ECDC* UN *EMCDDA VADLĪNIJAS

Infekcijas slimību profilakse un kontrole injicējamo narkotiku lietotāju vidū

EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

Šo kopīgo vadlīniju saturu izstrādāja Eiropas Slimību profilakses un kontroles centrs *(ECDC)* un Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centrs *(EMCDDA)* ar tehniskās konsultāciju grupas atbalstu, kuru veidoja politikas veidotāji, pakalpojumu sniedzēji, pilsoniskās sabiedrības pārstāvji un profilaktiskās veselības aprūpes speciālisti no visas ES/EEZ.

Vadlīnijas veidojuši *ECDC* pārstāvji *Mika Salminen*, *Anastasia Pharris* un *Andreas Sandgren* kopā ar *EMCDD*A pārstāvjiem *Dagmar Hedrich* un *Lucas Wiessing*. Tekstlodziņu "Nepilngadīgo piekļuves iespējas adatu un šļirču programmām" sagatavoja *Anna Tarján* un *Robert Csák*, tekstlodziņu "Pakalpojumu pārklājuma paplašināšana" veidoja *Kristi Rüütel*, bet teksta "Pacienttuva testēšana" autors ir *Henrikki Brummer-Korvenkontio*. Nodaļai par tuberkulozes skrīningu, pārbaudēm un ārstēšanu īpašu ieguldījumu devis *Hans Blystad*. *Tuukka Tammi* ir devis ieguldījumu pamatvērtību nodaļas pamatojuma izstrādē. Papildus komentārus snieguši *Frode Forland*, *Erika Duffel*, *Giedrius Likatavicius*, *Teymur Noori* un *Marita van de Laar* no *ECDC*, un *Alessandro Pirona*, *Marica Ferri*, *Teodora Groshkova* un *Roland Simon* no *EMCDDA*.

Vadlīniju pamatu un pārskatu par daļu no pierādījumiem attiecībā uz datu un šļirču programmām un citiem pakalpojumiem izveidoja saskaņā ar līgumu ECDC/10/2246, un to veica *Eva van Velzen* un *Sharon Hutchinson* (Stretklaidas Universitāte/Skotijas Veselības aizsardzības iestāde *(University of Strathclyde/Health Protection Scotland)*); *Norah Palmateer*, *Kirsty Roy*, *Alex Sánchez-Vivar*, *David Goldberg* (Skotijas Veselības aizsardzības iestāde *(Health Protection Scotland)*); *Matt Hickman* (Bristoles Universitāte (*University of Bristol*)); *Avril Taylor* (Rietumskotijas universitāte *(University of West of Scotland)*); *Jennifer Kelly* un *John Campbell* (Glāzgovas Atkarību dienests *(Glasgow Addiction Services)*) un *Vivian Hope* (Londonas Higiēnas un tropu medicīnas fakultāte *(London School of Hygiene and Tropical Medicine)*). Papildu pierādījumu pārbaudi attiecībā uz narkotiku lietotāju ārstēšanu saskaņā ar *EMCDDA* līgumu Nr. CC.10.RES.011 veica *Georgie MacArthur* un *Matt Hickman* (Bristoles Universitāte).

Šīs vadlīnijas ir arī publicētas "Īsumā" kopā ar diviem tehniskajiem ziņojumiem: "Pierādījumi pasākumu efektivitātei, lai novērstu infekciju slimību izplatību injicējamo narkotiku lietotāju vidū. 1. daļa. Adatu un šļirču programmas un cita veida pasākumi C hepatīta, HIV un riskus izraisošas injicēšanas uzvedības profilaksei" un "2. daļa: Narkotiku lietotāju ārstēšana C hepatīta, HIV un riskus izraisošas injicēšanas uzvedības profilaksei'.

Izsakām pateicību turpmāk minētajiem *ECDC/EMCDDA* tehnisko konsultāciju grupas biedriem par viņu vērtīgo ieguldījumu:

- *Henrique Barros*, Nacionālais AIDS koordinācijas centrs, Portugāles Veselības Ministrija; Porto Universitātes medicīnas fakultāte, Portugāle;
- *Hans Blystad*, Norvēģijas Sabiedrības veselības institūts, Infekcijas slimību epidemioloģijas nodaļa, Norvēģija;
- *Grazyna Cholewinska*, Varšavas Infekcijas slimību slimnīca, Polija;
- *Hans Haltmayer*, *Verein Wiener Sozialprojekte*, Vīne, Austrija;
- *Niklas Karlsson*, Nacionālais Infekcijas slimību kontroles institūts, Zviedrija;
- *Astrid Leicht*, *Fixpunkt* Berlīne, Vācija;
- *Xavier Majó i Roca*, Narkotisko vielu atkarības programma, Veselības departaments, Katalonija, Spānija;
- *Luis Mendão*, ES Pilsoniskās sabiedrības forums;
- *Viktor Mravcik*, Nacionālais narkotiku un narkomānijas uzraudzības centrs, Čehijas Republika;
- *Anne Ovaska*, *A-Clinic* fonds, Somija;
- *Maria Prins*, Amsterdamas Pašvaldības veselības pakalpojumi, Nīderlande;
- *Kristi Rüütel*, Igaunijas Nacionālais veselības attīstības institūts, Infekcijas slimību un narkomānijas profilakses nodaļa, Igaunija;
- *Ioana Tomus*, Rumānijas Kaitējuma mazināšanas tīkls, Rumānija.

Ieteicamā norāde: Eiropas Slimību profilakses un kontroles centrs un Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centrs. Infekcijas slimību profilakse un kontrole injicējamo narkotiku lietotāju vidū. Stokholma: *ECDC*, 2011. gads

Stokholma, 2011. gada oktobrī

ISBN 978-92-9193-313-6

doi 10.2900/58565

© Eiropas Slimību profilakses un kontroles centrs, 2011. gads.
© Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centrs, 2011. gads.

Pārpublicēšana ir atļauta vienīgi ar atsauci uz avotu.

Saturs

Akronīmi un vārdnīca iv

Kopsavilkums 1
Septiņi galvenie ieteicamie pasākumi 1
Sinerģijas sasniegšana, kombinējot galvenos pasākumus 2
Mērķauditorija 2
Uz pierādījumiem balstītas vadlīnijas sabiedrības veselībai 2
Koordinācija valsts līmenī 2
Pasākumu pielāgošana valsts situācijai 2

Ievads 3
Infekcijas narkotiku lietotāju vidū 3
Kāpēc tas ir svarīgi? 6
Mērķi, uzdevumi un metodika 6
Darbības joma 7
Mērķauditorija 8

Pamatvērtības infekciju profilaksei injicējamo narkotiku lietotāju vidū 9
Profilakses principi 9
Pakalpojumu sniegšanas principi 10

Ieteicamie pasākumi infekciju profilaksei injicējamo narkotiku lietotāju vidū 13
Galvenie pasākumi 13
Sinerģijas sasniegšana, kombinējot galvenos pasākumus 14

Programmu izstrāde un nodrošināšana infekcijas slimību profilaksei injicējamo narkotiku lietotāju vidū 15
Sadarbība un koordinācija 15
Septiņi galvenie ieteicamie pasākumi 16
Injekciju piederumi 16
Vakcinācija 18
Narkotiku atkarības ārstēšana 19
Pārbaužu veikšana 22
Pacienttuva testēšana Somijas zema sliekšņa veselības pakalpojumu punktos 23
Pacienttuva testēšana Somijas zema sliekšņa veselības pakalpojumu punktos 23
Infekcijas slimību ārstēšana 24
Veselības veicināšana 25
Veselības veicināšana drošākiem injicēšanas paradumiem 25
Veselības veicināšana drošākiem injicēšanas paradumiem 25
Mērķorientēta pakalpojumu sniegšana 27
Nepilngadīgo piekļuve adatu un šļirču programmām Ungārijā 28
Pakalpojumu integrēšana 31
Nepilngadīgo piekļuve adatu un šļirču programmām Ungārijā 28
Pakalpojumu integrēšana 31

Zināšanas par situāciju valstī un izpratne par to 34
Problemātiskas narkotiku lietošanas uzraudzība un pasākumi tās jomā 34
Infekciju uzraudzība 34
Programmu pārraudzība un izvērtēšana 35
Rādītāji 35
Mērķu izvirzīšana iejaukšanās pasākumu pārklājumam 35
Šļirču programmu pārklājuma palielināšana: Igaunijas pieredze 36
Šļirču programmu pārklājuma palielināšana: Igaunijas pieredze 36

A pielikums. Injicējamo narkotiku lietošanas un galveno infekciju epidemioloģija injicējamo narkotiku lietotāju vidū ES/EEZ 37
Injicējamo narkotiku lietošana 37
HIV 37
B un C hepatīts 37
Tuberkuloze 38
A hepatīta vīruss 38
Ādas bakteriālās un sistēmiskās infekcijas 39
Seksuāli transmisīvās infekcijas 39
Cilvēka T-šūnu limfotropā vīrusa II tips (HTLV-II) 39

B pielikums. Pierādījumi pasākumu efektivitātei, lai novērstu infekciju slimību izplatību injicējamo narkotiku lietotāju vidū 40

C pielikums. Papildu norādījumi un tehniskās vadlīnijas 44

Atsauces 46

Akronīmi un vārdnīca

ECDC	Eiropas Slimību profilakses un kontroles centrs
EEZ	Eiropas Ekonomikas zona
EBTA	Eiropas Brīvās tirdzniecības asociācija
EMCDDA	Eiropas Narkotiku un narkomānijas uzraudzības centrs
Eiropas apkaime	ES dalībvalstis un to ģeogrāfiskie kaimiņi, ES kandidātvalstis un potenciālās kandidātvalstis, EBTA un EEZ valstis
ES	Eiropas Savienība
HAV	A hepatīta vīruss
HBV	B hepatīta vīruss
HCV	C hepatīta vīruss
HIV	Cilvēka imūndeficīta vīruss
Veselības veicināšana	Veselības veicināšana ir process, kas ļauj cilvēkiem palielināt kontroli pār savu veselību un uzlabot to. Veselības veicināšana ietver ne tikai informācijas un atbalsta sniegšanu, bet arī riska samazināšanas konsultācijas.
IGRA	gamma-interferona testi, asins analīze tuberkulozes noteikšanai.
Zema sliekšņa pakalpojumi	Zema sliekšņa pakalpojumi ir sociālie un veselības pakalpojumi cilvēkiem, kuri lieto narkotikas; tie parasti piedāvā vietu, kur uzturēties, veselības izglītību un konsultācijas, adatu un šļirču apmaiņas programmas, nosūtījumu narkotiku lietotāju ārstēšanai un dažkārt vietu, kur pārnakšņot. Zema sliekšņa pieejas mērķis ir aptvert vairāk narkotiku lietotājus ar problemātiskiem lietošanas paradumiem pēc iespējas agrāk un ilgāk palikt saskarē ar tiem, lai novērstu kaitējumu viņu veselībai, tomēr nepieprasot atturību.
NSP	Adatu un šļirču programmas
OST	Opioīdu aizstājējterapija
Problemātiska narkotiku lietošana	Narkotiku injicēšanu vai ilgtermiņa/regulāra opioīdu, kokaīna un/vai amfetamīna lietošana
Sekundārā adatu apmaiņa	Sterilu injicēšanas piederumu izplatīšana vienam pakalpojuma lietotājam, kurš tos sadala tālāk citiem savā sociālajā tīklā. Dažkārt to dēvē arī par "izplatīšanu līdzcilvēkiem".
STI	Seksuāli transmisīva infekcija
TB	Tuberkuloze
TST	Tuberkulīna ādas raudze
UNAIDS	Vienotā Apvienoto Nāciju Organizācijas programma cīņai ar HIV/AIDS
PVO	Pasaules Veselības organizācija

Kopsavilkums

Kopš HIV epidēmijas rašanās injicējamo narkotiku lietotāju vidū 20. gadsimta 80. gadu vidū daudzas Eiropas valstis ir guvušas būtiskus panākumus uz pierādījumiem balstītu pasākumu veikšanā, lai novērstu un kontrolētu infekcijas slimības šajā grupā. 20. gadsimta 90. gados ES valstis uzsāka attīstīt kopīgu profilakses politiku gan cīņai pret HIV/AIDS, gan narkotikām un narkomāniju, kas ietvēra ES aģentūru izveidi, lai uzraudzītu situāciju narkomānijas jomā (*EMCDDA* izveidoja 1993. gadā) un novērstu, un kontrolētu infekcijas slimības (*ECDC* – 2005. gadā). Pēdējo divdesmit gadu laikā profilakses un ārstēšanas pasākumi ir paplašinājušies un kļuvuši vērienīgāki. Saskaņā ar ziņojumiem par 2009. gadu vairāk nekā puse aplēsto problemātisko opioīdu lietotāju saņēma aizstājējterapiju, un daudzas valstis ir izstrādājušas adatu un šļirču programmas ar pieaugošu izplatību injicējamo narkotiku lietotāju vidū. Dati no valstīm ar pareizi izveidotām uzraudzības sistēmām liecina, ka pēdējo desmit gadu laikā jaunu HIV infekciju skaits injicējamo narkotiku lietotāju vidū ir būtiski samazinājies lielākajā daļā ES valstu, bet ne visās valstīs.

Eiropas kaimiņvalstīs narkotiku injicēšana joprojām ir galvenais iemesls, kas izraisa uzņēmību pret asinīs pārnēsātām un citām infekcijas slimībām, tostarp HIV, B un C hepatītu, tuberkulozi, bakteriālām ādas un mīksto audu infekcijām un sistēmiskām infekcijām. Aplēses par injicējamo narkotiku lietotāju skaitu liecina, ka visās Eiropas valstīs ir lielas šo infekciju apdraudētu cilvēku grupas. Ja šīs infekcijas neapkaro, tās nopietni apgrūtina Eiropas veselības aprūpes sistēmas, rada smagas individuālas ciešanas un lielas ārstēšanas izmaksas.

Pierādījumi liecina, ka, izmantojot pragmatisku un sabiedrības veselības interesēm atbilstošu profilakses metodi, ir iespējams būtiski samazināt ar asinīm pārnēsājamu un citu infekciju izplatību injicējamo narkotiku lietotāju vidū. Profilakse ir iespējama un efektīva, ja to pareizi īsteno.

Septiņi galvenie ieteicamie pasākumi

Šīs uz pierādījumiem balstītās *ECDC* un *EMCDDA* kopīgās vadlīnijas apzina paraugpraksi infekcijas slimību profilaksē un kontrolē injicējamo narkotiku lietotāju vidū.

Pamatojoties uz labākajiem pieejamajiem pierādījumiem, ekspertu atzinumiem un paraugpraksi, ko izmanto ES/EEZ, ir jāveic turpmāk minētie galvenie pasākumi, ja iespējams – kombinācijās, lai nodrošinātu maksimālu profilaktisko efektu.

Galvenie pasākumi:

Injekciju piederumi – tīra narkotiku injicēšanas aprīkojuma nodrošināšana un likumīga pieejamība, tostarp sterilu adatu un šļirču pietiekamas bezmaksas piegādes kombinētas daudzkomponentu pieejas ietvaros, ko īsteno ar kaitējuma mazināšanas, konsultēšanas un ārstniecības programmām.

Vakcinācija – A un B hepatīta, stingumkrampju, gripas vakcīnas un, jo īpaši HIV pozitīvām personām – pneimokoku vakcīna.

Narkotiku atkarības ārstēšana – opioīdu aizstājējterapija un citas efektīvas narkotiku atkarības ārstēšanas metodes.

Pārbaužu veikšana – jāpiedāvā brīvprātīga un konfidenciāla HIV, C hepatīta (B hepatīta nevakcinētām personām) un citu infekciju, tostarp tuberkulozes pārbaužu veikšana ar informētu piekrišanu un ikdienā tā jāsaista ar pacientu nosūtīšanu uz ārstēšanu.

Infekcijas slimību ārstēšana – pretvīrusu terapija, pamatojoties uz klīniskām indikācijām, personām, kuras inficētas ar HIV, HBV vai HCV. Tuberkulozes ārstēšana aktīvas tuberkulozes formas gadījumos. Profilaktiska tuberkulozes terapija jāapsver latentas tuberkulozes formas gadījumā. Citu infekcijas slimību ārstēšana jāpiedāvā, ja tā ir klīniski nepieciešama.

Veselības veicināšana – veselības veicināšana, pievēršoties drošākiem injicēšanas paradumiem; seksuālā veselība, tostarp prezervatīvu lietošana; un slimību profilakse, pārbaužu veikšana un ārstēšana.

Mērķorientēta pakalpojumu sniegšana – pakalpojumi jākombinē, jāorganizē un jāsniedz atbilstoši lietotāja vajadzībām un vietējiem apstākļiem; tie ietver pakalpojumu sniegšanu, izmantojot pārvietojamus un stacionārus punktus, kuros piedāvā narkotiku atkarības ārstēšanu, kaitējuma mazināšanu, konsultēšanu un pārbaužu veikšanu, kā arī izsniedz nosūtījumus uz vispārējiem primārās veselības aprūpes un specializētiem medicīniskiem dienestiem.

Sinerģijas sasniegšana, kombinējot galvenos pasākumus

Nesen veikti pētījumi un sekmīgu profilakses programmu pieredze dokumentē pievienoto vērtību, ko nodrošina vairāku efektīvu pasākumu piedāvāšana vienās telpās un šo pasākumu kombinēšana atbilstoši pacienta vajadzībām, lai sasniegtu maksimālus rezultātus infekciju profilaksē.

Mērķauditorija

Šo vadlīniju mērķis ir palīdzēt politikas veidotājiem Eiropā, lai viņi varētu plānot atbilstošus un uz pierādījumiem balstītus, pragmatiskus un racionāli izstrādātus sabiedrības veselības pasākumus attiecībā uz infekciju profilaksi un kontroli injicējamo narkotiku lietotāju vidū. Vadlīnijas ir paredzētas sabiedrības veselības programmu plānotājiem un lēmumu pieņēmējiem, kuri darbojas infekciju slimību, vispārējās sabiedrības veselības, atkarību, garīgās veselības, sociālo pakalpojumu un narkotiku kontroles jomā valsts un reģionālā līmenī.

Šīs vadlīnijas atbilst un papildina esošās ES līmeņa politikas narkotiku kontroles un infekcijas slimību jomā, un to mērķis ir sniegt vispārēju ieskatu par labāko pašreizējo kompetenci šajā jomā, papildinot iepriekš veikto darbu ar galveno pasākumu kombināciju apskatu. Arī šo vadlīniju pamatā ir pamatvērtības, ko nosaka sabiedrības veselības un cilvēktiesību principi, uz kuriem jābalstās, veicot profilakses darbu un sniedzot pakalpojumus.

Uz pierādījumiem balstītas vadlīnijas sabiedrības veselībai

Izpētes rezultāti, kas saistīti ar šīm vadlīnijām, tika izskatīti un novērtēti, pamatojoties uz medicīnas principiem, kas balstīti uz pierādījumiem un pielāgoti sabiedrības veselības sistēmā. Gatavojot šīs vadlīnijas, tika vispusīgi izvērtēti augsta līmeņa zinātniskie pierādījumi, un rezultāti tika papildināti ar ekspertu kompetenci un padomiem attiecībā uz sniegto labumu un kaitējumu. Izstrādājot šajā dokumentā piedāvātos galvenos pasākumus, tika izmantota arī paraugprakse un lietotāju atsauksmes.

Koordinācija valsts līmenī

Galveno pasākumu efektīvas izmantošanas priekšnoteikums ir sadarbība valsts un vietējā līmenī, kā arī nozaru koordinācija. Lai sekmīgi īstenotu minētos pasākumus, būtiski ir panākt vienprātību valsts līmenī un noteikt savstarpēji izpildāmus mērķus. Par mērķiem ir jāvienojas visu nozaru pārstāvjiem, jo īpaši tiem, kuri strādā ar injicējamo narkotiku lietotājiem.

Pasākumu pielāgošana valsts situācijai

Lai nodrošinātu, ka pasākumi ir vislabāk piemēroti injicējamo narkotiku lietotājiem, kā arī, lai novērstu un kontrolētu infekcijas slimības, problemātiskie narkotiku lietotāji un infekcijas ir pietiekami jāuzrauga valsts un reģionālā līmenī. Veiktie pasākumi ir pastāvīgi jānovēro un jānovērtē attiecībā uz reakciju, ietekmi, atbilstību un aptveršanas mērogu. Nepieciešami un izmaksu ziņā izdevīgi ir ieguldījumi atbilstošās uzraudzības sistēmās attiecībā uz narkotiku lietošanu un infekcijas slimībām.

Pierādījumi liecina, ka adatu un šļirču programmu un opioīdu aizstājējterapijas plašāks aptvērums attiecībā uz atsevišķu injicējamo narkotiku lietotāju ir efektīvāks nekā šaurāks aptvērums. Jātiecas nodrošināt, lai piedāvātie pakalpojumi atbilstu vietējām vajadzībām un pieprasījumam. Ja netiek apmierināts pieprasījums pēc adatu un šļirču apmaiņas pakalpojumiem vai ir ilgi jāgaida, lai ārstētos no narkotiku atkarības, profilakses darbs ir neefektīvs.

Ievads

Infekcijas narkotiku lietotāju vidū

Kopš HIV epidēmijas rašanās injicējamo narkotiku lietotāju vidē 20. gadsimta 80. gadu vidū daudzas Eiropas valstis ir guvušas būtiskus panākumus uz pierādījumiem balstītu pasākumu veikšanā, lai novērstu un kontrolētu infekcijas slimības šajā grupā. 20. gadsimta 90. gados ES valstis uzsāka attīstīt kopīgu profilakses politiku cīņai pret HIV/AIDS un narkotikām un narkomāniju, kas ietvēra ES uzraudzības aģentūru izveidi narkomānijas (1993. gadā) un infekcijas slimības (2005. gadā) jomā (3). Turpmāko desmitgažu laikā tika paplašināts pasākumu apjoms: piemēram, 2009. gadā tika paziņots par aptuveni 700 000 opioīdu aizstājējterapijas ārstēšanas epizodēm, vairāk nekā pusi no aplēstā problemātisko opioīdu lietotāju kopskaita (4). Daudzās ES valstīs ir būtiski samazinājusies jaunu HIV inficēšanos gadījumu skaita proporcija injicējamo narkotiku lietotāju vidū un inficēšanās skaits šajā grupā. Tomēr Eiropas kaimiņvalstīs injicējamo narkotiku lietošana joprojām ir galvenais iemesls, kas izraisa uzņēmību pret asinīs pārnēsātām un citām infekcijas slimībām. Aplēses par injicējamo narkotiku lietotāju skaitu liecina, ka visās Eiropas valstīs ir lielas šo infekciju apdraudētu cilvēku grupas (5). Injicējamo narkotiku lietošanas tendences Eiropā ir atšķirīgas, visās valstīs pārsvarā sastopama opioīdu injicēšana, bet Eiropas ziemeļu un austrumu daļās vērā ņemama ir stimulantu (galvenokārt amfetamīna) injicēšana. Vairāku narkotiku vienlaicīga lietošana vēl vairāk sarežģī modeli (5).

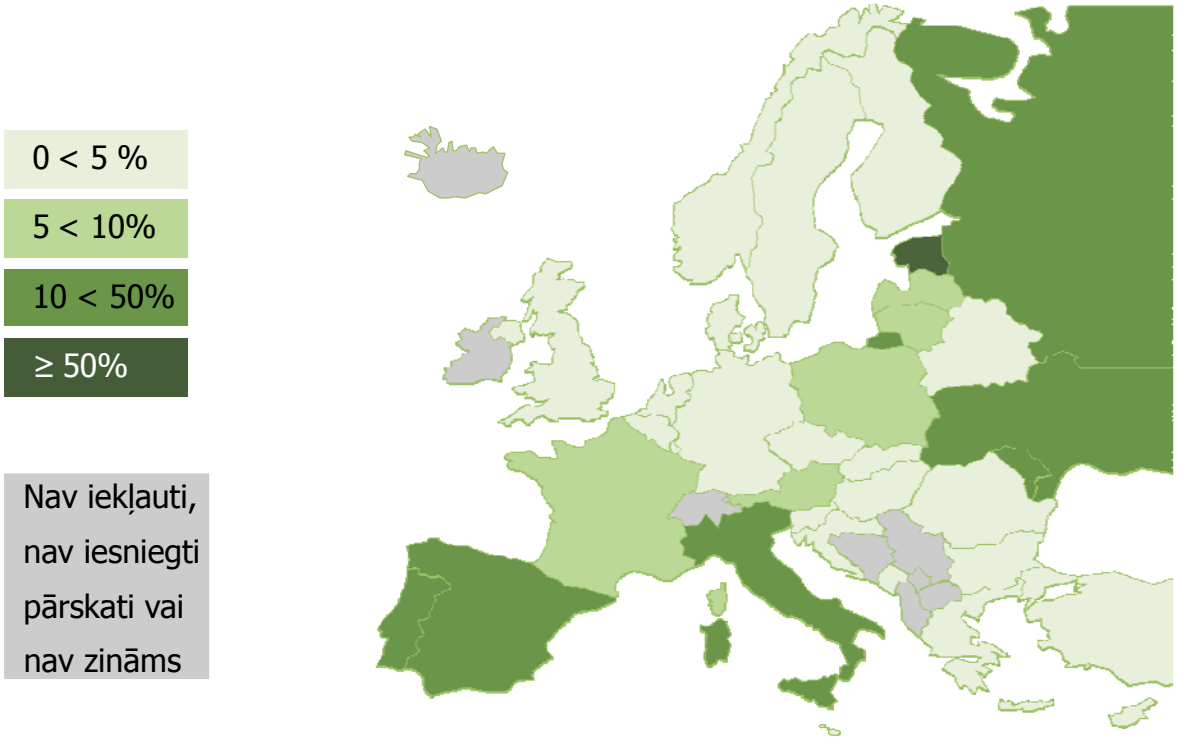
Infekcijas, kas var pastiprināti apdraudēt injicējamo narkotiku lietotājus:

- HIV infekcija;
- A hepatīts;
- B hepatīts (HBV);
- C hepatīts (HCV);
- D hepatīts;
- tuberkuloze (TB);
- ādas un mīksto audu infekcijas, ko izraisa *Staphylococcus aureus* (tostarp pret meticilīnu rezistentais *Staphylococcus aureus*, MRSA) un streptokoku infekcijas (piemēram, endokardīts, nekrotizējošs fascīts);
- smaga sistēmiska sepse (piemēram, infekcijas ar *Clostridium novyi, Bacillus anthracis*);
- STI, kas nav HIV infekcija vai hepatīts (piemēram, hlamīdiju infekcija, sifiliss un gonoreja);
- elpošanas ceļu infekcijas, piemēram, pneimonija, difterija un gripa;
- brūču botulisms;
- stingumkrampji;
- cilvēka T šūnu limfotropā vīrusa (HTLV) infekcijas.

Bieži sastopamas ar asinīm pārnēsājamas šīs grupas infekcijas ietver cilvēka imūndeficīta vīrusu (HIV), C hepatīta vīrusu (HCV) un B hepatīta vīrusu (HBV). Galvenais šo infekciju nodošanas mehānisms ir kopīga injicēšanas piederumu, piemēram, šļirču, adatu, narkotiku sajaukšanas trauku vai citu narkotiku sagatavošanas piederumu lietošana. Papildus infekciju izplatībai, izmantojot kopīgus injicēšanas piederumus, HIV un HBV nodod dzimumceļā – gan injicējamo narkotiku lietotāju vidū, gan pašreizējie vai bijušie injicējamo narkotiku lietotāji saviem seksuālajiem partneriem vai klientiem. Lai gan visu iepriekš minēto vīrusu infekcijas viegli izplatās, kopīgi lietojot lietotus injicēšanas piederumus, atšķiras nodošanas riski. Salīdzinot ar HIV infekciju, C hepatīta infekcijai ir raksturīga relatīvi augsta vīrusa koncentrācija asinīs ne tikai primārajā infekcijas fāzē, bet arī vēlāk, kad infekcija kļuvusi hroniska. Uzskata, ka tas novedīs pie liela slimības nodošanas rādītāja pēc iedarbības ar HCV, inficētiem un neinficētiem cilvēkiem kopīgi lietojot adatas, šļirces vai citus narkotiku sagatavošanas piederumus. Narkotiku lietotāju sabiedrībā C hepatīta izplatība parasti pārsniedz HIV izplatību, un injicējamo narkotiku lietotāju vidū C hepatīta epidēmija bieži sākas pirms HIV epidēmijas. Augstāks nodošanas risks var izskaidrot arī to, kāpēc HCV ir grūtāk ierobežot, piemērojot vienu pasākumu un kāpēc var būt nepieciešams plašāks pasākumu kopums, lai samazinātu HCV rādītāju iedzīvotāju līmenī.

Lai gan jaunākie pieejamie Eiropas uzraudzības dati liecina, ka saslimstība ar HIV infekciju pēdējo desmit gadu laikā ir ievērojami samazinājusies, un tā vēl vairāk samazinās injicējamo narkotiku lietotāju vidū, pastāv izteiktas atšķirības starp Eiropas reģioniem (6). Daudzas ES dalībvalstis plašus HIV infekcijas uzliesmojumus injicējamo narkotiku lietotāju vidū pieredzēja 20. gadsimta 80. un 90. gados, bet lielākā daļa Eiropas austrumu valstu, tostarp daļa ES dalībvalstu, lielākos uzliesmojumus pieredzēja 21. gadsimta sākumā. Tāpēc vairākās ES valstīs ir konstatēta augsta HIV izplatība injicējamo narkotiku aktīvo un kādreizējo lietotāju vidū. Dažas Austrumeiropas valstis, kas robežojas ar ES, ir īpaši cietušas no straujas HIV infekciju izplatības injicējamo narkotiku lietotāju vidū. Dažās ES valstīs, kā arī to kaimiņvalstīs, ziņo par augstu kombinētās inficēšanās izplatību ar HIV un tuberkulozi injicējamo narkotiku lietotāju vidū.

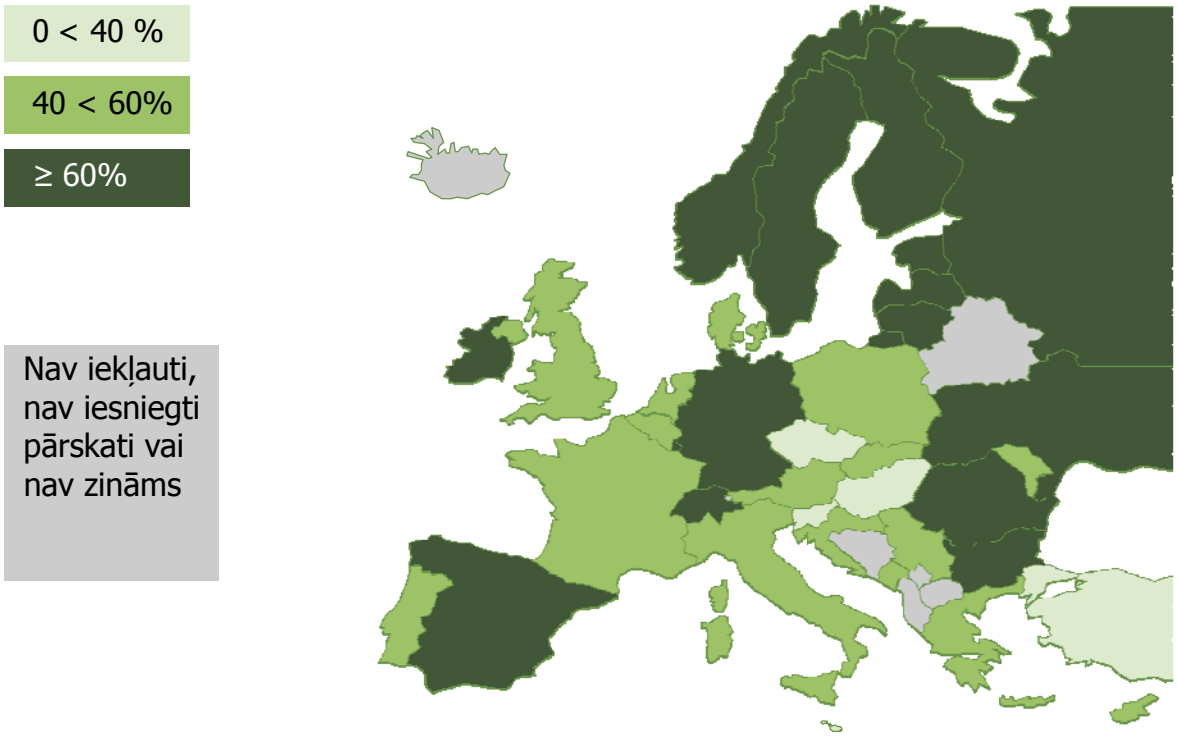
1. attēls: HIV izplatība injicējamo narkotiku lietotāju vidū; Eiropa, 2008.–2009. gads



Avots: EMCDDA un Reitox tīkla valstu koordinācijas centri (Reitox National Focal Points) (EMCDDA valstis: ES, Horvātija, Turcija un Norvēģija); Mathers et al., Lancet 2008 (citas valstis). Krāsa norāda valsts datu viduspunktu, vai, ja nav pieejams, vietējo datu viduspunktu. EMCDDA valstīm dati ir galvenokārt par 2008.–2009. gadu. Ja par 2008.–2009. gadu datu nav pieejami, 'izmantoti vecāki dati. EMCDDA dati par Horvātiju, Nīderlandi, Turciju, Zviedriju, Apvienoto Karalisti, Beļģiju, Bulgāriju, Lietuvu, Franciju, Igauniju, Īriju ir subnacionāli; informācija par valstīm ārpus EMCDDA nav pieejama.

B un C hepatīta vīrusinfekcijas izplatītas injicējamo narkotiku aktīvo un kādreizējo lietotāju vidū, un injicējamo narkotiku lietošana pagātnē ir visbiežākais riska faktors Eiropā, jo īpaši C hepatīta infekcijai. C hepatīta infekcijas parādīšanās laiks šajā grupā nav tik labi izprotams, bet iespējams, ka vīruss ir bijis dažus gadu desmitus pirms HIV. Eiropas uzraudzības dati par saslimstību ar jaunām infekcijām ir vāji standartizēti, tāpēc ir grūti noteikt tendences visā reģionā (7). Tomēr mērķorientētos izplatības pētījumos ir atklāta liela izplatība un pierādījumi par biežiem uzliesmojumiem lietotāju vidū gandrīz visās pētītajās ģeogrāfiskajās teritorijās (5,8-9). Vēl svarīgāk ir tas, ka ir tieša saikne starp injicējamo narkotiku lietošanas ilgumu un C hepatīta infekciju (10). Kombinētā inficēšanās ar vairāk nekā vienu hepatīta veidu vai kombinētā inficēšanās ar HIV un C hepatītu atspoguļo pieaugošās klīniskās un profilakses problēmas daudzās Eiropas daļās (1).

