European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

Preporuke ECDC i EMCDDA

Prevencija i kontrola infektivnih bolesti među injektirajućim korisnicima droge

www.ecdc.europa.eu

www.emcdda.europa.eu

Preporuke **ECDC** i **EMCDDA**

Prevencija i kontrola infektivnih bolesti među injektirajućim korisnicima droge

EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

Sadržaj ovih zajedničkih preporuka izradili su Evropski centar za prevenciju i kontrolu bolesti (ECDC) i Evropski centar za praćenje droga i zavisnosti od droga (EMCDDA) uz podršku tehničke savetodavne grupe sastavljene od kreatora politike, pružaoca usluga, predstavnika civilnog društva i stručnjaka iz oblasti prevencije širom EU/EEZ.

Ove preporuke su napisali Mika Salminen, Anastasia Pharris i Andreas Sandgren iz ECDC-a i Dagmar Hedrich i Lucas Wiessing iz EMCDDA. Uokviren tekst o *Pristupu maloletnih lica programima razmene igle i šprica* izradili su Anna Tarján i Robert Csák, tekst o *Srazmernom povećanju obuhvata usluga* Kristi Rüütel, a tekst o *„Point-of-care" testiranju* Henrikki Brummer-Korvenkontio. Hans Blystad je pružio značajan doprinos odeljku o skriningu, testiranju i lečenju tuberkuloze. Tuukka Tammi je doprineo bazi dokaza za odeljak o ključnim vrednostima. Dodatne komentare dali su Frode Forland, Erika Duffel, Giedrius Likatavicius, Teymur Noori i Marita van de Laar iz ECDC-a, kao i Alessandro Pirona, Marika Ferri, Teodora Groshkova i Roland Simon iz EMCDDA-a.

Okvir za preporuke i pregled dela dokaza koji se tiču programa zamene igle i šprica i drugih usluga izradili su u okviru ugovora ECDC/10/2246 Eva van Velzen i Sharon Hutchinson (Univerzitet u Stretklajdu/Zdravstvena zaštita Škotske); Norah Palmateer, Kirsty Roy, Alex Sánchez-Vivar, David Goldberg (Zdravstvena zaštita Škotske); Matt Hickman (Univerzitet u Bristolu); Avril Taylor (Univerzitet Zapadne Škotske); Jennifer Kelly i John Campbell (Službe za zavisnost iz Glazgova) i Vivian Hope (Londonska škola za higijenu i tropsku medicinu). Dodatni pregled dokaza u vezi sa lečenjem narkomanije izradili su Georgie MacArthur i Matt Hickman (Univerzitet u Bristolu) u okviru EMCDDA-ovog ugovora CC.10.RES.011.

Preporuke su takođe objavljene „U kratkim crtama" i uz njih su priložena dva Tehnička izveštaja: „Dokazi za efikasnost intervencija za sprečavanje infekcija među injektirajućim korisnicima droge. 1. deo: Programi zamene igle i šprica i druge intervencije za prevenciju hepatitisa C, HIV-a i rizičnog ponašanja pri injektiranju" i „2. deo: lečenje narkomanije za prevenciju hepatitisa C, HIV-a i rizičnog ponašanja pri injektiranju".

Želeli bismo da se zahvalimo sledećim članovima tehničke savetodavne grupe ECDC/EMCDDA na njihovom dragocenom doprinosu:

- Henrique Barros, Nacionalna koordinacija za AIDS, Ministarstvo zdravlja Portugalije, Medicinski fakultet Univerziteta u Portu, Portugalija
- Hans Blystad, Norveški institut za javno zdravlje, Sektor za epidemiologiju infektivnih bolesti, Norveška
- Grazyna Cholewinska, Varšavska bolnica za infektivne bolesti, Poljska
- Hans Haltmayer, Verein Wiener Sozialprojekte, Beč, Austrija
- Niklas Karlsson, Nacionalni institut za kontrolu zaraznih bolesti, Švedska
- Astrid Leicht, Fixpunkt Berlin, Nemačka
- Xavier Majó i Roca, Program o zloupotrebi supstanci, Sektor zdravlja, Katalonija, Španija
- Luis Mendão, Forum civilnog društva EU
- Viktor Mravcik, Nacionalni centar za praćenje droga i zavisnosti od droga, Češka republika
- Anne Ovaska, A-Clinic fondacija, Finska
- Maria Prins, Opštinske zdravstvene službe Amsterdama, Holandija
- Kristi Rüütel, Nacionalni institut Estonije za razvoj zdravlja, Odeljenje za infektivne bolesti i prevenciju zloupotrebe narkotika, Estonija
- Ioana Tomus, Rumunska mreža za smanjenje štete, Rumunija

Predloženi navod: Evropski centar za prevenciju i kontrolu bolesti i Evropski centar za praćenje droga i zavisnosti od droga. Prevencija i kontrola infektivnih bolesti među injektirajućim korisnicima droge. Štokholm: ECDC; 2011.

Štokholm, oktobar 2011.

ISBN 978-92-9193-313-6

doi 10.2900/58565

© European Centre for Disease Prevention and Control, 2011

© European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2011

Umnožavanje je dozvoljeno pod uslovom navođenja izvora.

Sadržaj

AKRONIMI I GLOSAR 6

INFORMATIVNI SAŽETAK 7

Sedam preporučenih ključnih intervencija 7

Postizanje sinergije: kombinovanje ključnih intervencija 8

Ciljna javnost 8

Preporuke za javno zdravlje zasnovane na dokazima 8

Nacionalna koordinacija 8

Prilagođavanje mera nacionalnoj situaciji 8

UVOD 9

Infekcije među injektirajućim korisnicima droge 9

Zašto je važno? 12

Ciljevi i metodologija 12

Delokrug 13

Ciljna čitalačka publika 14

KLJUČNE VREDNOSTI PREVENCIJE INFEKCIJA MEĐU INJEKTIRAJUĆIM KORISNICIMA DROGE 15

Načela prevencije 15

Načela pružanja usluga 16

PREPORUČENE INTERVENCIJE ZA PREVENCIJU INFEKCIJA MEĐU INJEKTIRAJUĆIM KORISNICIMA DROGE 19

Komponente ključnih intervencija 19

Kombinovanje ključnih intervencija za postizanje sinergije 20

RAZVIJANJE I OBEZBEĐIVANJE PROGRAMA ZA PREVENCIJU I KONTROLU INFEKTIVNIH BOLESTI MEĐU INJEKTIRAJUĆIM KORISNICIMA DROGE 21

Saradnja i koordinacija 21

Sedam preporučenih ključnih intervencija 22
Oprema za injektiranje 22
Vakcinacija 24
Lečenje zavisnosti od droga 25
Testiranje 28
Lečenje infektivnih bolesti 31
Promocija zdravlja 32
Ciljano pružanje usluga 34

POZNAVANJE I RAZUMEVANJE NACIONALNE SITUACIJE 42

Praćenje problematičnog korišćenja droga i odgovora 42

Nadzor infekcija 42

Praćenje i ocenjivanje programa 43

Postavljanje ciljeva za obuhvat intervencije 44

ANEKS A. EPIDEMIOLOGIJA INEKTIRAJUĆE UPOTREBE DROGE I GLAVNIH INFEKCIJA MEĐU INJEKTIRAJUĆIM KORISNICIMA DROGE U EU/EEZ 45
Injektirajuće korišćenje droge 45
HIV 45
Hepatitis B i C 45
Tuberkuloza 46
Hepatitis A virus 47
Bakterijske kožne i sistemske infekcije 47
Polno prenosive infekcije 47
Humani T-limfotropni virus tipa II (HTLV-II) 47

ANEKS B. KLJUČNE INTERVENCIJE ZA PREVENCIJU INFEKCIJA MEĐU INJEKTIRAJUĆIM KORISNICIMA DROGE 48

ANEKS C. DODATNE PREPORUKE I TEHNIČKE SMERNICE 53

BIBLIOGRAFIJA 55

Akronimi i glosar

ECDC	Evropski centar za prevenciju i kontrolu bolesti
EEZ	Evropska ekonomska zona
EFTA	Evropska asocijacija za slobodnu trgovinu
EMCDDA	Evropski centar za praćenje droga i zavisnosti od droga
Evropsko susedstvo	Zemlje članice EU i njihovi geografski susedi, zemlje kandidati i potencijalni kandidati za članstvo u EU, zemlje članice EFTA i EEZ
EU	Evropska unija
HAV	Hepatitis A virus
HBV	Hepatitis B virus
HCV	Hepatitis C virus
HIV	Virus humane imunodeficijencije
Promocija zdravlja	Unapređenje zdravlja je proces omogućavanja ljudima da povećaju kontrolu i poboljšaju svoje zdravlje. Unapređenje zdravlja uključuje ne samo pružanje informacija i podrške, već i savetovanje o smanjenju rizika.
IGRA	Interferon gama testovi, testovi krvi za tuberkulozu
Usluge socijalna pomoći	Usluge socijalne pomoći su socijalne i zdravstvene usluge za korisnike droge; obično nude mesto za boravak, edukaciju o zdravlju i savetovanje, programe zamene igle i šprica, upućivanje na lečenje od narkomanije, a ponekad i prenoćište. Cilj pristupa socijalne pomoći je da ranije dopre do većeg broja korisnika sa problematičnim obrascima korišćenja i da ostane u kontaktu sa njima kako bi se sprečilo narušavanje zdravlja, a da se pri tom ne zahteva apstinencija.
PZIŠ	Programi zamene igle i šprica
OST	Opioidna supstituciona terapija
Problematično korišćenje droga	Korišćenje injektirajuće droge ili dugotrajno/redovno korišćenje opioida, kokaina i/ili amfetamina
Sekundarnih zamena igala	Distribuiranje sterilne opreme za injektiranje droga jednom korisniku usluga, koji je potom dalje distribuira drugima u svojoj društvenoj mreži. To se u nekim mestima naziva „vršnjačka distribucija".
PPI	Polno prenosiva infekcija
TB	Tuberkuloza
TST	Tuberkulinski test kože
UNAIDS	Zajednički program Ujedinjenih nacija za HIV/AIDS
SZO	Svetska zdravstvena organizacija

Informativni sažetak

Od pojave HIV epidemije među injektirajućim korisnicima droge sredinom 80-ih godina 20. veka, mnoge evropske zemlje su postigle značajan napredak u sprovođenju mera zasnovanih na dokazima za prevenciju i kontrolu infektivnih bolesti u toj grupi. Devedesetih godina su zemlje EU počele da razvijaju zajedničke politike prevencije i u oblasti HIV/SIDE i u oblasti droga i zavisnosti od droga, koje su uključivale osnivanje agencija EU za praćenje situacije u vezi sa drogom (EMCDDA 1993.) i za prevenciju i kontrolu zaraznih bolesti (ECDC 2005.). U poslednje dve decenije intervencije vezane za prevenciju i lečenje su proširene i dovedene na viši nivo. Prema izveštajima za 2009. godinu, više od polovine procenjene populacije problematičnih korisnika opioida je dobilo supstitucionu terapiju, a brojne zemlje su osnovale programe zamene igle i šprica sa sve većim obuhvatom injektirajućih korisnika droge. Podaci iz zemalja sa dobro utemeljenim sistemima nadzora ukazuju da je u protekloj deceniji broj novih HIV infekcija među injektirajućim korisnicima droge znatno smanjen u većini, ali ne i u svim zemljama EU.

U evropskom susedstvu, korišćenje injektirajućih droga je i dalje glavni faktor ranjivosti za dobijanje krvno prenosivih i drugih infektivnih bolesti, uključujući HIV, hepatitis B i C, tuberkulozu, bakterijske infkecije kože i mekog tkiva i sistemske infekcije. Procene broja injektirajućih korisnika droge pokazuju da u svim evropskim zemljama postoje značajne populacije pod rizikom od ovih bolesti. Ako se ne rešavaju, ove infekcije kao posledicu imaju veliko opterećenje na evropske zdravstvene sisteme, značajnu individualnu patnju, kao i velike troškove lečenja.

Pokazalo se da pragmatičan preventivni pristup javnog zdravlja može da ima snažan efekat na smanjenje širenja krvno prenosivih i drugih infekcija među injektirajućim korisnicima droga. Prevencija je izvodljiva i delotvorna ako se sprovodi na propisan način.

Sedam preporučenih ključnih intervencija

Ove preporuke zasnovane na dokazima koje su zajedno sastavili ECDC i EMCDDA utvrđuju dobru praksu za prevenciju i kontrolu infektivnih bolesti među injektirajućim korisnicima droge.

Na osnovu najjačih dokaza koji su na raspolaganju, mišljenja eksperata i dobre prakse u EU/EEZ, treba primeniti sledeće komponente ključnih intervencija i to, po mogućstvu, kombinovano kako bi se sinergijom postigao maksimalan efekat prevencije:

Komponente ključnih intervencija

Oprema za injektiranje: besplatno obezbeđivanje, kao i legalan pristup, čistoj opremi za injektiranje droga, uključujući dovoljnu količinu sterilnih igala i špriceva, kao deo kombinovanog pristupa sastavljenog od više komponenti, koji se sprovodi kroz programe smanjenja štete, savetovanja i lečenja.
Vakcinacija: vakcine protiv hepatitisa A i B, tetanusa, gripa i, naročito za pojedince koji su HIV pozitivni, vakcina protiv pneumonije.
Lečenje zavisnosti od droga: Opioidna supstituciona terapija i drugi efikasni oblici lečenja zavisnosti od droga.
Testiranje: Dobrovoljno i poverljivo testiranje uz informisani pristanak na HIV, HCV (HBV za one koji nisu vakcinisani) i druge infekcije, uključujući TB treba redovno da se nudi i poveže sa uputom za lečenje.
Lečenje infektivne bolesti: Antiviralno lečenje zasnovano na kliničkim indikacijama za osobe zaražene HIV, HBV ili HCV virusom. Antituberkulozno lečenje za aktivne slučajeve TB-a. TB profilaktična terapija treba da se uzme u obzir za latentne slučajeve TB-a. Lečenje za druge infektivne bolesti treba da se nudi prema kliničkim indikacijama.
Unapređenje zdravlja: Unapređenje zdravlja fokusirano na bezbednije ponašanje pri injektiranju; seksualno zdravlje, uključujući korišćenje kondoma; i prevenciju bolesti, testiranje i lečenje.
Ciljano pružanje usluga: Usluge treba da se kombinuju, organizuju i pružaju u skladu sa potrebama korisnika i lokalnim uslovima; to uključuje pružanje usluga preko terenskih servisa i fiksnih lokacija koje nude lečenje od narkomanije, smanjenje štete, savetovanje i testiranje, kao i upute opštim, primarno-zdravstvenim uslugama i specijalističkim medicinskim uslugama.

Postizanje sinergije: kombinovanje ključnih intervencija

Nedavne studije i istraživanja iz uspešnih programa prevencije dokumentuju dodatu vrednost ponude čitavog niza efikasnih mera intervencije na istom mestu i pružanja kombinacije intervencija u skladu sa potrebama klijenata kako bi se postigao maksimalan efekat u prevenciji infekcija.

Ciljna javnost

Cilj ovih preporuka je da podrži kreatore politike u Evropi da planiraju adekvatne, pragmatične, zasnovane na dokazima i racionalno osmišljene odgovore javnog zdravstva za prevenciju i kontrolu infekcija među injektirajućim korisnicima droge. Namenjen je onima koji planiraju programe javnog zdravlja i donosiocima odluka koji rade u oblastima infektivnih bolesti, opšteg javnog zdravlja, zdravstgene zaštite u oblasti zavisnosti i mentalnpg zdravlja, socijalnih usluga i kontrole droga na nacionalnom i regionalnom nivou.

Preporuke su usaglašene i podržavaju postojeće politike širom Evropske unije u oblasti kontrole droga i infektivnih bolesti sa ciljem da pruže sveobuhvatan pregled najboljih sadašnjih znanja u oblasti, proširujući raniji rad kako bi se uključile kombinacije ključnih intervencija. Takođe se oslanjaju na temelj ključnih vrednosti proisteklih iz načela javnog zdravlja i ljudskih prava koji treba da usmeravaju prevenciju i pružanje usluga.

Preporuke za javno zdravlje zasnovane na dokazima

Rezultati istraživanja koji su bitni za preporuke su preispitani i procenjeni pomoću načela medicine zasnovane na dokazima (EBM- evidence-based medicine) koji su prilagođeni u okviru javnog zdravlja. Za sastavljanje ovih preporuka, opsežno su preispitani naučni dokazi na visokom nivou i rezultati su kombinovani sa ekspertskim znanjima i savetima o koristima i štetnosti. Razvijanju ključnih intervencija koje ovaj dokument predlaže doprinele su dobre prakse kao i opredeljenja korisnika.

Nacionalna koordinacija

Preduslov za efikasnu realizaciju ključnih intervencija predstavljaju nacionalna i lokalna saradnja i koordinacija među sektorima. Postizanje nacionalnog konsenzusa i ciljevi koji se međusobno uvažavaju su od suštinske važnosti za uspešno sprovođenje intervencija. Ciljeve treba da dogovore akteri po svim sektorima, naročito oni koji rade se injektirajućim korisnicima droge.

Prilagođavanje mera nacionalnoj situaciji

Da bi se obezbedilo da intervencije na najbolji način služe populaciji injektirajućih korisnika droge, kao i da predupređuju i kontrolišu infektivne bolesti, mora da postoji dovoljan nadzor problematičnog korišćenja droga i infekcija na nacionalnom i podnacionalnom nivou. Preduzete mere treba stalno da se prate i procenjuju u smislu odgovora, uticaja, relevantnosti i stepena pokrivenosti. Investiranje u adekvatne sisteme nadzora i korišćenja droga i infektivnih bolesti je neopohodno i isplativo.

Dokazi sugerišu da su viši nivoi obuhvata programa zamene igle i šprica i opioidne supstitucione terapije po injektirajućem korisniku droge efikasniji nego niži nivoi obuhvata. Cilj treba da bude obezbeđivanje toga da usluge koje se nude ispunjavaju lokalne potrebe i potražnju. Neispunjavanje potražnje za uslugama zamene igli i špriceva ili vreme čekanja na lečenje od droge ukazuju na neefikasnost u prevenciji.

Uvod

Infekcije među injektirajućim korisnicima droge

Od pojave HIV epidemije među injektirajućim korisnicima droge sredinom 80-ih godina 20. veka, mnoge evropske zemlje su postigle značajan napredak u sprovođenju mera zasnovanih na dokazima za prevenciju i kontrolu infektivnih bolesti u toj grupi. Devedesetih godina zemlje EU su počele da razvijaju zajedničke politike prevencije u oblasti HIV/SIDE i u oblasti droga i zavisnosti od droga, koje su uključivale osnivanje agencija EU za praćenje droga (1993.) i infekcija (2005.) (3). U narednim dekadama, intervencije su podignute na viši nivo: na primer, u 2009. prijavljeno je oko 700.000 korisnika opioidnih supstitucionih terapija, više od polovine procenjene populacije korisnika problematičnih opioida (4). Proporcija injektirajućih korisnika droge među novim HIV infekcijama i broja infekcija u ovoj grupi značajno se smanjila u mnogim zemljama EU. Međutim, u evropskom susedstvu, korišćenje injektirajućih droga je i dalje glavni faktor ranjivosti za dobijanje krvno prenosivih i drugih infektivnih bolesti. Procene broja injektirajućih korisnika droge pokazuju da u svim evropskim zemljama postoje značajne populacije pod rizikom (5). Obrasci injektirajućeg korišćenja variraju po regionu, s tim da u svim zemljama preovlađuje injektiranje opioida, kao i značajan udeo injektiranja stimulansa (uglavnom amfetamina) u severnim i istočnim delovima Evrope. Korišćenje više droga još više komplikuje obrazac (5).

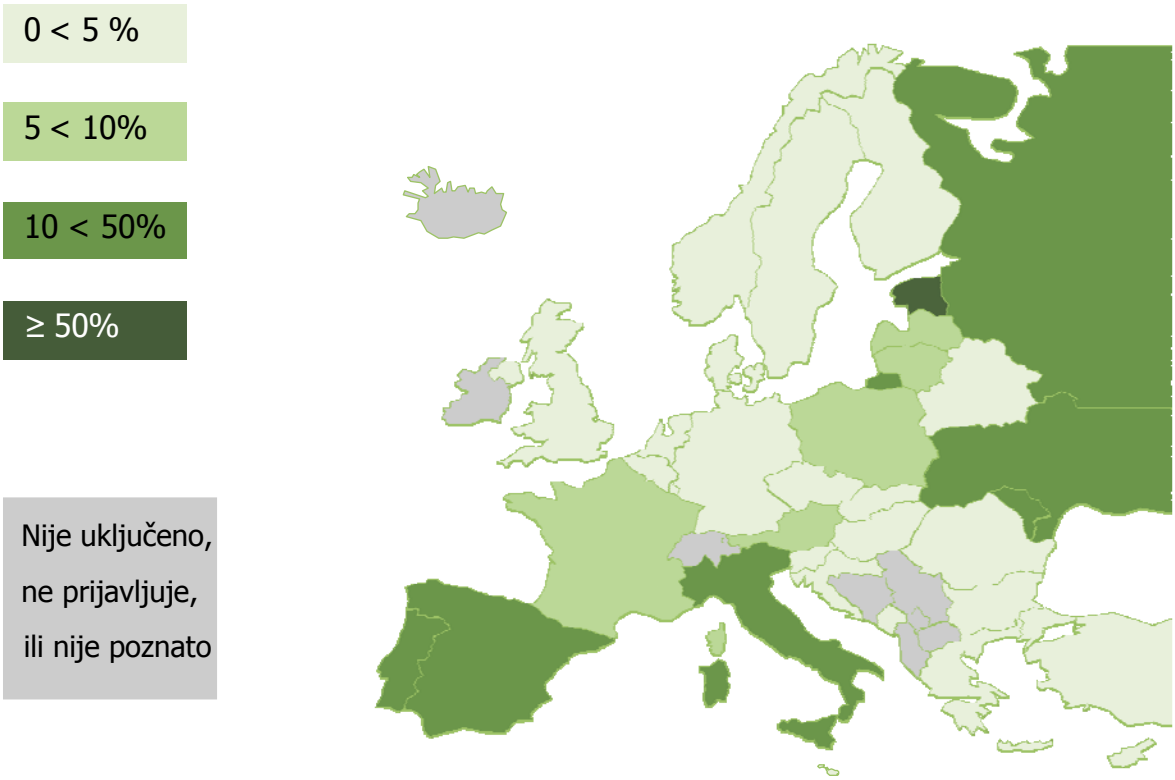
Infekcije zbog kojih injektirajući korisnici droge mogu da budu pod povećanim rizikom:

- HIV infekcija;
- hepatitis A;
- hepatitis B (HBV);
- hepatitis C (HCV);
- hepatitis D;
- tuberkuloza (TB)
- infekcije kože i mekog tkiva uzrokovane *Staphylococcus aureus* (uključujući meticilin-rezistentni *Staphylococcus aureus*, MRSA) i streptokoknim infekcijama (npr.endokarditis, nekrotizirajući fasciitis);
- teška sistemska sepsa (npr. infekcije sa *Clostridium novyi, Bacillus anthracis*);
- druge PPI koje nisu HIV infekcija ili hepatitis (npr. infekcija hlamidije, sifilis i gonoreja);
- respiratorne infekcije kao što su pneumonija, difterija i influenca;
- botulizam rana;
- tetanus;
- infekcije humanog T-ćelijskog limfotropnog virusa (HTLV).

Uobičajene krvno prenosive bolesti u ovoj grupi uključuju virus humane imunodeficijencije (HIV), hepatitis C virus (HCV) i hepatitis B virus (HBV). Glavni mehanizam prenošenja ovih infekcija je deljenje opreme za injektiranje droge među korisnicima, kao što su špricevi, igle, posude za mešanje droge i ostali pribor za pripremu droge. Pored širenja preko zajedničke opreme za injektiranje, postoji i prenošenje HIV-a i HBV-a seksualnim putem, kako unutar populacije injektirajućih korisnika droge tako i sa sadašnjih ili bivših injektirajućih korisnika droge na njihove seksualne partnere ili klijente. Iako se sve gore navedene virusne infekcije lako prenose deljenjem korišćene opreme za injektiranje droge, rizici od prenošenja variraju. U poređenju sa HIV infekcijom, hepatitis C infekciju karakterišu relativno visoke koncentracije virusa u krvi, ne samo tokom primarne faze infekcije, već i kod onih što postanu hronično inficirani. Smatra se da to vodi do visokih stopa prenošenja nakon izlaganja HCV-u kada inficirani i neinficirani pojedinci dele igle, špriceve i drugu opremu za pripremanje droge. Prevalenca hepatitisa C obično premašuje prevalencu HIV-a u zajednicama korisnika, a epidemije hepatitisa C često prednjače pred epidemijama HIV-a među injektirajućim korisnicima droge. Veći rizik od prenošenja takođe bi mogao da objasni zašto je HCV teže ograničiti primenom samo jedne od intervencija i zašto bi za smanjenje HCV stopa na nivou populacije bio potreban veći obuhvat intervencijma.

Iako raspoloživi podaci iz najskorijih nadzora u Evropi sugerišu da je incidenca HIV infekcije znatno opala u posljednjoj deceniji i da i dalje pada među injektirajućim korisnicima droge, postoje jasne razlike među regionima u Evropi (6). Mnoge zemlje članice EU su doživele velika izbijanja epidemije HIV infekcije među injektirajućim korisnicima droge 80-ih i 90-ih godina 20. veka, dok je većina zemalja u istočnom delu evropskog regiona, uključujući i neke zemlje članice EU, doživela velika izbijanja epidemije početkom 2000-ih. To je dovelo do uspostavljanja visoke prevalence HIV-a među aktivnim i bivšim injektirajućim korisnicima droge u nekoliko zemalja unutar EU. Neke istočnoevropske zemlje koje se graniče sa EU su bile posebno teško pogođene rapidnim širenjem HIV infekcija među injektirajućim korisnicima droge. Neke zemlje EU, kao i neke susedne zemlje, prijavljuju visoku prevalencu su-infekcije sa HIV-om i tuberkulozom među injektirajućim korisnicima droge.

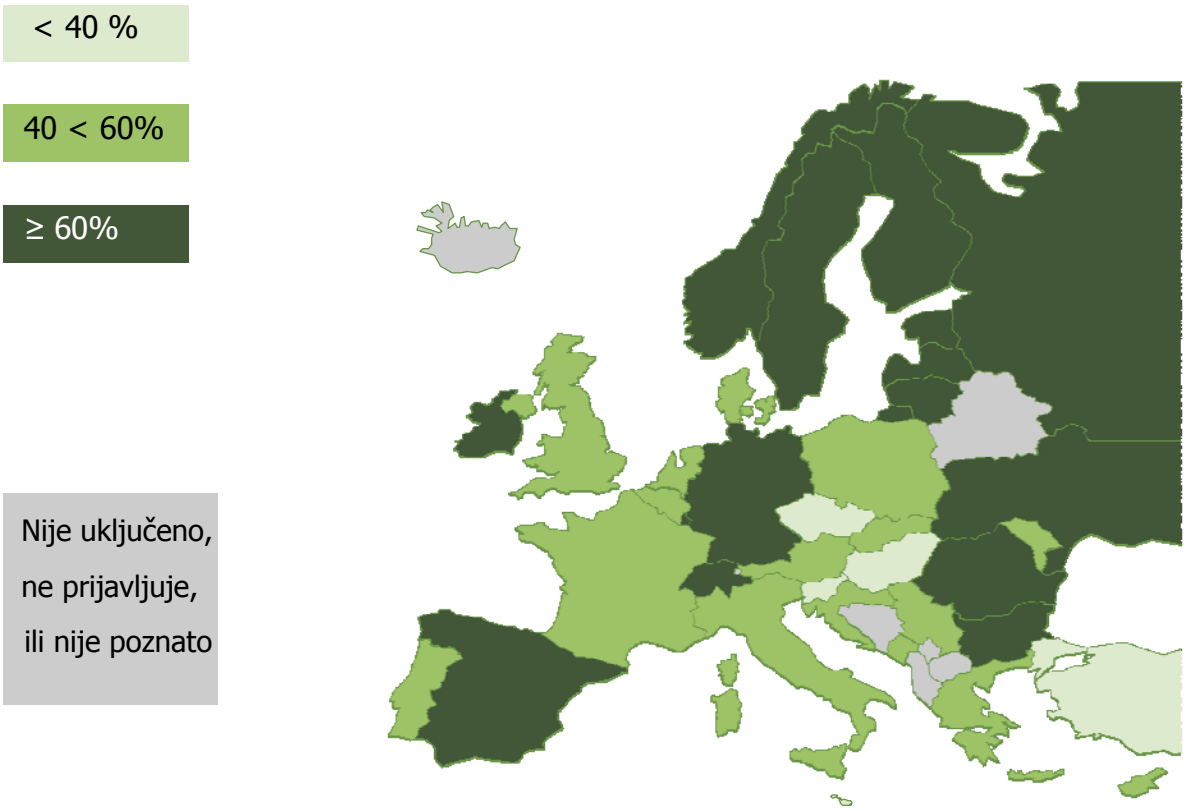
Slika 1: HIV prevalenca među injektirajućim korisnicima droge; Evropa, 2008-2009.



