnego rozpoczynania działań profilaktycznych.

Poza dużą liczbą zakażeń HCV, osoby używające narkotyków iniekcyjnie często zakażone są

raport open society_12 06 2012 .indd 73 6/13/12 11:57 AM

również innymi wirusami, m.in. HBV lub HIV. Wymienione koinfekcje znacząco zwiększają ryzyko zgonu w przebiegu ostrej niewydolności wątroby. Częstość występowania przeciwciał przeciw HBV wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie jest duża, natomiast prewalencja tego zakażenia jest zmienna w zależności od kraju, co może mieć częściowo związek z różnym poziomem zaszczepienia osób używających narkotyków iniekcyjnie (54). Nowe dane pochodzące z dziewięciu krajów europejskich wskazują, że częstość występowania przeciwciał anty-HBc wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie przekracza 40%. Wśród zgłoszonych przypadków ostrego zapalenia wątroby typu B o znanej drodze transmisji, jeden na pięć przypadków dotyczył osób używających narkotyków drogą dożylną. Z kolei dane pochodzące z lat 2003-2008 wskazują, że w ośmiu spośród 17 krajów doszło w tym okresie do wystąpienia trendu spadkowego liczby zakażeń HBV w tej grupie (54).

Gruźlica

Używanie narkotyków iniekcyjnie związane jest z wieloma środowiskowymi czynnikami ryzyka i z podejmowaniem wielu ryzykownych zachowań. Socjalne czynniki ryzyka takie jak złe warunki mieszkaniowe, bezdomność, pozbawienie wolności, ubóstwo, palenie tytoniu i nadużywanie alkoholu, a także wpływ samego narkotyku na fizjologię ustroju powodują, że osoby używające narkotyków iniekcyjnie są bardziej narażone na zachorowanie na gruźlicę lub zgon z jej powodu, a także częściej są zakaźne dla otoczenia (142,185). Ponadto, niedobór odporności w przebiegu zakażenia HIV stanowi jeden z najważniejszych czynników ryzyka rozwoju gruźlicy i główną przyczynę dużej prewalencji tego zakażenia wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie. Niedawny systematyczny przegląd przypadków koinfekcji TB/HIV w EU/EEA sugeruje, że częstość zakażeń HIV wśród chorych na gruźlicę mieściła się w przedziale między 0% a 5%, a używanie narkotyków iniekcyjnie stanowiło jeden z czynników ryzyka koinfekcji (186).

W Unii Europejskiej liczba zgłaszanych przypadków gruźlicy jest jedną z najniższych na świecie, jednak między poszczególnymi krajami EU występuje duża zmienność. W 2009 roku zgłaszalność mieściła się między 2,8 a 108,2 przypadkami na 100.000 mieszkańców (187). Grupy najbardziej narażone na zachorowanie i wykluczone społecznie to jednocześnie grupy najbardziej dotknięte gruźlicą i o najgorszym dostępie do świadczeń.

Na terenie Europy nie funkcjonuje ujednolicony system zbierania danych socjalnych wśród osób z rozpoznaną gruźlicą, tak więc informacje na temat przypadków gruźlicy wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie opierają się na wynikach badań regionalnych, a w niektórych przypadkach również ogólnokrajowych. Używanie narkotyków wiąże się jednak z większą częstością występowania gruźlicy utajonej, a osoby używające narkotyków iniekcyjnie są bardziej narażone na wystąpienie gruźlicy czynnej. W zależności od rejonu i kraju, dodatni wynik skórnego testu z tuberkuliną (*tuberculin skin test* – TST) stwierdza się u około 10-60% osób używających narkotyków iniekcyjnie (142), nie wykazano jednak różnic w praw-

raport open society_12 06 2012 .indd 74 6/13/12 11:57 AM

dopodobieństwie uzyskania dodatniego wyniku TST w zależności od drogi używania narkotyku (142).

Większość osób zakażonych *M. tuberculosis* nigdy nie zachoruje, jednak prątki pozostaną w organizmie w stanie utajonym, bardzo powoli się namnażając. Utajone zakażenie prątkami gruźlicy (*latent TB infection* – LTBI) definiowane jest jako zakażenie przebiegające bez objawów klinicznych choroby i z ujemnymi wynikami posiewów w kierunku *M. tuberculosis*. Czynną gruźlicę rozpoznaje się natomiast na podstawie wywiadu lekarskiego, objawów klinicznych, zdjęć RTG i badań mikrobiologicznych lub genetycznych w kierunku *M. tuberculosis*. Ryzyko progresji zakażenia zależy od indywidualnego stanu układu odpornościowego i skumulowane dla całego życia ryzyko wystąpienia czynnej gruźlicy wynosi w przypadku osób niezakażonych HIV od 5 do 10% na rok (185).

