



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction



ECDC i EMCDDA Smjernice

Sprječavanje i kontrola
zaraznih bolesti kod
intravenoznih korisnika opojnih droga



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

ECDC i EMCDDA Smjernice

Sprječavanje i kontrola zaraznih bolesti kod intravenoznih korisnika opojnih droga



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction

Sadržaj ovih smjernica su zajednički izradili Evropski centar za sprječavanje i kontrolu bolesti (ECDC) i Evropski centar za prečenja droga i ovisnosti o drogama (EMCDDA), uz podršku Tehničke savjetodavne grupe sastavljene od kreatora politika, davalaca usluga, predstavnika civilnog društva i eksperata preventivne medicine iz cijele EU / Evropskog ekonomskog prostora.

Smjernice su napisali Mika Salminen, Anastasia Pharris i Andreas Sandgren iz ECDC-a, te Dagmar Hedrich i Lucas Wiessing iz EMCDDA-a. Dio teksta o pristupu maloljetnika u programe igla i šprica su izradili Anna Tarján i Robert Csák, dio o postupnom povećanju pokrivenosti uslugama Kristi Rüütel, a dio o testovima u službama za pružanje usluga korisnicima (Point-of-care testing) Henrikki Brummer-Korvenkontio. Hans Blystad je dao važan doprinos izradi dijela teksta o skriningu, testiranju i liječenju tuberkuloze. Tuukka Tammi je doprinijeo dokazima u dijelu o ključnim vrijednostima. Dodatne komentare su dali Frode Forland, Erika Duffel, Giedrius Likatavicius, Teymur Noori i Marita van de Laar iz ECDC-a, te Alessandro Pirona, Marica Ferri, Teodora Groshkova i Roland Simon iz EMCDDA-a.

Okvir za smjernice i pregled jednog dijela dokaza u vezi programa o iglama i špricama, te drugih usluga, su izradili Eva van Velzen i Sharon Hutchinson (Univerzitet Strathclyde/Zdravstvena zaštita Škotske); Norah Palmateer, Kirsty Roy, Alex Sánchez-Vivar, David Goldberg (Zdravstvena zaštita Škotske); Matt Hickman (Univerzitet Bristol); Avril Taylor (Univerzitet zapada Škotske); Jennifer Kelly i John Campbell (Usluge za ovisnike Glasgow); te Vivian Hope (Škola higijene i tropske medicine London), po ugovoru ECDC/10/2246. Dodatni pregled dokaza u vezi liječenja od opojnih droga su izradili Georgie MacArthur i Matt Hickman (Univerzitet Bristol) po ugovoru EMCDDA-a CC.10.RES.011.

Ove smjernice su takođe objavljene u skraćenoj verziji uz dva tehnička izvještaja: "Dokazi učinkovitosti intervencija za sprječavanje zaraza kod intravenoznih korisnika opojnih droga. Prvi dio: Programi igla i šprica i druge intervencije za sprječavanje hepatitisa C, HIV-a i rizičnog ponašanja pri ubrizgavanju od strane intravenoznih korisnika" i "Drugi dio: Liječenje od opojnih droga sa ciljem sprječavanja hepatitisa C, HIV-a i rizičnog ponašanja pri ubrizgavanju od strane intravenoznih korisnika".

Zahvaljujemo se slijedećim članovima Tehničke savjetodavne grupe ECDC/EMCDDA-a na značajnom doprinosu:

- Henrique Barros, državna AIDS koordinacija, portugalsko Ministarstvo zdravlja, Medicinska škola Univerziteta Porto, Portugal
- Hans Blystad, norveški Institut za javno zdravstvo, Odjel za epidemiologiju zaraznih bolesti, Norveška
- Grażyna Cholewińska, Bolnica za zarazne bolesti Varsava, Poljska
- Hans Halmayer, Udrženja bečkih socijalnih projekata, Beč, Austrija
- Niklas Karlsson, Nacionalni institut za kontrolu prenosivih oboljenja, Švedska
- Astrid Leicht, Fixpunkt Berlin, Njemačka
- Xavier Majó i Roca, Program o zloupotrebi supstanci, Odjel zdravstva, Katalonija, Španija
- Luís Mendão, Forum civilnog društva Evropske unije
- Viktor Mravcik, Nacionalni centar za praćenje opojnih droga i ovisnosti o opojnim drogama, Češka republika
- Anne Ovaska, Fondacija A-Clinic, Finska
- Maria Prins, Općinska služba zdravstva Amsterdam, Nizozemska
- Kristi Rüütel, estonski Nacionalni institut za razvoj zdravstva, Odjel za zarazna oboljenja i sprječavanje zloupotrebe opojnih droga, Estonija
- Ioana Tomus, rumunjska Mreža za ublažavanje štete, Rumunija

Predloženi navod: Evropski Centar za sprječavanje i kontrolu bolesti i Evropski centar za praćenje droga i ovisnosti o drogama. Sprječavanje i kontrola zaraznih bolesti kod intravenoznih korisnika opojnih droga. Štokholm: ECDC; 2011.

Štokholm, oktobar 2011

ISBN 978-92-9193-313-6
doi 10.2900/58565

© European Centre for Disease Prevention and Control, 2011
© European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2011

Reprodukcijski je dozvoljena, ukoliko se navedu izvori

Sadržaj

SKRAĆENICE I POJMOVI	6
KRATAK SADRŽAJ	7
Sedam preporučenih ključnih intervencija	7
Postići sinergiju: kombinacija ključnih intervencija	8
Ciljana publika	8
Smjernice javnog zdravstva zasnovane na dokazima	8
Nacionalna koordinacija	8
Mjere prema situaciji u zemlji	8
UVOD	9
Infekcije kod intravenoznih korisnika opojnih droga	9
Zašto je ovo važno?	12
Svrhe, ciljevi i metodologija	12
Djelokrug	13
Ciljni čitaoci	14
KLJUČNE VRIJEDNOSTI SPRJEČAVANJA INFEKCIJA KOD INTRAVENOZNIH KORISNIKA OPOJNIH DROGA	15
Načela prevencije	15
Načela pružanja usluga	16
PREPORUČENE INTERVENCIJE ZA SPRJEČAVANJE INFEKCIJA KOD INTRAVENOZNIH KORISNIKA OPOJNIH DROGA	18
Ključne komponente intervencije	18
Kombinacija ključnih intervencija za postizanje sinergije	18
IZRADA I OMOGUĆAVANJE PROGRAMA ZA SPRJEČAVANJE I KONTROLU ZARAZNIH BOLESTI KOD INTRAVENOZNIH KORISNIKA OPOJNIH DROGA	20

Saradnja i koordinacija	20
Sedam preporučenih ključnih intervencija	20
Injekcijska oprema	20
Vakcinacija	23
Liječenje od ovisnosti o opojnim drogama	24
Testiranje	27
Liječenje zaraznih bolesti	29
Promocija zdravlja	30
Ciljano pružanje usluga	32
POZNAVANJE I RAZUMIJEVANJE STANJE U DRŽAVI	39
Monitoring problematične upotrebe opojnih droga i odgovori	39
Nadzor zaraza	39
Monitoring i evaluacija programa	40
Postavljanje ciljeva za intervencijsku pokrivenost	40
ANEKS A. EPIDEMIOLOGIJA INTRAVENOZNOG KORIŠTENJA OPOJNIH DROGA I GLAVNIH INFETKIVNIH BOLESTI MEĐU INTRAVENOZNIM KORISNICIMA U EU/EEA	42
Intravenozno korištenje opojnih droga	42
HIV	42
Hepatitis B i C	42
Tuberkuloza	43
Virus hepatitisa A	43
Kožne i sistemske bakterijske infekcije	44
Spolno prenosive infekcije	44
Humani T- limfotropni virus tipa II (HTLV-II)	44
ANEKS B. KLJUČNE INTERVENCIJE ZA PREVENCIJU INFEKCIJA KOD INTRAVENOZNIH KORISNIKA OPOJNIH DROGA	45
ANEKS C. DODATNE UPUTE I TEHNIČKE SMJERNICE	49
REFERENCE	51

Skraćenice i pojmovi

ECDC	Evropski centar za sprječavanje i kontrolu bolesti
EEA	Evropski ekonomski prostor
EFTA	Evropska asocijacija slobodne trgovine
EMDCCA	Evropski centar za praćenje droga i ovisnosti o drogama
Evropsko susjedstvo	Zemlje članice EU i njihovi geografski susjedi, zemlje kandidati i potencijalni kandidati za EU, EFTA i EEA zemlje
EU	Evropska unija
HAV	Hepatitis A virus
HBV	Hepatitis B virus
HCV	Hepatitis C virus
HIV	Virus ljudske imunološke insuficijencije (Human immunodeficiency virus)
Promocija zdravlja	Promocija zdravlja je proces osposobljavanja ljudi da povećaju kontrolu nad svojim zdravljem i da ga poboljšaju. Promocija zdravlja ne podrazumijeva samo davanje informacija i podrške, nego i savjetovanje na temu smanjenja rizika.
IGRA	<i>Interferon-gamma release assays</i> , test krvi na tuberkulozu
Niskopražne službe	Niskopražne službe su socijalne i zdravstvene službe za ljudе koji koriste opojne droge. One obično nude smještaj, zdravstvenu edukaciju i savjetovanje, programe igla i šprica, uputu na liječenje od opojnih droga, te ponekad prenosište. Niskopražni pristup ima za cilj da ranije dopre do više korisnika problematičnog uzorka i da sa njima ostane u kontaktu, kako bi se sprječile štete po zdravlje, dok istovremeno ne zahtijevaju apstinenciju.
NSP	Programi igla i šprica
OST	Liječenje zamjenskim opojnim sredstvima
Problematično korištenje opojnih droga	Intravenozno korištenje opojnih droga ili dugoročno/redovno korištenje opojnih sredstava, kokaina i/ili amfetamina
Sekundarna razmjena igala	Distribucija sterilne injekcijske opreme jednom korisniku usluga, koji je potom dijeli sa drugima u svojoj društvenoj mreži. U nekim okolnostima ovo se naziva „vršnjačka distribucija“.
STI	Seksualno prenosiva infekcija
TB	Tuberkuloza
TST	Tuberkulinski kožni test
UNAIDS	Zajednički program Ujedinjenih nacija za HIV/AIDS
WHO	Svjetska zdravstvena organizacija

Kratak sadržaj

Od nastanka epidemije HIV-a kod intravenoznih korisnika opojnih droga sredinom 80-ih, mnoge evropske zemlje su postigle važan napredak u implementaciji mjera zasnovanih na dokazima, u svrhu sprječavanja i kontrole zaraznih bolesti kod te populacije. Zemlje Evropske unije su tokom 90-ih godina počele razvijati zajedničke politike prevencije, kako u oblasti HIV-a/AIDS-a, tako i u oblasti opojnih droga i ovisnosti o opojnim drogama, uključujući i uspostavu agencija EU za praćenje situacije u oblasti opojnih droga (EMCDDA 1993.godine) i kontrolu zaraza (ECDC 2005.godine). Tokom proteklih dvije decenije, intervencije sprječavanja i liječenja su proširene i dovedene na nivo. Prema izvještajima za 2009.godinu, više od polovine procijenjene populacije problematičnih korisnika opojnih droga je ostvarilo zamjensko liječenje, dok su mnoge zemlje uspostavile programe igla i šprica sa rastućom pokrivenostu među intravenoznim korisnicima opojnih droga. Podaci iz zemalja koje posjeduju dobro uspostavljene sisteme nadzora pokazuju da je u protekloj deceniji broj novih infekcija HIV-om kod intravenoznih korisnika opojnih droga značajno opao u većini, ali ne u svim zemljama EU.

U evropskom susjedstvu, intravenozno korištenje opojnih droga ostaje značajan faktor slabosti na dobijanje krvlju prenosivih i drugih zaraznih bolesti, uključujući HIV, hepatitis B i C, tuberkulozu, bakterijske kožne i infekcije mekog tkiva, te sistemske infekcije. Procjene broja intravenoznih korisnika opojnih droga pokazuju da je značajan dio populacije u svim evropskim zemljama izložen riziku od ovih infekcija. Ako se ne liječe, ove infekcije imaju za rezultat veliko opterećenje evropskih zdravstvenih sistema, značajna individualna bolovanja, kao i visoke troškove liječenja.

Pokazalo se da pragmatičan preventivan pristup javnog zdravstva može imati jakog uticaja na smanjenje širenja krvlju prenosivih i drugih infekcija kod intravenoznih korisnika opojnih droga. Prevencija je provodiva i učinkovita, ako se implementira na odgovarajući način.

Sedam preporučenih ključnih intervencija

Ove zajedničke smjernice ECDC-a i EMCDDA-a identificiraju dobru praksu za sprječavanje i kontrolu zaraznih bolesti kod intravenoznih korisnika opojnih droga.

Na osnovu najjačih raspoloživih dokaza, mišljenja eksperata i najboljih praksi u EU/Evropskom ekonomskom prostoru, slijedeće ključne komponente intervencije treba primjenjivati i po mogućnosti kombinovati, kako bi se postigao maksimalan učinak prevencije putem sinergije:

Ključne komponente intervencije

Infekcijska oprema: Davanje i zakonit pristup čistoj injekcijskoj opremi, uključujući i dovoljnu opskrbu sterilnim iglama i špricama besplatno, kao dio kombinovanog višekomponentnog pristupa, koji se implementira putem programa smanjenja štete, savjetovanja i liječenja.

Vakcinacija: Hepatitis A i B, tetanus, vakcine protiv gripe i posebno kod HIV pozitivnih osoba, pneumokokalna vakcina.

Liječenje ovisnosti o opojnim drogama: Liječenje zamjenskim opojnim sredstvima i drugi učinkoviti oblici liječenja od ovisnosti o opojnim drogama.

Testiranje: Dobrovoljno i povjerljivo testiranje uz dostavljenu saglasnost na HIV, HCV (HBV za nevakcinisane) i druge zaraze, uključujući i TB, se trebaju nuditi rutinski i biti povezane sa uputom na liječenje.

Liječenje zaraznih bolesti: Antivirusno liječenje zasnovano na kliničkim pokazateljima za one koji su zaraženi HIV-om, HBV-om ili HCV-om. Liječenje tuberkuloze za aktivne slučajeve tuberkuloze. Profilaktična terapija tuberkuloze se uzima u obzir za latentne slučajeve tuberkuloze. Liječenje ostalih zaraznih bolesti treba biti ponuđeno u skladu sa kliničkim pokazateljima.

Promocija zdravlja: Promocija zdravlja fokusirana na bezbjednije ubrizgavanje; seksualno zdravlje, uključujući upotrebu kondoma; i sprječavanje, testiranje i liječenje bolesti.

Ciljano pružanje usluga: Usluge treba kombinovati, organizovati i pružati u skladu sa potrebama korisnika i lokalnim uslovima; što podrazumijeva pružanje usluga putem mobilnih i fiksnih službi, koje nude liječenje, smanjenje štete, savjetovanje i testiranje, te uputu na opće primarno zdravstvo i specijalističke medicinske službe.

Postići sinergiju: kombinacija ključnih intervencija

Nedavne studije i iskustvo iz uspješnih programa prevencije dokumentiraju dodatnu vrijednost ponude dijapazona učinkovitih mjera intervencije na istim mjestima i omogućavanja kombinovanih intervencija u skladu sa potrebama klijenata, kako bi se postigao maksimalan učinak prevencije infekcija.

Ciljana publika

Ove smjernice imaju za cilj da pruže podršku kreatorima politika u Evropi kod planiranja adekvatnih, dokazanih, pragmatičnih i racionalno dizajniranih aktivnosti javnog zdravstva za sprječavanje i kontrolu infekcija kod intravenoznih korisnika opojnih droga. Namijenjen je za izrađivače planova programa javnog zdravstva i donosioce odluka koji rade u sektoru zaraznih bolesti, općeg javnog zdravstva, ovisnosti i mentalne zdravstvene skrbi, socijalne pomoći i kontrole opojnih droga na državnom i regionalnom nivou.

Smjernice su usklađene i podržavaju postojeće politike EU u oblasti kontrole opojnih droga i zaraznih bolesti, te imaju za cilj da pruže sveobuhvatan pregled najboljih trenutnih znanja iz te oblasti, proširujući prethodni rad na uključenje kombinacija ključnih intervencija. Takođe se oslanja na temelje suštinskih vrijednosti nastalih iz javnog zdravstva i načela ljudskih prava, kojima se vodi prevencija i pružanje usluga.

Smjernice javnog zdravstva zasnovane na dokazima

Rezultati istraživanja relevantni za smjernice su pregledani i ocijenjeni pomoću načela medicine zasnovane na dokazima (EBM) adaptirane u okviru javnog zdravstva. U svrhu izrade smjernica, naučni dokazi visokog nivoa su detaljno razmotreni, dok su rezultati kombinovani sa znanjem i savjetima eksperata o prednostima i nedostacima. Najbolje prakse, kao i preference korisnika su doprinijele razvoju ključnih intervencija pomenutih u ovom dokumentu.

Nacionalna koordinacija

Preduslov za učinkovite ključne intervencije je nacionalna i lokalna saradnja, te koordinacija među sektorima. Izgradnja nacionalnog koncenzusa i zajednički ciljevi su od suštinske važnosti kada se radi o uspješnoj implementaciji intervencija. Akteri iz svih sektora se trebaju usaglasiti o cijlevima, posebno oni koji rade sa intravenoznim korisnicima opojnih droga.

Mjere prema situaciji u zemlji

Kako bi se osiguralo da intervencije služe populaciji intravenoznih korisnika opojnih droga na najbolji mogući način, kao i da se omogući sprječavanje i kontrola zaraznih bolesti, mora postojati dovoljan nivo nadzora problematičnog korištenja opojnih droga i zaraza na nacionalnom i nižim nivoima. Preduzete mjere se trebaju stalno pratiti i ocjenjivati u smislu preduzetih aktivnosti, uticaja, relevantnosti i stepena pokrivenosti. Investicija u adekvatne sisteme nadzora korištenja opojnih droga i zaraznih bolesti je potrebna i isplativa.

Dokazi pokazuju da su viši nivoi pokrivenosti programima igla i šprica, te liječenje zamjenskim opojnim sredstvima po intravenoznom korisniku opojnih droga, učinkovitiji nego niži nivoi pokrivenosti. Cilj bi trebao biti da ponuđene usluge ispunjavaju lokalne potrebe i zahtjeve. Neispunjeni zahtjevi za usluge razmjene igala i šprica ili vrijeme čekanja na liječenje od ovisnosti ukazuju na neučinkovitost u prevenciji.

Uvod

Infekcije kod intravenoznih korisnika opojnih droga

Od nastanka epidemije HIV-a kod intravenoznih korisnika opojnih droga sredinom 80-ih, mnoge evropske zemlje su postigle važan napredak u implementaciji mjera zasnovanih na dokazima, u svrhu sprječavanja i kontrole zaraznih bolesti kod te populacije. Zemlje Evropske unije su tokom 90-ih godina počele razvijati zajedničke politike prevencije, kako u oblasti HIV-a/AIDS-a, tako i u oblasti opojnih droga i ovisnosti o opojnim drogama, uključujući i uspostavu agencija EU za praćenje situacije u oblasti opojnih droga (EMCDDA 1993.godine) i kontrolu zaraza (ECDC 2005.godine) (3). U slijedećim decenijama intervencije su dovedene na nivo: Na primjer, oko 700.000 liječenja zamjenskim opojnim sredstvima je prijavljeno 2009. godine, što je više od procijenjene polovine problematičnih korisnika opojnih sredstava (4). Udjel intravenoznih korisnika opojnih droga među novim HIV zarazama i broj inficiranih u ovoj populaciji se značajno smanjio u mnogim zemljama EU. Međutim, u evropskom susjedstvu intravenozno korištenje opojnih droga i dalje ostaje značajan faktor slabosti na dobijanje krvlju prenosivih i ostalih zaraznih bolesti. Procjene broja intravenoznih korisnika opojnih droga pokazuju da je značajan dio populacije u svim evropskim zemljama izložen riziku od ovih infekcija (5). Oblici intravenoznog korištenja opojnih droga variraju u regionu, gdje u svim zemljama preovladava intravenozno korištenje opojnih droga, dok značajan udio zauzima intravenozno korištenje stimulansa (uglavnom amfetamina) u sjevernim i istočnim dijelovima Europe. Korištenje više opojnih droga dodatno komplikuje uzorak (5).

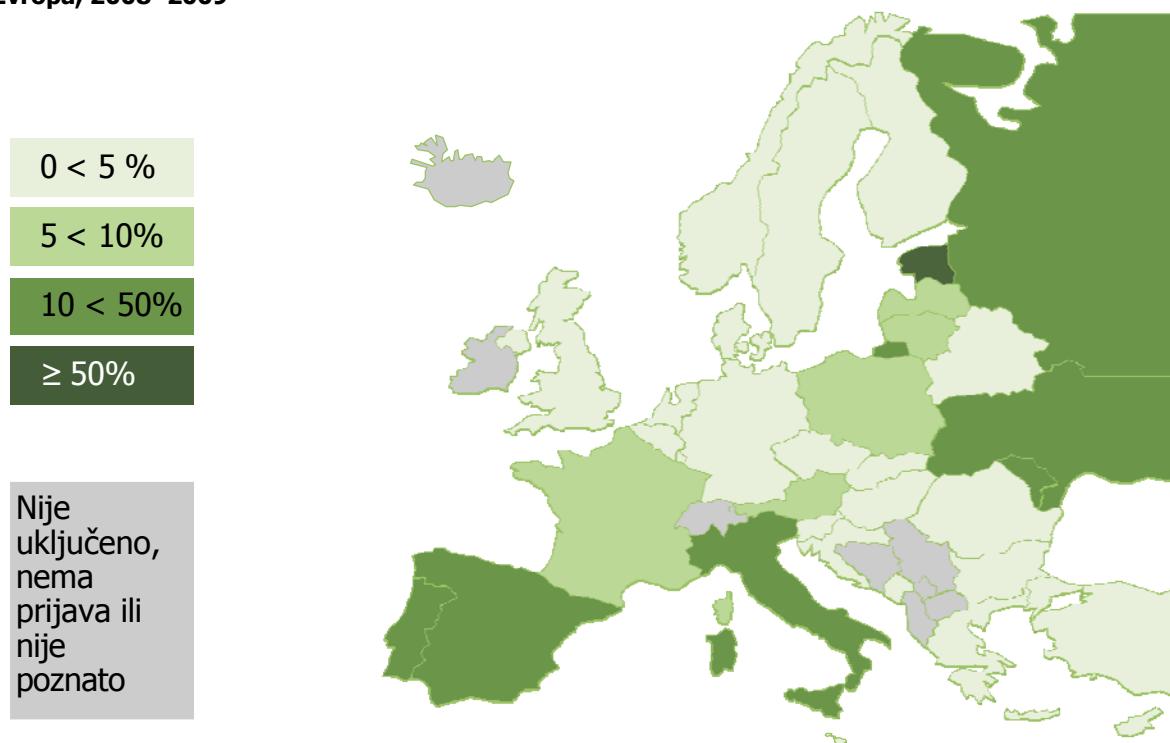
Zaraze od kojih postoji povećan rizik oboljenja kod intravenoznih korisnika opojnih droga:

- HIV infekcija;
- hepatitis A;
- hepatitis B (HBV);
- hepatitis C (HCV);
- hepatitis D;
- tuberkuloza (TB)
- kožne infekcije i infekcije mekog tkiva prouzrokovane *Staphylococcus aureus*-om (uključujući i *Staphylococcus aureus* otporan na meticilin, MRSA) i streptokokne infekcije (npr. endokarditis, nekrotizirajući fasciitis);
- teži oblici sistemskih sepsi (npr. infekcije *Clostridium novyi*, *Bacillus anthracis*);
- Seksualno prenosive zaraze, koje nisu HIV ili hepatitis (npr. klamidija, sifilis i gonoreja);
- respiratorne infekcije poput upale pluća, difterije i gripe;
- botulizam iz rana;
- tetanus;
- infekcije humanim limfotropnim virusom T ćelija (HTLV).

Uobičajene krvlju prenosive infekcije u ovoj grupi su *human immunodeficiency virus* (HIV), hepatitis C virus (HCV), i hepatitis B virus (HBV). Glavni mehanizam prenosa ovih zaraza je dijeljenje injekcijske opreme sa drugim korisnicima, poput šprica, igala, zdjela za mijesenje opojnih droga i drugih potrepština za pripremu opojne droge. Osim širenja putem korištenja injekcijske opreme, postoji i seksualno prenošenje HIV-a i HBV-a, kako u sklopu populacije intravenoznih korisnika opojnih droga, tako i sa aktuelnih ili bivših korisnika na njihove seksualne partnere ili klijente. Dok su sve gore navedene virusne infekcije lako prenosive dijeljenjem korištene injekcijske opreme, nivo rizika prenosa varira. U poređenju sa HIV infekcijom, infekcija hepatitisom C se karakteriše relativno visokom koncentracijom virusa u krvi, ne samo tokom primarne faze infekcije, nego i kada dođe do hroničnih infekcija. Smatra se da ovo dovodi do visokog stepena prenosa nakon izloženosti HVC-u kada zaražene i nezaražene osobe dijele igle, šprice ili drugu opremu za pripremu opojnih droga. Udio hepatitis C je obično veći od udjela HIV-a kod korisnika, a epidemija hepatitis C je često veća od epidemije HIV-a kod intravenoznih korisnika opojnih droga. Veći rizik prenosa bi takođe mogao objasniti zašto je HCV teže ograničiti primjenom pojedinačnih intervencija i zašto bi veća pokrivenost intervencijama mogla biti potrebna za smanjenje HCV udjela na nivou populacije.

Dok najnoviji raspoloživi evropski podaci praćenja pokazuju da je broj slučajeva HIV infekcije tokom protekle decenije značajno opao, te da i dalje pada kod intravenoznih korisnika opojnih droga, postoje značajne razlike među regijama Europe (6). Mnoge zemlje članice EU su tokom 80-ih i 90-ih godina doživjele mnogo slučajeva HIV infekcija kod intravenoznih korisnika opojnih droga, dok su zemlje istočnog dijela evropske regije, uključujući i neke zemlje članice EU, imale veliki broj slučajeva u ranim 2000-im. To je dovelo do velikog udjela HIV-a među aktivnim i bivšim intravenoznim korisnicima opojnih droga u nekoliko zemalja EU. Neke istočnoevropske zemlje, koje se graniče sa EU, su bile posebno pogodene brzim širenjem HIV infekcija među intravenoznim korisnicima opojnih droga. Neke zemlje članice EU, kao i neke od susjednih zemalja, prijavljuju veliki udio istovremenih infekcija HIV-om i tuberkulozom kod intravenoznih korisnika opojnih droga.

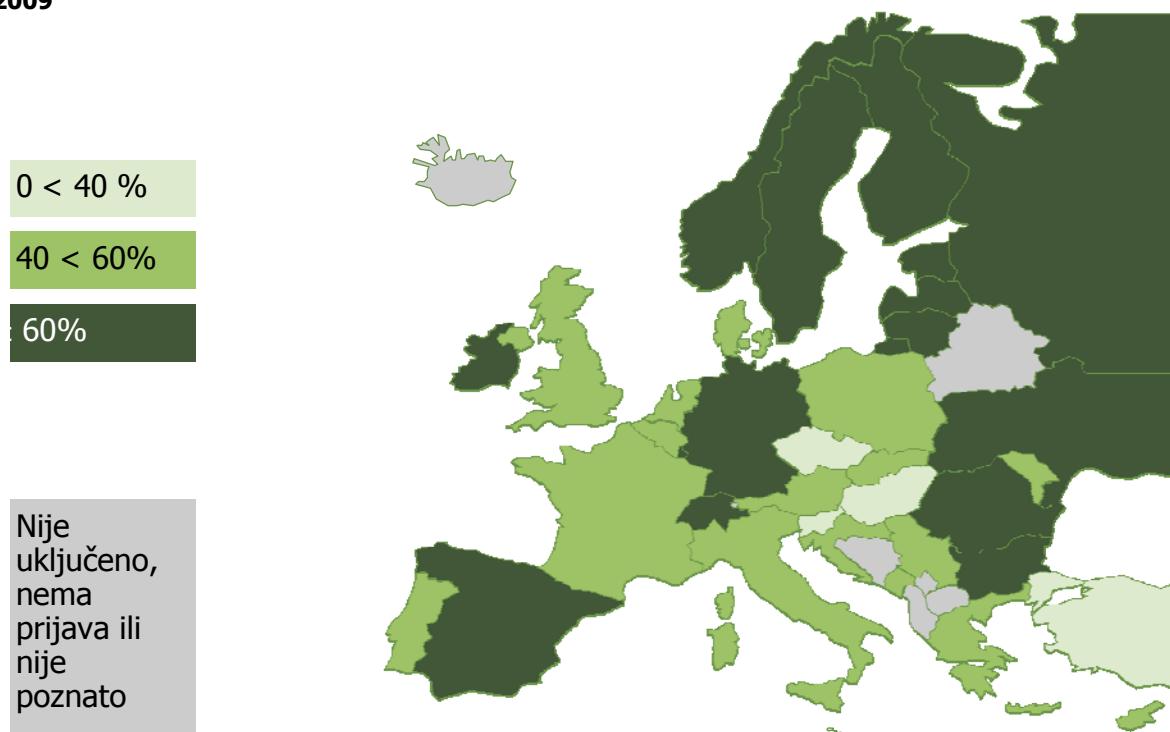
**Slika 1: Udio HIV-a kod intravenoznih korisnika opojnih droga;
Evropa, 2008–2009**



Izvor: EMCDDA i Nacionalni kontaktni uredi Reitox (EMCDDA zemlje: EU, Hrvatska, Turska i Norveška); Mathers i ostali, Lancet 2008 (druge zemlje). Boja pokazuje centralnu tačku nacionalnih podataka ili lokalnih podataka, ukoliko državni nisu raspoloživi. Za zemlje EMCDDA podaci su uglavnom od 2008 do 2009. Kada podaci iz 2008. i 2009. nisu bili na raspolaganju, korišteni su stariji podaci. Podaci EMCDDA-a su podnacionalni za Hrvatsku, Norvešku, Švedsku, Ujedinjeno kraljevstvo, Belgiju, Bugarsku, Litvaniju, Francusku, Estoniju, Irsku, dok ove informacije nisu na raspolaganju u zemljama koje nisu članice EMCDDA.

Infekcije virusima hepatitisa B i C su uobičajene kod aktivnih i bivših intravenoznih korisnika opojnih droga, a istorija intravenoznog korištenja opojnih droga predstavlja najčešći faktor rizika u Evropi, posebno kada je riječ o infekcijama hepatitisom C. Vrijeme početka infekcija hepatitisom C kod ove populacije nije dobro razumljivo, ali je po svemu sudeći ovaj virus nastupio nekoliko decenija prije HIV-a. Evropski podaci praćenja slučajeva novih infekcija nisu dobro standardizirani, što otežava određivanje trendova širom regiona (7). Međutim, ciljane studije su pokazale visok udio i dokaze čestih slučajeva među korisnicima u skoro svim proučenim geografskim područjima (5,8-9). Važno je istaći da postoji čvrsta povezanost trajanja intravenoznog korištenja opojnih droga sa infekcijom hepatitisom C (10). Istovremena zaraženost sa više od jedne vrste hepatitisa ili sa HIV-om i hepatitisom C predstavlja rastući klinički i prevencijski izazov u mnogim dijelovima Evrope (1).

