



Prevence a kontrola infekčních nemocí u injekčních uživatelů drog

Metodický pokyn ECDC A EMCDDA



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction





Prevence a kontrola infekčních nemocí u injekčních uživatelů drog

Metodický pokyn ECDC A EMCDDA

Tento text je překladem prvního vydání publikace „ECDC AND EMCDDA GUIDANCE Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs“, kterou v roce 2011 vydalo ve Stockholmu Evropské centrum pro prevenci a kontrolu nemocí a Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost.



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction

© Evropské centrum pro prevenci a kontrolu nemocí, 2011

© Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, 2011
ISBN původního vydání 978-92-9193-313-6

© Vydal Úřad vlády České republiky, 2012
1. vydání v jazyce českém

ISBN 978-80-7440-064-3

Překlad/

Mgr. Jiří Bareš

Editoři českého vydání/

Mgr. Vlastimil Nečas
MUDr. Viktor Mravčík

Odpovědný redaktor/

Mgr. Lucie Grolmusová

Jazyková korektura/

PhDr. Alena Palčová

Prevence a kontrola infekčních nemocí u injekčních uživatelů drog Metodický pokyn ECDC A EMCDDA

Tento společný metodický pokyn zpracovaly Evropské centrum pro prevenci a kontrolu nemocí (ECDC) a Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA) ve spolupráci s odbornou poradní skupinou tvořenou činiteli zodpovědnými za tvorbu příslušných politik, poskytovateli služeb, představiteli občanské společnosti a odborníky na oblast preventivního lékařství ze zemí Evropské unie, respektive Evropského hospodářského prostoru.

Autory tohoto metodického pokynu jsou Mika Salminen, Anastasia Pharris a Andreas Sandgren z ECDC a Dagmar Hedrich a Lucas Wiesing z EMCDDA. Texty v rámcích zpracovali Anna Tarján a Robert Csák (*Přístup nezletilých k programům výměny jehel a stříkaček v Maďarsku*), Kristi Rüütel (*Navýšení pokrytí programy výměny jehel a stříkaček: zkušenosti z Estonska*) a Henriikki Brummer-Korvenkontio („point-of-care“ testování). Hans Blystad se podílel na části věnované screeningu, testování a léčbě tuberkulózy. Tuukka Tammi přispěl odbornými podklady k části týkající se základních hodnot. Další užitečné připomínky poskytli Frode Forland, Erika Duffel, Giedrius Likatavicius, Teymur Noori a Marita van de Laar

z ECDC a Alessandro Pirona, Marica Ferri, Teodora Groshkova a Roland Simon z EMCDDA.

Základní rámec pro zpracování metodického pokynu navrhli a přehledovou analýzu části korpusu prokázaných informací o programech výměny jehel a stříkaček a dalších službách provedli na základě kontraktu ECDC/10/2246 Eva van Velzen a Sharon Hutchinson (University of Strathclyde/Health Protection Scotland), Norah Palmateer, Kirsty Roy, Alex Sánchez-Vivar, David Goldberg (Health Protection Scotland), Matt Hickman (University of Bristol), Avril Taylor (University of West of Scotland), Jennifer Kelly a John Campbell (Glasgow Addiction Services) a Vivian Hope (London School of Hygiene and Tropical Medicine). Další přehled výzkumem ověřených faktů týkajících se léčby uživatelů drog zpracovali na základě kontraktu EMCDDA CC.10. RES.011 Georgie MacArthur a Matt Hickman (University of Bristol).

Tento metodický pokyn rovněž vychází ve zkrácené podobě („V kostce“) a doprovází jej dvě expertní zprávy: „Fakta svědčící o efektivitě intervencí zaměřených na prevenci infekcí u injekčních uživatelů drog (*Evidence for*

the effectiveness of interventions to prevent infections among people who inject drugs).

Část 1: Programy výměny jehel a stříkaček a další intervence zaměřené na prevenci hepatitidy typu C, HIV a rizikového injekčního chování (*Needle and syringe programmes and other interventions for preventing hepatitis C, HIV and injecting risk behaviour*) a Část 2: Léčba uživatelů drog zaměřená na prevenci hepatitidy typu C, HIV a rizikového injekčního chování (*Drug treatment for preventing hepatitis C, HIV and injecting risk behaviour*).

Rádi bychom poděkovali následujícím členům odborné poradní skupiny ECDC/EMCDDA za jejich cenný přínos. Jsou to:

- Henrique Barros, Národní program řešení problematiky AIDS, portugalské ministerstvo zdravotnictví; Lékařská fakulta univerzity v Portu, Portugalsko,
- Hans Blystad, norský Institut veřejného zdraví, oddělení epidemiologie infekčních onemocnění, Norsko,
- Grazyna Cholewinska, varšavská nemocnice infekčních chorob, Polsko,

- Hans Haltmayer, Verein Wiener Sozialprojekte, Vídeň, Rakousko,
- Niklas Karlsson, Národní institut pro kontrolu přenosných onemocnění, Švédsko,
- Astrid Leicht, Fixpunkt Berlin, Německo,
- Xavier Majó i Roca, Program řešení problematiky zneužívání návykových látek, ministerstvo zdravotnictví, Katalánsko, Španělsko,
- Luis Mendão, Fórum občanské společnosti EU,
- Viktor Mravčík, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, Česká republika,
- Anne Ovaska, nadace A-Clinic Foundation, Finsko,
- Maria Prins, Hygienická stanice města Amsterdamu, Nizozemsko,
- Kristi Rüütel, estonský státní ústav pro rozvojové aktivity v oblasti zdraví, oddělení infekčních onemocnění a prevence zneužívání drog, Estonsko,
- Ioana Tomus, Rumunská síť harm reduction, Rumunsko.

ZKRATKY A GLOSÁŘ	10
SHRNUTÍ	12
Sedm hlavních doporučovaných intervencí	13
Synergický efekt: kombinace hlavních intervencí	14
Komu je tato publikace určena	14
Veřejnozdavatní hledisko vycházející z objektivně prokázaných faktů	15
Koordinace na úrovni jednotlivých států	15
Zohlednění specifik jednotlivých zemí	15
ÚVOD	16
Infekce u injekčních uživatelů drog	17
Proč je to důležité?	20
Úkoly, cíle a metodika	21
Rozsah uplatnění	23
Komu je materiál určen	24
ZÁKLADNÍ HODNOTY UPLATŇOVANÉ PŘI PREVENCI INFEKČÍ U INJEKČNÍCH UŽIVATELŮ DROG	26
Zásady prevence	27
Zásady poskytování služeb	29
DOPORUČENÉ INTERVENCE PRO PREVENCI INFEKČÍ U INJEKČNÍCH UŽIVATELŮ DROG	32
Hlavní intervenční složky	33
Kombinace hlavních intervencí v zájmu dosažení synergického efektu	33
VYTVÁŘENÍ A POSKYTOVÁNÍ PROGRAMŮ PREVENCE A KONTROLY INFEKČNÍCH ONEMOCNĚNÍ U INJEKČNÍCH UŽIVATELŮ DROG	36
Spolupráce a koordinace	37
Sedm hlavních doporučovaných intervencí	38
Injekční náčiní	38
Očkování	41
Léčba drogové závislosti	43
Testování	47
Léčba infekčních onemocnění	50
Podpora zdraví	52
Adresné poskytování služeb	55
ZNALOST A POCHOPENÍ SITUACE NA ÚROVNI JEDNOTLIVÝCH STÁTŮ	66
Monitorování problémového užívání drog a opatření na jeho řešení	67
Epidemiologická surveillance infekcí	68
Monitoring a evaluace programů	69
Stanovení cílů pro pokrytí poptávky jednotlivými intervencemi	70

PŘÍLOHA A. EPIDEMIOLOGIE INJEKČNÍHO UŽÍVÁNÍ DROG A HLAVNÍ INFEKCE MEZI INJEKČNÍMI UŽIVATELI DROG V ZEMÍCH EU/EHP	72
Injekční užívání drog	73
HIV	73
Hepatitida B a C	73
Tuberkulóza	74
Virová hepatitida typu A	75
Bakteriální kožní a systémové infekce	75
Pohlavně přenosné infekce	76
Lidský T-lymfotropní virus typu II (HTLV-II)	76
PŘÍLOHA B. HLAVNÍ INTERVENCE ZAMĚŘENÉ NA PREVENCI INFEKČÍ MEZI INJEKČNÍMI UŽIVATELI DROG	78
PŘÍLOHA C. DALŠÍ METODIKY A ODBORNÉ PŘÍRUČKY	86
LITERATURA	92

ZKRATKY A GLOSÁŘ

ECDC	Evropské centrum pro prevenci a kontrolu nemocí
EHP	Evropský hospodářský prostor
EFTA	Evropské sdružení volného obchodu
EMCDDA	Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost
Evropské sousedství	členské státy EU a jejich geografičtí sousedé, kteří s nimi sdílejí pevninské hranice, kandidátské země EU i potenciální kandidáti na členství v EU a členské země EFTA a EHP.
EU	Evropská unie
VHA	virová hepatitida typu A
VHB	virová hepatitida typu B
VHC	virová hepatitida typu C
HIV	virus lidské imunodeficiency
Podpora zdraví	Podpora zdraví je proces, jehož prostřednictvím mají lidé možnost získat větší kontrolu nad svým zdravím a zlepšit je. Podpora zdraví nespočívá pouze v poskytování informací a pomoci, ale zahrnuje také poradenství v oblasti minimalizace rizik.
IGRA	test uvolňování interferonu gama, krevní test na tuberkulózu
Nízkoprahové služby	Nízkoprahové služby jsou sociální a zdravotní služby pro osoby, které užívají drogy. Tato zařízení běžně nabízejí bezpečné prostory pro časově omezený pobyt, zdravotní edukaci a poradenství, programy výměny jehel a stříkaček, zprostředkování léčby závislosti a v některých případech také možnost přespání. Cílem nízkoprahového přístupu je podchytil více osob vykazujících vzorce problémového užívání v co možná nejranější fázi a udržet s nimi kontakt, čímž je možné je chránit před zdravotními následky, aniž by od nich byla vyžadována abstinence.
Výměnné programy	programy výměny jehel a stříkaček
OSL	opiooidová substituční léčba
Problémové užívání drog	injekční užívání drog nebo dlouhodobé/pravidelné užívání opiooidů, kokainu a/nebo amfetaminů
Sekundární výměna jehel	výdej sterilního injekčního náčiní jednomu příjemci služby, který je následně distribuuje mezi osoby, s nimiž se stýká. Tento postup se také někdy označuje jako „peer work“.
PPI	pohlavně přenosná infekce
TBC	tuberkulóza
TST	tuberkulinový kožní test
UNAIDS	Společný program OSN pro HIV/AIDS
WHO	Světová zdravotnická organizace

SHRNUTÍ

Od poloviny osmdesátých let 20. století, kdy bylo zaznamenáno epidemické šíření HIV mezi injekčními uživateli drog, se mnoha evropským zemím podařilo dosáhnout značného pokroku v implementaci výzkumem ověřených opatření v oblasti prevence a kontroly infekčních onemocnění u této skupiny osob. V devadesátých letech 20. století začaly členské státy EU rozvíjet společné politiky zaměřené na problematiku prevence HIV/AIDS a drogových závislostí, jejichž součástí bylo zřízení evropských agentur určených k monitorování situace ve věcech drog (EMCDDA v roce 1993) a k vyvíjení činnosti v oblasti prevence a kontroly infekcí (ECDC v roce 2005). V posledních dvou desetiletích došlo v reakci na aktuální situaci k rozmachu preventivních a terapeutických intervencí. Podle zpráv za rok 2009 byla více než polovina odhadované populace problémových uživatelů opioidů v substituční léčbě a v mnoha zemích byly zřízeny výměnné programy injekčního náčiní, které poskytují své služby stále většímu počtu injekčních uživatelů drog. Z údajů ze zemí disponujících kvalitními monitorovacími systémy vyplývá, že počet nových

případů nákazy HIV mezi osobami, které injekčně užívají drogy, se za posledních 10 let výrazně snížil ve většině, byť ne ve všech zemích EU.

V rámci „evropského sousedství“ zůstává injekční užívání drog významným faktorem z hlediska rizika nákazy krví přenosnou nebo jinou infekční chorobou, včetně HIV, hepatitid typu B a C, tuberkulózy, bakteriální infekce kůže a měkkých tkání, systémových infekcí apod. Z odhadovaného počtu injekčních uživatelů drog je možné usuzovat, že ve všech evropských zemích existují významné populace vystavené riziku těchto infekcí, které, nejsou-li adekvátně řešeny, představují výraznou zátěž pro evropské zdravotní systémy, nemalé utrpení pro postižené jedince, jakož i vysoké léčebné náklady.

Ukazuje se, že pragmatický veřejnozdravotní preventivní přístup může výrazně přispívat k omezení šíření krví přenosných a dalších infekcí mezi injekčními uživateli drog. Prevence je možná a v případě jejího správného uplatňování také účinná.

Sedm hlavních doporučovaných intervencí

Tento společný metodický pokyn ECDC a EMCDDA, vycházející z výzkumem ověřených poznatků, stanoví správnou praxi v oblasti prevence a kontroly infekčních onemocnění u osob, které injekčně užívají drogy.

Na základě dostupného korpusu výzkumem ověřených poznatků té nejvyšší výpovědní

hodnoty, názorů odborníků a příkladů správné praxe ze zemí EU/EHP byly formulovány následující hlavní intervenční složky, které je zapotřebí uplatňovat, a to pokud možno ve vzájemné kombinaci, aby tak bylo prostřednictvím jejich synergického působení dosaženo maximálního preventivního účinku.

Hlavní intervenční složky

Injekční náčiní: Poskytování čistého náčiní k injekční aplikaci drog, včetně bezplatné distribuce dostatečného množství sterilních jehel a stříkaček, a legální přístup k těmto parafernáliím v rámci kombinovaného komplexního přístupu realizovaného prostřednictvím programů orientujících se na služby harm reduction, poradenství a léčbu.

Očkování: Očkování proti hepatitidám typu A a B, tetanu, chřipce a zejména u HIV pozitivních jedinců pak očkování proti pneumokoku.

Léčba drogové závislosti: Opioidová substituční léčba a jiné účinné formy léčby závislosti na drogách.

Testování: Dobrovolné a anonymní testování na HIV, VHC (VHB pro neočkované) a další infekce, včetně TBC, prováděné na základě informovaného souhlasu by mělo být nabízeno jako standardní služba s jasnou návazností na další možnosti léčby.

Léčba infekčních onemocnění: Klinicky indikovaná antivirová léčba osob nakažených HIV, VHB nebo VHC. Antituberkulózní léčba případů aktivní TBC. U případů latentní TBC je zapotřebí zvážit možnost profylaktické terapie. Léčba ostatních infekčních onemocnění by měla být nabízena podle klinické indikace.

Podpora zdraví: Podpora zdraví zaměřená na bezpečnější injekční užívání, pohlavní zdraví, včetně používání kondomů, a prevenci a léčbu nemocí, včetně testování na jejich výskyt.

Adresné poskytování služeb: Jednotlivé služby by měly být kombinovány, organizovány a poskytovány v souladu s potřebami uživatelů a místními podmínkami. Patří sem zajišťování služeb prostřednictvím terénních programů i stacionárních zařízení nabízejících léčbu drogové závislosti, programy snižování rizik, poradenství, testování a zprostředkovávání všeobecné primární zdravotní péče i služeb lékařů-specialistů.

Synergický efekt: kombinace hlavních intervencí

Nejnovější studie a zkušenosti z úspěšných preventivních programů jednoznačně vypovídají o přidané hodnotě nabídky širšího spektra efektivních intervenčních opatření na jednom mís-

tě a poskytování kombinace intervencí podle potřeb klientů v zájmu dosažení maximálního účinku při prevenci infekčních onemocnění.

Komu je tato publikace určena

Cílem tohoto metodického pokynu je podpořit činitele zodpovědné za tvorbu příslušných politik v Evropě při plánování adekvátních, výzkumem podložených, pragmatických a racionálně koncipovaných veřejnozdravotních opatření orientovaných na prevenci a kontro-

lu infekcí u osob, které injekčně užívají drogy. Je určen zejména osobám zodpovědným za plánování programů týkajících se veřejného zdraví a nositelům rozhodovacích pravomocí působících v oblasti infekčních onemocnění, veřejného zdraví obecně, adiktologie a péče

o duševní zdraví, sociálních služeb a kontroly drog na celostátní i regionální úrovni.

Cílem tohoto materiálu, který současně dodržuje a podporuje stávající celounijní politiky týkající se kontroly drog a infekčních nemocí, je poskytnout kompletní přehled nejužitečnějších

aktuálních poznatků z této oblasti a rozšířit dosavadní činnosti o kombinace klíčových intervencí. Vychází rovněž ze základních hodnot odvozených od principů veřejného zdraví a lidských práv, jimiž by se práce na poli prevence a poskytování služeb měla řídit.

Veřejnozdravotní hledisko vycházející z objektivně prokázaných faktů

Výsledky výzkumu související s tématem tohoto materiálu byly analyzovány a posuzovány v souladu s principy medicíny založené na důkazech (evidence-based medicine, EBM) uplatňovanými v rámci problematiky veřejného zdraví. Vypracování pokynu předcházela komplexní analýza výsledků studií splňujících

nejpřísnější metodologická kritéria, jejíž závěry byly doplněny o další poznatky odborníků a jejich vyjádření k pozitivním i negativním stránkám. Hlavní intervence formulované v tomto dokumentu reflektují rovněž příklady dobré praxe a preference uživatelů.

Koordinace na úrovni jednotlivých států

Nezbytnou podmínkou efektivní realizace hlavních intervencí je spolupráce na celostátní i místní úrovni a koordinace činností jednotlivých sektorů. Budování celonárodního konsenzu a společné sledování vytyčených cílů

jsou z hlediska úspěšné implementace intervencí nutností. Na jednotlivých cílech by se měli shodnout zástupci všech zúčastněných sektorů, zejména pak subjekty zaměřující se na práci s injekčními uživateli drog.

Zohlednění specifík jednotlivých zemí

Aby bylo možné zajistit, že příslušné intervence budou co nejlépe sloužit populaci injekčních uživatelů drog a současně plnit účel prevence a kontroly infekčních onemocnění, musí na národní i regionální úrovni fungovat systém epidemiologického dohledu nad problémovým užíváním drog a výskytem infekcí. Realizovaná opatření je nutné průběžně monitorovat a vyhodnocovat z hlediska jejich odezvy, dopadu, relevance a rozsahu pokrytí. Investování prostředků do systémů monitorování problematiky užívání drog a infekčních onemocnění je nutné a nákladově efektivní.

Je prokázáno, že vyšší míra relativní dostupnosti programů výměny jehel a stříkaček a opioidové substituční léčby na jednoho injekčního uživatele je efektivnější než nižší míra pokrytí těmito službami. Je třeba zajistit, aby nabízené služby odpovídaly místním potřebám a poptávce. Neuspokojení poptávky po výměnných programech nebo dlouhé pořadníky na léčbu závislosti svědčí o špatně fungující prevenci.

ÚVOD

Infekce u injekčních uživatelů drog

Od poloviny osmdesátých let 20. století, kdy došlo k epidemickému šíření HIV mezi injekčními uživateli drog, bylo v mnoha evropských zemích dosaženo značného pokroku v implementaci výzkumem ověřených opatření v oblasti prevence a kontroly infekčních onemocnění u této skupiny osob. V devadesátých letech 20. století začaly členské státy EU pracovat na rozvíjení společných politik zaměřených na problematiku prevence HIV/AIDS a drog a drogových závislostí, jejichž součástí bylo zřízení evropských agentur pověřených monitorováním situace ve věcech drog (v roce 1993) a infekcí (v roce 2005) (3). Během následujících desetiletí došlo k rozmachu příslušných intervencí: v roce 2009 bylo například hlášeno přibližně 700 000 uživatelů opioidů v substituční léčbě, což odpovídá více než polovině odhadovaného celkového počtu problémových uživa-

telů opioidů (4). V mnoha zemích EU došlo k poklesu podílu injekčních uživatelů drog na nových případech infekce HIV a počtu infekcí v této populaci obecně. V rámci „evropského sousedství“ však zůstává injekční užívání drog významným faktorem z hlediska rizika nákazy krví přenosnými nebo jinými infekčními chorobami. Z odhadovaného počtu injekčních uživatelů drog je možné usuzovat, že ve všech evropských zemích se vyskytují významné populace, které jsou tomuto riziku vystaveny (5). Vzorce injekčního užívání vykazují v rámci tohoto regionu určité rozdíly. Vedle injekčního užívání opioidů, které převládá ve všech zemích, vykazují severní a východní části Evropy rovněž vysoký podíl injekčního užívání stimulantů (zejména amfetaminu). Toto schéma dále komplikuje polyvalentní užívání drog (5).

Injekční uživatelé drog mohou být vystaveni zvýšenému riziku těchto infekcí:

- HIV,
- hepatitida typu A,
- hepatitida typu B (VHB),
- hepatitida typu C (VHC),
- hepatitida typu D,
- tuberkulóza (TBC),
- infekce kůže a tenkých tkání způsobované bakterií *Staphylococcus aureus* (včetně meticilin-rezistentního zlatého stafylokoka, MRSA) a streptokokové infekce (např. endokarditida, nekrotizující fasciitida),
- závažné systémové sepsy (např. infekce, jejichž původci jsou bakterie *Clostridium novyi* a *Bacillus anthracis*),
- pohlavně přenosné infekce (PPI) vyjma HIV a hepatitid (např. chlamydiová infekce, syfilis nebo kapavka),
- infekce respiračního traktu, např. zápal plic, záškrt nebo chřipka,
- traumatický botulizmus (infikování rány),
- tetanus,
- infekce způsobované lidským T-buněčným lymfotropním virem (HTLV).

Mezi nejběžnější krví přenosné infekce v této skupině patří virus lidské imunodeficiency (HIV), virus hepatitidy typu C (VHC) a virus hepatitidy typu B (VHB). Hlavním mechanismem přenosu u těchto infekcí je sdílení injekčního náčiní (stříkaček, jehel a jiných pomůcek používaných k přípravě drogy). Vedle sdílení injekčního náčiní se HIV a VHB šíří také pohlavním přenosem, a to jak uvnitř populace injekčních uživatelů drog, tak ze stávajících nebo bývalých injekčních uživatelů na jejich sexuální partnery nebo klienty. Přestože všechny výše uvedené virové infekce jsou snadno přenosné sdílením použitého injekčního náčiní, míra rizika přenosu je různá. Ve srovnání s infekcí HIV jsou pro hepatitidu typu C charakteristické relativně vysoké koncentrace viru v krvi, a to nejen během fáze primární infekce, ale také u chronicky infikovaných jedinců. Předpokládá se, že právě tato skutečnost vede k vysoké míře přenosu na základě expozice VHC při sdílení jehel, stříkaček a dalších pomůcek na přípravu drogy mezi infikovanými

a neinfikovanými jedinci. Prevalence hepatitidy typu C běžně převyšuje prevalenci HIV v komunitě uživatelů a epidemie hepatitidy typu C mezi injekčními uživateli drog také často předchází epidemickému výskytu HIV. Vyšší riziko přenosu VHC může být rovněž vysvětlením, proč je obtížnější zamezit šíření této nákazy prostřednictvím izolovaných opatření a proč je často ke snížení míry VHC na populační úrovni zapotřebí zajistit větší pokrytí příslušnými intervencemi.

Přestože poslední dostupná data mapující situaci v Evropě naznačují, že míra výskytu infekce HIV mezi injekčními uživateli drog za poslední desetiletí výrazně klesla a dále se snižuje, mezi jednotlivými evropskými regiony v tomto ohledu panují zjevné rozdíly (6). Zatímco v mnoha členských státech EU propukla epidemie HIV u injekčních uživatelů drog již v osmdesátých a devadesátých letech 20. století, většina zemí východní části evropského regionu, včetně některých členských států EU,

Prevalence HIV u injekčních uživatelů drog v Evropě v letech 2008–2009



Zdroj: EMCDDA a národní monitorovací střediska sítě Reitox (státy sdružené v rámci EMCDDA: EU, Chorvatsko, Turecko a Norsko); Mathers et al., Lancet 2008 (jiné státy). Barvy vyjadřují střední hodnoty dat za jednotlivé země, případně jejich dílčí územní celky, pokud nebyla celostátní data k dispozici. V případě států EMCDDA pocházejí údaje většinou z let 2008–2009. Pokud nebyly údaje z tohoto období k dispozici, byla použita starší data. V případě Chorvatska, Nizozemska, Turecka, Švédska, Spojeného království, Belgie, Bulharska, Litvy, Francie, Estonska a Irska má EMCDDA k dispozici data o situaci na části území těchto států; pro státy nesdružené v rámci EMCDDA tyto informace nejsou k dispozici.

zažila masivní nárůst rozšíření této infekce až v prvních letech 21. století. Tento vývoj měl za následek vznik vysoké prevalence HIV mezi aktivními i bývalými injekčními uživateli drog v několika zemích v rámci EU. Rychlým šířením infekce HIV mezi injekčními uživateli drog byly ve zvýšené míře zasaženy zejména některé východoevropské země sousedící s EU. Některé unijní státy i některé ze zemí, které s nimi sousedí, uvádějí také vysokou prevalenci koinfekce HIV a tuberkulózy u osob, které si injekčně aplikují drogy.

Infikování virovou hepatitidou B a C je běžné u aktivních i bývalých injekčních uživatelů drog, přičemž zejména u hepatitidy typu C je v Evropě zkušenost s injekčním užíváním drog nejčastějším rizikovým faktorem. Konkrétní dobu nástupu šíření nákazy hepatitidou typu C v této populaci nelze dostatečně dobře vysvětlit, nicméně tento virus pravděpodobně o několik desetiletí předešel HIV. Epidemiologická

data mapující situaci v Evropě v oblasti výskytu nových infekcí nemají dostatečně standardizovanou formu, v důsledku čehož je obtížné určit možné trendy v rámci daného regionu (7). Na základě konkrétně zaměřených prevalencečních studií však byly zjištěny vysoké míry výskytu a byly prokázány časté epidemie VHC mezi uživateli téměř ve všech zkoumaných geografických oblastech (5, 8–9). Ještě důležitější je pak zjištění výrazné souvislosti mezi délkou injekčního užívání drog a nákazou hepatitidou typu C (10). Z klinického i preventivního hlediska představuje v mnohých částech Evropy rostoucí problém koinfekce dvěma nebo více typy hepatitid nebo současná nákaza HIV a hepatitidou typu C (1).

Je doloženo, že vedle HIV a hepatitid B a C se mezi injekčními uživateli drog již v sedmdesátých letech 20. století šířily infekce způsobované lidským T-buněčným lymfotropním virem typu II (HTLV-II) (11). Uvádějí se také pří-

Prevalence protilátek proti virové hepatitidě typu C mezi injekčními uživateli drog v Evropě v letech 2008–2009



Zdroj: EMCDDA a národní monitorovací střediska sítě Reitox (státy sdružené v rámci EMCDDA: EU, Chorvatsko, Turecko a Norsko); Nelson et al., *Lancet* 2011; IHRA, EHRN a Regionální úřad WHO pro Evropu (další státy). Barvy vyjadřují střední hodnoty dat za jednotlivé země, případně jejich dílčí územní celky, pokud nebyla celostátní data k dispozici. V případě států EMCDDA pocházejí údaje většinou z let 2008–2009. Pokud nebyly údaje z tohoto období k dispozici, byla použita starší data. V případě Turecka, Spojeného království, Francie, Slovenska, Nizozemska, Belgie, Polska, Bulharska, Španělska, Švédska, Irska, Lotyšska, Německa, Litvy, Rumunska a Estonska má EMCDDA k dispozici data o situaci na části území těchto států; pro státy nesdružené v rámci EMCDDA tyto informace nejsou k dispozici.

pady epidemií hepatitidy typu A mezi skupinami injekčních uživatelů drog v rámci EU, i když oddělovat rizika plynoucí z injekční aplikace od špatné hygieny a dalších rizikových faktorů je problematické (12–15).

Osoby, které si aplikují injekčně drogy, zejména z řad sociálně marginalizovaných skupin, nejsou ve zvýšené míře vystaveny jen riziku krví přenosné virové nákazy, ale také jiným infekcím. Přehled některých těchto infekcí je uveden v rámečku na straně 17 (16) a další informace o epidemiologii těchto onemocnění obsahuje Příloha A. Patří mezi ně lokální bakteriální infekce v ráně nebo v místě vpichu, systémové infekce, pohlavně přenosné infekce a infekce dýchacího ústrojí, např. tuberkulóza. U injekčních uživatelů drog se také uvádějí případy tetanu. V některých prostředích tvoří osoby s anamnézou injekčního užívání drog přibližně polovinu hlášených případů tetanu (17). Epidemický výskyt tetanu bývá zaznamenán zejména v populacích uživatelů, kteří uvádějí subkutánní aplikaci heroinu a kteří v minulosti nebyli vůbec nebo jen částečně očkováni (18–19).

V některých evropských zemích bylo v posledním desetiletí šíření infekcí spojených s injekčním užíváním drog předmětem opatření zaměřených na jeho kontrolu a míra výskytu

infekcí v důsledku toho skutečně klesá (8). Důvodem je s největší pravděpodobností kombinace změn v chování skupin uživatelů, rozvoje preventivních služeb, léčby onemocnění a očkování. Přes tento pozitivní vývoj však není prostor pro přehnaný optimismus, neboť bez průběžné regulace rizika infekce souvisejícího s injekční aplikací se krví přenosná nákaza může mezi injekčními uživateli drog šířit velkou rychlostí. Několik studií zaměřujících se na epidemie HIV mezi injekčními uživateli drog vypovídá o téměř exponenciálním šíření nákazy v raných fázích jejich propuknutí a o rychlém dosažení vysokých hodnot prevalence HIV (20–21). Totéž bylo prokázáno v případě hepatitidy C, kdy kombinace malé infekční dávky, delší doby přežívání viru mimo organismus a dlouhodobě vysoké hladiny virové zátěže v krvi při chronické naze může způsobovat velmi rychlý nárůst prevalence v populaci uživatelů.

Navzdory úspěchům při snižování výskytu onemocnění v některých regionech EU dostupné odhady jednoznačně ukazují, že ve všech oblastech „evropského sousedství“ se ještě nedaří úspěšně předcházet výskytu infekcí mezi injekčními uživateli drog. Přestože je možné těmto infekcím předcházet, i nadále představují v Evropě výraznou zdravotní zátěž a zdroj značného utrpení pro postižené jedince.

Proč je to důležité?

Hlavní pohnutkou k prevenci infekcí mezi injekčními uživateli drog je skutečnost, že prevence opravdu funguje, je-li správně uplatňována. Závislost na nelegálních drogách je chorobný stav, který z veřejnozdravotního a etického hlediska vyžaduje zavádění efektivních opatření zaměřených na prevenci onemocnění a minimalizaci negativních dopadů drogové závislosti. Opatření, jejichž prostřednictvím je možné infekcím efektivně předcházet, existují, ale velké části těch, kteří je potřebují, buď nejsou nabízeny, nebo jim nejsou dostupné.

Dílčí skupiny populace, které jsou výrazně zasaženy výskytem infekcí, představují z hlediska veřejného zdraví jak přímou, tak nepřímou zátěž pro společnost. Předcházením vzniku nákazy je přitom možné tyto vynakládané prostředky minimalizovat. Za prvé, přímá morbidita způsobovaná vážnými formami chronických infekcí má za následek vysoké náklady na léčbu a péči o nakažené osoby. Za druhé, společenské náklady dále zvyšuje ztráta produktivity na straně osob, u nichž infekce způsobí závažný zdravotní stav. Za třetí, vysoká

prevalence onemocnění mezi uživateli drog může zvýšit riziko nárůstu prevalence v širší populaci, zejména pokud vysoká míra prevalence přetrvává po delší časové období.