Zapalenie wątroby typu A

Zapalenie wątroby typu A to choroba wirusowa o ostrym początku, przenoszona drogą fekalno-oralną. Przyczyną lokalnych ognisk zachorowań są zwykle zanieczyszczone pokarmy i woda, albo ryzykowne zachowania np. kontakty seksualne między mężczyznami lub używanie narkotyków iniekcyjnie. Jako że zgłaszane zakażenia nie są rutynowo uzupełniane o informacje na temat ryzykownych zachowań, prawdziwa prewalencja zapalenia wątroby typu A wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie jest nieznana. Istnieją jednak doniesienia z krajów Unii Europejskiej na temat lokalnych ognisk zakażeń HAV wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie, np. ognisko opisane w 2008 roku na Łotwie, gdzie w związku z lokalną epidemią doszło do poprawy zgłaszalności z 0,66 na 123 przypadki na 100 000 mieszkańców (13). Inne ogniska zakażeń opisano wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie na terenie Republiki Czeskiej (12), Finlandii (15) i Norwegii (14). Czy ich wystąpienie związane było ze sposobem przygotowania narkotyku czy z niskim stanem higieny, pozostaje niejasne.

Bakteryjne zakażenia skóry i zakażenia rozsiane

Prawdziwa częstość występowania miejscowych i rozsianych zakażeń bakteryjnych związanych z używaniem narkotyków iniekcyjnie jest trudna do oszacowania, gdyż większość z nich nie podlega monitorowaniu na poziomie ogólnoeuropejskim. Na podstawie przeprowadzonego w 2010 roku badania obejmującego Anglię, Walię i Północną Irlandię, 40% osób aktualnie używających narkotyków iniekcyjnie zgłosiło w ciągu poprzedniego roku wystąpienie owrzodzenia, ropnia lub otwartej rany, częstych powikłań zakażenia miejsca iniekcji (17). Zakażenia te wynikają zazwyczaj z używania niesterylnego sprzętu do wstrzyknięć lub brudnego sprzętu do przygotowania narkotyku. Zakażenia skóry i tkanek miękkich u osób używających narkotyków iniekcyjnie zwykle wywołane są przez *Staphylococcus aureus*, często szczepy metycylinooporne (MRSA) (188). Choć większość z nich ma charakter ograniczony, mogą przebiegać również jako ciężkie zakażenia ogólnoustrojowe i prowadzić do zapalenia kości i szpiku kostnego, bakteriemii, septycznego zapalenia żył głębokich

raport open society_12 06 2012 .indd 75 6/13/12 11:57 AM

i zapalenia wsierdzia (189-190). Pozostałe bakteryjne zakażenia skóry, tkanek miękkich i zakażenia rozsiane wywoływane są zazwyczaj przez paciorkowce z grupy A (GAS), choć niekiedy również przez laseczki *Clostridium*. Prowadzą wówczas do wystąpienia botulizmu przyrannego lub tężca (191-192). Przypadki botulizmu przyrannego (193), tężca (18) i innych zakażeń wywołanych przez laseczki *Clostridium* (194) opisywano u osób używających narkotyków iniekcyjnie w całej Europie. Choć wspomniane zakażenia ogólnoustrojowe należą do rzadkości, mogą jednak być przyczyną poważnych patologii i zgonu. Do jednego z takich schorzeń należy wąglik, wywoływany przez bakterie *Bacillus anthracis*. W Europie przypadki wąglika należą do rzadkości, jednak w latach 2009 i 2010 wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie w Szkocji odnotowano 42 zachorowania, spośród których 13 zakończyło się zgonem. Kolejne zgony, powiązane epidemiologicznie za pośrednictwem tego samego szczepu bakterii wąglika z pacjentami szkockimi, stwierdzono w Anglii i Niemczech. Prawdopodobnym źródłem zakażenia mogła być zanieczyszczona porcja heroiny (54).

Zakażenia przenoszone drogą płciową

Używanie narkotyków, w tym iniekcyjnie, wiąże się z podejmowaniem bardzo ryzykownych zachowań seksualnych i dużą częstością zakażeń przenoszonych drogą płciową. Należy jednak pamiętać, że w Europie wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie epidemiologia zakażeń przenoszonych drogą płciową nie została dobrze udokumentowana. Uważa się, że osoby te są bardziej narażone na wystąpienie zakażeń przenoszonych drogą płciową, gdyż częściej świadczą usługi seksualne (w zamian za pieniądze lub narkotyki), a także z powodu upośledzonej przez narkotyki zdolności negocjowania warunków bezpieczniejszego seksu (162). Sugeruje się również, że używanie narkotyków iniekcyjnie może utrudniać korzystanie z placówek opieki medycznej lub z diagnostyki przesiewowej zakażeń przenoszonych drogą płciową. Ponadto, tradycyjne poradnie wenerologiczne nie uwzględniają tej grupy pacjentów wśród swoich odbiorców. Podczas kontaktów seksualnych między osobami używającymi narkotyków iniekcyjnie a ich partnerami seksualnymi dochodzi do przenoszenia zakażeń HBV i HIV, co czyni tę populację ważną grupą docelową diagnostyki przesiewowej, profilaktyki zakażeń przenoszonych drogą płciową i innych krwiopochodnych zakażeń wirusowych.

