



Упатство на ЕЦДЦ и ЕМЦДДА

Превенција и контрола на
инфективни болести кај луѓе
што инјектираат дрога

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



Упатство на **ЕЦДЦ** и **ЕМЦДДА**

Превенција и контрола на инфективни болести кај луѓе што инјектираат дрога



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction

Содржината на ова заедничко упатство беше изработена од Европски Центар за Превенција и Контрола на Болести (ЕЦДЦ) и Европски Центар за Следење на Дрога и Зависности од Дрога (ЕМЦДДА) со поддршка на техничка советодавна група составена од креаторите на политиките, вршителите на услуги, претставници од граѓанскиот сектор и стручни лица од превентивната медицина од широм ЕУ/ЕЕО.

Упатството беше напишано од Мика Салминен, Анастасиа Фарис и Андреас Сандгрин од ЕЦДЦ и од Дагмар Хедрих и Лукас Вајзинг од ЕМЦДДА. Квадратчето со текстот на тема *Програми за пристап на малолетниците до игла и шприц* од Ана Трајан и Роберт Цак, квадратчето за *Проширување на покриеноста со услуги* од Кристи Роотел, и она за *Тестирање на точката на неџа* го произведе Хенрики Брумер-Кровенконтно. Ханс Блистад значително придонесе кон делот за контрола, тестирање и лекување на туберкулоза. Тукка Тамми придонесе кон базата на докази во одделот за суштинските вредности. Дополнителни коментари дадоа Фроде Форланд, Ерика Дуфел, Гиедриус Ликатавициус, Тејмур Нори и Марита ван де Лаар од ЕЦДЦ, како и Алесандро Пирона, Марица Фери, Теодора Грошкова и Роланд Симон од ЕМЦДДА.

Рамката за упатството и ревидирањето на доказите во однос на програмите за игли и шприцови и другите услуги беа изведени според договорот ECDC/10/2246 од Ева ван Велзен и Шерон Хатчинсон (Универзитет на Стратклајд/Здравствена Заштита на Шкотска); Нора Палматир, Кристи Рој, Алекс Санчез-Вивар, Дејвид Голдберг (Здравствена заштита на Шкотска); Мат Хикман (Универзитет на Бристол); Аврил Тејлор (Универзитет на Западна Шкотска); Џенифер Кели и Џон Кембел (Служба за зависности на Глазгов); и Вивиан Хоуп (Училиште за хигиена и тропска медицина на Лондон). Дополнителен преглед на доказите во однос на лекувањето беше обезбеден според договорот со ЕМЦДДА CC.10.RES.011 од страна на Џорџи Мекартур и Мет Хикман (Универзитет на Бристол).

Ова упатство е исто така објавено и „накусо“ и придружено со два Технички извештаи: „Докази за ефективност на интервенциите за превенција на инфекциите меѓу луѓето што инјектираат дрога. Дел 1: Програми за игла и шприц и други интервенции за превенција на хепатит Ц, ХИВ и ризично однесување при инјектирање“ и „Дел 2: Лекување заради превенција на хепатит Ц, ХИВ и ризично однесување при инјектирање“.

Би сакале да им заблагодариме на следните членови од Техничката советодавна група на ЕЦДЦ/ЕМЦДДА за нивниот вреден придонес:

- Хенрик Барос, Национална координација за СИДА, Португалско Министерство за здравство; Медицинско училиште при Универзитетот на Порто, Португалија
- Ханс Блистад, Норвешки институт за јавно здравство, Оддел за епидемиологија на инфективни болести, Норвешка
- Грацина Чолевинска, Варшавска болница за инфективни болести, Полска
- Ханс Халтмејер, Вереин Виенер Социалпројекте (Verein Wiener Sozialprojekte), Виена, Австрија
- Никлас Карлсон, Национален институт за контрола на заразни болести, Шведска
- Астрид Леихт, Фикспункт Берлин (Fixpunkt Berlin), Германија
- Хавиер Махо и Рока, Програма за злоупотреба на супстанции, Оддел за здравство, Каталонија, Шпанија
- Луис Мендао, Форум за граѓанско општество на ЕУ
- Виктор Мравчик, Национален центар за мониторинг на дрога и зависности од дрога, Република Чешка
- Ане Оваска, Фондација на А-Клиника, Финска
- Марија Принс, Општински здравствени услуги на Амстердам, Холандија
- Кристи Роотел, Национален институт за развој на здравството, Оддел за инфективни болести и превенција на злоупотреба на дрога, Естонија
- Јоана Томус, Романска мрежа за намалување на штетата, Романија

Предлог на цитати: Европски Центар за Превенција и Контрола на Болести и Европски Центар за Следење на Дрога и Зависности од Дрога. Превенција и контрола на инфективни болести кај луѓето што инјектираат дрога. Стокхолм: ЕЦДЦ; 2011.

Стокхолм, Октомври 2011
ISBN 978-92-9193-313-6
doi 10.2900/58565

© Европски Центар за Превенција и Контрола на Болести, 2011
© Европски Центар за Следење на Дрога и Зависности од Дрога, 2011

Репродуцирањето е дозволено, под услов изворот да се посочи.

Содржина

ИЗВРШНА КРАТКА СОДРЖИНА	7
Седум клучни интервенции што се препорачуваат	7
Да се постигне синергија: комбинирање на клучните интервенции	8
Целна публика	8
Упатство за јавното здравство засновано врз докази	8
Национална координација	8
Мерки скроени според националната ситуација	8
ВОВЕД	9
Инфекции кај луѓето што инјектираат дрога	9
Зошто е ова значајно?	12
Правци, цели и методологија	12
Опсег	13
Целна група на читатели	14
СУШТИНСКИ ВРЕДНОСТИ ВО ПРЕВЕНЦИЈАТА НА ИНФЕКЦИИТЕ КАЈ ЛУЃЕТО ШТО ИНЈЕКТИРААТ ДРОГА	15
Принципи на превенцијата	15
Принципи на обезбедување услуги	16
ПРЕПОРАЧАНИ ИНТЕРВЕНЦИИ ЗА ПРЕВЕНЦИЈА НА ИНФЕКЦИИТЕ КАЈ ЛУЃЕТО ШТО ИНЈЕКТИРААТ ДРОГА	19
Клучни компоненти на интервенциите	19
Комбинирање на клучните интервенции за да се постигне синергија	20
РАЗВОЈ И ОБЕЗБЕДУВАЊЕ НА ПРОГРАМИ ЗА ПРЕВЕНЦИЈА И КОНТРОЛА НА ИНФЕКТИВНИТЕ БОЛЕСТИ КАЈ ЛУЃЕТО ШТО ИНЈЕКТИРААТ ДРОГА	21
Кооперација и координација	21
Седум препорачани клучни интервенции	22

Опрема за инјектирање	22
Вакцинација	24
Лекување на зависност од дрога	25
Тестирање	28
Лекување на инфективни болести	31
Насочена испорака на услуги	35
ПОЗНАВАЊЕ И РАЗБИРАЊЕ НА НАЦИОНАЛНАТА СИТУАЦИЈА	43
Мониторинг на проблематичното користење дрога и одговори	43
Надгледување на инфекциите	43
Програми за мониторинг и евалуација	44
Поставување на цели за покривање со интервенции	45
АНЕКС А. ЕПИДЕМИОЛОГИЈА НА КОРИСТЕЊЕТО ДРОГА СО ИНЈЕКТИРАЊЕ И ПОЗНАЧАЈНИ ИНФЕКЦИИ КАЈ ЛУЃЕТО ШТО ИНЈЕКТИРААТ ДРОГА ВО ЕУ/ЕЕО	47
Користење дрога со инјектирање	47
ХИВ	47
Хепатит Б и Ц	47
Туберкулоза	48
Вирус на хепатит А	49
Кожни бактериски и системски инфекции	49
Сексуално пренесувани инфекции	49
Хуман Т-лимфотропен вирус тип II (HTLV-II)	49
АНЕКС Б. КЛУЧНИ ИНТЕРВЕНЦИИ ЗА СПРЕЧУВАЊЕ НА ИНФЕКЦИИТЕ КАЈ ЛУЃЕТО ШТО ИНЈЕКТИРААТ ДРОГА	51
АНЕКС В. ДОПОЛНИТЕЛНО УПАТСТВО И ТЕХНИЧКИ НАСОКИ	56
УПАТУВАЊА	58

Акроними и поимник

ЕЦДЦ	Европски центар за превенција и контрола на заразни болести
ЕЕО	Европска економска област
ЕФТА	Европска асоцијација за слободна трговија
ЕМЦДДА	Европски центар за мониторинг на дрогата и зависностите од дрога
Европско соседство	Земјите-членки на ЕУ и нивните географски соседи, кандидатите за влез во ЕУ и земјите потенцијални кандидати, земјите на ЕФТА и ЕЕО
ЕУ	Европска Унија
ХАВ	вирус на хепатит А
ХБВ	вирус на хепатит Б
ХЦВ	вирус на хепатит Ц
ХИВ	хуман имунодефицитен вирус
Промовирање на здравјето	Промовирање на здравјето е процес со кој на луѓето им се овозможува да ја зголемат контролата врз, како и да си го подобрат здравјето. Промовирање на здравјето не вклучува само ширење на информации и давање поддршка, туку и советување за намалување на ризикот. Анализа на ослободување на интерферон-гама
ИГРА	Услуги на низок праг се социјални и здравствени услуги за луѓето што користат дрога; тие обично нудат место за престој, здравствена едукација и советување, програми за игла и шприц, упатување на лекување од дрога, а понекогаш и ноќевалиште. Пристапот со низок праг има за цел да допре до повеќе корисници со поранешен проблематичен образец на користење и да остане во контакт со нив за да се спречи штета по здравјето без да бара апстиненција.
Услуги со низок праг	Програми за игла и шприц Лекување со замена на опиоиди Употреба на дрога со инјектирање или долготрајна/редовна употреба на опиоиди, кокаин и/или амфетамини Распределба на стерилна опрема за инјектирање на еден корисник на услугите, кој потоа врши прераспределба до другите во својата социјална мрежа. Во некои опкружувања ова се нарекува „дистрибуција на врсници“.
НСП	Сексуално преносливи инфекции
ОСТ	Туберкулоза
Проблематична употреба на дрога	Кожен туберкулински тест
Секундарна размена на игли	Заедничка програма на Обединетите нации за ХИВ/СИДА
СПИ	Светска здравствена организација
ТБ	
ТСТ	
УНАИДС	
СЗО	

Извршна кратка содржина

Уште од појавата на ХИВ епидемијата меѓу луѓето што инјектираат дрога кон средината на 1980-те, голем број на европски држави постигнаа значителен напредок во спроведувањето мерки врз основа на докази за превенција и контрола на инфективните болести кај оваа група. Во 1990-те, земјите на ЕУ почнаа да развиваат заеднички превентивни политики, како во полето на ХИВ/СИДА-та, така и со дрогата и зависноста од дрога, кои вклучуваат основање на агенции на ЕУ за следење на ситуацијата со дрогата (ЕМЦДДА во 1993 год.) и за превенција и контрола на инфекциите (ЕЦДЦ) во 2005 год.). Во изминатите две децении интервенциите за превенција и лекување беа проширени и надградени. Според извештаите за 2009 год., повеќе од половината од проценетата популација на проблематични корисници на опиоиди прими лекување со замена, а голем дел од земјите основаа програми за игли и шприцови зголемувајќи ја покриеноста на луѓето што инјектираат дрога. Податоците од земјите со добро утврдени системи за надгледување наведуваат дека бројот на новозаразените со ХИВ кај луѓето што инјектираат дрога значително е намален во повеќето, но не и во сите, земји на ЕУ во последната деценија.

Во европското соседство, употребата на дрога со инјектирање останува позначителен фактор на ранливост во однос на стекнување на заразни болести преносливи со крв и други инфективни болести, меѓу кои ХИВ, хепатит Б и Ц, туберкулоза, бактериски болести на кожата и инфекции на мекото ткиво, како и системски инфекции. Проценката на бројот на луѓе кои инјектираат дрога наведува на тоа дека постои значителен дел од популацијата која е во ризик од овие инфекции во сите европски земји. Ако се запостават овие инфекции тие стануваат голем товар за европските здравствени системи, значително поединечно страдање, како и високи трошоци за лекување.

Се покажа дека еден прагматичен пристап на превенција во јавното здравство може да има силно влијание врз намалувањето на инфекциите преносливи со крв и другите зарази кај луѓето што инјектираат дрога. Превенцијата е остварлива и ефективна, доколку соодветно се спроведе.

Седум клучни интервенции што се препорачуваат

Ова засновано на докази, заедничко упатство на ЕЦДЦ и ЕМЦДДА посочува добри практики во превенцијата и контролата на инфективните болести кај луѓето што инјектираат дрога.

Врз основа на најсилните достапни докази, експертски мислења и најдобрите практики во рамките на ЕУ/ЕЕО, треба да се применат следните компоненти на клучните интервенции и, доколку е можно, во комбинација за да се постигне максимален ефект на превенцијата преку синергија:

Компоненти на клучните интервенции

Опрема за инјектирање: Обезбедување на, и законски пристап до, чиста опрема за инјектирање на дрога, вклучително со доволно бесплатни стерилни игли и шприцови, како дел од комбинираниот повеќе-компонентен пристап, спроведен преку намалување на штетата, советување и програми за лекување.

Вакцинација: Вакцини против хепатит А и Б, тетанус, инфлуенца, и особено кај ХИВ-позитивните поединци, пневмококни вакцини.

Лекување на зависност од дрога: Лекување со замена на опиоиди и други ефективни форми на лекување на зависности од дрога.

Тестирање: Доброволно и доверливо тестирање со информирана согласност за ХИВ, ХЦВ (ХБВ за невакцинираните) и други инфекции, вклучително со ТБ треба рутински да се нудат и да се поврзуваат со упат за лекување.

Лекување на инфективни болести: Антивирално лекување засновано на клинички индикации за оние што се инфицирани со ХИВ, ХБВ или ХЦВ. Лекување против туберкулоза за активните случаи на ТБ. ТБ профилатичка терапија треба да се земе предвид за латентните случаи на ТБ. Треба да се понуди и лекување за други инфективни болести во зависност од клиничките индикации.

Промовирање на здравјето: Промовирање на здравјето фокусирано на побезбедно однесување при инјектирањето; сексуално здравје, вклучително со употреба на кондоми; и превенција на заразни болести, тестирање и лекување.

Насочена испорака на услугите: Услугите треба да бидат комбинирани и организирани и испорачани во зависност од потребите на корисниците и локалните услови; ова вклучува обезбедување на услуги преку подавање помош и утврдени локации на кои се нуди лекување за зависност од дрога, намалување на штетата, советување и тестирање, како и упатување до општи примарни и специјализирани здравствени и медицински услуги.

Да се постигне синергија: комбинирање на клучните интервенции

Скорешните проучувања и искуства од успешните програми на превенција ја документираат додадената вредност на понудата на опсег на ефективни интервентни мерки на истите локации, и обезбедување на комбинации на интервенции според потребите на клиентите, за да се постигне максимален ефект во превенцијата на инфекциите.

Целна публика

Ова упатство има за цел да ги поддржи креаторите на политиките во Европа за да се испланира соодветен, заснован врз докази, прагматичен и рационално испланиран одговор на јавното здравство при превенцијата и контролата на инфекциите кај луѓето што инјектираат дрога. Насочен е кон планерите на програмите на јавното здравство и носителите на одлуки кои работат во полето на инфективните болести, општото јавно здравство, зависносите и менталната хигиена, социјалните услуги, како и контрола на дрогата на национално и регионално ниво.

Упатството е кохерентно со и ги поддржува постоечките политики ширум ЕУ во полето на контрола на дрогите и инфективните болести и има за цел да даде еден сеопфатен преглед на најдобрите познавања од полето, со проширување на претходната работа за да се вклучат комбинации од клучни интервенции. Исто така се потпира на основата на суштинските вредности извлечени од принципите на јавното здравство и човековите права, според кои треба да се води превенцијата и обезбедувањето услуги.

Упатство за јавното здравство засновано врз докази

Резултатите од истражувањата кои се однесуваат на упатството се прегледани и проценети со примена на принципите на медицината заснована на докази (ЕБМ) адаптирани според рамките на јавното здравство. Да се произведе упатство, високо-научните докази беа опсежно прегледани, а резултатите беа комбинирани со стручното познавање и совети за придобивките и штетите. Најдобрите практики, како и претпочитувањата на корисниците придонесоа кон развивање на клучните интервенции кои се предлагаат во овој документ.

Национална координација

Претпоставка за ефективно спроведување на клучните интервенции е националната и локалната соработка, и координацијата меѓу секторите. Градењето национален консензус и взаемно почитуваните цели се од суштинско значење кога станува збор за успешно спроведување на интервенциите. За целите треба да постои согласност кај актерите од сите сектори, а особено од оние што работат со луѓето кои инјектираат дрога.

Мерки скроени според националната ситуација

За да се утврди дека интервенциите се во најдобар интерес на делот од популацијата кој инјектира дрога, како и за превенција и контрола на инфективните болести, мора да постои доволно надгледување на проблематичната употреба на дрога и инфекциите на национално и поднационално ниво. Преземените мерки треба континуирано да бидат следени и евалуирани во поглед на одговорот, влијанието, релевантноста и стапката на покриеност. Инвестирањето во соодветни системи на надгледување како на употребата на дрога, така и на инфективните болести е потребно и рентабилно.

Доказите укажуваат на тоа дека повисоките нивоа на покриеност со програмите за игли и шприцови и лекувањето со замена на опиоиди по корисник на дрога со инјектирање се поефективни од пониските нивоа на покриеност. Целта треба да биде да се утврди дека услугите што се нудат ги задоволуваат локалните потреби и побарувачка. Незадоволената побарувачка на услугите за размена на игла и шприц или времето на чекање во лекувањето на зависност од дрога укажуваат на неефикасност во превенцијата.

Вовед

Инфекции кај луѓето што инјектираат дрога

Уште од појавата на ХИВ епидемијата меѓу луѓето што инјектираат дрога, кон средината на 1980-те, голем број на европски држави постигнаа значителен напредок во спроведувањето мерки врз основа на докази за превенција и контрола на инфективните болести кај оваа група. Во 1990-те, земјите на ЕУ почнаа да развиваат заеднички превентивни политики, како во полето на ХИВ/СИДА-та, така и со дрогата и зависноста од дрога, кои вклучуваа основање на агенции на ЕУ за мониторинг на ситуацијата со дрогата (ЕМЦДДА во 1993 год.) и на инфекциите (ЕЦДЦ во 2005 год.) (3). Во текот на наредните децении интервенциите беа проширени: на пример, околу 700 000 лекувања со замена на опиоиди беа забележани во 2009 год., повеќе од половината од претпоставената популација на проблематични корисници на опиоиди (4). Размерот на луѓето што инјектираат дрога кај новите ХИВ инфекции и бројот на инфекции во оваа група значително се намали во голем број од земјите на ЕУ. Меѓутоа, во европското соседство, употребата на дрога со инјектирање останува значителен фактор на ранливост во стекнувањето инфективни болести пренесувани преку крв и на друг начин. Проценката на бројот на луѓе што инјектираат дрога наведува на тоа дека значителен дел од популацијата е во ризична ситуација во сите европски земји (5). Обрасците на примена на инјектирање варираат низ регионот, со преваленција на инјектирањето опиоиди во сите земји и значителен размер на инјектирање на стимуланти (во главно амфетамини) во северните и источните делови од Европа. Употребата на повеќе дроги дополнително го усложнува образецот (5).

Инфекции кои може да носат зголемен ризик за луѓето што инјектираат дрога

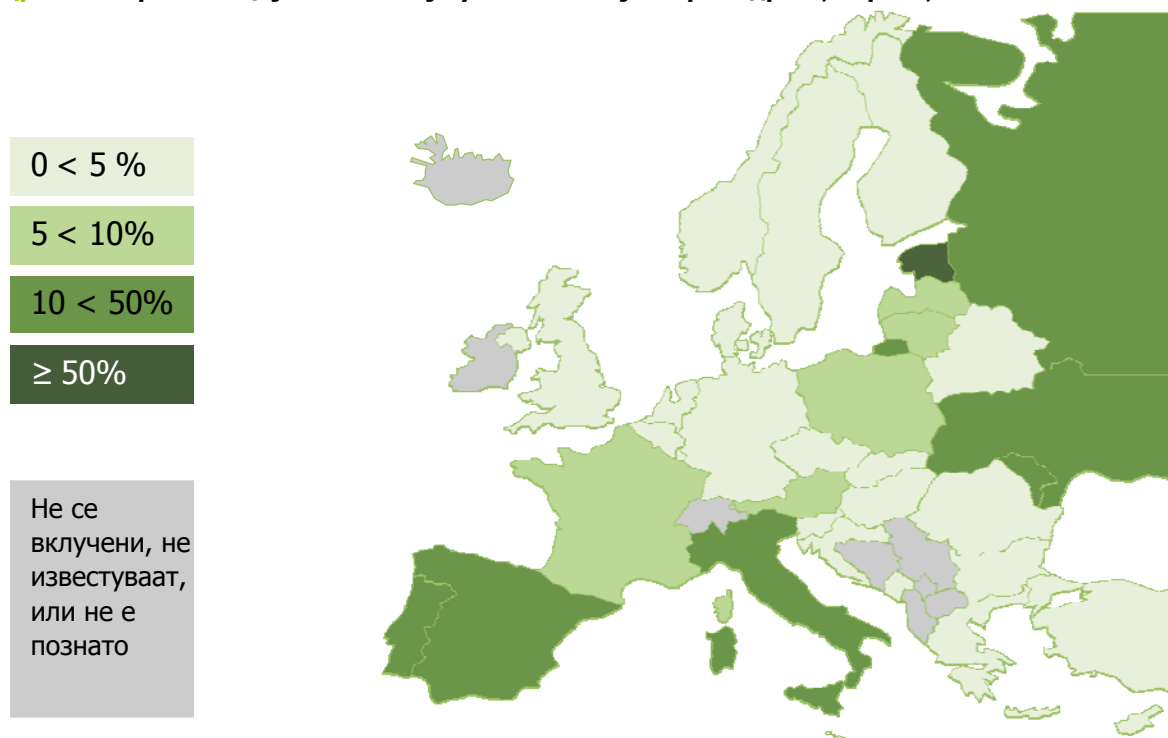
- ХИВ инфекција;
- Хепатит А;
- Хепатит Б (ХБВ);
- Хепатит Ц (ХЦВ);
- Хепатит Д;
- Туберкулоза (ТБ);
- Инфекции на кожата и мекото ткиво предизвикани од *Staphylococcus aureus* (вклучително со метицилин-резистентниот *Staphylococcus aureus*, МРСА) и стрептококни инфекции (пр. ендокардитис, некротичарски фасциитис);
- Сериозна системска сепса (пр. инфекции со *Clostridium novyi*, *Bacillus anthracis*);
- СПИ кои не се ХИВ инфекција или хепатит (пр. инфекција со кламидија, сифилис и гонореа);
- Респираторни инфекции како што се пневмонија, дифтерија и инфлуенца;
- Ботулизам на рана;
- Тетанус;
- Инфекции со хуман Т- лимфотропен вирус (ХТЛВ).

Вообичаените инфекции пренесувани преку крв од оваа група ги вклучуваат и хуманиот имунодефицитен вирус (ХИВ), вирусот на хепатит Ц (ХЦВ) и вирусот на хепатит Б (ХБВ). Основниот механизам на пренесување за овие инфекции е споделување на опремата за инјектирање кај корисниците, како што се шприцови, игли, садови за мешање на дрогата и други прибор за подготовка на дрогата. Покрај ширењето преку споделуваната опрема за инјектирање, тука е и сексуалното пренесување на ХИВ и ХБВ, како во рамките на популацијата на луѓе што инјектираат дрога, така и од тековни или поранешни инјектирачи на сексуални партнери или клиенти. Иако сите горенаведени вирусни инфекции лесно се пренесуваат преку споделување на употребена опрема за инјектирање, ризикот од заразување варира. Во споредба со ХИВ инфекцијата, инфекцијата со хепатит Ц се карактеризира со релативно висока концентрација на вирусот во крвта, не само во текот на примарната фаза на инфекцијата, туку и кај оние што стануваат хронично инфицирани. Ова се смета дека води до висока стапка на заразност при изложување на ХЦВ, кога инфицираниот и неинфицираниот поединец споделуваат игла, шприц или друга опрема за подготовка на дрогата. Превалентноста на хепатит Ц обично ја надминува превалентноста на ХИВ кај заедниците на корисници, а епидемијата на хепатит Ц честопати ја надминува епидемијата на ХИВ кај луѓето што инјектираат дрога. Повисокиот ризик од заразување може да објасни и зошто е потешко да се ограничи ХЦВ преку примена на поединечни интервенции, а зошто постои потреба од повисока покриеност на интервенцијата за да се намали стапката на ХЦВ на нивото на популацијата.

Иако најнеодамнешните податоци од европските надгледувања наведуваат на тоа дека појавата на ХИВ инфекцијата значително опаднала во текот на изминатата деценија и понатаму опаѓа кај луѓето што инјектираат дрога, постојат јасни разлики меѓу регионите во Европа (6). Голем дел од земјите-членки на ЕУ

доживеаја голема епидемија на ХИВ инфекцијата меѓу луѓето што инјектираат дрога во текот на 1980-те и 1990-те, додека повеќето земји од источниот дел на европскиот регион, вклучително со некои земји-членки на ЕУ, доживеаја поголема епидемија во раните години на 2000-те. Ова доведе до утврдување на висока преваленција на ХИВ кај активните и поранешните интравенозни корисници на дрога во неколку земји во рамките на ЕУ. Некои источноевропски земји кои граничат со ЕУ беа особено тешко погодени со брзото ширење на ХИВ инфекцијата меѓу луѓето што инјектираат дрога. Некои земји од ЕУ, како и некои соседни земји, известуваат за висока преваленција на ко-инфекција со ХИВ и туберкулоза меѓу луѓето што инјектираат дрога.

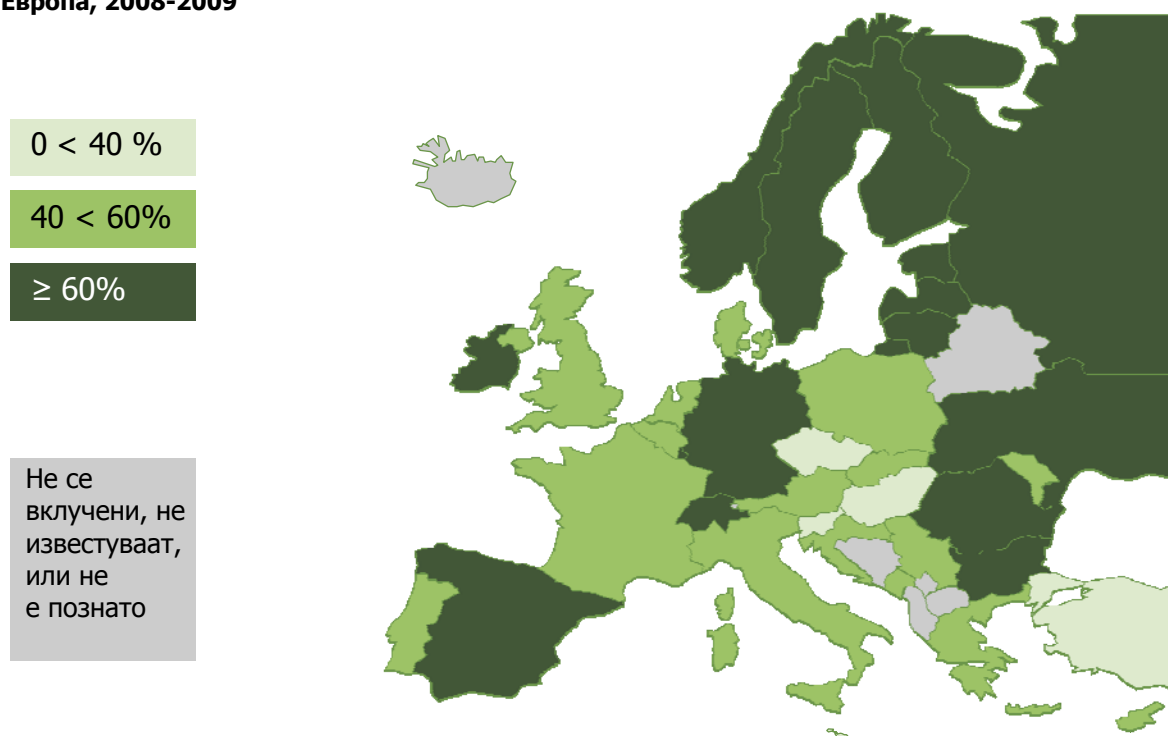
Цртеж 1. Преваленција на ХИВ кај луѓето што инјектираат дрога; Европа, 2008-2009



Извор: ЕМЦДДА и Reteix Национални фокусни точки (земји во ЕМЦДДА: ЕУ, Хрватска, Турција и Норвешка); Mathers et al., Lancet 2008 (други земји). Бојата ја означува средната вредност од националните податоци, или ако не се достапни, на локалните податоци. За земјите од ЕМЦДДА податоците се претежно од 2008-2009 година. Во случај кога податоците за 2008-2009 не биле достапни, употребени се постари податоци. Податоците од ЕМЦДДА се поднационални за Хрватска, Холандија, Турција, Шведска, Обединетото Кралство, Белгија, Бугарија, Литванија, Франција, Естонија, Ирска; за земјите кои не се во ЕМЦДДА овие информации не се достапни.

Инфекциите со вирусот на хепатит Б и Ц се вообичаени кај активните и поранешните инјектирачи, а историјата со користење на дрога со инјектирање е најчест фактор на ризик во Европа, особено за хепатит Ц. Точниот момент на воведување на хепатит Ц инфекцијата кај оваа популација не е сосема добро позната, но вирусот веројатно му претходел на оној на ХИВ неколку децении. Европските податоци од надгледувањата во однос на појавата на нови инфекции се слабо стандардизирани, со што го отежнуваат утврдувањето на трендовите во регионот (7). Меѓутоа, насочените студии на преваленцијата откриваат висока преваленција и докази за чести избивања на инфекции кај корисниците на дрога во скоро сите проучени географски области (5, 8-9). Што е уште позначајно, постои силна поврзаност меѓу траењето на употребата на дрога со инјектирање и инфекцијата со хепатит Ц (10). Коинфекциите со повеќе од еден тип на хепатит, или коинфекциите со ХИВ и хепатит Ц претставуваат се поголем клинички предизвик како и предизвик за превенцијата во голем дел од Европа (1).