Slika 2: Udio antitijela virusa hepatitisa C kod intravenoznih korisnika opojnih droga; Evropa, 2008–2009



Izvor: EMCDDA i Nacionalni kontaktni uredi Reitox (EMCDDA zemlje: EU, Hrvatska, Turska i Norveška); Nelson i ostali, Lancet 2011; IHRA, EHRN i WHO regionalni ured za Evropu (druge zemlje). Boja pokazuje centralnu tačku nacionalnih podataka ili lokalnih podataka, ukoliko državni nisu raspoloživi. Za zemlje EMCDDA podaci su uglavnom od 2008 do 2009. Kada podaci iz 2008. i 2009. nisu bili na raspolaganju, korišteni su stariji podaci. Podaci EMCDDA-a su podnacionalni za Tursku, Ujedinjeno kraljevstvo, Francusku, Slovačku, Nizozemsku, Belgiju, Poljsku, Bugarsku, Španiju, Švedsku, Irsku, Latviju, Njemačku, Litvaniju, Rumuniju, Estoniju. Ove informacije nisu na raspolaganju u zemljama koje nisu članice EMCDDA.

Osim HIV-a i hepatitisa B i C, pokazalo se da su se zaraze prouzrokovane humanim limfotropnim virusom T ćelija tipa II (HTLV-II) raširile kod intravenoznih korisnika opojnih droga već u ranim 70-im (11). Postoje izvještaji o slučajevima hepatitisa A kod intravenoznih korisnika opojnih droga u EU, iako odvajanje rizika ubrizgavanja od ostalih rizika poput neadekvatne higijene predstavlja izazov (12-15).

Intravenozni korisnici opojnih droga, posebno oni koji su društveno marginalizirani, nisu izloženi samo zarazama krvlju prenosivih virusa, nego i drugim zarazama. Lista nekih od ovih zaraza je data na strani 3 (16), dok su dodatne informacije o epidemiologiji ovih bolesti predstavljene u aneksu A. One sadrže lokalizovane bakterijske rane i infekcije mesta ubrizgavanja, sistemske infekcije, seksualno prenosive infekcije i respiratorne infekcije poput tuberkuloze. Slučajevi tetanusa su prijavljeni kod intravenoznih korisnika opojnih droga. U nekim okolnostima, ljudi sa istorijom intravenoznog korištenja opojnih droga čine oko polovine prijavljenih slučajeva tetanusa (17). Slučajevi tetanusa su dokumentovani kod populacije korisnika opojnih droga, posebno među korisnicima koji su prijavili potkožno ubrizgavanje heroina i koji su imali istoriju nikakve ili djelimične imunizacije (18-19).

Širenje infekcija povezanih sa intravenoznim korištenjem opojnih droga je bilo kontrolisano prošle decenije u nekim evropskim zemljama i stope infekcija opadaju (8). Ovo se najvjerojatnije dogodilo uslijed kombinacije promjene ponašanja kod populacije korisnika, poboljšanja preventivnih usluga, te liječenja od bolesti i vakcinacije. Uprkos ovim pozitivnim pomacima, nema prostora za zadovoljstvo, jer se krvlju prenosive infekcije mogu širiti veoma brzo kod intravenoznih korisnika opojnih droga, sem ako se rizici infekcije uslijed ubrizgavanja mogu kontinuirano kontrolisati. Nekoliko studija slučajeva HIV-a kod intravenoznih korisnika opojnih droga dokumentuju gotovo eksponencijalno širenje u ranim fazama i brzu uspostavu visokog nivoa udjela HIV-a (20-21). Isto je dokazano i za hepatitis C, gdje kombinacija niske doze infekcije, duže vrijeme života virusa van tijela, te kontinuirano veliki unos virusa u krv kod kroničnih infekcija može rezultirati uspostavom većeg udjela kod populacije korisnika.

Uprkos uspjesima u smanjenju udjela bolesti u nekim regijama EU, raspoložive procjene pokazuju da se infekcije kod intravenoznih korisnika opojnih droga još uvijek ne sprječavaju učinkovito u svim područjima evropskog susjedstva. Iako se mogu sprječiti, ove infekcije i dalje prouzrokuju veliki teret bolesti u Evropi i visok nivo ličnih bolovanja.

Zašto je ovo važno?

Glavna motivacija za sprječavanje infekcija među intravenoznim korisnicima opojnih droga je ta da je prevencija provodiva i učinkovita, ako se implementira na pravi način. Ovisnost o ilegalnim opojnim drogama je zdravstveno stanje koje na osnovu javnog zdravstva i etike zahtijeva implementaciju učinkovitih mjera za sprječavanje bolesti i minimiziranje štete prouzrokovane ovisnošću o opojnim drogama. Učinkovite mjere prevencije postoje, ali se ili ne nude ili nisu pristupačne velikom broju onih kojima su potrebne.

Sa stanovišta javnog zdravstva, podpopulacije sa visokim teretom infekcija predstavljaju direktno i indirektno opterećenje društva, a sprječavanje infekcija može minimizirati ove troškove. Prvo, direktna morbidnost uslijed težih oblika hroničnih infekcija prouzrokuje visoke troškove liječenja i njegove zaraženih. Drugo, gubitak ljudske produktivnosti među teško oboljelim povećava društvene troškove. Treće, visok udio bolesti kod korisnika opojnih droga može povećati rizik povećanog broja slučajeva kod šire populacije, posebno ako se veliki broj bolesti održava dugo vremena.

Na kraju, nepreduzimanje mjera protiv posljedice određenog oblika teške ovisnosti koja se može izbjegći, bi moglo biti protumačeno kao indiferentnost prema nastojanjima EU da unaprijedi socijalnu pravdu i zaštitu, što je i obaveza prema međunarodnim konvencijama, uključujući i Povelju o fundamentalnim pravima Evropske unije i Lisabonski sporazum (22-23).

Dok bi eliminacija korištenja nelegalnih opojnih droga ili ubrizgavanja opojnih droga načelno predstavljala dobru intervenciju u sprječavanju zaraznih bolesti, globalna iskustva su pokazala da se to ne može postići samo pomoću mjeta javnog zdravstva. Stroge mjeru kontrole opojnih droga nisu bile uspješne za kompletну eliminaciju rizika i štete uslijed nelegalnih opojnih droga. Naprotiv, uz objašnjenje da su interesi javnog zdravstva bili pokretač kontrole opojnih droga, UNODC-ova procjena stogodišnjih napora u oblasti međunarodne kontrole opojnih droga je dovela do zaključka da su sistem kontrole opojnih droga i njegova primjena imali nekoliko nenamjernih posljedica, uključujući i nedostatak investicija za bavljenje pitanjem štete koju korištenje opojnih droga nanosi javnom zdravstvu. Korištenje opojnih droga uglavnom zavisi od drugih društvenih faktora (čiji pregled ne spada u ove smjernice), dok prakse korištenja opojnih droge u velikoj mjeri zavise od podkultura korisnika opojnih droga i ekonomskih realnosti, na koje se teško može uticati. Međutim, iskustva i dokazi su pokazali da usvajanje pragmatičnog pristupa koji obrađuje i limitira direktnе rizike infekcije povezane sa procedurom ubrizgavanja i koji uvodi mjeru podrške zaustavljanju i smanjenju ubrizgavanja, može imati veliki uticaj na smanjenje širenja krvlju prenosivih infekcija kod intravenoznih korisnika opojnih droga.

Svrhe, ciljevi i metodologija

Ove smjernice zasnovane na dokazima su izrađene da informišu o razvoju, monitoringu i ocjeni nacionalnih strategija i programa u zemljama EU i evropskom susjedstvu za sprječavanje i liječenje zaraza kod intravenoznih korisnika opojnih droga. Smjernice su usklađene sa postojećim politikama EU u oblasti opojnih droga i zaraznih bolesti (24-27).

Smjernice se zasnivaju na temeljima osnovnih vrijednosti opisanih u zasebnom dijelu u daljem tekstu.

Pronađeno je sedam ključnih intervencija za smanjenje i sprječavanje zaraza kod intravenoznih korisnika opojnih droga u Evropi. One su zasnovane na najjačim raspoloživim naučnim dokazima u kombinaciji sa mišljenjem eksperata i dugoročnim i dobro dokumentovanim iskustvom pružalaca usluga, te preferencama korisnika tih usluga.

Dva Tehnička izvještaja ECDC/EMCDDA-a pružaju pregled osnove dokaza za ovdje preporučene intervencije: „Dokazi učinkovitosti intervencija za sprječavanje zaraza kod intravenoznih korisnika opojnih droga. Prvi dio: Programi o iglama i špricama i druge intervencije za sprječavanje hepatitisa C, HIV-a i rizičnog ponašanja intravenoznih korisnika“ i „Drugi dio: Liječenje od opojnih droga sa ciljem sprječavanja hepatitisa C, HIV-a i rizičnog ponašanja intravenoznih korisnika“.

Osnova dokaza

U procesu izrade ovih smjernica, pregledi dokaza koji pokrivaju veliki broj primarnih studija o dotičnim ključnim intervencijama su sistematski procijenjeni, koristeći visoko standardizovanu metodu „pregled pregleda“¹. Ishodi studija najjačih naučnih izrade su posloženi, te su izvedene izjave o njihovoj učinkovitosti, objedinjujući rezultate u smislu izrade studije, broja slučajeva uključenih u studiju i broj studija koje imaju iste rezultate – faktore koji određuju jačinu dokaza. Najjači dobiveni dokaz iz ovog „pregleda pregleda“ je kombinovan sa najnovijim primarnim rezultatima istraživanja koji još nisu bili predmet recenzija. Primarne studije su takođe bile korištene kada nije bilo sistematskih recenzija o učinkovitosti intervencija. Metodologija korištena za identifikaciju i odabir recenzija, te primarnih studija i rezultata, je detaljno opisana u dva tehnička izvještaja koja idu uz ove smjernice.

Međutim, u oblasti javnog zdravstva ponekada nije moguće dobiti visoke nivoe dokaza koji proizilaze iz eksperimentalnih studija, poput nasumičnih kontrolisanih pokusa (RCT). Neke od intervencija javnog zdravstva se iz etičkih razloga ne mogu testirati na eksperimentalni način (dodjeljujući ih jednoj grupi, a izostavljajući ih iz druge). Isto tako, kontrola faktora koji mogu dovesti do zabune u stvarnim okolnostima bi bila veoma kompleksna i zahtijevala bi veoma skupe studijske izrade. Druga prepreka identifikaciji statistički značajnih pozitivnih ili negativnih ishoda intervencija u ovoj oblasti je mali broj relevantnih ishoda, tako da istraživanje mora pokrивati dug vremenski period, kako bi se akumulirao dovoljan broj relevantnih događaja, prije donošenja zaključka (28).

Povezanost dokaza i preporuka nije uvijek direktna: dokazi visoke kvalitete ne dovode uvijek do jakih preporuka i jake preporuke se mogu izvesti iz dokaza niske kvalitete. U okolnostima kada dokazi o intervencijama iz recenzija nisu doveli do zaključka ili kada nije bilo dokaza za intervencije, ove smjernice posežu za savjetima eksperata u vezi potencijalnih prednosti i nedostataka određenih intervencija, razmatraju najbolje prakse preventivnih usluga u EU i procjenjuju studije o preferencama korisnika. Dok se mišljenje eksperata smatra slabijim nivoom dokaza, postoje okolnosti kada grupa eksperata može veoma doprinijeti preporukama u slučaju nedostatka jakih dokaza istraživanja. Primjeri su hidracija bolničkih pacijenata ili deke za sprječavanje gubitka topiline kod pacijenata sa traumom – intervencije koje nisu zasnovane na jakim dokazima iz naučnih studija, ali su još uvijek veoma preporučljive. Dodatne informacije o razlozima svake preporučene intervencije se mogu pronaći u aneksu B.

Djelokrug

Ove smjernice se nadograđuju na dosadašnji trud u oblasti sprječavanja zaraza kod intravenoznih korisnika, posebno na rad WHO-a, UNAIDS-a i UNDOC-a, a dodatno su konsultovane i mnoge nacionalne smjernice i preporuke (vidi aneks C). Ove smjernice predstavljaju pokušaj davanja sveobuhvatnog pregleda najboljeg aktuelnog znanja iz ove oblasti, proširujući dosadašnji rad na kombinaciju ključnih intervencija. Njihov cilj je da pruže detaljnu sintezu koja ne važi samo za EU, nego i za susjedne zemlje. Ove smjernice sadrže reference i povezanosti sa dodatnim izvorima koji pružaju dodatne dalekosežne informacije i opise tehničke implementacije (aneks C).

Ove smjernice se uglavnom fokusiraju na intervencije i preventivne mjere koje se direktno bave pitanjem rizika od infekcije. Glavne infekcije navedene ovdje su HIV, hepatitis B, hepatitis C i tuberkuloza (TB). Neke druge infekcije, kojima su intravenozni korisnici opojnih droga pojačano izloženi, poput infekcija kože i mekog tkiva, hepatitisa A i seksualno prenosivih infekcija, su razmotrene, ali manje detaljno. Ove smjernice se bave pitanjima poput znanja i razumijevanja, rizika vezanih za pripremu i ubrizgavanje opojnih droga, dijeljenje opreme, vakcinacije, zamjenske opojne droge i druge oblike liječenja od opojnih droga, kako bi se smanjila učestalost infekcija i pojačala privrženost liječenju. One takođe predlažu načine organizovanja relevantnih usluga na učinkovit način.

Intravenozni korisnici opojnih droga kojima se bave ove smjernice obuhvataju intravenozne korisnike opojnih sredstava i stimulansa. Dok je fokus smjernica na „tradicionalnim“ intravenoznim korisnicima, predložene intervencije takođe mogu biti relevantne i za novonastale grupe intravenoznih korisnika, kao što su osobe koje ubrizgovaju pojačivače performansa poput anaboličkih steroida. Posmatranja iz nekih zemalja pokazuju da bi ova zadnja grupa intravenoznih korisnika mogla zahtijevati dalje praćenje. Problematični korisnici opojnih droga, koji nisu intravenozni korisnici, bi po svemu sudeći mogli imati koristi od mnogih intrevencija koje su ovdje pomenute, iako oni ne predstavljaju ključni cilj ovih smjernica.

Ove smjernice detaljno ne razmatraju primjenu antivirusnih tretmana kao preventivu na nivou populacije, ali objašnjavaju da ova vrsta tretmana treba biti podjednako raspoloživa i dostupna intravenoznim korisnicima opojnih

¹ Metodologija „pregled pregleda“ (Kelly i ostali, 2002) pretpostavlja spajanje dokaza iz objavljenih recenzija preduzimanju sistematskog pretraživanja literature. Metodologija „pregled pregleda“ je uključivala sistematsko pretraživanje literature objavljenih recenzija; identifikaciju relevantnih, sistematskih, meta-analitičkih i narativnih recenzija; kritički osvrt na recenzije i sintezu nalaza.

droga. Nedavno objavljen rad govori da pozitivni učinci (smanjeni prenos) mogu biti značajni pod uslovom da postoji dodatno jako objašnjenje za liječenje aktivnih korisnika opojnih droga od infekcija HIV-a i hepatitisa. Postoje dokazi koji pokazuju da pozitivni učinci profilaktičnog liječenja tuberkuloze osoba inficiranih latentnom tuberkulozom smanjuju broj slučajeva tuberkuloze a nivou populacije. Shodno tomu, smjernice obuhvataju liječenje infekcija kao jednu od ključnih intervencija.

Ovaj dokument je izrađen, kako bi se bavio pitanjem odraslih intravenoznih korisnika opojnih droga. Maloljetnici i mlađi ne spadaju u djelokrug ovih smjernica, ali se svakako priznaje da u nekim okolnostima, maloljetnici i mlađi predstavljaju značajan dio intravenoznih korisnika opojnih droga. Ispunjene potreba maloljetnika i mlađih bi zahtijevalo usluge prilagođene njihovom dobu (vidi tekst na strani 26).

Sa stanovišta prevencije, veoma je važno zaštитiti najmlađe pod-populacije intravenoznih korisnika opojnih droga od hroničnih krvlju prenosivih bolesti i tuberkuloze. Zbog toga se dobne granice za pristup uslugama ne smatraju korisnim i čak mogu biti kontraproduktivne, jer mogu povećati rizik za osobe koje su mlađe od zakonskog punoljetstva. Ove smjernice o sprječavanju infekcija su uglavnom namijenjene pružaocima usluga u zajednicama, ali su takođe relevantne i za okolnosti pritvora.

Prema načelu „ekvivalentnosti pružanja usluga“, zatvorenici imaju pravo pristupa zdravstvenim službama raspoloživim u zemlji, bez diskriminacije, dok se od zatvorskih zdravstvenih službi očekuje da omoguće liječenje problema vezanih za korištenje opojnih droga koje je uporedivo sa liječenjem koje se nudi van zatvora (29-30).

Zatvornici sa istorijom intravenoznog korištenja opojnih droga često imaju mnoge i kompleksne zdravstvene potrebe koje zahtijevaju specijalističku zdravstvenu njegu i multidisciplinarni pristup. Osobe koje su nedavno puštene iz zatvora predstavljaju važnu ciljnu grupu za sprječavanje zaraznih bolesti i trebaju biti uključeni prilikom planiranja preventivnih strategija (31). Isto tako, potrebe osoba koje dolaze u zatvor se moraju imati u vidu (32).

Ciljni čitaoci

Ove smjernice imaju za cilj da pruže podršku nosiocima odluka u programima prevencije na nacionalnom i regionalnim nivoima, koji rade u oblasti zaraznih bolesti, općeg javnog zdravstva, ovisnosti i mentalnog zdravlja, socijalnih službi i kontroli opojnih droga. Takođe imaju za cilj da pomognu zemljama članicama EU i zemljama kandidatima (kao i potencijalnim kandidatima) u planiranju adekvatnih i na dokazima zasnovanih, racionalno izrađenih aktivnosti javnog zdravstva u vezi korištenja opojnih droga. Smjernice identifikuju dobre prakse u EU za sprječavanje i kontrolu zaraznih bolesti kod intravenoznih korisnika opojnih droga. Postoji nada da bi i zemlje partneri EU mogle smatrati ove smjernice korisnim i relevantnim. Smjernice nisu predstavljene na nivou detalja koji propisuju tehničke aspekte implementacije, tako da službe koje ih implementiraju mogu adaptirati intervencije i preventivne opcije u skladu sa lokalnim i nacionalnim okolnostima. Uprkos tomu, smjernice mogu biti interesantne i upraviteljima lokalnih službi, obzirom da imaju za cilj detaljno listiranje i objašnjenje svih komponenti koje bi trebale biti dio sistematskog pristupa prevenciji ključnih zaraznih bolesti kod intravenoznih korisnika opojnih droga.

Ključne vrijednosti sprječavanja infekcija kod intravenoznih korisnika opojnih droga

Ključne vrijednosti predstavljene u ovom dijelu se zasnivaju na osnovnim načelima javnog zdravstva, pružanja usluga, individualne i javne zdravstvene etike, u kombinaciji sa važnim iskustvom u pružanju usluga. Izrađene su od strane ECDC-a i EMCDDA-a, te podržane i usvojene od strane ECDC/EMCDDA Tehničke savjetodavne grupe. Ključne vrijednosti su izrađene uz perspektivu javnog zdravstva i ljudskih prava i potiču iz rada u Ujedinjenom kraljevstvu i Nizozemskoj 80-ih godina ('Mersey Harm Reduction Model', model usluga zasnovanih na populaciji) (33-34). One se fokusiraju na intravenozne korisnike opojnih droga i imaju za cilj smanjenje negativnih posljedica korištenja opojnih droga (35-36). Ključne vrijednosti se trebaju posmatrati kao temelj učinkovitih ključnih intervencija, kako je prikazano u ovim smjernicama. Prilikom razvoja usluga, planirane intervencije trebaju biti u skladu sa ključnim vrijednostima. Ključne vrijednosti su u ovim smjernicama predstavljene u dva pod-poglavlja, „načela prevencije“ i „načela pružanja usluga“.

Slika 3: Ključne vrijednosti u sprječavanju infekcija kod intravenoznih korisnika opojnih droga



Načela prevencije

Ove smjernice su zasnovane na četiri jednostavna načela: pragmatičan pristup promociji zdravlja, perspektiva prava klijenata zasnovana na etičkim principima, odluka za postizanje ciljeva javnog zdravstva, te naučni dokazi kombinovani sa iskustvom eksperata. Smjernice ne polaze od pretpostavke da je trijeznost ili apstinencija krajnji cilj svih politika javnog zdravstva vezanih za pitanja opojnih droga (33,35,37-38). Sa druge strane, ove smjernice nisu nekompatibilne sa okvirom apstinencije, niti ga izričito isključuju. One ne razmatraju politike kontrole opojnih droga, nego se ograničavaju na pitanje direktnih individualnih i društvenih šteta prouzrokovanih infekcijama kod intravenoznih korisnika opojnih droga. Ključne intervencije koje se pominju u ovim smjernicama bi bilo teško učinkovit primjenjivati, ako se iste ne bi oslanjale na slijedeća načela prevencije:

‘**Pragmatičan pristup promociji zdravlja**’ u ovom kontekstu znači da umjesto da rade iz hijerarhije ciljeva u okviru cijelog niza politika opojnih droga, ove smjernice – i mjere koje se u njima razmatraju – se primarno bave pitanjem širenja infekcija kod intravenoznih korisnika opojnih droga i pitanjem kako se visoki rizik infekcija kod ove grupe može smanjiti. Iz tog razloga, ovaj pristup nema apriori pretpostavke o načinu implementacije preventivnih mjera, nego zagovara nezavisnu javnu i individualnu zdravstvenu vrijednost ovakvih mjeru. Biti bez opojnih droga ne bi trebalo da bude uslov za dobijanje pomoći za sprječavanje infekcija. Umjesto dogmatičnog pristupa u kojem cilj sprječavanja korištenja opojnih droga baca u sjenu druge ciljeve, pragmatični pristup priznaje da svaka zdravstvena korist ima svoju sopstvenu vrijednost i da je vrijedna truda, čak i kada fundamentalno korištenje opojnih droga neće biti odmah tretirano (37).

Možda se neće izliječiti svi korisnici opojnih droga, ali riskantne prakse ubrizgavanja i prenosa bolesti mogu biti spriječene.

'Perspektiva prava klijenata' u kontekstu ovih smjernica znači su mjere preduzete u cilju prevencije i intervencije strogo u skladu sa načelima primjene perspektive klijenta. Mjere prevencije su najprije izrađene na osnovu individualnih potreba klijenata, a potrebe pružalaca socijalnih usluga se ispunjavaju tek nakon ispunjenja klijentovih. Takođe, sve mjere su klijentu raspoložive na dobrovoljoj bazi i nikakve prinudne ili obavezne komponente ne trebaju biti korištene. Osim toga, pristup prevenciji se smatra ličnim pravom, a ne ličnom koristi. Na kraju, preventivne mjere bi uvijek trebalo da koriste pojedincu, a ne samo društvu (35,39).

'Ciljevi javnog zdravstva' u kontekstu ovih smjernica znače da, iako interventne metode najprije trebaju ispunjavati individualne potrebe, sveobuhvatan pristup bi uvijek trebao nastojati da postigne i društvene i individualne koristi. Metode intervencije trebaju obuhvatati sprječavanje daljeg prenosa, smanjenje ukupnih zdravstvenih i socijalnih troškova, poboljšanu produktivnost i smanjenju smrtnost i morbidnost kod ciljne grupe, uključujući prevenciju korištenja opojnih droga, u slučajevima kada je kompatibilna sa primarnim ciljevima (40).

'Vodenje zasnovano na naučnim dokazima i iskustvu eksperata' znači da su ove smjernice zasnovane na naučnim dokazima, ukoliko postoje jake studije za dotične mjere. Za neke od preporučenih mjeru ne postoje jake studije koje bi pokazale njihovu učinkovitost, ili zbog kompleksnosti zahtjeva izrade ili zbog etičkih problema u izradi studija (41-42). U nekim slučajevima, najbolji raspoloživi dokazi dolaze iz objavljenih ekoloških ili opisnih studija, ili su preuzeti iz iskustva i savjeta tehničkih eksperata koji su učestvovali u izradi ovih smjernica. Neke mjeru u smjernicama su preporučene, jer je njihova primjena logična i smatra se korismom za pojedinca bez prouzrokovanja bilo kakvog neprikladnog rizika, tj. primjena ovih mjeru ima smisla sa pragmatičnog gledišta.

Načela pružanja usluga

Uz gore navedena načela prevencije, sprovođenje preventivnih mjeru u ovim smjernicama treba biti usklađeno sa sljedećim ključnim načelima koji proizilaze iz potrebe usvajanja perspektive klijenta u pružanju usluga (43). Bez primjene ovih ključnih načela, teško je učinkovito primjeniti ključne intervencije predložene u ovim smjernicama:

- Osigurati povjerljivost.
- Promovisati pristupačnost usluga.
- Napraviti dobru atmosferu za korisnika.
- Uključiti se u dijalog sa korisnicima i promovisati uključenje vršnjaka.
- Usvojiti praktičan pristup pružanja usluga.
- Uzdržati se od ideološkog i moralnog osuđivanja.
- Održati realnu hijerarhiju ciljeva.

Zadobijanje povjerenja klijenata usluga je od suštinskog značaja za sprječavanje zaraznih bolesti. Obzirom da je korištenje opojnih droga i posjedovanje nelegalnih opojnih droga kriminalizirano u mnogim zemljama, korisnici ne žele otkriti svoj identitet čak ni zdravstvenim radnicima zbog straha da postanu poznati agencijama za sprovedbu zakona i drugim vlastima (44-45). Ovaj strah se mora prevazići, kako bi se klijenti mogli privući zdravstvenim uslugama. Zahtjev za punu identifikaciju, što je često standardna praksa za pružanje usluga zdravstva, će mnoge korisnike odvratiti od korištenja usluga.

Osigurati povjerljivost. Prvo ključno načelo znači da mora biti moguće anonimno pristupiti preventivnim uslugama ili na način koji osigurava punu povjerljivost, gledajući iz perspektive klijenta. U suprotnom će klijentovo korištenje ponuđenih usluga biti sprječeno i ograničeno, što će opet kompromitovati bilo kakve učinke „grupnog imuniteta“ koji poboljšava prevenciju na nivou populacije (46-47). Kako bi se osigurala povjerljivost, potrebno je obučiti svo osoblje o pružanju povjerljivih usluga. Za pružanje određenih usluga poput testiranja, vakcinacije i ponekad liječenja od ovisnosti, potrebna je strogo povjerljiva šema koja je obično prihvatljiva korisnicima usluga. Razvijeni su pristupi za monitoring pružanja usluga na prihvatljivim nivoima tačnosti bez kompromitovanja anonimnosti ili povjerljivosti (48)²

Promovisati pristupačnost usluga. Drugo ključno načelo osigurava da usluge mogu biti lako dostupne intravenoznim korisnicima opojnih droga i da je postignut niskopražni pristup. To znači da usluge moraju biti smještene tamo gdje su korisnici ili da do njih lako mogu doći. Usluge moraju biti raspoložive u različito doba dana

² Kod pružanja usluga je razvijen niz pristupa, uključujući upotrebu nadimaka, anonimne lične karte ili kodovi za praćenje korištenja usluga istovremeno maksimizirajući povjerljivost.

(46,49-52). Usluge moraju ispunjavati zahtjeve i biti mjerljive, tako da svima kojima je potrebno mogu biti ponuđene odgovarajuće, relevantne i dovoljne usluge (20,53).

Napraviti dobru atmosferu za korisnika. Treće ključno načelo pružanja usluga je potreba da se održi dobra atmosfera za korisnika. Ovo načelo se može činiti intuitivno samoevidentno, ali je njegova implementacija ključni element u osiguranju da klijent primi usluge. Dobra atmosfera za korisnika znači da se klijentima obraća sa dostojanstvom i istinskom voljom za pomoći, bez obzira na njihov izgled i društveni status. To takođe znači da se poštuju želje klijenta i da ih se ne prisiljava na usluge (50,52). To ne znači da se klijenti mogu ponašati kako žele, posebno ako njihovo ponašanje predstavlja smetnju ili opasnost za druge. Naprotiv, pružaoci usluga trebaju razviti i prenijeti jasna pravila za prostorije službi. Većina službi ne dozvoljava promet nelegalnim opojnim drogama, finansijske transakcije ili ubrizgavanje u prostorijama, a kršenje ovih pravila može dovesti do privremene zabrane korištenja usluga. (43). Mnogi korisnici ne boluju samo od ovisnosti od opojnih droga, nego i od mentalnih poremećaja (54). Takvi korisnici su često najmarginalizirani i na veoma visokom nivou rizika od infekcija. Ove korisnike ne treba označavati kao „preteški“ ili „prezahtjevni“, nego službe trebaju razviti načine rada sa njima na human i učitiv način.

Uključiti se u dijalog sa korisnicima i promovisati uključenje vršnjaka. Voditi dijalog i uključiti klijente u aktivan rad treba predstavljati integralni dio ponuđenih usluga. Aktivno slušanje klijenata i odgovor na promjenjive potrebe u saradnji sa korisnicima pomaže u održavanju relevantnosti usluga (55). Rituali i navike ubrizgavanja se često prenose sa iskusnijih korisnika na nove (56). Sekundarna razmjena šprica, gdje se šprice dijele u mreži korisnika, je uobičajena (48,57-58). Profesionalci za prevenciju moraju biti dobro obavješteni o aktuelnim načinima korištenja opojnih droga, a korisnici moraju razumjeti zdravstvene rizike koji ih prate. Pružaoci usluga mogu takođe organizovati obuke o upravljanju rizikom i promociji zdravlja za aktivne korisnike i potaknuti učesnike da prosljede te informacije. Ovo ne samo da poboljšava korisnost usluga, nego i jača korisnike (59-60). Iskustva pokazuju da uključenje aktivnih korisnika u preventivni rad proizvodi pozitivni pritisak na druge korisnike, jer klijenti uče o bezbjednjim metodama korištenja opojnih droga jedni od drugih (61-63). Glavni izazov kod pružalaca usluga predstavlja priznanje i prihvatanje saradnje sa korisnicima.

Usvojiti praktičan pristup pružanja usluga. Peto ključno načelo takođe uzima u obzir perspektivu klijenta: usluge se grade odozdo na osnovu aktuelnih potreba, sa ciljem zatvaranja praznina u preventivnim uslugama koje proizvode rizike od infekcija i adekvatnog tretiranja zdravstvenih potreba korisnika (64). To takođe znači prepoznavanje da čak i ako sve štete vezane za opojnu drogu ne mogu biti odmah tretirane, postoji vrijednost u svakoj intervenciji ukoliko ista ispunjava istinske potrebe (43). Ovo je drukčije kod ideološkog ili pristupa odozgo prema dole, gdje ciljevi mogu biti postavljeni tako visoko da bi mogli ostati nedostizni individualnom korisniku, pružaocima usluga i kreatorima politika.