Ludzki wirus T-limfotropowy typu II (HTLV-II)

Do zakażenia HTLV-II może dochodzić podczas korzystania ze wspólnego sprzętu do iniekcji, podczas kontaktów seksualnych, a także w związku z przetoczeniem zakażonych produktów krwiopochodnych. Od czasu jego wykrycia w 1982 roku, ludzkiemu wirusowi T-limfotropowemu typu II (HTLV-II) przypisywano znaczenie jako patogen lub je podważano. Dane literaturowe na temat przebiegu choroby wciąż są ograniczone, dostępnych jest jednak coraz więcej obserwacji wskazujących na związek zakażenia HTLV-II z zaburzeniami neurologicznymi, zwiększoną zapadalnością na zapalenia płuc, zapalenia oskrzeli i możliwe, że również na schorzenia autoimmunologiczne (11). Zakażenie HTLV-II stwierdzano u osób używających narkotyków iniekcyjnie w Stanach Zjednoczonych i w Europie z szacunkową częstością od

raport open society_12 06 2012 .indd 76 6/13/12 11:57 AM

1,6% do 8% we Włoszech (195-196) i od 0,4% do 11,5% w Hiszpanii (197). We wspomnianych i wielu innych krajach często dochodzi do koinfekcji HTLV-II i HIV. W Europie północnej zakażenie HTLV-II wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie występuje rzadziej, odnotowywano je jednak w Szwecji (198) i Francji (199). W jednym z badań przeprowadzonym wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie w Irlandii stwierdzono duży odsetek (15%) dodatnich wyników badań serologicznych w kierunku zakażenia HTLV-II (200).

ZAŁĄCZNIK B. ZAPOBIEGANIE ZAKAŻENIOM WŚRÓD OSÓB UŻYWAJĄCYCH NARKOTYKÓW INIEKCYJNIE – PODSTAWOWE INTERWENCJE

raport open society_12 06 2012 .indd 77 6/13/12 11:57 AM

Jak opisano w części „Cele, założenia i metodologia", ustalając poszczególne elementy składowe podstawowych interwencji uwzględniano kilka czynników. Dla każdej z podstawowych interwencji do systematycznego przeglądu analiz opublikowanych po roku 2000 („przeglądu opracowań") włączano wyniki pochodzące z badań opublikowanych i recenzowanych (201). Wyniki badań przeglądowych uznawano za dowody o dużej sile, gdyż w oparciu o uznane kryteria doboru badań i ocenę wyników umożliwiają wykonanie podsumowań i zestawienie ich z wynikami prac oryginalnych. Analiza prac przeglądowych jest wydajną metodą poszukiwania dowodów o dużej sile, cechują ją jednak specyficzne ograniczenia (patrz raporty techniczne dotyczące badań oryginalnych). W celu zniwelowania tych ograniczeń, w niniejszych wytycznych uwzględniono również wyniki, poza wnioskami pochodzącymi z „przeglądu opracowań", przeprowadzonych niedawno badań oryginalnych, a także opinie ekspertów. Wyniki badań oryginalnych uwzględniano, jeśli dla danej interwencji nie były jeszcze dostępne systematyczne prace przeglądowe. Podczas definiowania elementów składowych podstawowych interwencji w charakterze doradców udział brali członkowie Doradczej Grupy Technicznej ECDC/EMCDDA.

Weryfikowano również czy konkretna interwencja uznana była w EU za najlepszą praktykę i czy została z tych powodów uwzględniona w krajowych i międzynarodowych wytycznych i rozporządzeniach. Uwzględniano również preferencje użytkowników i realizatorów dotyczące najbardziej skutecznego sposobu realizacji świadczeń, a dla każdej z zalecanych interwencji podstawowych przedstawiono uzasadnienie, na podstawie którego włączono ją do niniejszych wytycznych.

Tabela B1: Skuteczność działań zapobiegających zakażeniu HIV i HCV wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie – uzasadnienie wytycznych dotyczących siedmiu podstawowych interwencji i opinii na ich temat.