Nedostatečnou prevenci důsledků konkrétní formy těžké závislosti lze pak v neposlední řadě vykládat jako ignorování závazku EU prosazovat sociální spravedlnost a ochranu, který vyplývá z Listiny základních práv Evropské unie, Lisabonské smlouvy a dalších mezinárodních úmluv (22–23).

Přestože z hlediska prevence infekčních onemocnění by se jako vhodná intervence mohlo jevit eliminování problému užívání drog, respektive injekčního užívání drog, zkušenosti z celého světa ukazují, že tohoto cíle nelze dosáhnout pouze prostřednictvím veřejno-zdravotních opatření. Striktními opatřeními v oblasti kontroly drog se nepodařilo zcela eliminovat rizika a negativní dopady související s nelegálními drogami. Naopak: přestože

bylo předesláno, že kontrola drog byla vedena zájmem o veřejné zdraví, vyhodnocení století trvajících mezinárodních snah o kontrolu narkotik pod hlavičkou Úřadu OSN pro drogy a kriminalitu (UNODC) ukázalo, že systém kontroly drog a způsoby jeho uplatňování měl také několik nechtěných důsledků, jakým je například nedostatek prostředků na řešení veřejno-zdravotních dopadů užívání drog. Užívání drog je z velké části podmíněno dalšími společenskými faktory (jejichž rozbor přesahuje rámec tohoto materiálu) a praktiky spojené s užíváním drog do značné míry závisí na subkulturách a ekonomických podmínkách, v nichž uživatelé drog působí a jež zpravidla není snadné ovlivnit. Zkušenosti a objektivní fakta však ukazují, že uplatňování pragmatického přístupu, který řeší a snižuje bezprostřední rizika infekce související s injekční aplikací a v jehož rámci jsou zaváděna opatření, která pomáhají zastavit nebo omezit injekční užívání, může výrazně přispět k minimalizaci krví přenosných infekcí mezi lidmi, kteří injekčně užívají drogy.

Úkoly, cíle a metodika

Tento metodický pokyn založený na výzkumem ověřených poznatcích má být podkladem pro tvorbu, monitoring a evaluaci národních strategií a programů v zemích EU i v rámci tzv. evropského sousedství, jejichž cílem má být prevence a léčba infekcí u injekčních uživatelů drog. Materiál je v souladu se stávajícími politikami EU v oblasti drog a infekčních nemocí (24–27).

Pokyn vychází ze základních hodnot popsaných v samostatné části níže v textu.

Bylo stanoveno sedm hlavních intervencí, jež mají sloužit k omezování a prevenci infekcí mezi injekčními uživateli drog v Evropě. Ty vycházejí z rozsáhlého korpusu dostupných vědeckých poznatků doplněných o názory dalších odborníků a dlouhodobé a kvalitní do-

kumentované zkušenosti poskytovatelů služeb při současném zohlednění preferencí osob, které tyto služby využívají.

Přehled výzkumem ověřených skutečností, z nichž intervence doporučované v tomto materiálu vycházejí, poskytují dvě expertní zprávy ECDC/EMCDDA: Fakta svědčící o efektivitě intervencí zaměřených na prevenci infekcí u injekčních uživatelů drog (*Evidence for the effectiveness of interventions to prevent infections among people who inject drugs*). Část 1: Programy výměny jehel a stříkaček a další intervence zaměřené na prevenci hepatitidy typu C, HIV a rizikového injekčního chování (*Needle and syringe programmes and other interventions for preventing hepatitis C, HIV and injecting risk behaviour*) a Část 2: Léčba uživatelů drog zaměřená na prevenci

hepatitidy typu C, HIV a rizikového injekčního chování (*Drug treatment for preventing hepatitis C, HIV and injecting risk behaviour*).

Důkazní základna

V rámci procesu přípravy tohoto materiálu bylo za využití vysoce standardizované metody „přehledu přehledů“ provedeno systematické vyhodnocení analýz poznatků generovaných z velkého počtu primárních studií zkoumajících předmětné hlavní intervence¹. Byly shromážděny a roztříděny výstupy studií postavených na nejprůkaznějších výzkumných plánech (designech) a na základě syntézy výsledků z hlediska designu studií, počtu případů zařazených do studií a počtu studií vykazujících stejné výsledky, tj. faktorů, které určují sílu důkazů, byly vyvozeny závěry týkající se jejich efektivity. Výsledná maximálně průkazná fakta zjištěná na základě tohoto „přehledu přehledů“ byla zkombinována s posledními výsledky primárního výzkumu, které ještě nejsou reflektovány v přehledové literatuře. Primární studie byly rovněž využity v případě, kdy systematické přehledy o efektivitě určité intervence nebyly k dispozici. Metody použité k identifikaci a výběru přehledových publikací a primárních studií a jejich výsledků jsou podrobně popsány ve dvou odborných zprávách, které vycházejí současně s tímto metodickým pokynem.

Ve sféře veřejného zdraví však někdy není možné dosáhnout takové síly průkazu, jako je tomu v případě experimentálních výzkumů, mezi něž patří například randomizované kontrolované studie (RKS). Některé veřejnozdavatelské intervence nelze – z etických důvodů –

ověřovat experimentálním způsobem (tím, že bychom je poskytli jedné skupině, a současně odepřeli jiné). Za reálných podmínek by také bylo velmi složité kontrolovat zavádějící faktory; taková praxe by vyžadovala uplatnění výzkumných plánů, které by byly neúměrně nákladné. Další překážkou při rozpoznávání statisticky významných pozitivních či negativních výsledků intervencí v této oblasti je malý výskyt relevantních výsledků. Výzkum tak musí pokrývat velmi dlouhé období, aby bylo možné zaznamenat dostatečné množství příslušných událostí předtím, než bude vyvozen nějaký závěr (28).

Vztah mezi poznatky a doporučeními není nutně přímočarý: nejprůkaznější fakta nevědou vždy k důrazným doporučením a naopak, důrazná doporučení mohou vycházet i z průkazu nižší kvality. V případech, kde průkaznost údajů generovaných z přehledové literatury nebyla dostatečně přesvědčivá, nebo tam, kde jednotlivé intervence nebyly zjevně dostatečně podloženy fakty, vychází tento metodický pokyn spíše z doporučení odborníků týkajících se potenciálních kladů a záporů určitých intervencí, přihlíží k příkladům nejlepší praxe v oblasti preventivních služeb v rámci EU a posuzuje studie zabývající se preferencemi uživatelů. Přestože mínění expertů bývá považováno za méně hodnotný důkaz, při absenci dostatečně průkazných, výzkumem podložených poznatků může určitá skupina odborníků za konkrétních podmínek dodat příslušným doporučením vážnost. Příkladem je hydratace hospitalizovaných pacientů nebo poskytnutí příkrývky k zabránění ztráty tělesné teploty u pacientů, kteří utrpěli zranění, tj. intervence, které nevycházejí z prokazatelně osvědčených postupů ověřených rigorózními výzkumnými studiemi, ale které jsou i přesto důrazně doporučovány. Podrobnější zdůvodnění jednotlivých doporučovaných intervencí je obsahem přílohy B.

1 Metodika „metapřehledů“ (Kelly et al., 2002) upřednostňuje je kumulaci faktů vyplývajících z publikovaných přehledů před prováděním systematické analýzy primární literatury. Metodika „metapřehledů“ spočívala v systematickém vyhledávání publikovaných přehledů v korpusu dostupné literatury, vytipování relevantních systematických, metaanalytických a narativních přehledů, v kritickém zhodnocení těchto přehledů a syntéze jejich závěrů.

Rozsah uplatnění

Tento materiál navazuje na předchozí snahy v oblasti prevence infekcí mezi injekčními uživateli drog, zejména aktivity vyvíjené ze strany WHO, UNAIDS a UNODC. Zohledněny byly také různé směrnice a doporučení vydané na úrovni jednotlivých států (Příloha C). Předkládaný metodický pokyn má poskytnout kompletní přehled nejužitečnějších aktuálních poznatků z dané oblasti a rozšířit dosavadní činnosti o kombinace hlavních intervencí. Jeho cílem je nabídnout důkladnou syntézu poznatků nejen ve vztahu k EU, ale také k zemím, které s ujnými státy sousedí. Materiál se odvolává a odkazuje na další zdroje, které zprostředkovávají doplňující podrobné informace a popis týkající se technické stránky implementace (Příloha C).

Tento metodický pokyn se zaměřuje zejména na intervence a preventivní opatření, která se orientují na přímé řešení rizika nákazy. Infekce, kterým je zde věnována hlavní pozornost, jsou HIV, hepatitidy typu B a C a tuberkulóza (TBC). Pojednává se také o některých dalších infekcích, jimiž mohou být injekční uživatelé drog ve zvýšené míře ohroženi, např. o infekcích kůže a měkkých tkání, hepatitidě typu A a pohlavně přenosných infekcích, avšak méně podrobně. Mezi témata, jimiž se materiál zabývá, patří vědomosti a povědomí o problematice, rizika spojená s přípravou drogy a její injekční aplikací, sdílení injekčního náčiní, očkování, substituce drog a jiné formy léčby uživatelů návykových látek, jejichž cílem je snížení frekvence injekčního užívání a navýšení míry adherence k léčbě. Přichází rovněž s návrhy na efektivní organizaci příslušných služeb.

Mezi injekční uživatele drog, jimiž se tento metodický pokyn zabývá, patří zejména ty osoby, které si injekčně aplikují opioidy a stimulantia. Přestože hlavní pozornost se v tomto materiálu upírá právě na tyto „tradiční“ populace injekčních uživatelů drog, navrhované

intervence mohou mít také svůj význam pro nové nebo vznikající skupiny injekčních uživatelů, mezi něž například patří osoby, které si píchají anabolické steroidy a jiné látky zvyšující výkon. Poznatky z některých zemí nasvědčují tomu, že posledně zmiňovanou skupinu injekčních uživatelů bude v budoucnu namístě dále monitorovat. Mnohé intervence, o kterých je zde pojednáno, mohou být pravděpodobně prospěšné i pro problémové uživatele, kteří si drogy neaplikují injekčně, byť metodický pokyn není primárně zacílen na tuto skupinu uživatelů.

Pokyn se podrobněji nezabývá využitím antivirové léčby jako preventivního opatření na populační úrovni, ale jednoznačně se v něm konstatuje, že tato léčba by měla být stejnou měrou k dispozici a dostupná také osobám, které užívají injekčně drogy. Publikované práce z poslední doby poukazují na možnost jejich významných pozitivních účinků (omezení přenosu), čímž poskytují další silný argument pro léčbu HIV a infekčních hepatitid u aktivních uživatelů drog. Prokázán byl také pozitivní dopad profylaktické léčby TBC u osob nakažených její latentní formou na snižování prevalence a incidence TBC na populační úrovni. Léčba infekcí je proto v tomto pokynu zahrnuta mezi hlavní intervence.

Předkládaný dokument se zabývá dospělými injekčními uživateli drog. Problematika nezletilých a mládeže stojí mimo tematický rámec tohoto materiálu. Nicméně je třeba si uvědomit, že v některých prostředích tvoří nezletilí a mládež významné procento osob, které užívají injekčně drogy. Na potřeby nezletilých a mládeže by v tomto ohledu bylo nutné reagovat nabídkou služeb zohledňujících jejich věk a další specifika (viz rámeček na straně 56).

Z preventivního hlediska je velmi důležité chránit před chronickými krví přenosnými onemocněními a TBC nejmladší subpopulace

injekčních uživatelů drog. Věková omezení pro přístup ke službám nejsou proto považována za přínosná a mohou být dokonce kontraproduktivní, neboť spíše zvyšují riziko pro jedince, kteří ještě oficiálně nedosáhli plnoletosti.

Tento metodický pokyn k prevenci infekcí je zaměřen hlavně na poskytovatele komunitních služeb. Informace v něm obsažené je však možné rovněž uplatnit ve výkonu trestu odnětí svobody, vazby, v detenčních zařízeních apod.

Na základě zásady „obdobného přístupu k poskytovaným službám“ nemá být vězněným osobám upíráno právo na přístup ke zdravotní péči dostupné v dané zemi a od vězeňské

zdravotní služby se očekává, že zajistí léčbu problémů souvisejících s užíváním drog v podmínkách, které jsou srovnatelné se službami nabízenými mimo věznici (29–30).

Vězni, kteří mají v anamnéze injekční užívání drog, často vykazují množství komplikovaných zdravotních problémů, které vyžadují specializovanou lékařskou péči a mezioborový přístup. Významnou cílovou skupinu z hlediska prevence infekcí pak tvoří osoby čerstvě propuštěné z výkonu trestu, a mělo by se na ně proto pamatovat při plánování národních preventivních strategií (31). Podobně by měly být zohledňovány potřeby osob nastupujících výkon trestu (32).

Komu je materiál určen

Cílem tohoto metodického pokynu je poskytnout podporu nositelům rozhodovacích pravomocí v rámci preventivních programů na celostátní i regionální úrovni, kteří působí v oblasti infekčních onemocnění, veřejného zdraví obecně, adiktologie a péče o duševní zdraví, sociálních služeb a kontroly drog. Má pomoci členským státům EU a kandidátským zemím (včetně potenciálních uchazečů o členství v Unii) při plánování adekvátních, výzkumem podložených a racionálně koncipovaných veřejnozdravotních opatření zaměřených na řešení problematiky injekčního užívání drog. Materiál prezentuje příklady správné praxe uplatňované v rámci EU v oblasti prevence a kontroly infekčních onemocnění u osob, kte-

ré injekčně užívají drogy. Doufáme, že tento pokyn najde uplatnění a odezvu také u partnerských států EU. Prezentované informace nemají formu předpisu, který by detailně řešil technické aspekty implementace opatření. Přizpůsobení navrhovaných intervencí a možností prevence na místní a národní podmínky je věcí jednotlivých služeb odpovědných za jejich implementaci. Materiál může být přesto zajímavý pro osoby zodpovědné za řízení místních služeb, neboť jeho cílem je podat vyčerpávající přehled a popis všech prvků, které by měly být součástí systematického přístupu k prevenci hlavních infekčních onemocnění u injekčních uživatelů drog.

ZÁKLADNÍ HODNOTY UPLATŇOVANÉ
PŘI PREVENCI INFEKČÍ
U INJEKČNÍCH UŽIVATELŮ DROG

Základní hodnoty prezentované v této části vycházejí z ústředních principů uplatňovaných v rámci veřejného zdraví a poskytování služeb, z etických zásad, jimiž se řídí péče o veřejné zdraví i o zdraví jednotlivce, a v neposlední řadě z rozsáhlých zkušeností v oblasti zajišťování služeb. Tyto hodnoty byly formulovány ECDC a EMCDDA a jejich znění podpořila a odsouhlasila odborná poradní skupina ECDC/EMCDDA. Tyto základní hodnoty formulované se zřetelem na veřejné zdraví a lidská práva vycházejí z aktivit vyvíjených v osmdesátých letech 20. století ve Velké Británii a v Nizozem-

sku (komunitní model služeb „Mersey Harm Reduction Model“) (33–34). Týkají se osob, které sice užívají injekční drogy, ale snaží se omezit negativní důsledky svého návykového chování (35–36). Tyto základní hodnoty je třeba považovat za východisko hlavních efektivních intervencí, které jsou uvedeny v tomto metodickém pokynu. Intervence plánované v rámci vytváření příslušných služeb by se měly těmito základními hodnotami řídit. Základní hodnoty jsou v tomto materiálu rozděleny do dvou dílčích skupin: „zásady prevence“ a „zásady poskytování služeb“.

Základní hodnoty uplatňované při prevenci infekcí u injekčních uživatelů drog



Zásady prevence

Tento metodický pokyn vychází ze čtyř elementárních principů, jimiž jsou: pragmatický přístup k podpoře zdraví, respektování práv klientů v souladu se základními etickými zásadami, snaha o naplnění veřejnozdravotních cílů a vědecky podložená fakta kombinovaná se zkušenostmi odborníků. Informace zde prezentované nejsou založeny na přesvědčení,

že jediným cílem všech veřejnozdravotních politik v oblasti drog je zdrženlivost či abstinence (33, 35, 37–38). Na druhou stranu tento materiál není neslučitelný s abstinencí ani se proti tomuto pojetí otevřeně nevymezuje. Nepojednává o politikách zaměřených na kontrolu drog, ale věnuje se výhradně bezprostřední újmě, kterou infekce mezi

injekčními uživateli drog působí na individuální i celospolečenské úrovni. Efektivní realizace hlavních intervencí navrhovaných v tomto materiálu by byla obtížná, pokud by tato opatření nestála na následujících zásadách, jež byly pro oblast prevence formulovány:

Pragmatickým přístupem k podpoře zdraví se v tomto kontextu rozumí primární zaměření tohoto dokumentu a opatření v něm probíraných na problematiku šíření infekcí mezi injekčními uživateli drog a na možné způsoby omezování vysokého rizika nákazy u této skupiny spíše než na postupné naplňování dílčích cílů v rámci celého spektra protidrogových politik. Tento přístup tak nespočívá na žádných apriorních závěrech ohledně vhodných způsobů realizace preventivních opatření, ale obhájí vlastní hodnotu takových opatření pro jedince i společnost. Úplná abstinence od drog by neměla být podmínkou poskytnutí pomoci v zájmu prevence nákazy. Na rozdíl od dogmatického přístupu, jehož účel spočívající v prevenci užívání drog jako takového zastihuje je další cíle, počítá pragmatický přístup s tím, že jakýkoli zdravotní přínos je hodnotou sám o sobě a stojí za to o něj usilovat, i když tím nutně není bezprostředně řešeno užívání drog, které stojí v pozadí celého problému (37). U všech uživatelů se dosáhnout abstinence asi nepodaří, ale rizikovým injekčním praktikám a šíření nemoci je možné předcházet.

Respektováním práv klientů se v kontextu tohoto metodického pokynu rozumí, že přijatá intervenční a preventivní opatření musí striktně dodržovat zásadu respektování klientova úhlu pohledu. Nejdříve vznikají na základě individuálních potřeb klientů preventivní opatření a teprve poté, co jsou řešeny potřeby klientů, přicházejí na řadu potřeby poskytovatelů a společnosti. Platí rovněž, že veškerá opatření ve vztahu ke klientovi jsou realizována na dobrovolném základě bez uplatňování případných nátlakových nebo donucovacích

prvků. Přístup k prevenci je navíc vnímán jako osobní právo, nikoli výsada. Z preventivních opatření by v neposlední řadě měl vždy profitovat také daný jedinec, nejen společnost jako celek (35, 39).

Veřejnozdravotními cíli se v kontextu tohoto metodického pokynu rozumí, že v rámci komplexního přístupu je vždy nutné usilovat o prospěch společnosti i jednotlivců, byť v první řadě by měly být prostřednictvím jednotlivých intervenčních metod uspokojovány potřeby jednotlivců. Tyto intervenční metody by měly zahrnovat prevenci dalšího šíření nákazy, snižování celkových zdravotních a sociálních nákladů, zvyšování produktivity a snižování úmrtnosti a nemocnosti u této cílové skupiny, včetně prevence užívání drog jako takového, kdykoli to bude v souladu s primárními cíli (40).

Postupy založenými na vědecky ověřených faktech a zkušenostech odborníků se rozumí, že tento metodický pokyn se opírá o vědecky ověřené poznatky všude tam, kde jsou pro předmětná opatření k dispozici dostatečně průkazné studie. U některých z doporučených opatření nebyly provedeny žádné robustní studie, které by prokazovaly jejich účinnost, a to buď z důvodu náročných požadavků na výzkumný design, nebo z důvodu etických problémů při realizaci studií (41–42). V některých případech jsou nejlepším zdrojem dostupných důkazů publikované korelační nebo deskriptivní studie, případně je svými zkušenostmi a radami zprostředkovali odborní pracovníci podílející se na vypracování tohoto materiálu. Některá opatření obsažená v tomto metodickém pokynu jsou doporučována z toho důvodu, že jejich využití vyplývá z logiky věci a je považováno za přínosné pro daného jedince, aniž by z toho pro něj plynulo nějaké nepřiměřené riziko; uplatňování takových opatření je tedy pragmatické.

Zásady poskytování služeb

Kromě zásad prevence, o nichž je pojednáno výše, by se při implementaci preventivních opatření prezentovaných v tomto dokumentu měly dodržovat následující hlavní zásady, jež se všechny odvíjejí od potřeby zohledňovat při poskytování služeb hledisko klienta (43). Hlavní intervence formulované v tomto metodickém pokynu bude jen stěží možné efektivně aplikovat, aniž budou současně uplatňovány tyto základní principy:

- zajistit ochranu soukromí,
- usilovat o dobrou dostupnost služeb,
- vytvářet vstřícnou („user friendly“) atmosféru,
- vést s uživateli dialog a podporovat programy vrstevnické podpory (tzv. peer programy),
- uplatňovat praktický přístup k poskytování služeb,
- vyvarovat se ideologických a morálních soudů,
- držet se realistické hierarchie cílů.

Prevence infekčních onemocnění není možná bez toho, aniž by klienti důvěřovali poskytovaným službám a jejím pracovníkům. Užívání drog a přechovávání nelegálních drog je v mnoha zemích kriminalizováno, a uživatelé tak proto ani zdravotnickým pracovníkům nechtějí prozrazovat svou identitu ze strachu, že by na sebe mohli upozornit policii nebo jiné orgány (44–45). Aby se klienty podařilo přivést ke zdravotní péči, je nutné tyto obavy rozptýlit. Například požadavek na uvedení všech identifikačních údajů, který je často běžnou praxí při poskytování zdravotních služeb, mnohé uživatele od jejich využití odradí.

Zajistit ochranu soukromí. Prvním základním principem se rozumí nutnost umožnit přístup k preventivní službě anonymně nebo takovým způsobem, který by z klientova pohledu zaručoval plnou ochranu soukromí. Nedodržení

této zásady způsobí, že klient nabízené služby nevyužije nebo je využije jen částečně, a sníží tak případné účinky tzv. kolektivní imunity, která posiluje prevenci na úrovni populace (46–47). K zajištění ochrany soukromí klientů je nutné poučit veškerý personál o tom, jak při poskytování služeb zachovávat diskretnost. V případě poskytování určitých služeb, jako je testování, vakcinace a někdy také léčba drogové závislosti, může být nezbytné použít přísně důvěrný identifikační systém, který je obvykle pro uživatele těchto služeb akceptovatelný. Byly rovněž vytvořeny způsoby, jak při zachování přijatelné úrovně přesnosti monitorovat poskytování služeb, aniž by tím byla ohrožena anonymita a diskretnost (48)².

Usilovat o dobrou dostupnost služeb. Druhý základní princip zajišťuje pro injekční uživatele drog snadný přístup ke službám a jejich nízkoprahový charakter. To znamená, že služby se musí nacházet v místech, kde se uživatelé vyskytují nebo kam se mohou snadno dostat. Služby musí být k dispozici v různé denní dobu (46, 49–52). Služby by také měly být schopny uspokojovat poptávku a být kapacitně flexibilní, aby mohla být všem potřebným nabídnuta adekvátní, adresná a dostatečná péče (20, 53).

Vytvářet vstřícnou atmosféru. Třetím základním principem poskytování služeb je potřeba udržovat vstřícnou „user-friendly“ atmosféru. Tato zásada se sice na první pohled může jevit jako samozřejmost, ale její uplatňování sehrává klíčovou roli, chceme-li zajistit, aby klienti danou službu využívali. Vstřícnou atmosférou se rozumí, že s klienty se zachází důstojně a s upřímnou ochotou pomoci, bez ohledu na jejich vzhled či sociální status. Touto zásadou se také rozumí respektování přání klientů a sku-

² V rámci jednotlivých služeb byly vytvořeny různé postupy, například používání přezdívek, anonymních identifikačních karet nebo kódů, jak sledovat využívání služby za současněho maximálního zachování diskretnosti.

tečnost, že služby jim nejsou vnucovány (50, 52). Neznamená to však, že klienti se mohou chovat, jak se jim zachce, obzvláště pokud jejich chování obtěžuje nebo ohrožuje ostatní. Poskytovatelé služeb by proto měli stanovovat a sdělovat jasná pravidla chování v prostorách zařízení, které příslušné služby poskytují. V prostorách většiny těchto zařízení není dovoleno obchodovat s nezákonnými drogami, uskutečňovat finanční transakce nebo si injekčně aplikovat drogy, přičemž porušení těchto pravidel může mít za následek časově omezený zákaz vstupu do zařízení (43). Vedle závislosti na drogách trpí mnozí uživatelé také duševními poruchami (54). Tito uživatelé patří často mezi nejvíce marginalizované a bývají také výrazně více vystaveni riziku nákazy. Tito jedinci by neměli dostat nálepku „příliš problematictí“ nebo „příliš nároční“, ale jednotlivé služby by se měly snažit nalézt způsob, jak s nimi humánně a důstojně pracovat.

Vést s uživateli dialog a podporovat programy vrstevnické podpory (tzv. peer programy). Vedení dialogu a aktivní zapojování klientů do realizovaných aktivit by mělo být nedílnou součástí nabízených služeb. Aktivní naslouchání klientům a vzájemná spolupráce s uživateli na řešení jejich měnících se potřeb pomáhá zachovávat smysluplnost služeb (55). Rituály a zvyky spojené s injekční aplikací drog se často přenášejí ze zkušenějších uživatelů na nováčky (56). Běžnou praxí je proto sekundární výměna stříkaček, kdy jeden z uživatelů distribuuje stříkačky mezi další členy uživatelské komunity (48, 57–58). Pracovníci v oblasti prevence musí průběžně získávat informace o aktuálních vzorcích užívání a uživatelé musí být současně obeznámeni se zdravotními riziky, které se s danými praktikami pojí. Poskytovatelé služeb mohou také pro aktivní uživatele zajišťovat edukativní akce zaměřené na minimalizaci rizik a podporu zdraví a apelovat na účastníky těchto školení, aby příslušné informace dále šířili ve svém okolí. Tímto způsobem se nejen zvýší efekt poskytovaných služeb, ale také se tím posílí aktivní role uživatelů v daném procesu (59–60). Z dosavadních zkuš-

ností vyplývá, že zapojení aktivních uživatelů do preventivní práce vytváří pozitivní tlak skupiny (peer pressure), kdy se klienti jeden od druhého učí bezpečnější způsoby aplikace drog (61–63). Hlavním problémem je, aby si poskytovatelé služeb uvědomili význam spolupráce s uživateli a přijali ji za svou.

Uplatňovat praktický přístup k poskytování služeb. Také pátý základní princip vychází z klientova hlediska: služby jsou budovány „zdola“ na základě aktuálních potřeb a s cílem vyplnit ty mezery v preventivních službách, které zvyšují rizika přenosu infekcí, a zaměřit se na konkrétní zdravotní potřeby uživatelů (64). Jde zde také o to si uvědomit, že každá intervence má smysl, reaguje-li na skutečnou potřebu, byť všechny negativní dopady, které s sebou užívání drog nese, nelze okamžitě řešit (43). V tom se liší od ideologického přístupu „shora“, který může vytyčit tak vysoké cíle, že jejich splnění bude nad možností jednotlivých uživatelů, poskytovatelů služeb i tvůrců příslušných politik.

Vyvarovat se ideologických a morálních soudů. Podle šestého základního principu je nutné si uvědomit, že služby jsou poskytovány aktivním uživatelům drog a že ničemu nepomůže, když budeme z morálního či ideologického hlediska odsuzovat nebo kritizovat užívání drog jako takové (65–66). Namísto toho je zapotřebí zvolený způsob života uživatelů respektovat, i když jej neschvalujeme, a pracovníci služeb by měli být aktivně poučeni o tom, jak tento respekt dávat najevo (67). Neznamená to, že by klientům neměla být nabízena možnost nastoupit léčbu závislosti. Práh by měl být v tomto ohledu nastaven naopak co nejnižší a informace o možnostech léčby by měly být k dispozici ve všech prostorách zařízení, kde se uživatelé drog běžně pohybují (43, 53, 68).

Držet se realistické hierarchie cílů. Poslední základní princip spočívá ve stanovování krátkodobých reálně splnitelných cílů. Tento přístup se dá dobře využít při tvorbě cílů, jimiž

se má řídit realizace služeb (43). Stanovování příliš náročných cílů se často nezakládá na reálném základě a může vést ke zbytečnému zklamání a mylným závěrům ohledně dopadu intervencí (69). Základní hierarchie cílů služeb se může lišit podle místních potřeb a okolností, avšak neměly by v ní chybět cíle, jako je proniknutí k většině skupin uživatelů, posilování důvěry u klientů, řešení praktických potřeb uživatelů, snížení bezprostředního rizika přenosu infekčních onemocnění a postupné navyšování objemu poskytovaných služeb.

Rámcové cíle prevence nemocí, mezi něž patří ochrana před epidemiemi a snižování míry incidence i prevalence onemocnění, je třeba stanovovat na úrovni programu. Rámcové cíle by také měly být přizpůsobeny stávající situaci

a realisticky formulovat konkrétní krátkodobé cíle (53). Takové překlenovací cíle nelze obvykle využít jako indikátory dopadu jednotlivých preventivních služeb a měly by být proto používány jen jako srovnávací kritérium na národní úrovni, pakliže je zajištěno velmi dobré pokrytí cílových populací a komplexní nabídka služeb. Je důležité si uvědomit, že prevenci je nutné vnímat v dlouhodobém horizontu, a to zejména, pokud prevalence chronických infekcí dosáhla vysokých hodnot, neboť indikátory výskytu onemocnění zaznamenávají v čase pomalé zlepšení. Účinky bude možné měřit až s dostatečným časovým odstupem a poté, co bude postupně navyšována nabídka a rozsah služeb (viz část „Stanovení cílů pro pokrytí poptávky jednotlivými intervencemi“ na straně 70).

DOPORUČENÉ INTERVENCE
PRO PREVENCI INFEKČÍ U INJEKČNÍCH
UŽIVATELŮ DROG

Doporučujeme, aby byly jednotlivé složky uvedené v této kapitole zahrnuty do komplexních národních programů, které si jako svůj cíl stanoví efektivní prevenci a omezení výskytu infekcí u injekčních uživatelů drog.

Hlavní intervenční složky

Na základě dostupného korpusu výzkumem ověřených poznatků té nejvyšší výpovědní hodnoty, názorů odborníků a příkladů správné praxe ze zemí EU/EHP byly formulovány následující hlavní intervenční složky, které je zapotřebí uplatňovat, a to pokud možno ve vzájemné kombinaci, aby tak bylo prostřednictvím jejich synergického působení dosaženo maximálního preventivního účinku:

- **Injekční náčiní:** Poskytování čistého náčiní k injekční aplikaci drog³, včetně bezplatné distribuce dostatečného množství sterilních jehel a stříkaček, a legální přístup k těmto parafernáliím v rámci kombinovaného komplexního přístupu realizovaného prostřednictvím programů orientujících se na služby snižování rizik, poradenství a léčbu.
- **Očkování:** Očkování proti hepatitidám typu A a B, tetanu, chřipce a zejména u HIV pozitivních jedinců očkování proti pneumokoku.
- **Léčba drogové závislosti:** Opioidová substituční léčba a jiné účinné formy léčby závislosti na drogách.
- **Testování:** Dobrovolné a anonymní testování na HIV, hepatitidu typu C (hepatitidu typu B pro neočkované) a další infekce, včetně

ně TBC, prováděné na základě informovaného souhlasu, by mělo být nabízeno jako standardní služba s návazností na další možnosti léčby.

- **Léčba infekčních onemocnění:** Klinicky indikovaná antivirová léčba osob nakažených HIV, VHB nebo VHC. Antituberkulózní léčba případů aktivní TBC. U případů latentní TBC je zapotřebí zvážit možnost profylaktické terapie. Léčba ostatních infekčních onemocnění by měla být nabízena podle klinické indikace.
- **Podpora zdraví:** Podpora zdraví zaměřená na bezpečnější injekční chování, pohlavní zdraví, včetně používání kondomu, a prevenci a léčbu nemocí, včetně testování na jejich výskyt.
- **Adresné poskytování služeb:** Jednotlivé služby by měly být organizovány a poskytovány v souladu s potřebami uživatelů a místními podmínkami. Patří sem zajišťování služeb prostřednictvím terénních programů i stacionárních zařízení nabízejících léčbu drogové závislosti, programy snižování rizik, poradenství, testování a zprostředkovávání všeobecné primární zdravotní péče i služeb lékařů-specialistů.