Цртеж 2: Преваленција на антитела на хепатит Ц вирусот кај луѓето што инјектираат дрога; Европа, 2008-2009



Извор: ЕМЦДДА и Reteix Национални фокусни точки (земји во ЕМЦДДА: ЕУ, Хрватска, Турција и Норвешка); Nelson et al., Lancet 20011; ИХРА, ЕХРН и СЗО Регионална канцеларија за Европа (други земји). Бојата ја означува средната вредност од националните податоци, или ако не се достапни, на локалните податоци. Податоците за земјите од ЕМЦДДА се претежно од 2008-2009 година. Во случај кога податоците за 2008-2009 не биле достапни, употребени се постари податоци. Податоците од ЕМЦДДА се поднационални за Турција, Обединетото Кралство, Франција, Словачка, Холандија, Белгија, Полска, Бугарија, Шпанија, Шведска, Ирска, Латвија, Германија, Литванија, Романија, Естонија. За земјите кои не се во ЕМЦДДА овие информации не се достапни.

Покрај инфекциите на ХИВ, хепатит Б и Ц, се покажува дека и инфекциите со хуман Т-лимфотропен вирус од тип II (HTLV-II) се шират меѓу луѓето што инјектираат дрога уште од 1970-те (11). Постојат извештаи за избивања на инфекции со хепатит А во рамките на ЕУ кај групите на луѓе што инјектираат дрога, иако тешко е да се изолира ризикот на инјектирањето од другите фактори на ризик, како што е слабата хигиена (12-15).

Луѓето што инјектираат дрога, а особено оние што се социјално маргинализирани, не се ранливи само на инфекции од вируси пренесувани преку крв, туку и на други инфекции. Список на некои од овие инфекции е даден во квадратчето на страница 3 (16), а дополнителни информации за епидемиологијата на овие болести се дадени во Анекс А. Овие вклучуваат локализираните рани инфицирани со бактерии и инфекции на местата на инјектирање, системски инфекции, сексуално преносливи инфекции и респираторни инфекции, како што е туберкулозата. Се известува и за случаи на тетанус кај луѓето што инјектираат дрога. Во некои опкружувања, лицата со историја на инјектирање дрога сочинуваат околу половина од пријавените случаи на тетанус (17). Појавите на тетанус се документирани кај популациите на корисници на дрога, особено кај корисниците кои известуваат за субкутано инјектирање на хероин и имаат историја без или со делумна имунизација (18-19).

Ширењето на инфекции кои се поврзуваат со користење дрога со инјектирање се држат под контрола во текот на последната деценија во некои европски држави, а стапките на инфекции опаѓаат (8). Ова најверојатно е така заради комбинацијата од промената во однесувањето кај популацијата на корисници на дрога, подобрувањето на услугите на превенција, како и лекувањето на заразните болести и вакцинацијата. И покрај овој позитивен развој на настаните, нема простор за опуштање бидејќи инфекциите пренесувани преку крв може многу брзо да се прошират меѓу луѓето што користат дрога, освен доколку ризиците од инфекции кои се шират со инјектирање не се контролираат континуирано. Неколку студии на избивања на инфекции со ХИВ кај луѓето што инјектираат дрога забележуваат скоро експоненцијално ширење во раните фази и брзо утврдување на високи нивоа на преваленција на ХИВ (20-21). Истото се покажа и за хепатит Ц, каде што комбинација на ниска доза на инфекција, подолготрајно преживување на вирусот надвор од телото и континуирано високо ниво на вирусот во крвта кај хроничната инфекција, може да доведе до многу брзо утврдување на висока преваленција кај популацијата на корисници.

И покрај успесите во намалувањето на преваленцијата на заразните болести во некои региони од ЕУ, достапните проценки јасно укажуваат на тоа дека инфекциите кај луѓето што инјектираат дрога се уште не се

ефективно спречени во сите области од европското соседство. Иако може да се спречат, овие инфекции и понатаму предизвикуваат позначителен товар на заразни болести во Европа о високо ниво на лично страдање.

Зошто е ова значајно?

Основната мотивација во превенцијата на инфекциите кај луѓето што инјектираат дрога е тоа што превенцијата е остварлива и ефективна. Зависноста од нелегални дроги е медицинска состојба која врз јавното здравство и на етичка основа, бара спроведување на ефективни мерки за да се спречат заразните болести и да се намали штетата што ја нанесува зависноста од дрога. Ефективни мерки за спречување на инфекцијата постојат, но тие или не се нудат или не се достапни за голем дел од оние кои имаат потреба од нив.

Од перспектива на јавното здравство, подпопулациите со висока оптовареност со инфекции имаат и директен и индиректен ефект на оптоварување на општеството, а превенцијата на инфекциите може да ги намали овие трошоци. Како прво, директната смртност заради сериозни форми на хронични инфекции доведува до високи трошоци во лекувањето и грижата за инфицираните. Како второ, загубата на човечката продуктивност кај сериозно заболените ги зголемува општествените трошоци. Како трето, високата преваленција на заболувањата кај корисниците на дрога може да го зголеми ризикот од зголемување на преваленцијата на пошироката популација, особено ако високата преваленција опстојува долг временски период.

Конечно, неуспевањето да се спротивстави на последица што може да се избегне за конкретна форма на сериозна зависност може да се протолкува како незаинтересираност за заветувањето на ЕУ да ја унапредува општествената правда и заштита, дадено во меѓународните конвенции, вклучително со Повелбата за основните човекови права на Европската Унија и Спогодбата од Лисабон (22-23).

Додека елиминацијата на нелегалната употреба на дрога или на инјектирањето дрога, во принцип, би било добра интервенција за превенција на инфективните болести, глобалното искуство покажува дека ова не може да се постигне само преку мерките на јавното здравство. Строгите мерки за контрола на дрогата не беа целосно успешни во елиминирањето на ризиците и нелегалната штета поврзана со дрогата. Напротив: иако разјаснувајќи дека грижата на јавното здравство беше движечката сила зад контролата врз дрогата, една проценка на цел век на меѓународни напори за контрола врз дрогата од страна на УНОДК покажа дека системот на контрола врз дрогата и неговите примени доведоа до неколку непланирани последици, меѓу кои недостиг на инвестиции во справувањето со штетата по јавното здравство од користењето на дрога. Користењето дрога главно е зависно од други општествени фактори (чиј преглед излегува надвор од опсегот на ова упатство), а практиките во користењето на дрогата во многу зависат од супкултурите на корисниците на дрога и економската реалност, врз кои е тешко да се влијае. Меѓутоа, искуството и доказите покажуваат дека усвојувањето на прагматичен пристап кој се соочува со и ги ограничува директните ризици од инфекциите кои се поврзуваат со постапката на инјектирање и кој воведува мерки кои помагаат да се стопира или намали инјектирањето, може да имаат силен ефект врз редуцирањето на инфекциите пренесувани преку крвта кај луѓето што инјектираат дрога.

Правци, цели и методологија

Ова упатство засновано врз докази е наменето да информира за развојот, мониторингот и евалуацијата на националните стратегии и програми во земјите од ЕУ и од европското соседство да се спречат и лекуваат инфекциите кај луѓето што инјектираат дрога. Упатството е во согласност со постоечките политики на ЕУ во полето на дрогата и инфективните болести (24-27).

Упатството се потпира на основата од суштински вредности опишани во одделен дел подолу.

Се посочуваат седум клучни интервенции за да се редуцираат и спречат инфекциите кај луѓето што инјектираат дрога во Европа. Овие се засноваат на најтемелните достапни научни докази во комбинација со стручното мислење и долготрајното и добро документирано искуство на вршителите на услуги и претпочитувањата на корисниците на услугите.

Два Технички извештаи на ЕЦДЦ/ЕМЦДДА даваат преглед на доказите зад интервенциите што се препорачуваат овде: „Докази за ефикасноста на интервенциите да се спречат инфекции кај луѓето што инјектираат дрога. Дел 1: Програми за игла и шприц и други интервенции за спречување на хепатит Ц, ХИВ и друго ризично однесување при инјектирање“ и „Дел 2: Лекување на зависност од дрога за превенција на хепатит Ц, ХИВ и ризичното однесување при инјектирање“.

База на податоци

Во процесот на подготовка на ова упатство, прегледите на доказите кои покриваат голем број на примарни студии на клучните интервенции за кои станува збор беа систематски оценети, со употреба на високо-стандардизиран метод на „преглед на прегледи“.¹ Резултатите од студиите кои користат темелни научни изработки беа споредени и беа извлечени изјавите во однос на нивната ефективност, синтетизирајќи ги резултатите во поглед на изработката на студијата, бројот на случаи вклучени во студиите и бројот на случаи со исти резултати – фактори кои ја утврдуваат издржаноста на доказите. Произведените врвни докази од овој „преглед на прегледи“ беа искombинирани со најнеодамнешните резултати од примарните истражувања, кои сè уште не се забележани во документите од прегледите. Примарните студии беа употребени и кога не беа достапни систематски прегледи на ефективноста на интервенциите. Методологијата применета при посочувањето и избирањето на прегледите за примарните студии и резултатите се детално опишани во двата технички извештаи што го придружуваат упатството.

Меѓутоа, во полето на јавното здравство понекогаш не е можно да се добијат нивоата на силни докази што може да бидат изведени од експериментални студии, како што се контролираните тестови по случаен избор (РЦТ). Некои интервенции од јавното здравство – од етички причини – не може да бидат тестирани на експериментален начин (со доставување на истите до една група, а криење од друга). Исто така, контролата врз попречувачките фактори во условите на реалниот живот би била многу комплексна и би барала претерано скапа изработка на студии. Друга пречка во посочувањето на статистички значајните позитивни или негативни исходи од интервенциите во ова поле е ниската зачестеност на соодветни исходи, така што истражувањето треба да покрие многу долг период за да се акумулира доволен број на релевантни настани пред да се извлече заклучок (28).

Односот меѓу доказите и препораките не е секогаш праволиниски: висококвалитетните докази не секогаш водат до силни препораки, а силни препораки може да потекнуваат од докази со низок квалитет. Во тие случаи, кога доказите од прегледите во однос на интервенциите биле нејасни, или кога постоел забележителен недостиг од докази во однос на интервенциите, ова упатство, наместо тоа, се темели на советите на стручните лица во однос на потенцијалните придобивки или штета од одредени интервенции, ги разгледува најдобрите практики во превентивните услуги во ЕУ, а ги проценува и студиите на претпочитувањата на корисниците. Иако мислењето на стручните лица се смета за послабо ниво на доказ, постојат услови во кои група на стручни лица може да им додаде јачина на препораките во отсуство на цврсти докази од истражувањата. Во примерите се вклучува хидратација на болнички пациенти или кебиња за да се спречи губење на топлина кај пациентите што преживеале траума – интервенции кои не се засноваат на цврста база на докази од научните истражувачки студии, но сепак солно се препорачуваат. Дополнителни информации околу причините за секоја препорачана интервенција се достапни во Анекс Б.

Опсег

Ова упатство се надградува врз претходните напори од областа на превенцијата на инфекциите кај луѓето што инјектираат дрога, особено работата вршена од СЗО, УНАИДС и УНОДЦ; а покрај тоа беа консултирани и бројни национални препораки (види Анекс Ц). Ова упатство се обидува да даде еден опсежен преглед на тековното познавање од полето со проширување на претходната работа за да се вклучат комбинации на клучни интервенции. Неговата цел е да обезбеди темелна синтеза која не се однесува само на ЕУ, туку и на соседните земји на ЕУ. Упатството содржи упатувања и линкови до дополнителни извори, што обезбедува додатни подлабоки информации и описи на техничкото спроведување (Анекс В).

Ова упатство главно се фокусира на интервенциите и превентивните мерки кои се справуваат директно со ризиците од инфекции. Во главно се покриваат инфекциите со ХИВ, хепатит Б, хепатит Ц и туберкулоза (ТБ). Некои други инфекции кои се со поголем ризик за луѓето што инјектираат дрога, како што се инфекциите на кожата и мекото ткиво, хепатит А и сексуално преносливите инфекции, се дискутирани, но во помалку детали. Упатството обработува прашања како што се познавањето и разбирањето, ризиците при подготовката на дрогата и инјектирањето, делењето на опремата, вакцинациите, замена на дрогата и други форми на лекување на зависноста од дрога со цел да се намали зачестеноста на инјектирањето и да се зголеми придружувањето до лекувањето. Исто така, се предлагаат начини на организирање на релевантните услуги на ефективен начин.

¹ Методологијата „преглед на прегледи“ (Kelly et al., 2002) ги спојува доказите од објавените прегледи наместо да се нафати на систематско прегледување на примарната литература. Методологијата „преглед на прегледи“ вклучува систематски преглед на литературата за објавените прегледи; посочување на односните систематски, мета-аналитички и наративни прегледи; критичка оценка на прегледите; и синтеза на наодите.

Луѓето што инјектираат дрога на кои се однесува ова упатство ги вклучуваат и оние што инјектираат опиоиди и стимуланти. Иако фокусот на упатството се однесува на овие „традиционални“ популации на инјектирачи, предложените интервенции може да се однесуваат и за новите групи на инјектирачи, како што се оние што инјектираат дроги за подобрување на изведбата, како што се анаболички стероиди. Набљудувањата од некои земји наведуваат дека втората група на инјектирачи може да бара дополнително следење. Проблематичните корисници на дрога што не инјектираат, веројатно би имале полза од голем број на интервенции споменати овде, иако тие не се клучната група за ова упатство.

Упатството не ја разгледува опсежно употребата на антивирусното лекување како превенција на ниво на популацијата, но разјаснува дека таквото лекување треба подеднакво да им биде пристапно и достапно на лицата што инјектираат дрога. Неодамна објавените дела укажуваат дека позитивните ефекти (редуцирана заразност) може да бидат значителни, обезбедувајќи дополнително силно образложение за лекување на активните корисници на дрога од инфекциите на ХИВ и хепатит. Постојат докази кои покажуваат полезни ефекти од профилактичкото лекување на ТБ на оние инфицирани со латентна ТБ со намалување на преваленцијата и појавата на ТБ кај популацијата. Како последица, упатството вклучува лекување на инфекциите како една од клучните интервенции.

Упатството е составено така што ги опфаќа потребите на возрасните што инјектираат дрога. Малолетните лица и децата се надвор од опсегот на ова упатство. Сепак се прифаќа дека во некои опкружувања, малолетниците и децата формираат значителен дел од оние што инјектираат дрога. Справувањето со потребите на малолетниците и децата бара услуги прилагодени според возраста (види го квадратот со текст подолу, стр. 26).

Од перспектива на превенцијата, многу е значајно да се заштити најмладата подпопулација на оние што инјектираат дрога од хроничните заразни болести пренесувани преку крв и од ТБ. Според тоа ограничувањата според возраста за пристап до услугите не се смета за корисен, а може да биде дури и контрапродуктивен, бидејќи со тоа се зголемува ризикот за лицата кои се под законската возраст на полнолетството.

Ова упатство за превенцијата на инфекциите е главно насочено кон вршителите на услуги во заедницата. Меѓутоа, упатството се однесува и на затворските опкружувања.

Според принципот на „еквивалентност во обезбедувањето на услугите“, затворениците имаат право на пристап до здравствените услуги достапни во земјата, без дискриминација, а од затворските здравствени служби се очекува да обезбедат лекување кај проблемите поврзани со употребата на дрога во услови кои може да се споредат со оние што се нудат надвор од затворот (29-30).

Затворениците со историја на инјектирање на дрога, честопати имаат бројни и комплексни здравствени потреби, кои бараат специјалистичка медицинска нега и мултидисциплинарен пристап. Лицата неодамна ослободени од затвор формираат значајна целна група за превенција на инфективните болести и треба да се земат предвид при планирањето на националните стратегии за превенција (31). Исто така, треба да се земат предвид и потребите на лицата што влегуваат во затвор (32).

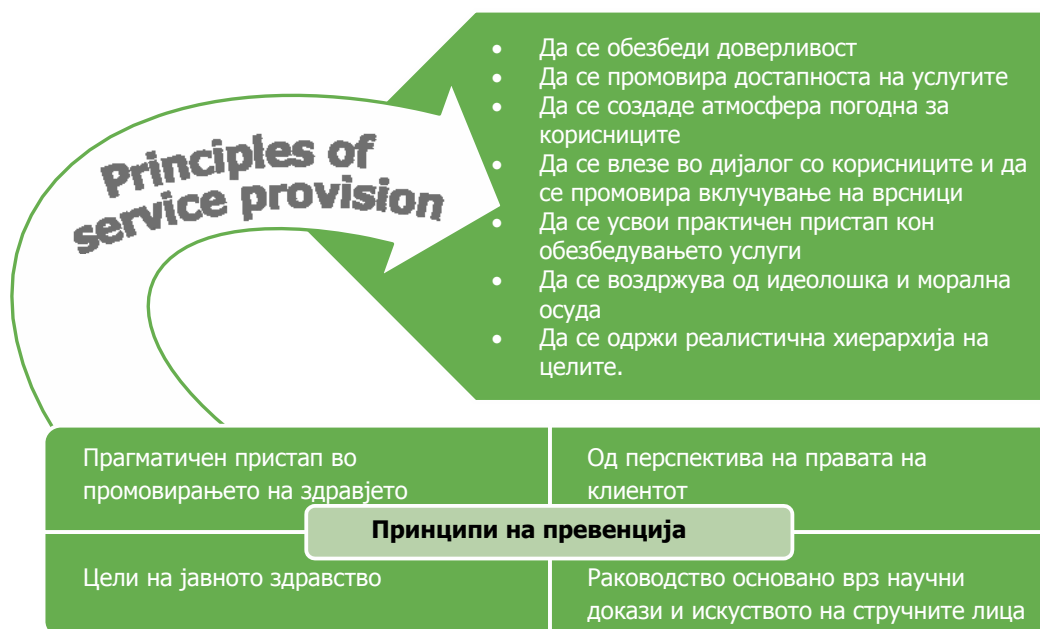
Целна група на читатели

Ова упатство има за цел да им даде поддршка на носителите на одлуки во програмите за превенција на национално и регионално ниво, кои работат во полето на инфективните болести, општото јавно здравство, зависностите и менталното здравје, социјалните услуги и контрола на дрогите. Има за цел да им помогне на земјите-членки на ЕУ и земјите-кандидати (и потенцијални кандидати) во планирањето на соодветни и базирани врз докази, рационално конструирани одговори на јавното здравство на користењето дрога со инјектирање. Упатството ги посочува добрите практики во ЕУ за превенција и контрола на инфективните болести кај луѓето кои инјектираат дрога. Се надеваме дека на земјите од партнерството на ЕУ ова упатство ќе им биде корисно и релевантно. Упатството не е изложено на толку детално ниво да ги пропишува техничките аспекти на спроведувањето, па останува на службите за спроведување да ги прилагодат предложените интервенции и можности за превенција на локалните и националните околности. И покрај ова, упатството може да им биде од интерес и на управителите на локалните услуги, со оглед на тоа што неговата цел е сеопфатно да ги наведе и објасни сите компоненти кои треба да бидат дел од систематскиот пристап кон превенцијата на клучните инфективни болести меѓу луѓето што инјектираат дрога.

Суштински вредности во превенцијата на инфекциите кај луѓето што инјектираат дрога

Суштинските вредности претставени во овој дел се засноваат на основните принципи на јавното здравство, обезбедувањето услуги, индивидуалната и јавна здравствена етика, во комбинација со значителното искуство во спроведувањето услуги. Тие беа развиени од ЕЦДЦ и ЕМЦДДА и се поддржани и одобрени од Техничката советодавна група на ЕЦДЦ/ЕМЦДДА. Суштинските вредности се изработени имајќи ги во перспектива јавното здравство и човековите права и потекнуваат од работата основана во Обединетото Кралство и Холандија во 1980-те („Моделот за намалување на штетата на Мерсеј“, модел на услуги базиран на популацијата) (33-34). Тие се фокусираат на луѓето што инјектираат дрога и имаат за цел да ги намалат негативните последици од употребата на дрога (35-36). Суштинските вредности треба да се сметаат како основа за ефективни клучни интервенции, онака како што се претставени во ова упатство. Кога се разработуваат услугите, планираните интервенции треба да се прилагодат кон суштинските вредности. Во ова упатство, суштинските вредности се претставени во два пододдела, „принципи на превенцијата“ и „принципи на добавувањето услуги“.

Цртеж 3: Суштински вредности во превенцијата на инфекциите кај луѓето што инјектираат дрога



Принципи на превенцијата

Ова упатство се заснова на четири едноставни принципи: прагматичен пристап кон промовирање на здравјето, перспектива на правата на клиентите заснована врз етички принципи, решеност да се постигнат целите на јавното здравство и научни докази комбинирани со искуството на стручните лица. Упатството не тргнува од претпоставката дека трезвеноста или апстиненцијата се конечната цел на сите политики на јавното здравство во однос на јавното здравство (33, 35, 37 -38). Од друга страна, ова упатство не е ниту некомпатибилно со една рамка на апстиненција, ниту, пак, експлицитно исклучува една таква рамка. Тоа не дискутира за политиките за контрола на дрогата, туку се ограничува на соочување со непосредната поединечна и општествена штета што ја предизвикуваат инфекциите кај луѓето што инјектираат дрога. Клучните интервенции предложени во ова упатство би било тешко да се применат ефективно ако не се надградени врз следните принципи на превенцијата:

„**Прагматичен пристап кон промовирањето на здравјето**“ во овој контекст значи дека наместо да се работи од хиерархија на целите во полн опсег на другите политики, ова упатство – и мерките дискутирани во него – примарно се однесуваат на ширењето на инфекциите меѓу интравенозните корисници на дрога и како високиот ризик од инфекции кај оваа група може да биде заузден. Оттука, пристапот нема *априори*

претпоставки околу начинот на спроведување на мерките, но дава аргументи за вредноста на таквите мерки за независното јавно и индивидуално здравје. Да се биде слободен од дрогата не би требало да биде услов за приманье помош во превенцијата на инфекциите. Наместо еден догматски пристап во кој целта да се спречи употребата на дрога ги става во секна другите цели, прагматичниот пристап согледува дека секоја здравствена придобивка има вредност сама по себе и вреди да се следи, дури и ако основниот проблем со употребата на дрогата може да не се разработува непосредно (37). Сите корисници може нема да се ослободат од користењето дрога, но ризичните практики на инјектирање и пренесување на заразните болести може да бидат спречени.

„Од перспектива на правата на клиентите“ во овој контекст на упатството значи дека мерките преземени за превенција и интервенција строго се придржуваат до принципот на држење до перспективата на клиентите. Најпрво се развиваат мерките за превенција, врз основа на потребите на поединечниот клиент, а вршителот на услуга или социјалните потреби се споменуваат откако ќе се задоволат потребите на клиентот. Исто така, сите мерки му се доставуваат на клиентот на доброволна основа и не треба да се применува присилна или задолжителна компонента. Покрај тоа, пристапот до превенцијата се смета за лично право, не за придобивка. Конечно, превентивните мерки треба секогаш да му бидат од полза на поединецот, а не само на општеството (35, 39).

„Цели на јавното здравство“ во контекст на ова упатство значи дека иако придобивките од методите на интервенција треба прво да се однесуваат на поединечните потреби, сеопфатниот пристап треба секогаш да се труди да ги достигне општествените, како и поединечните придобивки. Методите на интервенција треба да вклучуваат превенција на натамошното пренесување, намалување на вкупните здравствени и општествени трошоци, подобрена продуктивност и намалена смртност и морбидност кај целната група, вклучително со превенција на користењето дрога, секогаш кога тоа е компатибилно со примарните цели (40).

„Раководство основано врз научни докази и искуството на стручните лица“ значи дека ова упатство се основа на научни докази во онаа мерка во која постојат темелни студии за дискутираните мерки. За некои од препорачаните мерки, не се извршени темелни студии за нивната ефикасност, или заради комплексноста на барањата на изработката, или заради етичките проблеми во спроведувањето на студиите (41-42). Во некои случаи, најдобрите достапни докази потекнуваат од објавените еколошки или дескриптивни студии, или се доловени со искуството и советите на техничките стручни лица кои учествуваат производството на ова упатство. Некои мерки во упатството се препорачуваат заради тоа што нивната примена е логична и се смета дека им се полза на поединците, без да се нанесе несоодветен ризик, т.е. примената на овие мерки има смисла од прагматична гледна точка.

Принципи на обезбедување услуги

Покрај принципите на превенцијата за кои се зборува погоре, имплементацијата на превентивните мерки во ова упатство треба да се придржуваат до суштинските принципи кои произлегуваат од потребата да се усвои обезбедување на услуги според перспективата на клиентите (43). Без примена на овие суштински принципи, тешко е ефективно да се применат клучните интервенции кои се предлагаат во ова упатство:

- Да се обезбеди доверливост
- Да се промовира достапноста на услугите
- Да се создаде атмосфера погодна за корисниците
- Да се влезе во дијалог со корисниците и да се промовира вклучување на врсници
- Да се усвои практичен пристап кон обезбедувањето услуги
- Да се воздржува од идеолошка и морална осуда
- Да се одржува реалистична хиерархија на целите.
-

Да се обезбеди довербата на клиентите на услугите е од суштинско значење за превенција на инфективните болести. Бидејќи употребата на дрога и поседувањето нелегална дрога е криминализирано во многу земји, корисниците неволно го откриваат својот иднетитет дури и пред здравствените професионалци од страв дека за нив ќе дознае полицијата и другите авторитети (44-45). Овој страв мора да биде надминат за клиентите да може да се привлечат кон здравствените услуги. Барањето да се обезбеди целосна идентификација, честопати стандардна пракса во обезбедувањето здравствени услуги, ќе одврати многу корисници од добивање услуги.

Да се обезбеди доверливост. Првиот суштински принцип значи дека мора да постои анонимен пристап до превентивните услуги или на начин што обезбедува целосна доверливост, од перспектива на клиентот. Неисполнувањето на ова ќе ја спречи или ограничи употребата на понудените услуги од страна на клиентите, а со тоа да го компромитира ефектот на „имунитет на стадото“, кој ја подобрува превенцијата на ниво на популацијата (46-47). За да се обезбеди доверливост потребна е обука на кадарот за да се обезбедат доверливи услуги. За да се обезбедат одредени услуги, како што е тестирање, вакцинација, а понекогаш и лекување на зависноста, неопходна е строго доверлива шема за идентификација, која обично би била

прифатлива за корисниците на услугите. Развиени се пристапи на мониторинг на обезбедувањето услуги до прифатливо ниво на точност, без компромитирање на анонимноста и доверливоста (48)².

Да се промовира достапноста на услугите. Вториот суштински принцип обезбедува услугите да им бидат лесно достапни на луѓето што инјектираат дрога и да биде постигнат низок праг на пристапност. Ова значи дека услугите мора да бидат лоцирани онаму каде што се корисниците, или каде што лесно може да стигнат. Услугите треба да бидат достапни во различни временски периоди од денот (46, 49-52). Услугите треба да ја задоволуваат побарувачката така што на сите што имаат потреба ќе им бидат понудени соодветни, релевантни и доволни услуги (20, 53).

Да се создаде атмосфера погодна за корисниците. Третиот суштински принцип на добавувањето услуги е потребата да се одржува пријателска атмосфера. Овој принцип може да изгледа интуитивно очигледен, но неговото спроведување е клучен елемент во прифаќањето на услугите од страна на клиентот. Пријателска атмосфера значи дека со клиентите се однесува достоинствено и со вистинска желба да им се помогне, каков и да е нивниот изглед или општествен статус. Исто така значи дека желбите на клиентите се почитуваат, а услугите не им се натураат (50, 52). Тоа не значи дека клиентите може да се однесуваат како сакаат, особено ако нивното однесување ги вознемирува или е опасно за другите. Напротив, добавителите на услуги треба да развијат и да известат за јасни правила на однесување во просториите на службата за вршење услуги. Повеќето служби не дозволуваат нелегално раздавање дрога, финансиски трансакции или инјектирање во просториите, а прекршувањето на овие правила може да доведе до привремена забрана за користење на услугите (43). Повеќето корисници не страдаат само од зависност од дрога, туку и од ментални растројства (54). Таквите корисници честопати се најмаргинализирани и во најголем ризик од инфекции. Овие корисници не треба да бидат етикетирани како „претешки“ или „преголем предизвик“, туку услугите треба да развијат начини да работат со нив на човечен и достоинствен начин.

Да се влезе во дијалог со корисниците и да се промовира вклучување на врсници. Водење дијалог со и активно вклучување на клиентите во работата треба да биде интегрален дел од понудените услуги. Активното слушање на клиентите и одговарањето на променливите потреби во соработка со корисниците помага да се одржи релевантноста на услугите (55). Ритуалите околу инјектирањето и навиките честопати се пренесуваат од поискусните корисници на новите (56). Секундарната размена на шприцовите, каде што шприцовите се распределуваат од еден корисник во неговата или нејзината мрежа, е вообичаено (48,57-58). Професионалците за превенција треба да бидат во тек со тековните шеми на употреба на дрогата, а корисниците треба да ги разберат здравствените ризици поврзани со истите. Вршителите на услуги исто така може да го организираат обука за управување со ризикот и промовирање на здравјето и да ги охрабруваат учесниците во ширењето на овие информации. Ова не само што ја подобрува корисноста на услугите, туку ги ополномоштува и корисниците (59-60). Искуството покажува дека вклучувањето на активните корисници во превентивната работа создава позитивен притисок од врсниците, при што клиентите учат побезбеден начин на доставување на дрогата еден од друг (61-63). Еден од позначајните предизвици завршителите на услуги е осознавањето и прифаќањето на соработката со корисниците.

Да се усвои практичен пристап кон обезбедувањето услуги. Петтиот суштински принцип, исто така ја зема предвид перспективата на клиентите: услугите се изградени од долу нагоре, врз основа на тековните потреби и со цел да се затворат пропустите во превентивните услуги преку кои се создаваат ризици за инфекција и точно да се работи на здравствените потреби на корисниците (64). Тоа исто така значи прифаќање дека дури и ако не може веднаш да се справи со целата штета поврзана со дрогата, вредност има секоја интервенција што одговара на вистинска потреба (43). Ова се разликува од идеолошкиот, или пристапот од врвот надолу, каде што целите може да бидат поставени толку високо што може да останат недостижни за поединечниот корисник, вршителите на услуги и креаторите на политиките.

