ECDC és EMCDDA útmutató

Fertőző betegségek megelőzése és kontrollja az intravénás szerhasználók körében

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

ECDC és EMCDDA útmutató

Fertőző betegségek megelőzése és kontrollja az intravénás szerhasználók körében

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

Jogi Közlemény

A kiadványt elsőként angol nyelven az Európai Betegségmegelőzési és Járványügyi Központ (ECDC) és a Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja (EMCDDA) jelentette meg *ECDC and EMCDDA guidance. Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs* címmel, 2011-ben, Stockholmban.

© European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), 2011
© European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2011

Magyar nyelvű kiadvány: © Nemzeti Drog Fókuszpont, 2013
A magyar nyelvű kiadásért felelős: Nemzeti Drog Fókuszpont

ISBN 978-963-08-6066-6

Szerkesztette:
Tarján Anna (Nemzeti Drog Fókuszpont)

Közreműködött:
Dr. Dudás Mária (Országos Epidemiológiai Központ)
Péterfi Anna (Nemzeti Drog Fókuszpont)

A kiadványt az Európai Betegségmegelőzési és Járványügyi Központ (ECDC) és a Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja (EMCDDA) közösen állította össze, munkájukat az Európai Unió és az Európai Gazdasági Térség döntéshozóiból, szolgáltatóiból, civil társadalmi képviselőiből, megelőző-egészségügyi szakértőiből álló szakmai tanácsadó csoport támogatta.
Az útmutató szerzői Mika Salminen, Anastasia Pharris és Andreas Sandgren az ECDC részéről, továbbá Dagmar Hedrich és Lucas Wiessing az EMCDDA részéről. A *kiskorúak hozzáférése a tűcsere programokhoz* szövegdobozt Tarján Anna és Csák Róbert készítette, *A szolgáltatások hozzáférhetőségének növelése* szövegdobozt Kristi Rüütel, míg az *Ellátás helyén történő szűrővizsgálat (POCT – Point of care testing)* részt Henrikki Brummer-Korvenkontio szerezte. Hans Blystad a TBC szűrés és kezelés fejezet megírásához járult hozzá. Tuuka Tammi az alapvető értékekről szóló fejezet bizonyítékokkal történő alátámasztásában működött közre. Kiegészítő megjegyzésekkel látta el a kiadványt Frode Forland, Erika Duffel, Giedrius Likatavicius, Teymur Noori és Marita van de Laar az ECDC részéről, továbbá Alessandro Pirona, Marica Ferri, Teodora Groshkova és Roland Simon az EMCDDA részéről.

Az útmutató kereteit, továbbá a tűcserékre és más szolgáltatásokra vonatkozó tudományos bizonyítékok áttekintését az ECDC/10/2246 szerződés alapján Eva van Velzen és Sharon Hutchinson (University of Strathclyde/Health Protection Scotland); Norah Palmateer, Kirsty Roy, Alex Sánchez-Vivar, David Goldberg (Health Protection Scotland); Matt Hickman (University of Bristol); Avril Taylor (University of West of Scotland); Jennifer Kelly and John Campbell (Glasgow Addiction Services); és Vivian Hope (London School of Hygiene and Tropical Medicine) végezte. Az addiktológiai kezelés bizonyíték alapúságára vonatkozó szakmai anyagokat az EMCDDA CC.10.RES.011 szerződése keretében kiegészítőleg Georgie MacArthur és Matt Hickman (University of Bristol) tekintette át.

Az útmutatóból megjelent egy „Összefoglaló" változat, illetve ahhoz kapcsolódó két szakmai beszámoló: „Az intravénás szerhasználók körében végzett fertőző betegségek megelőzését célzó beavatkozások hatásosságára vonatkozó bizonyítékok. 1. rész: Tűcsere programok és más, a hepatitis C, HIV és az intravénás szerhasználattal összefüggő kockázati magatartások megelőzését célzó beavatkozások" és „2. rész: A hepatitis C, HIV és az intravénás szerhasználattal összefüggő kockázati magatartások megelőzését célzó addiktológiai kezelés".

Köszönet illeti az ECDC/EMCDDA szakmai tanácsadó csoport alábbiakban felsorolt tagjait értékes közreműködésükért:

- Henrique Barros, National AIDS Coordination, Portuguese Ministry of Health; University of Porto Medical School, Portugália
- Hans Blystad, Norwegian Institute of Public Health, Department of Infectious Disease Epidemiology, Norvégia
- Grazyna Cholewinska, Warsaw Hospital for Infectious Diseases, Lengyelország
- Hans Haltmayer, Verein Wiener Sozialprojekte, Bécs, Ausztria
- Niklas Karlsson, National Institute for Communicable Disease Control, Svédország
- Astrid Leicht, Fixpunkt Berlin, Németország
- Xavier Majó i Roca, Programme on Substance Abuse, Department of Health, Katalónia, Spanyolország
- Luis Mendão, EU Civil Társadalmi Fórum
- Viktor Mravcik, National Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Csehország
- Anne Ovaska, A-Clinic Foundation, Finnország
- Maria Prins, Amsterdam Municipal Health Services, Hollandia
- Kristi Rüütel, Estonian National Institute for Health Development, Department of Infectious Diseases and Drug Abuse Prevention, Észtország
- Ioana Tomus, Romanian Harm Reduction Network, Románia

Az eredeti angol nyelvű kiadványra történő hivatkozás javasolt formája: European Centre for Disease Prevention and Control and European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs. Stockholm: ECDC; 2011. bdoi 10.2900/58565

Tartalom

Rövidítések és fogalomtár 6
Vezetői összefoglaló 8
Hét ajánlott kulcsfontosságú beavatkozás 9
Szinergia elérése: A kulcsfontosságú beavatkozások kombinálásával 9
Az útmutató célközönsége 9
Bizonyítékon alapuló népegészségügyi útmutató 10
Nemzeti koordináció 10
Helyi igényekre szabott intézkedések 10
Bevezető 11
Az intravénás szerhasználók körében előforduló fertőző betegségek 11
Miért fontos? 14
Célok, célkitűzések és a módszertan 14
Hatókör 15
Olvasói célközönség 16
Az intravénás szerhasználók által akvirált fertőzések megelőzésének alapelvei 17
A prevenció alapelvei 17
Az ellátás alapelvei 18
Az intravénás szerhasználattal összefüggő fertőzések megelőzése céljából ajánlott beavatkozások 21
Kulcsfontosságú beavatkozások 21
Szinergia elérése: A kulcsfontosságú beavatkozások kombinálásával 22
Intravénás szerhasználók körében a fertőző betegségek megelőzését és kontrollját célzó programok kidolgozása és megvalósítása 23
Együttműködés és koordináció 23
Hét ajánlott kulcsfontosságú beavatkozás 24
Injektáló eszközök 24
Védőoltás 26
Addiktológiai kezelés 27
Szűrővizsgálat 30
Fertőző betegségek kezelése 33
Egészségfejlesztés 34
Személyre szabott szolgáltatás 36
Az ország helyzetének ismerete és megértése 44
A problémás kábítószer-fogyasztás és az arra adott válaszok monitorozása 44
A fertőzések surveillance-e 44
A programok monitorozása és értékelése 45
A lefedettség megtervezése 46

A függelék: Az intravénás szerhasználat és a vele összefüggő leggyakoribb fertőzések epidemiológiája az EU/EEA országokban 47
Intravénás szerhasználat 47
HIV 47
Hepatitis B és C 47
Tuberculosis 48
Hepatitis A vírus 48
Bakteriális bőr és szisztémás fertőzések 49
Szexuális úton terjedő fertőzések 49
A II. típusú humán T lymphotrop vírus (HTLV-II) 49
B függelék: Kulcsfontosságú beavatkozások az intravénás szerhasználattal összefüggő fertőző betegségek megelőzése céljából 50
C Függelék: Kiegészítő útmutatók és módszertani útmutatók (angol nyelven) 54
Irodalomjegyzék 56

Rövidítések és fogalomtár

Alacsonyküszöbű szolgáltatások	Kábítószer-fogyasztók részére nyújtott szociális és egészségügyi szolgáltatások, amelyek általában biztosítanak: melegedési és pihenési helyet, egészségügyi felvilágosítást és tanácsadást, tűcserét, továbbirányítást addiktológiai kezelésbe, és néhány esetben éjjeli menedékhelyet. Az alacsonyküszöbű megközelítés célja minél több problémás szerhasználó korai elérése és a velük való kapcsolattartás az egészségi állapotuk fenntartása végett. Az ilyen típusú programokba kerülésnek nem feltétele az absztinencia.
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control (Európai Betegségmegelőzési és Járványügyi Központ)
EEA	European Economic Area (Európai Gazdasági Térség)
EFTA	European Free Trade Association (Európai Szabadkereskedelmi Társulás)
Egészségfejlesztés	Az egészségfejlesztés olyan folyamat, amely során az emberek képessé válnak saját egészségük fejlesztésére, kézben tartására. Az egészségfejlesztés nem csak információ átadásról és támogatásról szól, hanem a kockázatok csökkentését célzó tanácsadásról is.
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja)
EU	Európai Unió
Európai szomszédság	Az EU tagállamok és a velük földrajzilag szomszédos országok, EU tagjelölt és potenciális tagjelölt országok, EFTA és EEA országok
HAV	Hepatitis A vírus
HBV	Hepatitis B vírus
HCV	Hepatitis C vírus
HIV	Humán immundeficiencia vírus
IGRA	IFN-gamma Release Assay (vérmintán végzett tuberculosist célzó szűrővizsgálat)
incidencia[1]	Az incidencia az új esetek száma alapján fejezi ki a betegség gyakoriságát egy adott évben és adott populációban, 100, 1000, 10 000 és 100 000 lakosra vonatkoztatva.
Másodlagos tűcsere	Amikor egy szolgáltatást igénybe vevő kliens steril injektáló eszközöket kap, majd azokat ő osztja tovább az ismerősei körében. Ezt *sorstárs által végzett fecskendőosztásként* (peer distribution) is szokták említeni.
Prevalencia[2]	A prevalencia az idült vagy krónikus betegségek eseteinek a gyakoriságát fejezi ki egy adott populáció körében, függetlenül attól, hogy új vagy régi esetről van szó.

[1] Szerkesztői kiegészítés a Jurányi, R. (szerk.) *A fertőző betegségek általános és részletes járványtana,* Medicina, Budapest, 1998 alapján.
[2] Szerkesztői kiegészítés a Jurányi, R. (szerk.) *A fertőző betegségek általános és részletes járványtana,* Medicina, Budapest, 1998 alapján.

Problémás kábítószer-fogyasztás	Problémás kábítószer-fogyasztónak minősülnek az intravénás kábítószer-fogyasztók és a tartósan és/vagy rendszeresen opiát- vagy amfetamin-származékokat, illetve kokaint használók.
STI	Sexually transmitted infection (szexuális úton terjedő fertőzés)
TBC	Tuberculosis
TST	Tuberculin skin test (tuberkulin bőr teszt)
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV and AIDS (Az ENSZ HIV és AIDS-sel foglalkozó nemzetközi programja)
WHO	World Health Organization (Egészségügyi Világszervezet)

Vezetői összefoglaló

Az 1980-as évek közepe óta – amikor a HIV-fertőzés terjedni kezdett az intravénás szerhasználók körében – sok európai ország sikeresen alkalmaz olyan bizonyítékon alapuló módszereket, amelyek a fertőző betegségek megelőzését és kontrollját szolgálják ebben a rizikócsoportban. Az 1990-es években, az EU tagállamok közös prevenciós szakpolitika kidolgozásába kezdtek a HIV/AIDS, illetve a kábítószer és kábítószer-függőség területén egyaránt, melynek részeként létrehozták a kábítószer-helyzet monitorozásáért (EMCDDA, 1993-ban) valamint a fertőző betegségek megelőzéséért és monitorozásáért (ECDC, 2005-ben) felelős EU-s ügynökségeket. Az elmúlt két évtizedben a megelőző intézkedések és kezelési lehetőségek palettája kibővült és a hozzáférhetőség is javult. A 2009-re vonatkozó jelentések szerint, a becsült problémás opiát-használók több mint fele szubsztitúciós kezelésben részesült, és sok ország hozott létre tűcsere programokat intravénás szerhasználók számára, így lefedettségük egyre javul. A jól felépített surveillance rendszerrel rendelkező országok adatai szerint az új HIV-fertőzések száma az elmúlt évtizedben jelentősen csökkent az intravénás szerhasználók körében a legtöbb – de nem az összes – EU tagállamban.

Az Európai Szomszédságban továbbra is az intravénás szerhasználat az egyik legjelentősebb kockázati tényező a vér útján terjedő és egyéb fertőző betegségek – mint például a HIV, hepatitis B és C, TBC, bakteriális bőr és kötőszöveti fertőzések, illetve szisztémás fertőzések – akvirálása[3] szempontjából. Az intravénás szerhasználók becsült száma arra enged következtetni, hogy jelentős méretű populáció van kitéve a fertőzés kockázatának minden európai országban. Válaszlépések hiányában ezek a fertőzések komoly terhet rónak az európai egészségügyi rendszerekre, súlyos egyéni szenvedést és magas kezelési költségeket eredményeznek.

Bizonyítást nyert, hogy a pragmatikus népegészségügyi prevenciós megközelítés révén jelentősen csökkenthető a vér útján, és egyéb úton terjedő fertőzések akvirálása az intravénás szerhasználók körében. A megelőzés megvalósítható és hatásos, amennyiben megfelelően történik a kivitelezése.

[3] kórokozóval történő megfertőződés

Hét ajánlott kulcsfontosságú beavatkozás

Az ECDC és EMCDDA bizonyítékon alapuló közös útmutatója olyan bevált gyakorlatokat határoz meg, amelyekkel megelőzhető és mérsékelhető a fertőző betegségek terjedése az intravénás szerhasználók körében.

A legszilárdabb tudományos bizonyítékokra, szakértői véleményekre, és az EU/EEA országokban hozzáférhető bevált gyakorlatokra támaszkodva, a következő kulcsfontosságú beavatkozások megvalósítása javasolt, lehetőleg kombináltan, hogy a programok szinergiája által a legmagasabb prevenciós hatást érjük el:

A kulcsfontosságú beavatkozások:

Injektáló eszközök: Tiszta injektáló eszközök, valamint az azokhoz való legális hozzáférés biztosítása – beleértve a steril tűk és fecskendők szükséges mennyiségben történő elérhetővé tételét térítésmentesen – kombinált, több-komponensű megközelítés részeként, ártalomcsökkentő, tanácsadó és kezelő programok keretében.

Védőoltás: Hepatitis A, B, tetanus, influenza elleni védőoltás, valamint – különösen HIV-fertőzöttek számára javasolt – a pneumococcus elleni védőoltás.

Addiktológiai kezelés: Opiát szubsztitúciós kezelés és a kábítószer-függőség kezelésének más hatásos formái.

Szűrővizsgálat: Tájékozott beleegyezést követően, önkéntes módon, a személyzet titoktartási kötelezettsége mellett elvégzett HIV, HCV (HBV a védőoltásban nem részesülteknek) és TBC szűrővizsgálat rendszeres felajánlása és a kezelésbe utalás biztosítása szükség esetén.

Fertőző betegségek kezelése: Klinikai indikáció alapján a HIV-, HBV- és HCV-fertőzöttek antivirális kezelése. Antibiotikum kezelés az aktív TBC-s betegeknek. Profilaxis javasolt a lappangó TBC-s esetekben. Más fertőző betegségek kezelésének felajánlása a szakmai protokollokban előírt módon.

Egészségfejlesztés: A biztonságosabb injektálásra; a biztonságos szexuális gyakorlatra, óvszerhasználatra; betegség megelőzésre, szűrővizsgálatra és kezelésre koncentráló egészségfejlesztés.

Személyre szabott szolgáltatás: A szolgáltatásokat az egyén szükségletei és körülményei szerint kell kombinálni, megszervezni és kivitelezni; ennek részeként szükséges az addiktológiai ellátás, az ártalomcsökkentés, a tanácsadás és szűrővizsgálat, az egészségügyi alapellátásba és szakellátásba utalás biztosítása állandó telephelyű, valamint megkereső programokon keresztül.

Szinergia elérése: A kulcsfontosságú beavatkozások kombinálásával

Közelmúltban publikált tanulmányok illetve sikeres prevenciós programok tapasztalatai egyaránt alátámasztják, hogy hozzáadott értékkel bír, ha több hatásos beavatkozási módszert alkalmaznak egyszerre egy helyszínen, illetve ha ezek kombinációja a kliens szükségletei szerint kerül kialakításra, mivel ez a fertőzések megelőzésének a leghatásosabb módja.

Az útmutató célközönsége

Ez az útmutató az európai döntéshozókat segíti a megfelelő, bizonyítékon alapuló, pragmatikus és racionálisan felépített népegészségügyi válaszlépések tervezésében az intravénás kábítószer-használattal összefüggő fertőző betegségek megelőzése érdekében. A kiadvány egyrészt a népegészségügyi programok kidolgozóit, másrészt a fertőző betegségekkel, általános népegészségüggyel, addiktológiai és mentális egészségügyi ellátással, szociális ellátással, valamint kábítószer-szabályozással foglalkozó országos vagy regionális szintű döntéshozókat célozza meg.

Az útmutató követi és támogatja a kábítószer-szabályozás és a fertőző betegségek kapcsán érvényben lévő EU-s szakpolitikákat. Célja, hogy egy teljes áttekintést nyújtson a legújabb és legmeghatározóbb szakismeretekről. Ez a kiadvány a kulcsfontosságú beavatkozások kombinálásával bővíti ki a korábbi szakmai anyagot. Az útmutató olyan alapvető népegészségügyi és emberjogi alapelveken alapul, amelyeknek a prevenció és az ellátás biztosítása esetén is meghatározó szerepet kell kapniuk.

Bizonyítékon alapuló népegészségügyi útmutató

Az útmutató szempontjából releváns kutatási eredmények a népegészségügy kereteihez igazított bizonyítékon alapuló orvoslás (BAO) elvei szerint kerültek áttekintésre és értékelésre. Az útmutató elkészítéséhez magas-szintű tudományos bizonyítékokat tekintettek át, amelyek eredményei kiegészültek a szakértők véleményeivel, szem előtt tartva az előnyöket és a hátrányokat. A bevált gyakorlatok és a leírt szolgáltatásokat igénybevevők preferenciái is szerepet játszottak a kiadványban tárgyalt kulcsfontosságú beavatkozások összeállításában.

Nemzeti koordináció

Ahhoz, hogy a kulcsfontosságú beavatkozások megvalósítása valóban hatásos legyen, alapvető az országos és helyi szintű együttműködés, illetve koordináció az érintett szektorok között. A nemzeti konszenzus kiépítése továbbá a célok kölcsönös elismerése elengedhetetlen a beavatkozások sikeres megvalósításához. A célokat a szektorok szereplőinek közös megegyezéssel kell lefektetniük. Különösen azok részvétele fontos e konszenzusban, akik kapcsolatban állnak az intravénás szerhasználókkal.

Helyi igényekre szabott intézkedések

Ahhoz, hogy a beavatkozások leginkább kielégítsék az intravénás szerhasználói populáció szükségleteit, és megelőzzék, illetve visszaszorítsák a fertőző betegségeket körükben, megfelelő surveillance szükséges a problémás kábítószer-fogyasztás és a fertőző betegségek monitorozásához országos és regionális szinten egyaránt. Az intézkedéseket folyamatosan monitorozni és értékelni kell az arra adott válaszreakció, a kiváltott hatás, a relevancia és a hozzáférhetőség szempontjából. A megfelelő surveillance rendszer kiépítése mind a droghasználat mind a fertőző betegségek területén szükséges és megtérülő befektetés.

A bizonyítékok azt mutatják, hogy a tűcsere programok, illetve az opiát szubsztitúciós kezelés egy intravénás szerhasználóra számított jobb hozzáférhetősége hatásosabb, mint az alacsonyabb szintű hozzáférhetőség. Az elérendő cél az, hogy a felajánlott szolgáltatások találkozzanak a helyi szükségletekkel és igényekkel. A ki nem elégített tűcsere igény, illetve a kezelésbe kerülést megelőző hosszú várakozási idő azt jelzi, hogy a szolgáltatások iránti igények nem kerültek kielégítésre, vagyis a hozzáférhetőséget javítani kell.

Bevezető

Az intravénás szerhasználók körében előforduló fertőző betegségek

Az 1980-as évek közepe óta – amikor a HIV-fertőzés terjedni kezdett az intravénás szerhasználók körében – sok európai ország sikeresen alkalmaz olyan bizonyítékon alapuló módszereket, amelyek a fertőző betegségek megelőzését szolgálják ebben a rizikócsoportban. Az 1990-es években az EU tagállamok közös prevenciós szakpolitika kidolgozásába kezdtek a HIV/AIDS, illetve a kábítószer és kábítószer-függőség területén egyaránt, melynek részeként létrehozták a kábítószer-helyzet monitorozásáért (1993) valamint a fertőző betegségek megelőzéséért és monitorozásáért (2005) felelős EU-s ügynökségeket (3). Az elmúlt évtizedekben javult a beavatkozások hozzáférhetősége: például körülbelül 700.000 opiát szubsztitúciós kezelést regisztráltak 2009-ben, amely a problémás opiát-használók becsült populációjának több mint felét érte el (4). Számos EU tagállamban csökkent az új HIV-fertőzöttek között az intravénás szerhasználat révén fertőzöttek aránya, emellett az intravénás szerhasználói populációban is csökkenő trendet mutat a HIV-fertőzések száma. Azonban az Európai Szomszédságban az intravénás szerhasználat továbbra is az egyik legjellemzőbb rizikófaktor a vér útján terjedő és egyéb fertőző betegségek szempontjából. Az intravénás szerhasználók becsült száma arra enged következtetni, hogy az európai országokban egy jelentős populáció van kockázatnak kitéve (5). Az intravénás szerhasználat mintázata területenként változó, míg az opiát származékok injektálása minden országban előfordul, addig a stimulánsok (főként amfetamin) injektálása inkább Észak- és Kelet-Európában jellemzőbb. A polidrog-használat tovább komplikálja a szerhasználati mintázatok kirajzolódását (5).

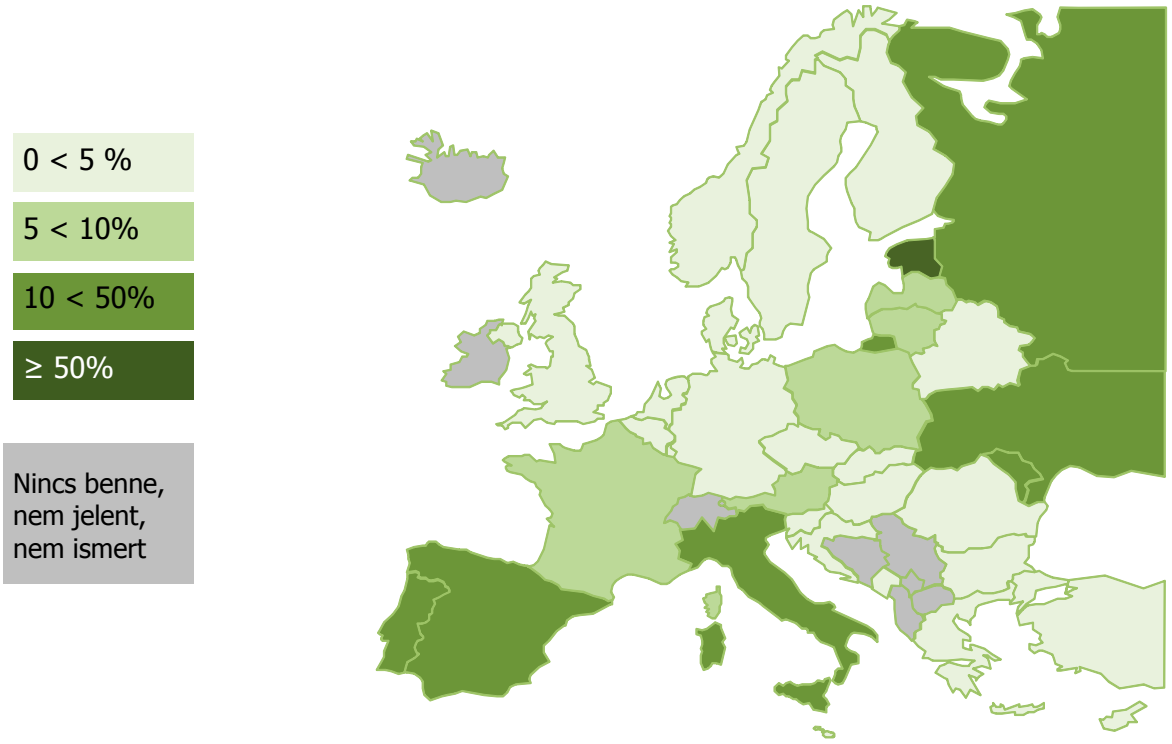
Fertőzések, amelyek szempontjából veszélyeztetett egy intravénás szerhasználó:

- HIV-fertőzés;
- hepatitis A;
- hepatitis B;
- hepatitis C;
- hepatitis D;
- tuberculosis (TBC);
- Staphylococcus aureus (belértve a methicillin rezisztens Staphylococcus aureus-t - MRSA) okozta bőr és kötőszöveti fertőzések, és streptococcus fertőzések (pl.: endocarditis, necrotizáló fasciitis);
- súlyos, szisztémás szepszis (pl.: Clostridium novyi, Bacillus anthracis okozta fertőzések);
- szexuális úton terjedő fertőző betegségek (STI) a HIV-en illetve hepatitisen túl (pl.: chlamydia fertőzések, syphilis és gonorrhoea);
- légúti fertőzések: tüdőgyulladás, diphtheria és az influenza;
- sebbotulizmus;
- tetanus;
- humán T-lymphotrop vírus (HTLV) fertőzések.

Ebben a rizikócsoportban a vér útján terjedő fertőzések közül a humán immundeficiencia vírus (HIV), a hepatitis C vírus (HCV) és a hepatitis B vírus (HBV) jellemző. A fertőzés terjedése legfőképp az injektáló eszközök megosztásának köszönhető, ilyen eszközök a fecskendő, tű, az injektált szer elkészítéséhez szükséges kupak és más, az elkészítéshez szükség eszköz. A közös eszközhasználat mellett, a HIV és a HBV szexuális úton is terjedhet az intravénás szerhasználói populáción belül, vagy az aktív, illetve korábbi intravénás szerhasználók is megfertőzhetik szexuális partnerüket vagy klienseiket. Bár mindegyik fent említett vírusfertőzés továbbadható injektáló eszközök közös használatával, az átvitel kockázata eltérő. A HIV-fertőzéssel összehasonlítva, a hepatitis C vírus jóval magasabb koncentrációban van jelen a vérben, nem csak a fertőzés akut fázisában, hanem akkor is, amikor már valaki a krónikus szakaszba lépett. Ez arra enged következtetni, hogy HCV vírussal történő expozíció során, amikor a fertőzöttek és a nem fertőzöttek megosztják a tűt, fecskendőt és más injektáló eszközöket, a vírus átvitelének a kockázata magas. A szerhasználók körében a HCV prevalencia általában magasabb, mint a HIV prevalencia, és többnyire a HCV járvány megelőzi a HIV járványt ebben a populációban. A fertőzés terjedésének magas kockázata megmagyarázza, miért nehezebb a HCV-fertőzés terjedését egy-egy különálló megelőző programmal kontrollálni, és miért kell növelni a megelőző programok hozzáférhetőségét a HCV-fertőzöttség csökkentéséhez.

Míg a legfrissebb Európai surveillance adatok szerint a HIV incidencia az intravénás szerhasználók körében meglehetősen visszaesett az elmúlt évtizedben és továbbra is csökken, a helyzet különböző képet mutat Európa egyes részein (6). Számos EU tagállam tapasztalta a HIV-fertőzöttek számának gyors növekedését az intravénás szerhasználók körében az 1980-as és 1990-es évek elején, míg más kelet-európai országok – beleértve néhány EU tagállamot – a 2000-es évek elején detektáltak hasonló jelenséget. Ez sok EU tagállamban magas szinten stabilizálta a HIV prevalencia értéket az aktív és korábbi intravénás szerhasználók körében. Néhány kelet-európai ország, amely szomszédos az EU-val, különösképpen érintett az intravénás szerhasználók körében megfigyelhető HIV-fertőzés gyors terjedése kapcsán. Néhány EU tagállam, illetve egyes szomszédos országok az intravénás szerhasználók körében mért HIV-TBC koinfekció magas prevalenciájáról is beszámoltak.

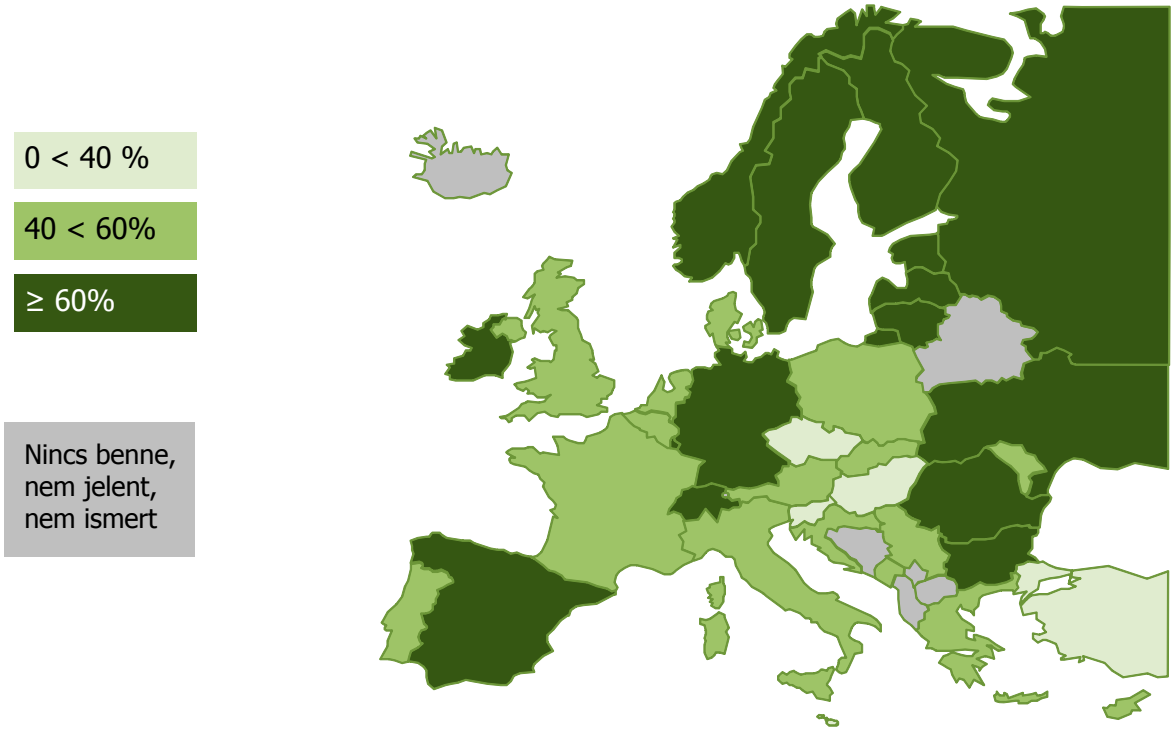
1. ábra: HIV prevalencia az intravénás szerhasználók körében; Európa, 2008–2009



Forrás: EMCDDA és a Reitox Nemzeti Fókuszpontok (EMCDDA országok: EU, Horvátország, Törökország és Norvégia); Mathers et al., Lancet 2008 (egyéb országok). Az adott szín az országos adatok középpontját, vagy ha országos adat nem volt elérhető, a regionális adatok középpontját jelöli. Az EMCDDA országok esetében az adat 2008-2009-re vonatkozik, ha ez nem volt elérhető, korábbi adat került felhasználásra. Az EMCDDA adat regionális a következő országok esetében: Horvátország, Hollandia, Törökország, Svédország, Egyesült Királyság, Belgium, Bulgária, Litvánia, Franciaország, Észtország, és Írország. A nem EMCDDA országok esetében ez az adat nem volt elérhető.