3 Vedle jehel a stříkaček se mezi injekční náčiní řadí tzv. „pánvičky“/lžičky nebo jiné pomůcky sloužící k přípravě drogy a k aplikaci, filtry, okyselovací činidla, sterilní voda a suché nebo alkoholové tampony. Podrobnější informace o náčiní k injekční aplikaci drog viz text v rámečku na straně 40.

Kombinace hlavních intervencí v zájmu dosažení synergického efektu

Kombinované působení více intervencí najednou vede k prudkému snižování míry incidence nákazy VHC a HIV. Zaznamenán byl také výrazný pokles míry injekčního rizikového chování uváděného samotnými uživateli (70–72).

Kombinace intervencí

Kdykoli je to možné, intervence by se měly vzájemně kombinovat za účelem dosažení synergických účinků. Z dostupných poznatků vyplývá, že největší snížení míry výskytu HIV a VHC a rizikového injekčního chování lze dosáhnout prostřednictvím velké šíře záběru programů výměny jehel a stříkaček za současné nabídky substituční léčby závislosti na opioidech. Je pravděpodobné, že k prevenci šíření nemocí mezi injekčními uživateli drog bude dále přispívat také léčba onemocnění, očkování a další služby nabízené v kombinaci s výměnnými programy a léčbou drogové závislosti.

Zatímco pozitivní účinky kombinace opiátové substituční terapie s poskytováním jehel a stříkaček se opírají o dostatek vědeckých důkazů, z logiky věci vyplývá, že jiné intervence, jež se ukázaly jako přínosné, budou v kombinaci s ostatními intervencemi rovněž zdrojem synergického efektu. Je známo, že adherence k léčbě infekčních onemocnění, např. při nákaze virem HIV, se zlepšuje při kombinaci s léčbou drogové závislosti (1–2). Některé z účinků poskytování kombinovaných služeb se mohou projevovat přímo, zatímco jiné mohou působit nepřímo tím, že klienti naváží a udrží se službami kontakt, čímž se zvýší dosah a pokrytí služeb.

Nezbytnou podmínkou poskytování služeb a zajištění realizace těchto hlavních intervencí je úzká spolupráce mezi různými sektory. O tomto aspektu je podrobněji pojednáno v dalších částech tohoto dokumentu.

VYTVÁŘENÍ
A POSKYTOVÁNÍ PROGRAMŮ PREVENCE
A KONTROLY INFEKČNÍCH ONEMOCNĚNÍ
U INJEKČNÍCH UŽIVATELŮ DROG

Efektivní realizace hlavních intervencí je možné dosáhnout pouze na základě spolupráce a koordinace činností jednotlivých sektorů na celostátní i místní úrovni.

Spolupráce a koordinace

Efektivní prevence šíření nemocí se neobejde bez budování celonárodního konsenzu a vzájemně uznávaných cílů, na nichž se napříč všemi sektory shodnou subjekty zainteresované v problematice injekčních uživatelů drog. Na národní úrovni mohou v tomto ohledu sehrávat významnou roli subjekty působící v oblasti kontroly infekčních onemocnění, adiktologie, duševního zdraví, sociálních služeb a dále orgány činné v trestním řízení, agentury zabývající se kontrolou narkotik a vězeňská služba, které by do tohoto procesu měly být aktivně zapojeny. Důležité je, aby se na koordinaci podílely také místní samosprávy, občanské skupiny, sdružení hájící zájmy osob užívajících drogy, jakož i množství dalších nestátních neziskových organizací a organizací občanské společnosti.

Ve většině evropských států zůstává užívání drog trestným činem či deliktem. Při koncipování preventivních programů je proto nutné zohledňovat nejen zdravotní otázky, ale v potaz je také nutné brát problematiku právního postihu.

Podobně platí, že injekční uživatelé drog se často potýkají se sociálními problémy a duševními poruchami, což zvyšuje náročnost koordinace jednotlivých opatření. Některé služby budou muset poskytovat jiná odborná pracoviště. Je proto zapotřebí navazovat a udržovat kontakty se zdravotními a sociálními službami, na něž je v případě potřeby možné klienty odkázat.

Efektivních výsledků prevence nelze dosáhnout, aniž by všichni tito aktéři „táhli za jeden

provaz". Je například důležité zajistit spolupráci represivních složek v tom směru, aby bylo vyjasněno, že poskytování náčiní k injekční aplikaci drog je opatření realizované v rámci ochrany veřejného zdraví a že by policie neměla narušovat práci terénních pracovníků realizujících programy výměny jehel a stříkaček. Policejní zátahy v bezprostřední blízkosti míst, kde jsou služby poskytovány, potenciální klienty zastraší a spolehlivě tím zmaří možnost dosažení cílů sledovaných preventivními službami. Postupy uplatňované v rámci činnosti policie se obvykle určují na centrální úrovni a tento striktně hierarchický způsob řízení shora, který je běžný ve většině zemí, pak brání jakýmkoli odchylkám v předepsaných postupech na místní úrovni. Tento problém je možné řešit prostřednictvím dohod o spolupráci uzavřených na nejvyšší úrovni, které mohou následně na většině místech usnadnit spolupráci na lokální úrovni.

Z těchto důvodů je nutné získat podporu pro preventivní činnosti nejen od příslušných aktérů na místní úrovni a od zdravotnického rezortu, ale také napříč všemi ústředními orgány státní správy, včetně rezortů odpovědných za činnost policejních složek. K tomu jsou často nutné dohody na nejvyšší úrovni či alespoň respektování cílů předmětných služeb, které je zároveň vůči jednotlivým aktérům a na úrovni vlastního poskytování služeb jasně deklarováno.

Důležitá je rovněž spolupráce s orgány místní samosprávy. Zřizování služeb často naráží na reakce typu „ne za naším domem“, jimiž místní obyvatelé vyjadřují své obavy z neblahých

dopadů na prostředí, v němž žijí. Překonání těchto překážek vyžaduje ze strany místních aktérů silnou vůdčí roli a aktivní zapojení celé komunity v kombinaci s jasnými argumenty ve

prospěch prokazatelných pozitiv pro danou lokalitu, mezi něž patří např. snížení problému pohazování injekčního materiálu na veřejných místech (73).

Sedm hlavních doporučených intervencí

Injekční náčiní

Doporučená intervence

Poskytování čistého náčiní k injekční aplikaci drog, včetně bezplatné distribuce dostatečného množství sterilních jehel a stříkaček, a legální přístup k těmto parafernáliím v rámci kombinovaného komplexního přístupu realizovaného prostřednictvím programů orientujících se na služby snižování rizik, poradenství a léčbu.

Hlavním rizikovým faktorem z hlediska nákazy krví přenosnými infekcemi je sdílení jehel, stříkaček a dalšího náčiní používaného k přípravě a injekční aplikaci drogy. I u osob, které podle svých slov nikdy nesdílely jehly nebo stříkačky, je běžné, že sdílejí materiál určený k přípravě drogy, např. nádobky na rozmíchání drogy, vodu k rozpuštění drogy nebo filtry, což může vést k přenosu hepatitidy C nebo bakteriálních infekcí (74–75) (viz text v rámečku týkající se šíření infekce prostřednictvím materiálu používaného k přípravě drogy, strana 40). Je rovněž prokázáno, že osoby, které si injikují drogy, jsou ve značné míře postiženy kožními, žilními a krevními infekcemi, ke kterým dochází v důsledku injekčních praktik za použití nesterilního materiálu (17). K dispozici jsou informace o nárůstu injekčního užívání přípravků na lékařský předpis ve formě tablet rozdrcených na prášek, což zvyšuje riziko plicní embolie a endokarditidy (76–78). Bylo také zjištěno, že některá podomácku připravovaná okyselovací činidla používaná k rozpouštění některých drog jsou živnou půdou pro plíseň, která, je-li injekčně vpravena do těla, může

způsobit infekční zánět endokardu nebo zánět oka označovaný jako mykotická endoftalmitida, jenž může vést až k oslepnutí (79).

Výchozí stanovisko: Na základě dosavadních výzkumem ověřených poznatků, názorů odborníků a zásad bezpečné injekční aplikace (80) je možné konstatovat, že nejlepším způsobem jak minimalizovat šíření HIV a VHC mezi lidmi, kteří i nadále injekčně užívají drogy, je poskytovat sterilní jehly a stříkačky a další čisté injekční náčiní (lžičky/„pánvičky“, filtry, vodu k přípravě injekčních dávek, okyselovací činidla a suché i alkoholové tampony), tak aby bylo zajištěno jeho dostatečné množství na každou jednotlivou injekční aplikaci. Tato služba by měla být v ideálním případě poskytována bezplatně a realizována prostřednictvím distribučních kanálů, které budou pro uživatele přijatelné a snadno dostupné.

Aplikační praxe: Některé programy podmiňují výdej nových jehel a stříkaček jejich výměnou za použitý materiál. Takový postup však může být kontraproduktivní a představovat překážku v přístupu ke sterilnímu injekčnímu náčiní a jeho používání. Má-li prevence infekčních onemocnění dosáhnout svého cíle, je třeba usilovat o zajištění snadného přístupu k jehlám a stříkačkám, přičemž vrácení použitého injekčního náčiní by nemělo být vyžadováno jako kategorická podmínka vydání nového materiálu, byť uživatelé by měli být k této praxi vyzýváni. Odpovídající pozornost je nutné věnovat riziku poranění o jehly předtím, než se dostanou na místo likvidace, a také nebezpečí, jemuž jsou v tomto ohledu vystaveni pracovníci realizující výměnné programy. V zájmu

bezpečné přepravy a likvidace injekčního náčiní je doporučováno, aby byly ke sběru a odezdávání použitých parafernálií k dispozici přepravy z nepropichnutelného materiálu. V některých prostředích se osvědčily i jiné strategie, např. kontejnery pro bezpečnou likvidaci injekčního materiálu umístěné na veřejných místech nebo vyzvedávání použitých jehel a stříkaček u uživatelů doma. Je nutné, aby bylo na základě spolupráce mezi službami realizujícími výměnné programy a policií zajištěno, že se injekční náčiní, které budou mít uživatelé drog u sebe, nestane důvodem jejich zatýkání v okolí míst, kde výměnné programy probíhají.

Klienti obvykle dávají přednost určitým druhům stříkaček a velikostem jehel. Tyto preference, jež se liší v závislosti na prostředí a uživatelské podskupině, je třeba důsledně zohledňovat v zájmu maximalizace využívání poskytované služby. Někde jsou například poskytovány speciální bezpečnostní injekční sety, u nichž se po aplikaci jehla zasune do těla stříkačky, a nelze ji tak opětovně použít. Jinde však byl tento způsob pro klienty nepřijatelný, což se odrazilo v nižší míře využívání služeb a retence v programu. Hlavním kritériem při rozhodování o typech a variantách nabízených stříkaček a jehel by mělo být jejich snadné použití, přijatelnost a pozitivní vliv na míru využívání služby. Zřetel by měl být rov-

něž brán na mínění a preference klientů, co se týká náčiní používaného k přípravě drog a typu a velikosti nepropichnutelných kontejnerů určených ke skladování použitých jehel a stříkaček, neboť i tyto preference se budou v různých podskupinách uživatelů lišit.

Ze systematických přehledů jednoznačně vyplývá, že poskytování jehel a stříkaček vede k významnému poklesu míry rizikového injekčního chování uváděného samotnými uživateli (81). Výzkum rovněž prokázal, že programy výměny jehel a stříkaček mohou snižovat prevalenci HIV (81, 82). Vzhledem k metodologickým omezením je již o něco obtížnější dospět k jednoznačnému závěru při zkoumání spojitosti mezi poskytováním náčiní potřebného k přípravě drogy, jako jsou například nádobky na přípravu dávky drogy, sterilní voda a vatové filtry, a poklesem výskytu VHC nebo HIV (83). Virus VHC se nicméně podařilo izolovat z 67 % tamponů, 40 % filtrů, 33 % vzorků vody a 25 % lžiček použitých VHC pozitivními osobami k přípravě drogy pro injekční aplikaci (84).

K dispozici jsou rovněž epidemiologické důkazy generované primárními studiemi, z nichž vyplývá, že existuje souvislost mezi sdílením pomůcek k přípravě drogy, zejména tzv. pánviček sloužících k přípravě dávky drogy, a šířením VHC mezi injekčními uživateli drog, kteří nesdílejí jehly a stříkačky (85, 75).

Šíření infekce prostřednictvím materiálu používaného k přípravě drogy

Voda: Voda se používá k rozpuštění drogy před její injekční aplikací a k opláchnutí a propláchnutí jehly a stříkačky po aplikaci. Uživatelé mohou k tomuto účelu používat vodu z jednoho společného zdroje, což je vystavuje možnému riziku nákazy krví přenosnými viry, kterými může být voda kontaminována.

Lžičky: Lžičky nebo tzv. pánvičky (např. Stéricups®) se používají k zahřátí a rozpuštění drogy, např. heroinu, před její injekční aplikací nebo k rozmíchání rozdrcených tablet ve vodě. Může se stát, že uživatelé si připravují drogu na stejné lžičce a kontaktem s již použitou nebo kontaminovanou vodou či filtry pak může dojít k šíření bakterií nebo krví přenosných virů.

Okyselovací činidla: Okyselovací činidla se používají k rozpouštění jinak nerozpustných drog, jako je hnědý heroin nebo crack. Některá okyselovací činidla mohou způsobovat bakteriální nebo mykotické infekce. Infekcím lze předcházet, jsou-li osobám, které si injikují nerozpustné drogy, poskytovány jednorázové sáčky s okyselovacími činidly, např. kyselinou askorbovou.

Filtry: Rozpuštěná droga se natahuje do stříkačky přes filtr, aby do krevního oběhu nepronikly žádné větší pevné částice. Použití filtru při intravenózní aplikaci je důležité, neboť je tím možné zabránit vzniku krevních sraženin nebo embolie. Sdílení filtrů však může vést k šíření krví přenosných virů. Filtry se často užívají opakovaně, protože panuje domněnka, že obsahují zbytky drog, ale některé nové komerční filtry jsou řešeny tak, aby měly minimální schopnost absorbovat drogu a po použití se rozpadly.

Alkoholové tampony a suché tampony: Alkoholové vatičky by se měly používat k vyčištění místa vpichu před vlastní aplikací. Čisté suché tampony je možné použít po injekční aplikaci k zastavení krváčení; vatičky napuštěné alkoholem by krváčení prodloužily.

Vodu, lžičky, okyselovače, filtry a alkoholové vatičky a suché tampony se doporučuje poskytovat za účelem snížení míry jejich sdílení a opakovaného užívání a minimalizace potenciálního rizika šíření krví přenosných virů a bakterií.

Není k dispozici dostatek výzkumem podložených informací, které by jednoznačně prokázaly, že distribuce pomůcek používaných k přípravě drogy, mezi něž patří sterilní voda, lžičky/„pánvičky“, filtry nebo alkoholové tampony, efektivně působí na snižování incidence HIV a VHC. Z výsledků jedné primární studie vyplývá souvislost mezi sdílením injekčního náčiní, respektive pomůcek k přípravě injekční dávky, a VHC pozitivitou uváděnou samotnými klienty (86). Existuje také riziko bakteriálních

kožních infekcí v důsledku opakovaného používání injekčního náčiní nebo nehygienických injekčních praktik (17). Je však prokázáno, že distribuce tohoto náčiní snižuje míru rizikového injekčního chování (87, 88) a působí jako motivační prvek, jímž lze klienty „nalákat“ na poskytovanou službu a následně je udržet v kontaktu (89). Na jednom místě ve Velké Británii mělo u klientů z řad injekčních uživatelů drog velmi pozitivní ohlas vydávání sáčků s kyselinou citronovou. Tato praxe následně

pomohla přivést klienty k využívání služeb zaměřených na výměnu jehel a stříkaček (90).

Poskytování sterilních jehel a stříkaček, jakož i dalších pomůcek k přípravě injekční dávky by mělo být kombinováno s edukací zaměřenou na podporu zdraví, konkrétně pak na informace o zařízeních poskytujících léčbu závislosti a o prvotních příznacích infekcí měkkých tkání a kůže (podrobnější informace o edukaci injekčních uživatelů drog v oblasti podpory zdraví viz rámeček věnovaný problematice podpory zdraví na straně 53). Pozornost je třeba věnovat předávání informací o bezpečných injekčních praktikách, v nichž bude zdůrazňováno, že každá jehla a stříkačka, jakož i materiál sloužící k přípravě drogy pro injekční aplikaci („pánvičky“ a jiné pomůcky k rozpuštění drogy, vatové filtry, voda) by měly být výhradně na jedno použití a osoby, které spolu užívají, by je nikdy neměly sdílet. Za úvahu také může stát poskytování neméně atraktivních neinjekčních aplikačních pomůcek, jako je aluminiová fólie pro uživatele heroínu nebo želatinové kapsle k perorální aplikaci pro uživatele amfetaminu, jejichž cílem je prosazovat mezi uživateli drog neinjekční způsoby aplikace drog (91, 92).

V rámci edukace orientované na podporu zdraví by mělo být zdůrazňováno, že před injekční aplikací je nutné si umýt ruce mýdlem a čistou vodou a vyčistit místo vpichu tamponem napaštěným alkoholem (případně mýdlem a čistou vodou). Je také třeba doporučovat, aby si uživatel bezprostředně po aplikaci překryl místo vpichu raději suchým tamponem než použitým alkoholovým tamponem. Uživatelé by měli dostat informace o raných příznacích kožních infekcí či abscesů a flebitid a měli by vědět, že v případě výskytu takových příznaků by měli co nejdříve vyhledat lékařskou pomoc.

Přes důrazná varování před sdílením či opakovaným používáním jehel a stříkaček i pomůcek pro přípravu drog k injekční aplikaci je evidentní, že k opakovanému používání injekčního materiálu přesto dochází, často i nevědomky. Prvním způsobem jak bojovat s opakovaným

používáním injekčních parafernálií by mělo být zlepšení dostupnosti a nabídky jehel, stříkaček a pomůcek k přípravě drogy, aby bylo možné při každé injekční aplikaci použít novou sadu náčiní. Pokud tato alternativa není možná, nabízejí se další dva způsoby, jak injekčním uživatelům drog pomoci minimalizovat újmu, kterou si mohou přivodit opakovaným používáním jehel a stříkaček. Za prvé, bezděčné sdílení stříkaček lze dobře minimalizovat nějakým systémem značení, např. pomocí čísel, barevných kódů, nálepek či jiného anonymního označení na stříkačkách. Za druhé, byť je dezinfikování injekčního náčiní pomocí prostředků na bázi chloru kontroverzní praktikou, je možné o něm uvažovat v případech, kdy vědomě dochází k opakovanému používání injekčního materiálu. V laboratorním prostředí sice byla prokázána účinnost chlorových dezinfekčních prostředků při inaktivaci HIV (93), ale s ohledem na ne vždy přesné dodržování správných dezinfekčních postupů nebyla doposud spolehlivě ověřena jejich efektivita v injekční praxi. Poskytování dezinfekčních prostředků na bázi aktivního chloru může být jako alternativa k poskytování sterilního injekčního náčiní intervencí „druhé řady“, nicméně jednoznačně preferovanou variantou je distribuce sterilního injekčního náčiní.

Očkování

Doporučená intervence

Očkování vakcínami proti hepatitidám typu B a A, tetanu, chřipce a zejména u HIV pozitivních jedinců pak vakcínami proti pneumokoku.

Výchozí stanovisko: Na základě stávajících, výzkumem ověřených poznatků lze konstatovat, že očkování patří k neúčinnějším dostupným preventivním opatřením. Ve většině prostředích jsou injekční uživatelé drog vystaveni zvýšenému riziku nákazy hepatitidou typu B a A a také bakteriemi způsobujícími tetanus. U osob infikovaných hepatitidou typu C (proti níž v současnosti neexistuje žádná vakcína, které jsou současně infikovány hepatitidou A nebo B, do-

chází ke zrychlenému rozvoji onemocnění hepatitidou C a mnohem vyšší nemocnosti. Vzhledem ke svému životnímu stylu, věku nebo nákaze virem HIV mohou být někteří injekční uživatelé drog ve větší míře ohroženi chřipkou a zápallem plic. K dispozici jsou však účinné vakcíny, které mohou poskytnout před těmito infekcemi dobrou klinickou ochranu (94).

Aplikační praxe: Ve většině členských států je momentálně vakcinace proti hepatitidě B součástí programů plošného očkování dětí. Tato politika však začala být uplatňována až v devadesátých letech 20. století, takže někteří dospělí z řad injekčních uživatelů drog nebyli jako děti očkováni. Přestože v 18 z 29 zemí EU/EHP existují programy očkování proti hepatitidě typu B pro dospělé osoby, které užívají injekčně drogy, toto očkování není vždy poskytováno bezplatně (8, 95).

Protože některé populace injekčních uživatelů drog jsou z hlediska tradičních způsobů očkování obtížně dosažitelné, jedinečnou příležitost k zajištění služby rutinního či jednorázového očkování představuje využití stacionárních nebo mobilních zařízení, která slouží injekčním uživatelům drog. Je prokázáno, že míra využití nabízeného očkování roste, je-li součástí jiných služeb (96). Bylo zjištěno, že očkováním injekčních uživatelů drog prováděným v rámci programů výměny jehel a stříkaček se šetří náklady a povzbudivé výsledky také přináší dosavadní výzkum modelů incentivní terapie (contingency management, CM); bylo zjištěno, že jejich aplikace vede až k zdvojnásobení počtu osob, které absolvovaly kompletní očkování proti hepatitidě typu B (97, 98). Účinným způsobem jak zvýšit míru podání dalších očkovacích dávek jsou terénní programy. Vězněné osoby nebo ti, jež se léčí na drogovou závislost, včetně injekčních uživatelů drog, mohou využít služeb očkovacích programů nabízených ve věznicích nebo lůžkových odvykacích zařízeních.

Očkování proti hepatitidě B se běžně provádí formou tří samostatných injekcí podaných

v rozmezí šesti měsíců, nicméně harmonogram aplikace jednotlivých dávek je možné zkrátit. Přestože často lze jen obtížně zajistit, aby se klient vrátil pro druhou a třetí dávku vakcíny, vždy se vyplatí naočkovat klienta, který se dostavil k podání první dávky, neboť i jedna dávka vakcíny proti hepatitidě B může poskytnout částečnou imunitu (99). Za zmínku stojí, že informace, které o stavu svého očkování uvádějí sami injekční uživatelé drog, často neodpovídají jejich skutečnému sérologickému stavu (100). Testování na sérologické markery hepatitidy B provedené již při prvním kontaktu s nějakou službou odhalí, kdo případně uvedl nesprávné informace o svém očkování proti hepatitidě B. Ve srovnání s obecnou populací vykazují injekční uživatelé drog také vyšší míru slabé nebo nulové imunitní odezvy na vakcínu (101).

Z důvodu možnosti vyššího rizika epidemického výskytu hepatitidy typu A u injekčních uživatelů drog se jako nejlepší způsob prevence VHA i VHB navrhuje poskytovat u této cílové skupiny kombinované očkování proti oběma infekcím (102, 103). Zásadní význam to má zejména u osob nakažených hepatitidou typu C.

Očkování proti tetanu probíhá ve všech evropských zemích v rámci programů imunizace dětí, ale v dospělosti běžně dochází každých pět až deset let k přeočkování. U lidí, kteří užívají injekčně drogy, je třeba ověřit, zda byli očkováni či přeočkováni proti tetanu. Uživatelům, u kterých tento stav nelze s jistotou zjistit, by mělo být nabídnuto přeočkování, zejména pokud mají infikované vpichy. Časté je očkování kombinovanou vakcínou proti tetanu a záškrtu. Přes vzácný výskyt záškrtu v Evropě je tato praxe namísto s ohledem na vysokou míru letality u tohoto infekčního onemocnění. V neposlední řadě se pak v zájmu minimalizace rizika chřipky a pneumokokové nákazy doporučuje poskytovat sezonní očkování proti chřipce a vakcinaci proti pneumokokům (zejména, je-li klient HIV-pozitivní anebo má nad 50 let); více informací viz (16).

Je důležité poznamenat, že očkování proti TBC za použití vakcíny BCG (*Bacillus Calmette-Guérin*) se obvykle doporučuje pouze u kojenců, kteří žijí v oblastech s vysokým endemickým výskytem TBC a u kojenců nebo větších dětí, u nichž hrozí konkrétní riziko expozice v oblastech, které jinak vykazují nízký výskyt TBC. Využívání vakcíny BCG u dospělých pacientů nemá dostatečnou oporu ve výzkumu. Je navíc kontraindikováno u jedinců s oslabenou imunitou, např. v symptomatické fázi nákazy virem HIV (104).

Léčba drogové závislosti

Doporučená intervence

Opioidová substituční léčba a jiné formy účinné léčby závislosti na drogách.

Léčba závislosti na drogách představuje důležitou součást komplexního řešení prevence negativních dopadů souvisejících s drogovou závislostí (27, 105, 106). V mnoha evropských zemích je léčba drogově závislých středobodem spektra intervencí zaměřených na prevenci šíření infekcí spojených s užíváním drog (54). Svou roli sehrává rovněž při zvyšování adherence k léčbě infekčních onemocnění u uživatelů drog (1, 2, 107, 108). Léčba uživatelů drog spočívá v celé řadě medicínských (včetně farmakologických), psychologických, sociálních a behaviorálních strategií, jejichž cílem je zastavit nebo omezit užívání drog, včetně jejich injekční aplikace, a jež je možné realizovat ambulantní či rezidenční formou. Psychosociální terapeutické přístupy mohou mít různou podobu: od individuálního poradenství a technik motivačního rozhovoru až po strukturovanější psychoterapeutické intervence přizpůsobené konkrétním potřebám a situaci daného jedince. Důležitým prvkem současných terapeutických přístupů jsou kognitivní a behaviorální terapie, jejichž cílem je působit na kognitivní složky emocí a odnaučit člověka podmíněnému závislostnímu chování v různých podobách. Psychosociální intervence je možné aplikovat samostatně nebo v kombinaci s farmakoterapií.

Farmakologická udržovací léčba závislosti na opioidech spočívá v dlouhodobém užívání předepsaných opioidových přípravků, které brání vzniku abstinčních příznaků a snižují „bažení“ (craving) po droze, čímž uživatelé umožňují vést běžný život, omezit užívání nelegálního heroínu, rizikové chování a trestnou činnost a zlepšit jeho zdraví, osobní pohodu a celkově zvýšit kvalitu života (68). Opioidová substituční léčba (OSL) je často poskytována v kombinaci s psychosociální terapií a dalšími podpůrnými službami (109–112).

Opioidní agonisty lze rovněž použít při detoxifikační léčbě. Detoxifikace v lůžkových zařízeních by neměla být poskytována jako samostatná služba, ale v zájmu prevence vysoké míry relapsu by měla být doplněna dalšími terapeutickými alternativami (111).

Efektivita opioidové substituční léčby

Z výzkumů zaměřených na výsledky léčby i z kontrolovaných studií vyplývá, že substituční terapie metadonem i jinými přípravky je efektivním způsobem léčby závislosti na heroínu a dalších opioidech. Přehledová literatura také poskytuje množství důkazů o dopadu opioidové substituční léčby na výskyt infekcí i rizikového injekčního chování (81, 108–111, 113–118).

Tři významné přehledové články zmiňují hned několik studií s robustním výzkumným designem, které prokazují efektivitu OSL při snižování míry rizikového chování (108, 115, 118). Ze závěrů všech těchto tří přehledů vyplývá souvislost mezi OSL na straně jedné a sníženou prevalencí a frekvencí injekčního užívání uvděného samotnými uživateli a nižšími skóry u sdílení injekčního náčiní a rizikového injekčního chování na straně druhé.

Při posuzování průkazu efektivity opioidové substituční léčby z hlediska prevence šíření viru HIV dospěli autoři těchto přehledů na základě dostatečného množství faktů ke shodnému závěru, že komunitní OSL má jednoznačně pozitivní efekt na snižování sérokonverze HIV,

zejména u osob v průběžné léčbě a při adekvátním dávkování.

Obtížněji prokazatelný je dopad opioidové substituční léčby na snižování incidence VHC. Může to být do značné míry způsobeno snadnějším přenosem VHC při injekčním užívání a pravděpodobně také při sdílení injekčního náčiní⁴ a mnohem vyššími výchozími prevalenčními hodnotami u populací injekčních uživatelů drog po celé Evropě, kteří tak představují zdroj infekčního rizika. Aktuální data, včetně výsledků komunitních kohortových studií sledujících výskyt hepatitidy C mezi klienty v opioidové substituční léčbě, společně s metaanalýzou britských studií (70, 71, 119–121) však vypovídají o výrazně pozitivním preventivním dopadu OSL ve vztahu k výskytu infekce VHC. Tyto studie poukazují na větší přínos substituční léčby u osob absolvujících OSL průběžně než u těch, které substituční léčbu přerušily, na ochranný efekt metadonové udržovací léčby před primární⁵ i sekundární⁶ nákazou HIV a VHC a na efekt dávky a odpovědi (dose-response effect) u OSL, kdy osoby, které jsou v léčbě delší dobu, vykazují nižší míry incidence VHC.

Množství randomizovaných kontrolovaných studií provedených za posledních 15 let poskytl důkazy o účinnosti léčby formou supervidovaného podávání injekčního heroinu

osobám závislým na této látce, které dlouhodobě vykazují rezistenci vůči standardním terapeutickým postupům. Z výsledků těchto studií vyplývá, že ve srovnání s klasickou či optimalizovanou substituční léčbou závislosti na opioidech vykazují refrakterní klienti, kterým je předepisován injekční heroin, podobnou nebo vyšší míru retence v léčbě, výrazné upuštění od páčání trestné činnosti (zejména majetkové kriminality jako zdroje prostředků k financování dalšího užívání pouličního heroinu a jiných drog získaných na černém trhu) a dosažení dlouhodobějšího markantního snížení rozsahu injekčního užívání pouličního heroinu (122).

Výchozí stanovisko: Na základě shodných výsledků mnoha robustních studií a přehledů, jakož i názorů odborníků lze jednoznačně konstatovat nutnost dostupnosti a snadného přístupu k léčbě drogové závislosti, zejména pak v případech substituční léčby pro uživatele opioidů. Psychosociální terapie zvyšuje efektivitu opioidové substituční léčby, je-li s ní kombinována, a je hlavní léčebnou variantou v případech uživatelů stimulancií; doporučuje se aplikovat na základě vyjádření odborníků.

Kombinované přístupy zvyšují dopad OSL na infekce

Studie sledující vývoj situace v oblasti dodržování léčebného režimu, úspěšného absolvování celé léčby a míry abstinence po uplynutí určitého časového období potvrzují, že efektivitu OSL lze zvýšit za současného poskytování psychosociálních intervencí (123). V rámci jedné randomizované kontrolované studie zkoumající účinek behaviorálních intervencí na výskyt VHC u injekčních uživatelů drog ve Velké Británii (124) byla porovnávána intenzivnější forma preventivního poradenství kombinovaného s opioidovou substituční léčbou a samostatně aplikovaná OSL. Výsledky ukázaly nižší míru sérokonverze VHC u skupiny, která byla vystavena oběma intervencím.