Да се воздржува од идеолошка и морална осуда. Шестиот суштински принцип препознава дека услугите се обезбедуваат за активни корисници на дрога и не е полезно да се осудува или критикува самото користење од морална или идеолошка гледна точка (65-66). Наместо тоа, изборот што го прават корисниците треба да се почитува, дури и не се согласуваат со истиот, а персоналот во службите треба активно да биде подучуван да покажува вакво почитување (67). Ова не значи дека не треба да се понуди упатување до службите за лекување на зависностите. Напротив, прагот за ова треба да биде низок, а информациите за начинот на пристап треба да бидат достапни на сите локации кои често ги посетуваат корисниците на дрога во службите (43,53,68).

Да се одржува реалистична хиерархија на целите. Конечниот суштински принцип се залага за поставување краткорочни цели кои реално може да се постигнат. Овој пристап може да помогне во развивањето цели за испорака на услугите (43). Превисокото поставување на целите на превенцијата е честопати нереалистично и може да доведе до непотребно разочарување и погрешни заклучоци околу ефектите на интервенциите (69). Основната хиерархија на целите на услугите може да варира во зависност од

² Во средините на услугите развиени се разновидни пристапи, вклучително со употреба на прекари, анонимни карти за идентификација, или кодови за следење на услугите доведувајќи ја доверливоста до највисоко ниво.

локалните потреби и ситуации, но треба да вклучува цели како што е подавање рака на поголемиот дел од групите корисници, обезбедување доверба кај клиентите, одговарање на основните практични потреби на корисниците, намалување на непосредните ризици од инфективни заболувања и зголемување на обемот на услугите со текот на времето.

Опсежните цели на превенцијата на заразите, како што е заштитата од епидемии и намалување на зачестеноста на заразите и преваленцијата треба да бидат утврдени на ниво на програмата; тие исто така треба да се прилагодат на тековната ситуација и да бидат реалистични во поглед на целната група (53). Таквите цели, обично не се корисни како индикатори на ефектите во однос на поединечните превентивни услуги и треба да се користат само за поставување на референтни точки на национално ниво, доколку постои многу добра покриеност на целната популација и сеопфатен пакет на услуги. Значајно е да се препознае дека особено кога преваленцијата на хроничните инфекции достигнала до високи нивоа, треба да се усвои долгорочна перспектива на превенцијата, со оглед на тоа што индикаторите на заразата ќе се подобруваат бавно со текот на времето. Услугите треба да бидат проширени и треба да помине доволно време пред ефектите да станат мерливи (видете го делот за „Поставување цели за покривање со интервенции“, стр. 33).

Препорачани интервенции за превенција на инфекциите кај луѓето што инјектираат дрога

Компонентите наведени во ова поглавје се препорачува да бидат вклучени во сеопфатните национални програми кои имаат за цел ефективно спречување и намалување на инфекциите кај луѓето што инјектираат дрога.

Клучни компоненти на интервенциите

Врз основа на најсолидните достапни докази, мислењето на стручните лица и најдобрите практики во рамките на ЕУ/ЕЕО, треба да се применуваат следните клучни компоненти, а доколку е можно, да се искомбинираат за да се постигне максимален ефект на превенција преку синергија.

- **Опрема за инјектирање:** Обезбедување на, и законски пристап до, чиста опрема³ за инјектирање на дрога, вклучително со доволно бесплатни стерилни игли и шприцови, како дел од комбинираниот повеќе-компонентен пристап, спроведен преку намалување на штетата, советување и програми за лекување.
- **Вакцинација:** Вакцини против хепатит А и Б, тетанус, инфлуенца, и особено кај ХИВ-позитивните поединци, пневмококни вакцини.
- **Лекување на зависност од дрога:** Лекување со замена на опиоиди и други ефективни форми на лекување на зависности од дрога.
- **Тестирање:** Доброволно и доверливо тестирање со информирана согласност за хепатит Ц (хепатит Б за невакцинираните) и други инфекции, вклучително со ТБ треба рутински да се нудат и да се поврзуваат со упат за лекување.
- **Лекување на инфективни болести:** Антивирално лекување засновано на клинички индикации за оние што се инфицирани со ХИВ, ХБВ или ХЦВ. Лекување против туберкулоза за активните случаи на ТБ. ТБ профилактичка терапија треба да се земе предвид за латентните случаи на ТБ. Треба да се понуди и лекување за други инфективни болести во зависност од клиничките индикации.
- **Промовирање на здравјето:** Промовирање на здравјето фокусирано на побезбедно однесување при инјектирањето; сексуално здравје, вклучително со употреба на кондоми; и превенција на заразни болести, тестирање и лекување.
- **Насочена испорака на услугите:** Услугите треба да бидат комбинирани и организирани и испорачани во зависност од потребите на корисниците и локалните услови; ова вклучува обезбедување на услуги преку подавање помош и утврдени локации на кои се нуди лекување за зависност од дрога, намалување на штетата, советување и тестирање, како и упатување до општи примарни и специјализирани здравствени и медицински услуги.

³ Покрај иглите и шприцовите, опремата за инјектирање вклучува и готвачи/лажици и садови за мешање на дрогата, филтри, закиселувачи, стерилна вода, суви тупфери и алкохолни тупфери. Видете ја кутијата со текст на стр. 16 за повеќе детали околу опремата за инјектирање.

Комбинирање на клучните интервенции за да се постигне синергија

Комбинираниот ефект од повеќе интервенции покажува драстично намалена зачестеност на ХЦВ и ХИВ инфекција; самопријавеното за ризичното однесување при инјектирање исто така укажуваат на значително намалување (70)(71-72).

Комбинација на интервенции

Секогаш кога е тоа можно интервенциите треба да се комбинираат за да се постигнат синергични ефекти. Доказите укажуваат на тоа дека најголема редукција на ХИВ, ХЦВ и ризичното однесување при инјектирање може да се постигне преку обезбедување на високо ниво на покриеност со програмите за игла и шприц и лекувањето со замена на опиоиди. Веројатно е дека дополнителните услуги, како што се лекувањето на заразите и вакцинацијата, понудени во комбинација со програмите за игла и шприц и лекување на зависноста од дрога, уште повеќе би го спречиле пренесувањето на заразите меѓу луѓето што инјектираат дрога.

Иако постојат доволно докази за позитивните ефекти од комбинирањето на терапијата со замена на опиати и обезбедувањето на игли и шприцови, постојат аргументи дека и други интервенции кои се покажуваат како полезни, исто така, би довеле до синергични превентивни ефекти кога би се обезбедиле во комбинација со други интервенции. Придржувањето до лекувањето на инфективните болести, како што е ХИВ, познато е дека се подобрува кога е во комбинација со лекување од зависност од дрога (1-2). Некои од ефектите на обезбедувањето комбинирани услуги може да бидат директни, додека некои може да бидат индиректни, преку привлекување и поврзување на клиентите со услугите, со што се подобрува досегот на услугите и покриеноста.

Цврстата соработка меѓу секторите е пресуден предуслов во добавувањето на услугите, како и за да се обезбеди испорака на овие клучни интервенции. За овој аспект потемелно се дискутира подолу.

Развој и обезбедување на програми за превенција и контрола на инфективните болести кај луѓето што инјектираат дрога

Ефективната испорака на клучните интервенции може да се постигне само преку национална и локална соработка и координација меѓу секторите.

Кооперација и координација

Потребно е градење национален консензус и взаемно почитувани цели за кои постои согласност низ сите сектори од страна на учесниците што работат со луѓето што инјектираат дрога со цел ефективно да се спречи ширењето на заразите. Учесниците во контролата на инфективните болести, медицината на зависностите, менталното здравје, социјалните услуги, спроведувањето на законот, судскиот сектор и агенциите за контрола на наркотици, како и затворските служби, се со национално значење и треба да бидат ангажирани и активни во овој процес. Покрај тоа, локалната самоуправа, граѓанските групи, асоцијациите за луѓе што користат дрога, како и бројни други невладини или граѓански организации е значајно да бидат вклучени во координацијата.

Користењето дрога останува кривично дело или прекршок во поголемиот дел од европските земји. Оттука, не само што треба да се земат предвид прашањата кои се однесуваат на здравјето во изработката на програмите за превенција, туку треба да се земат предвид и прашањата од спроведувањето на законот.

Слично на тоа, луѓето што инјектираат дрога честопати имаат социјални проблеми и страдаат од ментални болести, со што се зголемува предизвикот за координација на одговорот. Со оглед на тоа што некои услуги ќе треба да бидат обезбедени преку упатување, треба да се утврдат и одржуваат врски со здравствените и социјалните служби.

Потребно е „вложување“ од секој од овие учесници за да се постигнат ефективни резултати од превенцијата. На пример, значајно е да се обезбеди соработката на службите за спроведување на законот за да се разјасни дека обезбедувањето опрема за инјектирање на дрогата е мерка на јавното здравство и дека полицијата не треба да ја попречува работата на програмите за игли и шприцови или оние што работат на подавање помош. Рациите на полицијата во близина на локациите на услугите ефективно ги поткопуваат сите шанси за постигнување на целите на услугите за превенција преку бркање на потенцијалните клиенти. Политиките на спроведувањето на законот, обично се централно утврдени и строгиот, раководен од врвот надолу стил на работа вообичаен за повеќето земји ги спречува застранувањата од локалните политики. Овде мора да се земе предвид, а договорите за соработка на највисоко ниво може да помогнат во олеснување на соработката на локално ниво во повеќето средини.

Според тоа, неопходно е да се обезбеди поддршка за активностите на превенцијата не само од локалните учесници и од здравствената гранка на администрацијата, туку и од сите релевантни, централни, административни гранки, вклучително со полицијата. Ова честопати бара договори на највисоко ниво или барем почитување на целите на услугите, за што, исто така, јасно се известуваат учесниците или оние на службно ниво.

Соработката со локалните самоуправи е, исто така, значајна. Основањето локации на услугите обично е проследено со реакции на противење од типот „не во мојот двор“ од локалните жители кои се плашат од штетните ефекти за локалната средина. Според тоа, локалните учесници имаат потреба од силна ангажираност на раководството и заедницата во комбинација со јасно оправдување за документирани локални придобивки, како што е намалено валкање со опрема за инјектирање на дрогата (73).

Седум препорачани клучни интервенции

Опрема за инјектирање

Препорачана интервенција

Обезбедување на и законски пристап до чиста опрема за инјектирање на дрогата, вклучително со доволна количина на бесплатни стерилни игли и шприцови, како дел од комбинираниот мулти-компонентен пристап, имплементиран преку намалување на штетата, советување и програми за лекување.

Основниот фактор на ризик кај стекнувањето инфекции пренесувани преку крвта е споделувањето игли, шприцови и друга опрема за подготовка и инјектирање на дрогата. Дури и кај оние луѓе што известуваат дека никогаш не делеле игли и шприцови, вообичаено е да се дели опремата за подготовка на дрогата, како што се садовите за мешање на дрогата, водата за растворање, или филтрите за дрога, што може да доведе до зараза со хепатит Ц или бактериски инфекции (74-75) (види го квадратчето со текст за ширење на инфекциите преку опрема за подготовка на дрогата, стр. 16). Постојат докази и дека луѓето што инјектираат дрога страдаат од изобилие на кожни, венски и крвни инфекции заради нестерилните практики на инјектирање (17). Постојат извештаи и за зголемено инјектирање на лекови на рецепт од пилули здробени во прав, со што се зголемува ризикот од белодробни емболии и ендокардитис (76-78). Некои од домашните закиселувачи, кои се користат заради растворливост на одредени дроги, покажано е дека содржат габички кои, кога ќе се инјектираат може да предизвикаат срцева инфекција ендокардитис или инфекција на очите, што може да доведе до слепило, наречен кандидален ендоканталмит (79).

Препораки: Врз основа на постоечките докази, стручното мислење и безбедните практики на инјектирање (80), најдобар начин да се минимализира ширењето на ХИВ и ХЦВ кај луѓето што продолжуваат да инјектираат дрога е да се обезбедат стерилни игли и шприцови и друга чиста опрема за инјектирање (лажици/готвачи, филтри, вода за инјектирање, закиселувачи и суви и алкохолни тупфери) за секое инјектирање во доволна количина. Во идеални услови добавувањето треба да биде бесплатно и организирано на начин на дистрибуција прифатлив и лесно достапен за корисниците.

Од гледиште на практиките: Иако во некои опкружувања потребно е да се вратат искористените игли и шприцови за да се добијат нови, оваа политика може да биде контрапродуктивна и да делува како бариера во пристапот кон и користењето на стерилна опрема за инјектирање. За да се постигне целта на превенцијата на инфективните болести, треба да се промовира лесен пристап до игли и шприцови и да се поттикнува враќањето на иглите и шприцовите, но тоа да не биде апсолутен предуслов за да се добијат нови. Ризикот од прободување со игла на кадарот од НСП додека се пренесуваат до отпадот треба внимателно да се разгледа. За да се поттикне безбеден транспорт и отстранување на опремата за инјектирање, се препорачува собирање и враќање на опремата за инјектирање во непробојни садови. Исто така, во некои опкружувања успешно се применуваат и други стратегии како што се безбедни места за отпад во заедниците. Координацијата меѓу службите за размена на игли и шприцови и полицијата е од суштинско значење за да се утврди дека носењето опрема за инјектирање нема да се употреби како причина за апсење на корисниците на дрога во близина на ПИШ.

Клиентите обично претпочитаат различни типови на шприцови и големини на игли; ова варира од локацијата и подгрупата. Овие претпочитања треба да се земат предвид со внимание за да се зголеми колку што е можно повеќе нивото на прифаќање на услугата. Во некои средини, на пример, се обезбедуваат комбинации на игла-шприц со вовлекување, кај кои иглата се вовлекува во шприцот по употреба, со што се спречува повторна употреба. Меѓутоа, за клиентите во некои средини овие се неприфатливи, што доведува до ограничено прифаќање на услугата и задржување. Ориентираноста кон корисниците, прифатливоста и промовирањето на прифаќањето на услугата треба да бидат основни критериуми околу одлуките за типот и видот на шприцовите и иглите што се нудат. Гледиштата на Клиентите и нивните претпочитања, исто така треба да се земат предвид во однос на опремата за подготовка на дрогата и типот и големината на непробојните садови за чување на искористените игли и шприцови, бидејќи и овие претпочитања ќе зависат, исто така, од подгрупата корисници.

Постојат докази од систематските прегледи за тоа дека добавувањето игли и шприцови води до значително намалување на ризичното однесување при инјектирањето за кое се известува (81). Постојат докази и дека програмите за игли и шприцови може да ја намалат преваленцијата на ХИВ. Заради методолошките ограничувања, потешко е заклучно да се проучи врската меѓу обезбедувањето опрема за подготовка на дрогата, како што се садови за мешање на дрогата, стерилна вода и памучни филтри и редуцирањето на ХЦВ или ХИВ (83). Меѓутоа ХЦВ може да се изолира од 67% од тупферите, 40% од филтрите, 33% од примероците од вода и 25% од лажиците употребени од ХЦВ-позитивните поединци за подготовка на дрогата за инјектирање (84).

Постојат епидемиолошки докази од примарните студии дека споделувањето на опремата за подготовка на дрогата, особено за готвење на дрогата, се поврзува со пренесување на ХЦВ меѓу инјектирачите кои не ги делат иглите или шприцовите (85) (75).

Ширење на инфекцијата преку опрема за подготовка на дрогата

Вода: Водата се користи за растварање на дрогата пред инјектирање и да се истријат и измијат иглата и шприцот по инјектирање. Корисниците може да делат заеднички извор на вода за оваа цел, што потенцијално ги доведува во ризик од заразување со вируси пренесувани преку крвта, што може да ја загади водата.

Лажици: Лажиците или таканаречените „готвачи“ (пр. Stéricups®) се користат за загревање и растварање на дрогите како што е хероинот пред инјектирање или за да се измешаат здробените таблети со вода. Корисниците може да ги споделуваат лажиците за подготовка на дрогата и да ги доведат во контакт со повторно употребувана или загадена вода, или со филтрите може да се шират бактериски или крвни вируси.

Закиселувачи: Закиселувачите се користат за нерастворливите дроги како што е кафевиот хероин или крехот да станат растворливи. Некои закиселувачи може да доведат до бактериски или габични инфекции. Инфекциите може да се избегнат ако на луѓето што инјектираат нерастворлива дрога им се раздаваат на кесички за една употреба со закиселувачи, како што е аскорбинската киселина.

Филтри: Растворените дроги се вовлекуваат во шприц преку филтер за да се спречи внесување на големи честички во крвниот тек. Користењето на филтер при инјектирање во вена е значајно заради тоа што може да спречи згрутчување во крвта или емболии. Меѓутоа, споделувањето на филтрите може да доведе до пренесување на вируси пренесувани преку крвта. Кај филтрите постои тенденција да бидат употребувани повторно бидејќи се смета дека содржат остатоци од дрога, но некои од поновите комерцијални филтри се дизајнирани да ја минимализираат апсорпцијата на дрогата и да се раствораат по употреба.

Алкохолни и суви тупфери: Алкохолните тупфери треба да се користат за да се исчисти местото на инјектирање пред да се инјектира. Чистите суви тупфери може да бидат употребени по инјектирањето за да се стопира крвавењето, бидејќи алкохолните тупфери ќе го продолжат времето на крвавење.

Се препорачува да се обезбедат вода, лажици, закиселувачи и филтри, алкохолни и суви тупфери за да се намали споделувањето и повторната употреба и да се намали колку што е можно повеќе потенцијалниот ризик за пренесување на вирусите и бактериите пренесувани преку крвта.

Постои недостиг од цврсти докази кај истражувањата за ефективност на дистрибуцијата опрема за инјектирање како што се стерилна вода, лажици/готвачи, филтри или алкохолни тупфери во редуцирањето на зачестеноста на ХИВ и ХЦВ. Една примарна студија наведува на постоење врска помеѓу споделувањето опрема за подготовка или инјектирање на дрогата и самопријавените ХЦВ инфицирани (86). Исто така постои и ризик од кожни бактериски инфекции заради повторна употреба на опремата за инјектирање или нехигиенските практики на инјектирање (17). Меѓутоа, постојат докази дека дистрибуцијата на таквата опрема го намалува ризичното однесување при инјектирањето (87) (88) и дејствува како иницијатива за привлекување и задржување на клиентите во услугите (89). Снабдувањето со кесички со лимонска киселина за луѓето што инјектираат дрога во една средина од ОК беше многу добро примена клиентите и помогна да се привлечат клиенти кон услугите за игла и шприц (90).

Стерилни игли и шприцови, како и чиста опрема за инјектирање треба да се доставуваат заедно со пораки за промовирање на здравјето кои се однесуваат на услугите за лекување од зависност од дрога и информации за предупредувачките знаци на инфекциите на мекото ткиво и кожата (за дополнителни информации околу пораките за промовирање на здравјето за луѓето што инјектираат дрога видете го квадратчето за промовирање на здравјето на стр. 24). Треба да се посвети внимание на давањето информации околу безбедните практики на инјектирање, кај кои се нагласува дека секоја игла и шприц, како и опремата за подготовка на дрогата за инјектирање (готвачи и садови за мешање, памучни филтри, вода) треба да бидат за една употреба и никогаш да не се споделуваат меѓу партнерите кои инјектираат. Исто така може да се земе предвид обезбедување на еднакво привлечна опрема без инјектирање, како што е фолија за корисниците на хероин или желатински капсули за корисниците на амфетамини, со што се промовираат начини на употреба на дрогата без инјектирање (91-92).

Информациите за промовирање на здравјето треба да го нагласуваат миењето на рацете со сапун и чиста вода и чистењето на местото на инјектирање со алкохолен тупфер (или сапун и чиста вода) пред да се премине на инјектирање. Треба да се препорачува суви, наместо алкохолни, тупфери за покривање на местото на инјектирање веднаш по инјектирањето. Треба да се споделат информации околу раните знаци на кожни инфекции или апцеси и флебитис, а корисниците што поминуваат низ такви симптоми треба да бидат поттикнати да побараат медицинска помош.

И покрај упорните совети иглите и шприцовите, како и опремата за подготовка на дрогата да се делат или употребуваат повторно, постојат докази дека во повеќето средини се јавува повторна употреба, честопати ненамерно. Првиот одговор при повторна употреба треба да биде зголемување на достапноста и пристапноста на иглите, шприцовите и опремата за подготвување на дрогата, така што за секое инјектирање ќе може да се употреби нов комплет. Ако ова не е можно, постојат два начина на кои може да им се помогне на луѓето што инјектираат дрога за да се намали колку што е можно повеќе штетата што може да произлезе од повторната употреба на игли и шприцови. Прво, шприцовите што доаѓаат со броеви, кодирани во боја, лепенки или некој друг систем на анонимна идентификација може да помогнат во создавањето систем на маркери за да се сведе на минимум небрежното споделување на шприцовите. Како второ, иако употребата на хлорно белило за дезинфекција на опремата за инјектирање е контроверзна, може да се земе предвид во случаите каде што е познато дека се јавува повторна употреба. Иако ефикасноста на белилото во деактивирањето на ХИВ во лабораторија е докажано (93), нема доволно докази за неговата ефикасност со праксата на инјектирање заради тоа што нема строго придржување до протоколите за дезинфекција. Доставувањето белило може да биде алтернатива „од втор ред“ во споредба со доставувањето стерилна опрема за инјектирање, сепак обезбедувањето стерилна опрема за инјектирање е далеку попрепочитаната опција.

Вакцинација

Препорачана интервенција

Вакцинирање против хепатит Б и А, тетанус, и инфлуенца, и, особено кај поединците инфицирани со ХИВ, против пневмококи.

Препораки: Врз основа на постоечките докази, вакцинацијата е меѓу најефективните достапни превентивни интервенции. Во повеќето средини, луѓето што инјектираат дрога се во зголемен ризик да добијат хепатит Б, хепатит А и бактериската инфекција тетанус. Лицата заразени со хепатит Ц (за кој тековно не постои вакцина), а кои се истовремено инфицирани и со хепатит А или Б страдаат од забрзана прогресија на заболувањето со хепатит Ц и од поголема морбидност. Заради животниот стил, возраста или ХИВ инфекцијата, кај некои луѓе постои поголем ризик за инфлуенца или пневмонија. Како и да е, постојат ефективни вакцини кои може да ја спречат секоја од овие инфекции преку обезбедување на добра клиничка заштита (94).

Од гледиште на практиките: Вакцинацијата против хепатит Б сега е вклучена во рутинските програми на вакцинирање во детството во повеќето земји-членки, меѓутоа, со оглед на тоа што, оваа политика има почеток во 1990-те, некои возрасни луѓе што инјектираат дрога не биле вакцинирани во детството. Иако 18 од 29 земји на ЕУ/ЕЕО имаат програми за вакцинација против хепатит Б за возрасни што инјектираат дрога, ова вакцинирање не е секогаш бесплатно (8) (95).

Бидејќи до дел од популацијата што инјектира дрога е „тешко да се стигне“ заради вакцинација на традиционален начин, постои единствена можност да се обезбедат рутинска или „единствена“ вакцинација на утврдени локации или преку мобилни служби кои им стојат на услуга на луѓето што инјектираат дрога. Постојат докази дека прифаќањето на вакцинацијата се подобрува кога е интегрирано во други услуги (96). Вакцинирањето на луѓето што инјектираат дрога се смета дека е рентабилно кога се спроведува со програмите за игла и шприц, а постојат и охрабрувачки резултати од истражувањата околу управувањето со непредвидените случаи, при што е откриено дека стапката на комплетирана вакцинација против хепатит Б се дуплирала (97-98). Покрај тоа, програмите за помош може да бидат ефективен начин да се зголеми прифаќањето на повторни дози, додека програмите за вакцинација што се нудат по затворите или резидентните центри за рехабилитација од дрога може да бидат ефективни во допирањето до затворениците или оние што се лечат, вклучително со луѓето што инјектираат дрога.

Вакцината против хепатит Б типично се администрира како три одделни инјекции кои се даваат во текот на период од шест месеци, иако постои можност и за забрзан распоред на дозирање. Иако е тешко да се утврди враќањето на клиентот за втората и третата доза од вакцината, сепак вреди да се вакцинира клиент што ја бара првата доза, бидејќи дури и само една доза од вакцината против хепатит Б може да обезбеди делумен имунитет (99). Треба да се забележи дека самопријавениот статус за вакцинацијата на луѓето што инјектираат дрога е честопати неточен во споредба со нивниот реален серолошки статус (100). Тестирањето за серумски маркери за хепатит Б при првиот контакт со службите може да ги забележи луѓето кои неточно известиле за вакцинација против хепатит Б. Исто така, стапката на оние со слаб или без одговор кај луѓето што инјектираат дрога е повисока кај општото население (101).

Заради можноста за повисок ризик од епидемија на хепатит А кај луѓето што инјектираат дрога, се препорачува комбинирана вакцинација против хепатит А и Б како најдобар начин да се спречат и двете инфекции кај луѓето што инјектираат дрога (102-103). Ова е од особено пресудно значење за оние што се хепатит Ц позитивни. Во сите европски земји вакцинирањето против тетанус е дел од програмите за имунизација во детството, обично се прави ревакцинација на секои пет до десет години во полнолетството. Статусот за вакцинација против тетанус треба да се провери кај луѓето што инјектираат дрога, а треба да се понуди и ревакцинација

доколку статусот за вакцинирањето е несигурен, особено кај оние што имаат инфекции на местото на инјектирање. Честопати се дава комбинирана тетанус-дифтерија вакцина, а ова се препорачува заради тоа што дифтеријата, иако ретка во Европа, има висока стапка на фаталност.

Конечно, се препорачува да се обезбеди сезонска вакцинација против инфлуенца и вакцинација против пневмококи (особено ако клиентот е ХИВ позитивен и/или постар од 50 години) за да се сведе на минимум ризикот од инфлуенца или пневмококна инфекција (за повеќе информации видете (16)).

Важно е да се забележи сека вакцинацијата против ТБ што користи Bacillus Calmette-Guérin (BCG) вакцина обично се препорачува само кај деца што живеат во области во кои ТБ е високо-ендемска и за бебиња или деца во особен ризик од изложеност на ТБ во области со слаба зачестеност. Постојат ограничени докази за употреба на BCG кај возрасни, а постои контраиндикација за истата кај поединците со нарушен имунитет, како што е симптоматската ХИВ инфекција (104).

Лекување на зависност од дрога

Препорачана интервенција

Лекување со замена на опиоиди и други форми на ефективно лекување на зависност од дрога.

Лекувањето на зависност од дрога претставува значајна компонента во опсежниот одговор за превенција на срцевите оштетувања кои се поврзуваат со зависноста од дрога (27,105-106). Во многу европски земји лекувањето на зависноста од дрога го формираат централниот дел во опсегот интервенции за превенција на пренесувањето на инфекциите кои се поврзуваат со дрогите (54). Исто така, игра улога во зголеменото придржување до лекувањето на инфективните болести кај луѓето што користат дроги (1-2,107-108). Лекувањето на зависноста опфаќа опсег на медицински (вклучително со фармаколошки), психолошки, општествени и бихејвјорални стратегии за стопирање или намалување на употребата на и инјектирањето дрога, и може да се врши во неболничко или станбено опкружување. Психосоцијалните терапевтски пристапи може да варираат од индивидуално советување и техники на мотивациски интервјуа, до реструктурирани интервенции на психолошко лекување, во зависност од потребите и ситуацијата на поединецот. Позначајни тековни терапевтски пристапи се когнитивната и бихејвјоралната терапија, кои имаат за цел влијаат врз сознанијата и да одучат од условеното зависничко однесување и нивни разни комбинации. Психосоцијалните интервенции може да бидат употребени самостојно или во комбинација со фармакотерапија.

Лекувањето со фармаколошка замена на зависноста од опиоиди се состои од продолжена употреба на препишан опиоиден лек кој ги спречува симптомите на повлекување и ја намалува желбата, со што му овозможува на корисникот да води постабилен живот; се намалува нелегалното користење на хероин, ризичното однесување и криминалната активност; а се подобрува здравјето, добросостојбата и квалитетот на живеењето (68). Лекувањето со замена на опиоиди (ОСТ) честопати се обезбедува во комбинација психосоцијално лекување и услуги за натамошна поддршка (109-112).

Исто така може да се користат и антагонисти на опиоидите заради детоксикација. Меѓутоа, болничката детоксикација треба да се интегрира заедно со другите можности наместо да се обезбеди како самостојна услуга со цел да се избегнат високите стапки на враќање на старото (111).

Ефективност на лекувањето со замена на опиоиди

Податоците од проучените резултати од лекувањето и контролираните обиди ја покажуваат ефективноста на метадонол и на други лекови за замена при лекување на зависноста од хероин и други опиоиди. Постојат бројни докази во однос на влијанието на ОСТ врз зачестеноста на инфекциите, како и на ризичното однесување при инјектирањето (81, 108-111,113-118).

Во однос на ризичното однесување, бројни студии со солидни студиски изработки кои обезбедуваат докази за ефективноста на ОСТ во редуцирањето на ризичното однесување беа посочени во три позначајни прегледи (108,115,118). Сите три прегледи заклучуваат дека ОСТ се поврзува со редуцирање на самопријавената преваленција и честотата на инјектирањето, при споделувањето на опремата за инјектирање и резултатите од ризичното однесување при инјектирањето.

При оценката на доказите за ефективноста на ОСТ во однос на редуцирањето на пренесувањето на ХИВ, истите прегледи доследно откриваат доволно докази за да се заклучи дека ОСТ во заедницата делува во поглед на редуцирањето на сероконверзијата на ХИВ, особено кај оние на континуирано лекување и кога дозите се соодветни.

Доказите за ефектот на ОСТ во редуцирањето на зачестеноста на ХИВ потешко се утврдуваат. Ова може главно да се должи на фактот што ХЦВ полесно се пренесува преку инјектирање и, веројатно, споделената опрема за

инјектирање⁴, и на повисока основа за нивото на преваленција кај популацијата на луѓе што инјектираат дрога низ Европа, создавајќи резервоар на ризици од инфекција. Сепак, неодамнешните податоци, вклучително со партнерските студии на ниво на заедницата за зачестеноста на хепатит Ц кај клиентите на ОСТ, заедно со мета-анализите на студиите базирани во ОК (70-71,119-121) укажуваат на силно позитивно влијание на ОСТ во превенцијата на ХЦВ инфекциите. Овие студии укажуваат на поголеми придобивки кај оние на континуирано ОСТ во споредба со оние со испрекинатото ОСТ; на заштитниот ефект на лекувањето со метадонска замена и од примарните⁵ и од секундарните⁶ ХИВ и ХЦВ инфекции; и на „доза-одговор“ ефектите на ОСТ со тоа што оние што се лекуваат подолго имаат пониска стапка на зачестеност на ХЦВ.