Izvor: EMCDDA i Reitox National Focal Points (EMCDDA zemlje: EU, Hrvatska, Turska i Norveška); Mathers et al., Lancet 2008 (druge zemlje). Boja označava srednju tačku nacionalnih podataka, ili ako oni nisu raspoloživi, onda lokalnih podataka. Za EMCDDA zemlje podaci su uglavnom iz 2008-2009. Ako podaci iz 2008-2009. nisu bili dostupni, korišćeni su stariji podaci. EMCDDA podaci su podnacionalni za Hrvatsku, Holandiju, Tursku, Švedsku, Veliku Britaniju, Belgiju, Bugarsku, Litvaniju, Francusku, Estoniju, Irsku; za zemlje koje nisu članice EMCDDA ove informacije nisu dostupne.

Infekcije virusa hepatitis B i C su uobičajene kod aktivnih i bivših injektirajućih korisnika droge, a istorija injektirajućeg korišćenja droga je najfrekventniji faktor rizika u Evropi, naročito za infekciju hepatitisa C. Vreme uvođenja infekcije hepatitisa C u ovu populaciju se slabije razume, ali je vrlo verovatno da je virus prethodio HIV-u za par decenija. Evropski nadzorni podaci o pojavi novih infekcija su slabo standardizovani, te je teško utvrditi trendove po regionu (7). Međutim, ciljane studije prevalence su pokazale visoku prevalencu i dokaze za česta izbijanja epidemije među korisnicima u gotovo svim geografskim oblastima koje su ispitane (5, 8-9). Važnije je to da postoji jaka veza između trajanja injektirajućeg korišćenja droga i infekcije hepatitisa C (10). Ko-infekcija sa više vrsta hepatitisa ili su-infekcija sa HIV-om i hepatitisom C predstavljaju sve veće kliničke i preventivne izazove u mnogim delovima Evrope (1).

Slika 2: Prevalenca antitela hepatitis C virusa među injektirajućim korisnicima droge; Evropa, 2008-2009.



Izvor: EMCDDA i Reitox National Focal Points (EMCDDA zemlje: EU, Hrvatska, Turska i Norveška); NeOSTn et al., Lancet 2011; IHRA, EHRN i SZO regionalne kancelarije za Evropu (druge zemlje). Boja označava srednju tačku nacionalnih podataka, ili ako oni nisu raspoloživi, onda lokalnih podataka. Za EMCDDA zemlje podaci su uglavnom iz 2008-2009. Ako podaci iz 2008-2009. nisu bili dostupni, korišćeni su stariji podaci. EMCDDA podaci su podnacionalni za Tursku, Veliku Britaniju, Francusku, Slovačku, Holandiju, Belgiju, Poljsku, Bugarsku, Španiju, Švedsku, Irsku, Letoniju, Nemačku, Litvaniju, Rumuniju, Estoniju; za zemlje koje nisu članice EMCDDA ove informacije nisu dostupne.

Pored HIV-a i hepatitisa B i C, pokazalo se da su se infekcije izazvane humanim T-limfotropnim virusom tipa II (HTLV-II) raširile među injektirajućim korisnicima droge već 70-ih godina 20. veka (11). Bilo je izveštaja o izbijanjima epidemije hepatitisa A u EU u grupama injektirajućih korisnika droge, mada izolovanje rizika od injektiranja od drugih faktora rizika kao što je loša higijena predstavlja izazov(12-15).

Injektirajući korisnici droge, naročito oni sa socijalne margine, nisu ranjivi samo na infekcije od krvno prenosivih virusa, već i na druge infekcije. Spisak nekih od tih infekcija je dat u uokvirenom tekstu na 3. strani (16), a dodatne informacije o epidemiologiji tih bolesti su predstavljene u Aneksu A. Tu spadaju lokalizovane bakterijske infekcije rana i mesta injektiranja, sistemske infekcije, polno prenosive infekcije i respiratorne infekcije, kao što je tuberkuloza. Slučajevi tetanusa se prijavljuju među injektirajućim korisnicima droge. U nekim mestima, osobe sa istorijom injektiranja droge čine otprilike polovinu prijavljenih slučajeva tetanusa (17). Izbijanja epidemije tetanusa su dokumentovana u populacijama korisnika droge, naročito među korisnicima koji prijavljuju potkožno injektiranje heroina i imaju istoriju nepostojanja ili postojanja delimične imunizacije (18-19).

Širenje infekcija koje se vezuju za injektirajuće korišćenje droga se kontroliše u poslednjoj deceniji u nekim evropskim zemljama i stope infekcije su u opadanju (8). Razlog tome je najverovatnije kombinacija promena u ponašanju u populacijama korisnika, srazmernog povećanja usluga prevencije i lečenja bolesti i vakcinacije. I pored ovih pozitivnih razvoja događaja, nema mesta za samozadovoljstvo jer krvno prenosive infekcije mogu vrlo brzo da se raširе među

injektirajućim korisnicima droge, osim ako se rizici od infekcija izazvanih injektiranjem ne mogu stalno kontrolisati. Nekoliko studija izbijanja epidemija HIV-a među injektirajućim korisnicima droge dokumentuju gotovo eksponencijalno širenje u ranim fazama i brzo uspostavljanje visokih nivoa prevalence HIV-a (20-21). Isto se pokazalo i za hepatitis C, gde kombinacija male infektivne doze , produženog preživljavanja virusa izvan tela i kontinuirano visok naboj krvnog virusa u hroničnoj infekciji može da rezultira vrlo brzom uspostavljanju visoke prevalence populacije među korisnicima.

Uprkos uspesima u smanjenju prevalence bolesti u nekim regionima EU, raspoložive procene jasno pokazuju da se infekcije među injektirajućim korisnicima droge još uvek ne sprečavaju efikasno u svim zemljama susedimaEU. . Iako su preventibilne, ove infekcije i dalje uzrokuju veliko opterećenje bolesti u Evropi i visoke nivoe lične patnje.

Zašto je važno?

Glavna motivacija za prevenciju infekcija među injektirajućim korisnicima droge je ta da je prevencija izvodljiva i efikasna ako se propisno sprovodi. Zavisnost od nelegalnih droga je zdravstveno stanje koje, iz razloga javnog zdravlja i iz etičkih razloga, zahteva sprovođenje efikasnih mera za prevenciju bolesti i svođenje na minimum šteta uzrokovanih zavisnošću od droga. Postoje efikasne mere za prevenciju infekcija, ali se one ili ne nude ili nisu pristupačne velikom broju onih kojima su potrebne.

Iz perspektive javnog zdravlja, subpopulacije sa velikim opterećenjem infekcijama imaju i direktan i indirektan opterećujući efekat na društvo, a prevencija infekcija može te troškove da svede na minimum. Prvo, direktan morbiditet zbog teških oblika hroničnih infekcija ima za rezultat visoke troškove lečenja i brige među inficiranima. Drugo, gubitak ljudske produktivnosti među onima koji su teško pogođeni povećava društvene troškove. Treće, visoka prevalenca bolesti među korisnicima droga može da poveća rizik od rastuće prevalence u široj populaciji, naročito ako se visoka prevalenca održi duži period vremena.

Konačno, nesuzbijanje posledice konkretnog oblika teške zavisnosti koja se može izbeći mogla bi da se protumači kao indiferentnost prema odlučnosti EU da promoviše socijalnu pravdu i zaštitu koji je dat u međunarodnim konvencijama, uključujući Povelju o osnovnim pravima Evropske unije i Lisabonski sporazum (22-23).

Iako bi eliminisanje korišćenja nelegalnih droga ili injektiranja droga, u principu, bila dobra intervencija za prevenciju infektivnih bolesti, globalno iskustvo pokazuje da to ne može da se postigne samo merama javnog zdravlja. Stroge mere za kontrolu droga nisu do sada uspele da u potpunosti eliminišu rizike i štete vezane za nelegalne droge. Naprotiv, i pored razjašnjenja da su brige javnog zdravlja bile vodeće brige koje su stajale iza kontrole droga, evaluacija jednog veka međunarodnih napora usmerenih na kontrolu droga koju je uradio UNODC pokazala je da su sistem kontrole droga i njegove primene imali nekoliko neželjenih posledica, uključujući nedostatak investicija pri rešavanju problema šteta po javno zdravlje koje uzrokuje korišćenje droga. Korišćenje droga prevashodno zavisi od drugih društvenih faktora (čije je ispitivanje izvan delokruga ovih preporuka) i prakse upotrebe droga umnogome zavise od podkultura korisnika droga i ekonomske stvarnosti, na šta teško može da se utiče. Ipak, iskustvo i dokazi su pokazali da usvajanje pragmatičnog pristupa koji se bavi i ograničava direktne rizike od infekcija vezane za procedure injektiranja i koji uvodi mere koje pomažu da se prekine ili smanji injektiranje može da ima jak efekat na smanjenje širenja krvno prenosivih infekcija među injektirajućim korisnicima droga.

Ciljevi i metodologija

Ove preporuke zasnovane na dokazima treba da informišu izradu, praćenje i procenu nacionalnih strategija i programa u zemljama u EU i evropskom susedstvu za sprečavanje i tretiranje infekcija među injektirajućim korisnicima droge. Preporuke su usaglašene sa postojećim politikama EU u oblasti droga i infektivnih bolesti (24-27).

Preporuke se oslanjaju na temelj ključnih vrednosti koje su opisane u posebnom odeljku u nastavku.

Utvrđeno je sedam ključnih intervencija za smanjenje i prevenciju infekcija među injektirajućim korisnicima droge u Evropi. One se zasnivaju na najčvršćim naučnim dokazima koji su dostupni, u kombinaciji sa mišljenjem eksperata i dugogodišnjim i dobro dokumentovanim iskustvom pružaoca usluga i na opredeljenjima korisnika usluga.

Dva Tehnička izveštaja ECDC/EMCDDA daju pregled baze dokaza koja stoji iza intervencija koje se ovde preporučuju: „Dokazi za efikasnost intervencija za sprečavanje infekcija među injektirajućim korisnicima droge. 1. deo: Programi zamene igle i šprica i druge intervencije za prevenciju hepatitisa C, HIV-a i rizičnog ponašanja pri injektiranju" i „2. deo: lečenje narkomanije za prevenciju hepatitisa C, HIV-a i rizičnog ponašanja pri injektiranju".

Baza dokaza

U procesu sastavljanja ovih preporuka, sistematski su ocenjeni pregledi dokaza koji obuhvataju veliki broj primarnih studija o ključnim intervencijama koje se ovde navode, pomoću visoko standardizovane metode „kritičkog pregleda članaka"[1]. Ishodi studija koje su koristile najčvršće naučne modele su upoređeni iz čega su proistekle konstatacije o njihovoj delotvornosti, sintetišući rezultate u smislu modela studije, broja slučajeva koji su uključeni u studije i broja studija koje dele iste rezultate – faktori koji određuju čvrstinu dokaza. Najviši dokazi koji su proistekli iz ovog „kritičkog pregleda članaka" su kombinovani sa rezultatima najskorijih primarnih istraživanja koje članci još nisu obuhvatili. Takođe su korišćene primarne studije kada nisu bili dostupni sistematski članci o delotvornosti neke intervencije. Metodologija korišćena za utvrđivanje i odabir članaka i primarnih studija irezultati su detaljno opisani u dva tehnička izveštaja koja prate ove preporuke.

Međutim, u oblasti javnog zdravlja ponekad nije moguće dobiti onu vrstu nivoa jakih dokaza koji mogu da se izvedu iz eksperimentalnih studija kao što su randomizovane kontrolisane studije (RCT). Neke intervencije javnog zdravlja ne mogu, iz etičkih razloga, da se testiraju na eksperimentalan način (tako što će se pružati jednoj grupi, a uskratiti drugoj). Takođe, kontrola prepletenih faktora u uslovima realnog sveta bi bila vrlo kompleksna i zahtevala bi nepristupačno skup dizajn studija. Još jednu prepreku utvrđivanju statistički signifikantnih pozitivnih ili negativnih ishoda intervencija u ovoj oblasti predstavlja niska incidenca relevantnih ishoda, tako da istraživanje mora da pokrije vrlo dug period kako bi se akumulirao dovoljan broj relevantnih događaja pre nego što se donese zaključak (28).

Odnos između dokaza i preporuka nije nužno jednostavan: visokokvalitetni dokazi ne vode uvek do jakih preporuka, a jake preporuke mogu da nastanu iz dokaza slabog kvaliteta. U onim slučajevima kada dokazi iz članaka o intervencijama nisu bili ubedljivi ili kada je postojao primetan nedostatak dokaza o invencijama, ove preporuke izvode zaključke iz ekspertskih saveta o potencijalnim koristima i štetnostima određenih intervencija, gleda dobre prakse u uslugama prevencije u EU i procenjuje studije o opredeljenostima korisnika. Iako se ekspertsko mišljenje smatra slabijim nivoom dokaza, postoje uslovi u kojima ekspertska grupa može da pripiše veliku snagu preporukama u odsustvu čvrstih istraživačkih dokaza. Primeri su hidratacija bolničkih pacijenata ili ćebad za sprečavanje gubitka toplote kod traumatskih pacijenata, što su intervencije koje se ne zasnivaju na čvrstoj osnovi dokaza iz naučno-istraživačkih studija, ali se i dalje vrlo preporučuju. Dodatne informacije o argumentaciji koja stoji iza svake preporučene intervencije nalaze se u Aneksu B.

Delokrug

Ove preporuke se nastavljaju na ranije napore u oblasti prevencije infekcija među injektirajućim korisnicima droge, naročito na rad koji su sprovodili SZO, UNAIDS i UNODC; pored toga, konsultovane su višestruke nacionalne smernice i preporuke (vidite Aneks C). Ove preporuke nastoje da pruži sveobuhvatan pregled najboljih sadašnjih saznanja u oblasti proširujući raniji rad kako bi uključio kombinacije ključnih intervencija. Cilj je da pruži temeljnu sintezu koja nije primenljiva samo na EU, već i na zemlje u susedstvu EU. Preporuke sadrže reference i linkove za dalje izvore koji pružaju dodatne, vrlo temeljne informacije i opise o tehničkoj implementaciji (Aneks C).

Ovaj preporuke se prevashodno fokusiraju na intervencije i preventivne mere koje se direktno bave rizicima od infekcija. Glavne infekcije koje su obuhvaćene su HIV, hepatitis B, hepatitis C i tuberkuloza (TB). Neke druge infekcije od kojih injektirajući korisnici droga mogu da budu pod većim rizikom, kao što su infekcije kože i mekog tkiva, hepatitis A i polno prenosive infekcije se razmatraju, ali manje detaljno. Preporuke se bave pitanjima kao što su poznavanje i razumevanje,

[1] Metodologija kritičkog pregleda članaka" (Kelly et al., 2002.) pre spaja dokaze iz objavljenih članaka nego što preduzima sistematsko pretraživanje primarne literatura. Metodologija "kritičkog pregleda članaka" je obuhvatila sistematsko pretraživanje literature zarad objavljenih članaka; utvrđivanje relevantnih sistematskih, meta-analitičkih i narativnih članaka; kritičku procenu članaka i sintezu rezultata.

rizici pripreme i injektiranja droge, deljenje opreme, vakcinacije, supstitucija droge i drugi vidovi lečenja od narkomanije kako bi se smanjila frekvencija injektiranja i povećala doslednost tretmana. Takođe sugeriše načine organizovanja relevantnih usluga na efikasan način.

Injektirajući korisnici droge kojima se bave ove preporuke uključuju one koji injektiraju opioide i stimulanse. Iako su u fokusu ovih preporuka te „tradicionalne" injektirajuće populacije, predložene intervencije mogu takođe da budu relevantne i za nove grupe injektirajućih korisnika ili grupe koje se tek javljaju, kao što su korisnici koji injektiraju droge za povećanje performansi, kao što su anabolički steroidi. Opservacije iz nekih zemalja sugerišu da bi ova poslednja grupa injektirajućih korisnika mogla da opravda dalje praćenje. Problematični korisnici droga koji ne injektiraju drogu bi verovatno imali koristi od mnogih intervencija koje se ovde razmatraju, mada oni nisu glavna ciljna grupa za ove preporuke.

Preporuke ne razmatraju široko korišćenje antiviralnog lečenja kao prevenciju na nivou populacije, ali jasno pokazuju da bi takvo lečenje trebalo da bude jednako dostupno i pristupačno injektirajućem korisniku droge. Nedavno objavljen rad sugeriše da pozitivni efekti (smanjeno prenošenje) mogu da budu signifikantni, te pružaju dodatne, jake argumente za lečenje aktivnih korisnika droge od HIV i hepatitis infekcija. Postoje dokazi koji pokazuju korisne efekte profilaktične TB terapije inficiranih osoba sa latentnom TB na smanjenje prevalence i incidence TB-a na nivou populacije. Zbog toga preporuke uključuju lečenje infekcija među ključne intervencije.

Dokument preporuka je namenjen ispunjavanju potreba odraslih injektirajućih korisnika droge. Maloletnici i omladina su izvan delokruga ovog preporuka. Ipak, priznaje se da u nekim mestima maloletna lica i omladina čine značajan udeo među injektirajućim korisnicima droge. Bavljenje potrebama maloletnih lica i mladih bi zahtevalo prilagođene usluge koje odgovaraju uzrastu (vidite uokviren tekst, strana 26).

Iz perspektive prevencije, vrlo je važno zaštititi najmlađe subpopulacije injektirajućih korisnika droge od hroničnih, krvno prenosivih bolesti i TB-a. Stoga se starosna ograničenja pristupu uslugama ne smatraju korisnim, čak bi mogla da budu kontraproduktivna jer obično povećavaju rizike kod osoba koje još nisu došla u zakonsku odraslu dob.

Ove preporuke o prevenciji infekcija prevashodno su usmerene na pružaoce usluga u zajednici. Ipak, preporuke su relevantne i za zatvorska okruženja.

Shodno načelu „jednakost pružanja usluga", zatvorenici imaju pravo da bez diskriminacije imaju pristup zdravstvenim uslugama koje postoje u zemlji i od zatvorskih zdravstvenih službi se očekuje da obezbede lečenje za probleme koji su vezani za korišćenje droga u uslovima koji su uporedivi sa onima koji se nude izvan zatvora (29-30).

Zatvorenici sa istorijom injektiranja droge često imaju višestruke i kompleksne zdravstvene potrebe, što zahteva specijalističku medicinsku brigu i multidisciplinarni pristup. Osobe koje su nedavno puštene iz zatvora čine važnu ciljnu grupu za prevenciju infektivnih bolesti i treba da se uzmu u obzir pri planiranju nacionalnih strategija prevencije (31). Isto tako treba uzeti u obzir i potrebe osoba koja ulaze u zatvore (32).

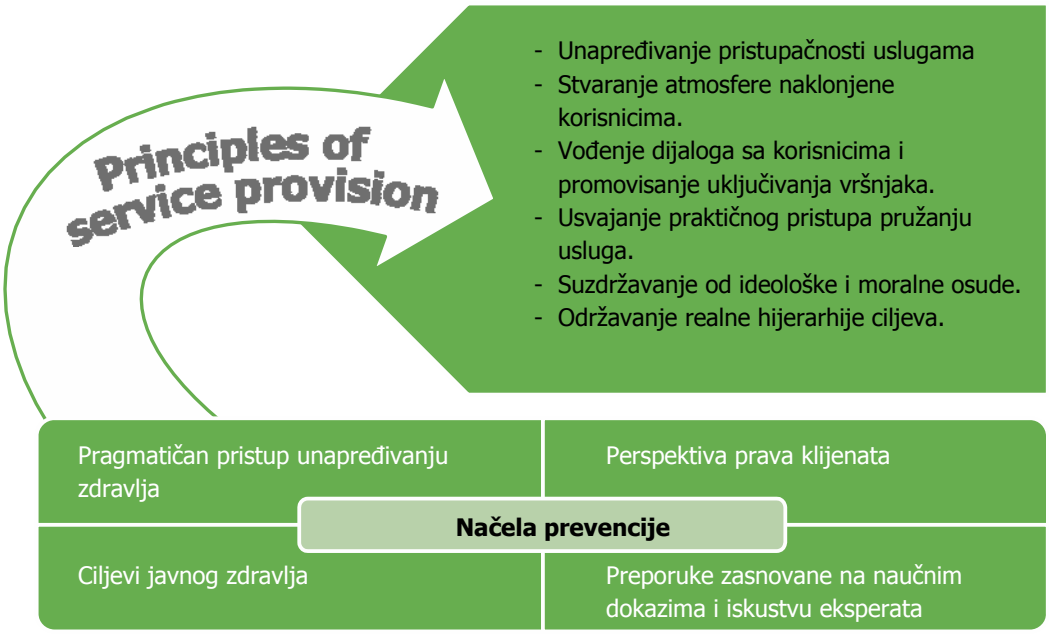
Ciljna čitalačka publika

Cilj ovih preporuka je da pruže podršku donosiocima odluka u programima prevencije na nacionalnom i regionalnom nivou, koji rade u oblastima infektivnih bolesti, opšteg javnog zdravlja, zavisnosti i mentalnog zdravlja, socijalnih usluga i kontrole droga. Cilj je da pomognu zemljama članicama EU kao i zemljama kandidatima (i potencijalnim kandidatima) u planiranju adekvatnih, racionalno osmišljenih odgovora javnog zdravlja na injektirajuće korišćenje droga koji se pri tom zasnivaju na dokazima. Preporuke utvrđuju dobre prakse EU za prevenciju i kontrolu infektivnih bolesti među injektirajućim korisnicima droge. Nadamo se da će zemlje EU partnerstva smatrati ove preporuke korisnim i relevantnim. Preporuke nisu predstavljene toliko detaljno da propisuju tehničke aspekte implementacije, te je na službama koje budu sprovodile intervencije da prilagode predložene intervencije i opcije prevencije lokalnim i nacionalnim okolnostima. Uprkos tome, preporuke mogu da budu zanimljive rukovodiocima lokalnih servisa, jer je cilj preporuka da pruži sveobuhvatnu listu i da objašnjenje za sve komponente koje treba da budu deo sistemskog pristupa prevenciji vodećih infektivnih bolesti među injektirajućim korisnicima droge.

Ključne vrednosti prevencije infekcija među injektirajućim korisnicima droge

Ključne vrednosti predstavljene u ovom poglavlju se zasnivaju na osnovnim načelima javnog zdravlja, pružanja usluga, etici individualnog i javnog zdravlja, u kombinaciji sa znatnim iskustvom u sprovođenju usluga. Razvili su ih ECDC i EMCDDA i podržava ih i prihvata tehnička savetodavna grupa ECDC/EMCDDA. Ključne vrednosti su razvijene u kontekstu javnog zdravlja i ljudskih prava i potiču od rada sprovedenog u Velikoj Britaniji i Holandiji 80-ih godina 20. veka („Mersey Harm Reduction Model", model usluga zasnovan na populaciji) (33-34). Fokusiraju se na injektirajuće korisnike droge i cilj im je da redukuju negativne posledice korišćenja droge (35-36). Ključne vrednosti treba da se posmatraju kao osnova efikasnih ključnih intervencija, koje su predstavljene u ovim preporukama. Prilikom razvijanja usluga, planirane intervencije treba da budu usaglašene sa ključnim vrednostima. U ovim preporukama, ključne vrednosti su predstavljene u dva podpoglavlja: „načela prevencije" i „načela pružanja usluga".

Slika 3: Ključne vrednosti prevencije infekcija među injektirajućim korisnicima droge



Načela prevencije

Ove preporuke se zasnivaju na četiri jednostavna načela: pragmatičan pristup unapređivanju zdravlja, perspektiva prava klijenata na osnovu bazičnih etičkih načela, odluka da se postignu ciljevi javnog zdravlja i naučni dokazi u kombinaciji sa iskustvom stručnjaka. Preporuke ne polaze od pretpostavke da su treznost ili apstinencija konačni cilj svih politika javnog zdravlja vezanih za droge (33, 35, 37-38). S druge strane, ove preporuke niti su nekompatibilne sa okvirom apstinencije niti eksplicitno isključuju takav okvir. Ne razmatraju politike kontrole droga, već se ograničavaju na rešavanje neposredne individualne i društvene štete uzrokovane infekcijama među injektirajućim korisnicima droga. Ključne intervencije koje se predlažu u ovim preporukama bi teško mogle da se primene na efikasan način da se ne oslanjaju na sledeća načela prevencije:

„Pragmatičan pristup unapređenju zdravlja" – u ovom kontekstu znači da umesto polaska od hijerarhije ciljeva u okviru čitave lepeze politika o drogama, ove preporuke, kao i mere koje se u njima razmatraju, na prvom mestu se bave širenjem infekcija među injektirajućim korisnicima droge i načinom na koji visoki rizik od infekcije u ovoj grupi može da se zauzda. Stoga, ovaj pristup ne pravi a priori pretpostavke o tome kako treba da se sprovode mere prevencije, već zagovara nezavisnu vrednost tih mera u javnom i individualnom zdravlju. Osloboditi se droge ne treba da bude uslov za dobijanje pomoći da bi se sprečile infekcije. Umesto dogmatskog pristupa u kome cilj sprečavanja korišćenja droga baca senku na druge ciljeve, pragmatičan pristup prepoznaje da svaka zdravstvena korist ima sopstvenu vrednost kojoj vredi težiti, čak i kada ne počne odmah s rešavanjem korišćenja droge koje leži u osnovi toga (37). Možda se neće svi korisnici osloboditi droge, ali rizične injektirajuće prakse i prenošenje bolesti mogu da se preventiraju.

„Perspektiva prava klijenata" u kontekstu ovih preporuka znači da mere preduzete za prevenciju i intervenciju strogo poštuju načelo korišćenja klijentove perspektive. Prvo se razrađuju mere prevencije na osnovu potreba pojedinačnih klijenata, a potrebe pružalaca ili društvene potrebe se rešavaju tek nakon što se ispune potrebe klijenta. Takođe, sve mere se pružaju klijentu na dobrovoljnoj osnovi i ne treba koristiti prisilne ili obavezne komponente. Dalje, pristup prevenciji se posmatra kao lično pravo, a ne kao beneficija. Na kraju, preventivne mere uvek treba da koriste pojedincu, a ne samo društvu (35, 39).

„Ciljevi javnog zdravlja" u kontekstu ovih preporuka znače da iako koristi metoda intervencije treba prvo da rešavaju individualne potrebe, sveobuhvatan pristup uvek treba da teži postizanju i društvenih i individualnih koristi. Metode intervencije uvek treba da uključuju prevenciju daljeg prenošenja, smanjenje ukupnih zdravstvenih i socijalnih troškova, poboljšanu produktivnost i smanjenu smrtnosti i morbiditeta među ciljnom grupom, uključujući prevenciju korišćenja droge, kad god su kompatibilni sa primarnim ciljevima (40).