raport open society_12 06 2012 .indd 78 6/13/12 11:57 AM

Interwencje podstawowe/ elementy składowe	**Opinie ekspertów/ realizacja**	**Analiza opublikowanych prac przeglądowych – wnioski (wyjaśnienie symboli w Tabeli B2 poniżej)**	**Wnioski z badań oryginalnych**
Sprzęt do iniekcji	Zalecenia i opinie: Dystrybucja i zapewnienie legalnego dostępu do czystego sprzętu do iniekcji, w tym wystarczającej ilości bezpłatnych i sterylnych igieł i strzykawek, jako jeden z elementów składowych wielokierunkowych działań profilaktycznych realizowanych w ramach programów redukcji szkód, wsparcia i terapii. Zalecenie to stworzono w oparciu o spójne dane pochodzące z prac przeglądowych i badań oryginalnych, a także na podstawie opinii ekspertów.		
Dostęp do igieł i strzykawek	Pozytywna opinia ekspertów.	Ryzykowne zachowania iniekcyjne: ++ Transmisja HIV: + Transmisja HCV: ?	• Badania epidemiologiczne prowadzone w obrębie programów wymiany igieł i strzykawek wskazują na stabilizację lub ograniczenie transmisji HCV. • Niedawno opublikowane wyniki metaanalizy wskazują, że OST prowadzona w skojarzeniu z wymianą igieł i strzykawek skutecznie zmniejsza liczbę nowych zakażeń HCV.
Pozostały sprzęt do iniekcji	Pozytywna opinia ekspertów.	Ryzykowne zachowania iniekcyjne: + Transmisja HIV: ? Transmisja HCV: +/-	Badania *in vitro* wskazują na duże ryzyko transmisji HCV.
Folia aluminiowa (modyfikacja drogi przyjmowania narkotyku)	Pozytywna opinia ekspertów.	Ryzykowne zachowania iniekcyjne: ? Transmisja HIV: ? Transmisja HCV: ?	Brak badań.
Szczepienia	Zalecenia i opinie: Szczepienie osób używających narkotyków iniekcyjnie przeciw HBV, HAV, tężcowi i grypie, a także – szczególnie w przypadku zakażenia HIV – przeciw pneumokokom. Zalecenie to stworzono w oparciu o opinie ekspertów, praktykę kliniczną i badania oryginalne.		
HBV, HAV, tężec, grypa (pneumokoki w przypadku osób żyjących z HIV)	• Pozytywne opinie ekspertów na temat programów szczepień kierowanych do osób używających narkotyków iniekcyjnie. • Potwierdzona skuteczność szczepień. • Powszechnie stosowana interwencja w dziedzinie zdrowia publicznego.	(Nie uwzględnione w przeglądzie.)	Indywidualny i populacyjny spadek częstości zakażeń HBV, HAV i zachorowań na tężec po zaszczepieniu, nawet w przypadku niepełnego cyklu szczepień.
Leczenie uzależnienia od narkotyków	Zalecenia i opinie: Opioidowa terapia substytucyjna (OST) i inne formy skutecznej terapii uzależnienia od narkotyków powinny być łatwo dostępne. Zalecenie stworzono w oparciu o opinie ekspertów, a w przypadku OST w oparciu o spójne wyniki wielu badań o dużej sile i prace przeglądowe. Choć brak jest dowodów na skuteczność psychoterapii, to jednak zgodnie z opiniami ekspertów, powinna być ona dostępna.		

raport open society_12 06 2012 .indd 79 6/13/12 11:57 AM

Interwencje podstawowe/ elementy składowe	**Opinie ekspertów/ realizacja**	**Analiza opublikowanych prac przeglądowych – wnioski (wyjaśnienie symboli w Tabeli B2 poniżej)**	**Wnioski z badań oryginalnych**
Farmakoterapia: agoniści receptorów opioidowych (OST)	Pozytywna opinia ekspertów.	Ryzykowne zachowania iniekcyjne: ++ Transmisja HIV: ++ Transmisja HCV: +	• Jednoczesny dostęp do OST i NSP zwiększa skuteczność profilaktyki zakażeń HCV. • Poprawa adherencji do ART i wzrost odsetka osób z niewykrywalną wiremią HIV wśród pacjentów uczestniczących w OST. • Skojarzone OST i psychoterapia korzystnie wpływają na adherencję, szanse ukończenia leczenia i zachowanie abstynencji w okresie obserwacji.
Farmakoterapia: antagoniści receptorów opioidowych	• Propozycja dla osób, które nie uczestniczą w terapii agonistami receptorów opioidowych. • Wymaga dalszych badań.	Ryzykowne zachowania iniekcyjne: +/- Transmisja HIV: +/- Transmisja HCV: +/-	W skojarzeniu z psychoterapią może być pomocna w zapobieganiu używania narkotyków.
Psychoterapia	W związku z brakiem skutecznej farmakoterapii, jest to podstawowy rodzaj terapii dla osób używających stymulantów. • Zwiększa skuteczność OST w przypadku terapii skojarzonej. • Propozycja dla osób używających opioidów, które nie są zainteresowane farmakoterapią.	Ryzykowne zachowania iniekcyjne: +/- Transmisja HIV: +/- Transmisja HCV: +/-	• Korzyści związane ze zmniejszeniem częstości używania narkotyków. • Potencjalne korzyści związane ze sterowaniem uwarunkowaniami w przypadku osób używających stymulantów. • W skojarzeniu z OST korzystnie wpływa na adherencję, szanse ukończenia terapii i zachowanie abstynencji w okresie obserwacji.
Diagnostyka przesiewowa	Zalecenia i opinie: Dobrowolna i poufna diagnostyka zakażeń HIV, HCV (HBV w przypadku braku szczepienia) i gruźlicy powinna być oferowana rutynowo w połączeniu z poradnictwem około testowym, a chorzy powinni być kierowani do odpowiednich poradni w celu rozpoczęcia leczenia.		
Choroby zakaźne	• Pozytywna opinia ekspertów. • Uwzględniona w wytycznych krajowych i międzynarodowych. • Powszechnie stosowana w programach z zakresu zdrowia publicznego. • Niezbędna podczas podejmowania decyzji dotyczących profilaktyki i terapii.	Ryzykowne zachowania iniekcyjne: +/- Transmisja HIV: ? Transmisja HCV: ?	Spadek liczby zakażeń jeśli chorzy uczestniczą w terapii w poradniach specjalistycznych – obserwacje pochodzące z badań oryginalnych i prac modelowych.