Одреден број на контролирани опити по случаен избор во текот на изминатите 15 години обезбедуваат докази за ефикасноста на надгледувано лекување со дозирање на хероин (ХАТ) кај упорните хероински зависници, кои не одговараат на стандардното лекување. Резултатите покажуваат дека кога ќе се спореди со класичното или оптимализирано ОСТ, упорните зависници на ХАТ покажуваат слична или поголема задршка на лекување, значително отстранување од криминални активности (како што се користољубивите криминални дела со кои се финансира континуираната употреба на уличниот хероин и друга улична дрога) и да се постигне значајна редукција во мерката на инјектирање на уличниот хероин подолг временски период (122).

Препораки: Врз основа на доследни докази од бројни солидни студии и прегледи, како и стручни мислења, лекувањето од зависноста од дрога треба да биде достапно и лесно досежно, а особено ОСТ за корисниците на опиоиди. Психосоцијалното лекување ја подобрува ефективностa на ОСТ кога се користи во комбинација, а основна опција за лекување кај корисниците на стимуланси, и се препорачува врз основа на стручно мислење.

Комбинираните пристапи го подобруваат ефектот на ОСТ врз инфекциите

Проучувањата на придружувањето до, комплетирањето на лекувањето и резултатите од апстиненцијата при проверка потврдуваат дека ефективностa на ОСТ може да се подобри при обезбедени психосоцијални интервенции (123). Во една контролирана студија по случаен избор на ефектот на бихејвјоралните интервенции на зачестеноста на ХЦВ кај луѓето што инјектираат дрога во ОК (124), подобреното превентивно советување во комбинација со ОСТ беше споредено со само ОСТ. Резултатите покажаа пониски стапки на ХЦВ сероконверзија кај групите што ги примиаа двете интервенции.

Неодамнешните истражувања ја нагласуваат значајноста на комбинирањето на лекувањето со супституција на опиоиди со дополнителни мерки за намалување на штетата за да се редуцира зачестеноста на инфекциите, вклучително со преносливоста на ХЦВ. Партнерската студија во Амстердам (71) откри дека целосното учество во лекувањето со метадонска замена и програмите со игла и шприц во текот на период од шест месеци се поврзуваат со понизок ризик од инфекција со ХЦВ, иако ефектот не можеше да се докаже поединечно за метадонската замена или програмите за игла и шприц. Една партнерска студија од ОК (119) исто така забележа поголемо влијание на ОСТ во редуцирањето на зачестеноста на ХЦВ во комбинација со обезбедување на шприцови. Најнеодамна, мета-анализите на шест студии во ОК кои собираа податоци на ниво на поединец за покриеноста со интервенции, како и новостекнатите инфекции со ХЦВ кај луѓето што инјектираат дрога во заедницата, документираат дека обезбедувањето ОСТ и програми за игла и шприц независно ја намалуваат стапката на зачестеност на ХЦВ кај оваа група (70). Покрај тоа, двете интервенции дејствуваа синергично, редуцирајќи ги шансите за нова инфекција со ХЦВ за скоро 80% кога беше обезбедена висока покриеност со програмите за игла и шприц за оние што продолжија да инјектираат во текот на лечењето со замена на опиоиди.

Ефективноста на комбинираните пристапи врз преносливоста на ХИВ дополнително беше оценета во една студија извршена во Њујорк (125), во која се споредуваат ефективностa на „комбинираната програма за превенција“ (обука и помош за метадонска замена, редуцирање на ризикот, тестирање за ХИВ и програма за игла и шприц) со „почетна програма за превенција“ исклучувајќи ја размената на игли (метадонска замена, обука и помош, редуцирање на ризикот, тестирање за ХИВ) Со текот на времето, забележаната преваленција на ХИВ се зголеми во пошироки размери кај оние на ограничената програма во споредба со оние на комбинирана програма, што наведува на тоа дека комбинацијата на ОСТ со размена на шприцови може да има одиграно улога во ограничувањето на преносливоста на ХИВ.

⁴ Инфекцијата со хепатит Ц се карактеризира со споредбено повисока концентрација на инфективниот вирус во крвотокот, не само во текот на примарната инфективна фаза, туку и кај оние поединци што ќе станат хронично инфицирани (во споредба со ХИВ инфекцијата). Ова може да доведе до висока стапка на преносливост на ХЦВ при изложеност на истата, со оглед на тоа што инфективната доза веројатно, честопати, ќе биде надмината во ситуациите на споделување меѓу инфицираните и неинфицираните луѓе што инјектираат дрога. Оваа хипотеза е поткрепена со фактот што преваленцијата на хепатит Ц често ја надминува преваленцијата на ХИВ во заедниците на корисници, а епидемијата на хепатит Ц обично и претходи на епидемијата на ХИВ во заедниците на корисници. Со ова може да се објасни и зошто е потешко да се заузди ризикот од ХЦВ со поединечни интервенции и зошто се потребни повисоки стапки на покриеност за да се постигне ефект на ниво на популацијата.

⁵ Инфекција на неинфициран поединец.

⁶ Инфекција со ХИВ или ХЦВ на моно-инфициран поединец.

Ефективноста на другите пристапи во лекувањето

Достапни се и повеќе други можности за лекување од зависност, вклучително со психо-социјално лекување, когнитивно-бихејвјорални интервенции, управување со непредвидени случаи и групи за поддршка од врсници. Иако ниту едно самостојно психо-социјално лекување не се покажува како јасно ефективно во лекувањето на зависноста од опиоиди (108), резултатите од набљудувачките студии (големи партнерски студии како што се ДАТОС во САД и НТОРС во ОК) покажуваат дека жителските, програмите на заедницата и програмите за лекување со метадонска замена сите ги намалуваат користењето дрога со инјектирање и делењето на иглите. Во текот на лекувањето, ризичното однесување и инјектирањето се намалени и следствено намален е и ризикот од инфекции (109). Психосоцијалното лекување може да има голема улога справувањето со взаемно-морбидните психолошки пореметувања кај корисниците на дрога, како што се вознемиреноста, депресијата или ниската самопочит и во подобрувањето вештините за справување со ситуациите поврзани со дрогата.

Лекување на луѓе кои инјектираат дрога зависни од не-опиоиди

Иако некои фармаколошки агенси за лекување на корисниците на стимуланси се надежни или тековно се тестираат, сè уште не е најдено фармаколошко лекување со доследна ефикасност во редуцирањето на употребата на дрога и зголемување на задршката на лекување за оваа група (108). Неколку опити по случаен избор се спроведуваат за тестирање на нови дроги за лекување на зависноста од кокаин; во моментот, Дисулфирам, супстанција што го попречува метаболирањето на алкохолот, и Вигабатрин, енти-епилептичен лек, се две супстанции кои даваат некаква надеж. Обидите да се развие кокаинска вакцина продолжуваат (54).

Во отсуство на фармаколошко лекување, психосоцијалното лекување е особено значајно за корисниците на стимуланси. Меѓутоа, единствениот систематски преглед на доказите во однос на психо-социјалното лекување за злоупотребата на или зависноста од психостимуланси не извлекува цврсти заклучоци во однос на ефективноста на пристапот со поединечно лекување на зависноста од психостимуланси заради хетерогеноста на студиите (126).

Еден позначаен преглед открива дека управувањето со случајностите (ЦМ), кое вклучува монетарни иницијативи за ослободување од дрогата или за лекување, се поврзува со високата стапка на апстиненција или задршка на лекување на корисниците на стимуланси (108). Ако се искombинира со метадонска замена ЦМ покажува позитивни резултати кај клиентите зависни и од опиоиди и од стимуланси. Сепак, сè уште постои релативен недостиг од докази за да се консолидираат овие наоди.

Истиот преглед ги истакнува и скромните докази за ефикасноста на другите бихејвјорални пристапи, вклучително со когнитивно-бихејвјоралната терапија, зајакнување на заедницата со ЦМ, и поединечно советување за справување со злоупотребата на стимуланси. Постојат слаби докази за влијанието на мотивирачките интервјуа и за ефективноста на терапевтските заедници во однос на лекувањето на корисниците на стимуланси.

Обезбедување на лекување со замена на опиоиди

Лекувањето со метадонска замена беше развиено во 1960те во САД, но неговото воведување во клиничката пракса во Европа се зголеми дури од средината на 1980-те навака. Денес, денес, во европските земји⁷ се користат метадон и бупренофрин, дихидрокодеин, морфиум со бавно ослободување и диацетилморфин (хероин) (112). По усвојувањето на опсежните политики во врска со дрогата во ЕУ, обезбедувањето на лекување со замена на опиоиди се забрза од средината на 1990-те и сега покрива повеќе од половината од проценетата целна популација (54,127-128). Уделот на бупренорфин во лекувањето со замена на опиоиди во Европа има е помал од оној на метадонот, но е во пораст, делумно заради подобриот безбедносен профил. Бупренорфинот е делумен антагонист, има послаби опиоидни ефекти и произведува пониско ниво на физичка зависност, но помала е веројатноста да резултира со предозирање. Честопати се користи во долгорочно лекување со замена обезбедено од доктори во ординација. Фактот што широкиот опсег на супстанции, вклучително со хероинот, денес е достапен за лекување на корисниците на опиоиди, им овозможува на клиничарите да вклучат поширок број на корисници на дрога во оптимализирано фармаколошко лекување. Детално упатство за психо-социјално потпомогнатото фармаколошко лекување на зависност од опиоиди беше објавено од Светската здравствена организација во 2009 год. (111).

Квалитет и надгледување: Услугите за лекување мора да бидат добро организирани и со висок квалитет, вклучително со нивото на обука на кадарот, за да се постигнат најдобрите резултати. Особено треба да се следи достапното меѓународно упатство за режимите на лекување, дозирање и надгледување (111,129). Доказите покажуваат дека треба да се поттикнуваат флексибилни структури на дозирање, во кои се вклучуваат ниски стартни дози и високи дози за одржување, без ограничување на дозирањето или времетраењето на терапијата (110,130). За да се доведе до оптимум ефективноста на лекувањето со замена на опиоиди, доказите

⁷ Фармаколошкото лекување со антагонистот на опиоидите налтрексон, кој го блокира ефектот на хероинот и другите опиоиди, игра само минорна улога во Европа, бидејќи лекувањето со него се поврзува со високи стапки на слабеење.

дополнително докажуваат дека континуираното лечење е поефективно во споредба со краткотрајното користење на ОСТ (108). Некои форми на ОСТ, како што е онаа со метадон, се помалку ефективни (т.е. имаат пониско ниво на серум) ако се зема терапија за туберкулоза или за ХИВ во исто време; ова треба да се надгледува и дозата да се прилагоди така што лекувањето да биде ефективно (131).

Достапност: Обезбедувањето на ОСТ преку службите со низок праг е дополнителен услов. Програмите со низок праг се ориентирани кон намалување на штетата, а не кон апстиненција, и се пофлексибилни во поглед на условите за подобност и обезбедување на услугата, во споредба со програмите со висок праг. Комбинираната употреба на други услуги за намалување на штетата, кои може да го зголемат ефектот на лекувањето, се поттикнува во овие опкружувања. Во текот на лекувањето на зависноста од дрога на луѓето кои тековно користат или со историја на користење дрога со инјектирање. Менталната хигиена (и дополнителната општа здравствена заштита од општите медицински практичари и, ако се достапни интерни специјалисти) треба да се искombинира со лекување на зависност од дрога. Достапноста на таквата грижа е особено значајна за луѓето што инјектираат дрога, кои се во контакт со капацитетите со низок праг.

Распределба: Лековите за замена на опиоиди може да се распределуваат во клиниките, во специјализирани центри во заедницата или во аптеките. Во сите опкружувања, директното надгледување на земањето лек од страна на пациентот може да го спречи дивергирањето на лековите на нелегалниот пазар. Сепак, земањето дози за дома им овозможува на пациентите да ги вршат семејните или работните обврски и да водат по „нормален“ живот. За сите такви лекувања предуслов се редовните медицински прегледи (16,111).

Флексибилност во поглед на почетокот на лекувањето: Резултатите од примарните истражувања покажуваат позитивни ефекти на меѓувременото лекување со метадонска замена врз ризичното однесување (132). Секогаш достапното лекување во форма на меѓувремена метадонска замена им овозможува на луѓето што инјектираат дрога да имаат придобивка од заштитните ефекти на лекувањето со замена на опиоиди врз ризичното однесување.

Допирање до тешките целни групи: Долготрајните зависници од хероин кои не одговараат на стандардните начини на лекување се покажува дека имаат корист од програмите што обезбедуваат лекување со надгледувано инјектирање на хероин (122). Испораката на ХАТ бара структурно адаптираните служби да ги почитуваат строгите безбедносни услови и да спречуваат секако дивергирање на нелегалниот пазар. Клиниките треба да бидат отворени во неколку сесии во денот, секој ден од годината, за да им овозможат на клиентите да ја инјектираат својата терапија под надзор, како што е посочено во упатството за лекување (122). Иако трошоците за ова лекување „од втор ред“ се повисоки од оралното метадонско лекување, ова се надоместува со значително штедење за општеството – особено со редуцирањето на трошоците за кривичните постапки и затворите заради односното криминално однесување (133).

Затворски услови: Прегледите на експерименталните и набљудувачките студии на ОСТ во затворите покажуваат дека ползата од заменското лекување во затворите е слична на онаа во од лекувањето во заедницата (32,134-136). Овозможувањето на таквото лекување во затворите претставува можност да се редуцира нелегалната употреба на опиоиди и ризичното однесување во затворите. Добрата врска меѓу затворските програми и оние во заедницата е значајна заради олеснување на континуитетот на лекувањето (по затворање/по ослободување), така што ќе може да се постигне долгорочна корист и спречување на високиот ризик од повреди, вклучително со смрт, во периодот непосредно по ослободувањето.

Тестирање

Препорачани интервенции

Доброволно и доверливо тестирање со информирана согласност за ХИВ, ХЦВ (ХБВ за невакцинираните) и за други инфекции вклучително со ТБ треба рутински да се нудат и да се поврзуваат со упат за лекување.

Промислена одлука: Мислењето на стручните лица е во полза на доброволното и доверливо тестирање за инфективни болести заради потенцијално намалување на ризикот од нив, како и заради тоа што поставувањето дијагноза е предуслов за да се обезбеди лекување. Заради ризикот од инфекција што се поврзува со користењето дрога со инјектирање, веројатно би било рентабилно во сите европски опкружувања да се тестираат луѓето што дрога за ХИВ, хепатит Б, хепатит Ц. Тестирањето за ТБ веројатно би било рентабилно ТВ во повеќето земји. Тестирањата за други инфекции треба да се земе предвид во стандардна понуда за еден медицински преглед (како што е хепатитот А, Д, сифилис и други црнодробни заболувања и општи тестирања на крвта). Честотата на медицинските прегледи и тестирањето, како и промислувањето кои тестови да се извршат треба да се прилагоди кон поединечните клинички знаци и симптоми и локалната епидемиолошка ситуација. Во случај на луѓе што инјектираат дрога, ова е ризик кој е честопати многу висок и тестирањето, во тој случај треба да се нуди еднаш до два пати во годината (16).

Се препорачува доброволен и доверлив пристап на рутински понудените услуги за тестирање. „Доброволно“ значи дека иако тестирањето е стандард на медицинската грижа, поединецот е информиран за тестовите и нивните потенцијални последици и дава јасна согласност за тестирање. „Рутински понудени“ значи дека негувателите треба да препорачаат тестирање за инфективни болести како стандардна компонента на медицинската грижа за луѓето што инјектираат дрога.

Меѓутоа, проценките за кои известуваат земјите во ЕУ/ЕЕО наведуваат дека само меѓу 10% и 60% од луѓето што инјектираат дрога се тестирани за ХИВ во текот на претходните дванаесет месеци (137), а ова е веројатно пониско за другите инфекции. Навременото забележување на вирусите пренесувани со крв и другите заболувања им овозможуваат да побараат здравствена нега за лекување на инфекцијата, превенција на компликациите, како и да се намали ризикот за дополнително пренесување на заболувањата (138). Тестирањето нуди значајна можност за советување и едукација на луѓето што инјектираат дрога околу превенција на инфекциите (ако резултатите се негативни) или натамошното пренесување (ако се резултатите позитивни). Спроведеното советување за намалување на ризикот во контекст на ситуацијата со тестирањето може да доведе до намалување на ризичното однесување (139).

Инфекции пренесувани преку крвта

Оперативни упатства за здравствените работници да иницираат тестирање на своите пациенти што инјектираат дрога за ХИВ, вирусен хепатит и други инфекции, вклучително со кожните бактериски инфекции, сексуално преносливите инфекции и респираторните инфекции беа издадени од ЕМЦДДА во 2010 и може да бидат корисни во насочување на програмите при спроведување на тестирањата на луѓето што инјектираат дрога (16). Општи упатства за тестирање за ХИВ има издадено ЕЦДЦ (138). Сумирано, на луѓето што инјектираат дрога треба да им се понуди тестирање што ги следи стандардите за квалитет на националните упатства. Меѓутоа, треба повеќе да се внимава да се допре до и да се советува оваа поранлива и тешко-допирлива популација за да може да се постигне добар пристап до тестирањето, да се разбере причината за тестирање, и согласноста за тестирање да биде јасно доброволна. Обезбедувањето тестирање на лице-место во локациите за давање помош може да го зголеми прифаќањето на ХИВ, ХБВ и ХЦВ тестовите (види квадратче подолу за искуството на Финска со тестирање на лице-место). Дури и тестирањето за потврда на позитивните тестови на лице-место одзема подеднакво долго време како и редовните тестови, а негативните резултати од тестовите се достапни веднаш, а прелиминарните позитивни резултати од тестовите во комбинација со советување за намалување на ризикот може да го намали ризичното однесување. Тестирањето треба да се поврзе со лекување на инфицираните, со упатување преку локалните патишта за лекарска нега до специјалистичките служби за проценка и проверка на оние што ќе се потврдат како позитивни за ХИВ, ХЦВ и ХБВ или други инфекции што бараат лекување.

Туберкулоза

Тестирањето за Тб носи дополнителни и значајни предизвици кои се од суштинско значење кај популацијата на луѓе што инјектираат дрога. Контролата на Тб се потпира на детектирање на инфицираните случаи и лечење на истите во тек од најмалку шест месеци со комбинација на антибиотици во согласност со меѓународните препораки (140-141).

Одложувањето на лекувањето од страна на пациентите е вообичаено кај луѓето што инјектираат дрога, со што се зголемува ризикот за пренесување на Тб се зголемува сериозноста на заболувањето (142-143). Интензивираното откривање на случаите е значајно за да се намали преносливоста и да се подобри резултатот од лекувањето, како и прогнозата за пациентот. Тестирањето за Тб може да се изврши за да се посочат активните или латентните инфекции. Од перспектива на јавното здравство, посочувањето на активните случаи на Тб е од клучно значење бидејќи со тоа се сосекува непосредната преносливост. Сепак, бидејќи луѓето што инјектираат дрога, а особено оние кои се ХИВ серопозитивни, се во зголемен ризик за прогресија кон активно заболување, дијагнозата на латентна Тб проследена со превентивна терапија е исто така значајна. Во идеални услови, сите луѓе што инјектираат дрога треба да се тестираат за активно заболување од Тб или за латентна инфекција на Тб.

Примена на тестирање на лице-место на локациите со низок праг во Финска

Уште од 1999 год. спроведени се брзи програми за тестирање на лице-место (ПоЦ) во здравствените центри со низок праг (ЛТХСЦ) на кои се вршат услуги за луѓе што инјектираат дрога во Финска. Во 2011, со од 34 ЛТХСЦ понудија брзи тестови за ХИВ, според оценката и препораката на Националниот Институт за здравје и добросостојба (ТХЛ).

ТХЛ ги поддржува програмите за тестирање на ПоЦ нудејќи лабораториска и советодавна обука, програма за оценка и мониторинг и обезбедува совети за практичните уредувања потребни за тестирање. Пред да се воведат брзото тестирање на ПоЦ во новиот ЛТХСЦ, целиот персонал што треба да работи со брзите тестови мора да биде обучен во ТХЛ. Институтот организира рунди на проценување на квалитетот на ХИВ антителата во согласност со надворешните служби за оценка на квалитетот три пати во годината и врши тестирање за потврдување на позитивните резултати. ТХЛ исто така на дневна основа дава совети и ги следи програмите за тестирање, собирајќи податоци за покриеноста и за резултатите заради надгледување на програмата и оценка на влијанието.

На клиентите им се нуди бесплатно, анонимно и брзо тестирање за ХИВ на сите ЛТХСЦ, без потреба за закажување. Тестот се врши во одделна просторија за тестирање која обезбедува приватност. Советувањето пред тестирањето вклучува разговор за ризичното однесување, безбедните практики при сексуални односи, и периодот на инкубација на ХИВ антителата. Тестот се врши врз крв добиена со увод во прст, а резултатот се добива во текот на 15 минути. Негативните резултати од тестот се добиваат веднаш по тестирањето, а позитивните резултати треба дополнително да бидат потврдени врз крв извлечена од вена. Потврдните резултати се добиваат по една недела. Позитивните случаи се упатуваат на болничка нега.

Меѓу 1999 and 2010 год., повеќе од 8000 примероци од луѓе што користат дрога се тестирани на ЛТХСЦ, со резултат од вкупно 47 потврдени случаи на ХИВ позитивни лица. Вкупната прифатеност на форматот на брзо тестирање кај здравствениот персонал и клиентите на ЛТХСЦ е позитивен. Повеќето клиенти го претпочитаат брзото тестирање на ПоЦ пред конвенционалното тестирање.

Тестирањето за ТБ е дел од процесот на сеопфатно нудење на здравствена заштита кое бара пристап до микробиолошки услуги, капацитети за лекување, лекови и поддршка за дијагностицираните пациенти. Тестирањето/дијагнозата на ТБ вклучува медицинска историја, Рентген на градниот кош, кожен туберкулински тест (ТСТ), и, доколку е тоа можно, тест на крвта (анализи на ослободување на интерферон-гама, ИГРА). Методот што ќе се употреби зависи од националните упатства или, во нивно отсуство, од националните упатства за тестирање на ТБ (131) (16) (144).

Покрај тоа, присуството на знаци и симптоми на ТБ кај луѓето што инјектираат дрога треба да се идентификува преку клиничка контрола и, во идеални услови, клиентите треба да пополнат прашалник за можните симптоми пред тестирањето. Секое тестирање за ТБ, особено кај луѓето што инјектираат дрога, со симптоми или знаци на ТБ, треба да биде проследено со барем микробиолошка анализа на плунката, со целосен пристап до лабораториски капацитети со можност, техничко искуство и вештина за вадење култура кај сите случаи кај кои постои сомнеж за ТБ. При сомневање за активна ТБ, дефинитивната дијагноза за ТБ треба да се заснова врз потврда на микробиолошка култура, вклучително со тестирање за осетливост на лекови.

Се покажува дека луѓето што инјектираат дрога може да се една од групите со најмал број на потребни тестирања и профилатичко лекување за да се спречат случаите (145).

Други инфекции од кои страдаат луѓето што инјектираат дрога

Треба да се поттикнуваат тестирање и лекување на сексуално преносливите инфекции како што се кламидија, гонореја и сифилис и истите да бидат дел од редовните контроли, особено кај оние со високо-ризично сексуално однесување и бројни сексуални партнери, како што се сексуалните работници. Упати, кондоми и лубриканти може да се обезбедат на сите локации, дури и на локации каде што тестирање и лекување не е можно, како што се местата за давање помош.

Покрај тоа, луѓето што инјектираат дрога се во голем ризик од развивање акутни бактериски кожни инфекции (вклучително со МРСА), инфекции на мекото ткиво, апцеси и колабирани вени, со компликации потенцијално опасни по животот. Причините за инфекција се самото инјектирање (кое отвора пат за кожните бактерии во телото), слабата хигиена, лошите техники на инјектирање и контаминирани дроги (пр. епидемијата на антракс од 2010 година во Шкотска). Значајно е помалите повреди и бактериски инфекции да бидат препознаени (дијагностицирани) и лекувани навремено. Кај случаите на апцеси или други кожни лезии, бактериолошки тест од гној, ткиво или друг материјал треба да се земе и да се испрати на лабораториска анализа (15).

Лекување на инфективни болести

Препорачана интервенција

Антивирално лекување врз основа на клиничките индикации за оние што се инфицирани со ХИВ, ХБВ или ХЦВ. Антитуберкулинско лекување за активните случаи на ТБ. ТБ профилактичка терапија треба да се земе предвид кај латентните случаи на ТБ. Лекувањето на другите инфективни болести треба да се понуди според клиничките индикации.

Препораки: неодамнешните студии ги демонстрираат јасните придобивки од антивиралното лекување на ХИВ, ХБВ и ХЦВ кај луѓето што користат дроги. Скорешните меѓународни упатства не ја ограничуваат антивиралната терапија на луѓето што не се дрогираат, се додека нема други клинички контраиндикации. Постојат цврсти докази за ползата од лекувањето на ТБ на индивидуално ниво и на ниво на популацијата.

Практични согледувања: Тестирањето треба да е тесно поврзано со лекувањето со јасни шеми на упатување до место на кое ќе се обезбеди континуирана нега за случаите со позитивни резултати и медицинско следење на прогресијата на заболувањето, во случај да не е посочена терапија. Високата преваленција на коинфекциите кај луѓето што инјектираат дрога треба да се има предвид. Упатувањето и обезбедувањето континуитет на негата при лекување на заболувањето е од особено значење кога се планира ослободување од затвор. Интеракциите на лековите треба внимателно да се разгледаат, особено кај коинфицираните поединци.

Инфекции пренесувани преку крвта

Обезбедувањето на антиретровирална терапија (АРТ) е суштински дел од грижата за луѓето што инјектираат дрога, а кои се ХИВ позитивни. За оние со позитивни тестови за хепатит Б или хепатит Ц инфекција, обезбедувањето на антивирална терапија е честопати со клиничка индикација и треба да се обезбеди во согласност со националните упатства (1,53,146-148). Сите лица со ХИВ или хронични хепатит Б или Ц бараат редовни медицински прегледи, дури и ако не добиваат антивирална терапија.

Постојат докази дека активните инјектирачи на дрога можат успешно да поминат низ лечење за ХИВ и да имаат полза од истото. Постојат подеднакво цврсти докази дека не се јавува повисока резистенција на лекови кај корисниците отколку кај другите ХИВ-позитивни лица кои добиваат антиретровирална терапија (149). Истражувањата покажуваат и дека луѓето што инјектираат дрога може да постигнат резултати од лекувањето на хепатит Ц кои може да се споредат со оние на општото население кое не инјектира дрога, доколку лекувањето било придружено со соодветна поддршка (150). Постојат докази дека лекувањето на хепатит Ц може да се врши во рамките на програма за замена на опиоиди, како и дека и клиентите и кадарот го поддржуваат овој модел на обезбедување услуги на една локација (151-153).

Повеќе студии потврдуваат дека ХИВ-позитивните или ХИВ и ХЦВ коинфицираните кои примаат ОСТ е веројатно да се придржуваат до режимот на лекување на својата(ите) инфекција(ии), но не постојат докази околу тоа како ова влијае врз оптовареноста со вируси. (Дополнителни детали околу влијанието на ОСТ на придржувањето до АРТ може да се најдат во Клиничкиот Протокол за европскиот регион на СЗО (1)).

Постојат и докази од моделираните студии дека анти(ретро)виралната терапија за ХИВ и хепатит Ц може да влијае врз превенцијата на пренесувањето на инфективните заболувања: при придржување до терапијата, вирусното оптоварување може да се намали, со што се намалува ризикот за натамошно пренесување, покрај спречувањето на компликациите од инфекцијата за ХИВ- или хепатит Ц-позитивното лице што инјектира дрога (154).

Профилактиката по изложување на ХИВ инфекција и на хепатит Б може да се земе предвид во согласност со интернационалните и националните препораки.

Туберкулоза

Сите пациенти дијагностицирани со активна ТБ треба да добијат соодветна терапија. Лекувањето треба да ги следи националните упатства или, во нивно отсуство, интернационалните упатства (140-141), кои, исто така, обезбедуваат специфични упатства за специфични клинички ситуации, како што е ко-морбидноста како кај ХИВ инфекција. Одговорот на лекувањето треба да се следи клинички и бактериолошки. Кога пациентот ќе се открие дека е позитивен со активна ТБ, треба да се обезбеди проверка на индексот на ТБ случаи.

Кај поединците за кои се знае дека имаат ХИВ инфекција, а живеат во средина со отворен ризик за повратно изложување на ХИВ и кај кои активна ТБ е исклучена, треба да се разгледа можноста за профилактичка терапија по проценка на ризикот кај поединецот. Исто така, онаму каде што е достапна антиретровирална терапија, постигнување и одржување на адекватно ниво на ЦД4 кај ХИВ-инфицираните поединци ќе ги држи

тие поединци на пониско ниво на ризик од развивање на ТБ по изложеноста на истата. Ова треба да се земе предвид при проценката на поединечниот ризик.

Употребата на профилактичка терапија кај ХИВ инфицираните поединци треба да ја следи „Привремената политика на СЗО за колаборативни активности околу ТБ/ХИВ“ (155) и „Упатства за политиките за колаборативни услуги кај ТБ и ХИВ за интравенозните корисници на дрога и другите корисници. Интегриран пристап“ (156).

Според меѓународните стандарди за нега при ТБ, стратегијата до која треба да се придржува пациентот треба да вклучува мерки кои воедно ќе го оценуваат и ќе го поддржуваат придржувањето, а треба да се направат и одредби за справување со слабото придржување. Оттука, директно следената терапија (ДОТ) се препорачува заради обезбедување на мултидисциплинарни пристапи со цел да се поддржат пациентите и да се подобри придржувањето до терапијата. Иницијативни програми за промовирање на придржувањето до ДОТ би биле корисни (157).

Други инфекции од кои заболуваат луѓето што инјектираат дрога

Доколку се забележат, сексуално преносливите инфекции треба веднаш да бидат лекувани во согласност со националните упатства. Долготрајното инјектирање честопати води до хронични, незараснувачки рани кај луѓето што инјектираат дрога. Постапките за справување со раните може да бидат многу ефективни, ако клиент-кадар односот е стабилен и се базира на доверба и придржување кон лекувањето. Услугите за нега на раните треба да се нудат заедно со услугите за игла и шприц, како и лекувањето за зависност од дрога, доколку е тоа можно.

Промовирање на здравјето

Препорачана интервенција

Промовирањето на здравјето се фокусира на побезбедно однесување при инјектирањето; сексуално здравје кое вклучува употреба на кондом; и превенција на зарази, тестирање и лекување.