A hepatitis B és a hepatitis C vírus előfordul mind az aktív mind a volt intravénás szerhasználók körében, az intravénás szerhasználói múlt az egyik leggyakoribb rizikófaktor Európában, különösen a hepatitis C esetében. Kevésbe tárták fel, hogy a hepatitis C vírus hogyan került be ebbe a populációba, azonban valószínűsíthető, hogy néhány évtizeddel megelőzte a HIV-et. Az európai surveillance adatok az új fertőzések incidenciájára vonatkozóan kevéssé összehasonlíthatóak, ezért nehéz trendeket megállapítani a régióra nézve (7). Azonban a célzott prevalencia vizsgálatok eredményei szerint, magas prevalencia értékek és gyakori járványok figyelhetők meg a szerhasználók körében szinte minden vizsgált földrajzi egység tekintetében (5,8-9). Továbbá kiemelendő, hogy szoros összefüggés figyelhető meg az injektáló karrier hossza és a hepatitis C fertőzés előfordulási gyakorisága között (10). A különböző hepatitis vírusokkal, illetve a HIV-vel és hepatitis C-vel történt együttes fertőződés további kihívást jelent a kezelés és a prevenció területén sok európai országban (1).

2. ábra: Hepatitis C prevalencia az intravénás szerhasználók körében; Európa, 2008–2009



Forrás: EMCDDA és a Reitox Nemzeti Fókuszpontok (EMCDDA országok: EU, Horvátország, Törökország és Norvégia); Nelson et al., Lancet 2011; IHRA, EHRN és a WHO európai regionális irodája (egyéb országok). Az adott szín az országos adatok középpontját, vagy ha országos adat nem volt elérhető, a regionális adatok középpontját jelöli. Az EMCDDA országok esetében az adat 2008-2009-re vonatkozik, ha ez nem volt elérhető, korábbi adat került felhasználásra. Az EMCDDA adat regionális a következő országok esetében: Törökország, Egyesült Királyság, Franciaország, Szlovákia, Hollandia, Belgium, Lengyelország, Bulgária, Spanyolország, Svédország, Írország, Lettország, Németország, Litvánia, Románia és Észtország. A nem EMCDDA országok esetében ez az adat nem volt elérhető.

A HIV, illetve a hepatitis B és C vírusok mellett a humán T- lymphotrop vírus II. típusa (HTLV-II) által okozott fertőzések már az 1970-es években megjelentek az intravénás szerhasználók körében (11). Az EU egyes tagállamai hepatitis A járványokat is jelentettek az intravénás szerhasználók köréből, azonban ezekben az estekben az intravénás szerhasználat jelentette kockázat nehezen volt elválasztható az egyéb kockázati tényezőktől, mint például a rossz higiéniás körülmények (12-15).

Az intravénás szerhasználók, különösen azok, akik társadalmilag is kirekesztett helyzetben vannak, nem csak a vér útján terjedő fertőzéseknek vannak kitéve, hanem más egyéb fertőzések is veszélyeztetik őket. A fertőzések közül néhány a 11. oldalon található szövegdobozban került felsorolásra (16), az egyes betegségek epidemiológiájával kapcsolatos információk pedig az A. Függelékben olvashatóak. A lista tartalmaz seb- és a szúrás helyén kialakult bakteriális fertőzéseket, szisztémás fertőzéseket, szexuális úton terjedő fertőzéseket, és légúti fertőzéseket is, mint például a tuberculosis. Tetanus megbetegedéseket szintén jelentenek az intravénás szerhasználók köréből. Bizonyos területeken az intravénás szerhasználói múlttal rendelkező személyek teszik ki a jelentett tetanus esetek felét (17). Volt már példa tetanus járványra szerhasználói populációkban, különösen olyan használók körében, akik bőr alá (szubkután) injektálják a heroint és korábban nem, vagy csak részlegesen történt meg az immunizációjuk (18-19).

Az intravénás szerhasználattal összefüggő fertőzések további terjedését sok európai országban kontrollálták az elmúlt évtizedben, ennek következtében a fertőzöttek aránya folyamatosan csökken (8). Ez feltételezhetően együttesen köszönhető a szerhasználói populációk magatartásában bekövetkezett változásoknak, a prevenciós programokhoz történő javuló hozzáférésnek, a betegségek kezelésének és a védőoltásoknak. A pozitív fejlemények ellenére, nem lehetünk nyugodtak, hiszen a vér útján terjedő fertőzések nagyon gyorsan terjedhetnek az intravénás szerhasználók körében, amennyiben az intravénás használatból következő kockázatok folyamatos csökkentése nem megoldott. Számos, a HIV-fertőzés intravénás szerhasználók körében történő terjedéséről szóló tanulmány tárgyalta azt, hogy a HIV-fertőzöttek száma a korai fázisban exponenciálisan növekszik és viszonylag gyorsan magas lesz a HIV prevalencia értéke (20-21). Hasonló folyamatot igazoltak a hepatitis C esetében is, ahol

az alacsony infektív dózis[4], a vírus hosszú életképessége a szervezeten kívül, és a krónikus szakaszban tapasztalható magas vírusszám együttesen szintén gyorsan vezethet magas prevalencia értékhez a szerhasználók körében. Bár az EU számos régiójában sikeresen visszaszorították a fertőző betegségek prevalenciáját, az elérhető becslések világosan jelzik, hogy az Európai Szomszédság területén még mindig nem elég hatásos a fertőzések megelőzése az intravénás szerhasználók körében. Bár megelőzhetőek, e fertőzések továbbra is az egyik legkomolyabb betegségterhet jelentik Európában, nem beszélve a sok egyéni szenvedésről.

Miért fontos?

Az intravénás szerhasználók körében történő fertőzések megelőzése szempontjából az egyik legnagyobb motivációt az jelenti, hogy a megelőzést célzó beavatkozások megvalósíthatóak és hatásosak, ha megfelelően vannak kivitelezve. A kábítószer-függőség egy kórkép. Mint ilyen, a népegészségügyi és etikai elvek egyaránt megkövetelik, hogy olyan hatékony módszereket alkalmazzunk, melyek által megelőzhetőek a megbetegedések, illetve minimalizálhatóak azok az ártalmak, amelyeket a kábítószer-függőség okozhat. A fertőzések megelőzését szolgáló hatásos módszerek rendelkezésre állnak ugyan, azonban sok esetben nem ajánlják fel őket vagy nem hozzáférhetőek sok olyan személy számára, akinek szüksége lenne rá.

Népegészségügyi szempontból, azok a társadalmi csoportok, amelyek nagy betegségteherrel rendelkeznek, közvetlen vagy közvetett módon, de terhet rónak a társadalomra is. A fertőzések megelőzése viszont minimalizálhatja ezeket a kiadásokat. Először is, a megbetegedés – a krónikus fertőzések okozta súlyos egészségügyi állapotnak köszönhetően – magas kezelési és gondozási költségeket jelent a fertőzöttek körében. Másodszor a megbetegedések és így a munkavégzés hiánya miatt kiesett termelés szintén terhet ró a társadalomra. Harmadszor, a szerhasználók körében megfigyelhető magas prevalencia értékek – főleg ha ez a helyzet hosszú időre stabilizálódik – növeli a kockázatát annak, hogy az általános népességben is elterjednek a fertőzések.

Végül pedig, a súlyos függőségek különböző formái esetén, azok elkerülhető következményeit ellensúlyozó beavatkozások elmulasztása értelmezhető az EU azon állásfoglalásától való eltérésnek is, amely a szociális igazságosságot és védelmet kívánja előmozdítani, és amelyet nemzetközi egyezmények is megerősítenek, többek között az Európai Unió Alapjogi Chartája, vagy a Lisszaboni szerződés (22-23).

Elvben a kábítószer-használat vagy az intravénás szerhasználat megszüntetése egy jó módja lenne a fertőző betegségek megelőzésének, de az eddigi nemzetközi tapasztalatok azt mutatták, hogy ez nem érhető el csupán népegészségügyi módszerekkel. A szigorú, kábítószerek szabályozását célzó intézkedések sem mutatkoztak sikeres eszköznek a kockázatok, illetve a kábítószerrel kapcsolatos ártalmak teljes megszüntetésére. Épp ellenkezőleg: míg a népegészségügyi problémák rendezése volt az egyik legfőbb szándék a kábítószerek szabályozása mögött, addig a UNODC értékelése – amely száz évre visszamenőleg a nemzetközi kábítószer-szabályozási erőfeszítések eredményeit vizsgálta – kimutatta, hogy a kábítószer-szabályozási rendszer és annak eszközei számos nem szándékolt következménnyel jártak. Ezek egyike, a szerhasználat okozta népegészségügyi ártalmak elleni küzdelembe való befektetés hiánya. A szerhasználatot több társadalmi tényező is erősen meghatározza (amelyek áttekintése meghaladja ezen útmutató kereteit). A szerhasználat módjait főként a szerhasználói szubkultúrák és a gazdasági helyzet alakítják, amelyeket nehéz befolyásolni. Azonban, a tapasztalat és a bizonyítékok azt mutatják, hogy amennyiben pragmatikus megközelítést alkalmazunk, melynek célja az intravénás szerhasználattal közvetlen összefüggésbe hozható fertőződési kockázatok mérséklése, továbbá olyan módszerek bevezetése, melyek elősegítik az intravénás szerhasználat csökkentését vagy elhagyását, akkor hatásosan szoríthatók vissza a vér útján terjedő fertőzések az intravénás szerhasználók körében.

Célok, célkitűzések és a módszertan

Ez a bizonyítékon alapuló útmutató információval szolgál mind az EU mind pedig az Európai Szomszédság országai számára, ha az intravénás szerhasználók körében a fertőző betegségek megelőzésére és kezelésére vonatkozó nemzeti stratégiákat vagy programokat dolgoznak ki, monitoroznak vagy értékelnek. Az útmutató összhangban áll a kábítószer és a fertőző betegségek területére vonatkozó érvényben lévő EU-s szakpolitikákkal (24-27).

Az útmutató alapjául szolgáló kulcspontok egy külön fejezetben alább kerülnek kifejtésre.

Az intravénás szerhasználattal összefüggő fertőző betegségek megelőzése és kontrollja céljából hét kulcsfontosságú beavatkozás került azonosításra. Ezek az elérhető legszilárdabb tudományos bizonyítékokon alapulnak, amelyeket szakértői vélemények, a szolgáltatók hosszútávon nyert, jól dokumentált tapasztalatai, illetve a szolgáltatásokat igénybevevők preferenciái egészítenek ki.

Két ECDC/EMCDDA szakmai beszámoló is áttekinti az itt javasolt beavatkozásokat megalapozó tudományos bizonyítékokat: „Az intravénás szerhasználók körében végzett fertőző betegségek megelőzését célzó beavatkozások

[4]Adott kórokozóra jellemző minimális csíraszám, amely a gazdaszervezetbe jutva fertőzést/tüneteket okoz. (szerk.)

hatásosságára vonatkozó bizonyítékok. 1. rész: Tűcsere programok és más, a hepatitis C, HIV és az intravénás szerhasználattal összefüggő kockázati magatartások megelőzését célzó beavatkozások" és „2. rész: A hepatitis C, HIV és az intravénás szerhasználattal összefüggő kockázati magatartások megelőzését célzó addiktológiai kezelés."

Tudományos bizonyítékok

Az útmutató megírása során szisztematikusan kiértékelték azokat az eredeti közleményeket elemező áttekintő tanulmányokat, melyek az itt tárgyalt kulcsfontosságú beavatkozások bizonyítékait vizsgálták. Ehhez egy standardizált módszer a 'review of reviews'[5] került alkalmazásra. A legerősebb vizsgálati módszertannal rendelkező kutatások eredményeinek összerendezését követően kivonatolták a hatásosságra vonatkozó megállapításokat, továbbá melléjük rendeleték azokat a tényezőket, melyek a vizsgálatok erejét mutatják, úgy mint: a vizsgálat módszertana, elemszáma, valamint az olyan vizsgálatok száma, amelyek hasonló eredményt hoztak. Ezt követően az áttekintés eredményeként összeállított magas szintű bizonyítékokat kiegészítették olyan friss, eredeti közlemények eredményeivel, amelyeket ez idáig még nem szemléztek áttekintő cikkekben. Eredeti közlemények eredményei kerültek felhasználásra akkor is, amikor szisztematikus áttekintések nem voltak elérhetőek egy adott beavatkozás hatásosságára vonatkozóan. Az áttekintő cikkek, eredeti közlemények és az eredmények azonosításának és kiválasztásának módszertanát az útmutatóhoz tartozó két szakmai beszámoló részletezi.

A népegészségügy területén, sokszor lehetetlen olyan erős tudományos bizonyítékokat szerezni, amelyek kísérleti tanulmányokból például randomizált kontrollált vizsgálatokból (RCT) származnak. Egyes népegészségügyi beavatkozásokat – etikai okok miatt – nem lehet kísérleti úton vizsgálni (úgy, hogy az egyik csoport részesül benne a másik pedig nem). Emellett a zavaró tényezők ellenőrzése valós körülmények között meglehetősen bonyolult lenne és megfizethetetlenül magas kutatási költségeket eredményezne. Egy másik akadálya annak, hogy azonosítsuk a beavatkozások statisztikailag szignifikáns pozitív vagy negatív kimenetelét, az az, hogy ezen a területen a vizsgált események incidenciája nagyon alacsony, ezért a kutatás hosszú idősíkot kell, hogy lefedjen annak érdekében, hogy megfelelő számú releváns esemény összegyűljön a következtetések levonásához (28).

A tudományos bizonyíték és az ajánlás közötti kapcsolat nem teljesen egyértelmű mindig: magas szintű bizonyíték nem mindig vezet erős ajánlásokhoz, míg az erős ajánlások néha alacsony szintű bizonyítékokon alapulnak. Amikor egyes beavatkozások esetében az áttekintés során nyert bizonyítékok nem voltak egyértelműek, vagy hiányoztak, az útmutató szakértők tanácsaira hagyatkozott a lehetséges előnyök és ártalmak tekintetében, számba vette az EU-ban folyó prevenció bevált gyakorlatait, és olyan tanulmányokat értékelt, amelyek a szolgáltatást igénybevevők preferenciáit vizsgálták. Bár a szakértői vélemény egy gyengébb bizonyítéknak minősül, vannak olyan körülmények, amikor egy ajánlást egy szakértői csoport erősít meg, erős tudományos bizonyítékok hiányában. Ilyen példa a kórházi betegek hidratálása vagy a lepedők alkalmazása a traumás betegek hő veszteségének megelőzésére – melyek olyan beavatkozások, amelyek nem tudományos kutatásokból származó erős bizonyítékokon alapulnak, de mégis nagyon ajánlottak. Kiegészítő magyarázó információ az ajánlott beavatkozásokhoz a B. Függelékben található.

Hatókör

Az útmutató számos olyan korábbi munkára épül, amely az intravénás szerhasználattal összefüggő fertőző betegségek megelőzését tűzte ki célul, itt főleg a WHO, UNAIDS és a UNODC munkássága emelendő ki, de emellett nemzeti útmutatók és ajánlások is felhasználásra kerültek (lásd: C Függelék). Jelen útmutató megkísérli a szakterület jelenlegi legjobb tudásanyagát átfogóan bemutatni, és a korábbi munkát azzal egészíti ki, hogy most a kulcsfontosságú beavatkozások kombinációját hangsúlyozza. A tudásanyag olyan átfogó szintézisét nyújtja át, amely nem csak az EU tagállamok, hanem az EU szomszédos országai számára is használható. Az útmutató referenciákat és linkeket is tartalmaz további forrásokra utalva, amelyek részletes kiegészítő információval és leírással szolgálnak a gyakorlati megvalósítással kapcsolatban (C. Függelék).

Ez az útmutató elsősorban olyan beavatkozásokra és prevenciós módszerekre fókuszál, amelyek közvetlenül csökkentik a fertőzés kockázatát. A legfontosabb fertőzések, amelyek tárgyalásra kerülnek az útmutatóban: a HIV, a hepatitis B, a hepatitis C és a tuberculosis (TBC). Más fertőzések, amelyek akvirálása az intravénás szerhasználók számára kockázatot jelenthet – mint például a bőr és kötőszöveti fertőzések, a hepatitis A és a szexuális úton terjedő fertőzések – szintén említésre kerülnek, de nem teljes részletességgel. Az útmutató kitér olyan kérdésekre is, mint a tájékozottság és ismeretek, a kábítószer előkészítés és az injektálás kockázatai, az injektáló eszközök megosztása, védőoltás, szubsztitúciós kezelés, illetve a kezelés egyéb, az injektálási gyakoriságának csökkentését célzó vagy a terápiahűséget elősegítő formái. Az anyag ugyancsak említést tesz hatékony ellátás szervezési módszerekről.

---

[5] A 'review of reviews' módszer (Kelly et al., 2002) keretében az áttekintő tanulmányokban már megjelent bizonyítékok összegyűjtésére kerül sor, az eredeti közleményekben indított szisztematikus keresés helyett. A 'review of reviews' módszer részeként sor került egy szisztematikus keresésre a megjelent áttekintő tanulmányokban; a releváns szisztematikus, meta-analitikus és narratív cikkek azonosítására, végül a cikkek kritikai értékelésére; majd az eredmények szintetizálására.

Az intravénás szerhasználók ebben az útmutatóban elsősorban az opiat-, illetve stimuláns-injektálókat jelentik. Bár a fókuszban ezek a "hagyományos" intravénás szerhasználói csoportok állnak, az ajánlott beavatkozások alkalmazhatóak új intravénás szerhasználói csoportokban is, például teljesítményfokozó szereket (anabolitikus szteroidokat) injektálók körében. Néhány ország megfigyelése alapján ez az utóbb említett intravénás szerhasználói csoport is nagyobb figyelmet igényelne. Azok a problémás kábítószer-fogyasztók, akik nem injektálnak, szintén profitálhatnak az itt bemutatott beavatkozásokból, habár ennek az útmutatónak nem ők az elsődleges célcsoportjai.

Az útmutató nem tárgyalja teljességében az antivirális kezelést, mint populációs szintű prevenciós beavatkozást, azonban leszögezi, hogy ezt a kezelést egyenlő módón elérhetővé és hozzáférhetővé kellene tenni az intravénás szerhasználók részére is. Frissen publikált tanulmányok szerint – alátámasztva az imént leírtakat –a HIV- vagy hepatitis-fertőzött aktív szerhasználók kezelésének szignifikánsan pozitív hatása lehet (a fertőzés terjedésének csökkentésében). Ugyancsak bizonyítékok támasztják alá, hogy a látens TBC-fertőzöttek preventív TBC kezelése szintén csökkenti populációs szinten a TBC incidenciáját és prevalenciáját. Ebből következően, az útmutató által javasolt egyik kulcsfontosságú beavatkozás a fertőző betegségek kezelése.

Az útmutatóban leírtak elsősorban a felnőtt korú intravénás szerhasználók igényeire fókuszálnak. Kiskorúakat és fiatalkorúakat célzó beavatkozásokra vonatkozóan nem fogalmaz meg ajánlásokat a kiadvány. Ugyanakkor nem hagyható figyelmen kívül, hogy bizonyos színtereken, az intravénás szerhasználók jelentős hányada kiskorú vagy fiatalkorú. Számukra az életkorukra szabott szolgáltatásokat kell biztosítani (lásd: szövegdoboz, 37. oldal.).

Prevenciós szemszögből, rendkívül fontos az intravénás szerhasználók legfiatalabb csoportjait megvédeni a vér útján terjedő krónikus fertőző betegségektől és a TBC-től. Ezért a programok igénybevételét nem javasolt korhatárhoz kötni, hiszen ez ellentétes hatást válthat ki és csak növeli a kockázatokat azok körében, akik még nem felnőtt korúak.

Ez a fertőző betegségek megelőzésére vonatkozó útmutató elsősorban a civil életben tevékenykedő szolgáltatásoknak szól, azonban a börtönök esetében is lehet relevanciája.

Az „egyenlő ellátás" elve szerint, a fogvatartottaknak lehetőséget kell biztosítani, hogy hozzáférjenek minden, az adott országban elérhető egészségügyi ellátáshoz, megkülönböztetés nélkül. Ez alapján a börtönök egészségügyi szolgálatainak biztosítania kell ugyanazt a minőségű addiktológiai ellátást, mint ami a falakon kívül elérhető (29-30).

Az intravénás szerhasználói múlttal rendelkező fogvatartottaknak többszörös és bonyolult egészségügyi ellátási szükségleteik vannak, amelyek szakorvosi gondozást, és multidiszciplináris megközelítést igényelnek. A fogvatartottak szabadulás után szintén fontos célcsoport a fertőző betegségek megelőzése szempontjából, amit figyelembe kell venni a nemzeti prevenciós stratégiák megtervezésekor is (31). Ugyanígy, a börtönbe kerülők szükségleteinek mérlegelése is elengedhetetlen (32).

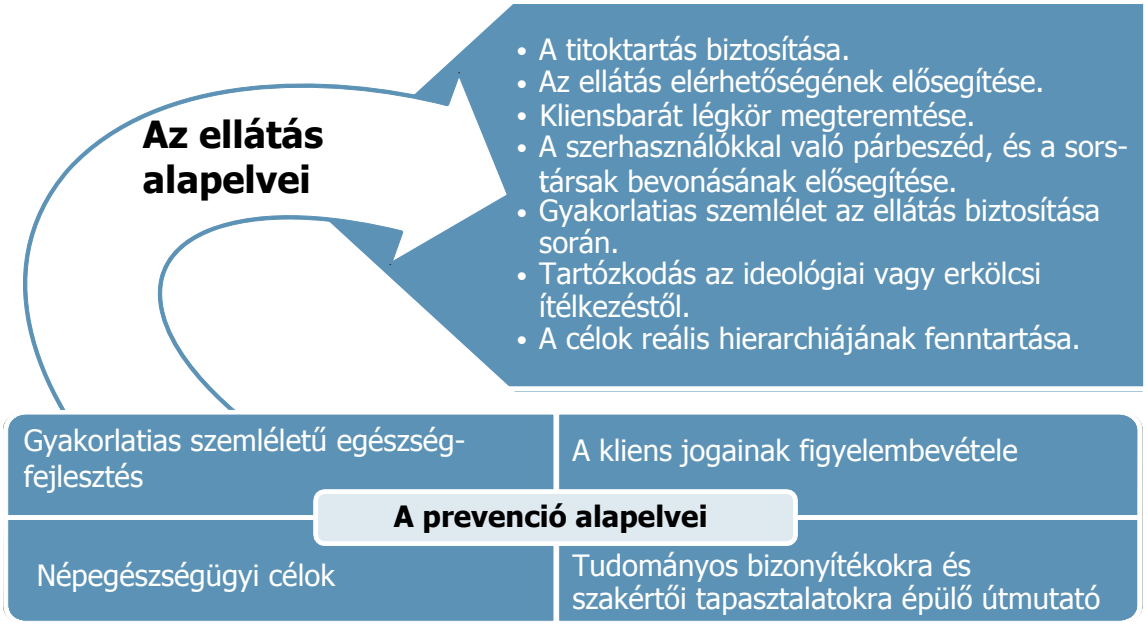
Olvasói célközönség

Ez az útmutató a fertőző betegségek, az általános népegészségügy, az addikciók és mentális egészség, a szociális szolgáltatások vagy a kábítószer-szabályozás területein dolgozó döntéshozók számára kíván támpontot adni. Az EU tagállamokat és a tagjelölt (ill. potenciális tagjelölt) országokat segíti abban, hogy megfelelő, bizonyítékon alapuló, racionálisan megtervezett népegészségügyi válaszokat adjanak az intravénás szerhasználatra. Az útmutató azonosít olyan európai uniós bevált gyakorlatokat, amelyek megelőzik vagy mérséklik a fertőző betegségek terjedését az intravénás szerhasználók körében. Remélhetőleg az EU Partnerség programok országai is hasznosnak és relevánsnak ítélik az útmutatót. Az útmutató nem részletezi a technikai megvalósítás lépéseit, továbbá azt is a megvalósítást végző szereplőkre hagyja, hogy a javasolt beavatkozást vagy prevenciós megoldást a helyi vagy nemzeti körülményekhez igazítsák. Ennek ellenére, az útmutató hasznos lehet a helyi szolgáltatások vezetői számára is, hiszen minden részletre kiterjedően felsorolja és bemutatja azokat az elemeket, amelyek elengedhetetlen részét képezik egy olyan szisztematikus megközelítésnek, mely a legfontosabb fertőző betegségek megelőzését tűzi ki célul az intravénás szerhasználók körében.

Az intravénás szerhasználók által akvirált fertőzések megelőzésének alapelvei

Az itt bemutatott alapelvek a népegészségügy, az ellátás, az egyéni és népegészségügyi etika alapelvei alapján kerültek meghatározásra, amelyeket kiegészített a szolgáltatások megvalósítása során nyert számos tapasztalat. Az ECDC és az EMCDDA közösen dolgozta ki ezen alapelveket, melyeket támogatott és jóváhagyott a két ügynökség közös Szakértői Tanácsadó Csoportja is. A folyamatot alapvetően meghatározta a népegészségügyi és emberjogi szemlélet. Az alapelvek az Egyesült Királyságban és Hollandiában az 1980-as években kifejlesztett modelleken alapulnak (a „ Mersey Ártalomcsökkentő Modell", populációs-szintű ellátási modell) (33-34). Az intravénás szerhasználókra koncentrálnak és a szerhasználat negatív következményeit kívánják csökkenteni (35-36). Ezen alapelvek tekintendőek a kulcsfontosságú beavatkozások alapköveinek – ahogy az az útmutatóban is bemutatásra kerül. A szolgáltatások kialakítása során elengedhetetlen az ezekhez való igazodás. Ebben az útmutatóban, az alapelvek két csoportra oszlanak: a „prevenció elvei" és az „ellátás elvei".

3. ábra: Az intravénás szerhasználók által akvirált fertőzések megelőzésének alapelvei



A prevenció alapelvei

Ez az útmutató négy egyszerű alapelvre épül: Gyakorlatias szemléletű egészségfejlesztés, az alapvető etikai elveket követve a kliens jogainak figyelembevétele, a népegészségügyi célok elérésére való törekvés, illetve a tudományos bizonyítékok és a szakértői tapasztalatok kombinációja. Az útmutató nem azon az elképzelésen alapul, hogy minden szerhasználattal összefüggő népegészségügyi szakpolitika végső célja a józanság vagy az absztinencia kell, hogy legyen (33,35,37-38). Másrészről viszont az absztinencia célként történő értelmezésével sem összeférhetetlen, és nem is zárja ki azt. Nem tárgyal kábítószer-szabályozással kapcsolatos szakpolitikákat, hanem szigorúan azokra a közvetlen egyéni és társadalmi ártalmakra koncentrál, amelyeket a fertőzések okoznak az intravénás szerhasználók körében. Nehéz lenne hatásosan alkalmazni azokat a kulcsfontosságú beavatkozásokat, amelyeket az útmutató javasol, ha nem a következő prevenciós elvekre épülnének:

"Gyakorlatias szemléletű egészségfejlesztés" ebben a kontextusban azt jelenti, hogy a különböző szemléletű drogpolitikák által meghatározott cél-hierarchia helyett ez az útmutató – és az itt tárgyalt beavatkozások – elsősorban a fertőzések terjedésének megelőzését célozzák meg az intravénás szerhasználók körében, illetve arra fókuszálnak, hogy a fertőzés kockázata hogyan mérsékelhető ebben a csoportban. Ez a megközelítés tehát nem fogalmaz meg előzetes feltételezéseket arra nézve, hogy a prevenciós intézkedéseket hogyan kellene megvalósítani, hanem ezen intézkedések egyéni egészség szempontjából és népegészségügyi szempontból hordozott értékei mellett érvel. A prevenciós szolgáltatásokban való részesülésnek nem szabad, hogy feltétele legyen a szermentesség. A merev megközelítéssel ellentétben, mely szerint a szerhasználat megelőzése felülír minden egyéb célkitűzést, a pragmatikus megközelítés felismeri, hogy minden egészségügyi haszonnak megvan a maga értéke és megéri a küzdelmet, még ha a mögötte húzódó szerhasználattal csak közvetetten foglalkoznak is (37). Nem minden használó válik szermentessé, azonban a kockázatos injektálási gyakorlatok és a fertőzések átadása megelőzhető.

"A kliens jogainak figyelembevétele" az útmutató tükrében azt jelenti, a prevenció és a beavatkozások során alkalmazott eszközök szigorúan alkalmazkodnak a kliens igényeihez. A prevenciós eszközök elsősorban a kliens igények alapján kerülnek kialakítására, és miután ez megvalósult, azután kerülnek számbavételre a szolgáltatói, illetve a társadalmi igények. Az egyes programelemek igénybevétele önkéntes alapon kell, hogy történjen, kötelező vagy kényszerítő lépesek alkalmazása kerülendő. A szolgáltatáshoz való hozzáféréshez az egyénnek joga van, azt nem jutalomként kell kezelni. Végül pedig a prevenciós programok nem csak a társadalom, hanem az egyén számára is fontos, hogy hasznot hozzanak (35,39).

A**"Népegészségügyi célok"** az útmutató tükrében azt jelentik, hogy a beavatkozásokból származó hasznok elsősorban az egyént kell, hogy szolgálják, de mindenképp szem előtt kell tartani – egy átfogó megközelítés részeként – a társadalmi és az egyéni hasznok együttes elérését. A beavatkozások módszereinek magában kell foglalnia a fertőzések további terjedésének megelőzését, az egészségügyi és társadalmi költségek csökkentését, a célcsoportban a munkavégzési képesség növelését, a halálozás és megbetegedés csökkentését, illetve – ha nem ütközik az elsődleges célokkal – a szerhasználat megelőzését (40).

A **„Tudományos bizonyítékokra és a szakértői tapasztalatokra épülő útmutató"** azt jelenti, hogy ez az útmutató a tárgyalt beavatkozásokra vonatkozó tanulmányok lehető legszilárdabb tudományos bizonyítékaira épül. Néhány javasolt beavatkozás tekintetében, még nem volt lehetőség alapos, a hatékonyságot kimutató kutatások elvégzésére, a módszertani követelmények összetettsége vagy etikai kérdések miatt (41-42). Néhány esetben a legjobb elérhető bizonyítékok környezeti vagy leíró tanulmányokból származnak, vagy az útmutatóban közreműködő szakértők tapasztalatai vagy tanácsai alapozzák meg. Az útmutatóban néhány beavatkozás azért került az ajánlottak közé, mivel logikus és feltételezhető, hogy alkalmazásuk hasznos az egyén számára, anélkül, hogy nem várt kockázatokat hordozna magában, más szóval a beavatkozás alkalmazása helyén való pragmatikus szempontok alapján.