„Preporuka zasnovana na naučnim dokazima i iskustvu eksperata" znači da se ove preporuke zasnivaju na naučnim dokazima u onoj meri u kojoj postoje jake studije za razmatrane mere. Za neke preporučene mere nisu vršene jake studije koje pokazuju njihovu efikasnost, što zbog kompleksnosti zahteva za njihovo koncipiranje što zbog etičkih problema u sprovođenju studija (41-42). U nekim slučajevima, najbolji raspoloživi dokazi potiču iz objavljenih ekoloških ili deskriptivnih studija ili su sakupljene iskustvom i savetima tehničkih eksperata koji su učestvovali u izradi ovih preporuka. Neke mere iz ovih preporuka su preporučene jer je njihova primena logična i smatra se da koriste pojedincu bez snošenja nepotrebnih rizika, odnosno primena ovih mera ima smisla sa pragmatičnog stanovišta.

Načela pružanja usluga

Pored gore razmotrenih načela prevencije, sprovođenje preventivnih mera iz ovih preporuka treba da poštuje sledeća, ključna načela koja sva potiču iz potrebe da se u pružanju usluga usvoji perspektiva klijenta (43). Bez primene tih ključnih načela teško je efikasno primenjivati ključne intervencije koje se predlažu u ovim preporukama:

- Obezbeđivanje poverljivosti.
- Unapređivanje pristupačnosti uslugama.
- Stvaranje atmosfere naklonjene korisnicima.
- Vođenje dijaloga sa korisnicima i promovisanje uključivanja vršnjaka.
- Usvajanje praktičnog pristupa pružanju usluga.
- Suzdržavanje od ideološke i moralne osude.
- Održavanje realne hijerarhije ciljeva.

Zadobijanje poverenja klijenata usluga je od suštinske važnosti za prevenciju infektivnih bolesti. S obzirom da su korišćenje droga i posedovanje nezakonitih droga krivično kažnjivi u mnogim zemljama, korisnici nisu voljni da odaju svoj identitet čak ni zdravstvenim stručnjacima iz straha da će postati poznati policiji ili drugim organima (44-45). Taj strah mora da se prevaziđe kako bi klijenti mogli da se privuku zdravstvenim uslugama. Obaveza potpunog identifikovanja, što je standardna praksa u pružanju zdravstvenih usluga, će odvratiti mnoge korisnike od dobijanja usluga.

Obezbeđivanje poverljivosti. Prvo ključno načelo znači da mora da se omogući pristup preventivnim uslugama anonimno ili na način koji obezbeđuje punu poverljivost, posmatrano iz perspektive klijenta. Ako se to ne postigne, sprečiće se ili će se ograničiti klijentovo korišćenje usluga koje se nude čime će se kompromitovati eventualni efekti „imuniteta krda", koji stimulišu prevenciju na nivou populacije (46-47). Da bi se obezbedila poverljivost, svim zaposlenima treba obezbediti obuku za pružanje poverljivih usluga. Za pružanje određenih usluga, kao što su testiranje, vakcinacije a ponekad i lečenje zavisnosti od droga, može biti neophodna stroga šema poverljive identifikacije, koja je obično prihvatljiva korisnicima usluga. Razvijeni su pristupi za praćenje pružanja usluga na prihvatljivim nivoima tačnosti a da se ne kompromituju anonimnost i poverljivost (48)[2].

Unapređivanje pristupačnosti uslugama. Drugo ključno načelo obezbeđuje da injektirajući korisnici droge mogu lako da dođu do usluga i da se postigne nizak prag pristupa. To znači da usluge moraju da se nalaze tamo gde su korisnici ili tamo gde oni mogu lako da dođu do njih. Usluge treba da budu dostupne u različito doba dana (46, 49-52). Usluge treba da ispune potražnju i da budu srazmerne, tako da svima koji imaju potrebu mogu da se ponude odgovarajuće, relevantne usluge u dovoljnoj meri (20, 53).

Stvaranje atmosfere naklonjene korisnicima. Treće ključno načelo u pružanju usluga je potreba da se održava atmosfera koja je naklonjena korisnicima. Ovo načelo je možda intuitivno samo po sebi očigledno, ali njegovo sprovođenje predstavlja ključni element u obezbeđivanju toga da klijenti prihvate usluge. Atmosfera naklonjena korisnicima znači da se prema klijentima ophodi dostojanstveno i sa istinskom voljom da se pomogne, bez obzira na njihov izgled ili socijalni status. To takođe znači da se poštuju želje klijenta i da mu se usluge ne nameću (50, 52). To ne znači da klijenti mogu da se ponašaju kako im je volja, naročito ako njihovo ponašanje uznemirava ili ugrožava druge. Naprotiv, pružaoci usluga treba da izrade i saopštavaju jasna pravila ponašanja u prostorijama servisa. Većina servisa ne dozvoljava kupoprodaju nelegalnih droga, finansijske transakcije ili injektiranje u prostorijama i kršenje ovih pravila može da dovede do privremene zabrane usluga (43). Mnogi korisnici pate ne samo od zavisnosti od droge već i od poremećaja mentalnog zdravlja (54). Takvi korisnici su često najviše marginalizovani i pod posebno visokim rizikom od infekcija. Ti korisnici ne treba da se etiketiraju kao „suviše teški" ili „suviše izazovni", već servisi treba da razrade načine kako da rade sa njima na human način pun poštovanja.

Vođenje dijaloga sa korisnicima i promovisanje uključivanja vršnjaka. Razgovor sa klijentima i njihovo aktivno uključivanje u rad treba da budu sastavni deo usluga koje se nude. Aktivno slušanje klijenata i odgovaranje na promenljive potrebe u saradnji sa korisnicima pomaže da se održi relevantnost usluga (55). Injektirajući rituali i navike se često prenose od iskusnijih korisnika na novajlije (56). Uobičajena je sekundarna razmena špriceva, gde se špricevi distribuiraju od jednog korisnika ka mreži njegovih vršnjaka (48, 57-58). Stručnjaci za prevenciju treba da budu upućeni u aktuelne obrasce korišćenja droge, a korisnici treba da razumeju zdravstvene rizike vezane za njih. Pružaoci usluga takođe mogu da organizuju obuke za upravljanje rizicima i unapređenje zdravlja za aktivne korisnike i da podstiču učesnike da šire te informacije. To ne samo da poboljšava korisnost usluga, već i osnažuje korisnike (59-60). Iskustvo pokazuje da uključivanje aktivnih korisnika u preventivni rad stvara pozitivan vršnjački pritisak jer klijenti uče jedni od drugih o bezbednijim metodama isporuke droge (61-63). Glavni izazov za pružaoce usluga je da priznaju i prihvate saradnju sa korisnicima.

Usvajanje praktičnog pristupa pružanju usluga. Peto ključno načelo takođe uzima perspektivnu klijenta: usluge se grade od temelja na gore, na osnovu tekućih potreba i sa ciljem da se nadomeste nedostaci u uslugama prevencije koje stvaraju rizike od infekcije i koji tačno ispunjavaju zdravstvene potrebe korisnika (64). To takođe znači priznavanje da čak i ako sve štete vezane za drogu ne mogu odmah da se reše, svaka intervencija je dragocena dokle god ona odgovara na istinsku potrebu (43). To se razlikuje od ideološkog pristupa ili pristupa „odzogo na dole" gde ciljevi mogu da se postave toliko visoko da ostanu nedostižni individualnom korisniku, pružaocima usluga i kreatorima politike.

Suzdržavanje od ideološke i moralne osude. Šesto ključno načelo prihvata da se usluge pružaju aktivnim korisnicima droge i da nije korisno osuđivati ili kritikovati samo korišćenje sa moralnog ili ideološkog stanovišta (65-66). Umesto toga, izbori koje prave korisnici treba da se poštuju čak i ako se ne slaže sa njima i zaposleni u službi treba da budu aktivno instruisani da pokazuju to poštovanje (67). To ne znači da ne treba nuditi uput za službe za lečenje zavisnosti. Naprotiv,

[2] U mestima usluga razvijeni su razni pristupi, uključujući korišćenje nadimka, kartice sa anonimnom identifikacijom ili šifre za praćenje korišćenja usluga uz maksimalnu poverljivost.

prag za ovo treba da bude nizak, a informacije o načinima pristupa treba da budu dostupne u svim prostorijama servisa koje posećuju korisnici droge (43, 53, 68).

Održavanje realne hijerarhije ciljeva. Poslednje ključno načelo zastupa ideju da se postavljaju kratkoročni ciljevi kako bi oni mogli realno da se postignu. Ovaj pristup može da pomogne razvijanju ciljeva za pružanje usluga (43). Postavljanje ciljeva prevencije suviše visoko često je nerealno i može da dovede do nepotrebnog razočarenja i netačnih zaključaka o efektima intervencija (69). Osnovna hijerarhija ciljeva usluga može da varira shodno lokalnim potrebama i situacijama, ali treba da obuhvati ciljeve kao što su dopiranje do većine grupa korisnika, uspostavljanje poverenja sa klijentima, odgovaranje na praktične potrebe korisnika, smanjivanje neposrednih rizika od infektivnih bolesti i povećavanje obima usluga vremenom.

Sveopšti ciljevi prevencije bolesti, kao što je zaštita od izbijanja epidemija i smanjenje incidence i prevalence bolesti treba da se postave na nivou programa; takođe treba da se prilagode aktuelnoj situaciji i da budu realni u metama koje ciljaju (53). Takvi ciljevi obično nisu korisni kao pokazatelji uticaja za individualne usluge prevencije i treba ih koristiti samo za postavljanje repera na nacionalnom nivou ako postoji odličan obuhvat ciljnih populacija i sveobuhvatan paket usluga. Važno je shvatiti da treba usvojiti dugoročnu perspektivu prema prevenciji, naročito ako je prevalenca hroničnih infekcija dostigla visok nivo, jer će se pokazatelji bolesti lagano vremenom poboljšavati. Usluge treba da se srazmerno povećavaju i potrebno je da prođe dovoljno vremena pre nego što efekti postanu merljivi (vidite poglavlje o „Postavljanju ciljeva za obuhvat intervencije", strana 33).

Preporučene intervencije za prevenciju infekcija među injektirajućim korisnicima droge

Preporučuje se da se komponente koje se navode u ovom poglavlju uključe u nacionalne sveobuhvatne programe čiji je cilj efikasna prevencija i redukovanje infekcija među injektirajućim korisnicima droge.

Komponente ključnih intervencija

Na osnovu najčvršćih raspoloživih dokaza, mišljenja eksperata i dobre prakse u EU/EEZ, treba primeniti sledeće komponente ključnih intervencija i, ako je moguće, kombinovati ih da bi se sinergijom postigao maksimalni efekat prevencije.

- **Oprema za injektiranje:** Besplatno obezbeđivanje, kao i legalan pristup, čistoj opremi za injektiranje droge[3], uključujući dovoljnu količinu sterilnih igala i špriceva, kao deo kombinovanog pristupa sastavljenog od više komponenti, koji se sprovodi kroz programe smanjenja štete, savetovanja i lečenja.
- **Vakcinacija:** vakcine protiv hepatitisa A i B, tetanusa, gripa i, naročito za pojedince koji su HIV pozitivni, vakcina protiv pneumonije.
- **Lečenje zavisnosti od droga:** Opioidna supstituciona terapija i drugi efikasni oblici lečenja zavisnosti od droga.
- **Testiranje:** Dobrovoljno i poverljivo testiranje uz informisani pristanak na HIV, hepatitis C (hepatitis B za one koji nisu vakcinisani) i druge infekcije, uključujući TB treba redovno da se nudi i poveže sa uputom za lečenje.
- **Lečenje infektivne bolesti:** Antiviralno lečenje zasnovano na kliničkim indikacijama za osobe zaražene HIV, HBV ili HCV virusom. Antituberkulozno lečenje za aktivne slučajeve TB-a. TB profilaktična terapija treba da se uzme u obzir za latentne slučajeve TB-a. Lečenje za druge infektivne bolesti treba da se nudi prema kliničkim indikacijama.
- **Unapređenje zdravlja:** Unapređenje zdravlja fokusirano na bezbednije injektirajuće ponašanje; seksualno zdravlje, uključujući korišćenje kondoma; i prevenciju bolesti, testiranje i lečenje.
- **Ciljano pružanje usluga:** Usluge treba da se organizuju i pružaju u skladu sa potrebama korisnika i lokalnim uslovima; to uključuje pružanje usluga preko terenskih servisa i fiksnih lokacija koje nude lečenje od narkomanije, smanjenje štete, savetovanje i testiranje, kao i upute opštim, primarno-zdravstvenim uslugama i specijalističkim medicinskim uslugama.

[3] Pored špriceva I igala, oprema za injektiranje droga uključuje kuvala/kašike ili posude za mešanje droge, filtere, acidifikatore, sterilnu vodu, suve vatirane štapiće i alkoholne vatirane štapiće. Za više detalja o opremi za injektiranje droge pogledajte uokviren tekst na strani 16.

Kombinovanje ključnih intervencija za postizanje sinergije

Kombinovani efekat višestrukih intervencija pokazuje drastično smanjenu incidencu HCV i HIV infekcija; takođe je značajno smanjeno samoprijavljeno rizično ponašanje pri injektiranju (70) (71-72).

Kombinacija intervencija

Intervencije treba kombinovati kad god je to moguće da bi se postigli sinergijski efekti. Dokazi sugerišu da najveće redukovanje HIV, HCV i rizičnog ponašanja pri injektiranju može da se postigne pružanjem i velikog obuhvata programa zamene igle i šprica i opioidnom supstitucionom terapijom. Verovatno bi dodatne usluge, kao što su lečenje bolesti i vakcinacija, koje se nude u kombinaciji sa programima zamene igle i šprica i lečenjem zavisnosti od droge, još i više sprečili prenošenje bolesti među injektirajućim korisnicima droge.

Iako postoji dovoljno dokaza o pozitivnim efektima kombinovanja opioidne supstitucione terapije i davanja igala i špriceva, ima smisla da bi i druge intervencije koje su se pokazale korisnima takođe dovele do sinergijskih efekata prevencije ako bi se pružale u kombinaciji sa drugim intervencijama. Poznato je da se pridržavanje lečenju za infektivne bolesti, kao što je HIV, poboljšava kada se kombinuje sa lečenjem zavisnosti od droga (1-2). Neki efekti pružanja kombinovanih usluga mogu da budu direktni, a drugi indirektni kroz privlačenje i pridobijanje klijenata uslugama, što poboljšava dosezanje i obuhvat usluga.

Jaka saradnja među sektorima je od suštinske važnosti kao preduslov za pružanje usluga, a i da bi se obezbedilo sprovođenje ovih ključnih intervencija. Ovaj aspekt se temeljnije obrazlaže u narednim poglavljima.

Razvijanje i obezbeđivanje programa za prevenciju i kontrolu infektivnih bolesti među injektirajućim korisnicima droge

Efikasna realizacija ključnih intervencija može da se postigne jedino naiconalnom i lokalnom saradnjom i koordinacijom među sektorima.

Saradnja i koordinacija

Za efikasnu prevenciju širenja bolesti neophodni su postizanje nacionalnog konsenzusa i ciljevi koji se međusobno uživaju, a koje su dogovorili po svim sektorima akteri koji se bave injektirajućim korisnicima droge. Akteri u kontroli infektivnih bolesti, lečenju zavisnosti, mentalnom zdravlju, socijalnim službama, policiji, pravosudnim sektorima i agencijama za kontrolu narkotika kao i zatvorskim službama imaju nacionalnu relevantnost i trebalo bi da se angažuju i budu aktivni u ovom procesu. Pored toga, važno je uključiti u koordinaciju i lokalne vlasti, grupe građana, asocijacije za korisnike droge, kao i mnoštvo drugih nevladinih organizacija ili organizacija civilnog društva.

Upotreba droga je još uvek krivično delo ili prekršaj u većini evropskih zemalja. Stoga pri izradi programa prevencije ne treba uzimati u obzir samo pitanja vezana za zdravlje, već i pitanja sprovođenja zakona.

Slično tome, injektirajući korisnici droge su često pogođeni socijalnim problemima i mentalnom bolešću, što povećava izazov koordinacije odgovora. Pošto će neke usluge morati da se pružaju davanjem uputa, treba uspostaviti i održavati veze sa zdravstvenim i socijalnim službama.

Neophodno je pridobiti svakog od ovih aktera da bi se postigli efikasni rezultati prevencije. Na primer, važno je obezbediti saradnju policije da bi se razjasnilo da je obezbeđivanje opreme za injektiranje droge mera javnog zdravlja i da policija ne treba da se meša u rad programa zamene igle i šprica ili terenskih radnika. Racije policije u blizini lokacija gde se pružaju usluge efikasno podriva svaku šansu da se postignu ciljevi usluga prevencije jer plaše i teraju potencijalne klijente. Politike sprovođenja zakona se obično određuju na centralnom nivou i strog stil vođstva odozgo na dole koji je uobičajen u većini zemalja sprečava odstupanja od lokalne politike. To se mora uzeti u obzir, a sporazumi o saradnji na najvišem nivou mogu da pomognu da se u većini mesta omogući saradnja na lokalnom nivou.

Zato je neophodno dobiti podršku za aktivnosti prevencije ne samo od lokalnih aktera i zdravstvenih ogranaka uprave, već po svim relevatnim ograncima centralne uprave, uključujući policiju. To često zahteva sporazume na najvišem nivou ili makar uvažavanje ciljeva usluga, koji se jasno saopštavaju sve do nivoa aktera ili pružanja usluga.

Saradnja sa lokalnim vlastima je takođe važna. Lokalno stanovništvo se često protivi osnivanju servisa za pružanje usluga uz reakciju „ne u mom dvorištu" iz straha od štetnih efekata na lokalnu sredinu. Snažno vođstvo i angažovanje zajednice su, dakle, neophodni, na strani lokalnih aktera, u kombinaciji sa jasnim opravdanjem dokumentovanih lokalnih beneficija kao što je smanjeno smeće od opreme za injektiranje droge (73).

Sedam preporučenih ključnih intervencija

Oprema za injektiranje

Preporučena intervencija

Besplatno obezbeđivanje, kao i legalan pristup, čistoj opremi za injektiranje droge, uključujući dovoljnu količinu sterilnih igala i špriceva, kao deo kombinovanog pristupa sastavljenog od više komponenti, koji se sprovodi kroz programe smanjenja štete, savetovanja i lečenja.

Glavni faktor rizika za dobijanje krvno prenosivih bolesti je deljenje igala, špriceva i druge opreme za pripremu i injektiranje droge. Čak i među ljudima koji prijavljuju da nikada nisu delili igle i špriceve uobičajeno je da dele opremu za pripremu droge kao što su posude za mešanje droge, voda za rastvaranje droge ili filteri za drogu, koji mogu da dovedu do prenošenja hepatitisa C ili bakterijskih infekcija (74-75) (pogledajte uokvireni tekst o širenju infekcije preko opreme za pripremu droge, strana 16). Takođe postoje dokazi da su injektirajući korisnici droge vrlo opterećeni kožnim, venskim i krvnim infekcijama zbog prakse nesterilnog injektiranja (17). Postoje izveštaji o povećanom injektiranju lekova koji idu na recept gde se pilule tih lekova drobe u prah, što povećava rizik od plućne embolije i endokarditisa (76-78). Pokazalo se da neki acidifikatori u kućnoj radinosti, koji se koriste da bi se neke droge mogle rastvoriti skrivaju gljivice koje, kad se injektiraju, mogu da izazovu srčanu infekciju endokarditis ili infekciju očiju koja može da dovede do slepila zvanog gljivični endoftalmitis (79).

Utemeljeno mišljenje: Na osnovu postojećih dokaza, mišljenja eksperata i prakse bezbednog injektiranja (80), najbolji način da se širenje HIV-a i HCV-a među osobama koje nastave da injektiraju drogu svede na minimum jeste da se obezbede sterilne igle i špricevi i druga čista oprema za injektiranje (kašike/kuvala, filteri, voda za injektiranje, acidifikatori i suvi i alkoholni vatirani štapići) za svako injektiranje i u dovoljnim količinama. Idealno bi bilo da to davanje bude besplatno i organizovano načinom distribucije koji je prihvatljiv i lako dostupan korisnicima.

Praktični aspekti: Iako neka mesta zahtevaju vraćanje korišćenih igala i špriceva da bi se dobili novi, ova politika može da bude kontraproduktivna i da predstavlja barijeru pristupanju i korišćenju sterilne opreme za injektiranje. Da bi se postigao cilj prevencije infektivnih bolesti, treba da se promoviše lak pristup iglama i špricevima i treba ohrabrivati vraćanje igala i špriceva, ali ne i apsolutno zahtevati da bi se dobile nove količine. Treba pažljivo razmotriti rizik od povreda ubodom na iglu na putu do mesta za odlaganje i za osoblje u PZIŠ. Za podsticanje bezbednog transporta i odlaganja opreme za injektiranje, preporučuje se obezbeđivanje spremišta koji se ne mogu probosti za sakupljanje i vraćanje opreme za injektiranje. Druge strategije kao što su mesta za bezbedno odlaganje u zajednici ili kućno prikupljanje su se takođe uspešno koristile u nekim mestima. Koordinacija između servisa za zamenu igala i špriceva i policije je od suštinske važnosti kako bi se obezbedilo da se nošenje opreme za injektiranje ne koristi kao razlog za hapšenje korisnika droge u blizini servisa za zamenu igala i špriceva.

Klijenti obično izražavaju svoje opredeljenje za vrstu šprica i veličinu igle; to vrlo varira zavisno od mesta i podgrupe korisnika. Ova opredeljenja treba pažljivo razmotriti kako bi se prihvatanje usluga dovelo do maksimuma. U nekim mestima, na primer, obezbeđivane su kombinacije šprica i igle, gde se igle uvlače u špric nakon upotrebe, čime se sprečava ponovna upotreba. Međutim, klijenti u nekim mestima su ih smatrali neprihvatljivim, što je dovelo do ograničenog prihvatanje usluge i retencije. Naklonjenost korisnicima, prihvatljivost i promovisanje prihvatanja usluga treba da budu glavni kriterijumi za odluke o vrsti i raznolikosti špriceva i igala koje se nude. Takođe treba da se uzmu u obzir stanovišta i opredeljenja klijenata u vezi sa opremom za pripremanje droge i vrstom i veličinom spremišta koji se ne mogu probušiti za čuvanje korišćenih igala i špriceva, jer će ta opredeljenja takođe varirati zavisno od podgrupe korisnika.

Postoje dokazi iz sistematičnih članaka sistematskih pregleda literature da obezbeđivanje igala i špriceva vodi do značajnog smanjenja u samoprijavljenom rizičnom ponašanju pri injektiranju (81). Takođe ima dokaza da programi zamene igle i šprica mogu da smanje prevalencu HIV-a (81) (82). Zbog metodoloških ograničenja, bilo je teže da se donesu zaključci o vezi između obezbeđivanja opreme za pripremu droga, kao što su posude za mešanje droge, sterilna voda i filteri od vate, i redukcije HCV- ili HIV (83). Ipak, HCV je mogao da se izoluje iz 67% vatiranih štapića, 40% filtera, 33% uzoraka vode i 25% kašika koje su koristili HIV pozitivni pojedinci za pripremu droge za injektiranje (84).

Postoje epidemiološki dokazi iz primarnih studija da je deljenje opreme za pripremu droge, naročito kuvala za drogu, povezano sa prenošenjem HCV-a među injektirajućim korisnicima droge koji ne dele igle i špriceve (85) (75).

Širenje infekcije preko opreme za pripremu droge

Voda: Voda se koristi za rastvaranje droga pre injektiranja i za ispiranje i pranje igle i šprica nakon injektiranja. Korisnici možda dele isti izvor vode za tu svrhu, što ih potencijalno dovodi u rizik od zadobijanja krvno prenosivih virusa koji možda kontaminiraju vodu.

Kašike: Kašike ili takozvana „kuvala" (npr. Stéricups®) se koriste za zagrevanje i rastvaranje droga kao što je heroin pre injektiranja ili za mešanje zdrobljenih tableta sa vodom. Korisnici možda dele kašike za pripremu droge i kontakt sa ponovno upotrebljenom ili kontaminiranom vodom ili filteri mogu da šire bakterijske i krvno prenosive viruse.

Acidifikatori: Acidifikatori se koriste za pravljenje nerastvorljivih droga kao što su braon heroin ili rastvor kreka. Neki acidifikatori mogu da dovedu do bakterijskih i gljivičnih infekcija. Infekcije mogu da se izbegnu ako se injektirajućim korisnicima nerastvorljivih droga obezbede kesice acidifikatora za jednokratnu upotrebu.

Filteri: Rastvorene droge se uvlače u špric preko filtera kako bi se sprečilo da velike čestice uđu u krvotok. Korišćenje filtera pri injektiranju u venu je važno jer može da spreči krvne grudvice ili ugruške. Međutim, deljenje filtera može da dovede do prenošenja krvno prenosivih virusa. Filteri se obično više puta koriste jer se smatra da sadrže rezidue droga, ali su neki noviji komercijalni filteri dizajnirani tako da svedu apsorpciju droge na minimum i da se rastvore posle korišćenja.

Alkoholni štapići i suvi štapići s vatom: Alkoholni jastučići treba da se koriste za čišćenje mesta uboda pre injektiranja. Čisti suvi štapići mogu da se koriste posle injektiranja da zaustave krvarenje, jer će alkoholni jastučići produžiti vreme krvarenja.

Preporučuje se obezbeđivanje vode, kašika, acidifikatora i filtera, alkoholnih jastučića i suvih štapića s vatom da bi se smanjila razmena ili ponovna upotreba i da bi se sveo na minimum potencijalni rizik od prenošenja krvno prenosivih virusa i bakterija.

Ne postoje čvrsti dokazi iz istraživanja o efikasnosti distribucije opreme za pripremu injekcije kao što su sterilna voda, kašike/kuvala, filteri ili alkoholni vatirani štapići u smanjenju incidence HIV-a i HCV-a. Jedna primarna studija sugeriše korelaciju između deljenja opreme za pripremu droge ili injektiranje i samoprijavljenog pozitivnog HCV statusa (86). Takođe postoji rizik od bakterijskih kožnih infekcija zbog ponovnog korišćenja opreme za injektiranje ili nehigijenske prakse injektiranja (17). Međutim, postoje dokazi da distribuiranje takve opreme smanjuje rizično ponašanje pri injektiranju (87) (88) i deluje kao podsticaj za privlačenje i zadržavanje klijenata na uslugama (89). Obezbeđivanje kesica limunske kiseline injektirajućim korisnicima droge na jednoj lokaciji u Velikoj Britaniji se pokazalo kao vrlo dobro primljeno među klijentima i pomoglo je da se klijenti privuku uslugama zamene igle i šprica (90).

Sterilne igle i špricevi, kao i čista oprema za injektiranje treba da se obezbeđuju zajedno sa zdravstveno promotivnim porukama o uslugama za lečenje narkomanije i informacijama o znacima upozorenja na infekcije mekog tkiva ili kože (za dodatne informacije o zdravstveno promotivnim porukama za injektirajuće korisnike droge pogledajte uokviren tekst o unapređenju zdravlja, strana 24). Treba obratiti pažnju na pružanje informacija o bezbednim praksama injektiranja koje naglašavaju da svaka igla i špric, kao i oprema za pripremu droge za injektiranje (kuvala ili posude za mešanje, pamučni filteri, voda) treba da bude samo za jednokratnu upotrebu i da ih partneri u injektiranju nikada ne dele među sobom. Takođe vredi razmotriti obezbeđivanje jednako privlačne neinjektirajuće opreme, kao što je folija za korisnike heroina ili želatin kapsule za korisnike amfetamina, koji promovišu neinjektirajuće rute upotrebe droge (91-92).

Informacije o unapređenju zdravlja treba da naglašavaju pranje ruku sapunom i čistom vodom i čišćenje mesta uboda alkoholnim vatiranim štapićem (ili sapunom i čistom vodom) pre injektiranja. Treba radije preporučiti suve vatirane štapiće nego korišćene alkoholne štapiće za pokrivanje mesta uboda odmah nakon injektiranja. Treba dati informacije o ranim znacima kožnih infekcija ili apscesa i flebitisa, a korisnici koji primete te simptome treba da se podstaknu da zatraže ranu medicinsku negu.