Препораки: Промовирањето на здравјето е поддржано од стручното мислење како фундаментална придружна компонента за испорака на сите шест интервенции. Обезбедува поддршка за спроведување и социјален маркетинг на други директни интервенции. Содржината треба да се води според потребите на корисниците.

Промовирањето на здравјето е „процес на овозможување на луѓето да ја зголемат контролата врз своето здравје и неговите детерминанти и со тоа да го подобрат своето здравје“ (СЗО 1986). Промовирањето на здравјето вклучува не само давање информации и поддршка, туку и советување за намалување на ризикот. Самото промовирање на здравјето не е ефективно во редуцирањето на ризикот од ХИВ кај луѓето што инјектираат дроги, но во комбинација со други превентивни мерки, како што се обезбедување со игла и шприц и лекување на зависност од дрога, промовирањето на здравјето може да биде ефективно (53,158). Пораките за промовирање на здравјето треба да бидат родово и културолошки чувствителни, на повеќе јазици и прилагодени кон терминологијата позната на корисниците и која тие лесно ќе ја разберат.

Промовирање на здравјето за побезбедно однесување при инјектирањето

- Користете нови стерилни игла и шприц и чиста опрема за секое инјектирање: „една игла – еден шприц – еднаш“. Никогаш не ги споделувајте или позајмувајте иглите, шприцовите или другата опрема.
- Бидете свесни и подготвени за ситуации при кои ќе биде тешко да се спречат инфекции. На пример, ако постои притисок од друштвото да се споделуваат садовите или ако ситуацијата е релативно хаотична во подготовката на инјекцијата. Придржувајте се до стратегии за да се намали веројатноста од ненамерно споделување на опрема за инјектирање (како што е кодирање по боја или етикетирање на шприцовите).
- Поддржете ги пријателите што не инјектираат да не почнат со инјектирање. Поддржете ги пријателите кои инјектираат да применуваат безбедни практики при инјектирањето.
- Мијте ги рацете пред и по инјектирање: чистете ја кожата пред инјектирање со алкохол или со друго средство за дезинфекција; користете филтер; избегнувајте инјектирање на опасни места за боцкање, како што се вратот и препоните; избегнувајте боцкање под кожата или директно во мускул; и чистете ги сите материјали, вклучително со површината на масата, со средство за дезинфекција откако сте инјектирале.
- Наместо инјектирање, користете начини без тоа, како што се пушење или орално внесување на дрогата. За овие цели може да се користат фолија или желатински капсули.
- Спречете предозирање со употреба на помали количини на дрога (особено по период на апстиненција или помалку интензивно користење на дрога), не користење на дрога додека сте сами, и со препознавање на знаците на предозирањето кај партнерите што се боцнале и барање итна помош откако ќе ги препознаете. Внимавајте кога користите дрога од нов или непознат извор и избегнувајте мешање на дроги како алкохол, бензодиазепини и опиоиди. Користете надгледувани здравствени капацитети за хигиенско инјектирање, ако постојат такви служби.

Покрај пишаните материјали, треба да постојат и визуелни и интерактивни едукативни алатки. Лицата што го промовираат здравјето треба да бидат специфично обучени за тоа како да вршат здравствена едукација. Значајно е да се има на ум дека промовирањето на здравјето може ќе треба да се скрои според посебните лични потреби, како што е менталното растројство. Ова може да влијае врз успехот на напорите за промовирање на здравјето.

Целта на доставувањето пораки за промовирање на здравјето до луѓето што инјектираат дрога е да се зголеми разбирањето во поглед на инфективните болести, пренесувањето на инфекциите и превенцијата на инфекциите, со цел да се редуцира ризикот од заразување и од или пренесување на инфективни болести преку инјектирање на дроги со промовирање на безбедно однесување при инјектирањето, премин кон употреба на дроги без инјектирање, или престанок на користењето дрога. Пораките за промоција на здравјето треба да бидат скроени според потребите на корисникот и доставени при секоја дадена можност: без разлика дали на уличниот агол при обезбедување услуги за помош или во центар за лекување од дрога или во програма за игла и шприц. Секој контакт со лице кое тековно инјектира дроги е можност за вршителот на услугата да ги оцени потребите за промовирање на здравјето и да, обезбеди советување и пораки за промовирање на здравјето. Клиентите честопати се најдобрите проценители на своите потреби во однос на информациите за промовирање на здравјето и, ако се изгради доверба со вршителот на услугата, некои клиенти ќе бараат информации врз основа на потребите што си ги препознале кај себе.

Побезбедно однесување при инјектирање

Клучните пораки за промовирање на здравјето заради унапредување на побезбедно однесување при инјектирањето се наведени во горното квадратче. Овие би требало да бидат прилагодени кон локалниот контекст и потребите на специфичните корисници и поединечните животни стилови.

Иако основниот фокус на ова упатство е на превенцијата на инфекциите кај луѓето што инјектираат дрога, главната причина за морталитет кај популацијата што користи опиоиди, во многу средини, е сè уште предозирањето (159), а промовирањето на здравјето поврзано со превенција на предозирањето е клучна активност во која треба да се ангажираат оние што работат или доаѓаат во контакт со луѓето што инјектираат дрога. Особено значајно е да се допре до луѓето кои тековно учествуваат во формално лекување од дрога, поминуваат низ детоксикација, и оние кои инјектираат дрога, а треба да бидат пуштени од затвор, и да бидат информирани дека ако се продолжи или интензивира, тие се во голем ризик од предозирање заради намалената толеранција на дрогата. Клучни пораки за превенција на предозирањето насочени кон луѓето што инјектираат дрога може да промовираат и користење на помали дози на дрога или да ги охрабруваат примателите да не користат дрога кога се сами (31). Обука може да се обезбеди за подучување на корисниците на дрога како да ги препознаат знаците на предозирање кај партнерите во инјектирањето и што да направат во итни случаи, пр. да ги стават жртвите во позиција за освестување и да повикаат амбулантна кола. Во некои земји се користи претходно давање на налоксон и постојат извештаи за позитивни резултати (160). Дополнителни можности за редуцирање на веројатноста од штетата што се поврзува со предозирањето со дрога се да се охрабрат луѓето што инјектираат да користат надгледувани капацитети за инјектирање, доколку

такви служби постојат. Заради директното надгледување од кадарот, достапна е итна помош во случај на предозирање. Една неодамнешна студија документира поврзаност меѓу постоењето на такви капацитети и редуцирање на смртните случаи од предозирање на ниво на популацијата (161). Конечно, мнозинството од оние што почнуваат да инјектираат го прават тоа во друштво на пријатели со утврдено искуство во инјектирање дрога. Клучните пораки за промовирање на здравјето, на пример за тоа како да се избегне воведување во користењето дрога со инјектирање или како да се користат безбедни практики на инјектирање, најефективно се пренесуваат од страна на врсниците.

Сексуално преносливи инфекции и употреба на кондоми

Податоците од земјите од ЕУ/ЕЕО за употребата на кондоми кај луѓето што инјектираат дрога се во опсег од помалку од 5% до скоро 60%, многу пониски од потребното за да се спречи ширењето на сексуално преносливи инфекции, вклучително со вирусните хепатити и ХИВ (137). Така, од особено значење е активностите за промовирање на здравјето да бидат насочени кон сексуалната преносливост на инфекциите меѓу луѓе што инјектираат дрога. Треба да бидат обезбедени кондоми и лубриканти заедно со информацијата за нивна доследна употреба. Треба да се дадат и дополнителни информации за тестирање и лекување на сексуално преносливите болести, бидејќи постојат докази за сексуално пренесување на инфекции, вклучително со ХИВ и хепатит Б, од луѓе што инјектираат дрога на и од нивните сексуални партнери (162-163). Користењето дрога може да се поврзе и со размена на секс за пари или за дрога, што ги доведува корисниците во многу поголем ризик од заразување или пренесување на сексуално преносливи инфекции ако кондомите не се користат доследно и точно.

Превенција на зарази, тестирање и лекување

Промовирањето на здравјето треба да вклучува информации кои ги појаснуваат начините на пренесување на заразните болести, кои се вообичаени кај луѓето што инјектираат дроги. Информациите за инфекциите како ХИВ, ХЦВ и ХБВ треба да се обезбедат на начин на кој луѓето ќе разберат дека може да го пренесат вирусот дури и ако не покажуваат симптоми. Кај случајот на ТБ честопати постои забуна во однос на инфекцијата и болеста, и кои фази се инфективни (142) (143) (164). Студиите предлагаат дека информациите за превенција на ХИВ може да се измешаат со превенција на ТБ, како што е неточната претпоставка дека ТБ може да се спречи со употреба на кондом или хлорирање на иглите, што може да го објасни одолговлекувањето кај пациентите во некои средини (142).

Опсежен, достапен информативен материјал, како и активен дијалог за ТБ и крвните вируси се од суштинско значење. Подеднакво значајни се напорите да се коригираат погрешните мислења околу болеста, истовремено спротивставувајќи ѝ се на стигматизацијата на болеста. Клучните пораки за промовирање на здравјето треба исто така да се фокусираат и на поддршката на придржувањето до терапијата, за пациентот да може да биде излечен (ТБ, ХБВ и, ако е успешно, ХЦВ), со што се намалува ризикот од развивање резистентност на лековите и пренесување на инфекцијата на други.

Конечно значајно прашање за мнозина од оние што инјектираат дрога е општествената поддршка и социјалната грижа. Постојат докази дека, на пример, надгледуваното сместување се поврзува со намален ризик од инфекција за луѓето што живеат со ХИВ (165). Веројатно е дека бројни структурни фактори кои се поврзуваат со сместувањето и економската добросостојба имаат значаен удел во квалитетот на животот и ризикот од инфекција кај голем број од луѓето што инјектираат дрога. Обезбедувањето на услуги за поддршка ги решаваат проширените потреби на луѓето што инјектираат дрога, како што се сместување, храна или понизок праг на можностите за вработување, веројатно ќе имаат позитивно влијание врз исходите во врска со здравјето.

Насочена испорака на услуги

Препорачана интервенција

Услугите треба да бидат комбинирани и организирани според потребите на корисниците и локалните услови; ова вклучува обезбедување услуги преку подавање помош и фиксирани локации, каде што се нуди лекување од зависноста од дрога, намалување на штетата, советување и тестирање и упатување кон општа примарна здравствена заштита и специјалистички медицински услуги.

Промислена одлука: Доказите и мислењата на стручните лица ја поддржуваат насочената испорака на услугите според потребите на корисниците и локалните услови.

Начини на вршење на услугите: предуслови за привлекување на корисниците кон услугите

Како што е утврдено со суштинските принципи за вршење услуги, значајно е внимателно да се размисли околу тоа како ќе се организираат и достават услугите за луѓето што користат дрога за да се доведе до максимум нивната прифатливост за клиентите и, со тоа, пристапот до услугата и прифаќањето на истата. Ефективноста на програмите на услугите зависи од нивната способност да ги привлечат, мотивираат и да ги задржат клиентите. Оттука, планирањето на услугите треба да има за цел да создаде што е можно понизок праг за луѓето што инјектираат дрога, за истите да можат лесно да ги посетуваат и користат услугите што им се нудат.

Услугите мора да се вршат на локации кои потенцијалните корисници на услугите може да ги препознаат, до кои може да пристапат и да се чувствуваат удобно кога ќе влезат во нив. Покрај тоа, услугите треба да се обезбедат во дискретна средина и на дискретен начин, каде што ќе може да се обезбеди доверливост и каде што клиентите не се чувствуваат загрозувани од осудувачките ставови на кадарот, со вознемирување, или да се плашат од апсење од спроведувачите на законот. Понекогаш нудењето на најосновните социјални услуги, како што се храна, тушеви и облека е начин да се привлечат кон услугите општествено најисклучените луѓе во ризик кои инјектираат дрога.

Пристапот до услуги мора внимателно да се испланира врз основа на локалниот контекст. Лесен и едноставен пристап до услугите е од особено значење кај обезбедувањето на игли, шприцови и опрема за инјектирање. Намалувањето на ширењето на ХИВ, хепатит Б и хепатит Ц е невозможно без постојана набавка на чиста опрема за инјектирање.

Услугите за луѓето што инјектираат дрога ќе варира според земјата, достапните ресурси и под-популацијата. Ова е така заради тоа што карактеристиките на луѓето што инјектираат дрога ќе се разликуваат помеѓу и во рамките на земјите, во зависност од типот на дрогата што се користи, возраста, полот, етничкото потекло и нивото на приходите. Според тоа, многу е значајно да се вклучи целното население при креирањето и избирањето на начините на испорака на услугите за најдобро да се справи со локалните потреби и контекст. Ако програмите се скроени за исполнување на потребите на клиентите и нивниот избор на услуги, постојат подобри шанси за поголемо прифаќање на услугите.

Пристап на малолетниците до програмите за игла и шприц во Унгарија

Кога беа развиени првите опсежни национални упатства на земјата за НСП во Унгарија во 2010 год.* се јави потреба за национален консензус околу пристапот на малолетниците (законска возраст во Унгарија: 18 год.) до таквите услуги. Принципитите на проектот за анонимност, доверливост и лесен и неограничен пристап до услугите, кои се сметаат за основните предности на услугите со низок праг за корисниците на дрога, го оневозможува ограничувањето на пристапот до услугите на НСП. Истовремено, локалните регулативи стипулираа известување за децата „во ризик“ пред органите за заштита на децата.

Контрадикторната законска рамка беше почетна точка за националниот процес на дискусија, здружување на стручните лица од социјалните служби за деца, претставници од сите унгарски НСП и останатите засегнати страни на национална средба. По презентирање на меѓународните, како и на локалните практики, и дискусиите на теми како што е потребата на малолетниците за бројни услуги, како што се продлабочено пред-советување и оценка на поединечните случаи, беше поплочен патот до консензус. Се постигна согласност дека покрај тековно произведуваните упатства на национално ниво, секоја НСП треба повторно да ги разгледа своите внатрешни регулативи, а истовремено социјалните служби за заштита на децата треба да градат партнерства со релевантните служби за дрога, за да може да ги упатат малолетниците до службите за советување околу и лекување на зависноста од дрога. Во однос на контрадикторноста меѓу легислативата за заштита на децата и услугите со низок праг беше побарано решение од народниот правобранител, што се рефлектира во упатствата.

Конечните национални упатства за НСП, објавени во јули 2011 од страна на Националниот институт за семејство и социјална политика, потврдуваат дека малолетниците не треба да бидат исклучени од НСП, со оглед на тоа што анонимноста е со висок приоритет кај таквите програми. Но, упатствата, исто така појаснуваат дека малолетниците треба да се поттикнуваат да ги информираат своите родители. Онаму каде што тоа е соодветно, се препорачува да се исконтактира со локалниот работник од социјална заштита на деца, како еден од позначајните локални партнери на НСП. Врз основа на оценката на секој поединечен случај, соработката и размената на информациите меѓу двете организации се смета за корисна за малолетните клиенти на НСП.

*Упатствата беа формулирани во рамките на приоритетниот проект финансиран од ЕУ: „Модернизација на социјалните служби, зајакнување на централните и локалните капацитети за планирање“ на Оперативните програми за социјална обнова.

Типови на извршување на услугите

Постојат различни начини на вршење на услугите, од кои секој може да функционира во комбинација со другите услуги или поединечно. Многу земји имаат откриено дека интегрирањето на услугите по „едношалтерски“ модел на услуги со низок праг за посетување е порентабилно и е ефикасен начин за вршење на услугите, а таквото интегрирање на услугите го сакаат и клиентите (120,166-167). Пример за високо-интегрирана, услуга со фиксна локација би било место на кое се обезбедуваат игли, шприцови и опрема за инјектирање, тестирање и можна медицинска нега (пр. лекување на ХИВ, хепатит Б и Ц), општи здравствени информации за хигиената и превенција на предозирање, упати за лекување од зависноста од дрога, и општи здравствени и социјални услуги. (види го квадратчето подолу за примери на интеграција на стр 29).

Доколку не е можно да се интегрираат услугите заради организираноста на здравствениот систем, финансирањето или желбите на клиентите, сè уште вреди да се вршат индивидуални услуги за да се исполнат потребите на клиентите. Многу програми почнуваат со еден начин на вршење на услугите, а потоа додаваат дополнителни услуги како што поминува времето. Начините на вршење на услугите треба да се прилагодуваат за да се доведе до максимум ефективност во однос на локалните потреби. Овие начини на вршење на услугите имаат различни имиња, во зависност од локацијата, но општите карактеристики обично спаѓаат во следните категории:

Фиксни локации: Услугите може да се, и честопати се вршат преку капацитети на фиксни локации кои специфично ги имаат за целна група луѓето што користат дрога и се насочени кон одржување на низок праг за посетителите (на пр. мал број на ограничувања за употреба и обезбедување на услуги според перспективата на клиентите), за пристапот за корисниците да биде колку што е можно полесен. Услугите на фиксните локации може да бидат места за програмите за игла и шприц или замена на опиоиди или друг вид на лекување, со што исто така може да се обезбедат дополнителни услуги за луѓето што инјектираат дрога, како што е тестирањето за ХИВ, хепатит или ТБ, здравствена едукација, или упатување на лекување. Услугите на фиксни локации може да служат како „засолништа“ или места за престој за луѓето што инјектираат дрога. Местото на услугата, на кое се обезбедуваат здравствени и превентивни услуги, може да биде и место за одмор, јадење, читање весници, користење на интернетот и разговор со кадарот и врсниците во една релаксирана и отворена атмосфера. Услугите на фиксни локации се значајно место за едукација на врсниците и честопати служат како база од која стручните лица и оние што работат со врсниците ги спроведуваат активностите за подавање помош. Местата на

програмите за игла и шприц честопати служат како прозорец за привлекување на клиентите. Првично, повеќето клиенти ги посетуваат местата на услугите заради социјалните врски, шприцовите и опремата за подготовка на дрога што може да ја добијат таму, но потоа доаѓаат во контакт со опсег на други услуги и пораки за здравствена едукација.

Во повеќе од 50 европски градови⁸, места на кои дрогата може да се прима под директен надзор на здравствен кадар се интегрирани во специјализирани капацитети на фиксни локации. Таквите надгледувани капацитети за инјектирање се професионално управувани здравствени капацитети на кои се промовира хигиенска и побезбедна употреба за да се намали морбидноста и mortalitetот кои се поврзуваат со инјектирањето дрога (5). Капацитетите обезбедуваат можности за здравствена едукација и превенција на заразните болести и за непосредна интервенција од страна на професионалците во случај на предозирање. Основната цел е да се посегне по и остане во контакт со луѓето кои не се способни или немаат желба да се откажат од користење дрога со инјектирање, да се намалат ризиците по здравјето и да се обезбеди пристап до други услуги, особено медицинска грижа и лекување на зависност од дрога. Истражувањата покажуваат дека капацитетите за надгледувано инјектирање допираат до специфични, тешко-допирливи целни групи, како и дека корисниците на услугите известуваат за значително намалување на ризичното однесување, како и подобро здравје.

Без разлика на нивниот тип, услугите на фиксни локации треба да бидат сместени во област во која поголеми групи на луѓе што користат дрога живеат или поминуваат време, или, алтернативно, каде што големи групи на потенцијални клиенти може лесно да дојдат до локацијата на услугата. Услугите на фиксни локации Услугите на фиксни локации типично ги води специјализиран кадар; овие би требало да бидат добро обучени да вршат услуги и едукација на начин фокусиран на клиентите и без осуда. Предностите фиксните локации се во тоа што бројни услуги може да се вршат на едно место, а обезбедуваните услуги може да бидат скроени според потребите на локалното население. На пример, клиентите може да го изберат типот на игли, шприцови и опрема за инјектирање кои ги претпочитаат, со што се сведува на минимум отпадот заради претходно спакувани прибори, кои честопати вклучуваат предмети кои клиентите не ги сакаат или употребуваат. Недостатоците на фиксните локации се во тоа што тие може да бидат скапи за водење, што може да ги ограничи часовите на работа и, од своја страна, пристапот до услугите. Фиксните локации може да бидат и тешки за пристап за корисниците надвор од непосредната географска област на локацијата. Оттука, мора да се внимава на картографијата на потребите за услуги и спојување на тие потреби со локации кои се лесни за пристап и нудат поволни работни часови за колку што е можно повеќе луѓе што инјектираат дрога. За луѓето што инјектираат дрога и живеат во области тешки за пристап може да се потребни мобилни услуги за давање помош (види подолу).

Понекогаш фиксните локации се цел на негативни реакции во соседствата, ако на нив се гледа како места што привлекуваат проблематична популација, така што, потребна е интензивна комуникација со заедницата за да се надминат овие грижи. На фиксните локации, клиентите може да гледаат како на врзани со непосакувани вршители на услуги, како на пример со владини програми, што на некои места може да го ограничи прифаќањето. Вршењето на услуга како неболничко лекување на зависност од дрога се комбинира со дополнителни здравствени и социјални услуги релевантни за целната група инјектирачи, вклучително со мерки за превенција на инфективните болести како советување и тестирање, вакцинација и упатување до специјалистичка нега.

Аптеки: Во повеќето земји на ЕУ/ЕО шприцовите законски се продаваат. Во некои земји, аптеките се главните добавувачи на игли и шприцови. Аптеките може да дејствуваат како продажни или дистрибутивни места за игли, шприцови и опрема за инјектирање, а може да бидат и места за собирање на употребени игли и шприцови. Услугите на тестирање или вакцинирање за луѓето што инјектираат дрога, исто така, би можеле да се обезбедуваат во аптеките. Еден пример, од Шкотска, користи електронски систем за следење на поединечни клиенти преку употребата на анонимни картички. Со картичките, клиентите може да добијат бесплатни стерилни игли и шприцови од аптеките. Системот може да ги следи и оние што имаат потреба упатување до службите за тестирање и вакцинација и обезбедува информации за бројот на игли и шприцови распределени по клиент заради планирање на здравствените услуги. Покрај тоа, локалната аптека може да биде активен партнер во лекувањето со замена на опијати, распределба на лекови за регистрираните пациенти, одржување на редовен контакт, потсетување на клиентите за медицинските прегледи, или управување со дополнителните лекарства. Упатувањето и додатните информации до службите за вакцинирање, исто така, може да се уредуваат преку овој систем. Главната придобивка од аптекарските услуги е тоа што тие може да бидат достапни за повеќето луѓе што инјектираат дрога, и во големите и во малите градови, благодарение на постоечката инфраструктура, со што се намалуваат и трошоците. Како и да е, повеќето аптеки се фокусираат на услужување на општата јавност и голем број од нив се приватно раководени, со што понекогаш се намалува остварливоста и прифатливоста на обезбедувањето услуги за луѓето што инјектираат дрога, на кои може да се гледа како на непосакувани или неисплатливи клиенти. Доверливоста на клиентите и можноста за поопсежно промовирање на здравјето, исто така, може да се најдат во прашање ако аптеката нема просторија за приватни консултации или нема доволно персонал. Конечно, иглите и шприцовите што се обезбедуваат преку

⁸ Овие градови се лоцирани во Германија, Луксембург, Холандија, Норвешка, Шпанија и Швајцарија.

аптеките честопати се даваат во претходно спакувани пакетчиња, со што ефективно се ограничува индивидуалниот избор. Иако дистрибуцијата на услуги за луѓето што инјектираат дрога лоцирана во аптеки е многу ефективен начин на вршење на услугите, аптеките не можат да ги покријат сите потреби на корисниците.

Служби за подавање помош: Заради тоа што до голем број на подгрупи од луѓето што инјектираат дрога е тешко да се допре преку општите здравствени услуги, службите за подавање помош честопати обезбедуваат ефективен начин на испорачување на услугите, на пример, обезбедување на игли, шприцови и опрема за инјектирање. Службите за подавање помош може да раздаваат и кондоми, терапија со замена на опијати и пораци за промовирање на здравјето (158). „Подавање помош“ е генерички израз со кој се покриваат неколку типови на вршење услуги и може да вклучува мобилни единици или комбиња, улично подавање помош од страна на здравствените работници во заедницата, како и редовни сателит-служби базирани во други агенции. Честопати службите за подавање помош се во можност да допрат до луѓето што не се во контакт со други здравствени услуги и со тоа играат значајна улога во идентификувањето на нивните потреби за упатување до фиксни локации или општи здравствени услуги, како се тестирање за ХИВ, хепатит или ТБ, или лекување на зависноста од дрога. (За повеќе информации околу подавањето помош види (158,168).) Подавањето помош може да вклучи домашни посети, а работниците што работат во подавањето помош може да ги придружуваат клиентите до други услуги. Една придобивка од службите за подавање помош е тоа што, заради нивната мобилност, тие честопати се многу достапни за различни популации на луѓе што инјектираат дрога затоа што можат лесно да се преселат во нови области со високи концентрации на луѓе што инјектираат дрога. Мобилните единици може да обезбедат услуги, вклучително со распределба на заменска терапија на опијати во опкружувања во кои се концентрирани помалку луѓе што инјектираат дрога или каде што фиксните локации не се можни заради заедницата или спротивставувањето на полицијата. Понекогаш проблемите околу трошоците го ограничуваат размерот до кој е можно мобилното подавање помош, а часовите на работење треба да бидат скратени. Со еден преглед се открива дека луѓето што инјектираат дрога не сметаат дека службите за подавање помош даваат полн опсег на услуги (169).

Услуги вршени од врсници се тип на услуги на подавање помош (иако услугите може да се даваат и на фиксни локации) кои ги вршат тековни или поранешни инјектирачи на дрога со цел да ги упатат другите луѓе што инјектираат дрога до услужните центри. Ако не се посакувани формалните служби, со услугите вршени од врсници се дистрибуираат игли, шприцови и опрема (ова понекогаш се нарекува „секундарна дистрибуција на игли“). Услугите вршени од врсници може многу полесно да добијат пристап до најризичните популации, вклучително со новите или младите инјектирачи. Врсниците ракуваат со дистрибуцијата на опремата, упатувањата до лекувањата од зависност од дрога (или други услуги на лекување или тестирање), и пораките за промовирање на здравјето на јазикот на локалната сцена на корисници на дрога. Пораките кои ги пренесуваат врсниците, на тој начин, имаат поголемо влијание (и водат кон подобро прифаќање на интервенциите) од оние пренесувани од здравствените работници – голема предност, особено кога се има предвид дека лицата што набавуваат игли и шприцови преку службите за секундарна дистрибуција честопати покажуваат екстремно ризично однесување. Ако се користат услуги што ги вршат врсници, тогаш од особено значење се обуката, надзорот и поддршката, како и темелно разгледување на етичките импликации на ангажирање на поранешни или тековни инјектирачи да подаваат помош на луѓе што инјектираат дрога. За повеќе ресурси околу ова видете (158) и (168,170).

Автомати (продажни апарати): Автоматите се користат на некои локации како дополнителен метод на дистрибуција на игли, шприцови и опрема, обично во форма на претходно спакувани пакетчиња. Тие работат на монети и обезбедуваат писмени упатувања за лекување на зависноста од дрога, информации за безбедно инјектирање и други пораци за промовирање на здравјето заедно со разделуваните продукти. Овој начин на вршење на услуги е секогаш достапен за потенцијалните корисници и е многу анонимен, честопати привлекувајќи нови или млади инјектирачи. Меѓутоа, овој тип на услуга бара пари или чипови за да работи машината и мора да постои план за да се обезбеди редовно надополнување и одржување на машините. Загриженоста на заедницата за поставените автомати не е невообичаена, како што е и стравот дека малолетниците имаат пристап до нив. Треба да биде јасно и тоа дека автоматите за шприцови не може да обезбедат директна врска со вршителите на услуги, со што се оневозможува упатувањето на тестирање или лекување, како и промовирањето на здравјето лице во лице. Сепак, тие може да бидат прв чекор кој нуди можност за контакт, генерирајќи препознавање на имиња како и одредено ниво на доверба во организацијата што управува со автоматот за шприцови (171).

Општи здравствени услуги: Болниците или местата на примарна заштита се уште еден значаен извор на вршење услуги и упатување до специјалистички услуги за луѓето што инјектираат дрога. Доверливото тестирање, дијагнозата или лекувањето на ХИВ, вирусен хепатит, ТБ, кожни бактериски инфекции и други заразни болести вообичаени за луѓето што инјектираат дрога обично се спроведуваат во општите здравствени капацитети, и одржувањето на силни врски на упатување меѓу овие служби и фиксните локации или мобилните места на кои се услужуваат луѓето што инјектираат дрога е од особено значење. Општите здравствени услуги, исто така, може да обезбедат игли, шприцови и друга опрема за инјектирање, да го надгледуваат хигиенското инјектирање, да помагаат во текот на детоксикацијата од дрога, обезбедуваат кондоми и да го промовираат

здравјето воопшто. Клиниките за ТБ и ХИВ честопати се организирани од страна на општите здравствени служби. Со оглед на високиот удел на луѓе што инјектираат дрога меѓу клиентите, од суштинско значење е кадарот во општите здравствени установи да биде соодветно обучен за релевантните пораки за промовирање на здравјето и да може или да ги упати луѓето на лекување од зависност од дрога и услугите за игла и шприц, или да знае каде може да се добијат упатувања. Во идеални услови сите луѓе што инјектираат дрога би барале и примале висококвалитетни конвенционални здравствени услуги. Но, постојат докази од некои опкружувања дека луѓето што инјектираат дрога ретко ги посетуваат установите за општа здравствена заштита и алтернативните начини за да се стигне до нив се неопходни. Во Холандија, заедно со општите здравствени услуги, се нудат специјализирани услуги за луѓето што инјектираат дрога и останатите ризични групи. Постојат и примери за интегрирање на наркотичките и медицинските служби („едношалтерски“ модел) во една програма, со што се олеснува придржувањето до и завршувањето со лекувањето (153,172-174). Примери за ова се директно проследеното лекување на ТБ и антивиралната терапија на ХЦВ, обата во комбинација со заменска терапија со метадон. Општите здравствени услуги се лесно достапни за клиентите, особено одделите за итан помош кои се секогаш отворени. Мора да се внимава да се освестат и здравствениот и не-здравствениот кадар во овие општи здравствени места за проблемите на луѓето што инјектираат дрога за истите да им подаваат нега без осуда и доверливо. Во некои земји, општите здравствени услуги обезбедуваат анонимно тестирање.

