European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

Udhëzues i ECDC dhe EMCDDA

Parandalimi dhe kontrolli i sëmundjëve infektive ndërmjet njerëzve të cilët injektojnë droga

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

Udhëzues i **ECDC** dhe **EMCDDA**

Parandalimi dhe kontrolli i sëmundjeve infektive ndërmjet njerëzve të cilët injektojnë droga

European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction

Përmbajtja e këtij udhëzuesi përmbledhës u krijua nga Qendra Evropiane për Parandalimin dhe Kontrollin e Sëmundjeve (ECDC) dhe Qendra Evropiane Monitoruese për Drogat dhe Varësinë nga Drogat (EMCDDA) me mbështetjen e një krupi teknik këshillimor të përbërë nga politikë-bërës, ofrues të shërbimeve, përfaqësues të shoqërisë civile dhe ekspertë parandalues për shëndetin nga e gjithë EU/EEA.

Udhëzuesi u shkrua nga Mika Salminen, Anastasia Pharris dhe Andreas Sandgren nga ECDC dhe prej Dagmar Hedrich dhe Lucas Wiessing prej EMCDDA. Botimi mbi *Ndërhyrjet e pakta tek programet e ages dhe shiringës* u krijuan nga Anna Tarján dhe Robert Csák, kutia për *Shtimi mbulues i shërbimeve* nga Kristi Rüütel, dhe pjesa mbi *Testimin e pikës së përkujdesjes* u krijua nga Henrikki Brummer-Korvenkotio. Hans Blystad ka kontribuoi në mënyrë të veçantë në pjesën mbi ekzaminimin, testimet dhe trajtimin e tuberkulozit. Tuukka Tammi kontribuoi në bazën e treguesve për pjesën mbi vlerat thelbësore. Komentet shtesë u ofruan nga Frode Forland, Erika Duffel, Giedrius Likatavicius, Teymur Noori dhe Marita van de Laar në ECDC, dhe Alessandro Pirona, Marica Ferri, Teodora Grushkova dhe Roland Simon tek EMCDDA.

Nën kontratën ECDC/10/2246, Eva van Velzen dhe Sharon Hutchinson (Universiteti i Strathclyde/Mbrojtja e Shëndetit, Skoci), ka krijuar një kuadër për udhëzuesin dhe rishikim i pjesës së treguesve që kanë lidhje me programet e ages dhe shiringës dhe shërbimet e tjera; Nora Palmateer, Kirsty Roy, Alex Sánchez-Vivar, David Goldberg (Mbrojtja e Shëndetit, Skoci); Matt Hickman (Universiteti i Bristolit); Avril Taylor (Universiteti i perëndimit të Skocisë); Jeniffer Kelly dhe John Campell (Shërbimet e Varësisë Glasgow); dhe Vivian Hope (Shkolla Londineze e Higjienës dhe Mjekësisë Tropikale). Nën kontratën CC.10.RES.001, Georgie MacArthur dhe Matt Hickman (Universiteti i Bristolit), kanë krijuar një rishikim shtesë të treguesve qe kanë lidhje me trajtimin e drogës.

Udhëzuesi është botuar gjithashtu 'Me shkurtime' dhe i shoqëruar nga dy Raporte Teknike: 'Treguesit për efektivitetin e ndërhyrjeve për të parandaluar infeksionet midis njerëzve që injektojnë drogë. Pjesa 1: Programet e ages dhe shiringës dhe ndërhyrje të tjera për të parandaluar hepatitin C, HIV dhe sjelljet e rrezikshme të injektimit' dhe 'Pjesa : Trajtimi i Drogës për parandalimin e hepatitit C, HIV dhe sjelljet e rrezikshme të injektimit'.

Do të dëshironim të falënderonim anëtarët e mëposhtëm të Grupit Teknik Këshillimor të ECDC/ EMCDDA për informacionin e tyre të vlefshëm:

- Henrique Barros, Koordinator Kombëtar i SIDA-s, Ministria Portugeze e Shëndetësisë; Universiteti i shkollës mjekësore Porto, Portugali
- Hans Blystad, Instituti Norvegjez i Shëndetit Publik, Departamenti i Epidemiologjisë së Sëmundjeve Infektive, Norvegji
- Grazyna Cholewinska, Spitali i Varshavës për Sëmundjet Infektive, Poloni
- Hans Haltmayer, Lidhja Vjeneze e Projekteve Sociale, Austri
- Niklas Karlsson, Instituti Kombëtar për Kontrollin e Sëmundjeve Komunikuese, Suedi
- Astrid Leicht, Fixpunkt Berlin, Gjermani
- Xavier Majó i Roca, Programi mbi Abuzimin me Substancat, Departamenti i Shëndetit, Katalonja, Spanjë
- Luis Mendaõ, Forumi i Shoqërisë Civile të BE
- Viktor Mravcik, Qendra Evropiane Monitoruese për Drogat dhe Varësinë nga Drogat, Republika Ceke
- Anne Ovaska, Fondacioni A-klinikë, Finland
- Maria Prins, Shërbimet Shëndetësore Komunare Amsterdam, Hollandë
- Kristi Rüütel, Instituti Kombëtar Estonez për Zhvillimin e Shëndetit, Departamenti i Sëmundjeve Infektive, Departamenti i Sëmundjeve Infektive dhe Parandalimit të Abuzimit me Drogat, Estoni
- Ioana Tomus, Rrjeti Rumun i Kufizimit të Dëmit, Rumani

Citimet e sugjeruara: Qendra Evropiane për Parandalimin dhe Kontrollin e Sëmundjeve dhe Varësisë nga Droga. Parandalimi dhe kontrolli i sëmundjeve infektive midis atyre që injektojnë droga. Stokholm: ECDC; 2011-11-19

Stokholm, Tetor 2011
ISBN 978-92-9193-313-6
doi 10.2900/58565

© Qendra Evropiane për Parandalimin dhe Kontrollin e Sëmundjeve, 2011
© Qendra Evropiane Monitoruese për Drogat dhe Varësinë ndaj Drogës, 2011

Riprodhimi është i autorizuar, nëse burimi është në dijeni.

Përmbajtja

SHKURTIMET DHE FJALORI 6

PËRMBLEDHJA E ZBATUESHME 7

Shtatë ndërhyrjet kyçe të rekomanduara 7

Arritja e sinergjisë: bashkimi i ndërhyrjeve kyçe 8

Audienca në objektiv 8

Udhëzuesi i shëndetit publik i mbështetur mbi treguesit 8

Koordinimi kombëtar 8

Masat e përgatitura për situatën kombëtare 8

PARATHËNIE 9

Infeksioni ndërmjet atyre që injektojnë drogë 9

Përse është e rëndësishme kjo? 12

Qëllimet, objektivat dhe metodologjia 12

Shtrirja 13

Lexuesit në objektiv 14

VLERAT THELBËSORE TË PARANDALIMIT TË INFEKSIONEVE NDËRMJET NJERËZVE TË CILËT INJEKTOJNË DROGË 15

Parimet e parandalimit 15

Parimet e ofrimit të shërbimit 16

NDËRHYRJET E REKOMANDUARA PËR PARANDALIMIN E INFEKSIONEVE DHE KONTROLLIN NDËRMJET ATYRE QË INJEKTOJNË DROGË 19

Përbërësit kyç të ndërhyrjes 19

Kombinimi i ndërhyrjeve kyçe për të arritur sinergjinë 19

ZHVILLIMI DHE OFRIMI I PROGRAMEVE PËR PARANDALIMIN E SËMUNDJEVE INFEKTIVE DHE KONTROLLIN NDËRMJET NJERËZVE TË CILËT INJEKTOJNË DROGA 21

Bashkëpunimi dhe koordinimi 21

Shtatë ndërhyrje kyçe të rekomanduara 22

Pajisja e injektimit 22

Vaksinimi 24
Trajtimi i varësisë së drogës 25
Analiza 28
Trajtimi i sëmundjeve infektive 30
Promovimi i shëndetit 31
Shpërndarja e shënjestruar e shërbimeve 33

NJOHJA DHE KUPTIMI I SITUATËS KOMBËTARE 41

Monitorimi i përdorimit problematik të drogës dhe reagimet 41

Mbikëqyrja e infeksioneve 41

Monitorimi dhe vlerësimi i programeve 42

Përcaktimi i objektivave për mbulimin e ndërhyrjes 42

SHTOJCA A: EPIDEMIOLOGJIA E PËRDORIMIT TË DROGËS ME INJEKTIM NDËRMJET ATYRE TË CILËT INJEKTOJNË DROGË NË EU/EEA 44
Përdorimi i drogës me injektim 44
HIV 44
Hepatiti B dhe C 44
Tuberkulozi 45
Virusi i Hepatitit A 46
Infeksionet bakteriale të lëkurës dhe ato sistemime 46
Infeksionet e transmetuara seksualisht 46
Virusi njerëzor T-limfotropik i llojit II (HTLV-II) 46

SHTOJCA B. NDËRHYRJET KYÇE PËR TË PARANDALUAR INFEKSIONET NDËRMJET ATYRE QË INJEKTOJNË DROGË 47

SHTOJCA C. UDHËZUESI SHTESË DHE UDHËZUESIT TEKNIKË 52

REFERENCAT 54

Shkurtimet dhe Fjalori

ECDC	Qendra Evropiane për Parandalimin dhe Kontrollin e Sëmundjeve
EEA	Zona Evropiane Ekonomike
EFTA	Shoqata Evropiane e Tregtisë së Lirë
EMDCCA	Qendra Evropiane Monitoruese për Drogat dhe Varësinë nga Drogat
Fqinjësia Evropiane	Shtetet Anëtare të BE dhe fqinjët e tyre gjeografikë, vendet kandidate dhe me mundësi kandidimi të BE, vendet e EFTA dhe EEA
BE	Bashkimi Evropian
HAV	Virusi i Hepatitit A
HBV	Virusi i Hepatitit B
HCV	Virusi i Hepatitit C
HIV	Virusi i imunodeficiencës humane
Promovimi i Shëndetit	Promovimi i shëndetit është procesi që ju bën të mundur njerëzve shtrirjen e kontrollit dhe përmirësimin e shëndetit të tyre. Promovimi i shëndetit nuk përfshin vetëm informacionin dhe dhënien e mbështetjes, por edhe këshillimin për uljen e rrezikut.
IGRA	Analiza e çlirimit të interferonit gama, një ekzaminim gjaku për tuberkulozin
Shërbimet me prag të ulët	Shërbimet me prag të ulët janë shërbimet sociale dhe shëndetësore për ata të cilët përdorin droga; këto zakonisht ofrojnë një vend që të jetë për edukimin shëndetësor dhe këshillimin, programet e ages dhe shiringës, referimi për trajtimin e drogës, dhe në disa raste edhe një vend për të fjetur. Trajtimi i pragut të ulët ka për qëllim gjithashtu që të arrijë në më shumë përdorues me format e përdorimit problematik të drogës më herët dhe të mbeten në kontakt me ta për të parandaluar dëmtimin e shëndetit ndërkohë që nuk kërkohet abstinenca.
NSP	Programet e ages dhe shiringës
OST	Trajtimi i zëvendësimit të opioidëve
Problemi i përdorimit të drogës	Përdorimi i drogës me injektim ose përdorimi i opioidëve, kokainës dhe amfetaminave për një kohë të gjatë/të rregullt
Shkëmbimi dytësor i shiringës	Shpërndarja e pajisjeve sterile të injektimit tek një përdorues i shërbimit, i cili ë pas i rishpërndan tek të tjerët në rrjetin e tij ose të saj social. Në disa mjedise kësaj i referohet edhe si 'shpërndarja e barabartë'.
STI	Infeksion i transmetuar seksualisht
TB	Tuberkulozi
TST	Testimi në lëkurë i tuberkulinës
UNAIDS	Programi i bashkuar i Kombeve të Bashkuara për HIV/SIDA
WHO	Organizata Botërore e Shëndetësisë

Përmbledhja e zbatueshme

Që prej shfaqjes së epidemisë së HIV ndërmjet atyre që injektonin drogë në mesin e viteve 1980, shumë vende evropiane kanë arritur një progres thelbësor në masat e bazuara mbi treguesit për të parandaluar dhe kontrolluar sëmundjet infektive ndërmjet këtij grupi. Në vitet 1990, vendet e BE filluan të zhvillonin politika të përbashkëta parandalimi si në fushën e HIV/SIDA dhe për drogën dhe varësinë ndaj drogës, e cila përfshinte krijimin e agjencive të BE për të monitoruar situatën e drogës (EMCDDA më 1993) dhe për të parandaluar dhe kontrolluar infeksionet (ECDC më 2005). Në dy dekadat e shkuara, ndërhyrjet parandaluese dhe trajtuese janë shtrirë dhe janë përshkallëzuar. Sipas raporteve për vitin 2009, më shumë se gjysma e popullatës së përllogaritur si përdoruese e opioideve mori trajtim zëvendësues, dhe shumë vende kanë krijuar programet e ages dhe shiringës me shtimin e mbulesës ndërmjet atyre që injektonin droga. Të dhënat nga vendet me sisteme mbikëqyrjeje të përforcuara mirë sugjerojnë se numri i infektimeve të reja me HIV midis atyre të cilët injektojnë droga, gjatë dekadës së fundit, është ulur në mënyrë të konsiderueshme në pjesën më të madhe të vendeve të BE, por jo tek të gjithë.

Tek fqinjët evropianë, përdorimi i drogës me injektim mbetet një faktor madhor i ndjeshmërisë së transmetimit të sëmundjeve që transmetohen nga gjaku dhe sëmundjet e tjera infektive, duke përfshirë HIV, hepatitin B dhe C, tuberkulozin, infeksionet bakteriale të lëkurës dhe të indeve të buta, dhe infeksionet sistemime. Përllogaritjet e njerëzve të cilët injektojnë drogë sugjerojnë se ka një popullatë të konsiderueshme të rrezikuar për këto infeksione në të gjitha vendet evropiane. Të patrajtuara, këto infeksione rezultojnë të jenë një barrë e madhe për sistemet shëndetësore evropiane, vuajtje të konsiderueshme të individëve, si dhe kosto të larta trajtimi.

Është vënë në dukje se trajtimi pragmatik parandalues i shëndetit publik mund të ketë ndikim të fuqishëm në reduktimin e përhapjes së sëmundjeve të transmetuara nëpërmjet gjakut dhe infeksionet e tjera tek ata të cilët injektojnë droga. Parandalimi është i realizueshëm dhe efektiv, nëse implementohet ashtu siç duhet.

Shtatë ndërhyrjet kyçe të rekomanduara

Ky udhëzues i përmbledhur i ECDC dhe EMCDDA, i bazuar në tregues, identifikon praktikat e mira për parandalimin dhe kontrollin e sëmundjeve infektive ndërmjet njerëzve që injektojnë droga.

Bazuar mbi treguesit më të qëndrueshëm në dispozicion, opinioni e ekspertëve, dhe praktikën më të mirë të EU/EEA, përbërësit e mëposhtëm të ndërhyrjes duhet të zbatohen, dhe nëse është e mundur, të kombinohen për të arritur efektin maksimal parandalues përmes sinergjisë:

Përbërësit kyç të ndërhyrjes

Pajisja e injektimit: Ofrimi, dhe e drejta ligjore e afrimit ndaj, pajisjeve injektuese të pastra, duke përfshirë furnizim falas, të mjaftueshëm të ageve sterile, si pjesë e një trajtimi të kombinuar të shumë përbërësve, e zbatuar nëpërmjet programeve të reduktimit të dëmtimit, këshillimit dhe trajtimit.

Vaksinimi: Vaksinat e hepatitit A dhe B, tetanosit, gripit, dhe, në veçanti për personat që janë HIV-pozitive, vaksinën e pneumokokut.

Trajtimi i varësisë së drogës: Trajtimi i zëvendësuesve të opioidëve dhe forma të tjera efektive të trajtimit të varësisë ndaj drogës.

Analiza: Në mënyrë rutinë ofrohet dhe lidhet me trajtimin kryerja e analizave vullnetare dhe të fshehta dhe informimin e aprovuar për HIV, HCV (HBV për të pavaksinuarit) dhe infeksione të tjera, duke përfshirë TB.

Trajtimi i sëmundjeve infektive: Trajtim me antiviralë, bazuar mbi treguesit klinikë për ata që janë të infektuar me HIV, HBV ose HCV. Trajtim me anti-tuberkuloz për rastet aktive të TB. Për rastet latente duhet të merret parasysh terapia profilaktike e TB. Trajtimi për sëmundjet e tjera infektive duhet të ofrohet sipas të dhënave klinike.

Promovimi i shëndetit: Promovimi i shëndetit i fokusuar në mënyrat e sigurta të reagimit për injektimet; shëndeti seksual, duke përfshirë përdorimin e kondomit; dhe parandalimi i sëmundjeve, analizat dhe trajtimi.

Shpërndarja e shënjestruar e shërbimeve: Shërbimet duhet të kombinohen, të organizohen dhe të shpërndahen në përputhje me nevojat e përdoruesve dhe kushtet vendore; kjo përfshin ofrimin e shërbimeve nëpërmjet njësive të shpërndara dhe fikset cilat ofrojnë trajtimin e drogës, reduktimin e rrezikut, këshillimin dhe testimet, dhe referimet tek shërbimet mjekësore parësore të përgjithshme dhe të specializuara.

Arritja e sinergjisë: bashkimi i ndërhyrjeve kyçe

Studimet e fundit dhe eksperienca nga programet e suksesshme të parandalimit dokumentojnë vlerën e shtuar të ofrimit të një sërë masave efektive të ndërhyrjes në të njëjtat vend-zhvillime, dhe të ofrimit të ndërhyrjeve të kombinuara në përputhje me nevojat e klientëve, për të arritur efektin maksimal në parandalimin e infeksioneve.

Audienca në objektiv

Ky udhëzues ka për qëllim të mbështesë politikë-bërësit në Evropë për planifikim kompetent, të bazuar mbi tregues, pragmatik dhe reagime racionalet krijuara për shëndetin publik për të parandaluar dhe kontrolluar infeksionin ndërmjet atyre të cilët injektojnë droga. Ai synon planifikuesit e shëndetit publik dhe marsit e vendimeve të cilët punojnë në fushën e sëmundjeve infektive, shëndetit të përgjithshëm publik, varësisë dhe shëndetit mendor, shërbimeve sociale dhe kontrollin e drogës në nivele kombëtare dhe rajonale.

Udhëzuesi i shëndetit publik i mbështetur mbi treguesit

Rezultatet e kërkimit që kanë lidhje me udhëzuesin janë rishikuar dhe vlerësuar duke përdorur parimet e mjekësisë të bazuar mbi tregues (EBM) të adaptuar brenda një kuadri të shëndetit publik. Për të krijuar udhëzuesin, janë rishqyrtuar në mënyrë gjithëpërfshirëse tregues të nivelit të lartë shkencor, dhe rezultatet janë bashkuar me njohuritë e ekspertëve dhe këshillat mbi përfitimin dhe dëmtimin. Praktikat më të mira si dhe preferencat e përdoruesve kanë kontribuuar për zhvillimin e ndërhyrjeve kyçe të sugjeruara në këtë dokument.

Koordinimi kombëtar

Një kusht paraprak për shpërndarjen e ndërhyrjeve kyçe është bashkëpunimi kombëtar dhe vendor, dhe koordinimi ndërmjet sektorëve. Konsensusi kombëtar për të krijuar dhe respektuar në mënyrë të ndërsjellët janë thelbësore kur arrihet tek zbatimi i suksesshëm i ndërhyrjeve. Për objektivat, aktorët nëpër të gjithë sektorët duhet të bien dakord, dhe në mënyrë të veçantë ata të cilët përfshihen me njerëzit të cilët injektojnë drogë.

Masat e përgatitura për situatën kombëtare

Në mënyrë që të sigurohet se ndërhyrja i shërben më së miri popullatës së atyre të cilët injektojnë droga, duhet të ketë mbikëqyrje të mjaftueshme të problemit të injektimit të drogës dhe infeksioneve në nivelet kombëtare dhe sub-kombëtare. Masat e marra duhet të monitorohen ën mënyrë të vazhdueshme dhe të vlerësohen në termat e reagimit, ndikimit, rëndësisë she shkallës së mbulimit. Investimi në sistemet e përshtatshme të mbikëqyrjes si për përdorimin e drogës edhe për sëmundjet infektive është i nevojshëm dhe efektiv në kosto.

Treguesit sugjerojnë se nivelet e larta të mbulimit të programeve të ages dhe shiringës dhe zëvendësuesve të opioidëve për injektues droge janë më efikase sesa nivelet më të ulëta të mbulimit. Qëllimi duhet të jetë që të sigurohet se shërbimet që ofrohen përputhen me nevojat dhe kërkesat vendore. Kërkesat që nuk arrihen për shërbimet e shkëmbimet e ages dhe shiringës ose koha e pritjes për trajtimin e drogës tregojnë mungesë efikasiteti në parandalim.

Parathënie

Infeksioni ndërmjet atyre që injektojnë drogë

Që prej shfaqjes së HIV epidemik ndërmjet njerëzve të cilët injektonin drogë në mesin e viteve 1980, shumë vende evropiane kanë arritur një sukses të dukshëm në zbatimin e masave të bazuara mbi treguesit për të parandaluar dhe kontrolluar sëmundjet infektive në këtë grup. Në vitet 1990, vendet e BE filluan të zbatonin politika të zakonshme parandaluese në fushat e HIV/SIDA-s dhe drogës e varësisë ndaj drogës, të cilat përfshinë krijimin e agjencive të BE për monitorimin për drogën (në 1993) dhe infeksioneve (në 2005) (3). Gjatë dekadave pasuese, ndërhyrjet u përshkallëzuan: për shembull, në vitin 2009 u raportuan rreth 700 000 zëvendësime opioidesh, më shumë se gjysma e popullatës së përllogaritur e përdoruesve të opioidëve (4). Përpjesëtimi i njerëzve të cilët injektonin drogë ndërmjet të infektuarve të rinj me HIV dhe numrit të të infektuarve në këtë grup u ul në mënyrë të konsiderueshme në shumë vende të BE.. Sidoqoftë, në fqinjësinë evropiane, përdorimi i drogës me injektim mbetet një faktor madhor i ndjeshmërisë për të mësuar sëmundjet infektive të transmetuara nëpërmjet gjakut dhe sëmundjet e tjera infektive. Parashikimi i numrit të njerëzve të cilët injektojnë drogë sugjerojnë se ka një numër domethënës të popullatave të rrezikuara në të gjitha vendet evropiane (5). Modelet e përdorimit të injektimit ndryshojnë ndërmjet rajoneve, me mbizotërimin e përdorimit të opioidëve me injektim në të gjitha vendet dhe një përpjesëtim të rëndësishëm të injektimit të simulantëve (kryesisht amfetaminës) në pjesët veriore dhe lindore të Evropës. Përdorimi i shumë drogave e komplikon më tej modelin (5).

Infeksionet për të cilat njerëzit të cilët injektojnë drogë mund të kenë rrezik të shtuar:

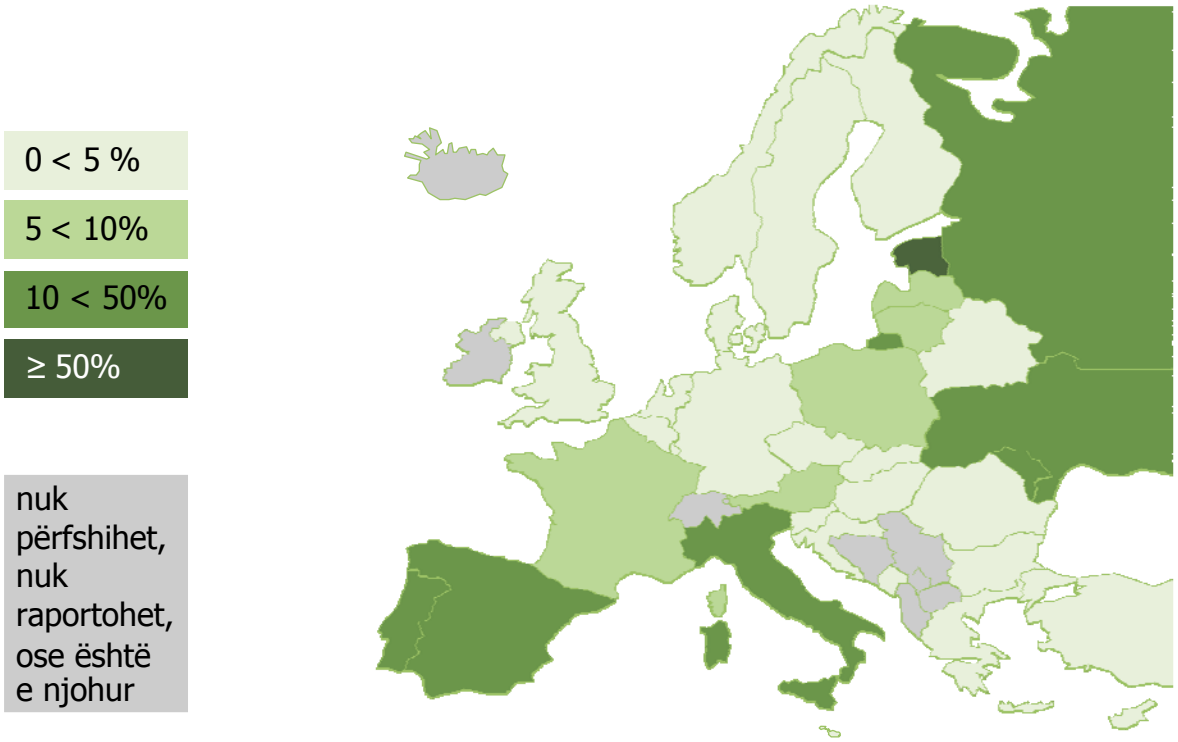
- infeksioni HIV;
- hepatiti A;
- hepatiti B (HBV);
- hepatiti c (HCV);
- hepatiti D;
- tuberkulozi (TB)
- infeksione të lëkurës dhe indeve të buta të shkaktuara nga *Staphylococcus aureus* (duke përfshirë edhe *Staphylococcus aureus* rezistent i meticilinës, MRSA) dhe infeksionet e streptokokut (p.sh. endokardit, fascitis nekrotizues);
- sepsisi sistemik i rëndë (p.sh. infeksionet me *Clostridium novyi, Bacillus anthracis*);
- STI të tjera, përveç infeksionit të HIV ose hepatitit (p.sh. infeksioni i klamidias, sifilizit, gonorresë);
- infeksionet respiratore të tilla si pneumonia, difteria dhe gripi;
- botulism i plagëve;
- tetanosi;
- infeksionet e virusit njerëzor T-limfotropik të llojit II (HTLV-II)

Infeksionet e zakonshme që kalojnë në gjak në këtë grup përfshijnë virusin e imunosuficiencës njerëzore (HIV), virusin e hepatitit C (HCV), dhe virusin e hepatitit B (HBV). Mekanizmi kryesor i transmetimit për këto infeksione është përdorimi i përbashkët i pajisjeve injektuese ndërmjet përdoruesve, të tilla si shiringat, aget, mjetet e përzierjes së drogës dhe paraphernalia të tjera të përgatitjes së drogës. Në vijim të përhapjes përmes pajisjeve të injektimit, është edhe transmetimi i seksual i HIV dhe HBV, të dyja brenda popullatës së njerëzve të cilët injektojnë drogë dhe prej injektuesve aktualë ose të mëparshëm tek partnerët e tyre seksualë ose tek klientët. Ndërkohë që të gjitha infeksionet e mësipërme virale transmetohen lehtësisht nëpërmjet përdorimit të përbashkët të pajisjeve injektuese të përdorura, rreziqet e transmetimit variojnë. Krahasuar me infeksionin e HIV, infeksioni i hepatitit C është i karakterizuar kryesisht nga përqendrimet relativisht të larta të virusit në gjak, jo vetëm gjatë fazës fillestare të infeksionit, por gjithashtu edhe tek ata që kthehen në të infektuar kronikë. Mendohet se kjo çon në një shkallë të lartë nivelit të transmetimit pas ekspozimit ndaj HCV kur individët e infektuar ose të pa infektuar përdorin së bashku aget, shiringat, ose pajisjet e tjera të përgatitjes së drogës. Përhapja e hepatitit C normalisht e tejkalon përhapjen e HIV në komunitetet e përdoruesve, dhe epidemitë e hepatitit C shpesh paraprijnë epidemitë e HIV në grupin e njerëzve të cilët injektojnë droga. Rreziku më i lartë i transmetimit mund të shpjegojë gjithashtu se përse HCV është më i vështirë për t'u kufizuar nëpërmjet zbatimit të ndërhyrjeve të vetme, dhe se përse mbulimi i ndërhyrjes mund të nevojitet për të reduktuar përqindjen e HCV në nivel popullate.

Ndërkohë që të dhënat më të fundit në dispozicion nga mbikëqyrja evropiane sugjerojnë se rastet e infektimit të HIV kanë rënë ë mënyrë të konsiderueshme në dekadën e fundit dhe ky numër vazhdon të bjerë më tej ndërmjet atyre të cilët injektojnë drogë, dhe ka ndryshime të qarta ndërmjet rajoneve të Evropës (6). Shumë Shtete Anëtare të BE kanë pasur në përvojën e tyre shpërthime të mëdha të infektimeve me HIV ndërmjet njerëzve të cilët injektonin drogë në vitet 1980 dhe 1990, ndërkohë që pjesa më e madhe e pjesës lindore të rajonit Evropian, duke përfshirë disa Shtete

Anëtare të BE, kanë përjetuar shpërthime të mëdha ë fillim të viteve 2000. Kjo ka çuar në krijimin e përhapjes së madhe të HIV ndërmjet injektuesve aktivë dhe të mëparshëm të drogave në disa vende brenda BE. Disa vende evropiane-lindore, të cilat janë në kufi me BE janë ndikuar veçanërisht shumë nga përhapja e shpejtë e infektimeve me HIV ndërmjet popullatës që injekton droga. Disa shtete të BE, si dhe disa vende fqinjë, raportojnë një përhapje të lartë të infektimit të njëkohshëm me HIV dhe tuberkuloz ndërmjet njerëzve të cilët kanë injektuar droga.

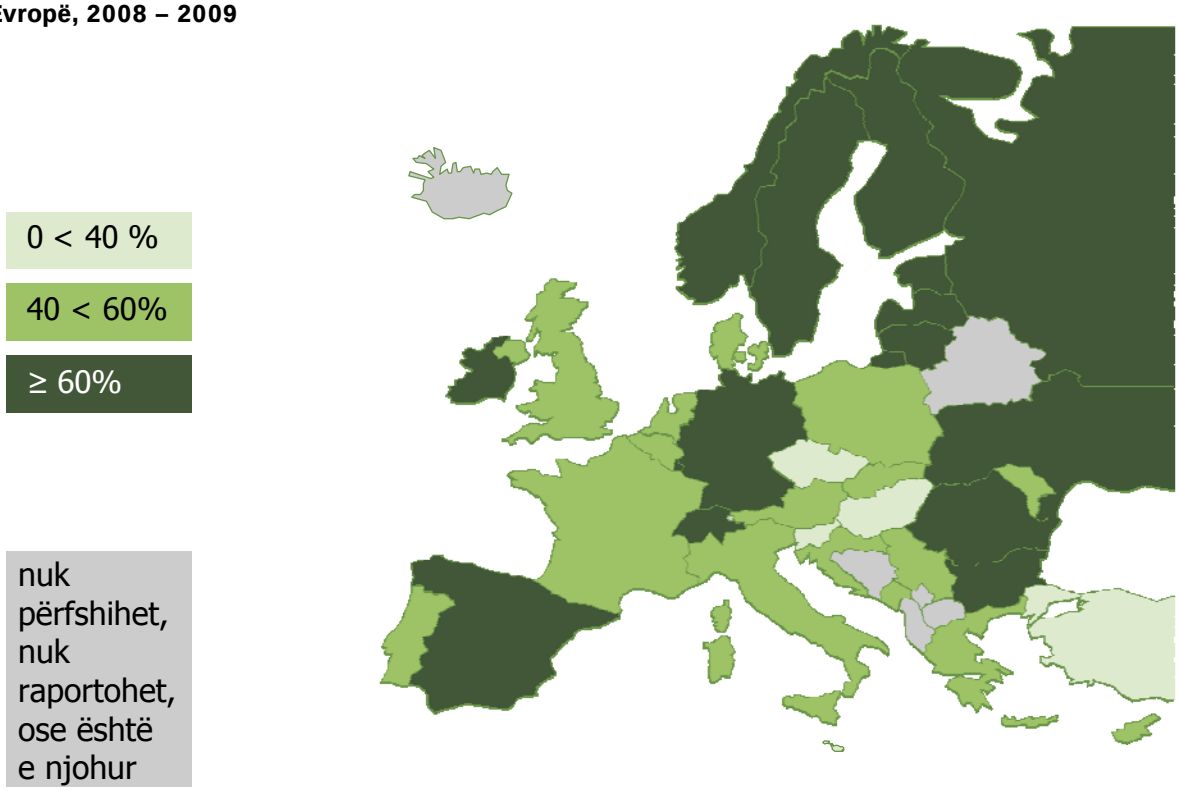
Figura 1: Përhapja e HIV ndërmjet njerëzve të cilët injektojnë droga; Evropë, 2008 – 2009



Burimi: EMCDDA dhe Reitox National Focal Points (vendet e EMCDDA: BE, Kroacia, Turqia dhe Norvegjia); Mathers et al., Lancet 2008 (shtete të tjera). Ngjyra tregon qendrën e të dhënave kombëtare, ose nëse nuk është në dispozicion, atë të të dhënave vendore. Për shtetet EMCDDA, të dhënat janë kryesisht prej 2008-2009. Kur të dhënat e viteve 2008-2009 nuk janë në dispozicion, atëherë përdoren të dhëna më të vjetra. Të dhënat EMCDDA janë sub-kombëtare për Kroacinë, Holandën, Turqinë, Suedinë, Mbretërinë e Bashkuar, Belgjikën, Bullgarinë, Lituaninë, Francën, Estoninë, Irlandën; për vendet jo- EMCDDA ky informacion nuk është i disponueshëm.

Infeksionet e viruseve të hepatitit B dhe C janë të zakonshme ndërmjet injektuesve aktivë dhe të mëparshëm, dhe një e kaluar e përdorimit të drogave me injektim është faktori më i shpeshtë rrezikues në Evropë, në mënyrë të veçantë për infektimin me hepatitin C. Koha e shfaqjes së infeksionit të hepatitit C në popullatë nuk është kuptuar mirë, por ka të ngjarë që virusi të paraprijë HIV me disa dekada. Të dhënat e mbikëqyrjes evropiane mbi shpeshtësinë e infektimeve të reja kanë standardizim të dobët, duke e bërë të vështirë përcaktimin e prirjes përmes rajonit (7). Megjithatë, studimet në objektiv për përhapjen kanë parë një përhapje të lartë dhe treguesit për shpërthimet e shpeshta ndërmjet përdoruesve në thuajse të gjitha zonat gjeografike të studiuara (5, 8-9). Më e rëndësishmja është se ka një lidhje të fortë ndërmjet kohëzgjatjes së përdorimit të drogave me injektim dhe infeksionit të hepatitit C (10) Infektimi i njëkohshëm me më shumë se një lloj hepatiti, ose infektimi i njëkohshëm me HIV dhe hepatit C paraqet sfida të shtuara klinike dhe parandaluese në shumë pjesë të Evropës (1).

Figura 2: Përhapja e antitrupave të hepatitit C ndërmjet njerëzve të cilët injektojnë droga; Evropë, 2008 – 2009



Burimi: EMCDDA dhe Reitox National Focal Points (vendet e EMCDDA: BE, Kroacia, Turqia dhe Norvegjia); Nelson et al., Lancet 2011; IHRA, EHRN dhe Zyra Rajonale e WHO për Evropën (shtete të tjera). Ngjyra tregon qendrën e të dhënave kombëtare, ose nëse nuk është në dispozicion, atë të të dhënave vendore. Për shtetet EMCDDA, të dhënat janë kryesisht prej 2008-2009. Kur të dhënat e viteve 2008-2009 nuk janë në dispozicion, atëherë përdoren të dhëna më të vjetra. Të dhënat EMCDDA janë sub-kombëtare për, Turqinë, Mbretërinë e Bashkuar, Francën, Sllovakinë, Holandën, Belgjikën, Poloninë, Bullgarinë, Spanjën, Suedinë, Irlandën, Letoninë, Gjermaninë, Lituaninë, , Rumaninë, Estoninë. Për vendet jo- EMCDDA ky informacion nuk është i disponueshëm.