I pored snažnih saveta da ne treba deliti ili ponovo koristiti igle i špriceve, kao ni opremu za pripremanje droge, u većini mesta postoje dokazi da dolazi do ponovne upotrebe, često nenamerno. Prvi odgovor na ponovnu upotrebu bi trebalo da

bude povećanje dostupnosti ili pristupačnosti igala, špriceva i opreme za pripremanje droge kako bi nov komplet mogao da se koristi za svako injektiranje. Ako to nije moguće, postoje dva načina na koja se može pomoći injektirajućim korisnicima droge da na minimum svedu štete koje bi mogle da nastanu od ponovne upotrebe igala i špriceva. Prvo, špricevi koji su obeleženi brojevima, oznakama u boji, nalepnicama ili nekim drugim sistemom anonimne identifikacije mogu da pomognu da se napravi sistem označavanja koji će svesti na minimum nepažljivo deljenje špriceva. Drugo, iako je kontroverzna upotreba hlornog izbeljivača za dezinfekciju opreme za injektiranje, možda bi mogao da se uzme u obzir u slučajevima gde je poznato da ima ponovne upotrebe. Iako je pokazana efikasnost izbeljivača kod neaktivnog HIV-a u laboratorijskim uslovima (93), nema dovoljno dokaza njegove efikasnosti u injektirajućoj praksi jer se ne poštuju nužno protokoli dezinfekcije. Obezbeđivanje izbeljivača bi mogla da bude alternativa „drugog reda" obezbeđivanju sterilne opreme za injektiranje, ali je obezbeđivanje sterilne opreme za injektiranje daleko poželjnija opcija.

Vakcinacija

Preporučena intervencija

Vakcinacija vakcinama protiv hepatitisa A i B, tetanusa i gripa i, naročito za pojedince koji su HIV pozitivni, vakcina protiv pneumonije.

Utemeljeno mišljenje: Na osnovu postojećih dokaza, vakcinacija je jedna od najefikasnijih intervencija prevencije koje stoje na raspolaganju. U većini mesta injektirajući korisnici droge su pod povećanim rizikom od zadobijanja hepatitisa B, hepatitisa A i bakterijske infekcije tetanusa. Osobe zaražene hepatitisom C (za koji za sada ne postoji vakcina) i koje su su-inficirane hepatitisom A ili B pate od ubrzane progresije bolesti hepatitisa C i mnogo većeg morbiditeta. Zbog načina života, starosti ili HIV infekcije, neki injektirajući korisnici droge mogu da budu pod većim rizikom od influence ili upale pluća. Međutim, dostupne su efikasne vakcine koje mogu da spreče svaku od tih infekcija pružanjem dobre kliničke zaštite (94).

Praktični aspekti: Vakcinacija protiv hepatitisa B je sada uključena u rutinske programe vakcinacije u detinjstvu u većini zemalja članica, ali pošto je ova politika započeta 90-ih godina 20. veka, neke odrasle osobe koje injektiraju drogu nisu bile vakcinisane u detinjstvu. Iako 18 od 29 zemalja EU/EEZ ima programe za vakcinaciju protiv hepatitisa B za odrasle injektirajuće korisnike droge, ova vakcinacija se ne pruža uvek besplatno (8) (95).

Pošto je do nekih populacija koje injektiraju drogu „teško dopreti" za vakcinaciju tradicionalnim načinima, postoji jedinstvena prilika za pružanje rutinskih ili „jednokratnih" usluga vakcinacije preko fiksnih lokacija ili mobilnih servisa koje uslužuju injektirajuće korisnike droge. Postoje dokazi da se prihvatanje vakcinacije poboljšava kada je integrisano u druge usluge (96). Pokazalo se da vakcinacija injektirajućih korisnika droge smanjuje troškove kada se sprovodi u programima zamene igle i šprica, a postoje i ohrabrujući rezultati iz istraživanja o situacionom upravljanju, jer udvostručuje stope potpune vakcinacije protiv hepatitisa B (97-98). Pored toga, terenski programi mogu da budu efikasan način za povećanje prihvatanja ponovljenih doza, dok programi vakcinacije koji se nude u zatvorima ili rezidencijalnim centrima za rehabilitaciju narkomana mogu da budu efikasni za dopiranje do zatvorenika ili osoba na lečenju narkomanije, uključujući i injektirajuće korisnike droge.

Vakcina protiv hepatitisa B se obično daje u tri odvojene injekcije, koje se daju u periodu od šest meseci, mada je moguć i ubrzani plan doziranja. Iako bi moglo da bude teško osigurati da se klijent vrati po drugu i treću dozu vakcine, i dalje vredi vakcinisati klijenta koji traži prvu dozu, jer čak i jedna doza vakcine protiv hepatitisa B može da obezbedi delimičan imunitet (99). Treba napomenuti da samoprijavljeni status vakcinacije injektirajućih korisnika droge često nije tačan kada se uporedi sa njihovim stvarnim serološkim statusom (100). Testiranje na markere seruma hepatitisa B pri prvom kontaktu sa servisom može da detektuje osobe koje su pogrešno prijavile vakcinisanje na hepatitis B. Takođe, stopa onih koji su slabo odreagovali ili nisu odreagovali među injektirajućim korisnicima droge je veća nego kod opšte populacije (101).

Zbog mogućnosti većeg rizika od izbijanja epidemije hepatitisa A među injektirajućim korisnicima droge, predlaže se davanje kombinovane vakcinacije protiv hepatitisa A i B kao najboljeg načina za prevenciju obe infekcije kod injektirajućih korisnika droge (102-103). To je naročito krucijalno za osobe koje su pozitivne na hepatitis C.

U svim evropskim zemljama vakcinacija protiv tetanusa se daje u okviru programa imunizacije u detinjstvu, ali se revakcina obično daje na svakih pet do deset godina u odrasloj dobi. Treba proveravati status vakcinacije protiv tetanusa među

injektirajućim korisnicima droge, a revakcina treba da se nudi ako se nije sigurno u status vakcinacije, naročito kod onih korisnika koji imaju infekcije na mestu uboda. Često se daje kombinovana vakcinacija protiv tetanusa i difterije i to je preporučljivo jer difterija, iako retka u Evropi, ima visoku stopu smrtnosti.

Konačno, preporučuje se obezbeđivanje sezonske vakcinacije protiv gripa i pneumokokne vakcinacije (naročito ako je klijent HIV pozitivan i/ili ima više od 50 godina starosti) da bi se sveo na minimum rizik od influence ili pneumokokne infekcije (za više informacija pogledajte (16)).

Važno je napomenuti da vakcinacija protiv TB pomoću Bacillus Calmette-Guérin (BCG) vakcine se obično preporučuje samo za malu decu koja žive u oblastima gde je TB endemska i za bebe i decu pod posebnim rizikom od izlaganja TB-u u oblastima u kojima se TB inače slabo javlja. Postoje ograničeni dokazi za korišćenje BCG vakcine kod odraslih pacijenata, a kontraindikovana je kod pojedinaca sa narušenim imunitetom, kao što je simptomatična HIV infekcija (104).

Lečenje zavisnosti od droga

Lečenje zavisnosti od droga

Opioidna supstituciona terapija i drugi efikasni oblici lečenja zavisnosti od droga.

Lečenje zavisnosti od droga predstavlja važnu komponentu u sveobuhvatnom odgovoru na prevenciju štete po zdravlje koja se vezuje za zavisnost od droge (27, 105-106). U mnogim evropskim zemljama lečenje zavisnosti od droge zauzima centralno mesto u nizu intervencija za sprečavanje prenošenja infekcija koje se vezuju za drogu (54). Takođe ima ulogu u većoj adherenci lečenju infektivnih bolesti među injektirajućim korisnicima droge (1-2, 107-108). Lečenje narkomanije obuhvata niz medicinskih (uključujući farmakoloških), psiholoških, socijalnih i bihevioralnih strategija za prekidanje ili smanjenje upotrebe droge i injektiranja, a može da se sprovodi u ambulantnim ili u bolničkim mestima. Psihosocijalni terapeutski pristupi mogu da variraju od individualnog savetovanja i tehnika motivacionih razgovora do više strukturiranih intervencija psihološke terapije, koje se prilagođavaju potrebama pojedinca i situaciji. Važni aktuelni terapeutski pristupi su kognitivna i bihevioralna terapija, koje imaju za cilj da utiču na spoznaje i odučavanje od uslovljenog ponašanja upotrebe droge i njihove raznorazne kombinacije. Psihosocijalne intervencije mogu samostalno da se koriste ili u kombinaciji sa farmakoterapijom.

Terapija farmakološkog održavanja za zavisnost od opioida se sastoji od produžene upotrebe propisanih opioidnih lekova koja sprečava simptome povlačenja i smanjuje žudnju, čime se omogućava da korisnik vodi stabilniji život; smanjuje nelegalnu upotrebu heroina, rizično ponašanje i kriminalnu aktivnost; i unapređuje zdravlje, blagostanje i kvalitet života (68). Opioidna supstituciona terapija (OST) se često pruža u kombinaciji sa psihosocijalnom terapijom i uslugama dalje podrške (109-112).

Opioidni agonisti takođe mogu da se koriste za terapiju detoksifikacije. Ipak, bolnička detoksifikacija bi trebalo da se integriše sa drugim opcijama lečenja, a ne da se pruža kao samostalna usluga da bi se izbegle visoke stope relapsa (111).

Efikasnost opioidne supstitucione terapije

Podaci iz studija o ishodima lečenja i kontrolisanih testova pokazuju efikasnost supstitucione metadonske terapije i supstitucionih terapija pomoću drugih droga u lečenju zavisnosti od heroina i drugih opioida. Postoji velika količina dokaza iz članaka u vezi sa uticajem OST-a na pojavu infekcija, kao i na rizično ponašanje pri injektiranju (81, 108-111, 113-118).

U pogledu rizičnog ponašanja, višestruke studije sa metodološki jakim dizajnom koje pružaju dokaze o efikasnosti OST-a u smanjenju rizičnog ponašanja su utvrđene u tri glavna članka (108, 115, 118). Sva tri članka zaključuju da se OST povezivala sa smanjenjem u samoprijavljenoj prevalenci i frekvenciji injektiranja, deljenju opreme za injektiranje i rezultatima rizičnog ponašanja pri injektiranju.

Procenjujući dokaze o efikasnosti OST-a u smanjenju prenošenja HIV-a, isti članci su konzistentno nalazili dovoljno dokaza za zaključak da je OST u mestima u zajednici efikasna u smanjenju serokonverzije HIV-a, naročito među onima na stalnom lečenju ili kada su doze adekvatne.

Teže je bilo odrediti dokaze za efekat OST-a na smanjenje HCV incidence. To bi moglo umnogome da zavisi od činjenice da se HCV mnogo lakše prenosi injektiranjem, a verovatno i zajedničkom opremom za injektiranje[4], i mnogo višim polaznim nivoima prevalence u populacijama injektirajućih korisnika droge širom Evrope, čineći rezervoar rizika od infekcija. Međutim, nedavni podaci uključujući kohortne studije incidence hepatitisa C među klijentima na OST koje su sprovođene u zajednici, zajedno sa meta-analizom studija vršenih u Velikoj Britaniji (70-71, 119-121) ukazuju na snažan pozitivan uticaj OST-a na prevenciju HCV infekcija. Te studije ukazuju na veće koristi među onima na kontinuiranoj OST u poređenju sa onima sa prekinutom OST; na protektivni efekat lečenja održavanja metadonom u odnosu i na primarnu[5] i na sekundarnu[6] HIV i HCV infekciju; i na „doza-odgovor" efekte OST-a, gde oni koji su duže na lečenju imaju niže stope incidence HCV-a.

Brojni randomizovani kontrolisani ogledi su tokom proteklih 15 godina pružili dokaze o efikasnosti nadzirane injektibilne terapijuz pomoć heroina (HAT) za dugoročne teško izlečive zavisnike heroina, koji ne odgovaraju na standardne terapije. Rezultati pokazuju da u poređenju sa klasičnom ili optimizovanom OST, klijenti otporni na tretman kod HAT-a pokazuju sličnu ili veću retenciju terapije, veliko odustajane od kriminalnih aktivnosti (npr. krivična dela učinjena iz koristoljublja da bi se finansirala kontinuirana upotreba uličnog heroina i drugih uličnih droga) i postizanje velikih redukcija u injektiranju uličnog heroina koji se s vremenom održava (122).

Utemeljeno mišljenje: Na osnovu konzistentnih dokaza iz višestrukih robusnih studija i članaka, kao i mišljenja stručnjaka, lečenje zavisnosti od droge treba da bude dostupno i lako pristupačno, naročito OST za korisnike opioida. Psihosocijalna terapija povećava efikasnost OST-a kada se koristi u kombinaciji, predstavlja glavnu opciju lečenja za korisnike stimulansa i preporučuje se na osnovu mišljenja stručnjaka.

Kombinovani pristupi pojačavanju uticaja OST-a na infekcije

Studije usaglašenosti, završetak lečenja i ishodi apstinencije u naknadnom praćenju potvrđuju da efikasnost OST-a može da se poboljša kada se pružaju i psihosocijalne intervencije (123). U randomizovanoj kontrolisanoj studiji efekta bihevioralnih intervencija na incidencu HCV-a među injektirajućim korisnicima droge u Velikoj Britaniji (124), upoređeno je unapređeno preventivno savetovanje kombinovano sa OST-om u odnosu na samo OST. Rezultati su pokazali niže stope HCV serokonverzije u grupi koja je dobila obe intervencije.

Nedavno istraživanje ukazuje na važnost kombinovanja opioidne supstitucione terapije sa daljim merama za smanjenje štete kako bi se smanjila pojava infekcija, uključujući prenos HCV. Amsterdamska kohortna studija (71) je zaključila da se puno učešće i u lečenju održavanjem metadonom i u programima zamene igle i šprica u periodu od šest meseci vezuje za niži rizik od HCV infekcije, premda efekat nije mogao da se pokaže samo za održavanje metadonom ili samo za programe zamene igle i šprica. Kohortna studija izvedena u Velikoj Britaniji (119) je takođe primetila veći uticaj OST-a na smanjenje incidence HCV-a kada se kombinuje sa deljenjem špriceva. U najskorije vreme, meta-analiza šest studija sprovedenih u Velikoj Britaniji koje su prikupljale podatke na individualnom nivou o obuhvatu intervencije kao i o nedavno stečenoj HCV infekciji među injektirajućim korisnicima droge u zajednici dokumentovala je da je nezavisno pružanje OST-a i programa zamene igle i šprica smanjilo stope incidence HCV-a u toj grupi (70). Pored toga, dve intervencije su delovale u sinergiji, smanjivši šanse za novom HCV infekcijom za skoro 80% kada je programa zamene igle i šprica velikog obuhvata pružen onima koji su nastavili sa injektiranjem tokom OST-a.

Efikasnost kombinovanih pristupa na prenos HIV-a je dalje procenjena u studiji sprovedenoj u gradu Njujorku (125), poređenjem efikasnosti „kombinovanog preventivnog programa" (održavanje metadonom, edukacija i terenske usluge, smanjenje rizika, testiranje na HIV i program zamene igle i šprica) sa „inicijalnim preventivnim programom" koji nije uključivao razmenu igala (održavanje metadonom, edukacija i terenske usluge, smanjenje rizika, testiranje na HIV). Vremenom je posmatrana HIV prevalenca povećana u većoj meri među onima na ograničenom programu u poređenju sa

[4] Hepatitis C infekciju karakterišu komparativno visoke koncentracije infektivnog virusa u krvotoku, ne samo tokom faze primarne infekcije, već i kod onih pojedinaca koji postanu hronično inficirani (u poređenju sa HIV infekcijom). To može da dovede do visokih stopa prenosa HCV-a nakon izlaganja, jer je verovatno da će minimalna infektivna doza često biti prekoračena u situacijama razmene među inficiranim i neinficiranim injektirajućim korisnicima droge. Ovu hipotezu podržava činjenica da prevalenca hepatitisa C često premašuje prevalencu HIV-a u zajednicama korisnika, a epidemije hepatitisa C obično prednjače u odnosu na epidemije HIV-a u zajednicama korisnika. To takođe može da objasni zašto je teže obuzdati rizik od HCV-a jednom jedinom intervencijom i zašto su možda potrebne veće stope obuhvata da bi se postigao efekat na nivou populacije.

[5] Infekcija kod neinficiranih pojedinaca.

[6] Infekcija HIV-om ili HCV-om kod monoinficiranih pojedinaca.

onima na kombinovanom programu, što sugeriše da je kombinovanje OST-a sa razmenom špriceva možda imalo ulogu u ograničavanju prenosa HIV-a.

Efikasnost pristupa drugih lečenja

Postoji na raspolaganju određeni broj drugih opcija lečenja narkomanije, uključujući psihosocijalnu terapiju, kognitivne bihevioralne intervencije, situaciono upravljanje i vršnjačke grupe podrške.

Iako se nijedna intervencija samo psihosocijalne terapije nije pokazala jasno efikasnom u lečenju zavisnosti od opioida (108), rezultati opservacionih studija (velike kohortne studije kao što su DATOS u SAD i NTORS u Velikoj Britaniji) pokazuju da su bolnički i programi u zajednici, kao i programi lečenja održavanjem metadonom svi smanjili i injektirajuće korišćenje droge i razmenu igala. Tokom lečenja se smanjuje injektirajuće i rizično ponašanje i samim tim je rizik od infekcija manji (109). Psihosocijalna terapija može da igra veliku ulogu u rešavanju komorbidnih psiholoških poremećaja korisnika droge, kao što su anksioznost, depresija ili slabo samopoštovanje, kao i u unapređenju veština za izlaženje na kraj sa korišćenjem droge.

Lečenje za injektirajuće korisnike droge koji su zavisni od neopioida

Iako neki farmakološki agensi za lečenje korisnika stimulansa su obećavajući ili se trenutno testiraju, još nije pronađena farmakološka terapija koja je konzistentno efikasna u smanjenju korišćenja droge i povećanju retencije lečenja za ovu grupu (108). Nekoliko randomizovanih testova je u toku za testiranje novih lekova za lečenje zavisnosti od kokaina; za sada postoje dve obećavajuće supstance – Disulfiram, supstanca koja utiče na metabolizam alkohola, i Vigabatrin, anti-epileptični lek. Nastavljaju se pokušaji da se razvije vakcina protiv kokaina (54).

U odsustvu farmakoloških terapija, psihosocijalna terapija je naročito važna za korisnike stimulansa. Međutim, jedini sistematski pregled dokaza vezanih za psihocosijalnu terapiju za zloupotrebu psihostimulansa ili zavisnost, zbog heterogenosti studija, nije pružio čvrste zaključke oko efikasnosti pristupa jedne terapije u odnosu na zavisnost od psihostimulansa, (126).

Jedan značajniji članak je zaključio da je situaciono upravljanje (SU), koje uključuje davanje novčanih podsticaja za dalje neuzimanje droge ili da bi se ostalo na lečenju, vezano za više stope apstinencije i retencije u lečenju za korisnike stimulansa (108). U kombinaciji sa održavanjem metadonom, SU je pokazalo pozitivne ishode za klijente zavisne i od opioida i od stimulansa. Ipak, još uvek postoji relativan nedostatak dokaza da bi se ovi rezultati konsolidovali.

Isti članak je naglasio da postoje skromni dokazi o efikasnosti drugih bihevioralnih pristupa, uključujući kognitivnu bihevioralnu terapiju, jačanje zajednice SU-om i individualno savetovanje za rešavanje zloupotrebe stimulansa. Postoje slabi dokazi o uticaju motivacionih razgovora i efikasnosti terapeutskih zajednica u pogledu lečenja korisnika stimulansa.

Pružanje opioidne supstitucione terapije

Lečenje održavanjem metadonom je razvijeno u SAD 60-ih godina 20. veka, ali se njegovo uvođenje u kliničku praksu u Evropi povećalo tek od sredine 80-ih godina. Danas se u evropskim zemljama koriste metadon i buprenorfin, dihidrokodein, sporo oslobađajući morfin i diacetilmorfin (heroin)[7] (112). Nakon usvajanja sveobuhvatnih politika o drogama u zemljama EU, pružanje opioidne supstitucione terapije se ubrzalo od sredine 90-ih i sada dopire do više od polovine procenjene ciljne populacije (54, 127-128). Udeo buprenorfina u opioidnim supstitucionim terapijama u Evropi je manji nego udeo metadona, ali je u porastu, delom zbog boljeg bezbednosnog profila. Buprenorfin je delimični agonist, ima slabije opioidne efekte i proizvodi slabiji stepen fizičke zavisnosti, ali je manje verovatno da će rezultirati predoziranjem. Često se koristi u dugotrajnoj supstitucionoj terapiji koju pružaju privatni lekari. Činjenica da je danas za lečenje korisnika opioida na raspolaganju širok dijapazon supstanci, uključujući heroin, omogućava ljudima iz kliničke prakse da angažuju veći broj korisnika droge u optimizovane farmakološke terapije. Detaljnu preporuku za psihosocijalno pomognutu farmakološku terapiju zavisnosti od opioida je objavila Svetska zdravstvena organizacija 2009. (111).

Kvalitet i nadzor: Da bi postigle najbolje rezultate, usluge lečenja moraju da budu dobro organizovane i visokog kvaliteta, uključujući i nivo obuke osoblja. Konkretno, treba slediti raspoložive međunarodne preporuke o režimima lečenja, doziranju i nadzoru (111, 129). Dokazi pokazuju da treba podsticati fleksibilne strukture doziranja, uključujući slabu početnu dozu i

[7] Farmakološka terapija sa opioidnim antagonistom naltreksonom, koji blokira efekte heroina i drugih opioida, igra samo manju ulogu u Evropi, jer je lečenje povezano sa visokim stopama gubitka učinka.

jaku dozu za održavanje, bez restrikcije u doziranju i trajanju lečenja (110, 130). Za optimizaciju efikasnosti opioidne supstitucione terapije, dokazi dalje sugerišu da je kontinuirana terapija efikasnija u poređenju sa kratkoročnom upotrebom OST-a (108). Neki vidovi OST-a, kao što je metadon, će biti manje efikasni (tj. imati niže serumske nivoe) ako se istovremeno preduzme lečenje tuberkuloze ili HIV-a; to treba pratiti i prilagoditi dozu kako bi lečenje bilo efikasno (131).

Pristupačnost: Dodatno treba razmotriti pružanje OST-a preko službi socijalne pomoći. Programi socijalne pomoći su orijentisani pre na smanjenje štete nego na apstinenciju, a i fleksibilniji su u pogledu uslova prihvatljivosti i pružanja usluga, u poređenju sa programima visokog praga. Na tim mestima se podstiče kombinovana upotreba drugih usluga smanjenja štete, koje mogu da povećaju efekat lečenja. Tokom lečenja narkomanije, osobama sa istorijom sadašnjeg ili ranijeg injektirajućeg korišćenja droge treba ponuditi brojne usluge vezane za infekciju, kao što su testiranje i savetovanje inicirano od strane pružaoca ili klijenta, vakcinacije, lečenje infektivnih bolesti ili preventivna oprema. Briga o mentalnom zdravlju (i dodatna opšta zdravstvena briga koju pružaju lekari opšte medicine i, ako je dostupno, internisti) treba da se kombinuje sa lečenjem zavisnosti od droge. Pristupačnost takve brige je naročito važna za injektirajuće korisnike droge koji su u kontaktu sa servisima socijalne pomoći.

Odlaganje: sredstva za lečenje supstitucijom opioida mogu da se odlažu u klinikama, specijalizovanim centrima u zajednici ili apotekama. Na svim mestima, direktan nadzor pacijenta koji uzima lekove može da spreči preusmeravanje lekova na nelegalno tržište. Ipak, doze za uzimanje u kući omogućavaju pacijentima da ispunjavaju obaveze vezane za porodicu ili posao i da vode „normalniji" život. Za sve koji se podvrgnu takvom lečenju, neophodan uslov su redovni lekarski pregledi (16, 111).

Fleksibilnost u pogledu početka lečenja: rezultati primarnog istraživanja pokazuju pozitivne efekte privremenog lečenja održavanjem metadonom na rizično ponašanje (132). Spremno dostupno lečenje u vidu privremenog obezbeđivanja metadona omogućava injektirajućim korisnicima droge da imaju koristi od protektivnog efekta opioidne supstitucione terapije na rizično ponašanje.

Dopiranje do teških ciljnih grupa: pokazalo se da dugotrajni zavisnici od heroina koji ne odgovaraju na standardne terapije imaju koristi od programa koji pružaju nadziranu injektabilnu terapiju uz pomoć heroina (122). Pružanje HAT-a zahteva strukturalno prilagođene usluge kako bi se ispoštovali strogi bezbednosni uslovi i sprečilo svako preusmeravanje na nelegalno tržište. Klinike moraju da budu otvorene u nekoliko navrata dnevno, svakog dana u godini, kako bi se omogućilo klijentima da injektiraju svoju terapiju pod nadzorom kako se navodi u smernicama za lečenje (122). Iako su troškovi ove terapije „drugog reda" veći nego kod oralne terapije metadonom, to se kompenzuje znatnim uštedama u društvu – naročito smanjenje u troškovima krivičnih postupaka i kazne zatvora zbog povezanog kriminalnog ponašanja (133).

Zatvori: Članci o eksperimentalnim i opservacionim studijama o OST-u u zatvorima pokazuju da su koristi terapije održavanjem u zatvoru slične onima koje se postižu u zajednici (32, 134-136). Raspoloživost takvog lečenja u zatvorima predstavlja mogućnost za smanjenje nelegalne upotrebe opioida i rizičnih ponašanja u zatvorima. Dobra veza između programa u zatvorima i programa u zajednici je važna za omogućivanje kontinuiteta u lečenju (nakon zatvaranja/nakon puštanja na slobodu) kako bi se postigle dugoročne koristi i sprečili visoki rizici od štete, uključujući smrt, u periodu neposredno posle puštanja na slobodu.

Testiranje

Preporučena intervencija

Dobrovoljno i poverljivo testiranje uz informisani pristanak na HIV, HCV (HBV za one koji nisu vakcinisani) i druge infekcije, uključujući TB treba redovno da se nudi i poveže sa uputom za lečenje.

Utemeljeno mišljenje: Mišljenje stručnjaka ide u prilog dobrovoljnom i poverljivom testiranju na infektivne bolesti zbog smanjenja potencijalnih rizika, a i zato što je dijagnoza zasnovana na testovima preduslov za davanje terapije. Zbog rizika od infekcije koji se vezuje za injektirajuće korišćenje droge, verovatno će biti isplativo u svim evropskim mestima testirati injektirajuće korisnike droge na HIV, hepatitis B, hepatitis C. TB testiranje će verovatno biti isplativo u većini zemalja. Testovi na druge infekcije treba da se uzmu u obzir u standardnoj ponudi za lekarski pregled (kao što su hepatitis A, D, sifilis i drugi testovi jetre i opšti testovi krvi). Učestalost lekarskog pregleda i testiranja, kao i razmatranje koje testove izvršiti, treba da se prilagode individualnim kliničkim znacima i simptomima, kao i lokalnoj epidemiološkoj situaciji. U slučaju

injektirajućih korisnika droge, rizik je često vrlo veliki i u tom slučaju bi testiranje trebalo da se nudi jednom ili dva puta godišnje (16).

Preporučuje se dobrovoljan i poverljiv pristup uslugama testiranja koje se redovno nude. „Dobrovoljan" znači da iako je testiranje standard u medicinskoj nezi, pojedinac se obaveštava o testovima i njihovim eventualnim posledicama i daje izričitu saglasnost da bude testiran. „Rutinski se nude" znači da pružaoci usluga treba da preporučuju testiranje na infektivne bolesti injektirajućim korisnicima droge kao standardnu komponentu medicinske nege.

