

Haiguste Ennetamise ja Tõrje Euroopa Keskuse (ECDC) ning  
Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskuse (EMCDDA)  
juhised

## Nakkushaiguste ennetamine ja tõrje süstivate narkomaanide seas



Euroopa Narkootikumide ja  
Narkomaania Seirekeskus



**Tervise Arengu Instituut**  
National Institute for Health Development

Esmakordselt avaldatud inglise keeles kui:

„*ECDC AND EMCDDA GUIDANCE Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs* – by the European Centre for Disease Prevention and Control and European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Stockholm, 2011“.

ISBN 978-92-9193-313-6

doi 10.2900/58565

© Haiguste Ennetamise ja Tõrje Euroopa Keskus (ECDC), 2011

© Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus (EMCDDA), 2011

Eestikeelse tõlke autoriõigus: Tervise Arengu Instituut 2012

Välja antud riikliku HIVi ja AIDSi strateegia aastateks 2006–2015 vahenditest

Tõlke reprodutseerimine ei ole lubatud

Tallinn 2012

Käesoleva ühise suunisdokumendi töötasid välja Haiguste Ennetamise ja Tõrje Euroopa Keskus (ECDC, European Centre for Disease Prevention and Control) ning Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus (EMCDDA, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) koos tehniliste nõustajate rühmaga, kuhu kuulusid strateegiakujundajad, teenusepakkujad, kodanikuühiskonna organisatsioonide esindajad ja tervisedenduse eksperdid kõikidest EL/EMP riikidest.

Suunisdokumendi koostasid Mika Salminen, Anastasia Pharris ja Andreas Sandgren ECDC-st ning Dagmar Hedrich ja Lucas Wiessing EMCDDA-st. Tekstikasti „Alaerialiste juurdepääs nõela- ja süstlavahetusprogrammidele“ autorid olid Anna Tarján ja Robert Csák, tekstikasti „Teenuste hõlmatus suurendamine“ autor oli Kristi Rüütel ning tekstikasti „Point-of-care testimine“ autor Henrikki Brummer-Korvenkontio. Hans Blystad aitas olulisel määral kaasa tuberkuloosi skriinimise, tõrje ja ravi peatüki valmimisele. Tuukka Tammi aitas kaasa põhiväärtuste ja tõendus põhise peatüki valmimisele. Täiendavaid kommentaare esitasid Frode Forland, Erika Duffel, Giedrius Likatavicius, Teymur Noori ja Marita van de Laar ECDC-st ning Alessandro Pirona, Marica Ferri, Teodora Groshkova ja Roland Simon EMCDDA-st.

Suunisdokumendi raamistiku ning ülevaate nõela- ja süstlavahetusprogrammide tõenduse ühe osa ja muude teenuste kohta tegid vastavalt lepingule ECDC/10/2246 Eva van Velzen ja Sharon Hutchinson (Strathclyde'i Ülikool / Šotimaa Tervisekaitseamet); Norah Palmateer, Kirsty Roy, Alex Sánchez-Vivar, David Goldberg (Šotimaa Tervisekaitseamet); Matt Hickman (Bristoli Ülikool); Avril Taylor (Lääne-Šotimaa Ülikool); Jennifer Kelly ja John Campbell (Glasgow Uimastisõltuvuse Teenused) ja Vivian Hope (Londoni Hügieeni ja Troopilise Meditsiini Kool). Sõltuvusravi tõendus põhise täiendava ülevaate kirjutasid EMCDDA lepingu CC.10.RES.011 alusel Georgie MacArthur ja Matt Hickman (Bristoli Ülikool).

Suunisdokumendist on publitseeritud ka kokkuvõte ning sellega kaasneb kaks tehnilist aruannet: „Sekkumiste efektiivsuse tõestusmaterjal infektsioonide ennetamiseks süstivate narkomaanide hulgas. 1. osa: nõela- ja süstlavahetusprogrammid ning muud sekkumised C-hepatiidi, HIVi ja süstimise riskikäitumise ennetamiseks“ ning „2. osa: sõltuvusravi C-hepatiidi, HIVi ja süstimise riskikäitumise ennetamiseks“.