2. attēls: C hepatīta vīrusa antivielu izplatība injicējamo narkotiku lietotāju vidū; Eiropa, 2008.–2009. gads



Avots: EMCDDA un Reitox tīkla valstu koordinācijas centri (Reitox National Focal Points) (EMCDDA valstis: ES, Horvātija, Turcija un Norvēģija); Nelson et al., Lancet 2011; IHRA, EHRN un PVO Eiropas reģiona birojs (citas valstis). Krāsa norāda valsts datu viduspunktu, vai ja nav pieejams, vietējo datu viduspunktu. Dati par EMCDDA valstīm galvenokārt ir par 2008.–2009. gadu. Ja par 2008.–2009. gadu datu nav pieejami, 'izmantoti vecāki dati. EMCDDA dati par Turciju, Apvienoto Karalisti, Franciju, Slovākiju, Nīderlandi, Beļģiju, Poliju, Bulgāriju, Spāniju, Zviedriju, Īriju, Latviju, Vāciju, Lietuvu, Rumāniju, Igauniju ir subnacionāli. Šī informācija par valstīm ārpus EMCDDA nav pieejama.

Papildus HIV un B un C hepatītam, ir pierādīts, ka infekcijas, ko izraisa cilvēka T-šūnu limfotropā vīrusa II tips (HTLV-II), ir izplatījušās injicējamo narkotiku lietotāju vidū jau 20. gadsimta 70. gados (11). Ir bijuši ziņojumi par A hepatīta uzliesmojumiem ES teritorijā injicējamo narkotiku lietotāju grupās, lai gan ir sarežģīti nošķirt risku, kas saistīts ar injicēšanu no citiem riska faktoriem, piemēram, vāju higiēnu. (12-15).

Injicējamo narkotiku lietotāji, jo īpaši tie, kuri ir sociāli atstumti, ir ne tikai neaizsargāti pret inficēšanos ar asinīs pārnēsātiem vīrusiem, bet arī pret citām infekcijām. Dažu šo infekciju saraksts ir norādīts tekstlodziņā 3. lappusē (16), un papildu informācija par šo slimību epidemioloģiju ir izklāstīta A pielikumā. Tās ietver lokalizētas baktēriju brūces un infekcijas injekcijas vietā, sistēmiskas infekcijas, seksuāli transmisīvās infekcijas un elpošanas ceļu infekcijas, piemēram, tuberkulozi. Tiek ziņots par stingumkrampju gadījumiem injicējamo narkotiku lietotāju vidū. Dažās situācijās personas, kuras pagātnē ir lietojušas injicējamās narkotikas, veido apmēram pusi no paziņotajiem stingumkrampju gadījumiem (17). Stingumkrampju uzliesmojumi ir dokumentēti narkotiku lietotāju vidū, jo īpaši to lietotāju vidū, kuri veic zemādas heroīna injekcijas un kuriem nav veikta imunizācija vai tā veikta daļēji (18-19).

To infekciju izplatība, kas saistītas ar injicējamo narkotiku lietošanu, pēdējo desmit gadu laikā dažās Eiropas valstīs tiek kontrolēta un inficēšanās līmenis samazinās (8). Visticamāk tas noticis, pateicoties vairāku aspektu kombinācijai – uzvedības izmaiņas lietotāju grupās, profilakses pakalpojumu paplašināšanās un slimību ārstēšana un vakcinācija. Neskatoties uz šīm pozitīvajām tendencēm, nav pamata pašapmierinātībai, jo injicējamo narkotiku lietotāju vidū asinīs pārnēsātās infekcijas var izplatīties ļoti ātri, ja vien injekciju izraisīto inficēšanās risku var nepārtraukti kontrolēt. Vairāki pētījumi par HIV uzliesmojumiem injicējamo narkotiku lietotāju vidū apstiprina gandrīz eksponenciālu izplatību sākumposmā un ātru augsta HIV izplatības līmeņa izveidi (20-21). Tas pats attiecas uz C hepatītu, kur mazas infekciozās devas kombinācijā ar garu vīrusa izdzīvošanas periodu ārpus ķermeņa un pastāvīgi lielu vīrusu daudzumu asinīs hroniskas saslimšanas laikā var izraisīt ļoti strauju un plašu tā izplatību lietotāju vidū.

Neskatoties uz panākumiem slimību izplatības samazināšanā dažos ES reģionos, pieejamie aprēķini skaidri liecina, ka infekcijas injicējamo narkotiku lietotāju vidū visās Eiropas kaimiņvalstīs vēl nav efektīvi novērstas. Kaut arī šīs infekcijas ir novēršamas, tās turpina radīt lielu slimību slogu Eiropā un lielas ciešanas katram cilvēkam individuāli.

Kāpēc tas ir svarīgi?

Galvenais pamatojums infekciju profilaksei injicējamo narkotiku lietotāju vidū ir tāds, ka, to īstenojot pareizi, profilakse ir iespējama un efektīva. Atkarība no nelegālajām narkotikām ir medicīnisks stāvoklis, pret kuru, pamatojoties uz sabiedrības veselības un ētikas apsvērumiem, nepieciešams īstenot efektīvus pasākumus, lai novērstu slimības un mazinātu kaitējumu, ko izraisa narkomānija. Pastāv efektīvi infekciju novēršanas pasākumi, bet liela daļa no tiem netiek piedāvāti vai arī nav pieejami personām, kurām tie nepieciešami.

No sabiedrības veselības viedokļa iedzīvotāju grupas, kurās ir augsta infekciju iespējamība, gan tieši, gan netieši ietekmē sabiedrības izmaksas, un infekciju profilakse var tās samazināt. Pirmkārt, blakusslimības, kas rodas smagu hronisku infekciju gadījumā, rada augstas inficēto ārstēšanas un aprūpes izmaksas. Otrkārt, cilvēkkapitāla produktivitātes zudums smagi cietušo vidū palielina sociālās izmaksas. Treškārt, plaša slimības izplatība narkotiku lietotāju vidū var palielināt izplatības risku arī plašākā sabiedrībā, jo īpaši, ja augstā izplatība saglabājas ilgu laiku.

Visbeidzot, necīnīšanās pret novēršamām kādas konkrētas smagas formas atkarības sekām, var interpretēt arī kā vienaldzību pret ES apņemšanos veicināt sociālo taisnīgumu un aizsardzību, ko valstis ir uzņēmušās, parakstot starptautiskās konvencijas, tostarp Eiropas Savienības Pamattiesību hartu un Lisabonas līgumu (22-23).

Kaut arī nelegālo narkotiku lietošanas vai narkotiku injicēšanas novēršana principā būtu labs pasākums infekcijas slimību profilaksei, pasaules pieredze liecina, ka to nav iespējams panākt ar sabiedrības veselības aizsardzības pasākumiem vien. Stingri narkotiku kontroles pasākumi nav bijuši sekmīgi, lai pilnībā novērstu riskus un nelikumīgu narkotiku radīto kaitējumu. Gluži pretēji – laikā, kad sabiedrības veselības problēmu noskaidrošana bija nākamās galvenās rūpes uzreiz aiz narkotiku kontroles, gadsimtu ilgo *UNODC* starptautiskā narkotiku kontroles centienu novērtējumā konstatēja, ka narkotiku kontroles sistēmā un tās lietošanā ir bijušas vairākas neparedzētas sekas, tostarp ieguldījumu trūkums, lai novērstu sabiedrības veselībai narkotiku lietošanas rezultātā nodarīto kaitējumu. Narkotiku lietošana ir galvenokārt atkarīga no citiem sabiedrības faktoriem (kuru pārskatīšana būtu pārāk plaša un pārsniegtu šo vadlīniju darbības jomu), un narkotiku lietošanas prakse ir ļoti atkarīga no narkotiku lietotāju subkultūras un ekonomiskās realitātes, kuru var būt grūti ietekmēt. Tomēr pieredze un pierādījumi liecina, ka, izmantojot pragmatisku pieeju, kas vērsta uz tiešiem, ar injicēšanu saistītiem inficēšanās riskiem, un ierobežo tos, un kas ievieš pasākumus, lai palīdzētu pārtraukt vai samazināt injicēšanu, var būt liela ietekme uz asinīs pārnēsājamu infekciju izplatīšanās samazināšanu injicējamo narkotiku lietotāju vidū.

Mērķi, uzdevumi un metodika

Šo ar pierādījumiem pamatotu vadlīniju nolūks ir sniegt informāciju ES valstu un Eiropas kaimiņvalstu valsts stratēģiju un programmu izstrādei, uzraudzībai un novērtēšanai, kas izstrādātas, lai novērstu un ārstētu infekcijas injicējamo narkotiku lietotāju vidū. Vadlīnijas ir izstrādātas saskaņā ar spēkā esošo ES politiku narkotiku un infekcijas slimību jomā (24-27).

Vadlīniju pamatā ir turpmāk atsevišķā sadaļā izklāstītās pamatvērtības.

Ir noteikti septiņi galvenie pasākumi, lai samazinātu un novērstu infekcijas injicējamo narkotiku lietotāju vidū Eiropā. Tie izstrādāti, pamatojoties uz labākajiem pieejamajiem zinātniskajiem pierādījumiem, kopā ar ekspertu atzinumiem un ilgstošu un pamatīgi dokumentētu pakalpojumu sniedzēju pieredzi un pakalpojumu lietotāju izvēli.

Abi *ECDC/EMCDDA* tehniskie ziņojumi sniedz pārskatu par pierādījumu pamatu, kas veidojis šajā dokumentā rekomendētos pasākumus: "Pierādījumi pasākumu efektivitātei, lai novērstu infekciju slimību izplatību injicējamo narkotiku lietotāju vidū. 1. daļa. Adatu un šļirču programmas un cita veida pasākumi C hepatīta, HIV un riskus izraisošas injicēšanas uzvedības profilaksei" un "2. daļa: Narkotiku lietotāju ārstēšana C hepatīta, HIV un riskus izraisošas injicēšanas uzvedības profilaksei".

Pierādījumu pamats

Šo vadlīniju izstrādes laikā sistemātiski tika novērtēti pierādījumu pārskati, kas aptver lielu sākotnējo pētījumu skaitu par galvenajiem pasākumiem, izmantojot standartizētu "apskatu par apskatiem" (eng. *review of reviews*) metodi [1]. Tika apkopoti pētījumu rezultāti, izmantojot labākos zinātniskos paraugus, un iegūti pārskati par to efektivitāti, sintezējot rezultātus attiecībā uz pētījuma paraugu, pētījumā iekļauto gadījumu skaitu un vairākos pētījumos izmantojot vienus rezultātus – faktorus, kas nosaka pierādījumu spēku. Šajos "apskatos par apskatiem" saņemtie augstākā līmeņa pierādījumi tika kombinēti ar jaunākajiem sākotnējo pētījumu rezultātiem, kas vēl nav ietverti recenzijās. Sākotnējie pētījumi tika izmantoti arī tad, ja nebija pieejami sistemātiski apskati par pasākumu

[1] "Apskatu par apskatiem" metode (*Kelly et al.*, 2002) apvieno pierādījumus no publicētajām apskatiem, nevis uzsāk sistemātisku pamatliteratūras izpēti. "Apskatu par apskatiem" metode ietvēra sistemātisku publicēto apskatu literatūras izpēti; attiecīgo apskatu sistemātisku, metaanalītisku un naratīvo noteikšanu; kritisku apskatu novērtēšanu; un secinājumu sintēzi.

efektivitāti. Metodika, kas izmantota, lai noteiktu un atlasītu apskatus un sākotnējos pētījumus, un to rezultātus, sīkāk izklāstīta divos tehniskajos ziņojumos, kas pievienoti vadlīnijām.

Tomēr sabiedrības veselības jomā reizēm nav iespējams iegūt spēcīgu pierādījumu līmeni, ko var iegūt no eksperimentāliem pētījumiem, piemēram, randomizētiem kontrolētiem pētījumiem. Dažus sabiedrības veselības pasākumus ētisku apsvērumu dēļ nevar pārbaudīt eksperimentāli (nodrošinot pasākumu vienai grupai, bet otrai to nepiemērojot). Arī maldinošo faktoru kontrole reālās pasaules apstākļos būtu ļoti sarežģīta un prasītu nesamērīgi dārgus pētījumu veidus. Vēl viens šķērslis pasākumu statistiski nozīmīgu pozitīvu vai negatīvu rezultātu noteikšanai šajā jomā ir saistīto rezultātu reta sastopamība, tāpēc pētniecībai ir jāaptver ļoti ilgs laika periods, lai uzkrātu pietiekamu skaitu attiecīgo notikumu, pirms izdarītu secinājumus (28).

Attiecība starp pierādījumiem un ieteikumiem ne vienmēr ir vienkārša: augstvērtīgi pierādījumi ne vienmēr noved pie spēcīgiem ieteikumiem, un spēcīgi ieteikumi var rasties no zemas kvalitātes pierādījumiem. Šādos gadījumos, kad apskata līmeņa pierādījumi par pasākumiem nav bijuši pārliecinoši vai tad, ja bija atzīmēts pierādījumu trūkums par pasākumiem, šīs vadlīnijas balstās uz ekspertu ieteikumiem par iespējamiem ieguvumiem un kaitējumu no dažiem pasākumiem, aplūko ES paraugpraksi profilakses pakalpojumos, un izvērtē pētījumus par lietotāju vēlmēm. Kaut arī ekspertu atzinums tiek uzskatīts par vājāku pierādījumu līmeni, ir apstākļi, kuros ekspertu grupa stabilu pētījumu pierādījumu trūkuma gadījumā uz ieteikumiem var attiecināt lielāku spēku. Piemēri ir slimnīcu pacientu hidratācija vai sildīšana ar segu, lai novērstu siltuma zudumus traumu pacientiem – pasākumi, kuru pamatā nav spēcīgu zinātnisku, pētījumos apkopotu pierādījumu bāze, bet joprojām tie ir ļoti ieteicami. Papildu informācija par katra ieteiktā pasākuma pamatojumu ir izklāstīta B pielikumā.

Darbības joma

Šīs vadlīnijas balstās uz iepriekšējiem centieniem infekciju profilakses jomā injicējamo narkotiku lietotāju vidū, jo īpaši darbs, kuru vada PVO, *UNAIDS* un *UNODC*; turklāt tika ņemtas vērā vairākas valstu vadlīnijas un ieteikumi (skatīt C pielikumu). Šīs vadlīnijas cenšas sniegt visaptverošu pārskatu par labākajām pašreizējām zināšanām šajā jomā, papildinot iepriekš veikto darbu ar galveno pasākumu kombināciju apskatu. Mērķis ir nodrošināt rūpīgu sintēzi, kas ir piemērota ne tikai ES, bet arī ES kaimiņvalstīs. Vadlīnijas ietver atsauces un saites uz turpmākiem avotiem, kas sniedz papildu padziļinātu informāciju un aprakstus par tehnisko īstenošanu (C pielikums).

Šīs vadlīnijas galvenokārt koncentrējas uz iejaukšanas pasākumiem un profilaktiskiem pasākumiem, kas tieši ietekmē infekcijas riskus. Galvenās infekcijas, kas ir ietvertas, ir HIV, B hepatīts, C hepatīts un tuberkuloze (TB). Dažas citas infekcijas, kuru riskam injicējamo narkotiku lietotāji var būt pakļauti vairāk, piemēram, ādas un mīksto audu infekcijas, A hepatīts un seksuāli transmisīvās infekcijas ir iztirzātas, bet mazāk detalizēti. Vadlīnijas pievēršas šādiem jautājumiem: zināšanas un izpratne, narkotiku sagatavošanas un injicēšanas riski, kopīga piederumu lietošana, vakcinācija, narkotiku aizstāšana un citi narkotiku lietotāju ārstēšanas veidi, lai samazinātu injekciju biežumu un palielinātu ārstēšanas norādījumu ievērošanu. Tāpat atskatīti veidi, kā efektīvi organizēt atbilstošus pakalpojumus.

Šīs vadlīnijas attiecas uz injicējamo narkotiku lietotājiem, kuri lieto opioīdus un stimulantus. Kaut arī vadlīnijās galvenā uzmanība pievērsta šīm "tradicionālajām" injicētāju grupām, ierosinātie pasākumi var būt vajadzīgi arī jaunām vai topošām injicētāju grupām, piemēram, tiem, kas injicē rādītājus uzlabojošas narkotikas, piemēram, anaboliskos steroīdus. Novērojumi dažās valstīs, liecina, ka šai pēdējai injicētāju grupai var būt pat nepieciešama papildu uzraudzība. Iespējams, ka arī tie problemātiskie narkotiku lietotāji, kuri nelieto injicējamās narkotikas, gūtu labumu no daudziem šeit minētajiem pasākumiem, tomēr tie nav šo vadlīniju galvenais mērķis.

Vadlīnijās nav plaši apspriesta pretvīrusu (antiviralā) terapija kā profilakse sabiedrības līmenī, bet tajās ir izskaidrots, ka šādai ārstēšanai ir jābūt vienlīdz pieejamai un sasniedzamai arī injicējamo narkotiku lietotājiem. Nesen publicētajā darbā ir teikts, ka pozitīva ietekme (samazināta transmisija) var būt nozīmīgs arguments, sniedzot papildu spēcīgu pamatojumu aktīvo narkotiku lietotāju ārstēšanai no HIV un hepatīta infekcijām. Ir pierādījumi, kas norāda uz labvēlīgo profilaktiskās TB ārstēšanas ietekmi tām personām, kas inficētas ar latento tuberkulozes formu, samazinot TB izplatību sabiedrībā un saslimstību ar to. Tā rezultātā, infekciju ārstēšana ir iekļauta vadlīnijās kā viens no galvenajiem pasākumiem.

Vadlīniju nolūks ir apskatīt injicējamo narkotiku lietotāju vajadzības. Nepilngadīgie un jaunieši ir ārpus šo vadlīniju darbības jomas. Tomēr ir atzīts, ka dažās vietās nepilngadīgie un jaunieši veido būtisku injicējamo narkotiku lietotāju daļu. Lai apmierinātu nepilngadīgo un jauniešu vajadzības, būtu nepieciešami pielāgoti, vecumam atbilstoši pakalpojumi (skatīt tekstlodziņu 26. lpp).

No profilakses viedokļa ir ļoti svarīgi aizsargāt injicējamo narkotiku visjaunāko lietotāju apakšgrupas no hroniskām ar asinīm pārnēsājamām slimībām un tuberkulozes. Tāpēc netiek uzskatīts par lietderīgu noteikt vecuma ierobežojumus piekļuvei pakalpojumiem, un tie pat varētu iedarboties pretēji, jo palielinātu riskus personām, kas ir jaunāki par likumā noteikto pieaugušas personas vecumu.

Šīs vadlīnijas par infekciju profilaksi galvenokārt ir vērstas uz pakalpojumu sniedzējiem kopienās. Tomēr vadlīnijām ir nozīme arī aizturēšanas iestādēs.

Saskaņā ar principu par "līdzvērtīgu pakalpojumu sniegšanu" ieslodzītajiem ir tiesības uz piekļuvi veselības aprūpes pakalpojumiem, kas pieejami šajā valstī bez diskriminācijas un ir sagaidāms, ka cietuma veselības aprūpes pakalpojumi nodrošina risinājumus pret problēmām, kas saistītas ar narkotiku lietošanu tādos apstākļos, kas salīdzināmi ar ārpus ieslodzījuma vietām piedāvāto (29-30).

Ieslodzītajiem, kuri iepriekš ir lietojuši injicējamās narkotikas, bieži ir vairākas un sarežģītas veselības vajadzības, kas prasa specifisku medicīnisko aprūpi un daudzdisciplīnu pieeju. Personas, kuras nesen atbrīvotas no ieslodzījuma, veido būtisku mērķa grupu infekcijas slimību profilaksei, kas jāņem vērā, plānojot valsts profilakses stratēģijas (31). Tāpat jāapsver tādu personu vajadzības, kuri nonāk cietumos (32).

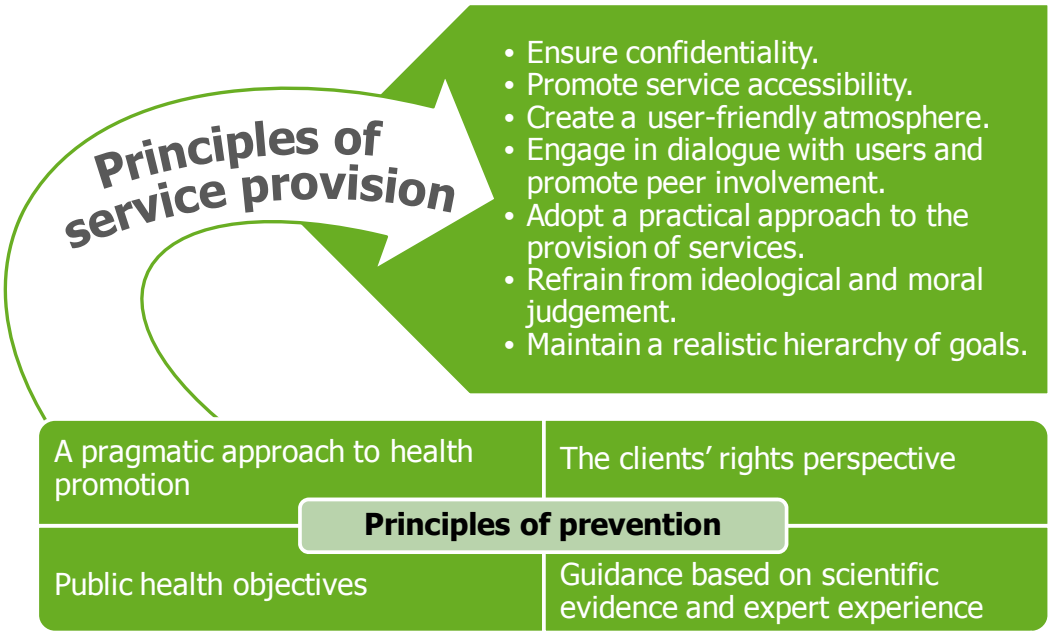
Mērķauditorija

Šo vadlīniju mērķis ir palīdzēt tiem lēmumu pieņēmējiem profilakses programmu veidošanā valsts un reģionālā līmenī, kuri darbojas infekciju slimību, vispārējās sabiedrības veselības, atkarību un garīgās veselības, sociālo pakalpojumu un narkotiku kontroles jomā. To mērķis ir palīdzēt ES dalībvalstīm un kandidātvalstīm (un potenciālajām kandidātvalstīm) atbilstošu un uz pierādījumiem balstītu, racionāli izstrādātu sabiedrības veselības atbildes reakciju plānošanā uz injicējamo narkotiku lietošanu. Vadlīnijas nosaka ES paraugpraksi attiecībā uz infekcijas slimību profilaksi un kontroli injicējamu narkotiku lietotāju vidū. Cerams, ka ES partnerības valstis atzīs vadlīnijas par noderīgām un svarīgām. Vadlīnijas nav uzrādītas tādā detalizācijas pakāpē, kas nosaka īstenošanas tehniskos aspektus, tāpēc no īstenošanas dienestiem ir atkarīgs, kā pielāgot piedāvātos pasākumus un profilakses iespējas vietējiem un valsts apstākļiem. Lai gan vadlīnijas var interesēt vietējo dienestu vadītājus, jo to mērķis ir vispusīgi uzskaitīt un izskaidrot visus elementus, kam vajadzētu būt ietvertiem sistemātiskā pieejā galveno infekcijas slimību novēršanai injicējamo narkotiku lietotāju vidū.

Pamatvērtības infekciju profilaksei injicējamo narkotiku lietotāju vidū

Šajā sadaļā uzrādītās pamatvērtības ir balstītas uz sabiedrības veselības, pakalpojumu sniegšanas, indivīda un sabiedrības veselības aizsardzības ētikas pamatprincipiem, apvienojumā ar ievērojamu pieredzi pakalpojumu īstenošanā. Tās izstrādāja *ECDC* un *EMCDDA* pārstāvji. Atbalstu un apstiprinājumu sniedza *ECDC/EMCDDA* Tehniskā konsultāciju grupa. Pamatvērtības tika izstrādātas no sabiedrības veselības un cilvēktiesību perspektīvas un to pamatā ir 1980. gadā Apvienotajā Karalistē un Nīderlandē izstrādāts dokuments ("Mērsijas kaitējuma mazināšanas modelis" *(Mersey Harm Reduction Model)*, sabiedrības pakalpojumu modelis) (33-34). To centrā ir injicējamo narkotiku lietotāji un to mērķis ir samazināt negatīvo narkotiku lietošanas ietekmi (35-36). Kā norādīts šajās vadlīnijās, pamatvērtības jāuztver kā efektīvu galveno pasākumu pamats. Izstrādājot pakalpojumus, plānotajiem pasākumiem jāatbilst pamatvērtībām. Šajās vadlīnijās pamatvērtības ir norādītas divās apakšsadaļās – "aizsardzības principi" un "pakalpojumu sniegšanas principi".

3. attēls: pamatvērtības infekciju profilaksei injicējamo narkotiku lietotāju vidū



Principles of service provision	**Pakalpojumu sniegšanas principi**
• Ensure confidentiality. • Promote service accessibility. • Create a user-friendly atmosphere. • Engage in dialogue with users and promote peer involvement. • Adopt a practical approach to the provision of services. • Refrain from ideological and moral judgement. • Maintain a realistic hierarchy of goals.	• Jānodrošina konfidencialitāte • Jānodrošina pakalpojumu pieejamība • Jāveido lietotājam labvēlīga atmosfēra • Jāiesaistās dialogā ar lietotājiem un jāveicina līdzbiedru iesaiste • Jāievieš praktiska pakalpojumu sniegšanas pieeja • Jāatturas no ideoloģisku un morālu spriedumu izteikšanas • Jāsaglabā reāla mērķu hierarhija
A pragmatic approach to health promotion	Pragmatiska pieeja veselības veicināšanai
The client's rights perspective	Klienta tiesību perspektīva
Principles of prevention	**Profilakses principi**
Public health objectives	Sabiedrības veselības mērķi
Guidance based on scientific evidence and expert experience	Uz zinātniskiem pierādījumiem un speciālistu pieredzi balstītas Vadlīnijas

Profilakses principi

Šo vadlīniju pamatā ir četri vienkārši principi: pragmatiska pieeja veselības veicināšanai, klientu tiesību perspektīva, kuras pamatā ir ētikas pamatprincipi, apņemšanās sasniegt sabiedrības veselības mērķus un zinātniski pierādījumi apvienojumā ar speciālistu pieredzi. Vadlīniju darbības pamatā nav pieņēmuma, ka atturība vai atturēšanās ir galīgais visas ar narkotikām saistītās sabiedrības veselības politikas mērķis (33,35,37-38). No otras puses, šīs vadlīnijas nav nesavienojamas ar atturības principu, nedz arī skaidri to izslēdz. Tajās netiek apspriesta narkotiku

kontroles politika, bet notiek koncentrēšanās uz tūlītēja individuālā un sabiedriskā kaitējuma novēršanu, ko izraisa infekcijas injicējamo narkotiku lietotāju vidū. Galvenos šajās vadlīnijās ieteiktos pasākumus būtu grūti efektīvi piemērot, ja to pamatā nebūtu šādi profilakses principi:

"Pragmatiska pieeja veselības veicināšanai" šajā kontekstā nozīmē nevis darbību atbilstoši visa veida narkomānijas apkarošanas politikās ietverto mērķu hierarhijai, bet šīs vadlīnijas un tajās apspriestie pasākumi galvenokārt risina jautājumu par infekciju izplatību injicējamo narkotiku lietotāju vidū un to kā šajā grupā varētu ierobežot augsto inficēšanās risku. Tāpēc pieeja neparedz *a priori* pieņēmumus par apstākļiem, kas saistīti ar profilakses pasākumu ieviešanu, bet apliecina ikviena šī pasākuma neatkarīgu vērtību sabiedrības un indivīda veselības nodrošināšanai. Narkotiku nelietošanai nevajadzētu būt nosacījumam, lai saņemtu palīdzību, kas novērstu infekcijas. Dogmatiskās pieejas vietā, kuras mērķis ir novērst narkotiku lietošanu, kas tādējādi aizēno citus mērķus, pragmatiskā pieeja atzīst, ka jebkura veida labvēlīgai ietekmei uz veselību ir sava vērtība un ir vērts rīkoties pat tad, ja uzreiz nav iespējams atrisināt pamatā esošo narkotiku lietošanu (37). Visi lietotāji nevar pārtraukt lietot narkotikas, bet ir iespējams novērst riskus izraisošas injicēšanas praksi un slimību transmisiju.

"Klientu tiesību perspektīva" saistībā ar šīm vadlīnijām nozīmē, ka veiktie profilakses un iejaukšanās pasākumi stingri atbilst principam par klienta viedokļa ievērošanu. Profilakses pasākumi sākotnēji tiek izstrādāti, pamatojoties uz konkrētā klienta vajadzībām, un pakalpojuma sniedzēja vai sabiedrības vajadzības tiek ņemtas vērā tikai tad, kad ir apmierinātas klienta vajadzības. Tāpat visi pasākumi klientam jāpiedāvā, ievērojot brīvprātību, un nedrīkst noteikt nekādas piespiedu vai obligātas prasības. Turklāt piekļuve profilaksei tiek uzskatīta par personas tiesībām, nevis ieguvumu. Visbeidzot, profilakses pasākumiem vienmēr ir jāpalīdz indivīdam, nevis tikai sabiedrībai. (35,39).

"Sabiedrības veselības mērķi" saistībā ar šīm vadlīnijām nozīmē, ka, lai gan iejaukšanās metodēm ir jāapmierina indivīda vajadzības, vispusīgai pieejai vienmēr jātiecas sniegt labumu gan sabiedrībai, gan indivīdam. Iejaukšanās metodēs jāiekļauj arī slimību tālākas nodošanas profilakse, kopējo veselības aprūpes un sociālo izmaksu samazināšana, produktivitātes paaugstināšana un samazināta mirstība un saslimstība mērķa grupā, tostarp narkotiku lietošanas profilakse gadījumos, kad tā ir savietojama ar pamatmērķiem (40).

"Vadlīnijas, pamatojoties uz zinātniskiem pierādījumiem un speciālistu pieredzi" nozīmē to, ka šo vadlīniju pamatā ir zinātniski pierādījumi, ja vien ir pieejami padziļināti pētījumi par apspriestajiem pasākumiem. Dažiem pasākumiem vēl nav veikta padziļināta izpēte, kas pierādītu to efektivitāti, izstrādes prasību sarežģītības dēļ vai ētisku problēmu dēļ, ko rada šādu pētījumu veikšana (41-42). Dažos gadījumos vislabākā pieejamā informācija gūta no publicētiem ekoloģiskiem vai aprakstošiem pētījumiem, vai ir saistīta ar to tehnisko ekspertu pieredzi un ieteikumiem, kas piedalās šo vadlīniju izstrādē. Daži pasākumi vadlīnijās ir ieteikti tādēļ, ka to piemērošana ir loģiska un uzskatāma par indivīdam derīgu, neradot nekādu nevajadzīgu risku, t. i., šo pasākumu piemērošana ir loģiska no pragmatiskā viedokļa.

Pakalpojumu sniegšanas principi

Papildus iepriekš apskatītajiem profilakses principiem, šajās vadlīnijās noteikto profilaktisko pasākumu īstenošanai jāatbilst šādiem galvenajiem principiem, kas ir atvasināti no nepieciešamības pakalpojumu sniegšanu pamatot uz klienta perspektīvu (43). Nepiemērojot šos pamatprincipus, ir grūti efektīvi piemērot galvenos šajās vadlīnijās piedāvātos pasākumus:

- jānodrošina konfidencialitāte;
- jānodrošina pakalpojumu pieejamība;
- jāveido lietotājam labvēlīga atmosfēra;
- jāiesaistās dialogā ar lietotājiem un jāveicina līdzbiedru iesaiste;
- jāievieš praktiska pakalpojumu sniegšanas pieeja;
- jāatturas no ideoloģisku un morālu spriedumu izteikšanas;
- jāsaglabā reāla mērķu hierarhija.

Pakalpojumu saņēmēju klientu uzticības iegūšana ir būtiska infekcijas slimību profilaksē. Tā kā narkotiku lietošana un nelegālo narkotiku glabāšana daudzās valstīs ir krimināli sodāma, lietotāji nevēlas atklāt savu identitāti pat veselības aprūpes speciālistiem, baidoties, ka varētu kļūt zināmi tiesībaizsardzības vai citām iestādēm (44-45). Šīs bailes ir jāpārvar, lai klientus varētu piesaistīt veselības aprūpes pakalpojumiem. Bieži vien veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanas standarta prakse ietver pienākumu sniegt pilnīgu identifikāciju, kas attur daudzus lietotājus no pakalpojumu saņemšanas.

Jānodrošina konfidencialitāte. Pirmais galvenais princips nozīmē, ka ir jābūt iespējai piekļūt profilaktiskajiem pakalpojumiem anonīmi vai tādā veidā, kas nodrošina pilnīgu klienta konfidencialitāti. Ja tas netiek darīts, tas novērsīs vai ierobežos klientam piedāvāto pakalpojumu izmantošanu un līdz ar to apdraudēs jebkādu ietekmi uz "kopējo imunitāti", veicinot profilaksi sabiedrības līmenī (46-47). Lai nodrošinātu konfidencialitāti, visiem darbiniekiem, kuri sniedz konfidenciālus pakalpojumus, jānodrošina apmācība. Lai sniegtu konkrētu pakalpojumu, piemēram, pārbaužu veikšanu, vakcināciju un dažreiz narkotiku atkarības ārstēšanu, var būt nepieciešama stingri konfidenciāla identifikācijas sistēma, kas parasti ir pieņemama pakalpojumu lietotājiem. Ir izstrādātas pieejas

pakalpojumu sniegšanas uzraudzībai līdz pieļaujamam precizitātes līmenim, neapdraudot anonimitāti un konfidencialitāti (48)[2].

Jānodrošina pakalpojumu pieejamība. Otrs galvenais princips paredz, ka injicējamo narkotiku lietotāji var viegli piekļūt pakalpojumiem un, ka ir nodrošināts zems piekļuves slieksnis. Tas nozīmē, ka pakalpojumiem ir jāatrodas tur, kur ir lietotāji, vai tur, kur viņi var viegli nokļūt. Pakalpojumiem ir jābūt pieejamiem dažādos laikos (46,49-52). Pakalpojumiem ir jāatbilst pieprasījumam un jābūt pielāgojamiem, lai visiem, kuriem tie ir nepieciešami, varētu piedāvāt atbilstošus, attiecīgus un pietiekamus pakalpojumus (20,53).

Jāveido lietotājam labvēlīga atmosfēra. Trešais pamatprincips pakalpojumu sniegšanai ir nepieciešamība nodrošināt lietotājam labvēlīgu atmosfēru. Šis princips var šķist intuitīvi pašsaprotams, tomēr tā īstenošana ir būtisks elements, lai klients uzsāktu izmantot pakalpojumus. Lietotājam labvēlīga atmosfēra nozīmē to, ka pret klientiem attiecas ar cieņu un patiesu vēlmi palīdzēt, neatkarīgi no to izskata vai sociālā statusa. Tas nozīmē arī to, ka tiek ievērotas klienta vēlmes, un pakalpojumi tiem netiek uzspiesti (50,52). Tas nenozīmē, ka klienti var uzvesties, kā tie vēlas, jo īpaši tad, ja viņu uzvedība rada traucējumus vai draudus citiem. Gluži pretēji, pakalpojumu sniedzējiem būtu jāizstrādā un jānorāda skaidri kārtības noteikumi pakalpojumu telpās. Lielākā daļa pakalpojumu nepieļauj nelegālo narkotiku tirdzniecību, finanšu darījumus vai injicēšanu to telpās, un šo noteikumu pārkāpums var novest pie pagaidu aizlieguma izmantot pakalpojumus (43). Daudzi lietotāji cieš ne tikai no narkotiku atkarības, bet arī no garīgās veselības traucējumiem (54). Šādi lietotāji bieži ir visvairāk atstumtie un ar īpaši augstu inficēšanās risku. Šādi lietotāji nav jāatzīmē kā "pārāk grūti" vai "pārāk liels izaicinājums", bet pakalpojumu sniedzējiem jāizstrādā cilvēcīgas un cieņpilnas metodes darbā ar viņiem.