Uzdržati se od ideološkog i moralnog osuđivanja. Šesto ključno načelo potvrđuje da se usluge pružaju aktivnim korisnicima opojnih droga, te stoga nije od pomoći osuđivati ili kritikovati samo korištenje sa moralnog ili ideološkog stanovišta (65-66). Umjesto toga, izbor korisnika treba biti poštovan, čak i ako nije predmet saglasnosti, a pružaoci usluga treba aktivno obučavati da pokazuju to poštovanje (67). Ovo ne znači da ne treba nuditi upute na usluge liječenja od ovisnosti. Naprotiv, prag za ove usluge treba biti nizak, a informacija o mjestima pristupa treba biti dostupna u svim prostorijama koje često koriste korisnici opojnih droga (43,53,68).

Održati realnu hijerarhiju ciljeva. Posljednje ključno načelo zagovara postavljanje kratkoročnih ciljeva na način da se realno mogu postići. Ovaj pristup može pomoći u razvoju ciljeva za pružanje usluga (43). Postavljanje ciljeva prevencije previsoko je često nerealno i može dovesti do nepotrebogn razočarenja i netačnih zaključaka o učincima intervencija (69). Osnovna hijerarhija ciljeva usluga se može razlikovati prema lokalnim potrebama i situaciji, ali treba obuhvatati ciljeve poput dosezanja do većine grupe korisnika, uspostavu povjerenja klijenata, odgovor na praktične potrebe korisnika, smanjenje neposrednih rizika zaraznih bolesti i vremenom povećanje obima usluga.

Pretežni ciljevi sprječavanja bolesti poput zaštite od izbijanja i smanjenje broja slučajeva i udjela bolesti trebaju biti postavljeni na nivou programa. Oni takođe trebaju biti prilagođeni trenutnoj situaciji i realni u svojim ciljevima (53). Takvi ciljevi obično nisu korisni kao indikatori uticaja za individualne preventivne usluge i trebaju se koristiti samo u svrhu označavanja (*bench-marking*) na nacionalnom nivou, ako postoji veoma dobra pokrivenost ciljnih populacija i obimani paket usluga. Važno je imati u vidu da je potrebno usvojiti dugoročnu perspektivu prevencije, ako je broj hroničnih infekcija dostigao visok nivo, jer će se indikatori bolesti vremenom polako poboljšati. Usluge moraju biti poboljšane, a dovoljno vremena mora proći prije nego učinci postanu mjerljivi (vidi tekst o „Postavljanje ciljeva za pokrivenost intervencijama“, strana 33).

Preporučene intervencije za sprječavanje infekcija kod intravenoznih korisnika opojnih droga

Komponente prikazane u ovom poglavlju su preporučene za uvrštanje u nacionalne sveobuhvatne programe koji imaju za cilj učinkovito sprječavanje i smanjenje infekcija kod intravenoznih korisnika opojnih droga.

Ključne komponente intervencije

Na osnovu najjačih raspoloživih dokaza, mišljenja eksperata i najboljih praksi koje se koriste u EU/Evropskom ekonomskom prostoru, slijedeće ključne komponente intervencije se trebaju primjenjivati i po mogućnosti kombinovati, kako bi se postigli maksimalni učinci prevencije putem sinergije.

- **Injekcijska oprema:** Davanje i legalan pristup čistoj opremi za ubrizgavanje³, uključujući dovoljnu opskrbu sterilnim iglama i špricama besplatno, kao dio kombinovanog višekomponentnog pristupa koji se implementira putem smanjenja štete, savjetovanja i programa liječenja.
- **Vakcinacija:** Hepatitis A i B, tetanus, vakcine protiv gripe, i posebno za HIV pozitivne osobe, pneumokokalna vakcina
- **Liječenje od ovisnosti o opojnim drogama:** Liječenje zamjenskim opojnim sredstvima i drugi učinkoviti oblici liječenja od ovisnosti
- **Testiranje:** Dobrovoljno i povjerljivo testiranje uz informisanu saglasnost na HIV, hepatitis C (hepatitis B za nevakcinisane) i druge infekcije, uključujući i tuberkulozu, treba nuditi rutinski i povezivati sa uputom na liječenje.
- **Liječenje zaraznih bolesti:** Antivirusno liječenje zasnovano na kliničkim pokazateljima za one koji su inficirani HIV-om, HBV-om ili HCV-om. Liječenje tuberkuloze za aktivne slučajevе tuberkuloze. TB profilaktična terapija treba biti uzeta u razmatranje za latentne slučajevе TB-a. Liječenje drugih zaraznih bolesti treba biti ponuđeno po kliničkim pokazateljima.
- **Promocija zdravlja:** Promocija zdravlja se fokusira na bezbjednije ubrizgavanje; seksualno zdravljje, uključujući upotrebu kondoma; i sprječavanje bolesti, testiranje i liječenje.
- **Ciljano pružanje usluga:** Usluge trebaju biti organizovane i pružene prema potrebama korisnika i lokalnim uslovima. To uključuje pružanje usluga putem mobilnih i fiksnih službi, koje nude liječenje od opojnih droga, smanjenje štete, savjetovanje i testiranje, te uputu na opće primarno zdravstvo i specijalističke medicinske usluge.

Kombinacija ključnih intervencija za postizanje sinergije

Kombinovani učinak više intervencija pokazuje veoma smanjen broj slučajeva infekcije HCV-om i HIV-om. Samoprijavljeno rizično ubrizgavanje je takođe bilo značajno smanjeno (70) (71-72).

³ Osim igala i šprica, oprema za ubrizgavanje opojnih droga obuhvata i kuhalja/kašike ili zdjele za miješanje opojnih droga, filtere, zakiseljivače, sterilnu vodu, suhe tampone i alkoholne tampone. Vidi dio teksta na strani 16 za više detalja o opremi za ubrizgavanje opojne droge.

Kombinovane intervencije

Intervencije treba kombinovati uvijek kada je to moguće , kako bi se postigli učinci sinergije. Dokazi pokazuju da najveće smanjenje HIV-a, HCV-a i rizičnog ubrizgavanja može biti postignuto kako velikom pokrivenosti programima igla i šprica, tako i liječenjem zamjenskim opojnim sredstvima. Postoji vjerovatnoća da bi dodatne usluge poput liječenja od bolesti i vakcinacije, ponuđene u kombinaciji sa programima igla i šprica, te liječenjem od ovisnosti o opojnim drogama, dodatno spriječile prenos bolesti kod intravenoznih korisnika opojnih droga.

Dok postoji dovoljno dokaza za pozitivne učinke kombinovanja terapije zamjenskim opojnim sredstvima i davanja igala i šprica, za pretpostaviti je da bi i druge intervencije, koje su se pokazale korisnima, takođe dovele do sinergijskih preventivnih učinaka, kada se primjenjuju u kombinaciji sa drugim intervencijama. Poznato je da se pridržavanje liječenja zaraznih bolesti poput HIV-a poboljšava u kombinaciji sa liječenjem od ovisnosti o opojnim drogama (1-2). Neki od učinaka pružanja kombinovanih usluga mogu biti direktni, dok neki mogu biti indirektni kroz privlačenje i povezivanje klijenata sa uslugama, što poboljšava domet i pokrivenost uslugama.

Intenzivna saradnja sektora je od suštinskog značaja kao preduslov za pružanje usluga, kako bi se osigurale ključne intervencije. Ovaj aspekt je detaljnije razrađen u daljem tekstu.

Izrada i omogućavanje programa za sprječavanje i kontrolu zaraznih bolesti kod intravenoznih korisnika opojnih droga

Učinkovito pružanje ključnih intervencija se jedino može postići putem nacionalne i lokalne saradnje i koordinacije među sektorima.

Saradnja i koordinacija

Izgradnja nacionalnog koncenzusa i zajednički ciljevi koji su usaglašeni u svim sektorima od strane djelatnika koji rade sa intravenoznim korisnicima opojnih droga su potrebni za učinkovito sprječavanje širenja bolesti. Djelatnici u kontroli zaraznih bolesti, medicini ovisnosti, mentalnom zdravlju, socijalnim službama, agencijama za sprovedbu zakona, sektorima pravosuđa, te agencijama za kontrolu narkotika i zatvorskim službama, su nacionalno relevantni i trebaju biti angažovani i aktivni u ovom procesu. Nadalje, lokalne vlade, grupe građana, udruženja korisnika opojnih droga, kao i niz drugih nevladinih organizacija i organizacija civilnog društva, su relevantni u koordinaciji.

Korištenje opojnih droga i dalje ostaje krivično djelo ili prekršaj u većini evropskih zemalja. Zbog toga se prilikom izrade programa prevencije ne treba razmatrati samo zdravlje, nego se moraju imati u vidu i aspekti sprovedbe zakona.

Na sličan način, intravenozni korisnici opojnih droga su često pogodjeni socijalnim problemima i mentalnom bolešću, što povećava izazov koordinacije aktivnosti. Obzirom da će se neke usluge morati pružati preko uputa, vezanost sa zdravstvenim i socijalnim službama treba biti uspostavljena i održana.

Zahtijeva se učešće svih ovih aktera, ako želimo postići rezultate učinkovite prevencije. Na primjer, važno je osigurati kolaboraciju agencija za sprovedbu zakona objašnjanjem da je davanje opreme za ubrizgavanje opojnih droga mjera javnog zdravstva, te da se agencije za sprovedbu zakona ne trebaju miješati u rad programa igla i šprica ili rad djelatnika. Racije agencija za sprovedbu zakona u institucijama za pružanje usluga učinkovito potkopavaju sve šanse za postizanje ciljeva preventivnih službi, tako što plaše potencijalne klijente. Politike sprovedbe zakona su obično određeno centralno, a striktan stil rukovođenja odozgo ka dole, koji je uobičajen u većini zemalja, sprječava odstupanje od lokalne politike. Ovo se mora uzeti u obzir, a sporazumi o saradnji zaključeni na visokom nivou većinom mogu pomoći uspostavu kolaboracije na lokalnom nivou.

Zbog toga je potrebno dobiti podršku za preventivne aktivnosti, ne samo od lokalnih aktera i zdravstvene branše administracije, nego i od svih relevantnih centralnih administrativnih branši, uključujući i agencije za sprovedbu zakona. Ovo često zahtijeva sporazume na visokom nivou ili u najmanju ruku poštivanje ciljeva službe, što je takođe jasno naglašeno nivoima aktera i pružalača usluga.

Saradnja sa lokalnim vladama je takođe važna. Uspostava institucija za pružanje usluga je često predmet protivljena kroz tzv. „ne u mom dvorištu“ reakcije kod lokalnog stanovništva koje se plaši učinaka pogoršanja u lokalnom okruženju. Zbog toga se od lokalnih aktera zahtijeva jako rukovodstvo i angažman zajednice u kombinaciji sa jasnim opravdanjem dokumentiranih lokalnih koristi poput odlaganja opreme za ubrizgavanje opojnih droga (73).

Sedam preporučenih ključnih intervencija

Injekcijska oprema

Preporučena intervencija

Davanje i zakonit pristup čistoj opremi za ubrizgavanje opojnih droga, uključujući i dovoljnu opskrbu sterilnim iglama i špricama besplatno, kao dio kombinovanog višekomponentnog pristupa, koji se implementira putem smanjenja štete, savjetovanja i programa liječenja.

Glavni faktor rizika za dobijanje krvlju prenosivih infekcija je dijeljenje igala, šprica i druge opreme za pripremu i ubrizgavanje. Čak i među onima koji su izjavili da nikada nisu dijelili igle i šprice, uobičajeno je dijeljenje opreme za pripremu opojne droge poput zdjela za miješanje opojne droge, vode za rastapanje opojne droge ili filtera za opojnu drogu, što bi moglo imati za rezultat prenos hepatitisa C ili bakterijskih infekcija (74-75) (vidi dio teksta o širenju infekcija putem opreme za pripremu opojnih droga, strana 16). Takođe postoje dokazi da intravenozni korisnici

opojnih droga u velikoj mjeri boluju od infekcija kože, vena i krvi, uslijed prakse nesterilnog ubrizgavanja (17). Postoje prijave slučajeva pojačanog ubrizgavanja propisanih lijekova smravljenih u prah, što povećava rizik od plućne embole i endokarditisa (76-78). Neki samostalno spravljeni zakiseljivači, koji se koriste da se određene opojne droge učine rastvorljivima, prouzrokuju gljivice koje, kada se ubrizgaju, mogu prouzrokovati infekciju srca endokarditis ili infekciju očiju koja može dovesti do sljepila, a koja se naziva kandidalni *endophthalmitis* (79).

Razmotreno rasuđivanje: Na osnovu postojećih dokaza, mišljenja eksperata i bezbjednih praksi ubrizgavanja (80), najbolji način minimiziranja širenja HIV-a i HCV-a kod intravenoznih korisnika opojnih droga je davanje sterilnih igala i šprica, te druge čiste injekcijske opreme (kašike/kuhala, filteri, voda za ubrizgavanje, zakiseljivači, te suhi i alkoholni tamponi) za svako ubrizgavanje i u dovoljnim količinama. Opskrba u najboljem slučaju treba da bude besplatna i organizovana na način distribucije koji je prihvatljiv i lako dostupan korisnicima.

Razmatranje prakse: Dok neke okolnosti zahtijevaju povrat korištenih igala i šprica kako bi se dobile nove, ovakva politika može biti kontraproduktivna i predstavljati barijeru pristupu i korištenju sterilne injekcijske opreme. Kako bi se postigao cilj sprječavanja zaraznih bolesti, treba promovisati lak pristup iglama i špricama i potaknuti vraćanje igala i šprica, ali ne i apsolutno zahtijevati, kako bi se dobile nove. Rizik od povreda od uboda iglom na putu do mjesta za odlaganje mora biti predmet opreza dјelatnika NSP-a. Kako bi se potakao siguran prevoz i odlaganje injekcijske opreme, preporučuje se primjena neprobušivih posuda za prikupljanje i vraćanje injekcijske opreme. Druge strategije poput mjesta za bezbjedno odlaganje u zajednici kućnog prikupljanja su se takođe uspješno koristile u nekim mjestima. Koordinacija između službi za zamjenu igala i šprica i policije je od suštinskog značaja za osiguranje da nošenje injekcijske opreme neće biti korišteno kao razlog za hapšenje korisnika opojnih droga u okolini NSP-a.

Klijenti se obično izjašnjavaju o preferencama u vezi vrste šprica i veličine igala, koje variraju u zavisnosti od okruženja i podgrupe korisnika. Ove preference se trebaju pažljivo razmotriti kako bi se maksimiziralo shvatanje usluga. U nekim situacijama su na primjer davane kombinacije igala i šprica na uvlačenje, gdje se igla uvlači u špricu nakon korištenja i tako sprječava ponovno korištenje. Međutim, klijenti su to ponekad smatrali neprihvatljivim, što je dovelo do ograničenog shvatanja usluga i uzdržavanja. Prilagođenost korisniku, prihvatljivost i promocija shvatanja usluga trebaju biti glavni kriterij za odlučivanje o vrsti i kakvoći šprica i igala koje se nude. Gledišta i preference klijenata u vezi opreme za pripremu opojnih droga, te vrsti i veličini neprobušivih zdjela za čuvanje korištenih igala i šprica, se takođe trebaju imati u vidu, jer se ove preference razlikuju po podgrupama korisnika.

Postoje dokazi iz sistematskih radova da davanje igala i šprica dovodi do značajnog smanjenja samoprijavljenog rizičnog ponašanja prilikom ubrizgavanja (81). Takođe postoje dokazi da programi igla i šprica mogu smanjiti broj slučajeva HIV-a (81) (82). Zbog metodoloških ograničenja, bilo je teže zaključno proučiti povezanost između davanja opreme za pripremu opojnih droga, poput zdjela za miješanje opojne droge, sterilne vode i pamučnih filtera, i smanjenja HCV-a ili HIV-a (83). Međutim, HCV se mogao izolovati sa 67% tampona, 40% filtera, 33% uzoraka vode i 25% kašika koje su koristile HCV pozitivne osobe za pripremu opojne droga za ubrizgavanje (84).

Postoje epidemiološki dokazi iz primarnih studija da je dijeljenje opreme za pripremu opojne droge, posebno kuhala, povezano sa prenosom HCV-a među intravenoznim korisnicima koji ne dijele igle ili šprice (85) (75).

Širenje infekcije putem opreme za pripremu opojne droge

Voda: Voda se koristi za rastvaranje opojnih droga prije ubrizgavanja, te za ispiranje i sapiranje igle i šprice nakon ubrizgavanja. Korisnici mogu koristiti isti izvor vode u tu svrhu, što bi ih potencijalno moglo izložiti riziku od dobijanja krvlju prenosivih virusa koji mogu kontaminirati vodu.

Kašike: Kašike ili tzv. "kuhala" (npr. Stérictups®) se koriste za zagrijavanje i rastvaranje opojnih droga poput heroina prije ubrizgavanja ili za miješanje izmrvljenih tableta sa vodom. Korisnici mogu dijeliti kašike za pripremu opojne droge i doći u kontakt sa već korištenom ili kontaminiranom vodom, ili filteri mogu širiti bakterijske ili krvlju prenosive virusne.

Zakiseljivači: Zakiseljivači se koriste za rastapanje nerastopivih opojnih droga poput smeđeg heroina ili kreka. Neki zakiseljivači mogu dovesti do bakterijskih i gljivičnih infekcija. Infekcije se mogu izbjegići, ako se intravenoznim korisnicima nerastopivih opojnih droga daju jednokratne vrećice sa zakiseljivačem, kao što je askorbinska kiselina.

Filteri: Rastopljene opojne droge se ulijevaju u špricu kroz filter kako bi se sprječilo da velike čestice uđu u krvotok. Korištenje filtera prilikom ubrizgavanja u venu je važno, jer može sprječiti zgrušavanje krvi ili emboliјu. Međutim, dijeljenje filtera može dovesti do prenosa krvlju prenosivih virusa. Filteri se ponekad koriste ponovno, jer se misli da sadrže ostatke opojnih droga, ali su neki noviji komercijalni filteri izrađeni tako da minimiziraju apsorpciju opojne droge i rastvaraju je nakon upotrebe.

Alkoholni tamponi i suhi tamponi: Alkoholni jastučići od vate se trebaju koristiti za čišćenje mjesta za ubrizgavanje prije ubrizgavanja. Čisti suhi tamponi se mogu koristiti nakon ubrizgavanja, kako bi se zaustavilo krvarenje, jer alkoholni tamponi prolongiraju vrijeme krvarenja.

Preporučuje se davanje vode, kašika, zakiseljivača i filtera, alkoholnih jastučića od vate i suhih tampona, kako bi se smanjilo dijeljenje ili ponovna upotreba, te minimizirao potencijalni rizik prenošenja krvlju prenosivih virusa i bakterija.

Ne postoje jaki dokazi istraživanja učinkovitosti distribucije opreme za pripremu injekcija poput sterilne vode, kašika/kuhala, filtera ili alkoholnih tampona, u smanjenju broja slučajeva HIV-a i HCV-a. Jedna primarna studija sugerira vezu između dijeljenja opreme za pripremu opojne droge ili injekcijske opreme i samoprijavljenih pozitivnih HCV statusa (86). Takođe postoji rizik od bakterijskih kožnih infekcija zbog ponovnog korištenja injekcijske opreme ili nehigijenskih praksi ubrizgavanja (17). Međutim, postoje dokazi da distribucija takve opreme smanjuje rizično ubrizgavanje (87) (88) i djeluje kao poticaj za privlačenje i zadržavanje klijenata službi (89). Opskrba intravenoznih korisnika opojnih droga kesicama sa limunskom kiselinom je bila dobro prihvaćena od strane klijenata u jednom mjestu u Ujedinjenom kraljevstvu, te je pomogla privući klijente službama igla i šprica (90).

Sterilne igle i šprice, kao i čista injekcijska oprema, trebaju biti davane zajedno sa porukama promocije zdravlja o uslugama liječenja od opojnih droga i informacijama o znacima upozorenja na infekcije mekog tkiva ili kože (za dodatne informacije o porukama promocije zdravlja za intravenozne korisnike opojnih droga vidi dio teksta o promociji zdravlja, strana 24). Treba obratiti pažnju na davanje informacija o sigurnim praksama ubrizgavanja, koje naglašavaju da svaka igla i šprica, kao i oprema za pripremu opojnih droga (kuhala ili zdjele za miješanje, pamučni filteri, voda) trebaju biti jednokratni i da se nikada ne trebaju dijeliti među partnerima. Takođe bi bilo poželjno razmotriti davanje jednako atraktivne neinjekcijske opreme, kao što je folija za korisnike heroina ili želatinske kapsule za korisnike amfetamina, što promovira neinjekcijsku rutu korištenja opojnih droga (91-92).

Informacije o promociji zdravlja trebaju naglasiti pranje ruku sapunom i čistom vodom i čišćenje mjesta za ubrizgavanje alkoholnim tamponom (ili sapunom i čistom vodom) prije ubrizgavanja. Suhu pamučnu tamponu, radije nego korišteni alkoholni tamponi, trebaju biti preporučeni za pokrivanje mjesta ubrizgavanja odmah nakon ubrizgavanja. Trebaju se dati informacije o ranim znacima kožnih infekcija ili čireva i upala vena, a korisnici koji imaju te simptome trebaju biti upućeni na pravovremenu medicinsku pomoć.

Uprkos savjetu da se igle i šprice, kao i oprema za pripremu opojne droge, ne trebaju dijeliti ili ponovno koristiti, u većini mjeseta postoje dokazi da dolazi do ponovnog korištenja, često nenamjerno. Prvi odgovor na ponovno korištenje treba biti povećanje raspoloživosti i dostupnosti igala, šprica, i opreme za pripremu opojne droge, tako da se novi set može koristiti za svako ubrizgavanje. Ako ovo nije moguće, postoje dva načina na koja se može pomoći intravenoznim korisnicima opojnih droga da minimiziraju štete koje mogu nastati zbog ponovnog korištenja igala i šprica. Prvo, šprice koje imaju brojeve, kodove u boji, naljepnice ili neki drugi sistem anonimne identifikacije mogu pomoći u uspostavi sistema označavanja radi minimiziranja nehotičnog dijeljenja šprica. Drugo, dok se korištenje kloriranog izbjeljivača za dezinfekciju injekcijske opreme smatra kontroverznim, može se uzeti u obzir u slučajevima gdje je poznato da dolazi do ponovnog korištenja. Iako je u laboratorijama pokazana učinkovitost izbjeljivača u deaktiviranju HIV-a (93), ne postoji dovoljno dokaza njegove učinkovitosti u praksi ubrizgavanja, jer nema strogog pridržavanja protokola dezinfekcije. Mada bi izbjeljivač mogao biti alternativa "druge linije" za postizanje sterilnosti injekcijske opreme, dobijanje sterilne injekcijske opreme je ipak daleko poželjnija opcija.

Vakcinacija

Preporučena intervencija

Vakcinacija na hepatitis B i A, tetanus, vakcine protiv gripe i, posebno za osobe zaražene HIV-om, pneumokokalna vakcina

Razmotreno rasuđivanje: Na osnovu postojećih dokaza, vakcinacija je jedna od najučinkovitijih raspoloživih preventivnih intervencija. U većini slučajeva, intravenozni korisnici opojnih droga su izloženi povećanom riziku od dobijanja hepatitisa B, hepatitisa A i bakterijske infekcije tetanusa. Osobe zaražene hepatitom C (za kojeg trenutno ne postoji vakcina), a koje su istovremeno zaražene hepatitom A ili B, boluju od ubrzane progresije bolesti hepatitisa C i mnogo veće morbidnosti. Uslijed načina života, dobi, ili zaraze HIV-om, neki intravenozni korisnici mogu biti izloženi većem riziku influence ili upale pluća. Međutim, na raspolaganju su učinkovite vakcine koje mogu sprječiti svaku od ovih infekcija omogućavajući dobru kliničku zaštitu (94).

Razmatranje prakse: Vakcinacija na hepatitis B je sada uključena u rutinske programe dječje vakcinacije u većini zemalja članica. Međutim, otkako je 90-ih godina ova politika počela, neki od odraslih intravenoznih korisnika nisu bili vakcinisani u djetinjstvu. Iako 18 od 29 zemalja EU/EEA imaju programe hepatitis B vakcinacije za odrasle intravenozne korisnike opojnih droga, ova vakcinacija se ne daje uvijek besplatno (8) (95).

Obzirom da su neke populacije intravenoznih korisnika opojnih droga "teško dostupne" za vakcinaciju tradicionalnim sredstvima, postoji jedinstvena prilika za obavljanje "jednokratne" vakcinacije u fiksnim ili mobilnim službama koje pružaju usluge intravenoznim korisnicima opojnih droga. Postoje dokazi da se vakcinisanje poboljšava kada se integrira u druge usluge (96). Ustanovljeno je da vakcinacija intravenoznih korisnika opojnih droga dovodi do uštete troškova kada se obavlja u okviru programa igla i šprica, a postoje i ohrabrujući rezultati istraživanja o upravljanju nagrađivanjem za koji je ustanovljeno da duplira stopu primanja vakcine na hepatitis B (97-98). Osim toga, *outreach* programi mogu biti učinkovit način za povećanje uzimanja ponovljenih doza, dok programi vakcinacije u zatvorima ili rezidencijalnim centrima za rehabilitaciju od opojnih droga mogu biti učinkoviti u dolasku do onih koji su zatvoreni ili na liječenju od opojnih droge, uključujući i intravenozne korisnike opojnih droga.

Vakcina hepatitis B je obično daje kao tri odvojene injekcije, koje se daju tokom perioda od šest mjeseci, iako je moguć ubrzan raspored doziranja. Iako bi moglo biti teško osigurati da se klijent vrati na drugu i treću dozu vakcine, ipak vrijedi vakcinisati klijenta koji traži prvu dozu, obzirom da čak i jedna doza vakcine na hepatitis B može omogućiti djelimični imunitet (99). Treba napomenuti da je samoprijavljeni status o vakcinaciji intravenoznih korisnika opojnih droga često netačan kada se uporedi sa njihovim stalnim serološkim statusom (100). Testiranje na hepatitis B serum markerima u prvom kontaktu može pronaći ljude koji su neispravno prijavili vakcinaciju na hepatitis B. Takođe, stopa intravenoznih korisnika opojnih droga koji se rijetko ili nikako ne odazivaju, je viša od one kod opće populacije (101).

Zbog mogućnosti većeg rizika izbjijanja hepatitisa A kod intravenoznih korisnika opojnih droga, davanje kombinovane vakcine na hepatitis A i B se predlaže kao najbolji način za sprječavanje obje infekcije kod intravenoznih korisnika opojnih droga (102-103). Ovo je od suštinske važnosti za one koji su pozitivni na hepatitis C.

U svim evropskim zemljama, vakcine protiv tetanusa se daju kao dio programa imunizacije u djetinjstvu, ali se pojačivač obično daje svakih pet do deset godina u odraslotu dobu. Status vakcinacije na tetanus treba biti provjeren kod intravenoznih korisnika opojnih droga, a vakcina za pojačanje treba biti ponuđena, ako status vakcinacije nije poznat, posebno za one korisnike koji imaju infekcije na mjestima ubrizgavanja. Često se daju kombinovana vakcina na tetanus i difteriju, a to se savjetuje, jer difterija ima visok stepen smrtnosti, iako je rijetka u Evropi.

Na kraju, preporučuje se davanje sezonske vakcinacije na gripu i pneumokokalne vakcinacije (posebno ako je klijent pozitivan na HIV i/ili ima više od 50 godina), kako bi se minimizirao rizik od gripne ili pneumokokalne infekcije (za više informacija vidi (16)).

Važno je napomenuti da je vakcinacija protiv TB korištenjem Bacillus Calmette-Guérin (BCG) vakcine obično preporučljiva samo za dojenčad koja žive u područjima gdje je TB visoko endemična i za dojenčad ili djecu izloženu određenom riziku od TB u područjima gdje je broj slučajeva mali. Postoje ograničeni dokazi za primjenu BCG-a kod odraslih pacijenata, koja ima kontraindikacije kod osoba sa oslabljenim imunitetom poput simptomatične HIV infekcije (104).

Liječenje od ovisnosti o opojnim drogama

Preporučena intervencija

Liječenje zamjenskim opojnim sredstvima i drugi oblici učinkovitog liječenja ovisnosti o opojnim drogama.

Liječenje od ovisnosti o opojnim drogama predstavlja važnu komponentu u sveobuhvatnim aktivnostima prevencije štete po zdravlje povezane sa ovisnošću o opojnim drogama (27,105-106). U mnogim evropskim zemljama, liječenje ovisnosti o opojnim drogama predstavlja centralni dio u nizu intervencija za prevenciju prenosa infekcija povezanih sa opojnim drogama (54). Ono takođe igra ulogu u povećanoj privrženosti liječenju od zaraznih bolesti kod intravenoznih korisnika opojnih droga (1-2,107-108). Liječenje od opojnih droge obuhvata niz medicinskih (farmakoloških), psiholoških, socijalnih i bihevioralnih strategija za zaustavljanje ili smanjenje korištenja i ubrizgavanja opojne droge, i može se davati u mobilnim ili rezidencijalnim ustanovama. Psihosocijalni terapeutski pristupi mogu varirati od individualnog savjetovanja i motivacionih tehnika razgovora do strukturiranih intervencija psihološkog tretmana prilagođenih individualnim potrebama i situaciji. Važni aktuelni terapeutski pristupi su kognitivne i bihevioralne terapije, koje imaju za cilj da utiču na kognitivne aktivnosti i odviknu od kondicionalnog korištenja opojnih droga i njegovih raznih kombinacija. Psihosocijalne intervencije se mogu primjenjivati same ili u kombinaciji sa farmakoterapijom.

Farmakološki tretman za ovisnost o opojnim sredstvima se sastoji od propisanog opojnog medikamenta koji sprječava simptome odvikavanja i smanjuje želju, pritom omogućavajući korisniku da vodi stabilniji život; smanji nezakonito korištenje heroina, rizično ponašanje i kriminalne aktivnosti; te poboljša zdravlje, dobrobit i kvalitetu života (68). Tretman zamjenskim opojnim sredstvima (OST) se često vrši u kombinaciji sa psihosocijalnim tretmanom i dodatnim uslugama podrške (109-112).

Opiumski agonisti se takođe mogu koristiti za tretman detoksifikacije. Međutim, detoksifikacija bolničkih pacijenata treba biti integrisana sa drugim opcijama liječenja, prije nego pružena kao samostalna usluga, kako bi se izbjegle visoke stope povratka (111).

Učinkovitost liječenja zamjenskim opojnim sredstvima

Podaci iz studija o ishodu liječenja i kontrolisanih proba pokazuju učinkovitost metadona i drugih tretmana zamjenskim opojnim drogama u liječenju ovisnosti o heroinu i drugim opojnim sredstvima. Postoji mnogo dokaza iz radova u vezi uticaja liječenja zamjenskim opojnim sredstvima na broj slučajeva infekcija, kao i na rizično ubrizgavanje (81, 108-111,113-118).

U pogledu rizičnog ponašanja, identifikovan je veliki broj studija jake izrade u tri velika rada koje daju dokaze o učinkovitosti liječenja zamjenskim opojnim sredstvima u smanjenju rizičnog ponašanja (108,115,118). Sva tri rada zaključuju da je OST vezan za smanjenje samoprijavljenih slučajeva i učestalosti ubrizgavanja, te smanjenje dijeljenja injekcijske opreme i bodova rizičnog ubrizgavanja.