Soovime tänada järgnevaid ECDC/EMCDDA tehnilise nõustajate rühma liikmeid nende hinnalise panuse eest töösse:

- Henrique Barros, Riiklik AIDSi koordineerimiskeskus, Portugali tervishoiu ministereerium; Porto Meditsiiniülikool, Portugal
- Hans Blystad, Norra Rahvatervise Instituut, Nakkushaiguste Epidemioloogia Osakond, Norra
- Grazyna Cholewinska, Varssavi Nakkushaiguste Haigla, Poola
- Hans Haltmayer, Verein Wiener Sozialprojekte, Viin, Austria
- Niklas Karlsson, Nakkushaiguste Tõrje Riiklik Instituut, Rootsi
- Astrid Leicht, Fixpunkt Berlin, Saksamaa
- Xavier Majó i Roca, Narkootikumide Kuritarvitamise Programm, Tervishoiuamet, Kataloonia, Hispaania
- Luis Mendão, ELI Tsiivilühiskonna Foorum
- Viktor Mravcik, Riiklik Uimastite ja Uimastisõltuvuse Keskus, Tšehhi Vabariik
- Anne Ovaska, A-Clinic Foundation, Soome
- Maria Prins, Amsterdami Munitsipaalne Terviseteeenistus, Holland
- Kristi Rüütel, Tervise Arengu Instituut, nakkushaiguste ja narkomaaniae Ennetamise osakond, Eesti
- Ioana Tomus, Rumeenia Kahjude Vähendamise Võrgustik, Rumeenia

# Sisukord

Lühendid ja mõisted .....	4
Ülevaade.....	5
Seitse soovituslikku võtmesekumist.....	5
Saavutage sünergia – kombineerige võtmesekumisi.....	6
Sihtrühm .....	6
Rahvatervise tõenduspõhised tegevussuunised.....	6
Riiklik koordineerimine .....	6
Riiklikele tingimustele kohandatud meetmed.....	6
Sissejuhatus .....	7
Infektsioonid süstivate narkomaanide hulgas .....	7
Miks see on oluline?.....	10
Eesmärgid ja meetodika.....	11
Kehtivusala.....	12
Sihtrühm .....	13
Süstivate narkomaanide infektsioonide ennetamise põhiväärtused .....	14
Ennetamise põhimõtted .....	15
Teenusepakkumise põhimõtted .....	16
Soovitavad sekumised süstivate narkomaanide seas infektsioonide ennetamiseks .....	18
Võtmesekumiste komponendid .....	18
Sekumiste kombineerimine .....	19
Süstivate narkomaanide infektsioonide ennetamise ja tõrje programmide arendamine ja pakkumine .....	20
Koostöö ja koordineerimine.....	20
Seitse soovitatavat võtmesekumist .....	21
Süstimistarvikud .....	21
Vaktsineerimine .....	24
Uimastisõltuvuse ravi.....	25
Testimine .....	29
Infektsioonhaiguste ravi.....	32
Tervisedendus .....	34
Teenuse suunatud osutamine .....	36
Riikliku olukorra tundmine ja mõistmine .....	46
Probleemse narkomaania ja sekumiste seire .....	46
Infektsioonide seire .....	47
Programmide seire ja hindamine .....	48
Sekumiste hõlmatuse eesmärkide määramine .....	48
Lisa A. Süstitavate narkootikumide tarvitamise ja peamiste infektsioonide epidemioloogia süstivate narkomaanide hulgas ELi/EMP riikides.....	50
Süstitavate narkootikumide tarvitamine .....	50
HIV .....	50
B- ja C-hepatiit.....	51
Tuberkuloos.....	51
A-hepatiidi viirus .....	52
Bakteriaalsed nahainfektsioonid ja süsteemsed infektsioonid .....	52
Seksuaalsel teel levivad infektsioonid .....	53
Inimese T-lümfotroopse viiruse II tüüp (HTLV-II) .....	53
Lisa B. Võtmesekumised infektsioonide ennetamiseks süstivate narkomaanide hulgas.....	54
Lisa C. Täiendavad juhised ja tehnilised juhised.....	61
Viited.....	63