Përveç HIV dhe hepatitit B dhe C, është vënë në dukje se infeksionet e shkaktuara nga virusi njerëzor T-limfotropik i llojit II (HTLV-II) kanë qenë të përhapura ndërmjet njerëzve të cilët përdornin drogën me injektim fillimisht që në vitet 1970 (11). Ka pasur raportime të shpërthimit të hepatitit A nëpër BE brenda grupeve të njerëzve të cilët injektojnë droga, megjithëse, është sfiduese të veçohet rreziku i injektimit nga faktorët e tjerë rrezikues të tillë si higjiena e dobët (12 – 15).

Njerëzit, të cilët injektojnë droga, në mënyrë të veçantë ata të cilët janë të veçuar nga ana sociale, janë jo vetëm të ndjeshëm ndaj infeksioneve prej viruseve që qarkullojnë në gjak, por gjithashtu janë të ekspozuar edhe ndaj infeksioneve të tjera. Një listë e këtyre infeksioneve është ofruar në një kuti të tekstit ë faqen 3 (16), dhe informacioni shtesë mbi epidemiologjinë e këtyre sëmundjeve paraqitet në Shtojcën A. Këto përfshijnë infeksionin e lokalizuar tek plaga dhe tek zona e injektimit, infeksionet sistemime, infeksionet e transmetuara seksualisht dhe infeksionet e rrugëve të frymëmarrjes, siç është tuberkulozi. Ndërmjet njerëzve të cilët injektojnë droga është raportuar edhe tetanosi. Në disa njësi, personat të cilët kanë një histori të injektimit të drogave përbëjnë rreth gjysmën e rasteve të raportuara me tetanos (17). Shpërthimet e tetanosit janë të dokumentuara në popullatën e përdoruesve të drogës, në mënyrë të veçantë tek përdoruesit që raportojnë injeksione subkutane të heroinës dhe kanë histori të imunizimit të pjesshëm ose mungesës së plotë të tij (8 – 19).

Në disa vende evropiane është kontrolluar përhapja e infeksioneve të cilat kanë lidhje me përdorimin e drogave me injektim, dhe raportet e infektimit janë në rënie (8). Kjo ka shumë të ngjarë të ketë qenë për shkak të një kombinimi të ndryshimit të mënyrës së reagimit në popullatën e përdoruesve, përshkallëzimin e shërbimeve të parandalimit, dhe trajtimin e sëmundjes e vaksinimin. Me gjithë këto zhvillime pozitive, nuk ka vend për vetëkënaqësi, pasi infeksionet e mbartura në gjak mund të përhapen në mënyrë të shpejtë ndërmjet njerëzve që injektojnë droga, përveçse kur rreziku i infeksioneve të shpërndara nëpërmjet injeksionit mund të mbahet vazhdimisht nen kontroll. Shumë studime të shpërthimit të përhapjes së HIV midis atyre të cilët injektojnë droga dokumentojnë një përhapje thuajse treguese në fazat e para dhe krijimin e shpejtë të niveleve të larta të përhapjes së HIV (20 – 21). E njëjta gjë është demonstruar edhe për hepatitin C, ku një kombinim i dozës së ulët të infektimit, shtrirjen e gjatësisë së mbijetesës virale jashtë trupit, dhe ngarkesën e lartë të vazhdueshme me virus tek infeksionet kronike mund të rezultojnë me krijimin e popullatës me përhapje të lartë në ndërmjet përdoruesve.

Me gjithë suksesin ën reduktimin e përhapjes së sëmundjeve në disa rajone të BE, llogaritjet në dispozicion tregojnë qartë se infeksionet ndërmjet njerëzve të cilët injektojnë drogë nuk janë parandaluar ende në mënyrë efektive në të gjithë zonat e fqinjësisë evropiane. Megjithëse të parandalueshëm, këto infeksione vazhdojnë të shkaktojnë një barrë të madhe të sëmundjes së Evropë dhe nivele të larta të vuajtjes personale.

Përse është e rëndësishme kjo?

Motivimi kryesor për parandalimin e infeksioneve ndërmjet njerëzve të cilët injektojnë drogë është se parandalimi është realizueshëm dhe efektiv nëse zbatohet në mënyrën e duhur. Varësia ndaj drogave ilegale është një gjendje mjekësore e cila, në bazat e shëndetit publik de ato etike, kërkon implementimin e masave efektive për të parandaluar sëmundjen dhe për të minimizuar dëmet e shkaktuara prej varësisë ndaj drogës. Masat efektive për të parandaluar infeksionet ekzistojnë, por ato ose nuk ofrohen, ose nuk janë të arritshme në përpjesëtimin e lartë të atyre të cilët akne nevojë për këto masa.

Nga perspektiva e shëndetit publik, nën-popullatat me ngarkesë të lartë të infeksionit kanë të dyja efekte rënduese direkte dhe indirekte mbi shoqërinë, dhe parandalimi i infeksioneve mund ti minimizojë këto kosto. Së pari, sëmundshmëria direkte për shkak të formave të rënda të infeksioneve kronike rezulton në kosto të larta të trajtimit dhe kujdesit midis atyre që janë infektuar. Së dyti, humbja e produktivitetit njerëzor ndërmjet atyre që janë të prekur rëndë shton kostot sociale. Së treti, një përhapje e lartë e sëmundjes ndërmjet përdoruesve të drogave mund të shtojë rrezikun e shtimit të përhapjes në popullatën e gjerë, në mënyrë të veçantë kur përhapja e lartë mbetet e tillë për periudha të gjata kohore.

Së fundi, dështimi për të neutralizuar një pasojë që mund të shmanget të një forme të veçantë të varësisë së rëndë mund të interpretohet si indiferencë ndaj premtimit të BE për të promovuar drejtësinë sociale dhe mbrojtjen, siç merret përsipër në konventat ndërkombëtare, duke përfshirë edhe Kartën Themelore të të Drejtave të Bashkimit Evropian dhe të Traktatit të Lisbonës (22 – 23).

Ndërkohë që eliminimi i përdorimit të drogave ilegale ose i injektimit të drogave, në parim, do të ishte një ndërhyrje e mirë për parandalimin e sëmundjeve infektive, eksperienca globale ka treguar se diçka e tillë nuk mund të arrihet vetëm nëpërmjet masave të shëndetit publik. Masat e rrepta të kontrollit të drogës nuk kanë qenë të suksesshme në eliminimin e plotë të rrezikut dhe dëmit që lidhet me drogat ilegale. Përkundrazi: ndërkohë që qartësohet se shqetësimi i shëndetit publik ishte drejtimi i këtij shqetësimi pas kontrollit të drogës, një vlerësim i shekullit për përpjekjet për të kontrolluar ndërkombëtarisht drogën nga UNODC zbuloi se sistemi i kontrollit të drogës dhe zbatimi i tij kanë pasur disa pasoja të pamenduara, duke përfshirë mungesën e investimit në mjetet e ndalimit të dëmit në shëndetin publik prej përdorimit të drogës. Përdorimi i drogës është kryesisht në varësi të faktorëve të tjerë socialë (një rishikim i të cilëve e tejkalon qëllimin e këtij udhëzuesi), dhe praktikat e përdorimit të drogës janë jashtëzakonisht të ndërvarura mbi nën-kulturat e përdoruesit të drogës dhe realitetet ekonomike, të cilat mund të jenë të vështira për t'u ndikuar. Megjithatë, eksperienca dhe treguesit kanë vënë në dukje se adaptimi i trajtimeve pragmatike të cilat adresojnë dhe kufizojnë rreziqet direkte të infektimit të cilat kanë lidhje me procedurën e injektimin dhe që paraqet masa të cilat ndihmojnë në ndalimin apo në reduktimin e injektimit mund të kenë një ndikim të fuqishëm mbi reduktimin e përhapjes së infeksioneve që mbarten në gjak midis atyre të cilët injektojnë droga.

Qëllimet, objektivat dhe metodologjia

Ky udhëzues i bazuar mbi treguesit është ndërtuar për të informuar për zhvillimin, monitorimin dhe vlerësimin e strategjive dhe programeve kombëtare në vendet e BE dhe ato të fqinjësisë evropiane për të parandaluar dhe trajtuar infeksionet ndërmjet njerëzve të cilët injektojnë droga. Udhëzuesi është në lidhje logjike me politikat ekzistuese të BE në fushën e drogave dhe të sëmundjeve infektive (24 – 27).

Udhëzuesi mbështetet mbi krijimin e vlerave thelbësore në pjesën e veçuar më poshtë.

Janë identifikuar shtatë ndërhyrje kyçe për të reduktuar dhe parandaluar infeksionet ndërmjet njerëzve të cilët injektojnë droga në Evropë. Këto janë të bazuara mbi treguesit më të qëndrueshëm shkencorë në dispozicion, të kombinuara me opinionin e ekspertëve dhe eksperiencën afat-gjatë dhe të mirë-dokumentuar të ofruesve të shërbimeve dhe preferencat e përdoruesve të shërbimeve.

Dy Raporte Teknike të ECDC/EMCDDA ofrojnë një rishikim të bazës së treguesve që janë pas ndërhyrjeve të rekomanduara këtu: 'Treguesit për efektshmërinë e ndërhyrjeve për të parandaluar infektimet ndërmjet njerëzve të cilët injektojnë droga. Pjesa 1: Programet e ages dhe shiringës dhe ndërhyrje të tjera për parandalimin e hepatitin C, HIV dhe sjelljet e rrezikshme të injektimit' dhe 'Pjesa 2: Trajtimi i drogës për të parandaluar hepatitin C, HIV dhe sjelljet e rrezikshme të injektimit'.

Baza e treguesve

Në procesin e krijimit të këtij udhëzuesi, u vlerësuan në mënyrë sistematike rishikimet e treguesve që mbulonin një numër të madh të studimeve parësore mbi ndërhyrjet kyçe, duke përdorur një metodë[1] me standardizim të lartë të 'rishqyrtimit të rishqyrtimeve'. U krahasuar imtësisht dhe u paraqitën përfundimet e studimeve të cilat përdorin skemat më të qëndrueshme shkencore sipas efektivitetit që ato nxirrnin, duke sintetizuar rezultatet në termat e skemës së studimit, numrit të rasteve të përfshira në këto studime duke ndarë të njëjtat rezultate – faktorët të cilët përcaktojnë qëndrueshmërinë e treguesve. Treguesit që rezultonin në nivelin më të lartë nga ky 'rishqyrtim i rishqyrtimeve' u bashkua me rezultatet e kërkimeve më të fundit parësore që nuk ishin kapur ende nga dokumentimet e rishikimeve. Studimet parësore u përdorën gjithashtu, kur nuk kishte në dispozicion rishqyrtime sistematike në lidhje me efektivitetin e ndërhyrjeve. Metodologjia e përdorur për të identifikuar dhe përzgjedhur rishqyrtimet, studimet parësore dhe rezultatet janë përshkruar në detaje në dy raporte teknike që shoqërojnë udhëzuesin.

Megjithatë, në fushën e shëndetit publik nuk është e mundur të përftohet lloji i niveleve të qëndrueshme të treguesve të cilat mund të rrjedhin nga studimet eksperimentale, të tilla si provat e rastësishme të kontrollit (RCT). Disa prej ndërhyrjeve të shëndetit publik – për arsye etike – mundet që të mos testohen në një mënyrë eksperimentale (duke jua ofruar ato një grupi dhe duke ia kufizuar një grupi tjetër). Gjithashtu, kontrolli i faktorëve bashkë-themelues në kushtet e jetës reale do të ishin tepër komplekse dhe kërkojnë skema të shtrenjta studimi frenues. Një tjetër pengesë për identifikimin e përfundimeve të rëndësishme statistikore pozitive ose negative të ndërhyrjeve në këtë fushë është ndodhja e rezultateve të përshtatshme, kështu që kërkimet duhet të mbulojnë një periudhë të gjatë për të mbledhur një numër të mjaftueshëm të ngjarjeve të cilat akne lidhje përpara daljes në konkluzione (28).

Lidhja ndërmjet treguesve dhe rekomandimeve nuk është domosdoshmërisht i drejtpërdrejtë: treguesit me cilësi të lartë nuk çojnë gjithnjë në rekomandime të fuqishme, dhe rekomandimet e fuqishme mund të dalin prej treguesve me cilësi të ulët. Në ato raste kur niveli i rishqyrtimit të treguesve mbi ndërhyrjet ishte pa konkluzione ose kur vihej re një mungesë e treguesve mbi ndërhyrjet, ky udhëzues hartohet më mirë mbi këshillën eksperte në lidhje me përfitimet e mundshme dhe dëmet e ndërhyrjeve të caktuara, sheh praktikat më të mira në shërbimet parandaluese në BR, dhe vlerëson studimet mbi preferencat e përdoruesve. Ndërkohë që opinioni i ekspertëve është konsideruar një nivel më i dobët i treguesve, ka kushte nën të cilat një grup ekspert mund të atribuojë forcë të madhe për rekomandimet në mungesë të treguesve të qëndrueshëm kërkimorë. Shembujt janë hidratimi i pacientëve në spital ose batanijet për të parandaluar rënien e temperaturës trupore tek pacientët me trauma – ndërhyrjet të cilat nuk janë të bazuara mbi tregues me bazë të qëndrueshme prej studimeve kërkimore shkencore, por përsëri janë tepër të rekomandueshme. Në Shtojcën B është vënë në dispozicion informacioni shtesë mbi arsyetimin pas çdo ndërhyrjeje të rekomanduar.

Shtrirja

Ky udhëzues është ndërtuar mbi përpjekjet e mëparshme në fushën e parandalimit të infeksionit ndërmjet njerëzve të cilët injektojnë droga, punë e veçantë është kryer nga WHO, UNAIDS dhe UNODC; në vijim, rekomandimet u konsultuar udhëzues të shumtë kombëtarë (shih Shtojcën C). Udhëzuesi i prezantuar përpiqet të japë një rishikim gjithëpërfshirës i njohurve më të mira në fushë duke e shtrirë punën e mëparshme për të përfshirë kombinimet e ndërhyrjeve kyçe. Qëllimi i tij është të ofrojë një sintezë të hollësishme e cila është jo vetëm që ka lidhje me çështjen për EU, por gjithashtu edhe për vendet e fqinjësisë. Udhëzuesi përmban referenca dhe lidhje me burimet e mëtejshme të cilat ofrojnë informacion shtesë të detajuar dhe përshkrime të zbatimit teknik (Shtojca C).

Ky udhëzues fokusohet kryesisht mbi ndërhyrjet dhe masat parandaluese të cilat trajtojnë rreziqet e infektimit direkt. Infeksionet kryesore të cilat mbulohen janë HIV, hepatiti B, hepatiti C dhe tuberkulozi (TB). Janë diskutuar gjithashtu disa infeksione të tjera për të cilët njerëzit të cilët injektojnë droga janë të ekspozuar të kenë rrezik të lartë, të tilla si infeksionet e lëkurës dhe të indeve të buta, hepatiti A dhe infeksionet e transmetuara seksualisht, por me më pak detaje. Udhëzuesi trajton çështje të tilla si janë njohuritë dhe e kuptuara, rreziqet e përgatitjes dhe injektimit të drogës, përdorimi i përbashkët i pajisjeve, vaksinimet, zëvendësuesit e drogës dhe format e tjera të trajtimit të drogës, në mënyrë që të reduktojë shpeshtësinë e injektimit dhe të shtojë trajtimin e zbatueshëm. Ai sugjeron gjithashtu mënyra të organizimit të shërbimeve të rëndësishme në mënyrë efektive.

Njerëzit të cilët injektojnë droga dhe që trajtohen në këtë udhëzues përfshijnë injektuesit e opioidëve dhe stimulantëve. Ndërkohë që fokusi i udhëzuesit është tek këto popullata 'tradicionale' injektuese, ndërhyrjet e propozuara mund të jenë gjithashtu të përshtatshme për grupet e reja apo të shfaqura të injektuesve, siç janë ata të cilët injektojnë droga për të shtuar interpretimin të tilla si anabolikët steroidë. Vrojtimet prej disa vendeve sugjerojnë se grupi i fundit i injektuesve mund të justifikojë monitorimin e mëtejshëm. Përdoruesit problematikë të drogës të cilët

[1] Metodologjia e 'rishqyrtimit të rishqyrtimeve' (Kelly et al., 2002) mbledh së bashku treguesit prej rishqyrtimeve të botuara në vend që të ndërmarrë një kërkim sistematik të literaturës parësore. Metodologjia e 'rishqyrtimit të rishqyrtimeve' përfshiu një kërkim sistematik të literaturës për rishqyrtimet e botuara; identifikimin e rishqyrtimeve të rëndësishme sistematike, meta-analitike dhe historike; vlerësimi kritik i rishqyrtimeve; dhe sinteza e gjetjeve.

nuk injektojnë, ka të ngjarë të përfitojnë prej shumë ndërhyrjeve që diskutohen këtu, megjithëse nuk janë shënjestra kyçe për këtë udhëzues.

Udhëzuesi nuk diskuton gjerësisht përdorimin e trajtimit me anti-viralë si parandalues në nivel popullate, por bën të qartë se trajtime të tilla duhet të vihen në dispozicion dhe të jenë të arritshme barabar për personat të cilët injektojnë droga. Punimet e botuara së fundmi sugjerojnë se ndikimet pozitive (reduktimi i transmetimit) mund të jenë të rëndësishëm, duke ofruar një shkak themelor shtesë për trajtimin e përdoruesve aktivë të drogave për infeksionet e HIV dhe hepatitit. Ka tregues të cilët paraqesin ndikimet përfituese të trajtimit profilaktik të TB të atyre të infektuarve me TB latent në reduktimin e përhapjes dhe rasteve të TB në nivel popullate. Si rrjedhim, udhëzuesi përfshin trajtimin e infeksioneve si një nga ndërhyrjet kyçe.

Dokumenti udhëzues është krijuar për të trajtuar nevojat e adultëve të cilët injektojnë droga. Minorenët dhe të rinjtë janë përtej qëllimit të këtij udhëzuesi. Sidoqoftë, dihet se në disa njësi, minorenet dhe të rinjtë përbëjnë një përpjesëtim të rëndësishëm të atyre të cilët injektojnë droga. Trajtimi i nevojave të minoreneve dhe të rinjve do të kërkojë shërbime të përshtatura sipas moshës (shih kutinë e tekstit, faqe 26).

Nga një perspektivë parandalimi, është tepër e rëndësishme të mbrohen nën-popullatat më të reja të cilët injektojnë droga prej sëmundjeve të mbartura në gjak dhe TB. Si rrjedhim, kufizimet e moshës për të pasur mundësi hyrjeje në shërbime nuk konsiderohen të dobishme dhe mund të jenë edhe kundër-produktive pasi kanë tendencën të shtojnë rrezikun për personat të cilët janë nën moshën ligjore të moshës madhore.

Ky udhëzues mbi parandalimin e infeksioneve ka si pikësynim kryesisht ofruesit e shërbimeve në njësitë e komunitetit. Megjithatë, udhëzuesi ka gjithashtu lidhje me njësitë e burgimit.

Sipas parimit të 'barazisë së ofrimit të shërbimeve', të burgosurit kanë të drejtën e marrjes së shërbimeve shëndetësore të cilat janë në dispozicion në vend pa u diskriminuar, dhe pritet që shërbimet shëndetësore të burgjeve të ofrojnë trajtime për problemet që kanë lidhje me problemin e përdorimit të drogave në kushte të krahasueshme me ato që ofrohen jashtë burgut (29 – 30).

Të burgosurit me një histori të injektimit të drogës shpesh kanë nevoja të shumta dhe komplekse shëndetësore, të cilat kërkojnë kujdes mjekësor të specializuar dhe një trajtim në shumë disiplina. Personat që dalin nga burgu përbëjnë një grup të rëndësishëm në shënjestër për parandalimin e sëmundjeve infektive dhe duhen marrë parasysh kur bëhet planifikimi i strategjive kombëtare të parandalimit (31). Në mënyrë të ngjashme, duhen marrë parasysh nevojat për personat të cilët hyjnë në burg (32).

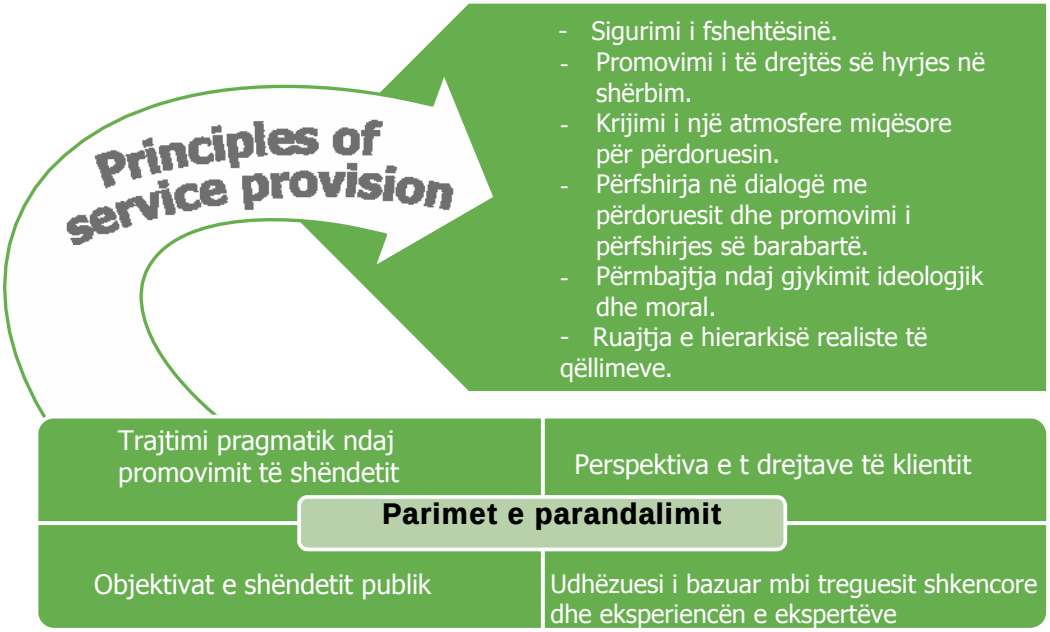
Lexuesit në objektiv

Ky udhëzues ka për qëllim të mbështesë marsit e vendimeve në programet parandaluese në nivel kombëtar dhe rajonal, të cilët punojnë në fushën e sëmundjeve infektive, shëndetit publik, varësisë dhe shëndetit mendor, shërbimeve sociale dhe kontrollit të drogës. Ai ka për qëllim të ndihmojë Shtetet Anëtare të BE dhe ato kandidate (dhe kandidatë të mundshëm) në planifikimin e reagimeve në planifikimin e përshtatshëm dhe të bazuar mbi tregues, reagimet racionale të krijuara për shëndetin publik ndaj përdorimit të drogës me injektim. Udhëzuesi identifikon praktikat e mira të BE për parandalimin dhe kontrollin e sëmundjeve infektive ndërmjet njerëzve të cilët injektojnë droga. Shpresohet se vendet në partneritet me BE mund ta shohin udhëzuesin si të dobishëm dhe të rëndësishëm. Udhëzuesi nuk është paraqitur në nivel të detajuar, që shpjegon aspektet teknike të zbatimit, dhe është në dorë të shërbimeve zbatuese për të adaptuar ndërhyrjet e sugjeruara dhe mundësitë e parandalimit për rrethanat kombëtare dhe vendore. Me gjithë këtë, udhëzuesi mund të jetë me interes për drejtuesit e shërbimeve lokale, duke qenë se qëllimi i tij është të rendisë dhe të shpjegojë në mënyrë gjithëpërfshirëse të gjithë përbërësit të cilët duhet të jenë pjesë e trajtimit sistematik ndaj parandalimit të sëmundjeve infektive kyçe ndërmjet njerëzve të cilët injektojnë droga.

Vlerat thelbësore të parandalimit të infeksioneve ndërmjet njerëzve të cilët injektojnë drogë

Vlerat thelbësore të paraqitura ë këtë pjesë janë bazuar mbi parimet themelore të shëndetit publik, ofrimit të shërbimeve, etikës shëndetësore individuale dhe publike, të kombinuara me eksperiencën e konsiderueshme në zbatimin e shërbimeve. Ato u krijuan nga ECDC dhe EMCDDA dhe janë të mbështetura dhe të vërtetuara nga Grupi i Këshillit Teknik ECDC/ EMCDDA. Vlerat thelbësore u zhvillua me perspektivën e shëndetit publik dhe të drejtave të njeriut dhe e kanë origjinën nga puna e bazuar në Mbretërinë e Bashkuar dhe në Holandë në vitet 1980 ('Modeli Mersey i Reduktimit të Dëmit', një model shërbimi i bazuar në popullatë) (33 - 34). Ata fokusohen mbi njerëzit të cilët injektojnë drogë dhe kanë për qëllim të reduktojnë pasojat negativet përdorimit të drogës (35 – 36). Vlerat thelbësore duhet të shihen si themeli i ndërhyrjeve kyçe efektive, siç paraqitet në këtë udhëzues. Kur zhvillohen shërbime, ndërhyrjet e planifikuara duhet të përputhen me vlerat thelbësore. Në këtë udhëzues, vlerat thelbësore janë paraqitur në dy nën-pjesë, 'parimet e parandalimit' dhe 'parimet e ofrimit të shërbimit'.

Figura 3: Vlerat thelbësore të parandalimit të infektimit ndërmjet njerëzve të cilët injektojnë droga



Parimet e parandalimit

Ky udhëzues është i bazuar në katër parime: një trajtim pragmatik ndaj promovimit të shëndetit, perspektiva e të drejtave të klientit bazuat mbi parimet themelore të etikës, vendosmëria për të arritur objektivat e shëndetit publik, dhe treguesit shkencorë të kombinuar me eksperiencën e ekspertëve. Ky udhëzues nuk funksionon nga supozimi se vetëpërmbajtja ose maturia është qëllimi përfundimtar i politikave të shëndetit puplik të cilat kanë lidhje me drogën (33, 35, 37-38). Nga ana tjetër, ky udhëzues është i papajtueshëm me një kuadër maturie dhe as nuk e përjashton qartë një kuadër të tillë. Ai nuk diskuton politikat e kontrollit të drogës, por kufizohet në trajtimin e menjëhershëm të dëmit individual dhe social të shkaktuar prej infeksioneve ndërmjet njerëzve të cilët injektojnë droga. Ndërhyrja kyçe e sugjeruar në këtë udhëzues do të ishte e vështirë të zbatohej në mënyrë efektive nëse nuk do të ishte ndërtuar mbi parimet e mëposhtme të parandalimit:

'Një trajtim pragmatik ndaj promovimit të shëndetit' në këtë kontekst do të thotë që në vend të funksionimit nga një hierarki e qëllimeve brenda një hapësire të plotë të politikave të drogës, ky udhëzues – dhe masat e diskutuara në të – fillimisht trajtojnë shpërndarjen e infeksioneve ndërmjet përdoruesve që injektojnë drogë dhe se si mund të mbahet nën kontroll. Rrjedhimisht, trajtimi nuk bën një supozim nga shkaku tek pasoja mbi atë se si duhet të zbatohen masat e parandalimit, por diskuton për vlerën e pavarësisë publike dhe shëndetin individual të masave të tilla. Nuk

duhet të jetë kusht që të mos përdorësh droga për të marrë ndihmë për parandalimin e infeksioneve. Në vend të një trajtimi dogmatik në të cilin parandalimi i përdorimit të drogës lë në hije objektivat e tjera, trajtimi pragmatik pranon se çdo përfitim shëndetësor ka një verë të tijën dhe ia vlen ta ndjekësh, madje edhe kur përdorimi i drogës që ndodhet nën të mund të mos jetë i trajtuar në mënyrë imediatë (37). Jo të gjithë përdoruesit mund të lënë përdorimin e drogës, por praktikat e injektimit të rrezikshëm dhe transmetimi i sëmundjeve mund të parandalohen.

'Perspektiva e të drejtave të klientit' në kontekstin e këtij udhëzuesi do të thotë se masat e marra për parandalimin dhe ndërhyrja mbështeten në mënyrë strikte në parimin e përdorimit të perspektivës së klientit. Masat parandaluese zhvillohen fillimisht duke u bazuar mbi nevojat individuale të klientit, dhe ekonomati ose nevojat sociale trajtohen vetëm pasi të jenë plotësuar nevojat e klientit. Gjithashtu, të gjitha masat i ofrohen klienti mbi bazë vullnetare dhe nuk duhen përdorur përbërës shtrëngues ode detyrues. Për më tepër, e drejta për parandalimin shihet si jë e drejtë personale, dhe jo si përfitim. Së fundi, masat parandaluese duhet të favorizojnë gjithnjë individin dhe jo vetëm shoqërinë (35, 39).

'Objektivat e shëndetit publik' në kontekstin e këtij udhëzuesi do të thotë se megjithëse përfitimi i metodave të parandalimit duhet ët trajtojë fillimisht nevojat individuale, trajtimi gjithëpërfshirës duhet të përpiqet gjithnjë që të arrijë si përfitime sociale ashtu edhe individuale. Metodat ndërhyrëse duhet të përfshijnë parandalimin e transmetimit të mëtejshëm, reduktimin e kostove të përgjithshme të kujdesit shëndetësor dhe social, përmirësimin e produktivitetit dhe reduktimin e vdekshmërisë dhe sëmundshmërisë ndërmjet grupit në shënjestër, duke përfshirë parandalimin e përdorimit të drogës, sa herë që është në përputhje me objektivat parësorë (40).

'Udhëzuesi i bazuar mbi treguesit shkencorë dhe eksperiencën e ekspertëve' do të thotë se ky udhëzues është i bazuar mbi tregues shkencorë për sa ju përket studimeve të qëndrueshme për masat ekzistuese të diskutuara. Për disa nga masat e diskutuara, studimet e qëndrueshme demonstrojnë se nuk është përmbushur efikasiteti i tyre, ose për shkak të kompleksitetit të kërkesave të modeleve ose për shkak të problemeve etike në drejtimin e studimeve (41-42). Në disa raste, treguesi më i mirë në dispozicion vjen prej studimeve të botuara ekologjike apo përshkruese, ose janë kapur prej eksperiencës dhe këshillës së ekspertëve teknikë që marrin pjesë në krijimin e këtij udhëzuesi. Disa masa në udhëzues janë rekomanduar pasi zbatimi i tyre është logjik dhe konsiderohet se përfiton individi pa shkaktuar një rrezik të paligjshëm, p.sh. zbatimi i këtyre masave merr kuptim nga pikëpamja pragmatike.

Parimet e ofrimit të shërbimit

Në vijim të parimeve të parandalimit të përshkruara më sipër, zbatimi i masave parandaluese në këtë udhëzues duhet t'ju përmbahet parimeve të mëposhtme thelbësore, të cilat, rrjedhin të gjitha nga nevoja për të adoptuar një perspektivë të klientit në ofrimin e shërbimeve (43). Pa zbatimin e këtyre parimeve thelbësore, është e vështirë të zbatohen në mënyrë efektive ndërhyrjet kyçe të sugjeruara në këtë udhëzues:

- Sigurimi i fshehtësinë.
- Promovimi i të drejtës së hyrjes në shërbim.
- Krijimi i një atmosfere miqësore për përdoruesin.
- Përfshirja në dialogë me përdoruesit dhe promovimi i përfshirjes së barabartë.
- Adoptimi i një trajtimi praktik për ofrimin e shërbimeve.
- Përmbajtja ndaj gjykimit ideologjik dhe moral.
- Ruajtja e hierarkisë realiste të qëllimeve.

Sigurimi i besimit të klientëve për shërbimet është thelbësor për parandalimin e sëmundjeve infektive. Duke qenë se përdorimi i drogës dhe posedimi i substancave ilegale në shumë vende konsiderohet si veprim kriminal, përdoruesit janë ngurrues për të treguar identitetin e tyre edhe përpara profesionistëve të kujdesit shëndetësor nga frika se mos bëhen të njohur për autoritetet e zbatimit të ligjit apo nga autoritete të tjera (44-45). Kjo frikë duhet të tejkalohet në mënyrë që klientët të tërhiqen nga shërbimet mjekësore. Duke ju kërkuar që të paraqesin një identifikim të plotë, shpesh është një procedurë standarde për ofrimin e kujdesit shëndetësor, do të frenojë shumë nga përdoruesit për të përftuar shërbimet.

Sigurimi i fshehtësinë. Parimi i parë themelor do të thotë se duhet të jetë e mundur për të pasur të drejtën e shërbimeve parandaluese si anonim apo në një mënyrë që siguron fshehtësi të plotë, siç shihet nga perspektiva e klientit. Dështimi për të realizuar diçka të tillë do të pengojë ose do të kufizojë përdorimin e shërbimeve të ofruara nga klienti dhe si rrjedhim do të kompromotojë çdo ndikim të 'imunitetit të grupit', i cili rrit parandalimin në nivel popullate (46-47). Për të siguruar fshehtësinë, stafi duhet të trajnohet për ofrimin e shërbimeve duke ruajtur fshehtësinë. Për ofrimin e shërbimeve të caktuara, të tilla si analizat, vaksinimet, dhe disa herë trajtimi për varësinë ndaj drogës, është e domosdoshme një skemë të rreptë të fshehtësisë, e cila, përgjithësisht, është e pranueshme nga përdoruesit e

shërbimeve. Janë krijuar trajtime të cilat monitorojnë shërbimet në nivele të pranueshme të saktësisë, pa kompromentuar anonimatin dhe fshehtësinë (48).[2]

Promovimi i të drejtës së hyrjes në shërbim. Parimi i dytë thelbësor siguron se shërbimet mund të jenë lehtësisht të arritshme nga njerëzit të cilët injektojnë droga dhe arrihet me një prag të ulët të të drejtës së hyrjes. Kjo do të thotë se shërbimet duhet të vendosen aty ku janë përdoruesit, ose aty ku ata mund ët shkojnë me lehtësi. Shërbimet duhet të jenë në dispozicion në kohë të ndryshme gjatë ditës (46, 49-52). Shërbimet duhet të përmbushin nevojat dhe të jenë të matshëm, në mënyrë që të gjithëve atyre që kanë nevojë t'ju ofrohen shërbime të cilat të jenë të duhura, të përshtatshme, dhe të mjaftueshme (20, 53).

Krijimi i një atmosfere miqësore për përdoruesin. Kushti i një parimi të tretë thelbësor është nevoja për të ruajtur një atmosferë miqësore me përdoruesin. Ky parim mund të duket në mënyrë intuitive i vetë-evidentuar, por zbatimi i tij është një element thelbësor në sigurimin se klienti e merr shërbimin. Një atmosferë miqësore me përdoruesin do të thotë se klientët trajtohen me dinjitet dhe me vullnet të plotë për t'u ndihmuar, cilado qoftë pamja e tyre e jashtme apo gjendja sociale. Kjo gjithashtu do të thotë se respektohen dëshirat e klientit, dhe atyre nuk ju detyrohen shërbimet (50, 52). Kjo nuk do të thotë që klientët të sillen si të duan, sidomos kur mënyra e tyre e sjelljes krijon shqetësim ose rrezik për të tjerët. Përkundrazi, ofruesi i shërbimit duhet të zhvillojë dhe të komunikojë qartë rregullat e sjelljes për kushtet paraprake të shërbimit. Pjesa më e madhe e shërbimeve nuk e lejojnë tregtinë e drogave ilegale, transaksionet financiare ose injektimin në godinë, dhe thyerja e ndonjërit prej këtyre rregullave mund të çojë në një ndalim të përkohshëm të marrjes së shërbimeve (43). Shumë prej përdoruesve vuajnë jo vetëm nga varësia ndaj drogës, por gjithashtu edhe nga çrregullimet e shëndetit mendor (54). Përdorues të tillë janë shpesh më të lënët mënjanë dhe me një rrezik veçanërisht të lartë për infektim. Këta përdorues nuk duhen etiketuar si ;tepër të vështirë' ose 'shumë kundërshtues', por është e nevojshme që shërbimet të krijojnë mënyra për të punuar me ta në mënyrë njerëzore dhe të respektueshme.