Jāiesaistās dialogā ar lietotājiem un jāveicina līdzbiedru iesaiste. Dialoga veidošanai un aktīvai klientu iesaistei darbā ir jābūt neatņemamai piedāvāto pakalpojumu daļai. Aktīva klientu uzklausīšana un reaģēšana uz mainīgajām vajadzībām sadarbībā ar lietotājiem palīdz saglabāt pakalpojumus atbilstoši vajadzībām (55). Pieredzējuši lietotāji injicēšanas rituālus un paradumus bieži vien nodod iesācējiem (56). Ir ierasta sekundārā šļirču apmaiņa, kur viens lietotājs izplata šļirces līdzbiedru tīklā (48,57-58). Profilakses speciālistiem nepieciešams zināt jaunāko informāciju par pašreizējo narkotiku lietošanas paradumiem, bet lietotājiem jāizprot ar tiem saistītie veselības riski. Pakalpojumu sniedzēji var arī rīkot aktīvajiem lietotājiem riska vadības un veselības veicināšanas apmācību un mudināt dalībniekus izplatīt šo informāciju tālāk. Tas ne tikai uzlabo pakalpojumu lietderību, bet arī sniedz iespējas lietotājiem (59-60). Pieredze rāda, ka aktīvo lietotāju iesaistīšana profilakses darbā rada pozitīvu līdzbiedru spiedienu, jo klienti šādi cits no cita iemācās drošākas narkotiku piegādes metodes (61-63). Galvenais pakalpojumu sniedzēju izaicinājums ir atzīt un pieņemt sadarbību ar lietotājiem.

Jāievieš praktiska pakalpojumu sniegšanas pieeja. Piektais pamatprincips ietver klienta viedokli: pakalpojumi tiek veidoti no apakšas uz augšu, pamatojoties uz pašreizējām vajadzībām un ar mērķi mazināt nepilnības profilakses pakalpojumos, kas izraisa inficēšanās risks, un precīzi īstenojot lietotāju veselības vajadzības (64). Tas arī nozīmē, ka jāatzīst, ka, pat tad, ja visu ar narkotikām saistīto kaitējumu nav iespējams nekavējoties novērst, katrs pasākums ir vērtīgs, ja tas apmierina patiesas vajadzības (43). Tas atšķiras no ideoloģiskās vai lejupvērstās pieejas, kurā izvirzītie mērķi var būt tik augsti, ka atsevišķam lietotājam, pakalpojumu sniedzējiem un politikas veidotājiem tie var palikt nesasniedzami.

Jāatturas no ideoloģisku vai morālu spriedumu izteikšanas. Sestais pamatprincips nozīmē, ka pakalpojumi tiek sniegti aktīvajiem narkotiku lietotājiem un nav lietderīgi izteikt morāla vai ideoloģiska satura spriedumus vai kritizēt lietošanas faktu (65-66). Tā vietā būtu jāciena lietotāju izdarītā izvēle pat tad, ja tai nevar piekrist un apkalpojošais personāls būtu aktīvi jāapmāca, lai viņi šo cieņu parādītu (67). Tas nenozīmē, ka nav jāpiedāvā vēršanās pēc atkarības ārstēšanas pakalpojumiem. Gluži pretēji, tā slieksnim jābūt zemam, un informācijai par piekļuves ceļiem būtu jābūt pieejamiem visās telpās, kuras narkotiku lietotāji bieži apmeklē (43,53,68).

Jāsaglabā reāla mērķu hierarhija. Pēdējais pamatprincips nosaka, ka īstermiņa mērķi ir jānosaka tā, lai tos var reāli sasniegt. Šī pieeja var palīdzēt attīstīt pakalpojumu sniegšanas mērķus (43). Nosakot pārāk augstus profilakses mērķus, bieži nav reāli tos sasniegt, un tas var izraisīt nevajadzīgu vilšanos un nepareizus secinājumus par pasākumu efektivitāti (69). Pakalpojumu mērķu pamata hierarhija var atšķirties atkarībā no vietējām vajadzībām un situācijām, bet tajos jāietver šādi mērķi: lielākās daļas lietotāju grupu sasniegšana, klientu uzticības iegūšana, lietotāju praktisko vajadzību apmierināšana, tūlītēju infekcijas slimību risku samazināšana un pakalpojumu apjoma palielināšana laika gaitā.

Programmas līmenī būtu jānosaka arī visaptverošie mērķi slimību profilaksei, piemēram, aizsardzība no slimības uzliesmojumiem un slimības sastopamības un izplatības samazināšana; tie ir arī jāpielāgo pašreizējai situācijai, un mērķiem jābūt reāliem (53). Šādi mērķi parasti nav lietderīgi kā individuālo profilakses pakalpojumu ietekmes rādītāji un būtu jāizmanto tikai valsts līmeņa salīdzinošai novērtēšanai, ja ir ļoti labs mērķa grupu pārklājums un

[2] Pakalpojumu sniegšanas vietās ir izstrādātas dažādas pieejas, tostarp iesauku, anonīmu identifikācijas karšu vai kodu izmantošana, lai izsekotu pakalpojumu izmantošanai, tomēr maksimāli nodrošinot konfidencialitāti.

visaptverošu pakalpojumu komplekss. Jo īpaši tad, ja hronisko infekciju izplatība ir sasniegusi augstu līmeni, ir svarīgi apzināties, ka ir jāpieņem ilgtermiņa profilakses plāns, jo slimības rādītāji laika gaitā lēnām uzlabosies. Pakalpojumu sniegšana jāpaplašina, un ir jāpaiet pietiekami ilgam laikam, lai ietekmi varētu izmērīt (skatīt sadaļu "Pasākumu pārklājuma mērķu noteikšana", 33. lpp).

Ieteicamie pasākumi infekciju profilaksei injicējamo narkotiku lietotāju vidū

Šajā nodaļā uzskaitītos elementus ieteicams iekļaut valstu visaptverošajās programmās, kuru mērķi ir efektīvi novērst un samazināt infekcijas injicējamo narkotiku lietotāju vidū.

Galvenie pasākumi

Pamatojoties uz labākajiem pieejamajiem pierādījumiem, ekspertu atzinumiem un paraugpraksi, ko izmanto ES/EEZ, jāveic turpmāk minētie galvenie pasākumi, ja iespējams – kombinācijās, lai nodrošinātu maksimālu profilaktisko efektu.

- **Injekciju piederumi** – tīra narkotiku injicēšanas aprīkojuma nodrošināšana un likumīga pieejamība[3], tostarp sterilu adatu un šļirču pietiekamas bezmaksas piegādes kombinētas daudzkomponentu metodes ietvaros, ko īsteno ar kaitējuma mazināšanas, konsultēšanas un ārstniecības programmu palīdzību.
- **Vakcinācija** – A un B hepatīta, stingumkrampju, gripas vakcīnas un, jo īpaši HIV pozitīvām personām – pneimokoku vakcīna.
- **Narkotiku atkarības ārstēšana** – opioīdu aizstājējterapija un citas efektīvas narkotiku atkarības ārstniecības metodes.
- **Pārbaužu veikšana** – brīvprātīga un konfidenciāla pārbaužu veikšana ar informētu piekrišanu attiecībā uz HIV, C hepatītu (nevakcinētām personām – B hepatītu) un citām infekcijām, tostarp tuberkulozi, jāpiedāvā ikdienā un jāsaista ar nosūtījumu uz ārstēšanu.
- **Infekcijas slimību ārstēšana** – pretvīrusu terapija, pamatojoties uz klīniskām indikācijām, personām, kuras inficētas ar HIV, HBV vai HCV. Tuberkulozes ārstēšana aktīvas tuberkulozes gadījumā. Profilaktiska tuberkulozes terapija jāparedz latentas tuberkulozes formas gadījumā. Citu infekcijas slimību ārstēšana jāpiedāvā, ja tā ir klīniski nepieciešama.
- **Veselības veicināšana** – veselības veicināšana, pievēršoties drošākiem injicēšanas paradumiem; seksuālā veselība, tostarp prezervatīvu lietošana; un slimību profilakse, pārbaužu veikšana un ārstēšana.
- **Mērķorientēta pakalpojumu sniegšana** – pakalpojumi jākombinē, jāorganizē un jāsniedz atbilstoši lietotāja vajadzībām un vietējiem apstākļiem; tie ietver pakalpojumu sniegšanu, izmantojot pārvietojamus un stacionārus punktus, kur piedāvā narkotiku atkarības ārstniecību, kaitējuma mazināšanu, konsultēšanu un pārbaužu veikšanu, kā arī izsniedz nosūtījumus uz vispārējiem primārās veselības aprūpes un specializētiem medicīniskiem dienestiem.

[3] Papildus adatām un šļircēm narkotiku injicēšana aprīkojums ietver trauciņus karsēšanai/karotes vai narkotiku sajaukšanas konteinerus, filtrus, paskābinātājus, sterilu ūdeni, sausos tamponus un spirtu saturošus tamponus. Skatīt tekstlodziņu 16. lpp., lai iegūtu sīkāku informāciju par narkotiku injicēšanas piederumiem.

Sinerģijas sasniegšana, kombinējot galvenos pasākumus

Vairāku pasākumu kombinētā ietekme parāda krasi samazinātu saslimstību ar HCV un HIV infekciju; arī pašpaziņotā riskus izraisošā injicēšanas uzvedība tika ievērojami samazināta (70) (71-72).

Kombinētie pasākumi

Kad vien iespējams, pasākumi jākombinē, lai panāktu sinerģētisko iedarbību. Pierādījumi liecina, ka lielāko HIV, HCV un risku izraisošas injicēšanas uzvedības samazinājumu var panākt, nodrošinot gan augstu adatu un šļirču programmu nodrošinājumu, gan opioīdu aizstājējterapiju. Iespējams, ka papildu pakalpojumu piedāvāšana, piemēram, slimību ārstēšana un vakcinācija, kopā ar adatu un šļirču programmu un narkotiku atkarības ārstēšanu vēl vairāk novērstu slimībutransmisiju injicējamo narkotiku lietotāju vidū.

Tā kā ir pietiekami daudz pierādījumu par opiātu aizvietojošās terapijas un adatu un šļirču apgādes pozitīvo ietekmi, tad ir pamats uzskatīt, ka arī cita veida pasākumi, kuru nestais labums ir jau pierādījies, kombinācijā ar citiem pasākumiem, radītu sinerģētisku profilakses iedarbību. Ir zināms, ka stingra infekcijas slimību, piemēram, HIV, ārstēšanās ievērošana uzlabojas, ja tā saistīta ar narkotiku atkarības ārstēšanu (1-2). Daļa no kombinētas pakalpojumu sniegšanas ietekmes var būt tieša, bet daļa – netieša, piesaistot un pievienojot klientus pakalpojumiem, kas uzlabo pakalpojumu sasniedzamību un pārklājumu.

Spēcīgai sadarbībai starp nozarēm ir būtiska nozīme, jo tas ir priekšnoteikums pakalpojumu sniegšanai un šo galveno pasākumu nodrošināšanai. Šis aspekts ir sīkāk izklāstīts turpmākajās sadaļās.

Programmu izstrāde un nodrošināšana infekcijas slimību profilaksei injicējamo narkotiku lietotāju vidū

Efektīvu galveno pasākumu nodrošināšanu var panākt tikai sadarbojoties gan valsts, gan vietējā līmenī, kā arī ar starpnozaru koordināciju.

Sadarbība un koordinācija

Lai efektīvi novērstu slimības izplatīšanos, ir nepieciešams panākt vienprātību valsts līmenī un izvirzīt savstarpēji atzītus mērķus, par kuriem panākta vienošanās visās nozarēs, kas nodarbojas ar injicējamo narkotiku lietotājiem. Infekcijas slimību kontroles, atkarības ārstēšanas, garīgās veselības, sociālo pakalpojumu, tiesībaizsardzības, tiesu varas nozaru dalībniekiem un narkotiku kontroles aģentūrām, kā arī cietumu pakalpojumiem ir valsts nozīme, un tiem būtu aktīvi jāiesaistās šajā procesā. Turklāt koordinācijā ir būtiski iekļaut arī pašvaldības, iedzīvotāju grupas, biedrības cilvēkiem, kuri lieto narkotikas, kā arī daudzas citas nevalstiskās vai pilsoniskās sabiedrības organizācijas.

Lielākajā daļā Eiropas valstu narkotiku lietošana ir noziegums vai pārkāpums. Tāpēc veidojot profilakses programmas, jāizskata ne tikai ar veselību saistītie jautājumi, bet jāņem vērā arī tiesībaizsardzības jautājumi.

Tāpat injicējamo narkotiku lietotājus bieži skar sociālās problēmas un garīgās slimībās, kas sarežģī atbildes reakciju koordināciju. Tā kā daži pakalpojumi būs jāsniedz, nozīmējot ārstēšanu, jāizveido un jāuztur saites ar veselības aprūpes un sociālajiem dienestiem.

Ir nepieciešams visu šo dalībnieku atbalsts un ieinteresētība, ja ir jāsasniedz efektīvi profilakses rezultāti. Piemēram, ir svarīgi nodrošināt sadarbību ar tiesībaizsardzības dienestiem, lai izskaidrotu, ka narkotiku injekciju piederumu nodrošināšana ir sabiedrības veselības pasākums, un, ka tiesībaizsardzība nedrīkst traucēt adatu un šļirču programmu vai ielu sociālo darbinieku darbību. Tiesībaizsardzības darbinieku reidi pakalpojumu punktu tuvumā būtiski samazina jebkādu iespēju sasniegt profilakses pakalpojumu mērķus, jo tie atbaida potenciālos klientus. Tiesībaizsardzības politika parasti ir centralizēti noteikta un stingra, lielākajā daļā valstu ir ierasts lejupejošās vadības stils, kas izslēdz novirzes no vietējās politikas. Tas jāņem vērā, un lielākajā daļā gadījumu augstākā līmeņa sadarbības līgumi var palīdzēt atvieglot vietējā līmeņa sadarbību.

šī iemesla dēļ profilakses aktivitātēm ir nepieciešams iegūt atbalstu ne tikai no vietējiem dalībniekiem un no pārvaldes veselības nozares, bet no visām attiecīgās centrālās pārvaldes nozarēm, tostarp arī tiesībaizsardzības. Tam bieži ir nepieciešami augstākā līmeņa nolīgumi vai vismaz pakalpojumu mērķu atzīšanas saņemšana, kas tiek skaidri nodota lejupejošo līmeņu dalībniekiem vai pakalpojumu sniedzējiem.

Ir svarīga arī sadarbība ar pašvaldībām. Pakalpojumu punkta izveidei bieži iebilst vietējie iedzīvotāji, norādot, ka viņi nevēlas tādu "savā pagalmā", baidoties no kaitīgām sekām vietējā vidē. Tāpēc ir nepieciešama spēcīga vietējo dalībnieku veikta vadība un sabiedrības iesaistīšanās, skaidri nosakot dokumentētus ieguvumus attiecīgajā vietā, piemēram, samazinātu piegružošanu ar narkotiku injekciju piederumiem (73).

Septiņi galvenie ieteicamie pasākumi

Injekciju piederumi

Ieteicamais pasākums
tīra Tīra narkotiku injicēšanas piederumu nodrošināšana un likumīga pieejamība, tostarp sterilu adatu un šļirču pietiekamas bezmaksas piegādes kombinētas daudzkomponentu metodes ietvaros, ko īsteno ar kaitējuma mazināšanas, konsultēšanas un ārstniecības programmu palīdzību.

Galvenais riska faktors saslimšanai ar asinīs pārnēsājamām infekcijām ir adatu, šļirču un citu narkotiku sagatavošanas un injicēšanas piederumu kopīga lietošana. Pat to narkotiku lietotāju vidū, kuri apgalvo, ka nekad nemainās ar adatām un šļircēm, ir pierasts kopīgi lietot narkotiku sagatavošanas piederumus, piemēram, narkotiku samaisīšanas trauciņus, ūdeni narkotiku izšķīdināšanai vai narkotiku filtrus, kas var izraisīt vīrusu hepatīta (B, C) nodošanu (74-75) (skatīt tekstlodziņu 16. lappusē par infekciju izplatīšanos ar narkotiku sagatavošanas piederumiem). Ir arī pierādīts, ka injicējamo narkotiku lietotāji smagi cieš no ādas, vēnu un asins infekcijām, jo injicēšana nenotiek sterilos apstākļos (17). Ir liecības, ka plašāk izplatās recepšu medikamentu injicēšana, sasmalcinot tabletes pulverī, un tas palielina plaušu embolijas un endokardīta risku (76-78). Ir pierādīts, ka daži paštaisīti paskābinātāji, kurus izmanto noteiktu narkotiku šķīdināšanai, satur sēnītes, kas pēc injicēšanas var izraisīt sirds infekciju endokardītu vai acu infekciju, kura var izraisīt aklumu un kuru dēvē par sēnīšu izraisītu endoftalmītu (79).

Ieteicamais risinājums – pamatojoties uz esošajiem pierādījumiem, ekspertu viedokļiem un standartizēto veselības aprūpes klīnisko praksi (80), jautājumā par injicēšanas higiēnu, galvenais pasākums HIV un HCV izplatības samazināšanai cilvēkiem, kuri turpina injicēt narkotikas, ir sterilu adatu un šļirču nodrošināšana, kā arī cita veida tīru injicēšanas piederumu (karotes/trauciņus karsēšanai, filtrus, injekciju ūdeni, paskābinātājus un sausus un spirtu saturošus tamponus) nodrošināšana pietiekamā daudzumā, lai katrā injekcijas reizē varētu lietot vienu no tiem. Ideālā gadījumā nodrošināšanai jābūt bez maksas un tādā veidā, kas lietotājiem ir viegli pieejams un pieņemams.

Praktiski apsvērumi – dažās vietās tiek pieprasīts atdot lietotās adatas un šļirces, lai saņemtu jaunas, tomēr šāda kārtība var izraisīt pretēju efektu un būt par šķērsli sterilu injekciju piederumu saņemšanai un lietošanai. Lai sasniegtu infekcijas slimību profilakses mērķi, būtu jāveicina adatu un šļirču pieejamība un ir jāatbalsta to savākšana, lai saņemtu jaunas, bet nav obligāti jāpieprasa. Rūpīgi jāizvērtē adatu dūrienu radītu ievainojumu risks ceļā uz izgāztuvi un attiecībā uz adatu un šļirču programmas darbiniekiem. Lai veicinātu drošu injekciju piederumu transportēšanu un izmešanu, ir ieteicams nodrošināt necaurduramus konteinerus, kuros savākt un atpakaļatdot injekciju piederumus. Dažās vietās veiksmīgi tiek izmantotas citas stratēģijas, piemēram, droša izgāztuve apdzīvotā vietā vai savākšana mājās. Būtiska ir koordinācija starp adatu un šļirču apmaiņas dienestu un policiju, lai nodrošinātu, ka injekciju piederumu nēsāšana netiks izmantota par iemeslu arestēt narkotiku lietotājus *NSP* tuvumā.

Klienti parasti norāda, kādiem šļirču veidiem un adatu izmēriem tie dod priekšroku; tas katrā vietā un lietotāju apakšgrupā krasi atšķiras. Šī izvēle rūpīgi jāņem vērā, lai maksimāli palielinātu pakalpojumu sniegšanu. Dažās vietās, piemēram, tiek izsniegtas ievelkamas adatu un šļirču kombinācijas, kur adata tiek ievilkta šļircē pēc lietošanas, lai novērstu atkārtotu lietošanu. Tomēr dažās vietās klienti tās uzskatīja par nepieņemamām, kā rezultātā pakalpojuma paplašināšana un saglabāšana bija ierobežota. Galvenajiem kritērijiem lēmumu pieņemšanā par dažādiem piedāvātajiem šļirču un adatu veidiem vajadzētu būt labvēlīgiem un lietotājiem pieņemamaiem, kā arī pakalpojuma paplašināšanu veicinošiem.,. Jāņem vērā arī klientu viedokļi un vēlmes saistībā ar narkotiku sagatavošanas piederumiem, to veidu un necaurduramo konteineru izmēru, kurus izmanto adatu un šļirču uzglabāšanai, jo arī šīs vēlmes atšķirsies katrā lietotāju apakšgrupā.

Sistemātiskie pārskati sniedz pierādījumus, ka adatu un šļirču apgādes rezultātā novērojams būtisks pašpaziņotās riskus izraisošās injicēšanas uzvedības samazinājums (81). Ir arī pierādījumi, ka adatu un šļirču apmaiņas programmas var samazināt HIV izplatību (81) (82). Metodoloģisko nepilnību dēļ ir grūtāk pārliecinoši pētīt saikni starp narkotiku sagatavošanas piederumu, piemēram, narkotiku sajaukšanas konteineru, sterila ūdens un kokvilnas filtru apgādi un HCV vai HIV samazināšanos (83). Tomēr HCV varēja izdalīt no 67 % tamponu, 40 % filtru, 33 % ūdens paraugu un 25 % karošu, kurus izmantoja HCV pozitīvas personas, lai sagatavotu narkotikas injekcijām (84).

Sākotnējos pētījumos iegūti epidemioloģiskie dati liecina, ka kopīgi lietoti narkotiku sagatavošanas piederumi, jo īpaši trauciņi narkotiku karsēšanai, ir saistīti ar HCV transmisiju to injicējamo narkotiku lietotāju vidū, kuri adatas un šļirces nelieto kopīgi (85) (75).

Infekciju izplatība ar narkotiku sagatavošanas piederumiem

Ūdens – ūdeni izmanto, lai izšķīdinātu narkotikas pirms to ievadīšanas un, lai pēc injekcijas izskalotu adatu un šļirci. Lietotāji šim nolūkam var izmantot kopēju ūdens avotu, kas, iespējams, tos pakļauj riskam saslimt ar asinīs pārnēsātu infekciju, kas var piesārņot ūdeni.

Karotes – karotes jeb tā dēvētos "trauciņus karsēšanai" (piemēram, *Stéricups®*) izmanto, lai karsētu un pirms ievadīšanas izšķīdinātu narkotikas, piemēram, heroīnu vai sasmalcinātas tabletes sajauktu ar ūdeni. Lietotāji var kopīgi lietot karotes narkotiku sagatavošanai un nonākt kontaktā ar atkārtoti izmantotu vai piesārņotu ūdeni, vai filtri var izplatīt baktērijas vai ar asinīm pārnēsājamus vīrusus

Paskābinātāji – paskābinātājus izmanto, lai nešķīstošas narkotikas, piemēram, brūno heroīnu vai kreku, padarītu šķīstošas. Daži paskābinātāji var izraisīt bakteriālas vai sēnīšu infekcijas. No infekcijām var izvairīties, ja nešķīstošo narkotiku lietotājiem izsniedz vienreiz lietojamas paskābinātāju paciņas, piemēram, askorbīnskābi.

Filtri – izšķīdušās narkotikas ievelk šļircē caur filtru, lai izvairītos no lielāku daļiņu nonākšanas asinsritē. Injicējot vēnā, filtru izmantošana ir ļoti svarīga, jo tie var novērst asins trombu vai embolu veidošanos. Tomēr kopīga filtru lietošana var izraisīt asinīs pārnēsātu vīrusu transmisiju. Filtrus mēdz izmantot atkārtoti, jo uzskata, ka tie satur atlikušās narkotikas, bet daži jaunāki komerciālie filtri samazina narkotiku uzsūkšanos tajos, un pēc lietošanas tie izšķīst.

Spirtu saturoši un sausi tamponi. Spirta salvetītes izmanto, lai pirms injekcijas dezinficētu dūriena vietu. Tīrus sausus tamponus izmanto pēc injekcijas veikšanas, lai apturētu asiņošanu, jo spirtu saturoši tamponi paildzinātu asiņošanas laiku.

Ieteicams nodrošināt ūdeni, karotes, paskābinātājus un filtrus, spirtu saturošus tamponus un sausus tamponus, lai samazinātu to kopīgu lietošanu vai atkārtotu izmantošanu un mazinātu iespējamo ar asinīm pārnēsājamu vīrusu un baktēriju transmisijas risku.

Trūkst spēcīgu pētniecības pierādījumu par injekciju sagatavošanas piederumu, piemēram, sterila ūdens, karošu/trauciņu karsēšanai, filtru vai spirtu saturošu tamponu nodrošināšanas ietekmi uz saslimstības ar HIV un HCV samazināšanos. Viens sākotnējais pētījums liecina, ka ir saistība starp narkotiku sagatavošanas vai injekciju piederumiem un pašpaziņotu pozitīvu HCV statusu (86). Atkārtoti izmantojot injekciju piederumus vai nehigiēniskas injicēšanas prakses dēļ pastāv arī bakteriālu ādas infekciju risks (17). Tomēr ir pierādījumi, ka šādu piederumu nodrošināšana samazina riskus izraisošu injicēšanas uzvedību (87) (88) un darbojas kā stimuls, lai piesaistītu un noturētu pakalpojumu klientus (89). Kādā vietā Apvienotajā Karalistē citronskābes paciņu piegādi injicējamo narkotiku lietotājiem klienti uzņēma labi, un tas palīdzēja piesaistīt klientus adatu un šļirču pakalpojumiem (90).

Sterilas adatas un šļirces, kā arī tīri injekciju piederumi būtu jāsniedz kopā ar veselības veicināšanas paziņojumiem par narkotiku lietotāju ārstēšanas pakalpojumiem un informāciju par brīdinājuma pazīmēm mīksto audu vai ādas infekciju gadījumā (papildu informāciju par veselības veicināšanas paziņojumiem injicējamo narkotiku lietotājiem skatīt tekstlodziņā par veselības veicināšanu 24. lpp). Uzmanība jāpievērš informācijas sniegšanai par drošu injicēšanas praksi, kur uzsvērts, ka ikviena adata un šļirce, kā arī piederumi, kas paredzēti narkotiku injekciju pagatavošanai (trauciņiem karsēšanai vai maisīšanas tvertnēm, kokvilnas filtriem, ūdenim) – jābūt vienreiz lietojamiem, un tos nekad nevajadzētu lietot kopīgi ar citiem injicējamo narkotiku lietošanas partneriem. Var būt noderīgi apsvērt tikpat pievilcīgu ar injicēšanu nesaistītu piederumu, piemēram, folijas heroīna lietotājiem vai želatīna kapsulu amfetamīna lietotājiem nodrošināšanu, lai veicinātu ar injicēšanu nesaistītu narkotiku lietošanas veidu izmantošanu (91-92).

Veselības veicināšanas informācijai būtu jāuzsver roku mazgāšana ar ziepēm un tīru ūdeni un injekcijas vietas tīrīšanu ar spirta tamponu (vai ziepēm un tīru ūdeni) pirms injicēšanas. Pēc injekcijas jāiesaka nekavējoties pārklāt injekcijas vietu ar sauso vates tamponu, nevis lietoto spirta tamponu. Būtu jāsniedz informācija par ādas infekciju vai abscesu un flebīta agrīnajām pazīmēm, un lietotāji ar šādiem simptomiem būtu jāiedrošina vērsties pēc agrīnas medicīniskās aprūpes.

Neraugoties uz stingrajiem ieteikumiem par to, ka adatas un šļirces, kā arī narkotiku sagatavošanas piederumus nedrīkst izmantot kopīgi un atkārtoti, ir pierādījumi, ka lielākajā daļā gadījumu atkārtota izmantošana notiek, bieži vien neapzināti. Pirmais pasākums, lai novērstu atkārtotu izmantošanu, būtu adatu, šļirču un narkotiku sagatavošanas piederumu pieejamības palielināšana, lai katrai injekcijai varētu izmantot jaunu komplektu. Ja tas nav iespējams, ir divi veidkā palīdzēt injicējamo narkotiku lietotājiem, lai samazinātu kaitējumu, kas varētu rasties no atkārtotas adatu un šļirču izmantošanas. Pirmkārt, šļirces, uz kurām ir attēloti skaitļi, krāsu kodi, uzlīmes vai kāda cita anonīma identifikācijas sistēma, var palīdzēt izveidot marķēšanas sistēmu, lai samazinātu netīšu apmainīšanos ar šļircēm. Otrkārt, lai gan hlora balinātāju izmantošana injekciju piederumu dezinfekcijai ir strīdīga, to var apsvērt tad, ja ir zināms, ka notiek atkārtota izmantošana. Lai gan laboratorijas apstākļos (93) ir pierādīta balinātāja efektivitāte HIV inaktivēšanā, tomēr nav pietiekamu pierādījumu par tā efektivitāti injicēšanas praksē, jo dezinfekcijas norādījumi ne vienmēr tiek stingri ievēroti. Balinātāju nodrošināšana var būt papildu alternatīva sterilu

injicēšanas piederumu nodrošināšanai, tomēr sterilu injicēšanas piederumu nodrošināšana ir daudz vēlamāks variants.

Vakcinācija

Ieteicamais pasākums
A un B hepatīta, stingumkrampju, gripas vakcīnas un, jo īpaši HIV pozitīvām personām – pneimokoku vakcīna.

Ieteicamais risinājums – pamatojoties uz esošajiem pierādījumiem, vakcinācija ir viens no efektīvākajiem pieejamajiem profilakses pasākumiem. Lielākajā daļā gadījumu injicējamo narkotiku lietotājiem ir paaugstināts risks iegūt B hepatītu, A hepatītu un stingumkrampju bakteriālo infekciju. Personas, kas inficētas ar C hepatītu (pret kuru šobrīd vakcīnas nav) un kuras ir inficētas arī ar A vai B hepatītu, slimo ar paātrināti progresējošu C hepatītu un tām ir iespējama daudz lielāka saslimstība. Dzīvesveida, vecuma vai HIV infekcijas dēļ dažiem injicējamo narkotiku lietotājiem varētu būt lielāks risks saslimt ar gripu vai pneimoniju. Tomēr ir pieejamas efektīvas vakcīnas, kas var novērst katru no šīm infekcijām, nodrošinot labu klīnisko aizsardzību (94).

Praktiski apsvērumi – vairumā dalībvalstu B hepatīta vakcinācija tagad ir iekļauta parastajās bērnu vakcinācijas programmās, tomēr kopš 1990. gadā šī politika tika uzsākta, daži pieaugušie, kuri injicē narkotikas, nebija vakcinēti bērnībā. Lai gan 18 no 29 ES/EEZ valstīm ir B hepatīta vakcinācijas programmas pieaugušajiem, kuri injicē narkotikas, šī vakcinācija ne vienmēr ir bez maksas (8) (95).

Tā kā dažas injicējamo narkotiku lietotāju grupas ir "grūti sasniedzamas" vakcinācijai ar tradicionāliem līdzekļiem, šī ir unikāla iespēja nodrošināt parasto vai vienreizējo vakcinācijas pakalpojumu, izmantojot stacionāros punktos vai mobilos pakalpojumus, kas apkalpo injicējamo narkotiku lietotājus. Ir pierādījumi, ka vakcinācijas izmantošanas līmenis uzlabojas tad, ja to apvieno ar citiem pakalpojumiem (96). Ir konstatēts, ka injicējamo narkotiku lietotāju vakcinācija nodrošina līdzekļu ietaupījumu, ja tā tiek veikta adatu un šļirču programmu ietvaros, un pētījumos ir iegūti atzīstami rezultāti par ārkārtas situāciju pārvaldību, kuras ietvaros B hepatīta vakcinācijas pabeigšanas rādītājs ir divkāršojies (97-98). Turklāt ielu sociālā darba programmas var būt efektīvs veids, kā palielināt atkārtotu devu uzņemšanu, bet vakcinācijas programmas, ko piedāvā ieslodzījuma vietās vai dzīvojamo rajonu narkomānu rehabilitācijas centros, var būt efektīvas tādā ziņā, ka tās sasniedz ieslodzītos vai tos narkotiku lietotājus, kuri ārstējas, tostarp injicējamo narkotiku lietotājus.

B hepatīta vakcīnu parasti ievada kā trīs atsevišķas injekcijas sešu mēnešu periodā, lai gan ir iespējama paātrināta vakcinēšanas shēma. Lai gan varētu būt grūti nodrošināt to, ka klients atgriežas un saņem otro un trešo devu, joprojām ir vērts vakcinēt klientu, kuram nepieciešama pirmā deva, jo pat viena B hepatīta vakcīnas deva var sniegt daļēju imunitāti (99). Jānorāda, ka pašpaziņotais vakcinācijas statuss injicējamo narkotiku lietotājiem bieži ir neprecīzs, salīdzinot ar to faktisko seroloģisko statusu (100). B hepatīta seruma marķieru pārbaudes pirmajā pakalpojuma saskarē var atklāt cilvēkus, kuri nepareizi paziņojuši par B hepatīta vakcināciju. Tāpat arī to cilvēku skaits, kuri sniedz zemu vai nesniedz nekādu atbildes reakciju, injicējamo narkotiku lietotāju vidū ir augstāks nekā vispārējā sabiedrībā (101).

Tā kā ir injicējamo narkotiku lietotāju vidū ir lielāks risks A hepatīta uzliesmojumiem, kombinētas A un B hepatīta vakcīnas lietošana ir ierosināta kā labākais veids, lai novērstu abas infekcijas injicējamo narkotiku lietotāju vidū (102-103). Tas ir īpaši svarīgi tiem cilvēkiem, kas ir C hepatīta pozitīvi.

Visās Eiropas valstīs vakcinācija pret stingumkrampjiem ir iekļauta bērna imunizācijas programmās, bet pieaugušā vecumā ik pēc pieciem līdz desmit gadiem parasti tiek veikta revakcinācija. Stingumkrampju vakcinācijas statusu būtu jāpārbauda injicējamo narkotiku lietotāju vidū un, ja vakcinācijas statuss ir neskaidrs, būtu jāpiedāvā revakcinācija, jo īpaši attiecībā uz tiem lietotājiem, kuriem ir infekcijas injekcijas vietā. Bieži tiek dota kombinētā stingumkrampju un difterijas vakcīna – tas ir ieteicams, jo kaut arī Eiropā difterija ir reti sastopama, tai ir augsts mirstības līmenis.

Visbeidzot, ir ieteicams nodrošināt vakcināciju pret sezonālo gripu un pneimokokiem (jo īpaši, ja klients ir HIV pozitīvs, un/vai vecāks par 50 gadiem), lai līdz minimumam samazinātu risku saslimstībai ar gripu vai pneimokoku infekciju (plašāku informāciju skatīt (16)).