## Lühendid ja mõisted

Abstinent	Keeldumine, mõõdukus, kainus, karskus (allikas: meditsiinisinonastik)
ARV ravimid	antiretroviirusravimid
ECDC	<i>European Centre for Disease Prevention and Control</i> (Haiguste Ennetamise ja Tõrje Euroopa Keskus)
EFTA	Euroopa Vabakaubanduse Assotsiatsioon
EL	Euroopa Liit
EMCDDA	<i>European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction</i> (Euroopa Narkootikumide ja Narkomaania Seirekeskus)
EMP	Euroopa Majanduspiirkond
Euroopa naaberriigid	ELi liikmesriigid ja nende geograafilise maismaapiiriga naabrid, ELi kandidaatriigid ja potentsiaalsed kandidaatriigid, EFTA ja EMP riigid
HAV	A-hepatiidi viirus
HBV	B-hepatiidi viirus
HCV	C-hepatiidi viirus
HIV	inimese immuunpuudulikkuse viirus
HTLV	inimese T-lümfotroopne viirus
IGRA	<i>Interferon-Gamma Release Assay</i> (tuberkuloosi interferoontest)
IHRA	<i>International Harm Reduction Association</i> (Rahvusvaheline Kahjude Vähendamise Assotsiatsioon)
Infektsioon	Nakkus, nakatus – haigustekitajate tungimine väliskeskkonnast organismi või organismi ühest osast teise (allikas: meditsiinisinonastik)
Madala läve teenused	Madala läve teenused on narkomaanide sotsiaal- ja terviseteenused; tavaliselt pakuvad need kohta ajaveetmiseks, tervisealast harimist ja nõustamist, nõela- ja süstlavahetusprogramme, edasisuunamist sõltuvusravi teenuste juurde ja mõnikord ööbimisvõimalust. Madala läve lähenemise eesmärk on jõuda varem problemaatilise tarbimismustriga narkomaanideni ja hoida nendega kontakti, et ennetada tervisekahjusid, samal ajal mitte nõudes narkootikumidest loobumist.
Mantoux' test	Katse, kus nahasisese süstitud tuberkuliini tekitatud nahareaktsiooni põhjal otsustatakse inimese tuberkuloosi nakatumise (või kaitsepookimise) võimalikkuse suhtes (allikas: meditsiinisinonastik)
MRSA	metitsilliiniresistentne <i>Staphylococcus aureus</i>
OKR	otseselt kontrollitav ravi
Probleemne narkomaania	Süstitavate uimastite tarbimine või pikaajaline/regulaarne opioidide, kokaiini ja/või amfetamiinide kasutamine.
Ravisoostumus	Patsiendi nõusolek ettekirjutatud raviga ning tahe ettekirjutusi täita (allikas: meditsiinisinonastik)
STLI	seksuaalsel teel leviv infektsioon
SVP	süstlavahetusprogramm, muu hulgas süstlavahetuspunkt
TB	tuberkuloos
Teisene süstlavahetus	Steriilsete süstimisvahendite jagamine ühele teenusekasutajale, kes seejärel jagab neid edasi teistele tema sotsiaalvõrgustikku kuuluvatele inimestele. Mõnel juhul viidatakse sellele kui omataoliste vahendatud jaotamisele.
Tervise edendamine, tervisedendus	Protsess, kus inimestel võimaldatakse saavutada suuremat kontrolli oma tervise üle ja tervist parandada. Tervise edendamine ei hõlma ainult info andmist ja tuge, vaid ka riskide vähendamise nõustamist.
THL	Terveysten ja Hyvinvoinnin Laitos (Soome Rahvatervise Instituut)
UNAIDS	<i>Joint United Nations Programme on HIV/AIDS</i> (Ühinenud Rahvaste Organisatsiooni HIVi/AIDSi programm)
UNODC	<i>United Nations Office on Drugs and Crime</i>
WHO	<i>World Health Organization</i> (Maailma Terviseorganisatsioon)