Затворско опкружување: Конечно, значајно е да се спомне дека многу земји обезбедуваат услуги и за популациите на ИДУ во затворските системи, како и дека затворските системи се клучни за постигнување на висока и ефективна покриеност со услугите за превенција на инфекциите кај луѓето што инјектираат дрога. Поправните установи се значајна средина за превенција и контрола на инфекциите кои се поврзуваат со инјектирањето. Основните причини се: (а) висока преваленција на ХИВ, ХЦВ и ТБ во затворите; (б) фактот што многу луѓе што инјектираат дрога завршуваат со затворска казна; и (в) постојат докази дека дрогата продолжува да се користи и да се инјектира во затворите – и покрај строгата забрана за дрога (5). Во некои земји, затворските системи нудат лекување на зависноста од дрога, тестирање за и лекување на заразни болести, вакцинирање, здравствена едукација, па дури и програми за игла и шприц. Следејќи го принципот на „еквивалентност во обезбедувањето на услугите“ меѓу заедниците и затворите, во голем број на земји постои движење за обезбедување на истите услуги за луѓето што инјектираат дрога во затворските средини како и за луѓето што инјектираат дрога во заедницата.

Опишаните начини на вршење на услугите може да бидат ефективни во насочување кон луѓето што инјектираат дрога. Новите методи за испорака на информации за промовирање на здравјето, како што се телефоните и пораките преку интернет, даваат надеж во однос на подобрување на придржувањето до терапијата. Иако услугите повремено применуваат само еден начин на испорака, веројатно е дека ефективните програми ќе обезбедат неколку услуги на една локација или неколку начини на испорака на услугите за да се допре до различните потреби на корисниците. За подобро да се поврзат програмските услуги, од суштинско значење е повеќе служби да бидат сместени на исто место, така што корисниците ќе имаат поволан пристап до нив (види текстуално квадратче подолу за интеграција на услугите). Покрај тоа, работниците во службите за подавање помош, социјалните работници на одреден случај и здравствениите работници треба да бидат дополнително обучени за лекување и/или управување со случаите кај взаемно-морбидните состојби; полињата на обука треба да вклучуваат лекување на зависност од дрога, лекување на ТБ, вирусен хепатит и ХИВ. Специјалистите треба исто така да бидат инволвирани во грижата за таквите пациенти. Покрај овие взаемно-морбидни случаи, постојат и дијагнози во врска со менталното здравје кои бараат добро управување со случајот. Зголемената свесност и обука може да доведат до подобрен мониторинг на интеракциите меѓу една со друга дрога/лек и лошите ефекти, како и да се извлече најдоброто од лекувањата и да се подобри квалитетот на животот на клиентите.

Интегрирање на услугите

Постојат бројни успешни примери на поврзување на услугите за луѓето што инјектираат дрога со цел да се зголеми пристапот до услугите, да се хармонизира лекувањето и доведе до оптимална дистрибуцијата на превентивните пораки, со што се зголемува веројатноста на придржување до лекувањето и неговиот успех. Истата локацијата на услугите за ТБ, вирусен хепатит, ХИВ и заменска терапија на опиоиди и/или програмите за игла и шприц е можност што се применува во пракса или на истото се работи во некои земји. Не само што физичката близина на услугите е предност, туку и комуникацијата и споделувањето на експертизата низ различните здравствени програми исто така има полза од ова (202-204; 142-143).

Една неодамнешна пилот програма во Естонија покажа дека прифаќањето на услугите за тестирање за ТБ може да се зголемат со нудење на скрининг за ТБ во капацитетите за терапија со метадонска замена и повеќе активни упатувања со услуги за ТБ (потсетници, иницијативи, транспорт) (172). Кога се планираат капацитети за услугите, треба да се испланира вршење на повеќе услуги на местото. На пример, ХИВ-серопозитивните лица кои не се инфицирани со ТБ треба да се држат на страна од пациентите со активна ТБ заради ризикот од инфекција со ТБ за ХИВ-позитивните лица.

Услугите би можеле да се надградат врз постоечки програми за рехабилитација од дрога, програми за дистрибуција на шприцови, или вршители на услуги на директно следена терапија (ДОТ) за ТБ, во зависност од тоа што се смета за најдобро за одредено опкружување. Мобилните програми за здравствена помош може да бидат корисни за допирање до одредени популации на луѓе што инјектираат дрога, особено преку мобилни, радиографски единици за тестирање. Таквите единици е докажано дека имаат позитивен ефект во редуцирањето на ТБ кај луѓето што инјектираат дрога во Ротердам, Холандија (205).

Табела 1: начини на вршење услуги насочени кон луѓето што инјектираат дрога и нивните јаки страни и ограничувања

Тип на модел	Типови на услуги што може да се обезбедат за луѓето што инјектираат дрога	Јаки страни	Ограничувања
Фиксирана локација со низок праг за добивање на услугите	<ul style="list-style-type: none"> • Набавка/отстранување на опрема за инјектирање • Консултации • Лекување на зависност од дрога вклучително со лекување со замена на опиоид • Тестирање за ХИВ, хепатит Б, Ц и ТБ • Вакцинација • Место за престој • Храна, туш, облека • Едукација од врсници • Промовирање на здравјето • Едукација за побезбедно користење, вкл. Превенција на и справување со предозирање • Надгледувани капацитети за хигиенско инјектирање • Промовирање на безбеден секс и дистрибуција на кондоми • Надгледувано антивирално лекување 	<ul style="list-style-type: none"> • Потенцијал за создавање чувство на припадност за клиентите • Потенцијал да се достават бројни услуги на едно место • Може да се постигне поволен размер на трошок/клиент покриеност • Може да понуди услуги скроени според потребите на клиентот • Обично ги води специјалистички кадар • Нема противење од другите клиенти • Ако добро се организира пристапот е лесен • Обезбедува основа за други услуги, како подавање помош 	<ul style="list-style-type: none"> • Фиксната локација може да го ограничи пристапот на оние што не живеат во близина • Може да е скапа за водење • Може да има ограничени работни саати • Потенцијал за вознемирување од полицијата или други агенти за спроведување на законот, особено ако контакти за соработка не се остварени/не се управува со нив • Ако не се раководи добро, постои ризик за безбедноста на персоналот • Потенцијално послаб пристап до краткотрајни или млади инјектирачи • Фиксираната локација може да е тешко да се основа заради противење на соседството
Аптеки	<ul style="list-style-type: none"> • Набавка/отстранување на опрема за инјектирање • Преврски • Промовирање на здравјето • Доверливо тестирање • Информации и упатувања (тестирање за инфективни болести, вакцинација и лекови) • Обезбедување (брзи) тестирања за ХИВ/хепатит Ц 	<ul style="list-style-type: none"> • Пристапни/добра географска достапност • Долго работно време • Може да биде рентабилно • Може да се смета како поанонимно • Пристап до медицински совети/обучен медицински кадар • Користи постоечка инфраструктура 	<ul style="list-style-type: none"> • Може да се бара плаќање • Ограничена можност за промовирање на здравјето и упатување во зафатената аптека • Обезбедување на претходно спакувани пакетчиња ја намалува можноста за исполнување на желбите на корисниците • Неволност на аптекарите да им продаваат шприцови на луѓето што користат дрога • Противење на другите клиенти
Служби за подавање помош	<ul style="list-style-type: none"> • Набавка/отстранување на опрема за инјектирање • Промовирање на здравјето • Информации за соодветни специјалисти, клиници и медицински услуги • Упатување до тестирање за и лекување на инфективни болести, вакцинација и други услуги • Придружни упатувања до други услуги • Обезбедување (брзи) тестирања за ХИВ/хепатит Ц • Консултации 	<ul style="list-style-type: none"> • Брзи во одговорот и лесно се прилагодуваат на потребите на корисниците • Флексибилни во однос на променливоста на локациите на кои може да се допре до луѓето што инјектираат дрога • „Потенцијал за „брзо предупредување“: професионалците дознаваат што се случува меѓу корисниците • Достапни, особено за тешко-досежните и високо-ризичните корисници 	<ul style="list-style-type: none"> • Не можат да се обезбедат сите услуги (мобилни единици) • Ограничено работно време • Поскапо време за кадарот (заради времето поминато во возење, итн.) • Некои мобилни единици би можеле да направат корисниците да се чувствуваат следено/неудобно • Услугите вршени од врсници мора да бидат

		(млади/нови корисници) • Услугите вршени од врсници може да ја зголемат ефикасноста	добро набљудувани и бараат обука
Автомати	<ul style="list-style-type: none"> • Набавка/отстранување на опрема за инјектирање • Упатување до тестирање за и лекување на инфективни болести, вакцинација и други услуги • Промовирање на здравјето (во писмена форма) 	<ul style="list-style-type: none"> • Секогаш достапни (особено за млади/нови корисници) • Рентабилни • Анонимни 	<ul style="list-style-type: none"> • Не може да се обезбедат сите услуги • Не е можен личен контакт • Потенцијал за загриженост на заедницата за поставеноста на машините • Потребно е плаќање или чипови • Мора да се обезбеди одржување и дополнување
Општи здравствени услуги	<ul style="list-style-type: none"> • Доверливо тестирање за ХИВ, хепатит Б, Ц и ТБ • Лекување на ХИВ, хепатит Б, Ц и ТБ • Нега на кожни инфекции/преврски • Вакцинација • Промовирање на здравјето • Набавка/отстранување на опрема за инјектирање • Помош при детоксикација од дрога • Заменска терапија на опиоиди 	<ul style="list-style-type: none"> • Пристапни • Пристап до обучен кадар • Пристап до повеќе/понапредно тестирање лекување • Пристап до конвенционални здравствени услуги (услугите што ги користи останатиот дел од заедницата) 	<ul style="list-style-type: none"> • Не може да се скројат според потребите на корисниците • Дел од кадарот може да не сака да обезбеди нега за луѓето што користат дрога • Спротивставување на останатите клиенти • Клиентите може да не сакаат да го користат местото ако, на пр. се смета дека е во премногу блиска соработка со владините служби • Клиентите немаат доверба • Може да е тешко да се обезбеди анонимност за сите услуги • Ограничен/нема пристап за поединци без здравствено осигурување • Стигматизација
Услуги во затворската средина	<ul style="list-style-type: none"> • Сите што услуги им се достапни на корисниците на дрога во заедницата <p>Примерите вклучуваат:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Доверливо тестирање за ХИВ, хепатит Б, Ц и ТБ • Лекување на ХИВ, хепатит Б, Ц и ТБ • Вакцинација • Промовирање на здравјето • Набавка/отстранување на опрема за инјектирање • Помош при детоксикација од дрога • Консултации • Лекување на зависност од дрога, вкл. ОСТ 	<ul style="list-style-type: none"> • Може да се допре до високо-ризичните групи • Интервенциите се рентабилни • Ризикот од морталитет/морбидност по ослободување може да се намали • Агенции од заедницата може да ги вршат услугите • Полесни можности да се обезбеди лекување на заболувањата • Време за промовирање на здравјето 	<ul style="list-style-type: none"> • Буџетот на здравството за затворите може да е недоволен • Потребни инвестиции за обука на здравствениот кадар и службениците во затворите

Познавање и разбирање на националната ситуација

Епидемиологијата и на користењето дрога и на инфекциите кај корисниците е предмет на брзи промени заради различните нелегални дроги, менувањето на културите околу дрогите и движење на популацијата. Динамиката на овие промени е комплексна, многострана и зависни од социо-економските ситуации, активностите за превенција и други општествени фактори (175).

За да се обезбеди дека националните и поднационалните стратегии најдобро *и* служат на популацијата на луѓе што инјектираат дрога, како и за да се спречи и контролира инфективната болест, мора да се врши доволно надгледување на употребата на дрога и инфекциите кај луѓето што инјектираат дрога. Слично, преземените мерки треба континуирано да се следат и евалуираат во поглед на одговорот, влијанието, релевантноста и нивото на покриеност. Таквиот мониторинг е неопходен не само за да се обезбеди релевантноста на превенцијата, туку и да се одржува ефективност како во поглед на влијанието врз здравјето такви и врз трошоците.

За да се утврди соодветно трошење на ресурсите за превенција, напорите за превенција на инфективните болести треба да бидат насочени кон популациите на луѓе што инјектираат дрога и каде што ризикот од пренесување на инфекциите е најголем. Инвестирањето во соодветни системи за надгледување на користењето дрога и инфективните болести е неопходно и веројатно рентабилно. Неуспевањето да се спроведат такви системи не само што може да прикрие проблем во пораст, со што ќе се доведе до високи здравствени и општествени трошоци, туку и да резултира со неефективна употреба на ресурсите.

Мониторинг на проблематичното користење дрога и одговори

Надгледување на проблематичното користење дрога е неопходна компонента на секој национален напор да се спречи штетата што ја предизвикува дрогата. Прегледот на оваа активност е надвор од опсегот на ова упатство, но ЕМЦДДА објави збир на протоколи за клучните индикатори и алатки за мониторинг на користењето на дрога и проблематичното користење на дрога (вклучително со користење на дрога со инјектирање) како и последиците од истите (4).

Проценката на популацијата на луѓе што инјектира дрога е клучна компонента од надгледувањето; овие проценки не само што количински ја утврдуваат величината на ризикот од инфекции, туку ги утврдуваат и потенцијалните потреби на услугите и помагаат да се утврди покриеноста со услугата. Заедно со својата мрежа на национални партнери (мрежата Reitox на Национални фокусни точки) (176) и експертски групи, ЕМЦДДА обезбедува и спроведува стандардизирана методологија за проценување на бројноста на популацијата на проблематични корисници на дрога (вклучително со луѓето што инјектираат дрога) (4) каде што се опишуваат различните методолошки пристапи за произведување на национални и локални проценки.

Преку збир на стандардизирани алатки за мониторинг (табелите со податоци и структурираните прашалници), ЕМЦДДА, исто така, собира хармонизирани информации околу здравствените и социјалните одговори на користењето на дрога и користењето на дрога со инјектирање во земјите-членки на ЕУ, земјите-кандидатки и Норвешка (112). Рутински собраните информации околу превенцијата на дрогирањето и политиките за намалување на штетата; за обезбедување на здравствени и социјални клучни интервенции, вклучително со лекување на зависноста од дрога (пр. бројот на клиенти што примаат лекување со замена на опиоиди); и за типовите, бројот и географската распределба на програмите за игла и шприц, како и бројот на обезбедени шприцови.

Надгледување на инфекциите

Епидемиолошката слика на инфекциите кај корисниците на дрога може брзо да се смени, особено ако превенцијата е слаба. Еден добар систем за надгледување на инфективните болести, изграден врз принципот на „надгледување за акција“, т.е. со активна врска меѓу структурите за превенција и надгледување, е неопходна ако ризиците од инфекции меѓу луѓето што инјектираат дрога треба да се контролираат.

ЕЦДЦ го координира надгледувањето на случаите на сите ново-пријавени случаи на крвни инфекции на европско ниво, вклучително со инфекциите што може да се пренесат преку споделување на опремата за инјектирање. Надгледувањето на случаите е корисно за мониторинг на движењето на заболувањата и може,

исто така, да се користи во раното детектирање на епидемиите, особено ако националната покриеност на системот е добра и одложените извештаи се минимални. Успесите на интервенциите при одговор на епидемија се во многу зависни од способноста брзо да се забележат нови епидемии и да се изнајдат начини соодветно да се одговори. Ако националното известување се врши со мало задоцнување, ова може да се надомести со многу побрзо локално или регионално известување. Во ЕУ постојат дефиниции за ХИВ, хепатит Б, хепатит Ц и хепатит А, но категоријата на пренесување (т.е. факторот на ризик) систематски се собира само за ХИВ инфекцијата (дефинициите на надгледуваните случаи на хепатит Б и Ц тековно се прегледуваат и се очекува да содржат информација за категоријата на преносливост). Многу национални системи, меѓутоа, собираат повеќе детални информации, што е значајно за спроведување на локалните превентивни мерки. Стапките на забележување на една зараза може да ја рефлектираат зачестеноста на заразата, но обично ја потценуваат истата. Покрај тоа, само податоците за општиот именител на популацијата може да се применат кај овој тип на надгледување. Промените во шемите на тестирање и честотата може лесно да ги искриват резултатите. Известувањето врз основа на случаи, исто така, бара одржување на основното ниво на инфраструктура и време на обработка на податоците во подолг период и бара значителна поддршка од здравствените работници за да се произведат соодветни информации за факторот на ризик.

ЕМЦДДА ја следи преваленцијата на инфективните болести кај интравенозните корисници на дрога со развивање на стандарди за собирање на податоците и упатство за био-бихејвјоралните анализи и со други методи на собирање податоци за истите (2). Оваа работа се врши во тесна соработка со ЕЦДЦ, кој ги координира општите надгледувања на инфективните болести во Европа, и со националните интернационалните партнери (177-178). Собирањето податоци е фокусирано околу ХИВ и хепатит Б и Ц кај интравенозните корисници на дрога. Се одржуваат систем за рано предупредување и мрежа на експерти за епидемиите на инфективни болести кај интравенозните корисници на дрога, во кои може да бидат вклучени и други болести, како што се антракс и ботулизам.

Други типови на системи за надгледување, како што се разните типови на прегледи и био-бихејвјорални студии, имаат свои карактеристични предности во поглед на обезбедување стратешки значајни информации. Прегледите може да обезбедат проценки за преваленцијата кај целната популација, што обично не се постигнува преку надгледување врз основа на случај. Био-бихејвјоралните прегледи кај интравенозните корисници на дрога, како што се промовирани од страна на ЕМЦДДА и ЕЦДЦ, може да обезбедат информации и за шемите на користење дрога и за инфективните болести. Меѓутоа, овие студии треба да бидат повторени со текот на времето доколку треба да се следат трендовите, што може да биде скапо. Дополнително ограничување е недостигот од консензус околу најдобрите начини да се постигне претставително собирање примероци низ времето, иако овој консензус се гради со работата на двете агенции.

Земјите треба да носат одлуки врз параметрите од податоците од системи за собирање податоци за надгледување засновано врз своите потреби, но таквиот систем треба да произведе доволно информации за информирање на развојот на превентивна стратегија заснована на процената на локалниот проблем според здравствените потреби, а истовремено да биде ефикасен во поглед на ресурсите и трошоците.

Програми за мониторинг и евалуација

Системите за мониторинг треба да им служат на потребите на земјата или регионот заради континуиран процес на евалуација и прилагодливост кон промените на навиките и профилите на корисниците; таквата евалуација им помага на програмските менаџери и креаторите на политиките да разберат кои компоненти од програмата за превенција се успешни и кои бараат подобрување. Мониторингот може да им покаже на планерите на програмите и на креаторите на политиките дали мешавината од начини на испорака на услугите, комбинацијата на обезбедени услуги, и покриеноста со интервенции делува ефективно во редуцирањето или спречувањето на порастот на зачестеноста на заразата кај целната група на луѓе што инјектираат дрога. Ако не се врши мониторинг, ќе биде невозможно да се измери влијанието на програмата или да *и* се припишат промените во однесувањето или зачестеноста на заразите на интервенциите. И двата процеса и индикаторите од исходот може да се употребат и да бидат корисни, но вреди да се земе предвид поставување реалистични цели за втората категорија. На многу цврсти индикатори од исходите како што е преваленцијата на инфекциите или промените во ризичното однесување може да им требаат години, па дури и децении за значително да се променат.

Индикатори

Ова упатство не ги покрива детално индикаторите за мониторинг и евалуација на програмата, заради тоа што значителен обем на работа е извршен во оваа област (видете (4,53,137)). Треба да се нагласи дека сите национално следени индикатори треба да се употребат за целите на националното планирање и евалуација. Мониторингот треба повеќе да биде од помош, а не пречка во постигнувањето на националните и регионалните програмски цели. Податоците од мониторингот и евалуацијата треба да се внесат во процесот на континуирано

оценување и адаптација на програмите на услугите со цел да се остане во тек со променливите епидемиолошки и кориснички карактеристики. Очигледно, не се сите национални индикатори корисни за интернационално известување, а не се ни сите индикатори од интернационалното известување неопходни за национален мониторинг. Често погрешно сфаќање е да се претпостави дека сите интернационални индикатори треба да бидат ригорозно следени, дури и ако се национално незначајни.

Поставување на цели за покривање со интервенции

На ниво на популацијата, покриеноста обично се дефинира како делот од популацијата што има потреба од интервенција да ја добие таа интервенција (179). За да се доведе до оптимално ниво превенцијата, од суштинско значење е да се знае кој дел од целната популација на луѓе што инјектираат дрога се допира со специфичните превентивни интервенции. Во полето на вакцините, нивото на покриеност ги утврдува ефектите што се постигнуваат со интервенција: на одредено ниво на покриеност ефектите од имунитетот на стадото претставуваат заштита дури и за невакцинираните популации. Овие резултати се исто така поддржани со моделирани.

Заедничките мерки во полето на превенцијата на инфективните болести кај луѓето што инјектираат дрога се бројот на дистрибуирани шприцови за еден корисник на дрога со инјектирање на годишно ниво, или процентот од проблематичните корисници на опиоиди што примаат терапија со замена на опиоиди. Размерот на луѓе што инјектираат дрога и примаат терапија за ХИВ, хепатит Б и/или хепатит Ц е друг значаен индикатор од покриеноста со услугите за лекување на инфекциите (180). Индикативните цели за превентивните услуги се утврдени, но несомнено треба да се земат предвид во контекст на специфичната национална (или локална) ситуација, врз основа на добро-изведената проценка на потребите (53,179). Постојат сè повеќе докази дека повисоките нивоа на покриеност со програмите за игла и шприц и лекување со замена на опиоиди се поефективни од пониските нивоа на покриеност по инјектирач на дрога (71,181) и дека може да постојат огромни разлики во покриеноста меѓу земјите (180,182). Според податоците од ЕМЦДДА, тековниот просек на дистрибуирани шприцови за ЕУ во 2009 година од страна на капацитетите на НСП е 90 по инјектирач на дрога. На национално ниво, највисокиот пријавен број беше над 300 шприцови по инјектирач (183). Покрај тоа, продажбите во аптеките прават уште еден позначаен извор на чиста опрема за инјектирање во повеќето земји. Истата година, просечно еден од двајца проблематични корисници на опиоиди примиле терапија со замена на опиоиди, со највисок национален процент во Малта од 68% (средешна проценка меѓу 65% и 71% (128). Идеално, треба секогаш да има доволно количество на игли и шприцови за службите да можат да работат. Неисполнетата побарувачка кај службите за размена на игли и шприцови, или времето на чекање кај лекувањето од зависност од дрога укажуваат на неисполнета побарувачка за службите и се знак дека треба да се зголеми покриеноста со истите.

Зголемување на покриеноста на програмите за шприцови: искуство од Естонија

Естонија е една од земјите во ЕУ што се соочи со големо оптоварување на користење на дрога со инјектирање, со висока стапка на користење на дрога со инјектирање кај општата популација, како и со многу висока преваленција на ХИВ кај луѓето што инјектираат дрога. Користењето дрога со инјектирање е најконцентрирано во главниот град Талин и во североисточна Естонија. Се проценува дека Талин има околу 10 000 интравенозни корисници на дрога кои најчесто користат аналози на фентанил и амфетамини. Службите за размена на игла и шприц во Талин беа иницирани во 1997, а лекувањето со замена на опиоиди со метадон следеше во 2001 год., иако нивото на услугите беше ограничено. Во 2005 год., преваленцијата на ХИВ кај луѓето што инјектираат дрога беше 54% и беше пријавен висок размер на нови инјектирачи (21%) (оние што инјектираат ≤ 3 години) (21%). На национално ниво беше донесена одлука дека е неопходно брзо да се прошири покриеноста со програмите за превенција за да се соочи со овие сè поголеми грижи на јавното здравство, а ова беше испланирано во Националната стратегија за превенција на ХИВ/СИДА. Помеѓу 2003 и 2009 година, бројот на фиксни локации и локации на службите за подавање помош беше зголемен од 1 на 10, посетите на службите се зголемија за 27 пати, бројот на дистрибуирани шприцови се зголеми за 43 пати (од 1.8 на 77 шприц/инјектирвач/година), и бројот на места за лекување со метадон се зголеми за повеќе од 4 пати. Приближно 80% од ИДУ пријавуваат дека биле во контакт со службите за размена на шприцови, а за приближно 60% од корисниците, службите за размена на шприцови се главниот извор на чисти игли и шприцови. Процентот на луѓе што инјектираат дрога и пријавуваат споделување на шприцовите во текот на последните четири недели се намалил од 32% (2005) на 22% (2009). Во текот на тој период, зачестеноста на ХИВ кај новите инјектирачи се намали од 21% во 2005 година на 9% во 2009 година, со процентот на нови инјектирачи меѓу сите корисници што инјектираат се намали од 21% на 12%. Веројатно е дека дел од намалената зачестеност на ХИВ, забележана во текот на периодот на проучување, може да му се припише на зголемувањето на услугите за игла и шприц, со оглед на тоа што пристапот до лекување од зависност и антиретровиралната терапија беа обезбедени на релативно ниско ниво во текот на тој период. Континуираното обезбедување на игли и шприцови на уште повисоко ниво, комбинирано со зголемување до повисоки нивоа на лекувањето на зависноста и на ХИВ на оние што имаат потреба од то, со текот на времето, и понатаму ќе ја намали зачестеноста на ХИВ во Естонија.

Извор: (206)

Анекс А. Епидемиологија на користењето дрога со инјектирање и позначајни инфекции кај луѓето што инјектираат дрога во ЕУ/ЕЕО

Користење дрога со инјектирање

Луѓето што инјектираат дрога се една од групите во највисок ризик на здобивање негативни здравствени последици како резултат од својата употреба на дрога заради ризикот од инфекции пренесувани преку крвта како ХИВ и хепатит Б и Ц. Тие, исто така, подложни на предозирање и инфекции како што се туберкулоза, хепатит А, кожни бактериски инфекции, системски инфекции и сексуално пренесувани инфекции.

Во многу европски земји, користењето дрога со инјектирање е синоним за користење опиоиди, но има и земји во кои амфетамините се доминантната дрога во инјектирањето (5). ЕМЦДДА собира проценки за преваленцијата на користењето дрога со инјектирање од европските земји-членки и, во 2010 година, 12 земји ги доставија скорешните проценки кои укажуваат на големи разлики во преваленцијата на користењето дрога со инјектирање по земја. Изведениот просек од проценката на интравенозните корисници на дрога е 2,5 на 1000 возрасни, на возраст од 15 до 64 години за земјите што ги даваат проценките. Ако овој просек се екстраполира на европското население, ќе одговара на проценка од меѓу 750 000 и 1 милион активни интравенозни корисници на дрога во ЕУ/ЕЕО. Покрај ова, веројатно постои и значителна популација на поранешни интравенозни корисници на дрога (5). Додека популацијата на интравенозни корисници на дрога, во целост, старее во западниот дел од Европа, младите луѓе што инјектираат дрога се позастапени во други делови од ЕУ.

ХИВ

Стапките на преваленција на ХИВ кај луѓето што инјектираат, како што известуваат земјите на ЕУ се движат од помалку од 1% до повеќе од 60% (врз основа на специфични студии или на внимателно надгледување) (137). Од сите ново-дијагностицирани случаи на ХИВ пријавени во 28 земји од Европа на ЕУ/ЕЕО во 2009 година (25 917 случаи), 1 298 беа посочени како луѓе со тековно или со историја на користење дрога со инјектирање (стапка од 5.7 на популација од 100 000). И покрај европскиот просек од 5% на пријавени ХИВ случаи кои се должат на користење дрога со инјектирање, националните бројки многу варираат, а размерот на луѓе што инјектираат дрога кај ново-пријавените случаи на ХИВ се движи од 65% во Литванија и 43% во Бугарија, до помалку од 1% во Холандија и Романија. Уште од 2004 година, бројот на нови дијагностицирања на ХИВ пријавени кај луѓето што инјектираат дрога, опаднал за 40% во 26 земји од ЕУ/ЕЕО со доследни системи за пријавување на ХИВ (6). Националните трендови се слични, со тоа што повеќето земји известуваат за опаѓање на бројот на случаи на ХИВ кај луѓето што инјектираат дрога во текот на последните шест години, со исклучок на Бугарија, Естонија, Латвија и Литванија, со трите Балтички земји како најзафатени до брзото зголемување на стапките на ХИВ дијагнозите во 2001–02. Од тогаш, овие земји известуваат за опаѓање, иако повторно избувнување на ХИВ беше пријавено во Латвија во 2007 година и во Литванија во 2009 година. Во западноевропските земји ХИВ епидемијата кај луѓето што инјектираат дрога е многу постара и го достигна својот врв кон средината на 1980те (6).

И покрај трендот на намалување на случаите на ХИВ кај интравенозните корисници на дрога во ЕУ/ЕЕО, сè уште постојат земји со популации на интравенозни корисници на дрога во кои се јавува значително пренесување на ХИВ (184). Исто така, постои веројатност и дека пренесување на ХИВ се случува и помеѓу луѓето што инјектираат дрога и нивните сексуални партнери. И покрај релативно нискиот апсолутен број на случаи дијагностицирани меѓу луѓето што инјектираат дрога, тие се диспропорционално зафатени со епидемијата на ХИВ во споредба со луѓето што не инјектираат дрога.

Хепатит Б и Ц

Вирусните инфекции на хепатит Б (ХБВ) и хепатит Ц (ХЦВ) се значајни проблеми на јавното здравство за Европската Унија бидејќи и двете инфекции се со значителен морбидитет и морталитет. И двете инфекции може да доведат до хронични заболувања, што може да доведе до цироза на црниот дроб, а можно е и рак на црниот дроб и смрт. ХБВ и ХЦВ може лесно да се пренесат преку користење дрога со инјектирање заради

небезбедните практики на инјектирање кои вклучуваат споделување на игли и шприцови и други материјали за инјектирање.

Во Европа, користењето дрога со инјектирање е значајна рута за пренесување на ХЦВ инфекции и луѓето што инјектираат дрога го прават мнозинството од ново-пријавените случаи на ХЦВ инфекции. Проценките наведуваат на тоа дека во Европа постојат околу еден милион тековни или поранешни интравенозни корисници на дрога кои може да имаат хронична инфекција со ХЦВ (5). Стапките на ХЦВ инфекцијата се обично многу високи кај луѓето што инјектираат дрога, во опсег од меѓу 12% и 85% (54) и меѓу 50 и 90% од луѓето заразени со вирус на хепатит Ц не се способни спонтано да ја искоренат инфекцијата. Преваленцијата на ХЦВ меѓу луѓето што инјектираат дрога се забележува дека опаѓа во девет европски земји, но се зголемува во три други, а податоците од четири други земји не покажува некои очигледни трендови (8). Во шест земји во кои се познати факторите на ризик, движењето кај забележаните случаи на ХЦВ покажува опаѓање кај размерот луѓе што инјектираат дрога меѓу забележаните случаи, но покажува пораст во три други земји (54). Податоците е тешко да се протолкуваат со оглед на тоа што квалитетот на податоците е честопати лош, но постојат индикации дека севкупните нивоа на ХЦВ инфекција кај луѓето што инјектираат дрога може да почнува да опаѓа. Ризикот од инфекцијата со ХЦВ покажува пораст со подолготрајното инјектирање (10), но неодамнешните студии, исто така покажуваат дека многумина од инјектираните се заразуваат со вирусот на почетокот на својата кариера на инјектирање (54). Високите нивоа на ХЦВ инфекција кај луѓето што инјектираат дрога се влошува со фактот што многумина од оние што се заразиле со ХЦВ преку користење дрога со инјектирање не се свесни за својот статус на инфициран. Овие фактори укажуваат на тоа дека раното започнување на превентивните мерки е значајно.