Përfshirja në dialogë me përdoruesit dhe promovimi i përfshirjes së barabartë. Administrimi i një dialogu dhe përfshirja aktive e klientëve në aktivitet duhet të jetë pjesë përbërëse e shërbimeve të ofruara. Dëgjimi aktiv i klientëve dhe përgjigja ndaj nevojave në ndryshim në bashkëpunim me përdoruesit ndihmon në ruajtjen e rëndësisë së shërbimeve (55). Ritualet dhe zakonet e injektimit shpesh përcillen nga përdoruesit më me eksperiencë tek ata më të rinjtë (56). Shkëmbimi dytësor i shiringave, kur shiringat shpërndahen nga një përdorues tek rrjeti i shokëve të tij ose të saj, është i zakonshëm (48, 57-58). Profesionistët e parandalimit duhet të jenë të përditësuar me mënyrat aktuale të përdorimit të drogës dhe përdoruesit nevojitet të kuptojnë rreziqet shëndetësore të lidhura me to. Ofruesit e shërbimeve mund të organizojnë gjithashtu trajnim për administrimin e rrezikut dhe promovimin e shëndetit për përdoruesit aktivë dhe të inkurajojnë pjesëmarrësit që të shpërndajnë këtë informacion. Kjo, jo vetëm që përmirëson dobinë e shërbimeve, por gjithashtu ju jep mundësi përdoruesve (59-60). Eksperienca tregon se përfshirja e përdoruesve aktivë në punën parandaluese krijon presion pozitiv të grupit, ndërkohë që klientët mësojnë metodat më të sigurta të shpërndarjes së drogës nga njëri-tjetri (61-63). Sfida më e madhe ndërmjet ofruesve të shërbimit është njohja dhe përfshirja e bashkëpunimit me përdoruesit.

Adoptimi i një trajtimi praktik për ofrimin e shërbimeve. Parimi i pestë thelbësor merr parasysh gjithashtu perspektivën e klientit: shërbimet janë ndërtuar nga poshtë –lart, bazuar mbi nevojat aktuale dhe me qëllimin e mbylljes së hapësirave në shërbimet parandaluese të cilat krijojnë rreziqe infektimi dhe trajtimi i saktë i nevojave shëndetësore të përdoruesve (64). Kjo gjithashtu nënkupton të pranuarën se edhe nëse të gjitha dëmet që kanë lidhje me drogën nuk mund të trajtohen menjëherë, ka vlerë në çdo ndërhyrje për aq kohë sa i përgjigjet një nevoje t vërtetë (43). Kjo është e ndryshme nga një trajtim ideologjik ose nga lartë-poshtë ku qëllimet e vendosura mund të jenë aq të larta sa mund të mbeten të paarritshme për përdoruesin individual, ofruesit e shërbimeve dhe krijuesve të politikave.

Përmbajtja ndaj gjykimit ideologjik ose moral. Parimi i gjashtë thelbësor pranon se shërbimet ju ofrohen përdoruesve aktivë të drogës, dhe nuk ndihmohet kur gjykohet ose kritikohet vetë përdorimi nga pikëpamja morale ose ideologjike (65-66). Në të vërtetë, zgjedhjet që bëjnë përdoruesit duhen respektuar edhe nëse nuk pranohen këto dhe personeli i shërbimit duhet të instruktohet në mënyrë aktive për të demonstruar këtë respekt (67). Kjo nuk do të thotë se nuk duhet ofruar referimi tek shërbimet e trajtimit të varësisë. Përkundrazi, pragu për këtë duhet të jetë i ulët, dhe informacioni për rrugë e mundësisë së hyrjes duhet të jetë në dispozicion në të gjitha godinat e shërbimeve të cilat frekuentohen shpesh nga përdoruesit e drogës (43, 53, 68).

Ruajtja e hierarkisë realiste të qëllimeve. Parimi i fundit thelbësor mbështet krijimin e qëllimeve afat-shkurtër në mënyrë që të mund të arrihen realisht. Ky trajtim mund të ndihmojë për zhvillimin e objektivave për shpërndarjen e shërbimit (43). Përcaktimi i qëllimeve parandaluese tepër të larta, shpesh është jo realist dhe mund të çojë në zhgënjim të panevojshëm dhe në përfundime jo të sakta për ndikimin e ndërhyrjeve (69). Hierarkia bazë e shërbimeve mund të ndryshojë në përputhje me nevojat dhe situatat vendore, por duhet të përfshijë qëllime të tilla si shtrirjen tek pjesa më e madhe e grupeve të përdoruesve, krijimin e besimit me klientët, përgjigjen ndaj nevojave praktike të

[2] Në njësitë e shërbimeve, janë zhvilluar një sërë trajtimesh, duke përfshirë përdorimin e nofkave, kartave anonime të identitetit, ose kodeve për të gjurmuar shërbimet ndërkohë që ruhet fshehtësia maksimale.

përdoruesve, pakësimin e menjëhershëm të rrezikut të sëmundjes infektive, dhe shtimin e volumit të shërbimeve me kalimin e kohës.

Shtrirja e qëllimeve për parandalimin e sëmundjes, të tilla si mbrojtja nga shpërthimet dhe reduktimi i rasteve dhe përhapjes së sëmundjes duhet të përcaktohen në nivel programi; ato duhet gjithashtu të përshtaten me situatën aktuale dhe realiste në shënjestrat e tyre (53) Qëllime të tilla, zakonisht nuk janë të dobishme si tregues të ndikimit për shërbimet individuale të parandalimit dhe duhet të përdoren vetëm në etapat e nivelit kombëtar nëse aty ka një mbulesë shumë të mirë të popullatave në shënjestër dhe një paketë shërbimesh gjithëpërfshirëse. Është e rëndësishme të njihet se veçanërisht nëse përhapja e infeksioneve kronike ka arritur nivele të larta, duhet të adaptohet një perspektivë afat-gjatë, ndërkohe që treguesit e sëmundjes do të përmirësohen ngadalë me kalimin e kohës. Shërbimet duhet të përshkallëzohen, dhe duhet të kalojë kohë e mjaftueshme përpara se ndikimet të bëhen të mundura për t'u matur (shih pjesën mbi 'Përcaktimi i objektivave për mbulimin e ndërhyrjes, faqja 33).

Ndërhyrjet e rekomanduara për parandalimin e infeksioneve dhe kontrollin ndërmjet atyre që injektojnë drogë

Përbërësit e renditur në këtë kapitull janë rekomanduar për t'u përfshirë në programet kombëtare gjithëpërfshirëse të cilat kanë objektivin e parandalimit efektiv dhe reduktimit të infeksioneve ndërmjet njerëzve të cilët injektojnë droga.

Përbërësit kyç të ndërhyrjes

Bazuar mbi treguesit më të qëndrueshëm në dispozicion, mendimin e ekspertëve dhe praktikat më të mira të përdorura brenda BE/EEA, përbërësit e mëposhtëm kyç duhet të zbatohen, dhe nëse është e mundur, të kombinohen për të arritur efektin maksimal të parandalimit përmes sinergjisë.

- **Pajisja e injektimit:** Ofrimi, dhe e drejta ligjore e afrimit ndaj, pajisjeve injektuese të pastra[3], përfshirë furnizimin me age dhe shiringa të mjaftueshme sterile, falas, si pjesë e një trajtimi të kombinuar shumë-përbërësish, e zbatuar nëpërmjet reduktimit të dëmtimit, programeve të këshillimit dhe trajtimit.
- **Vaksinimi:** Hepatiti A dhe B, tetanosi, vaksinat e gripit, dhe, veçanërisht për personat HIV-pozitiv, vaksinën e pneumokokut.
- **Trajtimi i varësisë së drogës:** Trajtimi i zëvendësuesve të opioidëve dhe forma të tjera efektive të trajtimit të varësisë ndaj drogës.
- **Analiza:** Kryerja e analizave vullnetare dhe të fshehta dhe informimin e aprovuar për HIV, hepatitin (hepatiti B për të pavaksinuarit) dhe infeksione të tjera, duke përfshirë TB duhet të ofrohen si rutinë dhe të kenë lidhje me referimin për trajtim.
- **Trajtimi i sëmundjeve infektive:** Trajtim me antiviralë, bazuar mbi treguesit klinikë për ata që janë të infektuar me HIV, HBV ose HCV. Trajtim me anti-tuberkuloz për rastet aktive të TB. Për rastet latente duhet të merret parasysh terapia profilaktike e TB. Trajtimi për sëmundjet e tjera infektive duhet të ofrohet sipas të dhënave klinike.
- **Promovimi i shëndetit:** Promovimi i shëndetit i fokusuar në mënyrat e sigurta të reagimit për injektimet; shëndeti seksual, duke përfshirë përdorimin e kondomit; dhe parandalimi i sëmundjeve, analizat dhe trajtimi.
- **Shpërndarja e shënjestruar e shërbimeve:** Shërbimet duhet të kombinohen, të organizohen dhe të shpërndahen në përputhje me nevojat e përdoruesve dhe kushtet vendore; kjo përfshin ofrimin e shërbimeve nëpërmjet njësive të shpërndara dhe fikset cilat ofrojnë trajtimin e drogës, reduktimin e rrezikut, këshillimin dhe testimet, dhe referimet tek shërbimet mjekësore parësore të përgjithshme dhe të specializuara.

Kombinimi i ndërhyrjeve kyçe për të arritur sinergjinë

Efekti i kombinuar i ndërhyrjeve të shumta tregon një incidencë të reduktuar në mënyrë drastike të infeksioneve të HCV dhe HIV, gjithashtu është reduktuar në mënyrë të dukshme vetë-raportimi i sjelljes së rrezikshme të injektimit (70) (71-72).

[3] Në vijim të ages dhe shiringës, pajisjet e injektimit të drogës përfshijnë furnelat/lugët ose enët e përzierjes së drogës, filtrat, acidifikuesit, ujin steril, tamponët e thatë dhe tamponët me alkool. Shihni kutinë e tekstit në faqen 16 për më tepër detaje mbi pajisjet e injektimit të drogës

Kombinim ndërhyrjesh

Kurdo që është e mundur, ndërhyrjet duhet të kombinohen për të arritur efektin e sinergjisë. Treguesit sugjerojnë se reduktimi më i madh i HIV, HCB dhe sjelljes së rrezikshme të injektimit mund të arrihet duke ofruar njëkohësisht edhe mbulueshmëri të lartë të programeve të ages dhe shiringës, edhe trajtimin e zëvendësuesve të opioidëve. Ka të ngjarë që shërbimet shtesë, të tilla si trajtimi i sëmundjes dhe vaksinimi, të ofron në kombinim me programet e ages dh shiringës dhe programeve të varësisë, do të vijonin më tej të parandalonin transmetimin e sëmundjes ndërmjet njerëzve të cilët injektojnë droga.

Ndërkohë që ka tregues të mjaftueshëm mbi ndikimin pozitiv të kombinimit të terapisë së zëvendësimit të opiateve dhe ofrimit të ageve dhe shiringave, mbetet të arsyetohet se ndërhyrjet e tjera të cilat janë paraqitur se janë përfituese do të çonin gjithashtu në efektin parandalues sinergjik kur ofrohen në kombinim me ndërhyrjet e tjera. Zbatimi i trajtimit për sëmundjet infektive, të tilla si HIV, dihet se përmirësohet kur kombinohet me trajtimin e varësisë ndaj drogës (1-2). Disa nga efektet e masave për shërbimet e kombinuara mund të jetë direkt ndërkohë që disa mund të jenë indirekt përmes tërheqjes dhe bashkimit të klientëve tek shërbimet, të cilët përmirësojnë arritjen dhe mbulimin e shërbimeve.

Bashkëpunimi i fuqishëm ndërmjet sektorëve është kritik si një kusht paraprak për masat e shërbimit për të siguruar shpërndarjen e këtyre ndërhyrjeve kyçe. Ky aspekt është diskutuar më në detaj në pjesën e mëposhtme.

Zhvillimi dhe ofrimi i programeve për parandalimin e sëmundjeve infektive dhe kontrollin ndërmjet njerëzve të cilët injektojnë droga

Shpërndarja efektive e ndërhyrjeve kyçe mund të arrihet vetëm nëpërmjet bashkëpunimit kombëtar dhe lokal dhe koordinimit ndërmjet sektorëve.

Bashkëpunimi dhe koordinimi

Konsensusi kombëtar është i nevojshëm për ndërtimin dhe respektimin e përbashkët të objektivave për të cilat është rënë dakord në të gjithë sektorët prej aktorëve të cilët përfshihen me njerëzit të cilët injektojnë droga, për të parandaluar në mënyrë efektive përhapjen e sëmundjeve. Aktorët në kontrollin e sëmundjeve infektive, mjekësisë së varësisë, shëndetit mendor, shërbimeve sociale, forcat e rendit, sektorët juridikë dhe agjencitë e kontrollit të narkotikëve si dhe shërbimet e burgjeve kanë lidhje kombëtare dhe duhet të përfshihen e të jenë aktivë në këtë proces. Për më tepër, qeverisjet vendore, grupet e qytetarëve, shoqatat për njerëzit të cilët përdorin droga si dhe gjithë shumëllojshmëria e organizatave të tjera jo-qeveritare dhe shoqërore janë të rëndësishme për t'u përfshirë në koordinim.

Përdorimi i drogës mbetet një krim ose shkelje ligji në pjesën më të madhe të vendeve të Evropës. Rrjedhimisht, duhen marrë parasysh jo vetëm çështjet e shëndetit kur krijohen programe parandaluese, por duhen marrë parasysh edhe çështjet e zbatimit të ligjit.

Në mënyrë të ngjashme, njerëzit të cilët injektojnë droga shpesh janë të prekur nga probleme sociale dhe sëmundje mendore, gjë që shton sfidat e koordinimit të reagimit. Duke qenë se disa shërbime duhet të ofrohen nëpërmjet referimit, duhet të krijohen dhe të ruhen lidhjet ndërmjet shërbimeve shëndetësore dhe sociale.

Një 'blerje' nga secili prej këtyre aktorëve është i nevojshëm nëse duhet të arrihen rezultate efektive parandaluese. Për shembull, është e rëndësishme të sigurohet bashkëpunimi i shërbimeve të forcave të rendit për të sqaruar se pajisja me mjete injektuese për drogën është një masë e shëndetit publik, dhe se forcat zbatimit të ligjit nuk duhet të ndërhyjnë në punën e programeve të ages dhe shiringës ose tek punonjësit e shpërndarë në terren. Bastisjet e forcave të rendit në afërsi të zonave ku ofrohen shërbimet minojnë dukshëm çdo lloj mundësie për arritjen e objektivave të shërbimeve parandaluese duke i trembur klientët e mundshëm. Zakonisht, përcaktohen politika të zbatimit të ligjit, sigurisht, dhe mënyra e drejtimit të caktuar nga lart poshtë është i zakonshëm në pjesën më të madhe të vendeve duke parandaluar devijimet nga politika vendore. Kjo duhet të merret parasysh, dhe marrëveshjet me nivelet më të larta mund të ndihmojnë në lehtësimin e bashkëpunimit në nivel lokal në pjesën më të madhe të njësive.

Prandaj është e rëndësishme të merret mbështetja për aktivitetet e parandalimit jo vetëm nga aktorët lokalë dhe nga dega shëndetësore e administratës, por nëpërmjet të gjithë degëve të ndërlidhura administrative qendrore, duke përfshirë forcat e rendit. Kjo shpesh bën të nevojshme marrëveshjet në nivelet më të larta, ose të paktën, respektimin e objektivave të shërbimeve, të cilat gjithashtu komunikohen poshtë qartësisht tek niveli i aktorëve apo ofruesit të shërbimeve.

Gjithashtu është i rëndësishëm bashkëpunimi me qeverisjet vendore. Krijimi i zonave të shërbimeve shpesh kundërshtohet nga reagimi 'jo në zonën time' tek banorët lokalë të cilët ju frikësohen ndikimeve të dëmshme në mjedisin lokal. Rrjedhimisht janë të nevojshme drejtimi i fuqishëm dhe përfshirja e komunitetit prej aktorëve lokalë, e kombinuar së bashku me një justifikim të qartë të përfitimeve lokale të dokumentuara siç mund të jetë reduktimi i krijimit të mbeturinave të shkaktuara nga pajisjet e injektimit të drogës (73).

Shtatë ndërhyrje kyçe të rekomanduara

Pajisja e injektimit

Ndërhyrjet e rekomanduara

Ofrimi, dhe e drejta ligjore e afrimit ndaj, pajisjeve injektuese të pastra, përfshirë furnizimin me age dhe shiringa të mjaftueshme sterile, falas, si pjesë e një trajtimi të kombinuar shumë-përbërësish, e zbatuar nëpërmjet reduktimit të dëmtimit, programeve të këshillimit dhe trajtimit.

Faktori kryesor rrezikues për marrjen e infeksioneve të mbartura në gjak është përdorimi i përbashkët i ageve dhe pajisjeve të tjera të përgatitjes dhe injektimit. Edhe ndërmjet atyre, të cilët raportojnë se nuk kanë shkëmbyer asnjëherë aget apo shiringat, është e zakonshme që të përdorin së bashku pajisjet e injektimit, të tilla si enët e përzierjes së drogës, ujin për të tretur drogën, ose filtrat e drogës, të cilët mund të rezultojnë me transmetimin e hepatiti C ose të infeksioneve bakteriale (74-75) (shihni kutinë e tekstit mbi përhapjen e infeksioneve nëpërmjet pajisjeve të përgatitjes së drogës, faqja 16). Gjithashtu, ka të dhëna, se njerëzit të cilët injektojnë droga vuajnë nga një aftësi e lartë bartëse e infeksioneve të lëkurës, venave dhe gjakut për shkak të praktikave jo-sterile të injektimit (17). Ka të dhëna të shtimit të injeksioneve t barnave të lëshuara me recetë, të shtypura nga tableta e të bëra pluhur, të cilat shtojnë rrezikun e embolisë pulmonare ose endokarditit (76-78). Disa acidifikues të prodhuar në kushtet e shtëpisë, të cilët përdoren për të bërë të tretshme disa droga, janë treguar se mbarin kërpudhorë, të cilët, kur injektohen, mund të shkaktojnë infeksionin e endokardit të zemrës ose në infeksion të syve, i cili mund të çojë në verbim të quajtur endoftalmiti kandidat (79).

Gjykimi i menduar: Bazuar mbi treguesit ekzistues, mendimin e ekspertëve dhe praktikën e sigurt të injektimit (80), mënyra më e mirë për të minimizuar përhapjen e HIV dhe HC ndërmjet njerëzve të cilët vazhdojnë të injektojnë drogë, është ofrimi i ageve dhe shiringave sterile si dhe pajisjeve të tjera të pastra të injektimit (lugë/enë gatimi, filtra, ujë për injektim, acidifikues dhe tamponë të thatë dhe e alkool) për çdo injeksion, dhe në sasi të mjaftueshme. Ky shërbim preferohet të jetë falas dhe të jetë i organizuar nëpërmjet një mënyre shpërndarjeje e cila të jetë e pranueshme dhe të arrihet lehtë nga përdoruesit.

Vlerësimet praktike: Ndërkohë që disa qendra kërkojnë kthimin e ageve dhe shiringave të përdorura, kjo politikë mund të mos jetë produktive dhe vepron si një barrierë për të drejtën e marrjes dhe përdorimit të pajisjeve sterile të injektimit. Në mënyrë që të arrihet qëllimi i parandalimit të sëmundjeve infektive, duhet të mbështetet e drejta e marrjes lehtësisht të ageve dhe shiringave dhe duhet inkurajuar edhe kthimi i ageve dhe shiringave të përdorura, por jo që të jetë kërkesë absolute për të marrë furnizime të reja. Rreziku i shpimeve nga shiringat gjatë rrugës deri në zonën e hedhjes dhe për stafin në NSP duhet të merret parasysh me kujdes. Në mënyrë që të inkurajohet transportimi dhe hedhja e sigurt e pajisjeve të injektimit, duhet të sigurohen kosha kundër shpimeve për mbledhjen dhe kthimin e pajisjeve të injektimit. Strategjitë e tjera të tilla se zonat e sigurta të hedhjes së mbetjeve të bazuara në komunitet apo mbledhja e tyre në shtëpi është përdorur gjithashtu me sukses në disa njësi. Koordinimi ndërmjet shërbimeve të shkëmbimit të ages dhe shiringës dhe policisë është i rëndësishëm për të siguruar se mbajtja e pajisjeve të injektimit nuk ka për t'u përdorur si një arsye për arrestimin e përdoruesve të drogës në afërsi të NSP-ve.

Klientët, zakonisht, paraqesin preferenca për llojet e shiringave dhe përmasat e ageve; kjo është e ndryshme sipas njësive dhe nën-grupeve të përdoruesve. Këto preferenca mund të merren parasysh me kujdes në mënyrë që të bëhet maksimale marrja e shërbimit. Për shembull, në disa njësi është bërë kombinimi i ageve-shiringave që palosen, ku agia futet brenda në shiringë pas përdorimit, duke parandaluar ripërdorimin. Megjithatë, në disa njësi klientët e panë diçka të tillë si të papranueshme, e cila çoi në kufizimin dhe përmbajtjen ndaj marrjes së shërbimit. Pranimi i mirëdashjes së përdoruesit dhe promovimi i marrjes së shërbimit duhet të jenë kriteri parësor për vendimin mbi llojin dhe varietetet e ageve dhe shiringave të ofruara. Pikëpamjet e klientëve dhe preferencat e tyre duhen marrë gjithashtu parasysh në lidhje me pajisjet e përgatitjes së drogës dhe llojin dhe përmasat e koshave që nuk shpohen për ruajtjen e ageve dhe shiringave të përdorura, pasi këto preferenca mund të jenë të ndryshme brenda nën-grupit të përdoruesve.

Nga rishqyrtimet sistematike ka tregues se ofrimi i ageve dhe shiringave con në reduktim të dukshëm të vetë-raportimit të sjelljes së rrezikshme të injektimit (81). Gjithahstu, ka tregues se programet e ages dhe shiringës mund të reduktojnë përhapjen e HIV (81) (82). Për shkak të kufizimeve metodologjike, është bërë më e vështirë të kryhet një studimi përfundimtar i lidhjes ndërmjet ofrimit të pajisjeve të përgatitjes të drogës, të tillë si enët e përzierjes, uji steril dhe filtrat e pambukut, dhe reduktimit të HCV ose HIV (83). Megjithatë, HCV mund të izolohet në 67% të tamponave, 40% të filtrave, 33% të mostrave të ujit, dhe 25% të lugëve të cilat janë përdorur nga individët HCV pozitivë për të përgatitur drogat për injektim.

Treguesit epidemiologjikë prej studimeve parësore që tregojnë se përdorimi i përbashkët i pajisjeve të përgatitjes së drogës, në mënyrë të veçantë enët e drogës, shoqërohen me transmetimin e HCV ndërmjet injektuesve të cilët nuk ndajnë së bashku aget ose shiringat (85) (75).

Përhapja e infeksionit nëpërmjet pajisjeve të përgatitjes së drogës

Uji: Uji përdoret për të tretur drogën përpara injektimit dhe për të shpëlarë dhe zbrazur agen dhe shiringën pas injektimit. Përdoruesit mund të përdorin së bashku një burim të përbashkët uji për këtë qilim, gjë që ka mundësi që t'i vërë përpara rrezikut të kontaktimit me viruset e mbartura në gjak të cilat mund të kontaminojnë ujin.

Lugët: Lugët ose të ashtu quajturat 'enë gatimi' (p.sh. Stéricups®) përdoren për të nxehur dhe tretur droga të tilla si heroina, përpara injektimit ose për të përzierë tabletat e shtypura me ujin. Përdoruesit mund të shkëmbejnë lugët për përgatitjen e drogës dhe kontakti me ujin e ri-përdorur apo të kontaminuar, ose filtrat mund të përhapin baktere ose viruse që mbarten në gjak.

Acidifikuesit: Acidifikuesit përdoren për të bërë të tretshme drogat e patretshme të tilla si heroina bojë kafe ose krak. Disa acidifikues mund të çojnë në infeksione bakteriale ode fungale. Infeksionet mund të evitohen me përdorimin e paketimeve me një përdorim të acidifikuesve, të tilla si acidi askorbik, të cilat ju ofrohen personave të cilët përdorin droga të patretshme.

Filtrat: Drogat e tretura thithen në shiringë nëpërmjet filtrave në mënyrë që të parandalojnë hyrjen e pjesëve të mëdha në rrjedhjen e gjakut. Përdorimi i filtrave përpara injektimit në vena është i rëndësishëm pasi parandalon koaguluat e gjakut ose embolitë. Sidoqoftë, shkëmbimi i filtrave mund të çojë në transmetimin e viruseve të mbartura në gjak. Ka prirje për ripërdorimin e filtrave pasi mendohet se mund të përmbajnë teprica droge, por disa filtra të rinj komercialë janë ndërtuar në mënyrë që të minimizojnë përthithjen e drogës dhe ta tresë pas përdorimit.

Tamponët me alkool dhe të thatë: Tamponët me alkool mund të përdoren për të pastruar zonën e injektimit përpara shpimit. Tamponët e thatë, të pastër mund të përdoren pas injektimit për të ndaluar gjak-rrjedhjen, pasi pambukut me alkool e shtojnë.

Rekomandohet të ofrohen ujë, lugë, acidifikues dhe filtra, tampona me alkool dhe të thatë për të kufizuar shkëmbimin ose ri-përdorimin dhe për të minimizuar rrezikun e mundshëm të transmetimit të viruseve dhe baktereve që mbarten në gjak.

Ka një mungesë të treguesve të qëndrueshëm të treguesve mbi efektivitetin e shpërndarjes së pajisjeve të përgatitjes së injektimit, të tilla si uji steril, lugët/enët e gatimit, filtrat dhe tamponat me alkool, në reduktimin e HIV dhe HCV. Një studim parësor sugjeron një marrëdhënie ndërmjet shkëmbimit të pajisjeve të përgatitjes së drogës dhe të injektimit dhe vetë-raportimit të gjendjes së HCV pozitive (86). Gjithashtu ka edhe rreziqe të infeksioneve bakteriale të lëkurës për shkak të ripërdorimit të pajisjeve injektuese ose praktikave jo-higjienike të injektimit (17). Sidoqoftë, ka tregues se shpërndarja e pajisjeve të tilla redukton mënyrën e rrezikshme të sjelljes për injektimet (87) (88) dhe vepron si një stimul për të tërhequr dhe mbajtur klientët në shërbim (89). Furnizimi me paketat e acidit citrik për njerëzit të cilët injektojnë droga në njërën nga njësitë me Mbretërinë e Bashkuar u pranua mjaft mirë prej klientëve, dhe ndihmoi në tërheqjen e klientëve për shërbimet e ages dhe shiringës (90).

Aget dhe shiringat sterile, ashtu si dhe pajisjet e pastra për injektim duhet të ofrohen së bashku me mesazhet promovuese të shëndetit në lidhje me shërbimet e trajtimit të drogës dhe informacionin për shenjat paralajmëruese të infeksioneve të indeve të buta ose të lëkurës (për informacione të mëtejshme mbi mesazhet promovuese për njerëzit të cilët injektojnë droga shihni kutinë mbi promovimin e shëndetit në faqen 24). Vëmendje i duhet kushtuar dhënies së informacionit në lidhje me praktikat e sigurta të injektimit, të cilat theksojnë se secila age ose shiringë, ashtu si edhe pajisjet e përgatitjes së drogës për injektim (enë gatimi ose enë përzierje, filtra pambuku, ujë) duhet të jenë një përdorimesh dhe asnjëherë të mos shkëmbehen ndërmjet partnerëve të injektimit. Gjithashtu mund t'ia vlejë të merret parasysh ofrimi i njëkohshëm i pajisjeve jo-injektuese që zgjojnë interes, të tilla si fletët metalike për përdoruesit e heroinës ose kapsula xhelatine për përdoruesit e amfetaminës, të cilat promovojnë mënyrat jo-injektuese të përdorimit të drogës (91-92).

Informacioni mbi promovimin e shëndetit duhet të vërë theksin në larjen e duarve me sapun dhe ujë të pastër dhe pastrimin e zonës së injektimit me tampona me alkool (ose me sapun dhe ujë të pastër) para injektimit. Duhet të rekomandohet përdorimi i tamponeve të pastër të pambukut në vend të tamponave të përdorur me alkool për të mbuluar zonën e injeksionit menjëherë pas injektimit. Duhet dhënë informacion në lidhje me shenjat e para të infeksioneve të lëkurës, ose absceseve dhe flebiteve, dhe përdoruesit që provojnë simptoma të tilla duhet të inkurajohen për të kërkuar shpejt ndihmën mjekësore.

Me gjithë këshillimin e vendosur se aget dhe shiringat, si dhe pajisjet e përgatitjes së drogës nuk duhet të shkëmbehen ose ripërdoren, ka të dhëna se në pjesën më të madhe të njësive ndodh ripërdorimi, shpesh i pavetëdijshëm. Reagimi i parë ndaj ripërdorimit duhet të jetë vënia në dispozicion dhe mundësia e marrjes së ageve, shiringave dhe pajisjeve të përgatitjes së drogës në mënyrë që në çdo injektim të përdoret një grup i ri instrumentesh. Nëse diçka e tillë nuk është e mundshme, ka dy mënyra me anë të të cilave mund t'ju vihet në ndihmë njerëzve të cilët injektojnë droga për të

reduktuar dëmet të cilat mund të vijnë si rezultat i ripërdorimit të ageve dhe shiringave. Fillimisht, shiringat që vijnë me numra, kode me ngjyra, fletë të ngjitura ose sisteme të tjera të identifikimit anonim mund të krijohet një sistem gjurmues për të minimizuar ndikimin e dëmshëm të shkëmbimit të shiringave. Së dyti, ndërkohë që përdorimi i pastruesit të klorinës për dezinfektimin e pajisjeve injektuese është i diskutueshëm, , mund të merret parasysh në rastet kur dihet se është duke ndodhur ripërdorimi. Me gjithë demonstrimin e efektivitetit të zbardhuesve në inaktivizimin e HIV në njësitë laboratorike (93), ka të dhëna të pamjaftueshme për efektivitetin e tij në praktikat e injektimit, pasi protokollet e disinfektimit nuk zbatohen domosdoshmërisht me përpikmëri. Ofrimi i zbardhuesve mund të jetë një alternativë e 'vijës së dytë' për të ofruar pajisje sterile injektimi, por ofrimi i pajisjeve sterile të injektimit është mundësia më e preferuar.

Vaksinimi

Ndërhyrjet e rekomanduara
Hepatiti A dhe B, tetanosi, vaksinat e gripit, dhe, veçanërisht për personat HIV-pozitiv, vaksinën e pneumokokut.

Gjykimi i menduar: Bazuar mbi treguesit ekzistues, vaksinimi është ndërmjet ndërhyrjeve parandaluese më të efektshme në dispozicion. Në pjesën më të madhe të njësive, njerëzit të cilët injektojnë droga kanë rrezik të shtuar për të marrë hepatitin B, hepatitin A dhe infeksionin bakterial të tetanosit. Personat e infektuar me hepatitin C (për të cilin nuk ekziston ndonjë vaksinë aktualisht) dhe që janë njëkohësisht të infektuar me hepatitin A ose B, vuajnë nga progresi i përshpejtuar i sëmundjes së hepatitit C dhe kanë sëmundshmëri më të lartë. Për shkak të mënyrës së jetesës, moshës, ose infektimit me HIV, disa njerëz të cilët injektojnë droga janë në rrezik më të shtuar për grip ose pneumoni. Sidoqoftë, vaksinat efektive janë në dispozicion, të cilat mund të parandalojnë secilin prej këtyre infeksioneve duke ofruar mbrojtje të mirë klinike (94).

Vlerësimet praktike: Vaksinimi për hepatitin B tashmë përfshihet në programet rutinë të vaksinimit gjatë fëmijërisë në pjesën më të madhe të Shteteve Anëtare, megjithatë, që kur filloi kjo politikë në vitet 1990, disa adultë të cilët injektojnë drogë nuk janë vaksinuar në fëmijëri. Megjithëse 18 nga 29 vendet e BE/EEA kanë programe vaksinimi të hepatitit B për adultët të cilët injektojnë drogë, këto vaksinime nuk ofrohen gjithnjë falas (8) (95).

Duke qenë se disa popullata të cilat injektojnë drogë 'arrihen me vështirësi' për vaksinim nëpërmjet mënyrave tradicionale, ka një mënyrë unike për të ofruar shërbim vaksinimi rutinë ose 'vetëm një herë' nëpërmjet zonave fikse ose shërbimeve të lëvizshme të cilat ju shërbejnë njerëzve të cilët injektojnë droga. Ka tregues se marrja e vaksinimit përmirësohet kur përfshihet me shërbimet e tjera (96). Vaksinimi i njerëzve të cilët injektojnë droga është parë se ka kosto të efektshme kur kryhet në shërbimet e ages dhe shiringës, dhe ka pasur rezultate inkurajuese nga kërkimet mbi administrimin e rastësishëm, i cili është parë se ka dyfishuar ritmin e plotësimit të vaksinimit të hepatitit B (97-98). Për më tepër, shtrirja e programeve mund të jetë një mënyrë efikase për të shtuar marrjen e dozave të përsëritura, ndërkohë që programet e vaksinimit që ofrohen në njësitë e burgjeve ose qendrat rezidenciale të trajtimit për drogën mund të jenë efektive për të arritur tek ata të cilët janë të burgosur ose në trajtim për drogën, përfshirë edhe ata të cilët injektojnë drogë.

Zakonisht, vaksina e hepatiti B merret me tre injeksione të veçanta, e dhënë në harkun kohor të periudhës prej gjashtë muajsh, megjithëse është e mundur një skemë e dozimit të përshpejtuar. Ndërkohë që është e vështirë që të sigurohet se klienti kthehet për dozën e dytë dhe të tretë të vaksinës, ia vlen të bëhet vaksinimi i personit i cili e kërkon dozën e parë, pasi dhe një dozë e vaksinës së hepatitit B mund të ofrojë imunitet të pjesshëm (9). Është vënë re se vetë-raportimi i gjendjes së vaksinimit të njerëzve të cilët injektojnë drogë shpesh është i pasaktë kur krahasohet me gjendjen e tyre aktuale aerologjike (100). Analiza për gjurmuesit në serum të hepatitit B në qendrën e parë të kontaktit mund të zbulojë njerëzit të cilët kanë raportua në mënyrë jo të saktë vaksinimin për hepatitin B. Gjithashtu, përpjesëtimi i reaguesve të ulët ose atyre që nuk reagojnë ndërmjet njerëzve të cilët injektojnë droga është më i lartë se popullata e përgjithshëm (101).
Për shkak të mundësisë së rrezikut të shtuar të shpërthimit të hepatiti A ndërmjet njerëzve të cilët injektojnë droga, sugjerohet ofrimi i kombinimit të injektimit të hepatitit A dhe B si mënyra më e mirë për të parandaluar të dyja infeksionet tek njerëzit të cilët injektojnë droga (102-103). Kjo është veçanërisht kritike për ata të cilët janë hepatit C pozitiv.

Në të gjithë vendet evropiane vaksina e tetanosit jepet si pjesë e programeve imunizuese të fëmijërisë, por një vaksinë suplementare jepet zakonisht çdo pesë deri dhjetë vjet në moshë madhore. Ndërmjet atyre të cilët injektojnë droga duhet të kontrollohet gjendja e vaksinimit për tetanosin dhe duhet dhënë një vaksinë suplementare nëse gjendja e vaksinimit është e paqartë, veçanërisht për ata të cilët kanë infeksione të zonës së injektimit. Shpesh jepet vaksina e kombinuar e tetanosit me difterinë, dhe kjo është e këshillueshme, pasi megjithëse është e rrallë në Evropë, ka një përpjesëtim të lartë rast-fatalitet.

Përfundimisht, rekomandohet që të ofrohen vaksinime sezonale për gripin dhe vaksina e pneumokokut (veçanërisht tek klientët HIV pozitiv dhe/ose më të mëdhenj se 50 vjeç) në mënyrë që të minimizohet rreziku i gripit ose infektimit me pneumokok (për më tepër informacion shihni (16)).

Është e rëndësishme të vihet në dukje se vaksinimi ndaj TB duke përdorur Bacillus Calmette-Guérin (BCG) zakonisht rekomandohet vetëm për foshnjat të cilët jetojnë në zona ku TB është tepër epidemik dhe për foshnjat ose fëmijët me rrezik të veçantë të ekspozimit ndaj TB në zonat e tjera me përhapje më të ulët. Për përdorimin e BCG tek pacientët e rritur ka tregues të kufizuar, dhe është e kundërindikuar tek individët me imunitet të dëmtuar siç është një infeksion HIV simptomatik (104).

Trajtimi i varësisë së drogës

Ndërhyrjet e rekomanduara
Trajtimi i zëvendësuesve të opioidëve dhe forma të tjera efektive të trajtimit të varësisë ndaj drogës.