# Ülevaade

Alates 1980. aastate keskpaigas toimunud HIV-epideemia esilekerkimisest süstivate narkomaanide seas on paljud Euroopa riigid saavutanud märkimisväärset edu, rakendades tõenduspõhiseid meetmeid infektsioonhaiguste ennetuseks ja tõrjeks selles rahvastikurühmas. 1990. aastatel hakkasid ELi riigid looma ühist ennetuspoliitikat HIVi/AIDSi ning uimastite ja uimastisõltuvuse valdkondades, mis hõlmas ELi agentuuride loomist, seiramaks narkootikumide olukorda (1993. aastast EMCDDA), ja infektsioonide ennetust ning tõrjet (2005. aastast ECDC). Kahel viimasel aastakümnel on ennetust ja ravisekkumisi laiendatud ja mastaapsemaks muudetud. Vastavalt 2009. aasta aruannetele on hinnanguliselt üle poole probleemsetest opioiditarvitajatest saanud opioidasendusravi ja paljud riigid on loonud nõela- ja süstlavahetusprogrammid, jõudes üha rohkemate süstivate narkomaanideni. Heade seiresüsteemidega riikide andmed viitavad, et HIVi esmajuhtude arv on märkimisväärselt vähenenud süstivate narkomaanide hulgas viimase kümne aasta jooksul enamikus, kuid mitte kõigis ELi liikmesriikides.

Euroopas on süstiv narkomaania endiselt suurim vere kaudu levivate ja teiste infektsioonhaiguste, sealhulgas HIVi, B-hepatiidi (HBV) ja C-hepatiidi (HCV), tuberkuloosi (TB), bakteriaalsete naha- ja pehmete kudede infektsioonide ning süsteemsete infektsioonide riskifaktor. Süstivate narkomaanide hinnanguline arv viitab, et märkimisväärsel osal elanikkonnast kõigis Euroopa riikides on nendesse nakatumise oht. Pööramata nendele infektsioonhaigustele tähelepanu koormavad nad suuresti Euroopa tervishoiusüsteemi, põhjustavad märkimisväärsed kannatusi inimestele ning tekitavad suuri ravikulusid.

On tõestatud, et pragmaatiline lähenemine rahvatervisealasele ennetustööle võib oluliselt vähendada vere kaudu levivate ja teiste infektsioonide levimist süstivate narkomaanide hulgas. Korrektse rakendamise korral on ennetamine teostatav ja tõhus.

## Seitse soovituslikku võtmesekkumist

Käesolev tõenduspõhine ECDC ja EMCDDA ühine suunisdokument märgib infektsioonhaiguste ennetamise ja tõrje head tavad süstivate narkomaanide seas.

Toetudes olemasolevale tugevale teaduslikule tõendusmaterjalile, ekspertarvamustele ja ELis/EMPis kasutatavatele parimatele praktikatele, tuleks rakendada ja võimalusel kombineerida järgnevaid sekkumisviise, et saavutada sünergia kaudu maksimaalne ennetuslik mõju.