Az ellátás alapelvei

A fent tárgyalt prevenciós elvek mellett, a prevenciós beavatkozások megvalósítása során a következőkben felsorolt alapelvekhez is alkalmazkodni kell, melyek az ellátás kliensközpontú szemléletének szükségességéből indulnak ki (43). Ezen alapelvek betartása nélkül nehéz hatásosan kivitelezni az útmutató által javasolt kulcsfontosságú beavatkozásokat:

- A titoktartás biztosítása.
- Az ellátás elérhetőségének elősegítése.
- Kliensbarát légkör megteremtése.
- A szerhasználókkal való párbeszéd, és a sorstársak bevonásának elősegítése.
- Gyakorlatias szemlélet az ellátás biztosítása során.
- Tartózkodás az ideológiai vagy erkölcsi ítélkezéstől.
- A célok reális hierarchiájának fenntartása.

A szolgáltatást igénybe vevő kliensek bizalmának elnyerése elengedhetetlen a fertőző betegségek megelőzése szempontjából. Mivel a szerhasználatnak, illetve a kábítószer birtoklásának sok országban büntetőjogi következménye van, sok használó nem hajlandó felfedni magát még az egészségügyi szakemberek előtt sem, attól tartva, hogy az információ továbbjut a rendvédelmi vagy más hatósághoz (44-45). Ezt a félelmet kell legyőzni, hogy a kliensek megbízzanak az egészségügyi szolgáltatókban. A személyazonosság teljes felfedésének megkövetelése – amely gyakran bevett gyakorlat az egészségügyi ellátások esetében – sok használót elriaszthat a szolgáltatás igénybevételétől.

A titoktartás biztosítása. Az első alapelv azt jelenti, hogy lehetővé kell tenni a szolgáltatáshoz való hozzáférést anonim módon, vagy olyan módón, amely biztosítja a kliens számára adatainak teljes védelmét. Ha ez nem valósul meg, azzal akadályozzuk és korlátozzuk a klienseket a felajánlott szolgáltatás igénybevételében, ezáltal veszélyeztetjük a „tömeges-védettség" hatásait, amely populációs szinten erősítené a prevenciót (46-47). Ahhoz, hogy biztosítsuk a titoktartást, a stábot képezni kell ezzel kapcsolatban. Olyan szolgáltatások esetében, mint a szűrővizsgálat, a védőoltás, és néha az addiktológiai kezelés, egy olyan, a titoktartást biztosító kliensazonosító eljárás szükséges, amely a szolgáltatást igénybevevők számára is elfogadható. Már kidolgozásra kerültek olyan módszerek, amelyek segítségével viszonylag pontosan monitorozható egy szolgáltatás működése, az anonimitás és az adatok védelmének veszélyeztetése nélkül (48)[6].

Az ellátás elérhetőségének elősegítése. A második alapelv hivatott biztosítani, hogy az intravénás szerhasználók számára könnyen elérhető legyen a szolgáltatás, az alacsonyküszöbű szemléletet követve. Ez azt

[6] A szolgáltatások erre különféle módszereket alakítottak ki, mint például becenevek használatát, anonim személyazonosító kártya, kódok alkalmazását, annak érdekében, hogy követhető legyen a szolgáltatás igénybevétele, de az adatok védelme is teljes mértékben biztosítva legyen.

jelenti, hogy a szolgáltatást olyan helyen kell megvalósítani, ahol a használók vannak, vagy ahova könnyen eljutnak. A szolgáltatás nyitvatartását változó napszakokban kell biztosítani (46,49-52). A szolgáltatásokat javasolt az igények szerint kialakítani, meghagyva a bővítés lehetőségét is, hogy mindenki, akinek szüksége van rá, megfelelő, releváns és kielégítő ellátásban részesülhessen (20,53).

Kliensbarát légkör megteremtése. A harmadik alapelv a kliensbarát légkör fenntartása. Bár ez az elv magától értetődőnek hangzik, betartása elengedhetetlen a kliensek szolgáltatásba vonásának szempontjából. A kliensbarát légkör azt jelenti, hogy a kliensek felé méltósággal és őszinte segítőszándékkal fordulunk, kinézetüktől és társadalmi helyzetüktől függetlenül. Az elv ugyanakkor azt is magában foglalja, hogy a kliensek akaratát tiszteletben tartjuk, és semmit nem kényszerítünk rájuk (50,52). Ez azonban nem jelenti azt, hogy a kliensek bárhogy viselkedhetnek, különösen akkor nem, ha ez zavar vagy veszélyeztet másokat. Éppen ellenkezőleg, a szolgáltatóknak pontos működési szabályokat kell lefektetniük, és azt kommunikálniuk kell a kliensek felé. A legtöbb szolgáltatás nem engedélyezi a helyszínen történő dílerkedést, pénzügyek intézését, illetve az injektálást, a szabályok megszegése pedig a szolgáltatástól való átmeneti eltiltással járhat (43). Sok szerhasználó küzd mentális zavarral is a kábítószer-függősége mellett (54). Ezek a szerhasználók marginalizálódnak a leginkább, és különösen veszélyeztetettek a fertőzések szempontjából. Ezeket a használókat nem szabad ellátni a „túl nehéz eset" vagy a „kihívást jelentő" címkékkel, hanem olyan módszereket kell kidolgozniuk a szolgáltatóknak, amelyek segítségével humánusan és tisztelettel tudják őket ellátni.

A szerhasználókkal való párbeszéd, és a sorstársak bevonásának elősegítése. Párbeszéd folytatása a kliensekkel, illetve aktív bevonásuk a munkába a felajánlott szolgáltatások integrált részét kell, hogy képezzék. A kliensekre való odafigyelés, valamint a változó szükségleteikre kínált válaszlépések velük együttműködésben történő kialakítása biztosítja a szolgáltatás relevanciáját (55). Az injektálási rituálékat és gyakorlatokat jellemzően a tapasztaltabb használók adják át az újaknak (56). A másodlagos tűcsere – amikor is a szolgáltatást igénybevevő továbbosztja a fecskendőket társai körében – is gyakori jelenség (48,57-58). A prevenciós szakembereknek ismerniük kell az aktuális szerhasználati mintázatokat, a használóknak pedig tudniuk kell, hogy azokhoz milyen egészségügyi kockázatok társulnak. A szolgáltatók szervezhetnek az aktív szerhasználók számára kockázatkezelést és egészségfejlesztést célzó képzéseket, az ott megszerzett tudást pedig a szolgáltató ösztönzésére a résztvevők terjeszthetik társaik körében. Ez nem csak a szolgáltatás hasznosságát növeli, hanem képessé teszi a szerhasználót, hogy átvegye az irányítást a saját élete felett (empowerment) (59-60). A tapasztalatok azt mutatják, hogy az aktív használók bevonása a prevenciós munkába pozitív hatást gyakorol a társakra, hiszen a kliensek egymástól tanulják meg a biztonságosabb beviteli módszereket(61-63). A legnagyobb kihívást az jelenti, hogy a szolgáltatók elismerjék és a magukévá tegyék a használókkal való együttműködés fontosságát.

Gyakorlatias szemlélet az ellátás biztosítása során. Az ötödik alapelv szintén a kliens szempontjait veszi alapul: a szolgáltatások alulról építkeznek, az aktuális szükségletekre reagálnak, így pótolják azokat a prevenciós szolgáltatásokban jelentkező hiányokat, amelyek kockázatot jelentenek a fertőzések szempontjából, emellett képesek a használók egészségügyi szükségleteire a megfelelő választ adni (64). Ez azt is jelenti, hogy még ha nem is lehet egyszerre csökkenteni az összes szerhasználat okozta ártalmat, minden egyes beavatkozás értékes, amíg az egy valós igényt elégít ki (43). Ez különbözik attól az ideológiai vagy felülről lefelé építkező megközelítéstől, amely esetében a kitűzött célokat olyan magasra teszik, hogy azok elérhetetlenek maradhatnak mind a használó, mind a szolgáltató, mind pedig az azt kitűzők számára.

Tartózkodás az ideológiai vagy erkölcsi ítélkezéstől. A hatodik alapelv kimondja, hogy az aktív szerhasználóknak szóló szolgáltatások esetében nem tanácsos az ellátottakat erkölcsi vagy ideológiai szempontból bírálni, vagy kritizálni (65-66). Ehelyett azokat a döntéseket, amelyeket a használók meghoznak – még ha azokkal nem is ért egyet az ellátást végző – tiszteletben kell tartani, és erre a hozzáállásra szolgáltatás stábját is ki kell képezni (67). Ez nem azt jelenti, hogy például nem kell nekik felajánlani a kezelésbe való továbbirányítást. Épp ellenkezőleg, az ezzel kapcsolatos küszöbnek alacsonynak kell lennie, és az információkat minden olyan helyszínen elérhetővé kell tenni, ahol a szolgáltatást igénybe vevő szerhasználók gyakran megfordulnak (43,53,68).

A célok reális hierarchiájának fenntartása. A legutolsó alapvető elv szerint rövidtávú célokat kell meghatározni ahhoz, hogy azok elérésének reális esélye legyen. Ez a megközelítés segít az ellátás céljainak meghatározásában (43). Az elrugaszkodott prevenciós célok sokszor nem realisztikusak, és szükségtelen csalódáshoz vezetnek, illetve a beavatkozás hatásainak helytelen értékeléséhez (69). A szolgáltatás céljainak alapvető hierarchiáját általában a helyi szükségletek és körülmények határozzák meg, azonban lehetőség szerint a következőket mindig tartalmazniuk kellene: a célcsoport többségének elérése, a bizalom megteremtése, a használók gyakorlati szükségleteinek kielégítése, a közvetlen fertőződési kockázatok csökkentése, valamint a szolgáltatás volumenének növelése időről időre.

A betegségmegelőzés átívelő céljait, mint például a járványok megelőzése, a betegség incidenciájának és prevalenciájának csökkentése, program szinten kell kitűzni; emellett igazítani kell őket az aktuális helyzethez és realisztikusnak kell maradniuk (53). Maga a prevenciós szolgáltatás esetében ezen átívelő célok általában nem használhatóak hatásmérő indikátorokként, alkalmazásuk csak nemzeti szinten javasolt, amikor a szolgáltatások hozzáférhetőségének és komplexitásának mértékét értékeljük. Fontos felismerni, hogy – különösen akkor, ha a krónikus fertőzések prevalenciája magas – a prevenció esetében hosszú távon érdemes gondolkodni, mivel a

betegség indikátorok csak lassan javulnak. A szolgáltatásokat ki kell terjeszteni, és elégséges időnek kell eltelnie ahhoz, hogy hatásaik mérhetőek legyenek. (*A lefedettség megtervezése* részt lásd: 46. oldal.)

Az intravénás szerhasználattal összefüggő fertőzések megelőzése céljából ajánlott beavatkozások

Az ebben a fejezetben felsorolt elemeket javasolt belevenni minden olyan nemzeti szintű, átfogó programba, amelynek célja, hogy hatásosan megelőzze, illetve mérsékelje a fertőzések terjedését az intravénás szerhasználók körében.

Kulcsfontosságú beavatkozások

A legszilárdabb tudományos bizonyítékokra, szakértői véleményekre, és az EU/EEA országokban hozzáférhető bevált gyakorlatokra támaszkodva, a következő kulcsfontosságú beavatkozások megvalósítása javasolt, lehetőleg kombináltan, hogy a programok szinergiája által a legmagasabb prevenciós hatást érjük el:

- **Injektáló eszközök:** Tiszta injektáló eszközök, valamint az azokhoz való legális hozzáférés biztosítása – beleértve a steril tűk és fecskendők szükséges mennyiségben történő elérhetővé tételét térítésmentesen – kombinált, több-komponensű megközelítés részeként, ártalomcsökkentő, tanácsadó és kezelő programok keretében.
- **Védőoltás:** Hepatitis A, B, tetanus, influenza elleni védőoltás, valamint – különösen HIV-fertőzöttek számára javasolt – a pneumococcus elleni védőoltás.
- **Addiktológiai kezelés:** Opiát szubsztitúciós kezelés és a kábítószer-függőség kezelésének más hatásos formái.
- **Szűrővizsgálat:** Tájékozott beleegyezést követően, önkéntes módon, a személyzet titoktartási kötelezettsége mellett elvégzett HIV, HCV (HBV a védőoltásban nem részesülteknek) és TBC szűrővizsgálat rendszeres felajánlása és a kezelésbe utalás biztosítása szükség esetén.
- **Fertőző betegségek kezelése**: Klinikai indikáció alapján a HIV-, HBV- és HCV-fertőzöttek antivirális kezelése. Antibiotikum kezelés az aktív TBC-s betegeknek. Profilaxis javasolt a lappangó TBC-s esetekben. Más fertőző betegségek kezelésének felajánlása a szakmai protokollokban előírt módon.
- **Egészségfejlesztés:** A biztonságosabb injektálásra; a biztonságos szexuális gyakorlatra, óvszerhasználatra; betegség megelőzésre, szűrővizsgálatra és kezelésre koncentráló egészségfejlesztés.
- **Személyre szabott szolgáltatás:** A szolgáltatásokat az egyén szükségletei és körülményei szerint kell kombinálni, megszervezni és kivitelezni; ennek részeként szükséges az addiktológiai ellátás, az ártalomcsökkentés, a tanácsadás és szűrővizsgálat, az egészségügyi alapellátásba és szakellátásba utalás biztosítása állandó telephelyű valamint megkereső programokon keresztül.

Szinergia elérése: A kulcsfontosságú beavatkozások kombinálásával

Többféle beavatkozás együttes alkalmazása jelentősen csökkenti a HIV- és HCV-fertőzés incidenciáját, emellett az önbevalláson alapuló intravénás szerhasználói kockázati magatartások is jelentősen csökkennek (70) (71-72).

Kombinált beavatkozások

Amikor lehetséges, a beavatkozásokat kombinálni kell, hogy szinergikus hatásokat érjünk el. A bizonyítékok azt mutatják, hogy a HIV, a HCV valamint a kockázati magatartások akkor csökkenthetőek leginkább, ha mind a tűcsere programokhoz, mind az opiát szubsztitúciós kezeléshez nagyon jó a hozzáférhetőség. Valószínűsíthető, hogy a további szolgáltatások – mint a betegség kezelése és a védőoltás – biztosítása tűcsere programmal és addiktológiai kezeléssel kombinálva, tovább csökkenti a fertőző betegségek terjedését az intravénás szerhasználók körében.

Mivel elégséges bizonyíték áll rendelkezésre a tekintetben, hogy milyen pozitív hatásai vannak a tűcsere programok és az opiát szubsztitúciós kezelés együttes biztosításának, várhatóan más, bizonyítottan hasznos beavatkozások kombinációban történő alkalmazása is szinergikus prevenciós eredményekhez vezet. A fertőző betegségek– mint például a HIV – kezelése tekintetében a terápiahűség javul, amennyiben azt addiktológiai kezeléssel kombinálva biztosítják a kliens számára (1-2). A szolgáltatások kombinált alkalmazása eredményez közvetlen, de ugyanakkor közvetett hatásokat is, például a szolgáltatásba vonz és ott tart klienseket, ezáltal növelve a hozzáférhetőséget és a lefedettséget.

A szakterületek közötti szoros együttműködés elengedhetetlen előfeltétele az ellátásnak és a kulcsfontosságú beavatkozások biztosításának. Ez a szempont az alábbiakban részletesebben kifejtésre kerül.

Intravénás szerhasználók körében a fertőző betegségek megelőzését és kontrollját célzó programok kidolgozása és megvalósítása

A kulcsfontosságú beavatkozások biztosításának alapfeltétele az országos szintű és helyi együttműködések, valamint a szektorok közötti koordináció.

Együttműködés és koordináció

A nemzeti konszenzus kiépítése továbbá a célok kölcsönös elismerése – azon szektorok által, akik intravénás szerhasználókkal foglalkoznak – elengedhetetlen a betegségek terjedésének megelőzése érdekében. A fertőző betegségekkel, a gyógyszeres addiktológiai kezeléssel, mentális egészséggel, szociális ellátással, bűnüldözéssel, bírósági ügyekkel, és kábítószer-szabályozással foglalkozó szakterületek szereplőinek, tovább a büntetés-végrehajtásban dolgozóknak országos szerepkörük van, elköteleződésük és aktív részvételük elengedhetetlen a folyamatban. Emellett, az önkormányzatok, helyi szervezetek, a szerhasználók érdekvédelmi szervezetei, illetve számos más nem-kormányzati vagy civil társadalmi szervezet is bevonandó a koordinációba.

A szerhasználat bűncselekménynek számít a legtöbb európai országban. Ezért nemcsak egészségügyi kérdésekkel kell foglalkozni a prevenciós programok tervezésénél, hanem a büntetőjogi szempontokat is mérlegelni kell.

Hasonlóan, az intravénás szerhasználók gyakran küzdenek szociális és mentális egészségügyi problémákkal is, amely további kihívást jelent a válaszlépések megszervezése szempontjából. Mivel egyes szolgáltatások csak beutalás után biztosíthatóak, az egészségügyi és szociális szolgáltatások közötti beutalási rendet ki kell építeni és fenn kell tartani.

Minden szereplőnek ki kell vennie a részét a feladatokból, ha a hatásos prevenció elérése a cél. Például, tisztázni kell a rendvédelmi szervekkel, hogy az injektáló eszközök osztása egy népegészségügyi válaszlépés, ezért együttműködést kell velük kötni arról, hogy ne akadályozzák a tűcsere programok és megkereső programok működését. A rendvédelmi szervek razziái a szolgáltatás helyszíne körül elriasztják a potenciális klienseket, és aláaknázzák a prevenciós programok céljait. A rendvédelmi szervek irányelvei általában központilag meghatározottak és a szigorú, bürokratikus vezetés, amely megszokott a legtöbb országban, nem enged teret az irányelvektől való eltérésnek helyi szinten. Ezt figyelembe véve javasolt a felső vezetéssel együttműködési megállapodásokat kötni, amely a legtöbb színtéren aztán megkönnyíti a helyi szintű együttműködést.

Fontos a prevenciós szolgáltatásoknak megnyerni a támogatást nem csak a helyi szereplőktől és az egészségügyi ágazattól, hanem minden releváns központi ágazati igazgatástól, beleértve a büntető-igazságszolgáltatást is. Ez sokszor felsőszintű megállapodásokat tesz szükségessé, vagy legalább a szolgáltatások céljaival való egyetértést, és ezek világos kommunikációját az alsóbb, szolgáltatói szintek felé.

Az önkormányzatokkal való együttműködés szintén elengedhetetlen. A szolgáltatás létesítése ellen sokszor a helyi lakosok lépnek fel, félve attól, hogy a lakókörnyezetre nézve káros hatással lesz a szolgáltatás elindítása. A határozott vezetés és a közösség irányába történő elköteleződés a helyi szereplők elvárása a programmal szemben, az utóbbi demonstrálható a szolgáltatás helyi szintű hozadékainak bemutatásával – mint például az utcai drogszemét csökkentésével (73).

Hét ajánlott kulcsfontosságú beavatkozás

Injektáló eszközök

Ajánlott beavatkozás
Tiszta injektáló eszközök, valamint az azokhoz való legális hozzáférés biztosítása – beleértve a steril tűk és fecskendők szükséges mennyiségben történő elérhetővé tételét térítésmentesen – kombinált, több-komponensű megközelítés részeként, ártalomcsökkentő, tanácsadó és kezelő programok keretében.

A legfőbb kockázati tényező a vér útján terjedő fertőzések akvirálása szempontjából, a tű/fecskendő és egyéb az injektáláshoz, vagy a szer elkészítéséhez szükséges eszköz megosztása. Még azok között is, akik bevallásuk szerint soha nem osztanak meg tűt/fecskendőt, jellemző az egyéb, injektáláshoz szükséges eszközök megosztása, mint például a szer elegyítéséhez szükséges kupak (edény), a szer feloldásához szükséges víz, vagy a szűrő közös használata, amely szintén elősegítheti a hepatitis C és más bakteriális fertőzések terjedését (74-75) (lásd a szövegdobozt a 25. oldalon, amely a fertőzések injektáló segédeszközök segítségével történő terjedését tárgyalja.) Bizonyított, hogy sok intravénás szerhasználó bőr, véna és véráram fertőzéstől szenved a nem steril injektálási gyakorlat miatt (17). Néhány jelentés beszámol arról, hogy egyre gyakoribb a felírt gyógyszerek tablettából porított formában történő injektálása, amely növeli a tüdőembólia és a szívbelhártya-gyulladás (endocarditis) előfordulásának kockázatát (76-78). Néhány otthon elkészített savasító, amelyet bizonyos szerek feloldásához használnak, elősegíti a gombák szaporodását, amit ha beinjektálnak, szívbelhártya-gyulladást (endocarditis) idézhet elő vagy szemfertőzést okozhat, amely vaksághoz vezet (candida endopthalmitis) (79).

Ajánlás: A létező bizonyítékok, szakértői vélemények és biztonságos injektálási gyakorlatok alapján (80), a legjobb módszer a HIV- és HCV-fertőzés terjedésének minimalizálására – azok között, akik továbbra is injektálják a szereket – a steril tű és fecskendő, illetve más tiszta injektáló segédeszközök osztása (kanál/kupak, szűrő, víz az injektáláshoz, savasítók, száraz és alkoholos törlőkendő) minden injektáláshoz elegendő mennyiségben. Az eszközök biztosítása lehetőség szerint térítésmentesen történjen, az osztás pedig a szerhasználók számára elfogadható és könnyen elérhető módon legyen megszervezve.

Gyakorlati megfontolások: Bizonyos programokban csak a visszahozott használt fecskendőkért cserébe jár új fecskendő, az ilyen stratégia azonban kontraproduktív is lehet és akadályt gördíthet a steril injektálási eszközökhöz való hozzáférés és azok használata útjába. Ahhoz, hogy a fertőző betegségek prevenciója elérje célját, elő kell segíteni a fecskendőkhöz való könnyű hozzáférést. Mindeközben a használt eszközök visszajuttatására is ösztönözhetőek a kliensek, azonban ez nem lehet abszolút feltétele az új eszközökhöz való hozzájutásnak. A tűszúrásos balesetekre kiemelt figyelmet kell fordítani a használt fecskendők leadása során mind a kliens mind a tűcsere programok munkatársainak szempontjából. A használt injektáló eszközök biztonságos szállítása és elhelyezése érdekében, javasolt az injektáló eszközök begyűjtéséhez és visszajuttatásához szúrás-álló dobozokat biztosítani. Más stratégiák, mint például a biztonságos közösségi gyűjtőhelyek, vagy az otthoni gyűjtés szintén sikeresen kerültek alkalmazásra néhány helyszínen. A tűcsere programok és a rendvédelmi szervek közötti együttműködés rendkívül fontos, hiszen ezáltal elkerülhetőek a tűcsere programok környékén a klienseknél talált injektáló eszközök miatt történő letartóztatások.

A kliensek általában jelzik, hogy melyik fecskendőtípust és tűméretet preferálják, amely helyszínenként és használói csoportonként változik. Ezeket a preferenciákat alaposan figyelembe kell venni a szolgáltatás igénybevételének maximalizálása céljából. Néhány helyszínen a visszahúzódó tű-fecskendő kombinációt osztják, ahol injektálás után a tű visszahúzódik a fecskendőbe, így megelőzve az újbóli használatot. Azonban voltak olyan helyek, ahol ezt a kliensek elfogadhatatlannak tartották, ami a program népszerűségének és igénybevételének csökkenéséhez vezetett. A fecskendők és tűk típusáról és választékáról születő döntés egyik kritériuma, hogy felhasználóbarát, kliensek által elfogadott termékek kerüljenek kiválasztásra a szolgáltatás igénybevételének növelése érdekében. A kliensek véleményét abban is figyelembe kell venni, hogy milyen egyéb injektálási segédeszközöket, illetve milyen típusú és méretű szúrás-álló, használt fecskendők begyűjtésére alkalmas dobozt biztosítson a program, mivel ezek az igények is változóak használói csoportonként.

Szisztematikus áttekintések eredményeként arra nézve is rendelkezünk bizonyítékokkal, hogy a tű és fecskendő osztás szignifikánsan csökkenti az intravénás szerhasználattal összefüggő kockázati magatartásokat (81). Arra vonatkozólag is állnak rendelkezésre bizonyítékok, hogy a tűcsere programok csökkenthetik a HIV prevalenciát (81) (82). Módszertani korlátok miatt nehezebb volt tanulmányozni az egyéb injektálási eszközök – mint kupak, szűrő, desztillált víz – osztása és a HCV/HIV-fertőzések csökkenése közötti összefüggéseket (83). Azonban a HCV vírus a HCV-fertőzöttek által használt törlőkendők 67%-a, a szűrők 40%-a, a vízminták 33%-a, és kanalak 25%-a esetében kimutatható volt (84).

Eredeti közlemények eredményei szolgálnak epidemiológiai bizonyítékkal arra vonatkozóan, hogy az injektáló eszközök megosztása, legfőképp a kupakok közös használata, összefüggést mutat a HCV terjedésével azon intravénás szerhasználók körében, akik nem osztanak meg tűt/fecskendőt (85) (75).

Fertőzések terjedése injektáló segédeszközök által:

Víz: A vizet arra használják, hogy injektálás előtt feloldják vele az anyagot, illetve hogy injektálás után kiöblítsék vele a tűt és a fecskendőt. A használók van, hogy ehhez ugyanazt a vizet használják, ezáltal kiteszik magukat annak a veszélynek, hogy vér útján terjedő vírussal fertőződjenek meg a szennyezett víz által.

Kanál: A kanalat vagy kupakot (főzőedényt) arra használják, hogy injektálás előtt abban felmelegítsék és feloldják a szert, például a heroint, vagy, hogy az összetört tablettákat vízzel elegyítsék. A használók van, hogy megosztják a kanalat a szer elkészítéséhez és így az újrahasznált vagy fertőzött víz, illetve a szűrő által terjeszthetik a baktériumokat vagy a vér útján terjedő vírusokat.

Savasítók: A savasító ahhoz kell, hogy a vízben nem oldódó anyagok, mint a barna heroin, vagy a crack, feloldódjanak. Néhány savasító bakteriális vagy gombás fertőzéseket okozhat. A fertőzés elkerülhető, ha az egy használatra elegendő kiporciózott savasítót – például aszkorbinsavat – tasakolva osztják ki azoknak az intravénás szerhasználóknak, akik vízben nem oldódó szereket injektálnak.

Szűrők: A feloldott szereket egy szűrőn keresztül szívják fel a fecskendőkbe, azért, hogy nagyobb szilárd darabok ne kerüljenek a véráramba. Vénába történő injektálás során nagyon fontos a szűrő használata, mert így megelőzhető az embólia vagy a vérrög kialakulása. A szűrő megosztása azonban a vér útján terjedő vírusok átadásához is vezethet. A szűrőket általában azért használják újra, mert maradhat benne még kábítószer, azonban az újabb típusú szűrők már úgy vannak tervezve, hogy a lehető legkevesebb anyag szívódjon fel a szűrőbe és használat után pedig feloldódjon.

Alkoholos és száraz törlőkendők: Az alkoholos törlőkendők arra valók, hogy az injektálás helyét megtisztítsák a szúrás előtt. A száraz törlőkendőket az injektálás után kell a vérzés elállítására használni, mivel az alkoholos törlőkendő csak meghosszabbítja a vérzést.

A következő eszközök biztosítása ajánlott, azért, hogy csökkentsük a megosztást és az újrahasználást, valamint, hogy minimalizáljuk a vér útján terjedő vírusok és baktériumok terjedésének kockázatát: víz, kanál/kupak, savasító és szűrő, alkoholos törlőkendő és száraz törlőkendő.

Nem áll rendelkezésre elég erős tudományos bizonyíték arra nézve, hogy a HIV és HCV incidencia csökkentése szempontjából hatásos-e az injektáló eszközök, mint steril víz, kanál/kupak, szűrő, alkoholos törlőkendő osztása. Egy eredeti közlemény szerint összefüggés mutatható ki az injektáló eszközök megosztása és az önbevalláson alapuló pozitív HCV státusz között. A bakteriális bőrfertőzéseknek is megnő az esélye, ha valaki újrahasználja az injektáló eszközöket vagy nem higiénikus körülmények között injektál (17). Arra nézve azonban van bizonyíték, hogy az injektáló eszközök osztása csökkenti a kockázati magatartások előfordulását (87) (88) és ösztönzi a klienseket a programba való belépésre és bennmaradásra (89). Egy angol programban aszkorbinsavat tartalmazó tasakokat kezdtek osztani intravénás szerhasználók számára, amit a meglévő kliensek nagyon jól fogadtak, emellett új klienseket is vonzott a tűcsere programba ez a szolgáltatás (90).

A steril tű és fecskendő, illetve az egyéb injektáló eszközök biztosítása mellett egészségfejlesztő üzeneteket is el kell juttatni a kliensekhez, például a kezelési lehetőségekről, vagy információkat a kötőszöveti és bőrfertőzések figyelmeztető jeleiről (további információkért arról, hogy milyen egészségfejlesztő üzenetek adhatók át az intravénás szerhasználók számára, lásd a 35. oldalon az egészségfejlesztésre vonatkozó szövegdobozt). Továbbá időt kell fordítani a biztonságos injektálással kapcsolatos tanácsadásra is, kihangsúlyozva, hogy minden egyes tűt és fecskendőt, illetve az egyéb injektáló eszközöket (víz, kanál/kupak, szűrő) egyszer ajánlatos használni és nem szabad megosztani soha az injektáló társakkal. Érdemes lehet számba venni olyan eszközök osztását is – amelyek nem az intravénás használathoz szükségesek ezáltal egyben ösztönözve is az egyéb beviteli módokat –, mint például fólia a heroin-használók számára, vagy a zselatin kapszula az amfetamin-fogyasztók részére (91-92).

Az egészségfejlesztő üzeneteknek ki kell térniük a szappannal és tiszta vízzel történő kézmosás fontosságára valamint annak szükségességére, hogy az injektálás helyét alkoholos törlőkendővel (vagy szappannal és tiszta vízzel) tisztítsák meg az injektálás előtt. Injektálás után a szúrás helyét száraz törlőkendővel, nem pedig a használt alkoholos törlőkendővel kell lefedni. Tájékoztatni kell a klienseket a bőrfertőzések, tályogok és a visszérgyulladás korai jeleiről, azokat pedig, akik észlelnek ilyen tüneteket magukon, ösztönözni kell arra, hogy minél előbb orvoshoz forduljanak.