Poslední výzkumy poukazují na skutečnost, že v zájmu snižování výskytu infekcí, včetně mi-

4 Nákazu hepatitidou C charakterizují relativně vyšší koncentrace viru v krevním oběhu, a to nejen během fáze primární infekce, ale také u jedinců, u kterých se rozvine chronická nákaza (ve srovnání s nákazou virem HIV). To může mít za následek vysoké míry přenosu VHC během expozice, neboť při sdílení injekčního náčiní mezi infikovanými a neinfikovanými uživateli bude pravděpodobně minimální infekční dávka často překročena. Tuto hypotézu podporuje skutečnost, že prevalence hepatitidy typu C mezi uživateli často převyšuje prevalenci HIV, přičemž epidemie hepatitidy typu C obvykle předchází vzniku epidemií HIV v komunitách uživatelů. Tím lze také vysvětlit, proč je obtížnější zamezit riziku VHC pomocí samostatných izolovaných opatření a proč je většinou nutné zajistit vyšší míru pokrytí, aby bylo dosaženo požadovaného efektu na úrovni populace.

5 Infikování doposud nenakažených jedinců.

6 Nákaza HIV nebo VHC u osob již nakažených jednou z infekcí.

nimalizace šíření VHC, je důležité kombinovat opioidovou substituční léčbu s dalšími opatřeními v oblasti snižování rizik. Na základě jedné z amsterdamských kohortových studií (71) bylo zjištěno, že plnohodnotná účast na metadonové udržovací léčbě i programech výměny jehel a stříkaček po dobu šesti měsíců souvisí s nižším rizikem nákazy VHC, byť tento efekt nebylo možné prokázat u metadonové substituce či výměnných programů samostatně. Také v rámci jedné britské kohortové studie (119) byl zaznamenán výraznější dopad opioidové substituční léčby na snížení výskytu VHC, pokud byla kombinována s distribucí stříkaček. Zcela aktuální metaanalýza šesti britských studií, které na individuální úrovni sledovaly data týkající se šíře pokrytí intervencí, jakož i nových případů infekce VHC u osob, které si injekčně aplikují drogy, zdokumentovala snížení míry incidence VHC u této skupiny v důsledku poskytování opioidové substituční léčby a využívání programů výměny jehel a stříkaček nezávisle na sobě (70). Je třeba dodat, že tyto intervence měly synergický efekt, který snižoval možnost nových případů nákazy VHC o téměř 80 %, pokud byla zajištěna široká nabídka programů výměny jehel a stříkaček pro ty osoby, které pokračovaly v injekčním užívání i v průběhu opioidové substituční léčby.

Dopad kombinovaných přístupů k řešení problematiky šíření viru HIV dále zkoumala studie realizovaná v New Yorku (125), která porovnávala efektivitu „kombinovaného preventivního programu“ (spočívajícího v metadonové udržovací léčbě, edukaci a terénní práci, minimalizaci rizik, testování na HIV a výměnných programech) s „původním preventivním programem“, který nezahrnoval výměny jehel (metadonová udržovací léčba, edukace a terénní práce, minimalizace rizik a testování na HIV). U osob využívajících služeb programu s omezenější nabídkou došlo během sledovaného období k výraznějšímu nárůstu prevalence HIV než u osob v kombinovaném programu, z čehož lze usuzovat, že kombinování OSL s výměnnou stříkaček se mohlo podílet na omezení přenosu nákazy virem HIV.

Efektivita dalších léčebných přístupů

V rámci léčby uživatelů drog je možné využít také další terapeutické alternativy, mezi něž patří psychosociální terapie, kognitivně-behaviorální intervence, incentivní terapie a podpůrné skupiny založené na principu vrstevnické podpory (peer work).

Přestože se nepodařilo jednoznačně prokázat, že by některá z psychoterapeutických intervencí byla sama o sobě účinná při léčbě závislosti na opioidech (108), poznatky z observačních studií (rozsáhlé kohortové studie, jako např. americký projekt DATOS nebo britský NTORS) ukazují, že léčebné programy v rezidenční i ambulantní formě, včetně metadonové substituce, se společně podílejí na snižování míry injekčního užívání drog i sdílení jehel. Během léčby dochází k poklesu míry injekčních aplikací a dalších forem rizikového chování a následně se také snižuje riziko infekce (109). Psychoterapie může sehrávat významnou roli při řešení komorbidních psychických poruch vyskytujících se u uživatelů drog, např. úzkostné stavy, deprese nebo snížené sebehodnocení, a při rozvíjení dovedností potřebných ke zvládnutí zátěžových situací souvisejících s problematikou užívání drog.

Léčba injekčních uživatelů drog závislých na jiných drogách než opioidech

Co se týče uživatelů stimulancií, nebyly zatím nalezeny žádné formy farmakologické léčby, které by u této skupiny uživatelů měly jednoznačně pozitivní účinek na snižování míry konzumace drog a zvyšování míry retence v léčbě, byť některé farmakologické přípravky se v tomto ohledu jeví jako slibné a další se v současné době testují (108). V současnosti probíhá několik randomizovaných studií zaměřených na testování nových přípravků určených k léčbě závislosti na kokainu. Momentálně v tomto směru vykazují slibné výsledky dvě látky: disulfiram⁷, který ovlivňuje metabo-

7 Pozn. editora českého vydání: Pod obchodním názvem Antabus je používán při léčbě závislosti na alkoholu.

lizmus alkoholu, a antiepileptikum vigabatrin. Pokračují také pokusy o vývoj vakcíny proti kokainu (54).

Při absenci farmakoterapie má pro uživatele stimulancií obzvláštní význam psychosociální léčba. Jediný systematický přehled vědeckých poznatků z oblasti psychosociální léčby abúzu nebo závislosti na stimulačních drogách však z důvodu nesourodosti analyzovaných studií nedospěl k jasným závěrům ohledně efektivity samostatně uplatňovaného léčebného přístupu k řešení závislosti na těchto látkách (126).

V rámci jedné rozsáhlé přehledové studie byla u uživatelů stimulancií zjištěna souvislost mezi jejich vyšší mírou abstinence a retence v léčbě a incentivní terapií, jež spočívá v poskytování peněžních pobídek k abstinenci nebo setrvání v léčbě (108). Incentivní terapie v kombinaci s metadonovou substitucí vykazala pozitivní výsledky u klientů závislých na opioidech i stimulanciích. K dispozici je však zatím relativně málo důkazů, které by spolehlivě potvrzovaly všeobecnou platnost těchto závěrů.

V tomto přehledu bylo poukázáno na relativní nedostatek průkazných faktů o účinnosti dalších behaviorálních přístupů, jako jsou např. kognitivně-behaviorální terapie, posilování komunitních vazeb (community reinforcement) prostřednictvím incentivních přístupů a individuální poradenství, při řešení problematiky zneužívání stimulancií. K dispozici je také málo výzkumem ověřených informací o dopadu techniky motivačního rozhovoru a o efektivitě terapeutických komunit ve vztahu k léčbě uživatelů stimulancií.

Poskytování opioidové substituční léčby

Metadonová udržovací léčba vznikla v USA v šedesátých letech 20. století, ale v Evropě se začala výrazněji zavádět do klinické praxe až od poloviny osmdesátých let. Vedle metadonu se dnes v evropských zemích využívá také buprenorfin, dihydrokodein, morfin ve formě preparátu s pomalým uvolňováním účinné

látky a diacetylmorfin (heroin)⁸ (112). Poté, co země EU začaly realizovat komplexní protidrogové politiky, se poskytování opioidové substituční léčby začalo od poloviny devadesátých let 20. století rychle rozvíjet a v současnosti tato forma intervence pokrývá více než polovinu odhadované cílové populace (54, 127, 128). Buprenorfin se na substituční léčbě závislosti na opioidech podílí v Evropě menší měrou než metadon, ale používá se stále více, zejména díky jeho lepšímu bezpečnostnímu profilu. Buprenorfin je částečný agonista, má slabší sedativní a analgetický efekt a způsobuje menší fyzickou závislost. Také je u něj menší pravděpodobnost předávkování. Často se využívá při dlouhodobé substituční léčbě předepisované praktickými lékaři. Široká škála různých přípravků, včetně heroinu, která je dnes k dispozici při léčbě uživatelů opioidů, umožňuje klinickým pracovníkům optimalizovat farmakoterapeutické režimy tak, aby vyhovovaly co největšímu počtu závislých. Podrobný metodický pokyn k problematice farmakologické léčby závislosti na opioidech podporované psychosociálními intervencemi publikovala v roce 2009 Světová zdravotnická organizace (111).

Kvalita a dohled: V zájmu dosahování co nejlepších výsledků musí být léčebné služby dobře organizovány a mít vysokou kvalitu, včetně odpovídající kvalifikace pracovníků. Zejména je zapotřebí dodržovat existující mezinárodní pokyny týkající se léčebných režimů, dávkování a dohledu (111, 129). Výzkumy ukazují, že dávkovací schémata je potřeba nastavit volně, včetně možnosti nízké počáteční dávky a vysoké udržovací dávky, bez omezení dávkování nebo délky léčby (110, 130). Co se týče optimalizace efektivity substituční léčby závislosti na opioidech, z vědeckých poznatků také vyplývá, že průběžná léčba je efektivnější než krátkodobé poskytování OSL (108). Některé formy opioidové substituční léčby, např. za použití

8 Farmakoterapie za využití naltrexonu, antagonisty opiátových receptorů, který blokuje účinky heroinu a dalších opioidů, je v Evropě okrajovou záležitostí, neboť tato forma terapie je spojována s vysokou mírou vypadnutí z léčby.

metadonu, budou méně efektivní (tj. mohou produkovat nižší sérové hladiny), bude-li současně aplikována léčba tuberkulózy nebo HIV; takové situace je třeba monitorovat a dávku případně upravit, aby byla léčba účinná (131).

Dostupnost: Za úvahu stojí rovněž možnost poskytování opioidové substituční léčby prostřednictvím nízkoprahových služeb. Nízkoprahové programy se orientují spíše na minimalizaci rizik než abstinenci a ve srovnání s vysokoprahovými programy jsou flexibilnější, co se týče vstupních požadavků a poskytování služeb. V těchto zařízeních se často podporuje kombinované využívání dalších služeb harm reduction, které mohou posílit účinek léčby. Osobám, jež někdy užívaly nebo stále užívají drogy injekčně, by v průběhu léčby závislosti měla být nabídnuta paleta služeb souvisejících s problematikou infekčních onemocnění, např. testování, ať už z iniciativy poskytovatele nebo klienta, poradenství, očkování, léčba onemocnění nebo preventivní prostředky. Léčba drogové závislosti by měla být kombinována s péčí o duševní zdraví (a také případnou všeobecnou zdravotní péčí ze strany praktického lékaře nebo internisty). Přístup k takové péči je obzvláště důležitý pro injekční uživatele drog, kteří jsou v kontaktu s nízkoprahovými zařízeními.

Výdej: Přípravky používané při opioidové substituci mohou vydávat klinická pracoviště, specializovaná ambulantní střediska nebo lékární. Ve všech případech je možné předejít úniku těchto látek na černý trh tím, že pacient užije přípravek pod přímým dohledem pracovníka zařízení. Na druhou stranu, pokud je pacientovi umožněno, aby si dávku odnesl s sebou domů, bude schopen lépe plnit své rodinné a pracovní povinnosti a vést běžný život. Pro všechny osoby podstupující tento typ léčby jsou nezbytnou podmínkou pravidelné lékařské prohlídky (16, 111).

Flexibilita z hlediska zahájení léčby: Z výsledků primárního výzkumu vyplývá pozitivní dopad tzv. provizorní (interim) metadonové udržovací léčby na rizikové chování (132). Operativní nabídka léčby ve formě provizorní-

ho schématu poskytování metadonové substituce umožňuje injekčním uživatelům drog těžit z pozitivního vlivu opioidové substituční léčby na rizikové chování.

Navazování kontaktu s problematickými cílovými skupinami: Ukazuje se, že pro osoby dlouhodobě závislé na heroinu, u nichž se běžné léčebné modality míjejí účinkem, mohou být přínosem programy, které poskytují léčbu ve formě supervidovaného podávání heroinu k injekční aplikaci (122). U realizace asistované léčby heroinem je nezbytné, aby příslušná zařízení splňovala organizačně-technické podmínky, které umožní uplatňovat striktní bezpečnostní opatření a zabránit případnému proniknutí substance na černý trh. Tyto kliniky musí mít otevřeno každodenně v několika různých časových intervalech, aby měli klienti možnost si pod dohledem aplikovat svou léčebnou dávku, jak je předepsáno v pokynech pro léčbu (122). Náklady na tuto léčbu „druhé řady“ jsou sice vyšší než u léčby perorálním metadonem, ale tato skutečnost je kompenzována významnými úsporami na straně společnosti, zejména co se týká nákladů spojených s trestním řízením a výkonem trestů odnětí svobody v souvislosti s páchanou kriminalitou (133).

Služby ve věznicích: Z přehledů experimentálních a observačních studií zaměřených na opioidovou substituční léčbu ve věznicích vyplývá, že substituční léčba poskytovaná ve věznicích vykazuje podobný přínos jako stejný typ léčby realizovaný v rámci komunitních služeb pro uživatele drog (32, 134–136). Zpřístupnění tohoto typu terapie ve výkonu trestu odnětí svobody či vazby představuje příležitost jak omezit užívání nezákonných opioidů a rizikové chování ve věznicích. Je důležité, aby v zájmu zajištění kontinuity léčby (po nástupu do výkonu trestu/po propuštění) existovala návaznost mezi vězeňskými a komunitními programy, která může přispět k dlouhodobějšímu udržení dosaženého pokroku a k předcházení vzniku vysokého stupně rizika újmy, včetně úmrtí, v době bezprostředně po propuštění z výkonu trestu nebo vazby.

Testování

Doporučená intervence

Dobrovolné a anonymní testování na HIV, VHC (VHB pro neočkované) a další infekce, včetně TBC, prováděné na základě informovaného souhlasu by mělo být nabízeno jako standardní služba s návazností na další možnost léčby.

Výchozí stanovisko: Dobrovolné a anonymní testování na infekční nemoci je podle názorů odborníků prospěšné z důvodu potenciálního snížení rizika těchto onemocnění a protože ověření diagnózy na základě testu je nezbytným předpokladem poskytnutí léčby. Vzhledem k riziku nákazy pojíci se s injekčním užíváním drog bude pravděpodobně všude v Evropě nákladově efektivní testovat injekční uživatele drog na HIV, hepatitidu B a hepatitidu C. Ve většině zemí se pak bude pravděpodobně vyplácet testování na TBC. O testech na jiné infekce je možné uvažovat v rámci standardní nabídky při lékařském vyšetření (např. na hepatitidu typu A a D, syfilis, jiné jaterní a celkové krevní testy). Frekvence lékařských vyšetření a testování, jakož i volba druhu prováděných testů by se měly řídit klinickými projevy a příznaky a místní epidemiologickou situací. Jedinci, kteří injekčně užívají drogy, jsou v tomto ohledu vysoce riziková a testování by jim tak mělo být nabízeno minimálně jednou nebo dvakrát do roka (16).

Testování se doporučuje pojímat jako dobrovolnou a anonymní standardně nabízenou službu. „Dobrovolnou“ se rozumí, že daný jedinec je o testech a jejich případných důsledcích poučen a uděluje svůj výslovný souhlas k podstoupení testu, přestože je testování standardní součástí lékařské péče. „Standardně nabízenou“ se rozumí, že poskytovatelé služeb by měli testování na infekční onemocnění doporučovat jako běžnou součást lékařské péče o injekční uživatele drog.

Z odhadů uvedených zeměmi EU/EHP vyplývá,

že za období uplynulých dvanácti měsíců bylo na HIV testováno pouze něco mezi 10 a 60 % injekčních uživatelů drog (137), přičemž v případě dalších infekcí bude tento podíl pravděpodobně mnohem menší. Včasné odhalení krví přenosných virů a dalších onemocnění umožňuje klientům vyhledat zdravotnickou pomoc a začít nakažu léčit, čímž se současně předejde následným komplikacím a sníží se riziko dalšího šíření nemoci (138). Testování nabízí dobrou příležitost jak injekčním uživatelům drog poskytnout radu a poučit je o prevenci infekcí (pokud jim test vyšel negativně) a jejich dalšího šíření (pokud měli test pozitivní). Poradenství v oblasti minimalizace rizik prováděné v rámci testování může vést ke snížení výskytu rizikových forem chování (139).

Krví přenosné infekce

EMCDDA vydala v roce 2010 provozní směrnice, podle nichž mají poskytovatelé zdravotní péče začít testovat své pacienty z řad injekčních uživatelů drog na HIV, virové hepatitidy a další infekce, včetně bakteriálních kožních infekcí, pohlavně přenosných infekcí a respiračních infekcí. Tento materiál se může stát také užitečným vodítkem pro programy, které provádějí testování injekčních uživatelů drog (16). ECDC vydala obecný metodický pokyn týkající se testování na HIV (138). Úhrnem lze říci, že osobám, které užívají injekčně drogy, by mělo být nabízeno testování, které splňuje standardy kvality formulované v národních směrnicích. Větší úsilí však bude zřejmě nutné k tomu, aby se podařilo navázat s příslušníky této hodně rizikové a těžko dostupné populace kontakt a odpovídajícím způsobem je poučit, aby v dostatečné míře využívali nabízenou možnost testování, porozuměli důvodům pro provádění testování a jejich souhlas s testováním byl jednoznačně dobrovolný. Míru provedených testů na HIV, VHB a VHC může zvýšit poskytování tzv. point-of-care testování (POCT)⁹ v terénních podmínkách (viz rá-

9 Provádění určitých měření nebo testů in vitro v mimolaboratorních podmínkách přímo v místě poskytování péče (pozn. překl.).

meček s textem popisujícím finské zkušenosti s metodou point-of-care testování). Konfirmační zkoušky pozitivních výsledků point-of-care testování sice trvají stejně dlouho, jako je tomu u klasických testů, avšak negativní výsledky testů jsou k dispozici ihned a předběžné pozitivní výsledky testů v kombinaci s poradenstvím zaměřeným na minimalizaci

rizik mohou mezitím přispět ke snížení míry rizikového chování. Testování by mělo být navázáno na případnou léčbu. Osoby, u nichž byl potvrzen pozitivní výsledek testu na HIV, chronickou VHC a VHB a další infekce vyžadující léčbu, jsou pak v rámci místního systému zdravotní péče odesláni na specializované pracoviště k dalším vyšetřením a následné léčbě.

Využívání tzv. point-of-care testů ve finských nízkoprahových zdravotnických zařízeních

Od roku 1999 se ve Finsku v nízkoprahových zdravotnických zařízeních poskytujících služby injekčním uživatelům drog zavádí program rychlého testování na HIV typu „point-of-care“ (PoC). Tyto rychlé testy na HIV, doporučené na základě evaluace finským národním zdravotním ústavem (THL), nabízel v roce 2011 deset z celkového počtu 34 těchto nízkoprahových zařízení.

THL podporuje realizaci programu PoC testování tím, že nabízí školení v oblasti laboratorních úkonů a poradenství, vyhodnocování kvality a monitoring a poskytuje také konzultace ohledně praktických záležitostí, které se s testováním pojí. Předtím, než je rychlé PoC testování nově zavedeno v dalším nízkoprahovém zdravotnickém zařízení, musí být všichni pracovníci, kteří budou za provádění rychlých testů odpovědní, proškoleni v THL. V souladu s požadavkem na služby externího hodnocení kvality organizuje ústav třikrát do roka hodnocení kvality prováděných vyšetření na protilátky HIV a provádí konfirmační testování pozitivních nálezů. Kromě toho poskytuje THL poradenství pro každodenní praxi a monitoruje testovací programy, shromažďuje data týkající se šíře jejich pokrytí a výsledků za účelem dozorování těchto programů a vyhodnocování jejich dopadu.

Ve všech nízkoprahových zdravotnických zařízeních jsou klientům rychlé testy na HIV nabízeny zdarma a anonymně bez potřeby předchozí domluvy. Testy se provádějí v oddělených prostorách vyčleněných pro tento účel, kde je zajištěno soukromí. Součástí předtestového poradenství je pohovor o rizikovém chování, bezpečných sexuálních praktikách a tzv. diagnostickém okně, kdy přes existenci nákazy ještě není možné detekovat antigeny HIV. Test se provádí z krve odebrané z prstu pomocí lancety a jeho výsledek je k dispozici do 15 minut. Negativní výsledky testu jsou známy okamžitě po provedení testu, pozitivní výsledky se dále ověřují na dalším vzorku krve odebrané z žíly. Ověření se provádí přibližně do týdne. Pozitivním osobám je zprostředkována nemocniční péče.

V období 1999–2010 bylo v nízkoprahových zdravotnických zařízeních otestováno přes 8000 vzorků odebraných osobám užívajícím drogy. U celkem 47 případů byla potvrzena HIV pozitivita. Forma rychlého testování se u zdravotnického personálu i klientů nízkoprahových zdravotnických zařízení setkává s celkově pozitivním přijetím. Většina klientů dává rychlému PoC testování přednost před tradičním testováním.

Tuberkulóza

Další významné téma, jímž je nutné se ve vztahu k populaci injekčních uživatelů drog zabývat, představuje screening na TBC. Kontrola TBC se v rozhodující míře odvíjí od detekce infekčních případů a jejich minimálně šestiměsíční léčby kombinací antibiotik v souladu s mezinárodními doporučeními (140, 141).

U osob, které injekčně užívají drogy, je běžné, že se do lékařské péče dostanou s prodlevou, čímž se zvyšuje riziko dalšího přenosu TBC a závažnost onemocnění (142, 143). V zájmu omezení šíření nákazy a lepšího výsledku léčby a pacientovy prognózy je důležité odhalovat případy intenzifikované formy onemocnění. Na základě provádění screeningu na TBC je možné zjišťovat aktivní i latentní infekci. Odhalení aktivní TBC má z veřejnozdravotního hlediska klíčový význam, neboť se tím eliminuje možnost bezprostředního šíření nákazy. Diagnostikování latentní TBC následované preventivní terapií je však neméně důležité, neboť u injekčních uživatelů drog, zejména pak u HIV séropozitivních jedinců, existuje zvýšené riziko jejího progresu k aktivní formě onemocnění. V ideálním případě by měli všichni injekční uživatelé drog absolvovat screening na onemocnění aktivní TBC nebo na její latentní formu.

Screening na TBC je součástí procesu poskytování komplexní zdravotní péče, v jehož rámci je nutné zajistit pro všechny diagnostikované pacienty přístup k mikrobiologickým službám, léčebným zařízením, lékům a podpoře. Screening/diagnostika TBC obnáší odebrání anamnézy, RTG hrudníku, kožní tuberkulinový test (TST) a, je-li to možné, i krevní testy (test uvolňování interferonu gama, IGRA). Použitá metoda bude vycházet z národních směrnic pro screening na TBC, případně z ekvivalentních mezinárodních směrnic, není-li žádný takový národní předpis k dispozici (131, 16, 144).

Přítomnost projevů a příznaků TBC u injekčních uživatelů drog by vedle toho měla být rozpoznána na základě klinických vyšetření

a klienti by ideálně měli před testováním vyplňovat dotazník na možné symptomy. Na jakýkoli screening na TBC, zejména u injekčních uživatelů drog vykazujících příznaky nebo projevy TBC, by mělo navazovat alespoň mikroskopické vyšetření odebraného sputa, které bude možné bez omezení provést v laboratoři s kapacitními, technickými a odbornými předpoklady pro kultivaci všech potenciálních případů TBC. Při podezření na aktivní formu TBC by měla být konečná diagnóza TBC ověřena na mikrobiální kultuře, včetně testu citlivosti na léky.

Bylo zjištěno, že injekční uživatelé drog mohou představovat jednu ze skupin s nejmenším počtem jedinců, které je nutné podrobit screeningu nebo profylaktické léčbě (number needed to treat, NNT), aby došlo k odvrácení nového případu onemocnění (145).

Další infekce postihující osoby, které injekčně užívají drogy

Je třeba podporovat testování na pohlavně přenosné infekce, jako jsou chlamydie, kapavka a syfilis, jakož i jejich léčbu. Tyto testy by měly být součástí běžného screeningu, zejména u osob vykazujících vysoce rizikové sexuální chování a u osob s velkým počtem sexuálních partnerů, např. v sexuálních službách. Zprostředkovávat odbornou pomoc nebo poskytovat kondomy a lubrikanty je možné ve všech podmínkách, i v situacích, kdy zpravidla nelze zajistit testování a léčbu, např. v rámci terénní práce.

Lidé, kteří si injekčně aplikují drogy, jsou dále vystaveni vysokému riziku vzniku akutních bakteriálních kožních infekcí (včetně těch způsobovaných zlatým stafylokokem rezistentním na meticilin, MRSA), infekcí měkkých tkání, abscesů a kolabujících žil, s potenciálními komplikacemi, které je mohou ohrozit na životě. Příčinami infekce je injekční aplikování samo o sobě (umožnění průniku kožních bakterií do těla), špatná hygiena, nesprávná technika injekční aplikace a kontaminované drogy (viz např. výskyt antraxu ve Skotsku v roce 2010).

Je důležité, aby byly včas odhaleny (diagnostikovány) a léčeny drobná poranění a bakteriální infekce. V případě abscesů nebo jiných kožních lézí je třeba odebrat vzorky hnisu, tkáně nebo jiného materiálu a odeslat je do laboratoře k bakteriologickému vyšetření (15).

Léčba infekčních onemocnění

Doporučená intervence

Klinicky indikovaná antivirová léčba osob nakažených HIV, VHB nebo VHC. Antituberkulózní léčba případů aktivní TBC. U případů latentní TBC je zapotřebí zvážit možnost profylaktické terapie. Léčba ostatních infekčních onemocnění by měla být nabízena podle klinické indikace.

Výchozí stanovisko: Výsledky posledních studií prokazují jednoznačný přínos antivirové léčby HIV, VHB a VHC u injekčních uživatelů drog. Aktuální mezinárodní směrnice neřekají nic o tom, že by se antivirová léčba měla omezovat jen na jedince, kteří drogy neberou, pakliže není jinak klinicky kontraindikována. Pozitivní efekt léčby TBC na úrovni jednotlivce i populace se opírá o přesvědčivé výsledky výzkumem ověřené argumenty.

Aplikační praxe: Testování by mělo být úzce navázáno na léčbu. V zájmu zajištění kontinuity péče u případů s pozitivními výsledky testů a lékařského dohledu nad vývojem onemocnění v době, kdy ještě nebyla indikována léčba, by měl existovat jasně definovaný systém předávání pacientů mezi jednotlivými odbornými pracovišti. V úvahu je třeba brát vysokou prevalenci koinfekcí mezi injekčními uživateli drog. Zprostředkování kontaktu na příslušné komunitní zařízení a zajištění kontinuity péče z hlediska léčby onemocnění má obzvlášť velký význam v rámci plánování propuštění odsouzeného z výkonu trestu. Zejména u koinfikovaných jedinců je nutné věnovat zvýšenou pozornost lékovým interakcím.

Krví přenosné infekce

Nezbytnou součástí péče o injekční uživatele drog s pozitivním testem na HIV je poskytování antiretrovirové léčby (ART). U osob, jimž vyšel pozitivně test na nákazu hepatitidou B nebo hepatitidou C, je antivirová léčba často klinicky indikována a měla by být poskytována v souladu s národními směrnicemi (1, 53, 146–148). U všech osob s HIV nebo chronickou hepatitidou B nebo C je nutné provádět pravidelné lékařské kontroly, i pokud nepodstupují antivirovou léčbu.

Výzkum prokázal, že aktivní injekční uživatelé drog mohou úspěšně prodělat léčbu HIV s dobrým výsledkem. O neméně přesvědčivé argumenty je možné opřít tvrzení, že populace uživatelů drog nevykazuje o nic větší rezistenci vůči medikaci než ostatní HIV pozitivní jedinci, kteří podstupují antiretrovirovou léčbu (149). Je rovněž vědecky dokázáno, že lidé užívající injekčně drogy mohou při léčbě hepatitidy C dosáhnout srovnatelné výsledky jako příslušníci celkové populace, pokud je jejich léčba doplněna o odpovídající podporu (150). K dispozici jsou fakta, z nichž jednoznačně vyplývá, že léčbu hepatitidy C je možné realizovat v rámci programů opioidové substituční léčby a že klienti i personál tento model poskytování služeb „pod jednou střechou“ podporují (151–153).

Různé studie opakovaně potvrdily, že u HIV pozitivních osob nebo osob koinfikovaných HIV a VHC, které absolvují opioidovou substituční léčbu, je pravděpodobnější, že budou dodržovat indikovaný léčebný režim, ale nejsou k dispozici žádná relevantní data o dopadu této skutečnosti na virovou zátěž. (Podrobnější informace o dopadu opioidové substituční léčby na adherenci k antiretrovirové léčbě je možné najít v příslušných doporučených medicínských postupech WHO pro evropský region (1).

Na základě modelových studií bylo také zjištěno, že anti(retro)viróvá léčba HIV a hepatitidy typu C může mít vliv na prevenci šíření

infekčních onemocnění: při adherenci k léčbě se může snižovat virová zátěž, čímž zároveň klesá riziko dalšího šíření nákazy, nehledě na to, že se současně předchází komplikacím, které z infekce mohou pro jednotlivé HIV a VHC pozitivní injekční uživatele drog plynout (154).

Je možné uvažovat o postexpozici profylaxi infekce HIV a hepatitidy typu B v souladu s mezinárodními a národními doporučeními.

Tuberkulóza

Všem pacientům, u nichž byla diagnostikována aktivní TBC, by měla být poskytnuta adekvátní léčba. Léčba by se měla řídit příslušnými národními směrnicemi, případně ekvivalentními mezinárodními směrnicemi, není-li žádný takový národní předpis k dispozici (140, 141). Tyto směrnice také obsahují konkrétní pokyny vztahující se na mimořádné klinické situace, jaké představují například komorbiditidy s nálezem virem HIV. Léčebnou odezvu je nutné monitorovat z klinického i bakteriologického hlediska. Bude-li u pacienta zjištěna aktivní forma TBC, je třeba zpětně zjistit předchozí kontakty této osoby s cílem zjistit a podchytit osoby, které jsou zdrojem nákazy (*index case*).

V případě jedinců s prokázanou nákazou virem HIV, kteří žijí v prostředí, kde jim zjevně hrozí riziko opakované expozice TBC, a u nichž přitom byla vyloučena aktivní TBC, je třeba na základě individuálního posouzení rizik uvažovat o možnosti profylaktické terapie. Pokud je současně k dispozici antiretrovirová léčba, dosažení a udržení adekvátního počtu CD4 lymfocytů snižuje u těchto osob riziko rozvoje TBC po expozici naze. Tuto skutečnost je nutné zohlednit při provádění individuálního posouzení rizik.

Využívání profylaktické léčby u jedinců nakažených virem HIV by se mělo řídit předběžnou koncepcí koordinace činnosti v oblasti řešení problematiky TBC a HIV vydanou Světovou zdravotnickou organizací (155) a směrnicemi pro koordinované poskytování služeb pro in-

jekční uživatele drog v souvislosti s problematikou TBC a HIV (156).

Podle mezinárodních standardů péče v oblasti TBC by strategie zaměřené na zajištění pacientovy adherence měly zahrnovat opatření směřující k vyhodnocování i podpoře lepšího dodržování režimu léčby a současně by se nějakým způsobem mělo reagovat na nízkou míru adherence k léčbě. Z tohoto důvodu se jako způsob multidisciplinárního přístupu doporučují tzv. plně kontrolované léčebné režimy (*directly observed treatment, DOT*), jejichž prostřednictvím je možné poskytovat pacientům podporu a zvyšovat tak jejich adherenci k léčbě. Pozitivní roli z hlediska dodržování léčebného režimu mohou v návaznosti na DOT sehrávat různé pobídkové programy (157).

Další infekce postihující osoby, které injekčně užívají drogy

Neprolně je třeba začít léčit v souladu s národními směrnicemi případně zjištěné pohlavně přenosné choroby. Dlouhodobé injekční užívání vede často ke vzniku chronických nehojících se ran. Ošetřování ran může probíhat velmi efektivním způsobem v případě dobře fungujícího vztahu mezi klientem a personálem založeném na důvěře a dobré adherenci k léčbě. Péče o rány by měla být poskytována v rámci programů výměny jehel a stříkaček a pokud možno také jako součást léčby závislosti.