Procjenjujući dokaze o učinkovitosti OST-a u smanjenju prenosa HIV-a, isti radovi konzistentno nalaze dovoljno dokaza za zaključak da je, u zajednicama, OST učinkovit u smanjenju serokonverzije HIV-a, posebno u slučajevima kontinuiranog liječenja i kada je doziranje adekvatno.

Dokazi učinaka OST-a na smanjenje broja slučajeva HCV-a su bili teži za utvrditi. Ovo u velikoj mjeri može biti prouzrokovano činjenicom da se HCV lakše prenosi ubrizgavanjem, te vjerovatno dijeljenjem injekcijske opreme⁴, kao i mnogo većim osnovnim nivoima udjela bolesti kod intravenoznih korisnika opojnih droga širom Evrope, koji konstituiraju rezervoar rizika od infekcije. Međutim, noviji podaci, uključujući podatke kohortne studije u zajednici o broju slučajeva hepatitisa C među klijentima OST-a, zajedno se meta-analizom studija izrađenih u Ujedinjenom kraljevstvu (70-71,119-121) sugeriraju jak pozitivni uticaj OST-a na sprječavanju HIV zaraza. Ove studije ukazuju na veće koristi onih koji podliježu kontinuiranom OST-u u usporedbi sa onima koji prekidaju OST; na zaštitni učinak

⁴ Infekcija hepatitom C se karakteriše komparativno visokom koncentracijom infektivnog virusa u krvi, ne samo tokom primarne faze infekcije, nego i kod osoba koje postanu hronično inficirane (u poređenju sa HIV infekcijom). Ovo može dovesti do visoke stope prenosa HCV-a nakon izloženosti, jer je vjerovatno da će minimalna infektivna doza često biti prekoračena u situacijama dijeljenja među inficiranim i neinficiranim intravenoznim korisnicima opojnih droga. Ovu hipotezu podržava činjenica da je udjel hepatitisa C često veći od udjela HIV-a u zajednicama korisnika, a epidemija hepatitisa C je obično veća od epidemije HIV-a u zajednicama korisnika. To bi takođe moglo objasniti zašto je teže ublažiti rizike HCV-a samo jednom intervencijom i zašto je velika pokrivenost potrebna za postizanje učinka na nivou populacije.

tretmana metadonom protiv primarnih⁵ i sekundarnih⁶ HIV i HCV infekcija; te na „dose-response“ učinke OST-a, gdje oni koji su duže liječeni imaju manje stope HCV-a.

Niz nasumičnih kontrolisanih proba tokom proteklih 15 godina je pružilo dokaze učinkovitosti nadziranog tretmana pomoću heroina koji se može ubrizgati (*heroin-assisted treatment - HAT*) za dugoročne uporne ovisnike o heroinu, koji se ne odazivaju na standardne tretmane.

Rezultati pokazuju da, u usporedbi sa klasičnim ili optimiziranim OST-om, klijenti uporni u HAT liječenju pokazuju slično ili veće zadržavanje na liječenju, intenzivno uzdržavanje od kriminalnih aktivnosti (poput kriminala iz koristoljublja kako bi se finansirala kontinuirana upotreba uličnog heroina i drugih uličnih opojnih droga), i postižu velike smanjenja količine ubrizgavanja uličnog heroina, koja se vremenom održava (122).

Razmotreno rasuđivanje: Na osnovu konzistentnih dokaza iz velikog broja jakih studija i radova, kao i mišljenja eksperata, liječenje od ovisnosti o opojnim drogama treba biti raspoloživo i lako dostupno, posebno OST za korisnike opojnih sredstava. Psihosocijalni tretman unaprjeđuje učinkovitost OST-a kada se koristi u kombinaciji, predstavlja glavnu opciju liječenja za korisnike stimulansa i preporučuje se na osnovu mišljenja eksperata.

Kombinatorni pristupi unaprjeđuju uticaj OST-a na infekcije

Studije o ishodima pridržavanja, završetka liječenja i apstinencije potvrđuju u nastavku da učinkovitost OST-a može biti poboljšana kada su omogućene i psihosocijalne intervencije (123). U nasumičnim kontrolisanim studijama o učincima bihevioralnih intervencija na slučajeve HCV-a kod intravenoznih korisnika opojnih droga u Ujedinjenom kraljevstvu (124), unaprjeđeno savjetovanje kombinovano sa OST-om je bilo upoređeno sa samim OST-om. Rezultati su pokazali niže stope serokonverzije HCV-a kod grupe kojima su pružene obje intervencije.

Nedavna studija ukazuje na važnost kombinovanja liječenja zamjenskim opojnim sredstvima sa dodatnim mjerama smanjenja štete, kako bi se smanjili slučajevi infekcija, uključujući i prenos HCV-a. Amsterdamska kohortna studija (71) je dovela do zaključka da je puno učešće kako u liječenju metadonom, tako i programima igla i šprica, bilo vezano za smanjen rizik HCV infekcije, čak i ako se učinak nije mogao pokazati za liječenje metadonom i programe igla i šprica pojedinačno. Kohortna studija rađena u UK (119) je takođe pokazala veći učinak OST-a na smanjenje slučajeva HCV-a kada se kombinuje sa davanjem šprica. U skorije vrijeme, meta-analiza šest studija u UK, koja je prikupljala podatke na individualnom nivou o pokrivenost intervencijama, kao i novonastale HCV infekcije kod intravenoznih korisnika opojnih droga u zajednici, je dokumentovala da je omogućavanje OST-a i programa igla i šprica nezavisno dovelo do smanjene stope slučajeva HCV-a u ovoj grupi (70). Osim toga, ove dvije intervencije su djelovale sinergično, smanjujući šanse nove HCV infekcije za približno 80%, kada je bila prisutna velika pokrivenost programima igla i šprica za one koji su nastavili ubrizgavati tokom tretmana zamjenskim opojnim sredstvima.

Učinkovitost kombinacije pristupa prenosima HIV-a je nadalje ocijenjena u studiji urađenoj u New York City (125), koja je uporedila učinkovitost „kombinovanog preventivnog programa“ (liječenje metadonom, edukacija i *outreach*, smanjenje rizika, testiranje na HIV i program igla i šprica) sa „programom početne prevencije“, isključujući zamjenu igala (liječenje metadonom, edukacija i *outreach*, testiranje na HIV). Vremenom je posmatrani udio HIV-a porastao u većoj mjeri među onim koji su sudjelovali u ograničenom programu, a u poređenju sa onima u kombinovanom programu, što sugerira da je kombinacija OST-a sa zamjenom šprica mogla imati ulogu u ograničenju prenosa HIV-a.

Učinkovitost ostalih pristupa liječenju

Postoji niz drugih raspoloživih opcija liječenja od opojnih droga, uključujući psihosocijalni tretman, kognitivne bihevioralne intervencije, upravljanje nagradivanjem, te vršnjačke grupe za podršku.

Dok nijedna intervencija psihosocijalnog tretmana samostalno nije pokazala jasnu učinkovitost u liječenju ovisnosti o opojnim sredstvima (108), nalazi opservacijskih studija (velike kohortne studije poput DATOS u SAD-u i NTORS u UK) pokazuju da svi rezidencijalni programi, programi zajednice i programi liječenja metadonom smanjuju intravenozno korištenje opojnih droga i dijeljenje igala. Tokom tretmana su umanjena rizična ponašanja ubrizgavanja, te konsekventno i rizik od infekcije postaje manji (109). Psihosocijalno liječenje može igrati veliku ulogu u tretiranju su-morbidnih psiholoških poremećaja korisnika opojnih droga, poput anksioznosti, depresije ili niskog samopouzdanja, te u poboljšanju vještina savladavanja u vezi korištenja opojnih droga.

⁵ Infekcije kod neinficiranih osoba.

⁶ Infekcije HIV-om ili HCV-om kod monoinficiranih osoba.

Liječenje za intravenozne korisnike opojnih droga koji nisu ovisni o opojnim sredstvima

Iako su se neki farmakološki agensi za tretman korisnika stimulansa pokazali obećavajući ili se trenutno testiraju, nijedan farmakološki tretman se do sada nije pokazao kao konzistentno učinkovit u smanjenju korištenja opjnih droga i povećanju zadržavanja na liječenju za ovu grupu (108). Nekoliko nasumičnih proba je u toku sa ciljem testiranja novih lijekova za tretman ovisnosti o kokainu. Trenutno su Disulfiram, supstanca koja djeluje sa metabolizmom alkohola, i Vigabatrin, antiepileptički lijek, dvije supstance koje obećavaju. Pokušaji razvoja vakcine kokaina se nastavljaju (54).

U odsustvu farmakoloških liječenja, psihosocijalno liječenje je posebno važno za korisnike stimulansa. Međutim, jedini sistematski pregled dokaza u vezi psihosocijalnog liječenja zloupotrebe ili ovisnosti o psihostimulansima nije došao do čvrstih zaključaka u vezi učinkovitosti pristupa pojedinačnog liječenja u odnosu na ovisnost o psihostimulansima, obzirom na heterogenost studija (126).

Jedna velika studija je ustanovila da je upravljanje nagrađivanjem (CM), koje uključuje novčane podsticaje za oslobođanje od opojnih droga ili ostanak na liječenju, bilo povezano sa većim stopama apstinencije i zadržavanja na liječenju korisnika stimulansa (108). U kombinaciji sa liječenjem metadonom, CM je pokazao pozitivne ishode za klijente koji su ovisni, kako o opojnim sredstvima, tako i o stimulansima. Međutim, još uvijek nedostaje dokaza za konsolidaciju ovih nalaza.

Ista studija naglašava da postoje skromni dokazi o efikasnosti drugih bihevioralnih pristupa, uključujući kognitivnu bihevioralnu terapiju, unaprjeđenje u zajednici kroz CM, i individualno savjetovanje za tretiranje zloupotrebe stimulansa. Postoje slabi dokazi u vezi uticaja motivacionog intervjuisanja i za učinkovitost terapeutskih zajednica u pogledu liječenja korisnika stimulansa.

Liječenje zamjenskim opojnim sredstvima

Liječenje metadonom je razvijeno u SAD-u 60-ih godina, ali je njegovo uvođenje u kliničku praksu u Evropi poraslo tek od sredine 80-ih. Danas su metadon i buprenorf, dihidrokodein, *slow-release* morfin, i diacetilmorfin (heroin), u upotrebi u evropskim zemljama⁷ (112). Nakon usvajanja sveobuhvatnih politika o opojnim drogama od strane EU zemalja, omogućavanje liječenja zamjenskim opojnim sredstvima je ubrzano od sredine 90-ih godina, te danas pokriva više od polovine procijenjene ciljne populacije (54,127-128). Udio buprenorfina u liječenjima zamjenskim opojnim sredstvima u Evropi je manji nego udjela liječenja metadonom, ali je u porastu, dijelom zbog njegovog profila bolje sigurnosti. Buprenorf je djelimični agonist, ima slabije opojne učinke i proizvodi niži nivo fizičke ovisnosti, ali je manje vjerovatno da će rezultirati predoziranjem. Često se koristi u dugoročnim zamjenskim liječenjima koje pružaju doktori u ordinacijama. Činjenica da je danas veliki dijapazon supstanci, uključujući heroin, raspoloživ za liječenje korisnika opojnih sredstava, omogućava doktorima da veliki broj korisnika opojnih droga uključe u optimizirane farmakološke tretmane. Detaljan vodič za psihosocijalno podržan farmakološki tretman ovisnosti o opojnim sredstvima je objavljen od strane Svjetske zdravstvene organizacije 2009.godine (111).

Kvaliteta i nadzor: Usluge liječenja moraju biti dobro organizovane i visoke kvalitete, uključujući i visok nivo obuke osoblja, kako bi se postigli najbolji rezultati. Posebno treba pratiti raspoložive međunarodne smjernice o režimu liječenja, doziranju i nadzoru (111, 129). Dokazi pokazuju da treba potaknuti fleksibilne strukture doziranja, uključujući nisku početnu dozu i veću trajnu dozu, bez restrikcija o doziranju i trajanju liječenja (110, 130). Kako bi se optimizirala učinkovitost liječenja zamjenskim opojnim sredstvima, dokazi nadalje ukazuju da je kontinuirani tretman učinkovitiji u poređenju sa kratkoročno primjenom OST-a (108). Neki oblici OST-a, poput metadona, će biti manje učinkoviti (tj. imati niže nivoe seruma), ako se daju istovremeno sa postupkom liječenja tuberkuloze i HIV-a. Ovo treba pratiti i prilagođavati doze, kako bi liječenje bilo učinkovito (131).

Pristupačnost: Pružanje OST-a putem niskopražnih usluga takođe treba uzeti u obzir. Niskopražni programi su orientirani na smanjenje štete, prije nego na apstinenciju, i fleksibilniji su u smislu kriterija podobnosti i pružanja usluga, u poređenju sa visokopragnim programima. U ovim okolnostima je preporučljivo kombinovano korištenje usluga za smanjenje štete, što može unaprijediti učinak liječenja. Tokom liječenja od opojnih droga, mnoge usluge vezane za infekcije, poput testiranja i savjetovanja iniciranog od strane pružaoca usluga i klijenta, vakcinacija, liječenja zaraznih bolesti, ili preventivne opreme, trebaju biti ponuđene osobama sa istorijom aktuelnog ili prošlog intravenoznog korištenja opojnih droga. Mentalna zdravstvena skrb (i dodatna opća zdravstvena skrb od strane doktora opće prakse ili internih specijalista, ako su na raspolaganju) treba biti kombinovana sa liječenjem od ovisnosti o opojnim drogama. Pristupačnost ovakve skrbi je posebno važna za intravenozne korisnike opojnih droga koji su u kontaktu sa niskopražnim institucijama.

Dijeljenje: Opidni zamjenski lijekovi se mogu dijeliti na klinikama, u specijalističkim centrima u zajednici ili u apotekama. U svim mjestima, direktni nadzor pacijenta koji uzima lijekove može spriječiti dospijevanje lijekova na

⁷ Farmakološko liječenje sa opioidnim antagonističnim naltreksonom koji blokira učinke heroina i drugih opojnih sredstava i igra malu ulogu u Evropi, jer je liječenje bilo povezano sa visokim stopama potrošnje.

ilegalno tržište. Međutim, doze "za ponijeti" omogućavaju pacijentima da ispunjavaju porodične i radne obaveze i vode "normalniji" život. Ključni zahtjev za sve one koji su podvrgnuti takvom liječenju su redovni medicinski pregledi (16,111).

Fleksibilnost u vezi početka liječenja: Rezultati primarnih istraživanja pokazuju pozitivne učinke privremenog liječenja metaodnom na rizično ponašanje (132). Odmah raspoloživ tretman u obliku privremenog davanja metadona omogućava intravenoznim korisnicima opojnih droga da iskoriste zaštitni učinak liječenja zamjenskim opoidima na rizično ponašanje.

Doprjeti do teških ciljnih grupa: Dugoročno ovisni korisnici heroina koji se ne odazivaju na standardna liječenja su imali koristi od programa koji omogućavaju nadzirano liječenje pomoći heroina koji se može ubrizgati (HAT) (122). Pružanje HAT-a zahtjeva strukturalno adaptirane usluge u cilju poštivanja striktnih sigurnosnih uslova i prevencije dospijeća na ilegalno tržište. Klinike moraju biti otvorene za sesije nekoliko puta dnevno, svaki dan u godini, kako bi klijentima bilo omogućeno da dobiju tretman pod nadzorom, kako je navedeno u smjernicama (122). Iako su troškovi ovog liječenja "druge linije" veći nego troškovi oralnog liječenja metadonom, ovo se kompenzira značajnim uštedama za društvo – posebno smanjenjem troškova krivičnih postupaka i zatvora zbog sa tim vezanog kriminalnog ponašanja (133).

Zatvorsko okruženje: Pregledi eksperimentalnih i opservacijskih studija o OST liječenju u zatvoru pokazuju da su koristi liječenja zamjenskim sredstvima u zatvoru slični onima u okruženju zajednice (32,134-136). Učiniti takvo liječenje dostupnim u zatvorima predstavlja priliku za smanjenje nelegalnog korištenja opojnih sredstava i rizičnog ponašanja u zatvoru. Dobra povezanost između programa u zatvoru i onih u zajednici je važna za postizanje kontinuiteta liječenja (prije zatvaranja/nakon puštanja), tako da se mogu izvući dugoročne koristi i spriječiti visok rizik od štete, uključujući i smrt u periodima direktno nakon puštanja.

Testiranje

Preporučena intervencija

Dobrovoljno i povjerljivo testiranje uz informisani pristanak na HIV, HCV (HBV za nevakcinisane) i druge infekcije uključujući TB, treba biti ponuđeno rutinski i vezano za uputu na liječenje.

Razmotreno rasuđivanje: Mišljenje eksperata ide u korist dobrovoljnog i povjerljivog testiranja na zarazne bolesti, jer postoji mogućnost potencijalnog smanjenja rizika, te zato što dijagnoza zasnovana na testovima predstavlja preduslov za dobijanje liječenja. Uslijed rizika infekcije vezanog za intravenozno korištenje opojnih droga, vjerovatno je da će testiranje intravenoznih korisnika opojnih droga u Evropi na HIV, hepatitis B i hepatitis C, biti rentabilno. Testiranje na TB je po svoj prilici isplativo u većini zemalja. Testovi za ostale infekcije trebaju biti uzeti u obzir za standardnu ponudu medicinskog tretmana (poput testova na hepatitis A, D, sifilis i drugih općih testova jetre i krvi). Učestalost medicinskih pregleda i testiranje, kao i razmišljanja o tome koje testove raditi, treba biti prilagođeno individualnim kliničkim znakovima i simptomima, te lokalnoj epidemiološkoj situaciji. U slučaju intravenoznih korisnika opojnih droga, rizik je često veoma visok i u tom slučaju bi testiranje trebalo biti ponuđeno jednom do dva puta godišnje (16).

Preporučuje se dobrovoljan i povjerljiv pristup rutinski ponuđenih usluga testiranja. "Dobrovoljan" znači da, iako je testiranje standard medicinske skrbi, osoba se informiše o testovima i njihovim potencijalnim posljedicama, te daje eksplicitnu saglasnost za testiranje. "Rutinski ponuđeno" znači da pružaoći usluga skrbi trebaju preporučiti testiranje na zarazne bolesti kao standardnu komponentu medicinske skrbi intravenoznim korisnicima opojnih droga.

Međutim, procjene prijavljene od strane zemalja EU/EEA sugeriraju da je samo 10 do 60 posto intravenoznih korisnika opojnih droga testirano na HIV tokom proteklih 12 mjeseci (137), a procenat je po svoj prilici dosta niži za ostale infekcije. Pravovremeno pronaalaženje krvlju prenosivih virusa i drugih bolesti omogućava klijentima da potraže medicinsku pomoć za liječenje infekcije, sprječavanje komplikacija i smanjenje rizika daljeg prenosa bolesti (138). Testiranje nudi važnu priliku za savjetovanje i educiranje intravenoznih korisnika opojnih droga o sprječavanju infekcija (ako su testovi negativni) i nastavku prenosa (ako su testovi pozitivni). Savjetovanje o smanjenju rizika u kombinaciji sa testiranjem može rezultirati u smanjenju rizičnog ponašanja (139).

Krvlju prenosive infekcije

EMCDDA je 2010. godine izdala operativne smjernice za pružaoce usluga zdravstvene skrbi da iniciraju testiranje svojih pacijenata, koji su intravenozni korisnici opojnih droga, na HIV, virusni hepatitis i druge infekcije, uključujući bakterijske kožne infekcije, seksualno prenosive infekcije i respiratorne infekcije. Ove smjernice mogu biti korisne za vođenje programa prilikom implementacije testiranja intravenoznih korisnika opojnih droga (16). Opće smjernice na HIV testiranje su izdate od strane ECDC-a (138). Ukratko, intravenoznim korisnicima opojnih droga treba ponuditi testiranje koje se pridržava standarda kvalitete nacionalnih smjernica. Međutim, više pažnje treba posvetiti dopiranju

do i savjetovanju ove ranjivije i teško dostupne populacije, tako da se može postići dobar pristup testiranju, dobro razumijevanje razloga testiranja i saglasnost da je testiranje jasno dobrovoljno. Omogućavanje testiranja na licu mjesta u mobilnim službama može povećati učešće u testiranju na HIV, HBV i HCV (vidi dio teksta ispod o finskom iskustvu sa testiranjem na licu mjesta). Iako testiranje za potvrdu pozitivnih testova na licu mjesta traje koliko i redovno testiranje, negativni rezultati testiranja su gotovi odmah, a preliminarni pozitivni rezultati testa u kombinaciji sa savjetovanjem o smanjenju rizika mogu dovesti do smanjenja rizičnog ponašanja. Testiranje treba biti povezano sa liječenjem zaraženih i sa uputom specijalisti na procjenu i praćenje kroz lokalnu liječničku skrb za one kojima je potvrđeno da su pozitivni na HIV, hronični HCV i HBV ili druge infekcije koje zahtijevaju liječenje.

Tuberkuloza

TB skrining predstavlja dodatne i važne izazove koji zahtijevaju ključnu pažnju kod intravenoznih korisnika opojnih droga. Kontrola TB-e se u velikoj mjeri oslanja na pronalazak zaraznih bolesti i liječenje istih najmanje šest mjeseci kombinacijom antibiotika prema međunarodnim preporukama (140-141).

Kašnjenje pacijenata u traženju pomoći je uobičajeno kod intravenoznih korisnika opojnih droga, što povećava rizik prenosa tuberkuloze i težine bolesti (142-143). Intenzivirani nalaz slučaja je važan za smanjenje prenosa i poboljšanje ishoda i prognoze za pacijenta. TB skrining se može izvršiti sa ciljem pronalaska aktivne ili latentne infekcije. Sa stanovišta javnog zdravstva, identifikacija aktivne tuberkuloze je od ključne važnosti, jer smanjuje direktni prenos. Međutim, obzirom da su intravenozni korisnici opojnih droga, posebno oni koji su seropozitivni na HIV, pojačano izloženi riziku progresije u aktivnu bolest, takođe je važna i dijagnoza latentne TB praćene preventivnom terapijom. U idealnom slučaju, svi intravenozni korisnici opojnih droga trebaju biti testirani na aktivnu bolest tuberkuloze ili latentnu infekciju tuberkulozom.

Korištenje testova na licu mjesta u niskopražnim zdravstvenim službama u Finskoj

Od 1999., program brzog testiranja na HIV na licu mjesta (PoC testiranje) je implementiran u centrima niskopražnih zdravstvenih usluga (LTHSC), koje pružaju usluge intravenoznim korisnicima opojnih droga u Finskoj. Godine 2011., 10 od 34 ovakva Centra su imali u ponudi brze HIV testove, ocijenjene i preporučene od strane Nacionalnog instituta za zdravlje i dobrobit (THL).

THL pruža podršku programima PoC testiranja nudeći laboratorijski i savjetodavni trening, program procjene kvalitete i monitoringa, i daje savjete o praktičnim aspektima potrebnim za testiranje. Prije uvođenja PoC brzog testiranja u novom Centru, svo osoblje koje radi sa brzim testovima mora proći trening u THL-u. Ovaj institut organizuje postupke procjene kvalitete HIV antitijela u kombinaciji sa eksternim službama za procjenu kvaliteta tri puta godišnje, te vrši testove za potvrdu pozitivnih rezultata. THL takođe daje svakodnevne savjete i vrši monitoring programa testiranja, prikupljajući podatke o pokrivenosti i rezultatima programa nadzora i procjene uticaja.

Klijentima se nude besplatni, anonimni i brzi HIV testovi u svim centrima, bez potrebe najave. Test se vrši u posebnom dijelu za testiranje koji osigurava privatnost. Predtestno savjetovanje uključuje razgovor o rizičnom ponašanju, sigurnim seksualnim praksama i okvirni period za HIV antitijela. Testiranje se provodi iz krvi uzete iz prsta, a rezultati su gotovi za 15 minuta. Negativni rezultati testa se daju odmah nakon testa, a pozitivni rezultati se dodatno potvrđuju iz odvojeno uzete krvi iz vene. Rezultat potvrde je spreman za sedam dana. Pozitivni slučajevi se upućuju na bolničku njegu.

Između 1999. i 2010. godine, više od 8000 uzoraka od korisnika opojnih droga su testirani u Centrima niskopražnih usluga sa rezultatom od 47 potvrđenih pozitivnih slučajeva HIV-a. Ukupna prihvaćenost brzog oblika testiranja od strane zdravstvenih radnika i klijenata centara je bila pozitivna. Većina klijenata preferira brzo testiranje na licu mjesta u odnosu na konvencionalno testiranje.

TB skrining je dio sveobuhvatnog procesa pružanja usluga zdravstvene skrbi koji zahtijeva pristup službama za mikrobiologiju, ustanovama za liječenje, lijekove i podršku za sve dijagnosticirane pacijente. TB skrining / dijagnoza uključuje medicinski karton, rendgen grudnog dijela, tuberkulinski test kože (TST) i, ako su raspoloživi, testove krvi (*interferon-gamma release assays - IGRA*). Metoda koja se koristi zavisi od nacionalnih smjernica ili, ako nacionalne ne postoje, od međunarodnih smjernica za TB skrining (131) (16) (144).

Nadalje, prisustvo znakova i simptoma TB-a kod intravenoznih korisnika opojnih droga bi trebala da se identificuje putem kliničkih pregleda, a u idealnom slučaju bi klijenti trebali ispuniti upitnik o mogućim simptomima prije testiranja. Svaki TB skrining, posebno kod intravenoznih korisnika opojnih droga sa simptomima ili znakovima TB-a, treba biti propraćen najmanje mikroskopijom brisa pljuvačke uz puni pristup laboratoriju koji ima kapacitete, tehničko iskustvo i profesionalnost za kulturu svih sumnjivih slučajeva TB-a. Nakon ustanovljene sumnje na aktivni TB, definitivna TB dijagnoza treba biti zasnovana na potvrdi mikrobiološke kulture, uključujući testiranje na osjetljivost na opojne droge.

Pokazalo se da intravenozni korisnici opojnih droga mogu biti jedna od grupa sa najmanjim brojem potrebnim za profilaktički skrining i tretman, kako bi se sprječili slučajevi (145).

Ostale infekcije koje poguđaju intravenozne korisnike opojnih droga

Testiranje i liječenje seksualno prenosivih infekcija poput klamidije, gonoreje i sifilisa, bi trebalo potaknuti i učiniti dijelom redovnog testiranja, posebno među onima sa rizičnim seksualnim ponašanjem i onima koji imaju više seksualnih partnera, kao što su pružaoči seksualnih usluga. Upute, kondomi i lubrikanti se mogu davati na svim mjestima, čak i na onima gdje testiranje i liječenje nije uvijek moguće, poput mobilnih službi.

Osim toga, intravenozni korisnici opojnih droga su izloženi visokom riziku razvoja akutnih bakterijskih kožnih infekcija (uključujući MRSA), infekcija mekog tkiva, čревa, i kolapsa vena, sa potencijalno smrtonosnim komplikacijama. Uzroci infekcije su samo ubrzgavanje (koje omogućava rutu kožnim bakterijama za ulazak u tijelo), loša higijena, loše tehnike ubrzgavanja, i kontaminirane opojne droge (npr. Izbijanje antraksa u Škotskoj 2010. godine). Važno je da se prepoznaju (dijagnosticiraju) manje povrede i bakterijske infekcije, te pravovremeno liječe. U slučajevima čревa ili drugih lezija kože, treba napraviti bakteriološki test gnoja, tkiva ili drugih materijala i poslati ga u laboratoriju na ispitivanje (15).

Liječenje zaraznih bolesti

Preporučena intervencija

Antivirusno liječenje zasnovano na kliničkim indikacijama za one koji su zaraženi HIV-om, HBV-om ili HCV-om. Antituberkulozni tretman za aktivne slučajeve TB-a. TB profilaktična terapija treba biti razmotrena za latentne slučajeve TB-a. Liječenje drugih zaraznih bolesti treba da se nudi prema kliničkim indikacijama.

Razmotreno rasuđivanje: Nedavne studije su pokazale jasne koristi antivirusnih liječenja HIV-a, HBV-a i HCV-a kod intravenoznih korisnika opojnih droga. Novije međunarodne smjernice ne ograničavaju antivirusno liječenje ljudi koji ne koriste opojne droge, ukoliko nema drugih kliničkih kontraindikacija. Postoje jaki dokazi za koristi liječenja tuberkuloze na individualnom nivou i nivou populacije.

Razmatranje prakse: Testiranje treba biti blisko povezano sa liječenjem, sa jasno uspostavljenim uputama, kako bi se postigao kontinuitet njegove slučajeva sa pozitivnim testom i medicinski monitoring progresije bolesti, ako liječenje još nije navedeno. Treba imati u vidu veliki udio istovremenih infekcija kod intravenoznih korisnika opojnih droga. Uputa i osiguranje kontinuiteta njegove liječenje bolesti je posebno važno tokom planiranja puštanja iz zatvora. Interakcija lijekova se mora pažljivo pratiti, posebno kod osoba sa više infekcija.

Krvlju prenosive infekcije

Pružanje antiretroviralnog liječenja (ART) je suštinski dio njegove intravenoznih korisnika opojnih droga koji su pozitivno testirani na HIV. Za one koji su pozitivno testirani na hepatitis B ili hepatitis C, antiviralno liječenje je često klinički navedeno i treba se vršiti prema nacionalnim smjernicama (1,53,146-148). Sve osobe sa HIV-om ili hroničnim hepatitism B ili C zahtijevaju redovne medicinske preglede, čak i ako ne dobijaju antiviralni tretman.

Postoje dokazi da se aktivni intravenozni korisnici opojnih droga mogu uspješno podvrgnuti liječenju HIV- i imati koristi od toga. Postoje jednakako jaki dokazi da ne postoji veća otpornost na lijekove kod populacije korisnika u odnosu na ostale HIV pozitivne osobe koje dobijaju antiretroviralni tretman (149). Istraživanja su takođe pokazala da intravenozni korisnici opojnih droga mogu postići rezultate liječenja hepatitisa C uporedive sa onima kod generalne populacije nekorisnika, ako je tretman bio praćen odgovarajućom podrškom (150). Postoje dokazi da se liječenje hepatitisa C može izvršiti u okviru programa liječenja zamjenskim opojnim sredstvima, te da klijenti i osoblje podržavaju ovaj "jednokratni" model pružanja usluga (151-153).

Više studija je potvrdilo veću vjerovatnoću da će se HIV pozitivne osobe ili osobe sa istovremenom infekcijom HIV-a i HCV-a, koje su podvrgnute OST liječenju, pridržavati režima liječenja svoje infekcije ili infekcija, ali ne postoje dokazi o tome kako ovo utiče na količinu virusa. (Više detalja o uticaju OST-a na pridržavanje antiretroviralnog liječenja se može pronaći u Kliničkom protokolu Svjetske zdravstvene organizacije za Evropsku regiju (1)).