### Võtmesekkumised

1. **Süstimistarvikud:** legaalne juurdepääs puhastele süstimistarvikutele (kaasa arvatud steriilsete nõelte piisavale varule ja tasuta süstaldele) osana kombineeritud mitmeosalisest lähenemisest, mida rakendatakse kahjude vähendamist, nõustamist ja ravi hõlmavate programmidega.
2. **Vaktsineerimine:** HAV ja HBV, teetanuse- ja gripivaktsiinid ning eelkõige HIV-positiivsetele pneumokoki vaktsiin.
3. **Uimastisõltuvuse ravi:** opioidasendusravi ja sõltuvusravi muud tõhusad vormid.
4. **Testimine:** HIVi, HCV (vaktsineerimata inimestel HBV) ja teiste infektsioonide, kaasa arvatud TB vastu tuleb regulaarselt pakkuda vabatahtlikku ja konfidentsiaalset testimist koos informeeritud nõusolekuga ja siduda see ravile suunamisega.
5. **Infektsioonhaiguste ravi:** HIVi, HBV või HCV-ga nakatanute viirusvastane ravi vastavalt kliinilisele näidustusele. Aktiivsete TB haigusjuhtude korral on soovitatav tuberkuloosivastane ravi. TB latentsete haigusjuhtude korral tuleks kaaluda profülaktilist ravi. Teiste infektsioonhaiguste ravi tuleb pakkuda vastavalt kliinilistele näidustustele.
6. **Tervisedendus:** tervise edendamine on keskendunud ohutumale süstimiskäitumisele; seksuaaltervisele, kaasa arvatud kondoomi kasutamisele; ning haiguste ennetamisele, tõrjele ja ravile.
7. **Teenuse suunatud osutamine:** teenuseid tuleb organiseerida ja korraldada ning osutada vastavalt nende tarvitajate vajadustele ja kohalikele tingimustele. See hõlmab teenuste osutamist väli tingimustes ja sõltuvusravi pakkuvates statsionaarsetes keskustes, kahjude vähendamist, nõustamist, testimist ja suunamist teiste üldiste ja erialatervishoiuteenuste juurde.

## Saavutage sünergia – kombineerige võtmesekumisi

Hiljutised uuringud ja edukate ennetusprogrammide kogemused tõendavad lisaväärtuse tekkimist, kui samas paigas pakutakse mitmeid erinevaid tõhusaid sekkumisviise. Pakkudes sekkumiste kombinatsiooni kliendi vajadustest lähtuvalt, saavutatakse maksimaalne mõjusid infektsioonide ennetamisel.

### Sihtrühm

Käesolev suunisdokument on mõeldud Euroopa strateegiakujundajate abistamiseks küllaldaste, tõenduspõhiste, pragmaatiliste ja ratsionaalselt kavandatavate rahvatervisealaste strateegiate planeerimisel infektsioonide ennetuseks ja tõrjeks süstivate narkomaanide seas. See on suunatud rahvatervisealaste tegevuskavade planeerijatele ja otsustajatele infektsioonhaiguste, üldise rahvatervise, sõltuvuste ja vaimse tervise, sotsiaalteenuste ja uimastikontrolli valdkonnas riiklikul ja kohalikul tasandil.

Suunisdokument on kooskõlas ja toetab olemasolevaid ELi üleseid strateegiaid uimastikontrolli ja infektsioonhaiguste valdkonnas ning soovib anda kõikehõlmava ülevaate praegustest parimatest teadmistest selles valdkonnas, laiendades eelnevaid töid võtmesekumiste omavahelise kombineerimise vajalikkusega. Samuti toetub see rahvatervise ja inimõiguste põhimõtetest lähtuvatele põhiväärtustele, mis peaksid andma suuna ennetusele ja teenusepakkumisele.

## Rahvatervise tõenduspõhised tegevussuunised

Suunisdokumendi väljatöötamisel kasutati teadustöid, mis vaadati üle ja hinnati rahvatervise raamistikku adapteeritud tõenduspõhise meditsiini põhimõtete kohaselt. Käesoleva suunisdokumendi loomiseks vaadati üle kõrgetasemeline teaduslik tõendusmaterjal ja nende tulemused kombineeriti ekspertide teadmiste ning nõuannetega võimalike kasude ja kahjude kohta. Selles dokumendis soovitatud peamiste sekkumiste loomisele on aidanud kaasa parimad praktikad ja kasutajate eelistused.

### Riiklik koordineerimine

Võtmesekumiste tõhusa läbiviimise eeltingimus on koostöö riiklikul ja kohalikul tasandil ning erinevate sektorite koordineeritus. Sekkumiste edukaks rakendamiseks on vajalik riikliku konsensuse loomine ja vastastikku respekteeritud eesmärgid. Eesmärkide osas tuleb kokku leppida kõigi sektorite esindajatega, eriti nendega, kes tegelevad süstivate narkomaanidega.