Ir svarīgi atzīmēt, ka vakcinācija pret tuberkulozi, izmantojot *Bacillus Calmette-Guérin (BCG)* vakcīnas parasti tiek ieteikta tikai tiem zīdaiņiem, kuri dzīvo teritorijās, kur TB ir augsti endēmiska un zīdaiņiem un bērniem, kuri pakļauti īpašam riskam attiecībā uz TB iedarbību citādi zemas saslimstības teritorijās. Ir maz pierādījumu par *BCG* izmantošanu pieaugušiem pacientiem un tas ir kontrindicēts cilvēkiem ar pavājinātu imunitāti, piemēram, tādiem, kam ir simptomātiska HIV infekcija (104).

Narkotiku atkarības ārstēšana

Ieteicamais pasākums
Opioīdu aizstājējterapija un citas efektīvas narkotiku atkarības ārstniecības metodes

Narkotiku atkarības ārstēšana ir svarīgs veselībai radītā kaitējuma novēršanas elements. (27,105-106). Daudzās Eiropas valstīs narkotiku atkarības ārstēšana ir galvenais no plašiem intervences pasākumiem, lai novērstu ar narkotikām saistīto infekciju transmisiju (54). Tā ir arī būtiska, lai injicējamo narkotiku lietotāju vidū palielinātos stingra infekcijas slimību ārstēšanās ievērošana (1-2,107-108). Narkotiku lietotāju ārstēšana ietver virkni medicīnisko (tostarp farmakoloģisku), psiholoģisku, sociālu un uzvedības stratēģiju, lai apturētu vai samazinātu narkotiku lietošanu un injicēšanu, un to var veikt ambulatori vai mājas apstākļos. Psihosociālās terapeitiskās pieejas var būt dažādas – sākot no individuālas konsultācijas un motivējošu pārrunu paņēmieniem līdz vēl strukturētākiem psiholoģiskās ārstēšanas pasākumiem, atbilstoši personas vajadzībām un situācijai. Šobrīd svarīgas terapijas metodes ir izziņas un uzvedības terapijas, kuru mērķis ir ietekmēt apziņu un likt aizmirst nosacītus narkotiku lietošanas paradumus un to dažādās kombinācijas. Psihosociālus pasākumus var īstenot atsevišķi vai kombinācijā ar farmakoterapiju.

Farmakoloģiskā uzturošā terapija opioīdu atkarības ārstēšanai sastāv no tādu izrakstīto opioīdu medikamentu ilgstošas lietošanas, kas novērš abstinences simptomus un samazina tieksmi, ļaujot lietotājam dzīvot stabilāku dzīvi; samazina nelegālo heroīna lietošanu, riskus izraisošu uzvedību un noziedzīgu darbību; un uzlabo veselību, labklājību un dzīves kvalitāti (68). Opioīdu aizstājējterapiju *(OST)* bieži sniedz kombinācijā ar psihosociālo ārstēšanu un turpmākiem atbalsta pakalpojumiem (109-112).

Detoksikācijas procesā var izmantot arī opioīdu agonistu. Tomēr, lai izvairītos no augsta recidīvu biežuma, stacionārā detoksikācija būtu jāapvieno ar citām ārstēšanas iespējām, nevis jāpiedāvā tā kā atsevišķs pakalpojums (111).

Opioīdu aizstājējterapijas efektivitāte

Dati no ārstēšanas rezultātu pētījumiem un kontrolētiem pētījumiem pierāda metadona un citu medikamentu aizstājējterapijas efektivitāti heroīna un citu opioīdu atkarības ārstēšanā. Apskatos gūti daudz pierādījumi par *OST* ietekmi uz saslimstību ar infekcijām, kā arī uz riskus izraisošu injicēšanas uzvedību (81, 108-111,113-118).

Attiecībā uz riskus izraisošu injicēšanas uzvedību trīs lielākajos apskatos tika noteikti vairāki pētījumi ar labākajiem izpētes paraugiem, kas sniedz pierādījumus par *OST* efektivitāti riskus izraisošas injicēšanas uzvedības gadījumā (108,115,118). Visos trīs apskatos ir secināts, ka *OST* bija saistīts ar pašpaziņoto injicēšanas izplatības un biežuma, kā arī kopīgi lietoto injicēšanas piederumu un riskus izraisošās injicēšanas uzvedības rādītāju samazinājumu.

Novērtējot pierādījumus par *OST* efektivitāti HIV transmisijas samazināšanā, tajos pašos apskatos pastāvīgi rodami pietiekami pierādījumi, kas ļauj secināt, ka *OST* kopienu apstākļos ir efektīva, jo samazina HIV serokonversiju, jo īpaši to personu vidū, kam tiek veikta pastāvīga ārstēšana un gadījumos, kad medikamentu devas ir atbilstošas.

Pierādījumus par *OST* ietekmi uz HCV saslimstības samazināšanos ir grūtāk noteikt. Tas galvenokārt saistīts ar to, ka HCV viegli tiek pārnests, veicot injicēšanu un, iespējams, lietojot kopīgu injicēšanas aprīkojumu[4], un tam ir daudz augstāks sākuma izplatības līmenis injicējamo narkotiku lietotāju grupās visā Eiropā, kas veido infekcijas riska avotu. Tomēr jaunākie dati, tostarp sabiedrībā balstītu kohortu pētījumi par C hepatīta gadījumu skaitu *OST* klientu vidū, kopā ar Apvienotajā Karalistē veiktu pētījumu metaanalīzi (70-71,119-121) liecina par *OST* spēcīgo pozitīvo ietekmi uz HCV infekciju profilaksi. Šie pētījumi norāda uz lielākiem ieguvumiem to personu vidū, kuri pastāvīgi lieto *OST*, salīdzinot ar tiem, kuri ir pārtraukuši *OST* lietošanu; uz metadona aizsargājošo ietekmi gan pret primāro [5], gan sekundāro[6] HIV un HCV infekciju; un uz *OST* "devas - atbildes reakcijas" efektu, kas pierāda, ka jo ilgāk ārstējās, jo zemāks ir HCV saslimstības biežums.

---

[4] C hepatīta infekcijai ir raksturīga salīdzinoši augsta vīrusa koncentrācija asinsritē ne tikai primārajā inficēšanās fāzē, bet arī tām personām, kuras kļuvušas hroniski inficētas (salīdzinot ar HIV infekciju). Tas var radīt lielu HCV nodošanas rādītāju pēc pakļaušanas iedarbībai, jo ļoti iespējams, ka bieži minimālā infekciozā deva tiek pārsniegta tajās situācijās, kad inficēti un neinficēti injicējamo narkotiku lietotāji kopīgi lieto piederumus. Šo hipotēzi apstiprina fakts, ka C hepatīta izplatība bieži pārsniedz HIV izplatību lietotāju vidū, un C hepatīta epidēmijas parasti pārspēj HIV epidēmijas lietotāju kopienās. Tas var arī izskaidrot, kāpēc ir grūtāk ierobežot HCV saslimstības risku, izmantojot tikai vienu iejaukšanās pasākumu un kāpēc varētu būt nepieciešams lielāks pārklājums, lai panāktu iedarbību sabiedrības līmenī.

[5] Neinficētu personu inficēšanās.

[6] Tādu personu inficēšanās ar HIV vai HCV, kurām ir viena slimība.

Vairākos randomizētos kontrolētos pētījumos pēdējo 15 gadu laikā ir gūti pierādījumi par uzraudzītas injicējama heroīna terapijas *(HAT)* iedarbību uz ilgtermiņa grūti ārstējamām heroīna atkarīgām personām, kuras nereaģē uz standarta ārstēšanu. Rezultāti liecina, ka, salīdzinot ar klasisko vai optimizēto *OST*, grūti ārstējami *HAT* klienti uzrāda līdzīgu vai lielāku ārstēšanas rezultātu saglabāšanu, lielāku atteikšanos no noziedzīgām darbībām (piemēram, ar piesavināšanos saistīti noziegumi, lai finansētu nepārtrauktu nelegālā heroīna un citu nelegālo narkotiku lietošanu) un sasniedz būtisku nelegālā heroīna injicēšanas apjoma samazinājumu, kas saglabājas ilgāku laiku (122).

Apsvērtais vērtējums – pamatojoties uz pieejamajiem pierādījumiem, kas gūti labākajos pētījumos un apskatos, kā arī, ņemot vērā ekspertu atzinumu, narkotiku atkarības ārstēšanai ir jābūt viegli pieejamai, jo īpaši *OST* – opioīdu lietotājiem. Psihosociālā ārstēšana uzlabo *OST* efektivitāti, ja tās izmanto kopā, tā ir galvenā ārstēšanas iespēja stimulantu lietotājiem, un ir ieteicama, pamatojoties uz ekspertu atzinumu.

Kombinētas pieejas uzlabo OST iedarbību uz infekcijām

Pētījumi par atbilstību, ārstēšanas pabeigšanu un abstinences iznākuma pēcpārbaudi apstiprina, ka OST efektivitāti var uzlabot, ja tiek nodrošināti arī psihosociālie pasākumi (123). Randomizētā kontrolētā pētījumā par uzvedības pasākumu ietekmi uz HCV sastopamību injicējamo narkotiku lietotāju vidū Apvienotajā Karalistē (124), tika salīdzinātas uzlabotas profilaktiskās konsultācijas apvienojumā ar *OST* un tikai *OST*. Rezultāti parādīja, ka zemāki HCV serokonversijas rādītāji bija grupā, kas saņēma abus intervences pasākumus.

Nesenie pētījumi norāda uz to, cik svarīgi ir apvienot opioīdu aizstājējterapiju ar turpmākiem kaitējuma mazināšanas pasākumiem, lai samazinātu saslimstību ar infekcijām, tostarp HCV transmisiju. Amsterdamas kohortas pētījums (71) atklāja, ka pilnīga dalība gan metadona, gan adatu un šļirču programmā sešu mēnešu periodā bija saistīta ar zemāku HCV inficēšanās risku, lai gan šādu iedarbību neuzrādīja atsevišķas metadona terapijas vai adatu un šļirču programmu izmantošana. Apvienotajā Karalistē veiktajā kohortas pētījumā (119) arī tika norādīts uz lielāku *OST* ietekmi HCV saslimstības samazināšanā, ja tā tika kombinēta ar šļirču nodrošinājumu. Pavisam nesen sešu Apvienotajā Karalistē veiktu tādu pētījumu metaanalīzē, kuros tika apkopoti individuāla līmeņa dati par pasākumu pārklājumu, kā arī jauniem HCV inficēšanās gadījumiem injicējamo narkotiku lietotāju vidū, dokumentāri tika apstiprināts, ka, nodrošinot *OST* un adatu un šļirču programmas, patstāvīgi šajā grupā tika samazināts HCV sastopamības līmenis (70). Turklāt abi pasākumi darbojās sinerģiski, samazinot jaunu HCV inficēšanās gadījumu iespējamību par gandrīz 80 %, kad tiem klientiem, kuri opioīdu aizstājējterapijas laikā turpināja veikt injekcijas, tika nodrošināts plašs adatu un šļirču programmas pārklājums.

Kombinētas pieejas efektivitāte attiecībā uz HIV transmisiju turpmāk tika izvērtēta Ņujorkā veiktajā pētījumā (125), salīdzinot "kombinētās profilakses programmas" (metadona terapija, izglītība un ielu sociālais darbs, riska samazināšana, HIV pārbaužu veikšana un adatu un šļirču programma) efektivitāti ar "sākotnējo profilakses programmu", nepiemērojot šļirču apmaiņu (metadona terapiju, izglītību un ielu sociālo darbu, riska samazināšanu, HIV pārbaužu veikšanu). Laika gaitā novērotā HIV izplatība pieauga plašākā mērogā to vidū, kuri bija ierobežotajā jeb „sākotnējā profilakses programmā", salīdzinot ar tiem, kuri bija kombinētajā programmā. Tas liek domāt, ka *OST* kombinācijai ar šļirču apmaiņu var būt liela nozīme, lai ierobežotu HIV transmisiju.

Citu ārstēšanas metožu efektivitāte

Ir virkne citu narkotiku lietotāju ārstēšanas iespēju, tostarp psihosociālā ārstēšana, kognitīvi biheivoriālie pasākumi, ārkārtas situāciju vadība, un līdzbiedru atbalsta grupas.

Kaut arī ir pierādīts, ka psihosociālās ārstēšanas pasākums atsevišķi ir ļoti efektīvs opioīdu atkarības ārstēšanā (108), novērošanas pētījumu secinājumi (lieli kohortu pētījumi, piemēram, *DATOS* ASV un *NTORS* Apvienotajā Karalistē) rāda, ka dzīvojamo rajonu, kopienas un metadona programmas visas samazina abus faktorus – gan injicējamo narkotiku lietošanu, gan kopīgu adatu lietošanu. Terapijas laikā tika samazināti riskus izraisoša injicēšanas uzvedība un līdz ar to samazinājās inficēšanās risks (109). Psihosociālai ārstēšanai var būt liela nozīme, ārstējot narkotiku lietotāju pamatproblēmu pavadošos psiholoģiskos traucējumus, piemēram, nemieru, depresiju vai zemu pašvērtējumu, un, uzlabojot prasmes tikt galā ar narkotiku lietošanu .

Tādu injicējamo narkotiku lietotāju ārstēšana, kuri nav atkarīgi no opioīdiem

Kaut arī daži farmakoloģiskie līdzekļi stimulantu lietotāju ārstēšanai ir daudzsološi vai pašlaik tiek pārbaudīti, līdz šim nav atrasti farmakoloģiskās ārstēšanas veidi, kas varētu konstanti efektīvi samazināt narkotiku lietošanu šai grupai un palielināt ārstēšanas rezultātu saglabāšanu (108). Tiek veikti vairāki randomizēti pētījumi, lai pārbaudītu jaunas zāles kokaīna atkarības ārstēšanai; pašlaik „disulfirams" – viela, kas traucē alkohola metabolismam – un "vigabatrīns" – pretepilepsijas zāles – ir divas vielas, kas varētu būt derīgas šim mērķim. Turpinās mēģinājumi izstrādāt kokaīna vakcīnu (54).

Tā kā trūkst farmakoloģiskas ārstēšanas, stimulantu lietotājiem īpaši svarīga ir psihosociālā ārstēšana. Tomēr vienīgajā sistemātiskajā apskatā par pierādījumiem psihosociālās ārstēšanas jomā attiecībā uz psihostimulējošu līdzekļu lietošanu vai atkarību no tiem, nebija iespējams izdarīt noteiktus secinājumus par vienīgās ārstēšanas pieejas efektivitāti uz psihostimulējošu līdzekļu atkarību pētījuma neviendabīguma dēļ (126).

Kādā lielākā apskatā tika secināts, ka ārkārtas situāciju vadība *(CM)*, kas ietver monetāro stimulu nodrošināšanu, ja persona nelieto narkotikas vai turpina ārstēšanos, bija saistīta ar stimulantu lietotāju augstākiem atturības un ārstēšanās rezultātu saglabāšanas rādītājiem (108). Ja to apvienoja ar metadona terapiju, *CM* uzrādīja pozitīvus rezultātus attiecībā uz tiem klientiem, kas bija atkarīgi gan no opioīdiem, ganno stimulantiem. Tomēr vēl joprojām trūkst attiecīgu pierādījumu, lai šos atzinumus konsolidētu.

Tajā pašā apskatā bija uzsvērts, ka ir gūti nelieli efektivitātes pierādījumi, izmantojot citas uzvedības pieejas, tostarp kognitīvi biheiviorālo terapiju, kopienas nostiprināšanu ar *CM* un individuālās konsultācijas, lai cīnītos ar atkarību no stimulantiem. Ir maz pierādījumu par motivējošu pārrunu ietekmi un terapeitisko kopienu efektivitāti attiecībā uz stimulantu lietotāju ārstēšanu.

Opioīdu aizstājējterapijas nodrošināšana

Metadona aizstājējterapija tika izstrādāts ASV 20. gadsimta 60. gados, bet tās ieviešana klīniskajā praksē Eiropā palielinājās tikai sākot ar 20. gadsimta 80. gadu vidu. Šobrīd Eiropas valstīs izmanto metadonu un buprenorfīnu, dihidrokodeīnu, morfīnu un diacetilmorfīnu (heroīnu)[7] (112). Pēc visaptverošas narkotiku politikas pieņemšanas ES valstīs, opioīdu aizstājējterapijas izmantošana paātrinājās kopš 20. gadsimta 90. gadu vidus un šobrīd sasniedz vairāk nekā pusi no aplēstās mērķa populācijas (54,127-128). Eiropā buprenorfīna īpatsvars opioīdu aizstājējterapijā ir mazāks, nekā metadona īpatsvars, bet tas palielinās, daļēji tādēļ, ka tam piemīt labākas drošības īpašības. Buprenorfīns ir daļējs agonists, tam ir vājāka opioīdu iedarbība un tas rada mazāku fizisku atkarību, bet ir mazāk iespējams izraisīt pārdozēšanu. To bieži izmanto ilgtermiņa aizstājējterapijā, kuru sniedz ārstu kabinetos. Tas, ka mūsdienās opioīdu lietotāju ārstēšanai ir pieejams plašs vielu klāsts, tostarp heroīns, ļauj ārstiem plašākam narkotiku lietotāju skaitam sniegt uzlabotu farmakoloģisko ārstēšanu. Pasaules Veselības organizācija 2009. gadā publicēja detalizētas vadlīnijas par psihosociāli atbalstītu farmakoloģisko opioīdu atkarības ārstēšanu (111).

Kvalitāte un kontrole: ārstniecības pakalpojumiem ir jābūt labi organizētiem un augstas kvalitātes, tostarp attiecībā uz darbinieku apmācības līmeni, lai sasniegtu labākos rezultātus. Jo īpaši jāievēro pieejamās starptautiskās vadlīnijas par ārstēšanas shēmām, devām un uzraudzību (111,129). Pierādījumi liecina, ka būtu jāveicina elastīga devu struktūra, tostarp zema sākuma deva un augsta uzturošā deva, bez devu un ārstēšanas ilguma ierobežojumiem (110,130). Lai uzlabotu opioīdu aizstājējterapijas efektivitāti, pierādījumi arī liecina, ka, salīdzinot ar īslaicīgu *OST* lietošanu, ilgstoša ārstēšana ir daudz efektīvāka (108). Daži *OST* veidi, piemēram, ārstēšana ar metadonu, būs mazāk efektīva (t. i., zemāks līmenis serumā), ja vienlaikus tiks veikta tuberkulozes vai HIV ārstēšana. Tas būtu jāuzrauga un deva jāpielāgo tā, lai ārstēšana būtu efektīva (131).

Pieejamība: būtu papildus jāapsver *OST* nodrošināšana zema sliekšņa pakalpojumos. Zema sliekšņa programmas ir orientētas uz kaitējuma samazināšanu, nevis atturību, un tās ir daudz piekāpīgākas attiecībā uz atbilstības prasībām un pakalpojumu sniegšanu, salīdzinot ar augsta sliekšņa programmām. Šajās vietās tiek veicināta kombinēta citu kaitējuma mazināšanas pakalpojumu lietošana, kas var uzlabot ārstniecisko iedarbību. Narkotiku lietotāju ārstēšanas laikā cilvēkiem, kuri iepriekš lietojuši vai šobrīd lieto injicējamās narkotikas, jāpiedāvā daudzi pakalpojumi, kas saistīti ar infekcijām, piemēram, pakalpojuma sniedzēja un klienta uzsāktas pārbaudes un konsultācijas, vakcinācija, infekcijas slimību ārstēšanu vai aizsarglīdzekļi. Garīgās veselības aprūpe (un papildu vispārējā veselības aprūpe, ko veic vispārējās medicīnas darbinieki un, ja tādi ir, iekšējie speciālisti) jāapvieno ar narkotiku atkarības ārstēšanu. Šādas aprūpes pieejamība ir īpaši svarīgi injicējamo narkotiku lietotājiem, kuri izmanto zema sliekšņa pakalpojumus.

Izsniegšana: aizstājējterapijas zāles var izsniegt klīnikās, specializētos centros apdzīvotās vietās vai aptiekās. Visos gadījumos tiešā to pacientu uzraudzība, kuri saņem medikamentus, var novērst narkotiku novirzīšanu nelegālajā tirgū. Tomēr devas, kas izsniegtas uz mājām, ļauj pacientiem pildīt ģimenes vai darba pienākumus un dzīvot "normālāku" dzīvi. Visiem, kas iziet šādu ārstēšanu, būtiska prasība ir regulāras medicīniskās pārbaudes (16,111).

Elastība attiecībā uz ārstēšanas uzsākšanu: primāro pētījumu rezultāti norāda uz pagaidu metadona terapijas pozitīvo ietekmi uz riskus izraisošu uzvedību (132). Viegli pieejama ārstēšana, kas izpaužas kā pagaidu metadona saņemšana, ļauj injicējamo narkotiku lietotājiem gūt labumu no opioīdu aizstājējterapijas aizsargājošās ietekmes uz riskus izraisošu uzvedību.

Sarežģītu mērķa grupu sasniegšana: pierādīts, ka ilgtermiņa atkarīgie heroīna lietotāji, kuri nereaģē uz standarta ārstēšanu, gūst labumu programmās, kas nodrošina uzraudzītu injicējamo heroīna terapiju (122). Lai izmantotu *HAT*, pakalpojumi strukturāli jāpielāgo, ievērojot stingrus drošības apstākļus un novērstu jebkādu narkotiku novirzīšanu nelegālajā tirgū. Klīnikām jābūt atvērtām vairākos laikos dienā, katru dienu visa gada garumā, lai ļautu klientiem kontrolēti veikt injekcijas, atbilstoši ārstēšanas vadlīnijām (122). Lai gan izmaksas šajā "otrās rindas" ārstēšanā ir lielākas, nekā orālā metadona ārstēšanā, to kompensē ar būtiskiem ietaupījumiem sabiedrībai: jo īpaši samazinās ar noziedzīgu uzvedību saistītās izmaksas kriminālprocesiem un ieslodzījumam (133).

---

[7] Farmakoloģiskajā ārstēšana ar opioīdu antagonistu naltreksonu, kas bloķē heroīna un citu opioīdu ietekmi, Eiropā tiek lietota nelielos apmēros, jo terapija ir saistīta ar augstu samazinājuma līmeni.

Ieslodzījuma vietas: apskati par izmēģinājuma un novērošanas pētījumiem par OST ieslodzījuma vietās liecina, ka ieguvumi no ieslodzījuma vietās nodrošinātas aizstājējterapijas darbojas līdzīgi sabiedriskās vietās sniegtajai (32,134-136). Šāda ārstēšana, kas pieejama ieslodzījuma vietās, sniedz iespēju samazināt nelikumīgu opioīdu lietošanu un riskus izraisošu uzvedību cietumā. Ir būtiski izveidot labu saikni starp ieslodzījuma vietām un sabiedrībā īstenotām programmām, lai nodrošinātu ārstēšanas nepārtrauktību (ieslodzījumā/pēc atbrīvošanas), lai gūtais labums darbotos ilgtermiņā un tiktu novērsts augsta riska kaitējums, tostarp nāve laika posmā pēc personas atbrīvošanas no ieslodzījuma vietas.

Pārbaužu veikšana

Ieteicamais pasākums

Brīvprātīga un konfidenciāla HIV, C hepatīta (B hepatīta nevakcinētām personām) un citu infekciju, tostarp tuberkulozes pārbaužu veikšana ar informētu piekrišanu, jāpiedāvā ikdienā un jāsaista ar nosūtījumu uz ārstēšanu.

Ieteicamais risinājums – eksperta atzinums atbalsta brīvprātīgu un konfidenciālu infekcijas slimību pārbaužu veikšanu to potenciālā riska samazināšanai, un tādēļ, ka uz pārbaudēm balstīta diagnoze ir ārstēšanas priekšnoteikums Tā kā injicējamo narkotiku lietošana ir saistīta ar inficēšanās risku, varētu būt rentabli visā Eiropā injicējamo narkotiku lietotājiem veikt pārbaudes uz HIV, B hepatītu un C hepatītu. Tuberkulozes pārbaužu veikšana varētu būt rentabla lielākajā daļā valstu. Būtu jāapsver citu infekciju pārbaužu iekļaušana medicīniskās apskates standarta piedāvājumā (piemēram, A, D hepatīts, sifiliss un citas aknu pārbaudes un vispārējās asins analīzes). Medicīnisko izmeklējumu un pārbaužu biežums, kā arī izlemšana par to, kādas pārbaudes veicamas, jāpielāgo indivīdu klīniskajām pazīmēm un simptomiem, kā arī vietējai epidemioloģiskajai situācijai. Attiecībā uz injicējamo narkotiku lietotājiem šis risks bieži vien ir ļoti augsts, un šajā gadījumā pārbaudes būtu jāpiedāvā pat vienu vai divas reizes gadā (16).

Ir ieteicams īstenot brīvprātīgu un konfidenciālu pieeju parasti piedāvāto pārbaužu pakalpojumiem. "Brīvprātīga" nozīmē, ka, lai gan pārbaužu veikšana ir standarta medicīniskā aprūpe, persona ir informēta par pārbaudēm un to iespējamajām sekām un persona dod nepārprotamu piekrišanu pārbaudes veikšanai. "Regulāri piedāvāta" nozīmē to, ka aprūpes sniedzējiem būtu ieteicams infekcijas slimību pārbaudes iekļaut injicējamo narkotiku lietotāju standarta medicīniskajā aprūpē.

Tomēr ES/EEZ valstu paziņotie aprēķini liecina, ka attiecībā uz HIV iepriekšējo divpadsmit mēnešu laikā tikuši pārbaudīti tikai 10 % līdz 60 % injicējamo narkotiku lietotāju (137), un attiecībā uz citām infekcijām skaitļi, iespējams, ir vēl mazāki. Savlaicīga ar asinīm pārnēsājamu vīrusu un citu slimību atklāšana ļauj klientiem saņemt veselības aprūpi, lai ārstētu infekcijas, novērstu komplikācijas, un samazinātu risku nodot slimību tālāk (138). Pārbaužu veikšana piedāvā nozīmīgu iespēju konsultēt un izglītot cilvēkus, kas injicē narkotikas, par infekciju profilaksi (ja pārbaudēs ir negatīvs rezultāts) un tālāku transmisiju (ja pārbaudēs konstatēts pozitīvs rezultāts). Riska samazināšanas konsultēšana, kuru veic saistībā ar pārbaudēm, var samazināt riskus izraisošu uzvedību (139).

Ar asinīm pārnēsājamas infekcijas

EMCDDA 2010. gadā izdeva veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēju darbības pamatnostādnes par HIV, vīrusu hepatītu un citām infekcijām, ieskaitot bakteriālas ādas infekcijas, seksuāli transmisīvo infekciju, un elpošanas ceļu infekciju pārbaužu uzsākšanu injicējamo narkotiku lietotājiem. Pamatnostādnes var būt noderīgas, vadot programmas, kuru ietvaros ievieš pārbaužu veikšanu injicējamo narkotiku lietotājiem (16). Vispārīgus norādījumus par HIV pārbaudēm ir izdevis *ECDC* (138). Kopumā injicējamo narkotiku lietotājiem būtu jāpiedāvā pārbaudes, kas atbilst valsts pamatnostādnēs noteiktajiem kvalitātes standartiem. Tomēr lielāku uzmanību var būt nepieciešams pievērst neaizsargāto un grūti sasniedzamo iedzīvotāju grupu sasniegšanai un konsultēšanai, lai varētu nodrošināt labu piekļuvi pārbaudēm, kā arī to, ka tie apzinās pārbaužu veikšanas iemeslu un piekrišanu pārbaudēm dod nepārprotami brīvprātīgi. Pacienttuvas testēšanas nodrošināšana pārvietojamos punktos var palielināt HIV, HBV un HCV pārbaužu ieviešanu (skatīt tekstlodziņu par Somijas pacienttuvas testēšanas pieredzi). Pat tad, ja pacienttuvas testēšanas pozitīvo rezultātu apstiprinošas pārbaudes notiek tikpat ilgi kā parastas pārbaudes, negatīvu pārbaužu rezultāti ir pieejami uzreiz, un provizoriskie pozitīvi testa rezultāti apvienojumā ar riska samazināšanas konsultācijām var samazināt riskus izraisošu uzvedību. Pārbaudēm jābūt saistītām ar inficēto personu ārstēšanu, vietējās aprūpes darbiniekiem izsniedzot nosūtījumus uz novērtēšanu un pēcpārbaudēm tiem, kuri saņēmuši apstiprinājumu, ka ir inficēti ar HIV, hronisku HCV un HBV, kam nepieciešama ārstēšana.

Tuberkuloze

TB skrīnings veido papildu un svarīgus uzdevumus, kurus ir būtiski risināt saistībā ar injicējamo narkotiku lietotājiem. TB kontrole pamatā ir atkarīga no infekcijas gadījumu atklāšanas un vismaz sešu mēnešu ārstēšanas ar kombinētām antibiotikām, atbilstoši starptautiskajām rekomendācijām (140-141).

Injicējamo narkotiku lietotāju vidū ir izplatīta prakse pacientiem uzreiz nemeklēt aprūpi, kas palielina TB transmisijas risku un palielina slimības smagumu (142-143). Lai samazinātu slimības transmisiju un uzlabotu

ārstēšanas rezultātus un prognozes pacientam, ir būtiski atklāt visus saslimšanas gadījumus. TB pārbaudes var veikt, lai noteiktu aktīvo vai latento infekciju. No sabiedrības veselības viedokļa ļoti svarīga ir aktīvās tuberkulozes noteikšana, jo tas samazina tūlītēju slimības nodošanu. Tomēr tā kā injicējamo narkotiku lietotājiem un jo īpaši tiem, kuri ir HIV seropozitīvi, ir palielināts aktīvas slimības attīstības risks, ir svarīga arī latentās TB diagnozes profilaktiska ārstēšana. Ideālā gadījumā visiem injicējamo narkotiku lietotājiem būtu jāizmeklē aktīva TB slimība vai latentā TB infekcija.

Pacienttuva testēšana Somijas zema sliekšņa veselības pakalpojumu punktos

Somijā kopš 1999. gada ir ieviesta pacienttuva (PT) HIV eksprestestu programma zema sliekšņa veselības pakalpojumu centros (ZSVPC), kas apkalpo injicējamo narkotiku lietotājus. 2011. gadā 10 no 34 ZSVPC piedāvāja Valsts Veselības un labturības institūta *(THL)* novērtētus un ieteiktus HIV eksprestestus.

THL atbalsta PT testēšanas programmas, piedāvājot laboratoriju un konsultācijas apmācību, kvalitātes novērtēšanu un uzraudzības programmas, un sniedz konsultācijas par praktiskajiem pasākumiem, kas nepieciešami pārbaužu veikšanai. Lai jaunā ZSVPC ieviestu PT eksprestestēšanu, viss personāls ir jāapmāca *THL* darbam ar eksprestestiem. Institūts trīs reizes gadā rīko HIV antivielu kvalitātes vērtēšanas ciklus, saskaņoti ar ārējās kvalitātes novērtēšanas pakalpojumiem un veic pozitīvu rezultātu apstiprinājuma pārbaudes. *THL* arī sniedz ikdienas konsultācijas un uzrauga pārbaužu programmas, apkopo datus par pārklājumu un rezultātiem programmas uzraudzībai un ietekmes novērtējumam.

Klientiem bez pieraksta tiek piedāvāta bezmaksas anonīma HIV eksprestestēšana visos ZSVPC. Pārbaudes veic atsevišķā pārbaužu telpā, kas nodrošina privātumu. Pirmspārbaužu konsultācijas ietver sarunas par riskus izraisošu uzvedību, drošu dzimumdzīvi, kā arī par HIV antivielu latento periodu. Pārbaudi veic, noņemot asinis no pirksta ar lanceti, un rezultāts ir pieejams 15 minūšu laikā. Negatīvi testa rezultāti tiek doti tūlīt pēc pārbaudes, bet pozitīvie rezultāti tiek tālāk apstiprināti no atsevišķi paņemtām venozajām asinīm. Apstiprinošs rezultāts ir gatavs pēc nedēļas. Pozitīvas atbildes gadījumā pacienti tiek nosūtīti aprūpei uz slimnīcu.

Laikposmā no 1999. līdz 2010. gadam ZSVPC pārbaudīja vairāk nekā 8000 paraugus no injicējamo narkotiku lietotājiem, kā rezultātā kopumā tika apstiprināti 47 HIV pozitīvi gadījumi. Kopumā veselības aprūpes darbinieki un ZSVPC klienti eksprestesta formātu ir pieņēmuši pozitīvi. Lielākā daļa klientu labāk izvēlas PT veikt eksprestestu, nevis tradicionālās pārbaudes.

TB skrīnings ir daļa no visaptverošas veselības aprūpes piegādes procedūras, kas prasa piekļuvi mikrobioloģijas pakalpojumiem, ārstēšanas telpām, zālēm un atbalstu visiem diagnosticētajiem pacientiem. TB skrīnings/diagnoze ietver medicīnisko vēsturi, krūškurvja rentgenu, tuberkulīna ādas raudzi *(TST)*, un, ja tas ir pieejams, asins analīzes (gamma-interferona testu, *IGRA*). Izmantotā metode ir atkarīga no valsts pamatnostādnēm vai, ja tādu nav, no starptautiskām TB skrīninga pamatnostādnēm (131) (16) (144).

Turklāt TB pazīmju un simptomu klātbūtne injicējamo narkotiku lietotājiem būtu jānosaka, izmantojot klīnisko pārbaudi un, ideālā gadījumā, klientiem vajadzētu aizpildīt anketu par iespējamiem simptomiem pirms testēšanas. Pēc jebkura TB skrīninga, īpaši tiem injicējamo narkotiku lietotājiem, kuriem ir TB simptomi vai pazīmes, jāveic vismaz krēpu uztriepes mikroskopija, ar pilnu piekļuvi laboratorijai, kurai ir attiecīgā kapacitāte, tehniskā pieredze un prasmes, lai pārbaudītu visus gadījumus, kuros ir aizdomas par TB. Ja ir aizdomas par aktīvu tuberkulozi, TB diagnozes uzstādīšanai nepieciešams saņemt apstiprinājumu no mikrobioloģiskās izmeklēšanas, tostarp veicot medikamentu uzņēmības pārbaudi.

Ir pierādīts, ka injicējamo narkotiku lietotāji var būt viena no tām grupām, kurām nepieciešams vismazākais to personu skaits, kurām veic pārbaudes un profilaktisko ārstēšanu, lai novērstu saslimšanas gadījumus (145).

Citas infekcijas, kas apdraud narkotiku lietotājus

Būtu jāveicina seksuāli transmisīvo infekciju, piemēram, hlamīdiju, gonorejas un sifilisa pārbaužu un ārstēšanas iekļaušana regulārā skrīninga programmā, jo īpaši tām personām, kas piekopj augstu risku izraisošu seksuālo uzvedību un kam ir vairāki seksuālie partneri, piemēram, seksuālo pakalpojumu sniedzējiem. Visos apstākļos būtu jānodrošina nosūtījumi, prezervatīvi un lubrikanti, pat tādās vietās, kur pārbaudes un ārstēšanu var nebūt iespējams nodrošināt, piemēram, pārvietojamos punktos.