Takođe postoje dokazi modelskih studija da anti(retro)viralno liječenje HIV-a i hepatitisa C može uticati na sprječavanje prenosa zaraznih bolesti: Kada se pridržava liječenja, količina virusa se može smanjiti, umanjujući tako i rizik daljeg prenosa uz sprječavanje komplikacija infekcije kod intravenoznih korisnika opojnih droga koji su pozitivni na HIV ili hepatitis C (154).

Profilaksa HIV infekcija i hepatitisa C nakon izloženosti se može razmotriti u skladu sa međunarodnim i internacionalnim preporukama.

Tuberkuloza

Svi pacijenti sa dijagnozom aktivne tuberkuloze trebaju imati adekvatno liječenje. Liječenje treba poštivati nacionalne smjernice ili, ako ih nema, međunarodne smjernice (140-141), koje sadrže i specifične smjernice za specijalne kliničke situacije kao što su komorbidnosti poput HIV infekcije. Odgovor na liječenje treba biti propraćen klinički i bakteriološki. Kada je ustanovljeno da je pacijent pozitivan na aktivnu tuberkulozu, kontaktno praćenje indeksa slučajeva TB-a se mora osigurati.

Kod osoba sa poznatom HIV infekcijom, koje žive u mjestima sa jasnim rizikom ponovne izloženosti tuberkulozi i kod kojih je isključena aktivna tuberkuloza, treba razmotriti profilaktičko liječenje, nakon individualne procjene rizika. Isto tako, kada je dostupno antiretroviralno liječenje, postizanje i održavanje adekvatnog broja CD4 kod osoba zaraženih HIV-om će kod njih smanjiti rizik razvoja tuberkuloze nakon izloženosti. Ovo se treba imati u vidu prilikom individualne procjene rizika.

Korištenje profilaktičkog liječenja kod osoba zaraženih HIV-om treba pratiti "Prelaznu politiku WHO-a o kolaborativnim aktivnostima TB/HIV-a" (155) i "Smjernice politike za kolaborativne TB i HIV usluge za intravenozne i ostale korisnike opojnih droga. Integrisani pristup" (156).

Prema međunarodnim standardima za tuberkulozu, strategija za pridržavanje od strane pacijenta treba obuhvatati mjere za procjenu i poboljšanje pridržavanja, a propisi trebaju biti napravljeni za nepridržavanje. Zbog toga se preporučuje direktno praćenje (DOT) u cilju osiguranja multidisciplinarnog pristupa, kako bi se podržali pacijenti i poboljšalo pridržavanje. Poticajni programi za promociju pridržavanja DOT liječenja mogu biti od koristi (157).

Ostale infekcije koje pogađaju intravenozne korisnike opojnih droga

Ako su ustanovljene, seksualno prenosive zaraze se trebaju brzo liječiti prema nacionalnim smjernicama. Dugoročno ubrizgavanje često dovodi do hroničnih, neizlječivih rana kod intravenoznih korisnika opojnih droga. Procedure tretiranja rana mogu veoma učinkovite ako je stabilan odnos između klijenta i osoblja, i ako je zasnovan na povjerenju i pridržavanju liječenja.

Promocija zdravlja

Preporučena intervencija

Promocija zdravlja fokusirana na sigurnije ubrizgivanje; seksualno zdravje uključujući upotrebu kondoma; te sprječavanje bolesti, testiranje i liječenje.

Razmotreno rasuđivanje: Promocija zdravlja je podržana mišljenjem eksperata kao fundamentalni pratilac svih šest intervencija. Ona podržava implementaciju i društveni marketing ostalih direktnih intervencija. Sadržaj se treba rukovoditi potrebama korisnika.

Promocija zdravlja je "proces omogućavanja ljudima da pojačaju kontrolu nad svojim zdravljem i njegovim odrednicama, te na taj način poboljšaju svoje zdravje" (WHO 1986). Promocija zdravlja ne obuhvata samo davanje informacija i podršku, nego i savjetovanje u vezi smanjenja rizika. Sama promocija zdravlja nije učinkovita u smanjenju rizika od HIV-a kod intravenoznih korisnika opojnih droga, ali u kombinaciji sa drugim preventivnim mjerama poput davanja igala i šprica i liječenja od opojnih droga, promocija zdravlja može biti učinkovita (53,158). Poruke promocije zdravlja trebaju biti prilagođene spolu i kulturi, izrađene na različitim jezicima i adaptirane tako da koriste terminologiju koja je poznata korisnicima i koju će lako razumjeti.

Promocija zdravlja za sigurnije ubrizgavanje

- Koristite nove sterilne igle i šprice i čistu opremu za svako ubrizgavanje: "jedna igla – jedna šprica – jedanput". Nikada ne dijelite i ne posuđujte igle, šprice ili drugu opremu.
- Budite svjesni i spremni na situacije u kojima je teško spriječiti infekcije. Na primjer, ako postoji pritisak društva da dijelite pribor ili ako je situacija unekoliko haotična prilikom pripreme injekcije. Razradite strategije za smanjenje vjerovatnoće nemamjnernog dijeljenja injekcijske opreme (kao što je korištenje oznaka u boji ili etiketiranih šprica).
- Ohrabrite vršnjake koji ne ubrizgavaju da ne počnu ubrizgavati. Potaknite vršnjake koji ne ubrizgavaju da koriste sigurne prakse ubrizgavanja.
- Operite ruke prije i poslije ubrizgavanja; očistite kožu prije ubrizgavanja alkoholom ili drugim dezinfekcijskim sredstvom; koristite filter, izbjegavajte korištenje opasnih mesta za ubrizgavanja kao što su vrat i prepone; izbjegavajte ubrizgavanje ispod kože ili direktno u mišić; i očistite sve materijale dezinfekcijskim sredstvom, uključujući površinu stola, nakon ubrizgavanja.
- Koristite rute neubrizgavanja kao što su pušenje ili oralno uzimanje opojnih droga, radije nego ubrizgavanje. Folijeske ili želatinske kapsule se mogu koristiti u te svrhe.
- Spriječite predoziranje koristeći manje količine opojne droge (posebno nakon perioda apstinencije ili manje intenzivno korištenje opojne droge), ne koristeći opojnu drogu dok ste sami, ili prepoznavajući znakove predoziranja kod injekcijskih partnera i pozivom u pomoć odmah nakon što ste ih prepoznali. Budite pažljivi kada koristite opojnu drogu iz novih ili nepoznatih izvora i izbjegavajte miješanje opojnih droga poput alkohola, benzodiazapina i opioida. Koristite nadzirane zdravstvene objekte za higijensko ubrizgavanje, ako su takve usluge na raspolaganju.

Osim pisanih materijala, treba da postoje i vizualni i interaktivni edukacioni alati. Osobe koje se bave aktivnostima promocije zdravlja trebaju biti posebno obučeni o načinu prenošenja edukacije o zdravlju. Važno je imati na umu da promocija zdravlja treba biti skrojena po mjeri posebnih ličnih uslova poput mentalne bolesti. Ovo može imati uticaja na uspjeh truda za promociju zdravlja.

Svrha davanja poruka promocije zdravlja intravenoznim korisnicima opojnih droga je povećanje razumijevanja o zaraznim bolestima, prenosu infekcija i sprječavanju infekcija, sa ciljem smanjenja rizika dobijanja i prenosa zaraznih bolesti kroz ubrizgavanje opojnih droga, promovirajući sigurnije ubrizgavanje, prelaz na korištenje opojne droge bez ubrizgavanja ili prestanak korištenja opojne droge. Poruke promocije zdravlja trebaju biti skrojene po potrebama korisnika i prenošene u svakoj prilici: bilo na uglu ulice prilikom mobilne službe, ili u centru za liječenje od opojnih droga, ili tokom programa igla i šprica. Svaki kontakt sa osobom koja je trenutni intravenozni korisnik droge predstavlja šansu za pružaoca usluga da ocijeni potrebu promocije zdravlja i prenese savjet i poruke promocije zdravlja. Klijenti su često najbolje prosuđuju o svojim sopstvenim potrebama za informacijama o promociji zdravlja, a neki klijenti će tražiti informacije o zdravlju na osnovu potreba koje su sami identifikovali, ako je uspostavljeno povjerenje u pružaoca usluga.

Sigurniji načini intravenoznog korištenja opojnih droga

Ključne poruke za promociju sigurnijeg načina intravenoznog korištenja opojnih droga navedene su u okviru iznad. Njih dakako treba prilagoditi lokalnom kontekstu i specifičnim potrebama korisnika i individualnim stilovima života.

Iako je fokus ovih smjernica prevencija zaraznih bolesti među populacijom intravenoznih korisnika opojnih droga, najčešći uzrok smrtnosti u mnogim situacijama kod populacije koja uživa opijate je još uvjek predoziranje (159). Stoga je promoviranje zdravlja u vezi sa prevencijom predoziranja ključna aktivnost u koju bi se trebali uključiti svi oni koji rade ili dolaze u kontakt sa intravenoznim korisnicima opojnih droga. Posebno je važno da informacije dođu do ljudi koji trenutno učestvuju u formalnom tretmanu za ovisnike, koji su u procesu detoksikacije, te intravenoznih korisnika opojne droge koji se upravo izlaze iz zatvora, kako bi im se objasnilo da ih ponovno ili povećano korištenje opojne droge stavlja u rizik od predoziranja, budući da im je smanjena tolerancija na opojne droge. Glave poruke prevencije predoziranja usmjerene na intravenozne korisnike opojnih droga mogu također promovirati korištenje manjih doza ili ohrabriti prijatelje da ne koriste dok su sami (31). Mogu se uvesti i edukacije, da bi se korisnici opojnih droga naučili prepoznavati znake predoziranja kod prijatelja/partnera, te kako se ponašati u hitnim situacijama, npr. postaviti žrtvu u pravilnu poziciju i zvati hitnu pomoć. Neke su zemlje uvelje Nalokson koji administrira prijatelj/partner i već su zabilježeni pozitivni rezultati (160). Postoji i dodatna mogućnost da se smanji vjerovatnoća štetnih posljedica kroz ohrabrivanje intravenoznih korisnika opojnih droga da koriste prostore u kojima se nadgleda korištenje, ukoliko su dostupne takve usluge/ustanove. S obzirom na to da ih osoblje direktno nadgleda, dostupna je izravna pomoć u slučajevima predoziranja. Nedavno napravljena studija je dokazala povezanost između postojanja takvih ustanova i smanjenja smrtnih slučajeva kao posljedice predoziranja na nivou populacije (161). Konačno, velika većina onih koji postanu intravenozni korisnici to čine u društvu vršnjaka koji su uhodani korisnici. Najbolji učinak se postiže kada ključne poruke za promociju zdravlja kao npr. kako izbjegići iniciranje u intravenozno korištenje opojne droge ili kako na sigurnije načine koristiti opojnu drogu, prenose upravo vršnjaci.

Spolno prenosive bolesti i korištenje kondoma

Podaci o korištenju kondoma kod populacije intravenoznih korisnika opojnih droga u zemljama EU/EEA se kreću u rasponu od manje od 5% do gotovo 60%, što je i dalje mnogo niže od neophodnog postotka koji bi spriječio širenje spolno prenosivih bolesti, uključujući virusni hepatitis i HIV (137). S toga je jako važno da se aktivnosti promocije zdravlja fokusiraju na spolno prenosive bolesti među populacijom intravenoznih korisnika. Uz informacije o njihovom stalnom korištenju trebalo bi dijeliti i kondome i lubrikante. Treba pružiti i dodatne informacije o pregledima i terapijama spolno prenosivih bolesti, budući da postoje dokazi o prijenosu spolnih bolesti od intravenoznih korisnika na njihove partnerne i obratno (162-163). Opojne droge se također mogu povezati sa pružanjem seksualnih usluga u zamjenu za novac ili opojnu drogu, što povećava rizik za korisnike da dobiju ili prenesu spolno prenosivu bolest, ukoliko se dosljedno i pravilno ne koriste kondomi.

Prevencija bolesti, testiranje i liječenje

Promocija treba uključivati informacije koje pojašnjavaju načine prenošenja koji su uobičajeni među intravenoznim korisnicima opojnih droga. Treba pružiti i informacije o bolestima kao što su HIV, HCV i HBV, kako bi ljudi razumjeli da mogu prenijeti virus čak i ako se kod njih ne manifestiraju simptomi bolesti. U slučaju TB-a često postoji konfuzija vezana za infekcije i bolesti, te kojim je fazama infektivna (142) (143) (164). Studije pokazuju da se informacije o prevenciji HIV-a zamjenjuju sa prevencijom TB-a, kao recimo netočna predstava da se TB može spriječiti upotreborom kondoma ili izbjeljivanjem igala, što može objasniti i duži period od momenta kada pacijent primijeti simptome i momenta kada potraži liječničku pomoć. (142).

Neophodni su sveobuhvatni, lako dostupni informativni materijali, kao i aktivan dijalog o TB-u i virusima koji se prenose putem krvi. Jednako su važni i napor da se isprave zablude o bolesti i istovremeno bori protiv stigmatiziranja bolesti. Ključne poruke promocije zdravlja bi se također trebale fokusirati na podršku pacijentima da se pridržavaju terapije kako bi mogli biti izlijеćeni (TB, HBV i ako ima uspjeha HCV), i time umanjili rizik za stvaranje otpornosti na opojne droge i prenošenje infekcije na druge.

Na kraju, važno je pitanje društvene podrške i socijalne skrbi za intravenozne korisnike. Postoje dokazi da je recimo nadgledani smještaj povezan sa smanjenim rizikom od infekcije za ljude koji žive sa HIV-om (165). Izvjesno je da mnogi strukturalni faktori vezani za smještaj i ekonomsku dobrobit utječu na kvalitetu života i rizik od obolijevanja za mnoge intravenozne korisnike opojne droge. Pružanje podrške i usluga prema potrebama intravenoznih korisnika kao što su smještaj, hrana i niži kriteriji za mogućnost zaposlenja također imaju pozitivan učinak na rezultate vezane za zdravlje.

Ciljano pružanje usluga

Preporučene aktivnosti

Usluge bi trebalo kombinirati i organizirati i pružati prema potrebama korisnika i lokalnim uslovima; ovo uključuje pružanje usluga kroz kampanje i prisustvo na terenu, nudeći terapije, smanjenje štete, savjetovanje, testiranje i upućivanje u opće i specijalističke medicinske usluge.

Obrazloženje: dokazi i mišljenje stručnjaka podržavaju ciljano pružanje usluga prema potrebama korisnika i lokalnim uslovima.

Modeli pružanja usluga: pregled načina na koje privući korisnike uslugama

Kako je definirano osnovnim principima pružanja usluga, neophodno je pažljivo razmotriti na koji način organizirati i pružati usluge korisnicima kako bi se što više otvorili klijentima, a time i pristupu uslugama i prihvaćanju. Učinkovitost programa usluga ovisi o sposobnosti da se privuku klijenti, motiviraju i zadrže. Prema tome, planiranje usluga treba usmjeriti ka kreiranju što nižeg praga kriterija za i.v. korisnike, kako bi što lakše pristupili i koristili usluge.

Usluge moraju biti dostavljene na lokacijama koje će potencijalni korisnici usluga prepoznati, kojima imaju pristup i gdje će se osjećati ugodno. Pored toga, pružanje usluga bi trebalo biti diskretno, a povjerljivost zagarantirana, te da klijenti ne osjeće osuđivanje uposlenika, zlostavljanja, ili da se plaše da će biti uhapšeni od strane agencija za provođenje zakona. Ponekad je dovoljno ponuditi osnovne socijalne usluge, hranu, kupanje i odjeću kako bi se privukli socijalno najisključeniji intravenozni i korisnici opojnih droga koji su potencijalno najizloženiji riziku.

Pristup uslugama treba biti detaljno planiran prema lokalnim uslovima. Lagan i pravovremen pristup uslugama je posebno bitan kad se radi o podjeli igala, šprica i opreme za intravenozno korištenje. Nemoguće je smanjiti širenje HIV-a, hepatitisa B, i hepatitisa C bez konstantne opskrbe sterilnom opremom za i.v. korištenje.

Usluge za intravenozne korisnike opojne droge će se razlikovati u pojedinim zemljama, regijama, prema dostupnim resursima i sub-populaciji. Razlog tome su karakteristike intravenoznih korisnika opojnih droga koje se razlikuju u različitim zemljama, pa i unutar jedne zemlje, a zavise od tipa opojne droge, starosti, spolu, etničkoj pripadnosti, te

visini prihoda. S toga je vrlo važno da se uključi ciljna populacija u izradu i odabir modela programa usluga, kako bi se na najbolji način odgovorilo lokalnim potrebama i kontekstu. Ako su programi prilagođeni da odgovore potrebama klijenata i pruže preferirane usluge, postoji veća vjerojatnost da će usluge biti prihvaćene.

Program distribucije igala i šprica (NSP) maloljetnicima u Mađarskoj

Kada su usvojene prve sveobuhvatne državne smjernice za NSP u Mađarskoj 2010. godine*, pojavilo se i pitanje nacionalnog konsenzusa za dostupnost usluga maloljetnicima (u Mađarskoj je punoljetstvo u 18. godini). Principi anonimnosti, povjerljivosti i laganog i neograničenog pristupa uslugama projekta, koji se smatraju glavnim prednostima nisko-pragnih usluga korisnicima opojnih droga, onemogućile su ograničavanje pristupa uslugama NSP-a. Istovremeno, lokalna regulativa nalaže da se djeca koja spadaju u rizičnu skupinu moraju prijaviti službama za zaštitu djece.

Kontradiktorni pravni okviri bili su razlog za početak razgovora na državnom nivou, u kojima su učestvovali stručnjaci iz oblasti dječje zaštite, predstavnici mađarskih NSP-a te druge zainteresirane strane. Nakon upoznavanja sa međunarodnim i lokalnim praksama, te diskusija o potrebi pružanja višestrukih usluga za maloljetnike, kao što su detaljno savjetovanje i ocjenjivanje pojedinačnih slučajeva, postignut je konsenzus. Dogovoren je da pored predstojećih općih smjernica na državnom nivou, svaki NSP pregleda interne propise, dok bi zavodi za zaštitu djece uspostavili partnerske odnose sa relevantnim agencijama kako bi mogle prosljediti maloljetnike na savjetovanje o korištenju opojnih droga i mogućnostima terapije. Kako bi riješili kontradiktornosti zakona za zaštitu djece sa institucijama koje pružaju nisko-pragne usluge, traženo je rješenje od Ombudsmana i uključeno u smjernice.

Konačni dokument državnih smjernica za NSP, koje je u julu 2011. godine izdao Državni institut za porodičnu i socijalnu politiku, kaže da se maloljetnici ne trebaju isključiti iz NSP-a, budući da je anonimnost najveći prioritet takvih programa. Međutim, smjernice također sadrže uputu da bi se maloljetnike trebalo ohrabriti da informiraju roditelje. U nekim slučajevima, preporuča se i da se kontaktiraju zavodi za dječju zaštitu i skrb, jer su oni glavni partneri NSP-a. Na osnovu procjene pojedinačnih slučajeva, suradnja i razmjena informacija među organizacijama se smatra korisnom za maloljetne klijente NSP-a.

* Smjernice su napravljene u okviru prioritetnog projekta kog je finansirala EU: 'Modernizacija socijalnih usluga, jačanje kapaciteta centralnih i lokalnih strateških planova, podrška odlukama o socijalnoj politici Operativnog programa socijalne obnove.'

Naćni pružanja usluga

Postoji niz modaliteta pružanja usluga, od kojih svaki može funkcionirati samostalno ili u kombinaciji sa drugim uslugama. Mnoge države su zaključile da je integracija usluga u 'one-stop shop' (HR. sve na jednom mjestu) model niskopražnih usluga mnogo ekonomičniji i djelotvorniji način pružanja usluga, te da klijenti cijene integraciju usluga (120,166-167). Primjer visoko integriranih usluga na jednom mjestu bilo bi mjesto koje dostavlja igle, šprice i opremu za doziranje, testiranje i medicinsku skrb (npr. terapije za HIV-a, hepatitis B i C), pruža opće informacije o higijeni i sprječavanju predoziranja, upućuje na terapiju, te pruža opće zdravstvene i socijalne usluge. (vidi tekst u okviru sa primjerima integriranja usluga na strani 29.)

Ukoliko nije moguće integrirati usluge zbog organizacije zdravstvenog sistema, financiranja, ili zahtjeva klijenata, i dalje postoji velika vrijednost u pružanju pojedinačnih usluga kako bi se odgovorilo na potrebe klijenata. Mnogi programi započnu sa jednim modelom pružanja usluga, pa naknadno, tijekom vremena dodaju nove usluge. Modele pružanja usluga treba prilagoditi, da bi se što učinkovitije odgovorilo lokalnim zahtjevima. Postoji više naziva za ove modele pružanja usluga, prema uređenju, ali se općenito dijele na sljedeće kategorije:

Centri za pružanje usluga: Usluge se mogu i obično pružaju kroz objekte na određenim mjestima, tako da posebno ciljaju na populaciju koja koristi opojnu drogu, s ciljem zadržavanja niskog praga za pristup (što znači gotovo bez ograničenja za korištenje, kao i percepцију usluga među klijentima), da bi se pristup učinio što lakšim za potencijalne korisnike. Centri za pružanje usluga mogu uključiti program dostupnosti igala i šprica, ili zamjenu za opijate ili druge tretmane, što također može pružiti dodatne usluge za intravenozne korisnike opojnih droga, kao što su testiranje na HIV, hepatitis ili TB, zdravstvenu edukaciju, ili upućivanje na tretman. Centri za pružanje usluga mogu poslužiti i kao 'drop-in' centri (svratišta) ili mjesta koja za intravenozne korisnike druga. Pored toga mjesto koje pruža zdravstvene i preventivne usluge također može biti mjesto odmora, mjesto gdje se jede, čitaju novine, koristi Internet, te razgovara sa uposlenima i drugim korisnicima u opuštenoj i prihvatljivoj atmosferi. Centri za pružanje usluga predstavljaju važna mjesa za edukaciju korisnika i često služe kao baza za stručno osoblje i vanjski rad, tzv. *outreach* aktivnosti koje obavljaju vršnjaci. Prostorije programa distribucije igala i šprica često služe i kao polazna osnova za privlačenje klijenata. U početku, mnogi klijenti posjećuju prostore radi društvenih veza, sinergija ili zbog toga što distribuiraju opremu za pripremu opojne droge, ali pri tome dođu u kontakt sa lepezom drugih usluga i edukativnih poruka o očuvanju zdravlja.

U više od 50 europskih gradova⁸, prostori gdje se konzumiranje obavlja pod direktnim nadzorom zdravstvenih radnika su integrirani u specijalizirane prostorije centara za pružanje usluga. Takvi prostori gdje se korištenje vrši pod nadzorom vode stručne zdravstvene ustanove gdje se promovira higijenska i sigurna upotreba, kako bi se smanjile bolesti i smrtnost koju uzrokuje i.v.korištenje opojnih droga (5). Prostorije također pružaju mogućnost za zdravstvenu edukaciju, i prevenciju bolesti, kao i u direktnu intervenciju slučajevima predoziranja. Glavni je cilj doprijeti do i ostati u kontaktu sa ljudima koji nisu u mogućnosti ili ne žele prestati sa korištenjem opojne droge, kako bi se smanjili zdravstveni rizici i omogućio pristup drugim uslugama, posebno medicinskoj skrbi i terapijama. Istraživanja su pokazala da objekti u kojima se korištenje vrši pod nazorom, privlače specifične ciljne skupine do kojih je teško doći, te da korisnici usluga primjećuju značajno smanjenje rizičnih ponašanja, kao i poboljšanje zdravlja.

Bez obzira na tip, centre za pružanje usluga treba uspostaviti u područjima u kojima brojne grupe korisnika opojnih droga žive ili provode vrijeme, ili alternativno, gdje bi veliki broj potencijalnih klijenata lako pristupio prostoru gdje se pružaju usluge. Centre za pružanje usluga u pravilu vodi stručno osoblje. Ovo osoblje bi trebalo biti obučeno da pruži usluge i edukaciju, te žele pomoći korisniku bez da ga osuđuju. Prednosti centara jesu što se mnogo usluga može pružiti na jednom mjestu, te što se usluge mogu prilagoditi potrebama lokalnog stanovništva. Na primjer, klijent može odabrati vrstu igala, šprica i opreme za korištenje koja im odgovara, pri tome ne stvarajući otpad, jer unaprijed pripremljena pakiranja često sadrže stvari koje klijenti ne žele ili ne trebaju. Nedostaci centara za pružanje usluga su visoki troškovi održavanja koji mogu ograničiti radne sate, a time i pristup uslugama. Također, Centri za pružanje usluga mogu biti nedostupni korisnicima izvan nazužeg geografskog područja na kom se nalazi. Stoga, više se pažnje mora posvetiti mapiranju potreba za uslugama, te uskladiti potrebe sa područjima koja su lako dostupna i imaju radno vrijeme prihvatljivo što većem broju intravenoznih korisnika opojnih droga. Intravenozni korisnici koji žive u teško dostupnim područjima mogu trebati i mobilne usluge (vidi ispod).

Ponekad se centri suočavaju sa negativnim reakcijama susjedstva, ukoliko se na njih gleda kao na mjesta koja privlače problematičnu populaciju, te je neophodna intenzivna komunikacija u zajednici, kako bi se prebrodila njihova zabrinutost. Isto tako, ponekad i klijenti mogu doživjeti centre kao ustanove povezane sa neprihvatljivim pružateljima usluga, kao npr. vladinim programima, što u nekim slučajevima može ograničiti prihvatanje. Terapijske usluge ovisnicima se obično dalje kombiniraju sa medicinskim i socijalnim uslugama bitnim za ciljanu skupinu i.v. korisnika, uključujući mjere prevencije zaraznih bolesti kao što su savjetovanje, testiranje, vakcinacija i upućivanje na specijalističku terapiju.

Ljekarne: U većini EU/EEA zemalja šprice se legalno prodaju. U nekim zemljama ljekarne su glavni opskrbljivač iglama i špricama, budući da mogu i prodavati i distribuirati igle, šprice, i opremu za korištenje, te mogu poslužiti i kao centri za prikupljanje korištenih igala i šprica. Usluge testiranja ili vakcinacije se također mogu pružati kroz ljekarne i.v. korisnicima.

Jedan primjer iz Škotske koristi elektronički sistem i prati svakog klijenta koristeći se anonimnim karticama. Sa ovom karticom, klijent može dobiti sterilne igle i šprice iz ljekarne. Sistem također može pratiti one koje je potrebno uputiti na testiranje ili vakcinaciju, te pruža informacije o broju igala koje su izdate svakog klijentu, radi planiranja zdravstvenih usluga. Pored toga, ljekarna u zajednici može biti i aktivan partner u zamjenskim terapijama za opijate, distribuirati lijekove registriranim pacijentima, održavati kontakte, podsjećati klijente na zakazane termine kod liječnika i upravljati dodatnim lijekovima. Upućivanje i kontrole nakon vakcinacije se također mogu pratiti kroz sistem. Osnovna prednost usluga ljekarni je što mogu biti dostupne većem broju intravenoznih korisnika opojnih droga, kako u velikim gradovima tako i u manjim mjestima, i to zahvaljujući postojećoj infrastrukturi, što također umanjuje troškove. Međutim, većina ljekarni se fokusira na usluge građanstvu, a mnoge su i u privatnom vlasništvu, te to ponekad umanjuje izvedivost i prihvatljivost pružanja usluga i.v. korisnicima opojnih droga, koje mogu smatrati i nepoželjnim klijentima koji ne plaćaju za usluge. Povjerljivost klijenata i mogućnost za još širu promociju zdravlja može biti sporno ukoliko ljekarna nema odvojeni prostor za konsultacije ili nema dovoljno osoblja. Konačno, igle i šprice koje distribuiraju ljekarne su obično prethodno spremljene u pakete, te ograničavaju osobni izbor. Dok se pružanje usluga i.v. korisnicima opojnih droga kroz ljekarne smatra vrlo učinkovitom metodom, ljekarne nisu u mogućnosti odgovoriti svim potrebama korisnika.

Outreach usluge: budući da se mnoge grupe intravenoznih korisnika opojnih droge teško dostupne kroz opće usluge zdravstva, *outreach* usluge često jesu učinkovit način pružanja usluga, npr. distribucije igala, šprica i druge opreme. *Outreach* usluge također mogu vršiti distribuciju kondoma, zamjenskih terapija za opijate, te širiti poruke koje promoviraju zdravlje (158). 'Outreach' je općeniti termin koji se koristi za opis nekoliko načina pružanja usluga i može uključivati mobilne jedinice ili kombije, rad medicinskih radnika na cesti u zajednici, te redovite satelitske usluge pri drugim agencijama. Često *outreach* usluge mogu dosegnuti ljudе koji nemaju pristup drugim zdravstvenim uslugama, te igraju važnu ulogu u identificiranju njihovih potreba za upućivanjem u centre za pružanje usluga ili opće zdravstvene usluge, kao testiranje ili liječenje HIV-a, hepatitisa ili TB-a ili terapija lijekovima. (više

⁸ Ovi se gradovi nalaze u Njemačkoj, Luksemburgu, Nizozemskoj, Norveškoj, Španjolskoj i Švicarskoj

informacija o *outreach* na (158,168).) *Outreach* može uključivati kućne posjete, te *outreach* osoblje može pratiti klijente na mjesto koja pružaju druge usluge. Jedna korist *outreach* usluga je to što su zbog njihove mobilnosti vrlo pristupačne različitim grupama populacije i.v. korisnika opojne droge, jer se brzo mogu prebaciti u područja u kojim je visoka koncentracija i.v. korisnika. Mobilne jedinice mogu pružati usluge koje uključuju distribuiranje zamjenske terapije za opijate na mjestima gdje je manji broj intravenoznih korisnika ili gdje nije moguće uspostaviti centara za pružanje usluga zbog protivljenja zajednice ili agencija za provedbu zakona. Ponekad troškovi ograničavaju mobilni

outreach, i radno vrijeme mora biti skraćeno. Jedan pregled je pokazao da i.v. korisnici opojnih droga smatraju *outreach* usluge nepotpunim (169).

Vršnjačka pomoć je vrsta *outreach* usluga (iako mogu biti pružane i u centrima) koje pružaju sadašnji ili bivši intravenozni korisnici opojnih droga kako bi uputili druge i.v. korisnike na centre koji pružaju usluge. Ukoliko ne postoji želja za formalne usluge, vršnjaci pomagači distribuiraju igle, šprice i opremu (ovo se ponekad naziva 'sekundarna distribucija igala'). Usluge koje pružaju vršnjaci podrazumijevaju lakši pristup za mnoge rizične skupine populacije, uključujući nove i mlade korisnike. Vršnjaci dijele opremu, upućuju na terapiju (ili testiranja), te poruke promocije zdravlja mogu prenijeti koristeći lokalni sleng -jezik i.v. korisnika. Na taj način poruke imaju snažniji učinak (i prihvatanje intervencija je veće) nego one koje prenose zdravstveni radnici, što predstavlja veliku prednost, posebno kada se u obzir uzme da osobe koje se snabdijevaju iglama i špricama kroz sekundarnu distribuciju često pokazuju ekstremno rizično ponašanje. Ako se koristi vršnjačka pomoć, važni aspekti su obuka, nadgledanje i podrška, ali i etičke implikacije upošljavanja bivših ili trenutnih i.v. korisnika koji pružaju *outreach* usluge intravenoznim korisnicima opojnih droga. Više informacija na (158) i (168,170).