Međutim, procene koje su dale zemlje u EU/EEZ sugerišu da je samo od 10% do 60% injektirajućih korisnika droge testirano na HIV u prethodnih dvanaest meseci (137), a procenat za druge infekcije je verovatno mnogo niži. Blagovremena detekcija krvno prenosivih virusa i drugih bolesti omogućava klijentima da potraže zdravstvenu negu za lečenje infekcije, prevenciju komplikacija i smanjenje rizika od daljeg prenosa bolesti (138). Testiranje nudi važnu priliku za savetovanje i edukaciju injektirajućih korisnika droge o prevenciji infekcije (ako je test negativan) i daljem prenosu (ako je test pozitivan). Savetovanje o smanjenju rizika koje se sprovodi u odnosu na stanje testiranja može da dovede do smanjenja rizičnog ponašanja (139).

Krvno prenosive infekcije

EMCDDA je 2010. objavio operativne smernice za pružaoce zdravstvene nege da iniciraju testiranje svojih pacijenata koji injektiraju drog,u na HIV, virusni hepatitis i druge infekcije, uključujući bakterijske kožne infekcije, polno prenosive infekcije i respiratorne infekcije i one mogu da budu korisne u usmeravanju programa pri realizaciji testiranja za injektirajuće korisnike droge (16). ECDC je izdao opšte preporuke o testiranju na HIV (138). Ukratko, injektirajućim korisnicima droge treba da se nudi testiranje koje poštuje standarde kvaliteta nacionalnih smernica. Ali, možda će biti potrebna veća briga kako bi se dosegla i savetovala ova ranjivija i teško pristupačna populacija da bi mogao da se postigne dobar pristup testiranju, da bi se shvatio razlog za testiranje i da bi pristanak na testiranje bio jasno dobrovoljan. Omogućavanje „point-of-care" testiranja u terenskim servisima može da poveća prihvatanje testova na HIV, HBV i HCV (pogledajte uokvireni tekst u nastavku o finskom iskustvu sa „point-of-care" testiranjem). Iako je za potvrdno testiranje pozitivnih „point-of-care" testova potrebno isto vremena kao i za regularne testove, negativni rezultati testa postaju odmah dostupni, a preliminarni pozitivni rezultati testa u kombinaciji sa savetovanjem o smanjenju rizika mogu da redukuju rizično ponašanje. Testiranje treba da bude povezano sa lečenjem inficiranih osoba, uz uput preko lokalnih kanala za terapijsku negu za specijalističke servise za procenu i praćenje osoba za koje je potvrđeno da su pozitivne na HIV, hronični HCV i HBV i druge infekcije koje zahtevaju lečenje.

Tuberkuloza

Skrining za TB predstavlja dodatne i važne izazove koji se moraju rešavati u populaciji injektirajućih korisnika droge. Kontrola TB-a se u velikoj meri oslanja na detektovanje slučajeva infekcije i njihovo lečenje najmanje šest meseci u kombinaciji sa antibioticima u skladu sa međunarodnim preporukama (140-141).
Pacijentovo zakasnelo traženje nege je uobičajeno kod injektirajućih korisnika droge, što povećava rizik od prenosa TB-a i povećava težinu bolesti (142-143). Pojačano pronalaženje slučajeva je važno za redukovanje prenosa i poboljšanje ishoda lečenja i prognoza za pacijenta. TB skrining može da se vrši radi utvrđivanja aktivne ili latentne infekcije. Iz perspektive javnog zdravlja, identifikovanje aktivne TB je od suštinske važnosti jer prekida neposredan prenos. Ipak, pošto injektirajući korisnici droge, a naročito oni koji su HIV seropozitivni, imaju povećan rizik od progresije u aktivnu bolest, takođe je važna dijagnoza latentne TB koju prati preventivna terapija. U idealnom slučaju, svi injektirajući korisnici droge bi trebalo da budu testirani na aktivnu TB bolest ili latentnu TB infekciju.

Korišćenje „Point-of-care" testova u socijalnim zdravstvenim centrima u Finskoj

Od 1999. program „Point-of-care" (PoC) brzog testiranja na HIV (analize koje se vrše van laboratorije) se sprovodi u socijalnim zdravstvenim centrima (SZC) koji uslužuju injektirajuće korisnike droge u Finskoj. U 2011. godini 10 od 34 SZC je nudilo brze testove na HIV, koje je ocenjivao i preporučivao Nacionalni institut za zdravlje i socijalnu pomoć (THL).

THL podržava program PoC testiranja tako što nudi laboratorijske i savetodavne obuke, program procene i praćenja kvaliteta i pruža savete o praktičnim stvarima koje su neophodne za testiranje. Pre uvođenja brzog PoC testiranja u novim SZC, svo osoblje koje treba da radi na brzim testovima mora da bude obučeno u THL-u. Institut tri puta godišnje organizuje cikluse procene kvaliteta HIV antitela u skladu sa uslugama eksterne procene kvaliteta i vrši potvrdno testiranje za pozitivne rezultate. THL takođe pruža svakodnevne savete i prati programe testiranja, prikupljajući podatke o obuhvatu i rezultatima za nadzor programa i procenu efekata.

U svim SZC klijentima se nude besplatni, anonimni i brzi testovi na HIV, bez potrebe zakazivanja. Test se obavlja u odvojenoj prostoriji za testiranje kako bi se obezbedila privatnost. Savetovanje pre testa uključuje razgovor o rizičnom ponašanju, bezbednim seksualnim praksama i periodu prozora za HIV antitela. Testira se krv koja se vadi iz prsta i rezultat se dobija u roku od 15 minuta. Negativni rezultati testa se daju odmah posle testa, dok se pozitivni rezultati dalje potvrđuju iz posebno izvađene venske krvi. Potvrdni rezultat je gotov za nedelju dana. Pozitivni slučajevi se upućuju na bolničku negu.

U periodu između 1999. i 2010. u SZC je testirano više od 8000 uzoraka od injektirajućih korisnika krvi, od kojih su ukupno 47 bili potvrđeni HIV pozitivni slučajevi. Opšte prihvatanje brzog testiranja među zdravstvenim radnicima i klijentima SZC je pozitivno. Većina klijenata se radije opredeljuje za PoC brzo testiranje nego za konvencionalno testiranje.

TB skrining je deo sveobuhvatnog procesa pružanja zdravstvene nege koji zahteva pristup mikrobiološkim službama, objektima za lečenje, lekovima i podršci za sve dijagnostikovane pacijente. TB skrining/dijagnoza obuhvata istoriju bolesti, rentdgen grudnog koša, tuberkulinski test kože (TST) i, ako je dostupno, testove krvi (interferon-gama testovi, IGRA). Korišćena metoda zavisi od nacionalnih smernica ili, u odsustvu njih, od međunarodnih smernica za TB skrining (131) (16) (144).

Pored toga, prisustvo znakova i simptoma TB-a kod injektirajućih korisnika droge treba da se utvrdi kliničkim ispitivanjem, a u idealnom slučaju klijenti bi trebalo da popune upitnik o mogućim simptomima pre testiranja. Svaki TB skrining, naročito kod injektirajućih korisnika droge sa simptomima ili znacima TB-a, treba da bude propraćen barem mikroskopijom razmaza sputuma, uz potpuni pristup laboratorijama koje imaju kapaciteta, tehničko iskustvo i stručnost za kulturu svih sumnjivih slučajeva TB-a. Po sumnji aktivne TB, konačna TB dijagnoza treba da se zasniva na potvrdi mikrobiološke kulture, uključujući analizu susceptibilnosti leka.

Pokazalo se da injektirajući korisnici droge mogu da budu jedna od grupa sa najnižim brojem potrebnim za skrining i profilaktično lečenje da bi se sprečili slučajevi (145).

Druge infekcije koje pogađaju injektirajuće korisnike droge

Testiranje i lečenje za polno prenosive infekcije kao što su hlamidija, gonoreja i sifilis treba da se podstiču i da budu deo redovnog skrininga, naročito među osobama visokorizičnog seksualnog ponašanja i sa višestrukim seksualnim partnerima kao što su seksualni radnici. Uputi, kondomi i lubrikanti mogu da se daju na svim mestima, čak i na mestima gde možda nije moguće obezbediti testiranje i lečenje, kao na terenu.
Pored toga, injektirajući korisnici droge su pod velikim rizikom od razvijanja akutnih bakterijskih kožnih infekcija (uključujući MRSA), infekcija mekog tkiva, apscesa i kolabirajućih vena, sa komplikacijama koje su potencijalno opasne po život. Uzroci infekcije su samo injektiranje (koje omogućavaju bakterijama na koži da prodru u telo), loša higijena, loše tehničke injektiranja i kontaminirane droge (npr. izbijanje antraksa 2010. u Škotskoj). Važno je da se manje povrede i bakterijske infekcije blagovremeno prepoznaju (dijagnostikuju) i leče. U slučajevima apscesa i drugih lezija kože, treba da se uzme bakteriološki test iz gnoja, tkiva ili drugog materijala i pošalje u laboratoriju na analizu (15).

Lečenje infektivnih bolesti

Preporučena intervencija

Antiviralno lečenje zasnovano na kliničkim indikacijama za osobe zaražene HIV, HBV ili HCV virusom. Antituberkulozno lečenje za aktivne slučajeve TB-a. TB profilaktična terapija treba da se uzme u obzir za latentne slučajeve TB-a. Lečenje za druge infektivne bolesti treba da se nudi prema kliničkim indikacijama.

Utemeljeno mišljenje: Nedavne studije su pokazale jasne koristi od antiviralnog lečenja HIV-a, HBV-a i HCV-a među injektirajućim korisnicima droge. Skorije međunarodne smernice ne ograničavaju antiviralno lečenje na osobe koje ne koriste drogu, dokle god nema drugih kliničkih kontraindikacija. Postoje čvrsti dokazi za koristi lečenja TB-a na nivou pojedinaca i populacije.

Praktični aspekti: Testiranje treba da bude blisko povezano sa lečenjem, uz jasno uspostavljene obrasce upućivanja da bi se obezbedio kontinuitet nege za slučajeve koji su pozitivni i medicinsko praćenje progresije bolesti ako terapija još nije indikovana. Treba uzeti u obzir visok stepen prevalence su-infekcija među injektirajućim korisnicima droge. Uput i obezbeđivanje kontinuiteta nege za lečenje bolesti je naročito važno kod planiranja za puštanje iz zatvora. Interakcije lekova treba pažljivo da se razmotre, naročito kod su-inficiranih pojedinaca.

Krvno prenosive infekcije

Antiretroviralna terapija (ART) je ključni deo nege za injektirajuće korisnike droge koji su pozitivno testirani na HIV. Za one koji su pozitivno testirani na hepatitis B ili hepatitis C infekciju, antiviralna terapija se često klinički indikuje i treba da se pruži u skladu sa nacionalnim smernicama (1, 53, 146-148). Svi pojedinci sa HIV-om ili hroničnim hepatitisom B ili C zahtevaju redovan lekarski pregled, čak i ako ne dobijaju antiviralnu terapiju.

Postoje dokazi da aktivni injektirajući korisnici droge mogu uspešno da prođu terapiju za HIV i da imaju koristi od nje. Takođe postoje jednako čvrsti dokazi da u populacijama korisnika rezistentnost na lekove nije veća nego kod drugih HIV pozitivnih pojedinaca koji dobijaju antiretroviralnu terapiju (149). Istraživanja su pokazala i da injektirajući korisnici droge mogu da postignu ishode lečenja hepatitisa C koji su komparabilni sa ishodima koji se nalaze kod opšte, neinjektirajuće populacije, ako je terapija propraćena odgovarajućom podrškom (150). Postoje dokazi da terapija za hepatitis C može da se pruža u okviru programa opioidne supstitucione terapije i da i kako klijenti tako i zaposleni podržavaju ovaj model pružanja usluga „sve na jednom mestu" (*one-stop shop*) (151-153).

Višestruke studije su potvrdile da postoji veća verovatnoća da će se HIV pozitivne ili HIV i HCV suinficirane osobe i osobe koje dobijaju OST pridržavati režima lečenja svoje infekcije (infekcija), ali nema dokaza o tome kako to utiče na količinu virusa u krvi. (Detaljnije informacije o uticaju OST-a na adherencu ART možete da pronađete u Kliničkom protokolu za evropski region SZO (1)).

Takođe ima dokaza iz studija modeliranja da anti(retro)viralnu terapiju za HIV i hepatitis C može da utiče na prevenciju prenosa infektivne bolesti: uz adherencu lečenju, količina virusa u krvi može da se smanji, čime se smanjuje rizik od daljeg prenošenja, a takođe se sprečavaju komplikacije infekcije za individualnog HIV ili hepatitis C pozitivnog injektirajućeg korisnika droge (154).

Postekspoziciona profilaksa HIV infekcije i hepatitisa B može da se razmatra u skladu sa međunarodnim i nacionalnim preporukama.

Tuberkuloza

Svi pacijenti kojima je dijagnostikovana aktivna TB treba da dobiju adekvatnu terapiju. Terapija treba da prati nacionalne smernice, ili ako ne postoje, međunarodne smernice (140-141), koje takođe daju konkretne preporuke za posebne kliničke situacije kao što su ko-morbiditeti kao HIV infekcija. Odgovor na lečenje treba da se prati klinički i bakteriološki. Kada se pokaže da je pacijent pozitivan na aktivnu TB treba obezbediti traganje za kontaktima koje su ostvarili indeksni slučajevi TB.

Kod pojedinaca sa poznatom HIV infekcijom koji žive u mestima sa jasnim rizikom od rekurentnog izlaganja TB-u i kod kojih je isključena aktivna TB, profilaktična terapija treba da se razmatra nakon individualne procene rizika. Takođe, ako je

dostupna antiretroviralna terapija, postizanje i održavanje adekvatnog broja CD 4 ćelija kod HIV inficiranih pojedinaca će držati te pojedince pod slabim rizikom od razvijanja TB-a nakon izlaganja. To bi trebalo uzeti u obzir pri individualnoj proceni rizika.

Korišćenje profilaktične terapije kod HIV inficiranih pojedinaca treba da prati „Privremenu politiku SZO o kolaborativnim TB/HIV aktivnostima" (*WHO interim policy on collaborative TB/HIV activities*) (155) i „Smernice politike za kolaborativne TB i HIV usluge za injektirajuće i druge korisnike droge. Integrisani pristup" (*Policy guidelines for collaborative TB and HIV services for injecting and other drug users. An integrated approach*) (156).

Prema međunarodnim standardima za TB negu, strategija za pacijentovu adherencu treba da uključuje mere i za procenjivanje i za promovisanje adherence, a treba utvrditi režime za rešavanje loše adherence. Stoga se preporučuje direktno opservirana terapija- (DOT) kako bi se obezbedili multidisciplinarni pristupi za pružanje podrške pacijentima i veću adherencu terapiji. Podsticajni programi koji promovišu adherencu da slede DOT mogu biti od koristi (157).

Druge infekcije koje pogađaju injektirajuće korisnike droge

Kada se identifikuju, polno prenosive infekcije treba odmah lečiti u skladu sa nacionalnim smernicama. Dugotrajno injektiranje često vodi do hroničnih rana koje se ne mogu izlečiti kod injektirajućih korisnika droge. Procedure za upravljanje ranama mogu da budu vrlo efikasne ako je odnos između klijenta i zaposlenih stabilan i ako se zasniva na poverenju i pridržavanju lečenju. Usluge negovanja rana treba da se nude zajedno sa uslugama zamene šprica i igle, kao i lečenjem narkomanije, ako je moguće.

Promocija zdravlja

Preporučena intervencije

Promocija zdravlja fokusirana na bezbednije injektirajuće ponašanje; seksualno zdravlje, uključujući korišćenje kondoma; i prevenciju bolesti, testiranje i lečenje.

Utemeljeno mišljenje: Unapređenje zdravlja je podržano mišljenjem eksperata kao osnovna prateća komponenta za realizaciju svih šest intervencija. Pruža podršku realizaciji i društvenoj promociji drugih direktnih intervencija. Sadržaj toga treba da se vodi potrebama korisnika.

Promocija zdravlja je „proces omogućavanja ljudima da povećaju kontrolu nad svojim zdravljem i njegovim odrednicama i time unaprede svoje zdravlje" (SZO, 1986.). Unapređenje zdravlja uključuje ne samo davanje informacija i podršku, već i savetovanje o smanjenju rizika. Samo unapređenje zdravlja nije efikasno u redukovanju rizika od HIV-a među injektirajućim korisnicima droge, ali može da bude delotvorno kada se kombinuje sa drugim preventivnim merama kao što je obezbeđivanje igala i špriceva i lečenje od narkomanije, (53, 158). Zdravstveno promotivne poruke treba da budu polno i kulturološki senzitivne, date na različitim jezicima i prilagođene terminologiji upotrebe koja je poznata korisnicima i koju će oni lako razumeti.

Promocija zdravlja za bezbednije ponašanje pri injektiranju

- Koristite novu sterilnu iglu i špric i čistu opremu za svako injektiranje: „jedna igla – jedan špric – jedanput". Nikada nemojte deliti ili pozajmljivati igle, špriceve ili drugu opremu.
- Budite svesni i spremni za situacije u kojima može biti teško sprečiti infekcije, na primer, ako postoji društveni pritisak za deljenje pribora ili ako je situacija u izvesnoj meri haotična prilikom pripreme injekcije. Usvojite strategije za redukovanje verovatnoće nenamernog deljenja opreme za injektiranje (kao što je korišćenje špriceva kodiranih bojom ili označenih nalepnicom).
- Podstičite druge korisnike droge koji se ne injektiraju da ne počnu sa injektiranjem. Podstičite one koji se injektiraju da koriste bezbedne prakse pri injektiranju.
- Perite ruke pre i posle injektiranja; očistite kožu pre injektiranja alkoholom ili drugim dezinfekcionim sredstvom; koristite filter; izbegavajte korišćenje opasnih mesta za injektiranje kao što su vrat i prepone; izbegavajte injektiranje pod kožu ili direktno u mišić; i posle injektiranja očistite sve materijale, čak i površinu stola, dezinfekcionim sredstvom.
- Umesto injektiranja, bolje koristite neinjektirajuće metode, kao što su pušenje ili oralno konzumiranje droge. U te svrhe mogu se koristiti folija ili želatin kapsule.
- Sprečite predoziranje tako što ćete koristiti manje količine droge (naročito posle perioda apstinencije ili manje intenzivne upotrebe droge), nemojte koristiti drogu kada ste sami i prepoznajte znake predoziranja kod injektirajućih partnera i odmah pozovite pomoć kada ih prepoznate. Vodite računa kada koristite drogu iz novih ili nepoznatih izvora i izbegavajte mešanje droga kao što su alkohol, benzodiazepin i opioidi. Koristite zdravstvene servise pod nadzorom za higijensko injektiranje, ako su takvi servisi dostupni.

Pored pisanih materijala, treba da postoje i vizuelni i interaktivni edukativni instrumenti. Osobe koje realizuju aktivnosti unapređenja zdravlja treba da budu posebno obučene za način kako da pružaju edukaciju o zdravlju. Važno je imati na umu da unapređenje zdravlja možda treba da bude prilagođeno posebnim ličnim uslovima, kao što je mentalna bolest. To bi moglo da utiče na uspeh napora usmerenih na unapređenje zdravlja.

Svrha pružanja zdravstveno promotivnih poruka injektirajućim korisnicima droge je da se poveća razumevanje o infektivnim bolestima, prenošenju infekcija i prevenciji infekcija, u cilju redukovanja rizika od zadobijanja ili prenošenja infektivnih bolesti injektiranjem droge kroz promovisanje bezbednijeg ponašanja pri injektiranju, prelaska na neinjektirajuću upotrebu droge ili prestanka upotrebe droge. Zdravstveno promotivne poruke treba da se prilagode potrebama korisnika i da se upućuju svakom mogućom prilikom: bilo na ćošku ulice kada se pružaju terenske usluge ili u centru za lečenje od narkomanije ili u programu zamene igle i šprica. Svaki kontakt sa aktuelnim injektirajućim korisnikom droge predstavlja šansu da pružalac usluga proceni potrebe za unapređenjem zdravlja i pruži savetovanje i poruke o unapređenju zdravlja. Klijenti često znaju najbolje da procene sopstvene potrebe za informacijama o unapređenju zdravlja i, ako se sa pružaocem usluga uspostavi poverenje, neki klijenti će tražiti zdravstvene informacije na osnovu potreba koje su sami utvrdili.

Bezbednije ponašanje pri injektiranju

Glavne zdravstveno promotivne poruke koje promovišu bezbednije ponašanje pri injektiranju su navedene u prethodnom uokvirenom tekstu. Treba ih prilagoditi lokalnom kontekstu i potrebama konkretnih korisnika i individualnih stilova života.

Iako je glavni fokus ovih preporuka usmeren na prevenciju infekcija među injektirajućim korisnicima droge, glavni uzrok smrtnosti kod populacije koja koristi opioide na brojnim mestima je još uvek predoziranje (159) te je unapređenje zdravlja vezano za prevenciju predoziranja glavna aktivnost kojom osobe koje rade ili dolaze u kontakt sa injektirajućim korisnicima droge treba da se bave. Naročito je važno dopreti do osoba koje trenutno učestvuju u formalnom lečenju od narkomanije, podvrgnuti su detoksifikaciji od droge kao i do injektirajućih korisnika droge i osoba koje će uskoro biti puštene iz zatvora, i obavestiti ih da ako nastave sa upotrebom droge ili je intenziviraju, da će biti pod velikim rizikom od predoziranja zbog smanjene tolerancije na drogu. Glavne poruke o prevenciji predoziranja namenjene injektirajućim korisnicima droge takođe mogu da promovišu korišćenje manjih količina droge ili da podstiču korisnike da ne upotrebljavaju drogu kada su sami (31). Mogu se pružati obuke gde će se korisnici uputiti u načine kako da prepoznaju znake predoziranja kod injektirajućih partnera i šta da rade u hitnim slučajevima, npr. da postave žrtve u položaj za oživljavanje i da pozovu hitnu pomoć. U

nekim zemljama se koristi nalokson koji isporučuju drugi korisnici droge i zabeleženi su pozitivni rezultati (160). Dodatnu mogućnost za smanjenje verovatnoće štete vezane za predoziranje jeste podsticanje injektirajućih korisnika droge da koriste mesta za injektiranje pod nadzorom, ako su takve usluge dostupne. Zahvaljujući direktnom nadzoru od strane osoblja, u slučaju predoziranja na raspolaganju je trenutna pomoć. Nedavna studija je dokumentovala vezu između postojanja takvih servisa i smanjenja smrtnih slučajeva usled predoziranja na nivou populacije (161). Na kraju, ogromna većina onih koji počnu sa injektiranjem, to čine u društvu vršnjaka koji već koriste injektirajuću drogu. Glavne poruke za unapređenje zdravlja, na primer kako izbeći uvođenje u injektirajuću upotrebu droge i kako koristiti bezbedne prakse pri injektiranju, najefikasnije se prenose ako ih upute drugi korisnici droge.

Polno prenosive infekcije i upotreba kondoma

Podaci iz zemalja EU/EEZ o upotrebi kondoma među injektirajućim korisnicima droge se kreću od manje od 5% do skoro 60%, što je daleko manje od procenta neophodnog za prevenciju širenja polno prenosivih infekcija, uključujući virusni hepatitis i HIV (137). Zato je naročito važno da aktivnosti unapređenja zdravlja budu usmerene na polno prenošenje infekcija među injektirajućim korisnicima droge. Kondomi i lubrikanti treba da se dele zajedno sa informacijama o njihovoj stalnoj upotrebi. Dodatne informacije treba davati pri skriningu i terapiji za polno prenosive infekcije, jer postoje dokazi za polno prenošenje infekcija, uključujući HIV i hepatitis B, između injektirajućih korisnika droge i njihovih seksualnih partnera (162-163). Upotreba droge takođe može da se poveže sa razmenom seksualnih usluga za novac ili drogu, što dovodi korisnike u mnogo veći rizik od zadobijanja ili prenošenja polno prenosivih infekcija ako se kondomi ne koriste stalno i na pravilan način.

Prevencija bolesti, testiranje i lečenje

Unapređenje zdravlja treba da sadrži i informacije koje razjašnjavaju načine na koje se bolesti prenose a koji su uobičajeni kod injektirajućih korisnika droge. Treba davati informacije o infekcijama kao što su HIV, HCV i HBV, kako bi ljudi razumeli da mogu da prenesu virus čak i ako ne pokazuju nikakve simptome. U slučaju TB-a, često se javlja konfuzija u pogledu infekcije i bolesti i o fazama koje su infektivne (142) (143) (164). Studije sugerišu da informacije o prevenciji HIV-a mogu da se pobrkaju sa prevencijom TB-a, kao što je pogrešno mišljenje da TB može da se preventira upotrebom kondoma ili izbeljenim iglama, što može da objasni dužu zakasnelu reakciju pacijenata na nekim mestima (142).
Razumljiv i lako pristupačan informativni materijal kao i aktivan dijalog o TB-u i krvno prenosivim virusima su od suštinske važnosti. Jednako su važni napori za ispravljanje pogrešnih shvatanja o bolesti uz istovremeno suzbijanje stigmatizacije bolesti. Glavne zdravstveno promotivne poruke treba takođe da se fokusiraju na podršku pridržavanju lečenju kako bi pacijent mogao da se izleči (TB, HBV i, ako je uspešno, HCV), čime se smanjuje rizik od razvijanja rezistentnosti na droge i prenošenja infekcije drugima.

Konačno važno pitanje za mnoge injektirajuće korisnike droge jeste pitanje društvene podrške i socijalne brige. Postoje dokazi da je, na primer, smeštaj pod nadzorom u vezi sa smanjenim rizikom od infekcije kod osoba koje žive sa HIV-om (165). Verovatno mnogi strukturalni faktori vezani za smeštaj i ekonomsko blagostanje imaju veliki uticaj na kvalitet života i rizik od infekcije kod mnogih injektirajućih korisnika droge. Pružanje usluga podrške koje pokrivaju šire potrebe injektirajućih korisnika droge, kao što su smeštaj, hrana i mogućnosti socijalnog zaposlenja, će verovatno imati pozitivan efekat na ishode vezane za zdravlje.

Ciljano pružanje usluga

Preporučena intervencija

Usluge treba da se kombinuju, organizuju i pružaju u skladu sa potrebama korisnika i lokalnim uslovima; to uključuje pružanje usluga preko terenskih servisa i fiksnih lokacija koje nude lečenje od narkomanije, smanjenje štete, savetovanje i testiranje, kao i upute opštim, primarno-zdravstvenim uslugama i specijalističkim medicinskim uslugama.

Utemeljeno mišljenje: Dokazi i mišljenje stručnjaka podržavaju ciljano pružanje usluga u skladu sa potrebama korisnika i lokalnim uslovima.

Modaliteti pružanja usluga: razmatranja za privlačenje korisnika uslugama

Kao što to definišu glavni principi pružanja usluga, od suštinske je važnosti da se pažljivo razmotri na koji način organizovati i realizovati usluge za injektirajuće korisnike droge kako bi se prihvatljivost kod klijenata povećala do maksimuma, a time i pristup i prihvatanje usluga. Efikasnost programa usluga zavisi od sposobnosti da one privuku, motivišu i zadrže klijente. Zato planiranje usluga treba da bude usmereno na stvaranje što nižeg praga za injektirajuće korisnike droge kako bi oni mogli lako da pristupe i koriste usluge koje se pružaju.

Usluge moraju da se pružaju na lokacijama koje potencijalni korisnici usluga mogu da prepoznaju, pristupe im i osećaju se prijatno da uđu u njih. Pored toga, usluge treba pružati u diskretnom okruženju i na diskretan način gde se može osigurati poverljivost i gde se klijenti neće osećati ugroženo od osuđujućih stavova zaposlenih, maltretiranja ili straha od hapšenja od strane policijskih organa. Ponekad je nuđenje najbazičnijih socijalnih usluga, kao što su hrana, kupanje i odeća, način da se uslugama privuku injektirajući korisnici droge koji su najviše društveno isključeni i pod rizikom.