Turklāt injicējamo narkotiku lietotājiem ir augsts risks saslimt ar akūtām bakteriālām ādas infekcijām (tostarp pret meticilīnu rezistento *Staphylococcus aureus* izraisītās infekcijas), ar mīksto audu infekcijām, abscesiem un plīstošām vēnām, un ar potenciāli dzīvībai bīstamām komplikācijām. Infekciju cēloņi ir injicēšana (nodrošinot uz ādas esošām baktērijām ceļu asinsritē), slikta higiēna, neprasmīgas injicēšanas metodes un piesārņotas narkotikas (piemēram, Sibīrijas mēra uzliesmojums Skotijā 2010. gadā). Ir svarīgi pamanīt (diagnosticēt) nelielas traumas un bakteriālas infekcijas un laicīgi tās ārstēt. Abscesu vai citu ādas bojājumu gadījumos būtu jāveic strutu, audu vai cita materiāla bakterioloģiskā pārbaude un jānosūta uz laboratoriju izmeklēšanai (15).

Infekcijas slimību ārstēšana

Ieteicamais pasākums

Pretvīrusu terapija, pamatojoties uz klīniskām indikācijām, personām, kuras ir inficētas ar HIV, HBV vai HCV. Tuberkulozes ārstēšana aktīvas tuberkulozes gadījumos. Profilaktiska tuberkulozes terapija jāparedz latentas tuberkulozes gadījumos. Citu infekcijas slimību ārstēšana jāpiedāvā, vadoties pēc klīniskām indikācijām.

Apsvērtais vērtējums – Jaunākie pētījumi liecina, ka injicējamo narkotiku lietotāji viennozīmīgi gūst labumu no HIV, HBV un HCV pretvīrusu terapijas. Jaunākās starptautiskās vadlīnijas pieļauj pretvīrusu terapiju arī cilvēkiem, kuri lieto narkotikas, ja vien nav citu klīnisku kontrindikāciju. Ir pārliecinoši pierādījumi par TB ārstēšanas ieguvumiem individuālajā un sabiedrības līmenī.

Praktiski apsvērumi – Testēšana būtu cieši jāsaista ar ārstēšanu, izveidojot noteiktu nosūtīšanas kārtību, lai nodrošinātu aprūpes nepārtrauktību pacientiem, kuriem konstatēta saslimšana, kā arī medicīnisko slimības progresēšanas uzraudzību, ja ārstēšana vēl nav nozīmēta. Jāņem vērā augstā kombinēto infekciju izplatība injicējamo narkotiku lietotāju vidū. Nosūtīšanas kārtība un nepārtrauktība slimību ārstēšanā ir īpaši svarīgi, plānojot atbrīvošanu no ieslodzījuma vietas.. Rūpīgi jāapsver zāļu mijiedarbība , jo īpaši personām, kam ir kombinētā inficēšanās.

Ar asinīm pārnēsājamas infekcijas

Antiretrovirālās terapijas *(ART)* nodrošināšana ir būtiska aprūpes daļa tiem injicējamo narkotiku lietotājiem, kuri saskaņā ar pārbaudēm ir HIV pozitīvi. Personām, kuri saskaņā ar pārbaudēm ir B vai C hepatīta vīrusa pozitīvi, pretvīrusu terapijas sniegšana bieži ir klīniski indicēta un tā ir sniedzama saskaņā ar nacionālajām vadlīnijām (1,53,146-148). Visām personām, kurām ir HIV vai hronisks B vai C hepatīts, nepieciešama regulāra medicīniskā pārbaude, pat tad, ja tie nesaņem pretvīrusu terapiju.

Ir pierādījumi, ka aktīvie injicējamo narkotiku lietotāji var sekmīgi ārstēt HIV infekciju un uzlabot savu veselības stāvokli. Ir vienlīdz pārliecinoši pierādījumi, ka narkotiku lietotāju vidū nav augstākas rezistences pret medikamentiem nekā citām HIV pozitīvām personām, kuri saņem antiretrovīrusu terapiju (149). Pētījumi arī liecina, ka injicējamo narkotiku lietotāji var sasniegt tādus pašus C hepatīta ārstēšanas rezultātus, kādi ir grupām, kas neveic injicēšanu, ja ārstēšana noritējusi kopā ar attiecīgu atbalstu (150). Ir pierādījumi, ka C hepatīta ārstēšanu var veikt opioīdu aizstājējterapijas programmu ietvaros un ka gan klienti, gan darbinieki atbalsta šo "vienas pieturas aģentūras" modeli pakalpojumu sniegšanā (151-153).

Vairāki pētījumi ir apstiprinājuši, ka HIV pozitīvas personas vai HIV un HCV inficētas personas, kuras saņem *OST,* biežāk ievēro šo infekciju ārstēšanas shēmu, taču nav pierādījumu par to, kā tas ietekmē vīrusu slodzi. (Detalizētu informāciju par *OST* ietekmi uz *ART* ievērošanu var atrast PVO Klīniskajā protokolā Eiropas reģionam (1)).

Ir arī modelēšanas pētījumos gūti pierādījumi, ka HIV un C hepatīta anti(retro)virāla terapija var ietekmēt infekcijas slimību transmisijas profilaksi: ja ievēro ārstēšanu, vīrusu slodzi var samazināt, tādējādi samazinot tālākas transmisijas risku, papildus infekciju komplikāciju novēršanai individuālam HIV vai C hepatīta pozitīvam injicējamo narkotiku lietotājam (154).

HIV infekciju un B hepatītu profilaktisko terapiju pēc saskares ar inficēto var apsvērt atbilstoši ar starptautiskajām un valsts rekomendācijām.

Tuberkuloze

Visiem pacientiem, kuriem diagnosticēta tuberkuloze, būtu jānodrošina atbilstoša ārstēšana. Ārstēšanā būtu jāievēronacionālās vadlīnijas, vai, ja tādu nav, starptautiskās vadlīnijas (140-141), kas arī sniedz konkrētus norādījumus par īpašām klīniskām situācijām, piemēram, tādām blakusslimībām kā HIV infekciju. Ārstēšanas process ir klīniski un bakterioloģiski jāuzrauga. Ja pacientam ir atklāta aktīvā TB, jānodrošina kontaktpersonu izsekošana.

Cilvēkiem, kam ir HIV infekcija un kuri dzīvo apstākļos, kuros ir augsts risks atkārtotai saskarei ar TB un kuriem ir izslēgta aktīva TB, pēc individuāla riska novērtējuma jāapsver profilaktiska ārstēšana. Tāpat arī, ja ir pieejama antiretrovirālā ārstēšana, adekvāta CD4 šūnu skaita sasniegšana un uzturēšana HIV inficētām personām nodrošinās zemāku risku, ka pēc saskares šīm personām attīstīsies TB. Tas būtu jāņem vērā individuālā riska novērtējumā.

Veicot HIV inficētu personu profilaktisko ārstēšanu, vajadzētu ievērot "PVO pagaidu politiku kopīgajos TB/HIV pasākumos" (155) un "Politikas vadlīnijas kopīgiem TB un HIV pakalpojumiem injicējamo un citu narkotiku lietotājiem. Integrēta pieeja" (156).

Saskaņā ar starptautiskajiem TB aprūpes standartiem, stratēģija pacientu ārstēšanās ievērošanai būtu jāparedz pasākumi, lai gan novērtētu, gan veicinātu ievērošanu, un būtu jāparedz noteikumi, lai novērstu neievērošanu. Tāpēc ir ieteicams tiešās uzraudzības terapijas kurss *(DOT)*, lai nodrošinātu multidisciplināru pieeju pacientu atbalstam un uzlabotu ārstēšanas ievērošanu. Var būt noderīgas stimulēšanas programmas, lai veicinātu *DOT* ievērošanu (157).

Citas infekcijas, kas skar narkotiku lietotājus

Ja tiek konstatētas seksuāli transmisīvās infekcijas, tās nekavējoties jāārstē saskaņā ar nacionālajām vadlīnijām. Ilgtermiņā veikta injicēšana injicējamo narkotiku lietotājiem bieži rada hroniskas, nedzīstošas brūces. Brūču aprūpes procedūras var būt ļoti efektīvas, ja attiecības starp klientu un personālu ir stabilas un tās balstītas uz uzticēšanos un ārstēšanās ievērošanu. Ja iespējams, brūču aprūpes pakalpojumi ir jāpiedāvā kopā ar adatu un šļirču pakalpojumiem, kā arī ar infekcijas slimību ārstēšanu ar medikamentiem.

Veselības veicināšana

Ieteicamais pasākums

Veselības veicināšana, pievēršoties drošākiem injicēšanas paradumiem; seksuālā veselība, tostarp prezervatīvu lietošana; un slimību profilakse, pārbaužu veikšana un ārstēšana.

Apsvērtais vērtējums – Ekspertu atzinumi atbalsta veselības veicināšanu kā būtisku pavadošo komponentu visu sešu iejaukšanās pasākumu sniegšanai. Tas sniedz atbalstu citu tiešo iejaukšanās pasākumu īstenošanai un sociālajam mārketingam. Saturs būtu jāpielāgo lietotāju vajadzībām.

Veselības veicināšana ir "process, kas ļauj cilvēkiem palielināt kontroli pār savu veselību un tās noteicošajiem faktoriem, un tādējādi uzlabot savu veselību" (PVO, 1986. gads). Veselības veicināšana ietver ne tikai informācijas un atbalsta sniegšanu, bet arī konsultācijas par riska samazināšanu. Veselības veicināšana vien nav efektīva, lai samazinātu HIV saslimšanas risku injicējamo narkotiku lietotāju vidū, bet kombinējot ar citiem profilakses pasākumiem, piemēram, adatu un šļirču nodrošinājumu un ārstēšanu ar medikamentiem, veselības veicināšana var būt efektīva (53,158). Veselības veicināšanas informatīvajos materiālos būtu jāņem vērā dzimumu un kultūras atšķirības, tie jāsniedz dažādās valodās, un tajos izmantotā terminoloģija jāpielāgo lietotājiem, lai viņi tos varētu viegli saprast.

Veselības veicināšana drošākiem injicēšanas paradumiem

- Katrai injekcijai izmantojiet jaunu sterilu adatu un šļirci, un tīrus piederumus: "viena adata – viena šļirce – vienu reizi". Nekad nelietojiet kopīgi un neaizņemieties adatas, šļirces vai piederumus.
- Apzinieties un esat gatavs situācijām, kurās var būt grūti novērst infekcijas. Piemēram, ja ir sociālais spiediens kopīgi lietot piederumus vai ja situācija, sagatavojot injekcijas, ir nedaudz haotiska. Izmantojiet stratēģijas, lai samazinātu nejaušas injicēšanas piederumu apmaiņas iespējamību (piemēram, izmantojot krāsu kodētas vai marķētas šļirces).
- Rosiniet līdzbiedrus, kuri nav injicējamo narkotiku lietotāji, neuzsākt injicēšanu. Rosiniet līdzbiedrus, kuri ir injicējamo narkotiku lietotāji, ievērot drošu injekciju praksi.
- Nomazgājiet rokas pirms un pēc injicēšanas; pirms injicēšanas notīriet ādu ar spirtu vai citu dezinfekcijas līdzekli; izmantojiet filtru; izvairieties no bīstamām injekcijas vietām, piemēram, kakla un cirkšņiem; izvairieties no injicēšanas zem ādas vai tieši muskulī; un pēc injekcijas ar dezinfekcijas līdzekli notīriet visus materiālus, tostarp galda virsmu.
- Izmantojiet tādus narkotiku uzņemšanas ceļus, kas nav saistīti ar injicēšanu, piemēram, smēķēšanu vai orālo lietošanu. Šiem nolūkiem var izmantot foliju vai želatīna kapsulas.
- Novērsiet pārdozēšanu, izmantojot mazāku narkotiku daudzumu (jo īpaši pēc atturēšanās vai mazāk intensīva narkotiku lietošanas perioda), nelietojot narkotikas vienatnē, bet, pamanot pārdozēšanas gadījumu pazīmes citos injicējamo narkotiku lietošanas partneros, meklējiet palīdzību nekavējoties. Uzmanieties, lietojot narkotikas no jauniem vai nezināmiem avotiem, un izvairieties no narkotiku jaukšanas, piemēram, ar alkoholu, benzodiazepīniem un opioīdiem. Izmantojiet uzraudzītas veselības aprūpes telpas higiēniskai injicēšanai, ja šādi pakalpojumi ir pieejami.

Papildus rakstveida materiāliem jābūt uzskates un interaktīviem mācību līdzekļiem. Personām, kas sniedz veselības veicināšanas konsultācijas, jābūt īpaši apmācītām, kā nodrošināt veselības izglītību. Ir svarīgi atcerēties, ka veselības veicināšanu var būt nepieciešams pielāgot īpašiem personas apstākļiem, piemēram, psihiskajām slimībām. Tas varētu ietekmēt veselības veicināšanas pasākumu panākumus.

Veselības veicināšanas informācijas nodrošināšanas injicējamo narkotiku lietotājiem mērķis ir palielināt izpratni par infekcijas slimībām, infekciju transmisiju un infekciju profilaksi, lai samazinātu risku saslimt un nodot infekcijas

slimības, injicējot narkotikas – veicinot drošāku injicēšanas uzvedību, pārejot uz tādiem narkotiku lietošanas veidiem, kas nav saistīti ar injicēšanu, vai pārtraucot narkotiku lietošanu. Veselības veicināšanas materiāli būtu jāpielāgo lietotāju vajadzībām un jāizplata pie katras izdevības: vai uz ielas stūra ielu darba ietvaros,vai narkotiku lietotāju ārstniecības iestādē vai adatu un šļirču apmaiņas programmas ietvaros. Katra saskare ar aktīvu injicējamo narkotiku lietotāju ir iespēja pakalpojuma sniedzējam novērtēt veselības veicināšanas vajadzības un sniegt konsultācijas un veselības veicināšanas informāciju. Klienti bieži vien vislabāk var novērtēt savas vajadzības attiecībā uz veselības veicināšanas informāciju un, ja ar pakalpojumu sniedzēju ir izveidojusies uzticība, daži klienti meklēs informāciju par veselību, pamatojoties uz pašu noteiktajām vajadzībām.

Drošāki injicēšanas paradumi

Galvenie veselības veicināšanas ieteikumi, lai veicinātu drošākus injicēšanas paradumus, ir iepriekš uzskaitīti lodziņā. Tie būtu jāpielāgo vietējiem apstākļiem un noteiktu lietotāju vajadzībām, kā arī konkrētajam dzīvesveidam.

Lai gan galvenā šo vadlīniju uzmanība ir vērsta uz infekciju profilaksi injicējamo narkotiku lietotāju vidū, galvenais opioīdu lietotāju grupu mirstības iemesls daudzās vietās joprojām ir narkotiku pārdozēšana (159), tāpēc veselības veicināšana, kas saistīta ar pārdozēšanas profilaksi, būtu galvenais to personu uzdevums, kuri strādā vai nonāk saskarē ar injicējamo narkotiku lietotājiem. Ir īpaši svarīgi sasniegt tos cilvēkus, kuri šobrīd piedalās oficiālajā ārstēšanā, iziet narkotiku detoksikācijas kursu, vai injicē narkotikas un tiek atbrīvoti no ieslodzījuma, un informēt viņus par to, ka tad, kad narkotiku lietošana tiek atsākta vai deva – palielināta, ir liels risks narkotikas pārdozēt, jo narkotiku panesamība ir samazinājusies. Galvenie pārdozēšanas profilakses ieteikumi, kas vērsti uz injicējamo narkotiku lietotājiem, arī var veicināt izmantot mazāku narkotiku devu vai rosināt saņēmējus nelietot narkotikas vienatnē (31). Iespējams organizēt mācību pasākumus narkotiku lietotājiem par to, kā atpazīt pārdozēšanas pazīmes injicējamo narkotiku lietošanas partneros un kā rīkoties ārkārtas situācijā, piemēram, novietot cietušo drošā pozīcijā un izsaukt ātro palīdzību. Dažās valstīs tiek izmantots līdzbiedru piegādāts naloksons un ir saņemti ziņojumi par pozitīviem rezultātiem (160). Papildu iespējas samazināt iespējamo kaitējumu, kas saistīts ar narkotiku pārdozēšanu, ir pamudināt injicējamo narkotiku lietotājus izmantot kontrolētas injicēšanas telpas, ja šādi pakalpojumi ir pieejami. Tā kā telpas uzrauga personāls, pārdozēšanas gadījumā ir pieejama tūlītēja palīdzība. Nesenā pētījumā dokumentēta saistība starp šādu telpu esamību un pārdozēšanas izraisīto nāves gadījumu samazinājumu populācijas līmenī (161). Visbeidzot, lielākā daļa personu, kas uzsāk injicēšanu, to dara kopā ar līdzbiedriem, kuri jau ir pieredzējuši injicējamo narkotiku lietotāji. Galvenos ieteikumus veselības veicināšanai, piemēram, kā izvairīties no injicējamo narkotiku lietošanas sākšanas vai to, kā izmantot drošu injicēšanas praksi, visefektīvāk nodot tālāk līdzbiedri.

Seksuāli transmisīvas infekcijas un prezervatīvu lietošana

ES/EEZ valstīs iegūtie dati par prezervatīvu lietošanu injicējamo narkotiku lietotāju vidū liecina, ka līmenis svārstās no mazāk nekā 5 % līdz gandrīz 60 %, kas ir krietni mazāk, nekā būtu nepieciešams, lai novērstu seksuāli transmisīvo infekciju, tostarp vīrusu hepatītu un HIV, transmisiju (137). Tātad ir īpaši svarīgi, lai veselības veicināšanas pasākumi pievērstos seksuāli transmisīvu infekciju izplatīšanai injicējamo narkotiku lietotāju vidū. Kopā ar prezervatīviem un lubrikantiem jāsniedz informācija par to regulāru izmantošanu. Jāsniedz papildu informācija par seksuāli transmisīvo infekciju skrīningu un ārstēšanu, jo ir pierādījumi par seksuālā ceļā nodotām infekcijām, tostarp HIV un B hepatītu, starp injicējamo narkotiku lietotājiem un viņu seksuālajiem partneriem (162-163). Narkotiku lietošana var būt saistīta arī ar dzimumattiecību apmaiņu pret naudu vai narkotikām, kas rada lietotājiem daudz lielāku risku iegūt seksuāli transmisīvās infekcijas un savukārt inficēt citus, ja netiek konsekventi un pareizi lietoti prezervatīvi.

Slimību profilakse, pārbaužu veikšana un ārstēšana

Veselības veicināšanā ir jāiekļauj informācija, kas izskaidro tādu slimību transmisijas ceļus, kas ir izplatītas starp injicējamo narkotiku lietotājiem. Būtu jānodrošina informācija par infekcijām, piemēram, HIV, HCV un HBV, lai cilvēki saprot, ka viņi var inficēt citus ar vīrusu, pat tad, ja viņiem neparādās simptomi. Attiecībā uz TB bieži ir sajukums attiecībā uz inficēšanos un slimību, un kurās stadijās tā ir infekcioza (142) (143) (164). Pētījumi liecina, ka HIV profilakses informāciju var sajaukt ar TB profilaksi, piemēram, ir nepareizs priekšstats, ka TB var novērst, lietojot prezervatīvu vai ar balinātāju dezinficējot adatas, ar ko dažās vietās var izskaidrot pacientu ilgāku kavēšanos meklēt palīdzību (142).

Ir būtiski sniegt visaptverošus, viegli pieejamus informācijas materiālus, kā arī veidot aktīvu dialogu par TB un ar asinīm pārnēsājamiem vīrusi. Tikpat svarīgi ir centieni labot maldus par slimību, tajā pašā laikā novēršot slimības stigmatizāciju. Galvenajiem veselības veicināšanas ieteikumiem būtu arī jākoncentrējas uz atbalstu ārstēšanas shēmas ievērošanai, lai pacientu varētu izārstēt (TB, HBV un, ja ārstēšana ir veiksmīga, HCV), šādi samazinot risku veicināt rezistences attīstību pret zālēm un inficēt citus.

Pēdējais svarīgais jautājums daudziem injicējamo narkotiku lietotājiem ir sabiedrības atbalsts un sociālā aprūpe. Ir pierādījumi, ka, piemēram, dzīvojot uzraudzītā mājoklī, HIV pozitīviem cilvēkiem ir mazāks risks inficēties ar citām slimībām (165). Ir iespējams, ka daudziem strukturālajiem faktoriem, kas saistīti ar mājokli un ekonomisko labklājību, ir liela ietekme uz daudzu injicējamo narkotiku lietotāju dzīves kvalitāti un infekcijas risku. Atbalsta

pakalpojumu sniegšanai, kas vērsta uz paplašinātām injicējamo narkotiku lietotāju vajadzībām, piemēram, mājoklis, pārtika un zema sliekšņa nodarbinātības iespējas, visticamāk, ir pozitīva ietekme uz veselības rādītājiem..

Mērķorientēta pakalpojumu sniegšana

Ieteicamais pasākums

Pakalpojumi jākombinē, jāorganizē un jāsniedz atbilstoši lietotāja vajadzībām un vietējiem apstākļiem; tie ietver pakalpojumu sniegšanu, izmantojot pārvietojamus un stacionārus punktus, kur piedāvā narkotiku atkarības ārstniecību, kaitējuma mazināšanu, konsultēšanu un testēšanu, kā arī izsniedz nosūtījumus uz vispārējiem primārās veselības aprūpes centriem un specializētām ārstniecības iestādēm.

Apsvērtais vērtējums – Pierādījumi un ekspertu atzinums atbalsta mērķtiecīgu pakalpojumu sniegšanu atbilstoši lietotāju vajadzībām un vietējiem apstākļiem.

Pakalpojumu sniegšanas veidi: apsvērumi lietotāju piesaistei pakalpojumiem

Kā nosaka pakalpojumu sniegšanas pamatprincipi, ir svarīgi rūpīgi apsvērt, kā pakalpojumi narkotiku lietotājiem tiek organizēti un nodrošināti, lai maksimāli palielinātu to pieņemamību klientiem, kā arī pakalpojumu piekļuvi un izmantošanu. Pakalpojumu programmu efektivitāte ir atkarīga no to spējas piesaistīt, motivēt un saglabāt klientus. Tāpēc, plānojot pakalpojumus, būtu jācenšas izveidot tik zemu slieksni, cik vien iespējams, lai injicējamo narkotiku lietotāji tos var viegli apmeklēt un izmantot sniegtos pakalpojumus.

Pakalpojumi jāpiegādā vietās, kuras potenciālie pakalpojumu lietotāji var atpazīt, kurām var piekļūt un kurās var justies ērti ieejot. Turklāt pakalpojumi jāsniedz diskrētā vidē un veidā, kas var nodrošināt konfidencialitāti, un tā, lai klienti nejustos apdraudēti darbinieku vērtējošās attieksmes, iespējamās vajāšanas vai tiesībaizsardzības iestāžu veiktas aizturēšanas dēļ. Dažreiz visparastāko sociālo pamatpakalpojumu, piemēram, pārtikas, dušu un apģērba piedāvāšana ir veids, kā piesaistīt pakalpojumiem visvairāk sociāli atstumtos un riskam pakļautos injicējamo narkotiku lietotājus.

Pakalpojumu pieejamība ir rūpīgi jāplāno, pamatojoties uz vietējiem apstākļiem. Viegla un savlaicīga piekļuve pakalpojumiem ir īpaši svarīga, nodrošinot ar adatām, šļircēm un injicēšanas piederumiem. HIV, B hepatīta un C hepatīta izplatības samazināšana nav iespējama bez pastāvīgas tīru injicēšanas piederumu nodrošinājuma.

Pakalpojumi injicējamo narkotiku lietotājiem atšķiras dažādās valstīs, reģionos, ar pieejamajiem resursiem un subpopulācijām. Tas galvenokārt ir tāpēc, ka injicējamo narkotiku lietotāju īpašības atšķiras dažādās valstīs un valstu teritorijās, atšķiras atkarībā no lietoto narkotiku veida, vecuma, dzimuma, etniskās izcelsmes, un ienākumu līmeņa. Līdz ar to, izstrādājot un izvēloties pakalpojumu programmu piegādes veidus, ir ļoti svarīgi iesaistīt mērķauditoriju, lai labāk darbotos saskaņā ar vietējām vajadzībām un kontekstu. Ja programmas tiek pielāgotas, lai darbotos atbilstoši klientu vajadzībām un pakalpojumu izvēlei, ir labākas izredzes piesaistīt arvien vairāk to lietotāju.

Nepilngadīgo piekļuve adatu un šļirču apmaiņas programmām Ungārijā

Kad Ungārijā 2010. gadā* tika izstrādātas valsts pirmās visaptverošāms valsts *NSP* vadlīnijaspamatnostādnes, radās nepieciešamība panākt vienprātību valsts līmenī attiecībā uz nepilngadīgo (pilngadība Ungārijā no 18 gadu vecuma) piekļuvi šādiem pakalpojumiem. Projekta anonimitātes, konfidencialitātes un vieglas un neierobežotas piekļuves principi, ko uzskata par vienu no galvenajām priekšrocībām zema sliekšņa pakalpojumiem narkotiku lietotājiem, padarīja neiespējamu ierobežot *NSP* pakalpojumu pieejamību. Vienlaikus vietējie noteikumi paredz ziņot bērnu aizsardzības iestādēm par "riska grupas" bērniem.

Šie pretrunīgie tiesiskie regulējumi bija sākuma punkts valsts diskusiju procesiem, valsts līmeņa sanāksmē apvienojot bērnu labklājības ekspertus, pārstāvjus no visas Ungārijas *NSP* un citas ieinteresētās puses. Ceļš uz vienprātību tika uzsākts pēc iepazīstināšanas ar starptautisko un vietējo praksi, un diskusijām par dažādām tēmām, piemēram, par nepieciešamību sniegt nepilngadīgajiem vairākus pakalpojumus, piemēram, padziļinātas sākotnējas konsultācijas un katra gadījuma novērtējumu. Tika panākta vienošanās, ka papildus gaidāmajām vispārējām pamatnostādnēmvadlīnijām valsts līmenī katrai *NSP* vajadzētu pārskatīt savu iekšējo regulējumu, un vienlaikus bērnu aizsardzības dienestiem vajadzētu veidot partnerattiecības ar attiecīgajiem narkotiku apkarošanas dienestiem, lai tie varētu nosūtīt nepilngadīgos uz narkotiku konsultācijām un ārstēšanas pakalpojumiem. Attiecībā uz pretrunu starp bērnu aizsardzību un zema sliekšņa pakalpojumiem, ombudams lūdza priekšlikums pieņemt lēmumu, kas ir atspoguļots vadlīnijāspamatnostādnēs.

Nacionālo *NSP* vadlīniju gala redakcijā, ko Ģimenes un sociālās politikas valsts institūts publicēja 2011. gada jūlijā, ir norādīts, ka nepilngadīgos nedrīkst izslēgt no *NSP*, jo anonimitātei šādās programmās ir augsta prioritāte. Tomēr vadlīnijās bija skaidri norādīts, ka nepilngadīgie būtu jāiedrošina informēt savus vecākus. Vajadzības gadījumā ieteicams sazināties ar vietējo bērnu labklājības pakalpojumu sniedzēju kā vienu no galvenajiem vietējiem *NSP* partneriem. Pamatojoties uz katra atsevišķā gadījuma novērtējumu, sadarbību un informācijas apmaiņu starp abām organizācijām uzskata par izdevīgu *NSP* nepilngadīgajiem klientiem.

* PamatnostādnesVadlīnijas tika formulētas ES finansēta prioritārā projekta ietvaros: "Sociālo pakalpojumu modernizācija, centrālās un vietējās stratēģiskās plānošanas kapacitātes nostiprināšana, sociālās politikas lēmumu atbalsts", kas ietverts Sociālās atjaunošanas darbības programmā.

Pakalpojumu sniegšanas veidi

Ir dažādi pakalpojumu sniegšanas veidi, no kuriem katrs var pastāvēt kopā ar citiem pakalpojumiem vai atsevišķi. Daudzas valstis ir atzinušas, ka integrēt zema sliekšņa pakalpojumus "vienas pieturas" modelī, ir rentabls un efektīvs pakalpojumu sniegšanas veids, un šādu pakalpojumu integrāciju klienti ir novērtējuši pozitīvi (120,166-167). Augstā līmenī integrēta, stacionārā punkta pakalpojumu vietas piemērs ir vieta, kurā nodrošina adatas, šļirces un injekciju piederumus, pārbaužu veikšanu un, iespējams, veselības aprūpi (piemēram, zāles pret HIV, B un C hepatītu), vispārīgu veselības aizsardzības informāciju par higiēnu un pārdozēšanas profilaksi, nosūtījumus uz narkotiku lietotāju ārstēšanu un vispārējus veselības un sociālie pakalpojumus. (Skatīt tekstlodziņu 29. lpp. ar pakalpojumu integrācijas piemēriem.)

Ja pakalpojumus nav iespējams integrēt veselības aprūpes sistēmas organizācijas, finansējuma vai klientu vēlmju dēļ, tomēr ir ļoti vērtīgi sniegt atsevišķus pakalpojumus, lai apmierinātu klientu vajadzības. Daudzas programmas uzsāk darbu ar vienu pakalpojumu sniegšanas veidu, bet laika gaitā pievieno papildu pakalpojumus. Pakalpojumu piegādes veidi ir jāpielāgo, lai palielinātu efektivitāti attiecībā uz vietējām vajadzībām. Šiem pakalpojumu piegādes veidiem ir dažādi nosaukumi, kas atšķiras katrā vietā, bet to vispārējās pazīmes parasti ir iedalītas šādi:

Stacionārie punkti: pakalpojumi var būt un bieži vien tiek piegādāti telpās noteiktā vietā, kas īpaši vērsta uz narkotiku lietotājiem un pakalpojumu mērķis ir saglabāt apmeklējumam zemu slieksni (t. i., ļoti maz lietošanas ierobežojumu un pakalpojumu sniegšanā tiek ņemts vērā klientu viedoklis), lai padarītu pieeju lietotājiem cik vien iespējams vienkāršu. Stacionāro punktu pakalpojumi var būt adatu un šļirču programmu vietnes vai opioīdu aizstājējterapijas vai citu narkotiku lietotāju ārstēšanas vietas, kurās var arī sniegt papildu pakalpojumus injicējamo narkotiku lietotājiem, piemēram, HIV, hepatīta vai TB pārbaudes, veselības izglītību vai nosūtījumus ārstēšanai. Stacionārie punkti var kalpot kā "iegriešanās" centrs vai vieta, kur injicējamo narkotiku lietotāji var uzturēties. Pakalpojumu sniegšanas vieta, kas nodrošina veselības aprūpes un profilakses pakalpojumus, var būt arī vieta, kur atpūsties, ēst, lasīt avīzes, izmantot internetu un sarunāties ar darbiniekiem un līdzbiedriem mierīgā un labvēlīgā atmosfērā. Stacionāro punktu pakalpojumi nodrošina būtisku vietu līdzbiedru izglītošanā un bieži kalpo kā pamats, no kurienes profesionāļi un līdzbiedri darbinieki veic ielu sociālās aktivitātes. Adatu un šļirču programmu vietas bieži kalpo kā starpnieks, lai piesaistītu klientus. Sākotnēji daudzi klienti apmeklē pakalpojumu sniegšanas vietas, lai iegūtu sociālus sakarus, tur saņemtu izsniegtās šļirces vai narkotiku sagatavošanas piederumus, bet vēlāk saskaras ar virkni citu pakalpojumu un veselības izglītībasinformāciju.

Vairāk nekā 50 Eiropas pilsētās[8] telpas, kur veselības darbinieku tiešā uzraudzībā var lietot narkotikas, ir iekārtotas specializētos stacionārajos punktos. Šādas kontrolētas injicēšanas telpas ir profesionāli darbojošās veselības aprūpes iestādes, kurās tiek veicināta higiēniska un drošāka narkotiku lietošana, lai samazinātu ar narkotiku injicēšanu saistīto saslimstību un mirstību (5). Telpas sniedz iespēju veselības izglītībai un slimību profilaksei, kā arī tūlītēju profesionāļu iejaukšanos pārdozēšanas gadījumos. Galvenais mērķis ir sasniegt tās personas un sazināties ar tiem, kuri nespēj vai nevēlas atmest injicējamo narkotiku lietošanu, lai samazinātu veselības riskus, un nodrošinātu piekļuvi citiem pakalpojumiem, jo īpaši medicīniskai aprūpei un narkotiku lietotāju ārstēšanai. Pētījumi rāda, ka kontrolētas injicēšanas telpas sasniegtu īpaši grūti sasniedzamas mērķa grupas, un ka pakalpojumu lietotāji ziņo par būtisku risku izraisošo paradumu samazinājumu, kā arī veselības uzlabošanos.

Neatkarīgi no to veida, stacionāro punktu pakalpojumiem jāatrodas apgabalā, kurā dzīvo vai pavada laiku lielas to cilvēku kopas, kuri lieto narkotikas, vai arī, kur liels potenciālo klientu skaits var viegli piekļūt pakalpojumu sniegšanas vietai. Stacionāro punktu pakalpojumus parasti vada kvalificēts personāls; personālam vajadzētu būt labi apmācītam, lai sniegtu pakalpojumus un izglītošanu tādā veidā, kura centrā ir klients un bez vērtējošu spriedumu izteikšanas. Stacionāro punktu priekšrocības ir tādas, ka vienā vietā iespējams sniegt vairākus pakalpojumus un sniegtie pakalpojumi var tikt pielāgoti vietējiem iedzīvotājiem. Piemēram, klienti var izvēlēties, kāda veida adatām, šļircēm un injekciju piederumiem viņi dod priekšroku, tādējādi samazinot atkritumus, jo iepriekš safasētajos komplektos bieži vien ir ietvertas lietas, ko klienti nevēlas vai kas tiem nav vajadzīgas. Stacionāro punktu trūkumi ietver to, ka tie var būt dārgi ekspluatācijā, kas var ierobežot darba laiku un tādējādi pakalpojumu pieejamību. Lietotājiem ārpus stacionārā punkta tiešās ģeogrāfiskās teritorijas var būt grūti piekļūt punktam. Tāpēc jāpievērš uzmanība uz pakalpojumu vajadzības noskaidrošanu un saskaņošanu ar vietām, kas ir viegli pieejamas un piedāvā ērtu darba laiku pēc iespējas vairāk injicējamo narkotiku lietotājiem. Injicējamo narkotiku lietotājiem, kas dzīvo grūti sasniedzamās vietās, var būt nepieciešami mobilie ielu pakalpojumi (skatīt turpmāk).

Dažreiz stacionārie punkti saskaras ar apkaimes iedzīvotāju negatīvu reakciju, ja tiek uzskatīts, ka tas piesaista problemātiskas iedzīvotāju grupas, tāpēc nepieciešams intensīvi sazināties ar iedzīvotājiem, lai pārvarētu šīs bažas. Arī klienti stacionāros punktus var uzskatīt par saistītiem ar nevēlamiem pakalpojumu sniedzējiem, piemēram, valsts programmām, kas dažās vietās var ierobežot pakalpojuma izmantošanu. Pakalpojumi, kas nodrošina ambulatoro narkotiku atkarības ārstēšanu, parasti kombinē turpmāku veselības un sociālo pakalpojumu piedāvājumu, kas atbilst injicējamo narkotiku lietotāju mērķa grupai, tostarp infekcijas slimību profilakses pasākumus, piemēram, konsultācijas un pārbaudes, vakcināciju, un nosūtījumus uz speciālistu aprūpi.