Trajtimi i varësisë së drogës paraqet një përbërës të rëndësishëm në reagimin gjithëpërfshirës për të parandaluar dëmtimet që kanë lidhje me shëndetin, të cilat shoqërojnë varësinë ndaj drogës (27, 105-106). Në shumë shtete evropiane, trajtimi i varësisë ndaj drogës përbën pjesën qendrore ndërmjet një varg ndërhyrjesh për të parandaluar transmetimin e infeksioneve që kanë lidhje me drogën (54). Kjo luan gjithashtu një rol në ndjekjen e shtuar të trajtimit të sëmundjeve infektive ndërmjet njerëzve të cilët përdorin droga (1-2, 107-108). Trajtimi i drogës përbëhet nga një sërë strategjish mjekësore (duke përfshirë edhe farmakologjike), psikologjike, sociale dhe strategji të mënyrës së sjelljes për të ndaluar ose reduktuar përdorimin dhe injektimin e drogës, dhe mund të përdoret tek pacientët ambulatorë ose në qendrat rezidenciale. Trajtimi terapeutik psiko-social mund të variojë që nga këshillimi individual dhe teknikat motivuese të intervistimit e deri në ndërhyrjet e trajtimeve më të strukturuara psikologjike dhe terapitë e mënyrës së sjelljes, të cilat kanë për qëllim të ndikojnë aftësitë njohëse dhe çmësimin e kushtëzuar të sjelljes së përdorimit të drogës dhe kombinimet e tyre të ndryshme. Ndërhyrjet psikologjike mund të përdoren të vetme ose të kombinuara me farmako-terapi.

Trajtimet farmakologjike ruajtëse për varësinë ndaj opioidëve konsistojnë në përdorimin afatgjatë të medikamenteve opioide të lëshuar me recetë të cilët parandalojnë simptomat e mbylljes në vetvete dhe redukton dëshirën, në këtë mënyrë i bën të mundur përdoruesit të ketë një jetë më të qëndrueshme; të reduktojë përdorimin e heroinës ilegale, sjelljen e rrezikshme dhe aktivitetin kriminal; dhe të përmirësojë shëndetin, mirëqenien, dhe cilësinë e jetës (68). Trajtimi me zëvendësuesit e opioidëve (OST) shpesh ofrohet në kombinim me trajtimin psiko-social dhe shërbimet e mbështetjes së mëtejshme (109-112).

Agonistët e opioidëve mund të përdoren gjithashtu për trajtimin e detoksifikimit. Sidoqoftë, detoksikimi i pacientit të shtruar duhet të integrohet me mundësitë e tjera të trajtimit në vend që të ofrohet si një shërbim i vetëm, në mënyrë që të evitohen raportet e larta të përsëritjes (111).

Efektiviteti i trajtimit të zëvendësimit të opioidëve

Të dhënat e studimit të rezultatit të trajtimit dhe provat e kontrolluara demonstrojnë efektivitetin e metadonit dhe trajtimet e tjera të zëvendësimit të drogës në trajtimin e varësisë së heroinës dhe të opioidëve të tjerë. Ekziston një grup i madh treguesish nga rishqyrtimet në lidhje me ndikimin e OST mbi rastet e infeksioneve si dhe të sjelljes së rrezikshme të injektimit (81, 108-111, 113-118).

Në lidhje e sjelljen e rrezikshme, studimet e shumta me plane të qëndrueshme studimi të cilat ofrojnë të dhëna për efektivitetin e OST në reduktimin e sjelljes së rrezikshme janë evidentuar në tre rishqyrtime kryesore (108, 115, 118). Të tre rishqyrtimet dolën në përfundimin se OST ishte e lidhur me reduktimin e përhapjes së vetë-raportuar dhe shpeshtësinë e injektimit, në shkëmbimin e pajisjeve të injektimit dhe rezultatet e sjelljes së rrezikshme të injektimit.

Duke vlerësuar treguesit mbi efektivitetin e OST në reduktimin e transmetimit të HIV, të njëjtat rishqyrtime gjetën në mënyrë të qëndrueshme tregues të mjaftueshëm për të dalë në përfundimin se OST në njësitë komunitare është i efektshëm në reduktimin e sero-shndërrimit të HIV, në mënyrë të veçantë ndërmjet atyre në trajtim të qëndrueshëm dhe kur dozat janë të përshtatshme.

Treguesit mbi ndikimin e OST në reduktimin e shpeshtësisë së HCV janë më të vështira për t'u përcaktuar. Kjo mund të jetë përgjithësisht për faktin se HCV mund të transmetohet më me lehtësi nëpërmjet injektimit dhe, me gjasa, nëpërmjet materialeve të përbashkëta të injektimit[4], dhe tek nivele bazë tepër të larta të përhapjes ndërmjet

[4] Infeksioni i hepatitit C është i karakterizuar nga përqendrimet krahasimisht të larta të virusit infektues në qarkullimin e gjakut, jo vetëm gjatë fazës parësore të infektimit por edhe tek ata individë të kthehen në të infektuar kronikë (krahasuar me infeksionin HIV). Kjo mund të çojë në raporte të larta transmetimi të HCV pas ekspozimit, pasi doza minimale infektuese ka gjasa të tejkalohet në

popullatave të njerëzve të cilët injektojnë droga nëpër Evropë, duke përbërë një rezervuar të rrezikut të infektimit. Sidoqoftë, të dhënat e fundit të cilat përmbledhin studimet e njëkohshme të bazuara në komunitet të rasteve të hepatitit C ndërmjet klientëve OST, së bashku me një meta-analizë të studimeve të bazuara në MB (70-71, 119-121) sugjerojnë për një ndikim të fortë pozitiv të OST në parandalimin e infeksioneve HCV. Këto studime vënë në dukje përfitimin e lartë tek ata me OST të vazhdueshme krahasuar me ata që akne ndërprerje të OST; të ndikimit mbrojtës të trajtimit ruajtës me metadon ndaj infeksioneve parësore[5] dhe dytësore[6] të HIV dhe HCV; dhe të efektit të 'reagimit ndaj dozës' të OST, me ata në trajtim për një kohë më të gjatë që akne përpjesëtime më të ulëta të rasteve të HCV.

Një numër rastësor i provave kontrolluese gjatë 15 viteve të kaluara ka ofruar tregues të efikasitetit të mbikëqyrjes së trajtimit injektues ndihmës-i-heroinës (HAT) për individët kundërshtues me varësi afatgjatë, të cilët, nuk reagojnë ndaj trajtimeve standarde. Rezultatet tregojnë se kur krahasohet me OST klasike ose të përshtatur, klientët kundërshtues të trajtimit në HAT paraqesin ruajtje të njëjtë ose më të lartë të trajtimit, mospërfshirja më e madhe nga aktivitetet kriminale (siç është krimi i rekrutimit për të financuar vazhdimin e përdorimit të heroinës në rrugë dhe të drogave të tjera të rrugës) dhe arritjen e reduktimit madhor në shtrirjen injektimit të heroinës së rrugës të cilat mbështeten me kalimin e kohës (122).

Gjykimi i menduar: Bazuar në treguesit e pajtueshëm nga studimet e shumta të qëndrueshme dhe rishqyrtimet, si dhe opinioni i ekspertëve, trajtimi i varësisë së drogës duhet të jetë në dispozicion dhe të jetë lehtësisht i arritshëm, në mënyrë të veçantë OST për përdoruesit e opioidëve. Trajtimi psiko-social shton efektivitetin e OST kur përdoret i kombinuar, është mundësia kryesore e trajtimit për përdoruesit e simulantëve, dhe është i rekomandueshëm bazuar më opinionin e ekspertëve.

Kombinimi i trajtimeve shton ndikimin e OST mbi infeksionet

Studimet mbi pajtimin, plotësimin e trajtimit dhe rezultatet e abstinencës deri në përfundim konfirmojnë se efektiviteti i OST mund të përmirësohet kur ofrohen gjithashtu ndërhyrjet psiko-sociale (123). Në një studim kontrolli të rastësishëm të ndikimit të sjelljes së injektimit në rastet e HCV ndërmjet njerëzve të cilët injektonin droga në MB (124), këshillimi i shtuar parandalues i kombinuar me OST ishte i krahasueshëm kur përdorej vetëm OST. Rezultatet treguan ritme më të ulëta të sero-konvertimit të HCV ndërmjet grupit që merrte të dyja ndërhyrjet.

Kërkimet e fundi vënë në dukje rëndësinë e kombinimit të trajtimit zëvendësues të opioidëve me masat e mëtejshme të reduktimit të dëmit në mënyrë që të reduktohen rastet e infeksioneve, duke përfshirë edhe transmetimin e HCV. Një studim i njëkohshëm në Amsterdam (71) zbuloi se pjesëmarrja e plotë në të dyja programet e trajtimit mbajtës me metadon dhe programet e ages dhe shiringës, në një periudhë më shumë se gjashtë muaj ishte e shoqëruar me një rrezik më të ulët për infeksione të HCV, megjithëse rezultati nuk mund të vihej në dukje për mbajtjen me metadon dhe programit të ages dhe shiringës kur përdoreshin veç e veç. Një studim i njëkohshëm i bazuar në MB (119) vuri në dukje gjithashtu se ndikimi më i madh i OST në reduktimin e rasteve të HCV paraqitej kur kombinohej me furnizimin me shiringa. Së fundmi, një meta-analizë e gjashtë studimeve të bazuara në MB të cilat mblidhnin të dhëna në nivel individual mbi mbulesën e ndërhyrjeve si dhe infeksionet e reja të HCV të marra nga njerëzit të cilët injektonin droga në komunitet dokumentuan se duke ofruar OST dhe programet e ages dhe shiringës në mënyrë të pavarur reduktonin ritmin e shfaqjeve të rasteve të HCV në këtë grup (70). Në vijim, të dyja ndërhyrjet vepruan në mënyrë sinergjike, duke reduktuar mundësitë e infeksioneve të reja me HCV me afërsisht 80% kur u ofrua një mbulesë e lartë me programin e ages dhe shiringës për ata që vijuan të injektoheshin ndërkohë që ishin në trajtimin e zëvendësimit të opioidëve.

Ekeftiviteti i trajtimit të kombinuar në transmetimin e HIV u vlerësua më tej në një studim të zhvilluar në Nju Jork (125) duke krahasuar efektivitetin e 'programit parandalues të kombinuar' (mbajtja me metadon, edukimi dhe shpërndarja, reduktimi i rrezikut, analiza e HIV dhe programi i ages dhe shiringës) me një 'program fillestar parandalimi' duke përjashtuar shkëmbimin e ageve (mbajtja me metadon, edukimi dhe shpërndarja, reduktimi i rrezikut, analiza e HIV). Me kalimin e kohës, përhapja e shtuar e HIV që u vu re, kishte shtrirje më të madhe tek ata me program të kufizuar krahasuar me ata në program të kombinuar, gjë që sugjeron se kombinimi i OST me shkëmbimin e shiringave mund të ketë luajtur një rol në kufizimin e transmetimit të HIV.

Efektiviteti i rrugëve të tjera të trajtimit

Ka një sërë mundësish të tjera trajtimi për drogën në dispozicion, duke përfshirë trajtimin psikologjik, ndërhyrjet njohëse të mënyrës së sjelljes, administrimi i pasigurisë, dhe mbështetja e grupeve bazuar në shoqëri.
Ndërkohë që asnjë ndërhyrje e trajtimit psikologjik e trajtuar e vetme nuk ka qenë qartësisht i efektshëm në trajtimin e varësisë ndaj opioidëve (108), përfundimet nga studimet vrojtuese (studime të mëdha të njëkohshme të tilla si DATOS

situate e shkëmbimit ndërmjet njerëzve të infektuar dhe të painfektuar të cilët injektojnë droga. Kjo hipotezë mbështetet nga fakti se përhapja e hepatitit C shpesh e tejkalon përhapjen e HIV në komunitetet e përdoruesve. Kjo mund të shpjegojë gjithashtu se pse është më e vështirë që të mbahet nën kontroll rreziku i HCV vetëm në ndërhyrjet e vetme dhe pse nivelet e larta të mbulimit mund të jenë të nevojshme për të arritur një ndikim në nivel popullate.

[5] Infeksionet tek individët e pa-infektuar.

[6] Infektimi me HIV ose HCV tek individët me mono-infeksion.

në SHBA dhe NTORS në Mbretërinë e Bashkuar) tregojnë se programet rezidenciale, komunitare dhe trajtimet e mbajtjes me metadon, të gjitha reduktonin si përdorimin e drogës dhe injektim dhe shkëmbimin e shiringave. Ndërkohë që janë në trajtim, injektimi dhe sjellja e rrezikshme janë të reduktuara dhe për pasojë rreziku i infeksioneve është më i ulët (109). Trajtimi psikologjik mund të luajë një rol madhor në trajtimin e sëmundjeve të njëkohësishme të çrregullimeve psikologjike të përdoruesve të drogës, si ankthi, depresioni dhe ulja e vetëbesimit, dhe në përmirësimin e aftësive bashkëpunuese që kanë lidhje me përdorimin e drogës.

Trajtimi për njerëzit me varësi ndaj jo-opioidëve të cilët injektojnë droga

Megjithëse disa agjentë farmakologjikë për trajtimin e përdoruesve stimulues është parë të jetë premtues ose janë aktualisht duke u analizuar, ende nuk është gjetur ndonjë trajtim farmakologjik që të jetë efektiv në mënyrë të qëndrueshme në reduktimin e përdorimit të drogës dhe në shtimin e ruajtjes së trajtimit për këtë grup (108). Disa prova të rastësishme janë në vijim për të provuar barnat e reja për trajtimin e varësisë ndaj kokainës; për momentin, Disulfiram, një substancë e cila ndërhyn me metabolizmin e alkoolit, dhe Vigabatrin, një medikament anti-epileptik janë dy substancat të cilat duken disi premtuese. Janë duke vijuar përpjekjet për të krijuar nj vaksinë të kokainës (54).

Në mungesë të trajtimeve farmakologjike, trajtimi psikologjik është veçanërisht i rëndësishëm për përdoruesit e stimulantëve. Sidoqoftë, i vetmi rishqyrtim sistematik i treguesve në lidhje me trajtimin psiko-social për abuzimin psiko-stimulant ose varësinë nuk nxori ndonjë konkluzion të qëndrueshëm në lidhje me efektivitetin e një drejtimi të vetëm të trajtimit në lidhje me varësinë psiko-stimulante, që bazohet në studimet heterogjene (126).

Një rishqyrtim i madh gjeti se trajtimi i pasigurisë (CM), i cili përfshin ofrimin e stimujve monetarë për të ndenjur pa droga ose për të qëndruar në trajtim, u shoqërua me ritme të larta të abstinencës dhe mbetjes në trajtim për përdoruesit e stimulantëve (108). Nëse kombinohet me mbajtjen me metadon, CM paraqiti rezultate pozitive për klientët që kishin varësi si nga opioidët dhe stimulantët. Sidoqoftë, ende ka një mungesë relative të treguesve për konsolidimin e këtyre gjetjeve.

Ofrimi i trajtimit me zëvendësuesve të opioidëve

Trajtimi mbajtës me metadon u krijua në SHBA në vitet 1960, por prezantimi i tij në praktikën klinike në Evropë u shtua vetëm që nga mesi i viteve 1980 e më tej. Sot, metadoni dhe buprenorfina, dihidrokofeina, morfina me çlirim të ngadalshëm dhe diacetilmorfina (heroina) kanë hyrë në përdorim në vendet e Evropës[7] (112). Duke ndjekur adaptimin e politikave gjithëpërfshirëse për drogat nga vendet evropiane, ofrimi i trajtimeve me zëvendësues opioidë u përshpejtuan që nga vitet 1990 dhe tashmë arrijnë më shumë se gjysmën e popullatës të përllogaritur në objektiv (54, 127-128). Pjesa e buprenorfinës në trajtimin e zëvendësimit të opioidëve në Evropë është më i vogël se metadoni, por ka filluat të rritet, pjesërisht për shkak të profilit të tij më të mirë të sigurt. Buprenorfina është një agonist i pjesshëm, ka efekte më të pakta opioide dhe krijon një efekt më ulët të nivelit të varësisë fizike, por ka më pak të ngjarë që të rezultojë me një mbidozë. Ajo përdoret zakonisht në trajtimet zëvendësuese afat-gjata, e ofruar nga mjekët në klinikë. Fakti se një gamë e gjerë e substancave, duke përfshirë edhe heroinën, në ditët e sotme është në dispozicion të përdoruesve të opioidëve, ju bë të mundur mjekëve klinikë që të përfshijnë një numër më të gjerë të përdoruesve të drogave në trajtime optimale farmakologjike. Udhëzuesi i detajuar për trajtimin farmakologjik të ndihmuar nga ai psiko-social për varësinë ndaj opioidëve u botua nga Organizata Botërore e Shëndetësisë në 2009 (111).

Cilësia dhe mbikëqyrja: Qendrat e trajtimit duhet të jenë të mirë-organizuara dhe të cilësisë së lartë, duke përfshirë nivelin e trajnimit të stafit, për të arritur rezultatet më të mira. Në mënyrë të veçantë duhet të ndiqen udhëzuesit ndërkombëtarë në dispozicion mbi regjimet e trajtimit, dozimin dhe mbikëqyrjen (111, 129). Të dhënat tregojnë se strukturat e ndryshueshme të dozimit duhen inkurajuar, duk përfshirë një dozë të ulët për fillim dhe dozën e lartë të ruajtjes, pa kufizime mbi dozimin dhe kohëzgjatjen e trajtimit (110, 130). Për të përshtatur efektivitetin e trajtimit me zëvendësues të opioidëve, treguesit sugjerojnë më tej se trajtimi i vazhdueshëm është më i efektshëm krahasuar me përdorimin afat-shkurtër të OST (108). Disa forma të OST, të tilla si metadoni, do të jenë më pak të efektshme (p.sh. nivele të ulëta në serum) nëse merret trajtim për tuberkulozin ose HIV në të njëjtën kohë; kjo duhet të monitorohet dhe doza të përshtatët në mënyrë që trajtimi të jetë më efektiv (131).

Mundësia e hyrjes: Ofrimi i OST nëpërmjet shërbimeve me prag të ulët është një faktor shtesë. Programet me prag të ulët janë të orientuar në drejtim të reduktimit të dëmit sesa ndaj abstinencës, dhe janë më të ndryshueshëm në termat e pranueshëmrisë së kërkesave dhe ofrimin e shërbimit, krahasuar me programet me prag të lartë. Përdorimi i kombinuar i shërbimeve të tjera të reduktimit të dëmit, i cili mund të shtojë efektin e trajtimit , është inkurajimi në këto qendra. Gjatë trajtimit të drogës, shumë shërbime të cilat kanë lidhje me infeksionet, të tilla si ti analizat nga ofruesi ose të iniciuara nga pacienti dhe këshillimi, vaksinimi, trajtimi i sëmundjeve infektive ose pajisjet parandaluese ju duhen ofruar njerëzve të cilët kanë histori aktuale ose të shkuar të përdorimit të drogës me injektim. Kujdesi shëndetësor mendor (she kujdesi i përgjithshëm shëndetësor është, nha praktikuesit e mjekësisë së përgjithshme dhe, nëse është në dispozicion, specialistët interno) duhet të kombinohen me trajtimin e varësisë ndaj drogës. Mundësia e

[7] Trajtimi farmakologjik me antagonistin opioid naltrekson, i cili bllokon efektin e heroinës dhe të opioidëve të tjerë, luan vetëm një rol të vogël në Evropë, pasi trajtimi është i shoqëruar me raportet e larta të tretjes.

hyrjes në një kujdes të tillë është veçanërisht e rëndësishme për njerëzit të cilët injektojnë droga, që janë në kontakt me njësitë me prag të ulët.

Shpërndarja: medikamentet e zëvendësimit të opioidëve mund të shpërndahen në klinika, në qendra të specializuara në komunitet ose në farmaci. Në të gjitha qendrat, mbikëqyrja direkt e pacientëve të cilët marrin medikamente mund të parandalojë shmangien e drogave për në tregun ilegal. Sidoqoftë, dozat që merren në shtëpi ju bëjnë të mundur pacientëve që të ndjekin detyrimet që kanë në punë e në familje dhe të kenë një jetë më 'normale'. Për të gjithë ata që i nënshtrohen një trajtimit të tillë, ekzaminimet e rregullta mjekësore ane një detyrim themelor. (16, 111).

Ndryshueshmëria në lidhje me fillimin e trajtimit: Rezultatet e kërkimeve parësore tregojnë ndikime pozitive të mbajtjes së përkohshme me metadon në rrezikun e sjellës (132). Trajtimi i lehtë në dispozicion, në formën e ofrimit të përkohshëm të metadonit, ju bën të mundur njerëzve të cilët injektojnë droga që të përfitojnë nga efekti mbrojtës i trajtimit zëvendësues me opioidë në trajtimin e sjelljes së rrezikshme.

Arritja tek grupet e vështira në objektiv: Për përdoruesit me varësi ndaj heroinës për një kohë të gjatë, të cilët nuk reagojnë ndaj trajtimeve standarde, është treguar se përfitojnë nga programet të cilat ofrojnë trajtime të mbikëqyrura të injektimit të asistuar të heroinës (122). Shpërndarja e HAT kërkon shërbime strukturore të adaptuara për të respektuar kushtet e rrepta të sigurisë dhe të parandalojnë çdo devijim për në tregun ilegal. Klinikat duhet të jenë të kapura në disa kohë të ndryshme gjatë ditës, çdo ditë të vitit, në mënyrë që t'ju bëjnë të mundur klientëve të injektojnë trajtimin e tyre nën mbikëqyrje, ashtu siç tregohet në udhëzuesit e trajtimit (122). Megjithëse kostot e këtij trajtimi 'të vijës së dytë' janë më të larta se ato të trajtimit me metadonin e marrë nga goja, kjo kompensohet nga kursimet e mëdha për shoqërinë – në mënyrë të veçantë në reduktimin e kostove për procedurat kriminale dhe burgosjen që vijnë për shkak të sjelljes kriminale (133).

Njësitë e burgimit: Rishqyrtimet e studimeve eksperimentale dhe vrojtuese mbi OST në burg tregojnë se përfitimet trajtimit mbajtës të bazuar në burg janë të ngjashme me ato në njësitë e komunitetit (32, 134-136). Vënia në dispozicion e trajtimeve të tilla nëpër burgje, paraqet një mundësi për të kufizuar përdorimin e opioidëve ilegalë dhe sjelljet e rrezikshme në burg. Një lidhje e mirë ndërmjet burgut dhe programeve të bazuara në komunitet është i rëndësishëm për të lehtësuar vazhdimësinë e trajtimit (pas burgimit/pas daljes nga burgu), kështu që përfitimet afat-gjata mund të arrihen, dhe rreziqet e larta të dëmtimeve, përfshirë edhe vdekjen, në periudhën e menjëhershme pas lirimit, parandalohen.

Analiza

Ndërhyrjet e rekomanduara

Kryerja e analizave vullnetare dhe të fshehta dhe informimin e aprovuar për HIV, hepatitin (hepatiti B për të pavaksinuarit) dhe infeksione të tjera, duke përfshirë TB duhet të ofrohen si rutinë dhe të kenë lidhje me referimin për trajtim.

Gjykimi i menduar: Mendimi i ekspertëve është në favor të analizimit vullnetar dhe të fshehtë të sëmundjeve infektive për mundësinë e reduktimit të rrezikut të tyre, dhe sepse një diagnozë e bazuar në analiza është një parakusht për ofrimin e trajtimit. Për shkak të rrezikut të infeksioneve që shoqërohen me përdorimin e drogave me injektim, ka të ngjarë që të jetë më e efektshme nga ana e kostove për të gjitha njësitë evropiane, që të bëhet analiza e të gjithë atyre që injektojnë droga për HIV, hepatitin B, hepatitin C. Ka mundësi që analiza e TB të jetë me kosto efektive në pjesën më të madhe të vendeve. Në një ofertë standarde për një ekzaminim mjekësor duhet të merret në konsideratë ofrimi i analizave për infeksionet e tjera (të tilla si hepatiti A, D, sifilizi dhe analizat e tjera të mëlçisë dhe ato të përgjithshme të gjakut). Shpeshtësia e ekzaminimeve mjekësore dhe analizat si edhe vlerësimi se cilat analiza duhet të kryhen, duhet të adaptohen me shenjat klinike dhe simptomat individuale si dhe situata epidemiologjike. Në rastin e njerëzve të cilët injektojnë droga, rreziku është tepër i lartë dhe duhet që analizat, në këtë rast, të ofrohen deri një ose dy herë në vit (16).

Rekomandohet një trajtim vullnetar dhe i fshehtë i shërbimeve të ofruara të analizave. 'Vullnetar' do të thotë se megjithëse analiza është një standardi kujdesit mjekësor, individi është i informuar në lidhje me analizat dhe pasojat e tyre të mundshme dhe jep miratimin e qartë për të kryer analizat. 'Të ofruara rutinë' do të thotë se ofruesit e kujdesit duhet të rekomandojnë analizat për sëmundjet infektive si një përbërës standard i kujdesit shëndetësor për njerëzit të cilët injektojnë droga.

Megjithatë, llogaritjet e raportuara nga vendet e BE/EEA sugjerojnë se vetëm 10% deri 60% e njerëzve të cilët injektojnë droga bënë analiza për HIV paraprake në dymbëdhjetë muaj (137), dhe kjo ka të ngjarë të jetë shumë më e ulët për infeksionet e tjera. Zbulimi në kohë e viruseve të mbartura në gjak dhe sëmundjeve të tjera, ju bëjnë të mundur klientëve të kërkojnë trajtim mjekësor për të trajtuar infeksionin, parandaluar komplikimet, dhe të reduktojë rrezikun e transmetimit të mëtejshëm të sëmundjes (138). Analizat ofrojnë një mundësi të mirë për këshillimin dhe edukimin e njerëzve të cilët injektojnë droga në lidhje me parandalimin e infeksionit (nëse analizat janë negative) dhe

transmetimin progresiv (nëse analizat dalin pozitive). Kryerja e këshillimit të reduktimit të rrezikut në lidhje me situatën e analizimit mund ët çojë në reduktimin e rrezikut të sjelljes (139).

Infeksionet që mbarten në gjak

Udhëzuesit funksionalë për ofruesit e kujdesit shëndetësor për fillimin e analizave tek pacientët e tyre të cilët injektojnë droga për HIV, hepatitin viral dhe infeksione të tjera, duke përfshirë dhe infeksionet bakteriale të lëkurës, infeksionet e transmetuara seksualisht, dhe infeksionet pulmonare, u botuan nga EMCSSA në 2010 dhe mund të jenë të dobishme në programet udhëzuese kur kryhen analizat për njerëzit të cilët injektojnë droga (16). Udhëzuesi i përgjithshëm për analizat e HIV u botua nga ECDC (138). Në përmbledhje, njerëzve të cilët injektojnë droga duhet t'ju ofrohen analiza të cilat ndjekin standardet e cilësisë të udhëzuesve kombëtarë. Sidoqoftë, duhet treguar kujdes më i madh për të arritur dhe këshilluar këtë popullatë më të ndjeshme dhe më të vështirë për t'u arrirë, në mënyrë që të mund të arrihet afrim më i mirë për kryerjen e analizave, arsyeja e kryerjes së analizave duhet të kuptohet, deh miratimi për kryerjen e tyre është plotësisht vullnetar. Ofrimi i pikave të kujdesit për analiza në njësi të përhapura mund të shtojë marrjen e analizave të HIV, HBV dhe HCV (shihni kutinë e tekstit mbi eksperiencën finlandeze me pikat e kujdesit për analizat). Edhe kur konfirmimi i analizave të testimeve pozitive të pikave të kujdesit merr po aq kohë sa edhe me analizimet normale, rezultatet negative të analizave janë në dispozicion të menjëhershëm, dhe rezultatet paraprake pozitive të analizave të kombinuara m këshillimin e reduktimit të rrezikut mund të kufizojnë sjelljet e rrezikshme. Analizat duhet të kenë lidhje me trajtimin e atyre që janë të infektuar, me referim nëpërmjet rrugëve të kujdesit ët trajtimit lokal për tek shërbimet e specializuara për vlerësimin dhe ndjekjen e atyre të cilët janë konfirmuar pozitivë për HIV, HCV kronik dhe HBV ose infeksionet e tjera të cilat kanë nevojë për trajtim.

Tuberkulozi

Ekzaminimi për TB paraqet sfida shtesë dhe të rëndësishme të cilat janë kritike për t'u trajtuar në popullatat e njerëzve të cilët injektojnë droga. Kontrolli për TB mbështetet kryesisht mbi zbulimin e rasteve infektive dhe trajtimin e tyre me të paktën gjashtë muaj kombinim antibiotikësh në përputhje me rekomandimet ndërkombëtare (140-141).

Vonesa e pacientëve për të kërkuar mjekim është e zakonshme ndërmjet njerëzve të cilët injektojnë droga, gjë që shton rrezikun për transmetimin e TB dhe shton gjendjen e rëndë të sëmundjes (142-143). Shtimi i gjetjeve të rasteve është i rëndësishëm për të reduktuar transmetimin dhe përmirësimin e rezultatit të mjekimit dhe prognozën për pacientin. Ekzaminimi për TB mund të kryhet për të identifikuar infeksionin aktiv ose latent. Nga perspektiva e shëndetit publik, identifikimi i TB aktiv është me rëndësi kyçe dhe ndërpret transmetimin e menjëhershëm. Megjithatë, përderisa njerëzit të cilët injektojnë droga, dhe veçanërisht ata të cilët janë HIV seropozitivë, kanë rrezik të shtuar për përparimin deri në sëmundje aktive, diagnoza e sëmundjes latente të TB e pasuar me terapi parandaluese është gjithashtu e rëndësishme. Do të ishte ideale që njerëzit të cilët injektojnë droga të ekzaminoheshin për sëmundjen e TB ose infeksionin latent të TB.

Përdorimi i pikave të kujdesit për analiza në zonat e shërbimit shëndetësor me prag të ulët në Finlandë

Që prej 1999, është përfshirë një program analizues i shpejtë i HIV në pikat e kujdesit (PoC) në qendrat e shërbimit e prag të ulët (LTHSC) të cilat ju shërbejnë njerëzve të ilet injektojnë droga në Finlandë. Më 2011, 10 prej 34 LTHSC ofruan analiza të shpejta të HIV, të vlerësuara dhe të rekomanduara nga Instituti Kombëtar për Shëndetin dhe Mirëqenien (THL).

THL mbështet programin e analizave PoC duke ofruar trajtim laboratorik dhe këshillues, një vlerësim cilësor dhe program monitorues dhe ofron këshillim për rregullimet praktike të nevojshme për analizat. Përpara prezantimit të analizës së shpejtë PoC në një LTHSC të re, i gjithë personeli, të cilit i kërkohet të punojë me analizat e shpejta duhet të trajnohet në THL. Instituti organizon raunde të vlerësimit cilësor të anti-trupave të HIV, në marrëveshje me shërbimet e jashtme të vlerësimit të cilësisë tre herë në vit dhe kryen analiza konfirmuese për rezultatet pozitive. THL jep gjithashtu këshillime ditë pas dite dhe monitoron programet e analizimit, duke mbledhur të dhëna trajtimesh dhe rezultatesh për programin e mbikëqyrjes dhe vlerësimin e ndikimit.

Klientëve ju ofrohet analizë e HIV falas, anonime dhe e shpejtë në të gjitha LTHSC, pa nevojën e një takimi. Analiza kryhet në një zonë të ndarë të analizave e cila siguro fshehtësi. Këshillimi përpara analizës përfshin një diskutim të sjelljes së rrezikshme, praktikat e seksit të sigurt, dhe periudhën e hapur për anti-trupat e HIV. Analiza kryhet nga gjaku i marrë nga një shpim në gisht, dhe rezultati është në dispozicion brenda 15 minutash. Rezultatet negative të analizës jepen menjëherë pas analizës, rezultatet pozitive konfirmohen më tej me një marrje gjaku venoz. Rezultati konfirmues ëhstë gati për një javë. Rastet pozitive referohen në spital për përkujdesje.

Ndërmjet 1999 dhe 2010, më shumë se 8000 motra nga njerëz të cilët injektonin droga u analizuan nga LTHSC, duke rezultuar me një total prej 47 rasteve të konfirmuara HIV pozitive. Pjesa më e madhe e klientëve preferojnë analizëne shpejtë PoC krahasuar me analizimin tradicional.

Analizimi për TB është pjesë e procesit gjithëpërfshirës të kujdesit shëndetësor i cili kërkon të drejtën e hyrjes në shërbimet mikrobiologjik, njësitë e trajtimit, barnat dhe mbështetjen për të gjithë pacientët e diagnostikuar. Ekzaminimi/diagnostikimi i TB përfshin anamnezën mjekësore, radiografi të gjoksit, analizën e tuberkulinës në lëkurë (TST), dhe nëse është një dispozicion, analizën e gjakut (grupin e çlirimit të interfereon-gama, IGRA). Metoda e përdorur është në varësi të udhëzuesve kombëtar ose, në mungesë të tyre, mbi udhëzuesit ndërkombëtarë për analizimin e TB (131) (16) (144).

Në vijim, prania e shenjave dhe simptomave të TB tek njerëzit të cilët injektojnë droga duhet të identifikohen nëpërmjet një ekzaminimi klinik dhe, në mënyrë ideale, klientët duhet të plotësojnë një pyetësor mbi simptomat e mundshme përpara kryerjes së analizave. Çdo ekzaminim i TB, veçanërisht tek njerëzit të cilët injektojnë drogë me simptoma ose shenja të TB, duhet të ndiqen nga me të paktën kontrollin mikroskopik të pështymës, me të drejtë të plotë hyrjeje në njësitë laboratorike me kapacitet, eksperiencë teknike dhe me aftësi për të bërë kulturat e të gjitha rasteve të dyshuara të TB. Pas dyshimit për TB aktiv, diagnoza përfundimtare e TB duhet të bazohet mbi konfirmimin e kulturës mikrobiologjike, duke përfshirë edhe analizimin e ndjeshmërisë ndaj barnave.

Është vënë në dukje se njerëzit të cilët injektojnë droga mund të jenë njëri nga grupet me numrin më të vogël që rasteve që kanë nevojë për ekzaminim dhe trajtim profikaltik në mënyrë që të parandalohen rastet (145).

Infeksione të tjera të cilat prekin njerëzit që injektojnë droga

Analizat dhe trajtimi për sëmundjet e transmetuara seksualisht, të tilla si klamidia, gonorrhea dhe sifilizi, duhet të inkurajohen dhe të jenë pjesë e ekzaminimit të rregullt, vecanërisht ndërmjet atyre të cilët kanë sjellje seksuale me rrezik të lartë dhe me partnerë seksualë të shumtë, të tillë si punëtorët e seksit. Në njësi duhet të ofrohen referime, kondomë dhe lubrifikues, dhe në njësitë ku nuk mund të kryhen analizat apo trajtimi.

Në vijim, njerëzit të cilët injektojnë droga janë të rrezikuar të zhvillojnë infeksione bakteriale akute të lëkurës (duke përfshirë MRSA), infeksione të indeve të buta, abscese, dhe kolaps të venave, me komplikacione të mundshme kërcënuese për jetën. Shkaqet e infeksionit janë vetë infeksionet (duke ofruar një rrugë për bakteret e lëkurës për në trup), higjiena e dobët, teknikat jo të mira të injektimit dhe drogat e kontaminuara (p.sh. shpërthimi i antraksit në Skoci në 2010). Është e rëndësishme që dëmtimet e vogla dhe infeksionet bakteriale të njihen dhe të trajtohen në kohë të shkurtër. Në rastet e absceseve ose lezioneve të tjera të lëkurës, duhet të merret mostër biologjike nga pusi, indi ose material tjetër, për t'u çuar në një laborator për ekzaminim (15).

Trajtimi i sëmundjeve infektive

Ndërhyrjet e rekomanduara

Trajtim me antiviralë, bazuar mbi treguesit klinikë për ata që janë të infektuar me HIV, HBV ose HCV. Trajtim me anti-tuberkuloz për rastet aktive të TB. Për rastet latente duhet të merret parasysh terapia profilaktike e TB. Trajtimi për sëmundjet e tjera infektive duhet të ofrohet sipas të dhënave klinike.

Gjykimi i menduar: Studimet e fundit kanë demonstruar përfitime të qarta të trajtimeve antivirale kundër HIV, HBV dhe HCV ndërmjet njerëzve të cilët përdorin droga. Udhëzuesit më të fundit ndërkombëtarë nuk e kufizojnë trajtimin me antiviralë për njerëzit të cilët nuk përdorin droga, për sa kohë që nuk ka kundër-indikime të tjera klinike. Ekzistojnë tregues të qëndrueshëm të përfitimit individual dhe në nivel popullatë të trajtimit të TB.