raport open society_12 06 2012 .indd 80 6/13/12 11:57 AM

Interwencje podstawowe/ elementy składowe	**Opinie ekspertów/ realizacja**	**Analiza opublikowanych prac przeglądowych – wnioski (wyjaśnienie symboli w Tabeli B2 poniżej)**	**Wnioski z badań oryginalnych**
Leczenie chorób zakaźnych	Zalecenia i opinie: W oparciu wyniki badań, opinie ekspertów i wskazania kliniczne terapia antywirusowa powinna być dostępna dla wszystkich zakażonych HIV, HBV lub HCV. Leczenie tuberkulostatyczne powinno być oferowane wszystkim chorym z czynną gruźlicą, a w przypadku zakażeń utajonych należy rozważyć leczenie profilaktyczne. Leczenie pozostałych zakażeń powinno odbywać się w oparciu o wskazania kliniczne. Każdy rodzaj terapii powinien być powszechnie dostępny, w tym również dla osób czynnie używających narkotyków iniekcyjnie[9].		
	• Pozytywna opinia ekspertów. • Uwzględnione w wytycznych międzynarodowych i krajowych, które jednoznacznie podkreślają, że czynne używanie narkotyków nie powinno stanowić kryterium wykluczającego z terapii przeciwwirusowej. • Brak terapii może prowadzić do powstania szkód, wzrostu chorobowości, a potencjalnie nawet do zgonu.	(Nie uwzględnione w przeglądzie.)	• Badania o dużej sile wskazują na korzyści związane z leczeniem gruźlicy czynnej i utajonej. • Potencjalny związek między skutecznym leczeniem zakażenia HCV a zapobieganiem transmisji wirusa – modele matematyczne. • Potwierdzona skuteczność terapii zakażeń HIV i HCV w kohortach osób czynnie używających narkotyków.
Promocja zdrowia (IEC i działania środowiskowe)	Zalecenia i opinie: Promocja zdrowia powinna obejmować przede wszystkim promowanie bezpieczniejszych wstrzyknięć, zdrowia seksualnego, w tym stosowania prezerwatyw, a także profilaktyki, diagnostyki i leczenia chorób. Zalecenia stworzono w oparciu o prace przeglądowe, badania oryginalne i opinie ekspertów.		
Informacja, edukacja i poradnictwo	• Pozytywna opinia ekspertów. • Uznane za podstawowy element, który powinien towarzyszyć wszystkim interwencjom.	Ryzykowne zachowania iniekcyjne: + Transmisja HIV: +/- Transmisja HCV: ?	• Wielokierunkowe działania prowadzone w oparciu o specyficzne potrzeby populacji docelowej. • Spełniają założenia programów profilaktycznych.

[9] Należy pamiętać o ewentualnych interakcjach lekowych i konieczności utrzymywania stałego kontaktu z lekarzem.

raport open society_12 06 2012 .indd 81 6/13/12 11:57 AM

Interwencje podstawowe/ elementy składowe	**Opinie ekspertów/ realizacja**	**Analiza opublikowanych prac przeglądowych – wnioski (wyjaśnienie symboli w Tabeli B2 poniżej)**	**Wnioski z badań oryginalnych**
Świadczenia celowane	Zalecenia i opinie: Świadczenia powinny być oferowane, realizowane i kojarzone zgodnie z potrzebami klientów i warunkami lokalnymi, a więc dostępne zarówno w ramach programów stacjonarnych jak i ruchomych. Programy powinny uwzględniać leczenie uzależnień, redukcję szkód, poradnictwo i diagnostykę, a w razie konieczności również kontaktowanie chorych z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej lub poradniami specjalistycznymi.		
Stacjonarne programy niskoprogowe prowadzące wymianę igieł i strzykawek i oferujące dostęp do innych świadczeń	Pozytywna opinia ekspertów: umożliwiają funkcjonowanie programów o zróżnicowanej ofercie dopasowanej do potrzeb klientów i ułatwiającej nawiązywanie kontaktów z nowymi klientami.	Przegląd literatury naukowej na temat NSP. Ryzykowne zachowania iniekcyjne: ++ Transmisja HIV: + Transmisja HCV: +/-	• Czynnikami zachęcającymi osoby używające narkotyków iniekcyjnie do skorzystania z oferty programów wymiany igieł i strzykawek były niskie ceny, bliskość geograficzna, przyjazna postawa pracowników, a także możliwość skorzystania na miejscu z dodatkowych świadczeń. • Czynnikami utrudniającymi korzystanie z oferty były duża odległość, strach przed zatrzymaniem przez policję podczas pobytu w NSP, niedogodne godziny otwarcia i brak prywatności.
Kierowanie pacjentów do poradni podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, poradni zajmujących się profilaktyką uzależnień, innych programów redukcji szkód oraz na sesje wsparcia i terapii	Pozytywna opinia ekspertów: podstawowy i niezbędny element opieki nad pacjentami, zgodny z obowiązującymi standardami.	Opracowań dotyczących znaczenia konsultacji specjalistycznych nie poddano analizie.	Opracowań dotyczących znaczenia konsultacji specjalistycznych nie poddano analizie.
Dystrybucja strzykawek w aptekach	Pozytywna opinia ekspertów: ułatwia dostęp do sterylnych strzykawek.	Ryzykowne zachowania iniekcyjne: + Transmisja HIV: +/- Transmisja HCV: ?	Badania epidemiologiczne i przekrojowe wskazują, że z chwilą rozpoczęcia sprzedaży strzykawek w aptekach, dochodzi do spadku częstości ich pożyczania.
Wtórna dystrybucja strzykawek	Pozytywna opinia ekspertów: ułatwia dostęp do programów wymiany strzykawek.	Ryzykowne zachowania iniekcyjne: +/- Transmisja HIV: +/- Transmisja HCV: ?	Brak badań.
Mobilna dystrybucja strzykawek	Pozytywna opinia ekspertów: pozwala dotrzeć do trudno osiągalnych i wykluczonych populacji.	Ryzykowne zachowania iniekcyjne: ? Transmisja HIV: +/- Transmisja HCV: ?	Brak badań.