Aptiekas: lielākajā daļā ES/EEZ valstu šļirces tiek pārdotas likumīgi. Dažās valstīs aptiekas ir galvenais adatu un šļirču piegādātājs. Aptiekas var darboties kā adatu, šļirču un injicēšanas piederumu pārdošanas vai izplatīšanas punkts, un tās var būt pakalpojumu punkts izlietoto adatu un šļirču savākšanai. Aptiekās injicējamo narkotiku lietotājiem varētu sniegt arī pārbaužu vai vakcinācijas pakalpojumus. Ir kāds piemērs no Skotijas, kur tiek izmantota elektroniska sistēma, lai izsekotu katru klientu, kurš izmanto anonīmu karti. Ar karti klienti aptiekās var saņemt bezmaksas sterilas adatas un šļirces. Sistēma var arī izsekot tiem, kam nepieciešams nosūtījums uz pārbaudēm vai vakcinācijas pakalpojumi, un sniedz informāciju par to, cik adatu un šļirču vienam klientam izsniegts, lai plānotu veselības aprūpes pakalpojumus. Turklāt kopienas aptieka var būt aktīvs partneris opiātu aizstājējterapijā, izsniedzot zāles reģistrētajiem pacientiem, saglabājot regulāru kontaktu, atgādinot klientiem par ārsta apmeklējumiem vai pārzinot papildu zāles. Arī nosūtījumus uz vakcinācijas pakalpojumiem un to pēcpārbaudi var pārvaldīt, izmantojot šo sistēmu. Galvenais aptieku pakalpojumu ieguvums ir tāds, ka tie var būt pieejamāki vairāk injicējamo narkotiku lietotājiem, gan lielās pilsētās, gan mazpilsētās, pateicoties esošajai infrastruktūrai, kas arī samazina izmaksas. Tomēr lielākā daļa aptieku koncentrējas uz plašas sabiedrības apkalpošanu un daudzas aptiekas ir privātas, dažkārt samazinot pakalpojumu sniegšanas iespējamību un pieņemamību injicējamo narkotiku lietotājiem, kurus var uzskatīt par nevēlamiem vai nemaksājošiem klientiem. Ja aptiekā nav privātu apspriežu telpu vai trūkst personāla, var būt sarežģīti nodrošināt klientu konfidencialitāti un iespēju plašākai veselības veicināšanai. Visbeidzot, aptiekās adatas un šļirces bieži izsniedz sakomplektētos iepakojumos. kas būtiski ierobežo personu izvēli. Kaut arī aptiekās sniegto pakalpojumu nodrošināšana injicējamo narkotiku lietotājiem ir ļoti efektīva pakalpojumu sniegšanas metode, aptiekas tomēr nevar aptvert visas lietotāju vajadzības.

Ielas sociālie pakalpojumi: tā kā ir sarežģīti piekļūt daudzām injicējamo narkotiku lietotāju apakšgrupām, izmantojot vispārējos veselības aprūpes pakalpojumus, ielas sociālie pakalpojumi bieži vien sniedz efektīvu piedāvāto pakalpojumu veidu, piemēram, adatu, šļirču un injicēšanas piederumu apgādi. Ielas sociālie pakalpojumi var arī nodrošināt prezervatīvus, opiātu aizstājējterapiju, un veselības veicināšanas iformāciju (158). "Ielas sociālie pakalpojumi" *("Outreach")* ir vispārējs apzīmējums, ko izmanto, lai aptvertu vairāku veidu pakalpojumu sniegšanu, un tas var ietvert mobilās vienības vai mikroautobusus, kopienas veselības nozares darbinieku veiktu ielu sociālo darbu un regulārus papildpakalpojumus, ko sniedz citas aģentūras. Bieži vien ielas sociālie pakalpojumi spēj sasniegt tādus cilvēkus, kuri nav tiešā kontaktā ar citiem veselības aprūpes pakalpojumiem, un līdz ar to tiem ir

[8] Šīs pilsētas atrodas Vācijā, Luksemburgā, Nīderlandē, Norvēģijā, Spānijā un Šveicē.

svarīga loma, nosakot savas vajadzības, lai saņemtu nosūtījumu uz stacionāro punktu vai vispārējiem veselības aprūpes pakalpojumiem, piemēram, HIV, hepatīta vai tuberkulozes pārbaudēm vai ārstēšanu, vai narkotiku atkarības ārstēšanu. (Plašāku informāciju par ielas pakalpojumiem skatīt (158,168).) Ielas sociālie pakalpojumi var ietvert mājas vizītes, un ielas sociālie darbinieki var pavadīt klientus uz citiem pakalpojumiem. Viens ieguvums no ielas sociālajiem pakalpojumiem ir tāds, ka, ņemot vērā to mobilitāti, tie bieži vien ir pieejami dažādās injicējamo narkotiku lietotāju grupās, jo tie var viegli pārvietoties uz jaunām teritorijām ar augstu injicējamo narkotiku lietotāju koncentrāciju. Mobilās vienības var sniegt pakalpojumus, tostarp opiātu aizstājējmedikamentu izsniegšanu tādās vietās, kur ir mazāka injicējamo narkotiku lietotāju koncentrācija vai kur stacionāro punktu ierīkošana nav iespējama sabiedrības vai tiesībaizsardzības iestāžu iebildumu dēļ. Dažreiz izmaksu apsvērumi ierobežo apmēru, kādā iespējams sniegt mobilos pakalpojumus, un ir arī jāierobežo to darba laiks. Vienā apskatā secināts, ka injicējamo narkotiku lietotāji uzskata ielu sociālos pakalpojumus par tādiem, kas nesniedz pilnu pakalpojumu klāstu (169).

Līdzbiedru sniegtie pakalpojumi ir ielas sociālo pakalpojumu veids (lai gan šos pakalpojumus var sniegt arī stacionārajos punktos), kuru sniedz pašreizējie vai bijušie injicējamo narkotiku lietotāji, lai pakalpojumu centriem piesaistītu citus injicējamo narkotiku lietotājus. Ja nav vēlami oficiāli pakalpojumi, līdzbiedri sniegto pakalpojumu ietvaros izplata adatas, šļirces un aprīkojumu (to dažreiz dēvē par "sekundāro adatu izplatīšana"). Līdzbiedru sniegti pakalpojumi var nodrošināt daudz vieglāku piekļuvi visvairāk riskam pakļauto iedzīvotāju grupām, tostarp jauniem injicējamo narkotiku lietotājiem un jauniešiem. Līdzbiedri nodarbojas ar piederumu izplatīšanu, nosūtījumiem uz narkotiku lietotāju ārstniecības pakalpojumiem (vai cita veida ārstniecības un pārbaužu pakalpojumiem), un veselības veicināšanas informācijas izplatīšanu tādā valodā, kādā sazinās vietēji narkotiku lietotāji. Tādējādi līdzbiedru sniegtajai informācijai var būt lielāka nozīme (un tā var veicināt piedāvāto pakalpojumu izmantošanu), nekā veselības aprūpes darbinieku sniegtajai informācijai – tā ir liela priekšrocība, jo īpaši, ņemot vērā, ka personas, kas iegūst adatas un šļirces, izmantojot sekundāros izplatīšanas pakalpojumus, bieži uzrāda augstu risku izraisošu uzvedību. Ja tiek izmantoti līdzbiedru piegādāti pakalpojumi, ir īpaši svarīgi viņus apmācīt, uzraudzīt un sniegt atbalstu, kā arī rūpīgi apsvērt ētiskos aspektus attiecībā uz bijušo vai esošo injicējamo narkotiku lietotāju nodarbināšanu, lai sniegtu injicējamo narkotiku lietotājiem ielas sociālos pakalpojumus. Papildu informāciju par šo jautājumu skatīt (158) un (168,170).

Tirdzniecības automāti: preču tirdzniecības automātus dažās vietās izmanto kā papildu metodi adatu, šļirču un piederumu izplatīšanai, parasti iepakotu komplektu veidā. Tie ir ar monētām darbināmi un kopā ar izsniegtajiem produktiem izsniedz rakstisku nosūtījumu uz narkotiku lietotāju ārstēšanos, informāciju par drošu injicēšanu un citu veselības veicināšanas informāciju. Šis pakalpojumu sniegšanas veids potenciālajiem lietotājiem ir vienmēr pieejams un ir ļoti anonīms, bieži piesaistot jaunus injicējamo narkotiku lietotājus un jauniešus. Tomēr šāda veida pakalpojuma saņemšanai nepieciešama nauda vai žetoni, lai darbinātu iekārtu, un ir jābūt plānam, lai nodrošinātu iekārtas regulāru uzpildīšanu un uzturēšanu. Sabiedrības bažas par automātu izvietošanu nav nekas neparasts, jo tās ir saistītas ar to, ka tam var piekļūt nepilngadīgie. Tāpat ir skaidrs, ka šļirču automāti nevar sniegt tiešu saikni ar pakalpojumu sniedzēju, un tas nozīmē, ka nav iespējams saņemt nosūtījumu uz pārbaudēm un ārstēšanu, un nepastarpinātu veselības veicināšanu. Tomēr tas var būt pirmais solis, piedāvājot iespēju sazināties, izveidojot atpazīstamību, kā arī zināmu uzticību organizācijai, kas pārvalda šļirču tirdzniecības automātu (171).

Vispārīgi veselības pakalpojumi: slimnīcas vai primārās veselības aprūpes iestādes ir vēl viens svarīgs pakalpojumu sniegšanas un nosūtījumu izsniegšanas avots, lai injicējamo narkotiku lietotājus nosūtītu izmantot specializētos pakalpojumus. HIV, vīrusu hepatīta, TB, bakteriālas ādas infekcijas un citu slimību, kas izplatītas injicējamo narkotiku lietotāju vidū, konfidenciālu pārbaužu veikšanu, diagnostiku un ārstēšanos parasti veic vispārējās veselības aprūpes iestādēs, un ir svarīga ciešas nosūtījumu saiknes uzturēšana starp šīm iestādēm un stacionārajiem vai mobilajiem punktiem, kas apkalpo injicējamo narkotiku lietotājus. Vispārējās veselības aprūpes pakalpojumu ietvaros var arī izsniegt adatas, šļirces un citus injicēšanas piederumus, uzraudzīt higiēnisku injicēšanu, palīdzēt narkotiku detoksikācijas laikā, apgādāt ar prezervatīviem, un kopumā veicināt veselību. Vispārējo veselības aprūpes pakalpojumu sniedzēji bieži izveido TB un HIV klīnikas. Ņemot vērā to, ka lielākā daļa klientu ir injicējamo narkotiku lietotāji, ir svarīgi, lai vispārējās veselības aprūpes iestāžu darbinieki būtu apmācīti par attiecīgajiem veselības veicināšanaspasākumiem, un var piesaistīt cilvēkus narkotiku atkarības ārstēšanai un adatu un šļirču pakalpojumiem vai zin, kur var saņemt nosūtījumu. Ideālā gadījumā visi injicējamo narkotiku lietotāji meklētu un saņemtu kvalitatīvus galvenos veselības aprūpes pakalpojumus. Tomēr ir pierādījumi no dažām vietām, ka injicējamo narkotiku lietotāji reti apmeklē vispārējās veselības aprūpes iestādes, tāpēc ir nepieciešami citi veidi, kā viņus sasniegt. Nīderlandē specializēti pakalpojumi injicējamo narkotiku lietotājiem un citām riska grupām tiek piedāvāti kopā ar vispārējiem veselības aprūpes pakalpojumiem. Ir arī piemēri par atkarības un medicīnas pakalpojumu integrēšanu ("vienas pieturas aģentūras" modelis) vienā programmā, kas atvieglo ārstēšanas ievērošanu un pabeigšanu (153,172-174). Piemēri ir TB terapijas kurss ar novērošanu un HCV pretvīrusu terapija - abas kombinējot ar metadona aizstājējterapiju. Vispārējie veselības pakalpojumi ir viegli pieejami klientiem, jo īpaši viņu ārkārtas nodaļas, kas ir atvērta vienmēr. Jāraugās, lai šajos vairāk vispārējos veselības aprūpes apstākļos attiecībā uz jautājumiem par injicējamo narkotiku lietotājiem gan veselības aprūpes, gan ar veselības aprūpi nesaistītais personāls būtu iejūtīgāks, kā arī lai aprūpi veiktu bez vērtējošiem spriedumiem un konfidenciāli. Dažās valstīs, dažās vispārējās veselības aprūpes iestādēs pārbaudes tiek veiktas anonīmi.

Ieslodzījuma vietas: visbeidzot, jānorāda, ka daudzas valstis sniedz pakalpojumus INL populācijai cietumu sistēmās un ka ieslodzījuma vietās ir būtiski sasniegt augstu un efektīvu pakalpojumu segumu, lai izvairītos no infekciju izplatīšanās injicējamo narkotiku lietotāju vidū. Ieslodzījuma vietasir būtiska vieta ar injicēšanu saistītu infekciju profilaksē un kontrolē. Galvenie iemesli ir šādi: a) augstā HIV, HCV un TB izplatība cietumos; b) daudziem injicējamo narkotiku lietotājiem visbeidzot tiek piespiests cietumsods; un c) pierādījumi, ka narkotikas turpina lietot un arī injicēt cietumā – neskatoties uz stingro narkotiku aizliegumu (5). Dažās valstīs cietuma sistēmas piedāvā narkotiku lietotāju ārstēšanu, slimību pārbaudi un ārstēšanu, vakcināciju, veselības izglītību un pat adatu un šļirču apmaiņas programmas. Saskaņā ar principu "līdzvērtība pakalpojumu sniegšanā" gan sabiedrībā gan cietumā, daudzās valstīs ir aizsākta kustība par vienādu pakalpojumu sniegšanu gan injicējamo narkotiku lietotājiem ieslodzījuma vietās, gan injicējamo narkotiku lietotājiem sabiedrībā.

Aprakstītie pakalpojumu sniegšanas veidi var būt efektīvi, ja to mērķa grupa ir injicējamo narkotiku lietotāji. Jaunu metožu rašanās veselības veicināšanas informācijas sniegšanai, piemēram, ziņojumapmaiņa mobilajā tālrunī un internetā dod cerību uz ārstēšanās ievērošanas uzlabošanos. Kaut arī pakalpojumiem reizēm izmanto tikai vienu piegādes veidu, ļoti iespējams, ka efektīvas programmas sniegs vairākus pakalpojumus vienuviet vai vairākus pakalpojumu sniegšanas veidus, lai apmierinātu dažādas lietotāju vajadzības. Lai labāk sasaistītu programmu pakalpojumus, ir svarīgi, ka vairāki pakalpojumi atrodas vienuviet, lai lietotāji varētu tiem ērti piekļūt (skatīt tekstlodziņu par pakalpojumu integrāciju). Turklāt ielas sociālajiem darbiniekiem, aprūpes gadījumu koordinatoriem un veselības aprūpes sniedzējiem vajadzētu saņemt papildu apmācību ārstēšanā un/vai kombinētās saslimšanas gadījumu pārvaldībā. Apmācībās vajadzētu ietvert narkotiku lietotāju ārstēšanu, TB, vīrusu hepatīta un HIV ārstēšanu. Šādu pacientu aprūpē būtu jāiesaistās arī specializēto pakalpojumu sniedzējiem. Papildus šīm pavadošajām slimībām bieži ir arī garīgās veselības diagnoze, kam vajadzīga laba aprūpes gadījumu pārvaldība. Lielāka informētība un apmācība var uzlabot zāļu mijiedarbības un blakņu uzraudzību, kā arī palielināt ārstēšanas rezultātus un uzlabot klienta dzīves kvalitāti.

Pakalpojumu integrēšana

Ir daudz sekmīgu piemēru, kad sasaista pakalpojumus injicējamo narkotiku lietotājiem, lai palielinātu pakalpojumu pieejamību, saskaņotu ārstēšanu un optimizētu profilakses paziņojumu izplatīšanu, palielinot ārstēšanas ievērošanas un panākumu iespējamību. TB, vīrusu hepatītu, HIV un opioīdu aizstājējterapijas un/vai adatu un šļirču apmaiņas programmu pakalpojumu piegādes vietu pastāvēšana vienuviet ir iespēja, ko dažas valstis ir īstenojušas praksē vai turpina izstrādāt. Priekšrocības rada ne tikai pakalpojumu fiziskais tuvums, bet arī komunikācija un pieredzes apmaiņa starp dažādām veselības aprūpes programmām no tā gūst labumu (*Sylla et al*, 2007; *Elk et al*, 1993; *Batki et al* 2002; *Perlman et al.*, 1995; *Deiss et al*, 2009, *Reilly et al.*, 2002).

Nesen īstenotā izmēģinājuma programma Igaunijā liecina, ka TB skrīninga pakalpojumu izmantošanu var palielināt, piedāvājot TB pārbaudi opiātu aizstājējterapijas telpās un aktīvākus nosūtījumus uz TB pakalpojumiem (atgādinājumi, pamudinājumi, transports) (172). Plānojot pakalpojumu sniegšanas telpas, jāparedz papildu pakalpojumu sniegšana. Piemēram, tām HIV-seropozitīvajām personām, kuras nav inficētas ar TB, būtu jāuzturas atsevišķi no pacientiem ar aktīvu TB saistībā ar paaugstinātu TB infekcijas risku attiecībā uz HIV pozitīviem cilvēkiem.

Pakalpojumus varētu veidot sākot ar esošām narkotiku lietotāju rehabilitācijas programmām, šļirču apmaiņas programmām, vai TB terapijas kursu ar novērošanu pakalpojumu sniedzējiem *(DOT)*, atkarībā no tā, kas konkrētajā vidē tiek uzskatīts par labāko. Mobilās ielas sociālās veselības aprūpes programmas var būt noderīgas, lai sasniegtu noteiktas injicējamo narkotiku lietotāju grupas, jo īpaši, izmantojot mobilās rentgenoloģiskā skrīninga vienības. Šādu vienību pozitīvā ietekme uz TB samazināšanu injicējamo narkotiku lietotāju vidū ir pierādīta Roterdamā, Nīderlandē (205).

1. tabula Pakalpojumu sniegšanas veidi, kas vērsti uz injicējamo narkotiku lietotājiem un to stiprās puses un ierobežojumi

Modeļa veids	Pakalpojumu veidi, kurus varētu sniegt injicējamo narkotiku lietotājiem	Stiprās puses	Ierobežojumi
Stacionārie punkti, kuros sniedz zema sliekšņa pakalpojumus	• Injicēšanas piederumu apgāde/izmešana • Konsultēšana • Narkotiku atkarības ārstēšana, tostarp opioīdu aizstājējterapija • HIV, B, C hepatīta, un TB pārbaudes • Vakcinācija • Uzturēšanās vieta • Ēdiens, duša, apģērbs • Līdzbiedru izglītošana • Veselības veicināšana • Izglītošana par drošāku lietošanu, tostarp pārdozēšanas novēršana un pārzināšana • Uzraudzītas telpas higiēniskai injicēšanai • Drošāku dzimumattiecību veselības veicināšana un prezervatīvu izplatīšana • Kontrolēta pretvīrusu terapija (vai TB terapijas kurss ar novērošanu)	+ Potenciāls, lai klientiem radītu piederības sajūtu + Potenciāls sniegt vairākus pakalpojumus vienuviet + Var panākt labvēlīgu izmaksu/klientu seguma attiecību + Var piedāvāt pakalpojumu nodrošinājumu, kas pielāgots klientu vajadzībām + Parasti vada speciālistu personāls + Nav iebildumu no citiem klientiem + Ja ir labi organizēts, tam var viegli piekļūt + Nodrošina pamatu citiem pakalpojumiem, piemēram, ielas sociāliem pakalpojumiem	- Stacionārs punkts var ierobežot piekļuvi tiem, kas nedzīvo tā tuvumā - Var būt dārga uzturēšana - Var būt ierobežots darba laiks - Iespējama policijas vai citu tiesībaizsardzības iestāžu darbinieku veikta vajāšana, jo īpaši, ja nav izveidoti vai pārvaldīti sadarbības kontakti - Ja punkts nav labi pārvaldīts, var palielināties personāla drošības risks - Iespējams, ka piekļūs mazāk īstermiņa vai jaunie injicējamo narkotiku lietotāji - Stacionāru punktu var būt grūti izveidot, apkaimes iedzīvotāju iebildumu dēļ
Aptiekas pakalpojumi	• Injicēšanas piederumu apgāde/izmešana • Pārsienamie materiāli • Veselības veicināšana • Konfidenciāla pārbaužu veikšana • Informācija un nosūtījumi (infekcijas slimību pārbaudes un ārstēšana, vakcinācijas un zāļu pakalpojumi) • HIV/C hepatīta (ekspres)testu veikšana	+ Pieejams/laba ģeogrāfiskā pieejamība + Ilgs darba laiks + Varbūt rentabls + Var tikt uzskatīts par anonīmāku + Var saņemt ārsta padomus/medicīnas jomā apmācīts personāls + Izmanto esošo infrastruktūru	- Var būt nepieciešams maksājums - Ierobežotās iespējas veselības veicināšanai un nosūtījumu saņemšanai rosīgās aptiekās - Iepriekš sakomplektētu iepakojumu izsniegšana samazina lietotāju izvēles iespējas - Farmaceitu nevēlēšanās pārdot šļirces cilvēkiem, kuri lieto narkotikas - Citu klientu iebildumi
Ielas sociālie pakalpojumi (tostarp līdzbiedru sniegtie pakalpojumi)	• Injicēšanas piederumu apgāde/izmešana • Veselības veicināšana • Informācija par atbilstošiem speciālistiem, klīnikām un ārstniecības pakalpojumiem • Nosūtījumi uz infekcijas slimību pārbaudēm un ārstēšanu, vakcinācijas un zāļu pakalpojumi • Mājas vizītes, vizītes ieslodzījuma vietā • Pavadoši nosūtījumi uz citiem pakalpojumiem • HIV/C hepatīta ekspresstestu veikšana • Konsultēšana	+ Atsaucīgi un viegli pielāgojas lietotāju vajadzībām + Elastīgi attiecībā uz pakalpojuma sniegšanas vietām, kur var sasniegt injicējamo narkotiku lietotājus + "Iepriekšējās informēšanas sistēmas" potenciāls: Profesionāļi uzzina, kas notiek lietotāju vidū + Pieejams, jo īpaši grūti pieejamiem un augsta riska lietotājiem (jauniešiem/jauniem lietotājiem, migrējošiem lietotājiem) + Līdzbiedru sniegti pakalpojumi var palielināt pakalpojumu efektivitāti	- Netiek sniegti visi pakalpojumi - Izmaksas un uzturēšana (mobilās vienības) - Ierobežots darba laiks - Dārgāks darbinieku laiks (braucot pavadītais laiks u. c.) - Dažas mobilās vienības varētu lietotājiem justies pārāk novērotiem/neērti - Līdzbiedru sniegtie pakalpojumi stingri jāuzrauga, un ir nepieciešama apmācība
Preču automāti	• Injicēšanas piederumu apgāde/izmešana • Nosūtījumi uz infekcijas slimību pārbaudēm un ārstēšanu, vakcinācijas un zāļu pakalpojumi • Veselības veicināšana (rakstveidā)	+ Vienmēr pieejams (jo īpaši jauniešiem/jauniem lietotājiem) + Rentabls + Anonīms	- Netiek sniegti visi pakalpojumi - Nav iespējama personīga saziņa - Iespējami sabiedrības iebildumi par iekārtu novietojumu - Nepieciešams maksājums vai žetoni - Jānodrošina uzturēšana un krājumu papildināšana

Modeļa veids	Pakalpojumu veidi, kurus varētu sniegt injicējamo narkotiku lietotājiem	Stiprās puses	Ierobežojumi
Vispārīgi veselības pakalpojumi	• Konfidenciālas HIV, B, C hepatīta un TB pārbaudes • HIV, B, C hepatīta un TB ārstēšana • Ādas infekciju aprūpe, pārsiešana • Vakcinācija • Veselības veicināšana • Injicēšanas piederumu apgāde/izmešana • Palīdzība • Opioīdu aizstājējterapija	+ Pieejams + Pieejamība apmācītam personālam + Pieejamība skaitliski vairāk/uzlabotām pārbaudēm un ārstniecības pakalpojumiem + Piekļuve galvenajiem veselības pakalpojumiem (pakalpojumiem, kurus izmanto pārējā sabiedrība)	- Var nebūt pielāgots lietotāju vajadzībām - Daži veselības aprūpes darbinieki var nevēlēties sniegt pakalpojumus narkotiku lietotājiem - Citu klientu iebildumi - Klienti var nevēlēties izmantot attiecīgo vietu, ja, piemēram, viņi uzskata vieta ir pārāk tuvu valdības dienestiem. - Klienti var neuzticēties konfidencialitātei - Visiem pakalpojumiem var būt grūti nodrošināt anonimitāti - Ierobežota pieejamība vai nepieejamība tām personām, kam nav veselības apdrošināšanas - Stigma
Pakalpojumi ieslodzījuma vietās	• Visi pakalpojumi, kuri ir pieejami narkotiku lietotājiem sabiedrībā Piemēram, • Konfidenciālas HIV, B, C hepatīta un TB pārbaudes • HIV, B, C hepatīta un TB ārstēšana • Vakcinācija • Veselības veicināšana • Injicēšanas piederumu apgāde/izmešana • Palīdzība • Konsultēšana • Narkotiku atkarības ārstēšana, tostarp *OST*	+ Var sasniegt augsta riska grupas + Pasākumi ir rentabli + Var samazināt mirstības/ saslimstības risku tiem cilvēkiem, kas iznākuši no ieslodzījuma vietas + Pakalpojumus var sniegt kopienas aģentūras + Lielākas iespējas nodrošināt slimību ārstēšanu + Laiks veselības veicināšanai	- Ieslodzījuma vietas budžets var būt nepietiekams - Nepieciešami ieguldījumi cietuma veselības aprūpes darbinieku un amatpersonu apmācībā - Var būt grūti nodrošināt konfidenciālu pakalpojumu sniegšanu

Zināšanas par situāciju valstī un izpratne par to

Gan narkotiku lietošanas, gan infekciju epidemioloģija lietotāju vidū ir pakļauta straujām pārmaiņām dažādu nelegālo narkotiku, izmaiņu narkotiku kultūrās un iedzīvotāju kustības dēļ. Šo izmaiņu dinamika ir sarežģīta, to ietekmē daudzi faktori, un tā ir atkarīga no sociālās un ekonomiskās situācijas, profilakses pasākumiem, kā arī citiem sociālajiem faktoriem (175).

Lai nodrošinātu, ka valsts vai reģionālās stratēģijas injicējamo narkotiku lietotājiem ir vislabāk piemērotas, kā arī, lai novērstu un kontrolētu infekcijas slimības, ir nepieciešama pietiekama narkotiku lietošanas un infekciju izplatības uzraudzība injicējamo narkotiku lietotāju vidū. Tāpat arī veiktie pasākumi ir pastāvīgi jānovēro un jānovērtē attiecībā uz reakciju, ietekmi, atbilstību un pārklājuma līmeni. Šāds monitorings ir vajadzīgs ne tikai, lai nodrošinātu būtiskas profilakses saglabāšanos, bet arī lai saglabātu efektivitāti gan attiecībā uz ietekmi uz veselību, gan izmaksām.

Lai nodrošinātu, ka profilakses līdzekļi tiek tērēti atbilstoši, infekcijas slimību profilakses pasākumi jāorientē uz injicējamo narkotiku lietotāju grupām un tur, kur ir vislielākais infekciju nodošanas risks. Jāveic ieguldījumi atbilstošās uzraudzības sistēmās gan attiecībā uz narkotiku lietošanu, gan infekcijas slimībām un viss liecina, ka tās būs rentablas. Šādu sistēmu neizveidošana var ne tikai slēpt pieaugošo problēmu, kas izraisīs augstas veselības aprūpes un sociālās izmaksas, bet var izraisīt arī neefektīvu resursu izmantošanu.

Problemātiskas narkotiku lietošanas uzraudzība un pasākumi tās jomā

Problemātiskas narkotiku lietošanas uzraudzība ir nepieciešama ikvienas valsts centienu daļa, lai novērstu narkotiku izraisīto kaitējumu. Šīs darbības plašāks apskats pārsniedz šo vadlīniju apjomu, savukārt *EMCDDA* ir izdevusi virkni galveno rādītāju protokolu un rokasgrāmatu par narkotiku lietošanas un problemātisku narkotiku lietošanu uzraudzību (tostarp par injicējamo narkotiku lietošanu) un to sekām (4).

Injicējamo narkotiku lietotāju skaita aplēses ir galvenais uzraudzības elements; šīs aplēses ne tikai nosaka infekcijas riska lielumu, bet nosaka arī potenciālās pakalpojumu vajadzības un palīdz novērtēt pakalpojumu sniegšanas pārklājumu. *EMCDDA* kopā ar nacionālo partneru tīklu (*Reitox* valstu koordinācijas centru tīkls) (176) un ekspertu grupām nodrošina un īsteno standartizētu metodoloģiju, lai novērtētu problemātisko narkotiku lietotāju grupu lielumu (tostarp injicējamo narkotiku lietotāji) (4), kurā aprakstītas dažādas metodiskās pieejas valsts un vietējo aprēķinu veikšanai.

Izmantojot virkni standartizētu pārraudzības rīku (datu tabulas un strukturētas aptaujas), *EMCDDA* arī vāc saskaņotu informāciju par veselības aprūpes un sociālajiem pasākumiem narkotiku lietošanas un injicējamo narkotiku lietošanas jomā ES dalībvalstīs, kandidātvalstīs un Norvēģijā (112). Regulāri apkopotie dati ietver informāciju par narkotiku profilaksi un kaitējuma mazināšanas politiku; par galvenajiem pasākumiem veselības un sociālajā jomā, tostarp narkotiku lietotāju ārstēšanu (piemēram, klientu skaits, kuri saņem opioīdu aizstājējterapiju); arī par adatu un šļirču apmaiņas programmu veidiem, skaitu un ģeogrāfisko izplatību, kā arī par izsniegto šļirču skaitu.

Infekciju uzraudzība

Infekciju epidemioloģiskā aina narkotiku lietotāju vidū var strauji mainīties, jo īpaši, ja profilakse ir nepietiekama. Lai kontrolētu infekcijas risku injicējamo narkotiku lietotāju vidū, jāizveido laba infekcijas slimību uzraudzības sistēma, kas balstās uz principu "uzraudzība rīcībai", t. i., profilakses un uzraudzības struktūrām aktīvi sadarbojoties.

ECDC koordinē uzraudzību atbilstoši situācijai, un tās pamatā ir visu no jauna paziņoto ar asinīm pārnēsājamo infekciju gadījumi Eiropas līmenī, tostarp arī par tām infekcijām, ko var nodot, kopīgi lietojot injicēšanas piederumus. Uzraudzība atbilstoši situācijai ir noderīga slimību tendenču pārraudzībā un var būt arī noderīga, lai pēc iespējas agrāk atklātu slimības uzliesmojumus, jo īpaši, ja sistēmas pārklājums valstī ir labs, un paziņošanas kavējumi ir minimāli. Slimību uzliesmojumu un to novēršanas panākumi lielā mērā ir atkarīgi no spējas ātri atklāt jaunus uzliesmojumus un no līdzekļiem, lai varētu veikt atbilstošus pasākumus. Ja paziņošana valsts līmenī tiek veikta ar nelielu nokavēšanos, to var kompensēt ar daudz ātrāku paziņošanu vietējā vai reģionālā līmenī. ES mēroga gadījumu paziņošanas definīcija pastāv HIV, B hepatīta, C hepatīta un A hepatīta infekcijām, bet transmisijas kategorija (t. i., riska faktors) sistemātiski tiek apkopota tikai par HIV infekciju (B un C hepatīta

uzraudzības gadījumu definīcijas pašlaik tiek pārskatītas un ir gaidāms, ka arī tās ietvers transmisijas kategorijas informāciju). Tomēr daudzu valstu sistēmas apkopo sīkāku informāciju, kas ir svarīga profilakses pasākumu īstenošanai vietējā līmenī. Slimības paziņošanas rādītāji var atspoguļot slimību biežumu, bet parasti tie ir noteikti pārāk zemi. Turklāt šāda veida uzraudzībai parasti var piemērot tikai vispārējos iedzīvotāju kopsaucēju datus. Izmaiņas testēšanas modeļos un to biežumā var viegli sagrozīt rezultātus. Atbilstoši situācijai veidotiem pārskatiem nepieciešama infrastruktūras pamatlīmeņa uzturēšana un apstrādes laiks būtiskajos periodos un ir nepieciešams būtisks atbalsts no veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem, lai izveidotu adekvātu informāciju par riska faktoriem.

EMCDDA uzrauga infekcijas slimību izplatību injicējamo narkotiku lietotāju vidū, izstrādājot datu apkopošanas standartus un norādījumus par bioloģiskās un uzvedības aptaujām un citām datu vākšanas metodēm saistībā ar injicējamo narkotiku lietotājiem (2). Šo darbu veic ciešā sadarbībā ar *ECDC*, kas koordinē vispārēju infekcijas slimību uzraudzību Eiropā, kā arī ar valstu un starptautiskajiem partneriem (177-178). Datu vākšana koncentrējas uz HIV un B un C hepatītu, ar ko slimo injicējamo narkotiku lietotāji. Tiek uzturēta agrīnās brīdināšanas sistēma un ekspertu tīkls infekcijas slimību uzliesmojumu gadījumiem injicējamo narkotiku lietotāju vidū, kas var ietvert citas slimības, piemēram, Sibīrijas mēri un botulismu.

Cita veida uzraudzības sistēmām, piemēram, dažāda veida aptaujām un bioloģiskās un uzvedības pētījumiem, ir savas atšķirīgas priekšrocības stratēģiski svarīgas informācijas sniegšanas ziņā. Aptaujas var sniegt aplēses par prevalenci mērķa grupās, ko parasti nevar sasniegt ar uz gadījumiem balstītu uzraudzību. Bioloģiskās un uzvedības aptaujas injicējamo narkotiku lietotājiem, piemēram, tādas, ko iesaka *EMCDDA* un *ECDC*, var sniegt informāciju gan par narkotiku lietošanas paradumiem, gan infekcijas slimībām. Tomēr šie pētījumi laika gaitā jāatkārto, ja ir jāseko tendencēm, un tie var būt dārgi. Papildu ierobežojums ir vienprātības trūkums par labāko veidu, kā laika gaitā sasniegt reprezentatīvu paraugu izlasi, tomēr abas aģentūras strādā pie šīs vienprātību veidošanas.

Pamatojoties uz savām vajadzībām, valstīm vajadzētu pieņemt lēmumus par savas uzraudzības datu vākšanas sistēmas parametriem. Ar šo sistēmu ir jāvāc pietiekami daudz informācijas profilakses stratēģijas izveidošanai, pamatojoties uz veselības aprūpes vajadzību novērtējumu atbilstoši vietējai situācijai, ievērojot efektivitāti resursu un izmaksu ziņā.