Vlerësimet praktike: Analizat duhet të jenë të lidhura ngushtë me trajtimin, me modele të qarta referimi në mënyrë që të ofrohet kujdes i vazhdueshëm për rastet e testuara pozitive dhe monitorimin mjekësor të përparimit të sëmundjeve nëse nuk është indikuar ende trajtimi. Tek njerëzit të cilët injektojnë drogë duhet marrë parasysh infektimi i njëkohshëm me infeksione të tjera të cilat akne rrezik të lartë përhapjeje. Referimi dhe sigurimi për vijimësinë e shërbimit për kujdesin e trajtimit të sëmundjes është veçanërisht kritik kur planifikohet dalja nga burgu. Duhet vlerësuar me kujdes ndërveprimi i barnave veçanërisht tek personat me infektime të njëkohësishme.

Infeksionet e mbartura në gjak

Ofrimi i trajtimit me anti-viralë (ART) është pjesë thelbësore e kujdesit për njerëzit të cilët injektojnë droga, të cilët janë testuat pozitivisht për HIV. Për ata të testuar pozitiv për infeksionin e hepatitit B ose C, shpesh ndikohet trajtimi me antiviralë në klinikë dhe ky duhet ofruar në përputhje me udhëzuesit kombëtarë (1, 53, 146-148). Të gjithë individët me HIV ose hepatitin kronik B ose C kanë nevojë për rishqyrtim të rregullt mjekësor edhe nëse nuk marrin mjekim me anti-viralë.

Ka të dhëna se injektuesit aktivë të drogave mund t'i nënshtrohen me sukses trajtimit për HIV dhe të përfitojnë prej tij. Ka tregues të mjaftueshëm të qëndrueshëm se nuk ka rezistencë ndaj drogës tek popullata përdoruese krahasuar me individët e tjerë HIV-pozitivë të cilët marrin trajtimin me anti-retro-viralë (149). Kërkimet kanë treguar gjithashtu se njerëzit të cilët injektojnë droga mund të arrijnë rezultate trajtimi për hepatitin C të krahasueshme me ato që gjenden

tek popullatat e përgjithshme jo-injektuese, nëse trajtimi do të shoqërohej me mbështetjen e duhur (150). Ka të dhëna se trajtimi për hepatitin C mund të realizohet në kuadrin e programeve të trajtimit me zëvendësues të opioidëve, dhe se klientët dhe stafi mbështesin së bashku këtë model të ofrimit të shërbimit me 'një ndalesë' (151-153).

Studimet kanë treguar se ata që janë HIV pozitivë ose janë njëkohësisht të infektuar me HIV dhe HCV dhe që marrin OST kanë më shumë mundësi që t'i përmbahen regjimit të trajtimit për infeksionin (infeksionet) që kanë, por nuk ka të dhëna se si kjo ndikon në ngarkesën virale. (Detaje të mëtejshme në lidhje me ndikimin e OST në përmbajtjen ndaj ART mund të gjeni në Protokollin Klinik të OBSH për Rajonin Evropian (1)).

Gjithashtu ka tregues nga studimet modeluese se trajtimi me anti (retro) viralë për HIV dhe hepatitin C mund të ndikojë në parandalimin e sëmundjeve infektive; kur i përmbahen trajtimit, mund të reduktohet ngarkesa virale, duke reduktuar rrjedhimisht rrezikun e vazhdimit të transmetimit, në vijim të parandalimit të komplikimeve të infeksioneve për individët HIV- ose hepatit C-pozitivë të cilët injektojnë droga (154).

Profilaksia pas ekspozimit të infeksionit HIV dhe Hepatitit B mund të merret parasysh në përputhje me rekomandimet ndërkombëtare dhe kombëtare.

Tuberkulozi

Të gjithë pacientëve të diagnostikuar me TB aktiv duhet t'ju ofrohet trajtimi i përshtatshëm. Trajtimi duhet të ndjekë udhëzuesit kombëtarë ose, në mungesë të tyre, udhëzuesit ndërkombëtarë (140-141), të cilët mund të ofrojnë gjithashtu udhëzime specifike për situata të veçanta klinike, të tilla si sëmundja e njëkohshme si infeksioni HIV. Reagimi ndaj trajtimit ka nevojë për monitorim klinik dhe bakteriologjik. Kur pacienti shihet se është pozitiv për TB, duhet të sigurohet gjurmimi i kontaktit të indeksit të TB të rasteve.

Tek individët me infeksion të njohur HIV që jetojnë në njësi me rrezik të qartë për ekspozim të përsëritur ndaj TB dhe ndaj të cilëve është përjashtuar TB aktiv, duhet marrë parasysh trajtimi me profilaktikë pas vlerësimit të rrezikut individual. Gjithashtu, kur është në dispozicion trajtimi me antiviralë, arritja dhe mbajtja e numrit të përshtatshëm të CD4 tek individët e infektuar me HIV do t'i mbajë këta persona në rrezik të ulët për të shfaqur TB pas ekspozimit.

Përdorimi i profilaktikëve tek individët e infektuar me HIV duhet të ndjekin 'politikën e përkohshme të OBSH mbi aktivitetet bashkëpunuese TB/HIV' (155) dhe 'Udhëzuesit e politikës për shërbime bashkëpunuese të TB dhe HIV për injektuesit dhe përdoruesit e tjerë. Një trajtim i integruar' (156).

Në përputhje me standardet ndërkombëtare për kujdesin për TB, strategjia për ndjekjen e pacientit duhet të përfshijë masa për të vlerësuar dhe promovuar zbatimin, dhe duken krijuar kushtet për trajtuar zbatimin e dobët. Rrjedhimisht, trajtimi i vrojtuar direkt (DOT) rekomandohet për të siguruar trajtimet shumë-disiplinore në mënyrë që të mbështeten pacientët dhe të shtohet ndjekja e trajtimit. Stimujt mund të jenë të dobishëm për të promovuar ndjekjen e DOT (157).

Infeksione të tjera të cilët prekin njerëzit që injektojnë droga

Nëse identifikohen, infeksionet e transmetuara seksualisht duhet të trajtohen menjëherë në përputhje me udhëzuesit kombëtarë. Injektimi afat-gjatë shpesh çon në plagë kronike, të cilat nuk shërohen tek njerëzit të cilët injektojnë droga. Procedurat e trajtimit të plagëve mund të jenë shumë efektive nëse marrëdhënia klient-staf është e qëndrueshme dhe e bazuar mbi besimin dhe ndjekjen e trajtimit. Shërbimet për kujdesin e plagëve duhet të ofrohen së bashku me shërbimet e ages dhe shiringës, si dhe me trajtimin e drogës, nëse është e mundur.

Promovimi i shëndetit

Ndërhyrjet e rekomanduara

Promovimi i shëndetit i fokusuar në mënyrat e sigurta të reagimit për injektimet; shëndeti seksual, duke përfshirë përdorimin e kondomit; dhe parandalimi i sëmundjeve, analizat dhe trajtimi.

Gjykimi i menduar: Promovimi i shëndetit është i mbështetur nga opinioni i ekspertëve si një përbërës shoqërues themelor për shpërndarjen e gjashtë ndërhyrjeve. Ai ofron mbështetjen për zbatimin dhe shpërndarjen sociale të ndërhyrjeve të tjera direkte. Përmbajtja duhet të drejtohet nga nevojat e përdoruesit.

Promovimi i shëndetit është 'procesi i bërjes të mundur për njerëzit që të shtojnë kontrollin mbi shëndetin e tyre dhe përcaktuesit e tij dhe rrjedhimisht të përmirësojnë shëndetin e tyre' (OBSH 1986). Promovimi i shëndetit përmban jo vetëm dhënien e informacionit dhe mbështetjen, por gjithashtu edhe këshillimin për kufizimin e rrezikut. Promovimi i shëndetit i vetëm, nuk është i efektshëm në reduktimin e rrezikut të HIV ndërmjet njerëzve të cilët injektojnë droga, por i kombinuar me masa të tjera parandaluese, të tilla si ofrimi i ageve dhe shiringave dhe trajtimin e drogës, promovimi i shëndetit mund të bëhet i efektshëm (53, 158). Mesazhet e promovimit të shëndetit duhet të jenë të

ndjeshëm ndaj gjinisë dhe kulturës, të ofrohen në gjuhë të ndryshme, dhe të përshtatur për të përdorur terminologji e cila është familjare për përdoruesit dhe që ata ta kuptojnë lehtësisht.

Promovimi i shëndetit për sjellje të sigurt të injektimit

- Përdorni një age dhe shiringë të re sterile dhe pajisje të pastra për secilin injektim: 'një age-një shiringë-një herë'. Asnjëherë mos shkëmbenit apo merrni hua age, shiringa apo pajisje të tjera.
- Informohuni dhe përgatituni për situatat ku mund të jetë e vështirë për të parandaluar infeksionet. Për shembull, nëse ka trysni sociale për të përdorur së bashku enët ose kur situata është disi kaotike kur përgatitet një injeksion. Vini në punë strategji për të kufizuar mundësinë e shkëmbimit të pavetëdijshëm të pajisjeve injektuese (siç është përdorimi i shiringave me kode ngjyrash ose me shiringa me etiketa).
- Inkurajoni miqtë të cilët nuk bëjnë injeksione të mos fillojnë diçka të tillë. Inkurajoni miqtë të cilët bëjnë injeksione të përdorin praktika të sigurta injektimi.
- Lani duart përpara dhe pas injeksionit; pastroni lëkurën me alkool ose një dezinfektues tjetër përpara injektimit; përdorni një filtër; evitoni përdorimin e zonave të rrezikshme të injeksioneve të tilla si qafa dhe ijet; evitoni injektimin direkt nën lëkurë ose në muskul; dhe pastroni të gjitha materialet, duke përfshirë edhe sipërfaqen e tavolinës, me një dezinfektues pas injektimit.
- Në vend të injektimit përdorni rrugët e tjera pa injeksion të tilla si tymosja apo marrja e drogës nga goja. Për këto qëllime mund të përdoren sasitë e mbështjella ose kapsulat e xhelatinës.
- Parandaloni mbidozën duke përdorur sasi më të vogla të drogës (veçanërisht pas periudhave të abstinencës ose përdorimin më pak intensiv të drogës), duke mos i përdorur drogat kur jeni vetëm, dhe duke njohur shenjat e mbidozës tek partnerët të cilët marrin injeksione dhe kërkesa e menjëhershme për ndihmë pasi shihen shenjat e tilla. Kini kujdes kur përdorni drogë nga burimet e reja ose të panjohura dhe evitoni përzierjen e drogës siç është alkooli, benzodiazepinat dhe opioidët. Përdorni njësitë e mbikëqyrjes shëndetësore për injektimin higjienik, nëse ka në dispozicion shërbime të tilla.

Përveç materialeve të shkruara, duhet të ketë mjete edukimi vizuale dhe ndërvepruese. Personat që kryejnë aktivitetet e promovimit të shëndetit duhet të jenë veçanërisht të trajnuar se si të ofrojnë edukimin shëndetësor. Është e rëndësishme të mbahen parasysh se promovimi i shëndetit mund të jetë i nevojshëm të përshtatet me kushtet e veçanta personale siç mund të jenë sëmundjet mendore. Kjo mund të ndikojë në suksesin e përpjekjeve për promovimin e shëndetit.

Qëllimi i ofrimit të mesazheve promovuese të shëndetit tek njerëzit të cilët injektojnë droga është të shtojnë të kuptuarën në lidhje me sëmundjet infektive, transmetimin e infeksioneve dhe parandalimin e infeksioneve, me qëllimin për të reduktuar rrezikun e marrjes dhe transmetimit të sëmundjeve infektive nëpërmjet injeksioneve të drogave, duke promovuar sjelljen e sigurt të injektimit, transitin tek përdorimi i drogave pa injektim, ose ndërprerjen e përdorimit të drogave. Mesazhet e promovimit të shëndetit duhet të përshtaten me nevojat e përdoruesit dhe të ofrohen në çdo rast të mundshëm: qoftë nëpër cepat e rrugëve kur ofrohen shërbimet në terren edhe apo në qendrat e trajtimit të drogës ose në një program të ages dhe shiringës. Çdo kontakt me një person i cili është duke injektuar drogë aktualisht është një mundësi për ofruesin e shërbimit për të vlerësuar nevojat e promovimit shëndetësor dhe të ofrojë mesazhe këshillimi dhe të promovimit të shëndetit. Klientët janë shpesh gjykatësit më të mirë për nevojat e tyre për informacionin për promovimin e shëndetit, nëse ndërtohet besim me ofruesin e shërbimeve, disa klientë do të kërkojnë informacione shëndetësore bazuar mbi nevojat që ata vetë kanë identifikuar.

Sjellja e injektimit të sigurtë

Mesazhet kyçe të promovimit të shëndetit për të promovuar sjelljen e sigurt të injektimit janë renditur në kutinë e mësipërme. Këto duhet të përshtaten në kontekstin lokal dhe të nevojave të veçanta të përdoruesve dhe mënyrave të jetesës së përdoruesve.

Ndërsa fokusimi kryesor i këtij udhëzuesi është parandalimi i infeksioneve ndërmjet njerëzve të cilët injektojnë droga, shkaku kryesor i vdekshmërisë tek popullatat që përdorin opioidë në shumë njësi janë ende mbidozat e drogës (159), dhe promovimi i shëndetit në lidhje me parandalimin e mbidozës është një aktivitet parësor ku ata që punojnë ose që bien në kontakt me njerëzit të cilët injektojnë droga duhet të jenë të përfshirë. Është veçanërisht e rëndësishme të arrihet tek njerëzit të cilët aktualisht janë duke marrë pjesë në një trajtim formal për drogën, që i nënshtrohen detoksifikimit, dhe ata që përdorin drogë dhe anë duke dalë nga burgu, dhe duhet t'ju bëhet e ditur se nëse rifillohet ose intensifikohet përdorimi i drogës, ata janë në rrezik të shtuar për mbidozë për shkak të tolerancës së ulët ndaj drogës. Mesazhet kyçe për parandalimin e mbidozës që ju drejtohen njerëzve të cilët injektojnë drogë mund të promovojnë gjithashtu përdorimin e sasive më të vogla të drogës ose të inkurajohen përdoruesit që të mos marrin drogë në kohë kur janë vetëm (31). Mund të ofrohen aktivitete promovuese të trajnimit për të udhëzuar përdoruesit e drogës se si të njohin shenjat e mbidozës tek partnerët që bëjnë injeksione dhe se çfarë duhet të bëjnë në raste urgjence, p.sh. vendosja e viktimës në pozicion qetësie dhe të thërrasin një ambulancë. Shpërndarja e naloksonit

nëpërmjet grupit është përdorur në disa vende dhe ka pasur raporte pozitive (160). Mundësi të tjera për të reduktuar mundësinë e dëmit që shoqërohet nga mbidoza e drogës është inkurajimi i njerëzve që injektojnë drogë që të përdorin njësitë e mbikëqyrjes së injektimit, nëse ka shërbime të tilla në dispozicion. Duke pasur mbikëqyrje të drejtpërdrejtë nga stafi, në rastin enjë mbidoze ndihma është në dispozicion të menjëhershëm. Një studim i fundit ka dokumentuar një lidhje ndërmjet pranisë së njësive të tilla dhe reduktimin e vdekjeve prej mbidozës në nivel popullate (161). Përfundimisht, pjesa më e madhe e tyre që fillojnë të injektojnë e bëjnë këtë në shoqërinë e grupit që ka rrënjosur përdorimin e drogës me injektim. Mesazhet kyçe për promovimin e shëndetit, për shembull se si të evitohet fillimi i përdorimit të drogës me injektim apo se si të përdoren praktika të sigurta të injektimit, shpërndahen në mënyrë më efektive nëpërmjet shoqërisë.

Infeksionet seksuale të transmetueshme dhe përdorimi i kondomit

Të dhënat nga vendet e BE/EEA mbi përdorimin e kondomit tek njerëzit të cilët injektojnë droga varion që prej më pak se 5% e deri në 60%, shumë më pak sesa është e nevojshme për të parandaluar infeksionet e transmetuara seksualisht, duke përfshirë hepatitin viral dhe HIV (137). Rrjedhimisht, është veçanërisht e rëndësishme që aktivitetet e promovimit të shëndetit të vënë në shënjestër transmetimin seksual të infeksioneve ndërmjet njerëzve të cilët injektojnë droga. Së bashku e informacionet mbi përdorimin e vazhdueshëm të tyre, duhen të ofrohen kondomë dhe lubrifikues. Informacioni shtesë duhet të ofrohet bashkë me ekzaminim dhe trajtim për infeksionet seksualisht të transmetueshme, pasi ka tregues të transmetimit seksual të infeksioneve, duke përfshirë HIV dhe hepatitin B, prej njerëzve të cilët injektojnë droga tek dhe nga partnerët e tyre seksuale (162-163). Përdorimi i drogës mund të shoqërohet gjithashtu ofrimin e seksit për para ose droga, gjë që i vendos përdoruesit përpara një rreziku më të lartë për të marrë ose për të transmetuar infeksionet e transmetuara seksualisht nëse nuk përdoren kondomët në mënyrë të vazhdueshme dhe korrekte.

Parandalimi i sëmundjeve, analizat dhe trajtimi

Promovimi i shëndetit duhet të përfshijë informacion i cili sqaron rrugët e transmetimit për sëmundjet të cilat janë të zakonshme ndërmjet njerëzve të cilët injektojnë droga. Duhet të ofrohet informacioni mbi infeksionet si HIV, HCV dhe HBV, kështu që njerëzit të mund të kuptojnë se ata mund të transmetojnë virusin edhe nëse nuk paraqesin simptoma. Në rastin e TB, ka shpesh konfuzion në lidhje me infeksionin dhe sëmundjen, dhe cilat janë fazat e infektimit (142) (143) (164). Studimet kanë sugjeruar se informacioni për parandalimin e HIV mund të ngatërrohen me parandalimin e TB, siç është nocioni i gabuar se TB mund të parandalohet nga përdorimi i kondomit ose përdorimi i zbardhuesve për aget, që mund të shpjegojë vonesën më të gjatë të pacientit në disa njësi (142).

Informacioni i kuptueshëm dhe lehtësisht i arritshëm si dhe një dialog aktiv në lidhje me TB si de viruset që mbarten në gjak është thelbësor. Njësoj të rëndësishme janë përpjekjet për të korrigjuar kuptimin e gabuar në lidhje e sëmundjet ndërkohë që në të njëjtën kohë të neutralizohet stigmatizimi i sëmundjes. Mesazhet kyçe të promovimit të shëndetit duhet të fokusohen gjithashtu në mbështetjen e ndjekjes së trajtimit në mënyrë që pacienti të mund ët mjekohet (TB, HIV dhe, nëse është e suksesshme, HCV), rrjedhimisht duke reduktuar rrezikun e zhvillimit të rezistencës ndaj drogës dhe transmetimit të infeksionit tek të tjerët.

Një çështje përfundimtare e rëndësishme për shumë njerëz të cilët injektojnë droga është mbështetja sociale dhe kujdesi social. Ka tregues se, për shembull, mbikëqyrja e strehimit është e shoqëruar me një rënie të rrezikut të infektimit për njerëzit që jetojnë me HIV (165). Ka të ngjarë që shumë faktorë strukturorë që kanë lidhje me strehimin dhe mirëqenien ekonomike kanë ndikim madhor mbi cilësinë e jetës dhe rrezikun e infektimit për shumë njerëz të cilët injektojnë droga. Ofrimi i shërbimeve mbështetëse të cilët trajtojnë nevojat e shtrira të njerëzve të cilët injektojnë droga, ti tilla si strehimi, ushqimi dhe mundësitë e punësimit me prag të ulët ka të ngjarë që të kenë një ndikim pozitiv mbi rezultatet të cilat kanë lidhje me shëndetin.

Shpërndarja e shënjestruar e shërbimeve

Ndërhyrjet e rekomanduara

Shërbimet duhet të kombinohen, të organizohen dhe të shpërndahen në përputhje me nevojat e përdoruesve dhe kushtet vendore; kjo përfshin ofrimin e shërbimeve nëpërmjet njësive të shpërndara dhe fikset cilat ofrojnë trajtimin e drogës, reduktimin e rrezikut, këshillimin dhe testimet, dhe referimet tek shërbimet mjekësore parësore të përgjithshme dhe të specializuara.

Gjykimi i menduar: Treguesit dhe mendimi i ekspertëve mbështesin shpërndarjen e shënjestruar të shërbimeve në lidhje me nevojat e përdoruesve dhe kushtet lokale.

Mënyrat e shpërndarjes së shërbimit: vlerësime për tërheqjen e përdoruesve tek shërbimet

Ashtu siç përcaktohet nga parimet themelore të shpërndarjes së shërbimeve, është e rëndësishme që të merret parasysh se si janë organizuar shërbimet për njerëzit të cilët injektojnë droga në mënyrë që të arrihet e drejta maksimale e hyrjes së klientëve të tyre dhe, në këtë mënyrë, mundësinë e hyrjes dhe marrjes së shërbimit. Efektiviteti i programeve të shërbimit është në varësi të aftësisë së tyre për të tërhequr, motivuar dhe mbajtur klientët. Rrjedhimisht, planifikimi i shërbimeve duhet të ketë për qëllim të krijojë prag sa më të ulët të mundshëm për njerëzit të cilët injektojnë droga, kështu që ata do të mund të hyjnë lehtësisht dhe të përdorin shërbimet ofruara.

Shërbimet duhet të shpërndahen në zonaku përdoruesit e mundshme të shërbimeve të mund të njohin, të kenë të drejtën e hyrjes dhe të ndihen rehat kur hyjnë në to. Për më tepër, shërbimet duhet të ofrohen në një mjedis dhe mënyrë të veçantë, ku mund të sigurohet fshehtësia, dhe ku klientët nuk ndihen të kërcënuar nga reagimi paragjykues i stafit, nga ngacmimet, ose të kenë frikën e arrestimit nga autoritetet e zbatimit të ligjit. Shpeshherë, ofrimi i pjesës më të madhe të shërbimeve sociale, të tilla si ushqimi, dushet, dhe veshmbathja, janë një mënyrë për të tërhequr tek shërbimet pjesën më të madhe të njerëzve të cilët injektojnë droga që janë të përjashtuar nga shoqëria dhe në rrezik.

E drejta e hyrjes në shërbime duhet të planifikohet me kujdes bazuar në kontekstin lokal. Mundësia e hyrjes në shërbime lehtësisht dhe në kohë është veçanërisht kritik në ofrimin e ageve, shiringave dhe pajisjeve të injektimit. Reduktimi i përhapjes së HIV, hepatitit B dhe hepatitit C është i pamundur pa furnizimin e vazhdueshëm të pajisjeve të pastra të injektimit.

Shërbimi për njerëzit të cilët injektojnë droga do të ndryshojë sipas vendit, rajoneve, burimeve në dispozicion dhe nën-popullatave. Kjo vjen kryesisht për shkak se karakteristikat e njerëzve të cilët injektojnë droga janë të ndryshme ndërmjet dhe brenda vendeve, në varësi të llojit të drogës që përdoret, moshës, gjinisë, grupit etnik, dhe nivelit të ët ardhurave. Rrjedhimisht është tepër e rëndësishme të përfshihet popullata në objektiv kur krijohen dhe përzgjidhen rrugët e shpërndarjes për programet e shërbimeve në mënyrë që të trajtohen sa më mirë nevojat lokale dhe konteksti. Nëse programet janë përgatitur për të trajtuar nevojat e klientëve dhe preferencat e shërbimeve, ka mundësi më të mëdha për marrjen e shërbimeve.

E drejta e hyrjes së minornëve në programet e ages dhe shiringës në Hungari

Kur u krijuan udhëzuesit e parë gjithëpërfshirës për NSP në Hungari më 2010*, u shtua nevoja për konsensusin kombëtar për të drejtën e hyrjes së minoreneve (mosha madhore në Hungari: 18) për shërbimet e tilla. Parimet e projektit për autonominë, fshehtësinë dhe të drejtën për hyrje të lehtë dhe të pakufizuar në shërbime, të cilat konsiderohen si përparësitë më të mëdha të shërbimeve me prag të ulët për përdoruesit e drogave, e bënë të pamundur kufizimin e të drejtës së hyrjes në shërbimet NSP. Në të njëjtën kohë, rregulloret vendore përcaktonin raportimin e fëmijëve 'në rrezik' tek autoritetet mbrojtëse të fëmijëve.

Kuadri ligjor kontradiktor ishte pika e fillimit të një procesi diskutimi kombëtar, duke sjellë së bashku në një takim kombëtar ekspertë të fushë së mirëqenies së fëmijëve, përfaqësues të NSP hungareze dhe grupe të tjera interesi. Diskutimet që pasuan mbi praktikat ndërkombëtare dhe ato kombëtare, dhe diskutimet në lidhje me çështje të tilla si nevoja e minoreneve për shërbime të shumëfishta, dhe si para-këshillimi në detaje dhe vlerësimi individual i rastit, shtruan rrugën për një konsensus. U ra dakord se përveç udhëzuesve pasues të përgjithshëm për nivel kombëtar, çdo NSP do të merrte në konsideratë rregulloren e vet të brendshme, ndërkohë që njëkohësisht shërbimet e mbrojtjes së fëmijëve duhej të ndërtonin partneritet me shërbimet e rnundësishme të drogës, në mënyrë që ata të mund t'i referoni minorenet për këshillim për drogën dhe për shërbimet e trajtimit. Në lidhje me kontradiktën e legjislacionit të mbrojtjes së fëmijëve dhe shërbimet me prag të ulët, u kërkua një zgjidhje nga Avokati i Popullit, që u reflektua tek udhëzuesit.

Udhëzuesi përfundimtar i NSP, i botuar në korrik 2011 nga Instituti Kombëtar për Politikën Familjare dhe Sociale, deklaroi se minorenet nuk duhet të përjashtohen nga NSP, duke qenë se anonimati është prioritet i lartë në programe të tilla. Por, udhëzuesit bënë të qartë gjithashtu, se minorenet duhet të inkurajohen të informojnë prindërit e tyre. Kur është e përshtatshme, rekomandohet kontakti i ofruesit të shërbimit të mirëqenies së fëmijëve si një nga partnerët kryesorë lokalë të NSP. Bazuar në vlerësimin e secilit rast individual, bashkëpunimi dhe shkëmbimi i informacionit ndërmjet të dyja organizatave konsiderohet të jetë në të mirën e klientëve nën-moshë të NSP.

* Udhëzimet u formuluan në kuadrin e programit prioritar të financuar nga BE: 'Modernizimi i shërbimeve sociale, përforcimi i kapaciteteve strategjike planifikuese qendrore dhe lokale, mbështetja e vendimeve të politikës sociale për Programin Operacional të Ripërtëritjes Sociale.

Llojet e shpërndarjes së shërbimit

Ka një sërë mënyrash të shpërndarjes së shërbimit, ku secila prej tyre mund të funksionojë në kombinim me shërbimet e tjera ose e izoluar. Shumë vende kanë parë se përfshirja e shërbimeve në një model shërbimi 'me një ndalesë' me prag të ulët për pjesëmarrjen është më efektiv në kosto dhe një mënyrë më efikase për të ofruar shërbimet, dhe se përfshirja e shërbimeve vlerësohet nga klientët (120, 166-167). Një shembull i përfshirjes së lartë, të njësisë fikse të shërbimit do të ishte një njësi që ofron age, shiringa dhe pajisje injektimi, analiza dhe mundësinë e kujdesit mjekësor (p.sh. trajtimin për HIV, hepatitin B dhe C), informacion të përgjithshëm shëndetësor në lidhje me higjienën dhe parandalimin e mbidozës, referimin për trajtimin e drogës, dhe shërbimet e shëndetit të përgjithshëm dhe ato sociale. (Shih kutinë e tekstit me shembuj të shërbimeve të përfshira në faqen 29)1

Nëse nuk është e mundur përfshirja e shërbimeve për shkak të organizimit të sistemit shëndetësor, financimit ose preferencave të klientit, ende ka vlerë të madhe në shpërndarjen e shërbimeve individuale për të trajtuar nevojat e klientëve. Shumë programe fillojnë me një mënyrë shpërndarjeje të shërbimit, dhe më pas shtojnë shërbime të tjera me kalimin e kohës. Mënyrat e shpërndarjeve të shërbimeve duhet të përshtateb për të arritur efektin e tyre maksimal në lidhje me nevojat lokale. Këto mënyra të shpërndarjes së shërbimit kanë një sërë emrash, në varësi të njësive, por karakteristikat e përgjithshme zakonisht ndahen në këto kategori:

Zonat fikse: Shërbimet mund të jenë, dhe shpesh të shpërndahen, nëpërmjet njësive në zona fikse të cilat në mënyrë të veçantë vënë në objektiv njerëz të cilët përdorin droga dhe kanë për qëllim të mbajnë pragun e ulët për frekuentimin (p.sh. shumë pak kufizime të përdorimit dhe një mundësi e klientit për të marrë shërbime), për ta bërë të drejtën e hyrjes sa më të lehtë të jetë e mundur për të gjithë përdoruesit. Shërbimet në zonat fikse mund të jenë zonat e programeve të agës dhe shiringës ose të zëvendësimit të opioidëve ose zonat e tjera të trajtimit të drogës, të cilat mund të ofrojnë shërbime shtesë për njerëzit të cilët injektojnë droga, të tilla si analizat për HIV, hepatitin ose TB, edukimin shëndetësor, ose referimet për trajtim. Zonat fikse të shërbimit mund të shërbejnë edhe si një vend për të 'bërë vizitë' ose për të ndenjur për njerëzit të cilët injektojnë droga. Zona e shërbimit, që ofron shërbime shëndetësore dhe parandaluese, mund të jetë gjithashtu një vend për të pushuar, për të ngrënë, për të lexuar gazetat, përdorur internetin dhe për të folur me stafin dhe shoqërinë në një atmosferë çlodhëse dhe pranuese. Zonat fikse të shërbimit ofrojnë një vend të rëndësishëm për edukimin e grupit dhe shpesh shërbejnë si një bazë nga ku profesionistët dhe punonjësit e grupit të kryejnë shtrirjen e aktivitetit të tyre. Zonat e programit të agës dhe shiringës shpesh shërbejnë si një portë për të tërhequr klientë. Fillimisht, shumë klientë vizitojnë zonat e shërbimit për lidhjet sociale, aget, shiringat dhe pajisjet e përgatitjes të drogës që ofrohen aty, por pastaj bien në kontakt me një sërë shërbimesh të tjera dh mesazhe të edukimit shëndetësor.

Në më shumë se 50 qytete evropiane[8], hapësirat ku drogat mund të konsumohen nën mbikëqyrjen direkt të stafit shëndetësor janë përfshirë në njësitë në zonat fikse të specializuara. Njësi të tilla injektimi të mbikëqyrura janë njësi të kujdesit shëndetësor të drejtuara profesionalisht ku promovohet përdorimi higjienik dhe i sigurtë për të reduktuar sëmundshmërinë dhe vdekshmërinë që shoqëron injektimin e drogave (5). Njësitë ofrojnë mundësi për edukimin shëndetësor dhe parandalimin e sëmundjeve dhe për ndërhyrjen e menjëhershme nga profesionistët në rastet e mbidozës. Një objektiv kryesor është të arrihet dhe të mbahet kontakti me njerëzit të cilët nuk janë në gjendje ose nuk dëshirojnë të ndërpresin përdorimin e drogës, për të reduktuar rrezikun për shëndetin, dhe për të ofruar mundësi hyrjeje në shërbimet e tjera, veçanërisht ë kujdesin mjekësor dhe trajtimin e drogës. Kërkimet kanë treguar se njësitë e injektimit të mbikëqyrur grupe të veçanta në objektiv që janë të vështirë për t'u arrirë, dhe se përdoruesit e shërbimeve raportojnë për reduktime të rëndësishme në sjelljen e rrezikshme si dhe në përmirësimin e shëndetit.

Pavarësisht llojit të tyre, shërbimet në zonat fikse duhet të vendosen në një zonë ku grupet me madhësi të konsiderueshme njerëzish të cilët injektojnë droga jetojnë ose kalojnë kohën, ose, në mënyrë alternative, aty ku një numër i madh klientësh të mundshëm mund të hyjnë lehtësisht në zonën e shërbimit. Zakonisht, shërbimet në zonat fikse drejtohen nga stafi i specializuar; këta duhet të jenë të trajnuar mirë për të ofruar shërbimet dhe edukimin në një mënyrë që vendos në qendër klientin dhe nuk e paragjykon. Përparësitë e zonave fikse janë se shërbime të shumta mund të ofrohen në një vend, dhe shërbimet e ofruara mund të përshtaten sipas nevojave të popullatës vendase. Për shembull, klientët mund të zgjedhin llojin e ageve, shiringave dhe pajisjeve injektuese që preferojnë, duke minimizuar kështu mbetjet për shkak të pajimeve të para-paketuara të cilat shpesh përmbajnë artikuj të cilat klienti nuk i do ose nuk i nevojiten. Kufizimet e zonave fikse përfshijnë se ato kushtojnë shumë për t'u drejtuar, gjë që mund të kufizojë orarin e punës, duke ndikuar kështu në marrjen e shërbimit. Zonat fikse mund të jenë gjithashtu të vështira që të arrihen nga përdorues jashtë zonës gjeografike të zonës. Rrjedhimisht, i duhet kushtuar vëmendje planifikimit të nevojave për shërbime dhe përputhja e këtyre nevojave me zonat të cilat arrihen lehtë dhe shpesh me orare të përshtatshme për sa më shumë njerëz që injektojnë droga sa të jetë e mundur. Njerëzit të cilët injektojnë droga dhe jetojnë në zona që arrihen me vështirësi mund të kenë nevojë për shërbime të lëvizshme në terren (shih më poshtë).

Disa herë, njësitë fikse përballen me reagimet negative në lagje, nëse shihen si tërheqëse për një popullatë problematike, prandaj është i nevojshëm komunikimi intensiv me komunitetin për të tejkaluar këto shqetësime. Qendrat fikse mund të shihen nga klientët gjithashtu si në bashkëpunëtorë të ofruesve të shërbimeve të padëshiruara, për shembull, programet qeveritare, të cilat mund të kufizojnë numrin e hyrjeve në disa qendra. Shërbimet të cilat

[8] Këto qytete ndodhen në Gjermani, Luksemburg, Holandë, Norvegji, Spanjë dhe Zvicër.

ofrojnë trajtim ambulator për trajtimin e varësisë nga drogës zakonisht kombinojnë oferta të tjera shëndetësore dhe të shërbimeve sociale, të cilat janë të rëndësishme për grupin në objektiv të injektuesve, duke përfshirë edhe masat e parandalimit të sëmundjeve infektive siç është këshillimi dhe analizat, vaksinimet, dhe referimet tek kujdesi i specialistit.

Zonat e farmacive: Në pjesën më të madhe të vendeve të BE/EEA shiringat janë në shitje të ligjshme. Në disa vende, farmacitë janë furnizuesi kryesor me age dhe shiringa. Farmacitë mund të veprojnë si pika shitjeje ose shpërndarjeje për aget, shiringat dhe pajisjet e injektimit, dhe mund të jenë pika shërbimi për mbledhjen e ageve dhe shiringave të përdorura. Për njerëzit të cilët injektojnë droga, farmacitë mund të ofrojnë gjithashtu shërbimin e analizave dhe vaksinimit. Një shembull, nga Skocia, përdor një sistem elektronik për të gjurmuar klientët individualë duke përdorur përdorimin e kartave anonime. Me kartën, klientët mund të përftojnë age dhe shiringa sterile falas nga farmacitë. Sistemi mund të gjurmojë gjithashtu ata që janë në nevojë për tu referuar për analiza ose shërbimet e vaksinimit dhe ofron informacion mbi numrin e ageve dhe shiringave të shpërndara për klient për planifikimin e shërbimeve shëndetësore. Për më tepër, farmacia e komunitetit mund të jetë një partner aktiv në trajtimin e zëvendësimit të opioidëve, duke ju shpërndarë medikamente klientëve të regjistruar, duke ruajtur një kontakt të rregullt, duke i kujtuar klientët për takimet mjekësore, ose në administrimin e medikamenteve shtesë. Referimi dhe ndjekja për tek shërbimet e vaksinimit mund të administrohet gjithashtu nëpërmjet këtij sistemi. Përfitimi kryesor i shërbimeve të farmacive është se ato mund të vizitohen nga shumë njerëz të cilët injektojnë droga, si në qytetet e mëdha dhe në qytetet e vogla, falë një infrastrukture ekzistuese, e cila gjithashtu redukton kostot. Megjithatë, pjesa më e madhe e farmacive përqendrohen për t'i shërbyer publikut të gjerë dhe pjesa më e madhe e tyre drejtohen privatisht, duke bërë që disa herë të ulet realizimi dhe pranueshmëria e ofrimit të shërbimeve tek njerëzit të cilët injektojnë droga, të cilët mund të shihen si klientë të padëshirueshëm që nuk paguajnë. Fshehtësia e klientit dhe mundësia për një promovim më të gjerë të shëndetit mund të bëhet problem nëse farmacia nuk ka një ndarje të veçantë private për konsulta dhe nëse i mungon personeli. Përfundimisht, aget dhe shiringat e furnizuara nëpërmjet farmacive shpesh jepen në pako të paketuara më parë, duke e kufizuar efektivisht zgjedhjen individuale. Ndërkohë që shpërndarja e shërbimeve e bazuar në farmaci për njerëzit të cilët injektojnë droga është një metodë shumë efektive e ofrimit të shërbimit, farmacitë nuk mund t'i mbulojnë të gjitha nevojat e përdoruesve.