Podpora zdraví

Doporučená intervence

Podpora zdraví zaměřená na bezpečnější injekční chování, pohlavní zdraví, včetně používání kondomu, a prevenci a léčbu nemocí, včetně testování na jejich výskyt.

Výchozí stanovisko: Podpora zdraví jako intervence vychází z názorů odborníků, podle nichž je nepostradatelným doplňkem realizace všech zbývajících šesti intervencí. Je pomůckou při implementaci a sociálním marketingu

těchto dalších přímých intervencí. Její obsah by měl odpovídat potřebám uživatelů.

Podpora zdraví je „proces umožňující jednotlivcům i společnosti jako celku posílit své možnosti ovlivnit determinanty zdraví, a tím přispívat ke zlepšování zdraví“ (WHO, 1986). Podpora zdraví nespočívá jen v poskytování informací a podpory, ale zahrnuje také poradenství v oblasti minimalizace rizik. Podpora zdraví není sama o sobě účinná při snižování rizika HIV u injekčních uživatelů drog, ale funguje v kombinaci s dalšími preventivními

opatřeními, jako jsou distribuce jehel a stříkaček a léčba závislosti (53, 158). Edukace v oblasti podpory zdraví by měla zohledňovat genderová a kulturní specifika, být poskytována v různých jazycích a za využití přizpůsobených výrazových prostředků, s nimiž budou uživatelé obeznámeni a jimž budou dobře rozumět.

Vedle tištěných materiálů by měly existovat také vizuální a interaktivní edukační nástroje. Osoby zodpovědné za realizaci aktivit v oblasti podpory zdraví by měly být speciálně vyškoleny v tom, jak poskytovat zdravotní

Podpora zdraví z hlediska bezpečnějšího injekčního chování

- Ke každé injekční aplikaci používejte novou sterilní jehlu a stříkačku a čisté pomůcky: „jedna jehla – jedna stříkačka – jednou“. Nikdy nesdílejte nebo si nepůjčujte jehly, stříkačky nebo jiné náčiní.
- Dávejte si pozor a buďte připraveni na situace, v nichž je většinou obtížné se před infekcí chránit. Například v případě sociálního tlaku na sdílení náčiní nebo v situaci, kdy příprava dávky k injekční aplikaci probíhá poněkud chaoticky. Stanovte si postupy, jimiž můžete snížit pravděpodobnost nechtěného sdílení injekčního náčiní (např. pomocí barevného kódování či označení stříkaček).
- Osoby ve vašem okolí, které neužívají injekčně, se snažte přesvědčit, aby s injekčním aplikováním drog nezačínaly. Ty osoby ve vašem okolí, které již užívají, se snažte přimět k bezpečným injekčním praktikám.
- Před a po injekční aplikaci si umyjte ruce. Před aplikací vyčistěte zamýšlené místo vpichu lihem nebo jiným dezinfekčním prostředkem. Použijte filtr. Pro injekční aplikaci si nevybírejte části těla, které jsou z tohoto hlediska nebezpečné, např. krk nebo třísla. Nepíchejte si drogu pod kůži nebo přímo do svalů. Po aplikaci všechny materiál, včetně povrchu stolu, ošetřete dezinfekčním prostředkem.
- Místo injikování volte neinjekční způsoby aplikace, např. kouření nebo perorální užití drogy. K tomuto účelu se dá použít alobal nebo želatinové kapsle.
- Snažte se předcházet předávkování tím, že budete užívat menší množství drogy (zejména po období abstinence nebo méně intenzivního užívání), nebudete užívat drogy o samotě a budete umět rozpoznat projevy předávkování u osob, v jejichž společnosti drogy užíváte, a jakmile takové projevy zjistíte, neprodleně přivoláte pomoc. Buďte opatrní, užíváte-li drogy z nového nebo neznámého zdroje, a nemíchejte drogy, jako jsou např. alkohol, benzodiazepiny a opioidy. Využívejte střediska hygienické aplikace drog (aplikační místnosti), jsou-li takové služby k dispozici.

osvětu. Je důležité mít na paměti, že intervence v oblasti podpory zdraví je třeba často konkrétně přizpůsobit specifické situaci daného člověka, např. s ohledem na jeho duševní zdraví. Tato skutečnost může mít vliv na celkovou úspěšnost snah o podporu zdraví. Informování injekčních uživatelů drog o možnostech podpory zdraví má zvýšit jejich povědomí o infekčních onemocněních, přenosu nákazy a předcházení infekcím. Cílem je současně snižování rizika nakažení se nebo nakažení jiných osob infekční chorobou při injekčním užívání drog prostřednictvím propagování bezpečnějšího injekčního chování, přechodu k neinjekčním způsobům aplikace či úplného skoncování s užíváním drog. Edukace v oblasti podpory zdraví by měla být „ušíta na míru“ potřebám uživatele a poskytována při každé možné příležitosti: ať už na rohu ulice při výkonu terénních služeb, v zařízení určeném k léčbě uživatelů drog nebo v rámci programu výměny jehel a stříkaček. Každý kontakt s člověkem, který aktuálně užívá injekčně drogy, je pro poskytovatele služeb příležitostí k vyhodnocení jeho potřeb z hlediska podpory zdraví a k poskytnutí odpovídajícího poradenství a osvěty zaměřené na podporu zdraví. Klienti sami jsou často nejlépe schopni posoudit své potřeby z hlediska informací o možnostech podpory zdraví a pokud si poskytovatel služby získá jejich důvěru, někteří klienti se budou snažit si takové informace u nich opatřit na základě potřeb, které si sami uvědomují.

Bezpečnější injekční chování

Hlavní body podpory zdraví ve vztahu k propagaci bezpečnějšího injekčního chování jsou uvedeny v rámečku výše. Tyto zásady je třeba přizpůsobit místnímu kontextu a potřebám konkrétních uživatelů a jejich životnímu stylu.

Ústředním tématem tohoto metodického pokynu je sice prevence infekcí u injekčních uživatelů drog, ale hlavní příčinou úmrtí v populaci uživatelů opioidů je na mnoha místech stále předávkování drogou (159). Osvěta v oblasti prevence předávkování je tak klíčovou činností, kterou by osoby, které pracují nebo

přicházejí do kontaktu s injekčními uživateli drog, měly vyvíjet. V tomto ohledu je obzvláště důležité navázat kontakt s lidmi, kteří aktuálně absolvují oficiální odvykací léčbu, respektive podstupují detoxifikaci od drog, a s injekčními uživateli drog, kteří mají být propuštěni z vězení, a poučit je, že z důvodu snížené tolerance vůči droze jim hrozí vysoké riziko předávkování v případě, že začnou znovu užívat nebo budou užívat intenzivnějším způsobem. Mezi hlavní body edukace v oblasti prevence předávkování určené osobám, které injekčně užívají drogy, může také patřit snaha přesvědčit příslušníky této cílové skupiny, aby užívali menší množství drogy nebo neužívali o samotě (31). Je také možné zajistit různé kurzy či školení, kde bude uživatelům drog vysvětleno, jak rozpoznají známky předávkování u jiných injekčních uživatelů, v jejichž přítomnosti se nacházejí, a jak postupovat v případě nouze, např. uvést postiženého do stabilizované polohy a zavolat službu rychlé zdravotnické pomoci. Pozitivní výsledky vykazuje praxe spočívající v distribuci naloxonu samotnými uživateli mezi sebou, která se uplatňuje v některých zemích (160). Další možností snižování pravděpodobnosti újmy spojené s předávkováním drogami je podporování injekčních uživatelů drog ve využívání supervidovaných aplikačních místností, jsou-li takové služby k dispozici. Vzhledem k přímému dohledu ze strany personálu těchto zařízení je v případě předávkování zajištěna okamžitá pomoc. V rámci jedné z nedávných studií se podařilo doložit souvislost mezi existencí takových zařízení a poklesem míry smrtelných předávkování na populační úrovni (161). Ještě je třeba dodat, že drtivá většina osob začíná s injekčním užíváním drog ve společnosti dalších uživatelů, kteří již s injekčním užíváním mají nějaké zkušenosti. Právě tyto vrstevníci (peers) bývají nejefektivnějším zdrojem zásadních sdělení z hlediska podpory zdraví, např. jak s injekčním užíváním vůbec nezačínat nebo jak dodržovat zásady bezpečné injekční aplikace.

Pohlavně přenosné infekce a používání kondomu

Podle údajů, které jsou k dispozici ze zemí EU/EHP, se míra používání kondomu u osob, které si injekčně aplikují drogy, pohybuje od necelých 5 % až k téměř 60 %, což je rozhodně méně, než by bylo zapotřebí k prevenci šíření pohlavně přenosných nemocí, včetně virových hepatitid a HIV (137). Je proto mimořádně důležité, aby se činnosti v oblasti podpory zdraví soustředily také na pohlavní přenos infekcí mezi injekčními uživateli drog. Měly by být poskytovány kondomy a lubrikanty společně s informacemi o nutnosti jejich důsledného používání. Podávány by měly být také informace o orientačním testování na pohlavně přenosné infekce a jejich léčbě, neboť je prokázáno, že injekční uživatelé drog a jejich sexuální partneři se od sebe mohou vzájemně nakazit pohlavně přenosnou infekcí, včetně HIV a hepatitidy B (162, 163). Užívání drog se také může pojit s výměnou sexu za peníze nebo narkotika. Tato praxe může u uživatelů představovat mnohem vyšší riziko získání nebo předání pohlavně přenosné nákazy, pokud nedochází k důslednému a správnému používání kondomů.

Prevence onemocnění, testování a léčba

Podpora zdraví by měla mimo jiné spočívat v poskytování srozumitelných informací o cestách přenosu nemocí, které se u injekčních uživatelů drog běžně vyskytují. Poskytovány by měly být rovněž informace o infekcích, jako např. HIV, VHC a VHB, aby lidé pochopili, že mohou virus přenášet, i když nevykazují žádné příznaky. V případě TBC panují často nejistoty ohledně nákazy a vlastního onemocnění a infekčnosti jednotlivých stadií (142, 143, 164). Z výsledků studií vyplývá, že může docházet k nesprávnému směřování informací o prevenci HIV a prevenci TBC (jehož výsledkem je např. mylná představa, že TBC je možné předcházet používáním kondomu nebo oplachováním jehel v chlorových dezinfekčních prostředcích), čímž lze v některých prostředích vysvětlit větší prodlevu ve vyhledání lékařské péče (142).

Zásadní význam má snadná dostupnost co nejobsažnějších informačních materiálů i aktivní dialog o TBC a krvi přenosných virech. Neméně důležité jsou snahy o vyvrácení některých falešných představ o těchto nemocích a o současné rozptýlení stigma, které je provází. Klíčové prvky edukace v oblasti podpory zdraví by měly rovněž spočívat v důrazu na lepší adhezenci k léčbě v zájmu vyléčení pacienta (u TBC, VHB i VHC v případě úspěšné léčby), čímž se snižuje riziko rozvoje rezistence vůči medikaci a přenosu nákazy na další jedince. V neposlední řadě je pro mnoho lidí, kteří užívají injekčně drogy, důležitým aspektem sociální podpora a sociální péče. Prokázána byla například souvislost mezi chráněným bydlením a nižším rizikem infekce u HIV pozitivních osob (165). U mnohých injekčních uživatelů drog mají pravděpodobně značný vliv na kvalitu života a riziko infekce mnohé systémové faktory týkající se bydlení a materiálního zázemí. Pozitivní vliv na vývoj zdravotního stavu injekčních uživatelů drog bude mít pravděpodobně také zajištění podpůrných služeb orientovaných na řešení širších potřeb těchto osob, např. bydlení, strava a nízkoprahové pracovní příležitosti.

Adresné poskytování služeb

Doporučená intervence

Jednotlivé služby by měly být kombinovány, organizovány a poskytovány v souladu s potřebami uživatelů a místními podmínkami. Patří sem zajišťování služeb prostřednictvím terénních programů i stacionárních zařízení nabízejících léčbu drogové závislosti, programy snižování rizik, poradenství, testování a zprostředkovávání všeobecné primární zdravotní péče i služeb lékařů–specialistů.

Výchozí stanovisko: Adresné poskytování služeb podle potřeb klientů a místních podmínek se opírá o výzkumem ověřená fakta a názory odborníků.

Formy poskytování služeb: aspekt atraktivity služeb pro klienty

V souladu s definovanými hlavními zásadami poskytování služeb je nezbytně nutné věnovat odpovídající pozornost tomu, aby byly služby pro injekční uživatele drog organizovány a realizovány způsobem, který bude pro klienty co nejvíce přijatelný. Zlepší se tím současně přístup

k těmto službám a míra jejich využívání. Efektivita programů poskytování služeb závisí na jejich schopnosti klienty přivést do kontaktu, motivovat a udržet. Při plánování služeb by proto mělo být cílem vytvořit pro injekční uživatele drog co nejnižší práh, aby měli do příslušných zařízení zajištěn snadný přístup a mohli využívat poskytované služby.

Přístup nezletilých k programům výměny jehel a stříkaček v Maďarsku

V roce 2010 byly v Maďarsku vypracovány tamní první jednotné národní směrnice pro realizaci výměnných programů*. Současně s tím vyvstala potřeba celonárodního konsenzu o dostupnosti této služby pro nezletilé (hranice zletilosti v Maďarsku je ze zákona 18 let). Vzhledem k zásadám, na kterých byl projekt postaven, tzn. anonymitě, diskretnosti a snadnému a neomezenému přístupu k příslušným službám, jež jsou považovány za jedny z hlavních výhod nízkoprahových služeb pro uživatele drog, nebylo možné nijak limitovat přístup ke službám poskytovaným v rámci výměnných programů. Místní předpisy však současně ukládaly hlásit „ohrožené“ děti orgánům ochrany dítěte.

Rozporuplnost právního rámce se stala východiskem pro celonárodní diskuzi, jejíž součástí bylo i celostátní jednání, na němž se sešli odborníci z oblasti péče o dítě, zástupci všech maďarských výměnných programů a dalších zainteresovaných subjektů. Po představení mezinárodní i tuzemské praxe a diskuzích o potřebě zajištění širší nabídky služeb pro nezletilé, jako je např. hloubkové poradenství nebo individuální případová práce (*case management*), byla půda pro dosažení konsenzu připravena. Bylo dohodnuto, že kromě vydání obecných směrnic regulujících tyto aktivity na celostátní úrovni by měl i každý výměnný program znovu zvážit obsah svých vlastních interních předpisů a služby působící v oblasti ochrany dítěte by měly současně navázat partnerství s příslušnými službami pro uživatele drog, aby mohly nezletilým zprostředkovávat odpovídající poradenství a léčbu. Ve věci rozporu mezi legislativou upravující ochranu dítěte a nízkoprahovými službami byl o vyjádření požádán ombudsman. Jeho stanovisko bylo zohledněno ve znění směrnic.

V poslední verzi národních směrnic pro výměnné programy vydané v červenci 2011 Národním ústavem pro rodinu a sociální politiku se uvádí, že nezletilí by neměli být z programů výměny jehel a stříkaček vylučováni, neboť v těchto programech je kladen mimořádný důraz na zachování anonymity. Ve směrnicích je však současně uvedeno, že nezletilí by měli být nabádáni k tomu, aby o věci informovali rodiče. Podle situace je doporučeno, aby byly v dané souvislosti kontaktovány místní služby v oblasti péče o dítě jako jeden z hlavních místních partnerů výměnných programů. S ohledem na individuální posouzení každého případu se u nezletilých klientů výměnných programů považuje spolupráce a výměna informací mezi oběma organizacemi za výhodnou.

* Vypracování směrnic bylo součástí realizace prioritního projektu „Modernizace sociálních služeb, posilování kapacit pro strategické plánování na centrální i místní úrovni a podpora rozhodování v oblasti sociální politiky“ financovaného EU v rámci Operačního programu Sociální obnova.

Služby musí být poskytovány v místech, která jsou potenciální uživateli služby schopni identifikovat, kam mají umožněn přístup a kam se nebudou zdráhat vstoupit. Služby by měly být navíc poskytovány v diskrétním prostředí a způsobem, který bude zaručovat ochranu soukromí klienta. Klient by také neměl mít důvod obávat se nějakých odsuzujících postojů ze strany personálu a šikanování či zadržování policií. V některých případech může nabídka nejzákladnějších sociálních potřeb, např. jídla, sprchy či ošacení, přivést do kontaktu s programem i ty nejvíce sociálně vyloučené a ohrožené jedince z řad injekčních uživatelů drog.

S ohledem na místní kontext je nutné pečlivě naplánovat dostupnost služeb. Snadná fyzická i časová dostupnost služeb hraje podstatnou roli zejména při poskytování jehel, stříkaček a injekčního náčiní. Bez stálého přísunu čistého injekčního náčiní není možné omezit šíření HIV a hepatitidy B a C.

Služby pro injekční uživatele drog se liší v závislosti na státu, regionu, dostupných prostředcích a specifikách dílčích populací. Je to dáno hlavně tím, že charakteristiky lidí, kteří injekčně užívají drogy, vykazují odlišnosti napříč jednotlivými zeměmi i v rámci jednoho státu. Tyto rozdíly jsou určovány typem užívaných drog, věkem, pohlavím, etnickou příslušností a příjmovou skupinou. Je tudíž velmi důležité, aby se příslušníci cílové populace aktivně podíleli na koncipování a volbě způsobu realizace programů a bylo tak nalezeno řešení, které bude optimálně zohledňovat místní potřeby a kontext. Pokud jsou programy uzpůsobeny tak, aby reagovaly na potřeby klientů a naplňovaly cíle poskytovaných služeb, o to větší je pak šance na širší poptávku po těchto službách.

Typy realizace služeb

Realizace služeb může mít množství různých forem, kdy každá služba může fungovat v kombinaci s dalšími službami nebo samostatně. Mnohé země dospěly k poznatku, že sloučení služeb „pod jednu střechu“ při současném za-

chování nízkoprahového modelu je nákladově efektivnější a účinnější způsob poskytování služeb a že také klienti takové slučování služeb vítají (120, 166, 167). Příkladem vysoce integrované stacionární služby by bylo zařízení poskytující jehly, stříkačky a injekční náčiní, testování a eventuálně také lékařskou péči (např. léčbu HIV, hepatitidy B a C apod.), všeobecnou zdravotní osvětu v oblasti hygieny a prevence předávkování, zprostředkování léčby závislosti a všeobecnou zdravotní a sociální péči (viz rámeček s příklady integrování služeb na straně 62).

Pokud kvůli systému organizace zdravotnictví, financování nebo preferencím klientů není možné služby sloučit, z hlediska řešení klientových potřeb má velký význam, i pokud jsou poskytovány samostatně. Mnohé programy začínají realizováním jednoho typu služby a postupem času pak přidávají služby další. Poskytované služby by měly mít takovou formu, která bude maximalizovat její efektivitu s ohledem na místní potřeby. Tyto formy realizace služeb bývají v závislosti na prostředí označovány různými názvy, nicméně na základě svých základních charakteristik se dají rozdělit do následujících kategorií:

Stacionární zařízení: Služby mohou být a často jsou realizovány prostřednictvím zařízení nacházejících se na jednom konkrétním místě, která se speciálně zaměřují na uživatele drog a jejichž cílem je udržet si nízkoprahový charakter (tzn. minimum omezení směrem k využití služeb a uplatňování klientova hlediska ve vztahu k jejich poskytování), aby uživatelům co nejvíce usnadnila přístup k poskytovaným službám. Stacionární služby mohou mít podobu zařízení nabízejících výměnu jehel a stříkaček nebo opioidovou substituci či jiných zařízení pro uživatele drog, která navíc mohou nabízet služby také pro injekční uživatele drog, např. testování na HIV, hepatitidy nebo TBC, podporu zdraví či zprostředkování léčby. Stacionární zařízení může sloužit jako kontaktní centrum nebo místo, kam se injekční uživatelé drog mohou v případě potřeby uchý-

lit. Zařízení, které poskytuje zdravotní a preventivní služby, může být také místem, kde si uživatelé mohou v klidné a vstřícné atmosféře odpočinout, najít se, přečíst si noviny, použít internet a pohovořit s personálem a dalšími uživateli. Stacionární centra péče jsou důležitým místem pro vrstevnickou (peer) edukaci a často slouží jako základna pro terénní činnost realizovanou odbornými pracovníky i peer (spolu)pracovníky. Zařízení realizující programy výměny jehel a stříkaček často slouží jako místo, kde mají být klienti „vtaženi“ do systému péče. Mnozí klienti zpočátku navštěvují tato zařízení, aby zde navázali sociální kontakt a opatřili si stříkačky a pomůcky k přípravě drog, které jsou jim zde poskytovány, ale postupně se dostávají do styku s mnoha jinými službami a je na ně působeno i formou zdravotní edukace.

Ve více než padesáti evropských městech¹⁰ jsou součástí specializovaných stacionárních zařízení také prostory, kde je možné si aplikovat drogy pod přímým dohledem zdravotnického personálu. Tyto supervidované aplikační místnosti jsou profesionálně provozovaná zdravotnická zařízení, jejichž cílem je vytvářet podmínky pro hygienickou a bezpečnou aplikaci v zájmu snižování nemocnosti a úmrtnosti související s injekčním užíváním drog (5). Tato zařízení poskytují příležitost pro zdravotní edukaci a prevenci onemocnění a v neposlední řadě pro okamžitý zásah odborníků v případě předávkování. Hlavním cílem je zde navázat a udržet kontakt s osobami, které nejsou schopny nebo ochotny přestat s injekčním užíváním drog, snížit zdravotní rizika a poskytnout přístup k dalším službám, zejména zdravotní péči a léčbě závislosti. Z provedených výzkumů vyplývá, že supervidované aplikační místnosti jsou prostředkem k navázání kontaktu se specifickými, těžko dosažitelnými cílovými skupinami a že uživatelé této služby vykazují podstatně nižší míru rizikového chování a současně lepší zdravotní stav.

Stacionární zařízení by se bez ohledu na typ poskytovaných služeb měla nacházet v oblastech, kde žijí a tráví čas početné skupiny lidí, kteří užívají drogy, případně tam, kde si může velký počet potenciálních klientů snadno zajistit přístup do takového zařízení. Střediska péče jsou běžně provozována odbornými pracovníky, kteří by měli být dobře proškoleni k poskytování služeb a edukace neodsuzujícím způsobem a s důrazem na hledisko klienta. Výhoda stacionárních pracovišť spočívá v tom, že na jednom místě lze realizovat více různých služeb a že služby takto realizované je možné konkrétně přizpůsobit potřebám místní populace. Klienti si například mohou vybrat typy jehel, stříkaček a injekčního náčiní, které jim vyhovují, čímž se minimalizuje množství odpadu pocházejícího z předem připravených souprav, jež často obsahují věci, které klienti nechťejí nebo nepotřebují. Mezi nevýhody stacionárních zařízení patří jejich potenciálně nákladný provoz, což může vést k omezení jejich provozní doby a v konečném důsledku k omezení dostupnosti služby. Stacionární pracoviště mohou být rovněž těžko dostupná pro uživatele, kteří přímo nepobývají v oblasti, kde se zařízení nachází. Pozornost je proto nutné věnovat zmapování poptávky po příslušných službách a nasměrovat tuto poptávku na pracoviště, jež jsou snadno dostupná a nabízejí výhodnou provozní dobu pro co možná největší počet injekčních uživatelů drog. V případě injekčních uživatelů drog, kteří žijí ve špatně dostupných lokalitách, bude zřejmě nutné uplatnit poskytování mobilních terénních služeb (viz níže).

Stacionární střediska péče často narážejí na negativní reakce ze strany okolí, neboť je na ně pohlíženo jako na místa, která přitahují problematické skupiny lidí. K rozptýlení těchto obav je zapotřebí intenzivní komunikace uvnitř dané komunity. Klienti také mohou na „kamenné“ programy pohlížet jako na něco, co je spojováno s poskytovateli služeb, kteří se mezi klienty netěší velké oblibě, například státem zřízené programy, což může mít v některých prostředích negativní dopad na míru

¹⁰ Jedná se o města v Německu, Lucembursku, Nizozemsku, Norsku, Španělsku a Švýcarsku.

využívání těchto služeb. Zařízení poskytující ambulantní léčbu závislosti na drogách běžně nabízejí další zdravotní a sociální služby relevantní pro cílovou skupinu injekčních uživatelů drog, včetně opatření k prevenci infekčních onemocnění, mezi něž patří poradenství a testování, očkování a zprostředkování další odborné péče.

Lékárny: Ve většině zemí EU/EHP zákon umožňuje prodej stříkaček. V některých zemích jsou hlavním zdrojem jehel a stříkaček lékárny. Lékárny mohou působit jako místa prodeje či distribuce jehel, stříkaček a injekčního náčiní, přičemž jako součást systému péče mohou také zajišťovat sběr použitých jehel a stříkaček. Lékárny by rovněž mohly zajišťovat pro injekční uživatele drog služby týkající se testování a očkování. K dispozici je příklad ze Skotska, kde jsou jednotliví klienti evidováni pomocí elektronického systému založeného na používání anonymních karet. Na základě karty mohou klienti v lékárně bezplatně obdržet sterilní jehly a stříkačky. Prostřednictvím systému je rovněž možné vysledovat osoby, jimž by měl být zprostředkován kontakt na služby poskytující testování a očkování, a pro účely plánování zdravotních služeb získat informace o počtech jehel a stříkaček vydaných na jednoho klienta. Běžné městské lékárny se navíc mohou aktivně podílet na realizaci opiatové substituční léčby tím, že budou registrovaným pacientům vydávat medikaci, udržovat s nimi pravidelný kontakt, připomínat klientům termíny dohodnutých návštěv u lékaře či dohlížet na výdej a užívání dalších léků. Na základě tohoto systému je možné zařizovat případná očkování a průběžně kontrolovat situaci z hlediska absolvovaných očkovaní. Hlavním přínosem služeb poskytovaných lékárnami je jejich vyšší dostupnost většímu počtu injekčních uživatelů drog jak v metropolích, tak v menších městech, což je dáno existující infrastrukturou, která současně znamená úsporu nákladů. Většina lékáren se však soustředí na klientelu z řad široké veřejnosti a mnohé jsou provozovány soukromými subjekty. Poskytování služeb pro injekční uživatele drog, kteří mohou

být vnímáni jako nežádoucí nebo neplaticí zákazníci, je tak pro ně někdy méně schůdné a přijatelné. V lékárnách, kde nejsou k dispozici oddělené prostory pro osobní jednání nebo kde se potýkají s nedostatkem personálu, může být také problém zajistit diskrétnost vůči klientovi a možnost obsáhlejší zdravotní osvěty. Jehly a stříkačky poskytované lékárnami jsou také často vydávány v hotových balíčcích, které výrazně omezují možnost volby materiálu podle osobních preferencí. Zapojení lékáren do zajišťování služeb pro injekční uživatele drog je sice velmi efektivním způsobem poskytování služeb, ale lékárny samy nejsou schopny pokrýt všechny potřeby uživatelů.

Terénní služby: Efektivním způsobem poskytování služeb, např. distribuce jehel a stříkaček a dalšího injekčního náčiní, jsou v mnoha případech terénní služby, neboť mnohé dílčí skupiny injekčních uživatelů drog je obtížné podchytit prostřednictvím všeobecné zdravotní péče. Součástí terénních služeb může být rovněž distribuce kondomů, opiatová substituční léčba a edukace v oblasti podpory zdraví (158). Výrazem „terénní“ se obecně označují různé způsoby poskytování služeb. Mohou sem patřit mobilní jednotky a vozy, terénní práce prováděná místními zdravotníky i běžné přidružené služby zajišťované jinými pracovišti. Prostřednictvím terénních služeb se často daří proniknout k lidem, kteří nejsou v kontaktu s jinými zdravotnickými službami. Sahrávají tak důležitou roli při identifikaci potřeb těchto lidí z hlediska případného zprostředkování služeb poskytovaných nějakým stacionárním zařízením nebo zařízením všeobecné zdravotní péče, např. co se týká testování na HIV, hepatitidy nebo TBC a jejich případné léčby nebo léčby závislosti. (Podrobnější informace o terénní práci viz [158,168].) Činnost terénních pracovníků může také zahrnovat návštěvy klientů v místě jejich bydliště nebo jejich doprovázení do jiných zařízení. Jedním z pozitiv terénních služeb je jejich mobilita, díky níž jsou často velmi snadno dostupné různým skupinám injekčních uživatelů drog, protože se mohou jednoduše přesouvat do nových

míst s vysokou koncentrací této populace uživatelů. Mobilní jednotky mohou také poskytovat služby, včetně výdeje přípravků užívaných při substituční terapii na opiátech, v místech, kde se injekční uživatelé drog vyskytují v menším množství nebo kde provoz stacionárních pracovišť naráží na odpor místních občanů či policejních orgánů. Rozsah možného využití mobilních terénních služeb je občas limitován nedostatkem finančních prostředků vedoucím k omezení jejich provozní doby. V rámci jedné přehledové studie bylo zjištěno, že podle mínění injekčních uživatelů nenabízejí terénní programy kompletní spektrum služeb (169).

Jedním z typů terénních služeb je tzv. **vrstevnická podpora (peer work)**, spočívající v tom, že stávající nebo bývalí injekční uživatelé drog se snaží působit na ostatní osoby, které užívají injekčně drogy, aby využívaly služeb zařízení, která jsou pro ně určena (peer work nemusí mít nutně formu terénní práce, ale může se také uplatňovat např. v kontaktních centrech). V případě nezájmu uživatelů o „oficiální“ služby se v rámci vrstevnické podpory alespoň distribuují jehly, stříkačky a další materiál (tato praxe se někdy označuje jako „sekundární výměnné programy“). Prostřednictvím vrstevnické podpory je možné mnohem lépe zprostředkovat služby i těm nejohroženějším populacím, včetně nových nebo mladých injekčních uživatelů drog. Terénní pracovníci z řad současných nebo bývalých injekčních uživatelů (peers) provádějí distribuci materiálu, zprostředkovávají léčbu závislosti (nebo jiné formy léčby či možnosti testování) a edukaci týkající se podpory zdraví v jazyce místní drogové scény. Informace předávané „peery“ tak mohou mít větší dopad (a vést k vyššímu objemu využívání intervencí), než je tomu v případě zdravotnických pracovníků, což je velká výhoda, zejména když uvážíme, že osoby, které získávají jehly a stříkačky prostřednictvím sekundárních výměnných programů, vykazují často extrémně rizikové chování. V případě využívání vrstevnické podpory k poskytování služeb má mimořádný význam adekvátní proškolení, dohled a podpora, jakož i zvážení

všech etických souvislostí vyplývajících ze skutečnosti, že k poskytování terénních služeb pro injekční uživatele drog jsou angažováni bývalí nebo stávající injekční uživatelé. Další podklady k této problematice viz (158) a (168,170).

Prodejní automaty: Jako doplňkový způsob distribuce jehel, stříkaček a dalšího náčiní, zpravidla v hotových sadách, se v některých prostředích používají prodejní automaty. Jsou na mince a kromě vlastního výdeje materiálu poskytují také tištěné materiály s kontaktními údaji na jednotlivé služby pro uživatele drog, s informacemi o zásadách bezpečné injekční aplikace a dalších možnostech podpory zdraví. Tato forma poskytování služby je potenciálním zájemcům k dispozici bez časového omezení a zajišťuje maximální anonymitu, což je atraktivní zejména pro nové a mladé injekční uživatele drog. K využití tohoto typu služby jsou však nutné peníze nebo žetony, na něž automat funguje, a je také nutné zařídit pravidelné doplňování a údržbu automatů. Výjimkou nejsou obavy místních lidí z umístění těchto prodejních automatů v okolí jejich bydliště a také strach z jejich dostupnosti pro nezletilé. Mělo by být rovněž jasně řečeno, že prodejní automaty na stříkačky nezajišťují přímý kontakt s poskytovatelem služeb a nezprostředkovávají tak možnost testování nebo léčby a osobního poradenství v oblasti podpory zdraví. Mohou však představovat jakýsi první krok tím, že nabídnou možnost kontaktu a vnesou do povědomí uživatele název organizace, která prodejní automaty na stříkačky provozuje, i určitou míru důvěry s ní spojované (171).