raport open society_12 06 2012 .indd 82 6/13/12 11:57 AM

Interwencje podstawowe/ elementy składowe	Opinie ekspertów/ realizacja	Analiza opublikowanych prac przeglądowych – wnioski (wyjaśnienie symboli w Tabeli B2 poniżej)	Wnioski z badań oryginalnych
Automaty ze strzykawkami	Pozytywna opinia ekspertów: umożliwiają dostęp do strzykawek niezależnie od godzin pracy NSP.	Ryzykowne zachowania iniekcyjne: +/- Transmisja HIV: +/- Transmisja HCV: ?	Brak badań.
Różne sposoby dystrybucji sprzętu do wstrzyknięć	Pozytywna opinia ekspertów: zaleca się wykorzystywanie zróżnicowanych sposobów dystrybucji.	Opracowań dotyczących skuteczności różnicowania sposobów realizacji świadczeń nie poddano analizie.	Dane pochodzące z badań oryginalnych wskazują, że zróżnicowanie sposobów realizacji świadczeń zwiększa ich skuteczność.
Nadzorowane pomieszczenia do wykonywania wstrzyknięć	Pozytywna opinia ekspertów: umożliwiają prowadzenie edukacji zindywidualizowanej i dopasowanej do konkretnego klienta.	Ryzykowne zachowania iniekcyjne: + Transmisja HIV: ? Transmisja HCV: ?	Brak badań. Zmniejszają liczbę zgonów z przedawkowania.

Tabela B2: Wnioski a rodzaj danych (modyfikacja Ellisa et al., 2003)

Wnioski	Rodzaj danych
'++' lub '--' Siła dowodów wystarczająca do potwierdzenia lub wykluczenia skuteczności interwencji.	• Jednoznaczne i spójne wnioski w przynajmniej jednej pracy **oryginalnej** oparte na wielu badaniach o dużej sile *lub* • spójne wnioski pochodzące z kilku badań o dużej sile opisanych w przynajmniej jednej pracy **oryginalnej** przy jednoczesnym braku jednoznacznych i spójnych wniosków w pracach przeglądowych.
'+' lub '-' Jakość dowodów wątpliwa aby potwierdzić lub wykluczyć skuteczność interwencji.	• Wstępne wnioski pochodzące z przynajmniej jednej pracy **oryginalnej** opracowanej na podstawie spójnych wyników niewielu badań o dużej sile lub wielu badań o mniejszej sile *lub* • spójne wnioski pochodzące z niewielu badań o dużej sile lub kilku badań o mniejszej sile opisanych w przynajmniej jednej pracy **oryginalnej**, przy braku jednoznacznych i spójnych wniosków w pracach przeglądowych *lub* • sprzeczne wnioski pochodzące z przynajmniej jednej pracy **oryginalnej**, z danymi przemawiającymi za konkretnym rozwiązaniem (potwierdzające lub wykluczające jego skuteczność) i wiarygodnym wyjaśnieniem przyczyn rozbieżności *lub* • spójne wnioski pochodzące z wielu badań o dużej sile opisane w przynajmniej jednej pracy **uzupełniającej**, przy braku pracy oryginalnej.
'+/-' Jakość dowodów niewystarczająca dla potwierdzenia lub wykluczenia skuteczności interwencji.	• Brak wystarczających danych w pracy **oryginalnej** *lub* • brak wystarczających danych do potwierdzenia lub zaprzeczenia skuteczności interwencji (albo z powodu zbyt skąpych danych albo dowodów o zbyt małej sile), przy braku jednoznacznych i spójnych wniosków w pracach **oryginalnych** *lub* • dane mniej niż spójne pochodzące z wielu badań o dużej sile opisanych w przynajmniej jednej pracy **uzupełniającej**.
'?' Brak opracowań	Brak prac oryginalnych lub uzupełniających, najprawdopodobniej z powodu braku badań podstawowych.