Pristup uslugama mora pažljivo da se planira na osnovu lokalnog konteksta. Lak i pravovremen pristup uslugama je naročito važan kod davanja igala, špriceva i opreme za injektiranje. Smanjenje širenja HIV-a, hepatitisa B i hepatitisa C je nemoguće bez stalnog snabdevanja čistom opremom za injektiranje.

Usluge za injektirajuće korisnike droge će varirati zavisno od zemlje, regiona, raspoloživih resursa i podpopulacije, najviše zbog toga što će se karakteristike injektirajućih korisnika droge razlikovati unutar i između zemalja, zavisno od vrste droge koje se koristi, starosti, pola, etničkog porekla i nivoa primanja. Zato je vrlo važno uključiti ciljnu populaciju u izradu i odabir modaliteta realizacije programa usluga kako bi se na najbolji način ispunile lokalne potrebe i kontekst. Ako se programi prilagode potrebama klijenata i njihovim opredeljenjima po pitanju usluga, veće su šanse da usluge budu bolje prihvaćene.

Pristup maloletnih lica programima zamene igle i šprica u Mađarskoj

Kada su izrađene prve sveobuhvatne nacionalne smernice za PZIŠ u Mađarskoj 2010. godine*, javila se potreba za nacionalnim konsenzusom o pristupu maloletnih lica (zakonski uzrast u Mađarskoj: 18) tim uslugama. Projektna načela anonimnosti, poverljivosti i lakog i neograničenog pristupa uslugama, koja se smatraju jednim od glavnih prednosti usluga socijalne pomoći za korisnike droge, onemogućili su ograničavanje pristupa uslugama PZIŠ. U isto vreme lokalni propisi su propisali prijavljivanje dece „pod rizikom" organima za dečiju zaštitu.

Kontradiktorni zakonski okviri su bili polazna tačka za proces diskusija na nacionalnom nivou, okupivši stručnjake iz dečije zaštite, predstavnike svih mađarskih PZIŠ i drugih interesnih grupa na nacionalnom sastanku. Nakon predstavljanja međunarodne i lokalne prakse i diskusija o temama kao što je potreba maloletnika za višestrukim uslugama, kao što su temeljna predkonsultativna i procena individualnih slučajeva, utrt je put konsenzusu. Dogovoreno je da pored predstojećih opštih smernica za nacionalni nivo, svaki PZIŠ treba da ponovo razmotri sopstvene interne propise, a u isto vreme službe za dečiju zaštitu treba da izgrade partnerstva sa relevantnim servisima vezanim za drogu, kako bi mogli da upućuju maloletnike na savetovanje o drogama i lečenje. U pogledu kontradiktornosti između zakonodavstva o dečijoj zaštiti i uslugama socijalne pomoći, zatraženo je rešenje od ombudsmana, koje se odražava u smernicama.

Konačne nacionalne smernice za PZIŠ koje je u julu 2011. objavio Nacionalni institut za porodičnu i socijalnu politiku, navode da malolenta lica ne treba da budu isključena iz PZIŠ jer anonimnost predstavlja visok prioritet u takvim programima. Ali su smernice takođe jasno stavile do znanja da treba podsticati maloletnike da informišu svoje roditelje. Tamo gde je to primereno, preporučuje se da se kontaktiraju lokalne službe za dečiju zaštitu kao jedan od glavnih lokalnih partnera PZIŠ. Na osnovu procene svakog pojedinačnog slučaja, saradnja i razmena informacija između obeju organizacija se smatraju korisnim za maloletne klijente PZIŠ.

* Smernice su formulisane u okviru prioritetnog projekta koji je finansirala EU: „Modernizacija socijalnih službi, jačanje centralnih i lokalnih kapaciteta za strateško planiranje i podrška odlukama socijalne politike Operativnog programa društvene obnove."

Vrste pružanja usluga

Postoje brojni načini za pružanje usluga i svaki od njih može da funkcioniše u kombinaciji sa drugim uslugama ili izolovano. Mnoge zemlje su zaključile da je integrisanje usluga u model usluga „sve na jednom mestu" sa niskim pragom pristupa

isplativiji i efikasniji način pružanja usluga i da klijenti cene integrisanje usluga (120, 166-167). Primer vrlo integrisanog pružanja usluga na fiksnoj lokaciji bilo bi mesto koje obezbeđuje igle, špriceve i opremu za injektiranje, testiranje i eventualno medicinsku negu (npr. terapiju za HIV, hepatitis B i C), opšte zdravstvene informacije o higijeni i prevenciji predoziranja, upute na lečenje od narkomanije i opšte zdravstvene i socijalne usluge. (Pogledajte uokvireni tekst sa primerima integracije usluga na strani 29).

Ako nije moguće integrisati usluge zbog organizacije zdravstvenog sistema, finansiranja ili preferencija klijenata, pružanje pojedinačnih usluga koje će ispuniti potrebe klijenata još uvek ima veliku vrednost. Mnogi programi počinju jednim modalitetom pružanja usluga pa vremenom dodaju dodatne usluge. Modaliteti pružanja usluge treba da se prilagode kako bi se postigla maksimalna efikasnost u odnosu na lokalne potrebe. Ovi modaliteti pružanja usluge nose različite nazive, zavisno od mesta, ali opšte karakteristike obično spadaju u sledeće kategorije:

Fiksne lokacije: usluge mogu i često se pružaju preko servisa na fiksnoj lokaciji koji su posebno usmereni na injektirajuće korisnike droge i imaju za cilj održavanje niskog praga za pristup uslugama (odnosno vrlo malo restrikcija kod korišćenja i perspektiva klijenta o pružanju usluga), kako bi se pristup korisnicima što više olakšao. Servisi sa fiksnom lokacijom mogu da budu lokacije za programe zamene igle i šprica ili lokacije za opioidnu supstitucionu ili terapiju drugim drogama, koje mogu takođe da pružaju dodatne usluge injektirajućim korisnicima droge, kao što su testiranje na HIV, hepatitis ili TB, zdravstvena edukacija ili uput na lečenje. Fiksne lokacije mogu da služe kao svratište ili mesto gde će boraviti injektirajući korisnici droge. Servisna lokacija, koja pruža zdravstvene i preventivne usluge, takođe može da bude mesto za odmor, ishranu, čitanje novina, korišćenje interneta i razgovor sa osobljem i vršnjacima u opuštenoj i prihvatljivoj atmosferi. Fiksne servisne lokacije su važno mesto za vršnjačku edukaciju i često služe kao baza odakle profesionalci i vršnjački radnici realizuju terenske aktivnosti. Lokacije programa zamene igle i šprica često služe kao kapije za privlačenje klijenata. U početku mnogi klijenti posećuju servisne lokacije zbog društvenih veza, špriceva ili opreme za pripremu droge koji se tamo nude, ali onda dolaze u kontakt sa nizom drugih usluga i zdravstveno obrazovnim porukama.

U više od 50 evropskih gradova[8], prostori gde droga može da se konzumira pod direktnim nadzorom zdravstvenih radnika su integrisani u specijalizovane fiksne lokacije. Takvi objekti za injektiranje pod nadzorom su profesionalno vođeni zdravstveni objekti gde se promoviše higijenska i bezbednija upotreba radi smanjenja morbiditeta i mortaliteta vezanih za injektiranje droge (5). Ti objekti pružaju mogućnosti za zdravstvenu edukaciju i prevenciju bolesti kao i za neposrednu intervenciju od strane profesionalaca u slučajevima predoziranja. Glavni cilj je dopreti i ostati u kontaktu sa osobama koje ne mogu ili ne žele da prekinu sa injektiranjem droge, redukovati rizike po zdravlje i obezbediti pristup drugim uslugama, naročito medicinskoj nezi i lečenju narkomanije. Istraživanja su pokazala da objekti za injektiranje pod nadzorom dopiru do ciljnih grupa do kojih je naročito teško dopreti i da korisnici usluga prijavljuju značajna smanjenja u rizičnom ponašanju kao i poboljšano zdravlje.

Bez obzira na to kog su tipa, fiksne servisne lokacije treba da se nalaze u zoni gde osetne grupe injektirajućih korisnika droge žive ili provode vreme ili, alternativno, gde veliki broj potencijalnih klijenata lako može da dobije pristup servisnoj lokaciji. Fiksne servisne lokacije obično vodi specijalizovano osoblje; oni bi trebalo da budu dobro obučeni za pružanje usluga i edukaciju na način koji je orijentisan na klijente i koji ne osuđuje. Prednosti fiksnih lokacija su mogućnost pružanja više usluga na jednoj lokaciji i da se usluge koje se pružaju mogu prilagoditi potrebama lokalne populacije. Na primer, klijenti mogu da biraju tip igala, špriceva i opreme za injektiranje koje žele, čime se minimizira otpad od upakovanih kompleta koji često sadrže artikle koje klijenti ne žele ili im nisu potrebni. Mane fiksnih lokacija su te da njihovo funkcionisanje može da bude skupo, što može da ograniči vreme rada, a time i pristup uslugama. Pristup fiksnim lokacijama može biti otežan i korisnicima izvan neposredne geografske zone. Zato treba obratiti pažnju na mapiranje potreba za uslugama i uklapanje tih potreba sa lokacijama koje su lako pristupačne i koje nude prigodno vreme rada što većem broju injektirajućih korisnika usluga. Injektirajući korisnici droge koje žive u teško dostupnim oblastima će možda zahtevati mobilne terenske službe (vidite u nastavku).

Ponekad se fiksne lokacije suočavaju sa negativnim reakcijama u susedstvu ako se smatra da one privlače problematičnu populaciju te je u zajednici potrebna intenzivna komunikacija da bi se te zabrinutosti prevazišle. Fiksne lokacije takođe mogu u očima klijenata da se dovode u vezu sa neželjenim pružaocima usluga, na primer, državnim programima, koji na nekim mestima mogu da ograniče prihvatanje. Službe koje pružaju ambulantno lečenje zavisnosti od droge obično kombinuju dodatne ponude zdravstvenih i socijalnih usluga koje su relevantne za ciljnu grupu injektirajućih korisnika droge,

[8] Ti gradovi se nalaze u Nemačkoj, Luksemburgu, Holandiji, Norveškoj, Španiji i Švajcarskoj.

uključujući mere za prevenciju infektivnih bolesti, kao što su savetovanje i testiranje, vakcinacija i uput na specijalističku negu.

Apotekarske lokacije: u većini zemalja EU/EEZ špricevi se legalno prodaju. U nekim zemljama apoteke su glavni dobavljač igala i špriceva. Apoteke mogu da deluju kao prodajna ili distributivna mesta za igle, špriceve i opremu za injektiranje, a mogu i da budu

servisna mesta za prikupljanje korišćenih igala i špriceva. Apoteke takođe mogu da pružaju injektirajućim korisnicima droge usluge testiranja ili vakcinacije. Jedan primer iz Škotske koristi elektronski sistem za praćenje pojedinačnih klijenata korišćenjem anonimne kartice. Sa tom karticom klijenti mogu da besplatno dobiju sterilne igle i špriceve iz apoteka. Sistem takođe može da prati one kojima treba uput za testiranje ili vakcinaciju i pruža informacije o broju igala i špriceva koji su podeljeni po klijentu radi planiranja zdravstvenih usluga. Dalje, apoteka u zajednici može da bude aktivan partner u opioidnoj supstitucionoj terapiji, deljenju lekova registrovanim pacijentima, održavanju redovnog kontakta, podsećanju klijenata na zakazan pregled ili upravljanje dodatnim lekovima. Uput i praćenje usluga vakcinacije takođe mogu da se upravljaju preko ovog sistema. Glavna korist usluga apoteke je ta što može da bude pristupačnija injektirajućim korisnicima droge, kako u velikim tako i u malim gradovima, zahvaljujući postojećoj infrastrukturi, koja takođe smanjuje troškove. Međutim, većina apoteka se fokusira na usluživanje opšte javnosti i mnoge od njih su u privatne, što ponekad smanjuje izvodljivost i prihvatljivost pružanja usluga injektirajućim korisnicima droge koji se mogu smatrati za nepoželjne klijente ili klijente koji ne plaćaju. Poverljivost klijenata i mogućnost šire zdravstvene promocije mogu da budu problem ako apoteka nema prostor za privatne konsultacije ili ima manjak osoblja. Konačno, igle i špricevi koji se obezbeđuju preko apoteka se često daju u upakovanim svežnjevima što prilično ograničava individualni izbor. Iako je distribucija usluga injektirajućim korisnicima droga preko apoteka vrlo efikasna metoda pružanja usluga, apoteke ne mogu da pokriju sve potrebe korisnika.

Terenske službe: S obzirom da je mnogim podgrupama injektirajućih korisnika droge teško pristupiti preko opštih zdravstvenih službi, terenske službe su često efikasan način za davanje usluga, na primer, obezbeđivanje igala, špriceva i opreme za injektiranje. Terenske službe takođe mogu da isporučuju kondome, opioidnu supstitucionu terapiju i zdravstvene promotivne poruke (158). „Terenski" je generički termin koji se koristi da pokrije nekoliko vrsta davanja usluga i može da uključuje mobilne jedinice ili kombije, terensko pokrivanje ulica u zajednici od strane zdravstvenih radnika i regularne ispostave smeštene u drugim službama. Često terenske službe mogu da dopru do osoba koje nisu u kontaktu sa drugim zdravstvenim službama te tako imaju važnu ulogu u identifikaciji njihovih potreba za upućivanjem na fiksne lokacije ili opšte zdravstvene službe, kao za testiranje ili terapiju za HIV, hepatitis i TB, ili lečenje od narkomanije (Za više informacija o tome pogledajte (158, 168).) Terenske usluge mogu da uključuju kućne posete i terenski radnici mogu da prate klijente do drugih službi. Jedna od koristi terenskih službi je da su one zahvaljujući mobilnosti često vrlo pristupačne različitim populacijama injektirajućih korisnika droge jer lako mogu da se kreću do novih zona sa velikom koncentracijom injektirajućih korisnika droge. Mobilne jedinice mogu da pružaju usluge, uključujući deljenje lekova za opioidnu supstituciju na mestima gde je koncentrisano manje injektirajućih korisnika droge ili gde fiksne lokacije nisu moguće zbog protivljenja zajednice ili policije. Ponekad troškovi ograničavaju meru u kojoj su moguće mobilne terenske službe, kao i radno vreme koje mora da se skrati. Jedan članak je zaključio da injektirajući korisnici droge vide terenske službe kao mesta koja ne pružaju celokupan dijapazon usluga (169).

Usluge koje isporučuju drugi korisnici (vršnjaci) su vrsta terenskih usluga (mada usluge mogu da se pružaju i iz fiksnih lokacija) koje pružaju sadašnji ili nekadašnji injektirajući korisnici droge kako bi uputili druge injektirajuće korisnike droge u servisne centre. Ako se ne žele formalne usluge, u ovakvim službama vršnjaci distribuiraju igle, špriceve i opremu (to se ponekad naziva „sekundarna distribucija igala"). Ovakve službe mogu da obezbede mnogo lakši pristup najrizičnijim populacijama, uključujući nove ili mlade injektirajuće korisnike droge. Vršnjaci vode računa o distribuciji opreme, uputima na lečenje od narkomanije (ili druge terapijske i usluge testiranja), kao i zdravstveno promotivne poruke na jeziku koji se koristi na lokalnoj sceni upotrebe droge. Poruke koje daju drugi korisnici droge tako imaju većeg uticaja (i vode do boljeg prihvata intervencije) nego one koje daju zdravstveni radnici – velika prednost, naročito ako se uzme u obzir da osobe koje dobiju igle i špriceve preko sekundarne distribucije često pokazuju ekstremno visoko rizično ponašanje. Ako se koriste vršnjačke usluge, onda su naročito važne obuka, nadzor i podrška, kao i detaljno razmatranje etičkih implikacija zapošljavanja bivših ili sadašnjih injektirajućih korisnika droge za sprovođenje terenskih usluga injektirajućim korisnicima droge. Za više informacija o tome pogledajte (158) i (168, 170).

Prodajni automati: Prodajni automati se koriste na nekim mestima kao komplementarna metoda distribucije igala, špriceva i opreme, obično u vidu unapred napunjenih paketa. Rade na ubacivanje novca i daju pisani uput na lečenje od

narkomanije, informacije o bezbednom injektiranju i druge zdravstvene promotivne poruke zajedno sa proizvodima koji se dele. Ovakav vid pružanja usluga je uvek dostupan potencijalnim korisnicima i izuzetno je anoniman, te često privlači nove i mlađe injektirajuće korisnike droge. Međutim, ova vrsta usluge zahteva novac ili žetone da bi se rukovalo automatom, i mora da postoji plan kako bi se obezbedilo redovno punjenje i održavanje mašina. Zabrinutosti zajednice o postavljanju prodajnih automata nisu neuobičajene, kao ni strahovi da su dostupni maloletnicima. Takođe treba da bude očigledno da prodajni automati za špriceve ne mogu da pruže direktnu vezu sa pružaocem usluga, što onemogućava upute na testiranje i lečenje i direktno promovisanje zdravlja. Ipak, mogu da budu prvi korak koji nudi mogućnost kontakta, koji će stvoriti prepoznavanje naziva kao i određeni nivo poverenja u organizaciju koja upravlja prodajnim automatima za špriceve (171).

Opšte zdravstvene službe: Bolnica ili mesto primarne brige predstavljaju još jedan važan izvor pružanja usluga i uputa specijalizovanim službama za injektirajuće korisnike droge. Poverljivo testiranje, dijagnoza i lečenje za HIV, virusni hepatitis, TB, bakterijske kožne infkecije i druge bolesti koje su uobičajene kod injektirajućih korisnika droge se obično vrše u opštim zdravstvenim centrima, a važno je i održavanje snažnih veza upućivanja između tih službi i fiksnih lokacija ili mobilnih mesta koji opslužuju injektirajuće korisnike droge. Opšte zdravstvene službe takođe mogu da obezbeđuju igle, špriceve i drugu opremu za injektiranje, da nadziru higijensko injektiranje, pomažu tokom detoksifikacije od droge, obezbeđuju kondome i generalno promovišu zdravlje. Opšte zdravstvene službe često organizuju TB i HIV klinike. S obzirom na veliki udeo injektirajućih korisnika droge među klijentima, od izuzetno velike važnosti je da zaposleni u opštim zdravstvenim službama budu propisno obučeni za prikladne zdravstveno promotivne poruke i mogu ili da upućuju ljude na lečenje od narkomanije ili na službe za zamenu igle i šprica ili znaju gde se ti uputi mogu dobiti. U idealnom slučaju, svi injektirajući korisnici droge bi tražili i dobili visokokvalitetne glavne zdravstvene usluge. Ipak, postoje dokazi iz nekih mesta da injektirajući korisnici droge samo retko posećuju opšte zdravstvene službe te su neophodni alternativni načini da bi i oni bili pokriveni. U Holandiji se pored opštih zdravstvenih usluga injektirajućim korisnicima droge i drugim rizičnim grupama nude i specijalizovane usluge. Takođe postoje primeri integrisanja medicinskih i usluga vezanih za droge (model „sve na jednom mestu") u jedan program, što olakšava adherencu i završetak terapije (153, 172-174). Primeri su direktno opservirana TB terapija i HCV antiviralna terapija, oboje u kombinaciji sa lečenjem održavanjem metadonom. Opšte zdravstvene službe su lako pristupačne klijentima, naročito njihova odeljenja za urgentan prijem, koja su uvek otvorena. Mora se voditi računa o senzibilizaciji i zdravstvenih i nezdravstvenih radnika u tim opštijim zdravstvenim mestima na probleme injektirajućih korisnika droge i pružanje nege takvim korisnicima bez osuđivanja i uz poverljivost. U nekim zemljama neke opšte zdravstvene službe pružaju anonimno testiranje.

Mesta u zatvorima: Na kraju, važno je pomenuti i da mnoge zemlje pružaju usluge populacijama IKD u zatvorskim sistemima i mesta u zatvorima predstavljaju ključ za postizanje velike i efikasne pokrivenosti usluga za prevenciju infekcije među injektirajućim korisnicima droge. Popravne ustanove su važno mesto za prevenciju i kontrolu infekcija vezanih za injektiranje. Glavni razlozi su: (a) visoka prevalenca HIV-a, HCV-a i TB-a u zatvorima; (b) činjenica da mnogi injektirajući korisnici droge na kraju budu osuđeni na odsluženje zatvorske kazne; i (c) dokazi da se u zatvoru nastavlja sa korišćenjem i injektiranjem droge– uprkos strogoj zabrani droga (5). U nekim zemljama zatvorski sistemi nude lečenje od narkomanije, testiranje na bolesti i terapije, vakcinacije, zdravstvenu edukaciju pa čak i programe zamene igle i šprica. Sledeći princip „jednakosti pružanja usluga" između zajednice i zatvora, u mnogim zemljama postoji pokret za obezbeđivanje istih usluga injektirajućim korisnicima droge u zatvorima kao i injektirajućim korisnicima droge u zajednici.

Opisani modaliteti pružanja usluga mogu da budu efikasni u targetiranju injektirajućih korisnika droge. Nove metode koje se javljaju za pružanje informacija o unapređenju zdravlja, kao što je slanje poruka putem mobilnih telefona i interneta su obećavajuće za bolje pridržavanje lečenju. Iako će službe ponekad aktivirati samo jedan vid pružanja usluga, verovatnije je da će efikasni programi pružati nekoliko usluga na jednoj lokaciji ili nekoliko vidova pružanja usluga kako bi se ispunile različite potrebe korisnika. Da bi se bolje povezale programske usluge, od ključne je važnosti da višestruke usluge budu smeštene na istom mestu kako bi korisnici mogli da im pristupe kako je njima zgodno (vidite uokvireni tekst u nastavku o integraciji usluga). Pored toga, terenski radnici, rukovodioci slučajeva i pružaoci zdravstvenih usluga treba dalje da se obučavaju za terapijsko odnosno situaciono upravljanje komorbidnim uslovima; teme obuke treba da uključuju lečenje od narkomanije, terapija za TB, virusni hepatitis i HIV. Specijalizovani pružaoci usluga takođe treba da budu uključeni u brigu o tim pacijentima. Pored tih ko-morbiditeta, često postoje i dijagnoze mentalnog zdravlja koje zahtevaju dobro upravljanje slučajem. Veća svest i obuke mogu da dovedu do boljeg praćenja interakcija droga-droga i neželjenih posledica, kao i do maksimalnih ishoda lečenja i boljeg kvaliteta života klijenta.

Integracija usluga

Postoje brojni uspešni primeri povezivanja usluga za injektirajuće korisnike droge da bi se povećao pristup uslugama, harmonizovala terapija i optimizovala distribucija preventivnih poruka, čime se povećava verovatnoća adherence i uspeha terapije. Pružanje usluga za TB, virusni hepatitis, HIV i opiodne supstitucione terapije i/ili programa za zamenu igle i šprica na istoj lokaciji je opcija koja u nekim zemljama postoji u praksi ili je u razvoju. Fizička blizina usluga ne samo da je prednost, već korisnost od toga ima i komunikacija i razmena ekspertize među različitim zdravstvenim programima (142-143, 202-204).

Nedavni pilot program u Estoniji je pokazao da se prihvat usluga TB skrininga može povećati ponudom TB skrininga u objektima za opioidnu supstitucionu terapiju i aktivnijim uputima na TB službe (podsetnici, podsticaji, transport) (172). Pri planiranju uslužnih servisa, treba obezbediti i su isporuku usluga. Na primer, HIV-seropozitivne osobe koje nisu zaražene TB-om treba držati odvojeno od pacijenata sa aktivnim TB-om, zbog povećanog rizika od infekcije TB kod HIV-pozitivnih osoba.

Servisi mogu da se izgrade iz postojećih programa za rehabilitaciju od droga, programa za distribuiranje špriceva, ili pružaoca usluga za TB direktno opserviranu terapiju (DOT), zavisno od toga šta se smatra najboljim za konkretno mesto. Mobilni terenski zdravstveni programi mogu da budu korisni da se dopre do određenih populacija injektirajućih korisnika droge, naročito preko mobilnih jedinica za radiografski skrining. Pokazalo se da takve jedinice imaju pozitivan efekat na smanjenje TB među injektirajućim korisnicima droge u Roterdamu, u Holandiji (205).

Tabela 1: Načini pružanja usluga koje targetiraju injektirajuće korisnike droge i njihove snage i slabosti

Tip modela	Vrste usluga koje bi mogle da se pružaju injektirajućim korisnicima droge	Snage	Ograničenja
Socijalne usluge na fiksnoj lokaciji	• Obezbeđivanje/odlaganje opreme za injektiranje • Savetovanje • Lečenje zavisnosti od droge uključujući OST • Testiranje na HIV, hepatitis B, C i TB • Vakcinacija • Mesto za boravak • Hrana, kupanje, odeća • Vršnjačka edukacija • Unapređenje zdravlja • Edukacija o bezbednijoj upotrebi, uklj. prevenciju i upravljanje predoziranjem • Objekti pod nadzorom za higijensko injektiranje • Promovisanje bezbednijeg seksualnog zdravlja i distribucija kondoma • Antiviralna terapija pod nadzorom (ili direktno opservirana terapija za TB)	+ Potencijal za stvaranje osećaja pripadnosti za klijente + Potencijal za pružanje višestrukih usluga na jednoj lokaciji + Može da postigne povoljan odnos troškova/obuhvata klijenata + Može da ponudi usluge prilagođene potrebama klijenata + Obično ih vodi specijalističko osoblje + Nema protivljenja kod drugih klijenata + Ako se dobro organizuje, pristup je lak + Pruža bazu za druge usluge, kao što su terenske usluge	- Fiksna lokacija bi mogla da ograniči pristup onima koji ne žive u blizini - Može da bude skupa za rad - Može da ima ograničeno radno vreme - Potencijal za uznemiravanje od strane policije ili drugih pripadnika sprovođenja zakona, naročito ako nisu uspostavljeni/ne upravlja se kontaktima saradnje - Može biti povećan rizik po bezbednost osoblja ako se ne upravlja dobro - Potencijalno manji pristup mladima ili onima koji kraće vreme injektiraju drogu - Fiksna lokacija može biti teža za osnivanje zbog protivljenja okoline
Usluge apoteka	• Obezbeđivanje/odlaganje opreme za injektiranje • Komprese • Promocija zdravlja • Poverljivo testiranje • Informacije i uputi (testiranje i lečenje infektivnih bolesti, vakcinacija i usluge vezane za drogu) • Obezbeđivanje (brzih) testova na HIV/hepatitis C	+ Pristupačne/dobra geografska dostupnost + Dugo radno vreme + Mogu da budu isplativi + Mogu da se smatraju više anonimnim + Pristup medicinskim savetima/srednje obučeno osoblje +Koristi postojeću infrastrukturu	- Može biti neophodno plaćanje - Ograničena mogućnost za promociju zdravlja i upute u apotekama punim posla - Obezbeđivanje upakovanih svežnjeva smanjuje opcije preferencija korisnika - Nevoljnost apotekara da prodaju špriceve injektirajućim korisnicima droge - Protivljenje drugih klijenata
Terenske(outreach) usluge (uključujući usluge koje pružaju drugi korisnici droge)	• Obezbeđivanje/odlaganje opreme za injektiranje • Promocija zdravlja • Informacije o odgovarajućim specijalistima, klinikama i medicinskim uslugama • Uputi na testiranje i lečenje infektivnih bolesti, vakcinaciju i usluge vezane za drogu • Kućne posete, zatvorske posete • Prateći uputi drugim službama • Obezbeđivanje brzih	+ Odgovara i lako se prilagođava potrebama korisnika + Fleksibilno u pogledu promene lokacija gde se mogu dosegnuti injektirajući korisnici droge + Potencijal „ranog upozorenja": profesionalci saznaju šta se dešava među korisnicima + Pristupačno, naročito za korisnike do kojih je teško doći i koji su pod visokim rizikom (mladi / novi korisnici, migrirajući korisnici)	- Ne mogu se pružati sve usluge - Troškovi i održavanje (mobilne jedinice) - Ograničeno radno vreme - Skuplje vreme zaposlenih (zbog vremena provedenog u vožnji, itd.) - Neke mobilne jedinice mogu da učine da se korisnici osećaju suviše opservirano/neprijatno - Usluge koje pružaju drugi korisnici moraju da budu dobro nadzirane i zahtevaju obuku

	testova na HIV/hepatitis C • Savetovanje	+ Usluge koje pružaju drugi korisnici mogu da povećaju efikasnost usluge	
Prodajni automati	• Obezbeđivanje/odlaganje opreme za injektiranje • Uputi na testiranje i lečenje infektivnih bolesti, vakcinaciju i usluge vezane za drogu • Promocija zdravlja (u pisanom obliku)	+ Uvek pristupačni (naročito mladim/novim korisnicima) + Isplativi + Anonimni	- Ne mogu se pružati sve usluge - Nije moguć lični kontakt - Potencijal za zabrinutost zajednice o postavljanju automata - Neophodan novac ili žetoni - Mora se obezbediti održavanje i ponovno snabdevanje
Opšte zdravstvene usluge	• Poverljivo testiranje na HIV, hepatitis B, C i TB • Lečenje HIV-a, hepatitisa B, C i TB • Briga o kožnim infekcijama/ komprese • Vakcinacija • Promocija zdravlja • Obezbeđivanje/odlaganje opreme za injektiranje • Pomoć kod detoksifikacije od droge • Opioidna supstituciona terapija	+ Pristupačno + Pristup obučenom osoblju + Pristup većem broju/naprednijim uslugama testiranja i lečenja + Pristup glavnim zdravstvenim službama (koje koristi ostatak zajednice)	- Možda ne može da se prilagodi potrebama korisnika - Neki zdravstveni radnici možda neće hteti da pruže negu injektirajućim korisnicima droge - Protivljenje drugih klijenata - Klijenti možda neće hteti da koriste lokaciju ako smatraju, na primer, da je suviše blisko povezana sa državnim službama - Klijenti možda neće verovati u poverljivost - Anonimnost je možda teško obezbediti za sve usluge - Ograničen/nepostojeći pristup pojedincima bez zdravstvenog osiguranja - Stigma
Usluge u zatvorima	• Sve usluge dostupne korisnicima droge u zajednici Primeri uključuju: • Poverljivo testiranje na HIV, hepatitis B, C i TB • Lečenje HIV-a, hepatitisa B, C i TB • Vakcinacija • Promocija zdravlja • Obezbeđivanje/odlaganje opreme za injektiranje • Pomoć kod detoksifikacije od droge • Savetovanje • Lečenje zavisnosti od droge, uklj. OST	+ Mogu se dosegnuti visoko rizične grupe + Intervencije su isplative + Rizik od mortaliteta/morbiditeta posle puštanja na slobodu može da se smanji + Službe iz zajednice mogu da pružaju usluge + Lakše mogućnosti za lečenje bolesti + Vreme za unapređenje zdravlja	- Zatvorski budžet za zdravlje možda nije dovoljan - Potrebno investiranje u obuku zatvorskih zdravstvenih radnika i službenika - Može biti teško obezbediti poverljivo pružanje usluga

Poznavanje i razumevanje nacionalne situacije

Epidemiologija i korišćenja droga i infekcija među korisnicima podleže brzim promenama zbog različitih nelegalnih droga, promenljivih kultura droga i kretanja populacije. Dinamika ovih promena je složena, uslovljena većim brojem faktora i zavisi od društvene i ekonomske situacije, preventivnih aktivnosti i drugih društvenih faktora (175).