Všeobecná zdravotní péče: Dalším důležitým zdrojem poskytování služeb i zprostředkování navazujících specializovaných služeb jsou pro injekční uživatele drog střediska nemocniční či primární zdravotní péče. Právě v zařízeních všeobecné zdravotní péče se obvykle provádí diskrétní testování, diagnostika a léčba HIV, virových hepatitid, TBC, bakteriálních kožních infekcí a dalších onemocnění, která jsou mezi injekčními uživateli drog běžná. Je proto důležité, aby mezi těmito pracovišti a stacionární

mi či mobilními programy určenými pro osoby užívající injekčně drogy fungovala dobrá komunikace a intenzivní spolupráce při péči o tuto skupinu klientů. V rámci služeb všeobecné zdravotní péče je rovněž možné poskytovat jehly, stříkačky a další injekční náčiní, zajišťovat dohled v zařízeních pro hygienickou aplikaci drog, asistovat při detoxifikaci od drog, poskytovat kondomy a všeobecnou zdravotní osvětu. Také kliniky zaměřené na léčbu TBC a HIV jsou často provozovány v rámci všeobecné zdravotní péče. Vzhledem k vysokému podílu klientů z řad injekčních uživatelů drog je velmi důležité, aby byl personál zařízení poskytujících všeobecnou zdravotní péči odpovídajícím způsobem proškolen o příslušných zásadách podpory zdraví a byl buď sám schopen nasměrovat tyto osoby na střediska poskytující léčbu závislosti či výměnu jehel a stříkaček, nebo věděl, kde je možné takové intervence zprostředkovat. Za ideálního stavu by měli všichni injekční uživatelé drog vyhledat a obdržet běžné zdravotní služby vysoké kvality. Jsou však doloženy případy, kdy injekční uživatelé drog navštěvují zařízení všeobecné zdravotní péče jen málokdy, a proto je nutné hledat jiné způsoby, jak s nimi navázat kontakt. V Nizozemsku jsou vedle služeb všeobecné zdravotní péče nabízeny také specializované služby pro injekční uživatele drog a jiné rizikové skupiny. Existují také příklady sloučení služeb pro uživatele drog a lékařské péče do jednoho programu (model služeb „pod jednou střechou“), což se pozitivně promítá do dodržování i kompletního absolvování léčebných režimů (153, 172–174). Patří sem plně kontrolovaná léčba TBC a antivirová léčba VHC, které jsou obě kombinovány s metadonovou substituční léčbou. Klienti mají k všeobecné zdravotní péči snadný přístup, zejména prostřednictvím oddělení urgentního příjmu, která jsou v provozu nepřetržitě. Je třeba zohlednit, aby byl zdravotnický i nezdravotnický personál v těchto všeobecných zdravotnických zařízeních připraven citlivě reagovat na problémy osob z řad injekčních uživatelů drog a poskytovat jim péči diskrétním způsobem zbaveným odsuzujících postojů. V některých

zemích všeobecná zdravotnická zařízení poskytují také anonymní testování.

Služby ve vězení: Závěrem je důležité zmínit, že v mnoha zemích jsou injekčním uživatelům drog poskytovány služby také v rámci vězeňského systému a že služby tohoto typu ve věznicích mají klíčový význam pro dosažení širokého a efektivního pokrytí těmito službami v zájmu předcházení infekcí u injekčních uživatelů drog. Nápravná zařízení jsou z hlediska prevence a kontroly infekcí spojených s injekčním užíváním drog důležitým prostředím, a to především z následujících důvodů: (a) vysoká prevalence HIV, VHC a TBC ve věznicích, (b) skutečnost, že mnoho lidí, kteří užívají injekčně drogy, jsou nakonec odsouzeni k trestu odnětí svobody a (c) prokázaný fakt, že užívání drog, včetně injekčního, pokračuje navzdory přísnému zákazu i ve vězení (5). V některých zemích se v rámci vězeňského systému nabízí léčba závislosti, testování na nemoci a jejich léčba, očkování, zdravotní osvěta a dokonce i programy výměny jehel a stříkaček. V souladu se zásadou „obdobného přístupu k poskytovaným službám“ na svobodě i ve vězení je v mnoha zemích prosazován názor, podle něhož by měly být injekčním uživatelům drog poskytovány v prostředí věznic stejné služby, které běžně zajišťují komunitní programy.

Prostřednictvím popsaných způsobů poskytování služeb lze příslušné intervence efektivně zacílit na injekční uživatele drog. Příslibem lepší adherence k léčbě jsou nově se rozvíjející způsoby předávání informací týkající se podpory zdraví, např. prostřednictvím mobilních telefonů nebo internetu. Přestože jednotlivá zařízení budou někdy využívat pouze jeden způsob realizace, u efektivních programů bude pravděpodobnější, že v zájmu uspokojování rozmanitých potřeb uživatelů budou na jednom místě poskytovat několik služeb nebo několik různých forem jejich realizace najednou. Služby poskytované v rámci jednoho programu musí být vzájemně dobře propojeny. Z toho důvodu je nezbytné soustředit různé služby na jednom místě, aby byly pro uživa-

tele snadno přístupné (viz rámeček s textem o integraci služeb níže). Terénní pracovníci, koordinátoři služeb (*case manažeři*) a poskytovatelé zdravotní péče by pak měli být dále proškolení v problematice léčby, respektive případové práce (*case managementu*) u komorbidních stavů; jednalo by se zejména o zvyšování kvalifikace v oblastech léčby uživatelů drog, léčby TBC, virových hepatitid a HIV. Na péči o tyto pacienty by se také měli podílet

poskytovatelé specializovaných služeb. Vedle těchto komorbidit se často vyskytují psychiatrické diagnózy, u nichž je rovněž nezbytné zajistit dobrou koordinaci péče. Pracovníci, kteří mají dobrý přehled o problematice a jsou adekvátně proškoleni, mohou dávat lepší pozor na případné lékové interakce a nežádoucí vedlejší účinky a tím současně maximalizovat výsledky léčby a klientovu kvalitu života.

Integrace služeb

Existuje mnoho úspěšných příkladů propojování služeb pro injekční uživatele drog. Cílem takové integrace je zajistit lepší přístup k jednotlivým službám, sladit jednotlivé léčebné přístupy a optimalizovat předávání preventivně orientovaných informací, a tím zvýšit pravděpodobnost dodržování léčebných režimů a jejich úspěšnosti. Soustředování pracovišť poskytujících služby v oblasti TBC, virových hepatitid, HIV, opioidové substituční léčby anebo výměny jehel a stříkaček na jedno místo je model, který se již v některých zemích běžně uplatňuje nebo postupně rozvíjí. Výhodou zde není jen fyzická blízkost služeb. Tento přístup také přispívá ke vzájemné komunikaci a výměně odborných poznatků mezi jednotlivými programy zdravotní péče (Sylla et al., 2007; Elk et al., 1993; Batki et al., 2002; Perlman et al., 1995; Deiss et al., 2009; Reilly et al., 2002).

V Estonsku byl v nedávné době realizován pilotní program, z jehož výsledků vyplývá, že míru využívání screeningu na TBC lze zvýšit nabízením této služby v zařízeních poskytujících substituční léčbu závislosti na opiátech a aktivnějším přístupem při předávání klienta do péče pracovišť specializovaných na TBC (upomínání, pobídky, převoz apod.) (Rüütel et al., 2011). S kombinovaným poskytováním služeb je třeba počítat již ve fázi plánování středisek péče. HIV séropozitivní osoby, které nejsou infikované TBC, by například neměly přijít do styku s pacienty s aktivní formou TBC, neboť pro ně infekce TBC představuje zvýšené riziko.

Základem pro poskytování integrovaných služeb by mohly být stávající odvykací programy, programy distribuce stříkaček nebo pracoviště zajišťující plně kontrolovanou léčbu TBC (DOT) podle toho, jaká alternativa je v daném prostředí považována za nejlepší. Při navazování kontaktů s určitými populacemi injekčních uživatelů drog mohou dobře posloužit mobilní terénní zdravotnické programy, zejména pokud jde o provádění screeningu prostřednictvím mobilních radiografických jednotek. Pozitivní efekt využívání těchto zařízení při snižování výskytu TBC u injekčních uživatelů drog byl zdokumentován v nizozemském Rotterdamu (de Vries et al., 2007).

Pozitivní a negativní aspekty různých forem poskytování služeb zaměřených na injekční uživatele drog

Model	Typy služeb, jež mohou být poskytovány injekčním uživatelům drog	Pozitiva	Negativa
stacionární nízkoprahové služby určené IUD	• poskytování/likvidace injekčního náčiní • poradenství • léčba drogové závislosti včetně opioidové substituční léčby • testování na HIV, hepatitidu B, C a TBC • očkování • místo, kde je možné pobýt • jídlo, sprcha, ošacení • vrstevnická (peer) edukace • podpora zdraví • edukace ohledně bezpečnějšího užívání, včetně prevence a řešení předávkování • prostory pro supervidovanou hygienickou aplikaci • zdravotní osvěta orientovaná na bezpečnější sex a distribuce kondomů • supervidovaná antivirová léčba (nebo plně kontrolovaná léčba TBC)	+ klienti si mají možnost vytvořit pocit sounáležitosti + možnost poskytovat více služeb na jednom místě + možnost dosažení příznivého poměru mezi výší nákladů a počtem klientů + možnost nabídnout službu, která bude reagovat na specifické potřeby klientů + obvykle je provozováno odborným personálem + absence nesouhlasu ze strany jiných klientů + snadná dostupnost (v případě správné organizace) + poskytuje základnu pro další služby, např. terénní	– stacionární zařízení může být z hlediska dostupnosti služeb limitující pro ty, kdo nebydlí v blízkosti daného místa – provoz může být finančně náročný – otevřeno jen v určitou dobu – možnost šikanování ze strany policie nebo jiných represivních složek, zejména pokud v tomto ohledu není navázána/rozvíjena spolupráce – v případě špatné organizace provozu se může zvýšit bezpečnostní riziko pro personál – potenciálně horší dostupnost pro nové nebo mladé injekční uživatele – otevřít stacionární zařízení může být obtížnější kvůli odporu ze strany místních obyvatel
lékárenské služby	• poskytování/likvidace injekčního náčiní • obvazový materiál • podpora zdraví • diskrétní testování • poskytování informací a zprostředkování kontaktů na další odborné služby (testování na infekční onemocnění a jejich léčba, očkování a služby pro uživatele drog) • poskytování (rychlých) testů na HIV/hepatitidu C	+ dobře přístupné/dobrá geografická dostupnost + dlouhá otevírací doba + může být nákladově efektivní + lze považovat za anonymnější + přístup k informacím/radám od personálu se zdravotnickým vzděláním + využívá stávající infrastrukturu	– může být zpoplatněno – omezená příležitost pro zdravotní osvětu a zprostředkování kontaktů na další služby v případě, že je v lékárně velký provoz – poskytování hotových sad s injekčním náčiním snižuje možnost výběru podle preferencí uživatele – neochota lékárníků prodávat stříkačky lidem, kteří užívají drogy – nesouhlas ze strany jiných klientů

Model	Typy služeb, jež mohou být poskytovány injekčním uživatelům drog	Positiva	Negativa
terénní služby (včetně peer work)	• poskytování/likvidace injekčního náčiní • podpora zdraví • poskytování informací o příslušných specialistech, klinikách a zdravotních službách • zprostředkování kontaktů na pracoviště zajišťující testování na infekční choroby a jejich léčbu, očkování a služby pro uživatele drog • domácí návštěvy a návštěvy ve věznicích • doprovod na další odborná pracoviště • poskytování rychlých testů na HIV/hepatitidu C • poradenství	+ vstřícné a snadno přizpůsobitelné potřebám uživatelů + flexibilní z hlediska přesunu do lokalit, kde je možné navázat kontakt s injekčními uživateli drog + možnost včasného varování: odborníci se dovědí, co se mezi uživateli děje + snadno přístupné, zejména pro špatně dosažitelné a vysoce rizikové uživatele (mladí/začínající uživatelé, uživatelé z řad migrantů) + vrstevnická podpora (peer work) jako možnost zvýšení efektivity služby	– není možné poskytnout všechny služby – nároky na financování a údržbu (mobilní jednotky) – časově omezený provoz – nižší efektivita využití času pracovníků (kvůli času strávenému na cestě apod.) – některé mobilní jednotky mohou v uživatelích vyvolávat nepříjemný dojem, že je někdo pořád sleduje – služby poskytované formou vrstevnické podpory (peer work) musí být dobře dozorovány a vyžadují adekvátní proškolení osob, které je realizují
prodejní automaty	• poskytování/likvidace injekčního náčiní • zprostředkování kontaktů na pracoviště zajišťující testování na infekční choroby a jejich léčbu, očkování a služby pro uživatele drog • podpora zdraví (ve formě tištěných edukačních materiálů)	+ časově neomezená dostupnost (obzvláště pro mladé/začínající uživatele) + nákladově efektivní + anonymní	– není možné poskytnout všechny služby – absence možnosti osobního kontaktu – možnost námitek místních obyvatel kvůli umístění automatů – nelze použít bez peněz nebo žetonů – je nutné zajistit údržbu a doplňování zařízení
zařízení všeobecné zdravotní péče	• diskrétní testování na HIV, hepatitidu B, C a TBC • léčba HIV, hepatitidy B, C a TBC • ošetřování/péče o kožní infekce • očkování • podpora zdraví • poskytování/likvidace injekčního náčiní • pomoc při detoxifikaci od drog • substituční léčba závislosti na opioidech	+ dobře přístupné + přístup ke kvalifikovanému personálu + přístup k (nej)modernějším službám v oblasti testování a léčby + přístup k běžné zdravotní péči (péči využívané zbytkem společnosti)	– nemusí být nutné přizpůsobeno konkrétním potřebám uživatelů drog – někteří zdravotničtí pracovníci mohou mít problém s poskytováním péče osobám, které užívají drogy – nesouhlas ze strany ostatních klientů – klienti se mohou zdráhat využívat zařízení, které je podle nich např. příliš spjaté se státním systémem péče

Model	Typy služeb, jež mohou být poskytovány injekčním uživatelům drog	Pozitiva	Negativa
zařízení všeobecné zdravotní péče			– klienti nemusí mít důvěru v diskrétnost procesu – ne u všech typů služeb bude snadné zajistit anonymitu – omezená/nulová dostupnost pro osoby bez zdravotního pojištění – stigma
služby poskytované ve věznicích	• všechny služby, které jsou uživatelům drog k dispozici na svobodě například: • diskrétní testování na HIV, hepatitidu B, C a TBC • léčba HIV, hepatitidy B, C a TBC • očkování • podpora zdraví • poskytování/sběr injekčního náčiní • pomoc při detoxifikaci od drog • poradenství • léčba závislosti na drogách, včetně OSL	+ možnost podchytit rizikové skupiny + nákladová efektivita intervencí + možnost snížení mortality/morbidit po propuštění + služby mohou poskytovat i organizace působící mimo vězeňskou službu + lepší možnost zajištění léčby onemocnění + dostatek času na podporu zdraví	– rozpočet vězeňské služby nemusí mít dostatek peněz na zdravotní služby – potřeba investování do proškolení vězeňského zdravotního personálu i příslušníků vězeňské služby – obtížně zajiřitelná diskrétnost při poskytování služeb

ZNALOST A POCHOPENÍ SITUACE NA ÚROVNI JEDNOTLIVÝCH STÁTŮ

Epidemiologie užívání drog i infekcí mezi uživateli podléhá rychlým změnám, které jsou dány různými typy nelegálních drog, proměňujícími se drogovými kulturami a pohybem populací. Dynamika těchto změn je složitá a má mnoho rovin. Je podmiňována sociální a ekonomickou situací, preventivními činnostmi a dalšími společenskými faktory (175).

Aby mohly národní či regionální strategie co nejlépe sloužit populaci injekčních uživatelů drog a současně plnit svou funkci v oblasti prevence a kontroly infekčních onemocnění, je nutné zajistit provádění odpovídajícího epidemiologického dohledu (*surveillance*) nad užíváním drog a infekcemi mezi injekčními uživateli drog. Také realizovaná opatření by měla být průběžně monitorována a vyhodnocována z hlediska jejich odezvy, dopadu, relevance a šíře pokrytí. Bez tohoto monitoringu lze jen

těžko zajistit dlouhodobou smysluplnost preventivních aktivit a efektivitu celého procesu z hlediska zdravotních dopadů i vynaložených nákladů.

Prostředky na prevenci budou nejlépe vynaloženy tehdy, pokud se budou aktivity v oblasti prevence infekčních onemocnění cíleně zaměřovat na populace injekčních uživatelů drog a na situace a prostředí, které se pojí s nejvyšším rizikem přenosu nákazy. Investovat do odpovídajících systémů epidemiologické *surveillance* užívání drog i infekčních onemocnění je nejen nezbytné, ale pravděpodobně se i vyplatí. Nejenže bez zavedení takových systémů mohou zůstat skryty některé prohlubující se problémy, což následně povede k nárůstu výdajů na zdravotní a sociální péči, ale bude také docházet k neefektivnímu využívání prostředků.

Monitorování problémového užívání drog a opatření na jeho řešení

Nezbytnou součástí jakýchkoli celonárodních snah o prevenci negativních dopadů drog je epidemiologický dohled (*surveillance*) nad problémovým užíváním drog. Rozbor těchto činností nespadá do tematického rámce tohoto materiálu. K dispozici je nicméně soubor předepsaných postupů pro sledování klíčových indikátorů a metodické nástroje k monitorování užívání drog a problémového užívání drog (včetně injekčního užívání) a jeho následků vydané EMCDDA (4).

Klíčovým prvkem *surveillance* je odhadování velikosti populací injekčních uživatelů drog; na základě těchto odhadů lze nejen kvantifikovat rozsah rizika infekcí, ale také stanovit potenciální poptávku po příslušných službách a přesněji určit šíři pokrytí této poptávky jednotlivými službami. EMCDDA ve spolupráci se sítí svých národních partnerů (sít národních monitorovacích středisek Reitox) (176) a expertních skupin poskytuje a implementuje

standardizovanou metodiku k provádění odhadů velikosti populací problémových uživatelů drog (včetně osob, které si drogy aplikují injekčně) (4), v níž jsou popsány různé metodické postupy, na jejichž základě lze dospět k odhadům odrážejícím situaci na celostátní i regionální úrovni.

Prostřednictvím souboru standardizovaných monitorovacích nástrojů (datové tabulky a strukturované dotazníky) EMCDDA také shromažďuje jednotné informace o zdravotních a sociálních opatřeních v reakci na problém užívání drog a injekčního užívání drog realizovaných v členských státech EU, kandidátských zemích a Norsku (112). Mezi rutinně shromažďovaná data patří informace o politice v oblasti drogové prevence a minimalizace rizik, o poskytování klíčových zdravotních a sociálních intervencí, včetně léčby závislosti (např. počty klientů absolvujících substituční léčbu závislosti na opiátech) a o typech, počtu

a geografickém rozložení programů výměny jehel a stříkaček, jakož i množství poskytnutých stříkaček.

Epidemiologická surveillance infekcí

Epidemiologická situace týkající se infekcí mezi uživateli drog se může rychle měnit, zejména chybí-li dostatečná prevence. Nezbytnou podmínkou dobré kontroly rizika infekcí mezi injekčními uživateli drog je existence kvalitního systému monitorování infekčních onemocnění, založeného na principu „akční surveillance“ (*surveillance for action*), tzn. za aktivní spolupráce mezi aktéry prevence a epidemiologického dohledu.

ECDC koordinuje surveillance relevantních charakteristik všech nově hlášených případů (*case-based surveillance*) krví přenosných nákaz na celoevropské úrovni, včetně těch infekcí, které se mohou přenášet sdílením injekčního náčiní. *Case-based surveillance* se dá dobře využít pro účely monitorování trendů onemocnění a může být rovněž užitečná při včasné detekci epidemického výskytu onemocnění, obzvláště pokud daný systém dobře pokrývá území státu a dochází k minimální prodlevě při hlášení dat. Úspěšnost intervencí reagujících na skokový nárůst výskytu nákazy závisí do velké míry na schopnosti rychlého zjištění nových ohnisek infekce a na dostupnosti prostředků k adekvátnímu řešení situace. Případné zpoždění při vykazování relevantních dat na celonárodní úrovni lze kompenzovat mnohem rychlejším výkaznictvím na místní a regionální úrovni. V rámci EU existují případové definice pro nákazy HIV, hepatitidou B, hepatitidou C a hepatitidou A, avšak kategorie přenosu (tj. rizikový faktor) se systematicky sleduje pouze u nákazy virem HIV (případové definice hepatitidy B a C pro účely surveillance jsou momentálně revidovány a předpokládá se, že budou nově obsahovat také informace o způsobu přenosu). Mnohé státy však v rámci svých národních systémů sbírají podrobnější data, která mají vý-

znam z hlediska implementace tuzemských opatření. Počty hlášených onemocnění sice mohou odrážet míru jejich výskytu, ale obvykle za jejím reálným stavem zaostávají. U tohoto typu surveillance lze navíc uplatnit pouze generická data o populačním denominátoru. Změny ve vzorcích a frekvenci testování mohou výsledky snadno zatížit chybou. Má-li systém hlášení založený na evidenci charakteristik jednotlivých případů zprostředkovávat adekvátní informace o rizikových faktorech, je nutné, aby měl k dispozici základní infrastrukturu a dostatečně dlouhé období ke zpracování dat a aby se mu dostávalo významné podpory ze strany poskytovatelů zdravotní péče.

EMCDDA monitoruje prevalenci infekčních onemocnění u injekčních uživatelů drog na základě tvorby standardů a pokynů, jimiž se mají řídit bio-behaviorální šetření a další metody sběru dat mezi injekčními uživateli drog (2). Tyto aktivity jsou realizovány v úzké spolupráci s Evropským střediskem pro kontrolu nemocí, které koordinuje všeobecný epidemiologický dohled nad infekčními onemocněními v Evropě a dalšími národními i mezinárodními partnery (177, 178). V případě injekčních uživatelů drog se sběr dat soustředí na HIV a hepatitidy typu B a C. Systém včasného varování a expertní síť byly vytvořeny také v souvislosti s epidemickým výskytem některých dalších infekčních onemocnění u injekčních uživatelů drog, např. antraxu nebo botulizmu.

Zdrojem strategicky důležitých informací mohou být i jiné typy systémů surveillance, např. různé druhy šetření a bio-behaviorálních studií, z nichž každý má své charakteristické výhody. Na základě šetření je možné odhadovat prevalenci v cílové populaci, čehož obvykle

nelze dosáhnout prostřednictvím *case-based surveillance*. Bio-behaviorální šetření mezi injekčními uživateli drog ve formě prosazované EMCDDA a ECDC může poskytnout informace jak o vzorcích užívání drog, tak o infekčních nemocích. Různé trendy však nelze vysledovat bez toho, aby se tyto studie musely po čase opakovat, což může být nákladné. Dalším omezením je nedostatečný konsenzus ohledně nejlepšího způsobu zajištění reprezentativnosti výběrových souborů během delšího časového období, být působením obou agentur do-

chází k postupnému sjednocování názorů na tuto problematiku.

Jednotlivé země by si měly určovat parametry svých vlastních systémů sběru dat pro účely *surveillance* na základě svých vlastních potřeb, nicméně tyto systémy by měly poskytovat dostatek informací pro vytváření preventivních strategií, vycházejících ze zdravotně zaměřené analýzy místních potřeb, a být zároveň efektivní z hlediska vynakládaných prostředků a nákladů.

Monitoring a evaluace programů

Monitorovací systémy by měly plnit potřeby země nebo regionu s využitím průběžných evaluací a s ohledem na dynamické změny ve zvycích a profilech uživatelů drog; pomocí takových evaluací pak mohou provozovatelé programů a činitelé odpovědní za tvorbu příslušných politik lépe poznat, které složky preventivního programu jsou úspěšné a které je třeba zlepšit. Subjekty zodpovědné za plánování programů a tvorbu příslušných politik mohou také na základě monitoringu zjistit, zda kombinace poskytovaných služeb, různé způsoby jejich realizace a širší pokrytí intervencemi mají dostatečný efekt na snižování či stabilizaci incidence onemocnění v cílové skupině injekčních uživatelů drog. Bez provádění monitoringu nebude možné měřit dopad programů ani přičítat změny v chování nebo výskytu onemocnění vlivu jednotlivých intervencí. Účelně lze využít indikátory procesu i výsledku. V druhém případě je však namístě stanovit si realistické cíle. U mnohých „tvrdých“ ukazatelů výsledku, jakými jsou prevalence infekcí nebo změny rizikového chování, lze často významnější změny pozorovat až v horizontu let či dokonce desetiletí.

Indikátory

Tento materiál se indikátory sloužícími k monitorování a evaluaci programů podrobněji nezabývá, neboť této problematice již byla věnována značná pozornost dříve (4, 53, 137). Je třeba zdůraznit, že všechny indikátory monitorované v rámci jednotlivých států by měly být využívány pro účely plánování a evaluace aktivit na národní úrovni. Monitorování by mělo být pomůckou při plnění cílů národních a regionálních programů, nikoli jejich překážkou. Data generovaná v rámci monitoringu a evaluace by měla sloužit jako podklad pro proces průběžného vyhodnocování a přizpůsobování služeb, aby tak bylo možné reagovat na měnící se epidemiologické a uživatelské charakteristiky. Je zřejmé, že ne všechny národní indikátory budou mít význam z hlediska mezinárodního výkaznictví, jakož i ne všechny indikátory hlášené v rámci mezinárodního monitoringu budou nutně přínosné pro jednotlivé státy. Častý je mylný předpoklad, že je nutné přísně sledovat všechny mezinárodní ukazatele, i pokud jsou v národním kontextu irelevantní.

Stanovení cílů pro pokrytí poptávky jednotlivými intervencemi

Na populační úrovni se pokrytí běžně definuje jako podíl té části populace vykazující potřebu určité intervence, které tato intervence byla skutečně poskytnuta (179). V zájmu optimalizace prevence je nezbytně nutné vědět, jaký podíl cílové populace injekčních uživatelů drog je vystaven konkrétním preventivním intervencím. V oblasti očkovacích programů je míra pokrytí určována účinky, kterých bylo intervencí dosaženo: při určitém stupni pokrytí dochází v důsledku rozvoje kolektivní imunity k ochraně i neočkovaných populací. Tato zjištění se opírají také o výsledky modelových studií.

V oblasti prevence infekčních onemocnění mezi injekčními uživateli drog jsou běžnými měřítky počet distribuovaných stříkaček na jednoho uživatele za rok nebo procento problémových uživatelů opioidů absolvujících substituční léčbu. Dalším důležitým ukazatelem pokrytí poptávky po zařízeních poskytujících léčbu infekčních onemocnění je podíl injekčních uživatelů drog, kteří se léčí na HIV, hepatitidu B anebo hepatitidu C (180). Pro služby v oblasti prevence byly stanoveny orientační cíle, k nimž je však nezbytně nutné přistupovat v kontextu konkrétní situace v jednotlivých státech (či regionech) a na zá-

kladě kvalitně zpracované analýzy potřeb (53, 179). Přibývají důkazy o tom, že vyšší míra pokrytí výměnnými programy a opioidovou substituční léčbou v přepočtu na jednoho injekčního uživatele drog je efektivnější než nižší míra pokrytí takovými intervencemi (71, 181) a že mezi jednotlivými zeměmi podle všeho existují značné rozdíly v rozsahu tohoto pokrytí (180, 182). Podle údajů EMCDDA bylo v EU v roce 2009 vydáno v rámci specializovaných výměnných programů průměrně 90 stříkaček na jednoho injekčního uživatele drog. Nejvyšší počet zaznamenaný na národní úrovni činil přes 300 stříkaček na jednoho injekčního uživatele (183). Ve většině zemí představuje další významný zdroj čistého injekčního náčiní také jejich prodej v lékárnách. V témže roce podstoupil v průměru každý druhý problémový uživatel opioidů substituční léčbu; mezi jednotlivými státy bylo v tomto ohledu zaznamenáno nejvyšší procento (68 %) na Maltě (střední hodnota mezi 65 % a 71 %) (128). Ideálně by měly být k dispozici vždy dostatečné zásoby jehel a stříkaček k zajištění služby. Neuspokojení poptávky po výměnných programech nebo dlouhé pořadníky na léčbu závislosti svědčí o neuspokojení poptávky po službách a značí, že je nutné zvýšit kapacitu a šíři jejich záběru.

Navýšení pokrytí programy výměny jehel a stříkaček: zkušenosti z Estonska

Estonsko je jednou z těch členských zemí EU, pro které injekční užívání drog představuje závažný problém; je zde zaznamenávána vysoká míra injekčního užívání drog v obecné populaci a také prevalence HIV mezi injekčními uživateli drog je velmi vysoká. Injekční užívání drog je většinou soustředěno v hlavním městě Tallinu a severovýchodním Estonsku. Odhaduje se, že v Tallinu je přibližně 10 000 injekčních uživatelů drog, kteří užívají převážně analogy fentanylů a amfetaminy. Služby výměny jehel a stříkaček byly v Tallinu zahájeny v roce 1997, následovány v roce 2001 opioidovou substituční léčbou metadonem, byť rozsah poskytování těchto služeb byl omezený. V roce 2005 dosáhla prevalence HIV mezi injekčními uživateli drog 54 % a hlášen byl vysoký podíl (21 %) nových injekčních uživatelů (užívajících injekčně po dobu 3 a méně let). Na celostátní úrovni bylo rozhodnuto, že na tento rostoucí veřejno-zdravotní problém je nutné urychleně reagovat navýšením pokrytí ze strany preventivních programů. Tento záměr byl následně zohledněn v Národní strategii prevence HIV/AIDS. Mezi lety 2003 a 2009 vzrostl počet kontaktních center a terénních služeb v Tallinu z 1 na 10, počet kontaktů stoupl 27krát, počet vydaných stříkaček vzrostl 43krát (z 1,8 na 77 stříkaček/injekční uživatel/rok) a počet míst v metadonové léčbě se více než zčtyřnásobil. Přibližně 80 % injekčních uživatelů drog udává, že službu výměny stříkaček využilo alespoň jednou, přičemž pro přibližně 60 % uživatelů drog jsou výměnné programy hlavním zdrojem čistých jehel a stříkaček. Podíl injekčních uživatelů drog uvádějících sdílení stříkaček během posledních čtyř týdnů klesl z 32 % (2005) na 22 % (2009). V průběhu tohoto období došlo ke snížení incidence HIV mezi novými injekčními uživateli z 21 % v roce 2005 na 9 % v roce 2009, kdy zároveň podíl nových injekčních uživatelů drog mezi všemi injekčními uživateli klesl z 21 % na 12 %. Je pravděpodobné, že pokles incidence HIV pozorovaný během sledovaného období lze do určité míry přičíst navýšení objemu služeb zaměřených na výměnu jehel a stříkaček, neboť se v této době výrazně snížil práh přístupu k léčbě závislosti a antiretrovirové léčbě. Pokračující navyšování množství poskytovaných jehel a stříkaček v kombinaci s navýšením objemu léčby pro drogově závislé a HIV pozitivní pak pravděpodobně v Estonsku povede k dalšímu postupnému snižování výskytu nákazy virem HIV.

Zdroj: Uuskula et al., 2011

PŘÍLOHA A
EPIDEMIOLOGIE INJEKČNÍHO UŽÍVÁNÍ DROG
A HLAVNÍ INFEKCE
MEZI INJEKČNÍMI UŽIVATELI DROG
V ZEMÍCH EU/EHP

Injekční užívání drog

Injekční uživatelé drog patří ke skupinám osob, které jsou v důsledku svého návykového chování vystaveny nejvyššímu riziku negativních zdravotních dopadů v podobě HIV, hepatitid B a C a dalších krví přenosných infekcí. U těchto osob také častěji dochází k předávkování drogami a k výskytu infekcí, mezi něž patří tuberkulóza, virová hepatitida A, bakteriální kožní infekce, systémové infekce a pohlavně přenosné nákazy.