Shërbimet e shpërndara: Duke qenë se shumë nën-grupe njerëzish të cilët injektojnë droga arrihen me vështirësi nëpërmjet shërbimeve të përgjithshme shëndetësore, shtrirja e shërbimeve shpesh ofron një mënyrë efektive të shpërndarjes së shërbimeve, për shembull ofrimin e ages, shiringës dhe pajisjeve të injektimit. Shërbimet e shtrira mund të shpërndajnë gjithashtu kondomë, trajtim zëvendësues për opioidët dhe mesazhe të promovimit të shëndetit (158). 'Shtrirje' është një term i përgjithshëm i cili përdoret për të mbuluar lloje të ndryshme të shpërndarjes së shërbimeve dhe mund të përfshijë njësi të lëvizshme ose furgon, përhapje në rrugë të punonjësve komunitarë të shëndetit dhe shërbime të rregullta satelitore të bazuara në agjencitë e tjera. Shpesh, shërbimet e shtrira kanë mundësi të arrijnë tek njerëz të cilët nuk janë në kontakt me shërbimet e tjera shëndetësore dhe rrjedhimisht luajnë një rol të rëndësishëm në identifikimin e nevojave të tyre për referim në zonat fikse ose informacionin në terren (158, 168). Shtrirja mund të përfshijë vizitat në shtëpi, dhe punonjësit në terren mund të shoqërojnë klientët tek shërbimet e tjera. Një përfitim i shërbimeve të shtrira është se, për shkak të lëvizshmërisë së tyre, ata arrihen shpesh nga popullata të ndryshme të njerëzve të cilët injektojnë droga. Njësitë e lëvizshme mund të ofrojnë shërbime , duke përfshirë shpërndarjen medikamenteve zëvendësuese të opioidëve në njësitë ku janë përqendruar më pak njerëz të cilët injektojnë droga ose ku njësitë fikse nuk janë të mundura për shkak të kundërshtimit të komunitetit ose forcave të ligjit. Ka raste kur vlerësimi i kostove kufizon shtrirjen e mundshme të njësive të shpërndara, dhe mund të shkurtohen orët e funksionimit. Një rishikim gjeti se shërbimet e shtrira shiheshin nga njerëzit të cilët injektonin droga si njësi që nuk ofrojnë gamën e plotë të shërbimeve (169).

Shërbimet e shpërndara në grup janë llojet e shërbimeve në terren (megjithëse shërbimet mund të ofrohen edhe nga zonat fikse) të ofruara nga injektuesit aktualë ose të mëparshëm të drogës për të drejtuar njerëz të tjerë që injektojnë droga tek qendrat e shërbimit. Nëse nuk dëshirohen shërbime formale, shërbimet e shpërndara në grup ofrojnë age, shiringa dhe pajisje (kësaj i referohen me raste si 'shpërndarja dytësore e ageve'). Shërbimet e ofruara në grup mundësi hyrjeje më të lehtë për popullatat më të rrezikuara, duke përfshirë edhe ata që sapo fillojnë të injektojnë ose moshat e reja. Grupet merren me shpërndarjen e pajisjeve, referimin për në qendrat e trajtimit (ose në shërbimet e tjera të trajtimit dhe analizave), dhe mesazhet promovuese në gjuhën e përsosur në zonën e përdorimit të drogës. Mesazhet e shpërndara nga shokët mund të kenë si rrjedhim një ndikim më të madh (dhe çojnë në marrjen më të mirë të shërbimeve të ndërhyrjes) krahasuar me ato që shpërndahen nga punonjësit e shëndetësisë – një përparësi e madhe kjo, veçanërisht kur merret parasysh se njerëzit të cilët përftojnë age dhe shiringa nëpërmjet sistemit dytësor të shpërndarjes shpesh paraqesin sjellje me rrezikshmëri të lartë ekstreme. Nëse përdoren shërbimet e ofruara nga grupet, trajnimi dhe mbikëqyrja janë në mënyrë të veçantë të rëndësishme, si dhe vlerësimi i lartë i ndërlikimeve etike në punësimin e injektuesve të mëparshëm ose aktualë për të kryer shërbime në terren për njerëz të cilët injektojnë droga. Për burime të mëtejshme në lidhje me këtë shihni (158) dhe (168, 170).

Makineritë e shitjes automatike: Makineritë e shitjes automatike përdoren në disa njësi si metodë plotësuese e shpërndarjes së ageve, shiringave dhe pajisjeve të injektimit, zakonisht në formën e paketave të para-përgatitura. Ato funksionojnë me monedha dhe ofrojnë referime të shkruara për trajtimin e drogës, informim për injektimin e sigurt dhe mesazhe të tjera promovuese shëndetësore që ofrohen së bashku me produktet që shpërndahen. Kjo mënyrë e

ofrimit të shërbimit është gjithnjë në dispozicion të përdoruesve të mundshëm dhe është jashtëzakonisht anonime, shpesh duke tërhequr injektuesit e rinj apo ata në moshë të re. Megjithatë, për këtë lloj shërbimi nevojiten monedha apo forma zëvendësuese të tyre për të vënë në punë makinerinë, dhe duhet të ketë një plan të përgatitur në mënyrë që të sigurohet rimbushja e rregullt dhe mirëmbajtja e makinerive. Shqetësimet e komunitetit në lidhje me vendosjen e makinerive nuk janë të pazakonshme, pasi ekziston frika se minorenet mund të kenë mundësi t'i përdorin. Gjithashtu, duhet të jetë e qartë se makineritë e shitjes automatike nuk mund të ofrojnë një lidhje direkte me ofruesin e shërbimeve, gjë që e bën të pamundur referimin për analiza dhe trajtim si dhe promovimin e shëndetit ballë-për-ballë. Sidoqoftë, ato mund të jenë një hap i parë, duke ofruar mundësinë e kontaktit, duke bërë të njohur shërbimin dhe duke krijuar një nivel besueshmërie në drejtimin e organizimit dhe makineritë automatike të shpërndarjes së shiringave (171).

Shërbimet e përgjithshme shëndetësore: Spitalet dhe njësitë e shëndetit parësor janë një tjetër burim i rëndësishëm i ofrimit të shërbimit dhe referimit për në shërbimet e specializuara për njerëzit të cilët injektojnë droga. Analizat e fshehta, diagnostikimi dhe trajtimi i HIV, hepatitit viral, TB, infeksionet bakteriale të lëkurës dhe sëmundjet e tjera të zakonshme ndërmjet njerëzve të cilët injektojnë droga, zakonisht kryhen në njësitë e shëndetit të përgjithshëm, ku është e rëndësishme ruajtja e një lidhjeje të fortë referuese ndërmjet këtyre shërbimeve dhe njësive fikse ose njësive të lëvizshme të cilat ju shërbejnë njerëzve të cilët injektojnë droga. Shërbimet e shëndetit të përgjithshëm mund të ofrojnë gjithashtu age, shiringa dhe pajisje të tjera të injektimit, të mbikëqyrin injektimin higjienik dhe të asistojnë gjatë detoksifikimit të drogës, të ofrojnë kondomë, dhe të promovojnë shëndetin në përgjithësi. Klinikat e TB dhe HIV shpesh janë të organizuara nga shërbimet e shëndetit të përgjithshëm. Duke pasur përpjesëtimin e lartë të njerëzve të cilët injektojnë droga ndërmjet klientëve, është kritike që stafi në njësitë shërbimit të përgjithshëm shëndetësor të jetë i trajtuan në mënyrën e duhur në lidhje me mesazhet e promovimit të shëndetit dhe të mundet që t'i referojnë njerëzit tek shërbimet e trajtimit të drogës ose tek ato të ages dhe shiringës, ose të kenë njohuri se ku mund të kryen referimet. Idealja është që të gjithë njerëzit të cilët injektojnë droga të kërkojnë dhe të marrin shërbimet kryesore shëndetësore me cilësi të lartë. Megjithatë, ka tregues nga disa njësi se njerëzit të cilët injektojnë droga shkojnë vetëm rrallë në njësitë e shërbimit të përgjithshëm, dhe janë të domosdoshme rrugët alternative për të arritur tek ta. Në Holandë, shërbimet e specializuara të njerëzve të cilët injektojnë droga dhe grupet e tjera të rrezikuara ju ofrohen pranë shërbimeve të shëndetit të përgjithshëm. Gjithashtu ka shembuj të përfshirjes së shërbimeve të drogës dhe atyre mjekësore (një model 'me një ndalesë')në programe, të cilat lehtësojnë qëndrimin në trajtim dhe plotësimin e tij (153, 172-174). Shembujt vihen re direkt në trajtimin e TB, dhe trajtimin e HCV me anti-viralë, që të dyja të kombinuara me trajtimin e mbajtjes me metadon. Shërbimet e shëndetit të përgjithshëm janë lehtësisht të arritshme për klientët, veçanërisht pavionet e urgjencave, të cilët janë gjithnjë të hapur. Duhet bërë kujdes për të ngritur ndjeshmërinë e stafit si atij shëndetësor dhe atij jo-shëndetësor në këto njësi të përgjithshme, në lidhje me problemet e njerëzve të cilët injektojnë droga dhe të ofrojnë për ta përkujdesje pa paragjykime dhe duke ruajtur fshehtësinë. Në disa vende, disa njësi të shërbimit të përgjithshëm ofrojnë analiza anonime.

Njësitë e burgjeve: Përfundimisht, është e rëndësishme të përmendet se shumë vende ofrojnë shërbime për popullatën IDU në sistemin e burgjeve dhe se njësitë e burgjeve janë njësi kyçe për të arritur mbulim të lartë dhe efektiv të shërbimeve për parandalimin e infeksioneve ndërmjet njerëzve që injektojnë droga. Njësitë e korrektimit janë qendra të rëndësishme për parandalimin dhe kontrollin e infeksioneve që kanë lidhje me injektimin. Arsyet kryesore janë: (a) përhapja e lartë e HIV, HCV dhe TB në burgje; (b) fakti se shumë njerëz të cilët injektojnë droga përfundimisht dënohen me një afat kohor në burg; dhe (c) treguesit se drogat vazhdojnë të përdoren e gjithashtu të injektohen në burg – me gjithë ndalimin e rreptë të drogave (5). Në disa vende, sistemet e burgut ofrojnë trajtimin e drogës, analizat për sëmundjet, vaksinimin, edukimin shëndetësor, madje ehe programe të ages dhe shiringës. Duke ndjekur parimin e 'barazisë në shërbimet e burgimit' ndërmjet komunitetit dhe burgut, në shumë vende ka një lëvizje për të ofruar të njëjtat shërbime për njerëzit që injektojnë droga në mjediset e burgut si ata që injektojnë droga në komunitet.

Mënyrat e përshkruara të ofrimit të shërbimeve mund të jenë efektive në trajtimin e njerëzve të cilët injektojnë droga. Paraqitja e metodave të reja për shpërndarjen e informacionit promovues të shëndetit, të tilla si mesazhet në telefonat celularë dhe ato të bazuara në internet japin shpresa për sukses në përmirësimin e qëndrimit në trajtim. Ndërkohë që shërbimet do të përdorin vetëm një mënyrë ofrimi gjatë gjithë kohës, ka shumë të ngjarë që programet efektive do të ofrojnë shërbime të ndryshme në një vend ose mënyra të ndryshme të shërbimit për të arritur tek nevoja t ndryshme të përdoruesve. Në mënyrë që të bëhet lidhje më e mirë e programeve të shërbimeve, është thelbësore që shërbimet të bashkë-vendosen në të njëjtin vend, në mënyrë që përdoruesit të kenë mundësi që t'i përdorin në mënyrë të favorshme (shihni kutinë e mëposhtme në lidhje me shkrirjen e shërbimeve). Në vijim, punonjësit në terren, drejtuesit e rasteve, dhe ofruesit e kujdesit shëndetësor duhet të marrin trajnim të mëtejshëm në trajtimin dhe/ose administrimin e rasteve të kushteve ku ka edhe sëmundje; zonat e trajnimit duhet të përfshijnë trajtimin e drogës, trajtimin e TB, hepatitin viral dhe HIV. Ofruesit e specialistëve duhet të përfshihen gjithashtu në kujdesin e pacientëve të tillë. Në vijim të këtyre sëmundjeve të njëkohësishme, ka shpesh diagnoza të shëndetit mendor të cilat bëjnë të domosdoshëm administrimin e mirë të rastit. Vetëdija e shtuar dhe trajnimi mund të çojnë në shtimin e monitorimit të ndërveprimeve drogë-drogë dhe efektet e dëmshme anësore, si dhe të shtohen rezultatet e mjekimit dhe të përmirësohet cilësia e jetës së klientit.

Shkrirja e shërbimeve

Ka shumë shembuj të suksesshëm të ndërlidhjes së shërbimeve për njerëzit të cilët injektojnë droga në mënyrë që të shtohet mundësia e hyrjes në shërbime, harmonizimit të trajtimit dhe shpërndarjen e mesazheve parandaluese, duke shtuar rrjedhimisht mundësimin e ndjekjes së trajtimit dhe suksesin. Vendosja e përbashkët e zonave të ofrimit të shërbimit për TN, hepatitit viral, HIV dhe trajtimit zëvendësues të opioidëve dhe/ose programeve të agës dhe shiringës është një mundësi që është duke u praktikuar ose në zhvillim në disa vende. Afërsia fizike e shërbimeve është jo vetëm një përparësi, por nga kjo përfiton edhe komunikimi dhe shkëmbimi i eksperiencave përmes programeve të ndryshme të kujdesit shëndetësor (Sylla et al., 2007; Elk et al., 1993; Batki et al., 2002; Perlman et al., 1995; Deiss et al., 2009; Reilly et al., 2002).

Një program pilot i kohëve të fundit në Estoni ka treguar se marrja e shërbimeve për ekzaminimin e TB mund të shtohet duke ofruar ekzaminimin e TB në njësitë e trajtimit të zëvendësimit të opiateve dhe referimit më aktiv tek shërbimet TB (kujtesa, stimulimi, transporti) (Rüütel et al., 2011). Kur planifikohen njësitë e shërbimit, duhet të krijohen kushtet për shpërndarjen e përbashkët të shërbimeve. Për shembull, personat HIV-seropozitivë, të cilët nuk janë të infektuar me TB, duhet të mbahen veç pacientëve më TB aktiv,për shkak të rrezikut të shtuar të infektimit me TB të njerëzve me HIV-pozitiv.

Shërbimet mund të ngrihen mbi programet ekzistuese të rehabilitimit të drogës, programeve të shpërndarjes së shiringave, ose ofruesve të shërbimeve për terapinë e mbikëqyrur direkte për TB(DOT), në varësi se çfarë konsiderohet më e mirë për njësinë e veçantë. Programet e lëvizshme të kujdesit shëndetësor në terren mund të jenë të dobishëm për të arritur popullata të caktuara të njerëzve të cilët injektojnë droga, në mënyrë të veçantë përmes njësive të lëvizshme të ekzaminimit radiografik. Është treguar se njësitë e tilla kanë ndikim pozitiv në reduktimin e TB ndërmjet njerëzve të cilët injektojnë droga në Roterdam, Holandë (de Vries et al., 2007).

Tabela 1: Mënyrat e Shërbimit për të vënë në objektiv njerëzit të cilët injektojnë droga dhe pikat e forta dhe dobësitë

Lloji i Modelit	Llojet e shërbimeve që mund të ofrohen për njerëzit të cilët injektojnë droga	Pikat e forta	Kufizimet
Zonat fikse të dedikuara me shërbime me prag të ulët	+ Ofrimi/hedhja e pajisjeve të injektimit + Këshillimi + Trajtimi i varësisë ndaj drogës duke përfshirë trajtimin e zëvendësimit të opioidëve + Analizat për HIV, hepatitin B, C dhe TB + Vaksinim + Një vend për të qëndruar + Ushqim, dushe, veshmbathje + Promovim i shëndetit + Përdorim i sigurt i edukimit, përfshirë dhe parandalimin dhe trajtimin e mbidozës + Njësitë e mbikëqyrjes për injektim të sigurtë + Promovimi i shëndetit të sigurt të seksit dhe shpërndarja e kondomëve + Trajtimi i mbikëqyrur anriviral (ose terapia e mbikëqyrur direkte për TB)	+ Mundësia e krijimit të ndjesisë së përkatësisë për klientët + Mundësia për të ofruar shërbime të shumta në një vend + Mund të arrijë mbulim të favorshëm të raportit kosto/klient + Kund të ofrojë kushtet e shërbimit të përshtatura për nevojat e klientit + Zakonisht drejtohet nga stafi i specializuar + Nuk ka kundërshtim nga klientët e tjerë + Nëse organizohet mirë, arrihet lehtë + Ofron një bazë për shërbime të tjera si shërbimet në terren	- Zonat fikse mund të kufizojnë mundësinë e hyrjes për ata që nuk jetojnë pranë - Mund të kushtojë për t'u drejtuar - Mund të ketë orar pune të kufizuar - Mundësi për ngacmime nga policia ose agjentët e tjerë të forcave të rendit, veçanërisht nëse nuk janë vendosur/trajtuar kontaktet e bashkëpunimit - Rreziku i sigurisë së personelit mund të shtohet nëse nuk administrohet mirë - Zona fikse mund të jetë më e vështirë për t'u ngritur për shkak të kundërshtisë së ambientit përreth
Shërbimet e farmacive	+ Ofrimi/hedhja e pajisjeve të injektimit + Fashat + Promovimi i shëndetit + Analizat e fshehta + Informacioni dhe referimet (analizat e sëmundjeve infektive, vaksinimi dhe shërbimet e drogës) + Ofrimi i analizave (të shpejta) të HIV/hepatitit C)	+ Ne dispozicion gjeografik të arritshëm/të mirë + Orar i zgjatur + Mund të konsiderohet më anonim + Mundësi hyrjeje për këshillim/ndërmjetësim të stafit mjekësor të trajnuar + Përdor infrastrukturë ekzistuese	- Mund të nevojitet pagesë - Mundësi e kufizuar për promovimin e shëndetit dhe referimit në farmacitë e ngarkuara me punë - Ofrimi i mjeteve të para-paketuara kufizon mundësitë për preferencat e përdoruesve - Ngurrimi i farmacistëve për t'u shitur shiringa njerëzve që përdorin droga - Kundërshtimi i klientëve të tjera
Shërbimet në terren (duke përfshirë shërbimet e ofruara nga shoqëria)	+ Ofrimi/hedhja e pajisjeve të injektimit + Promovimi i shëndetit + Informacion në lidhje me specialistët e duhur, klinikat dhe shërbimet mjekësore + Referimet për analizat dhe trajtimet e sëmundjeve infektive, vaksinimi dhe shërbimet e drogës + Vizitat në shtëpi, vizitat në burg + Referimet e shoqëruara tek shërbimet e tjera + Ofrimi i analizave të shpejta për HIV/hepatitin C + Këshillimi	+ Reagues dhe i lehtë për t'u përshtatur me nevojat e përdoruesve + Elastik në ndryshimin e vendndodhjes aty ku mund të gjenden njerëzit të cilët injektojnë droga + Me mundësi për 'paralajmërim të hershëm': Profesionistët mësojnë se çfarë është duke ndodhur ndërmjet përdoruesve + I arritshëm sidomos për përdoruesit e vështirë për t'u gjetur dhe me rrezikshmëri të lartë (të rinjtë/përdoruesit e rinj, përdoruesit migrantë)	- Nuk mund të ofrohen të gjitha shërbimet - Orar i kufizuar - Koha e stafit kushton më shumë (për shkak të kohës që shpenzojnë duke ngarë makinën, etj.) - Disa njësi të lëvizshme mund t'i bëjnë përdoruesit të ndihen të vëzhguar/jo rehat - Shërbimet e drejtuara nda grupi duhet të jenë të mbikëqyrura mirë dhe kanë nevojë për trajnim
Makinat e shitjes automatike	+ Ofrimi/hedhja e pajisjeve të injektimit + Referimet për analizat dhe trajtimet e sëmundjeve infektive, vaksinimi dhe shërbimet e drogës + Promovim i shëndetit (në formë të shkruar)	+ Gjithnjë e arritshme (veçanërisht për të rinjtë/përdoruesit e rinj) + Efektiv në kosto + Anonim	- Nuk mund të ofrohen të gjitha shërbimet - Nuk është i mundur kontakti personal - Mundësia e shqetësimit të komunitetit në lidhje me vendosjen e pajisjeve - Nevojiten monedha ose mjete të ngjashme - Duhet të sigurohet mirëmbajtja dhe furnizimi
Shërbimet e	+ Analiza të fshehta për HIV, hepatitin	+ I arritshëm	- Mund të mos jetë i përshtatur

Lloji i Modelit	Llojet e shërbimeve që mund të ofrohen për njerëzit të cilët injektojnë droga	Pikat e forta	Kufizimet
shëndetit të përgjithshëm	B dhe C, TB + Trajtimi për HIV, hepatitin B, C dhe TB + Kujdesi për infeksionet/mjekimet e lëkurës + Vaksinimi + Promovimi i shëndetit + Ofrimi/hedhja e pajisjeve të injektimit + Ndihma me detoksifikimin e drogës + Trajtimi zëvendësues me opioidë	+ Mundësi afrimi tek stafi i trajnuar + Mundësi për analiza të tjera/të përparuara dhe shërbime trajtimi + Mundësi hyrjeje në rrymën kryesore të shërbimeve shëndetësore (shërbimet e përdorura nga pjesa tjetër e komunitetit)	sipas nevojave të përdoruesve - Një pjesë e stafit mjekësor und të jetë ngurrues në ofrimin e kujdesit për njerëzit që përdorin droga - Kundërshtim nga klientët e tjerë - Klientët mund të ngurojnë të përdorin zonën nëse p.sh. nëse perceptohet se ka bashkëpunim të ngushtë me agjencitë qeveritare - Klientët mund të mos e besojnë fshehtësinë - Mund të jetë e vështirë të sigurohet anonimati për të gjitha shërbimet - Kufizim/pamundësi hyrjeje për të gjithë individët pa figuracione - Stigma
Shërbimet në njësitë e burgut	+ Të gjitha shërbimet janë në dispozicion të përdoruesve të drogës në komunitet Shembujt përfshijnë: *Analizat e fshehta për HIV, hepatitin B, C dhe TB *Trajtimin e HIV, hepatitit B, C dhe TB *vaksinimi *Promovimi i shëndetit *Ofrimi/hedhja e pajisjeve injektuese -Ndihma në detoksifikimin e drogës *Këshillimi *Trajtimi i varësisë ndaj drogës duke përfshirë OST	+ Mund të arrihen grupet me rrezik të lartë + Ndërhyrjet janë efektive në kosto + Rreziku i vdekshmërisë/sëmundjes pas largimit mund të reduktohet + Agjencitë me bazë në komunitet mund të ofrojnë shërbimet + Mundësi më të thjeshta për të ofruar trajtimin e sëmundjes + Kohë për promovimin e shëndetit	- Buxheti shëndetësor i burgut mund të jetë i pamjaftueshëm - Nevojitet investim në trajnimin e stafit shëndetësor të burgut dhe policëve - Mund të jetë e vështirë të sigurohet ofrimi i shërbimeve të fshehta

Njohja dhe kuptimi i situatës kombëtare

Epidemiologjia e përdorimit të drogës dhe infeksioneve ndërmjet përdoruesve është subjekt i ndryshimeve të shpejta për shkak të drogave të ndryshme ilegale, ndryshimit të kulturave të drogës dhe lëvizjes së popullatës. Dinamikat e këtyre ndryshimeve ajnë komplekse, shumë faktoriale dhe janë në varësi të situatave sociale dhe ekonomike, aktiviteteve parandaluese dhe faktorëve të tjerë të shoqërisë (175).

Në mënyrë që strategjitë kombëtare ose sub-kombëtare t'i shërbejnë sa më mirë popullatave dhe njerëzve të cilët injektojnë droga, si dhe parandalimit dhe kontrollit të sëmundjeve infektive, duhet të ketë mbikëqyrje të mjaftueshme të përdorimit të drogës dhe infeksioneve ndërmjet njerëzve të cilët injektojnë droga. Në mënyrë të ngjashme, masat e marra duhet të monitorohen në mënyrë të vazhdueshme dhe të vlerësohen në termat e reagimit, ndikimit, rëndësisë dhe shkallës së mbulimit. Një monitorim i tillë është i rëndësishëm jo vetëm për të siguruar se monitorimi mbetet i rëndësishëm, por gjithashtu për të ruajtur efektivitetin si ë termat e ndikimit mbi shëndetin dhe koston.

Për të siguruar se burimet e parandalimit shpenzohen mirë, përpjekjet e parandalimit të sëmundjeve infektive duhet të vënë në objektiv popullatat e njerëzve të cilët injektojnë droga dhe aty ku rreziku i transmetimit të sëmundjeve është më i larti. Investimi në sistemet e përshtatshme të mbikëqyrjes si për përdorimin e drogës dhe për sëmundjet infektive është i domosdoshëm dhe ka të ngjarë të jetë edhe i efektshëm. Dështimi për të krijuar sisteme të tilla mundet që jo vetëm të fshehë një problem në rritje, duke çuar në kosto të larta shëndetësore dhe sociale, por gjithashtu të rezultojë në përdorim jo të efektshëm të burimeve.

Monitorimi i përdorimit problematik të drogës dhe reagimet

Mbikëqyrja e përdorimit problematik të drogës është një përbërës i domosdoshëm për çdo përpjekje kombëtare për të parandaluar dëmin e shkaktuar nga drogat. Rishikimi i një aktiviteti të tillë është përtej qëllimit të këtij udhëzuesi, por EMCDDA ka botuar një grup protokollesh kyç tregues dhe mjetet për monitorimin e përdorimit të drogës dhe problemit të përdorimit të drogës (duke përfshirë përdorimin e drogës me injektim) dhe pasojat e tyre (4).

Nëpërmjet një grup mjetesh të monitorimit të standardizuar (tabelat e të dhënave dhe pyetësorët e strukturuar), EMCDDA mbledh gjithashtu informacion të harmonizuar në lidhje me reagimet shëndetësore dhe sociale ndaj përdorimit të drogës dhe përdorimin e drogës me injektim në Shtetet Anëtare të BE, vendet kandidate dhe Norvegji (112). Të dhënat e mbledhura në mënyrë rutinë përfshijnë informacion në lidhje me parandalimin e drogës dhe politikat e reduktimit të dëmit; mbi kushtet e ndërhyrjeve kyç shëndetësore dhe sociale, duke përfshirë trajtimin e drogës (p.sh. numrin e klientëve që marrin trajtim me zëvendësues të opioidëve); dhe mbi llojet, numrin dhe shpërndarjen gjeografike të programeve të ages dhe shiringës, si dhe numrin e shiringave të ofruara.

Mbikëqyrja e infeksioneve

Tabloja epidemiologjike e infeksioneve ndërmjet përdoruesve të drogës mund ët ndryshojë me shpejtësi, veçanërisht nëse parandalimi është i dobët. Një sistem i mirë mbikëqyrjeje i sëmundjeve infektive, i ndërtuar mbi parimet e 'mbikëqyrjes për veprim', p.sh. me lidhje aktive ndërmjet strukturave parandaluese dhe mbikëqyrëse, është një domosdoshmëri nëse duhet kontrolluar rreziku i infeksionit ndërmjet njerëzve të cilët injektojnë droga.

ECDC koordinon mbikëqyrjen e bazuar në raste të të gjitha rasteve të reja të infeksionit të raportuara të infeksioneve të mbartura në gjak në nivel evropian, duke përfshirë ato infeksione të cilat mund të transmetohen nëpërmjet shkëmbimit të pajisjeve të injektuese. Mbikëqyrja e bazuar në raste është e dobishme për monitorimin e prirjeve të sëmundjeve dhe mund të jetë gjithashtu e dobishme në zbulimin e hershëm të shpërthimit të sëmundjeve, veçanërisht nëse mbulimi kombëtar i sistemit është i mirë dhe vonesat në raportim janë minimale. Suksesi i ndërhyrjeve shpërthim-reagim është tepër i varur në aftësinë për të zbuluar shpejt shpërthimet e reja dhe të pasurit e mjeteve për të reaguar në mënyrë të përshtatshme. Nëse raportimi kombëtar kryhet me disa vonesa, kjo mund të kompensohet nga raportimi më i shpejtë lokal ose rajonal. Ekzistojnë përcaktimet e rasteve në mbarë BE për infeksionet e HIV, hepatitit B, hepatitit C dhe hepatitit A, por kategoria e transmetimit (dmth faktori i rrezikut) mblidhet në mënyrë sistematike vetëm për infeksionet e HIV (rastet e përcaktuara të mbikëqyrjes për hepatitin B de C janë aktualisht në rishqyrtim dhe pritet të kenë informacionin e kategorisë transmetuese). Sidoqoftë, shumë sisteme kombëtare mbledhin informacion më të detajuar, i cili është i rëndësishëm për zbatimin e masave lokale të parandalimit. Ritmi i njoftimit të sëmundjeve mund të reflektojë rastet e sëmundjeve, por zakonisht janë një nënvlerësim i saj. Në vijim, vetëm të dhënat emërtuese të popullatës gjenerike mund të zbatohen zakonisht në këtë lloj mbikëqyrjeje. Ndryshimet në modelet e analizimit dhe shpeshtësia mund të shtrembërojnë lehtësisht rezultatet. Raportimi i bazuar në raste kërkon gjithashtu ruajtjen e një niveli bazë të infrastrukturës dhe kohës së përpunimit mbi periudhat e konsiderueshme kohore dhe kërkojnë mbështetje të rëndësishme nga ofruesit e kujdesit shëndetësor për të prodhuar informacion të përshtatshëm të faktorëve të rrezikut.

EMCDDA monitoron përhapjen e sëmundjeve infektive tek përdoruesit e drogës me injektim nga zhvillimi i mbledhjes së të dhëna dhe udhëzuesi mbi anketimet e bio-reagimit dhe metodat e tjera të mbledhjes së të dhënave tek përdoruesit e drogave me injektim (2). Kjo punë kryhet në bashkëpunim të ngushtë me ECDC, e cila koordinon mbikëqyrjen e përgjithshme të sëmundjeve infektive në Evropë, dhe partnerët kombëtarë dhe ndërkombëtarë (177-178). Mbledhja e të dhënave fokusohet rreth HIV dhe hepatitit B e C tek përdoruesit e drogës me injektim. Një sistem i paralajmërimit të hershëm dhe rrjeti i ekspertëve janë duke u mbajtur për shpërthimet e infeksioneve tek përdoruesit e drogës me injektim, të cilët mund të përfshijnë sisteme të tjera, të tilla si antraksi dhe butilizmi.

Lloje të tjera të sistemeve të mbikëqyrjes, të tilla si llojet e ndryshme të anketimeve dhe studimet e bio-reagimit, kanë përparësitë e tyre të dallueshme në termat e ofrimit të informimit të rëndësishëm strategjik. Anketimet mund të ofrojnë vlera të përafërta të përhapjes ndërmjet popullatave në objektiv, gjë që zakonisht nuk është e arritshme nëpërmjet mbikëqyrjes të bazuar në raste. Anketimet e bio-reagimit tek përdoruesit e drogës me injektim, ashtu siç promovohet nga EMCDDA dhe ECDC, mund të ofrojë informacion në lidhje me modelin e përdorimit të drogës dhe sëmundjeve infektive. Sidoqoftë, këto studime duhet të përsëriten me kalimin e kohës nëse duhet të ndiqen prirjet, gjë që mund të jetë e kushtueshme. Një kufizim shtesë është mungesa e konsensusit mbi rrugën më të mirë për të përftuar mostra përfaqësuese me kalimin e kohës, megjithëse ky konsensus është duke u ndërtuar nga puna e dy agjencive.

Vendet duhet të marrin vendime mbi parametrat e sistemeve të tyre të mbledhjes së të dhënave për mbikëqyrjen e bazuar mbi nevojat e tyre, por një sistem i tillë duhet të ndërtojë informacion të mjaftueshëm për të njoftuar zhvillimin e një strategjie parandaluese bazuar mbi një vlerësim të nevojave shëndetësore të problemit lokal, ndërkohë që është efikas në termat e burimeve dhe kostove.

Monitorimi dhe vlerësimi i programeve

Sistemet monitoruese duhet t'ju shërbejnë nevojave të një vendi për procesin e vlerësimit të vazhdueshëm dhe përshtatshmërisë së ndryshimeve në zakonet dhe profilet e përdoruesve; një vlerësim i tillë mbështet drejtuesit e programeve dhe politikë-bërësit në të kuptuarën se cilët përbërës të programit të parandalimit janë të suksesshëm dhe cilët kanë nevojë për përmirësime. Monitorimi mund t'ju vërë gjithashtu në dukje planifikuesve të programeve dhe politikë-bërësve nëse mënyrat e përzierjes së shpërndarjeve të shërbimeve , kombinimi i shërbimeve të ofruara dhe mbulesa e ndërhyrjeve duket të jetë efektive në reduktimin ose parandalimin e shtimit në rastet e sëmundjeve në grupin në objektiv të njerëzve të cilët injektojnë droga. Nëse nuk kryhet një monitorim, është e pamundur të bëhet matja e ndikimit të programit ose të atribuohen ndryshime në ndërhyrjen në sjellje apo rastet e sëmundje. Të dy, treguesit e procesit dhe përfundimi, mund të përdoren dhe të jenë të dobishëm, por ia vlen të merren parasysh qëllime realiste për kategorinë e fundit. Shumë treguesve të fuqishëm të rezultatit, siç është përhapja e infeksioneve ose sjellja e rrezikshme mund t'ju duhen shumë vite, madje edhe dekada për të pasur ndryshime të konsiderueshme.

Treguesit

Ky udhëzues nuk mbulon treguesit për programin monitorues dhe vlerësimin në detaje, pasi në këtë fushë është duke u bërë punë e konsiderueshme (shihni (4, 53, 137)). Duhet të theksohet se të gjithë treguesit e monitoruar kombëtarë duhet të përdoren për planifikimin kombëtar dhe qëllimet e vlerësimit. Monitorimi duhet të jetë i dobishëm, dhe jo një pengesë për të arritur qëllimet kombëtare dhe rajonale të programit. Të dhënat e monitorimit dhe vlerësimit duhet të futen në procesin e vazhdueshëm të vlerësimit dhe adaptimit të programeve të shërbimit në mënyrë që të përmbushin ndryshimet epidemiologjike dhe karakteristikat e përdoruesit. Qartësisht, jo të gjithë treguesit kombëtarë janë të dobishëm për raportimin ndërkombëtar, dhe jo të gjithë treguesit e raportimit ndërkombëtar janë domosdoshmërisht të rëndësishëm për monitorimin kombëtar. Një keqkuptim i shpeshtë është supozimi se treguesit ndërkombëtarë duhet të ndiqen me rigorozitet, edhe nëse nuk janë të rëndësishëm për vendin.

Përcaktimi i objektivave për mbulimin e ndërhyrjes

Në nivel popullate mbulimi përcaktohet përgjithësisht si raporti i popullatës në nevojë për një ndërhyrje e cila aktualisht e ka marrë këtë ndërhyrje (179). Në mënyrë që të përshtatet parandalimi, është kritike të njihet se cili përpjesëtim i popullatës në objektiv të njerëzve të cilët injektojnë droga arrihet nga masat parandaluese specifike. Në fushën e vaksinave, niveli i mbulimit përcakton efektet e arritura nga një ndërhyrje: në një nivel të caktuar të mbulimit të imunitetit të grupit efekti i imunitetit paraqet mbrojtje, edhe për popullatën e pa vaksinuar. Këto gjetje mbështeten gjithashtu nga studimet modeluese.