Automati za prodaju: automati za prodaju se u nekim uslovima koriste kao dodatni metoda distribucije igala, šprica i opreme, obično unaprijed pripremljenih paketa. Oni rade na kovanice i pružaju pisani upute za tretmane, informacije o sigurnom i.v. korištenju, te druge poruke kojim se promovira zdravlje, skupa sa proizvodom koji se distribuira. Na ovaj način usluge su dostupne u svako vrijeme i potpuno su anonimne, pa često privlače nove ili mlađe korisnike opojnih droga. Međutim, ovaj tip usluga zahtjeva novac ili žetone za upotrebu automata, a mora se planirati i redovito dopunjavanje i održavanje automata. Nisu rijetke ni pritužbe zajednice na automate, zbog bojazni da ih mogu upotrebljavati maloljetnici. Također je ocito da automati ne pružaju direktnu vezu između pružatelja usluga i korisnika, a samim tim su nemoguće upute na testiranje, liječenje ili lični kontakti i savjetovanje o zdravlju. Bez obzira na to, automati mogu biti prvi korak koji pruža mogućnost kontakta, čineći ime organizacije prepoznatljivim i uspostavlja određen nivoa povjerenja u organizaciju koja upravlja automatima za prodaju šprica (171).

Opće zdravstvene usluge: Bolnica ili objekt primarne zdravstvene zaštite su drugi važan izvor pružanja usluga i upućivanja na specijalističke preglede intravenoznih korisnika opojnih droga. Povjerljivo testiranje, dijagnoza i tretmani HIV-a, virusnog hepatitisa, TB-a, bakterijskih kožnih infekcija i drugih oboljenja koja su česta među intravenoznim korisnicima opojnih droga, a koja se obično obavljaju u objektima primarne zdravstvene zaštite, veoma su važni, kao i održavanje veze između ovih usluga i centara ili mobilnih službi koje pružaju usluge i.v. korisnicima opojnih droga. Opće medicinske usluge također mogu distribuirati igle, šprice ili opremu za doziranje, nadgledati higijensko korištenje i pomagati tokom detoksifikacije, dijeliti kondome i promovirati zdravlje općenito. Klinike za liječenje TB-a i HIV-a obično osnivaju ustanove koje pružaju opće zdravstvene usluge. Uzimajući u obzir veliki broj i.v. korisnika opojnih droga među klijentima, neophodno je obučiti osoblje u općim zdravstvenim ustanovama da promoviraju primjerene poruke, te da mogu uputiti korisnike na terapiju ili usluge koje pružaju igle i šprice, ili znati gdje ih uputiti. U najboljem slučaju, i.v. korisnici opojnih droga bi tražili i dobivali kvalitetne osnovne zdravstvene usluge. Međutim, postoje dokazi iz nekih ustanova da i.v. korisnici vrlo rijetko posjećuju objekte opće zdravstvene zaštite, te su neophodni alternativni načini da se s njima stupi u kontakt. U Nizozemskoj, specijalističke usluge za i.v. korisnike opojnih droga i druge rizične skupine se pružaju istovremeno sa općim zdravstvenim uslugama. Postoje također primjeri integracije usluga za ovisnike i medicinskih usluga ('one-stop shop' sve na jednom mjestu model) u jedinstven program, što pomaže dosljednoj provedbi i završetku projekta (153,172-174). Primjeri su i direktno promatrano liječenje TB-a i HCV antivirusnog tretmana, oba kombinirana sa metadonskom terapijom. Opće zdravstvene ustanove su lako dostupne klijentima, posebno odjeli hitne pomoći koji su uvijek otvoreni. Mora se više činiti kako bi se medicinsko i nemedicinsko osoblje u ovakvim općim zdravstvenim ustanovama učinilo osjetljivijim na i.v. korisnike opojnih droga, kako bi im mogli pružiti pomoć bez osuđivanja i sa povjerljivom ozračju.

Zatvorski prostori: Važno je na kraju spomenuti i da mnoge zemlje pružaju usluge populaciji i.v. korisnika opojnih droga u zatvorskim sistemima, te da su zatvorski prostori ključni u postizanju visoke i efikasne pokrivenosti uslugama za prevenciju zaraza među i.v. korisnicima opojnih droga. Popravni domovi su važne ustanove za prevenciju i kontrolu zaraza povezanih sa i.v. korištenjem opojnih droga. Osnovni razlozi za to su: (a) velika prisutnost HIV, HCV i TB-a u zatvorima; (b) činjenica da mnogi i.v. korisnici na posljetku budu osuđeni na zatvorskou kaznu; te (c) dokazi da se opojna droga i dalje konzumira u zatvorima, usprkos strogim zabranama unosa i korištenja opojne droge (5). U nekim zemljama se u zatvorima nude tretmani odvikavanja, testiranje na bolesti, liječenje, vakcinacija, zdravstvena edukacija, pa čak i programi distribucije igala i šprica. Prema principu 'reciprociteta pružanja usluga' između zajednice i zatvora, u mnogim zemljama postoje pokreti koji se zalažu za pružanje istih usluga za i.v. korisnike opojnih droga u zatvorskom sistemu i u zajednici.

Opisani modeli pružanja usluga mogu biti djelotvorni ako su fokusirani na i.v. korisnike opojnih droga. Novi načini komunikacije poruka koje promoviraju zdravlje, kao što su mobilni telefoni, Internet, nagovještavaju poboljšanje u pridržavanju terapije. Dok usluge ponekad koriste samo jedan model pružanja, veća je vjerojatnoća da će djelotvorni programi pružati više usluga na jednoj lokaciji, te na nekoliko načina, kako bi ispunili različite potrebe korisnika. Kako bi se bolje povezale usluge programa, neophodno je da se višestruke usluge pružaju na jednom mjestu, kako bi bili što pristupačniji korisnicima (više o integriranju usluga u prozoru sa tekstom ispod). Pored toga, *outreach* radnicima, upraviteljima, te zdravstvenim radnicima treba osigurati dodatni trening o tretmanima i/ili rješavanju slučajeva bolesnih stanja; oblasti obuke bi trebali uključiti liječenje ovisnosti, liječenje TB-a, virusnih hepatitisa i HIV-a. Specijalisti bi se također trebali uključiti u skrb takvih pacijenata. Uz ove bolesti, često se uspostavljaju mentalne dijagnoze, koje zahtijevaju pomno praćenje. Podizanje svijesti i obuka mogu dovesti do poboljšanog praćenja međudjelovanja opojnih droga, te nepovoljnih kontraindikacija, te poboljšati rezultate tretmana i kvalitetu života klijenata.

Integracija usluga

Postoje mnogi uspješni primjeri povezivanja usluga za intravenozne korisnike opojnih droga, kako bi se poboljšao pristup uslugama, uskladili terapije i optimizirala promocija prevencije, te time povećala vjerojatnost da se posvete tretmanu i da tretman bude uspješan. Pružanjem usluga liječenja TB-a, virusnog hepatitisa, HIV-a i zamjenske terapije za opijate na istom mjestu gdje s implementira program distribucije igala i šprica, je jedna od mogućnosti primjenjenih u praksi ili u razvoju u nekim zemljama. Ne samo da je fizička blizina usluga prednost, nego i različiti programi zdravstvene zaštite imaju korist od komunikacije i razmijene stručnih iskustava (142-143, 202-204).

Nedavno pokrenuti pilot-program u Estoniji pokazao je da se prihvaćanje testiranja na TB može povećati ako se testiranje ponudi u objektima koji provode zamjensku terapiju za opijate i aktivnije upućivanje na TB usluge (podsjećanja, poticaji, transport) (172). Kada se planiraju objekti za pružanje usluga, treba ostaviti prostora za dodatne usluge. Na primjer, HIV seropozitivne osobe koje nisu zaražene TB-om treba odvojiti od pacijenata sa aktivnim TB-om, zbog povećanog rizika za infekciju TB-om osoba koje su pozitivne na HIV.

Usluge bi mogle koristit postojeće rehabilitacijske programe, programe distribucije šprica, ili usluge direktnog praćenja TB terapije (DOT), u zavisnosti od toga što se smatra najboljom opcijom u specifičnim uslovima. Mobilni *outreach* programi zdravstvene zaštite mogu bit korisni da se kontaktiraju određene grupe i.v.korisnika opojnih droga, posebno kroz mobilne jedinice za radiografsko ispitivanje. Ovakve su jedinice pokazale da imaju pozitivan učinak na smanjenje TB-a među intravenoznim korisnicima u Roterdamu u Nizozemskoj (205).

Tabela 1: Modeli pružanja usluga ciljani na intravenozne korisnike opojnih droga, njihove prednosti i ograničenja

Model	Vrste usluga koje se mogu pružiti i.v. korisnicima opojnih droga	Prednosti	Ograničenja
Centri za pružanje niskopražnih usluga	<ul style="list-style-type: none"> • Distribucija i odlaganje opreme za i.v. korištenje • Savjetovanje • Liječenje ovisnosti, uključujući i zamjensku terapiju za opijate • Testiranje na HIV, hepatitis B, C, kao i na TB • Vakcinacija • Boravište • Hrana, tuširanje, odjeća • Pomoć vršnjaka • Promocija zdravlja • Edukacija o sigurnoj upotrebi koja uključuje informacije o prevenciji predoziranja • Objekti gdje se nadgleda konzumiranje radi osiguranja higijenskih uslova • Promocija sigurnih spolnih odnosa i distribucija kondoma • Antivirusna terapija pod nadzorom (ili TB terapija pod direktnim nadzorom) 	<ul style="list-style-type: none"> + Mogućnost za kreiranje osjećaja pripadnosti od klijenata + Mogućnost da se pruže raznovrsne usluge na jednom mjestu + Može postići povoljan odnos između troškova i usluženih klijenata + Može ponuditi usluge prilagođene potrebama klijenta + Obično ih vodi specijalističko osoblje + Nema protivljenja drugih klijenata + Ako se dobro organizira, pristup je vrlo lagan + Pruža osnovu za druge usluge kao što su outreach usluge 	<ul style="list-style-type: none"> - Centri za pružanje usluga mogu biti nepristupačni onima koji ne žive u blizini - Visoki operativni troškovi - Mogu imati skraćeno radno vrijeme - Postoji mogućnost da policija ili pripadnici drugih agencija za provedbu zakona maltretiraju korisnike, posebno ako nije uspostavljena suradnja - Rizik za osobnu sigurnost može se povećati ukoliko centri nisu dobro vođeni - Manja mogućnost da se stupi u kontakt sa kratkotrajnim i mladim i.v.korisnicima - Zbog protivljenja zajednice, može biti teže uspostaviti centar
Ljekarne:	<ul style="list-style-type: none"> • Distribucija/odlaganje opreme za i.v.korištenje • Zavoji • Promocija zdravlja • Povjerljivo testiranje • Informacije i upućivanje na testiranje na infektivne bolesti i tretmane, vakcinaciju i druge usluge • Opskrba (brzim) testovima na HIV/hepatitis C 	<ul style="list-style-type: none"> + Dostupnost/geografska pristupačnost + Dugačko radno vrijeme + Može biti ekonomično + Može se smatrati anonimnijim + Pristup medicinskom savjetovanju kod medicinski obučenog osoblja + Korištenje postojeće infrastrukture 	<ul style="list-style-type: none"> - Može zahtijevati plaćanje - Ograničene mogućnosti u prometnim ljekarnama za promociju zdravlja i upućivanje na daljnje liječenje - Distribucija prethodno pripremljenih paketa smanjuje mogućnost izbora korisnika - Nevoljnost ljekarnika da prodaju šprice intravenoznim korisnicima - Protivljenje drugih klijenata
Vanjski rad outreach (uključujući pomoć vršnjaka)	<ul style="list-style-type: none"> • Distribucija/odlaganje opreme za i.v.korištenje • Promocija zdravlja • Informacije o prikladnim specijalističkim pregledima, klinikama i medicinskim uslugama • Upute na testiranja i liječenje zaraznih bolesti, vakcinaciju i druge usluge • Kućne posjete, posjete u zatvorima • Pratnja kod upućivanja na druge usluge • Opskrba (brzim) testovima na HIV/hepatitis C • Savjetovanje 	<ul style="list-style-type: none"> + Osjetljivost na potrebe korisnika i prilagodljivost potrebama korisnika + Fleksibilnost kod promjene lokacije gdje se može stupiti u kontakt sa i.v. korisnicima + Mogućnost 'pravovremenog obavještavanja': profesionalci saznavaju što se događa među korisnicima + Pristupačnost, posebno teško dostupnim korisnicima koji spadaju u rizičnu skupinu (mladi/novi korisnici, migranti) + Pomoć vršnjaka može povećati učinkovitost usluga 	<ul style="list-style-type: none"> - Ne mogu pružiti sve usluge - Troškovi i održavanje (mobilnih jedinica) - Ograničeni radni sati - Skuplje vrijeme osoblja (zbog vremena koje provode u vožnji i sl.) - Korisnici mogu steći dojam kod nekih mobilnih jedinica da ih motre i čine da se osjećaju neugodno - Pomoć vršnjaka mora biti pod nadzorom i zahtjeva obuku
Automati za prodaju	<ul style="list-style-type: none"> • Distribucija/odlaganje opreme za i.v.korištenje • Upute na testiranja i liječenje zaraznih bolesti, vakcinaciju i druge usluge 	<ul style="list-style-type: none"> + Uvijek dostupne usluge (posebno mladim/novim korisnicima) + Ekonomičnost + Anonimnost 	<ul style="list-style-type: none"> - Ne mogu pružiti sve usluge - Nije moguć osobni kontakt - Moguća zabrinutost

Model	Vrste usluga koje se mogu pružiti i.v. korisnicima opojnih droga	Prednosti	Ograničenja
	<ul style="list-style-type: none"> • Promocija zdravlja (u pisanoj formi) 		<ul style="list-style-type: none"> - zajednice zbog postavljanja automata - Traži upotrebu kovanica i žetona - Mora se osigurati održavanje i dopunjavanje
Opće zdravstvene usluge	<ul style="list-style-type: none"> • Povjerljivo testiranje na HIV, hepatitis B, C i TB • Terapija za HIV, hepatitis B, C i TB • Zbrinjavanje kožnih oboljenja/zavijanje • Vakcinacija • Promocija zdravlja • Distribucija/odlaganje opreme za i.v.korištenje • Pomoć pri detoksifikaciji • Zamjenska terapija za opijate 	<ul style="list-style-type: none"> + Pristupačnost + Pristup stručnom osoblju + Pristup više/sofisticiranim testovima i terapijama + Pristup osnovnim zdravstvenim uslugama (uslugama koje koristi ostatak zajednice) 	<ul style="list-style-type: none"> - Mogu ne biti prilagođeni potrebama korisnika - Neko medicinsko osoblje može biti protiv pružanja usluga korisnicima opojnih droga - Protivljenje drugih klijenata - Klijenti mogu biti protiv korištenja usluga ukoliko ih npr. dožive kao previše povezane sa organima vlasti - Klijenti mogu sumnjati u povjerljivost - Može biti teško osigurati anonimnost za sve usluge - Ograničen pristup ili bez mogućnosti pristupa ukoliko osobe nemaju osiguranje - Stigma
Usluge u zatvorskim prostorima	<p>Sve usluge dostupne korisnicima opojnih droge u zajednici (izvan zatvora)</p> <p>Primjeri uključuju:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Povjerljivo testiranje na HIV, hepatitis B, C i TB • Terapija HIV-a, hepatitis-a, C i TB-a • Vakcinacija • Promocija zdravlja • Distribucija/odlaganje opreme za i.v.korištenje • Pomoć pri detoksifikaciji • Savjetovanje • Tretmani odvikavanja uključujući zamjensku terapiju za opijate (eng. OST) 	<ul style="list-style-type: none"> + Mogu se kontaktirati visoko-rizične grupe + Intervencije su ekonomične + Rizik od smrti-bolest po izlasku se može smanjiti + Usluge mogu pružati agencije u zajednici + Lakše mogućnosti za pružanje terapija za bolesti + Vrijeme za promociju zdravlja 	<ul style="list-style-type: none"> - Zatvorski budžet može imati manjak novca za zdravstvo - Potrebno investirati u obučavanje zatvorskog medicinskog osoblja i službenika - Može biti teško osigurati povjerljivost usluga

Poznavanje i razumijevanje stanje u državi

Epidemiologija korištenja opojnih droga te zaraze među korisnicima predmet je stalnih izmjena zbog različitih nelegalnih opojnih droga, mijenjajući kulturološka i populacijska kretanja. Dinamika ovih promjena je kompleksna, čini je više faktora, a ovisi o socijalnim i ekonomskim prilikama, aktivnostima usmjerenim na prevenciju, te o drugim društvenim faktorima (175).

Kako bi se osiguralo da nacionalne i pod-nacionalne strategije na najbolji način odgovore zahtjevima populacije intravenoznih korisnika opojnih droga, kao i da sprječe i kontroliraju širenje zaraznih bolesti, mora se osigurati nadzor nad upotrebljom opojnih droga i širenjem zaraze među i.v. korisnicima opojnih droga. Isto tako, preuzete mjere bi se morale strogo pratiti i evaluirati u smislu odgovora, učinka, relevantnosti i obuhvatnosti. Takvo praćenje nije neophodno samo da bi se osigurala relevantnost prevencije, nego i da bi se osigurala efikasnost u smislu učinka i troškova.

Kako bi osigurali da su resursi namijenjeni prevenciji dobro utrošeni, napor u položeni u prevenciju zaraznih bolesti trebaju biti usmjereni na populaciju i.v. korisnika opojnih droga, gdje je najveći rizik za širenje zaraznih bolesti. Neophodno je, a vrlo vjerojatno i ekonomično, investirati u adekvatne sisteme praćenja upotrebe opojnih droga i širenja zaraznih bolesti. Ukoliko se ne uspostave takvi sistemi, to ne samo da bi značilo skrivanje rastućeg problema koji vodi u visoke troškove zdravstva i socijalne skrbi, nego bi značilo neučinkovito korištenje resursa.

Monitoring problematične upotrebe opojnih droga i odgovori

Nadziranje problema korištenja opojnih droga je neophodna komponenta svake napore na državnom nivou kojim se želi sprječiti šteta koju opojna droga nanosi. Pregled ovih aktivnosti nije obuhvaćen ovim smjernicama, ali je EMCDDA izdala set ključnih indikatorskih protokola i alata za praćenje korištenja opojnih droga i problema korištenja opojnih droga (uključujući i.v. korištenje), te posljedica korištenja (4).

Procjena veličine populacije i.v. korisnika opojnih droga ključna je komponenta nadzora. Ovakve procjene ne samo da kvantificiraju značaj rizika od zaraze, nego također utvrđuju potencijalne potrebe za uslugama i pomažu da se procjeni pokrivenost pružanja usluga. Skupa sa mrežom nacionalnih partnera (Reitox mreža nacionalnih kontakt osoba) (176) i grupa eksperata, EMCDDA pruža i provodi standardiziranu metodologiju za procjenjivanje veličine problema populacije korisnika opojnih droga (uključujući intravenozne korisnike opojnih droga) (4), čime se opisuju i različiti metodološki pristupi u pripremi procjena na državnom i lokalnom nivou.

Putem seta standardiziranih alata za praćenje (tabele podataka i strukturirani upitnici), EMCDDA također prikuplja usuglašene podatke o zdravstvenim i društvenim reakcijama na korištenje i i.v. korištenje opojnih droga u zemljama članicama EU, zemljama kandidatima i u Norveškoj (112). Rutinski prikupljeni podaci sadrže informacije o prevenciji zloupotrebe opojnih droga i politikama za smanjenje negativnog učinka, te o pružanju ključnih zdravstvenih i socijalnih intervencija, uključujući i terapijsko djelovanje (npr. broj klijenata koji primaju zamjensku terapiju za opijate), ali i o vrstama, broju i geografskoj rasprostranjenosti programa distribucije igala i šprica i broju dostavljenih šprica.

Nadzor zaraza

Epidemiološka slika zaraza među korisnicima opojnih droga se može brzo mijenjati, posebice ako je loša prevencija. Dobar sistem praćenja zaraza koji se temelji na principu 'praćenje-djelovanje', tj. sa aktivnom vezom između struktura nadzora i prevencije, neophodan je za kontroliranje rizika od zaraze među i.v. korisnicima opojnih droga.

ECDC koordinira nadzor pojedinačnih slučajeva svih novo prijavljenih slučajeva zaraza koje se prenosi putem krvi na nivou Europe, uključujući i bolesti koje se mogu prenijeti dijeljenjem opreme za i.v. korištenje opojnih droga. Nadzor svakog slučaja koristan je kod praćenja trenda širenja zaraze, a može biti koristan i za rano otkrivanje izbijanja zaraze, posebno ako je nacionalni sistem dobro uspostavljen, sa minimalnim kašnjenjima u izvještavanju. Uspjeh odgovora na izbijanje zaraze uvelike ovisi o mogućnosti da se brzo otkriju novi slučajevi zaraze i dostupnosti sredstava da se na njih odgovori na odgovarajući način. Ako u izvještavanju na državnom nivou postoje kašnjenja, to se može nadoknaditi mnogo bržim lokanim i regionalnim izvještavanjem. Definicije slučajeva za zarazu HIV, hepatitis B, hepatitis C i hepatitis A postoje na nivou Europe, ali se kategorija prenošenja (tj. Faktora rizika) sistematski prikuplja samo za zarazu HIV-om (trenutno se pregleda definicija nadzora slučajeva hepatitisa B i C i očekuje se da će sadržavati kategoriju informacija o prenošenju). Mnogi nacionalni sistemi, međutim, prikupljaju detaljnije podatke, što je važno za lokalnu implementaciju mjera prevencije. Tempo obavještavanja o bolesti može odražavati postotak učestalosti bolesti, ali se obično radi o niskoj procjeni. Pored

toga, samo podaci generičkog denominatora populacije se obično mogu primijeniti na ovaj tip praćenja. Promjene u načinima i učestalosti testiranja lako mogu iskriviti rezultate. Izvještavanje na bazi slučajeva također zahtjeva održavanje osnovnog nivoa infrastrukture i vrijeme procesuiranja unutar značajnog vremensko perioda, te zahtjeva značajnu podršku zdravstvenih struktura da se dođe do adekvatnih informacija o faktorima rizika.

EMCDDA prati pojavnost zaraznih bolesti kod i.v. korisnika opojnih droga, razvijajući standarde prikupljanja podataka i smjernice za bio-bihevioralna istraživanja i druge metode prikupljanja podataka među i.v. korisnicima opojnih droga (2). Ovaj posao se odvija u uskoj suradnji sa ECDC, koja koordinira opće praćenje zaraznih bolesti u Europi, te državnim i međunarodnim partnerima (177-178). Prikupljanje podataka je usmjereno na HIV i hepatitis B i C kod i.v. korisnika opojnih droga. Sistem ranog upozoravanja i mreže eksperata se održavaju za izbjivanja zaraze kod i.v. korisnika, ali mogu uključivati i druge bolesti kao antraks i botulizam.

Druge vrste sistema nadzora, kakvi su različiti tipovi istraživanja i bio-bihevioralnih studija imaju vlastite prednosti u smislu pružanja strateški bitnih informacija. Istraživanja mogu pružiti procjene učestalosti među cilnjom populacijom, što se obično ne može postići kroz praćenje slučajeva. Bio-bihevioralna istraživanja među i.v. korisnicima opojnih droga kakve promoviraju EMCDDA i ECDC, mogu pružiti informacije kako o obrascima korištenja opojnih droga, tako i o zaraznim bolestima. Međutim, ove studije se moraju povremeno ponavljati, ako se žele pratiti trendovi, što zna biti skupo. Dodatno graničenje predstavlja nedostatak konsenzusa o najboljem načinu na koji se može doći do tipičnog uzorka, iako dvije agencije rade na izgradnji ovog konsenzusa.

Zemlje bi trebale donositi odluke o parametrima o vlastitom sistemu prikupljanja podataka, za praćenja zasnovana na njihovima vlastitim potrebama, ali bi takav sistem ipak trebao osigurati dovoljno informacija koje bi se koristile za razvoj strategije za prevenciju na osnovu procjene zdravstvenih potreba na lokalnom nivou, a istovremeno i biti efikasan u korištenju resursa i novca.

Monitoring i evaluacija programa

Sistemi praćenja bi trebali služiti potrebama države ili regije za kontinuiranu evaluaciju procesa i prilagodbu promjenama korisničkih navika i profila. Takve evaluacije pomažu voditeljima programa i kreatorima politika da razumiju koje komponente programa prevencije se uspješne, a koje treba poboljšati. Praćenje također može ukazati kreatorima planova i politika na efikasnost miješanja modela usluga i prisutnosti intervencija u smanjenju ili prevenciji bolesti, te učestalosti pojavljivanja bolesti kod ciljne skupine i.v. korisnika opojnih droga. Ako ne postoji praćenje, nemoguće je mjeriti učinak programa ili pripisati promjene u ponašanju ili u pojavljivanju bolesti interventnim aktivnostima. Mogu se koristiti i bit korisni i indikatori procesa i indikatori ishoda, ali treba razmisli o uspostavi realističnih ciljeva za ovu drugu kategoriju. Jer za mnoge čvrste indikatori ishoda, kakvi su učestalost zaraze ili promjene rizičnih ponašanja, potrebne se godine ili čak decenije da bi se uočile značajnije promjene.

Indikatori

Smjernice ne uključuju detaljne indikatore praćenja i evaluacije programa, jer je već dosta napravljeno u ovoj oblasti (vidi (4,53,137)). Treba naglasiti da bi se indikatori praćeni na državnom nivou trebali koristiti u svrhu nacionalnog planiranja i evaluacije. Praćenje treba koristiti, a ne biti prepreka postizanju nacionalnih i regionalnih programskih ciljeva. Podaci o praćenju i evaluaciji trebaju se koristiti u procesu kontinuiranog ocjenjivanja i prilagođavanja programa kako bi se odgovorilo promjenama epidemioloških i korisničkih karakteristika. Naravno, nisu svi nacionalni indikatori korisni za međunarodno izvještavanje, ali ni svi međunarodni izvještaji nisu korisni za nacionalno praćenje. Česti nesporazumi proizlaze iz pretpostavke da se međunarodni indikatori moraju strogo pratiti, iako su nebitni za državni nivo.

Postavljanje ciljeva za intervencijsku pokrivenost

Na nivou stanovništva, djelokrug se obično definira kao udio stanovništva kojem je potrebna intervencija, a kojem je ta intervencija i pružena (179). Kako bi se optimizirala prevencija, neophodno je znati koliki je dio ciljne populacije i.v. korisnika opojnih droga zapravo obuhvaćen specifičnim programom prevencije. Kad govorimo o vakcinama, nivo obuhvatnosti određuje efekte postignute intervencijom, tj. na određenom nivou obuhvatnosti, efekti imuniteta mase uvode zaštitu čak i za populaciju koja nije vakciniрана. Ove rezultate potvrđuju i modularne studije.

Uobičajena mjerena u oblasti prevencije zaraznih bolesti među intravenoznim korisnicima opojnih droga su količina podijeljenih šprica po korisniku na godišnjem nivou, ili procenat problematičnih uživatelja opijata koji su na zamjenskoj terapiji. Drugi važan indikator obuhvatnosti terapija zaraznih bolesti je procenat i.v. korisnika opojnih droga koji su na tretmanu HIV-a, hepatitis B, i/ili hepatitis C (180). Indikativni ciljevi preventivnih aktivnosti su

određeni, ali je neophodno da se u obzir uzmu kontekst i specifičnosti stanja na državnom (lokalnom) nivou, zasnovanih na pravilno provedenoj procjeni potreba (53,179). Sve je više potvrda da je veći djelokrug programa distribucije igala i šprica i zamjenske terapije za opijate učinkovitiji nego li niži nivo pokrivenosti po korisniku opojne droge (71,181), te da su velike razlike u veličini djelokruga među državama (180,182). Prema podacima EMCDDA, Europski projekat distribucije šprica za 2009. Godinu kroz specijalizirane programe distribucije igala i šprica je 90 procenata po korisniku. Na državnom nivou najviši zabilježeni broj bio je 300 šprica po korisniku (183). Pored toga, prodaja u ljekarnama predstavlja još jedan značajan izvor opreme za i.v. korištenje u većini zemalja. U istoj godini, u projektu je jedan od dva uživatelja opijata stavljen na zamjensku terapiju, sa najvećim državnim procentom u Malti 68% (centralna procjena između 65% i 71% (128). U najboljem slučaju, u svakom bi momentu trebalo biti dovoljno igala i šprica na stanju kako ne bi bilo zastoja u radu. Potrebe za iglama i špricama koje se ne mogu zadovoljiti, te vrijeme čekanja na tretmane predstavljaju nepodmirene potrebe za uslugama i pokazatelj su da se djelokrug usluga mora povećati.

Postupno proširivanje programa distribucije šprica: iskustvo Estonije

Estonija je jedna od država u EU koja se suočila sa teškim teretom intravenozne upotrebe opojnih droga, kod većine populacije, kao i sa velikom učestalosti pojave HIV-a među i.v. korisnicima opojnih droga. Korištenje je uglavnom koncentrirano na glavni grad Tallinn i sjeveroistok Estonije. Procjenjuje se da u Tallinnu ima oko 10 000 i.v. korisnika opojnih droga koji uglavnom koriste fentanil analoge i amfetamine. Programi zamjene igala i šprica u Tallinnu su inicirani 1997. godine, a metadonske zamjenske terapije 2001. godine, iako sa dosta ograničenim dijapazonom usluga. U 2005. godini, pojavnost HIV-a među i.v. korisnicima opojnih droga bila je 54% i zabilježen je veliki broj (21%) novih korisnika (onih koji koriste <= 3 godine). Odlučeno je, na državnom nivou, da se ubrzano proširi djelokrug programa prevencije, kako bi se odgovorilo na rastuću zabrinutost za javno zdravlje, te je to i uvršteno u Nacionalnu strategiju za prevenciju HIV/AIDS-a. Od 2003. do 2009. godine, broj centara za pružanje usluga i lokacija *outreach* usluga u Tallinnu je povećan sa 1 na 10, a usluge posjeta su povećane 27 puta. Broj distribuiranih šprica povećan je za 43 puta (sa 1.8 na 77 šprica/korisniku/godišnje), a broj pozicija metadonske terapije se povećao 4 puta. Oko 80% i.v. korisnika opojnih droga su bar jednom koristili usluge zamjene šprica, a za oko 60% korisnika, usluge zamjene glavni su izvor čistih igala i šprica. Procent i.v. korisnika koji dijele šprice smanjen je posljednjih 4 sedmice sa 32% (2005.) na 22% (2009. godine). Tokom tog perioda, pojava HIV-a među novim i.v. korisnicima smanjena je sa 21% u 2005. na 9% u 2009. godini, sa procentom novih u odnosu na ukupan broj i.v. korisnika u padu sa 21% na 12%. Vjerojatno bi se pad pojavnosti HIV-a primijećen tokom perioda istraživanja mogao pripisati proširivanju programa distribucije igala i šprica, budući da je su tretmani odvikavanja i antiretrovirusne terapije tokom tog perioda bile na vrlo niskom nivou. Može se očekivati da će kontinuirana opskrba iglama i špricama, u kombinaciji sa povećanjem tretmana odvikavanja i HIV terapija za one kojima je potrebna, s vremenom nastaviti pojavu HIV-a u Estoniji.