V mnoha evropských zemích je injekční užívání drog synonymem pro užívání opioidů, ale jsou také země, kde jsou převážující injekčně aplikovanou drogou amfetaminy (5). EMCDDA shromažďuje od jednotlivých členských států EU odhady prevalence injekčního užívání, přičemž z posledních odhadů poskytnutých v roce 2010 dvanácti zeměmi vyplynulo, že mezi jednotlivými zeměmi existují velké rozdíly v prevalenci injekčního užívání drog. Vážený průměr odhadovaného počtu injekčních uživatelů drog uváděného těmito zeměmi pak činí 2,5 na 1 000 dospělých osob ve věku 15 až 64 let. Při extrapolaci na celou evropskou populaci by tento průměrný odhad odpovídal 750 000 až jednomu milionu aktivních injekčních uživatelů drog v zemích EU/EHP. Vedle toho zde pravděpodobně existuje významná populace bývalých injekčních uživatelů drog (5). Zatímco populace injekčních uživatelů drog ve většině západní části Evropy celkově stárne, jiné části EU vykazují relativně vysoké počty injekčních uživatelů drog mladšího věku.

HIV

Hodnoty prevalence HIV mezi injekčními uživateli drog uváděné zeměmi EU se pohybují od méně než 1 % až po více než 60 % (údaje získané na základě specifických studií nebo sentinelové surveillance) (137). Ze všech nově diagnostikovaných případů HIV hlášených ve 28 zemích EU/EHP v roce 2009 (25 917 případů) připadalo 1 298 na osoby, které aktuálně nebo v minulosti užívaly injekčně drogy (v přepočtu na 100 000 obyvatel to bylo 5,7 lidí). V roce 2009 bylo sice průměrně 5 %

hlášených případů HIV v Evropě důsledkem injekčního užívání drog, ale jednotlivé země v tomto ohledu vykazovaly značné rozdíly; podíl injekčních uživatelů drog mezi nově hlášenými případy HIV se pohyboval od 65 % v Litvě a 43 % v Bulharsku po méně než 1 % v Nizozemsku a Rumunsku. Ve 26 zemích EU/EHP s jednotným systémem vykazování případů HIV klesl od roku 2004 počet nově diagnostikovaných případů nákazy virem HIV udávaných mezi injekčními uživateli drog o 40 % (6). Podobné trendy byly zaznamenány i na národních úrovních; většina zemí vykazuje v průběhu posledních šesti let klesající počty případů HIV u injekčních uživatelů drog. Výjimku tvořily Bulharsko, Estonsko, Lotyšsko a Litva, přičemž tři pobaltské země byly prudkým nárůstem počtu diagnóz HIV nejvíce zasaženy v letech 2001 a 2002. Od té doby tyto země hlásí klesající tendenci, byť opětovně zvýšený výskyt HIV byl zaznamenán v roce 2007 v Lotyšsku a v roce 2009 v Litvě. V západoevropských zemích proběhla epidemie HIV mezi injekčními uživateli drog mnohem dříve; její vrchol se datuje do poloviny osmdesátých let minulého století (6).

Přes klesající trend případů HIV mezi injekčními uživateli drog v zemích EU/EHP stále existují země s populacemi injekčních uživatelů drog, mezi nimiž ve značné míře dochází k přenosu HIV (184). Pravděpodobný je rovněž přenos HIV pohlavní cestou mezi injekčními uživateli drog a jejich sexuálními partnery. Přes relativně nízké absolutní počty diagnostikovaných případů mezi injekčními uživateli drog je tato populace zasažena epidemií HIV nepoměrně více než osoby, které drogy injekčně neužívají.

Hepatitida B a C

Virová hepatitida typu B (VHB) a C (VHC) představuje pro Evropskou unii výrazný problém z hlediska veřejného zdraví, neboť obě nákazy se pojí se značnou morbiditou a mortalitou. Oba typy infekce mohou způsobovat chronická onemocnění, která mohou přejít do cirhózy jater, případně i rakoviny jater a vést k úmrtí.

VHB a VHC se snadno přenáší při injekčním užívání drog, především kvůli nebezpečným injekčním praktikám, mezi něž patří sdílení jehel a stříkaček a dalších parafernálií.

V Evropě je injekční užívání drog hlavní cestou přenosu VHC a lidé, kteří užívají injekčně drogy, tvoří většinu nově hlášených případů nákazy VHC. Z dostupných odhadů vyplývá, že v Evropě může být přibližně jeden milion aktuálních nebo bývalých injekčních uživatelů drog s chronickou infekcí VHC (5). Míra infekce VHC je mezi injekčními uživateli drog často velmi vysoká, od 12 % do 85 % (54), přičemž 50 % až 90 % osob nakažených virem hepatitidy C není schopno se infekce spontánně zbavit. V devíti zemích Evropy je pozorován pokles v prevalenci VHC mezi injekčními uživateli drog, zatímco ve třech jiných dochází v tomto ohledu k nárůstu; data ze čtyř dalších zemí pak nevykazují žádné zjevné tendence (8). V šesti zemích, kde jsou známy rizikové faktory, vykazuje podíl injekčních uživatelů drog mezi uváděnými případy VHC sestupnou tendenci, zatímco ve třech jiných zemích je patrný jeho nárůst (54). Data se dají v důsledku jejich nízké kvality jen obtížně interpretovat, ale objevují se náznaky, že celková míra infekce VHC mezi injekčními uživateli drog zřejmě začíná slábnout. Je známo, že riziko nákazy VHC roste úměrně s délkou injekčního užívání (10), ale z posledních studií také vyplývá, že mnozí injekční uživatelé drog se virem nakazí již zkraje své „injekční kariéry“ (54). Velký výskyt infekce VHC mezi injekčními uživateli drog ještě zhoršuje fakt, že mnozí z těch, kdo se nakazili VHC při injekčním užívání drog, si nejsou vědomi svého infekčního stavu. Z těchto faktorů plyne, že je důležité začít s realizací preventivních opatření co nejdříve.

Vedle vysoké míry nákazy hepatitidou typu C jsou injekční uživatelé drog často infikováni také jinými viry, včetně hepatitidy B nebo HIV. Výskyt více typů infekčních hepatitid najednou výrazně zvyšuje riziko selhání jater a úmrtí. Míra přítomnosti protilátek proti hepatitidě B je u injekčních uživatelů drog často velmi vy-

soká, ale prevalence onemocnění se mezi jednotlivými zeměmi značně liší. Z části to může být způsobeno rozdíly v proočkovanosti mezi injekčními uživateli drog (54). Aktuální data z devíti evropských zemí vypovídají o tom, že prevalenční hodnoty protilátek anti-HBc mezi injekčními uživateli drog přesahují 40 %. Každý pátý hlášený případ akutní hepatitidy B se zdokumentovanou cestou přenosu se nakažil prostřednictvím injekčního užívání drog. Z dat odrážejících vývoj v čase vyplývá, že mezi roky 2003 a 2008 klesl podíl injekčních uživatelů drog mezi uváděnými případy VHB v osmi ze 17 zemí (54).

Tuberkulóza

Injekční užívání drog se pojí s množstvím rizikových faktorů prostředí a forem rizikového chování. Kombinace sociálních rizikových faktorů, mezi něž se řadí špatné životní podmínky, bezdomovectví, uvěznění, bída, kouření a nadměrné užívání alkoholu, s fyziologickými účinky užívání návykových látek může pro injekční uživatele drog představovat vyšší nebezpečí rozvoje TBC, nakažení se TBC a také vyšší riziko úmrtí (142, 185). Jak již bylo zmíněno výše, jedním z nejvýznamnějších rizikových faktorů z hlediska rozvoje TBC a hlavním důvodem pro vysokou prevalenci TBC mezi injekčními uživateli drog je navíc imunosuprese vyvolaná virem HIV. Autoři jednoho z nedávných systematických přehledů zaměřeného na problematiku koinfekce TBC a HIV v zemích EU/EHP dospěli k závěru, že podíl koinfekce s HIV se mezi pacienty s TBC pohybuje od 0 % do 15 %, přičemž injekční užívání drog bylo jedním z rizikových faktorů pro tuto koinfekci (186).

EU patří k oblastem s nejnižší mírou hlášených případů TBC na světě, nicméně situace v jednotlivých státech EU se v tomto ohledu liší. V roce 2009 se uvádělo 2,8 až 108,2 případů na 100 000 obyvatel (187). Nejohroženějšími a nejvyloštěnějšími jsou skupiny osob nejvíce zatížené nemocemi a osoby mající současně nejhorší přístup k péči.

V rámci EU neexistuje jednotný systém sběru dat vypovídajících o sociálních rizikových faktorech u hlášených případů TBC. Odhady o výskytu TBC mezi injekčními uživateli drog proto vycházejí ze studií mapujících tuto problematiku na úrovni regionů a v některých případech i celých států. Dostatečně prokázána je však souvislost mezi užíváním drog a vyšší prevalencí latentní infekce TBC, přičemž lidé, kteří užívají injekčně drogy, jsou vystaveni vyššímu riziku onemocnění aktivní TBC. V závislosti na prostředí a státu vykazuje přibližně 10 % až 60 % injekčních uživatelů drog pozitivní výsledek na tuberkulinový kožní test (TST) (142). Ze studií vyplývá, že podobné riziko pozitivního výsledku TST existuje u všech uživatelů drog, bez ohledu na převažující způsob aplikování drog (142).

Velká většina jedinců infikovaných *M. tuberculosis* nikdy neonemocní, ale bakterie přežívají v subklinickém stavu při minimální replikaci. Latentní infekce TBC (LTBI) je proto definována jako stav, kdy je jedinec sice nakažen, ale nemá klinické projevy onemocnění a není možné u něj kultivačně prokázat tuberkulózní bacily. Aktivní onemocnění TBC se diagnostikuje na základě anamnestického vyšetření, symptomů, rentgenu a mikrobiologické nebo molekulární identifikace bakterie *M. tuberculosis*. Riziko rozvoje aktivní TBC ovlivňuje imunologický stav jedince. U osob bez koinfekce s HIV existuje 5% až 10% celoživotní riziko rozvoje onemocnění TBC, zatímco u osob infikovaných virem HIV se udává 5% až 10% roční riziko přechodu latentní fáze do vlastního onemocnění TBC (185).

Virová hepatitida typu A

Hepatitida typu A je virové onemocnění s akutním nástupem, které se obvykle přenáší fekálně-orální cestou a jehož epidemický výskyt často souvisí s kontaminací potravy nebo vodních zdrojů či se specifickými rizikovými skupinami, např. muži praktikujícími sex s jinými muži (MSM), nebo injekčními uživateli drog. Skutečný stav zatížení injekčních uživatelů drog hepatitidou typu A není znám, protože

toto onemocnění není rutinně monitorováno z hlediska příslušnosti k rizikovým skupinám. V rámci Evropské unie však jsou zaznamenány epidemie hepatitidy A s koncentrovaným výskytem infekce ve skupinách injekčních uživatelů drog, jako tomu bylo například v roce 2008 v Lotyšsku, kde došlo v důsledku propuknutí infekce v této komunitě k nárůstu hlášených případů na 100 000 obyvatel z 0,66 na 123 (13). Další epidemie spojené se skupinami injekčních uživatelů drog proběhly v České republice (12), Finsku (15) a Norsku (14). Není zřejmé, zda tyto epidemie měly souvislost s praktikami uplatňovanými při přípravě drog, nebo s jiným chováním provázeným špatnou hygienou.

Bakteriální kožní a systémové infekce

Skutečný rozsah bakteriálních a systémových infekcí způsobených injekčním užíváním drog je obtížné odhadnout, protože většina z nich není na evropské úrovni monitorována. V průzkumu provedeném v roce 2010 v Anglii, Walesu a Severním Irsku uvádělo 40 % aktuálních injekčních uživatelů, že v posledním roce měli boláky, abscesy nebo otevřené rány, což jsou běžné příznaky infekce v místech vpichu (17). Tyto infekce jsou typickým důsledkem používání nesterilního injekčního náčiní nebo nečistého materiálu používaného k přípravě drogy. Nejběžnějším patogenem, který u injekčních uživatelů drog způsobuje infekce kůže a měkkých tkání, je *Staphylococcus aureus* (tzv. zlatý stafylokok), přičemž původcem velké části těchto infekcí jsou jeho kmeny rezistentní na meticilin (MRSA) (188). Byť se většinou jedná o nezávažné infekce, některé z nich se mohou značně zkomplikovat a přejít do systémové formy vedoucí ke vzniku zánětů kostní dřeně, bakteriemie, septické hluboké žilní trombózy a endokarditidy (189, 190). Další záněty kůže a měkkých tkání a systémové infekce způsobují streptokoky skupiny A (GAS), zatímco původci klostridiálních infekcí jsou zodpovědní za traumatický botulismus a tetanus (191, 192). K epidemickému výskytu traumatického botulismu (193), tetanu (18) a dalších klostridiálních infekcí (194) dochází u injekčních

uživatelů drog po celé Evropě. Přestože tyto systémové infekce jsou relativně vzácné, mohou vést k závažným onemocněním a úmrtím. Jedním z takových akutních onemocnění je antrax, způsobovaný bakterií *Bacillus anthracis*. V Evropě se sice vyskytuje vzácně, nicméně koncem roku 2009 a v roce 2010 bylo mezi injekčními uživateli drog ve Skotsku hlášeno celkem 42 případů, z toho 13 se smrtelnými následky. Další úmrtí, u nichž byla prokázána souvislost se skotskými případy na základě identifikace shodného kmene antraxu, byla evidována v Anglii a Německu; předpokládaným zdrojem nákazy byla kontaminovaná zásilka heroinu (54).

Pohlavně přenosné infekce

Užívání drog, včetně injekčního, se pojí s vysokou rizikovými sexuálními praktikami a vysokou prevalencí pohlavně přenosných infekcí (PPI), byť epidemiologie PPI u injekčních uživatelů drog není v Evropě dobře zdokumentována. Předpokládá se, že lidé, kteří injekčně užívají drogy, jsou více ohroženi PPI, protože u nich existuje vyšší pravděpodobnost provozování sexu za peníze či drogy nebo opomíjení zásad bezpečnějšího sexuálního chování v důsledku sníženého úsudku během intoxikace drogou (162). Lze se rovněž oprávněně domnívat, že u některých uživatelů drog může být jejich závislostní chování překážkou v přístupu ke zdravotní péči nebo orientačnímu testování na PPI a že standardní služby pracovišť zaměřených na problematiku PPI se k mnohým injekčním uživatelům drog nedostanou. Je však

objektivně prokázáno, že mezi injekčními uživateli drog a jejich sexuálními partnery bezpochyby dochází k přenosu například hepatitidy B a HIV, a proto je důležité se na tuto populaci zaměřit z hlediska screeningu a prevence pohlavně přenosných a jiných krví šířených virových nákaz.

Lidský T-lymfotropní virus typu II (HTLV-II)

HTLV-II se přenáší injekčním náčiním, pohlavně i prostřednictvím infikovaných krevních produktů. Od svého objevení v roce 1982 je role lidského T-lymfotropního viru typu II (HTLV-II) jako patogenu nejednoznačná a jeho souvislost se vznikem konkrétních onemocnění je zatím v literatuře popsána jen málo. Objevují se však postupně nová fakta, z nichž je patrné, že u pacientů infikovaných virem HTLV-II dochází k rozvoji neurologických onemocnění, ke zvýšenému výskytu zápalu plic a bronchitidy a možnému vzniku autoimunitních onemocnění (11). Virus HTLV-II byl zjištěn u injekčních uživatelů drog v USA a v Evropě, kdy se jeho odhadovaná prevalence pohybuje v Itálii od 1,6 % do 8 % (195, 196) a ve Španělsku od 0,4 % do 11,5 % (197). V rámci těchto a dalších studií byla zdokumentována běžná koinfekce HTLV-II s HIV. V severní Evropě se virus HTLV-II vyskytuje mezi injekčními uživateli drog s relativně nižší četností, nicméně byl zaznamenán ve Švédsku (198) a Francii (199). Vysoká séroprevalence (15 %) HTLV-II u osob užívajících injekčně drogy byla zjištěna v rámci jedné studie realizované v Irsku (200).

PŘÍLOHA B
HLAVNÍ INTERVENCE ZAMĚŘENÉ
NA PREVENCI INFEKcí
MEZI INJEKČNÍMI UŽIVATELI DROG

Jak uvádíme v kapitole „Úkoly, cíle a metoda“, při formulování jednotlivých hlavních intervencí prezentovaných v tomto dokumentu bylo přihlédnuto k několika faktorům. U každé z hlavních intervencí byla zohledněna příslušná fakta podložená výzkumem publikovaným v recenzovaných periodikách, a to na základě systematické analýzy přehledových studií (metoda „matapřehledu“) publikovaných od roku 2000 (201). „Přehledy přehledů“ jsou považovány za zdroj vysoce průkazných faktů, protože sumarizují a třídí zjištění prezentovaná v primární literatuře prostřednictvím systematických kritérií pro výběr studií a vyhodnocování jejich výsledků. Následná analýza „přehledu přehledů“ je účinnou metodou shromažďování informací s vysokou výpovědní hodnotou, ale má i svá specifická omezení (viz expertní zprávy pojednávající o problematice výchozích podkladů). Předkládaný metodický pokyn se tato omezení snaží kompenzovat tím, že zohledňuje také aktuální primární vý-

zkum a názory odborné veřejnosti a doplňuje jimi závěry vycházející z „přehledu přehledů“. Výsledky primárního výzkumu se staly podkladem pro intervence, k nimž ještě nebyly k dispozici žádné systematické přehledy. Ke všem hlavním intervenčním složkám se vyjádřila odborná poradní skupina ECDC/EMCDDA.

Dále jsme ověřovali, zda jsou jednotlivé intervence považovány v rámci EU za příklady dobré praxe a jsou tak součástí národních i mezinárodních metodických pokynů a strategických dokumentů. V neposlední řadě jsme také posuzovali výsledky studií zabývajících se preferencemi uživatelů a poskytovatelů služeb, kde nás zajímalo, jak uživatelé/poskytovatelé ze svého hlediska popisují kritéria pro co nejefektivnější poskytování preventivních služeb. U každé z doporučených hlavních intervencí je uvedeno výchozí stanovisko vysvětlující způsob zvažování argumentů pro zařazení konkrétní intervence do tohoto materiálu.

Tabulka B1: Přehled efektivity intervencí zaměřených na snižování míry rizikového injekčního chování a přenosu HIV a VHC jako základ pro doporučení a výchozí stanovisko ve vztahu k sedmi hlavním intervencím

Hlavní intervence/ díleč složky	Názory odborníků/ aplikační praxe	Důkazy získané na základě analýzy „přehledu přehledů“ (jednotlivé symboly viz tabulku B2)	Závěry primárních studií
injekční náčíní	Doporučení a výchozí stanovisko: Na základě konzistentních průkazných zjištění popsaných v přehledové literatuře, výsledků primárních studií a expertních názorů se doporučuje poskytování čistého náčíní k injekční aplikaci drog, včetně bezplatné distribuce dostatečného množství sterilních jehel a stříkaček, a legální dostupnost těchto parafernálií v rámci kombinovaného komplexního přístupu realizovaného prostřednictvím programů orientujících se na služby snižování rizik, poradenství a léčbu.		
poskytování jehel a stříkaček	• souhlasné názory odborníků	rizikové injekční chování: ++ přenos HIV: + přenos VHC: ?	• korelační studie zaměřené na efekt výměnných programů prokazují stabilizování nebo snížení míry přenosu VHC • znedávno publikované metaanalýzy vyplývá, že kombinace OSL a výměnných programů je účinná při snižování míry přenosu VHC

Hlavní intervence/ dílčí složky	Názory odborníků/ aplikační praxe	Důkazy získané na základě analýzy „přehledu přehledů“ (jednotlivé symboly viz tabulku B2)	Závěry primárních studií
jiné injekční parafernálie	souhlasné názory odborníků	rizikové injekční chování: + přenos HIV: ? přenos VHC: +/-	in vitro studie prokazují výrazný potenciál z hlediska přenosu VHC
fólie jako způsob podněcování přechodu na jiný způsob aplikace	souhlasné názory odborníků	rizikové injekční chování: ? přenos HIV: ? přenos VHC: ?	nedostatek studií
očkování	Doporučení a výchozí stanovisko: Očkování injekčních uživatelů drog proti hepatitidě typu B a A, tetanu, chřipce a zejména u osob nakažených virem HIV pak očkování proti pneumokoků. Doporučuje se na základě názorů odborníků, aplikační praxe a primárních studií.		
očkování proti VHB, VHA, tetanu, chřipce (očkování proti pneumokoku u jedinců nakažených virem HIV)	- názory odborníků vyznívají ve prospěch této intervence jako adresné služby pro injekční uživatel drog - účinnost očkování je osvědčena - široce uplatňovaná veřejno-zdravotní praxe	(nebylo zahrnuto do přehledové analýzy)	vysoce přesvědčivá fakta o pozitivním vlivu vakcinace na snížení výskytu VHB, VHA a tetanu na individuální i populační úrovni, a to i v případě, že není dodržen celý očkovací cyklus
léčba drogové závislosti	Doporučení a výchozí stanovisko: K dispozici a snadno dostupné by měly být opioidová substituční léčba (OSL) a další formy efektivní léčby závislosti na drogách. Tento závěr vyplývá z názorů expertů a v případě OSL z konzistentních průkazných zjištění, k nimž dospěly mnohé robustní studie a přehledy. Efektivita psychosociální léčby sice není objektivně prokázána, ale doporučuje se na základě názorů expertů.		
farmakologická léčba založená na podávání (opioidových) agonistů (OSL)	souhlasné názory odborníků	rizikové injekční chování: ++ přenos HIV: ++ přenos VHC: +	- kombinování OSL s výměnnými programy dále zvyšuje efektivitu prevence šíření VHC - zvýšená adherence k ART a vyšší virologická odpověď při ART u HIV-pozitivních osob v OSL - kombinování OSLs psychosociální terapií má pozitivní dopad na dodržování léčebného režimu, úspěšné absolvování celé léčby a budoucí abstinenci

Hlavní intervence/ díleční složky	Názory odborníků/ aplikační praxe	Důkazy získané na základě analýzy „přehledu přehledů“ (jednotlivé symboly viz tabulku B2)	Závěry primárních studií
farmakologická léčba založená na podávání antagonistů	• alternativa pro osoby, které nezačnou s farmakologickou léčbou na bázi agonistů • potřeba dalšího výzkumu	rizikové injekční chování: +/- přenos HIV: +/- přenos VHC: +/-	• v kombinaci s psychosociální terapií může mít pozitivní vliv na snižování míry užívání drog
psychosociální léčba	hlavní volba u uživatelů stimulancií, při absenci farmakoterapie: • v kombinaci s OSL zvyšuje její efektivitu • alternativa pro uživatele opioidů, kteří nemají zájem o farmakologickou léčbu	rizikové injekční chování: +/- přenos HIV: +/- přenos VHC: +/-	• potenciální přínos s ohledem na snížení míry užívání drog • u uživatelů stimulancií může být přínosem incentivní terapie • v kombinaci s OSL má pozitivní dopad na dodržování léčebného režimu, úspěšné absolvování celé léčby a budoucí abstinenci
testování	Doporučení a výchozí stanovisko: Dobrovolné a anonymní testování na HIV, VHC (VHB pro neočkované) a další infekce, včetně TBC, prováděné na základě informovaného souhlasu by mělo být nabízeno jako standardní služba s návazností na další možnost léčby.		
testování na infekční onemocnění	• souhlasné názory odborníků • součástí národních a mezinárodních směrnic • široce uplatňovaná veřejno-zdravotní praxe • nezbytný základ pro jakákoli rozhodnutí v oblasti prevence a léčby	rizikové injekční chování: +/- přenos HIV: ? přenos VHC: ?	• ze studií a modelových analýz vyplývá, že optimální provázanost s léčbou snižuje další šíření infekce
léčba infekčních onemocnění	Doporučení a výchozí stanovisko: Na základě výzkumem ověřených poznatků a názorů odborníků by měla být osobám nakaženým HIV, VHB nebo VHC poskytována klinicky indikovaná antivirotická léčba. V případě aktivní TBC by měla být poskytována antituberkulózní léčba. U případů latentní TBC je zapotřebí zvážit možnost profylaktické terapie. Léčba ostatních infekčních onemocnění by měla být nabízena podle klinické indikace. Doporučuje se zajistit univerzální přístup ke všem formám terapie, včetně jejich dostupnosti pro aktivní injekční uživatele¹¹.		

11 V tomto ohledu je třeba věnovat pozornost lékovým interakcím a stálému kontaktu s poskytovatelem lékařské péče.

Hlavní intervence/ dílčí složky	Názory odborníků/ aplikační praxe	Důkazy získané na základě analýzy „přehledu přehledů“ (jednotlivé symboly viz tabulku B2)	Závěry primárních studií
	• souhlasné názory odborníků • součástí mezinárodních a národních směrnic, v nichž se stále častěji uvádí, že aktivní užívání drog by nemělo být považováno za faktor znemožňující poskytnutí antivirotické léčby • neposkytnutí léčby by se mohlo negativně projevit ve formě morbidit a případných úmrtí	(nebylo zahrnuto do přehledové analýzy)	• vysoce přesvědčivá fakta ve prospěch léčby aktivních i latentních případů TBC • z modelových analýz jednoznačně vyplývá možnost preventivních účinků léčby VHC na úrovni populace • prokázaná úspěšnost léčby HIV a VHC v kohortách aktivních uživatelů drog
podpora zdraví (osvěta a terénní práce)	Doporučení a výchozí stanovisko: Na základě průkazných poznatků prezentovaných v přehledové literatuře, výsledků primárních studií a expertních názorů se doporučuje podpora zdraví zaměřená na bezpečnější injekční chování, pohlavní zdraví, včetně používání kondomu, a prevenci a léčbu nemocí, včetně testování na jejich výskyt.		
poskytování informací, edukace a poradenství	• souhlasné názory odborníků • považováno za nepostradatelný doplněk realizace všech zbývajících šesti intervencí	rizikové injekční chování: + přenos HIV: +/- přenos VHC: ?	• komplexní soubor opatření založených na konkrétních potřebách populací klientů • přispívá k plnění cílů prevence
adresné poskytování služeb	Doporučení a výchozí stanovisko: Jednotlivé služby by měly být kombinovány, organizovány a poskytovány v souladu s potřebami uživatelů a místními podmínkami. Patří sem zajišťování služeb prostřednictvím terénních programů i stacionárních zařízení nabízejících léčbu drogové závislosti, služby snižování rizik, poradenství, testování a zprostředkovávání všeobecné primární zdravotní péče i služeb lékařů-specialistů.		
stacionární nízkoprahová zařízení nabízející výměnné programy a další preventivní služby	• souhlasné názory odborníků • umožňují poskytovat klientům soubor různorodých služeb v reakci na jejich potřeby a navazovat kontakt s uživateli	byla provedena přehledová analýza vědecké literatury se zaměřením na výměnné programy rizikové injekční chování: ++ přenos HIV: + přenos VHC: +/-	• mezi faktory, které se hrávaly pozitivní roli z hlediska motivace injekčních uživatelů drog k návštěvě zařízení, patřily podle jednotlivých studií nízké ceny, geografická dostupnost, vstřícnost personálu a možnost využití dalších služeb v rámci programu výměny jehel a stříkaček

Hlavní intervence/ dílčí složky	Názory odborníků/ aplikační praxe	Důkazy získané na základě analýzy „přehledu přehledů“ (jednotlivé symboly viz tabulku B2)	Závěry primárních studií
			• mezi zjištěné překážky patřily špatná geografická dostupnost, strach ze zadržení policií při využívání služeb výměnných programů, provozní doba a nedostatek soukromí
zprostředkovávání všeobecné primární zdravotní péče a specializovaných služeb v oblasti zdravotnictví, drogové prevence, včetně snižování rizik, poradenství a léčby	• souhlasné názory odborníků • tvoří nezbytnou a základní součást péče o uživatele drog v souladu s přijatými standardy poskytování zdravotní a sociální péče	zprostředkování kontaktů na další služby nebylo z hlediska dopadu předmětem žádné formální přehledové analýzy odborné literatury	• zprostředkování kontaktů na další služby nebylo z hlediska dopadu předmětem žádné formální přehledové analýzy odborné literatury
přístup ke stříkačkám prostřednictvím lékáren	• souhlasné názory odborníků • rozšiřuje možnost přístupu k sterilním stříkačkám	rizikové injekční chování: + přenos HIV: +/- přenos VHC: ?	• korelační a průřezové studie dokládají, že po zavedení prodeje stříkaček v lékárnách došlo k poklesu míry jejich sdílení mezi uživateli
sekundární distribuce stříkaček	• souhlasné názory odborníků • umožňuje rozšíření záběru programů výměny stříkaček	rizikové injekční chování: +/- přenos HIV: +/- přenos VHC: ?	• nedostatek studií
poskytování stříkaček v rámci terénní práce	• souhlasné názory odborníků • umožňuje proniknout mezi těžko dostupné, marginalizované populace	rizikové injekční chování: ? přenos HIV: +/- přenos VHC: ?	• nedostatek studií

Hlavní intervence/ díleční složky	Názory odborníků/ aplikační praxe	Důkazy získané na základě analýzy „přehledu přehledů“ (jednotlivé symboly viz tabulku B2)	Závěry primárních studií
prodejní automaty na stříkačky	• souhlasné názory odborníků • umožňuje přístup ke stříkačkám bez omezení provozní dobou	rizikové injekční chování: +/- přenos HIV: +/- přenos VHC: ?	• nedostatek studií
kombinace různých způsobů zajišťování výměny injekčního náčiní	• souhlasné názory odborníků • je doporučováno využívat různé distribuční kanály	dopad kombinace různých způsobů zajišťování služeb nebyl předmětem žádné formální přehledové analýzy odborné literatury	• průkazné závěry primárních studií o větší efektivitě služeb při kombinaci různých forem jejich poskytování
supervidované aplikační místnosti	• souhlasné názory odborníků • umožňuje adresnou individuální edukaci zaměřenou na bezpečnější aplikační praktiky	rizikové injekční chování: + přenos HIV: ? přenos VHC: ?	• nedostatek studií • pozitivní dopad na smrtelná předávkování v rámci uživatelské komunity

Tabulka B2: Způsoby vyjádření průkaznosti a míra průkazu vyžadovaná ke zdůvodnění jednotlivých závěrů (upraveno podle Ellis et al., 2003)

Vyjádření průkaznosti	Míra průkazu
'++' nebo '--' dostatečná průkaznost zjištění popsaných v přehledové literatuře, jimiž lze potvrdit nebo zpochybnit efektivitu dané intervence	• jasné a konzistentní závěry jednoho nebo více stěžejních přehledů vycházející z většího počtu robustních studií, nebo • konzistentně prokázaná zjištění napříč větším množstvím robustních studií v rámci jednoho nebo více stěžejních přehledů, pokud nelze jasné a konzistentní závěry vyvodit z přehledu/(ů)
'+' nebo '-' nejednoznačná průkaznost zjištění popsaných v přehledové literatuře, jimiž lze potvrdit nebo zpochybnit efektivitu dané intervence	• nejednoznačné závěry jednoho nebo více stěžejních přehledů vycházející z konzistentně prokázaných zjištění generovaných malým počtem robustních studií nebo větším počtem studií s menší výpovědní hodnotou, nebo • konzistentně prokázaná zjištění generovaná malým počtem robustních studií nebo větším počtem studií s menší výpovědní hodnotou v rámci jednoho nebo více stěžejních přehledů, pokud nelze jasné a konzistentní závěry vyvodit z přehledu/(ů), nebo • protichůdná zjištění generovaná jedním nebo více stěžejních přehledů, kdy převládají důkazy ve prospěch jedné strany (ať už potvrzující či zpochybňující efektivitu) a existuje hodnověrné zdůvodnění daného rozporu, nebo