Masat e zakonshme në fushën e parandalimit të sëmundjeve infektive ndërmjet numrit të njerëzve që injektojnë droga janë numrat e shiringave të shpërndara për përdorues droge me injektim në një vit, ose përqindja e përdoruesve problematikë të opioidëve të cilët marrin trajtim me zëvendësues opioidësh. Përpjesëtimi i njerëzve të cilët injektojnë

droga që marrin trajtim për HIV, hepatitin B, dhe/ose hepatitin C është një tregues tjetër i mbulueshmërisë të shërbimeve të trajtimit të infeksionit (180). Objektivat tregues për shërbimet parandaluese janë përcaktuar, por është e domosdoshme të merren parasysh ata në kontekstin e situatave të veçanta kombëtare (ose lokal), bazuar në një vlerësim të realizuar mirë për nevojat (53, 179). Ka tregues në rritje se nivelet më të larta të mbulimit të programeve të ages dhe shiringës dhe trajtimit të zëvendësimit me opioidë janë më shumë të efektshme se nivelet e ulëta të mbulimit për injektues droge (71, 181) dhe se ekzistojnë ndryshime të mëdha në mbulimin ndërmjet vendeve (180, 182). Sipas të dhënave nga EMCDDA, mesatarja aktuale e BE për shpërndarjen e shiringave të shpërndara në vitin 2009 nga specialistët e njësive të NSP është 90 për injektues droge. Në nivel kombëtar, numri më i lartë i raportuar ishte mbi 300 shiringa për përdorues (183). Në vijim, shitjet e farmacive përbëjnë një tjetër burim kryesor të pajisjeve të pastra injektuese në pjesën më të madhe të vendeve. Në të njëjtin vit, mesatarisht një në dy përdorues problematikë të opioidëve marrin trajtim zëvendësues për opioidët, me përqindjen më të lartë kombëtare në Maltë me 68% (llogaritja e përafërt qendrore ndërmjet 65% dhe 71% (128). Në mënyrë ideale, duhet që gjithnjë të ketë furnizime të mjaftueshme me age dhe shiringa për t'i mbajtur shërbimet në veprim. Kërkesat e paplotësuara për age dhe shiringa në shërbimet e shkëmbimit ose koha e pritjes për trajtimin e drogës tregojnë një kërkesë të paplotësuar për shërbimet dhe janë shenja se duhet të shtohet mbulimi i shërbimeve.

Përshkallëzimi i mbulimit të programeve të shiringës: eksperiencë nga Estonia

Estonia është në nga vendet në BE i cili është përballur me barrën e rëndë të përdorimit të drogave me injektim, me një shkallë të lartë të përdorimit të drogës me injektim në popullatën e përgjithshme si dhe me një përhapje tepër të lartë të HIV ndërmjet njerëzve të cilët injektojnë droga. Përdorimi i drogave me injektim është kryesit i përqendruar në kryeqytetin Talin dhe në veri-lindje të Estonisë. Llogaritet me përafërsi se Talin ka rreth 10 000 përdorues droge me injektim të cilët janë kryesisht analogë të fentanilit dhe amfetaminës. Shërbimet e shkëmbimit të ages dhe shiringës në Talin filluan në vitin 1997, dhe trajtimi me zëvendësues të opioidëve vijoi në vitin 2001, megjithëse shkalla e mbulimit të shërbimit ishte e kufizuar. Në 2005, përhapja e HIV ndërmjet njerëzve të cilët injektonin droga ishte 54% dhe ishte raportuar një përpjesëtim i lartë(21%) i përdoruesve të rinj (ata që injektonin për një periudhë ≤3 vjet). Në nivel kombëtar u vendos se ishte e domosdoshme të përshkallëzohej në nivel kombëtar mbulesa e programeve të parandalimit në mënyrë që të ndesheshin e këtë shqetësim publik në rritje, dhe ko u planifikua në Strategjinë e Parandalimit Kombëtar HIV/SIDA. Midis 2003 dhe 2009, numri i zonave fikse dhe zonave të shërbimit në terren në Talin u rrit nga 1 në 10, vizitat e shërbimit u shtuan me 27 fish, numri i shiringave të shpërndara u shtua me 43-fish (nga 1.8 në 77 shiringa /përdorues droge/vit), dhe numri i vendeve të trajtimit të metadonit u shtua me më shumë se 4-fish. Rreth 80% e IDU raportojnë se kanë qenë në kontakt me shërbimet e shkëmbimit të shiringës për përafërsisht 60% e tyre, shërbimet e shkëmbimit të shiringave janë burimi kryesor i ageve dhe shiringave të pastra. Përqindja e njerëzve të cilët injektojnë droga që shkëmbenin shiringa gjatë katër javëve të fundit ra nga 32% (2005) në 22% (2009).Gjatë asaj periudhe rastet e HIB ndërmjet injektuesve të rinj ra nga 21% në 2005 në 9% në 2009, me përqindjen e injektuesve të rinj midis gjithë përdoruesve me injektim që ra nga 21% në 12%. Ka të ngjarë që rënia e rasteve të HIV e vënë re gjatë periudhës së studimit mund t'i atribuohet përshkallëzimit të shërbimeve të ages dhe shiringës, pasi mundësia e hyrjes në trajtimin e drogës dhe trajtimit me antiretroviralë u ofruan në nivele mjaft të ulëta në atë periudhe. Vazhdimi i ofrimit të shiringave madje edhe në nivele më të larta,e kombinuar me përshkallëzimin e niveleve të trajtimit të drogës dhe HIV tek ata në nevojë, ka të ngjarë të ulë më tej rastet e HIV në Estoni me kalimin e kohës.

Burimi: Uuskula et al., 2011

Shtojca A: Epidemiologjia e përdorimit të drogës me injektim ndërmjet atyre të cilët injektojnë drogë në EU/EEA

Përdorimi i drogës me injektim

Njerëzit të cilët injektojnë droga janë njëri nga grupet me rrezikun më të lartë që kanë pasojat më negative të shëndetit si rezultat i përdorimit t drogës nga ana e tyre për shkak të rrezikut të infeksioneve të mbartura në gjak si HIV dhe hepatiti B dhe C. Ata janë gjithashtu të prekshëm nga mbidoza dhe infeksionet e tilla si virusi i hepatitit A, infeksionet bakteriale të lëkurës, infeksionet sistemike dhe infeksionet e transmetuara seksualisht.

Në shumë vende evropiane, përdorimi i drogave me injektim është sinonim i përdorimit të opioidëve, por ka disa vende në të cilat amfetaminat janë droga predominuese e injektuar (5). EMCDDA mbledh llogaritjet e përafërta të përhapjes së përdorimit të drogës me injektim nga Vendet Anëtare Evropiane dhe, në 2010, 12 vende ofruar përllogaritjet më të fundit të cilat sugjeronin për diferenca të mëdha në përhapjen e përdorimit të drogës me injektim në vend. Përllogaritja mesatare e vlerësuar e përdoruesve të drogës me injektim është 2.5 për 1000 adultë të moshave nga 15 në 64 vjeç për ato vende që ofruan llogaritjet. Nëse kjo mesatare do të llogaritej me popullatën evropiane, do të korrespondonte me ndërmjet 750 000 deri 1 milionë përdorues aktivë të drogave me injektim në EU/EEA. Në vijim të kësaj, ka të ngjarë që të ketë një popullatë të konsiderueshme të përdoruesve të mëparshëm të drogës (5). Ndërkohë që popullata e përdoruesve të drogës me injektim, si një e tërë, është duke u rritur në moshë në pjesën më të madhe të Evropës perëndimore, në pjesët e tjera të Evropës mbizotërojnë mosha më të reja.

HIV

Ritmi i përhapjes së HIV ndërmjet njerëzve që injektojnë droga, siç raportohet nga vendet evropiane ndryshon nga më pak se 1% deri në më shumë se 60% (bazuar në studimet specifike ose në mbikëqyrjen rojë) (137). Nga të gjitha rastet e reja të diagnostikuara me HIV të raportuara në 28 vende të EU/EEA në 2009 (25 917 raste), 1 298 ishin identifikuar si njerëz me histori aktuale apo të shkuar të përdorimit të drogës me injektim (një raport prej 5.7 për 100 000 popullatë). Me gjithë mesataren evropiane të 2009 të 5% të rasteve të raportuara HIV që ishin për shkak të përdorimit të drogës me injektim, shifrat kombëtare ndryshonin gjerësisht, dhe përpjesëtimi i njerëzve të cilët injektonin droga ndërmjet rasteve të reja të raportuara me HIV shtriheshin nga 65% në Lituani dhe 43% në Bullgari deri në më pak se 1% në Holandë dhe Rumani. Që nga 2004, numri i diagnozave të reja me HIV të raportuara tek njerëzit të cilët injektojnë droga ka rënë me 40% në26 vendet EU/EEA me sisteme të qëndrueshme të raportimit t HIV (6). Prirjet kombëtare kanë qenë të ngjashme, me pjesën më të madhe të vendeve që raportojnë numra në rënie të rasteve të HIV ndërmjet njerëzve të cilët injektojnë droga gjatë gjashtë viteve të fundit, përveç Bullgarisë, Estonisë, Letonisë dhe Lituanisë, me tre vendet balltike të prekura kryesisht nga një rritje e shpejtë e numrit të diagnozave të HIV në 2001-02. Që atëherë, këto vende kanë raportuar rënie, megjithëse në Letoni u raportua një rishfaqje e HIV në 2005 dhe në Lituani në 2009. Në vendet evropiano-perëndimore , epidemia e HIV ndërmjet njerëzve të cilët injektojnë droga është më e vjetër dhe ka arritur kulmin në mesin e viteve 1980 (6).

Me gjithë rënien e prirjes së rasteve të HIV ndërmjet përdoruesve të drogës në vendet e EU/EEA, ka ende vende me popullata të përdoruesve të drogës me injektim ku ndodh transmetim domethënës i HIV (184). Gjithashtu ka të ngjarë që të ndodhë transmetimi seksual i HIV ndërmjet njerëzve të cilët injektojnë drogë dhe partnerëve të tyre seksualë. Me gjithë numrin e ulët absolut të rasteve të diagnostikuara ndërmjet njerëzve të cilët injektojnë droga, ata preken në shpërpjesëtim nga epidemia HIV krahasuar me njerëzit të cilët nuk injektojnë droga.

Hepatiti B dhe C

Infeksionet virale të hepatitit B (HBV) dhe hepatitit C (HCV) janë çështje të rëndësishme të shëndetit publik në Bashkimin Evropian pasi të dy infeksionet kanë vdekshmëri dhe sëmundshmëri të rëndësishme. Të dyja infeksionet mund të rezultojnë me sëmundje kronike e cila mund të çojë në cirrozë të mëlçisë dhe me gjasa në kancer të mëlçisë dhe në vdekje. HBV dhe HCV mund të transmetohen lehtësisht nga përdorimi i drogave me injektim për shkak të praktikave të pasigurta të injektimit të cilat mund të përfshijnë shkëmbimin e ageve dhe shiringave dhe materialeve të tjera të injektimit.

Në Evropë, përdorimi i drogës me injektim është rruga kryesore e transmetimit për HCV infektiv, dhe njerëzit të cilët injektojnë droga janë përgjegjës për pjesën më të madhe të rasteve të reja të raportuara të infektimeve me HCV. Llogaritjet e përafërta sugjerojnë se ka përafërsisht një milionë përdorues droge të mëparshëm ose të rinj të cilët

mund të kenë infeksion kronik të HCV në Evropë (5). Numri i infektimeve të HCV shpesh është shumë i lartë ndërmjet njerëzve të cilët injektojnë droga, duke u shtrirë ndërmjet 12% deri në 85% (54) dhe ndërmjet 50 dhe 90% e njerëzve të cilët janë të infektuar me virusin e hepatitit C e kanë të pamundur ta çrrënjosin infeksionin në mënyrë spontane. Përhapja e HCV ndërmjet njerëzve të cilët injektojnë droga është vërejtur se është ë rënie në nëntë vende në Evropë por është duke u shtuar në tre vende të tjera, dhe të dhënat nga katër vende të tjera nuk tregojnë prirje të dukshme (8). Në gjashtë vende ku njihen faktorët e rrezikut, prirjet në rastet e njoftuara të HCV kanë treguar një rënie në raportin e njerëzve të cilët injektojnë droga ndërmjet rasteve të njoftuara, por ka ngritje në tre vende të tjera (54). Është e vështirë të interpretohen të dhënat pasi shpesh cilësia e të dhënave është e dobët, por ka tregues se nivelet e përgjithshme të infeksioneve të HCV ndërmjet njerëzve të cilët përdorin droga mund të jenë në rënie. Rreziku për t'u infektuar me HCV është e ditur që është në rënie me zgjatjen e injektimit (10), por studimet e fundit tregojnë gjithashtu se shumë injektues e marrin virusin në fillimet e tyre të injektimit (54). Nivelet e lata të infektimit t HCV ndërmjet njerëzve të cilët injektojnë droga është bërë më keq nga fakti se shumë prej tyre të cilët e kanë marrë HCV nga përdorimi i drogës me injektim nuk kanë dijeni për gjendjen e tyre të infektimit. Këta faktorë dëshmojnë se është i rëndësishëm fillimi i hersho i masave parandaluese.

Në vijim të niveleve të larta të infektimit me hepatitin C, njerëzit të cilët injektojnë droga shpesh infektohen nga viruse të tjera, duke përfshirë hepatitin B dhe HIV. Duke pasur infeksione bashkekzistuese të hepatitit shtohet shumë rreziku i vdekjes për shkak të dështimit të papritur të mëlçisë. Nivelet e antitrupave të hepatiti B janë shpesh tepër të lartë ndërmjet injektuesve por përhapja ndryshon në mënyrë të konsiderueshme ndërmjet vendeve. Ko mund të jetë pjesërisht për shkak të niveleve të vaksinimit ndërmjet njerëzve të cilët injektojnë droga (54). Të dhënat e fundit nga nëntë shtetet evropiane tregojnë se përhapja e niveleve të anti-HBc ndërmjet njerëzve të cilët injektonin droga ishte më shumë se 40%. Ndërmjet rasteve akute të njoftuara të hepatitit B me transmetim të dokumentuar të rrugëve të transmetimit, një në pesë raste është infektuar duke injektuar droga. Prirjet e të dhënave tregojnë se përpjesëtimet e njerëzve të cilët injektojnë droga ndërmjet rasteve të njoftuara të HBV kanë rënë në tetë nga 17 vende ndërmjet 2003 dhe 2008 (54).

Tuberkulozi

Përdorimi i drogës me injeksion është i shoqëruar me një sërë faktorësh të rrezikshëm mjedisorë dhe sjellje të rrezikshme. Kombinimi i faktorëve të rrezikshëm socialë siç janë kushtet e vështira të jetesës, të qenit i pastrehë, burgosja, varfëria, përdorimi i duhanit dhe abuzimi me alkoolin, së bashku me faktorët psikologjikë të përdorimit të drogës, mund t'i vënë njerëzit të cilët injektojnë droga në një rrezik të shtuar për të zhvilluar TB, duke qenë të infektuar nga TB, dhe në një rrezik të shtuar për vdekshmëri (142, 185). Për më tepër, ulja e imunitetit e shkaktuar nga HIV, siç u përmend më sipër, është një nga faktorët më të rëndësishëm predispozues për zhvillimin e TB dhe një arsye madhore për përhapjen e lartë të TB ndërmjet njerëzve të cilët injektojnë droga. Një rishqyrtim i fundit sistematik i infektimit të njëkohshëm të TB dhe HIV në vendet EU/EEA gjeti se vlera e infektimit të njëkohshëm të HIV të pacientëve me TB ndryshon nga 0 në 15%, dhe se injektimi i drogës ishte njëri nga faktorët e rrezikshëm të infektimit të njëkohshëm.

BE ka disa nga vlerat më të ulëta të shifrave të njoftuara të TB në botë, por ndërmjet vendeve të BE ka heterogjenitet të lartë. Në 2009, numri i njoftimeve ndryshonte nga 2.8 në 108.2 raste për 100 000 popullatë (187). Grupet më të ndjeshme dhe të përjashtuar janë ata që mbajnë barrën më të madhe të sëmundjes dhe që kanë mundësinë më të ulët në përdorimin e shërbimeve.

Nuk ka një mbledhje të regjistrave të të dhënave në mbarë Evropën për faktorët rrezikues socialë për rastet e njoftuara të TB, rrjedhimisht llogaritjet mbi rastet e TB tek njerëzit të cilët injektojnë droga mbështeten mbi studime rajonale ose disa raste specifike të vendit. Megjithatë ka të dhëna të mjaftueshme se përdorimi i drogës shoqërohet me përhapje të lartë të infeksionit latent të TB, dhe njerëzit të cilët injektojnë droga janë në rrezik të shtuar të sëmundjes aktive. Në varësi të njësive dhe vendit, rreth 10 deri 60% e njerëzve të cilët injektojnë drogë dalin pozitivë në testin e tuberkulinës në lëkurë (TST) (142). Studimet kanë treguar se përdoruesit e drogës, injektojnë ose jo drogë, përballen me të njëjtin rrezik për të qenë TST pozitiv (142).

Një pjesë e madhe e individëve të infektuar me *M. Tuberculosis* nuk sëmuren asnjëherë, por bakteria qëndron në një gjendje sub-klinike me replikim minimal. Rrjedhimisht, infeksioni latent i TB (LTBI) përcaktohet si një gjendje e një individi të infektuar, por pa manifestime klinike të sëmundjes dhe nga i cili bacili i *M. Tuberculosis* nuk mund të identifikohet nëpërmjet kulturës. Sëmundja aktive e TB diagnostikohet duke vlerësuar anamnezën mjekësore, simptomat, radiografinë dhe identifikimin mikrobiologjik ose molekular të *M. Tuberculosis*. Rreziku u përparimit në sëmundje aktive të TB është i ndikuar nga gjendja imunologjike e individit. Njerëzit pa infeksion të njëkohshëm të HIV kanë 5 deri 10% rrezik jetësor të përparojnë në sëmundje të TB (185).

Virusi i Hepatitit A

Hepatiti A është një sëmundje virale me zhvillim akut dhe zakonisht transmetohet nëpërmjet kontaktit fekale-oral, me shpërthime që shpesh gjurmohen tek ushqimi dhe furnizimi me ujë të kontaminuar ose në grupet e veçanta të rrezikuara duke përfshirë meshkujt që bëjnë seks me meshkuj ose njerëzit të cilët injektojnë droga. Duke qenë se nuk monitorohet si rutinë nga pjesëtarët e grupit të rrezikuar, ngarkesa e vërtetë e hepatitit A ndërmjet njerëzve të cilët injektojnë droga është i panjohur. Megjithatë, ka pasur raportime të shpërthimit të hepatiti A në Evropë, i përqendruar në grupet e njerëzve të cilët injektojnë droga të tilla si në Letoni në 2008, ku numri i njoftimit të popullatës u rrit nga 0.66 në 123 për 100 000 për shkak të një shpërthimi në komunitet (13). Shpërthime të tjera janë lidhur me grupet e njerëzve të cilët injektojnë droga në Republikën Ceke (12), Finlandë (15) dhe Norvegji (14). Është e paqartë nëse këto shpërthime kanë pasur lidhje me praktikat e përgatitjes së injektimit ose me sjellje të tjera që shoqërohen me higjienën e dobët.

Infeksionet bakteriale të lëkurës dhe ato sistemime

Është e vështirë të përllogaritet shtrirja vërtetë e infeksioneve bakteriale dhe sistemime për shkak të injektimit të drogave pasi pjesa më e madhe e tyre nuk monitorohen në nivel evropian. Bazuar në një studim të 2010 të kryer në Angli, Uells dhe Irlandën e Veriut, 40% e tyre që aktualisht injektonin droga raportonin lëndime, abscese ose plagë të hapura, simptoma të zakonshme të një infeksioni të zonës së injektimit, gjatë vitit që shkoi (17). Këto infeksione zakonisht janë rezultat i përdorimit të pajisjeve injektuese jo sterile ose pajisjeve përgatitore të papastra të drogës. Patogjeni më i zakonshëm që shkakton infeksione të lëkurës dhe indeve të buta tek njerëzit të cilët injektojnë droga është *Staphylococcus aureus*, dhe një përpjesëtim i lartë i këtij infeksioni është *Staphylococcus aureus* rezistent ndaj meticilimës (MRSA) (188). Ndërkohë që pjesa më e madhe e infeksioneve janë të vogla, ato mund të bëhen gjithashtu serioze dhe sistemime, duke rezultuar me osteomielit, bakteremi (sasi elatë e baktereve në gjak), trombozë septike në thellësi të venave dhe endokardit (189-190). Infeksione të tjera bakteriale të lëkurës, indeve të buta dhe sistemikë shkaktohen nga A. streptococci (GAS), ndërkohë që të tjerët janë për shkak të infeksioneve klostridiale që rezultojnë në botulizëm ose tetanos të plagës (191-192). Shpërthimet e botulizmit të plagës (193), tetanosit (18) dhe infeksioneve të tjera klostridiale (194) janë zbuluar tek njerëzit të cilët injektojnë droga nëpër Evropë. Ndërkohë që këto infeksione sistemime duket të jenë tepër të rrallë, ata mund të rezultojnë në sëmundje të rëndë dhe vdekje. Antraksi është një sëmundje e tillë e cila shkaktohet nga bakteria *Bacillus anthacis*. Ai është i rrallë në Evropë, por në fund të 2009 dhe 2010, u raportuan 42 raste ndërmjet përdoruesve të drogës me injektim në Skoci, 13 prej të cilëve rezultuan në vdekje. Fatalitete të tjera. Të cilat kishin lidhje me rastet skoceze nëpërmjet të njëjtit prejardhje antraksi u raportuan nga Anglia dhe Gjermania, dhe u mendua se burimi ishte një sasi heroine e kontaminuar (54).

Infeksionet e transmetuara seksualisht

Përdorimi i drogave, duke përfshirë edhe injektimin e drogave, është i shoqëruar me rrezikun e lartë të praktikave seksuale dhe përhapjen e shtuar të STI, megjithëse epidemiologjia e STI ndërmjet njerëzve të cilët injektojnë droga nuk është i dokumentuar mirë në Evropë. Mendohet se njerëzit të cilët injektojnë droga janë në rrezik të shtuar të STI për shkak të mundësisë së lartë të shkëmbimit të seksit për para ose droga, për shkak të gjykimit të dobët në negocimin e sjelljes së sigurt seksuale ndërkohe që janë nën ndikimin e drogave (162). Është sugjeruar gjithashtu se përdorimi i drogave mund të bëjë më të vështirë kujdesen në shërbimet mjekësore ose ekzaminimin e STI she se shërbimet standarde klinike të STI nuk arrijnë tek shumë njerëz të cilët injektojnë droga. Ende, ka tregues se transmetimi seksual, për shembull, i hepatitit B dhe HIV ndodh ndërmjet njerëzve të cilët injektojnë droga dhe partnerëve të tyre, dhe rrjedhimisht, është e rëndësishme të vihet në objektiv kjo popullatë për ekzaminimin dhe parandalimin e viruseve të transmetuara seksualisht dhe të tjerëve që mbarten në gjak.

Virusi njerëzor T-limfotropik i llojit II (HTLV-II)

HTLV-II transmetohet nëpërmjet përdorimit të përbashkët të pajisjeve të injektimit, seksualisht si dhe nëpërmjet produkteve të infektuara të gjakut. Që nga zbulimi në 1982, virusi njerëzor T-limfotropik i llojit II (HTLV-II) ka mbajtur një pozicion të diskutueshëm si patogjen, dhe literatura mbi rezultatet e sëmundjes është e kufizuar. Ka të dhëna të mbledhura të sëmundjes neurologjike dhe rasteve të shtuara të pneumonisë, bronkitis dhe sëmundje të mundshme autoimune ndërmjet pacientëve të infektuar me HTLV-II (11). HTLV-II është gjetur tek njerëzit që injektojnë droga në Shtetet e Bashkuara dhe në Evropë, me një përhapje të përllogaritur ndërmjet 1.6 deri 8% në Itali (195-196), dhe 0.4 deri 11.5% në Spanjë (197). Në këto studime, dhe të tjera, infektimi i njëkohshëm i HTLV-II dhe HIV është i zakonshëm. Në Evropën veriore, HTLV-II është gjetur me një frekuencë krahasimisht më të ulët tek njerëzit të cilët injektojnë droga, por është raportuar në Suedi (198) dhe Francë (199). Një studim në Irlandë zbuloi një seroprevalencë të lartë (15%) të HTLV-II ndërmjet njerëzve të cilët injektonin droga (200).

Shtojca B. Ndërhyrjet kyçe për të parandaluar infeksionet ndërmjet atyre që injektojnë drogë

Siç përshkruhet në pjesën mbi "Qëllimet, objektivat dhe metodologjinë", disa faktorë u morën parasysh kur u gjeneruan me komponentet kryesore të përcaktuaranë këtë udhëzim. Për çdo, ndërhyrje kryesore, provat mbi të cilat u bazuan në hulumtimin e botuar më përpara janë marrë në konsideratë duke kryer një rishikim sistematik të komente të botuara që nga viti 2000 ("rishikimi I ushtrimeve të rishikuara) (201). Shqyrtimet konsiderohen prova të nivelit të lartë sepse ao përmbledhin dhe mbledhin të dhëna nga literature kryesore duke përdorur kritere sistematike për të zgjedhur studimet si dhe për të vlerësuar rezultatet e tyre. Rishikimi I shqyrtimeve është një metodë efikase për të sjellë së bashku prova të nivelit të lartë, por ka kufizime të veçanta (shih raportet teknike në sfondin e provave baze). Për të kompensuar për ato kufizime, ky udhëzim merr studimet primare të kryera kohët e fundit, si dhe opinionet e konsiderueshme të ekspertëve për të plotësuar deklaratat e dëshmive në bazë të "rishikimit të rishikimeve '. Rezultatet e hulumtimit primar u konsideruan për ndërhyrjet për të cilat asnjë koment sistematik nuk ishte akoma në dispozicion. ECDC / EMCDDA Grupi Këshillues Teknik ka ofruar këshilla për të gjithë komponentët kryesorë të ndërhyrjes. Përveç kësaj, ne konfirmojmë se një ndërhyrje është konsideruar në praktikat më të mira në BE dhe botuar kështu në udhëzimin kombëtar dhe ndërkombëtar dhe dokumentet e politikave. Së fundi, ne gjithashtu konsultojmë studimet e përdoruesit dhe preferencat e ofruesit të shërbimit, në lidhje me se si përdoruesit / ofruesit përshkruajnë kriteret e tyre për shpërndarjen sa më efikase të shërbimeve parandaluese. Për secilin nga ndërhyrjeve kryesore të rekomanduara është dhënë gjykimi konsiderues se si ne peshohjmë faktet për përfshirjen e ndërhyrjes në udhëzim.

Tabela B1: Përmbledhja e efektivitetit të ndërhyrjeve për të zvogëluar rrezikun e sjelljes së injektimit dhe transmetimi i HIV dhe HCV, si bazë për rekomandimin dhe gjykimin e konsiderueshëm me shtatë ndërhyrjet kryesore

Ndërhyrja kryesore / nënpërbërësit	Opinioni i ekspertit / Praktikat e implementimit	Evidencat nga rishikimi i pulikimeve (për simbolet, shikoni Tabelën B2)	Konkluzionet nga studimet primare
Paisjet e injeksionit	Rekomandime dhe gjykimi i konsiderueshëm: Paisja me, (në bazë të hapësirave ligjore), paisje të pastra për injektimin e drogës, përfshirë një sasi të mjaftueshme agesh dhe shiringash pa pagesë si pjesë e një qasje shumë-përbërëse e parandalimit, e implementuar në reduktimin e dëmit, konsulencën dhe programe të tjera trajtimi të rekomanduara bazuar në një evidencë konsistente si dhe në studimet primare dhe opinionet e ekspertit.		
Furnizimi me age dhe shiringa	Miratimi i ekspertit	Sjellja e rrezikshme e injektimit: ++ Tansmetimi I HIV: + Transmetimi I HCV: ?	• Studimet ekologjike të NSPs vërtetojnë stabilitet ose rënie të normës së transmetimit të HCV. • Një analizë e kohëve të fundit tregon se kombinimi I OST me NSP është efektiv në reduktimin e transmetimit të HCV.
Paisje të tjera për injeksion	Miratimi i ekspertit	Sjellja e rrezikshme e injektimit: + Tansmetimi i HIV: ? Transmetimi i HCV: +/-	Studimet "In vitro " tregojnë potencial të fortë për transmetimin e HCV.
Kontrasti për stimulimin e linjës së përhapjes	Miratimi i ekspertit	Sjellja e rrezikshme e injektimit: ? Tansmetimi i HIV: ? Transmetimi i HCV: ?	Pamjaftueshmëri studimesh

Ndërhyrja kryesore / nënpërbërësit	**Opinioni i ekspertit / Praktikat e implementimit**	**Evidencat nga rishikimi i pulikimeve (për simbolet, shikoni Tabelën B2)**	**Konkluzionet nga studimet primare**
Vaksinimi	Rekomandime dhe gjykimi i konsiderueshëm: Vaksinimi i njerëzve që përdorin drogë me injektiv me vaksinat e hepatitit B dhe A, tetanozit, gripit dhe në veçanti për njerëzit e infektuar me HIV – vaksinimi me vaksinën pneumonale. Ky është një rekomandim i bazuar në opinionin e ekspertit, praktikat e implementuara dhe studimet primare.		
Vaksinat e HBV, HAV, tetanozit, gripit (vaksina pneumonale për individët e infektuar me HIV)	• Miratimi i ekspertit si shërbim targeti për njerëzit që injektojnë drogë • Efikasiteti i vaksinimit është i mirëvendosur. • I implementuar gjerësisht në praktikat e shëndetit publik.	(nuk është i përfshirë në rishikim)	Prova të forta për individë dhe reduktimin e nivelit të popullsisë me vaksinimin e HBV, HAV dhe tetanus , madje edhe kur është dhënë një pjesë e kursit.
Trajtimi I varësisë së drogës	Rekomandime dhe gjykimi i konsiderueshëm: Trajtimi I zëvëndësimit të opioidit (OST) dhe format e tjera të trajtimeve të varësisë ndaj drogave duhet të jenë të disponueshme dhe lehtësisht të arritshme, bazuar në opinionin e ekspertit dhe rishikimet. NDërkoha që prova e efektivitetit të trajtimit psikosomatik ka mangesi, është e rekomandushme të jetë e bazuar mbi opinionin e ekspertit.		
Trajtimi farmakologjik I opioidit (OST)	Miratimi i ekspertit	Sjellja e rrezikshme e injektimit: ++ Tansmetimi i HIV: ++ Transmetimi i HCV: +	•Kombinimi i OST me NSP rrit efektshmërinë e transmetitmit të HCV. • Zbatimi i rritur I ART dhe Suksesit virologjik të ART në OST për personat me HIV . • Përdorimi I OST në kombinim me trajtimin psikosocial është përfitues për pajtimin, përfundimin e trajtimit dhe mos përdorimin pas trajtimit.
Trajtimi farmakologjik I antagonistëve	• Opsione që rata që nuk fillojnë trajtimin farmakologjik të antagonistëve Option for those • Është i nevojshëm kërkim i mëtejshëm	Sjellja e rrezikshme e injektimit: +/- Tansmetimi i HIV: +/- Transmetimi i HCV: +/-	Përfitime potenciale nëse kombinohet me trajtimin psikolsocial për reduktimin e përdorimit të drogës.
Trajtimi Psikosocial	Opsioni kryesor për përdoruesit e stimulantëve në mungesë të trajtimeve farmakologjike • rritje efektiviteti i OST nëse është i kombinuar • opsion për përdoruesit e opioidit që nuk janë të interesuar për trajtime farmakologjike	Sjellja e rrezikshme e injektimit: +/- Tansmetimi i HIV: +/- Transmetimi i HCV: +/-	• Përfitime potenciale në reduktimin e drogës • Menaxhimi i pasigurisë mund të sjellë përfitime për përdoruesit e stimulantëve • Kombinimi me trajtimin psikolsocial për reduktimin e përdorimit të drogës

Ndërhyrja kryesore / nënpërbërësit	Opinioni i ekspertit / Praktikat e implementimit	Evidencat nga rishikimi i pulikimeve (për simbolet, shikoni Tabelën B2)	Konkluzionet nga studimet primare
Testimi	Rekomandime dhe gjykimi i konsiderueshëm: Testimi vullnetar dhe konfidencial me miratim të klientit tpër HIV, HCV, (HBV për të pavaksinuarit) dhe infeksione të tjera përfshirë TB duhet të ofrohet në mënyrë rutinë dhe të lidhet me referimin për trajtimin.		
Testimi për sëmundje infektive	• Miratimi i ekspertit. • Përfshirë në udhëzimet kombëtare dhe ndërkombëtare. • E implementuar gjerësisht në praktikat e shëndetit publik. • Baza e nevojshme për çdo ndërhyrje apo vendim trajtimi.	Sjellja e rrezikshme e injektimit: +/- Tansmetimi i HIV: ? Transmetimi i HCV: ?	Studimet dhe modelet sygjerojnë që lidhja efikase e aksesit të trajtimit redukton transmetimin e mëtejshëm.
Trajtimi i sëmundjeve infektive	Rekomandime dhe gjykimi i konsiderueshëm: Bazuar në fakte dhe në opinionin e ekspertit, duhet siguruar (dhënë) trajtimi antiviral, bazuar në indikacione klinike, për të gjithë ata që janë të infektuar me HIV, HBV dhe HCV. Trajtimi anti-turbekular duhet të sigurohet për të gjitha rastet me TB. Terapia profilaktike ndaj TB duhet aplikuar edhe për rastet me TB latent. Trajtimi për sëmundjet e tjera infektive duhet ofruar në bazë të indikacioneve klinike. Për të gjitha trajtimet rekomandohet aksesi, përfshirë aksesin për injektorët aktivë[9].		
	• Miratimi I ekspertit • Përfshihen udhëzimet kombëtare dhe ndërkombëtare të cilat tregojnë në rritje që përdoruesit aktiv të drogës nuk duhet të konsiderohen si një kriter përjashtues për marrjen e trajtimit antiviral • Dështimi në trajtim mund të rezultojë I dëmshëm dhe I rrezikshëm deri në vdekje.	(Nuk është përfshirë.)	• Prova të forta për trajtimin e TB për rastet active dhe ati të fshehura • Provat model sygjerojnë një efektivitet parandalues për popullatën e gjerë për trajtimin e HCV. • Provat tregojnë sukses në trajtimin e HIV dhe HCV në grupin e përdoruesve aktiv të drogës.
Mbështjetja e shëndetit (IEC dhe më gjerë)	Rekomandime dhe gjykimi i konsiderueshëm: Promocioni I shëndetit I fokusuar në një sjellje më të sigurtë të injektimit; shëndetit seksual duke përdorur prezervativ; dhe parandalimi I sëmundjeve, testimi dhe trajtimi është I rekomandueshëm, bazuar në provat e rishikimeve, studimeve primare dhe opinionit të ekspertit.		
Informacioni, edukimi	• Miratimi I ekspertit • Konsiderohet si përbërës shoqërues fondamental për shpërndarjen e të gjashta ndërhyrjeve të tjera	Sjellja e rrezikshme e injektimit: + Tansmetimi i HIV: +/- HCV transmission: ?	• Pako shumë-përbërëse bazuar në nevojat e populatës specifike • Parashikimi I objektivave mbështetëse.
Shpërndarja e targetuar e shërbimeve	Rekomandime dhe gjykimi i konsiderueshëm: Shërbimet duhet të kombinohen dhe të organizohen /shpërndahen sipas nevojave të përdoruesve dhe kushteve locale; kjo përfshin masat e marra për shërbimin dhe vendosja e kuadros së vendit, ofrimin e trajtimit kundër drogës, reduktimin e dëmit, konsulencën dhe testimin, dhe referime të shërbimeve primare të përgjithshme dhe ato të specializuara		
Site të organizatave që ofrojnë NSP dhe shërbime të tjera parandaluese	Miratimi I ekspertit lejon klientin që të orientohet përsa I përket shërbimit si dhe kontaktimin me të.	Literatura shkencore është rishikuar për programet NSP Sjellja e rrezikshme e injektimit: ++ Tansmetimi i HIV: + Transmetimi i HCV: +/-	• Në studimet individuale, cmimet e ulëta, afërsia gjeografike, inkurajojnë sjelljet e stafit dhe opsionet për të marrë shërbim shtesë nga programe të ndryshme për aget apo shiringat për të lehtësuar situatat dhe faktorët për njerëzit që injektojnë drogë , vizitoni faqen e internetit. • Distanca gjeografike , frika se mund të kapen nga policia ndërkohë që presin NSP, orët e hapura dhe mungesa e privatësisë , të gjithakëto janë provuar të jenë kufinj ndalues.