Programmu pārraudzība un izvērtēšana

Pārraudzības sistēmām ir jākalpo valsts vai reģiona vajadzībām, lai nodrošinātu nepārtrauktu procesu novērtēšanu un spēju pielāgoties lietotāju paradumu un profilu izmaiņām; šāds novērtējums palīdz programmu vadītājiem un politikas veidotājiem izprast, kuras profilakses programmas sastāvdaļas ir veiksmīgas, bet kurām vajadzīgi uzlabojumi. Pārraudzība var arī norādīt programmas plānotājiem un politikas veidotājiem, vai pakalpojumu sniegšanas veidu kombinācija, sniegto pakalpojumu kombinācija un pasākumu pārklājums ir efektīvs, lai samazinātu vai novērstu saslimstības pieaugumu injicējamo narkotiku lietotāju mērķa grupā. Ja uzraudzība netiek veikta, nav iespējams novērtēt programmas ietekmi un attiecināt uzvedības izmaiņas vai slimību izplatību uz intervences pasākumiem. Gan procesu, gan iznākumu rādītājus var izmantot, un tie ir noderīgi, bet ir vērts apsvērt iespēju noteikt reālus mērķus iznākumu rādītāju kategorijai. Lai notiktu būtiskas izmaiņas cietu iznākumu rādītājos, piemēram, infekciju izplatībā vai izmaiņas risku izraisošā uzvedībā, var paiet gadi vai pat gadu desmiti.

Rādītāji

Šīs vadlīnijas neattiecas uz rādītājiem detalizētai programmu uzraudzībai un novērtēšanai, jo šajā jomā jau ir veikts ievērojams darbs (skatīt (4,53,137)). Jāuzsver, ka visi valsts līmenī uzraudzītie rādītāji būtu jāizmanto valsts pasākumu plānošanas un novērtēšanas nolūkā. Pārraudzībai jābūt noderīgai, nevis traucēklim sasniegt valsts vai reģionālās programmas mērķus. Pārraudzības un novērtēšanas dati būtu jāiekļauj nepārtrauktas pakalpojumu programmu novērtēšanas un pielāgošanas procesā, lai atbilstu mainīgajām epidemioloģiskajām un lietotāju īpašībām. Protams, ne visu valstu rādītāji ir noderīgi starptautiskai paziņošanai, un ne visi starptautiskie paziņošanas rādītāji ir noderīgi valsts pārraudzībai. Bieži sastopams pārpratums ir pieņemt, ka visi starptautiskie rādītāji ir stingri jāievēro, pat ja tie uz šo valsti neattiecas.

Mērķu izvirzīšana intervences pasākumu pārklājumam

Iedzīvotāju līmenī pārklājumu parasti definē kā proporciju starp iedzīvotāju daļu, kuriem nepieciešami intervences pasākumi, un tiem, kuri šo pasākumus ir saņēmuši (179). Lai optimizētu profilaksi ir ļoti svarīgi zināt, kādu injicējamo narkotiku lietotāju mērķauditorijas īpatsvaru īpašie profilakses pasākumi sasniedz. Vakcīnu jomā pārklājuma līmeni nosaka pasākuma ietekmē radušās sekas: noteiktā pārklājuma līmenī kopējā imunitāte ietekmē aizsardzību arī nevakcinētām grupām. Šādus rezultātus arī rāda modelēšanas pētījumi.

Kopīgie pasākumi infekcijas slimību profilaksei injicējamo narkotiku lietotāju vidū ir šļirču skaits, kas izdalīts injicējamo narkotiku lietotājiem gadā, vai arī procentuālā problemātisko opioīdu lietotāju daļa, kas saņem opioīdu aizstājējterapiju. To injicējamo narkotiku lietotāju īpatsvars, kuri saņem HIV, B hepatīta un/vai C hepatītu ārstēšanu

ir vēl viens svarīgs infekciju ārstēšanas pakalpojumu pārklājuma rādītājs (180). Ir noteikti profilakses pasākumu indikatīvie mērķi, bet ir nepieciešams tos izvērtēt saistībā ar konkrētās valsts (vai vietējo) situāciju, pamatojoties uz labi izstrādātu vajadzību novērtējumu (53,179). Ir arvien vairāk pierādījumu, ka augstāks adatu un šļirču apmaiņas programmu un opioīdu aizstājējterapijas pārklājuma līmenis ir efektīvāks par zemāku līmeņa pārklājumu uz katru injicējamo narkotiku lietotāju (71,181) un ka starp valstīm var pastāvēt lielas pārklājuma atšķirības (180,182). Saskaņā ar *EMCDDA* datiem, pašreizējais vidējais šļirču izplatīšanas skaits ES, ko 2009. gadā veica speciālās *NSP* iestādes, bija 90 šļirces uz vienu injicējamo narkotiku lietotāju. Valsts līmenī augstākais paziņotais skaits bija vairāk nekā 300 šļirču uz vienu injicējamo narkotiku lietotāju (183). Turklāt lielākajā daļā valstu aptiekas ir vēl viens nozīmīgs tīru injicēšanas piederumu iegādes avots. Tajā pašā gadā vidēji katrs otrais problemātiskais opioīdu lietotājs saņēma opioīdu aizstājējterapiju, kur valsts augstākais procentuālais līmenis bija Maltā – 68 % (centrālās aplēses no 65 % līdz 71 %) (128). Ideālā gadījumā adatām un šļircēm vienmēr ir jābūt pietiekamā krājumā, lai pakalpojumus varētu turpināt darboties. Neapmierināts pieprasījums pēc adatu un šļirču apmaiņas pakalpojumiem vai gaidīšanas laiks narkotiku lietotāju ārstniecībai norāda, ka pieprasījums pēc pakalpojumiem nav apmierināts, un tas nozīmē, ka pakalpojumu pārklājums ir jāpalielina.

Šļirču apmaiņas programmu pārklājuma palielināšana: Igaunijas pieredze

Igaunija ir viena no tām ES valstīm, kas saskaras smagu injicējamo narkotiku lietošanas slogu, ar lielu injicējamo narkotiku lietotāju skaitu iedzīvotāju vidū, kā arī ļoti augstu HIV izplatību injicējamo narkotiku lietotāju vidū. Injicējamo narkotiku lietošana galvenokārt ir koncentrēta galvaspilsētā Tallinā un ziemeļaustrumu Igaunijā. Lēš, ka Tallinā ir aptuveni 10 000 injicējamo narkotiku lietotāju, kuri galvenokārt lieto fentanila analogus un amfetamīnu. Adatu un šļirču apmaiņas pakalpojumi Tallinā tika uzsākti 1997. gadā, bet opioīdu aizstājējterapija ar metadonu sekoja 2001. gadā, lai gan pakalpojumu daudzums bija ierobežots. 2005. gadā HIV izplatība injicējamo narkotiku lietotāju vidū bija 54 %, un tika ziņots par lielu jauno injicējamo narkotiku lietotāju īpatsvaru (tie, kas injicē <= 3 gadiem) (21 %). Valsts līmenī tika nolemts, ka ir nepieciešams, lai strauji paplašināt profilakses programmu pārklājumu, lai risinātu šīs pieaugošās sabiedrības veselības problēmas, un plāns tika ietverts Nacionālajā HIV/AIDS profilakses stratēģijā. Laikā no 2003. līdz 2009. gadam, skaits stacionāroajos punktuos un ielu sociālo pakalpojumu vietāsu skaits Tallinā pieauga no 1 līdz 10, pakalpojumu apmeklējumi palielinājās 27 reizes, izdalīto šļirču skaits pieauga 43 reizes (no 1,8 līdz 77 šļircēm vienam injicējamo narkotiku lietotājam gadā), un vietu skaits metadona ārstēšanai pieauga vairāk nekā četras reizes. Aptuveni 80 % *INL* ziņoja, ka kaut reizi ir saskārušies ar šļirču apmaiņas pakalpojumiem un aptuveni 60 % lietotājiem šļirču apmaiņas pakalpojumi ir galvenais tīru adatu un šļirču avots. To injicējamo narkotiku lietotāju procentuālā daļa, kuri ziņojuši par kopīgu šļirču izmantošanu, pēdējo četru nedēļu laikā ir samazinājusies no 32 % (2005. gadā) līdz 22 % (2009. gadā). Šajā laika posmā HIV izplatība injicējamo narkotiku lietotāju vidū ir samazinājies no 21 % 2005. gadā līdz 9 % 2009. gadā, un procentuālā jauno injicējamo narkotiku lietotāju daļa no visiem injicējamo narkotiku lietotājiem samazinājusies no 21 % līdz 12 %. Iespējams, ka daļu no pētījuma laikā novērotā HIV saslimstības samazinājuma var attiecināt uz adatu un šļirču pakalpojumu apjoma palielināšanu, jo piekļuve narkotiku lietotāju ārstēšanai un antiretrovirālajai terapijai šajā periodā tika nodrošināta diezgan zemā līmenī. Nepārtraukta adatu un šļirču nodrošinājuma palielināšana, kombinējot ar narkotiku lietotāju un HIV ārstēšanas apjoma palielināšanu līdz augstam līmenim, tiem, kam tā nepieciešama, visticamāk laika gaitā Igaunijā vēl vairāk samazinās saslimstību ar HIV.

Avots: Uuskula et al., 2011

A pielikums. Injicējamo narkotiku lietošanas un galveno infekciju epidemioloģija injicējamo narkotiku lietotāju vidū ES/EEZ

Injicējamo narkotiku lietošana

Injicējamo narkotiku lietotāji ir viena no grupām, kurās ir visaugstākais risks iegūt negatīvas sekas veselībai narkotiku lietošanas rezultātā, jo pastāv ar asinīm pārnēsājamo slimību risks, piemēram, HIV un B un C hepatīts. Šīs personas ir arī jutīgas pret narkotiku pārdozēšanu un infekcijām, piemēram, tuberkulozi, A hepatīta vīrusu, bakteriālām ādas infekcijām, sistēmiskām infekcijām un seksuāli transmisīvām infekcijām.

Daudzās Eiropas valstīs injicējamo narkotiku lietošana ir sinonīms ar opioīdu lietošanai, bet ir dažas valstis, kurās dominējošās injicējamās narkotikas ir amfetamīni (5). *EMCDDA* saņem aplēses no Eiropas Savienības dalībvalstīm par injicējamo narkotiku lietošanas izplatību, un 2010. gadā 12 valstis sniedza jaunākās aplēses, kurās starp valstīm parādījās lielas atšķirības injicējamo narkotiku lietošanas izvēlē. Tajās valstīs, kuras iesniedza aplēses, vidējais aplēstais injicējamo narkotiku lietotāju skaits ir 2,5 uz 1000 pieaugušajiem vecumā no 15 līdz 64 gadiem. Ja šo rādītāju ekstrapolētu uz Eiropas populāciju, tas varētu atbilst aptuveni starp 750 000 un 1 miljonam aktīvo injicējamo narkotiku lietotāju ES/EEZ. Papildus tam visticamāk ir ievērojama iedzīvotāju daļa, kuri ir bijušie injicējamo narkotiku lietotāji (5). Lai gan lielākajā daļā Eiropas rietumos injicējamo narkotiku lietotāju grupa kopumā noveco, citās ES daļās injicējamo narkotiku lietotāju vidū dominē jaunieši.

HIV

Saskaņā ar ES valstu pārskatiem, HIV izplatības līmenis injicējamo narkotiku lietotāju vidū svārstās no mazāk nekā 1 % līdz vairāk nekā 60 % (pamatojoties uz konkrētiem pētījumiem vai pastiprinātu uzraudzību) (137). No visiem no jauna diagnosticētajiem HIV gadījumu, par ko paziņojušas 28 ES/EEZ valstis, Eiropā 2009. gadā (25 917 gadījumi), 1298 tika atzīti par tādiem, kuri pašlaik lieto injicējamās narkotikas vai ir to darījuši iepriekš (īpatsvars ir 5,7 uz 100 000 iedzīvotājiem). Neskatoties uz to, ka 2009. gada Eiropā vidēji 5 % no paziņotajiem HIV gadījumiem bijuši saistīti ar injicējamo narkotiku lietošanu, valstu rādītāji ir ļoti atšķirīgi, un to injicējamo narkotiku lietotāju īpatsvars no jauna reģistrētajos HIV gadījumos bija robežās no 65 % Lietuvā un 43 % Bulgārijā līdz mazāk nekā 1 % Nīderlandē un Rumānijā. Kopš 2004. gada, jauno paziņoto HIV diagnožu skaits injicējamo narkotiku lietotāju vidū ir samazinājies par 40 % tajās 26 ES/EEZ valstīs, kurās ir konsekventa HIV paziņošanas sistēma (6). Valstu tendences bijušas līdzīgas – lielākā daļa valstu ziņo par HIV gadījumu skaita samazināšanos injicējamo narkotiku lietotāju vidū pēdējo sešu gadu laikā, izņemot Bulgāriju, Igauniju, Latviju un Lietuvu; trīs Baltijas valstis 2001. un 2002. gadā visvairāk cieta no strauja HIV diagnozes skaita palielinājuma. Kopš tā laika šīs valstis ir ziņojušas samazinājumu, kaut gan 2007. gadā Latvijā un 2009. gadā Lietuvā tika ziņots par HIV atjaunošanos. Rietumeiropas valstīs HIV epidēmija injicējamo narkotiku lietotāju vidū bija daudz senāk un kulmināciju sasniedza 20. gadsimta 80. gadu vidū (6).

Neskatoties uz HIV gadījumu samazinājuma tendenci injicējamo narkotiku lietotāju vidū ES/EEZ, vēl joprojām ir valstis, kurās notiek būtiska HIV transmisija injicējamo narkotiku lietotāju vidū (184). Tāpat ir iespējams, ka HIV izplatība dzimumceļā notiek starp injicējamo narkotiku lietotājiem un viņu seksuālajiem partneriem. Neskatoties uz salīdzinoši zemo absolūto diagnosticēto gadījumu skaitu injicējamo narkotiku lietotāju vidū, viņus tomēr HIV epidēmija ir skārusi nesamērīgi, salīdzinot ar cilvēkiem, kuri nelieto injicējamās narkotikas.

B un C hepatīts

B hepatīta (HBV) un C hepatīta (HCV) vīrusa infekcija ir būtisks sabiedrības veselības jautājums Eiropas Savienībā, jo abas infekcijas ir saistītas ar ievērojamu saslimstību un mirstību. Abas infekcijas var izraisīt hroniskas slimības, kas var izraisīt aknu cirozi, iespējams, aknu vēzi un nāvi. HBV un HCV var viegli pārnēsāt, lietojot injicējamās narkotikas, jo tiek izmantota nedroša injicēšanas prakse, kas ietver kopīgu adatu un šļirču, kā arī citu injicēšanas materiālu lietošanu.

Eiropā injicējamo narkotiku lietošana ir galvenais hepatīta inficēšanas ceļš, un injicējamo narkotiku lietotāji veido lielāko daļu no jauna reģistrēto HCV infekcijas gadījumu. Aplēses liecina, ka Eiropā ir aptuveni viens miljons pašreizējo vai bijušo injicējamo narkotiku lietotāju, kuriem ir hroniska HCV infekcija (5). C hepatīta izplatība Eiropā injicējamo narkotiku lietotāju vidū ir ļoti augsta – sākot ar 12 % līdz 85 % (54), un no 50 līdz 90 % cilvēku, kuri ir inficēti ar C hepatīta vīrusu, nespēj infekciju spontāni novērst. Ir novērots, ka HCV izplatība injicējamo narkotiku lietotāju vidū deviņās Eiropas valstīs samazinās, bet trīs citās – pieaug, un ir saņemti dati no četrām citām valstīm,

kuros neparādās nekādas acīmredzamas tendences (8). Sešās valstīs, kurās riska faktori ir zināmi, paziņoto HCV gadījumu tendencēs vērojams injicējamo narkotiku lietotāju īpatsvara samazinājums paziņotajos gadījumos, bet trīs citās valstīs – vērojams pieaugums. (54). Datus ir grūti interpretēt, jo datu kvalitāte bieži vien ir nepietiekama, taču ir pazīmes, ka kopējais HCV infekcijas līmenis injicējamo narkotiku lietotāju vidū varētu sākt samazināties. Ir zināms, ka HCV inficēšanās risks palielinās, ilgstoši lietojot injicējamās narkotikas (10), taču jaunākie pētījumi arī liecina, ka daudzi injicējamo narkotiku lietotāji nonāk saskarē ar šo vīrusu uzreiz pēc injicējamo narkotiku lietošanas uzsākšanas (54). Augsto HCV infekcijas līmeni injicējamo narkotiku lietotāju vidū vēl pasliktina fakts, ka daudzi no tiem, kas ir saslimuši ar HCV, lietojot injicējamās narkotikas, nezina, ka ir inficēti. Šie faktori norāda, ka ir svarīga savlaicīga profilakses pasākumu uzsākšana.

Papildus augstajam C hepatīta infekcijas līmenim, injicējamo narkotiku lietotāji bieži ir inficēti arī ar citiem vīrusiem, tostarp B hepatītu un HIV. Vairākas hepatīta infekcijas vienlaicīgi ievērojami palielina nāves risku pēkšņas aknu mazspējas dēļ. B hepatīta antivielu līmenis parasti ir ļoti augsts injicējamo narkotiku lietotāju vidū, bet izplatība starp valstīm ievērojami atšķiras. Tas var būt daļēji skaidrojams ar atšķirīgiem vakcinācijas līmeņiem injicējamo narkotiku lietotāju vidū (54). Jaunākie dati no deviņām Eiropas valstīm norādīja, ka B hepatīta antivielu izplatības līmenis injicējamo narkotiku lietotāju vidū bija vairāk nekā 40 %. Starp paziņotajiem akūtā B hepatīta gadījumiem, kuru inficēšanas ceļi ir dokumentēti, viens no pieciem slimniekiem inficējies, injicējot narkotikas. Tendenču dati liecina, ka injicējamo narkotiku lietotāju īpatsvars paziņoto HBV gadījumu vidū laikā no 2003. līdz 2008. gadam ir samazinājies astoņās no 17 valstīm (54).

Tuberkuloze

Injicējamo narkotiku lietošana ir saistīta ar daudziem vides riska faktoriem un risku izraisošu uzvedību. Sociālā riska faktori, piemēram, slikti dzīves apstākļi, bezpajumtniecība, ieslodzījums, nabadzības, tabakas lietošana un atkarība no alkohola kopā ar fizioloģisko narkotiku lietošanas ietekmi, injicējamo narkotiku lietotājus var pakļaut lielākam riskam attīstīties TB, inficēties ar TB, un palielinātam mirstības riskam (142,185). Turklāt, kā minēts iepriekš, HIV izraisīta imūndepresija ir viens no būtiskākajiem riska faktoriem TB attīstībā un galvenais iemesls lielajai TB izplatībai injicējamo narkotiku lietotāju vidū. Nesen publicētā sistemātiskā pārskatā par TB un HIV kombinēto inficēšanos ES/EEZ konstatēja, ka kombinētā inficēšanās ar HIV TB pacientiem bija robežās no 0 līdz 15 %, un ka injicējamo narkotiku lietošana bija viens no kombinētās inficēšanās riska faktoriem (186).

ES ir viens no zemākajiem TB paziņošanas rādītājiem pasaulē, bet starp ES valstīm ir lielas atšķirības. 2009. gadā paziņošanas rādītāji svārstījās starp 2,8 un 108,2 gadījumiem uz 100 000 iedzīvotājiem (187). Visneaizsargātākās un atstumtākās grupas bija tās, kuras visvairāk cieš no saslimšanām un kam ir vismazākās iespējas piekļūt pakalpojumiem.

ES mērogā nav apkopoti dati par paziņoto TB gadījumu sociālo risku faktoriem, tāpēc aplēses par TB saslimstību injicējamo narkotiku lietotāju vidū balstās uz reģionālajiem vai, dažos gadījumos, konkrētai valstij raksturīgiem pētījumiem. Tomēr ir pietiekami daudz pierādījumu tam, ka narkotiku lietošana ir saistīta ar lielāku latentu tuberkulozes infekciju izplatību un injicējamo narkotiku lietotājiem ir palielināts risks iegūt aktīvu tuberkulozi. Atkarībā no vietas un valsts, apmēram 10 līdz 60 % injicējamo narkotiku lietotāju tuberkulīna ādas raudzes *(TST)* pārbaude bijusi pozitīva (142). Pētījumi liecina, ka narkotiku lietotājiem, neatkarīgi no tā, vai viņi lieto injicējamās narkotikas, vai nē, ir vienlīdz liels risks būt *TST* pozitīviem (142).

Lielākā daļa ar *M. tuberculosis* inficētiem cilvēkiem nesaslimst, bet baktērijas saglabājas subklīniskā stāvoklī, minimāli vairojoties. Tāpēc latenta TB infekcija *(LTBI)* ir definēta kā personas inficēšanās stāvoklis, bet bez klīniskajām slimības izpausmēm un no kā *M. tuberculosis* baciļus nevar identificēt ar klasisko bakterioloģiju. Aktīvo TB slimību diagnosticē, izvērtējot medicīnisko vēsturi, simptomus, rentgena uzņēmumus un mikrobioloģiski vai molekulāri identificējot *M. tuberculosis*. Aktīvas TB slimību attīstības riskus ietekmē indivīda imunoloģiskais stāvoklis. Cilvēkiem, kuriem nav HIV kombinētās infekcijas, ir 5 līdz 10 % liels risks, ka dzīves laikā TB slimība progresēs, savukārt cilvēkiem, kuriem ir HIV, ir ziņots, ka viņiem ik gadu ir 5 līdz 10 % risks, ka TB slimība attīstīsies (185).

A hepatīta vīruss

A hepatīts ir vīrusu saslimšana, ar akūtu sākumu, ar ko parasti inficējas fekāli-orālā ceļā, caur piesārņotu pārtiku vai ūdeni, vai konkrētās riska grupās, tostarp vīrieši, kuriem ir dzimumsakari ar vīriešiem, vai injicējamo narkotiku lietotāji. Tā kā šo slimību riska grupā regulāri neuzrauga, nav zināms patiesais A hepatīta saslimšanu skaits injicējamo narkotiku lietotāju vidū. Tomēr ir bijuši ziņojumi par A hepatīta uzliesmojumiem Eiropas Savienībā, kas koncentrēti parādījās injicējamo narkotiku lietotāju grupās, piemēram, Latvijā 2008. gadā, kur iedzīvotāju saslimstības rādītājs pieauga no 0,66 līdz 123 uz 100 000 slimības uzliesmojuma dēļ (13). Papildu uzliesmojumi ir bijuši saistīti ar injicējamo narkotiku lietotāju grupām Čehijas Republikā (12), Somijā (15) un Norvēģijā (14). Nav skaidrs, vai šie uzliesmojumi bija saistīti ar injekciju sagatavošanas praksi vai citu uzvedību, kas saistīta ar sliktu higiēnu.

Ādas bakteriālās un sistēmiskās infekcijas

Grūti novērtēt patieso baktēriju un sistēmisku infekciju apjomu, kas radušās saistībā ar injicējamo narkotiku lietošanu, jo lielākā daļa no tām Eiropas līmenī netiek uzraudzītas. Pamatojoties uz 2010. gada aptaujām Anglijā, Velsā un Ziemeļīrijā, 40 % to, kuri aktīvi lietoja injicējamās narkotikas, ziņoja, ka iepriekšējā gada laikā bijis iekaisums, abscess vai vaļēja brūce, kopīgi injekcijas vietas infekcijas simptomi (17). Šīs infekcijas parasti rodas nesterilu injicēšanas piederumu vai netīru narkotiku sagatavošanas piederumu izmantošanas rezultātā. Visbiežāk sastopamais patogēns, kas izraisa ādas un mīksto audu infekcijas injicējamo narkotiku lietotāju vidū, ir *Staphylococcus aureus*, un liela daļa šo infekciju ierosinātājs ir pret meticilīnu rezistentais *Staphylococcus aureus (MRSA)* (188). Lai gan lielākā daļa infekciju ir nelielas, tās var kļūt arī nopietnas un sistēmiskas, kā rezultātā var rasties osteomielīts, bakteriēmija, septiskā dziļā vēnu tromboze un endokardīts (189-190). Citas ir bakteriālās ādas, mīksto audu un sistēmiskās infekcijas, ko izraisa A grupas streptokoki *(GAS)*, bet vēl citas ir saistītas ar klostrīdiju infekcijām, no kā rodas brūču botulisms vai stingumkrampji (191-192). Injicējamo narkotiku lietotāju vidū visā Eiropā konstatēti brūču botulisma (193), stingumkrampju (18) un citu klostrīdiju infekciju (194) uzliesmojumi. Kaut arī šīs sistēmiskās infekcijas parādās diezgan reti, tās var izraisīt smagu slimību un nāvi. Sibīrijas mēris ir viena no šādām akūtām slimībām, ko izraisa baktērija *Bacillus anthracis*. Eiropā tas ir reti sastopams, bet 2009. gada beigās un 2010. gadā tika ziņots 42 gadījumiem injicējamo narkotiku lietotāju vidū Skotijā, no kuriem 13 beidzās ar nāvi. Par turpmākajiem nāves gadījumiem, kas bija saistīti ar Skotijas gadījumiem, jo nāca no tā paša Sibīrijas mēra celma, ziņoja no Anglijas un Vācijas, un par slimības avotu uzskatīja piesārņotu heroīna partiju (54).

Seksuāli transmisīvās infekcijas

Narkotiku, tostarp injicējamo narkotiku lietošana, ir saistīta ar augsta riska seksuālo praksi, un STI ir plaši izplatītas, kaut gan STI epidemioloģija injicējamo narkotiku lietotāju vidū Eiropā nav labi dokumentēta. Tiek uzskatīts, ka injicējamo narkotiku lietotājiem ir lielāks STI risks, jo ir lielāka iespējamība veikt dzimumattiecību apmaiņu pret naudu vai narkotikām, vai tāpēc, ka, atrodoties narkotisko vielu ietekmē, ir traucētas spriestspējas, vienojoties par drošāku seksuālo uzvedību (162). Ir arī teikts, ka narkotiku lietošana dažiem injicējamo narkotiku lietotājiem var apgrūtināt veselības pakalpojumu vai STI skrīningu apmeklēšanu un ka parasto STI klīniku pakalpojumi nesasniedz daudzus injicējamo narkotiku lietotājus. Tomēr ir daži pierādījumi, ka slimību, piemēram, B hepatīta un HIV transmisija dzimumceļā notiek starp injicējamo narkotiku lietotājiem un viņu seksuālajiem partneriem, un, tāpēc ir svarīgi pievērsties šo pacientu skrīningam un seksuāli transmisīvo un ar asinīm pārnēsājamo vīrusu profilaksei.

Cilvēka T-šūnu limfotropā vīrusa II tips (HTLV-II)

Ar HTLV-II var inficēties, izmantojot kopīgus injicēšanas piederumus, dzimumceļā, kā arī ar inficētiem asins produktiem. Kopš cilvēka T-šūnu limfotropā vīrusa II tipa (HTLV-II) atklāšanas 1982. gadā, tas kā patogēns ir bijis saistīts ar pretrunīgiem apgalvojumiem, turklāt literatūra par slimības iznākumu ir ierobežota. Ir uzkrāti pierādījumi par neiroloģiskajām slimībām un pneimonijas, bronhīta un iespējamās autoimūnās slimības biežuma palielināšanos pacientiem, kas ir inficēti ar HTLV-II (11). HTLV-II ir atrasts injicējamo narkotiku lietotāji vidū Amerikas Savienotajās Valstīs un Eiropā, ar paredzamo izplatību no 1,6 līdz 8 % Itālijā (195-196) un no 0,4 līdz 11,5 % Spānijā (197). Šajos un citos pētījumos konstatēts, ka bieži HTLV-II ir HIV kombinētā infekcija. Ziemeļeiropā HTLV-II ir atrodams salīdzinoši retāk injicējamo narkotiku lietotāju vidū, bet ir ziņots par gadījumiem Zviedrijā (198) un Francijā (199). Vienā pētījumā Īrijā konstatēta augsta HTLV-II seroprevalence (15 %) injicējamo narkotiku lietotāju vidū (200).

B pielikums. Pierādījumi pasākumu efektivitātei, lai novērstu infekciju slimību izplatību injicējamo narkotiku lietotāju vidū

Kā norādīts sadaļā par "Mērķiem, uzdevumiem un metodiku", izveidojot šajās vadlīnijās norādītos galvenās intervences pasākumus, vērā ņemti vairāki faktori. Katram galvenajam pasākumam tika ņemti vērā pierādījumi, kuru pamatā ir publicētie zinātniski recenzētie pētījumi, veicot sistemātisku apskatu par apskatiem, kas publicēti kopš 2000. gada ("apskats par apskatiem" metode) (201). Apskatus uzskata par augsta ticamības līmeņa pierādījumiem, jo tajos apkopoti un salīdzināti iegūtie dati no primārās literatūras, izmantojot sistemātiskus kritērijus, lai izvēlētos pētījumus un to rezultātus. Apskatu apskatīšana ir efektīva metode, ar kuru apvieno augsta ticamības līmeņa pierādījumus, bet ir arī īpaši ierobežojumi (skatīt tehniskus ziņojumus par pamata pierādījumu bāzi). Lai kompensētu šo ierobežojumu, šīs vadlīnijas ņem vērā nesen veiktos primāros pētījumus, kā arī ekspertu viedokļus, lai papildinātu pierādījumu apgalvojumus, pamatojoties uz "apskatu par apskatiem". Sākotnējo pētījumu rezultāti tika ņemti vērā tiem pasākumiem, par kuriem vēl nav pieejamu sistemātisku apskatu. *ECDC/EMCDDA* tehnisko konsultāciju grupa sniedza konsultācijas par visiem galvenajiem pasākumiem.

Turklāt pārliecinājāmies, vai intervences pasākums tiek uzskatīts par paraugpraksi Eiropas Savienībā un tādējādi iekļauts valsts un starptautiskajās vadlīnijās un politikas dokumentos. Visbeidzot, apskatījām arī lietotāju un pakalpojumu sniedzēju izvēles pētījumus saistībā ar to, kā lietotāji/pakalpojumu sniedzēji aprakstīja savus kritērijus, lai visefektīvāk saņemtu profilakses pakalpojumus. Vadlīnijās katram no ieteiktajiem galvenajiem pasākumiem ir sniegts apsvērtais vērtējums par to, kā mēs izsvērām pierādījumus iekļaušanai pasākumos.

B.1. tabula Kopsavilkums par pasākumu efektivitāti, lai samazinātu riskantu injicēšanas uzvedību un HIV un HCVtransmisiju, kā pamats ieteikumam un apsvērtajam vērtējumam par septiņiem galvenajiem iejaukšanās pasākumiem

Galvenie pasākumi/ sastāvdaļas	Eksperta atzinums/ īstenošanas prakse	Pierādījumi no publicētajiem apskatiem (simboli paskaidroti zemāk B2 tabulā)	Konstatējumi primārajos pētījumos
Injekciju piederumi	Rekomendācijas un apsvērtais vērtējums — Tīra narkotiku injicēšanas piederumu nodrošināšana un likumīga pieejamība, tostarp sterilu adatu un šļirču pietiekamas bezmaksas piegādes kombinētas daudzkomponentu profilakses metodes ietvaros, ko īsteno ar kaitējuma mazināšanas, konsultēšanas un ārstniecības programmu palīdzību, ir ieteicama, pamatojoties uz atbilstošiem apskatos konstatētiem pierādījumiem, primārajiem pētījumiem un ekspertu atzinumu.		
Adatu un šļirču nodrošinājums.	Pozitīvs ekspertu atzinums.	Riskus izraisoša injicēšanas uzvedība: ++ HIV nodošana: + HCV nodošana: ?	• *NSP* ekoloģiskie pētījumi norāda uz stabilu vai samazinātu HCV nodošanas rādītāju. • Nesen publicētā metaanalīze rāda, ka *OST* kombinācija ar *NSP* efektīvi samazina HCV transmisiju.
Citi narkotiku sagatavošanas piederumi.	Pozitīvs ekspertu atzinums.	Risku izraisoša injicēšanas uzvedība: + HIV nodošana: ? HCV nodošana: +/-	*In vitro* pētījumi liecina par lielu HCV transmisijas potenciālu.
Folija, lai veicinātu narkotiku uzņemšanas veida maiņu	Pozitīvs ekspertu atzinums.	Riskus izraisoša injicēšanas uzvedība: ? HIV nodošana: ? HCV nodošana: ?	Trūkst pētījumu
Vakcinācija	Rekomendācijas un apsvērtais vērtējums – Injicējamo narkotiku lietotāju vakcinācija ar A un B hepatīta, stingumkrampju un gripas vakcīnu un, jo īpaši HIV pozitīvām personām – pneimokoku vakcīnu. Tas ir ieteicams, pamatojoties uz ekspertu atzinumu, īstenošanas praksi un primārajiem pētījumiem.		
HBV, HAV, stingumkrampju, gripas vakcīnas (pneimokoku vakcīna — HIV pozitīvām personām)	• Pozitīvs ekspertu atzinums, jo pakalpojums tieši attiecas uz injicējamo narkotiku lietotājiem • Vakcīnas efektivitāte ir skaidri pierādīta. • Plaši ieviesta sabiedrības veselības aprūpes praksē.	(Nav iekļauts apskatā)	Spēcīgi pierādījumi par HBV, HAV un stingumkrampju samazināšanu gan individuālā, gan populācijas līmenī pēc vakcinācijas, pat ja īstenota tikai daļa no pilna kursa.