Izvor: (206)

Aneks A. Epidemiologija intravenoznog korištenja opojnih droga i glavnih infektivnih bolesti među intravenoznim korisnicima u EU/EEA

Intravenozno korištenje opojnih droga

Intravenozni korisnici jedna su od rizičnih grupa populacije koja za negativnu zdravstvenu posljedicu korištenja opojnih droge često riskira izlaganje zarazama koje se prenose krvlju kakve su HIV i hepatitis B i C. Ova grupa je također podložna predoziranju opojnom drogom i zaraznim oboljenjima kao što su tuberkuloza, virus hepatitisa A, bakterijske kožne infekcije, sistematske infekcije, i spolno prenosive zarazne oboljenja.

U mnogim evropskim zemljama intravenozno korištenje se poistovjećuje sa uživanjem opijata, ali postoje neke zemlje u kojima se najviše koriste amfetamini za kao i.v. opojna droga (5). EMCDDA prikuplja procjene o korištenju i.v. opojnih droga od zemalja članica EU, a u 2010. godini, 12 zemalja je zabilježilo procjene koje pokazuju velike razlike u broju i.v. korisnika u različitim zemljama. Ponderirani prosjek i.v. korisnika je 2.5 na 1000 odraslih u godinama između 15 i 64 za one zemlje koje izvještavaju o procjenama. Ako se ovaj prosjek procijeni izvan područja poznatih vrijednosti za populaciju EU, to bi odgovaralo procjeni od 750 000 i 1 milion aktivnih i.v. korisnika u EU/EEA. Pored ovoga, vjerojatno postoji i značajan broj bivših i.v. korisnika (5). Dok ukupna populacija i.v. korisnika zapadnom dijelu Europe stari, mladi i.v. korisnici su sve prisutniji u drugim dijelovima EU.

HIV

Procent pojave HIV-a kod intravenoznih korisnika, prema izvještajima EU zemalja, kreću se od 1% do više od 60% (na osnovu specifičnih studija ili indikatora nadzora) (137). Od svih novo dijagnosticiranih slučajeva HIV-a, prijavljenih u 28 zemalja EU/EEA u 2009. godini (25 917 slučajeva), 1 298 ih je sadašnjih ili bivših i.v. korisnika opojnih droga (odnos od 5.7 na 100 000 stanovnika). Usprkos evropskom prosjeku iz 2009. godine od 5% registriranih slučajeva HIV-a povezanih sa i.v. korištenjem opojne droge, statistika na državnom nivou se mnogo razlikuje, a udio i.v. korisnika u novo zabilježenim slučajevima HIV-a se kretala od 65% u Litvi do 43% u Bugarskoj, sve do manje od 1% u Nizozemskoj i Rumunjskoj. Od 2004. godine, broj novih slučajeva zaraženih HIV-om zabilježen među populacijom i.v. korisnika smanjio se za 40% u 26 zemalja EU/EEA sa konzistentnim sistemom izvještavanja (6). Trendovi na državnom nivou su slično tome zabilježili u većini zemalja smanjen broj slučajeva zaraze HIV-om kod i.v. korisnika tokom posljednjih šest godina, osim u Bugarskoj, Estoniji, Latviji i Litvi, gdje su tri baltičke države najviše pogodjene povećanjem dijagnosticiranih slučajeva HIV-a u 2001–02. godini. Od tada su ove države zabilježile smanjenje pojavnosti HIV-a, mada je Latviji u 2007. i u Litvi u 2009 zabilježeno ponovno izbijanje. U zemljama zapadne Europe, epidemija HIV-a među i.v. korisnicima opojnih droga je mnogo starija i bila je na vrhuncu sredinom 1980-ih (6).

Unatoč trendu smanjivanja slučajeva HIV-a među populacijom i.v. korisnika u EU/EEA, još uvijek postoje zemlje u kojima se među i.v. korisnicima bilježi prenošenje HIV-a (184). Također je izgledno da se HIV prenosi među seksualnim partnerima i.v. korisnika opojnih droga. Usprkos relativno niskom apsolutnom broju dijagnosticiranih slučajeva među populacijom i.v. korisnicima, oni su i dalje nerazmjerno češće zahvaćeni epidemijom HIV-a u odnosu na populaciju koja ne koristi intravenozne opojne droge.

Hepatitis B i C

Virusne infekcije hepatitisom B (HBV) i hepatitisom C (HCV) su jako veliki problem za javno zdravlje u EU, jer obje zarazne bolesti imaju značajnu stopu bolesti i smrtnosti. Obje zaraze mogu dovesti do kroničnog oboljenja koje može uzrokovati cirozu jetra, te čak i karcinom jetra i smrt. HBV i HCV se lako mogu prenijeti i.v. korištenjem opojnih droga zbog nesigurnih navika i.v. korištenja koje uključuju dijeljenje igala i šprica i drugih materijala.

U Europi, intravenozno korištenje opojnih droga najznačajniji je način prijenosa HCV infekcije, a i.v. korisnici čine većinu novih prijavljenih slučajeva HCV infekcije. Procjene nagovještavaju da postoji oko milion trenutnih i bivših korisnika u Europi imaju kronično HCV oboljenje (5). Procenti HCV infekcije su često vrlo veliki među i.v. korisnicima i kreću se od 12% do 85% (54) a od 50% do 90% ljudi zaraženih virusom hepatitisa C nisu u mogućnosti spontano izlijeciti bolest. Pojavljivanje HCV-a među i.v. korisnicima opojnih droga je u primjetnom padu u devet zemalja u Europi, ali u porastu u tri druge zemlje, a podaci iz 4 zemlje ne pokazuju nikakve trendove (8). U šest zemalja u

kojima su poznati faktori rizika, trendovi kod prijavljenih slučajeva pokazuju pad broja i.v. korisnika među prijavljenim slučajevima, ali povećanje u tri druge zemlje (54). Podatke je teško tumačiti budući da su obično loše kvalitete, ali postoje indikacije da sveukupni nivo HCV infekcije među i.v. korisnicima opojnih droga može početi da opada. Poznato je da se rizik od infekcije HCV-om povećava sa trajanjem i.v. korištenja opojnih droga (10), ali novija istraživanja pokazuju da se i.v.korisnici zaraze vrlo rano, na samom početku korištenja (54). Veliku raširenost zaraze HCV-om i.v. korisnika pogoršava činjenica da mnogi koji se zaraze HCV virusom ovim putem nisu svjesni da su zaraženi. Ovi faktori ukazuju na važnost ranog pokretanja preventivnih mjera.

Pored visoke stope zaraženosti hepatitisom C, i.v. korisnici su često zaraženi i drugim virusima, uključujući hepatitis B ili HIV. Popratna zaraza hepatitisom povećava rizik od smrtnog slučaja zbog iznenadnog otkazivanja jetra. Prisutnost antitijela hepatitisa B je obično vrlo visoka među i.v. korisnicima, ali se pojavnost značajno razlikuje od jedne države do druge. Ovo djelom može biti rezultat različitih praksi vakcinacije među i.v. korisnicima (54). Noviji podaci iz devet europskih zemalja pokazuju da je procent prisutnosti anti-HBc među i.v. korisnicima bio preko 40%. Među zabilježenim akutnim slučajevima hepatitisa B sa dokumentiranim načinom prenošenja, jedan od pet slučajeva je zaražen intravenoznim putem. Podaci o trendovima pokazuju da je broj slučajeva HBV-a kod i.v. korisnika među ukupnim brojem zabilježenih slučajeva smanjen u osam od sedamnaest zemalja od 2003. do 2008. godine (54).

Tuberkuloza

Intravenozno korištenje opojnih droga se povezuje sa mnoštvom rizičnih faktora iz okoliša i rizičnim ponašanjem. Kombiniranje socijalnih faktora rizika kakvi su loši životni uvjeti, beskućništvo, zatvaranje, siromaštvo, pušenje i alkoholizam, sa fiziološkim efektima konzumiranja opojne droge može i.v. korisnike izložiti većem riziku za TB zarazu, za prenošenje zaraze TB-om, te riziku smrtnosti (142,185). Nadalje, imunosupresija izazvana HIV-om, kako je gore navedeno, jedan od najznačajnijih faktora rizika za razvoj TB-a i glavni razlog za veliko prisustvo TB zaraze među i.v. korisnicima opojnih droga. Nedavno napravljeni sistematičan pregled povezanosti ko-infekcije TB-om i HIV-om u EU/EEA pokazuje da je HIV ko-infekcija kod pacijenata zaraženih TB-om prisutna sa 0 do 15%, te da je i.v. korištenje opojnih droga bio jedan od faktora rizika kod ko-infekcije (186).

EU ima najmanji broj zabilježenih TB slučajeva u svijetu, ali je nejednakost među državama EU vrlo velika. U 2009. godini procent se kretao između 2.8 i 108.2 slučajeva na 100 000 stanovnika (187). Najranjivije grupe koje su najmanje uključene u društvo su one koje nose najveći teret bolesti, a usluge su im najnedostupnije.

Ne postoje zajednički podaci za cijelu EU koji bilježe socijalne faktore rizika kod zabilježenih TB slučajeva, s toga se procjene o pojavnosti TB-a oslanjaju na podatke iz regionalnih, ili u nekim slučajevima, državnih studija. Međutim, postoji obilje dokaza da je korištenje opojne droge povezano sa češćim pojavljivanjem latentne TB zaraze, te da su i.v. korisnici izloženi većem riziku za aktivnu TB zarazu. Ovisno o uređenju i državi, oko 10 to 60% i.v. korisnika su imali pozitivan test na tuberkulin na koži (TST) (142). Studije se pokazale da se korisnici opojnih droga, bez obzira da li ih koriste intravenozno ili ne, suočavaju sa sličnim rizikom da budu pozitivni na TST (142).

Velika većina osoba zaraženih M. tuberkulozom nikada ne oboli, ali bakterija opstaje u subkliničkom statusu sa minimalnim razmnožavanjem. Latentna infekcija TB-om (LTBI) se stoga definira kao stanje u kom je osoba zaražena, ali bez kliničkih manifestacija bolesti ili od koga se ne može identificirati kultura bacila M. tuberkuloze. Aktivna zaraza TB-om se dijagnosticira evaluacijom medicinske povijesti, simptoma, radiografijom i mikrobiološkom ili molekularnom identifikacijom M. tuberkuloze. Rizik od progresije aktivne TB bolesti također ovisi o imunološkom statusu pojedinca. Ljudi bez HIV ko-infekcije nose 5 do 10% rizika za progresiju TB bolesti tokom cijelog života, dok osobe zaražene HIV-om imaju zabilježen godišnji rizik od 5 do 10% za progresiju TB bolesti (185).

Virus hepatitisa A

Hepatitis A je virusno oboljenje sa akutnim početkom koji se obično prenosi oralno-fekalnim kontaktom, sa izbjanjem koje se povezuje sa kontaminiranim hranom, vodom ili specifičnom rizičnom skupinom uključujući muškarce koji imaju spolne odnose sa muškarcima ili i.v. korisnicima opojnih droga. Budući da se ne prati redovito povećanje rizične skupine, stvarni teret hepatitis A među i.v. korisnicima ostaje nepoznat. Međutim, postoje zabilježena izbjanja zaraze hepatitisom A unutar EU skoncentrirana na skupinu i.v. korisnika, u npr. Latviji u 2008. godini, gdje se stopa registriranja populacije povećala sa 0.66 na 123 na 100 000 zbog pojavljivanja u zajednici (13).

Dodatni slučajevi izbjanja su povezani sa grupom i.v. korisnika u Češkoj (12), Finskoj (15) i Norveškoj (14). Nije jasno da li su izbjanja povezana sa postupkom pripreme opojne droge za i.v. korištenje ili sa drugim praksama vezanim sa lošom higijenom.

Kožne i sistemske bakterijske infekcije

Teško je procijeniti pravi opseg bakterijskih i sistematskih infekcija, jer zbog i.v. korištenja opojnih droga mnogi slučajevi se ne prate na nivou Europe. Na osnovu istraživanja provedenog u Engleskoj, Velsu i Sjevernoj Irskoj 2010. godine, 40% trenutnih i.v. korisnika primijete ranu, apses ili otvorenu ranu, česte simptome infekcije mesta koje se bode tokom prethodnih godina (17). Ove infekcije su obično rezultat korištenja opreme koja nije sterilna ili opreme za pripremu koja nije čista. Najčešći patogen koji uzrokuje infekcije kože i mekog tkiva među i.v. korisnicima opojnih droga je *Staphylococcus aureus* (MRSA), i većinom je ova infekcija otporna na meticilin (188). I dok je većina infekcija minorna, ponekad mogu postati ozbiljne i sistematske, uzrokovati osteomijelitis, bakteriemiju, septičku trombozu dubokih vena i endokarditis (189-190). Druge infekcije kože i mekog tkiva i sistemske infekcije su uzrokovane grupom A streptokoka (GAS), dok su druge uzrokovane klostridijama sa posljedicama kao botulizam rane ili tetanus (191-192). Pojavljivanje botulizma rane (193), tetanusa (18), i drugih klostridijskih infekcija (194) zabilježeno je kod i.v. korisnika opojnih droga širom Europe. Iako se čine da su ove sistemske infekcije veoma rijetke, one mogu uzročiti ozbiljno oboljenje i smrt. Antraks je jedno takvo akutno oboljenje koje izaziva bakterija *Bacillus anthracis*. U Europi je dosta rijetka, ali je krajem 2009. i u 2010. godini, zabilježeno 42 slučaja među i.v. korisnicima u Škotskoj, od kojih je 13 imalo smrtni ishod. Letalitet povezan uz slučajeve u Škotskoj zbog istog soja antraksa zabilježen je u Engleskoj i Njemačkoj, a vjerovalo se da je izvor bio zaražena količina heroina (54).

Spolno prenosive infekcije

Korištenje opojne droge, uključujući i intravenozno, veže se uz visoki rizične seksualne navike i visoko prisustvo spolno prenosivih infekcija (SPI), iako epidemiologija SPI-ja među intravenoznim korisnicima opojnih droga u Europi nije pravilno dokumentirana. Pretpostavlja se da su i.v. korisnici stalno izloženi riziku SPI-a zbog vjerojatnoće da pružaju seksualne usluge za novac ili opojnu drogu, te zbog nesposobnosti da se pod utjecajem opojne droge brinu da prakticiraju sigurni seks (162). Također se smatra da korištenje opojne droge za neke i.v. korisnike otežava pristup uslugama i testiraju se na SPI, te da standardne kliničke usluge za SPI ne uključuju mnogo i.v. korisnika. Ipak, postoje neki dokazi da se spolno prenošenje npr. hepatitis B i HIV-a događa između i.v. korisnika i njihovih partnera, te je stoga važno usmjeriti aktivnosti testiranja i prevencije širenja spolno prenosivih infekcija, kao i drugih virusa koji se prenose putem krvi, na ovu populaciju.

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

HTLV-II se prenosi preko opreme za i.v. korištenje opojnih droga, spolnim putem, kao i putem zaraženih krvnih proizvoda. Od kada je otkriven 1982., humani T-limfotropni virus tipa II (HTLV-II) imao je kontroverznu ulogu kao patogen, a vrlo je malo dostupne literature o ishodima bolesti. Postoji sve više dokaza o neurološkim oboljenjima i učestalosti zapaljenja pluća, bronhitisa i moguće autoimunih oboljenja kod pacijenata sa HTLV-II (11). HTLV-II je pronađen kod i.v. korisnika opojnih droga u SAD-u i Europi, sa procjenom prisustva od 1.6 do 8% u Italiji (195-196) i 4 do 11.5% u Španjolskoj (197). U ovim studijama i drugim, HTLV-II ko-infekcija sa HIV-om je česta. Z sjevernoj Europi, HTLV-II se pojavljuje relativno rjeđe, ali je zabilježen u Švedskoj (198) i Francuskoj (199). Jedna studija iz Irске govori i o velikoj važnosti serotipa (15%) HTLV-II među i.v. korisnicima opojnih droga (200).

Aneks B. Ključne intervencije za prevenciju infekcija kod intravenoznih korisnika opojnih droga

Kako je i objašnjeno u dijelu 'Svrhe, ciljevi i metodologija', nekoliko faktora je uzeto u obzir pri osmišljavanju ključnih komponenti intervencije navedene u ovim smjernicama. Za svaku ključnu intervenciju su uzeti u obziri i dokazi temeljeni na objavljenim istraživanjima vršnjaka koji provode sistematičan pregled radova objavljenih od 2000. godine ('pregled radova') (201). Pregledi se smatraju vrlo pouzdanim dokazima jer sažimaju i uspoređuju nalaze iz primarne literature koristeći se sistematskim kriterijima kako bi odabrali studije i ocijenili njihove rezultate. Pregled je efikasna metoda objedinjavanja relevantnih dokaza, ali ima specifično ograničenje (vidi tehnički izvještaj o osnovi prethodnih dokaza). Kako bi se nadoknadila ograničenja, ove smjernice se oslanjaju na nedavno provedena primarna istraživanja, ali i na mišljenja stručnjaka kako bi dopunila dokaze zasnovane na 'pregledu radova'. Ishodi primarnog istraživanja su se uzimala u obzir za intervencije kod kojih ne postoje dostupni sistematski pregledi. Tehnička savjetodavna grupa ECDC/EMCDDA osigurala je savjete za sve ključne komponente intervencija.

Pored toga, potvrdili smo da li se intervencija smatra primjerom najbolje prakse u EU i s toga je uvrštena u nacionale i međunarodne smjernice i politike. Konačno, provjerili smo studije korisnika i pružatelja usluga koje su opisivale njihove kriterije za odabir najefikasnijeg načina pružanja usluga i preventivnih aktivnosti. Za svaku preporučenu ključnu intervenciju, u smjernicama je obrazložen tok razmatranja i na koji način su se vrjednovali dokazi za uključivanje intervencije.

Tabela B1: Sažetak učinkovitosti intervencija kojima se smanjuju rizična ponašanja i.v. korisnika opojnih droga, kao i prenošenje HIV-a i HCV-a, kao osnova za preporuku i tok odlučivanja o sedam intervencija

Ključna intervencija/ pod-komponente	Mišljenje stručnjaka/ praktična implementacija	Dokazi iz pregleda objavljenih članaka (za simbole vidi Tabelu B2)	Nalazi primarnih studija
Oprema za i.v. korištenje	Preporuke i obrazloženja: Preporučuje se pružanje i legalan pristup čistoj opremi za i.v. korištenje, distribucija dovoljnog broja besplatnih sterilnih igala i šprica u okviru kombiniranog više-komponentnog pristupa prevenciji, kroz programe smanjenja štetnosti, savjetovanja i terapije. Preporuka je zasnovana na konzistentnim dokazima pregleda, primarnih studija i stručnih mišljenja.		
Distribucija igala i šprica	Stručno mišljenje podržava.	Rizično ponašanje i.v. korisnika: ++ Prenošenje HIV-a: + Prenošenje HCV-a: ?	<ul style="list-style-type: none"> Ekološke studije programa distribucije igala i šprica pokazuju stabilnost ili smanjenu učestalost prenošenja HCV-a. Nedavno objavljena meta-analiza pokazuje da je kombiniranjem OST sa NSP učinkovito kod smanjenja širenja HCV-a.
Drugi pribor za i.v.korištenje	Stručno mišljenje podržava.	Rizično ponašanje i.v. korisnika: + Prenošenje HIV-a: ? Prenošenje HCV-a: +/-	Invitro studije pokazuju veliki potencijal za prenošenje HCV.
Ne stimulira prenošenje utvrđenim putem	Stručno mišljenje podržava.	Rizično ponašanje i.v. korisnika: ? Prenošenje HIV-a: ? Prenošenje HCV-a: ?	Nedostatak studija.
Vakcinacija	Preporuke i obrazloženja: Vakcinacija i.v. korisnika zaraženih hepatitisom B i A, te tetanus i vakcine protiv gripe, a posebno kod osoba zaraženih HIV-om – pneumokokna vakcina. Ovo se preporučuje na osnovu mišljenja stručnjaka, iskustava u provedbi i primarnih studija.		
Vakcine protiv HBV, HAV, tetanusa, gripe (pneumokokna vakcina za osobe zaražene HIV- om)	<ul style="list-style-type: none"> Mišljenja stručnjaka podržavaju ciljane usluge za i.v. korisnike. Efikasnost vakcine je poznata. Prakse javnog zdravstva u 	(nije uključena u pregled)	Jaki dokazi o smanjenju HBV-a, HAV-a i tetanusa na individualnom i nivou populacije, nakon vakcinacije,

Ključna intervencija/ pod-komponente	Mišljenje stručnjaka/ praktična implementacija	Dokazi iz pregleda objavljenih članaka (za simbole vidi Tabelu B2)	Nalazi primarnih studija
	Širokoj primjeni.		čak i ako se primi samo dio punog tretmana.
Tretmani ovisnosti o opojnim drogama	<p>Preporuke i obrazloženja:</p> <p>Zamjenska terapija za opijate i druge forme terapija ovisnosti bi trebale biti dostupne, prema mišljenju stručnjaka, te u slučaju OST, konzistentni dokazi u više studija i pregleda. Iako nedostaju dokazi o efektivnosti psihosocijalnih tretmana, preporučeno je na osnovu mišljenja stručnjaka.</p>		
Agonist (opijat) farmakološki tretman (OST)	Stručno mišljenje podržava.	Rizično ponašanje i.v. korisnika: ++ Prenošenje HIV-a: ++ Prenošenje HCV-a: +	<ul style="list-style-type: none"> • Kombinacija OST i NSP povećava efektivnost u prevenciji širenja HCV. • Veće pridržavanje ART i povećani virološki uspjeh ART-a kod HIV-positivnih osoba kroz OST. • OST u kombinaciji sa psihosocijalnim tretmanima koristan je za pridržavanje, i završavanje tretmana, koji prati apstinenciju.
Protu-farmakološki tretman	<ul style="list-style-type: none"> • Opcija za one koji ne pristupe agonist farmakološkom tretmanu. • Potrebno dodatno istraživanje. 	Rizično ponašanje i.v. korisnika: +/- Prenošenje HIV-a: +/- Prenošenje HCV-a: +/-	Potencijalna koristi i smanjen unos opojne droge, ako se kombinira sa psihosocijalnim tretmanima.
Psihosocijalni tretman	Glavna opcija za korisnike stimulansa, u odsustvu farmakološkog tretmana; <ul style="list-style-type: none"> • povećava učinkovitost OST ako se kombinira • opcija za korisnike opijata koji ne žele farmakološki tretman 	Rizično ponašanje i.v. korisnika: +/- Prenošenje HIV-a : +/- Prenošenje HCV-a: +/-	<ul style="list-style-type: none"> • Potencijalna koristi zbog smanjenog unosa opojne droge • Menadžment nepredvidivosti može donijeti koristi korisnicima stimulansa • Kombinacijom sa OST, koristi pridržavanju i završavanju tretmana praćenog apstinencijom.
Testiranje	<p>Preporuke i obrazloženja:</p> <p>Dobrovoljno i povjerljivo testiranje na HIV, HCV (HBV za one koji nisu vakcinirani) i druge infekcije uključujući TB sa informiranim pristankom treba provoditi rutinski i vezivati za to upućivanje na tretman.</p>		
Testiranje na zarazne bolesti	<ul style="list-style-type: none"> • Stručno mišljenje podržava. • Uključeno u nacionalne i međunarodne smjernice. • Široko rasprostranjena praksa javnog zdravlja. • Neophodna osnova za dalje odluke o prevenciji i tretmanu. 	Rizično ponašanje i.v. korisnika: +/- Prenošenje HIV-a: ? Prenošenje HCV-a: ?	Studije i modeli su pokazali da se efikasnim povezivanjem sa pristupačnim tretmanima smanjuje dalje širenje.
Liječenje zaraznih bolesti	<p>Preporuke i obrazloženja:</p> <p>Na osnovu dokaza i mišljenja eksperata, antivirusni tretmani bi se trebali administrirati po kliničkim indikacijama svima koji su zaraženi virusom HIV, HBV ili HCV. Tretman protiv tuberkuloze treba pružiti za aktivne slučajevе TB-a. TB profilaktična terapija bi se trebala razmotriti u slučaju latentnog oblika TB. Tretman dugih zaraznih bolesti bi se trebao pružati prema kliničkim indikacijama. Za sve se tretmane preporuča univerzalan pristup, uključujući pristup</p>		

⁹ Treba razmotriti i interakcije droga i stabilan kontakt sa medicinskim osobljem.

Ključna intervencija/ pod-komponente	Mišljenje stručnjaka/ praktična implementacija	Dokazi iz pregleda objavljenih članaka (za simbole vidi Tabelu B2)	Nalazi primarnih studija
za aktivne i.v. korisnike opojnih droga. ⁹			
	<ul style="list-style-type: none"> • Stručno mišljenje podržava • Uključeno u nacionalne i međunarodne smjernice, što sve više govori u prilog tome da aktivno korištenje opojne droge ne treba biti kriterij za isključivanje iz pružanja antivirusnog tretmana. • Ako se ne liječi, može doći do pogoršanja bolesti, a možda i smrti. 	(nije uključeno u pregled.)	<ul style="list-style-type: none"> • Postoje dokazi tretmana aktivnih i latentnih slučajeva TB-a. • Modeliranje dokaza pokazuje mogućnost preventivnih učinaka HCV tretmana na ukupno stanovništvo. • Dokazi o uspješnosti tretmana HIV-a i HCV-a među grupama aktivnih korisnika opojnih droga.
Promocija zdravlja (IEC i outreach)	<p>Preporuke i obrazloženja:</p> <p>Preporuča se promoviranje zdravlja sa fokusom na sigurnije navike intravenoznog korištenja, spolno zdravље uz korištenje kondoma, te prevencija bolesti, testiranje i liječenje, a na osnovu dokaza iz pregleda, primarnih studija i stručnih mišljenja.</p>		
Informiranje, educiranje, savjetovanje	<ul style="list-style-type: none"> • Stručno mišljenje podržava • Smatra se osnovnom pratećom komponentom kod pružanja svih 6 drugih intervencija. 	Rizično ponašanje i.v. korisnika: + Prenošenje HIV-a: +/- Prenošenje HCV-a: ?	<ul style="list-style-type: none"> • Višekomponentni paket zasnovan na potrebama populacije klijenata • Podržava ciljeve prevencije
Ciljano pružanje usluga	<p>Preporuke i obrazloženja:</p> <p>Usluge trebaju biti kombinirane i pružene prema potrebama korisnika i prema lokalnim uslovima; ovo uključuje pružanje usluga kroz outreach i centre za pružanje usluga, nudeći tretmane odvikanja, smanjenje štete, savjetovanje i testiranje, upute u opće primarne i specijalističke zdravstvene institucije.</p>		
Centri za pružanje niskopražnih usluga koji provode programe distribucije igala i šprica (NSP) i drugih preventivnih usluga	Mišljenja stručnjaka podržavaju, jer se omogućava pružanje niza usluga prema potrebama klijenata i kontakt s korisnicima.	Naučna literatura je pregledana za potrebe NSP programa Rizično ponašanje i.v. korisnika: ++ Prenošenje HIV-a: + Prenošenje HCV-a: +/-	<ul style="list-style-type: none"> • U pojedinačnim studijama, olakšavajući faktori za i.v. korisnike da pristupe uslugama bili su niske cijene, geografska lokacija, podrška osoblja, te mogućnost korištenja usluga programa distribucije igala i šprica. • Geografska udaljenost, strah od hapšenja od strane policije tokom korištenja NSP, radni sati i nedostatak privatnosti su navedeni kao barijere.
Upute u opće primarne zdravstvene institucije i specijalističke ustanove, prevencija korištenja opojne droge, smanjenje drugih štetnih posljedica, savjetovanje, tretmani	Podrška stručnjaka, uključujući se kao osnovna i neophodna komponenta skrbi o korisnicima, prateći prihvaćene standarde pružanja medicinske i socijalne pomoći.	Naučna literatura nije zvanično pregledana u odnosu na efekte uputa na usluge.	Naučna literatura nije zvanično pregledana u odnosu na efekte uputa na usluge.
Pristup špricama kroz ljekarne	Mišljenja stručnjaka podržavaju, jer se širi područje dostupnosti sterilnih šprica.	Rizično ponašanje i.v. korisnika: + Prenošenje HIV-a: +/- Prenošenje HCV-a: ?	Ekološki i među sektorski presjek studija pokazuje smanjenje međusobnog dijeljenja šprica po uvođenju prodaje šprica u ljekarnama.
Sekundarna distribucija	Mišljenja stručnjaka	Rizično ponašanje i.v.	Nedostatak studija.

Ključna intervencija/ pod-komponente	Mišljenje stručnjaka/ praktična implementacija	Dokazi iz pregleda objavljenih članaka (za simbole vidi Tabelu B2)	Nalazi primarnih studija
šprica	podržavaju, jer se širi područje dostupnosti šprica kroz programe.	korisnika: +/- Prenošenje HIV: +/- Prenošenje HCV: ?	
Outreach distribucija šprica	Stručnjaci podržavaju, jer omogućava da se dopre do teško dostupnih, marginaliziranih skupina	Rizično ponašanje i.v. korisnika: ? Prenošenje HIV: +/- Prenošenje HCV: ?	Nedostatak studija.
Automati za prodaju šprica	Stručnjaci podržavaju, jer omogućava snabdijevanje špricama bez obzira na radno vrijeme.	Rizično ponašanje i.v. korisnika: +/- Prenošenje HIV: +/- Prenošenje HCV: ?	Nedostatak studija.
Više načina pružanja usluga opskrbe opremom za i.v.korištenje	Podrška stručnjaka i preporuke za korištenje više načina distribucije.	Naučna literatura nije zvanično pregledana u odnosu na efekte koje ima pružanje usluga na više načina.	Dokazi primarnih studija pokazuju da je pružanje usluga na više načina efektivnije.
Prostori u kojima se i.v. korištenje obavlja pod nadzorom	Podrška stručnjaka, jer omogućava prilagođenu edukaciju o sigurnijim načinima korištenja.	Rizično ponašanje i.v. korisnika: + Prenošenje HIV: ? Prenošenje HCV: ?	Nedostatak studija. Učinak na smrtnost od predoziranja u zajednici.