Annak ellenére, hogy gyakran elhangzik az az üzenet, hogy a tűt és fecskendőt, illetve az egyéb injektáló eszközöket nem szabad megosztani vagy újrahasználni, az újrahasználás a legtöbb helyen mégis előfordul, néha nem szándékosan is. Az első válaszlépés az újrahasználás visszaszorítására az, hogy növelni kell a tű és fecskendő, illetve az egyéb injektáló eszközök elérhetőségét és hozzáférhetőségét, azért hogy minden új injektálás steril eszközökkel történhessen. Ha ez nem lehetséges, két másik lehetőség van, amellyel minimalizálhatók a tű és fecskendő újrahasználásából eredő ártalmak. Az egyik lehetőség számokkal ellátott, színezett, matricázott, vagy bármilyen anonim egyedi megkülönböztető jellel ellátott fecskendők osztása, mely segít megelőzni a fecskendők véletlenül történő megosztását. A második a klóros fertőtlenítőszer (hipó) használata az injektáló eszközök fertőtlenítése céljából, mely bár vitatott módszer, olyan esetben ahol az újrahasználás felmerülhet, megfontolandó az ajánlása. Habár laboratóriumi körülmények között kimutatták, hogy a hipó hatékonyan inaktiválja a HIV vírust (93), nem áll rendelkezésre elég bizonyíték a tekintetben, hogy ez az injektálási gyakorlat során is hatásos-e, hiszen a pontos fertőtlenítési eljárás ilyenkor nem mindig kerül betartásra. A hipó biztosítása egy másodlagos opció lehet, azonban az elsődlegesen preferált megoldás mindenképp a steril injektáló eszközök biztosítása.

Védőoltás

Ajánlott beavatkozás

Hepatitis A, B, tetanus, influenza elleni védőoltás, valamint – különösen HIV-fertőzöttek számára javasolt – a pneumococcus elleni védőoltás.

Ajánlás: A hozzáférhető bizonyítékok alapján, a védőoltás a megelőzés egyik leghatékonyabb módja. A legtöbb színtéren az intravénás szerhasználók ki vannak téve a hepatitis B, a hepatitis A és a tetanus fertőzés veszélyének. Amennyiben a hepatitis C-vel fertőzött személyek (hepatitis C ellen jelenleg még nincs védőoltás), egyidejűleg hepatitis A vagy hepatitis B fertőzésben is szenvednek, a hepatitis C okozta betegség progressziója felgyorsul, illetve körükben magasabb a hepatitis megbetegedések száma. Az életmódtól, a kortól, vagy a HIV-fertőzöttségtől függően, az intravénás szerhasználók egy része veszélyeztetettebb az influenza vagy a tüdőgyulladás szempontjából. Védőoltások segítségével megelőzhetjük ezeket a fertőzéseket, a kialakult immunitásnak köszönhetően (94).

Gyakorlati megfontolások: A hepatitis B védőoltás mostanra már a legtöbb tagállamban része a gyermekkori oltási sémának, mivel azonban a hepatitis B elleni védőoltást az 1990-es években vezették be, sok felnőtt korú intravénás szerhasználó oltatlan. Bár a 29 EU/EEA országból 18-ban különböző programok keretén belül felajánlják a hepatitis B elleni védőoltást a felnőtt intravénás szerhasználók számára, ezek nem minden esetben ingyenesek (8) (95).

Mivel néhány intravénás szerhasználói csoportot hagyományos úton nehéz beoltani, az intravénás szerhasználókat célzó állandó telephelyű vagy mobil programok egyedi lehetőséget nyújtanak e csoportok rutinszerű vagy egyénenként történő vakcinációjára. A bizonyítékok alátámasztják, hogy a védőoltások igénybevétele javul, ha más szolgáltatásokkal együtt kínálják fel azokat (96). Vizsgálatok kimutatták, hogy költséghatékony megoldás, ha az intravénás szerhasználókat a tűcsere programokban oltják be, emellett biztató eredményeket mutatott a kontingencia menedzsment[7] bevezetése is, amelynek hatására megduplázódott a teljes hepatitis B oltássorral rendelkező személyek aránya (97-98). A megkereső munka hatásos lehet annak elérésében, hogy a már oltottak az emlékeztető oltást is megkapják. A börtönben vagy rehabilitációs otthonokban megvalósított oltóprogramok a fogvatartottak vagy kezelésben lévők – köztük az intravénás szerhasználók – elérésének lehetnek hatékony eszközei.

A hepatitis B elleni védőoltás általában 3 dózisból áll, amelyeket 6 hónapon belül adnak be, bár gyorsított séma is létezik. Még ha nehéz is biztosítani, hogy a kliens visszamenjen a második és harmadik oltásra, megéri az elsőt beadni – amennyiben a kliens igényt tart rá –, mivel már egy védőoltás is részleges védettséget ad (99). Fontos megjegyezni, hogy az intravénás szerhasználók által bemondott oltási státusz gyakran pontatlan, összehasonlítva a valós, aktuális szerológiai státuszukkal (100). A szolgáltatásba lépéskor a hepatitis B szérum markereit célzó laboratóriumi vizsgálatokkal tisztázható, hogy ki nem számolt be pontosan a hepatitis B védőoltásairól. Emellett a normál populációval összehasonlítva, magasabb azon intravénás szerhasználók aránya, akik immunrendszere kevésbé, vagy egyáltalán nem reagál az oltásra (101).

Mivel az intravénás szerhasználók körében magasabb egy esetleges hepatitis A járvány kockázata, ezért a kombinált hepatitis A és B védőoltás alkalmazása javasolt, hiszen ez a legjobb megoldás a két fertőzés együttes megelőzésére (102-103). Ez különösképp a hepatitis C fertőzöttek esetében fontos.

A tetanus elleni védőoltás minden európai országban része a védőoltási naptárnak, az emlékeztető oltásra általában 5-10 évente kerül sor felnőttkorban. Tetanus esetében a beadott oltásokat ellenőrizni kell az intravénás szerhasználók körében, és emlékeztető oltás beadása javasolt, amennyiben az oltási státusz bizonytalan, különösen

[7] ösztönzésen alapuló terápia (szerk.)

akkor, ha elfertőződött az injektálás helye. Gyakori a tetanus és a diphtheria elleni védőoltás kombinált alkalmazása, mivel a diphtheria halálozási aránya magas, még ha ritka is Európában.

A szezonális influenza elleni védőoltás és a pneumococcus elleni védőoltás biztosítása szintén ajánlott (különösen akkor, ha a kliens HIV-fertőzött vagy 50 évnél idősebb), hogy minimalizálható legyen az influenza vagy a pneumococcus fertőzés kockázata (további információért lásd (16)).

Fontos megjegyezni, hogy a TBC elleni BCG (Bacillus Calmette-Guérin) oltás csak olyan gyermekeknek javasolt, akik TBC szempontjából endémiás helyen élnek, vagy lakhelyükön bár alacsony a TBC incidenciája, mégis megnövekedett kockázattal rendelkeznek a TBC kórokozójának akvirálása szempontjából. Kevés bizonyíték áll rendelkezésre a felnőttek BCG oltásának hatásosságával kapcsolatban, viszont a BCG oltás ellenjavalt gyengült immunrendszerrel rendelkező egyének számára, például tünetes HIV-fertőzöttek esetében (104).

Addiktológiai kezelés

Ajánlott beavatkozás
Opiát szubsztitúciós kezelés és a kábítószer-függőség kezelésének más hatásos formái.

Az addiktológiai kezelés egy nagyon fontos elem a kábítószer-függőséggel összefüggő egészségügyi ártalmak prevenciójának átfogó eszköztárában (27,105-106). Sok európai országban, az addiktológiai kezelés áll a központban azon beavatkozások palettáján, amelyek a szerhasználattal összefüggő fertőző betegségek megelőzésére hivatottak (54). Szerepet játszik abban is, hogy a szerhasználókban ezáltal növekszik a terápiahűség a fertőző betegség kezelése során is (1-2,107-108). Az addiktológiai kezelés magában foglal egy sor orvosi (gyógyszeres), pszichológiai, szociális és viselkedési stratégiát a szerhasználat és az injektálás csökkentésére, melyek járó- és fekvőbeteg ellátásban egyaránt alkalmazhatóak. A pszichoszociális terápiás megközelítések az egyéni konzultáció és motivációs interjú technikáktól egészen a pszichoszociális kezelési beavatkozásig terjednek, az egyén szükségleteihez és helyzetéhez igazodva. Fontos új terápiás irányzat a kognitív és viselkedés terápia, amely többek között a dolgok észlelésének befolyásolását, illetve a kondicionált szerhasználói viselkedés elfelejtését célozza. A pszichoszociális beavatkozások önmagukban vagy a gyógyszeres kezeléssel kombinálva is alkalmazhatóak.

Az opiát-függőség gyógyszeres fenntartó kezelése orvosi rendelvényre történő opiát-származékot tartalmazó gyógyszer elnyújtott használatát jelenti, amely megelőzi az elvonási tüneteket és csökkenti a sóvárgást, így a használó egy sokkal stabilabb életet élhet; visszaszorítja az illegális heroin-használatot, a kockázati magatartásokat, a bűnelkövetést; és javítja a kliens egészségi állapotát, közérzetét, és életminőségét (68). Az opiát szubsztitúciós kezelést gyakran párosul pszichoszociális kezeléssel, és egyéb támogató szolgáltatásokkal (109-112).

Az opiát agonistákat detoxifikációs kezelés során is lehet alkalmazni. Azonban a fekvőbeteg detoxifikációs kezelést más kezelési lehetőségek integrált részeként ajánlott biztosítani, nem önmagában, hogy ezáltal elkerülhető legyen a nagy arányú visszaesés (111).

Az opiát szubsztitúciós kezelés hatásossága

A kezelés kimenetelét vizsgáló tanulmányok és kontrollált vizsgálatok eredményei alátámasztják a metadon és egyéb helyettesítő szerrel történő kezelések hatásosságát a heroin- és egyéb opiát-függőségek kezelésében. Az áttekintő cikkekből származó számos bizonyíték megerősíti az opiát szubsztitúciós kezelés fertőzések és kockázati magatartások incidenciájára gyakorolt hatását (81, 108-111,113-118).

A kockázati magatartásokra vonatkozóan, számos (megbízható kutatási módszertannal készült) tanulmány került azonosításra három nagy áttekintő cikkben, amelyek igazolják az opiát szubsztitúciós kezelés kockázati magatartásokat csökkentő hatását (108,115,118). Mind a három áttekintés azt a következtetést vonta le, hogy az opiát szubsztitúciós kezelés összefügg az önbevalláson alapuló injektálás csökkenő prevalenciájával és gyakoriságával, az injektáló eszközök ritkább megosztásával, és csökkenő kockázati magatartási pontértékekkel.

Az opiát szubsztitúciós kezelés hatásosságának értékelése megtörtént a HIV-fertőzés terjedésének csökkentése szempontjából is. Ugyanezen áttekintések jutottak arra a bizonyítékokkal igazolható következtetésre, miszerint a közösségben nyújtott opiát szubsztitúciós kezelés csökkenti a HIV szerokonverziót, főleg azok esetében, akik folyamatosan kezelésben vannak és akiknél megfelelő a dozírozás.

Az opiát szubsztitúciós kezelés hatásossága a HCV incidencia szempontjából már nehezebben volt igazolható. Ez nagyrészt annak köszönhető, hogy a HCV sokkal könnyebben továbbadható injektálás során, vagy az injektáló eszközök közös használatával[8], illetve hogy lényegesen magasabb a prevalencia értéke az intravénás szerhasználók

[8] A hepatitis C vírus a HIV-vel összehasonlítva jóval magasabb koncentrációban van jelen a vérben, nem csak az akut szakaszban, hanem krónikus fertőzés esetében is. Így több vírus vihető át az expozíció időtartama alatt, mivel az infektív dózist gyakran meghaladja a fertőzött és nem fertőzött intravénás szerhasználók eszköz megosztása során átadott vírusmennyiség. Ezt a

körében egész Európában. Azonban a frissebb, opiát szubsztitúciós kezelésben részt vevő kliensek körében végzett hepatitis C incidencia alakulását mérő kohorsz vizsgálatok, valamint az Egyesült Királyságban készült vizsgálatok metaanalízise (70-71,119-121) kimutatta, hogy az opiát szubsztitúciós kezelés meglehetősen hatásos a HCV-fertőzés megelőzésében. Ezek a tanulmányok alátámasztják, hogy a HIV- és HCV-fertőzések továbbterjedésének megakadályozásában, a folyamatos opiát szubsztitúciós kezelés eredményesebb, mint a megszakított; hogy a metadon szubsztitúciós kezelés protektív hatással bír, mind a nem fertőzött személyek megfertőződése, mind a vírushordozóknál további vírusok akvirálása szempontjából; illetve megerősítik az opiát szubsztitúciós kezelés „dózis-hatás" (dose-response) eredményeit, miszerint a hosszabb ideje kezelésben lévők között mért HCV incidencia alacsonyabb.

Az elmúlt 15 évben számos randomizált kontrollált vizsgálat mutatta ki a felügyelt injektálható heroin fenntartó kezelés hatásosságát hosszú drogkarrierrel rendelkező, kezelésnek ellenálló heroin-függők körében, akik esetében a standard kezelési beavatkozások nem jártak sikerrel. Az eredmények a klasszikus vagy optimalizált opiát szubsztitúciós kezeléssel összehasonlítva azt mutatták, hogy a kezelésnek ellenálló kliensek a heroin fenntartó kezelésben hasonlóan vagy jobban megmaradtak, kevésbé involválódtak bűncselekményekben (például vagyon elleni bűncselekményekben – amelyekből az utcai heroin vagy egyéb utcai kábítószerek megszerzését finanszírozták), továbbá jelentősen csökkentették az utcai heroin intravénás használatát, és ez az állapot hosszútávon stabilizálódott (122).

Ajánlás: Számos áttekintő tanulmány és jelentős kutatás bizonyítékai, valamint szakértői vélemények támasztják alá az addiktológiai kezelés elérhetőségének és könnyű hozzáférhetőségének szükségességét, elsősorban az opiát szubsztitúciós kezelés esetében az opiát-fogyasztók számára. A pszichoszociális kezelés egyrészt megerősíti az opiát szubsztitúciós kezelés hatásosságát – amennyiben a kettőt kombinálják –, másrészt a stimuláns-fogyasztók számára ez az elsődleges kezelési lehetőség, harmadrészt pedig a szakértői vélemények alapján ajánlott beavatkozás.

A kombinált eljárások tovább erősítik az opiát szubsztitúciós kezelés fertőzések megelőzésére gyakorolt hatását

A terápiahűséget, a kezelés befejezését és az absztinencia megtartását az utánkövetés során vizsgáló tanulmányok igazolták, hogy az opiát szubsztitúciós kezelés hatásosabb, ha mellette pszichoszociális beavatkozásokat is biztosítanak (123). Egy randomizált kontrollált vizsgálat, amely a viselkedési terápiák HCV incidenciára gyakorolt hatását vizsgálta az intravénás szerhasználók körében az Egyesült Királyságban(124), az opiát szubsztitúciós kezelés és egy bővített prevenciós tanácsadás kombinált alkalmazását hasonlította össze az önmagában biztosított opiát szubsztitúciós kezeléssel. Azok körében, akik mindkét beavatkozásban részesültek, kevesebb volt a HCV szerokonverzió.

A legutóbbi kutatások kihangsúlyozzák, hogy fontos az opiát szubsztitúciós kezelés kombinálása más ártalomcsökkentő módszerekkel, a fertőzések incidenciájának – többek között a HCV terjedésének – csökkentése érdekében. Az Amszterdam kohorsz vizsgálat (71) kimutatta, hogy azok között, akik legalább hat hónapon át folyamatosan részt vettek metadon fenntartó kezelésben és tűcsere programban is, a HCV-fertőzés kockázata alacsonyabb volt, azonban ugyanez az összefüggés nem volt kimutatható, ha valaki csak az egyik programot vette igénybe. Egy, az Egyesült Királyságban végzett kohorsz vizsgálat (119) szintén megerősítette azt, hogy a HCV incidencia csökkentése szempontjából hatásosabb az opiát szubsztitúciós kezelés, ha azt tűcserével is kombinálják. A legfrissebb, az Egyesült Királyságban készített, hat – a beavatkozások hozzáférhetősége és az intravénás szerhasználók körében előforduló új HCV-fertőzések közötti összefüggést vizsgáló – kutatás eredményeit összegző metaanalízis szerint az opiát szubsztitúciós kezelés, illetve a tűcsere program egymástól függetlenül csökkentette a HCV incidencia mértékét az injektálók körében (70). Azonban az elemzés azt is megállapította, hogy a két beavatkozás együtt szinergikusan hatott, azaz 80%-kal csökkent az esély a HCV-fertőzés akvirálására, amikor az opiát szubsztitúciós kezelésben lévő, még injektáló személyek számára könnyen hozzáférhetőek voltak a tűcsere programok is.

A kombinált kezelési programok hatásosságát vizsgálta a HIV-fertőzés akvirálása szempontjából egy New York-i vizsgálat (125), amely összehasonlított egy "kombinált prevenciós programot" (metadon fenntartó kezelés, felvilágosítás és megkeresés, kockázat csökkentés, HIV szűrés és tűcsere program) egy "kezdeti prevenciós programmal", amelynek a tűcsere nem volt része (metadon fenntartó kezelés, oktatás és megkeresés, kockázat csökkentés, HIV szűrés). Az idő elteltével, a HIV prevalencia azok körében nőtt nagyobb mértékben, akik a kevesebb elemet tartalmazó programban vettek részt, összehasonlítva azokkal, akik a kombinált programban részesültek. Ez is azt támasztja alá, hogy az opiát szubsztitúciós kezelés és a tűcsere programok kombinált alkalmazása szerepet játszhatott a HIV-fertőzés terjedésének visszaszorításában.

---

hipotézist az is alátámasztja, hogy a hepatitis C prevalencia általában magasabb, mint a HIV prevalencia a szerhasználók körében, emellett a HCV járvány általában megelőzi a HIV járványt ebben a populációban. Ez magyarázatként szolgálhat arra is, hogy miért nehezebb a HCV kockázatát csökkenteni önálló beavatkozásokkal, és miért kell a programok hozzáférhetőségét növelni ahhoz, hogy eredményeket érjünk el populációs szinten.

Egyéb kezelési típusok hatásossága

Számos egyéb kezelési típus is elérhető, mint például a pszichoszociális kezelés, a kognitív viselkedés terápiák, a kontingencia menedzsment, és a sorstárs-segítő csoportok.

Míg egy pszichoszociális kezelési beavatkozásról sem mutatták még ki egyértelműen, hogy önmagában hatásos eszköze lenne az opiát-függőség kezelésének (108), addig több megfigyeléses vizsgálat kimutatta (olyan jelentős kohorsz vizsgálatok, mint a DATOS az Egyesült Államokban vagy az NTORS az Egyesült Királyságban), hogy a bentlakásos, a közösségi, és a metadon fenntartó kezelési programok egyaránt csökkentették az intravénás szerhasználatot és a tű megosztását. A kezelés alatt az injektálás és a kockázati magatartások csökkenek és ebből következően a fertőzés akivrálásának kockázata is alacsonyabb (109). A pszichoszociális kezelés nagymértékben hozzájárulhat a szerhasználók komorbid pszichés zavarainak kezeléséhez, mint például a szorongás, a depresszió, az alacsony önbizalom, emellett a szerhasználattal kapcsolatos megküzdési készségeket is fejlesztheti.

Nem opiátot injektáló intravénás szerhasználók kezelése

Bár már néhány gyógyszerhatóanyag ígéretesnek bizonyult a stimuláns-fogyasztók kezelésében vagy épp folyik a vizsgálata, még semmilyen gyógyszeres kezelést nem találtak hosszú távon hatásosnak, amely csökkenteni tudná a szerhasználatot és a növelni tudná a kezelésben maradást ebben a szerhasználói csoportban. (108). Több randomizált vizsgálat is folyamatban van a kokain-függőség kezelésére kifejlesztett új anyagok tesztelésére, melyek közül jelenleg a Disulfiram – amely az alkohol lebomlásába avatkozik bele – és a Vigabatrin – ami egy anti-epileptikus szer – tűnik ígéretesnek. A kokain elleni oltás kifejlesztésére tett kísérletek folyamatban vannak (54).

A gyógyszeres kezelés hiányában, a pszichoszociális kezelés kimondottan fontos a stimuláns-fogyasztók számára. A pszicho-stimuláns használat vagy függőség pszichoszociális kezelésére vonatkozó bizonyítékok szisztematikus áttekintése során nem találtak egyértelmű következtetést arra nézve, hogy ez az egyedüli kezelés típus a pszicho-stimuláns függőség kezelésében hatásos lenne, bár ez betudható a tanulmányok heterogenitásának is (126).

Egy nagy áttekintő tanulmány eredményei szerint a kontingencia menedzsment (CM), melynek során a szermentességért vagy a kezelésben maradásért cserébe motivációs díjban részesülnek a kliensek, összefüggést mutatott az absztinencia és a kezelésben maradás magasabb arányával a stimuláns-fogyasztók körében (108). A kontingencia menedzsment metadon fenntartó kezeléssel kombináltan történő alkalmazása eredményesnek bizonyult opiátokat és stimulánsokat egyaránt használó kábítószer-függő kliensek körében. Azonban a rendelkezésre álló bizonyítékok még mindig nem elégségesek az eredmények megerősítéséhez.

Ugyanez az áttekintő cikk emelte ki, hogy csak mérsékelten támasztható alá, az egyéb viselkedést célzó megközelítések, mint a kognitív viselkedés terápia, a közösségi megerősítés és kontingencia menedzsment kombinációja, valamint az egyéni konzultáció eredményessége a stimuláns-használat kezelése szempontjából. Gyenge bizonyítékok állnak rendelkezésre a motivációs interjú hatásait, illetve a terápiás közösségek eredményességét illetően is a stimuláns-fogyasztók kezelésében.

Az opiát szubsztitúciós kezelés biztosítása

A metadon fenntartó kezelést az Egyesült Államokban fejlesztették ki az 1960-as években, az európai klinikai gyakorlatba azonban csak az 1980-as évek közepétől kezdett beépülni. Ma már a metadont, a buprenorfint, a dihidrokodeint, a lassan felszívódó morfint, és a diacetilmorfint (heroin) is alkalmazzák az európai országokban[9] (112). Miután az EU tagállamokban átfogó, kábítószerrel összefüggő szakpolitikák kerültek bevezetésre, az opiát szubsztitúciós kezelés elterjedése felgyorsult az 1990-es évek közepétől. Ma már a becsült célpopuláció több mint felét éri el a szolgáltatás (54,127-128). Európában a buprenorfint alkalmazó opiát szubsztitúciós kezelések aránya kisebb, mint a metadont alkalmazóké, de az elmúlt években növekszik, részben a szer biztonságosabb tulajdonságainak köszönhetően. A buprenorfin részleges agonista, gyengébb opiát hatással, kevésbe alakít ki fizikai függőséget, illetve nehezen lehet túladagolni. Gyakran alkalmazzák háziorvosok által biztosított hosszú távú szubsztitúciós kezelésben. A tény, miszerint ma már sokkal több szert – például heroint – alkalmaznak az opiát-fogyasztók kezelése során, lehetőséget ad az orvosoknak arra, hogy nagyobb számú szerhasználót vonjanak be optimalizált gyógyszeres kezelésekbe. Az opiát-függőség pszichoszociális ellátással kiegészített gyógyszeres kezeléséről szóló részletes útmutatót 2009-ben publikálta az Egészségügyi Világszervezet (WHO) (111).

Minőség és szupervízió: Az eredményesség érdekében a kezelést jól kell felépíteni, és magas színvonalon kell megvalósítani, melyhez elengedhetetlen a stáb megfelelő szintű képzése is. Különösen javasolt a kezelési folyamat során, dózis és szupervízió tekintetében az elérhető nemzetközi irányelveket követni (111,129). A bizonyítékok alapján, a rugalmas dozírozást ajánlott alkalmazni: alacsony kezdő dózist és magas fenntartó dózist, a dózis és a kezelési idő hosszának korlátozása nélkül (110,130). Az opiát szubsztitúciós kezelés hatásosságának optimalizálásához a bizonyítékok alapján javasolt a folyamatos kezelés, mely sokkal hatásosabb, mint a rövid távú szubsztitúció (108). Az opiát szubsztitúciós kezelés bizonyos formái, mint például a metadon kezelés, kevésbé

---

[9] Az opiát antagonista – vagyis a heroin és más opiátok hatását blokkoló – naltrexone kezelés kevésbé jellemző Európában, a kezelésből való lemorzsolódás magas arányának köszönhetően.

hatásosak (alacsonyabb a szérum szint), ha a klienst azzal párhuzamosan tuberculosissal vagy HIV-vel is kezelik, ezt folyamatosan nyomon kell követni a hatásos dózis beállításához (131).

Hozzáférhetőség: Az opiát szubsztitúciós kezelés alacsonyküszöbű programokon keresztül történő biztosítása szintén megfontolandó. Az alacsonyküszöbű programok célja elsősorban az ártalomcsökkentés és nem az absztinencia, így a magas küszöbű programokhoz képest sokkal rugalmasabbak a bekerülési követelmények és a szolgáltatás megvalósítása. Az ilyen programok támogatják az egyéb ártalomcsökkentő szolgáltatások kombinált igénybevételét – amelyek növelik a kezelés hatásosságát. Az addiktológiai kezelés alatt, sok fertőzéssel kapcsolatos egyéb szolgáltatást, mint például a szolgáltató vagy a kliens által kezdeményezett szűrővizsgálatot és tanácsadást, a védőoltást, a fertőző betegségek kezelését vagy további prevenciós szolgáltatásokat is javasolt felajánlani az aktív vagy korábbi intravénás szerhasználók számára. A mentális egészségügyi ellátást (és emellett a háziorvosok által nyújtott általános egészségügyi ellátást – ha lehetséges, szakorvosi ellátással kiegészítve) össze kell kapcsolni a kábítószer-függőség kezelésével. Az ilyen típusú ellátás hozzáférhetősége különösen fontos az alacsonyküszöbű programokat látogató intravénás szerhasználók számára.

Gyógyszerosztás: az opiát szubsztitúciós kezelés gyógyszereit a kórházakban, drogambulanciákon, a közösségben vagy gyógyszertárakban lehet osztani. Minden helyszínen a gyógyszert beszedő beteg felügyelete által megelőzhető, hogy a szerek kikerüljenek az illegális piacra. Ezzel ellentétben a hazavihető adagok pedig segítik a klienst, hogy elássa a család- és munkabeli kötelességeit és egy normálisabb életet vezethessen. Minden kezelésben lévő személy esetében alapvető követelmény a rendszeres orvosi vizsgálatok elvégzése (16,111).

Rugalmasság a kezelés megkezdésében: Eredeti közlemények eredményei szerint pozitív hatást gyakorol a kockázati magatartásokra az átmeneti (interim) metadon fenntartó kezelés. (132). A metadon átmeneti biztosítása lehetőséget nyújt az intravénás szerhasználóknak, hogy kihasználják az opiát szubsztitúciós kezelés nyújtotta protektív tényezőket.

Nehezen elérhető csoportok kezelésbe vonása: A hosszú drogkarrierrel rendelkező kezelésre nem reagáló heroin-függők esetében kimutatták, hogy a felügyelt injektálható heroin fenntartó kezelés eredményes a körükben (122). A heroin fenntartó kezelés biztosítása során fontos a szigorú biztonsági szabályok betartása, annak érdekében, hogy a szerek ne kerüljenek ki az illegális kábítószerpiacra. Az ellátóhelyeknek a nap különböző szakaszaiban nyitva kell tartaniuk az év minden napján, hogy klienseik a kezelési útmutató alapján, felügyelet alatt beinjektálhassák kezelési dózisukat (122). Bár ennek a másodvonalbeli kezelési típusnak magasabbak a költségei, mint a metadon kezelésnek, ezt ellensúlyozza a társadalmi költségek jelentős csökkenése – kiemelve például a büntetőeljárás költségeinek, illetve a bűncselekményekkel összefüggő fogvatartás költségeinek csökkenését (133).

Börtön: Kísérleti és megfigyeléses vizsgálatokat áttekintő tanulmányok igazolják, hogy a börtönben nyújtott opiát szubsztitúciós kezelés hasznai hasonlóak a falakon kívül nyújtott kezeléséhez (32,134-136). Az ilyen típusú kezelés biztosítása a börtönökben lehetőséget kínál az illegális opiát-fogyasztás és a kockázati magatartások előfordulásának visszaszorítására a börtönökben. A börtönökben, illetve a falakon kívül működő programok közötti jó kapcsolat megteremtése elősegíti a kezelés folyamatosságát (a börtönbe kerülést, illetve a szabadulást követően), így a kezelés hosszú távú hasznai is elérhetőek, továbbá megelőzhetőek az olyan magas kockázatú ártalmak, mint például a szabadulást követő időszakban bekövetkező haláleset.

Szűrővizsgálat

Ajánlott beavatkozás:
Tájékozott beleegyezést követően, önkéntes módon, a személyzet titoktartási kötelezettsége mellett elvégzett HIV, HCV (HBV a védőoltásban nem részesülteknek) és TBC szűrővizsgálat rendszeres felajánlása és a kezelésbe utalás biztosítása szükség esetén.

Ajánlás: A szakértők támogatják a fertőző betegségek önkéntes módon, a személyzet titoktartási kötelezettsége mellett elvégzett szűrővizsgálatát, mivel ez csökkentheti a kockázatokat, emellett a kezelésbe kerülés feltétele a laboratóriumi vizsgálattal igazolt diagnózis. Az intravénás szerhasználattal összefüggő fertőzések kockázata miatt, valószínűsíthetően minden európai országban költséghatékony az intravénás szerhasználók szűrővizsgálata HIV-re, hepatitis B-re és hepatitis C-re. A TBC szűrővizsgálat szintén költséghatékony lehet a legtöbb országban. További fertőzések szűrővizsgálatának felajánlása is megfontolandó a rutin orvosi vizsgálat részeként (mint például a hepatitis A és D, syphilis, májenzim vizsgálatok, általános vérkép). Az orvosi vizsgálat és a szűrővizsgálat gyakoriságát, illetve a felkínált szűrővizsgálatok palettáját a kliens tünetei, illetve a helyi járványügyi helyzet tükrében javasolt meghatározni. Az intravénás szerhasználók esetében a kockázat gyakran nagyon magas, ezért a szűrővizsgálatokat évente legalább egyszer vagy kétszer fel kell ajánlani (16).

A rutinszerűen felajánlott szűrővizsgálatok esetében az önkéntesség és titoktartás elvének követése javasolt. Az „önkéntesség" azt jelenti, hogy bár a szűrővizsgálat eleve alapvető részét képezi az orvosi ellátásnak, az egyént tájékoztatják a szűrővizsgálatról és annak lehetséges következményeiről, aki ezután beleegyezését adja a szűrővizsgálatok elvégzésébe. A „rutinszerűen felajánlott" azt jelenti, hogy az ellátó az orvosi vizsgálat standard részeként kell, hogy felajánlja a fertőző betegségek szűrővizsgálatát az intravénás szerhasználók számára.

Az EU/EEA országok által jelentett becslések szerint, az intravénás szerhasználók 10% - 60%-a vett részt HIV szűrővizsgálaton az elmúlt 12 hónapban (137), és ez az arány valószínűleg még alacsonyabb a többi fertőző betegség esetében. A vér útján terjedő vírusok és más fertőzések időben történő detektálása lehetőséget ad a klienseknek arra, hogy kezeltessék a fertőzést, megelőzzék a komplikációkat, és csökkenjen a terjedés kockázata (138). A szűrővizsgálat kiváló lehetőséget teremt arra, hogy az intravénás szerhasználók számára tanácsadást és tájékoztatást nyújtson a szolgáltató (negatív eredmény esetén) a megfertőződés, (pozitív eredmény esetén) a fertőzés továbbadásának megelőzéséről. A szűrővizsgálattal egybekötött kockázatcsökkentő tanácsadás eredményes lehet a kockázati magatartások visszaszorításában is (139).