Ndërhyrja kryesore / nënpërbërësit	Opinioni i ekspertit / Praktikat e implementimit	Evidencat nga rishikimi i pulikimeve (për simbolet, shikoni Tabelën B2)	Konkluzionet nga studimet primare
Referimet tek shërbimet e përgjithshme primare të shëndetit dhe te mjekimet e specializuara, parandalimi I drogës, reduktimi I dëmeve të tjera, konsultimi dhe shërbimet e trajtimeve	Miratimi I ekspertit; Përfshihet si një përbërës bazik dhe I nevojshëm për kujdesin ndaj përdoruesit duke ndjekur standartet e mëposhtme të shëndetit dhe shpërndarjes së kujdesit social	Literatura shkencore nuk është rishikuar formalisht në lidhje me efektet që I referohen shërbimeve.	Literatura shkencore nuk është rishikuar formalisht në lidhje me efektet që i referohen shërbimeve.
Aksesi I shiringave në farmaci	Miratimi I eksperit , Ka akses të gjerë për shiringat sterile	Sjellja e rrezikshme e injektimit: + Tansmetimi i HIV: +/- Transmetimi i HCV: ?	Studimet ekologjike të dokumentuara kanë ulur numrin e përdoruesve që përdorin të njëjtat shiringa për injektim duke ndjekur kështu mundësinë e paraqitjes në faramci për shiringa sterile.
Shpërndarja sekondare e shiringave	Miratimi I ekspertit, Lejon arritjen te programet e sigurimit të shiringave.	Sjellja e rrezikshme e injektimit: +/- Tansmetimi i HIV: +/- Transmetimi i HCV: ?	Mungesë studimesh
Furnizimi I gjerë me shiringa	Miratimi I ekspertit , Lejon shpërndarjen sa më të gjerë të hiringave edhe në pika të largëta	Sjellja e rrezikshme e injektimit: ? Tansmetimi i HIV: +/- Transmetimi i HCV: ?	Mungesë studimesh
Makineri ambulante për shitjen e shiringave	Miratimi I ekspertit , Lejon shërbim edhe në orët e vona .	Sjellja e rrezikshme e injektimit: +/- Tansmetimi i HIV: +/- Transmetimi i HCV: ?	Mungesë studimesh
Shpërndarja në mënyra të ndryshme e shërbimit për paisjet	Miratimi I ekspertit , Rekomandohet përdorimi I kanaleve të shpërndarjes	Literatura shkencore nuk është rishikuar formalisht përsa I përket kësaj pike	Provat nga studimet primare tregojnë se kanalet e kombinuara për shpërndarjen janë më efektive
Lehtësira të supervizuara për paisjet	Miratimi I ekspertit ,	Sjellja e rrezikshme e injektimit: + Tansmetimi i HIV: ? Transmetimi i HCV: ?	Mungesë studimesh . Impakt I mbi dozave dhe vdekjeve në komunitet

Tabela B2 Tipet e paraqitjeve të provave dhe niveli I provës që ishte e nevojshme për të mbështetur secilën paaqitje (modifikuar nga Ellis et al. 2003)

Paraqitja e provave	Niveli I evidencës
'++' or '--' Provë e mjaftueshme në nivel rishikimi që suporton por edhe del në krye të efektshmërisë së një ndërhyrjeje.	• paraqitje e pastër dhe konsistente nga një apo më shumë rishikimesh bazuar në studime të shumta të fuqishme, ose • provë e qëndrueshme ndërmjet studimeve të shumta dhe të tërthorta bazuar në një apo më shumë rishikime, në mungesë të një prove të pastër dhe konsistente në rishikim (rishikime)
'+' or '-' Provë tentuese në nivel rishikimi që suporton por del edhe në krye të efektshmërisë së një ndërhyrjeje	• Një provë tentuese nga një apo më shumë rishikime bazuar n ëstudime të shumta dhe të fuqishme ose • provë e qëndrueshme nga një numër I vogël studimesh të fuqishme apo studimesh më të dobëta nga një apo më shumë rishikime , në mungesë të një prove të pastër dhe konsistente në rishikim (rishikime) • prova konfliktuale nga një ose më shumë aktivitete thelbësore, me prova më të forta të drejtuara nga një anë (me efikasitet suportues) dhe me një arsye bindëse për konfliktin ose • provë konsistente nga studime të shumëfishta përbrënda një apo më shumë rishikimeve suplementare, në mungesë të një rishikimi bazë.
'+/-' Provë e pamjaftueshme në nivel rishikimi që suporton por del edhe në krye të efektshmërisë së një ndërhyrjeje	• paraqitje e pamjaftueshme e provës në rishikimin bazë ose • prova të pamjaftueshme suporti apo efikasiteti të një ndërhyrje (kjo për arsye sepse kishte prova të vogla ose shumë të dobëta) në mungesë të një paraqitje konsistente dhe të pastër ose • çdo gjë më pak se sa prova konsistente nga studimet e shumëfishta me një ose më shumë rishikimeve suplementare.
'?' Nuk ka rishqyrtie	Nuk janë identifikuar rishikime suplementare kjo për arsye të mungesës së studimeve primare.

Shtojca C. Udhëzuesi shtesë dhe udhëzuesit teknikë

Titulli	Organizata (viti)	Linku
Portali I praktikave të mira:baza e provave, standartet dhe udhëzime, praktika e vlerësuar. Tregues kryesorë epidemiologjik	EMCDDA	http://www.emcdda.europa.eu/best-practice http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators
Përdorimi I interferonit gam për lirimin e provave në mbështetje të diagnostikimit TB	ECDC (2011)	http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1103_GUI_IGRA.pdf
Guidë për parandalimin e infektimit në pacientët: pritshmëritë më të ulëta për kujdes të shëndetshëm	CDC (2011)	http://www.cdc.gov/HAI/pdfs/guidelines/Ambulatory-Care-04-2011.pdf
Udhëzimet e praktikave klinike EASL: menaxhimi I infektimit me virusin e hepatitit C	EASL (2011)	http://www.easl.eu/assets/application/files/4a7bd873f9cccbf_file.pdf
Testimi HIV: rritja e efektivitetit ne Bashkimin Evropian	ECDC (2010)	http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/101129_GUI_HIV_testing.pdf
Udhëzimet për testimin e HIV, Hepatitëve viralë dhe infeksioneve të tjera në përdoruesit e drokës me	EMCDDA (2010)	http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/testing-guidelines
Trajtimii turbekulozit: Udhëzimet , botimi I katërt	WHO (2010)	http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241547833_eng.pdf
Udhëzime për shërbimet që sigurojnë paisjet për injektim: rekomandimet e praktikave të mira për komisionerët dhe parashikimin e paisjeve të injektimit (IEP) në Skoci	Scottish Government (2010)	http://www.scotland.gov.uk/Publications/2010/03/29165055/0
Reduktimi I dëmtimit në punë: një guidë për organizatorët e punësimit të personave që përdorin drogë	Open Society Institute (2010)	http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/harmreduction-work-20110314/work-harmreduction-20110314.pdf
Guida e praktikës së mirë: komuniteti me HIV dhe përdorues të drogës si dhe përgjigjet e tyre për injektimet dhe transmetimet	International HIV/AIDS Alliance (2010)	http://www.aidsalliance.org/publicationsdetails.aspx?id=454
Programet për age/shiringa: sigurimi I paisjeve të injektimit për personat që injektojnë drogë	National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2009)	http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12130/43301/43301.pdf
Standartet ndërkombëtare për kujdesin ndaj turbekulozit, botimi I dytë	Tuberculosis Coalition for Technical Assistance (2009)	http://www.tbcta.org/Uploaded_files/Zelf/ISTCReport2ndEdition1258118339.pdf
Guidë teknike për vendet që do të vendosin targete për akses universal në parandalimin e HIV, trajtimi dhe kujdesi për përdoruesit e drogës me injektim	WHO, UNODC, UNAIDS (2009)	http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/manual/2010/idu_target_setting_guide_en.pdf
Udhëzime përsa I përket	WHO,	http://www.who.int/hiv/topics/idu/care/GuidanceTC_IDUsettings.pdf

Titulli	Organizata (viti)	Linku
testimit dhe konsultimit për personat me HIV qe injektojnë drogë	UNAIDS (2009)	
Udhëzime për bashkëpunimin e shërbimeve TB dhe HIV për injeksionet dhe përdoruesit e tjerë të drogës	WHO (2008)	http://www.who.int/rpc/guidelines/9789241596930/en/index.html
Udhëzime klinike të praktikave të mira EASL : menaxhimi I hepatitit B kronik	EASL (2009)	http://www.easl.eu/assets/application/files/b73c0da3c52fa1d_file.pdf
Siguria, rreziku dhe të ardhurat nga përdorimi I parafernalinës	Scott (2008)	http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/127313/0057758.pdf
Guidë për startimin dhe menaxhimin e programeve për aget dhe shiringat	WHO, UNAIDS, UNODC (2007)	http://www.who.int/hiv/idu/Guide_to_Starting_and_Managing_NSP.pdf
Trajtimi dhe kujdesi për HIV/AIDS : protokolli klinik për rajonet e OBSH në Evropë	WHO (2007)	http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/78106/E90840.pdf
Korrelacion – Udhëzime në sigurimin e shërbimeve të gjera të integruara	Correlation Network (2007)	http://www.correlationnet.org/doccenter/pdf_document_centre/book_outreach_fin.pdf
Programi Ontario për shkëmbimin e shiringave: rekomandimet për praktikat më të mira.	Strike (2006)	http://www.health.gov.on.ca/English/providers/pub/aids/reports/ontario_needle_exchange_programs_best_practices_report.pdf
Guidë rregullorreje për programimin dhe parandalimin e HIV/AIDS në përdoruesit e drogës me injektim	WHO (2005)	http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/policyprogrammingguide.pdf
UDhëzimi për mbrojtje: prandalimi I HIV/ AIDS në mesin e përdoruesve të drogës me injektim	WHO, UNAIDS, UNODC (2004)	http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/en/advocacyguideen.pdf
Provat e aksionit : Efikasistet në bazë komunitare në parandalimin e HIV/AIDS në mesin e përdoruesve të drogës me injektim	WHO (2004)	http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/evidenceforactionreprint2004.pdf
Rregullore të përkohshme në bashkëpunim me aktivitetet TB/HIV , botimi I parë	WHO (2004)	http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_HTM_TB_2004.330_eng.pdf
Vaksina BCG: Pozicioni I OBSH-së	WHO (2004)	http://www.who.int/wer/2004/en/wer7904.pdf
Letra për konsultimin teknik në efektivitetin e mbulimit të sistemit të shëndetit.	WHO (2001)	http://www.who.int/health-systemsperformance/technical_consultations/effcov_background.pdf

Referencat

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

34. Buning EC, Coutinho RA, van Brussel GH, van Santen GW, van Zadelhoff AW. Preventing AIDS in drug addicts in Amsterdam. Lancet. 1986 Jun 21;1(8495):1435.
35. International Harm Reduction Association. What is harm reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association. London: International Harm Reduction Association; 2010.
36. Advisory Council on the Misuse of Drugs. AIDS and drug misuse: Part I. London: Advisory Council on the Misuse of Drugs (ACMD); 1988.
37. Rhodes T, Hedrich D. Harm reduction and the mainstream. In: Rhodes T, Hedrich D, editors. Harm reduction: evidence, impacts and challenges. Lisbon: EMCDDA; 2010.
38. Hunt N. Public health or human rights: what comes first? Int J Drug Policy. 2004;15:231-7.
39. Jurgens R, Csete J, Amon JJ, Baral S, Beyrer C. People who use drugs, HIV, and human rights. Lancet. 2010 Aug 7;376(9739):475-85.
40. WHO. Ottowa Health Charter. First International Conference on Health Promotion; 1986; Ottowa, Canada: World Health Organization.
41. Davoli M, Simon R, Griffiths P. Current and future perspectives on harm reduction in the European Union. In: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Harm reduction: evidence, impacts and challenges. Lisbon: EMCDDA; 2010.
42. Wodak A, Cooney A. Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Geneva: World Health Organization; 2004.
43. Arponen A, Brummer-Korvenkontio H, Liitsola K, Salminen M. Trust and free will as the keys to success for the low threshold service centers (LTHSC): An interdisciplinary evaluation study of the effectiveness of health promotion services for infectious disease prevention and control among injecting drug users. Helsinki: Finnish National Public Health Institute and Department of Infectious Disease Epidemiology and Control; 2008.
44. Kerr T, Hayashi K, Fairbairn N, Kaplan K, Suwannawong P, Zhang R, et al. Expanding the reach of harm reduction in Thailand: Experiences with a drug user-run drop-in centre. Int J Drug Policy. 2010 May;21(3):255-8. Epub 2009 Sep 18.
45. Trubnikov MN, Khodakevich LN, Barkov DA, Blagovo DV. Sources of injecting equipment for drug users in Moscow, Russia. Int J Drug Policy. 2003 Dec;14(5):453-55.
46. Voytek C, Sherman SG, Junge B. A matter of convenience: Factors influencing secondary syringe exchange in Baltimore, Maryland, USA. Int J Drug Policy. 2003 Dec;14(5):465-67.
47. Curth NK, Hansson LN, Storm F, Lazarus JV. Select barriers to harm-reduction services for IDUs in eastern Europe. Cent Eur J Public Health. 2009 Dec;17(4):191-7.
48. Irwin K, Karchevsky E, Heimer R, Badrieva L. Secondary syringe exchange as a model for HIV prevention programs in the Russian Federation. Subst Use Misuse. 2006;41(6-7):979-99.
49. Williams CT, Metzger DS. Race and distance effects on regular syringe exchange program use and injection risks: a geobehavioral analysis. Am J Public Health. 2010 Jun;100(6):1068-74.
50. Sarang A, Rhodes T, Platt L. Access to syringes in three Russian cities: implications for syringe distribution and coverage. Int J Drug Policy. 2008 Apr;19 Suppl 1:S25-36.
51. Gindi RM, Rucker MG, Serio-Chapman CE, Sherman SG. Utilization patterns and correlates of retention among clients of the needle exchange program in Baltimore, Maryland. Drug Alcohol Depend. 2009 Aug 1;103(3):93-8.
52. Strike CJ, Challacombe L, Myers T, Millson M. Needle exchange programs. Delivery and access issues. Can J Public Health. 2002 Sep-Oct;93(5):339-43.
53. WHO, UNODC, UNAIDS. Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users. Geneva: WHO; 2009.
54. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Annual Report 2010: The state of the drugs problem in Europe. Lisbon: EMCDDA; 2010.
55. Scottish Government. Guidelines for services providing injecting equipment: Best practice recommendations for commissioners and injecting equipment provision (IEP) services in Scotland. Edinburgh; 2010.
56. Vlahov D, Fuller CM, Ompad DC, Galea S, Des Jarlais DC. Updating the infection risk reduction hierarchy: preventing transition into injection. Journal of Urban Health. 2004;81(1):14-9.
57. Tyndall MW, Bruneau J, Brogly S, Spittal P, O'Shaughnessy MV, Schechter MT. Satellite needle distribution among injection drug users: policy and practice in two canadian cities. J Acquir Immune Defic Syndr. 2002 Sep 1;31(1):98-105.
58. Latkin CA, Hua W, Davey MA, Sherman SG. Direct and indirect acquisition of syringes from syringe exchange programmes in Baltimore, Maryland, USA. Int J Drug Policy. 2003 Dec;14(5);449-51.
59. Latka MH, Hagan H, Kapadia F, Golub ET, Bonner S, Campbell JV, et al. A randomized intervention trial to reduce the lending of used injection equipment among injection drug users infected with hepatitis C. Am J Public Health. 2008 May;98(5):853-61.
60. Latkin CA. Outreach in natural settings: the use of peer leaders for HIV prevention among injecting drug users' networks. Public Health Rep. 1998 Jun;113 Suppl 1:151-9.
61. Aitken CK, Kerger M, Crofts N. Peer-delivered hepatitis C testing and counselling: a means of improving the health of injecting drug users. Drug Alcohol Rev. 2002;21(1):33-7.
62. Broadhead RS, Volkanevsky VL, Rydanova T, Ryabkova M, Borch C, van Hulst Y, et al. Peer-driven HIV interventions for drug injectors in Russia: First year impact results of a field experiment. Int J Drug Policy. 2006 Sep;17(5):379-92.
63. Garfein RS, Golub ET, Greenberg AE, Hagan H, Hanson DL, Hudson SM, et al. A peer-education intervention to reduce injection risk behaviors for HIV and hepatitis C virus infection in young injection drug users. Aids. 2007 Sep;21(14):1923-32.
64. Hunt N, Trace M, Bewley-Taylor D. Reducing drug related harms to health: An overview of the global evidence, Report 4. London: The Beckley Foundation; 2005.

65. Southwell M. People who use drugs and their role in harm reduction. In: Rhodes T, Hedrich D, editors. Harm reduction: evidence, impacts and challenges. Lisbon: EMCDDA; 2010.

66. Keane H. Critiques of harm reduction, morality, and the promise of human rights. Int J Drug Policy. 2003;14(3):227-32.

67. National Treatment Agency for Substance Misuse. Engaging and retaining clients in drug treatment. London: National Treatment Agency for Substance Misuse; 2004.

68. WHO, UNODC, UNAIDS. Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention. Geneva: WHO; 2004.

69. Strike C, Leonard L, Millson M, Anstice S, Berkeley N, Medd E. Ontario needle exchange programs: Best practice recommendations. Toronto; 2006.

70. Turner K, Hutchinson S, Vickerman P, Hope V, Craine N, Palmateer N, et al. The impact of needle and syringe provision and opiate substitution therapy on the incidence of hepatitis C virus in injecting drug users: pooling of UK evidence. Addiction. 2011 May 25.

71. Van Den Berg C, Smit C, Van Brussel G, Coutinho R, Prins M. Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users. Addiction. 2007 Sep;102(9):1454-62.

72. Hagan H, Pouget ER, Des Jarlais DC. A systematic review and meta-analysis of interventions to prevent hepatitis C virus infection in people who inject drugs. J Infect Dis. 2011 Jul;204(1):74-83.

73. Wood E. Summary of findings from the evaluation of a pilot medically supervised safer injecting facility. Canadian Medical Association Journal. 2006;175(11):1399-404.

74. Crofts N, Nigro L, Oman K, Stevenson E, Sherman J. Methadone maintenance and hepatitis C virus infection among injecting drug users. Addiction. 1997;92(8):999-1005.

75. Hagan H, Thiede H, Weiss NS, Hopkins SG, Duchin JS, Alexander ER. Sharing of drug preparation equipment as a risk factor for hepatitis C. Am J Public Health. 2001 Jan;91(1):42-6.

76. Hind CR. Pulmonary complications of intravenous drug misuse. 1. Epidemiology and non-infective complications. Thorax. 1990 Nov;45(11):891-8.

77. Del Giudice P. Cutaneous complications of intravenous drug abuse. Br J Dermatol. 2004 Jan;150(1):1-10.

78. Roux P, Carrieri MP, Keijzer L, Dasgupta N. Reducing harm from injecting pharmaceutical tablet or capsule material by injecting drug users. Drug Alcohol Rev. 2011 May;30(3):287-90.

79. Gallo J, Playfair J, Gregory-Roberts J, Grunstein H, Clifton-Bligh P, Billson F. Fungal endophthalmitis in narcotic abusers. Medical and surgical therapy in 10 patients. Med J Aust. 1985 Apr 1;142(7):386-8.

80. US Center for Disease Control and Prevention. Guide to Infection Prevention in Outpatient Settings: Minimum Expectations for Safe Care. CDC: Atlanta; 2011.

81. Kimber J, Palmateer N, Hutchinson S, Hickman M, Goldberg D, Rhodes T. Harm reduction among injecting drug usersevidence of effectiveness. In: Rhodes T, Hedrich D, editors. Harm reduction: Evidence, impacts, challenges. Lisbon: EMCDDA; 2010.

82. Palmateer N, Kimber J, Hickman M, Hutchinson S, Rhodes T, Goldberg D. Evidence for the effectiveness of sterile injecting equipment provision in preventing hepatitis C and human immunodeficiency virus transmission among injecting drug users: a review of reviews. Addiction. 2010 May;105(5):844-59.

83. De P, Roy E, Boivin JF, Cox J, Morissette C. Risk of hepatitis C virus transmission through drug preparation equipment: a systematic and methodological review. J Viral Hepat. 2008 Apr;15(4):279-92.

84. Crofts N, Caruana S, Bowden S, Kerger M. Minimising harm from hepatitis C virus needs better strategies. BMJ. 2000 Oct 7;321(7265):899.

85. Thorpe LE, Ouellet LJ, Hershow R, Bailey SL, Williams IT, Williamson J, et al. Risk of hepatitis C virus infection among young adult injection drug users who share injection equipment. Am J Epidemiol. 2002 Apr 1;155(7):645-53.

86. Morissette C, Cox J, De P, Tremblay C, Roy E, Allard R, et al. Minimal uptake of sterile drug preparation equipment in a predominantly cocaine injecting population: implications for HIV and hepatitis C prevention. Int J Drug Policy. 2007 May;18(3):204-12.

87. Ouellet L, Huo D, Bailey SL. HIV risk practices among needle exchange users and nonusers in Chicago. J Acquir Immune Defic Syndr. 2004 Sep 1;37(1):1187-96.

88. Longshore D, Bluthenthal RN, Stein MD. Needle exchange program attendance and injection risk in Providence, Rhode Island. AIDS Educ Prev. 2001 Feb;13(1):78-90.

89. Matheson C, Anthony GB, Bond C, Rossi MK. Assessing and prioritizing the preferences of injecting drug users in needle and syringe exchange service development. J Public Health (Oxf). 2008 Jun;30(2):133-8.

90. Garden J, Roberts K, Taylor A, Robinson D. Evaluation of the provision of single use citric acid sachets to injecting drug users Glasgow. NHS Greater Glasgow, Scottish Centre for Infection and Environmental Health and NHS Lanarkshire; 2003.

91. Advisory Council on the Misuse of Drugs. Consideration of the use of foil, as an intervention, to reduce the harms of injecting heroin. London: Advisory Counsil on the Misuse of Drugs; 2010.

92. Mravcik V, Skarupova K, Orlikova B, Zabransky T, Karachaliou K, Schulte B. Use of gelatine capsules for application of methamphetamine: a new harm reduction approach. Int J Drug Policy. 2011 Mar;22(2):172-3.

93. Abdala N, Crowe M, Tolstov Y, Heimer R. Survival of human immunodeficiency virus type 1 after rinsing injection syringes with different cleaning solutions. Substance Use & Misuse. 2004;39(4):581-600.

94. Baral S, Sherman SG, Millson P, Beyrer C. Vaccine immunogenicity in injecting drug users: a systematic review. Lancet Infect Dis. 2007 Oct;7(10):667-74.

95. Mereckiene J, Cotter S, Lopalco P, D'Ancona F, Levy-Bruhl D, Giambi C, et al. Hepatitis B immunisation programmes in European Union, Norway and Iceland: where we were in 2009? Vaccine. 2010 Jun 17;28(28):4470-7. Epub 2010 May 6.

96. Stancliff S, Salomon N, Perlman DC, Russell PC. Provision of influenza and pneumococcal vaccines to injection drug users at a syringe exchange. J Subst Abuse Treat. 2000 Apr;18(3):263-5.

97. Hu Y, Grau LE, Scott G, Seal KH, Marshall PA, Singer M, et al. Economic evaluation of delivering hepatitis B vaccine to injection drug users. Am J Prev Med. 2008 Jul;35(1):25-32.

98. Stitzer ML, Polk T, Bowles S, Kosten T. Drug users' adherence to a 6-month vaccination protocol: effects of motivational incentives. Drug Alcohol Depend. 2010 Feb 1;107(1):76-9.

99. Szmuness W, Stevens CE, Harley EJ, Zang EA, Taylor PE, Alter HJ. The immune response of healthy adults to a reduced dose of hepatitis B vaccine. J Med Virol. 1981;8(2):123-9.

100. Topp L, Day C, Dore GJ, Maher L. Poor criterion validity of self-reported hepatitis B infection and vaccination status among injecting drug users: a review. Drug Alcohol Rev. 2009 Nov;28(6):669-75.

101. Quaglio G, Talamini G, Lugoboni F, Lechi A, Venturini L, Jarlais DC, et al. Compliance with hepatitis B vaccination in 1175 heroin users and risk factors associated with lack of vaccine response. Addiction. 2002 Aug;97(8):985-92.

102. Ambrosch F, Wiedermann G, Andre FE, Delem A, Gregor H, Hofmann H, et al. Clinical and immunological investigation of a new combined hepatitis A and hepatitis B vaccine. J Med Virol. 1994 Dec;44(4):452-6.

103. Perrett K, Granerod J, Crowcroft N, Carlisle R. Changing epidemiology of hepatitis A: should we be doing more to vaccinate injecting drug users? Commun Dis Public Health. 2003 Jun;6(2):97-100.

104. BCG vaccine. WHO position paper. Wkly Epidemiol Rec. 2004 Jan 23;79(4):27-38.

105. Council of Europe. Council recommendation on the prevention and reduction of health-related harm associated with drug dependence. Official Journal of the European Union. 2003;OJ L165(03/07/2003):31-3.

106. Commission of the European Communities. Report from the Commission to the European Parliament and the Council on the implementation of the Council Recommendation of 18 June 2003 on the prevention and reduction of health-related harm associated with drug dependence. Brussels; 2007.

107. Malta M, Strathdee SA, Magnanini MM, Bastos FI. Adherence to antiretroviral therapy for human immunodeficiency virus/acquired immune deficiency syndrome among drug users: a systematic review. Addiction. 2008 Aug;103(8):1242-57.

108. Tilson H, Aramrattana A, Bozzette SA, Celentano DD, Falco M, Hammett TM, et al. Preventing HIV infection among injecting drug users in high-risk countries: an assessment of the evidence. Washington: Institute of Medicine; 2007.

109. Farrell M, Gowing L, Marsden J, Ling W, Ali R. Effectiveness of drug dependence treatment in HIV prevention. Int J Drug Policy. 2005;16(Suppl. 1):S67-S75.

110. Mattick RP, Kimber J, Breen C, Davoli M. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. Cochrane Database Syst Rev. 2008(2):CD002207.

111. WHO. Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. WHO: Geneva; 2009.

112. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Statistical Bulletin. EMCDDA: Lisbon; 2011 [cited 5 August 2011]. Available from: http://www.emcdda.europa.eu/stats11.

113. Degenhardt L, Mathers B, Vickerman P, Rhodes T, Latkin C, Hickman M. Prevention of HIV infection for people who inject drugs: why individual, structural, and combination approaches are needed. Lancet. 2010 Jul 24;376(9737):285-301.

114. Kimber J, Copeland L, Hickman M, Macleod J, McKenzie J, De AD, et al. Survival and cessation in injecting drug users: prospective observational study of outcomes and effect of opiate substitution treatment. BMJ. 2010;341:c3172.

115. Sorensen JL, Copeland AL. Drug abuse treatment as an HIV prevention strategy: a review. Drug Alcohol Depend. 2000 Apr 1;59(1):17-31.

116. Amato L, Davoli M, Perucci CA, Ferri M, Faggiano F, Mattick RP. An overview of systematic reviews of the effectiveness of opiate maintenance therapies: available evidence to inform clinical practice and research. J Subst Abuse Treat 2005;28(4):321-9.

117. Wright NMJ, Tompkins CNE. A review of the evidence for the effectiveness of primary prevention interventions for Hepatitis C among injecting drug users. Harm Reduct J. 2006;3.

118. Gowing L, Farrell MF, Bornemann R, Sullivan LE, Ali R. Oral substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection. Cochrane Database Syst Rev. 2011(8):CD004145.

119. Craine N, Hickman M, Parry JV, Smith J, Walker AM, Russell D, et al. Incidence of hepatitis C in drug injectors: the role of homelessness, opiate substitution treatment, equipment sharing, and community size. Epidemiol Infect. 2009;137(9):1255-65.

120. Hallinan R, Byrne A, Dore GJ. Harm reduction, hepatitis C and opioid pharmacotherapy: An opportunity for integrated hepatitis C virus-specific harm reduction. Drug Alcohol Rev. 2007 Jul;26(4):437-43.

121. Miller CL, Wood E, Spittal PM, Li K, Frankish JC, Braitstein P, et al. The future face of coinfection: prevalence and incidence of HIV and hepatitis C virus coinfection among young injection drug users. J Acquir Immune Defic Syndr.2004;36(2):743-9.

122. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Heroin-assisted treatment. Lisbon: EMCDDA; 2011 (in press).

123. Amato L, Minozzi S, Davoli M, Vecchi S, Ferri MM, Mayet S. Psychosocial and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for opioid detoxification. Cochrane Database Syst Rev. 2008(4):CD005031.

124. Abou-Saleh M, Davis P, Rice P, Checinski K, Drummond C, Maxwell D, et al. The effectiveness of behavioural interventions in the primary prevention of hepatitis C amongst injecting drug users: a randomised controlled trial and lessons learned. Harm Reduct J. 2008;5:25.

125. Des Jarlais DC, Arasteh K, McKnight C, Hagan H, Perlman DC, Torian LV, et al. HIV infection during limited versus combined HIV prevention programs for IDUs in New York City: The importance of transmission behaviors. Drug Alcohol Depend. 2010 Jun 1;109(1-3):154-60. Epub 2010 Feb 16.

126. Knapp WP, Soares BG, Farrel M, Lima MS. Psychosocial interventions for cocaine and psychostimulant amphetamines related disorders. Cochrane Database Syst Rev. 2007(3):CD003023.

127. Hedrich D, Pirona A, Wiessing L. From margin to mainstream: The evolution of harm reduction responses to problem drug use in Europe. Drugs Educ Prev Pol. 2008;15(6):503-17.

128. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Figure HSR-1. Opioid substitution treatment clients as a percentage of the estimated number of problem opioid users, 2009 or most recent year available. Lisbon: EMCDDA; 2011.

129. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. EMCDDA best practice portal. Lisbon: EMCDDA; 2011 [cited 4 August 2011]. Available from: http://www.emcdda.europa.eu/best-practice.

130. Faggiano F, Vigna-Taglianti F, Versino E, Lemma P. Methadone maintenance at different dosages for opioid dependence. Cochrane Database Syst Rev. 2003(3):CD002208.

131. International Union against Tuberculosis and Lung Disease. Management of tuberculosis: a guide to the essentials of good clinical practice. 6th edition. 2010.

132. Wilson ME, Schwartz RP, O'Grady KE, Jaffe JH. Impact of interim methadone maintenance on HIV risk behaviors. Journal of Urban Health. 2010;87(4):586-91.

133. Dijkgraaf MG, van der Zanden BP, de Borgie CA, Blanken P, van Ree JM, van den Brink W. Cost utility analysis of coprescribed heroin compared with methadone maintenance treatment in heroin addicts in two randomised trials. BMJ.2005 Jun 4;330(7503):1297.

134. Dolan K, Wodak A. An international review of methadone provision in prisons. Addiction Research 1996;4:85-97.

135. Stallwitz A, Stover H. The impact of substitution treatment in prisons – a literature review. Int J Drug Policy. 2007;18(6):464-74.

136. Jurgens R, Ball A, Verster A. Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prison. Lancet Infect Dis. 2009 Jan;9(1):57-66.

137. European Centre for Disease Prevention and Control. Implementing the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2010 progress report. Stockholm: ECDC; 2010.

138. European Centre for Disease Prevention and Control. HIV testing: increasing uptake and effectiveness in the European Union. Stockholm: ECDC; 2010.

139. McCoy CB, De Gruttola V, Metsch L, Comerford M. A comparison of the efficacy of two interventions to reduce HIV risk behaviors among drug users. AIDS Behav. 2011 Jun 17.

140. WHO. Treatment of tuberculosis guidelines. Geneva: World Health Organization; 2010.

141. Blumberg HM, Burman WJ, Chaisson RE, Daley CL, 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 highrisk 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 multidrugresistant tuberculosis. Clin Infect Dis. 1995 Nov;21(5):1245-52.

165. Leaver CA, Bargh G, Dunn JR, Hwang SW. The effects of housing status on health-related outcomes in people living with HIV: a systematic review of the literature. AIDS Behav. 2007 Nov;11(6 Suppl):85-100.

166. Islam MM, Grummett S, White A, Reid SE, Day CA, Haber PS. A primary healthcare clinic in a needle syringe program may contribute to HIV prevention by early detection of incident HIV in an injecting drug user. Aust N Z J Public Health. 2011 Jun;35(3):294-5.

167. Day CA, Islam MM, White A, Reid SE, Hayes S, Haber PS. Development of a nurse-led primary healthcare service for injecting drug users in inner-city Sydney. Aust J Prim Health. 2011;17(1):10-5.

168. Correlation Network. Outreach work among marginalized populations in Europe: Guidelines on providing integrated outreach services. Amsterdam; 2007.

169. Cattan M, Bagnall A-M, Akhionbare K, Burrell K. Injecting equipment schemes for injecting drug users – qualitative evidence review. London: National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2008.

170. Balian R, White C. Harm reduction at work: A guide for organisations employing people who use drugs. New York: Open Society Foundations; 2010.

171. Islam MM, Conigrave KM. Assessing the role of syringe dispensing machines and mobile van outlets in reaching hardto-reach and high-risk groups of injecting drug users (IDUs): a review. Harm Reduct J. 2007;4:14.

172. Ruutel K, Loit HM, Sepp T, Kliiman K, McNutt LA, Uuskula A. Enhanced tuberculosis case detection among substitution treatment patients: a randomized controlled trial. BMC Res Notes. 2011 Jun 15;4(1):192.

173. Strauss SM, Mino M. Addressing the HIV-related needs of substance misusers in New York State: the benefits and barriers to implementing a 'one-stop shopping' model. Subst Use Misuse. 2011;46(2-3):171-80.

174. Grebely J, Genoway K, Khara M, Duncan F, Viljoen M, Elliott D, et al. Treatment uptake and outcomes among current and former injection drug users receiving directly observed therapy within a multidisciplinary group model for the treatment of hepatitis C virus infection. Int J Drug Policy. 2007 Oct;18(5):437-43.

175. UNODC. Annual Report 2009. Geneva: United Nations Office on Drugs and Crime; 2009.

176. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Reitox Network Lisbon: EMCDDA; 2011 [cited 5 August 2011]. Available from: http://www.emcdda.europa.eu/about/partners/reitox-network.

177. Hope V, Jeannin A, Spencer B, Gervasoni JP, van de Laar M, Dubois-Arber F, et al. Mapping HIV-related behavioural surveillance among injecting drug users in Europe, 2008. Euro Surveill. 2011;16(36).

178. European Centre for Disease Prevention and Control. Mapping of HIV/STI behavioural surveillance in Europe. Stockholm: ECDC; 2009.

179. Wiessing L, Denis B, Guttormsson U, Haas S, Hamouda O, Hariga F, et al. Estimating coverage of harm reduction measures for injection drug users in the European Union. In: Proceedings of the third annual Global Research Network meeting on HIV prevention in drug-using populations, 5–7 July 2000. Durban: National Institute on Drug Abuse; National Institutes of Health; US Department of Health and Human Services; 2011.

180. Mathers BM, Degenhardt L, Ali H, Wiessing L, Hickman M, Mattick RP, et al. HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage. Lancet. 2010 Mar 20;375(9719):1014-28.

181. Bluthenthal RN, Anderson R, Flynn NM, Kral AH. Higher syringe coverage is associated with lower odds of HIV risk and does not increase unsafe syringe disposal among syringe exchange program clients. Drug Alcohol Depend. 2007 Jul 10;89(2-3):214-22.

182. Wiessing L, Likatavicius G, Klempova D, Hedrich D, Nardone A, Griffiths P. Associations between availability and coverage of HIV-prevention measures and subsequent incidence of diagnosed HIV infection among injection drug users. American Journal of Public Health. 2009;99(6):1049-52.

183. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Figure HSR-3. Syringes distributed through specialised programmes per estimated IDU in 2009 or more recent year. Lisbon: EMCDDA; 2011.

184. Paraskevis D, Nikolopoulos G, Tsiara C, Paraskeva D, Antoniadou A, Lazanas M, et al. HIV-1 outbreak among injecting drug users in Greece, 2011: a preliminary report. Euro Surveill. 2011;16(36).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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.