Galvenie pasākumi/ sastāvdaļas	**Eksperta atzinums/ īstenošanas prakse**	**Pierādījumi no publicētajiem apskatiem (simboli paskaidroti zemāk B2 tabulā)**	**Konstatējumi primārajos pētījumos**
Narkotiku atkarības ārstēšana	Rekomendācijas un apsvērtais vērtējums: Opioīdu aizstājējterapijai *(OST)* un cita veida efektīvai narkotiku atkarības ārstēšanai jābūt viegli pieejamai, pamatojoties uz ekspertu atzinumu, un – *OST* gadījumā – uz vairākos spēcīgos pētījumos un apskatos gūtajiem konsekventiem pierādījumiem. Kamēr nav pierādījumu par psihosociālās ārstēšanas efektivitāti, tā ir ieteicama, pamatojoties uz ekspertu atzinumu.		
Farmakoloģiskā ārstēšana ar agonistiem (opioīdiem) *(OST)*	Pozitīvs ekspertu atzinums.	Risku izraisoša injicēšanas uzvedība: ++ HIV nodošana: ++ HCV nodošana: +	• *OST* un *NSP* kombinācija vēl vairāk uzlabo HCV transmisijas profilakses efektivitāti. • Palielināta *ART* ievērošana un palielināti *ART* virusoloģiskās ārstēšanas panākumi HIV inficētām personām, kas iziet *OST*. • *OST* izmantošana kombinācijā ar psihosociālo ārstēšanu sniedz ieguvumus ārstēšanās nosacījumu ievērošanai, ārstēšanas pabeigšanai un abstinencei pēcpārbaudēs.
Farmakoloģiskā ārstēšana, izmantojot antagonistu	• Iespēja tiem, kas neuzsākt farmakoloģisko ārstēšanu, izmantojot agonistu. • Nepieciešami turpmāki pētījumi.	Risku izraisoša injicēšanas uzvedība: +/- HIV nodošana: +/- HCV nodošana: +/-	Potenciālie ieguvumi, ja kombinē ar psihosociālo ārstēšanu, lai samazinātu par narkotiku lietošanu.
Psihosociālā ārstēšana	Galvenā iespēja stimulantu lietotājiem, ja netiek veikta farmakoloģiskā ārstēšana; • uzlabo *OST* efektivitāti, ja izmanto kombinēti • iespēja stimulantu lietotājiem, kuri nav ieinteresēti farmakoloģiskajā ārstēšanā;	Risku izraisoša injicēšanas uzvedība: +/- HIV nodošana: +/- HCV nodošana: +/-	• Potenciālie ieguvumi narkotiku lietošanas samazinājuma dēļ • Ārkārtas situāciju valdība var sniegt labumu stimulantu lietotājiem • Kombinācijā ar *OST* sniedz ieguvumus ārstēšanās nosacījumu ievērošanai, ārstēšanas pabeigšanai un abstinencei pēcpārbaudēs.
Pārbaužu veikšana	Rekomendācijas un apsvērtais vērtējums **—** brīvprātīga un konfidenciāla HIV, C hepatīta (B hepatīta nevakcinētām personām) un citu infekciju, tostarp tuberkulozes pārbaužu veikšana ar informētu piekrišanu, jāpiedāvā ikdienā un jāsaista ar nosūtījumu uz ārstēšanu.		
Infekcijas slimību ārstēšana.	• Pozitīvs ekspertu atzinums. • Ietverts valsts un starptautiskajās pamatnoštādnēs. • Plaši ieviesta sabiedrības veselības aprūpes praksē. • Nepieciešamais pamats ikvienam lēmumam attiecībā profilaksi un ārstēšanu.	Risku izraisoša injicēšanas uzvedība: +/- HIV nodošana: ? HCV nodošana: ?	Pētījumi un situācijas modelēšana liecina, ka efektīva saikne ar ārstniecības pieejamību samazina slimību transmisiju.
Infekcijas slimību ārstēšana	Rekomendācijas un apsvērtais vērtējums **—** Pamatojoties uz pierādījumiem un ekspertu atzinumu, pretvīrusu terapija jānodrošina visiem tiem, kas ir inficēti ar HIV, HBV vai HCV, pamatojoties uz klīniskajām indikācijām. Jānodrošina tuberkulozes ārstēšana aktīvas tuberkulozes gadījumā. Profilaktiska tuberkulozes terapija jāapsver latentas tuberkulozes formas gadījumā. Citu infekcijas slimību ārstēšana jāpiedāvā, ja tā ir klīniski nepieciešama. Ieteicama vispārēja piekļuve visa veida ārstēšanai, tostarp pieejamība aktīvajiem intravenozo narkotiku lietotājiem [9].		

[9] Jāapsver zāļu mijiedarbība un stabila saskarsme ar medicīnas pakalpojumu sniedzēju.

Galvenie pasākumi/ sastāvdaļas	Eksperta atzinums/ īstenošanas prakse	Pierādījumi no publicētajiem apskatiem (simboli paskaidroti zemāk B2 tabulā)	Konstatējumi primārajos pētījumos
	• Pozitīvs ekspertu atzinums. • Ietverts starptautiskajās un valsts pamatnostādnēs, kas arvien vairāk norāda, ka aktīva narkotiku lietošana nav jāuzskata par izslēgšanas kritēriju pretvīrusu terapijas saņemšanai. • Ārstēšanas neveikšana varētu radīt kaitējumu saslimstības un potenciālas nāves veidā.	(Nav iekļauts apskatā.)	• Spēcīgi pierādījumi tuberkulozes aktīvo un latento gadījumu ārstēšanā. • Modelēšanas pētījumi norāda uz iespējamu HCV ārstēšanas profilaktisko efektu populācijas līmenī. • Pierādījumi par aktīvo narkotiku lietotāju HIV un HCV ārstēšanas panākumiem kohortās.
Veselības veicināšana (Informēšana, apmācība un konsultēšana, kā arī ielas sociālie pakalpojumi)	Rekomendācijas un apsvērtais vērtējums — veselības veicināšana, kas vērsta uz drošāku injicēšanas uzvedību; seksuālā veselība, tostarp prezervatīvu lietošana; un ir ieteicama slimību profilakse, pārbaužu veikšana un ārstēšana, pamatojoties uz pierādījumiem, kas gūti apskatos, primārajos pētījumos un ekspertu atzinumos.		
Informēšana, apmācība un konsultēšana	• Pozitīvs ekspertu atzinums • Tiek uzskatīts par būtisku pavadošo komponentu visu pārējo sešu intervences pasākumu sniegšanā	Risku izraisoša injicēšanas uzvedība: + HIV nodošana: +/- HCV nodošana: ?	• Daudzkomponentu komplekss, pamatojoties uz klientu grupu specifiskajām vajadzībām • Atbalsta profilakses mērķus
Mērķorientēta pakalpojumu sniegšana	Rekomendācijas un apsvērtais vērtējums — Pakalpojumi jākombinē, jāorganizē un jāsniedz atbilstoši lietotāja vajadzībām un vietējiem apstākļiem; tie ietver pakalpojumu sniegšanu, izmantojot pārvietojamus un stacionārus punktus, kur piedāvā narkotiku atkarības ārstniecību, kaitējuma mazināšanu, konsultēšanu un pārbaužu veikšanu, kā arī izsniedz nosūtījumus uz vispārējiem primārās veselības aprūpes un specializētiem medicīniskiem dienestiem.		
Stacionāri zema sliekšņa punkti, kas piedāvā *NSP* un citus profilakses pakalpojumus	Pozitīvs ekspertu atzinums, sniedz uz klienta vajadzībām orientētu pakalpojumu klāstu un nonāk saskarē ar lietotājiem	Tika pārskatīta zinātniskā literatūra attiecībā uz *NSP* programmām Risku izraisoša injicēšanas uzvedība: ++ HIV nodošana: + HCV nodošana: +/-	• Atsevišķos pētījumos konstatēja, ka injicējamo narkotiku lietotājiem veicinoši faktori apmeklēt pakalpojumu vietu bija zemas cenas, ģeogrāfiskais tuvums, pretimnākoša personāla attieksme un iespēja adatu un šļirču programmā saņemt papildu pakalpojumus. • Tika konstatēts, ka ģeogrāfiskais attālums, bailes tikt policijas pieķertiem *NSP* apmeklēšanas laikā, darba laiks un privātuma trūkums darbojās kā barjeras.
Nosūtījumi uz vispārējiem primāriem veselības aprūpes pakalpojumiem un pie speciālistiem medicīniska, narkotiku profilakses un citu kaitējuma mazināšanai, konsultācijas un ārstēšanas pakalpojumi	Pozitīvs ekspertu atzinums; iekļauts kā nepieciešams pamatelements lietotāja aprūpei atbilstoši pieņemtajiem veselības un sociālās aprūpes sniegšanas standartiem.	Zinātniskā literatūrā netika oficiāli pārskatīta saistībā ar nosūtījumu uz pakalpojumiem radīto ietekmi.	Zinātniskā literatūrā netika oficiāli pārskatīta saistībā ar nosūtījumu uz pakalpojumiem radīto ietekmi.
Piekļuve šļircēm aptiekās	Pozitīvs ekspertu atzinums, paplašina pieejamību sterilām šļircēm.	Risku izraisoša injicēšanas uzvedība: + HIV nodošana: +/- HCV nodošana: ?	Ekoloģiskajos un šķērsgriezuma pētījumos konstatēts, ka pēc tam, kad aptiekās ieviesa šļirču pārdošanu, lietotāji tās mazāk izmantoja kopīgi.
Šļirču sekundārā izplatīšana	Pozitīvs ekspertu atzinums, ļauj paplašināt šļirču programmu sasniedzamību	Risku izraisoša injicēšanas uzvedība: +/- HIV nodošana: +/- HCV nodošana: ?	Trūkst pētījumu
Šļirču nodrošināšana ielas sociālo pakalpojumu ietvaros	Pozitīvs ekspertu atzinums, ļauj sasniegt grūti sasniedzamas, atstumtās iedzīvotāju grupas.	Risku izraisoša injicēšanas uzvedība: ? HIV nodošana: +/- HCV nodošana: ?	Trūkst pētījumu
Šļirču tirdzniecības automāti	Pozitīvs ekspertu atzinums, ļauj piekļūt šļircēm, neatkarīgi no pakalpojuma darba laika	Risku izraisoša injicēšanas uzvedība: +/- HIV nodošana: +/- HCV nodošana: ?	Trūkst pētījumu
Injicēšanas piederumu pakalpojuma piegāde vairākos veidos	Pozitīvs ekspertu atzinums, ieteicams izmantot vairākus izplatīšanas kanālus.	Zinātniskā literatūrā netika oficiāli pārskatīta saistībā ar vairāku veidu pakalpojuma piegādes radīto ietekmi.	Pierādījumi no primārajiem pētījumiem liecina, ka daudz efektīvāka ir pakalpojumu sniegšanas kanālu kombinēšana.

Galvenie pasākumi/ sastāvdaļas	Eksperta atzinums/ īstenošanas prakse	Pierādījumi no publicētajiem apskatiem (simboli paskaidroti zemāk B2 tabulā)	Konstatējumi primārajos pētījumos
Uzraudzītas injicēšanas telpas	Pozitīvs ekspertu atzinums, nodrošina "pielāgotu", individuāli drošākas lietošanas izglītību.	Risku izraisoša injicēšanas uzvedība: + HIV nodošana: ? HCV nodošana: ?	Trūkst pētījumu ietekme uz pārdozēšanas izraisītiem nāves gadījumiem kopienā

B.2. tabula: Pierādījumu apgalvojumu veidi un pierādījumu līmenis, kas bijis nepieciešams, lai atbalstītu katru apgalvojumu (pielāgots no *Ellis et al.*, 2003)

Pierādījumu apgalvojums	Pierādījumu līmenis
"++" vai "--" Pietiekams apskata līmeņa pierādījums, lai atbalstītu vai noraidītu pasākuma efektivitāti	• Skaidrs un konsekvents apgalvojums, kas gūts vienā vai vairākos **galvenajos** apskatos, pamatojoties uz vairākiem spēcīgiem pētījumiem; *vai* • pamatoti pierādījumi vairākos spēcīgos pētījumos, kas ietverti vienā vai vairākos **galvenajos** apskatos, ja apskatā(-os) nav skaidru un konsekventu apgalvojumu.
"+" vai "-" Pagaidu apskata līmeņa pierādījums, lai atbalstītu vai noraidītu pasākuma efektivitāti	• Pagaidu apgalvojums, kas gūts vienā vai vairākos **galvenajos** apskatos, pamatojoties uz pamatotiem pierādījumiem dažos spēcīgos pētījumos vai vairākos vājākos pētījumos, *vai* • pamatoti pierādījumi dažos spēcīgos pētījumos vai vairākos vājākos pētījumos, kas ietverti vienā vai vairākos **galvenajos** apskatos, ja pārskatā(-os) nav skaidru un konsekventu apgalvojumu; *vai* • pretrunīgi pierādījumi vienā vai vairākos **galvenajos** apskatos, ar spēcīgākiem pierādījumiem attiecībā uz vienu no tiem (atbalstot vai noraidot efektivitāti) un ticamu iemeslu šai pretrunai; *vai* • pamatoti pierādījumi no vairākiem spēcīgiem pētījumiem, kas ietverti vienā vai vairākos **papildu** apskatos, ja trūkst galvenā apskata.
"+/-" Nepietiekams apskata līmeņa pierādījums, lai atbalstītu vai noraidītu pasākuma efektivitāti	• Apgalvojums par nepietiekamiem pierādījumiem no **galvenā** apskata, *vai* • nepietiekami pierādījumi, lai atbalstītu vai noraidītu pasākuma efektivitāti (vai nu tāpēc, ka ir pārāk maz pierādījumu, vai pierādījumi ir pārāk vāji), ja nav skaidra un konsekventa apgalvojuma par pierādījumiem, kas gūti **galvenajā(-os)** apskatā(-os). • cita informācija, kas nav konsekventi pierādījumi, kas gūti vairākos spēcīgos pētījumos, kas ietverti vienā vai vairākos **papildu** apskatos.
"?" Nav apskatu	Nav pamata vai papildu apskatu par attiecīgo tēmu, iespējams, tādēļ, ka trūkst primāro pētījumu.

C pielikums. Papildu norādījumi un tehniskās vadlīnijas

Nosaukums	Organizācija (gads)	Saite
Labākās prakses portāls: pierādījumu pamats, standarti un vadlīnijas, novērtēta prakse Galvenie epidemioloģiskie rādītāji	*EMCDDA*	http://www.emcdda.europa.eu/best-practice http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators
Gamma-interferona testu izmantošana, lai diagnosticētu TB	*ECDC* (2011)	http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1103_GUI_IGRA.pdf
Rokasgrāmata ambulatorai infekciju profilaksei: minimālās prasības drošai aprūpei	CDC (2011)	http://www.cdc.gov/HAI/pdfs/guidelines/Ambulatory-Care-04-2011.pdf
EASL klīniskās prakses pamatnostādnes: C hepatīta vīrusa infekcijas pārvaldība	*EASL* (2011)	http://www.easl.eu/assets/application/files/4a7bd873f9cccbf_file.pdf
HIV pārbaudes: pieaugoša izmantošana un efektivitāte Eiropas Savienībā.	*ECDC* (2010)	http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/101129_GUI_HIV_testing.pdf
HIV, vīrushepatītu un citu infekciju testēšanas vadlīnijas injicējamo narkotiku lietotājiem	*EMCDDA* (2010)	http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/testing-guidelines
Tuberkulozes ārstēšana: vadlīnijas, ceturtais izdevums	PVO (2010)	http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241547833_eng.pdf
Vadlīnijas pakalpojumiem, kas nodrošina injicēšanas piederumus: paraugprakses ieteikumi pilnvarotajiem un injicēšanas piederumu izsniegšanas (IPI) pakalpojums Skotijā	Skotijas valdība (2010)	http://www.scotland.gov.uk/Publications/2010/03/29165055/0
Kaitējuma mazināšana darbā: rokasgrāmata iestādēm, kas nodarbina narkotiku lietotājus	*Open Society Institute* (2010)	http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/harmreduction-work-20110314/work-harmreduction-20110314.pdf
Labas prakses rokasgrāmata: HIV un narkotiku lietošana — sabiedrības atbildes reakcija uz injicējamo narkotiku lietošanu un HIV	Starptautiskā HIV/AIDS alianse (2010)	http://www.aidsalliance.org/publicationsdetails.aspx?id=454
Adatu un šļirču programmas: injicējamo narkotiku lietotāju apgāde ar injicēšanas piederumiem	*National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)* (2009)	http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12130/43301/43301.pdf
Starptautiskie standarti tuberkulozes aprūpei, otrais izdevums	*Tuberculosis Coalition for Technical Assistance* (2009)	http://www.tbcta.org/Uploaded_files/Zelf/ISTCReport2ndEdition1258118339.pdf
Tehniskā rokasgrāmata valstīm, universālas piekļuves mērķu noteikšanai HIV profilaksei, ārstēšanai un aprūpei injicējamo narkotiku lietotājiem	PVO, *UNODC, UNAIDS* (2009)	http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/manual/2010/idu_target_setting_guide_en.pdf
Vadlīnijas HIV pārbaužu veikšanai un konsultēšanai vietās, kuras apmeklē injicējamo narkotiku lietotāji	PVO, *UNAIDS* (2009)	http://www.who.int/hiv/topics/idu/care/GuidanceTC_IDUsettings.pdf

Nosaukums	Organizācija (gads)	Saite
Politikas vadlīnijas kopīgiem TB un HIV pakalpojumiem injicējamo un citu narkotiku lietotājiem	PVO (2008)	http://www.who.int/rpc/guidelines/9789241596930/en/index.html
EASL klīniskās prakses vadlīnijas: hroniska B hepatīta pārvaldība	*EASL* (2009)	http://www.easl.eu/assets/application/files/b73c0da3c52fa1d_file.pdf
Drošība, riski un iznākumi injicēšanas piederumu lietošanā	*Scott* (2008)	http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/127313/0057758.pdf
Rokasgrāmata adatu un šļirču programmas uzsākšanai un pārvaldībai	PVO, *UNAIDS, UNODC* (2007)	http://www.who.int/hiv/idu/Guide_to_Starting_and_Managing_NSP.pdf
HIV/AIDS ārstēšana un aprūpe: klīniskie protokoli PVO Eiropas reģionam	PVO (2007)	http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/78106/E90840.pdf
Korelācija — vadlīnijas integrētu ielas sociālo pakalpojumu sniegšanai	*Correlation Network* (2007)	http://www.correlation-net.org/doccenter/pdf_document_centre/book_outreach_fin.pdf
Ontārio adatu apmaiņas programmas: paraugprakses ieteikumi	*Strīķe* (2006)	http://www.health.gov.on.ca/English/providers/pub/aids/reports/ontario_needle_exchange_programs_best_practices_report.pdf
Politikas un programmu rokasgrāmata HIV/AIDS profilaksei un aprūpei injicējamo narkotiku lietotāju vidū	PVO (2005)	http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/policyprogrammingguide.pdf
Atbalsta rokasgrāmata: HIV/AIDS profilakse injicējamo narkotiku lietotāju vidū	PVO, *UNAIDS, UNODC* (2004)	http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/en/advocacyguideen.pdf
Darbības pierādījumi: ielu sociālā darba kopienā efektivitāte HIV/AIDS profilaksei injicējamo narkotiku lietotāju vidū	PVO (2004)	http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/evidenceforactionreprint2004.pdf
Pagaidu politika kopīgām TB/HIV darbībām. 1. izdevums	PVO (2004)	http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_HTM_TB_2004.330_eng.pdf
BCG vakcīna: PVO pozīcijas dokuments	PVO (2004)	http://www.who.int/wer/2004/en/wer7904.pdf
Informatīvs dokuments tehniskām konsultācijām par efektīvu veselības sistēmu pārklājumu	PVO (2001)	http://www.who.int/health-systems-performance/technical_consultations/effcov_background.pdf

Atsauces

1. WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS treatment and care: clinical protocols for the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2007.
2. Malta M, Magnanini MM, Strathdee SA, Bastos FI. Adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected drug users: a meta-analysis. AIDS Behav. 2010 Aug;14(4):731-47.
3. MacGregor S, Whiting M. The development of European drug policy and the place of harm reduction. In: Rhodes T, Hedrich D, editors. Harm reduction: evidence, impacts, and challenges. Lisbon: EMCDDA; 2010.
4. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Key indicators. Lisbon: EMCDDA; 2011 [cited 5 August 2011]. Available from: http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators.
5. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Trends in injecting drug use in Europe. Lisbon: EMCDDA; 2010.
6. European Centre for Disease Prevention and Control, WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe: 2009. Stockholm: ECDC; 2010.
7. European Centre for Disease Prevention and Control. Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2010. Stockholm: ECDC; 2010.
8. European Centre for Disease Prevention and Control. Surveillance and prevention of hepatitis B and C in Europe. Stockholm: ECDC; 2010.
9. Nelson PK, Mathers BM, Cowie B, Hagan H, Des Jarlais D, Horyniak D, et al. Global epidemiology of hepatitis B and hepatitis C in people who inject drugs: results of systematic reviews. Lancet. 2011 Jul 27.
10. Hickman M. HCV prevention – a challenge for evidence-based harm reduction. In: Rhodes T, Hedrich D, editors. Harm reduction: evidence, impacts, and challenges. Lisbon: EMCDDA; 2010.
11. Roucoux DF, Murphy EL. The epidemiology and disease outcomes of human T-lymphotropic virus type II. AIDS Rev. 2004 Jul-Sep;6(3):144-54.
12. Castkova J, Benes C. Increase in hepatitis A cases in the Czech Republic in 2008 – an update. Euro Surveill. 2009 Jan 22;14(3).
13. Perevoscikovs J, Lucenko I, Magone S, Brila A, Curikova J, Vennema H. Community-wide outbreak of hepatitis A in Latvia in 2008 – an update. Euro Surveill. 2009 Jan 22;14(3).
14. Blystad H, Hoel T, Høiby E, Nilsen O. Infections among injecting drug users in Norway, 1997-2000. Euro Surveill. 2001;5(1).
15. Kuusi M, Nuorti P, Rostila T, Jokinen C. Hepatitis A infections in intravenous drug users, Finland, 2002. Euro Surveill. 2003 30 January 2003;7(5).
16. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Guidelines for testing HIV, viral hepatitis, and other infections in injecting drug users: a manual for provider-initiated medical examination, testing and counseling. EMCDDA manuals. Lisbon: EMCDDA; 2010.
17. Health Protection Agency CfI, Health Protection Scotland, National Public Health Service for Wales, Communicable Disease Surveillance Centre Northern Ireland, Centre for Research on Drugs and Health Behavior LSoHaTM. Shooting up: infections among injecting drug users in the United Kingdom 2007. An update: October 2008. 2008.
18. Hahne SJ, White JM, Crowcroft NS, Brett MM, George RC, Beeching NJ, et al. Tetanus in injecting drug users, United Kingdom. Emerg Infect Dis. 2006 Apr;12(4):709-10.
19. Beeching NJ, Crowcroft NS. Tetanus in injecting drug users. BMJ. 2005 Jan 29;330(7485):208-9.
20. Wiessing L, van de Laar MJ, Donoghoe MC, Guarita B, Klempova D, Griffiths P. HIV among injecting drug users in Europe: increasing trends in the East. Euro Surveill. 2008;13(50).
21. Tefanova V, Tallo T, Kutsar K, Priimgi L. Urgent action needed to stop spread of hepatitis B and C in Estonian drug users. Euro Surveill. 2006;11(1):E060126 3.
22. Commission of the European Communities. Charter of fundamental rights of the European Union. 2000/C 364/01. Brussels: Commission of the European Communities; 2000.
23. Commission of the European Communities. Treaty of Lisbon. 2007/C 306/01. Brussels: Commission of the European Communities; 2007.
24. Commission of the European Communities. Combating HIV/AIDS in the European Union and neighbouring countries, 2009–2013. Brussels: Commission of the European Communities; 2009.
25. Dublin declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia. Dublin; 2004.
26. EU Drugs Action Plan for 2009–2012. Official Journal of the European Union. 2008 Dec 20:C 326/7-25.
27. Council of the European Union. EU Drugs Strategy (2005–2012). Brussels; 2004.
28. European Centre for Disease Prevention and Control. Evidence-based methodologies for public health. Stockholm: ECDC; 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.
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.
51. Gindi RM, Rucker MG, Serio-Chapman CE, Sherman SG. Utilization patterns and correlates of retention among clients of the needle exchange program in Baltimore, Maryland. Drug Alcohol Depend. 2009 Aug 1;103(3):93-8.
52. Strike CJ, Challacombe L, Myers T, Millson M. Needle exchange programs. Delivery and access issues. Can J Public Health. 2002 Sep-Oct;93(5):339-43.
53. WHO, UNODC, UNAIDS. Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users. Geneva: WHO; 2009.
54. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Annual Report 2010: The state of the drugs problem in Europe. Lisbon: EMCDDA; 2010.
55. Scottish Government. Guidelines for services providing injecting equipment: Best practice recommendations for commissioners and injecting equipment provision (IEP) services in Scotland. Edinburgh; 2010.
56. Vlahov D, Fuller CM, Ompad DC, Galea S, Des Jarlais DC. Updating the infection risk reduction hierarchy: preventing transition into injection. Journal of Urban Health. 2004;81(1):14-9.
57. Tyndall MW, Bruneau J, Brogly S, Spittal P, O'Shaughnessy MV, Schechter MT. Satellite needle distribution among injection drug users: policy and practice in two canadian cities. J Acquir Immune Defic Syndr. 2002 Sep 1;31(1):98-105.
58. Latkin CA, Hua W, Davey MA, Sherman SG. Direct and indirect acquisition of syringes from syringe exchange programmes in Baltimore, Maryland, USA. Int J Drug Policy. 2003 Dec;14(5);449-51.
59. Latka MH, Hagan H, Kapadia F, Golub ET, Bonner S, Campbell JV, et al. A randomized intervention trial to reduce the lending of used injection equipment among injection drug users infected with hepatitis C. Am J Public Health. 2008 May;98(5):853-61.
60. Latkin CA. Outreach in natural settings: the use of peer leaders for HIV prevention among injecting drug users' networks. Public Health Rep. 1998 Jun;113 Suppl 1:151-9.
61. Aitken CK, Kerger M, Crofts N. Peer-delivered hepatitis C testing and counselling: a means of improving the health of injecting drug users. Drug Alcohol Rev. 2002;21(1):33-7.

62. Broadhead RS, Volkanevsky VL, Rydanova T, Ryabkova M, Borch C, van Hulst Y, et al. Peer-driven HIV interventions for drug injectors in Russia: First year impact results of a field experiment. Int J Drug Policy. 2006 Sep;17(5):379-92.
63. Garfein RS, Golub ET, Greenberg AE, Hagan H, Hanson DL, Hudson SM, et al. A peer-education intervention to reduce injection risk behaviors for HIV and hepatitis C virus infection in young injection drug users. Aids. 2007 Sep;21(14):1923-32.
64. Hunt N, Trace M, Bewley-Taylor D. Reducing drug related harms to health: An overview of the global evidence, Report 4. London: The Beckley Foundation; 2005.
65. Southwell M. People who use drugs and their role in harm reduction. In: Rhodes T, Hedrich D, editors. Harm reduction: evidence, impacts and challenges. Lisbon: EMCDDA; 2010.
66. Keane H. Critiques of harm reduction, morality, and the promise of human rights. Int J Drug Policy. 2003;14(3):227-32.
67. National Treatment Agency for Substance Misuse. Engaging and retaining clients in drug treatment. London: National Treatment Agency for Substance Misuse; 2004.
68. WHO, UNODC, UNAIDS. Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention. Geneva: WHO; 2004.
69. Strike C, Leonard L, Millson M, Anstice S, Berkeley N, Medd E. Ontario needle exchange programs: Best practice recommendations. Toronto; 2006.
70. Turner K, Hutchinson S, Vickerman P, Hope V, Craine N, Palmateer N, et al. The impact of needle and syringe provision and opiate substitution therapy on the incidence of hepatitis C virus in injecting drug users: pooling of UK evidence. Addiction. 2011 May 25.
71. Van Den Berg C, Smit C, Van Brussel G, Coutinho R, Prins M. Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users. Addiction. 2007 Sep;102(9):1454-62.
72. Hagan H, Pouget ER, Des Jarlais DC. A systematic review and meta-analysis of interventions to prevent hepatitis C virus infection in people who inject drugs. J Infect Dis. 2011 Jul;204(1):74-83.
73. Wood E. Summary of findings from the evaluation of a pilot medically supervised safer injecting facility. Canadian Medical Association Journal. 2006;175(11):1399-404.
74. Crofts N, Nigro L, Oman K, Stevenson E, Sherman J. Methadone maintenance and hepatitis C virus infection among injecting drug users. Addiction. 1997;92(8):999-1005.
75. Hagan H, Thiede H, Weiss NS, Hopkins SG, Duchin JS, Alexander ER. Sharing of drug preparation equipment as a risk factor for hepatitis C. Am J Public Health. 2001 Jan;91(1):42-6.
76. Hind CR. Pulmonary complications of intravenous drug misuse. 1. Epidemiology and non-infective complications. Thorax. 1990 Nov;45(11):891-8.
77. Del Giudice P. Cutaneous complications of intravenous drug abuse. Br J Dermatol. 2004 Jan;150(1):1-10.
78. Roux P, Carrieri MP, Keijzer L, Dasgupta N. Reducing harm from injecting pharmaceutical tablet or capsule material by injecting drug users. Drug Alcohol Rev. 2011 May;30(3):287-90.
79. Gallo J, Playfair J, Gregory-Roberts J, Grunstein H, Clifton-Bligh P, Billson F. Fungal endophthalmitis in narcotic abusers. Medical and surgical therapy in 10 patients. Med J Aust. 1985 Apr 1;142(7):386-8.
80. US Center for Disease Control and Prevention. Guide to Infection Prevention in Outpatient Settings: Minimum Expectations for Safe Care. CDC: Atlanta; 2011.
81. Kimber J, Palmateer N, Hutchinson S, Hickman M, Goldberg D, Rhodes T. Harm reduction among injecting drug users-evidence of effectiveness. In: Rhodes T, Hedrich D, editors. Harm reduction: Evidence, impacts, challenges. Lisbon: EMCDDA; 2010.
82. Palmateer N, Kimber J, Hickman M, Hutchinson S, Rhodes T, Goldberg D. Evidence for the effectiveness of sterile injecting equipment provision in preventing hepatitis C and human immunodeficiency virus transmission among injecting drug users: a review of reviews. Addiction. 2010 May;105(5):844-59.
83. De P, Roy E, Boivin JF, Cox J, Morissette C. Risk of hepatitis C virus transmission through drug preparation equipment: a systematic and methodological review. J Viral Hepat. 2008 Apr;15(4):279-92.
84. Crofts N, Caruana S, Bowden S, Kerger M. Minimising harm from hepatitis C virus needs better strategies. BMJ. 2000 Oct 7;321(7265):899.
85. Thorpe LE, Ouellet LJ, Hershow R, Bailey SL, Williams IT, Williamson J, et al. Risk of hepatitis C virus infection among young adult injection drug users who share injection equipment. Am J Epidemiol. 2002 Apr 1;155(7):645-53.
86. Morissette C, Cox J, De P, Tremblay C, Roy E, Allard R, et al. Minimal uptake of sterile drug preparation equipment in a predominantly cocaine injecting population: implications for HIV and hepatitis C prevention. Int J Drug Policy. 2007 May;18(3):204-12.
87. Ouellet L, Huo D, Bailey SL. HIV risk practices among needle exchange users and nonusers in Chicago. J Acquir Immune Defic Syndr. 2004 Sep 1;37(1):1187-96.
88. Longshore D, Bluthenthal RN, Stein MD. Needle exchange program attendance and injection risk in Providence, Rhode Island. AIDS Educ Prev. 2001 Feb;13(1):78-90.
89. Matheson C, Anthony GB, Bond C, Rossi MK. Assessing and prioritizing the preferences of injecting drug users in needle and syringe exchange service development. J Public Health (Oxf). 2008 Jun;30(2):133-8.
90. Garden J, Roberts K, Taylor A, Robinson D. Evaluation of the provision of single use citric acid sachets to injecting drug users Glasgow. NHS Greater Glasgow, Scottish Centre for Infection and Environmental Health and NHS Lanarkshire; 2003.
91. Advisory Council on the Misuse of Drugs. Consideration of the use of foil, as an intervention, to reduce the harms of injecting heroin. London: Advisory Counsil on the Misuse of Drugs; 2010.

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

185. Selwyn PA, Hartel D, Lewis VA, Schoenbaum EE, Vermund SH, Klein RS, et al. A prospective study of the risk of tuberculosis among intravenous drug users with human immunodeficiency virus infection. N Engl J Med. 1989 Mar 2;320(9):545-50.

186. Pimpin L, Drumright LN, Kruijshaar ME, Abubakar I, Rice B, Delpech V, et al. TB-HIV co-infection in EU and EEA countries. Eur Respir J. 2011 Jul 7.

187. European Centre for Disease Prevention and Control, WHO Regional Office for Europe. Tuberculosis surveillance in Europe 2009. Stockholm: ECDC; 2011.

188. Lloyd-Smith E, Hull MW, Tyndall MW, Zhang R, Wood E, Montaner JS, et al. Community-associated methicillin-resistant Staphylococcus aureus is prevalent in wounds of community-based injection drug users. Epidemiol Infect. 2010 May;138(5):713-20.

189. Cooke FJ, Gkrania-Klotsas E, Howard JC, Stone M, Kearns AM, Ganner M, et al. Clinical, molecular and epidemiological description of a cluster of community-associated methicillin-resistant Staphylococcus aureus isolates from injecting drug users with bacteraemia. Clin Microbiol Infect. 2010 Jul;16(7):921-6.

190. Fah F, Zimmerli W, Jordi M, Schoenenberger RA. Septic deep venous thrombosis in intravenous drug users. Swiss Med Wkly. 2002 Jul 13;132(27-28):386-92.

191. Lamagni TL, Neal S, Keshishian C, Hope V, George R, Duckworth G, et al. Epidemic of severe Streptococcus pyogenes infections in injecting drug users in the UK, 2003-2004. Clin Microbiol Infect. 2008 Nov;14(11):1002-9.

192. Efstratiou A, Emery M, Lamagni TL, Tanna A, Warner M, George RC. Increasing incidence of group A streptococcal infections amongst injecting drug users in England and Wales. J Med Microbiol. 2003 Jun;52(Pt 6):525-6.

193. Akbulut D, Dennis J, Gent M, Grant KA, Hope V, Ohai C, et al. Wound botulism in injectors of drugs: upsurge in cases in England during 2004. Euro Surveill. 2005 Sep;10(9):172-4.

194. Jones JA, Salmon JE, Djuretic T, Nichols G, George RC, Gill ON, et al. An outbreak of serious illness and death among injecting drug users in England during 2000. J Med Microbiol. 2002 Nov;51(11):978-84.

195. Giuliani M, Rezza G, Lepri AC, Di Carlo A, Maini A, Crescimbeni E, et al. Risk factors for HTLV-I and II in individuals attending a clinic for sexually transmitted diseases. Sex Transm Dis. 2000 Feb;27(2):87-92.

196. Giacomo M, Franco EG, Claudio C, Carlo C, Anna DA, Anna D, et al. Human T-cell leukemia virus type II infection among high risk groups and its influence on HIV-1 disease progression. Eur J Epidemiol. 1995 Oct;11(5):527-33.

197. Henrard DR, Soriano V, Robertson E, Gutierrez M, Stephens J, Dronda F, et al. Prevalence of human T-cell lymphotropic virus type 1 (HTLV-1) and HTLV-2 infection among Spanish drug users measured by HTLV-1 assay and HTLV-1 and -2 assay. HTLV-1 and HTLV-2 Spanish Study Group. J Clin Microbiol. 1995 Jul;33(7):1735-8.

198. Krook A, Albert J, Andersson S, Biberfeld G, Blomberg J, Eklund I, et al. Prevalence and risk factors for HTLV-II infection in 913 injecting drug users in Stockholm, 1994. J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol. 1997 Aug 15;15(5):381-6.

199. Vignoli C, Zandotti C, De Lamballerie X, Tamalet C, Gastaut JA, De Micco P. Prevalence of HTLV-II in HIV-1-infected drug addicts in Marseille. Eur J Epidemiol. 1993 May;9(3):351-2.

200. Egan JF, O'Leary B, Lewis MJ, Mulcahy F, Sheehy N, Hasegawa H, et al. High rate of human T lymphotropic virus type IIa infection in HIV type 1-infected intravenous drug abusers in Ireland. AIDS Res Hum Retroviruses. 1999 May 20;15(8):699-705.

201. Kelly M, Swann C, Killoran A, Naidoo B, Barnett-Page E, Morgan A. Methodological problems in constructing the evidence base in public health. London: Health Development Agency; 2002.