Vér útján terjedő fertőzések

Az EMCDDA 2010-ben kiadott egy útmutatót egészségügyi szolgáltatók számára, amely az intravénás szerhasználók körében a szolgáltató által kezdeményezett HIV, hepatitis, és más fertőzések, mint bakteriális bőrfertőzések, szexuális úton terjedő fertőzések, vagy légúti fertőzések szűrővizsgálatát tárgyalja, és segítségére lehet azoknak a tervezésben, akik szűrőprogramot készülnek megvalósítani intravénás szerhasználók számára (16). Az ECDC egy általános útmutatót adott ki a HIV szűrővizsgálatok kapcsán (138). Összefoglalva, az intravénás szerhasználók számára olyan szűrővizsgálatokat kell felajánlani, amelyek követik a nemzeti útmutatók ajánlásait. Arra azonban nagyobb gondot kell fordítani, hogy ezt a veszélyeztetett és rejtőzködő populációt hogyan érjük el és szólítsuk meg annak érdekében, hogy a szűrővizsgálatoknak minél jobb legyen a hozzáférhetősége, hogy a szerhasználók megértsék a szűrővizsgálat indokoltságát, és a beleegyezés valóban önkéntes alapon történjen. A megkereső programok keretében az ellátás helyszínén biztosított szűrővizsgálat (point-of-care testing) javíthatja a HIV, HBV és HCV szűrővizsgálatokon való részvételi arányt (az ellátás helyszínén történő szűrővizsgálattal kapcsolatos finn tapasztalatok a szövegdobozban olvashatóak). Még ha a verifikálás ugyanolyan hosszú időt vesz igénybe a pozitív eredmény esetén, mint a hagyományos szűrővizsgálatok során, az ellátás helyszínén történő szűrővizsgálat esetében a negatív eredmények azonnal átvehetőek, míg az előzetes pozitív eredmény egy kockázatcsökkentő tanácsadással kiegészítve mérsékelheti a kockázati magatartások előfordulását. A szűrővizsgálatot össze kell kapcsolni a fertőzöttek esetében a kezeléssel úgy, hogy a helyi beutalási rendet követve továbbutaljuk szakellátásba további kivizsgálásra és utógondozásra azokat, akik verifikáltan HIV-, krónikus HCV- vagy HBV-fertőzöttek, vagy olyan fertőzésben szenvednek, amely szintén kezelést igényel.

Tuberculosis

A TBC szűrővizsgálat további fontos kihívás, mely megoldást igényel az intravénás szerhasználók körében. A TBC visszaszorításához fel kell kutatnunk a fertőzötteket, és ezt követően egy legalább hat hónapos, a nemzetközi ajánlásoknak megfelelő kombinált antibiotikum terápiát kell kezdenünk náluk (140-141).

Az intravénás szerhasználó betegek jellemzően későn keresik fel az ellátóhelyeket, ami növeli a TBC terjedésének kockázatát és a betegség súlyosságát (142-143). A fertőzöttek gyors felkutatása fontos ahhoz, hogy visszaszorítható legyen a terjedés és jobb legyen a kezelés kimenetele illetve prognózisa a beteg számára. A TBC szűrővizsgálat során az aktív és a látens TBC-fertőzés is azonosítható. Népegészségügyi szempontból az aktív TBC azonosítása kulcsfontosságú, mivel így azonnal megakadályozható a fertőzés továbbterjedése. Az intravénás szerhasználók körében, külön kiemelve a HIV-fertőzötteket, sokkal nagyobb a kockázata a tünetes betegség kialakulásának, így a látens TBC azonosítása és az azt követő megelőző terápia is elengedhetetlen. Ideális esetben, minden intravénás szerhasználót szűrni kellene aktív és látens TBC-re egyaránt.

Az ellátás helyszínén történő szűrővizsgálat alacsonyküszöbű egészségügyi szolgáltatóknál Finnországban

1999 óta működik az ellátás helyszínén történő HIV szűrővizsgálat az alacsonyküszöbű egészségügyi szolgáltatóknál intravénás szerhasználók számára Finnországban. 2011-ben a 34 alacsonyküszöbű egészségügyi szolgáltató közül 10-nél volt elérhető HIV gyorsteszt, amelyet az Országos Egészségügyi és Jólléti Intézet (National Institute for Health and Welfare - THL) értékelt és ajánlott.

A THL támogatja az ellátás helyszínén történő szűrőprogramot azzal, hogy laboratóriumi hátteret és tanácsadással kapcsolatos képzést illetve minőségfelügyeletet biztosít, monitorozza a programot, valamint tanácsadást nyújt a szűrővizsgálatok gyakorlati kivitelezésével kapcsolatban. Ha egy alacsonyküszöbű szolgáltató be akarja vezetni az ellátás helyszínén történő szűrővizsgálatot, a gyorsteszttel majdan dolgozó személyzetnek egy képzésen kell részt vennie a THL-ben. Az intézet HIV ellenanyag vizsgálatok kapcsán külső minőségbiztosítással foglalkozó szervezetek bevonásával körkísérletet szervez évente háromszor, és a pozitív eredmények verifikálását is elvégzi. A THL emellett napi kapcsolatban áll a szűrővizsgálatot végző helyekkel, tanácsokat ad és monitorozza őket, forgalmi adatokat és vizsgálati eredményeket gyűjt a program monitorozása és hatásvizsgálata céljából.

A kliensek számára az alacsonyküszöbű szolgáltatóknál a HIV gyorsteszt ingyenesen, anonim módon érhető el, amihez nem kell előre időpontot egyeztetni. A szűrővizsgálatot egy külön helyiségben végzik el, a személyes adatok védelme érdekében. A szűrővizsgálatot megelőző tanácsadás részeként tájékoztatást nyújtanak a kockázati magatartásokról, a biztonságos szexuális gyakorlatról, és a HIV ellenanyag kimutathatóságának ablakperiódusáról. A szűrővizsgálat során a vért az ujjbegyből veszik, az eredményre 15 percet kell várni. A negatív eredményt egyből átadják, míg a pozitív eredményt verifikálják vénás vérből. A verifikálás eredménye 1 hét alatt készül el. A HIV-pozitív klienseket továbbutalják kórházi ellátásba.

1999 és 2010 között, több mint 8000 szerhasználó vérmintáját vizsgálták meg a program keretében, és 47 verifikált HIV-pozitív személyt azonosítottak. A gyorstesztek fogadtatása az egészségügyi személyzet, illetve az alacsonyküszöbű szolgáltatást igénybe vevő kliensek részéről pozitív volt. A legtöbb kliens ezt preferálja a hagyományos szűrővizsgálatokkal szemben.

A TBC szűrővizsgálat egy átfogó egészségügyi szolgáltatás része, amely mellett biztosítani kell a mikrobiológiai laboratóriumi hátteret, a kezelés lehetőségét, gyógyszereket és támogatást a diagnosztizált betegek részére. A TBC szűrővizsgálat/diagnózis magában foglalja az orvosi kórtörténetet felvételét, a mellkasi röntgent, a tuberkulin bőrpróbát (TST), és ha elérhető, a vérvizsgálatokat (IGRA teszteket - IFN-gamma Release Assay) is. A TBC szűrővizsgálatához használt módszereket a nemzeti protokollok, hiányukban a nemzetközi útmutatók határozzák meg (131) (16) (144).

Emellett, az intravénás szerhasználók körében a TBC jeleit és tüneteit az orvosi vizsgálat során lenne szükséges felismerni. Ideális esetben javasolt egy kérdőív kitöltetése a kliensekkel a szűrővizsgálatot megelőzően az esetleges tünetekre vonatkozóan. Minden TBC szűrővizsgálat után, különösképp a TBC tünetekkel rendelkező intravénás szerhasználók esetében, a köpet mikroszkópos vizsgálatát is el kell végezni olyan helyen, ahol teljes körű laboratóriumi háttér áll rendelkezésre megfelelő kapacitással, technikai szakértelemmel és tudással az összes TBC-gyanús eset tenyésztéséhez. Aktív TBC gyanú esetén, a TBC diagnózisát a mikrobiológiai tenyésztéssel történt verifikáció mentén lehet felállítani, amelyet a kórokozó antibiotikum rezisztenciájának vizsgálata egészít ki.

Vizsgálatok szerint, az intravénás szerhasználók közössége az egyik olyan csoport, ahol a legalacsonyabb azon szűrővizsgálatok és a profilaktikus kezelések száma, amelyek a megbetegedések elkerülése érdekében szükségesek lennének(145).

Az intravénás szerhasználókat érintő további fertőzések

A szexuális úton terjedő fertőzések, mint a chlamydia, gonorrhoea és a syphilis, szűrővizsgálatát szintén javasolt beemelni a rendszeresen elvégzendő szűrővizsgálatok közé, főleg a magas kockázatú szexuális gyakorlatot folyatók, illetve a sok szexuális partnerrel rendelkezők – például szexmunkások – esetében. A kliensek továbbutalása, óvszer és síkosító osztása minden színtéren javasolt – olyan helyeken is ahol a szűrővizsgálat és a kezelés nem kivitelezhető – például a megkereső programok során.

Emellett, az intravénás szerhasználóknak magas a kockázata az akut bakteriális bőrfertőzések (például a methicillin-rezisztens Staphylococcus aureus (MRSA) okozta fertőzés), kötőszöveti fertőzések, tályogok kialakulására, vénák összeesésére, amelyek akár életet veszélyeztető komplikációkkal járhatnak. A fertőzés akvirálása magának az injektálásnak (utat engedve a bőrön lévő baktériumoknak), a rossz higiéniás

körülményeknek, a helytelen injektálási technikának, és a fertőzött szereknek köszönhető (például a 2010-es lépfene járvány Skóciában). Fontos, hogy a kisebb sérülések és bakteriális fertőzések felismerése (diagnosztizálása) és kezelése időben megtörténjen. Tályogok és sebek esetében váladékból, szövetből vagy egyéb anyagból kell mintát venni és elküldeni a laboratóriumba bakteriológiai vizsgálatra (15).

Fertőző betegségek kezelése

Ajánlott beavatkozás

Klinikai indikáció alapján a HIV-, HBV- és HCV-fertőzöttek antivirális kezelése. Antibiotikum kezelés az aktív TBC-s betegeknek. Profilaxis javasolt a lappangó TBC-s esetekben. Más fertőző betegségek kezelésének felajánlása a szakmai protokollokban előírt módon.

Ajánlás: A legfrissebb kutatások szerint a HIV-, HBV-, és HCV-fertőzött szerhasználók antivirális kezelése egyértelmű hasznokkal jár. A legfrissebb nemzetközi irányelvekben az antivirális kezelésnek már nem feltétele a szermentesség, amíg más klinikai kontraindikáció nem lép fel. A TBC kezelés előnyeit erős bizonyítékok támasztják alá mind egyéni mind populációs szinten.

Gyakorlati megfontolások: A szűrővizsgálatokat szorosan össze kell kapcsolni a kezeléssel, határozott továbbutalási útvonalak megteremtésével, a pozitív szűrővizsgálati eredménnyel rendelkező személyek kezelésbe kerülése érdekében. Akinél még nem indikált a kezelés, a betegség progressziójának orvosi felügyeletét kell biztosítani. A társfertőzések magas prevalenciája az intravénás szerhasználók esetében szintén egy olyan kérdés, amit ajánlott számításba venni. A továbbutalás, illetve a kezelés folytonosságának biztosítása különösen fontos a börtönből szabadulók esetében. A gyógyszerek kölcsönhatásainak körültekintő mérlegelése elengedhetetlen – főleg koinfekció esetében.

Vér útján terjedő fertőzések

Az antiretrovirális kezelés biztosítása (ART) HIV-fertőzött intravénás szerhasználók számára alapvető része a gondozásnak. A hepatitis B, illetve hepatitis C fertőzöttek esetében, általában orvosilag indikált az antivirális kezelés, amelyet a nemzeti protokollok szabnak meg (1,53,146-148). Minden HIV-fertőzött vagy krónikus hepatitis B vagy C fertőzöttnek szüksége van orvosi felügyeletre még akkor is ha antivirális kezelésben nem részesülnek.

Bizonyítékok támasztják alá, hogy az aktív intravénás szerhasználók is sikeresen részt tudnak venni eredményes HIV kezelésben. Ugyanolyan erős bizonyítékok támasztják alá azt is, hogy az antiretrovirális kezelésben részesülő szerhasználó HIV-fertőzöttek nem reagálnak kevésbe a kezelésre, mint a nem szerhasználó fertőzöttek (149). Kutatási eredmények szintén igazolják, hogy az intravénás szerhasználók esetében hasonló eredménnyel jár a hepatitis C kezelés, mint a nem intravénás szerhasználó általános népesség körében, ha a kezelés megfelelő támogatással egészül ki (150). Bizonyítékokkal alátámasztott az is, hogy a hepatitis C kezelés megvalósítható opiát szubsztitúciós kezelési program keretében is, és ezzel az integrált kezelési megoldással mind a kliensek mind a stáb elégedett (151-153).

Számos kutatás mutatta ki, hogy azok a HIV-fertőzöttek, vagy egyszerre HIV- és HCV-fertőzésben is szenvedők, akik opiát szubsztitúciós kezelésben vannak, sokkal együttműködőbbek a fertőző betegség kezelésében is, arról azonban nincs információ, hogy ez hogyan hat a vírusszámra. (További részletek az opiát szubsztitúciós kezelés ART terápiahűségre gyakorolt hatásairól a WHO európai régióra vonatkozó orvosi protokolljában találhatóak (1).)

Modell vizsgálatokból származó bizonyítékok támasztják alá, hogy a HIV és a hepatitis C fertőzések anti(retro)virális kezelése segíthet megelőzni a fertőző betegségek terjedését. A terápiahűség csökkenő vírusszámot eredményez, így csökkenti a fertőzés átadásának kockázatát is, emellett a HIV-vagy HCV-fertőzött intravénás szerhasználók esetében segít a fertőzésből adódó komplikációk megelőzésében (154).

A HIV és a hepatitis B esetében a post expozíciós profilaxis[10] nemzetközi és hazai ajánlások szerinti megvalósítása szintén megfontolandó.

Tuberculosis

Minden aktív TBC-vel diagnosztizált betegnek megfelelő kezelést kell nyújtani. A TBC kezelést a nemzeti protokollok, azok hiányában a nemzetközi irányelvek kell, hogy meghatározzák (140-141), amelyek útmutatást nyújtanak olyan speciális esetekre nézve is, amikor a kliens több fertőzésben szenved egyszerre (például a TBC-s betegek HIV-fertőzöttsége esetében). A kezelésre adott választ laboratóriumi (bakteriológiai) és orvosi szempontból is monitorozni kell. Amikor egy betegnél aktív TBC-fertőzést diagnosztizálnak, a kontaktuskutatást is el kell végezni.

Azoknál az egyéneknél, akik HIV-fertőzöttek, és bár nem szenvednek aktív TBC-ben, de a lakhatási körülményeikből adódóan a TBC-fertőzés kockázata magas esetükben, megfontolandó profilaxist alkalmazni az

[10] expozíció utáni megelőzés

egyéni kockázatértékelést követően. Ahol lehetőség van antiretrovirális kezelésre, és el tudjuk érni, illetve meg tudjuk tartani a megfelelő CD4 sejtszámot, az szintén csökkenti a TBC-fertőzés kockázatát. Az egyéni kockázatértékelés során ezeket a tényezőket is figyelembe kell venni.

A HIV-fertőzött egyének profilaktikus kezeléséhez a következő útmutatók adnak iránymutatást: " WHO ideiglenes útmutatója a HIV és a TBC együttes kezelésére" (155), illetve " Útmutató az intravénás és nem intravénás szerhasználók együttes HIV/TBC kezeléséhez. Egy integrált megközelítés" (156).

A TBC ellátás nemzetközi irányelvei alapján, a kliens terápiahűségét célzó stratégiáknak tartalmazniuk kell a terápiahűség értékelését és elősegítését célzó intézkedéseket, valamint a gyenge terápiahűség esetén alkalmazandó stratégiát. Ezért javasolt a közvetlenül ellenőrzött gyógyszerszedés (directly observed therapy – DOT) bevezetése, hogy multidiszciplináris szempontok érvényesüljenek a betegek támogatása és a terápiahűség fejlesztése során. Motivációs díjjal elősegíthető a közvetlen ellenőrzött gyógyszerszedés betartatása (157).

Az intravénás szerhasználókat érintő további fertőzések

Amennyiben szexuális úton terjedő fertőzés kerül diagnosztizálásra, azt is kezelni kell a nemzeti irányelveknek megfelelően. A hosszú injektálási karrier gyakran vezet krónikus, nem gyógyuló sebekhez az intravénás szerhasználók körében. A sebek kezelése nagyon hatékonyan működhet, ha a kliens-stáb viszony stabil és bizalomra épül, illetve a terápiahűség is erős. Ha van rá lehetőség, a sebek kezelését is biztosítani kell a tűcsere szolgáltatás részeként, illetve az addiktológiai kezelés során.

Egészségfejlesztés

Ajánlott beavatkozás

A biztonságosabb injektálásra; a biztonságos szexuális gyakorlatra, óvszerhasználatra; betegség megelőzésre, szűrővizsgálatra és kezelésre koncentráló egészségfejlesztés.

Ajánlás: Az egészségfejlesztés a szakértői vélemények szerint alapvető kiegészítésként kell, hogy társuljon a másik hat beavatkozáshoz. Elősegíti más közvetlen beavatkozások megvalósítását és azok megismertetését a közösségben. A tartalom felépítését a használók szükségleteire kell szabni.

Az egészségfejlesztés "képessé teszi az egyént arra, hogy saját egészségét és annak meghatározó tényezőit saját irányítása alá vonja, így meg tudja őrizni egészségét" (WHO 1986). Az egészségfejlesztés nem csak tájékoztatást és támogatást jelent, hanem kockázatcsökkentő tanácsadást is. Az egészségfejlesztés önmagában nem elég ahhoz, hogy az intravénás szerhasználók körében csökkenjen a HIV-fertőzés kockázata, azonban ha ehhez más beavatkozások is társulnak, mint például tűcsere vagy addiktológiai kezelés, akkor hatásos lehet (53,158). Az egészségfejlesztő üzeneteknek reagálniuk kell a nemi és kulturális különbségekre, több nyelven kell elérhetővé tenni őket, és olyan szókészlettel kell dolgozniuk, amit ismernek és megértenek a szerhasználók.

Egészségfejlesztő üzenetek a biztonságosabb injektáláshoz

- Használj új (steril) tűt és fecskendőt és tiszta injektáló eszközöket minden egyes alkalommal, amikor injektálsz: „egy tű – egy fecskendő – egy alkalommal". Soha ne használd közösen senkivel ugyanazt a tűt, fecskendőt vagy más injektáló eszközt.
- Legyél felkészülve olyan helyzetekre, amikor nehéz megelőzni azt, hogy megfertőződj. Például, ha nagy a társaság által rád gyakorolt nyomás az eszközök megosztására vagy kaotikus helyzetben vagy kénytelen előkészíteni az injektálást. Készülj ezekre a helyzetekre olyan stratégiákkal, amivel elkerülhető, hogy akaratod ellenére megoszd valakivel az injektáló eszközöket (például használj színes, vagy felcímkézett fecskendőt).
- A nem injektáló szerhasználó társaidat biztasd arra, hogy ne kezdjenek el injektálni. Azokat, akik injektálnak, biztasd arra, hogy injektáljanak biztonságosan.
- Mosd meg a kezed injektálás előtt és után; tisztítsd meg a bőrt injektálás előtt alkohollal, vagy bármilyen fertőtlenítő oldattal; kerüld el a veszélyes helyekre történő injektálást, például nyak és ágyék; kerüld a bőr alá és az izomba történő injektálást; tisztíts meg minden használt eszközt fertőtlenítőszerrel, beleértve az asztal felületét is az injektálást követően.
- Injektálás helyett alkalmazz más beviteli módokat, mint például a füstölés vagy a lenyelés. Fóliát vagy zselatin kapszulákat használhatsz erre a célra.
- Előzd meg a túladagolást úgy, hogy kisebb adagot használsz (főleg egy kevésbe intenzív szerhasználati vagy absztinens időszakot követően), nem használod a szert egyedül, illetve ha felismered valamelyik injektáló társadon a túladagolás jeleit, azonnal segítséget hívsz. Legyél óvatos, ha új vagy nem ismert forrásból származó szert használsz, kerüld a szerek keverését – például az alkohol, a benzodiazepinek és az opiátok együttes használatát. Ha elérhető, akkor a higiénikus injektálás érdekében használd az orvosilag felügyelt injektáló helyiségeket.

Az írott anyagok mellett, hasznos a vizuális és interaktív oktatóanyagok alkalmazása is. Azokat a személyeket, akik egészségfejlesztő programokban dolgoznak, célzottan ki kell képezni a feladatra. Fontos azt is szem előtt tartani, hogy néha az egészségfejlesztő üzeneteknek a célszemély speciális szükségleteihez kell alkalmazkodniuk, például mentális betegségben szenvedők esetében. Ez befolyásolhatja az egészségfejlesztés eredményességét.

Az egészségfejlesztő üzenetek célja az, hogy az intravénás szerhasználók ismeretei bővüljenek a fertőző betegségekről, azok terjedési módjairól, és a megelőzési lehetőségekről, ezáltal csökkenthető az intravénás szerhasználattal összefüggő megfertőződés és a fertőzések terjedésének kockázata, mivel az üzenetek a biztonságos injektálási technikákat, a nem intravénás szerhasználatra való áttérést és a szerhasználattal való felhagyást támogatják. Az egészségfejlesztő üzeneteket a kliensek szükségleteire kell szabni és minden kínálkozó alkalmat ki kell használni azok átadására: legyen az egy utcasarkon megkereső munka közben, a drogambulancián, vagy a tűcsere programban. Minden találkozás egy intravénás szerhasználóval lehetőséget nyújt a szolgáltatónak arra, hogy felmérje az egészségfejlesztési szükségleteket és ennek fényében tanácsadást végezzen és átadjon egészségfejlesztő üzeneteket. A kliens önmaga tudja a leginkább megítélni, hogy milyen egészségfejlesztő információkra van szüksége, és ha bizalmas kapcsolat van közte és a szolgáltató között, akkor ő fogja keresni – saját maga által felismert szükségletei mentén – a lehetőséget az egészségfejlesztő tanácsadásra.

Biztonságosabb injektálás

A biztonságosabb injektálás kulcsfontosságú egészségfejlesztő üzeneteit a fentebb található szövegdoboz részletezi. Ezeket kell adaptálni a helyi kontextushoz, a használók egyéni szükségleteihez és életstílusához.

Bár ennek az útmutatónak a központi témája az intravénás szerhasználattal összefüggő fertőző betegségek megelőzése, az opiát-fogyasztók körében a halálozás legfőbb oka a legtöbb helyen még mindig a túladagolás (159), amelynek megelőzését elősegítő egészségfejlesztéssel minden olyan szolgáltatónak foglalkoznia kell, amely intravénás szerhasználókkal kerül kapcsolatba vagy őket látja el. Az addiktológiai kezelésben,vagy detoxifikációs kezelésben részesülő, illetve a börtönből szabaduló intravénás szerhasználók, ha szerhasználatukat újrakezdik és az gyakoribbá válik, a túladagolás szempontjából magas kockázatoknak vannak kitéve – a szerrel szembeni alacsony toleranciaszint miatt. Ezen csoportok elérése ezért rendkívül fontos a túladagolás kockázataival kapcsolatos információk átadása céljából. A túladagolás megelőzését célzó kulcsfontosságú egészségfejlesztő üzenetekkel arról is lehet tájékoztatni az intravénás szerhasználókat, hogy kisebb adagokat használjanak, illetve, hogy egyedül ne használjanak szereket (31). Képzéseket is lehet részükre szervezni, ahol megtanulhatják, hogy hogyan ismerjék fel a túladagolás jeleit injektáló társukon, és mit csináljanak vészhelyzetben (például, hogy a túladagolt személyt stabil oldalfekvésbe kell fektetni, és azonnal mentőt kell hívni). A sorstársak által beadott naloxone alkalmazása pozitív eredményeket mutatott néhány országban (160). Egy másik módja a túladagolás okozta ártalmak megelőzésének, ha az intravénás szerhasználókat arra ösztönözzük, hogy vegyék igénybe a felügyelt injektáló helyiségeket - amennyiben hozzáférhető ilyen szolgáltatás. Mivel a stáb közvetlen felügyeli az injektálást, túladagolás esetén azonnali a segítségnyújtás. Egy friss tanulmány igazolta az ilyen helyiségek létezése és a túladagolás okozta

halálesetek számának csökkenése közötti összefüggést populációs szinten (161). Végül a legtöbb személy, aki injektálni kezd, ezt olyan személyek társaságában teszi, akiknek már van ebben gyakorlatuk. Ezért, az olyan kulcsfontosságú egészségfejlesztő üzeneteket, amelyek az intravénás szerhasználat elkerülését vagy a biztonságos injektálási technikák alkalmazását segítik elő, legjobban az injektáló társak tudják átadni.

Szexuális úton terjedő fertőzések és az óvszerhasználat

AZ EU/EEA országok jelentése szerint az intravénás szerhasználók körében az óvszerhasználat aránya 5%-60% közé tehető, amely sokkal alacsonyabb annál, mint ami szükséges ahhoz, hogy a szexuális úton terjedő fertőzések – beleértve a hepatitist és a HIV-et is – terjedése megelőzhető legyen (137). Ezért elengedhetetlen, hogy az egészségfejlesztő üzenetek megcélozzák a szexuális úton terjedő fertőzések megelőzését is az intravénás szerhasználók körében. Az óvszerek és síkosítók osztása mellett azok következetes használatának szükségességére is fel kell hívni a figyelmet. Emellett a szexuális úton terjedő fertőzések szűrővizsgálatáról és kezeléséről is tájékoztatást kell adni, mert bizonyítékok támasztják alá, hogy a fertőzések – beleértve a HIV és a hepatitis B fertőzést is – szexuális úton is terjedhetnek az intravénás szerhasználók és szexuális partnereik között (162-163). A pénzért vagy kábítószerért cserébe kínált szexuális együttlét – mely jelenség összefügghet a szerhasználattal –, növeli a szexuális úton terjedő fertőzések akvirálásának és átadásának kockázatát, amennyiben az óvszerhasználat nem következetes és megfelelő.

Betegség megelőzés, szűrővizsgálat és kezelés

Az egészségfejlesztés során információt kell nyújtani a gyakran előforduló betegségek terjedési módjairól az intravénás szerhasználók számára. A HIV, HCV és HBV-vel kapcsolatos információk biztosítása rendkívül fontos azért, hogy az emberek megértsék, akkor is fertőzhetnek, ha tünetmentesek. A TBC-vel kapcsolatosan nem mindig letisztázott, hogy mi a fertőzés és a betegség közötti különbség, és melyik szakaszban fertőző az egyén (142) (143) (164). Tanulmányok kimutatták, hogy a HIV, illetve a TBC prevenciós információkat néha összekeverik a szerhasználók, és tévesen azt gondolják, hogy a TBC-t meg lehet előzni óvszerhasználattal vagy a tű fertőtlenítésével, amely megmagyarázhatja azt is, hogy miért keresnek késve kezelést a betegek bizonyos kezelőhelyeken (142).

Az átfogó, könnyen érthető információs anyagok hozzáférhetősége, valamint a TBC és a vér útján terjedő vírusokról folytatott aktív párbeszéd elengedhetetlen elemei a megelőzésnek. Hasonlóan fontosak a téveszmék eloszlatására tett erőfeszítések és a betegség stigmatizációja ellen tett lépések. A kulcsfontosságú egészségfejlesztő üzeneteknek fókuszálniuk kell a terápiahűség megerősítésére, a kliensek hatékonyabb gyógyítása érdekében (TBC, HBV és ha sikeres, HCV esetében), ezáltal csökkentve a gyógyszer-rezisztencia kialakulásának és a fertőzés terjedésének a kockázatát.

Végül egy fontos tényező sok intravénás szerhasználó számára a szociális támogatás és szociális gondozás. Bizonyítékok támasztják alá, hogy a felügyelt lakhatási körülmények csökkentik az egyéb fertőzések akvirálásának kockázatát a HIV-fertőzött egyének esetében (165). Valószínűsíthetően számos, a lakhatással és életkörülményekkel kapcsolatos strukturális tényező nagymértékben hat az intravénás szerhasználók életminőségére és a fertőzéseknek való kitettségükre. A támogató szolgáltatások, amelyek az intravénás szerhasználók egyéb szükségleteit célozzák meg – mint a lakhatás, étkezés, és alacsonyküszöbű munkalehetőségek – , valószínűsíthetően pozitív hatással vannak az egészségügyi következmények alakulására is.

Személyre szabott szolgáltatás

Ajánlott beavatkozás

A szolgáltatásokat az egyén szükségletei és körülményei szerint kell kombinálni, megszervezni és kivitelezni; ennek részeként szükséges az addiktológiai ellátás, az ártalomcsökkentés, a tanácsadás és szűrővizsgálat, az egészségügyi alapellátásba és szakellátásba utalás biztosítása állandó telephelyű valamint megkereső programokon keresztül.

Ajánlás: Bizonyítékok és szakértői vélemények egyaránt alátámasztják, hogy a szolgáltatásokat személyre kell szabni az egyén szükségleteihez és körülményeihez igazítva.

A szolgáltatásnyújtás módjai: megfontolások a használók szolgáltatásba vonzásához

Ahogyan azt az ellátás alapelvei is meghatározzák, elengedhetetlen annak alapos megfontolása, hogy hogyan épülnek fel és valósulnak meg a szerhasználók számára biztosított szolgáltatások, amely által maximalizálható a kliensek általi elfogadottságuk, és így a hozzáférhetőség és az igénybevétel. Egy program hatásossága azon múlik, hogy képes-e a programba vonzani, motiválni és benntartani a klienseket. Ezért a szolgáltatásokat minél alacsonyabb küszöbűvé kell tenni az intravénás szerhasználók számára, hogy a programok könnyen látogathatók, a szolgáltatások könnyen igénybe vehetők legyenek.

A szolgáltatásokat olyan helyszínre kell telepíteni, amit a potenciális igénybevevők könnyen megtalálnak, elérnek és nem kényelmetlen számukra, hogy oda bemenjenek. A helyszínt úgy kell megválasztani, hogy biztosítható legyen a

diszkréció, megteremthető legyen a bizalmas légkör. Olyan helyet kell létesíteni, ahol a kliensek nem érzik fenyegetve magukat a stáb elítélő attitűdje miatt, ahol nem zaklatják őket, továbbá nem kell tartaniuk a rendvédelmi szervek közbeavatkozásától. Néha a legegyszerűbb szociális szolgáltatások felajánlásával – mint étkezés, zuhanyzási lehetőség, ruhaosztás – a legkönnyebb a programba vonzani a társadalmilag leginkább kirekesztett és veszélyeztetett intravénás szerhasználókat.

A szolgáltatáshoz való hozzáférést a helyi körülményekhez igazodva kell kialakítani. A könnyű és megfelelő időben történő elérhetőség biztosítása különösen fontos tű és fecskendő, illetve injektáló eszközök biztosítása esetében. A HIV, a hepatitis B, és a hepatitis C terjedésének csökkentése nem lehetséges a tiszta injektáló eszközök folyamatos biztosítása nélkül.