Покрај високите нивоа на хепатит Ц инфекцијата, луѓето што инјектираат дрога честопати се инфицирани со други вируси, вклучително со хепати Б или со ХИВ. Истовремената заразеност со инфекциите на хепатит многу го зголемува ризикот од смрт заради ненадејно откажување на црниот дроб. Нивоата на антитела на хепатит Б честопати се многу високи кај инјектираните, но преваленцијата значително варира меѓу земјите. Ова може делумно да се должи на разликите во нивоата на вакцинираност кај луѓето што инјектираат дрога (54). Неодамнешните податоци од девет европски земји покажуваат дека нивоата на анти-ХБц преваленција кај луѓето што инјектираат дрога биле над 40%. Меѓу забележаните случаи акутните случаи на хепатит Б со документирани патишта на пренесување, еден од пет случаи бил инфициран со инјектирање дрога. Податоците од трендовите покажуваат дека размерот на луѓе што инјектираат дрога меѓу забележаните случаи на ХБВ има опаднато во осум од 17 земји меѓу 2003 и 2008 год. (54).

Туберкулоза

Користењето дрога со инјектирање се поврзува со бројни фактори на ризик од средината и ризично однесување. Комбинацијата од факторите на социјалниот ризик, како што се лошите животни услови, бездомништвото, затворот, пушењето и прекумерната употреба на алкохол, заедно со физиолошките ефекти на користењето дрога, може да ги доведат луѓето што инјектираат дрога во повисок ризик за развивање ТБ, да бидат заразени од ТБ, и со повисок ризик од морталитет (142,185). Покрај тоа, ХИВ-предизвиканата имunosупресија е, како што е спомнато погоре, еден од најзначајните фактори на ризик за развивање на ТБ и позначајна причина за висока преваленција на ТБ меѓу луѓето што инјектираат дрога. Еден неодамнешен систематски преглед на коинфекција на ТБ/ХИВ во ЕУ/ЕЕО откри дека стапката на ХИВ ко-инфекција кај пациентите со ТБ се движи во просек од 0 до 15%, и дека користењето дрога со инјектирање е еден од факторите на ризик за коинфекција (186).

ЕУ има едни од најниските стапки на известување за ТБ, но постои голема хетерогеност меѓу земјите на ЕУ. Во 2009 год., стапките на известување се движат меѓу 2,8 and 108,2 случаи за популација од 100 000 (187). Најранливи и најисклучени групи се оние што го носат најголемиот товар од болеста и кои имаат најслаб пристап до услугите.

Нема запис на податоци од широм Европа на социјалните фактори на ризик за забележаните случаи на ТБ, според тоа, проценките за зачестеноста на ТБ кај луѓето што инјектираат дрога се потпираат на регионални или, во некои случаи, на студии за специфична земја. Но, постои изобилие од докази дека користењето дрога се поврзува со повисока преваленција на латентна ТБ инфекција, а луѓето што инјектираат дрога се во зголемен ризик од активно заболување од ТБ. Во зависност од опкружувањето и од земјата, околу 10 до 60% од луѓето што инјектираат дрога покажуваат позитивен кожен туберкулински тест (ТСТ) (142). Студиите покажуваат дека корисниците на дрога, без разлика дали инјектираат дрога, се соочуваат со сличен ризик од тоа да се ТСТ позитивни (142).

Поголем дел од М. туберкулоза-инфицираните поединци никогаш не се заболуваат, но бактериите продолжуваат да опстојуваат во супклинички статус со минимална репликација. Латентната ТБ инфекција (ЛТБИ), според тоа се дефинира како услов за инфицирање на едно лице, но без клинички манифестации на болеста и кај кој М. tuberculosis bacilli не може да се идентификува со култура. Активното ТБ заболување се

дијагностицира со евалуирање на медицинската историја, симптомите, радиографијата и микробиолошка или молекуларна идентификација на *M. tuberculosis*. Ризикот од прогресија во активно ТБ заболување зависи од имунолошкиот статус на поединецот. Луѓето без ХИВ ко-инфекција се со 5 до 10% животен ризик од прогресија кон ТБ заболување, додека луѓето со ХИВ се со 5 до 10% ризик на годишно ниво од прогресија во ТБ заболување (185).

Вирус на хепатит А

Хепатит А е вирусна болест со акутен почеток кој обично се пренесува со фекално-орален контакт, со епидемии кои обично се проследуваат до загадени извори на храна и вода или до специфични ризични групи, меѓу кои мажи што имаат секс со мажи, или луѓе што инјектираат дрога. Бидејќи рутински не се следи од страна на групите за проверка на ризикот, вистинското оптоварување со хепатит А кај луѓето што инјектираат дрога е непознато. Меѓутоа постојат извештаи за епидемии на хепатит А во Европската Унија концентрирани во групи на луѓе што инјектираат дрога, како во Латвија во 2008 год., каде што стапката за известување кај популацијата се зголеми од 0,66 на 123 на 100 000 луѓе, заради епидемија во заедницата (13). Други епидемии се врзуваат со луѓе што инјектираат дрога во Република Чешка (12), Финска (15) и Норвешка (14). Не е јасно дали овие епидемии се поврзани со практиките при подготовка на инјекциите или со друго однесување врзано со лошата хигиена.

Кожни бактериски и системски инфекции

Тешко е да се процени вистинскиот размер на бактериските и системските инфекции кој се должи на користењето дрога со инјектирање, бидејќи повеќето од овие не се следат на европско ниво. Врз основа на преглед од 2010 год. спроведен во Англија, Велс и Северна Ирска, 40% од оние што тековно инјектираат известуваат за рани, апцеси или отворени рани, вообичаени симптоми на инфекција на местото на инјектирање, во претходната година (17). Овие инфекции типично се резултат од користењето нестерилна опрема за инјектирање или нечиста опрема за подготовка на дрогата. Највообичаениот патоген што предизвикува инфекции на кожата и мекото ткиво кај луѓето што инјектираат дрога е *Staphylococcus aureus*, и голем дел од оваа инфекција е метицилин-резистентен *Staphylococcus aureus* (MRSA) (188). Иако повеќето инфекции се минорни, тие може да станат сериозни и системски и да доведат до остеомиелит, бактериемија, септичка венска тромбоза и ендокардит (189-190). Други бактериски инфекции на кожата, мекото ткиво и системски инфекции се предизвикани од стрептококи од група А (GAS), а други пак се должат на клостридиални инфекции кои резултираат со ботулизам на раната или тетанус (191-192). Епидемиите на ботулизам на раните (193), тетанус (18), и други клостридиални инфекции (194) се забележани кај луѓето што инјектираат дрога низ Европа. Иако овие системски инфекции се чини дека се релативно ретки, тие може да доведат до сериозни заболувања и смрт. Антраксот е една од таквите акутни болести, предизвикана од бактеријата *Bacillus anthracis*. Таа е ретка во Европа, но во доцната 2009 и 2010 год., беа пријавени 42 случаи кај интравенозните корисници на дрога во Шкотска, од кои 13 завршија со смрт. Други фатални случаи поврзани со шкотските случаи преку истата низа на антракс беа пријавени во Англија и Германија, а изворот се смета дека бил загадено купче хероин (54).

Сексуално пренесувани инфекции

Користењето дрога, вклучително со инјектирањето дрога, се поврзува со високо-ризични сексуални практики и висока преваленција на СПИ, иако епидемиологијата на СПИ кај луѓето што инјектираат дрога не е добро документирана во Европа. Се смета дека луѓето што инјектираат дрога се во повисок ризик од СПИ заради поголемата веројатност на размена на секс за пари или дрога или заради нарушеното расудување при преговарањето околу безбедно сексуално однесување кога се под влијание на дрога (162). Се наведува дека користењето дрога може да им го отежнува на некои луѓе што инјектираат дрога посетувањето на здравствените услуги или скринингот за СПИ и дека стандардните клинички услуги за СПИ не допираат до многу луѓе што инјектираат дрога. Сепак, постојат некои докази дека сексуалното пренесување на, на пример, хепатит Б или ХИВ се јавува кај луѓето што инјектираат дрога и нивните сексуални партнери и, според тоа, значајно е да се фокусира на оваа популација при скрининг ги превенција на сексуално преносливите инфекции и другите вируси пренесувани со крв.

Хуман Т-лимфотропен вирус тип II (HTLV-II)

HTLV-II се пренесува преку споделена опрема за инјектирање, сексуално, како и преку инфицирани крвни продукти. Уште од неговото откривање во 1982 година, хуманиот Т-лимфотропен вирус тип II (HTLV-II) игра контроверзна улога како патоген, а литературата за исходите од болеста е ограничена. Се собираат докази за невролошка болест и зголемена зачестеност на пневмонија, бронхитис и можно автоимуно заболување кај

пациентите инфицирани со HTLV-II (11). HTLV-II се наоѓа меѓу луѓето што инјектираат дрога во Соединетите Американски Држави и во Европа, со проценета преваленција од помеѓу 1,6 до 8% во Италија (195-196) и 0,4 до 11.5% во Шпанија (197). Во овие студии и во другите HTLV-II коинфекција со ХИВ е вообичаена. Во северна Европа, HTLV-II се наоѓа со споредбено пониска честота кај луѓето што инјектираат дрога, но се пријавува во Шведска (198) и Франција (199). Една студија во Ирска откри висока серо-преваленција (15%) на HTLV-II кај луѓето што инјектираат дрога (200).

Анекс Б. Клучни интервенции за спречување на инфекциите кај луѓето што инјектираат дрога

Како што е опишано во делот за „Насоки, цели и методологија“, неколку фактори се земени предвид при генерирањето на клучните компоненти на интервенциите посочени во ова упатство. За секоја клучна интервенција, доказите засновани на објавените истражувања прегледани од врсници беа земени предвид со спроведување на систематски преглед на прегледите објавени од 2000-та година (вежба „преглед на прегледи“) (201). Прегледите се сметаат за докази од високо ниво затоа што ги сумираат и споредуваат резултатите од примарната литература, користејќи систематски критериуми за избирање на студиите и оценка на нивните резултати. Прегледувањето прегледи е ефикасен метод за собирање на докази од високо ниво, но има специфични ограничувања (види технички извештаи за поткрепната база на докази). За да се компензира за тие ограничувања, ова упатство ги зема предвид и неодамна спроведените примарни истражувања, како и експертските мислења за да ги надолжни доказните изјави засновани на „преглед на прегледи“. Исходите од примарните истражувања се сметаат за интервенции за кои сè уште нема достапни систематски прегледи. Техничката советодавна група на ЕЦДЦ/ЕМЦДДА обезбедува докази за сите компоненти на клучните интервенции.

Покрај тоа, добиваме потврда за тоа дали дадена интервенција се смета за најдобрата практика во ЕУ и со тоа ја објавуваме во национални и интернационални упатства и документи за политиките. Конечно, се консултираме и со студии на претпочитањата на на корисниците и вршителите на услуги во однос на тоа како корисници/вршители на услуги ги опишуваат своите критериуми за најефективно вршење на услуга за превенција. За секоја од препорачаните клучни интервенции, обезбедена е и промислена одлука за тоа како ги мериме доказите за вклученост на интервенциите во упатството.

Табела Б1: Преглед на ефективноста на интервенциите за намалување на ризичното однесување при инјектирање и пренесување на ХИВ и ХЦВ, како основа за препорака и промислена одлука во однос на седумте клучни интервенции

Клучни интервенции/ подкомпоненти	Стручно мислење/ Практики на спроведување	Докази од прегледот на објавените прегледи (за симболи, види табела Б2 подолу)	Резултати од примарните студии
Опрема за инјектирање	Препорака и промислена одлука: Обезбедување на и законски пристап до опрема за инјектирање дрога, вклучително со доволна набавка на стерилни игли и шприцови, бесплатно, како дел од комбиниран повеќе-компонентен пристап кон превенцијата, спроведен преку програми за намалување на штетата, советување и лекување, врз основа на доследни докази од прегледите, примарни студии и стручно мислење.		
Обезбедување на игла и шприц	Поволно стручно мислење.	Ризично однесување при инјектирање: ++ Пренос на ХИВ: + Пренос на ХЦВ: ?	<ul style="list-style-type: none"> Еколошките студии на НСП покажуваат стабилни или во опаѓање стапки на пренос на ХЦВ. Една неодамна објавена мета-анализа покажува дека комбинацијата на ОСТ со НСП е ефективна во намалувањето на преносот на ХЦВ.
Други садови за инјектирање	Поволно стручно мислење.	Ризично однесување при инјектирање: ++ Пренос на ХИВ: ? Пренос на ХЦВ: +/-	<i>Ин витро</i> студиите покажуваат силен потенцијал за пренос на ХЦВ.
Фолија за да се стимулира патот на пренос	Поволно стручно мислење.	Ризично однесување при инјектирање: ? Пренос на ХИВ: ? Пренос на ХЦВ: ?	Нема студии.
Вакцинација	Препорака и промислена одлука: Вакцинирањето на луѓето што инјектираат дрога со вакцини против хепатит Б и А, тетанус и инфлуенца и – особено за лицата инфицирани со ХИВ – пневмококна вакцина. Ова се препорачува врз основа на стручното мислење, практиките за спроведување и примарните студии.		

Клучни интервенции/ подкомпоненти	Стручно мислење/ Практики на спроведување	Докази од прегледот на објавените прегледи (за симболи, види табела Б2 подолу)	Резултати од примарните студии
ХБВ, ХАВ, тетанус, вакцини за инфлуенца (пневмококна вакцина за ХИВ-инфицираните лица)	<ul style="list-style-type: none"> Поволно стручно мислење како насочена услуга за луѓето што инјектираат дрога. Ефикасноста на вакцинирањето е утврдена. Широко-имплементирана практика на јавното здравство. 	(Не е вклучено во прегледот)	Силни докази за редуцирање на ХБВ, ХАВ и тетанус на индивидуално ниво и на ниво на популацијата по вакцинација, дури и ако само дел од целата доза се прими.
Лекување на зависност од дрога	<p>Препорака и промислена одлука: Лекување со замена на опиоиди (ОСТ) и други форми на ефективно лекување на зависност од дрога треба да бидат достапни и лесно пристапни, врз основа на стручното мислење и – во случајот на ОСТ – доследни докази од бројни солидни студии и прегледи. Иако докази за ефективност на психо-социјалното лекување нема, се препорачува врз основа на стручното мислење.</p>		
Фармаколошко лекување со агонист (опиоид) (ОСТ)	Поволно стручно мислење.	Ризично однесување при инјектирање: ++ Пренос на ХИВ: + Пренос на ХЦВ: +	<ul style="list-style-type: none"> Комбинација на ОСТ со НСП дополнително ја зголемува ефективност во спречувањето на преносот на ХЦВ. Зголемено придржување до АРТ и зголемен вирусолошки успех на АРТ кај ХИВ-позитивните лица на ОСТ. Користење на ОСТ во комбинација со психо-социјалното лекување е поволно заради придржување, довршување на лекувањето, а потоа и апстиненција.
Фармаколошко лекување со антагонист	<ul style="list-style-type: none"> Можност за оние што не започнуваат фармаколошко лекување со агонист. Потребни се дополнителни истражувања. 	Ризично однесување при инјектирање: +/- Пренос на ХИВ: +/- Пренос на ХЦВ: +/-	Потенцијални придобивки доколку се комбинира со психо-социјалното лекување за да се намали користењето дрога.
Психо-социјално лекување	<p>Основна можност за корисниците на стимуланси, во отсуство на фармаколошко лекување;</p> <ul style="list-style-type: none"> во комбинација ја подобрува ефективност на ОСТ опција за корисниците на опиоиди кои не се заинтересирани за фармаколошко лекување 	Ризично однесување при инјектирање: +/- Пренос на ХИВ: +/- Пренос на ХЦВ: +/-	<ul style="list-style-type: none"> Потенцијални придобивки заради редуцирање на користењето дрога Управувањето со непредвидените случаи може да обезбеди корист за корисниците на стимуланси Во комбинација со ОСТ е влијае поволно врз придржувањето, завршувањето на лекувањето, а потоа и апстиненција
Тестирање	<p>Препорака и промислена одлука: Доброволно и доверливо тестирање, со информирана согласност, за ХИВ, ХЦВ (ХБВ за невакцинираните) и други инфекции, меѓу кои и ТБ, треба рутински да се нудат и поврзуваат со упати за лекување.</p>		
Тестирање на инфективни болести	<ul style="list-style-type: none"> Поволно стручно мислење. Вклучено во националните и интернационалните упатства. 	Ризично однесување при инјектирање: +/- Пренос на ХИВ: ? Пренос на ХЦВ: ?	Студиите и моделирањето предлагаат дека ефикасното поврзување со пристапот до лекување го редуцира натамошното пренесување.

Клучни интервенции/ подкомпоненти	Стручно мислење/ Практики на спроведување	Докази од прегледот на објавените прегледи (за симболи, види табела Б2 подолу)	Резултати од примарните студии
	<ul style="list-style-type: none"> Широко имплементирана пракса на јавното здравство. Неопходна основа за секоја одлука за превенција и лекување. 		
Лекување на инфективни болести	<p>Препорака и промислена одлука: Врз основа на доказите и стручното мислење, антивиралната терапија треба да се обезбеди врз основа на клиничките индикации за сите оние што се инфицирани со ХИВ, ХБВ или ХЦВ. Антитуберкулинската терапија треба да се обезбеди за активните случаи на ТБ. Профилактичката терапија за ТБ треба да се земе предвид за латентните случаи на ТБ. Лекувањето на другите инфективни болести треба да се понуди според клиничките индикации. За сите лекувања се препорачува универзален пристап, вклучително со пристап и за активните инјектирачи⁹.</p>		
	<ul style="list-style-type: none"> Поволно стручно мислење. Вклучено во националните и интернационалните упатства, кои сè повеќе тврдат дека активната употреба на дрога не треба да се смета за критериум за исклучување за примателите на антивирална терапија. Неуспевањето да се излечи може да доведе до штета во вид на морбидност и потенцијална смрт. 	(Не е вклучено во прегледот)	<ul style="list-style-type: none"> Силни докази за лекување на ТБ активни и латентни случаи. Моделирањето на доказите предлага можни превентивни ефекти при лекување на ХЦВ на ниво на популацијата Докази за успешно лекување на ХИВ и ХЦВ кај групи на активни корисници на дрога
Промовирање на здравјето (ИЕС и подавање помош)	<p>Препорака и промислена одлука: Промовирање на здравјето фокусирано на побезбедно однесување при инјектирање; сексуално здравје кое вклучува употреба на кондом; и превенција на зарази, се препорачува тестирање и лекување врз основа на доказите од прегледите, примарните студии и стручното мислење.</p>		
Информации, едукација и советување	<ul style="list-style-type: none"> Поволно стручно мислење. Се смета за основна придружна компонента за вршење на останатите шест интервенции 	Ризично однесување при инјектирање: + Пренос на ХИВ: +/- Пренос на ХЦВ: ?	<ul style="list-style-type: none"> Повеќе-компонентен пакет базиран врз специфичните потреби на популацијата клиенти Ги поддржува целите на превенцијата
Насочена достава на услугите	<p>Препорака и промислена одлука: Услугите треба да се комбинираат и организираат и вршат според потребите на корисниците и локалните услови; ова вклучува обезбедување на услуги преку подавање помош и фиксирани локации, кои нудат лекување на зависности од дрога, намалување на штетата, консултации и тестирање и упатување до општа здравствена заштита и специјалистички медицински услуги.</p>		
Фиксирани локации со низок праг кои нудат НСП и други превентивни услуги	Поволното стручно мислење смета дека треба мешавина од услуги ориентираны според потребите на клиентите и кои имаат контакт со корисниците.	Научната литература беше прегледана за НСП програми Ризично однесување при инјектирање: ++ Пренос на ХИВ: + Пренос на ХЦВ: +/-	<ul style="list-style-type: none"> Во поединечни студии, ниските цени, географската близина, охрабрувањето на ставовите на кадарот и можноста да се добијат дополнителни услуги од програма за игла и шприц беа олеснителни фактори за луѓето што инјектираат дрога да ја посетат услугата. Географска оддалеченост, страв да не бидат фатени

⁹ Треба да се земат предвид интеракциите на лековите и стабилниот контакт со вршителот на медицинските услуги.

Клучни интервенции/ подкомпоненти	Стручно мислење/ Практики на спроведување	Докази од прегледот на објавените прегледи (за симболи, види табела Б2 подолу)	Резултати од примарните студии
			од полицијата при посета на НСП, работните саати и недостигот на приватност се сметаа за бариери.
Упатувања до службите на општата примарна здравствена заштита и до специјалистички медицински услуги, превенција наркоманија, друга редукција на штетата, консултации и лекување	Поволно стручно мислење; вклучено како неопходна и основна компонента од грижа за корисниците која следи прифатени стандарди на вршење здравствена и социјална грижа	Научната литература беше неформално прегледана во однос на ефектот на упатувањата до услугите.	Научната литература беше неформално прегледана во однос на ефектот на упатувањата до услугите.
Пристап до шприц во аптека	Поволно стручно мислење, ја проширува достапноста до стерилни шприцови.	Ризично однесување при инјектирање: + Пренос на ХИВ: +/- Пренос на ХЦВ: ?	Еколошки и меѓу-секторски студии документираат намалено споделување на шприцовите кај корисниците по воведувањето на продажба на шприцови во аптеките.
Секундарна дистрибуција на шприцови	Поволно стручно мислење, дозволува проширување на досегот на програмите за шприцови.	Ризично однесување при инјектирање: +/- Пренос на ХИВ: +/- Пренос на ХЦВ: ?	Нема студии
Обезбедување шприцови при подавање помош	Поволно стручно мислење, Дозволува да се допре до тешко-досежните маргинализирани популации.	Ризично однесување при инјектирање: ? Пренос на ХИВ: +/- Пренос на ХЦВ: ?	Нема студии
Автомати за шприцови	Поволно стручно мислење, дозволува пристап независно од работните саати на услугите	Ризично однесување при инјектирање: +/- Пренос на ХИВ: +/- Пренос на ХЦВ: ?	Нема студии
Дистрибуција на опрема за инјектирање на повеќе начини	Поволно стручно мислење, се препорачува користење на повеќе канали за дистрибуција	Научната литература беше неформално прегледана во однос на ефектот на испораката на услугите на повеќе начини.	Докази од примарните студии дека комбинација на канали на услуги е поефективно.
Капацитети за надгледувано инјектирање	Поволно стручно мислење., дозволува едукација по поединец за побезбедно користење „скроена според потребите“.	Ризично однесување при инјектирање: + Пренос на ХИВ: ? Пренос на ХЦВ: ?	Нема студии. Влијание врз смртните случаи од предозирање во заедницата.

Табела Б2: Типови на доказни изјави и ниво на докази потребно за поддршка на секоја изјава (прилагодено од Ellis et al., 2003)

Доказна изјава	Ниво на доказ
„++“ или „--“ Доволно докази од прегледите или за поддршка или за отфрлање на ефективност на интервенцијата	<ul style="list-style-type: none"> • Јасна и доследна изјава во еден или повеќе суштински прегледи базирани на повеќе солидни студии, или • доследни докази од повеќе солидни студии во рамките на еден или повеќе суштински прегледи, во отсуство на јасна и доследна изјава во прегледот(ите)
„+“ или „-“ Провизорни докази од прегледите или за поддршка или за отфрлање на ефективност на интервенцијата	<ul style="list-style-type: none"> • Провизорна изјава од еден или повеќе суштински прегледи базирани на доследни докази од мал број на солидни студии или бројни послаби студии, или • доследни докази од мал број на солидни студии или повеќе послаби студии во рамките на еден или повеќе суштински прегледи, во отсуство на јасна и доследна изјава во прегледот(ите), или • конфликтни докази од еден или повеќе суштински прегледи, со поголемо натежнување на јаките докази кон едната страна (да ли во поддршка или отфрлање на ефективност) и веројатна причина за конфликтот, или • доследни докази од бројни солидни студии во рамките на еден или повеќе дополнителни прегледи, во отсуство на суштински преглед.
„+/-“ Недоволно докази од прегледите за поддршка или за отфрлање на ефективност на дадена интервенција	<ul style="list-style-type: none"> • Изјава со недоволно докази од суштински преглед, или • недоволно докази за или да се поддржи или да се отфрли ефективност на интервенцијата (или заради тоа што постојат премалку докази или доказите се премногу слаби), во отсуство на јасна или доследна изјава од суштински извештај(и), или • сè што е помалку од доследни докази од бројни солидни студии или повеќе дополнителни прегледи.
„?“ Нема прегледи	Нема суштински или дополнителни прегледи на посочената тема, веројатно заради недостиг на примарни студии.

Анекс В. Дополнително упатство и технички насоки

Наслов	Организација (година)	Линк
Портал за најдобри практики: база на докази, стандарди и упатства, и евалуирана пракса. Клучни епидемиолошки индикатори	ЕМЦДДА	http://www.emcdda.europa.eu/best-practice http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators
Употреба на анализи на ослободување на интерферон-гама како поддршка за дијагноза на ТБ	ЕЦДЦ (2011)	http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1103_GUI_IGRA.pdf
Водич за превенција на инфекции во неболнички услови: минимални услови за безбедна нега	ЦДЦ (2011)	http://www.cdc.gov/HAI/pdfs/guidelines/Ambulatory-Care-04-2011.pdf
Упатства за клиничката пракса на ЕАСЛ: справување со инфекцијата на вирусен хепатит Ц	ЕАСЛ (2011)	http://www.easl.eu/assets/application/files/4a7bd873f9cccbf_file.pdf
Тестирање за ХИВ: зголемување на прифатеноста и ефективност во ЕУ	ЕЦДЦ (2010)	http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/101129_GUI_HIV_testing.pdf
Упатства за тестирање на ХИВ, вирусен хепатит и други инфекции кај интравенозните корисници на дрога	ЕМЦДДА (2010)	http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/testing-guidelines
Лекување на туберкулоза: насоки, четврто издание.	СЗО (2010)	http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241547833_eng.pdf
Упатства за услугите што обезбедуваат опрема за инјектирање: препорака на најдобрите практики за доверителите и услугите за обезбедување опрема за инјектирање (ИЕП) во Шкотска	Шкотска Влада (2010)	http://www.scotland.gov.uk/Publications/2010/03/29165055/0
Намалување на штетата на работа: водич за организации што вработуваат лица кои користат дрога	Институт отворено општество (2010)	http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/harmreduction-work-20110314/work-harmreduction-20110314.pdf
Водич за добри практики: ХИВ и користењето дрога – одговор на заедницата на интравенозното користење дрога и ХИВ	Меѓународна алијанса за ХИВ/СИДА (2010)	http://www.aidsalliance.org/publicationsdetails.aspx?id=454
Програми за игла и шприц: обезбедување на опрема за инјектирање за луѓето што инјектираат дрога	Национален институт за здравство и клиничка извонредност (NICE) (2009)	http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12130/43301/43301.pdf
Меѓународни стандарди за нега при туберкулоза, второ издание	Коалиција за техничка помош при туберкулоза (2009)	http://www.tbcta.org/Uploaded_files/Zelf/ISTCReport2ndEdition1258118339.pdf
Технички водич за земјите за поставување на целите за универзален пристап до превенција на ХИВ, лекување и грижа за интравенозните корисници на дрога	СЗО, УНОДЦ, УНАИДС (2009)	http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/manual/2010/idu_target_setting_guide_en.pdf

Упатство за тестирање и консултации за ХИВ во средина посетена од луѓе што инјектираат дрога	СЗО, УНАИДС (2009)	http://www.who.int/hiv/topics/idu/care/GuidanceTC_IDUsettings.pdf
Упатства за политиките за соработка на услугите за ХИВ и ТБ за интравенозните и другите корисници на дрога	СЗО (2008)	http://www.who.int/rpc/guidelines/9789241596930/en/index.html
Упатства за клиничката пракса на ЕАСЛ: справување со инфекцијата на хроничен хепатит Б	ЕАСЛ (2009)	http://www.easl.eu/assets/application/files/b73c0da3c52fa1d_file.pdf
Безбедност, ризици и исходи од употребата на предмети за инјектирање	Scott (2008)	http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/127313/0057758.pdf
Водич за започнување и управување со програми за игла и шприц	СЗО, УНАИДС, УНОДЦ (2007)	http://www.who.int/hiv/idu/Guide_to_Starting_and_Managing_NSP.pdf
Лекување и грижа при ХИВ/СИДА: Клинички протоколи за Европскиот регион на СЗО	СЗО (2007)	http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/78106/E90840.pdf
Корелација – Упатства за обезбедување интегрирани услуги за подавање помош	Мрежа за корелација (2007)	http://www.correlationnet.org/doccenter/pdf_document_centre/book_outreach_fin.pdf
Програми за размена на игли во Онтарио: препорака на најдобрите практики	Strike (2006)	http://www.health.gov.on.ca/English/providers/pub/aids/reports/ontario_needle_exchange_programs_best_practices_report.pdf
Водич за политики и програмирање на превенцијата на ХИВ/СИДА и грижата за интравенозните корисници на дрога	СЗО (2005)	http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/policyprogrammingguide.pdf
Упатство за застапување: превенција на ХИВ/СИДА кај интравенозните корисници на дрога	СЗО, УНАИДС, УНОДЦ (2004)	http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/en/advocacyguideen.pdf
Докази за дејствување: ефективност на подавањето помош во заедницата во спречувањето на ХИВ/СИДА кај луѓето што инјектираат дрога	СЗО (2004)	http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/evidenceforactionreprint2004.pdf
Привремена политика за соработка во активностите околу ТБ/ХИВ, 1во изд.	СЗО (2004)	http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_HTM_TB_2004.330_eng.pdf
БеСеЖе вакцина: документ за ставот на СЗО	СЗО (2004)	http://www.who.int/wer/2004/en/wer7904.pdf
Поткрепен документ за техничките консултации околу ефективната покриеност на здравствените системи	СЗО (2001)	http://www.who.int/health-systemsperformance/technical_consultations/effcov_background.pdf