Vyjádřen průkaznosti	Míra průkazu
	• konzistentně prokázaná zjištění generovaná větším množstvím robustních studií v rámci jednoho nebo více doplňkových přehledů, pokud není k dispozici žádný stěžejní přehled
'+/-' nedostatečná průkaznost zjištění popsaných v přehledové literatuře, jimiž lze potvrdit nebo zpochybnit efektivitu dané intervence	• deklarovaná nedostatečná průkaznost zjištění generovaných stěžejním přehledem, nebo • nedostatečná průkaznost zjištění, jimiž lze potvrdit nebo zpochybnit efektivitu dané intervence (buď z důvodu nedostatečného množství důkazů, nebo jejich nízké výpovědní hodnoty), pokud nelze jasné a konzistentní závěry o průkaznosti zjištění vyvodit ze stěžejních přehledu/(ů), nebo • cokoli méně hodnotného než konzistentně prokázaná zjištění generovaná větším množstvím robustních studií v rámci jednoho nebo více doplňkových přehledů
'?' absence přehledové literatury	• nebyly nalezeny žádné stěžejní ani doplňkové přehledy zabývající se tímto tématem, možná z důvodu nedostatku primárních studií

PŘÍLOHA C
DALŠÍ METODIKY A ODBORNÉ PŘÍRUČKY

Název	Organizace (rok)	Odkaz
Best practice portal: evidence base, standards and guidelines, and evaluated practice [Portál dobré praxe: výzkumem ověřené postupy, standardy, směrnice a evaluované příklady z praxe] Key epidemiological indicators [Klíčové epidemiologické indikátory]	EMCDDA	http://www.emcdda.europa.eu/best-practice http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators
Use of interferon-gamma release assays in support of TB diagnosis [Využívání testu uvolňování interferonu gama při potvrzování diagnózy TBC]	ECDC (2011)	http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1103_GUI_IGRA.pdf
Guide to infection prevention in outpatient settings: minimum expectations for safe care [Přehled doporučení pro prevenci infekcí v ambulantní praxi: elementární předpoklady bezpečné péče]	CDC (2011)	http://www.cdc.gov/HAI/pdfs/guidelines/Ambulatory-Care-04-2011.pdf
EASL clinical practice guidelines: management of hepatitis C virus infection [Směrnice EASL pro správnou klinickou praxi v oblasti komplexní léčby virové hepatitidy typu C]	EASL (2011)	http://www.easl.eu/assets/application/files/4a7bd873f9ccbf_file.pdf
HIV testing: increasing uptake and effectiveness in the European Union [Zvyšující se využívání a efektivita testování na HIV v rámci Evropské unie]	ECDC (2010)	http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/101129_GUI_HIV_testing.pdf

Název	Organizace (rok)	Odkaz
Guidelines for testing HIV, viral hepatitis and other infections in injecting drug users [Směrnice pro testování injekčních uživatelů drog na HIV, virové hepatitidy a další infekce]	EMCDDA (2010)	http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/testing-guidelines
Treatment of tuberculosis: guidelines, fourth edition [Směrnice pro léčbu tuberkulózy, čtvrté vydání]	WHO (2010)	http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241547833_eng.pdf
Guidelines for services providing injecting equipment: best practice recommendations for commissioners and injecting equipment provision (IEP) services in Scotland [Doporučení pro dobrou praxi v oblasti poskytování injekčního náčiní určená odpovědným činitelům a organizacím zajišťujícím tyto služby ve Skotsku]	Scottish Government (2010)	http://www.scotland.gov.uk/Publications/2010/03/29165055/0
Harm reduction at work: a guide for organizations employing people who use drugs [Harm reduction v praxi: příručka pro organizace zaměstnávající osoby, které užívají drogy]	Open Society Institute (2010)	http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/harmreduction-work-20110314/work-harmreduction-20110314.pdf
Good practice guide: HIV and drug use – community responses to injecting drug use and HIV [Příručka dobré praxe v oblasti komunitních opatření zaměřených na řešení problematiky injekčního užívání drog a HIV]	International HIV/AIDS Alliance (2010)	http://www.aidsalliance.org/publicationsdetails.aspx?id=454

Název	Organizace (rok)	Odkaz
Needle and syringe programmes: providing people who inject drugs with injecting equipment [Výměnné programy: poskytování jehel a stříkaček injekčním uživatelům drog]	National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2009)	http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12130/43301/43301.pdf
International standards for tuberculosis care, second edition [Mezinárodní standardy pro péči o osoby nakažené nebo ohrožené tuberkulózou, druhé vydání]	Tuberculosis Coalition for Technical Assistance (2009)	http://www.tbcta.org/Uploaded_files/Zelf/ISTCReport2ndEdition1258118339.pdf
Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users [Praktická příručka pro stanovování cílů v oblasti univerzálního přístupu injekčních uživatelů drog k prevenci, léčbě a péči v souvislosti s HIV na úrovni jednotlivých států]	WHO, UNODC, UNAIDS (2009)	http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/manual/2010/idu_target_setting_guide_en.pdf
Guidance on testing and counselling for HIV in settings attended by people who inject drugs [Metodický pokyn k testování a poradenství týkajícího se HIV na místech navštěvovaných injekčními uživateli drog]	WHO, UNAIDS (2009)	http://www.who.int/hiv/topics/idu/care/GuidanceTC_IDUsettings.pdf
Policy guidelines for collaborative TB and HIV services for injecting and other drug users [Směrnice pro koordinované poskytování služeb pro injekční uživatele drog v souvislosti s problematikou TBC a HIV]	WHO (2008)	http://www.who.int/rpc/guidelines/9789241596930/en/index.html

Název	Organizace (rok)	Odkaz
EASL clinical practice guidelines: management of chronic hepatitis B [Směrnice EASL pro dobrou klinickou praxi v oblasti komplexní léčby virové hepatitidy typu B]	EASL (2009)	http://www.easl.eu/assets/application/files/b73c0da3c52fa1d_file.pdf
Safety, risks and outcomes from the use of injecting paraphernalia [Bezpečnost, rizika a dopad používání parafernálií k injekční aplikaci]	Scott (2008)	http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/127313/0057758.pdf
Guide to starting and managing needle and syringe programmes [Příručka pro zavádění a provozování programů výměny jehel a stříkaček]	WHO, UNAIDS, UNODC (2007)	http://www.who.int/hiv/idu/Guide_to_Starting_and_Managing_NSP.pdf
HIV/AIDS treatment and care: clinical protocols for the WHO European Region [Doporučené medicínské postupy pro Evropský region WHO týkající se problematiky léčby a péče v oblasti HIV/AIDS]	WHO (2007)	http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/78106/E90840.pdf
Correlation – Guidelines on providing integrated outreach services [Směrnice k poskytování integrovaných terénních služeb vydané organizací Correlation]	Correlation Network (2007)	http://www.correlation-net.org/doccenter/pdf_document_centre/book_outreach_fin.pdf
Ontario needle exchange programs: best practice recommendations [Programy výměny jehel v provincii Ontario: příklady dobré praxe]	Strike (2006)	http://www.health.gov.on.ca/English/providers/pub/aids/reports/ontario_needle_exchange_programs_best_practices_report.pdf

Název	Organizace (rok)	Odkaz
Policy and programming guide for HIV/AIDS prevention and care among injecting drug users [Výchozí principy a praktické zajišťování prevence a péče v oblasti HIV/AIDS ve vztahu k injekčním uživatelům drog]	WHO (2005)	http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/policyprogrammingguide.pdf
Advocacy guide: HIV/AIDS prevention among injecting drug users [Jak prosazovat prevenci HIV/AIDS mezi injekčními uživateli drog]	WHO, UNAIDS, UNODC (2004)	http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/en/advocacyguideen.pdf
Evidence for action: effectiveness of community-based outreach in preventing HIV/AIDS among people who inject drugs [Odborné podklady pro činnost: efektivita komunitní terénní práce při prevenci HIV/AIDS mezi injekčními uživateli drog]	WHO (2004)	http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/evidenceforactionreprint2004.pdf
Interim policy on collaborative TB/HIV activities, 1st ed. [Předběžná koncepce koordinace činnosti v oblasti řešení problematiky TBC a HIV, 1. vydání]	WHO (2004)	http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_HTM_TB_2004.330_eng.pdf
BCG vaccine: WHO position paper [Stanovisko WHO k problematice vakcíny BCG]	WHO (2004)	http://www.who.int/wer/2004/en/wer7904.pdf
Background paper for the technical consultation on effective coverage of health systems [Podkladový dokument pro odborná stanoviska v oblasti efektivního pokrytí systémy zdravotní péče]	WHO (2001)	http://www.who.int/health-systems-performance/technical_consultations/effcov_background.pdf

LITERATURA

1. WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS treatment and care: clinical protocols for the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2007.
2. Malta M, Magnanini MM, Strathdee SA, Bastos FI. Adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected drug users: a meta-analysis. *AIDS Behav* 2010; 14(4): 731–747.
3. MacGregor S, Whiting M. The development of European drug policy and the place of harm reduction. In: Rhodes T, Hedrich D, eds. *Harm reduction: evidence, impacts, and challenges*. Lisbon: EMCDDA, 2010.
4. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Key indicators. Lisbon: EMCDDA; 2011 [citováno 5. srpna 2011]. K dispozici na <http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators>.
5. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Trends in injecting drug use in Europe. Lisbon: EMCDDA, 2010.
6. European Centre for Disease Prevention and Control, WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe: 2009. Stockholm: ECDC, 2010.
7. European Centre for Disease Prevention and Control. Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2010. Stockholm: ECDC, 2010.
8. European Centre for Disease Prevention and Control. Surveillance and prevention of hepatitis B and C in Europe. Stockholm: ECDC, 2010.
9. Nelson PK, Mathers BM, Cowie B, Hagan H, Des Jarlais D, Horyniak D, et al. Global epidemiology of hepatitis B and hepatitis C in people who inject drugs: results of systematic reviews. *Lancet* 2011, Jul 27.
10. Hickman M. HCV prevention – a challenge for evidence-based harm reduction. In: Rhodes T, Hedrich D, eds. *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; 6(3): 144–154.
12. Castkova J, Benes C. Increase in hepatitis A cases in the Czech Republic in 2008 – an update. *Euro Surveill* 2009; 14(3).
13. Perevosikovs J, Lucenko I, Magone S, Brila A, Curikova J, Vennema H. Community-wide outbreak of hepatitis A in Latvia in 2008 – an update. *Euro Surveill* 2009; 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; 7(5).
16. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Guidelines for testing HIV, viral hepatitis, and other infections in injecting drug users: a manual for provider-initiated medical examination, testing and counseling. EMCDDA manuals. Lisbon: EMCDDA, 2010.
17. Health Protection Agency Cfl, Health Protection Scotland, National Public Health Service for Wales, Communicable Disease Surveillance Centre Northern Ireland, Centre for Research on Drugs and Health Behavior LSoHaTM. Shooting up: infections among injecting drug users in the United Kingdom 2007. An update: October 2008.
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; 12(4): 709–710.
19. Beeching NJ, Crowcroft NS. Tetanus in injecting drug users. *BMJ* 2005; 330(7485): 208–209.
20. Wiessing L, van de Laar MJ, Donoghoe MC, Guarita B, Klempova D, Griffiths P. HIV among injecting drug users in Europe: increasing trends in the East. *Euro Surveill* 2008; 13(50).
21. Tefanova V, Tallo T, Kutsar K, Priimgi L. Urgent action needed to stop spread of hepatitis B and C in Estonian drug users. *Euro Surveill* 2006; 11(1): E060126 3.
22. Commission of the European Communities. Charter of fundamental rights of the European Union. 2000/C 364/01. Brussels: Commission of the European Communities, 2000.
23. Commission of the European Communities. Treaty of Lisbon. 2007/C 306/01. Brussels: Commission of the European Communities, 2007.
24. Commission of the European Communities. Combating HIV/AIDS in the European Union and neighbouring countries, 2009–2013. Brussels: Commission of the European Communities, 2009.
25. Dublin declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia. Dublin, 2004.
26. EU Drugs Action Plan for 2009–2012. Official Journal of the European Union 2008 Dec 20: C 326/7–25.
27. Council of the European Union. EU Drugs Strategy (2005–2012). Brussels, 2004.

28. European Centre for Disease Prevention and Control. Evidence-based methodologies for public health. Stockholm: ECDC, 2011.
29. European convention for the prevention of torture and inhuman or degrading treatment or punishment. 2002.
30. UN General Assembly. Basic principles for the treatment of prisoners. UN General Assembly Resolution. Geneva: 1990.
31. WHO. Prevention of acute drug-related mortality in prison populations during the immediate post-release period. Copenhagen: WHO European Regional Office, 2010.
32. WHO. Health in prisons: A WHO guide to the essentials in prison health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2007.
33. O'Hare P. Merseyside, the first harm reduction conferences, and the early history of harm reduction. *Int J Drug Policy* 2007; 18(2): 141–144.
34. Buning EC, Coutinho RA, van Brussel GH, van Santen GW, van Zadelhoff AW. Preventing AIDS in drug addicts in Amsterdam. *Lancet* 1986; 1(8495): 1435.
35. International Harm Reduction Association. What is harm reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association. London: International Harm Reduction Association, 2010.
36. Advisory Council on the Misuse of Drugs. AIDS and drug misuse: Part I. London: Advisory Council on the Misuse of Drugs (ACMD), 1988.
37. Rhodes T, Hedrich D. Harm reduction and the mainstream. In: Rhodes T, Hedrich D, eds. *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: 231–237.
39. Jurgens R, Csete J, Amon JJ, Baral S, Beyrer C. People who use drugs, HIV, and human rights. *Lancet* 2010; 376(9739): 475–485.
40. WHO. Ottawa Health Charter. First International Conference on Health Promotion; 1986; Ottawa, Canada: World Health Organization.
41. Davoli M, Simon R, Griffiths P. Current and future perspectives on harm reduction in the European Union. In: *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Harm reduction: evidence, impacts and challenges*. Lisbon: EMCDDA, 2010.
42. Wodak A, Cooney A. Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Geneva: World Health Organization, 2004.
43. Arponen A, Brummer-Korvenkontio H, Liitsola K, Salminen M. Trust and free will as the keys to success for the low threshold service centers (LTHSC): An interdisciplinary evaluation study of the effectiveness of health promotion services for infectious disease prevention and control among injecting drug users. Helsinki: Finnish National Public Health Institute and Department of Infectious Disease Epidemiology and Control; 2008.
44. Kerr T, Hayashi K, Fairbairn N, Kaplan K, Suwannawong P, Zhang R, et al. Expanding the reach of harm reduction in Thailand: Experiences with a drug user-run drop-in centre. *Int J Drug Policy* 2010; 21(3): 255–258.
45. Trubnikov MN, Khodakevich LN, Barkov DA, Blagovo DV. Sources of injecting equipment for drug users in Moscow, Russia. *Int J Drug Policy* 2003; 14(5): 453–455.
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; 14(5): 465–467.
47. Curth NK, Hansson LN, Storm F, Lazarus JV. Select barriers to harm-reduction services for IDUs in eastern Europe. *Cent Eur J Public Health* 2009; 17(4): 191–197.
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): 979–999.
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; 100(6): 1068–1074.
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; 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; 103(3): 93–98.
52. Strike CJ, Challacombe L, Myers T, Millson M. Needle exchange programs. Delivery and access issues. *Can J Public Health* 2002; 93(5): 339–343.
53. WHO, UNODC, UNAIDS. Technical guide for countries to set targets for universal access to

- HIV prevention, treatment and care for injecting drug users. Geneva: WHO, 2009.
54. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Annual Report 2010: The state of the drugs problem in Europe. Lisbon: EMCDDA, 2010.
 55. Scottish Government. Guidelines for services providing injecting equipment: Best practice recommendations for commissioners and injecting equipment provision (IEP) services in Scotland. Edinburgh: 2010.
 56. Vlahov D, Fuller CM, Ompad DC, Galea S, Des Jarlais DC. Updating the infection risk reduction hierarchy: preventing transition into injection. *Journal of Urban Health* 2004; 81(1): 14–19.
 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; 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; 14(5): 449–451.
 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; 98(5): 853–861.
 60. Latkin CA. Outreach in natural settings: the use of peer leaders for HIV prevention among injecting drug users' networks. *Public Health Rep* 1998; 113(Suppl 1): 151–159.
 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): 33–37.
 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; 17(5): 379–392.
 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): 1923–1932.
 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): 227–232.
 67. National Treatment Agency for Substance Misuse. Engaging and retaining clients in drug treatment. London: National Treatment Agency for Substance Misuse, 2004.
 68. WHO, UNODC, UNAIDS. Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention. Geneva: WHO, 2004.
 69. Strike C, Leonard L, Millson M, Anstice S, Berkeley N, Medd E. Ontario needle exchange programs: Best practice recommendations. Toronto: 2006.
 70. Turner K, Hutchinson S, Vickerman P, Hope V, Craine N, Palmateer N, et al. The impact of needle and syringe provision and opiate substitution therapy on the incidence of hepatitis C virus in injecting drug users: pooling of UK evidence. *Addiction* 2011; May 25.
 71. Van Den Berg C, Smit C, Van Brussel G, Coutinho R, Prins M. Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users. *Addiction* 2007; 102(9): 1454–1462.
 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; 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): 1399–13404.
 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; 91(1): 42–46.

76. Hind CR. Pulmonary complications of intravenous drug misuse. 1. Epidemiology and non-infective complications. *Thorax* 1990; 45(11): 891–898.
77. Del Giudice P. Cutaneous complications of intravenous drug abuse. *Br J Dermatol* 2004; 150(1): 1–10.
78. Roux P, Carrier MP, Keijzer L, Dasgupta N. Reducing harm from injecting pharmaceutical tablet or capsule material by injecting drug users. *Drug Alcohol Rev* 2011; 30(3): 287–290.
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; 142(7): 386–388.
80. US Center for Disease Control and Prevention. Guide to Infection Prevention in Outpatient Settings: Minimum Expectations for Safe Care. CDC: Atlanta, 2011.
81. Kimber J, Palmateer N, Hutchinson S, Hickman M, Goldberg D, Rhodes T. Harm reduction among injecting drug users– evidence of effectiveness. In: Rhodes T, Hedrich D, eds. 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; 105(5): 844–859.
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; 15(4): 279–292.
84. Crofts N, Caruana S, Bowden S, Kerger M. Minimising harm from hepatitis C virus needs better strategies. *BMJ* 2000; 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; 155(7): 645–653.
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; 18(3): 204–212.
87. Ouellet L, Huo D, Bailey SL. HIV risk practices among needle exchange users and nonusers in Chicago. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2004; 37(1): 1187–1196.
88. Longshore D, Bluthenthal RN, Stein MD. Needle exchange program attendance and injection risk in Providence, Rhode Island. *AIDS Educ Prev* 2001; 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; 30(2): 133–138.
90. Garden J, Roberts K, Taylor A, Robinson D. Evaluation of the provision of single use citric acid sachets to injecting drug users Glasgow. NHS Greater Glasgow, Scottish Centre for Infection and Environmental Health and NHS Lanarkshire, 2003.
91. Advisory Council on the Misuse of Drugs. Consideration of the use of foil, as an intervention to reduce the harms of injecting heroin. London: Advisory Council on the Misuse of Drugs, 2010.
92. Mravcik V, Skarupova K, Orlikova B, Zabransky T, Karachaliou K, Schulte B. Use of gelatine capsules for application of methamphetamine: a new harm reduction approach. *Int J Drug Policy* 2011; 22(2): 172–173.
93. Abdala N, Crowe M, Tolstov Y, Heimer R. Survival of human immunodeficiency virus type 1 after rinsing injection syringes with different cleaning solutions. *Substance Use & Misuse* 2004; 39(4): 581–600.
94. Baral S, Sherman SG, Millson P, Beyrer C. Vaccine immunogenicity in injecting drug users: a systematic review. *Lancet Infect Dis* 2007; 7(10): 667–674.
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; 28(28): 4470–4477. 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; 18(3): 263–265.

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; 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; 107(1): 76–79.
99. Szmunes W, Stevens CE, Harley EJ, Zang EA, Taylor PE, Alter HJ. The immune response of healthy adults to a reduced dose of hepatitis B vaccine. *J Med Virol* 1981; 8(2): 123–129.
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; 28(6): 669–675.
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; 97(8): 985–992.
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; 44(4): 452–456.
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; 6(2): 97–100.
104. BCG vaccine. WHO position paper. *Wkly Epidemiol Rec* 2004 23; 79(4): 27–38.
105. Council of Europe. Council recommendation on the prevention and reduction of health-related harm associated with drug dependence. *Official Journal of the European Union* 2003; OJ L165(03/07/2003): 31–33.
106. Commission of the European Communities. Report from the Commission to the European Parliament and the Council on the implementation of the Council Recommendation of 18 June 2003 on the prevention and reduction of health-related harm associated with drug dependence. Brussels: 2007.
107. Malta M, Strathdee SA, Magnanini MM, Bastos FI. Adherence to antiretroviral therapy for human immunodeficiency virus/acquired immune deficiency syndrome among drug users: a systematic review. *Addiction* 2008; 103(8): 1242–1257.
108. Tilson H, Aramrattana A, Bozzette SA, Celentano DD, Falco M, Hammett TM, et al. Preventing HIV infection among injecting drug users in high-risk countries: an assessment of the evidence. Washington: Institute of Medicine, 2007.
109. Farrell M, Gowing L, Marsden J, Ling W, Ali R. Effectiveness of drug dependence treatment in HIV prevention. *Int J Drug Policy* 2005; 16(Suppl. 1): S67–S75.
110. Mattick RP, Kimber J, Breen C, Davoli M. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 2008(2): CD002207.
111. WHO. Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. WHO: Geneva, 2009.
112. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Statistical Bulletin. EMCDDA: Lisbon, 2011 [citováno 5. srpna 2011]. K dispozici 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; 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; 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): 321–329.
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): 1255–1265.
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; 26(4): 437–443.
 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): 743–749.
 122. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Heroin-assisted treatment. Lisbon: EMCDDA, 2011 (v tisku).
 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; 109(1–3): 154–160. 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): 503–117.
 128. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Figure HSR-1. Opioid substitution treatment clients as a percentage of the estimated number of problem opioid users, 2009 or most recent year available. Lisbon: EMCDDA, 2011.
 129. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. EMCDDA best practice portal. Lisbon: EMCDDA, 2011 [citováno 4. srpna 2011].
 - K dispozici 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. International Union against Tuberculosis and Lung Disease. Management of tuberculosis: a guide to the essentials of good clinical practice. 6th ed. 2010.
 132. Wilson ME, Schwartz RP, O'Grady KE, Jaffe JH. Impact of interim methadone maintenance on HIV risk behaviors. *J Urban Health* 2010; 87(4): 586–591.
 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; 330(7503): 1297.
 134. Dolan K, Wodak A. An international review of methadone provision in prisons. *Addiction Res* 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): 464–474.
 136. Jurgens R, Ball A, Verster A. Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prison. *Lancet Infect Dis* 2009; 9(1): 57–66.
 137. European Centre for Disease Prevention and Control. Implementing the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2010 progress report. Stockholm: ECDC, 2010.
 138. European Centre for Disease Prevention and Control. HIV testing: increasing uptake and effectiveness in the European Union. Stockholm: ECDC, 2010.
 139. McCoy CB, De Gruttola V, Metsch L, Comerford M. A comparison of the efficacy of two interventions to reduce HIV risk behaviors among drug users. *AIDS Behav* 2011; Jun 17.
 140. WHO. Treatment of tuberculosis guidelines. Geneva: World Health Organization, 2010.
 141. Blumberg HM, Burman WJ, Chaisson RE, Daley CL, Etkind SC, Friedman LN, et al. American Thoracic Society/Centers for Disease Control and Prevention/Infectious Diseases Society of America: treatment of tuberculosis. *Am J Respir Crit Care Med* 2003; 167(4): 603–662.

142. Deiss RG, Rodwell TC, Garfein RS. Tuberculosis and illicit drug use: review and update. *Clin Infect Dis* 2009; 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; 21(5): 1253–1264.
144. European Centre for Disease Prevention and Control. Use of interferon-gamma release assays in support of TB diagnosis. Stockholm: ECDC, 2011.
145. Rose DN. Benefits of screening for latent *Mycobacterium tuberculosis* infection. *Arch Intern Med* 2000; 160(10): 1513–1521.
146. WHO, UNAIDS. Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities. WHO: Geneva, 2007.
147. European Association for the Study of the Liver (EASL). EASL clinical practice guidelines: management of chronic hepatitis B. *J Hepatol* 2009; 50(2): 227–242.
148. European Association for the Study of the Liver (EASL). EASL clinical practice guidelines: management of hepatitis C virus infection. *J Hepatol* 2011; Feb 28.
149. Werb D, Mills EJ, Montaner JS, Wood E. Risk of resistance to highly active antiretroviral therapy among HIV-positive injecting drug users: a meta-analysis. *Lancet Infect Dis* 2010; 10(7): 464–469.
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; 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; 103(6): 905–918.
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; 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; 19(9): 1321–1334.
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; 54(6): 1137–1144.
155. WHO. Interim policy on collaborative TB/HIV activities. Geneva: WHO, 2004.
156. WHO, UNODC, UNAIDS. Policy guidelines for collaborative TB and HIV services for injecting and other drug users, an integrated approach. Geneva: WHO, 2008.
157. Tuberculosis Coalition for Technical Assistance. International standards for tuberculosis care (ISTC). The Hague: 2009.
158. WHO. Effectiveness of community-based outreach in preventing HIV/AIDS among injecting drug users. WHO: Geneva, 2004.
159. Degenhardt L, Bucello C, Mathers B, Briegleb C, Ali H, Hickman M, et al. Mortality among regular or dependent users of heroin and other opioids: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Addiction* 2011; 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; 103(10): 1648–1657.
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; 377(9775): 1429–1437.
162. Jenness SM, Kobrak P, Wendel T, Neaigus A, Murrill CS, Hagan H. Patterns of exchange sex and HIV infection in high-risk heterosexual men and women. *J Urban Health* 2011; 88(2): 329–341.
163. Ward H, Pallearos A, Green A, Day S. Health issues associated with increasing use of 'crack' cocaine among female sex workers in London. *Sex Transm Infect* 2000; 76(4): 292–293.
164. Salomon N, Perlman DC, Friedmann P, Buchstein S, Kreiswirth BN, Mildvan D. Predictors and outcome of multidrug-resistant tuberculosis. *Clin Infect Dis* 1995; 21(5): 1245–1252.
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; 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 NZJ Public Health* 2011; 35(3): 294–295.
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): 10–15.
 168. Correlation Network. Outreach work among marginalized populations in Europe: Guidelines on providing integrated outreach services. Amsterdam: 2007.
 169. Cattan M, Bagnall A-M, Akhionbare K, Burrell K. Injecting equipment schemes for injecting drug users – qualitative evidence review. London: National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), 2008.
 170. Balian R, White C. Harm reduction at work: A guide for organisations employing people who use drugs. New York: Open Society Foundations, 2010.
 171. Islam MM, Conigrave KM. Assessing the role of syringe dispensing machines and mobile van outlets in reaching hard-to-reach and high-risk groups of injecting drug users (IDUs): a review. *Harm Reduct J* 2007; 4: 14.
 172. Ruutel K, Loit HM, Sepp T, Kliiman K, McNutt LA, Uuskula A. Enhanced tuberculosis case detection among substitution treatment patients: a randomized controlled trial. *BMC Res Notes* 2011; 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): 171–180.
 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; 18(5): 437–443.
 175. UNODC. Annual Report 2009. Geneva: United Nations Office on Drugs and Crime, 2009.
 176. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Reitox Network Lisbon: EMCDDA, 2011 [citováno 5. srpna 2011]. K dispozici 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. European Centre for Disease Prevention and Control. Mapping of HIV/STI behavioural surveillance in Europe. Stockholm: ECDC, 2009.
 179. Wiessing L, Denis B, Guttormsson U, Haas S, Hamouda O, Hariga F, et al. Estimating coverage of harm reduction measures for injection drug users in the European Union. In: Proceedings of the third annual Global Research Network meeting on HIV prevention in drug-using populations, 5–7 July 2000. Durban: National Institute on Drug Abuse; National Institutes of Health; US Department of Health and Human Services, 2011.
 180. Mathers BM, Degenhardt L, Ali H, Wiessing L, Hickman M, Mattick RP, et al. HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage. *Lancet* 2010; 375 (9719): 1014–1028.
 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; 89(2–3): 214–422.
 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): 1049–1052.
 183. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Figure HSR-3. Syringes distributed through specialised programmes per estimated IDU in 2009 or more recent year. Lisbon: EMCDDA, 2011.
 184. Paraskevis D, Nikolopoulos G, Tsiara C, Paraskeva D, Antoniadou A, Lazanas M, et al. HIV-1 outbreak among injecting drug users in Greece, 2011: a preliminary report. *Euro Surveill* 2011; 16(36).
 185. Selwyn PA, Hartel D, Lewis VA, Schoenbaum EE, Vermund SH, Klein RS, et al. A prospective study of the risk of tuberculosis among intravenous drug users with human immunodeficiency virus infection. *American Journal of Public Health* 2006; 96(12): 2025–2030.

- ciency virus infection. *N Engl J Med* 1989; 320(9): 545–550.
186. Pimpin L, Drumright LN, Kruijshaar ME, Abubakar I, Rice B, Delpech V, et al. TB-HIV co-infection in EU and EEA countries. *Eur Respir J* 2011; Jul 7.
 187. European Centre for Disease Prevention and Control, WHO Regional Office for Europe. Tuberculosis surveillance in Europe 2009. Stockholm: ECDC, 2011.
 188. Lloyd-Smith E, Hull MW, Tyndall MW, Zhang R, Wood E, Montaner JS, et al. Community-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* is prevalent in wounds of community-based injection drug users. *Epidemiol Infect* 2010; 138(5): 713–720.
 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; 16(7): 921–926.
 190. Fah F, Zimmerli W, Jordi M, Schoenenberger RA. Septic deep venous thrombosis in intravenous drug users. *Swiss Med Wkly* 2002; 132(27–28): 386–392.
 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; 14(11): 1002–1009.
 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; 52(Pt 6): 525–526.
 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; 10(9): 172–174.
 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; 51(11): 978–984.
 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; 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; 11(5): 527–533.
 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; 33(7): 1735–1738.
 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; 15(5): 381–386.
 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; 9(3): 351–352.
 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; 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.

**Prevence a kontrola infekčních nemocí u injekčních uživatelů drog
Metodický pokyn ECDC a EMCDDA**

© Evropské centrum pro prevenci a kontrolu nemocí, 2011

© Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, 2011

© Vydal Úřad vlády České republiky, 2012

1. vydání v jazyce českém

Redakčně uzavřeno 30. srpna 2012

Design Missing-Element

Sazba Michal Korecký

ISBN 978-80-7440-064-3

**PREVENCE A KONTROLA INFEKČNÍCH NEMOCÍ
U INJEKČNÍCH UŽIVATELŮ DROG
METODICKÝ POKYN ECDC A EMCDDA**

- Publikace vznikla jako metodický pokyn Evropského centra pro prevenci a kontrolu nemocí (ECDC) a Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA) ve spolupráci s dalšími subjekty a odborníky. Publikace poskytuje informace a data o výskytu a šíření infekčních nemocí mezi uživateli drog v Evropě a jeho vývoji. Navrhuje 7 konkrétních intervencí, které mají vést ke snižování výskytu infekčních nemocí, se zaměřením na prevenci šíření krevních infekcí zejména mezi injekčními uživateli drog.
- Publikaci čtenářům předkládá Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, které je pracovištěm Úřadu vlády České republiky. Plné znění této publikace, dříve vydané publikace a informace o dalších připravovaných publikacích najdete na webové stránce www.drogy-info.cz v sekci Publikace. Distribuci zajišťuje vydavatel.

ISBN 978-80-7440-064-3



neprodejné