Az intravénás szerhasználók számára biztosított szolgáltatások eltérnek országonként, régióként, a rendelkezésre álló erőforrások és a célcsoportok függvényében. Többek között azért is mert, maguk az intravénás szerhasználók is különböznek országonként és országon belül is, például a használt szer, a kor, a nem, az etnikai hovatartozás és keresetük szerint. Ezért fontos a célpopulációt is bevonni a tervezésbe a szolgáltatás részeként nyújtott programelemek célcsoporthoz való eljuttatásának módja vonatkozásában, hogy azok minél jobban reagáljanak a helyi szükségletekre és a kontextusra. Ha a programok a kliens igényei és preferenciái szerint kerülnek kialakításra, nagyobb esély van a szolgáltatás magas arányú igénybevételére.

Kiskorúak hozzáférése a tűcsere programokhoz Magyarországon

Amikor az ország első nemzeti útmutatója készült a tűcsere programok számára 2010-ben*, felmerült annak az igénye, hogy nemzeti konszenzusra kellene jutni a kiskorúak (hivatalos felnőttkor: 18 év) tűcsere programokhoz való hozzáférését tekintve. A tűcsere programok elvei, mint az anonimitás, a titoktartás, a könnyű és korlátozások nélküli hozzáférés – amelyek az alacsonyküszöbű szolgáltatások legfőbb előnyei is egyben – lehetetlenné teszik a tűcsere programokhoz való hozzáférés korlátozását. Ezzel egy időben viszont a helyi jogszabályok alapján a szolgáltató köteles jelzést adni a veszélyeztetett gyermekekről az illetékes gyámhivatal felé.

Az ellentétes jogszabályi keretek miatt előállt helyzet adta a kezdő lökést egy országos szintű egyeztetési folyamatnak, melynek során a gyermekvédelem képviselői, a hazai tűcsere programok vezetői és más érdekhordozók gyűltek össze egy országos találkozó keretében. A találkozó, melyen előadások hangzottak el a nemzetközi és helyi gyakorlatokról, illetve kerekasztal beszélgetés folyt arról, hogy a kiskorúaknak egy komplexebb szolgáltatáscsomagra van szükségük, amely tartalmaz, egy előzetes részletes konzultációt és egy egyéni esetértékelést, megegyezéssel zárult. A felek megállapodtak abban, hogy amellett, hogy létrejön egy nemzeti általános útmutató, az egyes tűcsere programoknak ki kell dolgozniuk saját belső szabályzatukat, míg a gyermekjóléti szolgálatoknak együttműködést kell kialakítani a helyi, kábítószer-problémával foglalkozó szolgáltatókkal, hogy az arra szoruló kiskorúakat tovább tudják irányítani ezekbe a szolgáltatásokba. A gyermekvédelmi, illetve az alacsonyküszöbű szolgáltatásokra vonatkozó törvények ellentmondásossága miatt, a szervezetek az ombudsmanhoz fordultak, akinek az állásfoglalása beépült az útmutatóba.

A végleges, tűcsere programok számára készült útmutató, amely 2011 júliusában jelent meg a Nemzeti Család és Szociálpolitikai Intézet kiadásában, lefekteti, hogy a kiskorúakat nem szabad kizárni a tűcsere programokból, mivel az anonimitás a programok egyik legfőbb prioritása. Azonban az útmutató azt is kihangsúlyozza, hogy a kiskorúakat ösztönözni kell arra, hogy tájékoztassák a szüleiket. Ahol helyénvaló, javasolt az illetékes gyermekjóléti szolgálatot – mint a tűcsere programok egyik legfőbb helyi partnerszervezetét – értesíteni. Az esetek egyéni mérlegelését követően olyan szervezetek közötti együttműködést és információcserét kell kialakítani, amely hasznos lehet a tűcsere programok kiskorú kliensei számára.

* Az útmutató az EU által támogatott Társadalmi Megújulás Operatív Program „Szociális szolgáltatások modernizációja, központi és területi stratégiai tervezési kapacitások megerősítése, szociálpolitikai döntések megalapozása” prioritás projekt keretében készült.

Az ellátás típusai

Számos módszer létezik a szolgáltatások célcsoporthoz történő eljuttatására, amelyek külön-külön és kombináltan is működhetnek. Sok ország jutott arra a következtetésre, hogy az alacsonyküszöbű elvek szerint működő integrált szolgáltatások (one-stop shop) sokkal költséghatékonyabban és hatásosabban tudják biztosítani az ellátás célba juttatását, emellett a kliensek is kedvelik ezt a fajta szolgáltatás integrációt (120,166-167). Egy nagyon jól integrált állandó telephelyű ellátóhely akár egy helyen biztosíthat steril tűt és fecskendőt, illetve egyéb injektáló eszközöket, szűrővizsgálatot és az orvosi ellátás lehetőségét (HIV, hepatitis B és C kezelés), általános egészségfejlesztő információkat a higiéniával és a túladagolások megelőzésével kapcsolatban, addiktológiai kezelésbe történő továbbutalást, illetve általános egészségügyi és szociális szolgáltatásokat. (A 41. oldalon található szövegdoboz példákat hoz a szolgáltatások integrálására.)

Ha nincs lehetőség a szolgáltatások integrálására, az egészségügyi rendszer felépítése, a finanszírozás, vagy a kliensek preferenciái miatt, a kliensek igényeire reagáló, különálló szolgáltatások biztosítása is komoly értéket hordoz. Sok program először egy szolgáltatást indít el, és aztán idővel bővíti további szolgáltatásokkal a palettáját. A hatás maximalizálása érdekében az ellátás módját a helyi szükségletekhez kell igazítani. Sokféle elnevezéssel találkozhatunk az ellátás típusait tekintve és ezek a különböző színterek esetében is eltérhetnek egymástól, de a legáltalánosabb tulajdonságokat tekintve a következő kategóriákról beszélhetünk:

Állandó telephelyű programok:

A szolgáltatásokat lehet egy állandó telephelyen nyújtani – ami egy gyakori megoldás –, ez kifejezetten a szerhasználókat célozza meg és alacsonyküszöbű igénybevételi lehetőséget biztosít (kevés az igénybevételt szabályzó korlátozás és a kliensek szempontjait szem előtt tartó ellátás jellemzi) a szerhasználók lehető legnagyobb mértékű hozzáférése érdekében. Az állandó telephelyű szolgáltatások lehetnek tűcsere programok, opiát szubsztitúciós kezelést vagy más addiktológiai kezelést nyújtó ellátóegységek, amelyek olyan kiegészítő szolgáltatásokat is biztosítanak, mint a HIV, hepatitis, vagy TBC szűrővizsgálat, egészségügyi felvilágosítás, vagy kezelésbe való beutalás. Az állandó telephelyű programok drop-inként (toppanj be központ) is működhetnek vagy olyan közösségi térként, ahol az intravénás szerhasználók eltölthetik az idejüket. A szolgáltatás helyszíne, amely amellett, hogy egészségügyi és prevenciós szolgáltatásokat nyújt, jelenthet egy olyan teret is, ahol lehetőség van a pihenésre, evésre, újságolvasásra, internetezésre, vagy beszélgetésre a stábbal és a sorstársakkal egy nyugodt és elfogadó környezetben. Az állandó telephelyű szolgáltatások fontos helyszínei lehetnek a sorstársoktatásnak és gyakran bázisként szolgálnak a szakemberek és sorstársak által végzett megkereső munkához. A tűcsere programok gyakran a kezelésbe jutás első lépcsőjét jelentik. Kezdetben sok kliens csak a szociális kapcsolatok, a fecskendő és egyéb injektáló eszközök miatt tér be, de aztán sok más szolgáltatással kerül kapcsolatba és egészségfejlesztő üzenetekkel is találkozik.

Több mint 50 európai városban[11] hoztak már létre specializált állandó telephelyű programok integrált részeként kialakított helyiségeket, ahol egészségügyi felügyelet alatt nyílik lehetőség a kábítószerek bevitelére. Az ilyen felügyelt injektáló helyiségek, olyan szakemberek által működtetett egészségügyi szolgáltatások, amelyek az intravénás szerhasználattal összefüggő halálozás és megbetegedés elkerülése érdekében a biztonságos és higiénikus használatot promotolják (5). Ezek a helyszínek alkalmasak az egészségügyi felvilágosításra és a betegségek megelőzésére, illetve túladagolás esetén a szakemberek azonnal közbe tudnak avatkozni. A legfőbb cél, kapcsolatot kialakítani és fenntartani azokkal, akik nem hajlandóak felhagyni az intravénás szerhasználattal. További cél az egészségügyi kockázatok csökkentése körükben és a hozzáférés biztosítása más szolgáltatásokhoz, különösen az orvosi ellátáshoz és addiktológiai kezeléshez. A kutatási eredmények szerint, a felügyelt injektáló helyiségek speciális, nehezen elérhető szerhasználói csoportok bevonására alkalmasak, akik körében – beszámolóik alapján – a program hatására jelentősen csökken a kockázati magatartások előfordulása és javul az egészségügyi állapotuk.

A program típusától függetlenül, az állandó telephelyű programokat olyan helyen kell létesíteni, ahol sok intravénás szerhasználó él, vagy tölti az idejét, vagy olyan helyen, amely sok potenciális kliens számára könnyen megközelíthető. Az állandó telephelyű programokat általában egy szakképzett stáb működteti; akiknek felkészültnek kell lenniük az ellátás és a felvilágosítás kliensközpontú, ítélkezéstől mentes lebonyolítására. Az állandó telephelyű programok előnye többek között, hogy sokféle szolgáltatást lehet biztosítani egy helyen, illetve a szolgáltatásokat a helyi szükségletek szerint lehet kialakítani. Például, jó ha a kliensek maguk választhatják ki, hogy milyen tűt, fecskendőt és injektáló eszközöket kapjanak, így minimalizálható annak a hulladéknak a keletkezése, amely az előrecsomagolt eszközkészlet felesleges elemei miatt jön létre. Az állandó telephelyű programok hátránya, hogy a működtetés költséges lehet, amely korlátozhatja a nyitva tartást, és ezáltal a szolgáltatásokhoz való hozzáférhetőséget. Az állandó telephelyű programokat nehezen érhetik el azok, akik nem a helyszín környékén laknak. Ezért fontos a szükségleteket feltérképezni és ezek kielégítésére olyan ellátóhelyeket létesíteni, amelyek könnyen elérhetőek és kedvező nyitva tartást biztosítanak az intravénás szerhasználók számára. Azon intravénás

[11] A városok Németországban, Luxemburgban, Hollandiában, Norvégiában, Spanyolországban és Svájcban találhatóak.

szerhasználók esetében, akik nehezen megközelíthető helyen élnek, a mobil vagy megkereső programok jelenthetnek megoldást (lásd alább).

Néha, az állandó telephelyű programok kiválthatják a helyi lakosság ellenállását, akik azt gondolják, hogy a program egy problémás populációt fog a lakóhelyükre vonzani, ezért nagyon fontos az intenzív kommunikáció ezeknek a feltevéseknek a tisztázására. Sokszor a kliensek feltételezik azt az állandó telephelyű programokról, hogy azok összekapcsolódnak más nem kívánatos szolgáltatóval, például valamilyen államilag működtetett programmal, ami szintén visszavetheti a szolgáltatás igénybevételét. Azok a szolgáltatók, aki járó-beteg addiktológiai kezelést nyújtanak, általában kiegészítik programjukat további egészségügyi és szociális – az intravénás szerhasználók szempontjából releváns – szolgáltatásokkal, például a fertőző betegségek megelőzését célzó tanácsadással és szűrővizsgálattal, védőoltással, és szakellátásba történő továbbutalással.

Gyógyszertárak:

A legtöbb EU/EEA országban a fecskendők legálisan árusíthatóak. Néhány országban a legfőbb fecskendő és tű ellátó, maga a gyógyszertár. A gyógyszertárak értékesítői, vagy elosztói lehetnek a tűnek, fecskendőnek és más injektáló eszközöknek és szolgáltatási pontként is működhetnek a használt eszközök begyűjtésében. Szűrővizsgálatot és védőoltást szintén biztosíthat a gyógyszertár az intravénás szerhasználók számára. Például Skóciában egy anonim kártya segítségével egy elektronikus rendszerben követik nyomon a klienseket. A kártya segítségével a kliensek ingyenesen juthatnak steril tűhöz és fecskendőhöz a gyógyszertárakban. A kártyával nyomon követhető, hogy kit kell továbbutalni szűrővizsgálatra vagy védőoltásra, illetve, hogy hány tűt és fecskendőt vitt el egy kliens, ezáltal a szolgáltatás jobban tervezhető. Továbbá a közösségi gyógyszertárak az opiát szubsztitúciós kezelésben is részt vehetnek, úgy, hogy a regisztrált kliensnek ők adják ki a gyógyszert, rendszeres kapcsolatot tartanak fenn vele, emlékeztetik őt az orvosi vizsgálat időpontjaira, illetve a kiegészítő gyógyszerekkel is ellátják. A védőoltásra történő beutálás és annak utánkövetése szintén kivitelezhető e rendszerben. A legfőbb előnye a gyógyszertárak által biztosított szolgáltatásoknak, hogy sokkal jobban és sokkal több intravénás szerhasználó számára hozzáférhetőek, mind nagy mind kis településeken, köszönhetően a már kiépült infrastruktúrának, amely szintén csökkenti a költségeket. Ugyanakkor a legtöbb gyógyszertár az általános népesség kiszolgálását célozza meg elsősorban, és közülük sok a magánkézben lévő gyógyszertár. Esetükben előfordul, hogy az intravénás szerhasználók kiszolgálása nem megvalósítható vagy nem elfogadott, mivel nemkívánatos vagy nem fizető ügyfélnek tekinthetik őket. A kliens adatainak védelme és az alaposabb egészségfejlesztés megvalósítása kérdéses lehet, ha a gyógyszertár nem rendelkezik egy megfelelően leválasztott helyiséggel vagy nincs ezen feladatok elvégzésére alkalmas személyzete. Végül, a tűt és fecskendőt gyakran előre gyártott egységcsomagokban osztják a gyógyszertárakban, amely korlátozza az egyéni választás lehetőségét. Jóllehet, a gyógyszertárakon keresztül hatásosan biztosíthatóak egyes az intravénás szerhasználókat célzó szolgáltatások, a gyógyszertárak nem tudnak kiszolgálni minden szerhasználói szükségletet.

Megkereső programok:

Mivel az intravénás szerhasználók bizonyos csoportjai nehezen érhetőek el általános egészségügyi szolgáltatásokon keresztül, a megkereső programok által ezek a csoportok is részesülhetnek szolgáltatásokban, például steril tűhöz, fecskendőhöz, vagy injektáló eszközökhöz juthatnak. A megkereső programokon keresztül megvalósítható még óvszerosztás, opiát szubsztitúciós kezelés, vagy egészségfejlesztő üzenetek átadása (158). A „megkereső" kifejezés többféle szolgáltatás típusra is vonatkozhat: például mobil (buszban biztosított) szolgáltatásra, szociális munkások által végzett utcai megkeresésre, vagy más szervezeteknél végzett rendszeres kihelyezett szolgáltatásokra. A megkereső programok sokszor olyan embereket érnek el, akik az ellátórendszerrel nincsenek semmilyen kapcsolatban, ezért ezek a programok nagyon fontos szerepet játszanak abban, hogy azonosítják a szükségleteket, és az egyént tovább irányítják állandó telephelyű programok vagy általános egészségügyi ellátók felé, mint például HIV, hepatitis vagy TBC szűrővizsgálatra és kezelésre vagy addiktológiai kezelésbe. (A megkereső programokkal kapcsolatos további információkat lásd: (158,168).) A megkeresés jelentheti a lakóhelyen tett látogatást, vagy azt, hogy az utcai szociális munkások elkísérik a klienst más ellátókhoz. A megkereső programok egyik előnye, hogy a mobilitásuknak köszönhetően nagyon jól hozzáférhetőek az intravénás szerhasználók számára, mivel könnyen ki tudnak települni olyan új helyekre, ahol sok intravénás szerhasználó van. A mobil programok például oszthatnak opiát szubsztitúciós gyógyszert olyan helyeken, ahol kevesebb az intravénás szerhasználó, vagy ahol ez nem valósítható meg állandó telephelyű programokon keresztül a lakóközösség vagy a rendvédelmi szervek ellenállása miatt. Előfordul, hogy költségvetési megfontolások miatt szükséges korlátozni a mobil megkeresés biztosításának mértékét, és rövidíteni kell az elérhetőség időhosszát. Egy áttekintő cikk arra a következtetésre jutott, hogy az intravénás szerhasználók megítélése szerint a megkereső programok nem biztosítják a szolgáltatások teljes palettáját (169).

Sorstársak által nyújtott szolgáltatások:

Olyan megkereső programok (bár az ilyen szolgáltatásokat lehet állandó telephelyen is működtetni), amelyeket korábbi vagy aktív intravénás szerhasználók végeznek azzal a céllal, hogy a többi intravénás szerhasználót a szolgáltatásokba irányítsák. Ha ilyen szolgáltatásokra nem nyitottak a szerhasználók, akkor a tű és fecskendő osztás is biztosítható sorstársak által (ezt „másodlagos tűcserének" is nevezik). A sorstársak által nyújtott

szolgáltatásokkal sokkal jobban el lehet érni a legnagyobb kockázatoknak kitett csoportokat, például az új vagy fiatal intravénás szerhasználókat. A sorstársak értik a helyi droghasználói közösség nyelvezetét, amit jól tudnak alkalmazni az eszközosztás, az addiktológiai kezelésbe irányítás (vagy más kezelésbe, szűrővizsgálatra irányítás), illetve az egészségfejlesztő üzenetek átadása során. A sorstársak által átadott üzenetek jobban célt érnek (ezáltal jobb lesz a beavatkozások igénybevétele is), mint az egészségügyi dolgozók által közvetített információk – amely egy nagy előny, főleg ha azt vesszük számításba, hogy a másodlagos tűcserében résztvevőkre kirívóan magas kockázatú magatartások jellemzőek. A sorstársak által nyújtott szolgáltatások megvalósítása esetén elengedhetetlen a képzés, a szupervízió és a támogatás biztosítása, továbbá alaposan mérlegelni kell a korábbi ill. aktív intravénás szerhasználók megkereső programokban történő alkalmazásának etikai kérdéseit. További részletekért ezzel kapcsolatban lásd:(158) és (168,170).

Tű-automaták:

A tű-automatákat a tűcsere programok olykor kiegészítő módszerként alkalmazzák a tűk, fecskendők és egyéb injektáló eszközök osztásához, amelyekből általában előre összeállított egységcsomagokat lehet vásárolni. Pénzzel működnek és a csomag többnyire tartalmaz írott információt a kezelési lehetőségekről, a biztonságos injektálásról, és egyéb egészségfejlesztő tudnivalókról. Ez a típusú szolgáltatás mindig elérhető és teljesen anonim, amely vonzó lehet új vagy fiatalabb intravénás szerhasználók számára. Azonban ennek a szolgáltatásnak az igénybevételéhez pénz vagy zseton szükséges, emellett gondoskodni kell az automaták feltöltéséről és karbantartásáról is. A lakókörnyezet olykor aggodalmát fejezi ki a tű-automaták elhelyezésével kapcsolatban, ahogy azzal kapcsolatban is, hogy így a kiskorúak is hozzáférhetnek. Az is egyértelmű emellett, hogy a tű-automaták nem biztosítanak közvetlen kapcsolatot a szolgáltatókkal, így a szűrővizsgálatokba és a kezelésbe való továbbutalás, illetve a személyesen történő egészségfejlesztés nem valósítható meg. Azonban ez a szolgáltatás a kapcsolatfelvétel első lépcsője lehet, illetve megalapozhatja a bizalmat a felé a szervezet felé, aki az automatát működteti (az automatán feltüntetett szervezet név/elérhetőség alapján) (171).

Általános egészségügyi szolgáltatás:

A kórházi és egészségügyi alapellátók szintén fontos láncszemei az ellátási palettának, és szerepet játszanak az intravénás szerhasználók szakellátásba való továbbutalásában. A HIV, hepatitis, TBC, bakteriális bőrfertőzés, illetve egyéb betegségek titoktartás mellett történő szűrővizsgálata, diagnosztizálása, és kezelése általában általános egészségügyi szolgáltatóknál valósul meg, ezért fontos az intravénás szerhasználókat ellátó állandó telephelyű programok, a megkereső programok és ezen szolgáltatók között egy beutalási rend kialakítása és fenntartása. Az általános egészségügyi szolgáltatók szintén oszthatnak tűt és fecskendőt, illetve egyéb injektáló eszközöket, felügyelhetik a higiénikus injektálást, közreműködhetnek a detoxifikációban, oszthatnak óvszert és egészségfejlesztést is végezhetnek. A TBC és HIV kezelőhelyeket általában az általános egészségügyi szolgáltatók működtetik. Mivel sok intravénás szerhasználó jelenhet meg az általános egészségügyi szolgáltatóknál, fontos, hogy a személyzet ki legyen képezve arra, hogy az adott helyzetben releváns egészségfejlesztő üzeneteket közvetítsen, valamint hogy tovább tudja utalni a szerhasználókat (vagy legalább rendelkezzen arról információval, hogy ezt ki tudja megtenni) addiktológiai kezelésbe vagy tűcsere programokba. Ideális esetben az intravénás szerhasználók magas színvonalú, általános egészségügyi szolgáltatásokat keresnének fel és vennének igénybe. Azonban a bizonyítékok azt támasztják alá, hogy az intravénás szerhasználók ritkán vesznek igénybe általános egészségügyi szolgáltatásokat, ezért szükséges az alternatív szolgáltatások biztosítása is elérésük érdekében. Hollandiában, az intravénás szerhasználók és más rizikócsoportok számára biztosított szakellátásokat az általános egészségügyi szolgáltatásokkal párhuzamosan kínálják föl. Arra is akad példa, hogy egy integrált program keretében biztosítanak általános egészségügyi alapellátást és addiktológiai ellátást ("one-stop shop" modell), amely elősegíti a terápiahűséget és a terápia befejezését (153,172-174). Ilyen lehet például a metadon fenntartó kezelés kombinálása közvetlenül felügyelt TBC kezeléssel vagy HCV antivirális kezeléssel. A kliensek számára az általános egészségügyi szolgáltatások könnyen hozzáférhetőek, főleg azok mindig nyitva tartó sürgősségi részlegei. Fontos az általános egészségügyi szolgáltatásokban dolgozó egészségügyi és nem egészségügyi személyzet érzékenyítése az intravénás szerhasználó kliensekkel kapcsolatban, kiemelve az ítélkezéstől való tartózkodás és a titoktartás biztosításának fontosságát a kezelés során. Néhány országban az általános egészségügyi szolgáltatók végeznek anonim szűrővizsgálatokat.

Börtön:

Végül fontos megemlíteni, hogy sok ország biztosít ellátást az intravénás szerhasználók számára a börtönökben is, amely egy kulcsfontosságú színtér ahhoz, hogy a fertőző betegségek megelőzése az intravénás szerhasználók körében hatásos és jó lefedettségű legyen. A büntetés-végrehajtási intézetek fontos színterei az intravénás szerhasználattal összefüggő fertőzések megelőzésének és visszaszorításának. Ennek alapvető okai a következők: (a) a HIV, HBV és TBC prevalencia magas a börtönökben; (b) a tény, hogy sok intravénás szerhasználót ítélnek letöltendő szabadságvesztésre és (c) a bizonyítékok, melyek alátámasztják, hogy a kábítószerek használata és injektálása a börtönben is folytatódik, azok szigorú tiltása ellenére (5). Néhány országban a börtönökben hozzáférhető az addiktológiai kezelés, a fertőzések szűrővizsgálata és kezelése, védőoltás, egészségügyi felvilágosítás, sőt tűcsere program is. A falakon kívül és a börtönökben történő ellátásra egyaránt vonatkozó

„egyenlő ellátás” elvét követve, sok ország próbál ugyanolyan szintű ellátást nyújtani intravénás szerhasználók számára a börtönben, mint a falakon kívül.

A leírt ellátási típusok hatásosnak bizonyultak az intravénás szerhasználók ellátásában. Olyan új, feltörekvő módszerek, mint a mobiltelefon vagy az internet-alapú egészségfejlesztés, szintén ígéretesnek tűnnek a terápiahűség fejlesztésében. Míg egyes ellátók egy helyen egyszerre egy szolgáltatást nyújtanak, valószínűsíthetően a hatásos programok több szolgáltatást több féle módszerrel valósítanak meg egy helyen az igénybevevők változatos szükségleteinek kielégítése érdekében. Ahhoz, hogy jobban össze lehessen kapcsolni szolgáltatásokat, fontos, hogy többféle szolgáltatás legyen megtalálható egy helyen, így a használók könnyen tudnak közöttük mozogni (lásd alább a szövegdobozt az integrált szolgáltatásokról). Emellett, a megkereső munkát végző utcai szociális munkások, az eset-menedzsmenttel foglalkozók, illetve az egészségügyi dolgozók számára egyaránt fontos a komorbid esetek kezelésével, eset-menedzsmentjével foglalkozó továbbképzések szervezése, mely képzésnek tartalmaznia kell az addiktológiai kezelés, a TBC, a hepatitis és a HIV kezelés lehetőségeinek ismertetését is. A szakellátókat is be kell vonni az ilyen típusú betegek ellátásába. Az ilyen komorbiditások mellett, gyakran diagnosztizálnak mentális betegségeket is, amely szintén hatékony eset-menedzsmentet igényel. A bővülő ismereteknek és a képzésnek köszönhetően nő a lehetőség a gyógyszerek közötti kölcsönhatások és a nem várt mellékhatások monitorozására, a kezelés kimenetelének maximalizálására és a kliens életminőségének javítására is.

A szolgáltatások integrálása

Sok sikeres példa igazolja, hogy hatásos összekapcsolni az intravénás szerhasználók számára nyújtott szolgáltatásokat, mivel ez javítja a szolgáltatásokhoz való hozzáférhetőséget, harmonizálja a kezelést, optimalizálja a prevenciós üzenetek átadását, és így növeli a terápiahűséget, illetve az eredményességet. Néhány országban már gyakorlat, mások tervezik különböző típusú szolgáltatások, mint a TBC, a hepatitis és a HIV-vel kapcsolatos ellátás, opiát szubsztitúciós kezelés és/vagy tűcsere programok, egy helyszínre történő telepítését. Nem csak a fizikai közelség az előnye ennek a megvalósítási formának, hanem annak a lehetősége, hogy az egyes egészségügyi programok jobban tudnak információt és gyakorlatokat megosztani egymással (202-204) (143) (142).

Egy észt kísérleti program kimutatta, hogy sokkal jobb arányú a TBC szűrővizsgálatok igénybevétele, ha azt egy opiát szubsztitúciós kezelőhelyen ajánlják fel, vagy ha ösztönzőbb beutaló rendszer működik (emlékeztetők, motivációs díj, szállítás az ellátóhelyre) (172). Ellátóhelyek tervezésénél javasolt a különböző szolgáltatások együttes biztosítására alkalmas körülmények kialakítása. Például figyelni kell arra, hogy olyan HIV-fertőzötteket, akik nem TBC-fertőzöttek, különítsék el a TBC-ben szenvedőktől, mivel a HIV-fertőzöttek esetében sokkal nagyobb a TBC-fertőzés akvirálásának kockázata.

Az ilyen típusú szolgáltatások kiépülhetnek már létező rehabilitációs programokra, tűcsere programokra, közvetlenül felügyelt TBC terápiát nyújtó ellátókra alapozva, annak függvényében, hogy mit tartanak a legjobbnak az adott helyszínen. A mobil megkereső egészségügyi szolgáltatások is hasznosak lehetnek az intravénás szerhasználók bizonyos csoportjainak elérésében, például azok, amelyek rendelkeznek mobil mellkasi röntgen felszereléssel. Rotterdamban, Hollandiában úgy találták, hogy az ilyen mobil programok csökkentik a TBC terjedését az intravénás szerhasználók körében (205).