Da bi se obezbedilo da nacionalne ili podnacionalne strategije na najbolji način služe populaciji injektirajućih korisnika droge, kao i prevenciji i kontroli bolesti, mora da postoji dovoljan nadzor korišćenja droge i infekcija među injektirajućim korisnicima droge. Slično tome, preduzete mere treba stalno da se prate i procenjuju u smislu odgovora, uticaja, relevantnosti i obima obuhvata. Takvo praćenje je neophodno ne samo da bi se obezbedilo da prevencija ostane relevantna, već i da bi se održala efikasnost kako u smislu uticaja na zdravlje tako i u smislu troškova.

Da bi se osiguralo da se sredstva za prevenciju dobro troše, napori uloženi u prevenciju infektivnih bolesti treba da budu usmereni na populacije injektirajućih korisnika droge i tamo gde je rizik od prenošenja infekcija najveći. Investiranje u adekvatne sisteme nadzora i za korišćenje droge i za infektivne bolesti je neophodno i verovatno isplativo. Nesprovođenje takvih sistema će prikriti rastući problem, što će dovesti do visokih zdravstvenih i socijalnih troškova, ali i imati za posledicu neefikasno iskorišćenje sredstava.

Praćenje problematičnog korišćenja droga i odgovora

Nadzor problematičnog korišćenja droga je neophodna komponenta svakog nacionalnog napora uloženog u prevenciju štete izazvane drogama. Pregled ove aktivnosti prevazilazi delokrug ovih preporuka, ali je EMCDDA objavio niz protokola ključnih indikatora i alatke za praćenje korišćenja droge i problematičnog korišćenja droga (uključujući injektirajuću upotrebu droga) i njihovih posledica (4).

Procena veličine populacija injektirajućih korisnika droge je glavna komponenta nadzora; te procene ne samo da kvantifikuju obim rizika od infekcija, nego i određuju potencijalne potrebe za uslugama i pomažu da se proceni obuhvat usluga koje se pružaju. Zajedno sa mrežom nacionalnih partnera (Reitox mreža naiconalnih fokalnih tačaka) (176) i ekspertskim grupama, EMCDDA pruža i sprovodi standardizovanu metodologiju za procenu veličine populacije problematičnih korisnika droga (uključujući injektirajuće korisinike droge) (4) koja opisuje različite metodološke pristupe izradi nacionalnih i lokalnih procena.

Korišćenjem seta standardizovanih alata za praćenje (tabele sa podacima i strukturirani upitnici) EMCDDA takođe prikuplja usaglašene informacije o zdravstvenim i društvenim odgovorima na korišćenje droge i injektirajuće korišćenje droge u zemljama članicama EU, zemljama kandidatima i Norveškoj (112). Rutinski prikupljani podaci sadrže informacije o politikama prevencije droge i smanjenja štete; o pružanju ključnih zdravstvenih i socijalnih intervencija, uključujući lečenje od narkomanije (npr. broj klijenata koji dobijaju opioidnu supstitucionu terapiju); i o vrstama, broju i geografskoj distribuciji programa za zamenu igle i šprica kao i broju obezbeđenih špriceva.

Nadzor infekcija

Epidemiološka slika infekcija među korisnicima droge može brzo da se menja, naročito ako je prevencija slaba. Neophodan je dobar sistem za nadzor infektivnih bolesti, koji se zasniva na principu „nadzora za akciju" odnosno sa aktivnom vezom između struktura prevencije i nadzora, kako bi se kontrolisali rizici od infekcija među injektirajućim korisnicima droge.

ECDC koordinira nadzor zasnovan na slučajevima svih novo prijavljenih slučajeva krvno prenosivih infekcija na evropskom nivou, uključujući one infekcije koje mogu da se prenose deljenjem opreme za injektiranje. Nadzor zasnovan na slučajevima je koristan za praćenje trendova bolesti, a može da bude koristan i u ranoj detekciji izbijanja epidemija bolesti, naročito ako je nacionalni sistem obuhvata dobar, a zakasnele prijave minimalne. Uspeh intervencija u odgovor na izbijanje epidemije umnogome zavisi od sposobnosti brzog detektovanja novih izbijanja i posedovanja sredstava za odgovarajući odgovor. Ako se nacionalno prijavljivanje vrši uz izvesno kašnjenje, to može da se kompenzuje mnog bržim lokalnim ili regionalnim prijavljivanjem. Definicije slučaja širom EU postoje za HIV, hepatitis B, hepatitis C i hepatitis A infekcije, ali se kategorija prenosa (tj. faktor rizika) sistematski prikuplja samo za HIV infekciju (definicije slučaja nadzora za hepatitis B i C se trenutno ispituju i predviđa se da će sadržavati informacije o kategoriji prenosa). Međutim, mnogi nacionalni sistemi prikupljaju detaljnije informacije, koje su važne za sprovođenje lokalnih mera prevencije. Stope notifikacije bolesti mogu da

odražavaju incidencu bolesti, ali obično predstavljaju nedovoljnu procenu istih. Pored toga, za ovakvu vrstu nadzora obično se mogu primeniti samo generički podaci denominatora populacije. Promene u obrascima testiranja i frekvenciji mogu lako da iskrive rezultate. Prijavljivanje po slučajevima takođe zahteva održavanje osnovnog nivoa infrastrukture i vremena obrade tokom znatnih perioda vremena i zahteva veliku podršku od pružaoca zdravstvenih usluga kako bi se dobile adekvatne informacije o faktorima rizika.

EMCDDA prati prevalencu infektivnih bolesti kod injektirajućih korisnika droge razvijanjem standarda za prikupljanje podataka i preporuka za bio-bihevioralne ankete i druge metode prikupljanja podataka kod injektirajućih korisnika droge (2). Ovaj posao je urađen u bliskoj saradnji sa ECDC-om, koji koordinira opšti nadzor infektivnih bolesti u Evropi, i nacionalnim i međunarodnim partnerima (177-178). Prikupljanje podataka se fokusira na HIV i hepatitis B i C kod injektirajućih korisnika droge. Sistem ranog upozoravanja i eskpertska mreža se održavaju za izbijanje epidemija infektivnih bolesti kod injektirajućih korisnika droge koje mogu da uključuju i druge bolesti, kao što su antraks i botulizam.

Druge vrste sistema nadzora, kao što su razne vrste ankete i bio-bihevioralnih studija, imaju sopstvene, distinktivne prednosti u smislu pružanja strateški važnih informacija. Ankete mogu da pruže procene prevalence kod ciljne populacije, što se obično ne može postići nadzorom zasnovanim na slučajevima. Bio-bihevioralne ankete kod injektirajućih korisnika droge, kao one koje promovišu EMCDDA i ECDC, mogu da pruže informacije i o obrascima upotrebe droge i o infektivnim bolestima. Ipak, te studije moraju vremenom da se ponavljaju da bi se pratili trendovi, što zna da bude skupo. Dodatno ograničenje predstavlja nedostatak konsenzusa o najboljem načinu na postizanje reprezentativnog uzorkovanja tokom vremena, mada se taj konsenzus razvija radom ove dve agencije.

Zemlje treba da odluče o parametrima sopstvenih sistema za prikupljanje podataka za nadzor na osnovu sopstvenih potreba, ali takav sistem treba da pruži dovoljno informacija da bi informisao izradu strategije prevencije na osnovu procene zdravstvenih potreba lokalnog problema, a da istovremeno bude efikasan u smislu resursa i troškova.

Praćenje i ocenjivanje programa

Sistemi praćenja treba da posluže potrebama zemlje ili regiona za kontinuirani proces ocenjivanja i prilagodljivost promenama u navikama i profilima korisnika; takva ocena pomaže rukovodiocima programa i kreatorima politike da razumeju koje komponente programa prevencije su uspešne, a koje moraju da se unaprede. Praćenje takođe ukazuje onima koji planiraju programe i kreatorima politike da li su mešavina modaliteta pružanja usluga, kombinacija usluga koje se pružaju i obuhvat intervencija efikasni u smanjivanju ili sprečavanju povećane incidence bolesti u ciljnoj grupi injektirajućih korisnika droge. Ako se ne vrši monitoring (praćenje), onda neće biti moguće merenje efekata programa ili pripisivanje promena u ponašanju ili incidenci bolesti intervencijama. I proces i indikatori ishoda mogu da se koriste i da budu korisni, ali vredi razmisliti o postavljanju realnih ciljeva za ovu drugu kategoriju. Za mnoge čvrste indikatore ishoda, kao što su prevalenca infekcija ili promene u rizičnom ponašanju, mogu budu potrebne godine, pa čak i decenije, da bi se oni bitno promenili.

Indikatori

Ove preporuke ne obuhvataju indikatore za detaljno praćenje i ocenjivanje programa, jer su u ovoj oblasti već urađeni značajni poslovi (vidite (4, 53, 137)). Treba naglasiti da svi indikatori koji se prate na nacionalnom nivou treba da se koriste u svrhe nacionalnog planiranja i ocenjivanja. Praćenje treba da bude korisno, a ne smetnja za postizanje ciljeva nacionalnih ili regionalnih programa. Podaci iz monitoringa i evaluacije (praćenje i ocenjivanje) treba da se ugrade u proces kontinuirane procene i prilagođavanja programa usluga kako bi se ispunile promenljive epidemiološke i korisničke karakteristike. Očigledno nisu svi nacionalni indikatori korisni za međunarodno izveštavanje, ali nisu ni svi indikatori međunarodnog izveštavanja nužno korisni za nacionalno praćenje. Često pogrešno shvatanje je pretpostavka da svi međunarodni indikatori treba strogo da se poštuju, ša čak i ako su irelevantni za nacionalni nivo.

Postavljanje ciljeva za obuhvat intervencije

Na nivou populacije, obuhvat se obično definiše kao udeo populacije koja ima potrebu za nekom intervencijom koji je zaista dobio tu intervenciju (179). Da bi se prevencija optimizovala izuzetno je važno znati do kog udela ciljne populacije injektirajućih korisnika droge su doprle konkretne preventivne intervencije. U oblasti vakcina, stepen obuhvata određuje efekte koje je postigla neka intervencija: na određenom nivou obuhvata efekti imuniteta krda uvode zaštitu, čak i za nevakcinisane populacije. Ti rezultati su takođe podržani studijama modeliranja.

Opšte mere u oblasti prevencije infektivnih bolesti među injektirajućim korisnicima droge su broj distribuiranih špriceva po inejktirajućem korisniku droge godišnje ili procenat problematičnih korisnika opioida koji su dobili opioidnu supstitucionu terapiju. Udeo injektirajućih korisnika droge koji su dobili terapiju za HIV, hepatitis B i/ili hepatitis C je još jedan važan pokazatelj obuhvata usluga lečenja infekcija (180). Indikativni ciljevi za preventivne usluge su postavljene, ali je neophodno razmotriti ih u kontekstu konkretne nacionalne (ili lokalne) situacije, na osnovu dobro izvršene procene potreba (53, 179). Postoji sve više dokaza da su viši nivoi obuhvata programa zamene igala i špriceva i opioidne supstitucione terapije efikasniji od nižih nivoa obuhvata po

injektirajućem korisniku droge (71, 181) i da mogu da postoje velike razlike od zemlje do zemlje (180, 182). Prema podacima od EMCDDA sadašnji prosek distribuiranih špriceva u EU u 2009. godini po specijalističkim PZIŠ lokacijama iznosi 90 po injektirajućem korisniku droge. Na nacionalnom nivou, najviši prijavljen broj je iznosio više od 300 špriceva po injektirajućem korisniku droge (183). Pored toga, apotekarska prodaja čini još jedan važan izvor čiste opreme za injektiranje u većini zemalja. Iste godine, u proseku jedan od dva problematična korisnika opioida je dobio opioidnu supstitucionu terapiju, a najveći nacionalni procenat je imala Malta – 68% (centralna procena između 65% i 71% (128). U idealnom slučaju trebalo bi da uvek postoji dovoljna količina igala i špriceva da bi servisi funkcionisali. Neispunjena potražnja za uslugama zamene igala i špriceva ili vreme čekanja na lečenje od narkomanije ukazuju na neispunjenu potražnju za uslugama i znak su da treba povećati obuhvat usluga.

Srazmerno povećanje obuhvata programom zamene špriceva: iskustvo iz Estonije

Estonija je jedna od zemalja u EU koja se suočila sa teškim teretom injektirajućeg korišćenja droge, sa visokom stopom injektirajućeg korišćenja droge u opštoj populaciji, kao i vrlo visokom HIV prevalencom među injektirajućim korisnicima droge. Injektirajuće korišćenje droge je najviše koncentrisano u prestonici Talin i severoistočnoj Estoniji. Procenjuje se da Talin ima oko 10.000 injektirajućih korisnika droge koji uglavnom koriste analog fentanila i amfetamine. Usluge zamene igala i špriceva su započete u Talinu 1997, zatim je usledila opioidna supstituciona terapija metadonom 2001. mada je obim usluga bio ograničen. Godine 2005. HIV prevalenca među injektirajućim korisnicima droge je bila 54% i prijavljen je veliki udeo novih injektirajućih korisnika droge (osobe koje injektiraju drogu □ = 3 godine) (21%). Odlučeno je na nacionalnom nivou da je neophodno brzo srazmerno povećati obuhvat programa prevencije kako bi se ispunile ove rastuće brige javnog zdravlja i to je i isplanirano u Nacionalnoj strategiji za prevenciju HIV/side. U periodu od 2003. do 2009. broj fiksnih lokacija i terenskih usluga u Talinu je povećan sa 1 na 10, posete servisima su povećane 27 puta, broj distribuiranih špriceva se povećao 43 puta (sa 1,8 na 77 špriceva po injektirajućem korisniku droge godišnje), a broj mesta za metadonsku terapiju je povećan za više od 4 puta. Oko 80% IKD prijavljuje da je nekada bilo u kontaktu sa uslugama zamene špriceva, a za oko 60% korisnika usluge zamene špriceva predstavljaju glavni izvor čistih igala i špriceva. Procenat injektirajućih korisnika droge koji su prijavili deljenje špriceva tokom poslednje četiri nedelje je smanjen sa 32% (2005.) na 22% (2009). Tokom tog perioda HIV incidenca među novim injektirajućim korisnicima droge je smanjena sa 21% u 2005. na 9% u 2009, a procenat novih injektirajućih korisnika droge od celokupnog broja injektirajućih korisnika smanjen sa 21% na 12%. Verovatno da deo smanjene HIV incidence uočene tokom perioda studije može da se pripiše srazmernom povećanju usluga zamene igala i špriceva, s obzirom da je pristup lečenju od narkomanije i antiretroviralnoj terapiji pružan na relativno niskom nivou u tom periodu. Kontinuirano obezbeđivanje igala i špriceva na još i višem nivou, u kombinaciji sa srazmernim povećanjem do visokih nivoa lečenja od narkomanije i HIV-a onima koji imaju potrebe za tim će verovatno vremenom još više smanjiti HIV incidencu u Estoniji.

Izvor: (206)

Aneks A. Epidemiologija inektirajuće upotrebe droge i glavnih infekcija među injektirajućim korisnicima droge u EU/EEZ

Injektirajuće korišćenje droge

Injektirajući korisnici droge čine jednu od grupa pod najvećim rizikom od zadobijanja negativnih posledica po zdravlje kao rezultat korišćenja droge zbog rizika od krvno prenosivih infekcija kao što su HIV i hepatitis B i C. Takođe su podložni predoziranju i infekcijama kao što su tuberkuloza, hepatitis A virus, bakterijske kožne infekcije, sistemske infekcije i polno prenosive infekcije.

U mnogim evropskim zemljama, injektirajuće korišćenje droge je sinonim za korišćenje opioida, ali u nekim zemljama amfetamini predstavljaju glavnu injektirajuću drogu (5). EMCDDA prikuplja procene prevalence injektirajućeg korišćenja droge od zemalja članica EU i u 2010. godini 12 zemalja je dalo skorije procene koje su sugerisale velike razlike u prevalenci injektirajućeg korišćenja droge od zemlje do zemlje. Ponderisana prosečna procena injektirajućih korisnika droge je 2,5 na 1000 odraslih između 15 i 64 godina starosti za te zemlje koje su dale procene. Ako bi se taj prosek ekstrapolirao na evropsku populaciju, odgovarao bi proceni koja bi iznosila između 750.000 i 1 milion aktivnih injektirajućih korisnika droge u EU/EEZ. Pored toga, verovatno postoji znatna populacija nekadašnjih injektirajućih korisnika droge (5). Iako populacija injektirajućih korisnika droge, u celini, stari, u većini zapadnog dela Evrope, mlađi injektirajući korisnici droge vrlo preovlađuju u drugim delovima EU.

HIV

Stope HIV prevalence među injektirajućim korisnicima droge, kako izveštavaju zemlje EU, kreću se u rasponu od manje od 1% do više od 60% (na osnovu konkretnih studija ili santinel nadzora) (137). Od svih novih dijagnostikovanih slučajeva HIV koji su prijavljeni u 28 zemalja u EU/EEZ u 2009. godini (25.917 slučajeva), 1.298 su identifikovani kao osobe sa sadašnjom ili nekadašnjom istorijom injektirajućeg korišćenja droge (stopa do 5,7 na 100.000 populacije). Uprkos evropskom proseku od 5% prijavljenih HIV slučajeva u 2009. zbog injektirajućeg korišćenja droge, nacionalne brojke su mnogo varirale te se udeo injektirajućih korisnika droge među novo prijavljenim HIV slučajevima kretao od 65% u Litvaniji i 43% u Bugarskoj do manje od 1% u Holandiji i Rumuniji. Od 2004. broj novih HIV dijagnoza koje su prijavljeni među injektirajućim korisnicima droge je opao za 40% u 26 zemalja EU/EEZ sa stalnim sistemima prijavljivanja HIV-a (6). Nacionalni trendovi su bili slični i većina zemalja je prijavljivala opadajući broj slučajeva HIV-a među injektirajućim korisnicima droge u poslednjih šest godina, osim Bugarske, Estonije, Letonije i Litvanije, s tim da su tri baltičke zemlje najviše pogođene rapidnim porastom stopa HIV dijagnoza 2001-2002. Od tada ove zemlje prijavljuju pad, mada je ponovno pojavljivanje HIV epidemije zabeleženo u Letoniji 2007. i u Litvaniji 2009. U zemljama zapadne Evrope HIV epidemija među injektirajućim korisnicima droge je mnogo starija i doživela je vrhunac sredinom 80-ih godina 20. veka (6).

Uprkos opadajućem trendu HIV slučajeva među injektirajućim korisnicima droge u EU/EEZ, još uvek ima zemalja sa populacijama injektirajućih korisnika droge gde dolazi do značajnog prenošenja HIV-a (184). Takođe postoji verovatnoća da dolazi do polnog prenosa HIV-a između injektirajućih korisnika droge i njihovih seksualnih partnera. Uprkos relativno malom apsolutnom broju dijagnostikovanih slučajeva kod injektirajućih korisnika droge, oni su disproporcionalno pogođeni HIV epidemijom u poređenju sa osobama koje ne injektiraju drogu.

Hepatitis B i C

Hepatitis B (HBV) i hepatitis C (HCV) virusne infekcije predstavljaju važna pitanja javnog zdravlja za Evropsku uniju jer obe infekcije imaju značajan morbiditet i mortalitet. Obe infekcije mogu da rezultiraju hroničnom bolešću koja može da dovede do ciroze jetre i eventualno raka jetre i smrti. HBV i HCV mogu lako da se prenose injektirajućom upotrebom droge zbog nebezbednih praksi pri injektiranju koje uključuju razmenu igala i špriceva i drugih materijala za injektiranje.

U Evropi injektirajuća upotreba droge predstavlja glavnu rutu prenosa za HCV infekcije i injektirajući korisnici droge čine najveći deo novoprijavljenih slučajeva HCV infekcije. Procene sugerišu da u Evropi postoji oko milion sadašnjih ili bivših

injektirajućih korisnika droge koji možda imaju hroničnu HCV infekciju (5). Stope HCV infekcije su često vrlo visoke među injektirajućim korisnicima droge i kreću se između 12% i 85% (54) i između 50 i 90% ljudi koji su zaraženi hepatitis C virusom ne mogu spontano da iskorene infekciju. Uočeno je da je HCV prevalenca među injektirajućim korisnicima droge u opadanju u devet zemalja Evrope, ali da je u porastu u druge tri zemlje, a podaci iz četiri zemlje ne pokazuju očigledne trendove (8). U šest zemalja gde su poznati faktori rizika, trendovi u prijavljenim slučajevima HCV-a su pokazali pad u proporciji injektirajućih korisnika droge među prijavljenim slučajevima, ali su u porastu u tri zemlje (54). Podatke je teško tumačiti jer je njihov kvalitet često loš, ali postoje indikacije da su ukupni nivoi

HCV infekcije među injektirajućim korisnicima droge možda počeli da opadaju. Poznato je da se rizik od inficiranja HCV-om povećava sa trajanjem injektiranja (10), ali nedavne studije takođe pokazuju da se mnogi injektirajući korisnici droge zaraze virusom u ranoj fazi injektiranja (54). Visoki nivoi HCV infekcije među injektirajućim korisnicima droge su pogoršani činjenicom da mnogi od onih koji su se zarazili HCV virusom injektirajućom upotrebom droge ne znaju za svoj status infekcije. Ti faktori pokazuju da je važno rano početi sa preventivnim merama.

Pored visokih nivoa hepatitis C infekcije, injektirajući korisnici droge se često zaraze i drugim virusima, uključujući hepatitis B ili HIV. Istovremena zaraženost hepatitis infekcijama umnogome povećava rizik od smrti zbog iznenadnog otkazivanja jetre. Nivo antitela hepatitisa B su često vrlo visoki kod injektirajućih korisnika droge, ali prevalenca bitno varira od zemlje do zemlje. Razlog za to delom mogu da budu razlike u nivou vakcinacije među injektirajućim korisnicima droge (54). Skoriji podaci iz devet evropskih zemalja pokazali su da su nivoi anti-HBc prevalence među injektirajućim korisnicima droge iznad 40%. Među prijavljenim akutnim slučajevima hepatitisa B sa dokumentovanim rutama prenosa, jedan u pet slučajeva je bio zaražen injektiranjem droge. Podaci o trendovima pokazuju da je udeo injektirajućih korisnika droge u prijavljenim slučajevima HBV opao u osam od 17 zemalja u periodu od 2003. do 2008 (54).

Tuberkuloza

Injektirajuće korišćenje droge se vezuje sa višestrukim faktorima rizika sredine i rizičnim ponašanjem. Kombinacija društvenih faktora rizika kao što su loši uslovi života, beskućništvo, odsluženje zatvorske kazne, siromaštvo, korišćenje duvana i konzumiranje alkohola, zajedno sa fiziološkim efektima korišćenja droge, mogu da dovedu injektirajuće korisnike droge u veći rizik od toga razviju TB, ako su inficirani TB-om, kao i u veći rizik od mortaliteta (142, 185). Dalje, imunosupresija izazvana HIV-om je, kako je gore pomenuto, jedan od najznačajnijih faktora rizika za razvijanje TB-a i glavni razlog za visoku prevalencu TB među injektirajućim korisnicima droge. Nedavni sistematski pregled TB-HIV suinfekcije u EU/EEZ je zaključio da je stopa HIV suinfekcije kod TB pacijenata između 0 i 15% i da je injektirajuće korišćenje droge jedan od faktora rizika za suinfekciju (186).

Stopa prijavljivanja TB-a u EU je među najnižima na svetu, ali postoji velika heterogenost među zemljama EU. U 2009. godini stope prijavljivanja su se kretale između 2,8 i 108,2 slučaja na 100.000 stanovnika (187). Najranjivije i isključene grupe su te koje nose najbitniji teret bolesti i koji imaju najlošiji pristup uslugama.

Ne postoji prikupljanje podataka širom EU koji evidentiraju društvene faktore rizika za prijavljene slučajeve TB-a, pa procene o incidenci TB-a kod injektirajućih korisnika droge se oslanjaju na regionalne studije ili, u nekim slučajevima, studije za konkretnu zemlju. Međutim, postoje brojni dokazi da je korišćenje droge povezano sa višom prevalencom latentne TB infekcije i injektirajući korisnici droge su pod većim rizikom od aktivne TB bolesti. Zavisno od mesta i zemlje oko 10 do 60% injektirajućih korisnika droge su pozitivni na tuberkulinskom testu kože (TST) (142). Studije su pokazale da se korisnici droge, bilo da je injektiraju ili ne, suočavaju sa sličnim rizikom od toga da budu TST pozitivni (142).