raport open society_12 06 2012 .indd 83 6/13/12 11:57 AM

ZAŁĄCZNIK C. WYTYCZNE UZUPEŁNIAJĄCE I INFORMACJE TECHNICZNE

Tytuł	Organizacja (rok)	Link
Portal dobrych praktyk: opracowania naukowe, standardy, wytyczne i zwalidowane praktyki (*Best practice portal: evidence base, standards and guidelines, and evaluated practice*) Najważniejsze wskaźniki epidemiologiczne (*Key epidemiological indicators*)	EMCDDA	http://www.emcdda.europa.eu/best-practice http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators
Przydatność testów IGRA w diagnostyce gruźlicy (*Use of interferon-gamma release assays in support of TB diagnosis*)	ECDC (2011)	http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1103_GUI_IGRA.pdf
Profilaktyka zakażeń w poradniach ambulatoryjnych – minimalne wymagania bezpiecznej terapii (*Guide to infection prevention in outpatient settings: minimum expectations for safe care*)	CDC (2011)	http://www.cdc.gov/HAI/pdfs/guidelines/Ambulatory-Care-04-2011.pdf
Leczenie zakażenia HCV – wytyczne EASL (*EASL clinical practice guidelines: management of hepatitis C virus infection*)	EASL (2011)	http://www.easl.eu/assets/application/files/4a7bd873f9cccbf_file.pdf
Diagnostyka zakażenia HIV – wzrost zainteresowania i wydajności w Unii Europejskiej (*HIV testing: increasing uptake and effectiveness in the European Union*)	ECDC (2010)	http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/101129_GUI_HIV_testing.pdf
Diagnostyka zakażenia HIV, wirusowych zapaleń wątroby i innych zakażeń wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie – wytyczne (*Guidelines for testing HIV, viral hepatitis and other infections in injecting drug users*)	EMCDDA (2010)	http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/testing-guidelines
Leczenie gruźlicy – wytyczne; wydanie czwarte. (*Treatment of tuberculosis: guidelines, fourth edition.*)	WHO (2010)	http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241547833_eng.pdf
Wytyczne dla programów udostępniających sprzęt iniekcyjny – dobre praktyki dla urzędników i realizatorów w Szkocji (*Guidelines for services providing injecting equipment: best practice recommendations for commissioners and injecting equipment provision (IEP) services in Scotland*)	Scottish Government (2010)	http://www.scotland.gov.uk/Publications/2010/03/29165055/0

raport open society_12 06 2012 .indd 84 6/13/12 11:57 AM

Tytuł	Organizacja (rok)	Link
Redukcja szkód w praktyce – wytyczne dla organizacji pracujących z osobami używającymi narkotyków (*Harm reduction at work: a guide for organizations employing people who use drugs*)	Open Society Institute (2010)	http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/harmreduction-work-20110314/work-harmreduction-20110314.pdf
Dobre praktyki: HIV i narkotyki – interwencje środowiskowe związane z używaniem narkotyków iniekcyjnie i epidemią HIV (*Good practice guide: HIV and drug use – community responses to injecting drug use and HIV*)	International HIV/AIDS Alliance (2010)	http://www.aidsalliance.org/publicationsdetails.aspx?id=454
Programy wymiany igieł i strzykawek: udostępnianie sprzętu iniekcyjnego osobom używającym narkotyków iniekcyjnie (*Needle and syringe programmes: providing people who inject drugs with injecting equipment*)	National Institute for Health and Clinical Excellence – NICE (2009)	http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12130/43301/43301.pdf
Leczenie gruźlicy – wytyczne międzynarodowe; wydanie drugie (*International standards for tuberculosis care, second edition*)	Tuberculosis Coalition for Technical Assistance, (2009)	http://www.tbcta.org/Uploaded_files/Zelf/ISTCReport2ndEdition1258118339.pdf
Szeroki dostęp do profilaktyki i terapii HIV i opieki nad osobami używającymi narkotyków iniekcyjnie – wytyczne techniczne (*Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*)	WHO, UNODC, UNAIDS (2009)	http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/manual/2010/idu_target_setting_guide_en.pdf
Diagnostyka i poradnictwo związane z zakażeniem HIV w poradniach dla osób używających narkotyków iniekcyjnie – wytyczne (*Guidance on testing and counselling for HIV in settings attended by people who inject drugs*)	WHO, UNAIDS (2009)	http://www.who.int/hiv/topics/idu/care/GuidanceTC_IDUsettings.pdf
Wytyczne kierunkowe dla skojarzonych programów HIV i gruźlicy i skierowanych do osób używających narkotyków, również iniekcyjnie (*Policy guidelines for collaborative TB and HIV services for injecting and other drug users*)	WHO (2008)	http://www.who.int/rpc/guidelines/9789241596930/en/index.html
Leczenie przewlekłego zapalenia wątroby typu B – wytyczne EASL (*EASL clinical practice guidelines: management of chronic hepatitis B*)	EASL (2009)	http://www.easl.eu/assets/application/files/b73c0da3c52fa1d_file.pdf
Używanie sprzętu iniekcyjnego – zagrożenia i powikłania (*Safety, risks and outcomes from the use of injecting paraphernalia*)	Scott (2008)	http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/127313/0057758.pdf