1. táblázat: Az ellátásnyújtás modelljei intravénás szerhasználók számára, erősségeik és korlátaik

Modell	Intravénás szerhasználók számára nyújtható szolgáltatások	Erősségek	Korlátok
Alacsonyküszöbű állandó telephelyű szolgáltatások	• Injektáló eszközök osztása/ begyűjtése • Tanácsadás • Addiktológiai kezelés, például opiát szubsztitúciós kezelés • HIV, hepatitis B, C és TBC szűrővizsgálat • Védőoltás • Pihenőhely • Étkezés, zuhanyzás, ruhaosztás • Sorstárs oktatás • Egészségfejlesztés • Biztonságos injektálás oktatása, például túladagolás megelőzése, kezelése • Felügyelt higiénikus injektálási helyiségek • Biztonságosabb szexuális gyakorlatot elősegítő egészségfejlesztés, óvszerosztás • Felügyelt antivirális kezelés (vagy közvetlenül felügyelt TBC terápia)	+ Lehetőség arra, hogy a kliensek valahova tartozónak érezhessék magukat + Lehetőség arra, hogy több szolgáltatás valósuljon meg egy helyen + Jó költség/lefedettség arány érhető el + Kliensre szabott szolgáltatásokat lehet nyújtani + Általában szakemberek által működtetett + Más klienscsoport ellenkezését nem váltja ki + Ha jól szervezett, könnyen elérhető + Bázisként szolgál más programoknak, például megkereső programoknak	- Az állandó telephely korlátozhatja azok hozzáférését, akik nem a környéken laknak - Költséges lehet a működtetésük - Nyitva tartásuk korlátozott lehet - A rendvédelmi szervek zavarhatják az ellátást, különösen, ha nem született velük együttműködési megállapodás - Ha nem jól szervezett a szolgáltatás, a személyzet biztonsága veszélynek lehet kitéve - Az új vagy fiatalabb intravénás szerhasználók kevésbé érhetők el általa - A lakókörnyezet miatt a program létrehozása néha akadályokba ütközhet.
Gyógyszertárak által nyújtott szolgáltatások	• Injektáló eszközök osztása/ begyűjtése • Sebkötözés • Egészségfejlesztés • Szűrővizsgálatok a titoktartás biztosításával • Tájékoztatás és beutalás (fertőző betegségek szűrővizsgálata és kezelése, védőoltás, addiktológiai kezelés) • HIV/HCV gyorstesztek biztosítása	+ Hozzáférhető/ jó földrajzi lefedettség + Hosszú nyitva tartás + Költséghatékony lehet + Nagyobb anonimitás jellemezheti + Hozzáférést nyújt egészségügyi tanácsadáshoz, egészségügyi képzettséggel rendelkező szakemberekhez + Már létező infrastruktúrára épül	- Nem mindig ingyenesek a szolgáltatások - A frekventált gyógyszertárakban korlátozott az egészségfejlesztés és továbbutalás lehetősége - Az előre összeállított egységcsomagok miatt háttérbe szorulnak a használó preferenciái - Gyógyszerészek, akik visszautasítják a szerhasználók kiszolgálását - A többi ügyfél ellenkezését váltja ki
Megkereső programok (beleértve a sorstársak által nyújtott szolgáltatásokat is)	• Injektáló eszközök osztása/ begyűjtése • Egészségfejlesztés • Tájékoztatás megfelelő szakorvosokról, klinikákról és orvosi szolgáltatásokról • Továbbirányítás fertőző betegségek szűrővizsgálatára és kezelésére, védőoltásra, addiktológiai kezelésbe • Lakóhelyen, börtönben történő felkeresés • Kliensek elkísérése más szolgáltatásokba • HIV/HCV gyorstesztek biztosítása • Tanácsadás	+ Érzékeny, könnyen adaptálható a szerhasználók szükségleteire + Rugalmas, könnyen mozog intravénás szerhasználók által frekventált helyre + "korai jelzés" lehetősége: a szakemberek informálódnak arról, hogy mi történik a használók körében + Hozzáférhető nehezen elérhető vagy magas kockázatokkal élő csoportok számára (fiatal/új szerhasználók, bevándorlók) + A sorstársak által biztosított szolgáltatások növelik a program hatékonyságát	- Nem biztosítható minden szolgáltatás ebben a modellben - Költség és fenntarthatóság (mobil programok) - Időben korlátozott elérhetőség - Magasabb személyzeti költségek (például bele kell számolni a levezetett órákat) - Néhány mobil program kényelmetlen érzést kelthet a használókban, úgy érezhetik, hogy megfigyelés alatt vannak - A sorstársak által nyújtott szolgáltatások esetén elengedhetetlen a rendszeres szupervízió és a képzés
Tű-automaták	• Injektáló eszközök osztása/ begyűjtése • Továbbirányítás fertőző betegségek szűrővizsgálatára és kezelésére, védőoltásra, addiktológiai kezelésbe • Egészségfejlesztés (írásos formában)	+ Mindig elérhető (főleg fiatal/új szerhasználók számára) + Költséghatékony + Anonim	- Nem biztosítható minden szolgáltatás ebben a modellben - Nincs lehetőség a személyes kontaktusra - A lakókörnyezet aggodalma az automata elhelyezését illetően - Pénz vagy zseton szükséges az igénybevételéhez - Biztosítani kell a karbantartást és a feltöltést

Modell	Intravénás szerhasználók számára nyújtható szolgáltatások	Erősségek	Korlátok
Általános egészségügyi szolgáltatások	• HIV, hepatitis B, C és TBC szűrővizsgálat a titoktartás biztosításával • HIV, hepatitis B, C és TBC kezelés • Bőrfertőzések gondozása/ sebkötözés • Védőoltás • Egészségfejlesztés • Injektáló eszközök osztása/ begyűjtése • Detoxifikáció • Opiát szubsztitúciós kezelés	+ Hozzáférhető + Képzett személyzet elérhető + Jobb/fejlettebb szűrővizsgálati és kezelési lehetőségek + Hozzáférés általános egészségügyi szolgáltatásokhoz (amelyeket mindenki igénybe vesz)	- Nem a kliens szükségletekre szabottak - Néhány egészségügyi dolgozó visszautasíthatja az intravénás szerhasználók ellátását - Többi klienscsoport ellenérzése - A kliensek lehet, hogy nem akarnak bizonyos ellátóhelyekre bemenni, ha azt érzékelik, hogy azok szoros összeköttetésben állnak állami szervekkel - A kliensek lehet, hogy nem bíznak a titoktartásban - Nem minden szolgáltatás esetén biztosítható az anonimitás - Egészségbiztosítással nem rendelkezők számára nem/korlátozottan hozzáférhető - Megbélyegzés
Börtönökben biztosított szolgáltatások	• Minden szolgáltatás, ami elérhető a szerhasználók számára a falakon kívül Példák: • HIV, hepatitis B, C és TBC szűrővizsgálat a titoktartás biztosításával • HIV, hepatitis B, C és TBC kezelés • Védőoltás • Egészségfejlesztés • Injektáló eszközök osztása/ begyűjtése • Detoxifikáció • Tanácsadás • Addiktológiai kezelés, például opiát szubsztitúciós kezelés	+ Magas kockázatú csoportok érhetőek el + A beavatkozások költséghatékonyak + A szabadulás utáni megbetegedés/ halálozás kockázata csökkenthető + A falakon kívül működő szolgáltatások betelepülhetnek + Kínálkozó lehetőség a megbetegedések kezelésére + Van idő az egészségfejlesztésre	- A börtönök egészségügyi költségvetése korlátozott lehet - Szükséges lenne a börtönben dolgozó egészségügyi és egyéb személyzet képzése - Bizalmas keretek között folyó ellátást nehéz biztosítani

Az ország helyzetének ismerete és megértése

Mind a droghasználat mind a fertőzések epidemiológiája gyorsan változik a szerhasználók körében, ami köszönhető a különböző kábítószereknek, a változó szerhasználati kultúráknak és a népesség mozgásoknak. Ezeknek a változásoknak a dinamikája komplex, több-tényezős, és függ a szociális és gazdasági helyzettől, a prevenciós tevékenységektől és további társadalmi tényezőktől (175).

Annak biztosítására, hogy a nemzeti és regionális stratégiák jól szolgálják ki az intravénás szerhasználók szükségleteit, megelőzzék és visszaszorítsák a fertőző betegségeket, monitorozni kell az intravénás szerhasználók körében a szerhasználatot és fertőzéseket. Hasonlóan, az intézkedéseket is folyamatosan monitorozni és értékelni kell az arra adott válaszreakció, a kiváltott hatás, a relevancia és a hozzáférhetőség szempontjából. A monitorozás nem csak azért szükséges, hogy alátámasszuk a prevenció relevanciáját, hanem azért, hogy a hatékonyságot fenntartsuk mind a költségek mind az egészségügyi hatások szempontjából.

Hogy biztosítható legyen a prevenciós erőforrások leghatékonyabb felhasználása, a fertőző betegségek prevenciója elsősorban az intravénás szerhasználókat kell, hogy megcélozza, illetve azokat a területeket, ahol a fertőzések terjedésének kockázata a legnagyobb. A megfelelő surveillance rendszer kiépítése mind a droghasználat mind a fertőző betegségek területén szükséges és költséghatékony. Amennyiben ilyen rendszer nem kerül kiépítésre, akkor nem csak a növekvő problémák maradnak rejtve – amelyek magas egészségügyi és társadalmi kiadásokhoz vezetnek –, hanem a rendelkezésre álló erőforrások felhasználása sem lesz hatékony.

A problémás kábítószer-fogyasztás és az arra adott válaszok monitorozása

A problémás kábítószer-fogyasztás monitorozása fontos eleme minden olyan nemzeti szintű törekvésnek, amely a szerhasználat ártalmainak megelőzését tűzi ki célul. Ennek áttekintése nem tartozik az útmutató hatókörébe. Az EMCDDA azonban már jelentetett meg kulcsindikátorokra vonatkozó protokollokat és eszköztárat a szerhasználat, a problémás kábítószer-használat (beleértve az intravénás szerhasználatot is), és azok következményeinek monitorozásához (4).

A surveillance egyik kulcsfontosságú eleme a szerhasználói populációk méretének becslése. Ezek a becslések nem csak a fertőzés kockázatának nagyságát számszerűsítik, hanem azonosítják a potenciális ellátási szükségleteket és segítenek megbecsülni a szolgáltatások hozzáférhetőségét. Az EMCDDA nemzeti partneri hálózatával (a nemzeti fókuszpontok Reitox hálózata) (176), és szakértői csoportjaival együttműködve biztosít és alkalmaz a problémás kábítószer-fogyasztói populáció (beleértve az intravénás szerhasználókat is) (4) nagyságának becslésére egy standardizált módszertant, amely különböző módszertani megközelítéseket ír le az országos és regionális becslések elkészítéséhez.

Egy standardizált eszköztár segítségével (adattáblák és strukturált kérdőívek) az EMCDDA összehasonlítható, harmonizált információkat gyűjt arról is, hogy az EU tagállamok, a tagjelölt országok és Norvégia milyen egészségügyi és szociális válaszokat ad a szerhasználatra és az intravénás szerhasználatra (112). A rutinszerűen gyűjtött információk képet adnak az aktuális drogprevenciós és ártalomcsökkentő szakpolitikákról; az elérhető kulcsfontosságú egészségügyi és szociális beavatkozásokról – beleértve az addiktológiai kezelést (pl.: az opiát szubsztitúciós kezelésben lévők száma) –; az országban működő tűcsere programok számáról és típusairól, ezek földrajzi megoszlásáról, és az általuk kiosztott fecskendők számáról.

A fertőzések surveillance-e

A fertőzések epidemiológiai képe gyorsan változhat a szerhasználók körében, különösen ha gyenge a prevenció. Annak érdekében, hogy a fertőzések kockázata mérsékelhető legyen az intravénás szerhasználók körében, a ”surveillance a cselekvés érdekében” elvre alapozott fertőző betegségek surveillance rendszerére van szükség, vagyis élő kapcsolatnak kell lennie a prevenció és surveillance rendszere között.

Európában az ECDC működteti azt az eset alapú surveillance rendszert, amelybe az újonnan bejelentett, vér útján terjedő fertőzések kerülnek. A bejelentő rendszer olyan fertőzéseket is tartalmaz, amelyek az injektáló eszközök megosztása réven terjedhetnek. Az eset alapú surveillance hasznos a betegségek trendjének monitorozására és a járványok korai detektálására, főleg ha a surveillance rendszernek jó az országos lefedettsége és a jelentési késedelem minimális. A járványok megelőzésének alapvető feltétele a járványok azonnali észlelése, illetve a válaszlépésekhez szükséges megfelelő eszközök megléte. Ha az országos surveillance rendszerben az információ áramlása késést szenved, azt kompenzálhatja egy gyorsabb helyi vagy regionális surveillance rendszer. A HIV, hepatitis B, hepatitis C és a hepatitis A fertőzéseknek van EU-s esetdefiníciója, azonban a fertőződés módját (vagyis a rizikócsoportot) szisztematikusan csak a HIV-fertőzés esetében gyűjtik (az uniós esetdefiníciók éppen revízió alatt állnak, és valószínűsíthetően tartalmazni fogják a fertőződés módjára vonatkozó információkat is). Számos nemzeti surveillance rendszer sokkal részletesebb adatokat is gyűjt, amelyek fontosak a helyi prevenció

megvalósításához. A bejelentett esetek száma lehet, hogy valamelyest tükrözi a betegség incidenciáját, de általában alábecsüli azt, ezért az ilyen típusú surveillance rendszerekben csak az összlakosságszámot lehet nevezőként használni. A szűrővizsgálatok módjának és gyakoriságának változása könnyen torzíthatja az eredményeket. Az eset alapú surveillance infrastruktúra fenntartását igényli, az adatok továbbítása időigényes, emellett az egészségügyi dolgozók erőfeszítésein is múlik, hogy a kockázati magatartásokra vonatkozóan megfelelő mennyiségű és minőségű információ kerüljön az adatlapokra.

Az EMCDDA úgy segíti elő a fertőző betegségek prevalenciájának monitorozását az intravénás szerhasználók körében, hogy olyan adatgyűjtési irányelveket, illetve útmutatót fejlesztett ki, amelyekben az úgynevezett bio-magatartás vizsgálatok[12], illetve egyéb, az adatgyűjtést célzó módszertan leírására is sor kerül (2). Ezeket az útmutatókat nemzeti és nemzetközi partnerek az ECDC-vel – amely a fertőző betegségekkel kapcsolatos surveillance-t koordinálja Európában – szoros együttműködésben dolgozták ki. Az adatgyűjtés elsősorban a HIV a hepatitis C és a hepatitis B elterjedtségére koncentrál az intravénás szerhasználók körében. Továbbá egy korai jelzőrendszer, illetve egy szakértői hálózat került felállításra, amelyen keresztül jelezhetőek az intravénás szerhasználók körében fellépő járványok akár más betegségekkel kapcsolatosan is, ilyen betegség lehet például a lépfene vagy a botulizmus.

Más típusú surveillance rendszereknek, a különféle felméréseknek, bio-magatartás tanulmányoknak is meg vannak a maguk speciális előnyei, például, hogy stratégiai szempontból fontos információkat nyújtanak. A felmérések alapján megbecsülhető a mért változók prevalenciája a célcsoportban, ami általában nem lehetséges az eset alapú surveillance segítségével. Az intravénás szerhasználók körében végzett bio-magatartás vizsgálatok, amelyeket többek között az EMCDDA és az ECDC is javasol, információt nyújthat mind a szerhasználati mintázatokról, mind a fertőző betegségekről. Ezeket a vizsgálatokat időről időre meg kell ismételni azért, hogy a trendek követhetőek legyenek, azonban ez költséges lehet. Ezen vizsgálatok másik korlátja, hogy még nem született arról konszenzus – bár mindkét ügynökség dolgozik rajta –, hogy miként biztosítható a legjobban a minták reprezentativitása időről időre.

Az országoknak saját szükségleteik alapján, maguknak kell döntést hozni a nemzeti surveillance paramétereiről, azonban ezeknek az adatgyűjtési rendszereknek alkalmasnak kell lenniük arra, hogy miközben költséghatékonyan működnek, a belőlük kinyert információ alapul szolgáljon a helyi szükségleteket célzó prevenciós stratégiáknak.

A programok monitorozása és értékelése

A monitorozó rendszereknek ki kell elégíteniük a regionális vagy országos szintű szükségleteket. Állandó folyamatértékelést kell nyújtaniuk a szerhasználók szokásaiban vagy jellemzőiben bekövetkezett változásokról, illetve a programok azokhoz való alkalmazkodásának mértékéről. Ez az értékelés visszajelzést nyújt a programok vezetőinek és a döntéshozóknak arról, hogy a prevenciós programok mely elemei eredményesek és melyeket kell fejleszteni. A monitorozás arról is tájékoztatja a programtervezőket és a döntéshozókat, hogy a működtetett ellátási típusok, a szolgáltatások kombinációja, illetve a beavatkozások hozzáférhetősége elérte-e a kívánt célt, azaz, hogy sikerült-e megelőzni vagy mérsékelni a betegségek incidenciájának növekedését az intravénás szerhasználók körében. Ha nincs monitorozás, lehetetlen mérni egy program hatásosságát, vagy megállapítani, hogy a beavatkozásoknak köszönhetően változtak-e a magatartási jellemzők, illetve a betegség incidenciája. Mind a folyamat mind a kimenetel mérésének indikátorai használhatóak és hasznosak, azonban az utóbbi esetében érdemes realisztikus célokat támasztani. Sok kemény, kimenetelt mérő indikátor esetében – mint például a fertőző betegségek prevalenciája, vagy a kockázati magatartásokban bekövetkezett változások – évekbe vagy évtizedekbe is telhet, míg szignifikáns változást lehet detektálni.

Indikátorok

Ez az útmutató nem részletezi a programok monitorozásához és értékeléséhez szükséges indikátorokat, mivel ezzel kapcsolatosan már születtek más munkaanyagok (lásd (4,53,137)). Azt ki kell hangsúlyozni, hogy minden országos szinten monitorozott indikátort az országos szintű tervezéshez és értékeléshez kellene felhasználni. A monitorozásnak nem akadályt, hanem segítséget kellene jelentenie az országos és regionális program célok elérésében. A monitorozás és az értékelés eredményeit folyamatosan be kellene építeni a programok értékelésébe és befogadásába, azért hogy azok a változó epidemiológiai és használói jellemzőknek megfeleljenek. Egyértelmű, hogy nem minden nemzeti indikátor hasznos egy nemzetközi jelentési rendszerben, én nem minden nemzetközileg jelentendő indikátor szükséges egy nemzeti monitorozó rendszerben. Gyakori félreértés, hogy minden nemzetközi indikátort szigorúan követni kell, akkor is, ha az nemzeti szinten irreleváns.

[12] Bio-magatartás vizsgálatok alatt olyan vizsgálatokat értünk, ahol a vizsgálatba bevont személyektől egyrészt biológiai mintát (vért, nyálat stb) vesznek, másrészt ezzel egyidejűleg a szerhasználati szokásaikra és kockázati magatartásukra vonatkozó kérdőív kitöltésére is sor kerül. (szerk.)

A lefedettség megtervezése

Populációs szinten, a lefedettség úgy definiálható, hogy hány százaléka jut hozzá ténylegesen azokhoz a beavatkozásokhoz annak a populációnak, amelynek szüksége lenne ezekre a beavatkozásokra (179).

A prevenció optimalizása céljából, fontos azt tudni, hogy a speciális megelőző beavatkozások az intravénás szerhasználói célcsoport hány százalékát érik el. A védőoltás esetében a lefedettség meghatározza a beavatkozás hatását: egy bizonyos átoltottság felett a nyájimmunitásnak[13] köszönhetően védettség alakul ki a közösség azon tagjaiban is, akik nem részesültek védőoltásban. Ezeket az eredményeket modell tanulmányok is alátámasztják.

Általánosan alkalmazott mérőszámok a fertőző betegségek intravénás szerhasználók körében történő megelőzése esetében például az egy intravénás szerhasználóra jutó kiosztott fecskendők száma egy évben, vagy az opiát szubsztitúciós kezelésben lévők százaléka az összes problémás opiát-használó körében. A fertőző betegségek esetén a kezelési lefedettséget méri, hogy a fertőzött[14] intravénás szerhasználók hány százaléka részesül HIV, hepatitis B és /vagy hepatitis C kezelésben (180). A prevenciós szolgáltatások által kitűzött célok jelzőszámainak megfontolásához elengedhetetlen a nemzeti (vagy helyi) kontextus ismerete, amely alapos szükséglet-felmérés eredményeként írható csak le (53,179). A bizonyítékok azt mutatják, hogy a tűcsere programok, illetve az opiát szubsztitúciós kezelés jobb hozzáférhetősége hatásosabb, mint az alacsonyabb szintű hozzáférhetőség (71,181), és megállapítható, hogy a hozzáférhetőség az egyes országokban igen eltérő (180,182). Az EMCDDA adatai szerint az egy intravénás szerhasználóra jutó tűcsere programok által kiosztott fecskendők száma 2009-ben átlagosan 90 darab volt az EU-ban. Országonkénti bontásban a legmagasabb érték 300 darab/ intravénás szerhasználó volt (183). A legtöbb országban a gyógyszertári értékesítés szintén meghatározó forrása a tiszta injektáló eszközök beszerzésének. Ugyanebben az évben, a problémás opiát-használók átlagosan fele részesült opiát szubsztitúciós kezelésben, a legnagyobb arányt (68%) Málta jelentette (CI: 65% és 71%) (128). Ideálisan a szolgáltatásoknak folyamatosan rendelkeznie kellene elégséges tűvel és fecskendővel. A nem kielégített tűcsere igény, illetve a kezelésbe kerülést megelőző hosszú várakozási idő azt jelzi, hogy a szolgáltatás iránti igények nem lettek kielégítve vagyis, hogy a lefedettséget javítani kell.

A tűcsere programokhoz való hozzáférhetőség növelése: észt tapasztalok

Észtország egyike azoknak a tagállamoknak az EU-ban, akinek az intravénás szerhasználat okozta komoly terhekkel kellett megküzdenie: az intravénás szerhasználat magas prevalenciájával az általános népességben, továbbá nagyon magas HIV prevalenciával az intravénás szerhasználók körében. Az intravénás szerhasználat elsősorban a fővárosban, Tallinban és Északkelet-Észtországban koncentrálódik. A becslések szerint Észtországban 10.000 intravénás szerhasználó él, akik leginkább fentanyl analógokat és amfetamint injektálnak. A tűcsere programokat 1997-ben vezették be Tallinban, a metadont alkalmazó opiát szubsztitúciós kezelést pedig 2001-ben, azonban a hozzáférhetőség alacsony volt. 2005-ben az intravénás szerhasználók körében a HIV prevalencia 54%-os volt, és nagyon sok új injektálóról (kevesebb mint 3 éve injektáló) érkezett bejelentés (21%). Döntés született, hogy az elérhető prevenciós programok hozzáférhetőségét gyorsan bővíteni kell válaszul a növekvő népegészségügyi kihívásokra, amely a Nemzeti HIV/AIDS prevenciós stratégiában került kifejtésre. 2003 és 2009 között, az állandó telephelyű és megkereső programok száma 1-ről 10-re nőtt, a kontaktok száma 27-szeresére, a kiosztott fecskendők száma pedig 43-szorosára emelkedett (1,8-ról 77 fecskendőre/intravénás szerhasználó/ év). A metadon kezelések kapacitása 4-szeresére növekedett. Az intravénás szerhasználók körülbelül 80%-a vett már valaha igénybe tűcsere szolgáltatásokat, a használók 60%-a számára a tűcsere programok jelentik a tiszta tű és fecskendő legfőbb beszerzési helyét. Az elmúlt 4 hétben fecskendőt megosztók aránya 32%-ról (2005) 22%-ra (2009) csökkent. Ez alatt az idő alatt, a HIV incidencia az új injektálók körében 21%-ról (2005) 9%-ra (2009) csökkent, emellett csökkent az új injektálók összes injektálókon belüli aránya is 21%-ról 12%-ra. Valószínűsíthető, hogy a csökkenő HIV incidencia a vizsgált időszakban a tűcsere szolgáltatások kibővítésének köszönhető, mivel az addiktológiai kezeléshez, illetve az antivirális kezeléshez való hozzáférhetőség igen alacsony szintű volt ebben az időszakban. A tűcsere programok hozzáférhetőségének további bővítése, emellett az addiktológiai kezeléshez, illetve a HIV kezeléshez való hozzáférhetőség magas szintű biztosítása az arra rászorulóknak, valószínűsíthetően tovább csökkenti a HIV incidenciát Észtországban. *Forrás: Uuskula et al., 2011 (206)*

[13] Nyájimmunitás: Adott populációban az oltott személyekben termelődő ellenanyagok védelmet nyújtanak az oltatlanok számára is, amennyiben az átoltottság elér egy bizonyos szintet. (szerk.)
[14] Szerkesztői kiegészítés

A függelék: Az intravénás szerhasználat és a vele összefüggő leggyakoribb fertőzések epidemiológiája az EU/EEA országokban

Intravénás szerhasználat

Az intravénás szerhasználók az egyik legveszélyeztetettebb csoport egészségügyi kihívások szempontjából a kábítószert használók körében, mivel esetükben magas a kockázata a vér útján terjedő fertőző betegségek, mint a HIV, a hepatitis B és C akvirálásának. Emellett túladagolás szempontjából is veszélyeztettek, illetve további fertőzéseket is akvirálhatnak, mint a tuberculosis, a hepatitis A vírus, a bakteriális bőr és szisztémás fertőzések, a szexuális úton terjedő fertőzések. Sok európai országban az intravénás szerhasználat egyet jelent az opiát-használattal, míg más országokban az amfetamin a gyakrabban injektált szer (5). Az EMCDDA az EU tagállamokban gyűjti az intravénás szerhasználat becsült prevalenciáját. 2010-ben 12 ország jelentett friss becsléseket, az országok között meglehetősen nagy volt az eltérés. A jelentő országokban a 15 és 64 év közötti korosztályban az intravénás szerhasználók súlyozott átlaga 2,5 intravénás szerhasználó/1000 főre tehető a becslések alapján. Ha ezt az átlagot extrapoláljuk az európai népességre, akkor az 750.000 – 1 millió aktív intravénás szerhasználót jelentene az EU/EEA országokban. Emellett valószínűsíthetően jelentős a korábbi intravénás szerhasználók száma is (5). Míg Európa nyugati részen inkább öregszik az intravénás szerhasználói populáció, addig más EU tagállamok a fiatal intravénás szerhasználók magas arányáról számolnak be.

HIV

Az intravénás szerhasználók körében a HIV prevalencia – az EU tagállamok jelentési alapján – 1% és 60% között mozog (célzott kutatások és sentinel surveillance alapján) (137). A 2009-ben, a 28 EU/EEA európai ország által jelentett összes új HIV-fertőzés (25 917 eset) közül 1298 személy intravénás szerhasználat révén fertőződött (5.7 fő / 100.000 fő). Az intravénás szerhasználat útján történt fertőződés 2009-ben az összes újonnan bejelentett HIV-fertőzés 5%-át tette ki Európában, azonban az országok által jelentett adatok igen nagy intervallumban mozogtak: ugyanez az arány 65% volt Litvániában, 43% Bulgáriában és kevesebb mint 1% Hollandiában és Romániában. 2004 óta, az intravénás szerhasználattal összefüggő új HIV esetek száma 40%-kal csökkent abban a 26 EU/EEA országban, akik következetesen jelentettek (6). Ez a csökkenő trend jellemezte az országos adatokat is az elmúlt 6 évben, kivéve Bulgáriát, Észtországot, Lettországot és Litvániát, amelyek közül a három balti államban láttuk a HIV leggyorsabb terjedését 2001/02-ben. Ezt követően e három ország is csökkenő trendről számolt be, azonban Lettországban 2007-ben, míg Litvániában 2009-ben újabb emelkedést tapasztaltak. A nyugat-európai országokban a HIV járvány kezdete sokkal régebbről datálódik az intravénás szerhasználók körében, a járvány ott az 1980-as években tetőzött(6).

Az EU/EEA országokban az intravénás szerhasználók körében a HIV esetek számának csökkenő trendje ellenére, még mindig vannak olyan országok, ahol az intravénás szerhasználók körében megfigyelhető a HIV terjedése (184). Az is valószínűsíthető, hogy a HIV terjed az intravénás szerhasználók és szexuális partnereik között is. Bár viszonylag kevés a HIV-fertőzött intravénás szerhasználók abszolút száma, aránytalanul nagy a fertőzöttek száma körükben, összehasonlítva azokkal, akik nem injektálnak kábítószereket.

Hepatitis B és C

A hepatitis B (HBV) és a hepatitis C (HCV) vírusfertőzések fontos népegészségügyi problémát jelentenek az EU számára, mivel mindkét fertőzés esetében magas a megbetegedési és a halálozási arány. Mindkét fertőzés krónikus megbetegedést eredményezhet, ami utána májcirrózishoz, májrákhoz, illetve halálhoz vezethet. A HBV-t és a HCV-t könnyen tovább lehet adni az intravénás szerhasználat révén, a nem biztonságos injektálási gyakorlatoknak köszönhetően – például a tű/fecskendő és egyéb injektáló eszközök megosztása révén.

Európában, az intravénás szerhasználat a HCV-fertőzés terjedésének legfőbb módja, az intravénás szerhasználók köréből kerül ki a legtöbb új HCV-fertőzött. A becslések szerint körülbelül 1 millió olyan aktív vagy korábbi intravénás szerhasználó él Európában, aki krónikus HCV-fertőzésben szenved (5). A HCV-fertőzöttek aránya javarészt meglehetősen magas az intravénás szerhasználók körében, 12-85% között mozog, és a HCV-fertőzöttek 50-90%-nál nem történik spontán gyógyulás. A HCV prevalencia Európában 9 országban mutat csökkenő trendet, míg három országban emelkedőt, a többi ország esetében nem lehet egyértelmű trendet felrajzolni (8). A bejelentetett eseteket tekintve, azon országok körében, ahol ismert a rizikócsoport, 6 ország esetében csökkent az intravénás szerhasználók aránya a bejelentett eseteken belül, míg ugyanez az arány 3 országban nőtt (54). Az adatokat nehéz értelmezni, mert az adatminőség sokszor gyenge, de a jelek arra utalnak, hogy összességében a HCV-fertőzöttek aránya csökkenni kezdett az intravénás szerhasználók körében. A HCV-fertőzés akvirálásának kockázata összefüggést mutat az injektálási karrier hosszával (10), azonban a legfrissebb vizsgálatok arról számolnak be, hogy sok intravénás szerhasználó még az injektálási karrierje elején megfertőződik a vírussal (54). A

HCV-fertőzés elterjedtségét tovább növeli az a tényező, hogy sok intravénás szerhasználó, aki az injektálás során fertőződött meg, nincs tisztában fertőzöttségével. Ez alátámasztja annak fontosságát, hogy a prevenciós beavatkozásokba való bevonást minél korábban meg kell kezdeni.

A HCV-fertőzöttek magas aránya mellett az intravénás szerhasználók gyakran más fertőzéseket is akvirálnak, mint például a hepatitis B vagy a HIV. Növeli a halálozás kockázatát, ha több hepatitis vírussal is fertőződött a kliens, mivel a májelégtelenség meglehetősen hamar kialakulhat a koinfekció következtében. A hepatitis B fertőzés sokszor gyakori az intravénás szerhasználók körében, azonban a helyzet országonként eltérő. Ez többek között az adott intravénás szerhasználói populáció átoltottságán is múlik (54). 9 európai országból származó friss adat szerint az intravénás szerhasználók több mint 40%-ánál találtak anti-HBc[15] ellenanyagot. A bejelentett akut hepatitis B esetek között azoknál, akiknél ismert volt a fertőződés módja, 5-ből 1 fő intravénás szerhasználat útján fertőződött meg. A trendelemzés alapján megállapítható, hogy 17 ország közül 8-ban csökkent az intravénás szerhasználók aránya a 2003 és 2008 között bejelentett akut hepatitis B-ben szenvedők körében (54).

Tuberculosis

Az intravénás szerhasználat sok környezeti kockázati tényezővel és kockázati magatartással jár együtt. Több szociális kockázati tényező együttes fennállása, mint például rossz lakhatási körülmények, hajléktalanság, börtönviseltség, szegénység, dohányzás és alkoholfogyasztás, illetve az emellé társuló, a szerhasználatból fakadó pszichés hatások miatt az intravénás szerhasználók körében magasabb a kockázat a TBC-fertőzés akvirálása, a megbetegedés, valamint a halálozás szempontjából (142,185). Továbbá a HIV okozta immunszupresszió, ahogy az korábban is említésre került, az egyik legjelentősebb kockázati tényező a TBC megbetegedés szempontjából, és az egyik legfőbb oka a magas TBC prevalenciának az intravénás szerhasználók körében. A TBC-HIV koinfekciót vizsgáló friss szisztematikus áttekintő tanulmány azt találta, hogy az EU/EEA-ban a HIV-pozitív TBC-s betegek aránya 0% és 15% között mozog, és az intravénás szerhasználat volt az egyik kockázati tényezője a koinfekciónak (186).

Az EU-ban az egyik legalacsonyabb a bejelentett TBC-s esetek aránya a világon, azonban ez az arány nagy heterogenitást mutat az EU országok között. 2009-ben a bejelentett esetek incidenciája 2,8 és 108,2 eset között változott 100.000 főre vonatkoztatva (187). A legveszélyeztetettebb és kirekesztettebb csoportok azok, akik a legjelentősebb betegségterhet cipelik, és a legkevésbé férnek hozzá az ellátáshoz.

EU-s szinten nincs adatgyűjtés a bejelentett TBC-s esetek szociális kockázati tényezőire vonatkozóan, ezért az intravénás szerhasználók körében a TBC incidenciájának becslése regionális vagy néha országos vizsgálatokon alapul. Azt azonban bizonyítékok támasztják alá, hogy a szerhasználók között magasabb a látens TBC prevalenciája, illetve az intravénás szerhasználók körében könnyebben fejlődik ki az aktív TBC. Országtól és helyszíntől függően, az intravénás szerhasználók 10% - 60%-ánál volt pozitív a tuberkulin bőr teszt (TST) (142). Vizsgálatok kimutatták, hogy az injektáló, illetve nem injektáló szerhasználók körében is hasonló eredmények mérhetők a TST szűrővizsgálat során (142).