Tabela B2: Vrste dokaznih iskaza i nivo dokaza potreban za potvrdu svakog iskaza (modificirano od Ellis et al., 2003)

Dokazni iskaz	Nivo dokaza
'++' ili '--'	<ul style="list-style-type: none"> jasni i konzistentni iskazi jednog ili više ključnih pregleda zasnovanih na više čvrstih studija, ili konzistentni dokazi u više čvrstih studija u okviru jednog ili više ključnih pregleda, u odsustvu jasnog i konzistentnog iskaza u pregledu(ima).
'+' ili '-'	<ul style="list-style-type: none"> Provizorni iskaz jednog ili više ključnih pregleda zasnovan na konzistentnom dokazu iz manjeg broja povjerenih studija ili većeg broja slabijih studija, ili konzistentni dokazi iz malobrojnih čvrstih studija ili više slabijih studija u okviru jednog ili više ključnih pregleda, u odsustvu jasnog i konzistentnog iskaza u pregledu (ima), ili protutječni dokazi iz jedne ili više ključnih pregleda, gdje su dokazi jači na jednoj strani (bilo da potvrđuju ili pobijaju učinkovitost) i prihvatljivim razlogom za konflikt, ili konzistentni dokazi iz više čvrstih studija u okviru jeden ili više dodatnih pregleda, u nedostatku ključnog pregleda.
'+/-'	<ul style="list-style-type: none"> Iskaz bez dovoljno dokaza iz ključnog pregleda, ili nedovoljni dokazi da potvrde ili ospore efektivnost intervencije (bilo je da je premašio dokazu ili da su slabi), u nedostatku jasnog i konzistentnog iskaza dokaza u ključnom(im) pregledu (ima), ili sve što je manje od konzistentnog dokaza iz više čvrstih studija u okviru jednog ili više dodatnih pregleda.
'?'	Ne postoje ključni niti dodatni pregledi utvrđene teme, moguće zbog nedostatka primarnih studija.
Bez pregleda	

Aneks C. Dodatne upute i tehničke smjernice

Naziv	Organizacija (godina)	Link
Portal najboljih praksi: baza dokaza, standarda i smjernica, te ocjenjenih praksi Ključni epidemiološki indikatori	EMCDDA	http://www.emcdda.europa.eu/best-practice http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators
Korištenje ispitivanja ispuštanja interferon-game kod dijagnosticiranja TB-a	ECDC (2011)	http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1103_GUI_IGRA.pdf
Vodič za prevenciju infekcije kod nehospitaliziranih pacijenata: maksimalna očekivanja za sigurnu skrb	CDC (2011)	http://www.cdc.gov/HAI/pdfs/guidelines/Ambulatory-Care-04-2011.pdf
EASL kliničke prakse: upravljanje virusnom infekcijom hepatitisa C	EASL (2011)	http://www.easl.eu/assets/application/files/4a7bd873f9ccbf_file.pdf
Testiranje na HIV: bolje prihvaćanje i učinak u Europskoj uniji	ECDC (2010)	http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/101129_GUI_HIV_testing.pdf
Smjernice za testiranje HIV-a, virusnog hepatitisa i drugih infekcija kod i.v. korisnika opojnih droga	EMCDDA (2010)	http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/testing-guidelines
Tretnjani tuberkuloze: smjernice, četvrto izdanje.	WHO (2010)	http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241547833_eng.pdf
Smjernice za snabdijevanje i.v. opremom: preporuke najboljih iskustava za povjerenike i izdavanje opreme za i.v. korištenje (IEP) u Škotskoj	Vlada Škotske (2010)	http://www.scotland.gov.uk/Publications/2010/03/29165055/0
Smanjenje štete na radnom mjestu: uputa za organizacije koje zapošljavaju ljude koji su korisnici opojnih droga	Institut otvoreno društvo (2010)	http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/harmreduction-work-20110314/work-harmreduction-20110314.pdf
Vodič za dobre prakse: HIV i korištenje opojnih droga – odgovori zajednice na korištenje opojnih droga i HIV	Međunarodna HIV/AIDS udruga (2010)	http://www.aidsalliance.org/publicationsdetails.aspx?id=454
Programi distribucije igala i šprica: snabdijevanje i.v. korisnika opojnih droga opremom za i.v. korištenje	Nacionalni institut za zdravstvenu i kliničku izvrsnost (NICE) (2009)	http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12130/43301/43301.pdf
Međunarodni standardi za skrb o tuberkulozi, drugo izdanje	Koalicija za tehničku pomoć kod tuberkuloze (2009)	http://www.tbcta.org/Uploaded_files/Zelf/ISTCReport2ndEdition1258118339.pdf
Tehničke upute zemljama za uspostavu ciljeva za univerzalni pristup prevenciji HIV-a, tretmanu i zbrinjavanju i.v. korisnika	SVJETSKA ZDRAVSTVENA ORGANIZACIJA (WHO), UNODC, UNAIDS (2009)	http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/manual/2010/ida_target_setting_guide_en.pdf

Naziv	Organizacija (godina)	Link
Upute za testiranje i savjetovanje o HIV-u u institucijama u koje dolaze i.v. korisnici	SVJETSKA ZDRAVSTVENA ORGANIZACIJA (WHO), UNAIDS	http://www.who.int/hiv/topics/ida/care/GuidanceTC_IDUsettings.pdf
Vodič za izradu politika za zajedničko pružanje usluga za TB i HIV za i.v. korisnike	SVJETSKA ZDRAVSTVENA ORGANIZACIJA (WHO) (2008)	http://www.who.int/rpc/guidelines/9789241596930/en/index.html
EASL vodič za kliničke prakse: menadžment kroničnog hepatitisa B	EASL (2009)	http://www.easl.eu/assets/application/files/b73c0da3c52fa1d_file.pdf
Sigurnost, rizici i ishodi korištenja pribora za i.v. korištenje opojnih droga	Scott (2008)	http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/127313/0057758.pdf
Vodič za uspostavu i upravljanje programa za distribuciju igala i šprica	WHO, UNAIDS, UNODC (2007)	http://www.who.int/hiv/ida/Guide_to_Starting_and_Managing_NSP.pdf
HIV/AIDS tretman i skrb: klinički protokol za Svjetsku zdravstvenu organizaciju, Regija Europa	(WHO) (2007)	http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/78106/E90840.pdf
Korelacija – Vodič za pružanje integriranih <i>outreach</i> usluga	Correlation Network (2007)	http://www.correlation-net.org/doccenter/pdf_document_centre/book_outreach_fin.pdf
Program distribucije igala i šprica u Ontariju: najbolje prakse i preporuke	Strike (2006)	http://www.health.gov.on.ca/English/providers/pub/aids/reports/ontario_needle_exchange_programs_best_practices_report.pdf
Vodič za programiranje i izradu politika o prevenciji i skrbi o HIV/AIDS-u kod i.v.korisnika opojnih droga	SVJETSKA ZDRAVSTVENA ORGANIZACIJA (WHO) (2005)	http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/policyprogrammingguide.pdf
Vodič za zagovaranje: prevencija HIV/ AIDS među i.v. korisnicima	WHO, UNAIDS, UNODC (2004)	http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/en/advocacyguideen.pdf
Dokazi za akciju: efektivnost <i>outreach</i> usluga u zajednicama u prevenciji HIV/AIDS-a kod i.v. korisnika opojnih droga	SVJETSKA ZDRAVSTVENA ORGANIZACIJA (WHO) (2004)	http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/evidenceforactionreprint2004.pdf
Privremena politika o zajedničkim aktivnostima za TB/HIV. 1. izdanje	WHO (2004)	http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_HTM_TB_2004.330_eng.pdf
BCG vakcina: položaj WHO-a	SVJETSKA ZDRAVSTVENA ORGANIZACIJA (WHO) (2004)	http://www.who.int/wer/2004/en/wer7904.pdf
Osnovne upute za tehničke konsultacije o učinkovitom djelovanju zdravstvenog sistema	SVJETSKA ZDRAVSTVENA ORGANIZACIJA (WHO) (2001)	http://www.who.int/health-systems-performance/technical_consultations/effcov_background.pdf

Reference

1. Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) Regionalni ured za Europu. HIV/AIDS tretman i skrb: klinički protokol za WHO regija Europe. Kopenhagen: WHO Regionalni ured za Europu; 2007.
2. Malta M, Magnanini MM, Strathdee SA, Bastos FI. Adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected drug users: a meta-analysis. *AIDS Behav.* August 2010. godine;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. Europski centar za praćenje droga i ovisnosti o drogama. Ključni indikatori. Lisabon: EMCDDA; 2011 [pristupljen 5. augusta 2011. godine]. Dostupno na: <http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators>.
5. Europski centar za praćenje droga i ovisnosti o drogama. Trendovi intravenoznog korištenja u Europi. Lisabon: EMCDDA; 2010.
6. Europski centar za prevenciju i kontrolu bolesti, Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) Regionalni ured za Europu. Praćenje HIV/AIDS-a u Europi: 2009. Štokholm: ECDC; 2010.
7. Europski centar za prevenciju i kontrolu bolesti. Godišnji epidemiološki izvještaj o prenosivim bolestima u Europi 2010. Stockholm: ECDC; 2010.
8. Europski centar za prevenciju i kontrolu bolesti. Praćenje i prevencija hepatitisa B i C u Europi. Štokholm: 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. Perevosčikovs J, Lucenko I, Magone S, Brila A, Curikova J, Vennema H. Community-wide outbreak of hepatitis A in Latvia in 2008 – an update. *Euro Surveill.* 2009 Jan 22;14(3).
14. Blystad H, Hoel T, Høiby E, Nilsen O. Infections among injecting drug users in Norway, 1997-2000. *Euro Surveill.* 2001;5(1).
15. Kuusi M, Nuorti P, Rostila T, Jokinen C. Hepatitis A infections in intravenous drug users, Finland, 2002. *Euro Surveill.* 2003 30 January 2003;7(5).
16. Europski centar za praćenje droga i ovisnosti o drogama. Vodič za testiranje na HIV, virusne hepatitise i druge infekcije među i.v. korisnicima: priručnik za ljekarske preglede, testiranje i savjetovanje za pružatelje usluga. EMCDDA priručnici. Lisabon: EMCDDA; 2010.
17. Agencija za zaštitu zdravlja CfI, Zaštita zdravlja Škotska, Nacionalna javna zdravstvena institucija Škotske, Centar za praćenje prenosivih bolesti Sjeverne Irske, Centar za istraživanje o drogama i ponašanjima LSoHaTM. Upucavanje: infekcije kod i.v. korisnika u VB. 2007. Dopunjeno: oktobar 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. Komisija Europskih zajednica. Charter of fundamental rights of the European Union. 2000/C 364/01. Brussels: Komisija Europskih zajednica; 2000.
23. Komisija Europskih zajednica. Lisabonski sporazum. 2007/C 306/01. Brisel: Komisija Europskih zajednica; 2007.
24. Komisija Europskih zajednica. Borba protiv HIV/AIDS u Europskoj Uniji i susjednim zemljama, 2009–2013. Brisel: Komisija Europskih zajednica; 2009.
25. Dablinska deklaracija o partnerstvu u borbi protiv HIV/AIDS-a u Europi i centralnoj Aziji. Dablin; 2004.
26. Akcijski plan za borbu protiv opojnih droga u EU za 2009–2012. Službene novine EU. Decembar 2008. 20:C 326/7-25.
27. Vijeće Europske Unije. EU Strategija za opojne droge (2005–2012). Brisel; 2004.
28. Europski centar za prevenciju i kontrolu bolesti. Metodologije za javno zdravlje zasnovane na dokazima. Štokholm: ECDC; 2011.
29. Europska konvencija o sprječavanju mučenja i neljudskog ili ponizavajućeg postupanja ili kažnjavanja. 2002.
30. Generalna skupština UN-a. Osnovni principi postupanja sa zatvorenicima. Rezolucija Generalne skupštine UN-a. Ženeva; 1990.
31. Svjetska zdravstvena organizacija (WHO). Prevencija visokog mortaliteta povezanog s korištenjem opojnih droga kod zatvorenika u periodu odmah nakon puštanja. Kopenhagen: Europski regionalni ured WHO; 2010.
32. Svjetska zdravstvena organizacija (WHO). Zdravlje u zatvorima: Vodič WHO za osnovne zdravstvene usluge u zatvorima. Kopenhagen: Europski regionalni ured WHO; 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. Međunarodna asocijacija za smanjenje štete. Što je smanjenje štete? Mišljenje Međunarodne asocijacije za smanjenje štete. London: Međunarodna asocijacija za smanjenje štete; 2010.
36. Savjetodavno vijeće protiv zloupotrebe opojne droge. AIDS i zloupotreba opojne droge: Dio I. London: Savjetodavno vijeće protiv zloupotrebe opojne droge (ACMD); 1988.
37. Rhodes T, Hedrich D. Harm reduction and the mainstream. In: Rhodes T, Hedrich D, editors. Harm reduction: evidence, impacts and challenges. Lisbon: EMCDDA; 2010.
38. Hunt N. Public health or human rights: what comes first? *Int J Drug Policy*. 2004;15:231-7.
39. Jurgens R, Csete J, Amon JJ, Baral S, Beyer C. People who use drugs, HIV, and human rights. *Lancet*. 2010 Aug 7;376(9739):475-85.
40. Svjetska zdravstvena organizacija (WHO). Povelja o zdravlju Otave. Prva međunarodna konferencija o promociji zdravlja; 1986; Otava, Kanada: Svjetska zdravstvena organizacija.
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, Khodatakevich 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. *CentEur 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. Svjetska zdravstvena organizacija (WHO), UNODC, UNAIDS. Tehnički vodič za zemlje za uspostavu ciljeva univerzalnog pristupa prevenciji, tretmanu i skrbi o HIV-u kod i.v. korisnika opojnih droga. Ženeva: WHO; 2009.
54. Evropski centar za praćenje droga i ovisnosti o drogama. Godišnji izvještaj 2010: Stanje problema s opojnim drogama u Evropi. Lisabon: EMCDDA; 2010.
55. Vlada Škotske. Vodič za opskrbu opremom za i.v. korištenje opojnih droga: najbolje prakse i preporuke za povjerenike i službe za opskrbu opremom za intravenozno korištenje (IEP) u Škotskoj. Edinburg; 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; 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. Državna agencija za tretman zloupotrebe supstanci. Privlačenje i zadržavanje klijenata na terapiji odvikanja. London: Državna agencija za tretman zloupotrebe supstanci; 2004.
 68. Svjetska zdravstvena organizacija (WHO), UNODC, UNAIDS. Održavanje zamjenske terapije kod menadžmenta ovisnosti o opijatima i prevenciji HIV/AIDS-a. Ženeva: 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. Centar za kontrolu i prevenciju bolesti SAD-a. Vodič za prevenciju infekcija kod nehospitaliziranih pacijenata: minimalna očekivanja za sigurnu skrb. CDC: Atlanta; 2011.
 81. Kimber J, Palmateer N, Hutchinson S, Hickman M, Goldberg D, Rhodes T. Harm reduction among injecting drug users- evidence of effectiveness. In: Rhodes T, Hedrich D, editors. Harm reduction: Evidence, impacts, challenges. Lisbon: EMCDDA; 2010.
 82. Palmateer N, Kimber J, Hickman M, Hutchinson S, Rhodes T, Goldberg D. Evidence for the effectiveness of sterile injecting equipment provision in preventing hepatitis C and human immunodeficiency virus transmission among injecting drug users: a review of reviews. *Addiction*. 2010 May;105(5):844-59.
 83. De P, Roy E, Boivin JF, Cox J, Morissette C. Risk of hepatitis C virus transmission through drug preparation equipment: a systematic and methodological review. *J Viral Hepat*. 2008 Apr;15(4):279-92.
 84. Crofts N, Caruana S, Bowden S, Kerger M. Minimising harm from hepatitis C virus needs better strategies. *BMJ*. 2000 Oct 7;321(7265):899.
 85. Thorpe LE, Ouellet LJ, Hershow R, Bailey SL, Williams IT, Williamson J, et al. Risk of hepatitis C virus infection among young adult injection drug users who share injection equipment. *Am J Epidemiol*. 2002 Apr 1;155(7):645-53.
 86. Morissette C, Cox J, De P, Tremblay C, Roy E, Allard R, et al. Minimal uptake of sterile drug preparation equipment in a predominantly cocaine injecting population: implications for HIV and hepatitis C prevention. *Int J Drug Policy*. 2007. May;18(3):204-12.
 87. Ouellet L, Huo D, Bailey SL. HIV risk practices among needle exchange users and nonusers in Chicago. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2004 Sep 1;37(1):1187-96.
 88. Longshore D, Bluthenthal RN, Stein MD. Needle exchange program attendance and injection risk in Providence, Rhode Island. *AIDS Educ Prev*. 2001 Feb;13(1):78-90.
 89. Matheson C, Anthony GB, Bond C, Rossi MK. Assessing and prioritizing the preferences of injecting drug users in needle and syringe exchange service development. *J Public Health (Oxf)*. 2008 Jun;30(2):133-8.
 90. Garden J, Roberts K, Taylor A, Robinson D. Evaluation of the provision of single use citric acid sachets to injecting drug users Glasgow. NHS Greater Glasgow, Scottish Centre for Infection and Environmental Health and NHS Lanarkshire; 2003.
 91. Savjetodavno vijeće protiv zlouporabe opojnih droga. Razmatranje korištenja folije kao intervencije u smanjenju štetnosti i.v. korištenja heroina. London: Savjetodavno vijeće protiv zlouporabe opojnih droga; 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, Beyer C. Vaccine immunogenicity in injecting drug users: a systematic review. *Lancet Infect Dis*. 2007 Oct;7(10):667-74.

95. Mereckiene J, Cotter S, Lopalco P, D'Ancona F, Levy-Bruhl D, Giambi C, et al. Hepatitis B immunisation programmes in European Union, Norway and Iceland: where we were in 2009? *Vaccine*. 2010 Jun 17;28(28):4470-7. Epub 2010 May 6.
96. Stancliff S, Salomon N, Perlman DC, Russell PC. Provision of influenza and pneumococcal vaccines to injection drug users at a syringe exchange. *J Subst Abuse Treat*. 2000 Apr;18(3):263-5.
97. Hu Y, Grau LE, Scott G, Seal KH, Marshall PA, Singer M, et al. Economic evaluation of delivering hepatitis B vaccine to injection drug users. *Am J Prev Med*. 2008 Jul;35(1):25-32.
98. Stitzer ML, Polk T, Bowles S, Kosten T. Drug users' adherence to a 6-month vaccination protocol: effects of motivational incentives. *Drug Alcohol Depend*. 2010 Feb 1;107(1):76-9.
99. Szmuness W, Stevens CE, Harley EJ, Zang EA, Taylor PE, Alter HJ. The immune response of healthy adults to a reduced dose of hepatitis B vaccine. *J Med Virol*. 1981;8(2):123-9.
100. Topp L, Day C, Dore GJ, Maher L. Poor criterion validity of self-reported hepatitis B infection and vaccination status among injecting drug users: a review. *Drug Alcohol Rev*. 2009 Nov;28(6):669-75.
101. Quaglio G, Talamini G, Lugoboni F, Lechi A, Venturini L, Jarlais DC, et al. Compliance with hepatitis B vaccination in 1175 heroin users and risk factors associated with lack of vaccine response. *Addiction*. 2002 Aug;97(8):985-92.
102. Ambrosch F, Wiedermann G, Andre FE, Delem A, Gregor H, Hofmann H, et al. Clinical and immunological investigation of a new combined hepatitis A and hepatitis B vaccine. *J Med Virol*. 1994 Dec;44(4):452-6.
103. Perrett K, Granerod J, Crowcroft N, Carlisle R. Changing epidemiology of hepatitis A: should we be doing more to vaccinate injecting drug users? *Commun Dis Public Health*. 2003 Jun;6(2):97-100.
104. BCG vakcinacija. Mišljenje Svjetske zdravstvene organizacije. *Wkly Epidemiol Rec*. 2004 Jan 23;79(4):27-38.
105. Vijeće Europe. Preporuke Vijeća za prevenciju i smanjenje štetnosti po zdravlje povezanih sa ovisnošću o opojnim drogama. Službene novine Europske Unije. 2003;OJ L165(03/07/2003):31-3.
106. Komisija Europskih zajednica. Izvještaj Komisije Europskog parlamenta i Vijeća za implementaciju Preporuka Vijeća od 18. juna 2003. godine, o prevenciji i smanjenju štetnosti po zdravlje povezanih sa ovisnošću o opojnim drogama. Brisel; 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. Svjetska zdravstvena organizacija (WHO). Vodič za farmakološki tretman ovisnosti o opijatima potpomognut psihosocijalnom komponentom. WHO: Ženeva; 2009.
112. Europski centar za praćenje droga i ovisnosti o drogama. Statistički bilten. EMCDDA: Lisabon; 2011 [citiran 5. augusta 2011]. Dostupan na: <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. Europski centar za praćenje droga i ovisnosti o drogama. Tretman podržan heroinom. Lisabon: EMCDDA; 2011 (u štampi).
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. Europski centar za praćenje droga i ovisnosti o drogama. Oznaka HSR-1. Procent klijenata na zamjenskoj terapiji za opijate u procjeni ukupnog broja korisnika opijata, 2009. ili novije dostupno izdanje. Lisabon: EMCDDA; 2011.
129. Europski centar za praćenje droga i ovisnosti o drogama. EMCDDA portal najboljih praksi. Lisbon: EMCDDA; 2011 [citiran 4. augusta 2011]. Dostupan na: <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. Međunarodna unija protiv tuberkuloze i plućnih bolesti. Menadžment tuberkuloze: vodič za osnove dobre kliničke prakse. Šesto izdvanje. 2010.
132. Wilson ME, Schwartz RP, O'Grady KE, Jaffe JH. Impact of interim methadone maintenance on HIV risk behaviors. *Journal of Urban Health.* 2010;87(4):586-91.
133. Dijkgraaf MG, van der Zanden BP, de Borgie CA, Blanken P, van Ree JM, van den Brink W. Cost utility analysis of co-prescribed heroin compared with methadone maintenance treatment in heroin addicts in two randomised trials. *BMJ.* 2005 Jun 4;330(7503):1297.
134. Dolan K, Wodak A. An international review of methadone provision in prisons. *Addiction Research* 1996;4:85-97.
135. Stallwitz A, Stover H. The impact of substitution treatment in prisons – a literature review. *Int J Drug Policy.* 2007;18(6):464-74.
136. Jurgens R, Ball A, Verster A. Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prison. *Lancet Infect Dis.* 2009 Jan;9(1):57-66.
137. Europski centar za prevenciju i kontrolu bolesti. Implementacija Dablinske deklaracije o paetnerstvu u borbi protiv HIV/AIDS-a u Europi i Centralnoj Aziji: Izvještaj o napretku 2010. godine. Štokholm: ECDC; 2010.
138. Europski centar za prevenciju i kontrolu bolesti. Testiranje HIV-a: povećavati prihvatanje i učinkovitost u Europskoj Uniji. Štokholm: ECDC; 2010. godina.
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. Svjetska zdravstvena organizacija (WHO). Odič za tretman tuberkuloze. Ženeva: Svjetska zdravstvena organizacija; 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. Europski centar za prevenciju i kontrolu bolesti. Korištenje ispitivanja ispuštanja interferon-game kod dijagnosticiranja TB-a. Štokholm: ECDC; 2011.
145. Rose DN. Benefits of screening for latent Mycobacterium tuberculosis infection. *Arch Intern Med.* 2000 May 22;160(10):1513-21.
146. Svjetska zdravstvena organizacija (WHO), UNAIDS. Vodič za testiranje HIV-a i savjetovanje za pružatelje usluga u zdravstvenim ustanovama. WHO: Ženeva; 2007.
147. Europska asocijacija za proučavanje jetra (EASL). EASL vodič za kliničku praksu: menadžment kroničnog hepatitisa B. *J Hepatol.* 2009 Feb;50(2):227-42.
148. Europska asocijacija za proučavanje jetra (EASL). EASL vodič za kliničku praksu: menadžment virusne infekcije hepatitisa C. *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. Svjetska zdravstvena organizacija (WHO). Privremena politika o zajedničkim aktivnostima za TB/HIV. Ženeva: WHO; 2004.
156. Svjetska zdravstvena organizacija (WHO), UNODC, Vodič za izradu politika za zajedničko pružanje usluga za TB i HIV za i.v. korisnike, integrirani pristup. Ženeva: WHO; 2008.

157. Koalicija za tehničku podršku kof tuberkuloze. Međunarodni standardi za skrb o tuberkulozi (ISTC). Hag; 2009.
158. Svjetska zdravstvena organizacija (WHO). efektivnost *outreach* usluga u zajednicama u prevenciji HIV/AIDS-a kod i.v. korisnika opojnih droga. WHO: Ženeva; 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, Neagius A, Murrill CS, Hagan H. Patterns of exchange sex and HIV infection in high-risk heterosexual men and women. *J Urban Health*. 2011 Apr;88(2):329-41.
163. Ward H, Pallegaros A, Green A, Day S. Health issues associated with increasing use of 'crack' cocaine among female sex workers in London. *Sex Transm Infect*. 2000 Aug;76(4):292-3.
164. Salomon N, Perlman DC, Friedmann P, Buchstein S, Kreiswirth BN, Mildvan D. Predictors and outcome of multidrug-resistant tuberculosis. *Clin Infect Dis*. 1995 Nov;21(5):1245-52.
165. Leaver CA, Bargh G, Dunn JR, Hwang SW. The effects of housing status on health-related outcomes in people living with HIV: a systematic review of the literature. *AIDS Behav*. 2007 Nov;11(6 Suppl):85-100.
166. Islam MM, Grummett S, White A, Reid SE, Day CA, Haber PS. A primary healthcare clinic in a needle syringe program may contribute to HIV prevention by early detection of incident HIV in an injecting drug user. *Aust N Z J Public Health*. 2011 Jun;35(3):294-5.
167. Day CA, Islam MM, White A, Reid SE, Hayes S, Haber PS. Development of a nurse-led primary healthcare service for injecting drug users in inner-city Sydney. *Aust J Prim Health*. 2011;17(1):10-5.
168. Correlation Network. *Outreach* rad među marginaliziranim populacijom u Evropi: Vodič za pružanje integriranih *outreach* usluga. 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. Godišnji izvještaj za 2009. godinu. Ženeva: Ured za opojne droge i kriminal UN-a; 2009.
176. Europski centar za praćenje droga i ovisnosti o drogama. Reitox mreža Lisabon: EMCDDA; 2011. [citiran 5. augusta 2011.]. Dostupno na: <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. Europski centar za prevenciju i kontrolu bolesti. Mapiranje praćenja ponašanje međuodnosa HIV-a i spolno prenosivih infekcija u Evropi. 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. Europski centar za praćenje droga i ovisnosti o drogama. Znamenka HSR-3. Distribucij šprica kroz specijalizirane programe prema procjeni IDU u 2009. godini ili novije izdanje. Lisabon: EMCDDA; 2011.
184. Paraskevis D, Nikolopoulos G, Tsiora 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, Kruijschaar 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. Europski centar za prevenciju i kontrolu bolesti, Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) Regionalni ured za Europu. Praćenje tuberkuloze u Europi u 2009. godine. Štokholm: ECDC; 2011.
188. Lloyd-Smith E, Hull MW, Tyndall MW, Zhang R, Wood E, Montaner JS, et al. Community-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* is prevalent in wounds of community-based injection drug users. *Epidemiol Infect.* 2010 May;138(5):713-20.
189. Cooke FJ, Gkrania-Klotsas E, Howard JC, Stone M, Kearns AM, Ganner M, et al. Clinical, molecular and epidemiological description of a cluster of community-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* isolates from injecting drug users with bacteraemia. *Clin Microbiol Infect.* 2010 Jul;16(7):921-6.
190. Fah F, Zimmerli W, Jordi M, Schoenenberger RA. Septic deep venous thrombosis in intravenous drug users. *Swiss Med Wkly.* 2002 Jul 13;132(27-28):386-92.
191. Lamagni TL, Neal S, Keshishian C, Hope V, George R, Duckworth G, et al. Epidemic of severe *Streptococcus pyogenes* infections in injecting drug users in the UK, 2003-2004. *Clin Microbiol Infect.* 2008 Nov;14(11):1002-9.
192. Efstratiou A, Emery M, Lamagni TL, Tanna A, Warner M, George RC. Increasing incidence of group A streptococcal infections amongst injecting drug users in England and Wales. *J Med Microbiol.* 2003 Jun;52(Pt 6):525-6.
193. Akbulut D, Dennis J, Gent M, Grant KA, Hope V, Ohai C, et al. Wound botulism in injectors of drugs: upsurge in cases in England during 2004. *Euro Surveill.* 2005 Sep;10(9):172-4.
194. Jones JA, Salmon JE, Djuretic T, Nichols G, George RC, Gill ON, et al. An outbreak of serious illness and death among injecting drug users in England during 2000. *J Med Microbiol.* 2002 Nov;51(11):978-84.
195. Giuliani M, Rezza G, Lepri AC, Di Carlo A, Maini A, Crescimbeni E, et al. Risk factors for HTLV-I and II in individuals attending a clinic for sexually transmitted diseases. *Sex Transm Dis.* 2000 Feb;27(2):87-92.
196. Giacomo M, Franco EG, Claudio C, Carlo C, Anna DA, Anna D, et al. Human T-cell leukemia virus type II infection among high risk groups and its influence on HIV-1 disease progression. *Eur J Epidemiol.* 1995 Oct;11(5):527-33.
197. Henrard DR, Soriano V, Robertson E, Gutierrez M, Stephens J, Dronda F, et al. Prevalence of human T-cell lymphotropic virus type 1 (HTLV-1) and HTLV-2 infection among Spanish drug users measured by HTLV-1 assay and HTLV-1 and -2 assay. HTLV-1 and HTLV-2 Spanish Study Group. *J Clin Microbiol.* 1995 Jul;33(7):1735-8.
198. Krook A, Albert J, Andersson S, Biberfeld G, Blomberg J, Eklund I, et al. Prevalence and risk factors for HTLV-II infection in 913 injecting drug users in Stockholm, 1994. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol.* 1997 Aug 15;15(5):381-6.
199. Vignoli C, Zandotti C, De Lamballerie X, Tamalet C, Gastaut JA, De Micco P. Prevalence of HTLV-II in HIV-1-infected drug addicts in Marseille. *Eur J Epidemiol.* 1993 May;9(3):351-2.
200. Egan JF, O'Leary B, Lewis MJ, Mulcahy F, Sheehy N, Hasegawa H, et al. High rate of human T lymphotropic virus type IIa infection in HIV type 1-infected intravenous drug abusers in Ireland. *AIDS Res Hum Retroviruses.* 1999 May 20;15(8):699-705.
201. Kelly M, Swann C, Killoran A, Naidoo B, Barnett-Page E, Morgan A. Methodological problems in constructing the evidence base in public health. London: Health Development Agency; 2002.
202. Sylla L, Bruce RD, Kamarulzaman A, Altice FL. Integration and co-location of HIV/AIDS, tuberculosis and drug treatment services. *Int J Drug Policy.* 2007 Aug;18(4):306-12.
203. Elk R, Grabowski J, Rhoades H, Spiga R, Schmitz J, Jennings W. Compliance with tuberculosis treatment in methadone-maintained patients: behavioral interventions. *J Subst Abuse Treat.* 1993 Jul-Aug;10(4):371-82.
204. Batki SL, Gruber VA, Bradley JM, Bradley M, Delucchi K. A controlled trial of methadone treatment combined with directly observed isoniazid for tuberculosis prevention in injection drug users. *Drug Alcohol Depend.* 2002 May 1;66(3):283-93.
205. de Vries G, van Hest RA, Richardus JH. Impact of mobile radiographic screening on tuberculosis among drug users and homeless persons. *Am J Respir Crit Care Med.* 2007 Jul 15;176(2):201-7.
206. Uuskula A, Des Jarlais DC, Kals M, Ruutel K, Abel-Oollo 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.