raport open society_12 06 2012 .indd 85 6/13/12 11:57 AM

Tytuł	Organizacja (rok)	Link
Wdrażanie i prowadzenie programów wymiany igieł i strzykawek – wytyczne (*Guide to starting and managing needle and syringe programmes*)	WHO, UNAIDS, UNODC (2007)	http://www.who.int/hiv/idu/Guide_to_Starting_and_Managing_NSP.pdf
Wytyczne: Zakażenie HIV i AIDS w Europie – leczenie i opieka (*HIV/AIDS treatment and care: clinical protocols for the WHO European Region*)	WHO (2007)	http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/78106/E90840.pdf
Zintegrowane programy ruchome - wytyczne (*Correlation - Guidelines on providing integrated outreach services*)	Correlation Network, (2007)	http://www.correlation-net.org/doccenter/pdf_document_centre/book_outreach_fin.pdf
Programy wymiany igieł w Ontario – najlepsze praktyki (*Ontario needle exchange programs: best practice recommendations*)	Strike (2006)	http://www.health.gov.on.ca/English/providers/pub/aids/reports/ontario_needle_exchange_programs_best_practices_report.pdf
Zapobieganie zakażeniom HIV i AIDS i opieka nad osobami używającymi narkotyków iniekcyjnie – założenia programowe i zasady planowania (*Policy and programming guide for HIV/AIDS prevention and care among injecting drug users*)	WHO (2005)	http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/policyprogrammingguide.pdf
Zapobieganie zakażeniom HIV i AIDS wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie – marketing społeczny (*Advocacy guide: HIV/ AIDS prevention among injecting drug users*)	WHO, UNAIDS, UNODC (2004)	http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/en/advocacyguideen.pdf
Zapobieganie zakażeniom HIV i AIDS wśród osób używających narkotyków iniekcyjnie – skuteczność programów ruchomych (*Evidence for action: effectiveness of community-based outreach in preventing HIV/AIDS among people who inject drugs*)	WHO (2004)	http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/evidenceforactionreprint2004.pdf
Skojarzone interwencje w przypadku koinfekcji HIV/TB – wytyczne przejściowe; wydanie 1 (*Interim policy on collaborative TB/HIV activities. 1st ed.*)	WHO (2004)	http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_HTM_TB_2004.330_eng.pdf
Szczepionka BCG – stanowisko WHO (*BCG vaccine: WHO position paper*)	WHO (2004)	http://www.who.int/wer/2004/en/wer7904.pdf
Zapewnienie realnego dostępu do opieki zdrowotnej – konsultacje techniczne (*Background paper for the technical consultation on effective coverage of health systems*)	WHO (2001)	http://www.who.int/health-systems-performance/technical_consultations/effcov_background.pdf

raport open society_12 06 2012 .indd 86 6/13/12 11:57 AM

LITERATURA

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.

raport open society_12 06 2012 .indd 87 6/13/12 11:57 AM

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; 2011.

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.

raport open society_12 06 2012 .indd 88 6/13/12 11:57 AM

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. Ottowa Health Charter. First International Conference on Health Promotion; 1986; Ottowa, 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, Khodakevich 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.

raport open society_12 06 2012 .indd 89 6/13/12 11:57 AM

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.

raport open society_12 06 2012 .indd 90 6/13/12 11:57 AM

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 users- evidence of effectiveness. In: Rhodes T, Hedrich D, editors. Harm reduction: Evidence, impacts, challenges. Lisbon: EMCDDA; 2010.

raport open society_12 06 2012 .indd 91 6/13/12 11:57 AM

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, Beyrer 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.

raport open society_12 06 2012 .indd 92 6/13/12 11:57 AM

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.

raport open society_12 06 2012 .indd 93 6/13/12 11:57 AM

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_____Sorensen 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, Braitstein 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.

raport open society_12 06 2012 .indd 94 6/13/12 11:57 AM

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 co-prescribed 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.

raport open society_12 06 2012 .indd 95 6/13/12 11:57 AM

141_____Blumberg HM, Burman WJ, Chaisson RE, Daley CL, Etkind 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.

raport open society_12 06 2012 .indd 96 6/13/12 11:57 AM

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, Neaigus A, Murrill CS, Hagan H. Patterns of exchange sex and HIV infection in high-risk heterosexual men and women. J Urban Health. 2011 Apr;88(2):329-41.

163_____Ward H, Pallecaros 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 multidrug-resistant 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.

raport open society_12 06 2012 .indd 97 6/13/12 11:57 AM

172_____Ruutel K, Loit HM, Sepp T, Kliiman K, McNutt LA, Uuskula 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, Tsiara 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).

raport open society_12 06 2012 .indd 98 6/13/12 11:57 AM

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.

raport open society_12 06 2012 .indd 99 6/13/12 11:57 AM

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-Ollo 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.

raport open society_12 06 2012 .indd 100 6/13/12 11:57 AM