Velika većina pojedinaca zaraženih *M-tuberculosis* se nikada ne razboli, ali bakterija opstaje u subkliničkom statusu sa minimalnom replikacijom. Zato se latentna TB infekcija (LTBI) definiše kao stanje pojedinca koji je zaražen, ali bez kliničke manifestacije bolesti i od koga bacili *M. tuberculosis* ne mogu da se identifikuju po kulturi. Aktivna TB bolest se dijagnostikuje evaluacijom istorije bolesti, simptoma, radiografijom i mikrobiološkom ili molekularnom identifikacijom *M. tuberculosis*. Na rizik od progresije aktivne TB bolesti utiče imunološko stanje pojedinca. Osobe bez HIV suinfekcije imaju 5 do 10% životnog rizika od progresije TB bolesti, dok su osobe sa HIV-om prijavile da imaju 5 do 10% godišnji rizik od progresije TB bolesti (185).

Hepatitis A virus

Hepatitis A je virusno oboljenje sa akutnim napadom koji se obično prenosi fekalno-oralnim kontaktom, sa izbijanjem epidemija koje često vode do kontaminirane hrane i vode ili do grupa pod posebnim rizikom, uključujući muškarce koji imaju seksualne odnose sa muškarcima i injektirajućim korisnicima droge. Pošto se ne prati rutinski po pripadnosti rizičnoj grupi, nije poznat pravi teret hepatitisa A među injektirajućim korisnicima droge. Međutim, bilo je prijava izbijanja epidemija hepatitisa A u Evropskoj uniji koje su bile koncentrisane u grupama injektirajućih korisnika droge, kao u Letoniji 2008, gde je stopa prijave u populaciji povećana sa 0,66 na 123 na 100.000 zbog izbijanja epidemije u zajednici (13). Dodatna izbijanja epidemije su bila vezana za grupe injektirajućih korisnika droge u Češkoj republici (12), Finskoj (15) i Norveškoj (14). Nije jasno da li su ta izbijanja epidemije bila vezana za injektirajuće prakse pripreme ili za druga ponašanja koja se vezuju sa lošom higijenom.

Bakterijske kožne i sistemske infekcije

Teško je proceniti pravu meru bakterijskih i sistemskih infekcija zbog injektirajućeg korišćenja droge jer većina njih se ne prati na evropskom nivou. Na osnovu ankete iz 2010. sprovedene u Engleskoj, Velsu i Severnoj Irskoj 40% osoba koje su trenutno injektirale drogu su prijavile ozlede, apsces ili otvorene rane, uobičajene simptome infekcije mesta injektiranja tokom prethodne godine (17). Ove infekcije su obično rezultat upotrebe nesterilne opreme za injektiranje ili nečiste opreme za pripremu droge. Najuobičajeniji patogen koji izaziva infekcije kože i mekog tkiva kod injektirajućih korisnika droge je *Staphylococcus aureus*, a veliki udeo u ovoj infekciji ima meticilin-rezistentni *Stapyzlococcus aureus* (MRSA) (188). Iako je većina infekcija minorna, mogu da postanu ozbiljne i sistemske i da rezultiraju osteomijelitisom, bakteremijom, septičnom dubokom venskom trombozom i endokarditisom (189-190). Druge bakterijske infekcije kože, mekog tkiva i sistema su uzrokovane grupom A streptokoka (GAS), dok druge nastaju zbog klostridijalnih infekcija koje rezultiraju botulizmom rana ili tetanusom (191-192). Izbijanja botulizma rana (193), tetanusa (18) i drugih klostridijalnih infekcija (194) su detektovana kod injektirajućih korisnika droge širom Evrope. Iako su ove sistemske infekcije relativno retke, mogu da rezultiraju teškim oboljenjem i smrću. Antraks je jedna od tih akutnih bolesti koje izaziva bakterija *Bacillus anthracis.* Redak je u Evropi, ali je krajem 2009. i 2010. prijavljeno 42 slučaja među injektirajućim korisnicima u Škotskoj, od kojih je 13 rezultiralo smrću. Dodatne fatalnosti koje su bile vezane za škotske slučajeve preko iste antraks linije su prijavljene u Engleskoj i Nemačkoj, a smatralo se da je izvor bio kontaminirana serija heroina (54).

Polno prenosive infekcije

Korišćenje droga, uključujući injektirajućih droga, povezano je sa visoko rizičnim seksualnim praksama i visokom prevalencom PPI, mada epidemiologija PPI među injektirajućim korisnicima droge nije dobro dokumentovana u Evropi. Smatra se da su injektirajući korisnici droge pod većim rizikom od PPI zbog veće verovatnoće razmene seksualnih usluga za novac ili drogu ili zbog narušenog prosuđivanja pri dogovaranju bezbednijeg seksualnog ponašanja dok su pod uticajem droge (162). Takođe se sugeriše da korišćenje droge može nekim injektirajućim korisnicima droge da otežа povezivanje sa zdravstvenim uslugama ili PPI skrininzima i da standardne PPI kliničke usluge ne dopiru do velikog broja injektirajućih korisnika droge. Ipak, postoje neki dokazi da se polno prenošenje, na primer, hepatitisa B i HIV-a događa između injektirajućih korisnika droge i njihovih seksualnih partnera, pa je zato važno targetirati ovu populaciju za skrining i prevenciju polno prenosivih bolesti i drugih krvno prenosivih virusa.

Humani T-limfotropni virus tipa II (HTLV-II)

HTLV-II se prenosi preko zajedničke opreme za injektiranje, seksualnim putem, kao i preko proizvoda inficirane krvi. Od kada je otkriven 1982. humani T-limfotropni virus tipa II (HTLV-II) je imao kontroverznu ulogu kao patogen, a literatura o ishodima bolesti je ograničena. Postoje akumulirajući dokazi o neurološkoj bolesti i većoj incidenci pneumonije, bronhitisa i moguće autoimune bolesti među pacijentima inficiranim HTLV-II (11). HTLV-II je pronađen kod injektirajućih korisnika droge u Sjedinjenim državama i Evropi, sa procenjenom prevalencom od 1,6 do 8% u Italiji (195-196) i 0,4 do 11,5% u Španiji (197). U ovim i drugim studijama, uobičajena je HTLV-II suinfekcija sa HIV-om. U severnoj Evropi HTLV-II je pronađen u komparativno manjoj učestalosti među injektirajućim korisnicima droge, ali je prijavljen u Švedskoj (198) i Francuskoj (199). Jedna studija u Irskoj je pronašla visoku seroprevalencu (15%) HTLV-II kod injektirajućih korisnika droge (200).

Aneks B. Ključne intervencije za prevenciju infekcija među injektirajućim korisnicima droge

Kao što je opisano u poglavlju „Ciljevi i metodologija", u obzir je uzeto nekoliko faktora pri sastavljanju komponenti ključnih intervencija koje se navode u ovim preporukama. Za svaku ključnu intervenciju u obzir su uzeti dokazi koji se zasnivaju na objavljenim istraživanjima sa recenzijom izvršivši sistematičan pregled članaka objavljenih od 2000. godine („kritički pregled članaka") (201). Smatra se da članci imaju visok nivo dokaza jer sumiraju i upoređuju rezultate iz primarne literature pomoću sistematičnih kriterijuma za odabir studija i procenu njihovih rezultata. Kritički pregled članaka je efikasna metoda spajanja dokaza visokog nivoa, ali ima specifična ograničenja (vidite tehničke izveštaje o bazi polaznih dokaza). Da bi se ta ograničenja nadomestila, ove preporuke uzimaju u obzir nedavno sprovedena primarna istraživanja kao i mišljenja eksperata kako bi upotpunile dokazne konstatacije na osnovu „kritičkog pregleda članaka". Ishodi primarnih istraživanja su razmotreni za inteverncije za koje još uvek nisu dostupni sistematski članci. Tehnička savetodavna grupa ECDC/EMCDDA je pružila savete o svim komponentama ključnih intervencija.

Pored toga, potvrdili smo da li se neka intervencija smatrala dobrom praksom u EU i tako bila predstavljena u nacionalnim i međunarodnim dokumentima o preporukama i politici. Konačno, takođe smo konsultovali studije opredeljenja korisnika i pružaoca usluga u vezi sa načinom na koji su korisnici/pružaoci opisali svoje kriterijume za najefikasnije pružanje preventivnih usluga. Za svaku preporučenu ključnu intervenciju dato je utemeljeno mišljenje o načinu na koji smo procenili dokaze da bi ih uključili u intervenciju u ovim preporukama.

Tabela B1: Rezime efikasnosti intervencija za smanjenje injektirajućeg rizičnog ponašanja i prenosa HIV-a i HCV-a, kao osnove za preporuke i utemeljeno mišljenje u vezi sa sedam ključnih intervencija

Ključna intervencija/ podkomponente	Mišljenje eksperata / prakse u implementaciji	Dokazi iz pregleda objavljenih članaka (za simbole pogledajte Tabelu B2 u nastavku)	Rezultati iz primarnih studija
Oprema za injektiranje	Preporuka i utemeljeno mišljenje: Besplatno obezbeđivanje i legalan pristup čistoj opremi za injektiranje droge, uključujući dovoljnu količinu sterilnih igala i špriceva kao deo kombinovanog preventivnog pristupa sastavljenog od više komponenti, koji se sprovodi kroz programe smanjenja štete, savetovanja i lečenja se preporučuje na osnovu doslednih dokaza na nivou članaka, primarnih studija i ekspertskog mišljenja.		
Obezbeđivanje igala i špriceva	Pozitivno mišljenje eksperata.	Injektirajuće rizično ponašanje: ++ HIV prenos: + HCV prenos: ?	• Ekološke studije PZIŠ pokazuju stabilne ili opadajuće stope HCV prenosa. • Nedavno objavljena meta-analiza ukazuje da je kombinacija OST sa PZIŠ efikasna u smanjenju HCV prenosa.
Ostali pribor za injektiranje	Pozitivno mišljenje eksperata.	Injektirajuće rizično ponašanje: + HIV prenos: ? HCV prenos: +/-	In vitro studije pokazuju jak potencijal za prenosom HCV-a.
Folija za stimulisanje prenosa rutom	Pozitivno mišljenje eksperata.	Injektirajuće rizično ponašanje: ? HIV prenos: ?	Nedostatak studija.

Ključna intervencija/ podkomponente	**Mišljenje eksperata / prakse u implementaciji**	**Dokazi iz pregleda objavljenih članaka (za simbole pogledajte Tabelu B2 u nastavku)**	**Rezultati iz primarnih studija**
		HCV prenos: ?	
Vakcinacija	Preporuka i utemeljeno mišljenje: Vakcinacija injektirajućih korisnika droge vakcinama protiv hepatitisa B i A, tetanusa i influence i, naročito kod pojedinaca inficiranih HIV-om, vakcinom protiv upale pluća. To se preporučuje na osnovu ekspertskog mišljenja, prakse u implementaciji i primarnih studija.		
Vakcine protiv HBV, HAV, tetanusa, influence (vakcina protiv pneumonije za pojedince inficirane HIV-om)	• Pozitivno mišljenje eksperata kao ciljana usluga za injektirajuće korisnike droge • Efikasnost vakcina je dobro utemeljena. • Naširoko se sprovodi u praksi javnog zdravlja.	(nije uključeno u pregled)	Čvrsti dokazi za smanjenje HBV, HAV i tetanusa na nivou pojedinca i populacije nakon vakcinacije, čak i ako se da samo delimičan tretman.
Lečenje zavisnosti od droge	Preporuka i utemeljeno mišljenje: Opioidna supstituciona terapija (OST) i drugi oblici efikasnog lečenja zavisnosti od droge bi trebalo da budu dostupni i lako pristupačni, na osnovu mišljenja eksperata i, u slučaju OST-a, konzistentnih dokaza iz višestrukih robusnih studija i članaka. Iako nema dokaza o efikasnosti psihosocijalnih terapija, preporučuje se na osnovu mišljenja eksperata.		
Agonistička (opioidna) farmakološka terapija (OST)	Pozitivno mišljenje eksperata.	Injektirajuće rizično ponašanje: ++ HIV prenos: ++ HCV prenos: +	• Kombinacija OST i PZIŠ još više pojačava efikasnost u sprečavanju HCV prenosa. • Veća adherenca ART i povećan virološki uspeh ART-a kod HIV pozitivnih osoba na OST. • Korišćenje OST-a u kombinaciji sa psihosocijalnom terapijom je korisno za poštovanje, završetak lečenja i apstinenciju pri kontroli.
Antagonistička farmakološka terapija	• Opcija za one koji ne počnu agonističku farmakološku terapiju. • Potrebno dalje istraživanje.	Injektirajuće rizično ponašanje: +/- HIV prenos: +/- HCV prenos: +/-	Potencijale koristi ako se kombinuje sa psihosocijalnom terapijom za smanjenje korišćenja droge.
Psihosocijalna terapija	Glavna opcija za korisnike stimulansa, u odsustvu farmakoloških terapija; • povećava efikasnost OST-a ako se kombinuje • opcija za korisnike opioida koji nisu zainteresovani za farmakološku terapiju	Injektirajuće rizično ponašanje: +/- HIV prenos: +/- HCV prenos: +/-	• Potencijalne koristi zbog smanjenja korišćenja droge. • Situaciono upravljanje može da bude korisno za korisnike stimulansa. • Kombinacija sa OST-om je korisno za poštovanje, završetak terapije i apstinenciju pri kontroli

Ključna intervencija/ podkomponente	**Mišljenje eksperata / prakse u implementaciji**	**Dokazi iz pregleda objavljenih članaka (za simbole pogledajte Tabelu B2 u nastavku)**	**Rezultati iz primarnih studija**
Testiranje	Preporuka i utemeljeno mišljenje: Dobrovoljno i poverljivo testiranje uz informisani pristanak na HIV, HCV (HBV za nevakcinisane) i druge infekcije uključujući TB treba redovno da se nudi i da bude povezano sa upućivanjem na lečenje.		
Testiranje na infektivnu bolest	• Pozitivno mišljenje eksperata. • Uključeno u nacionalne i međunarodne smernice. • U širokoj primeni u praksi javnog zdravlja. • Neophodna osnova za svaku odluku o prevenciji i lečenju.	Injektirajuće rizično ponašanje: +/- HIV prenos: ? HCV prenos: ?	Studije i modeliranje sugerišu da efikasno povezivanje sa pristupom lečenju smanjuje dalje prenošenje.
Lečenje infektivnih bolesti	Preporuka i utemeljeno mišljenje: Na osnovu dokaza i mišljenja eksperata, antiviralno lečenje treba pružati na osnovu kliničkih indikacija svima koji su zaraženi HIV-om, HBV-om ili HCV-om. Antituberkulozna terapija treba da se pruža za aktivne TB slučajeve. TB profilaktična terapija treba da se razmotri za latentne TB slučajeve. Lečenje za druge infektivne bolesti treba da se nudi prema kliničkim indikacijama. Za sva lečenja preporučuje se univerzalni pristup, uključujući pristup za aktivne injektirajuće korisnike droge[9].		
	• Pozitivno mišljenje eksperata. • Uključeno u nacionalne i međunarodne smernice, koje sve više navode da aktivno korišćenje droge ne treba da se smatra kriterijumom isključivanja za dobijanje antiviralne terapije. • Nelečenje bi moglo da rezultira štetom u vidu morbiditeta i potencijalne smrti.	(nije uključeno u pregled.)	• Čvrsti dokazi za TB lečenje aktivnih i latentnih slučajeva. • Dokazi modeliranja sugerišu moguće preventivne efekte na nivou populacije za HCV lečenje. • dokazi za uspeh HIV i HCV lečenja u kohortama aktivnih korisnika droge.
Unapređenje zdravlja (IES i teren)	Preporuka i utemeljeno mišljenje: Unapređenje zdravlja fokusirano na bezbednije ponašanje pri injektiranju; seksualno zdravlje uključujući upotrebu kondoma; i prevenciju bolesti, testiranje i lečenje se preporučuju, na osnovu dokaza iz članaka, primarnih studija i mišljenja eksperata.		
Informisanje, edukacija i savetovanje	• Pozitivno mišljenje eksperata • Smatra se osnovnom pratećom komponentom za realizaciju svih ostalih šest	Injektirajuće rizično ponašanje: + HIV prenos: +/- HCV prenos: ?	• Paket sa više komponenti na osnovu konkretnih potreba populacije klijenata. • Podržava ciljeve prevencije

[9] Treba razmotriti interakcije droge i stabilan kontakt sa pružaocem medicinskih usluga.

Ključna intervencija/ podkomponente	**Mišljenje eksperata / prakse u implementaciji**	**Dokazi iz pregleda objavljenih članaka (za simbole pogledajte Tabelu B2 u nastavku)**	**Rezultati iz primarnih studija**
	intervencija		
Ciljano pružanje usluga	Preporuka i utemeljeno mišljenje: Usluge treba da se kombinuju, organizuju i pružaju prema potrebama korisnika i lokalnim uslovima; to uključuje pružanje usluge kroz terenske usluge i fiksne lokacije, koje nude lečenje od narkomanije, smanjenje štete, savetovanje i testiranje, kao i upute na opšte usluge primarnog zdravlja i specijalističke medicinske usluge.		
Fiksna mesta socijalne pomoći koja nude PZIŠ i druge preventivne usluge	Pozitivno mišljenje eksperata, omogućava mešavinu usluga usmerenih na potrebe klijenata i uspostavljanje kontakta sa korisnicima.	Naučna literatura je pregledana za PZIŠ programe Injektirajuće rizično ponašanje: ++ HIV prenos: + HCV prenos: +/-	• U individualnim studijama, niske cene, geografska blizina, podsticanje stavova osoblja i opcija dobijanja dodatnih usluga od programa zamene igala i špriceva su bili olakšavajući faktori injektirajućim korisnicima droge da posete mesto usluge. • Geografska udaljenost, strah od policijskog hvatanja dok posećuju PZIŠ, radno vreme i nedostatak privatnosti su se pokazali kao barijere.
Uputi opštim primarnim zdravstvenim servisima i specijalističkim medicinskim servisima, servisima za prevenciju droge, drugo smanjenje štete, savetovanje i lečenje	Pozitivno mišljenje eksperata; uključeno kao neophodna i osnovna komponenta brige o korisnicima sledeći prihvaćene standarde u pružanju zdravstvene i socijalne brige.	Naučna literatura nije formalno preispitana u vezi sa efektom upućivanja na servise.	Naučna literatura nije formalno preispitana u vezi sa efektom upućivanja na servise.
Pristup špricevima u apotekama	Pozitivno mišljenje eksperata; povećava pristupačnost sterilnim špricevima.	Injektirajuće rizično ponašanje: + HIV prenos: +/- HCV prenos: ?	Ekološke i studije preseka dokumentuju smanjeno deljenje špriceva među korisnicima nakon uvođenja prodaje špriceva u apotekama.
Sekundarna distribucija špriceva	Pozitivno mišljenje eksperata; omogućava šire dopiranje programa razmene špriceva.	Injektirajuće rizično ponašanje: +/- HIV prenos: +/- HCV prenos: ?	Nedostatak studija.
Terensko obezbeđivanje špriceva	Pozitivno mišljenje eksperata, omogućava dopiranje do marginalizovanih populacija do kojih je teško dopreti.	Injektirajuće rizično ponašanje: ? HIV prenos: +/- HCV prenos: ?	Nedostatak studija.
Prodajni automati za špriceve	Pozitivno mišljenje eksperata, omogućava pristup špricevima nezavisno od radnog vremena servisa.	Injektirajuće rizično ponašanje: +/- HIV prenos: +/-	Nedostatak studija.

Ključna intervencija/ podkomponente	Mišljenje eksperata / prakse u implementaciji	Dokazi iz pregleda objavljenih članaka (za simbole pogledajte Tabelu B2 u nastavku)	Rezultati iz primarnih studija
		HCV prenos: ?	
Pružanje usluge opreme za injektiranje u više modaliteta	Pozitivno mišljenje eksperata, preporučuje se korišćenje višestrukih kanala distribucije.	Naučna literatura nije formalno preispitana u vezi sa efektom pružanja usluge u više modaliteta.	Dokazi iz primarnih studija da je efikasnija kombinacija kanala za pružanje usluge.
Objekti za injektiranje pod nadzorom	Pozitivno mišljenje eksperata, omogućava prilagođenu, individualnu edukaciju o bezbednijem korišćenju.	Injektirajuće rizično ponašanje: + HIV prenos: ? HCV prenos: ?	Nedostatak studija. Uticaj na smrti od predoziranja u zajednici.

Tabela B2: Tipovi dokaznih konstatacija i nivo dokaza koji je bio neophodan da bi se podržala svaka konstatacija (modifikovano iz Ellis et al., 2003)

Dokazna konstatacija	Nivo dokaza
„++" ili „--„ Dovoljno dokaza na nivou članaka da se ili podrži ili opovrgne efikasnost intervencije	• Jasna i konzistentna konstatacija iz jednog ili više **ključnih** članaka na osnovu višestrukih robusnih studija, *ili* • konzistentni dokazi širom višestrukih robusnih studija u jednom ili više **ključnih** članaka, u odsustvu jasne i konzistentne konstatacije u članku (člancima).
„+" ili „-" Eksperimentalni dokazi na nivou članaka da se ili podrži ili opovrgne efikasnost intervencije	• Eksperimentalna konstatacija iz jednog ili više **ključnih** članaka na osnovu konzistentnih dokaza iz manjeg broja robusnih studija ili višesturkih slabijih studija, *ili* • konzistentni dokazi iz manjeg broja robusnih studija ili višestrukih slabijih studija u okviru jednog ili više **ključnih** članaka, u odsustvu jasne i konzistentne konstatacije u članku(člancima), *ili* • oprečni dokazi iz jednog ili više **ključnih** članaka, gde čvršći dokazi pretežu ka jednoj strani (bilo da podrže ili opovrgnu efikasnost) i moguć razlog protivrečnosti, *ili* • konzistentni dokazi iz višestrukih robusnih studija u jednom ili više **suplementnih** članaka, u odsustvu ključnog članka.
„+/-" Nedovoljno dokaza na nivou članaka da se ili podrži ili opovrgne efikasnost intervencije	• Konstatacija nedovoljnih dokaza **ključnog** članka, *ili* • Nedovoljno dokaza da se ili podrži ili opovrgne efikasnost intervencije (bilo zato što ima suviše malo dokaza ili su dokazi suviše slabi), u odsustvu jasne i konzistentne konstatacije dokaza iz jednog ili više **ključnih** članaka, *ili* • bilo šta manje od konzistentnih dokaza iz višestrukih robusnih studija u jednom ili više **suplementnih** članaka.
„?" Nema članaka.	Nema ključnih ili suplementnih članaka o identifikovanoj temi, verovatno zbog nedostatka primarnih studija.

Aneks C. Dodatne preporuke i tehničke smernice

Naslov	Organizacija (godina)	Link
Portal dobre prakse: baza dokaza, standardi i smernice i ocenjena praksa Ključni epidemiološki indikatori	EMCDDA	http://www.emcdda.europa.eu/best-practice http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators
Upotreba interferon-gama testova u podršku TB dijagnozi	ECDC (2011)	http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1103_GUI_IGRA.pdf
Preporuke za prevenciju infekcije u ambulantnim mestima: minimalna očekivanja za bezbednu brigu	CDC (2011)	http://www.cdc.gov/HAI/pdfs/guidelines/Ambulatory-Care-04-2011.pdf
EASL smernice za kliničku praksu: upravljanje hepatitis C virusnom infekcijom	EASL (2011)	http://www.easl.eu/assets/application/files/4a7bd873f9cccbf_file.pdf
Testiranje na HIV: povećanje prihvatanja i efikasnosti u Evropskoj uniji	ECDC (2010)	http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/101129_GUI_HIV_testing.pdf
Smernice za testiranje na HIV, virusni hepatitis i druge infekcije kod injektirajućih korisnika droge	EMCDDA (2010)	http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/testing-guidelines
Lečenje tuberkuloze: smernice, četvrto izdanje.	SZO (2010)	http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241547833_eng.pdf
Smernice za servise koji obezbeđuju opremu za injektiranje: preporuke dobre prakse za zastupnike i servise koji obezbeđuju opremu za injektiranje (IEP) u Škotskoj	Škotska vlada (2010)	http://www.scotland.gov.uk/Publications/2010/03/29165055/0
Smanjenje štete na delu: preporuke za organizacije koje zapošljavaju korisnike droge	Institut za otvoreno društvo (2010)	http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/h armreduction-work-20110314/work-harmreduction-20110314.pdf
Preporuke dobre prakse: HIV i korišćenje droge – odgovori zajednice na injektirajuće korišćenje droge i HIV	Međunarodna alijansa HIV/AIDS (2010)	http://www.aidsalliance.org/publicationsdetails.aspx?id=454
Programi zamene igle i šprica: obezbeđivanje opreme za injektiranje injektirajućim korisnicima droge	Nacionalni institut za zdravlje i kliničku izvrsnost (NICE) (2009)	http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12130/43301/43301.pdf
Međunarodni standardi za brigu o tuberkulozi, drugo izdanje	Tuberkulozna koalicija za tehničku pomoć (2009)	http://www.tbcta.org/Uploaded_files/Zelf/ISTCReport2ndEdition1258118339.pdf

Tehnički preporuke za zemlje u postavljanju ciljeva za univerzalni pristup HIV prevenciji, lečenju i brizi za injektirajuće korisnike droge	SZO, UNODC, UNAIDS (2009)	http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/manual/2010/idu_target_setting_guide_en.pdf
Preporuke za testiranje i savetovanje za HIV na mestima koje posećuju injektirajući korisnici droge	SZO, UNAIDS (2009)	http://www.who.int/hiv/topics/idu/care/GuidanceTC_IDUsettings.pdf
Političke smernice za kolaborativne TB i HIV servise za injektirajuće i druge korisnike droge	SZO (2008)	http://www.who.int/rpc/guidelines/9789241596930/en/index.html
EASL smernice za kliničku praksu: upravljanje hroničnim hepatitisom B	EASL (2009)	http://www.easl.eu/assets/application/files/b73c0da3c52fa1d_file.pdf
Bezbednost, rizici i ishodi korišćenja pribora za injektiranje	Scott (2008)	http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/127313/0057758.pdf
Preporuke za pokretanje i upravljanje programima zamene igle i šprica	SZO, UNAIDS, UNODC (2007)	http://www.who.int/hiv/idu/Guide_to_Starting_and_Managing_NSP.pdf
HIV/AIDS lečenje i briga: klinički protokoli za evropski region SZO	SZO (2007)	http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/78106/E90840.pdf
Korelacija – Smernice za pružanje integrisanih terenskih usluga	Mreža korelacije (2007)	http://www.correlationnet.org/doccenter/pdf_document_centre/book_outreach_fin.pdf
Ontario program razmene igala i špriceva: preporuke dobre prakse	Strike (2006)	http://www.health.gov.on.ca/English/providers/pub/aids/reports/ontario_needle_exchange _programs_best_practices_report.pdf
Preporuke za politiku i programiranje za HIV/AIDS prevenciju i brigu kod injektirajućih korisnika droge	SZO (2005)	http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/policyprogrammingguide.pdf
Preporuke za propagiranje: HIV/AIDS prevencija među injektirajućim korisnicima droge	SZO, UNAIDS, UNODC (2004)	http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/en/advocacyguideen.pdf
Dokazi za akciju: efikasnost terenskog pristupa zajednici u prevenciji HIV/AIDS među injektirajućim korisnicima droge	SZO (2004)	http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/evidenceforactionreprint2004.pdf
Privremena politika o kolaborativnim TB/HIV aktivnostima. 1. ed.	SZO (2004)	http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_HTM_TB_2004.330_eng.pdf
BCG vakcina: Dokument o stavu SZO	SZO (2004)	http://www.who.int/wer/2004/en/wer7904.pdf
Doktrinirani dokument za tehničke konsultacije o efikasnom pokrivanju zdravstvenih sistema	SZO (2004)	http://www.who.int/health-systemsperformance/technical_consultations/effcov_background.pdf

Bibliografija

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. NeOSTn 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 OSTHaTM. 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, MilOSTn 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, MilOSTn 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, BilOSTn 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, MilOSTn 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. TiOSTn 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 specialized 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.