Упатувања

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

- 2007 Mar;18(2):141-4.
34. Buning EC, Coutinho RA, van Brussel GH, van Santen GW, van Zadelhoff AW. Preventing AIDS in drug addicts in Amsterdam. *Lancet*. 1986 Jun 21;1(8495):1435.
 35. International Harm Reduction Association. What is harm reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association. London: International Harm Reduction Association; 2010.
 36. Advisory Council on the Misuse of Drugs. AIDS and drug misuse: Part I. London: Advisory Council on the Misuse of Drugs (ACMD); 1988.
 37. Rhodes T, Hedrich D. Harm reduction and the mainstream. In: Rhodes T, Hedrich D, editors. *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*. Lisbon: EMCDDA; 2010.
 38. Hunt N. Public health or human rights: what comes first? *Int J Drug Policy*. 2004;15:231-7.
 39. urgens 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. Ottawa Health Charter. First International Conference on Health Promotion; 1986; Ottawa, Canada: World Health Organization.
 41. Davoli M, Simon R, Griffiths P. Current and future perspectives on harm reduction in the European Union. In: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*. Lisbon: EMCDDA; 2010.
 42. Wodak A, Cooney A. Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Geneva: World Health Organization; 2004.
 43. Arponen A, Brummer-Korvenkontio H, Liitsola K, Salminen M. Trust and free will as the keys to success for the low threshold service centers (LTHSC): An interdisciplinary evaluation study of the effectiveness of health promotion services for infectious disease prevention and control among injecting drug users. Helsinki: Finnish National Public Health Institute and Department of Infectious Disease Epidemiology and Control; 2008.
 44. Kerr T, Hayashi K, Fairbairn N, Kaplan K, Suwannawong P, Zhang R, et al. Expanding the reach of harm reduction in Thailand: Experiences with a drug user-run drop-in centre. *Int J Drug Policy*. 2010 May;21(3):255-8. Epub 2009 Sep 18.
 45. Trubnikov MN, Khodakevich LN, Barkov DA, Blagovo DV. Sources of injecting equipment for drug users in Moscow, Russia. *Int J Drug Policy*. 2003 Dec;14(5):453-55.
 46. Voytek C, Sherman SG, Junge B. A matter of convenience: Factors influencing secondary syringe exchange in Baltimore, Maryland, USA. *Int J Drug Policy*. 2003 Dec;14(5):465-67.
 47. Curth NK, Hansson LN, Storm F, Lazarus JV. Select barriers to harm-reduction services for IDUs in eastern Europe. *Cent Eur J Public Health*. 2009 Dec;17(4):191-7.
 48. Irwin K, Karchevsky E, Heimer R, Badrieva L. Secondary syringe exchange as a model for HIV prevention programs in the Russian Federation. *Subst Use Misuse*. 2006;41(6-7):979-99.
 49. Williams CT, Metzger DS. Race and distance effects on regular syringe exchange program use and injection risks: a geobehavioral analysis. *Am J Public Health*. 2010 Jun;100(6):1068-74.
 50. Sarang A, Rhodes T, Platt L. Access to syringes in three Russian cities: implications for syringe distribution and coverage. *Int J Drug Policy*. 2008 Apr;19 Suppl 1:S25-36.
 51. Gindi RM, Rucker MG, Serio-Chapman CE, Sherman SG. Utilization patterns and correlates of retention among clients of the needle exchange program in Baltimore, Maryland. *Drug Alcohol Depend*. 2009 Aug 1;103(3):93-8.
 52. Strike CJ, Challacombe L, Myers T, Millson M. Needle exchange programs. Delivery and access issues. *Can J Public Health*. 2002 Sep-Oct;93(5):339-43.
 53. WHO, UNODC, UNAIDS. Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users. Geneva: WHO; 2009.
 54. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Annual Report 2010: The state of the drugs problem in Europe. Lisbon: EMCDDA; 2010.
 55. Scottish Government. Guidelines for services providing injecting equipment: Best practice recommendations for commissioner and injecting equipment provision (IEP) services in Scotland. Edinburgh; 2010.
 56. Vlahov D, Fuller CM, Ompad DC, Galea S, Des Jarlais DC. Updating the infection risk reduction hierarchy: preventing transition into injection. *Journal of Urban Health*. 2004;81(1):14-9.
 57. Tyndall MW, Bruneau J, Brogly S, Spittal P, O'Shaughnessy MV, Schechter MT. Satellite needle distribution among injection drug users: policy and practice in two canadian cities. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2002 Sep 1;31(1):98-105.
 58. Latkin CA, Hua W, Davey MA, Sherman SG. Direct and indirect acquisition of syringes from syringe exchange programmes in Baltimore, Maryland, USA. *Int J Drug Policy*. 2003 Dec;14(5):449-51.
 59. Latka MH, Hagan H, Kapadia F, Golub ET, Bonner S, Campbell JV, et al. A randomized intervention trial to reduce the lending of used injection equipment among injection drug users infected with hepatitis C. *Am J Public Health*. 2008 May;98(5):853-61.
 60. Latkin CA. Outreach in natural settings: the use of peer leaders for HIV prevention among injecting drug users' networks. *Public Health Rep*. 1998 Jun;113 Suppl 1:151-9.
 61. Aitken CK, Kerger M, Crofts N. Peer-delivered hepatitis C testing and counselling: a means of improving the health of injecting drug users. *Drug Alcohol Rev*. 2002;21(1):33-7.
 62. Broadhead RS, Volkanevsky VL, Rydanova T, Ryabkova M, Borch C, van Hulst Y, et al. Peer-driven HIV interventions for drug injectors in Russia: First year impact results of a field experiment. *Int J Drug Policy*. 2006 Sep;17(5):379-92.
 63. Garfein RS, Golub ET, Greenberg AE, Hagan H, Hanson DL, Hudson SM, et al. A peer-education intervention to reduce injection risk behaviors for HIV and hepatitis C virus infection in young injection drug users. *Aids*. 2007 Sep;21(14):1923-32.

64. Hunt N, Trace M, Bewley-Taylor D. Reducing drug related harms to health: An overview of the global evidence, Report 4. London: The Beckley Foundation; 2005.
65. Southwell M. People who use drugs and their role in harm reduction. In: Rhodes T, Hedrich D, editors. Harm reduction: evidence, impacts and challenges. Lisbon: EMCDDA; 2010.
66. Keane H. Critiques of harm reduction, morality, and the promise of human rights. *Int J Drug Policy*. 2003;14(3):227-32.
67. National Treatment Agency for Substance Misuse. Engaging and retaining clients in drug treatment. London: National Treatment Agency for Substance Misuse; 2004.
68. WHO, UNODC, UNAIDS. Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention. Geneva: WHO; 2004.
69. Strike C, Leonard L, Millson M, Anstice S, Berkeley N, Medd E. Ontario needle exchange programs: Best practice recommendations. Toronto; 2006.
70. Turner K, Hutchinson S, Vickerman P, Hope V, Craine N, Palmateer N, et al. The impact of needle and syringe provision and opiate substitution therapy on the incidence of hepatitis C virus in injecting drug users: pooling of UK evidence. *Addiction*. 2011 May 25.
71. Van Den Berg C, Smit C, Van Brussel G, Coutinho R, Prins M. Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users. *Addiction*. 2007 Sep;102(9):1454-62.
72. Hagan H, Pouget ER, Des Jarlais DC. A systematic review and meta-analysis of interventions to prevent hepatitis C virus infection in people who inject drugs. *J Infect Dis*. 2011 Jul;204(1):74-83.
73. Wood E. Summary of findings from the evaluation of a pilot medically supervised safer injecting facility. *Canadian Medical Association Journal*. 2006;175(11):1399-404.
74. Crofts N, Nigro L, Oman K, Stevenson E, Sherman J. Methadone maintenance and hepatitis C virus infection among injecting drug users. *Addiction*. 1997;92(8):999-1005.
75. Hagan H, Thiede H, Weiss NS, Hopkins SG, Duchin JS, Alexander ER. Sharing of drug preparation equipment as a risk factor for hepatitis C. *Am J Public Health*. 2001 Jan;91(1):42-6.
76. Hind CR. Pulmonary complications of intravenous drug misuse. 1. Epidemiology and non-infective complications. *Thorax*. 1990 Nov;45(11):891-8.
77. Del Giudice P. Cutaneous complications of intravenous drug abuse. *Br J Dermatol*. 2004 Jan;150(1):1-10.
78. Roux P, Carrieri MP, Keijzer L, Dasgupta N. Reducing harm from injecting pharmaceutical tablet or capsule material by injecting drug users. *Drug Alcohol Rev*. 2011 May;30(3):287-90.
79. Gallo J, Playfair J, Gregory-Roberts J, Grunstein H, Clifton-Bligh P, Billson F. Fungal endophthalmitis in narcotic abusers. Medical and surgical therapy in 10 patients. *Med J Aust*. 1985 Apr 1;142(7):386-8.
80. US Center for Disease Control and Prevention. Guide to Infection Prevention in Outpatient Settings: Minimum Expectations for Safe Care. CDC: Atlanta; 2011.
81. Kimber J, Palmateer N, Hutchinson S, Hickman M, Goldberg D, Rhodes T. Harm reduction among injecting drug usersevidence of effectiveness. In: Rhodes T, Hedrich D, editors. Harm reduction: Evidence, impacts, challenges. Lisbon: EMCDDA; 2010.
82. Palmateer N, Kimber J, Hickman M, Hutchinson S, Rhodes T, Goldberg D. Evidence for the effectiveness of sterile injecting equipment provision in preventing hepatitis C and human immunodeficiency virus transmission among injecting drug users: a review of reviews. *Addiction*. 2010 May;105(5):844-59.
83. De P, Roy E, Boivin JF, Cox J, Morissette C. Risk of hepatitis C virus transmission through drug preparation equipment:a systematic and methodological review. *J Viral Hepat*. 2008 Apr;15(4):279-92.
84. Crofts N, Caruana S, Bowden S, Kerger M. Minimising harm from hepatitis C virus needs better strategies. *BMJ*. 2000 Oct 7;321(7265):899.
85. Thorpe LE, Ouellet LJ, Hershow R, Bailey SL, Williams IT, Williamson J, et al. Risk of hepatitis C virus infection among young adult injection drug users who share injection equipment. *Am J Epidemiol*. 2002 Apr 1;155(7):645-53.
86. Morissette C, Cox J, De P, Tremblay C, Roy E, Allard R, et al. Minimal uptake of sterile drug preparation equipment in a predominantly cocaine injecting population: implications for HIV and hepatitis C prevention. *Int J Drug Policy*. 2007 May;18(3):204-12.
87. Ouellet L, Huo D, Bailey SL. HIV risk practices among needle exchange users and nonusers in Chicago. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2004 Sep 1;37(1):1187-96.
88. Longshore D, Bluthenthal RN, Stein MD. Needle exchange program attendance and injection risk in Providence, Rhode Island. *AIDS Educ Prev*. 2001 Feb;13(1):78-90.
89. Matheson C, Anthony GB, Bond C, Rossi MK. Assessing and prioritizing the preferences of injecting drug users in needle and syringe exchange service development. *J Public Health (Oxf)*. 2008 Jun;30(2):133-8.
90. Garden J, Roberts K, Taylor A, Robinson D. Evaluation of the provision of single use citric acid sachets to injecting drugusers 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 Council on the Misuse of Drugs; 2010.
92. Mravcik V, Skarupova K, Orlikova B, Zabransky T, Karachaliou K, Schulte B. Use of gelatine capsules for application of methamphetamine: a new harm reduction approach. *Int J Drug Policy*. 2011 Mar;22(2):172-3.
93. Abdala N, Crowe M, Tolstov Y, Heimer R. Survival of human immunodeficiency virus type 1 after rinsing injection syringes with different cleaning solutions. *Substance Use & Misuse*. 2004;39(4):581-600.
94. Baral S, Sherman SG, Millson P, Beyrer C. Vaccine immunogenicity in injecting drug users: a systematic review. *Lancet Infect Dis*. 2007 Oct;7(10):667-74.

95. Mereckiene J, Cotter S, Lopalco P, D'Ancona F, Levy-Bruhl D, Giambi C, et al. Hepatitis B immunisation programmes in European Union, Norway and Iceland: where we were in 2009? *Vaccine*. 2010 Jun 17;28(28):4470-7. Epub 2010 May 6.
96. Standcliff 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. Szmunes W, Stevens CE, Harley EJ, Zang EA, Taylor PE, Alter HJ. The immune response of healthy adults to a reduced dose of hepatitis B vaccine. *J Med Virol*. 1981;8(2):123-9.
100. Topp L, Day C, Dore GJ, Maher L. Poor criterion validity of self-reported hepatitis B infection and vaccination status among injecting drug users: a review. *Drug Alcohol Rev*. 2009 Nov;28(6):669-75.
101. Quaglio G, Talamini G, Lugoboni F, Lechi A, Venturini L, Jarlais DC, et al. Compliance with hepatitis B vaccination in 1175 heroin users and risk factors associated with lack of vaccine response. *Addiction*. 2002 Aug;97(8):985-92.
102. Ambrosch F, Wiedermann G, Andre FE, Delem A, Gregor H, Hofmann H, et al. Clinical and immunological investigation of a new combined hepatitis A and hepatitis B vaccine. *J Med Virol*. 1994 Dec;44(4):452-6.
103. Perrett K, Granerod J, Crowcroft N, Carlisle R. Changing epidemiology of hepatitis A: should we be doing more to vaccinate injecting drug users? *Commun Dis Public Health*. 2003 Jun;6(2):97-100.
104. BCG vaccine. WHO position paper. *Wkly Epidemiol Rec*. 2004 Jan 23;79(4):27-38.
105. Council of Europe. Council recommendation on the prevention and reduction of health-related harm associated with drug dependence. *Official Journal of the European Union*. 2003;OJ L165(03/07/2003):31-3.
106. Commission of the European Communities. Report from the Commission to the European Parliament and the Council on the implementation of the Council Recommendation of 18 June 2003 on the prevention and reduction of health-related harm associated with drug dependence. Brussels; 2007.
107. Malta M, Strathdee SA, Magnanini MM, Bastos FI. Adherence to antiretroviral therapy for human immunodeficiency virus/acquired immune deficiency syndrome among drug users: a systematic review. *Addiction*. 2008 Aug;103(8):1242-57.
108. Tilson H, Aramrattana A, Bozzette SA, Celentano DD, Falco M, Hammett TM, et al. Preventing HIV infection among injecting drug users in high-risk countries: an assessment of the evidence. Washington: Institute of Medicine; 2007.
109. Farrell M, Gowing L, Marsden J, Ling W, Ali R. Effectiveness of drug dependence treatment in HIV prevention. *Int J Drug Policy*. 2005;16(Suppl. 1):S67-S75.
110. Mattick RP, Kimber J, Breen C, Davoli M. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008(2):CD002207.
111. WHO. Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. WHO: Geneva; 2009.
112. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. *Statistical Bulletin*. EMCDDA: Lisbon; 2011 [cited 5 August 2011]. Available from: <http://www.emcdda.europa.eu/stats11>.
113. Degenhardt L, Mathers B, Vickerman P, Rhodes T, Latkin C, Hickman M. Prevention of HIV infection for people who inject drugs: why individual, structural, and combination approaches are needed. *Lancet*. 2010 Jul 24;376(9737):285-301.
114. Kimber J, Copeland L, Hickman M, Macleod J, McKenzie J, De AD, et al. Survival and cessation in injecting drug users: prospective observational study of outcomes and effect of opiate substitution treatment. *BMJ*. 2010;341:c3172.
115. Sorensen JL, Copeland AL. Drug abuse treatment as an HIV prevention strategy: a review. *Drug Alcohol Depend*. 2000 Apr 1;59(1):17-31.
116. Amato L, Davoli M, Perucci CA, Ferri M, Faggiano F, Mattick RP. An overview of systematic reviews of the effectiveness of opiate maintenance therapies: available evidence to inform clinical practice and research. *J Subst Abuse Treat* 2005;28(4):321-9.
117. Wright NMJ, Tompkins CNE. A review of the evidence for the effectiveness of primary prevention interventions for Hepatitis C among injecting drug users. *Harm Reduct J*. 2006;3.
118. Gowing L, Farrell MF, Bornemann R, Sullivan LE, Ali R. Oral substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011(8):CD004145.
119. Craine N, Hickman M, Parry JV, Smith J, Walker AM, Russell D, et al. Incidence of hepatitis C in drug injectors: the role of homelessness, opiate substitution treatment, equipment sharing, and community size. *Epidemiol Infect*. 2009;137(9):1255-65.
120. Hallinan R, Byrne A, Dore GJ. Harm reduction, hepatitis C and opioid pharmacotherapy: An opportunity for integrated hepatitis C virus-specific harm reduction. *Drug Alcohol Rev*. 2007 Jul;26(4):437-43.
121. Miller CL, Wood E, Spittal PM, Li K, Frankish JC, Braitstein P, et al. The future face of coinfection: prevalence and incidence of HIV and hepatitis C virus coinfection among young injection drug users. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2004;36(2):743-9.
122. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Heroin-assisted treatment. Lisbon: EMCDDA; 2011 (in press).
123. Amato L, Minozzi S, Davoli M, Vecchi S, Ferri MM, Mayet S. Psychosocial and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for opioid detoxification. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008(4):CD005031.
124. Abou-Saleh M, Davis P, Rice P, Checinski K, Drummond C, Maxwell D, et al. The effectiveness of behavioural interventions in the primary prevention of hepatitis C amongst injecting drug users: a randomised controlled trial and lessons learned. *Harm Reduct J*. 2008;5:25.
125. Des Jarlais DC, Arasteh K, McKnight C, Hagan H, Perlman DC, Torian LV, et al. HIV infection during limited versus combined HIV prevention programs for IDUs in New York City: The importance of transmission behaviors. *Drug Alcohol Depend*. 2010 Jun 1;109(1-3):154-60. Epub 2010 Feb 16.

126. Knapp WP, Soares BG, Farrel M, Lima MS. Psychosocial interventions for cocaine and psychostimulant amphetamines related disorders. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007(3):CD003023.
127. Hedrich D, Pirona A, Wiessing L. From margin to mainstream: The evolution of harm reduction responses to problem drug use in Europe. *Drugs Educ Prev Pol.* 2008;15(6):503-17.
128. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Figure HSR-1. Opioid substitution treatment clients as a percentage of the estimated number of problem opioid users, 2009 or most recent year available. Lisbon: EMCDDA; 2011.
129. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. EMCDDA best practice portal. Lisbon: EMCDDA; 2011 [cited 4 August 2011]. Available from: <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice>.
130. Faggiano F, Vigna-Taglianti F, Versino E, Lemma P. Methadone maintenance at different dosages for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003(3):CD002208.
131. International Union against Tuberculosis and Lung Disease. Management of tuberculosis: a guide to the essentials of good clinical practice. 6th edition. 2010.
132. Wilson ME, Schwartz RP, O'Grady KE, Jaffe JH. Impact of interim methadone maintenance on HIV risk behaviors. *Journal of Urban Health.* 2010;87(4):586-91.
133. Dijkgraaf MG, van der Zanden BP, de Borgie CA, Blanken P, van Ree JM, van den Brink W. Cost utility analysis of coprescribed heroin compared with methadone maintenance treatment in heroin addicts in two randomised trials. *BMJ.* 2005 Jun 4;330(7503):1297.
134. Dolan K, Wodak A. An international review of methadone provision in prisons. *Addiction Research* 1996;4:85-97.
135. Stallwitz A, Stover H. The impact of substitution treatment in prisons – a literature review. *Int J Drug Policy.* 2007;18(6):464-74.
136. Jurgens R, Ball A, Verster A. Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prison. *Lancet Infect Dis.* 2009 Jan;9(1):57-66.
137. European Centre for Disease Prevention and Control. Implementing the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2010 progress report. Stockholm: ECDC; 2010.
138. European Centre for Disease Prevention and Control. HIV testing: increasing uptake and effectiveness in the European Union. Stockholm: ECDC; 2010.
139. McCoy CB, De Gruttola V, Metsch L, Comerford M. A comparison of the efficacy of two interventions to reduce HIV risk behaviors among drug users. *AIDS Behav.* 2011 Jun 17.
140. WHO. Treatment of tuberculosis guidelines. Geneva: World Health Organization; 2010.
141. Blumberg HM, Burman WJ, Chaisson RE, Daley CL, Etkind SC, Friedman LN, et al. American Thoracic Society/Centers for Disease Control and Prevention/Infectious Diseases Society of America: treatment of tuberculosis. *Am J Respir Crit Care Med.* 2003 Feb 15;167(4):603-62.
142. Deiss RG, Rodwell TC, Garfein RS. Tuberculosis and illicit drug use: review and update. *Clin Infect Dis.* 2009 Jan 1;48(1):72-82.
143. Perlman DC, Salomon N, Perkins MP, Yancovitz S, Paone D, Des Jarlais DC. Tuberculosis in drug users. *Clin Infect Dis.* 1995 Nov;21(5):1253-64.
144. European Centre for Disease Prevention and Control. Use of interferon-gamma release assays in support of TB diagnosis. Stockholm: ECDC; 2011.
145. Rose DN. Benefits of screening for latent Mycobacterium tuberculosis infection. *Arch Intern Med.* 2000 May 22;160(10):1513-21.
146. WHO, UNAIDS. Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities. WHO: Geneva; 2007.
147. European Association for the Study of the Liver (EASL). EASL clinical practice guidelines: management of chronic hepatitis B. *J Hepatol.* 2009 Feb;50(2):227-42.
148. European Association for the Study of the Liver (EASL). EASL clinical practice guidelines: management of hepatitis C virus infection. *J Hepatol.* 2011 Feb 28.
149. Werb D, Mills EJ, Montaner JS, Wood E. Risk of resistance to highly active antiretroviral therapy among HIV-positive injecting drug users: a meta-analysis. *Lancet Infect Dis.* 2010 Jul;10(7):464-9.
150. Lindenburg CE, Lambers FA, Urbanus AT, Schinkel J, Jansen PL, Krol A, et al. Hepatitis C testing and treatment among active drug users in Amsterdam: results from the DUTCH-C project. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2011 Jan;23(1):23-31.
151. Novick DM, Kreek MJ. Critical issues in the treatment of hepatitis C virus infection in methadone maintenance patients. *Addiction.* 2008 Jun;103(6):905-18.
152. Litwin AH, Harris KA, Jr., Nahvi S, Zamor PJ, Soloway IJ, Tenore PL, et al. Successful treatment of chronic hepatitis C with pegylated interferon in combination with ribavirin in a methadone maintenance treatment program. *J Subst Abuse Treat.* 2009 Jul;37(1):32-40.
153. Treloar C, Rhodes T. The lived experience of hepatitis C and its treatment among injecting drug users: qualitative synthesis. *Qual Health Res.* 2009 Sep;19(9):1321-34.
154. Martin NK, Vickerman P, Foster GR, Hutchinson SJ, Goldberg DJ, Hickman M. Can antiviral therapy for hepatitis C reduce the prevalence of HCV among injecting drug user populations? A modeling analysis of its prevention utility. *J Hepatol.* 2011 Jun;54(6):1137-44.
155. WHO. Interim policy on collaborative TB/HIV activities. Geneva: WHO; 2004.
156. WHO, UNODC, UNAIDS. Policy guidelines for collaborative TB and HIV services for injecting and other drug users, an integrated approach. Geneva: WHO; 2008.
157. Tuberculosis Coalition for Technical Assistance. International standards for tuberculosis care (ISTC). The Hague; 2009.
158. WHO. Effectiveness of community-based outreach in preventing HIV/AIDS among injecting drug users. WHO: Geneva; 2004.

159. Degenhardt L, Bucello C, Mathers B, Briegleb C, Ali H, Hickman M, et al. Mortality among regular or dependent users of heroin and other opioids: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Addiction*. 2011 Jan;106(1):32-51.
160. Strang J, Manning V, Mayet S, Best D, Titherington E, Santana L, et al. Overdose training and take-home naloxone for opiate users: prospective cohort study of impact on knowledge and attitudes and subsequent management of overdoses. *Addiction*. 2008 Oct;103(10):1648-57.
161. Marshall BD, Milloy MJ, Wood E, Montaner JS, Kerr T. Reduction in overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility: a retrospective population-based study. *Lancet*. 2011 Apr 23;377(9775):1429-37.
162. Jenness SM, Kobrak P, Wendel T, Neaigus A, Murrill CS, Hagan H. Patterns of exchange sex and HIV infection in highrisk heterosexual men and women. *J Urban Health*. 2011 Apr;88(2):329-41.
163. Ward H, Pallearos 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 hard-to-reach and high-risk groups of injecting drug users (IDUs): a review. *Harm Reduct J*. 2007;4:14.
172. Ruutel K, Loit HM, Sepp T, Kliiman K, McNutt LA, Uuskula A. Enhanced tuberculosis case detection among substitution treatment patients: a randomized controlled trial. *BMC Res Notes*. 2011 Jun 15;4(1):192.
173. Strauss SM, Mino M. Addressing the HIV-related needs of substance misusers in New York State: the benefits and barriers to implementing a 'one-stop shopping' model. *Subst Use Misuse*. 2011;46(2-3):171-80.
174. Grebely J, Genoway K, Khara M, Duncan F, Viljoen M, Elliott D, et al. Treatment uptake and outcomes among current and former injection drug users receiving directly observed therapy within a multidisciplinary group model for the treatment of hepatitis C virus infection. *Int J Drug Policy*. 2007 Oct;18(5):437-43.
175. UNODC. Annual Report 2009. Geneva: United Nations Office on Drugs and Crime; 2009.
176. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Reitox Network Lisbon: EMCDDA; 2011 [cited 5 August 2011]. Available from: <http://www.emcdda.europa.eu/about/partners/reitox-network>.
177. Hope V, Jeannin A, Spencer B, Gervasoni JP, van de Laar M, Dubois-Arber F, et al. Mapping HIV-related behavioural surveillance among injecting drug users in Europe, 2008. *Euro Surveill*. 2011;16(36).
178. European Centre for Disease Prevention and Control. Mapping of HIV/STI behavioural surveillance in Europe. Stockholm: ECDC; 2009.
179. Wiessing L, Denis B, Guttormsson U, Haas S, Hamouda O, Hariga F, et al. Estimating coverage of harm reduction measures for injection drug users in the European Union. In: Proceedings of the third annual Global Research Network meeting on HIV prevention in drug-using populations, 5–7 July 2000. Durban: National Institute on Drug Abuse; National Institutes of Health; US Department of Health and Human Services; 2011.
180. Mathers BM, Degenhardt L, Ali H, Wiessing L, Hickman M, Mattick RP, et al. HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage. *Lancet*. 2010 Mar 20;375(9719):1014-28.
181. Bluthenthal RN, Anderson R, Flynn NM, Kral AH. Higher syringe coverage is associated with lower odds of HIV risk and does not increase unsafe syringe disposal among syringe exchange program clients. *Drug Alcohol Depend*. 2007 Jul 10;89(2-3):214-22.
182. Wiessing L, Likatavicius G, Klempova D, Hedrich D, Nardone A, Griffiths P. Associations between availability and coverage of HIV-prevention measures and subsequent incidence of diagnosed HIV infection among injection drug users. *American Journal of Public Health*. 2009;99(6):1049-52.
183. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Figure HSR-3. Syringes distributed through specialised programmes per estimated IDU in 2009 or more recent year. Lisbon: EMCDDA; 2011.
184. Paraskevis D, Nikolopoulos G, Tsiara C, Paraskeva D, Antoniadou A, Lazanas M, et al. HIV-1 outbreak among injecting drug users in Greece, 2011: a preliminary report. *Euro Surveill*. 2011;16(36).
185. Selwyn PA, Hartel D, Lewis VA, Schoenbaum EE, Vermund SH, Klein RS, et al. A prospective study of the risk of tuberculosis among intravenous drug users with human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med*. 1989 Mar 2;320(9):545-50.
186. Pimpin L, Drumright LN, Kruijshaar ME, Abubakar I, Rice B, Delpech V, et al. TB-HIV co-infection in EU and EEA countries. *Eur Respir J*. 2011 Jul 7.
187. European Centre for Disease Prevention and Control, WHO Regional Office for Europe. Tuberculosis surveillance in Europe 2009. Stockholm: ECDC; 2011.

188. Lloyd-Smith E, Hull MW, Tyndall MW, Zhang R, Wood E, Montaner JS, et al. Community-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* is prevalent in wounds of community-based injection drug users. *Epidemiol Infect.* 2010 May;138(5):713-20.
189. Cooke FJ, Gkrania-Klotsas E, Howard JC, Stone M, Kearns AM, Ganner M, et al. Clinical, molecular and epidemiological description of a cluster of community-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* isolates from injecting drug users with bacteraemia. *Clin Microbiol Infect.* 2010 Jul;16(7):921-6.
190. Fah F, Zimmerli W, Jordi M, Schoenenberger RA. Septic deep venous thrombosis in intravenous drug users. *Swiss Med Wkly.* 2002 Jul 13;132(27-28):386-92.
191. Lamagni TL, Neal S, Keshishian C, Hope V, George R, Duckworth G, et al. Epidemic of severe *Streptococcus pyogenes* infections in injecting drug users in the UK, 2003-2004. *Clin Microbiol Infect.* 2008 Nov;14(11):1002-9.
192. Efstratiou A, Emery M, Lamagni TL, Tanna A, Warner M, George RC. Increasing incidence of group A streptococcal infections amongst injecting drug users in England and Wales. *J Med Microbiol.* 2003 Jun;52(Pt 6):525-6.
193. Akbulut D, Dennis J, Gent M, Grant KA, Hope V, Ohai C, et al. Wound botulism in injectors of drugs: upsurge in cases in England during 2004. *Euro Surveill.* 2005 Sep;10(9):172-4.
194. Jones JA, Salmon JE, Djuretic T, Nichols G, George RC, Gill ON, et al. An outbreak of serious illness and death among injecting drug users in England during 2000. *J Med Microbiol.* 2002 Nov;51(11):978-84.
195. Giuliani M, Rezza G, Lepri AC, Di Carlo A, Maini A, Crescimbeni E, et al. Risk factors for HTLV-I and II in individuals attending a clinic for sexually transmitted diseases. *Sex Transm Dis.* 2000 Feb;27(2):87-92.
196. Giacomo M, Franco EG, Claudio C, Carlo C, Anna DA, Anna D, et al. Human T-cell leukemia virus type II infection among high risk groups and its influence on HIV-1 disease progression. *Eur J Epidemiol.* 1995 Oct;11(5):527-33.
197. Henrard DR, Soriano V, Robertson E, Gutierrez M, Stephens J, Drona 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.