Az M. tuberculosissal fertőzöttek közül a legtöbben soha nem betegednek meg, de a baktérium tünetmentesen jelen van és minimális mértékben szaporodik. Ezért a látens TBC-fertőzés (LTBC) a definíció szerint, egy olyan állapot, amikor az egyén fertőzött, de nincsenek klinikai tünetei, illetve az M. tuberculosis baktérium nem mutatható ki tenyésztéssel. Az aktív TBC-t a kórtörténet, a tünetek, a röntgen, és az M. tuberculosis mikrobiológiai vagy molekuláris vizsgálata alapján lehet diagnosztizálni. Az aktív TBC kialakulásának kockázata az egyén immunológiai állapotától függ. A HIV koinfekció nélkül a szerhasználók körében 5-10% a TBC megbetegedés kialakulásának kockázata az egyén élete során, míg HIV koinfekció esetében 5-10% a betegség kialakulásának az esélye egy éven belül (185).

Hepatitis A vírus

A hepatitis A egy akut klinikai tünetekkel járó vírusos megbetegedés, amely feko-orális kontaktus révén terjed. A hepatitis A járványok többek között szennyezett élelmiszernek vagy víznek köszönhetően terjednek, illetve konkrét rizikócsoportokhoz köthetőek, mint például az MSM[16] populációhoz, vagy az intravénás szerhasználókhoz. Mivel különböző rizikócsoportok szerinti bontásban nem gyűjtenek rutinszerűen adatot a fertőzés terjedésére vonatkozóan, az intravénás szerhasználók hepatitis A érintettsége nem ismert. Ennek ellenére érkezett már bejelentés az intravénás szerhasználók körében detektált hepatitis A járványról az EU-ból, például Lettországból 2008-ban, ahol ennek köszönhetően a lakosság körében a 100.000 főre jutó bejelentett esetek száma 0,66-ról 123 főre emelkedett (13). Az intravénás szerhasználókhoz köthető járványokat jelentettek még Csehországból (12), Finnországból (15), és Norvégiából (14) is. Az azonban nem tisztázott, hogy ezek a járványok az injektálási előkészület gyakorlatával vagy más rossz higiéniás körülményekkel függnek-e össze.

---

[15] Az anti-HBc antitestek a B-típusú fertőző májgyulladás vírus elleni immunreakció során alakulnak ki. A fertőzés bizonyos szakaszában csak ezek segítségével mutatható ki a betegség. (szerk.)
[16] MSM: men who have sex with men (férfiak, akik férfiakkal tartanak fenn szexuális kapcsolatot) (szerk.)

Bakteriális bőr és szisztémás fertőzések

Nehéz megbecsülni az intravénás szerhasználattal összefüggő bakteriális és szisztémás fertőzések elterjedtségét, mivel ezek nagy részét európai szinten nem monitorozzák. Egy Angliában, Walesben és Észak-Írországban végzett 2010-es felmérés szerint, az aktív intravénás szerhasználók 40%-a számolt be az elmúlt 1 évben sebhelyről, tályogról, nyílt sebekről, amelyek az injektálás helyén létrejött fertőzések tipikus tünetei (17). Ezek a fertőzések jellemzően a nem steril injektáló eszközök vagy a nem tiszta, injektálást előkészítő eszközök használatának következményei. A legjellemzőbb kórokozó, amely bőr és kötőszöveti fertőzést okoz az intravénás szerhasználók körében, a Staphylococcus aureus. Ezen fertőzések nagy százalékát a methicillin rezisztens (MRSA) baktérium törzs okozza (188). Míg a legtöbb fertőzés jelentéktelen, néhány esetben súlyos, szisztémás fertőzés is kialakulhat osteomyelitist, bacteraemiát, szeptikus mélyvénás trombózist, vagy szívbelhártya-gyulladást (endocarditis) okozva (189-190). Más bakteriális bőr, kötőszöveti és szisztémás fertőzéseket a streptococcusok A szerocsoportja (GAS) okoz, míg megint más betegségek clostridium fertőzéseknek köszönhetőek, mint a sebbotulizmus vagy tetanus (191-192). Sebbotulizmus(193), tetanus(18), vagy egyéb clostridium fertőzések (194) okozta járványra volt már példa az intravénás szerhasználók körében Európában. Habár ezek a szisztémás fertőzések meglehetősen ritkák, súlyos megbetegedéshez és halálhoz is vezethetnek. A lépfene is egy ilyen akut megbetegedés, amelyet a Bacillus anthracis baktérium okoz. Ritka Európában, azonban 2009-ben és 2010-ben 42 esetet jelentettek skót intravénás szerhasználók körében, amelyből 13 halálos kimenetelű volt. További haláleseteket – amelyek az anthrax-törzsek molekuláris vizsgálatai segítségével összeköthetőek a skót esettel – jelentettek Angliából, Németországból, a fertőzés forrása feltehetően szennyezett heroin volt (54).

Szexuális úton terjedő fertőzések

A szerhasználat, és az intravénás szerhasználat összefüggést mutat a kockázatos szexuális gyakorlattal és a szexuális úton terjedő fertőzések (STI) magas prevalenciájával, bár a szexuális úton terjedő fertőzések epidemiológiája a szerhasználók körében kevésbé dokumentált Európában. Egyes feltételezések szerint az intravénás szerhasználóknak azért nagyobb a kockázata a szexuális úton terjedő fertőzések akvirálása szempontjából, mert nagyobb a valószínűsége annak, hogy szexuális szolgáltatásokat nyújtanak pénzért vagy kábítószerért cserébe, illetve a szerek hatása alatt gyengül az ítélőképességük a szexuális magatartásuk biztonságosságát illetően (162). Felmerült az az elgondolás is, hogy a szerhasználat miatt az intravénás szerhasználók nehezebben jutnak el egészségügyi ellátókhoz, vagy nehezen jutnak hozzá a szexuális úton terjedő fertőzéseket célzó szűrővizsgálatokhoz, a bőr- és nemibeteg gondozók pedig sok intravénás szerhasználót nem érnek el. Bizonyítékok igazolják, hogy az intravénás szerhasználók és szexuális partnereik között is terjed a HIV és a hepatitis B. Ezért fontos, hogy a szexuális partnerek is hozzáférjenek azokhoz a szolgáltatásokhoz (pl. szűrővizsgálatok), amelyek a szexuális úton, és egyéb vér útján terjedő fertőzések prevencióját célozzák.

A II. típusú humán T lymphotrop vírus (HTLV-II)

A HTLV II injektáló eszközök megosztása, szexuális érintkezés, illetve fertőzött vérkészítmények révén terjed. Az 1982-es felfedezése óta, a humán T lymphotrop vírus II. típusának (HTLV-II), mint kórokozónak a megítélése ellentmondásos volt, és a fertőzés kimenetelével kapcsolatos szakirodalom is korlátozott. Azonban egyre több olyan bizonyíték áll rendelkezésünkre, amelyek szerint a vírus okozhat neurológiai betegséget, tüdőgyulladást, bronchitist, és autoimmun betegséget is a fertőzöttek körében (11). HTLV-II fertőzést az intravénás szerhasználók körében is detektáltak mind az Egyesült Államokban mind Európában, a becsült prevalencia Olaszországban 1,6 és 8%(195-196), míg Spanyolországban 0,4 és 11,5% között (197) mozgott. Mind ezekben, mind más vizsgálatokban jellemző volt a HTLV-II/HIV koinfekció. Észak-Európában a HTLV-II fertőzés nem olyan gyakori az intravénás szerhasználók körében, bár detektálták Svédországban (198) és Franciaországban (199) is. Egy vizsgálat szerint Írországban magas volt a HTLV-II prevalencia (15%) az intravénás szerhasználók körében (200).

B függelék: Kulcsfontosságú beavatkozások az intravénás szerhasználattal összefüggő fertőző betegségek megelőzése céljából

Ahogy azt a "Célok, célkitűzések és módszertan" részben is leírtuk számos tényezőt figyelembe vettünk az útmutató kulcsfontosságú beavatkozásainak összeállításához. Minden kulcsfontosságú beavatkozáshoz, szakmailag lektorált (peer-reviewed) kutatásokból származó bizonyítékokat gyűjtöttünk, úgy hogy szisztematikusan áttekintettük a 2000 óta publikált áttekintő cikkeket („review of reviews" módszer) (201). Az áttekintő cikkek magas szintű bizonyítékokat nyújtanak, mivel összegyűjtik és egybevetik az eredményeket az eredeti közleményekből, amelyhez egy szisztematikus kritériumrendszert használnak a tanulmányok kiválasztása és értékelése során. Az áttekintő cikkek számbavétele egy hatékony módja annak, hogy magas szintű bizonyítékokat gyűjtsünk össze, de vannak bizonyos korlátai (lásd a háttérbizonyítékokról készült szakmai beszámolókat). Ezen korlátok kompenzálására az útmutató felhasznált friss eredeti közleményeket is, továbbá szakértői véleményeket is figyelembe vett, hogy kiegészítse az áttekintésekből származó bizonyítékokat. Eredeti közlemények eredményeit vettük figyelembe olyan beavatkozások esetében, amelyekről nem állt rendelkezésre szisztematikus áttekintés. Az ECDC/EMCDDA Szakmai Tanácsadó Csoportja az összes kulcsfontosságú beavatkozáshoz tett javaslatot.

Emellett azt is ellenőriztük, hogy egy adott beavatkozás bevált gyakorlatnak számít-e az EU-ban, és szerepel-e nemzeti vagy nemzetközi útmutatókban és szakpolitikai dokumentumokban. Ezen felül figyelembe vettünk olyan kutatásokat, amely a szolgáltatásokat igénybevevők és a szolgáltatók preferenciáit vizsgálták azzal kapcsolatosan, hogy az igénybevevők/ szolgáltatók szerint milyen kritériumai vannak a prevenciós szolgáltatások eredményes megvalósításának. Minden ajánlott kulcsfontosságú beavatkozásnál dokumentáltuk az „ajánlás" bekezdésben, hogy miként mérlegeltük a bizonyítékokat ahhoz, hogy a beavatkozás bekerüljön az útmutatóba.

B1. táblázat: Összefoglaló a beavatkozások hatásosságáról az intravénás szerhasználattal összefüggő kockázati magatartások és a HIV és HCV terjedésének csökkentése szempontjából , amely a hét kulcsfontosságú beavatkozás esetében az ajánlás alapját képezte

Kulcsfontosságú beavatkozások/ elemek	Szakértői vélemény/ a megvalósítás gyakorlati tapasztalatai	A szakirodalmi áttekintés során nyert bizonyítékok (a jelmagyarázatot lásd: B2 táblázat alább)	Eredeti közlemények eredményei
Injektáló eszközök	Ajánlás: Tiszta injektáló eszközök, valamint az azokhoz való legális hozzáférés biztosítása – beleértve a steril tűk és fecskendők szükséges mennyiségben történő elérhetővé tételét térítésmentesen – kombinált, több-komponensű megközelítés részeként, ártalomcsökkentő, tanácsadó és kezelő programok keretében. Alapja: szakirodalmi áttekintés során nyert bizonyítékok, eredeti közlemények, szakértői vélemény		
Tű és fecskendő osztás	A szakértők támogatják.	Kockázati magatartások: ++ HIV terjedés: + HCV terjedés: ?	• A tűcsere programok környezet tanulmányai szerint stabilizálódik vagy csökken a HCV terjedése. • Frissen publikált metaanalízis alapján az opiát szubsztitúciós kezelés és a tűcsere kombinálása hatásosan csökkenti a HCV terjedését.
Egyéb injektáló eszközök	A szakértők támogatják.	Kockázati magatartások: + HIV terjedés:? HCV terjedés: +/-	In vitro vizsgálatok szerint erős hatása lehet a HCV terjedés csökkentésében.
Fólia a beviteli mód megváltoztatásának ösztönzésére	A szakértők támogatják.	Kockázati magatartások: ? HIV terjedés: ? HCV terjedés: ?	Tanulmányok hiánya.

Kulcsfontosságú beavatkozások/ elemek	Szakértői vélemény/ a megvalósítás gyakorlati tapasztalatai	A szakirodalmi áttekintés során nyert bizonyítékok (a jelmagyarázatot lásd: B2 táblázat alább)	Eredeti közlemények eredményei
Védőoltás	Ajánlás: Hepatitis A, B, tetanus, influenza elleni védőoltás, valamint – különösen HIV-fertőzöttek számára javasolt – a pneumococcus elleni védőoltás. Alapja: szakértői vélemény, megvalósítás gyakorlati tapasztalatai, eredeti közlemények		
HBV, HAV, tetanus, influenza elleni védőoltás (HIV-fertőzöttek számára pneumococcus elleni védőoltás)	• A szakértők támogatják, mint célzott szolgáltatást intravénás szerhasználók számára. • A védőoltás eredményessége jól alátámasztott. • Széleskörűen alkalmazott népegészségügyi gyakorlat.	(Nem tartalmazta az áttekintés)	Erős bizonyítékok arra nézve, hogy a védőoltást követően csökken a HBV, a HAV, és a tetanus is egyéni és populációs szinten egyaránt, még akkor is, ha valaki nem kapja meg a teljes oltási sort.
Addiktológiai kezelés	Ajánlás: Opiát szubsztitúciós kezelés és a kábítószer-függőség kezelésének más hatásos formái. Alapjai: szakértői vélemény és – az opiát szubsztitúciós kezelés esetében – alapos vizsgálatokból és áttekintő cikkekből származó megbízható bizonyítékok. A pszichoszociális kezelések hatásosságának bizonyítékai hiányoznak, de szakértői vélemény alapján ajánlott.		
Agonista (opiát) gyógyszeres kezelés (opiát szubsztitúciós kezelés)	A szakértők támogatják.	Kockázati magatartások: ++ HIV terjedés: ++ HCV terjedés: +	• Az opiát szubsztitúciós kezelés és a tűcsere programok együttes alkalmazása hatásos a HCV terjedésének megelőzésében. • Az opiát szubsztitúciós kezelésben lévő HIV-fertőzött személyek körében jobb az ART terápiahűség és eredményesebb az antiretrovirális kezelés. • Az opiát szubsztitúciós kezelés és a pszichoszociális kezelés együttes alkalmazása előnyős a kezelésben való együttműködés, a kezelés befejezése, és az absztinencia megtartása (az utánkövetés alatt) szempontjából.
Antagonista gyógyszeres kezelés	• Egy lehetőség azoknak, akik nem kezdenek meg agonista gyógyszeres kezelést. • További kutatás szükséges.	Kockázati magatartások: +/- HIV terjedés: +/- HCV terjedés: +/-	Feltehetően hasznos a szerhasználat csökkentése szempontjából, ha kiegészül pszichoszociális kezeléssel.
Pszichoszociális kezelés	A gyógyszeres kezelés hiánya miatt, fontos beavatkozás stimuláns-fogyasztók számára; • erősíti az opiát szubsztitúciós kezelés hatását, ha azzal kombináltan alkalmazzák • egy lehetőség a gyógyszeres kezelést nem vállaló opiát-fogyasztók számára	Kockázati magatartások: +/- HIV terjedés: +/- HCV terjedés: +/-	• Feltehetően hasznos a szerhasználat csökkentésében játszott szerepe miatt • A kontingencia menedzsment hasznos lehet a stimuláns-fogyasztók számára • Az opiát szubsztitúciós kezeléssel való kombinálása előnyős a kezelésben való együttműködés, a kezelés befejezése, és az absztinencia megtartása (utánkövetés alatt) szempontjából.
Szűrővizsgálat	Ajánlás: Tájékozott beleegyezést követően, önkéntes módon, a személyzet titoktartási kötelezettsége mellett elvégzett HIV, HCV (HBV a védőoltásban nem részesülteknek) és TBC szűrővizsgálat rendszeres felajánlása és a kezelésbe utalás biztosítása szükség esetén.		
Fertőző betegségek szűrővizsgálata	• A szakértők támogatják. • A nemzeti és nemzetközi útmutatók része. • Széleskörűen alkalmazott népegészségügyi gyakorlat. • Szükséges alap a prevencióval, kezeléssel kapcsolatos döntésekhez.	Kockázati magatartások: +/- HIV terjedés: ? HCV terjedés: ?	Vizsgálatok és modellezés tapasztalatai szerint, ha hatékonyan működik a kezeléshez vezető út, csökken a további terjedés.

Kulcsfontosságú beavatkozások/ elemek	Szakértői vélemény/ a megvalósítás gyakorlati tapasztalatai	A szakirodalmi áttekintés során nyert bizonyítékok (a jelmagyarázatot lásd: B2 táblázat alább)	Eredeti közlemények eredményei
Fertőző betegségek kezelése	Ajánlás: Bizonyítékokra és szakértői véleményre támaszkodva, az antivirális kezelés javasolt klinikai indikáció alapján a HIV-, HBV- és HCV-fertőzöttek számára. Antibiotikum kezelés biztosítása javasolt az aktív TBC-s betegeknek. TBC profilaxis megfontolása javasolt a lappangó TBC-s esetekben. Más fertőző betegségek kezelését javasolt felajánlani a szakmai protokollokban meghatározottak szerint. Minden típusú kezelés esetében javasolt teljes körű hozzáférést biztosítani, az aktív intravénás szerhasználók számára is[17].		
	• A szakértők támogatják. • A nemzeti és nemzetközi útmutatók része, amelyek egyre inkább hangsúlyozzák, hogy az aktív szerhasználat ne legyen az antivirális kezelés kontraindikációja. • A kezelés elmaradása megbetegedéshez vagy akár halálhoz is vezethet.	(Nem tartalmazta az áttekintés)	• Erős bizonyítékok, arra nézve, hogy az aktív és látens TBC-t is kezelni kell. • Modellezésből származó bizonyítékok alátámasztják a HCV kezelés populációs szintű prevenciós hatását. • Az aktív szerhasználók kohorsz vizsgálata alátámasztja a HIV és a HCV kezelés eredményességét.
Egészségfejlesztés (IEC és megkeresés)	Ajánlás: A biztonságosabb injektálásra; biztonságos szexuális gyakorlatra, óvszerhasználatra; betegség megelőzésre, szűrővizsgálatra és kezelésre koncentráló egészségfejlesztés javasolt, szakirodalmi áttekintés során nyert bizonyítékok, eredeti közlemények és szakértői vélemény alapján.		
Tájékoztatás, oktatás, tanácsadás (IEC – Information, Education, Counselling)	• A szakértők támogatják. • Egy alapvető kiegészítő a hat másik beavatkozás megvalósítása során.	Kockázati magatartások: + HIV terjedés: +/- HCV terjedés: ?	• Több-komponensű szolgáltatás csomag a kliensek igényeire szabva. • Támogatja a prevenciós törekvéseket.
Személyre szabott szolgáltatások	Ajánlás: A szolgáltatásokat az egyén szükségletei és körülményei szerint kell kombinálni, megszervezni és kivitelezni; ennek részeként szükséges az addiktológiai ellátás, az ártalomcsökkentés, a tanácsadás és szűrővizsgálat, az egészségügyi alapellátásba és szakellátásba utalás biztosítása állandó telephelyű valamint megkereső programokon keresztül.		
Tűcserét vagy más prevenciós szolgáltatásokat biztosító állandó telephelyű programok	A szakértők támogatják, lehetővé teszi több szolgáltatás együttes biztosítását a kliensszükségletek kielégítése érdekében, és a velük való kapcsolatteremtést.	A szakirodalom áttekintésre került a tűcsere programok szempontjából. Kockázati magatartások: ++ HIV terjedés: + HCV terjedés: +/-	• Egyes tanulmányok szerint, az alacsony ár, a földrajzi közelség, ösztönzés a stáb részéről, a tűcsere mellett további szolgáltatások biztosítása voltak azok a tényezők, amelyek a programba vonzották az intravénás szerhasználókat. • A földrajzi távolság, a rendőrségtől és a letartóztatástól való félelem a tűcsere program környékén, a nyitva tartás, és a titoktartás hiánya, amelyek visszatartják az intravénás szerhasználókat a program látogatásától.
Továbbirányítás általános egészségügyi alapellátásba, szakellátásba, drogprevenciós, ártalomcsökkentő, tanácsadó, kezelést végző szolgáltatásokba	A szakértők támogatják; egy szükséges és alapvető eleme a kliens ellátásának, amely az egészségügyi és szociális ellátás elfogadott standardjait követi.	A szakirodalom nem került a szerint áttekintésre, hogy a beutalásnak milyen hatásai vannak.	A szakirodalom nem került a szerint áttekintésre, hogy a beutalásnak milyen hatásai vannak.
Gyógyszertári tűcsere	A szakértők támogatják, bővíti a steril tűhöz való hozzáférhetőséget.	Kockázati magatartások: + HIV terjedés: +/- HCV terjedés: ?	Környezettanulmányok és keresztmetszeti vizsgálatok igazolják, hogy kevesebb fecskendő megosztás történt a használók körében, a fecskendők gyógyszertári értékesítésének bevezetését követően.
Másodlagos tűcsere	A szakértők támogatják, bővíti a steril tű elérhetőségét.	Kockázati magatartások: +/- HIV terjedés: +/- HCV terjedés: ?	Nincsenek erre vonatkozó tanulmányok.

[17] A szerek kölcsönhatását és egy egészségügyi ellátóval a stabil kapcsolat fenntartását számba kell venni.

Kulcsfontosságú beavatkozások/ elemek	Szakértői vélemény/ a megvalósítás gyakorlati tapasztalatai	A szakirodalmi áttekintés során nyert bizonyítékok (a jelmagyarázatot lásd: B2 táblázat alább)	Eredeti közlemények eredményei
Megkereső tűcsere program	A szakértők támogatják, ezáltal elérhetők a nehezen-elérhető, marginalizálódott csoportok.	Kockázati magatartások: ? HIV terjedés: +/- HCV terjedés: ?	Nincsenek erre vonatkozó tanulmányok.
Tű-automaták	A szakértők támogatják, nincs nyitva tartási idő, a fecskendő bármikor hozzáférhető.	Kockázati magatartások: +/- HIV terjedés: +/- HCV terjedés: ?	Nincsenek erre vonatkozó tanulmányok.
Injektáló eszközök biztosítása egyszerre több modellben	A szakértők támogatják, a többféle elosztási útvonal alkalmazása javasolt.	A szakirodalom nem került a szerint áttekintésre, hogy a több modellt egyesítő szolgáltatásoknak milyen hatásai vannak.	Eredeti közleményekből származó bizonyítékok alátámasztják, hogy a több modellt egyesítő szolgáltatás hatásos.
Felügyelt injektáló helyiség	A szakértők támogatják, lehetővé teszi a személyre szabott, egyéni, biztonságosabb injektálásra való nevelést.	Kockázati magatartások: + HIV terjedés: ? HCV terjedés: ?	Nincsenek erre vonatkozó tanulmányok. Befolyásolja a túladagolásos halálesetek előfordulását.

B2. táblázat: A bizonyítékokra vonatkozó állítások típusai, és a bizonyítékok erősségi foka, amelyek az egyes állítások alátámasztására szolgáltak

(Ellis et al., 2003 módosítva)

Bizonyítékokra vonatkozó állítások	Bizonyítékok erősségi foka
'++' vagy '--' Megfelelő, szakirodalmi áttekintésből származó bizonyíték, amely egy adott beavatkozás hatásosságát támasztja alá vagy veti el.	• Egyértelmű és megbízható állítás, amely egy/ több alapvető - számos jelentős kutatást szemléző - áttekintő tanulmányból származik, *vagy* • az áttekintő tanulmányokból származó egyértelmű és megbízható állítás hiányában, alapvető áttekintő tanulmányokban szemlézett számos jelentős kutatásból származó konzisztens bizonyíték.
'+' vagy '-' Kielégítő, szakirodalmi áttekintésből származó bizonyíték, amely egy adott beavatkozás hatásosságát támasztja alá vagy veti el.	• Egy vagy több alapvető áttekintő tanulmányból származó állítás, amely kevés jelentős vagy sok jelentéktelenebb kutatás konzisztens bizonyítékaira épül, *vagy* • az áttekintő tanulmányokból származó egyértelmű és megbízható állítás hiányában, konzisztens bizonyíték kevés jelentős vagy sok jelentéktelenebb kutatásból, amelyeket egy vagy több alapvető áttekintő tanulmányban szemléztek, *vagy* • ellentmondásos bizonyíték, amely egy vagy több alapvető áttekintő tanulmányból származik, és az erősebb bizonyíték szerint került valamelyik oldalra (vagy támogatja vagy elveti a hatásosságot), és valószínűsíthető az ellentmondásosság további fennállása, *vagy* • alapvető áttekintő tanulmány hiányában, konzisztens bizonyíték számos jelentős kutatásból, amelyeket egy vagy több mellékes áttekintő tanulmány szemlézett.
'+/-' Elégtelen, szakirodalmi áttekintésből származó bizonyíték, amely egy adott beavatkozás hatásosságát támasztja alá vagy veti el.	• Ha egy alapvető áttekintő tanulmány tartalmaz egy elégtelen bizonyítékkal alátámasztott állítást, *vagy* • az alapvető áttekintő tanulmányokból származó egyértelmű és megbízható állítás hiányában, nem áll rendelkezésre elégséges bizonyíték, hogy támogassa vagy elvesse egy adott beavatkozás hatásosságát (mivel túl kevés vagy túl gyenge bizonyíték áll rendelkezésre), *vagy* • bármi, ami mellékes áttekintő tanulmányokban szemlézett jelentős kutatásból származik, de nem éri el a konzisztens bizonyíték erősségi fokát.
'?' Nincsenek áttekintő tanulmányok erre nézve.	Nem kerültek azonosításra sem alapvető sem mellékes áttekintő tanulmányok a témában, valószínűleg az eredeti közlemények hiánya miatt.

C Függelék: Kiegészítő útmutatók és módszertani útmutatók (angol nyelven)

Cím	Szervezet (év)	Link
Bevált gyakorlatok portálja: bizonyíték-alapúság, standardok és útmutatók, értékelt beavatkozások Kulcs epidemiológiai indikátorok	EMCDDA	http://www.emcdda.europa.eu/best-practice http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators Magyar nyelven elérhető (szerk.): www.drogfokuszpont.hu/bevalt-gyakorlatok-portalja www.drogfokuszpont.hu/szakteruleteink/fertozo-betegsegek/
Use of interferon-gamma release assays in support of TB diagnosis	ECDC (2011)	http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1103_GUI_IGRA.pdf
Guide to infection prevention in outpatient settings: minimum expectations for safe care	CDC (2011)	http://www.cdc.gov/HAI/pdfs/guidelines/Ambulatory-Care-04-2011.pdf
EASL clinical practice guidelines: management of hepatitis C virus infection	EASL (2011)	http://www.easl.eu/assets/application/files/4a7bd873f9cccbf_file.pdf
HIV testing: increasing uptake and effectiveness in the European Union	ECDC (2010)	http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/101129_GUI_HIV_testing.pdf
Guidelines for testing HIV, viral hepatitis and other infections in injecting drug users	EMCDDA (2010)	http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/testing-guidelines
Treatment of tuberculosis: guidelines, fourth edition.	WHO (2010)	http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241547833_eng.pdf
Guidelines for services providing injecting equipment: best practice recommendations for commissioners and injecting equipment provision (IEP) services in Scotland	Skót kormány (2010)	http://www.scotland.gov.uk/Publications/2010/03/29165055/0
Harm reduction at work: a guide for organizations employing people who use drugs	Open Society Institute (2010)	http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/harmreduction-work-20110314/work-harmreduction-20110314.pdf
Good practice guide: HIV and drug use – community responses to injecting drug use and HIV	International HIV/AIDS Alliance (2010)	http://www.aidsalliance.org/publicationsdetails.aspx?id=454
Needle and syringe programmes: providing people who inject drugs with injecting equipment	National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2009)	http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12130/43301/43301.pdf
International standards for tuberculosis care, second edition	Tuberculosis Coalition for Technical Assistance (2009)	http://www.tbcta.org/Uploaded_files/Zelf/ISTCReport2ndEdition1258118339.pdf
Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users	WHO, UNODC, UNAIDS (2009)	http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/manual/2010/idu_target_setting_guide_en.pdf

Cím	Szervezet (év)	Link
Guidance on testing and counselling for HIV in settings attended by people who inject drugs	WHO, UNAIDS (2009)	http://www.who.int/hiv/topics/idu/care/GuidanceTC_IDUsettings.pdf
Policy guidelines for collaborative TB and HIV services for injecting and other drug users	WHO (2008)	http://www.who.int/rpc/guidelines/9789241596930/en/index.html
EASL clinical practice guidelines: management of chronic hepatitis B	EASL (2009)	http://www.easl.eu/assets/application/files/b73c0da3c52fa1d_file.pdf
Safety, risks and outcomes from the use of injecting paraphernalia	Scott (2008)	http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/127313/0057758.pdf
Guide to starting and managing needle and syringe programmes	WHO, UNAIDS, UNODC (2007)	http://www.who.int/hiv/idu/Guide_to_Starting_and_Managing_NSP.pdf
HIV/AIDS treatment and care: clinical protocols for the WHO European Region	WHO (2007)	http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/78106/E90840.pdf
Correlation – Guidelines on providing integrated outreach services	Correlation Network (2007)	http://www.correlation-net.org/doccenter/pdf_document_centre/book_outreach_fin.pdf
Ontario needle exchange programs: best practice recommendations	Strike (2006)	http://www.health.gov.on.ca/English/providers/pub/aids/reports/ontario_needle_exchange_programs_best_practices_report.pdf
Policy and programming guide for HIV/AIDS prevention and care among injecting drug users	WHO (2005)	http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/policyprogrammingguide.pdf
Advocacy guide: HIV/ AIDS prevention among injecting drug users	WHO, UNAIDS, UNODC (2004)	http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/en/advocacyguideen.pdf
Evidence for action: effectiveness of community-based outreach in preventing HIV/AIDS among people who inject drugs	WHO (2004)	http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/evidenceforactionreprint2004.pdf
Interim policy on collaborative TB/HIV activities. 1st ed.	WHO (2004)	http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_HTM_TB_2004.330_eng.pdf
BCG vaccine: WHO position paper	WHO (2004)	http://www.who.int/wer/2004/en/wer7904.pdf
Background paper for the technical consultation on effective coverage of health systems	WHO (2001)	http://www.who.int/health-systems-performance/technical_consultations/effcov_background.pdf

Irodalomjegyzék

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 [utoljára látogatva: 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 [utoljára látogatva: 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 (megjelenés alatt).

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 [utoljára látogatva: 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 [utoljára látogatva: 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.
202. Sylla L, Bruce RD, Kamarulzaman A, Altice FL. Integration and co-location of HIV/AIDS, tuberculosis and drug treatment services. Int J Drug Policy. 2007 Aug;18(4):306-12.
203. Elk R, Grabowski J, Rhoades H, Spiga R, Schmitz J, Jennings W. Compliance with tuberculosis treatment in methadone-maintained patients: behavioral interventions. J Subst Abuse Treat. 1993 Jul-Aug;10(4):371-82.
204. Batki SL, Gruber VA, Bradley JM, Bradley M, Delucchi K. A controlled trial of methadone treatment combined with directly observed isoniazid for tuberculosis prevention in injection drug users. Drug Alcohol Depend. 2002 May 1;66(3):283-93.
205. de Vries G, van Hest RA, Richardus JH. Impact of mobile radiographic screening on tuberculosis among drug users and homeless persons. Am J Respir Crit Care Med. 2007 Jul 15;176(2):201-7.
206. Uuskula A, Des Jarlais DC, Kals M, Ruutel K, Abel-Ollo K, Talu A, et al. Expanded syringe exchange programs and reduced HIV infection among new injection drug users in Tallinn, Estonia. BMC Public Health. 2011 Jun 30;11(1):517.