## Riiklikele tingimustele kohandatud meetmed

Tagamaks sekkumiste parimat toimimist süstivate narkomaanide seas, samuti infektsioonhaiguste ennetamiseks ja tõrjeks, peab riiklikul ja piirkondlikul tasandil olema küllaldane probleemse uimastitarvitamise ja infektsioonide seire. Rakendatavaid meetmeid tuleb pidevalt jälgida ning hinnata nende vastuvõttu, mõju, asjakohasust ja hõlmatust. Investeeringud vastavatesse (nii narkomaania kui infektsioonhaiguste levikut puudutavatesse) seiresüsteemidesse on vajalikud ja kulutõhusad.

On tõestatud, et suurema hõlmatusega süstlavahetus ja opioidasendusravi ühe süstiva narkomaani kohta on tõhusam kui väiksem hõlmatust. Eesmärk peab olema pakutavate teenuste vastavus kohalikele vajadustele ja nõudmisele. Rahuldamatat jäänud nõudlus nõela- ja süstlavahetusteenuse järgi või pikad sõltuvusravi ooteajad näitavad ennetuse ebatõhusust.

# Sissejuhatus

## Infektsioonid süstivate narkomaanide hulgas

Alates 1980. aastate keskpaigas toimunud HIV epideemia puhkemisest süstivate narkomaanide seas on paljud Euroopa riigid saavutanud märkimisväärset edu, rakendades tõenduspõhiseid meetmeid infektsioonhaiguste ennetuseks ja tõrjeks selles rahvastikurühmas. 1990. aastatel hakkasid ELi riigid looma ühist ennetuspoliitikat HIVi/AIDSi ning uimastite ja uimastisõltuvuse valdkondades, mis hõlmas ELi agentuuride loomist monitoorimaks narkootikumide (aastal 1993) ja infektsioonide olukorda (aastal 2005) (3). Järgnevatel aastakümnetel jooksul muudeti sekkumised mastaapsemaks: näiteks 2009. aastal said umbes 700 000 inimest opioidasendusravi, mis hõlmas seega üle poole hinnangulisest probleemsest opioiditarvitajate rühmast (4). Paljudes ELi riikides on märkimisväärselt vähenenud HIVi esmajuhtude ja uute infektsioonidega inimeste osakaal süstivate narkomaanide hulgas. Siiski jääb Euroopas vere kaudu levivatesse ja teistesse infektsioonhaigustesse nakatumise peamiseks faktoriks narkootikumide süstimine. Süstivate narkomaanide hinnanguline arv viitab, et kõigis riikides on ohus märkimisväärne hulk inimesi (5). Uimastite süstimise muster varieerub regiooniiti – opioidide süstimine on levinud kõigis riikides ja märkimisväärne osa stimulantide (peamiselt amfetamiini) süstimisest toimub Põhja- ning Ida-Euroopas. Mustri teeb veelgi keerulisemaks mitme aine tarbimine (5).

### Infektsioonid, mille suhtes võib süstivatel narkomaanidel olla suurem risk:

- HIV;
- A-hepatiit (HAV);
- B-hepatiit (HBV);
- C-hepatiit (HCV);
- D-hepatiit;
- tuberkuloos (TB);
- naha ja pehmete kudede infektsioonid, mida põhjustab *Staphylococcus aureus* (kaasa arvatud metitsilliiniresistentne *Staphylococcus aureus*, MRSA), ja streptokokk-infektsioonid (nt endokardiit, nekrotiseeriv fastsiit);
- äge süsteemne sepsis (nt *Clostridium novyi*, *Bacillus anthracis*);
- teised seksuaalsel teel levivad infektsioonid (STLI) peale HIVi või hepatiidi (nt klamüdioos, süüfilis ja gonorröa);
- hingamisteede infektsioonid, nagu kopsupõletik, difteeria ja gripp;
- haavabotulism;
- teetanus;
- inimese T-lümfotroopne viirus (HTLV).

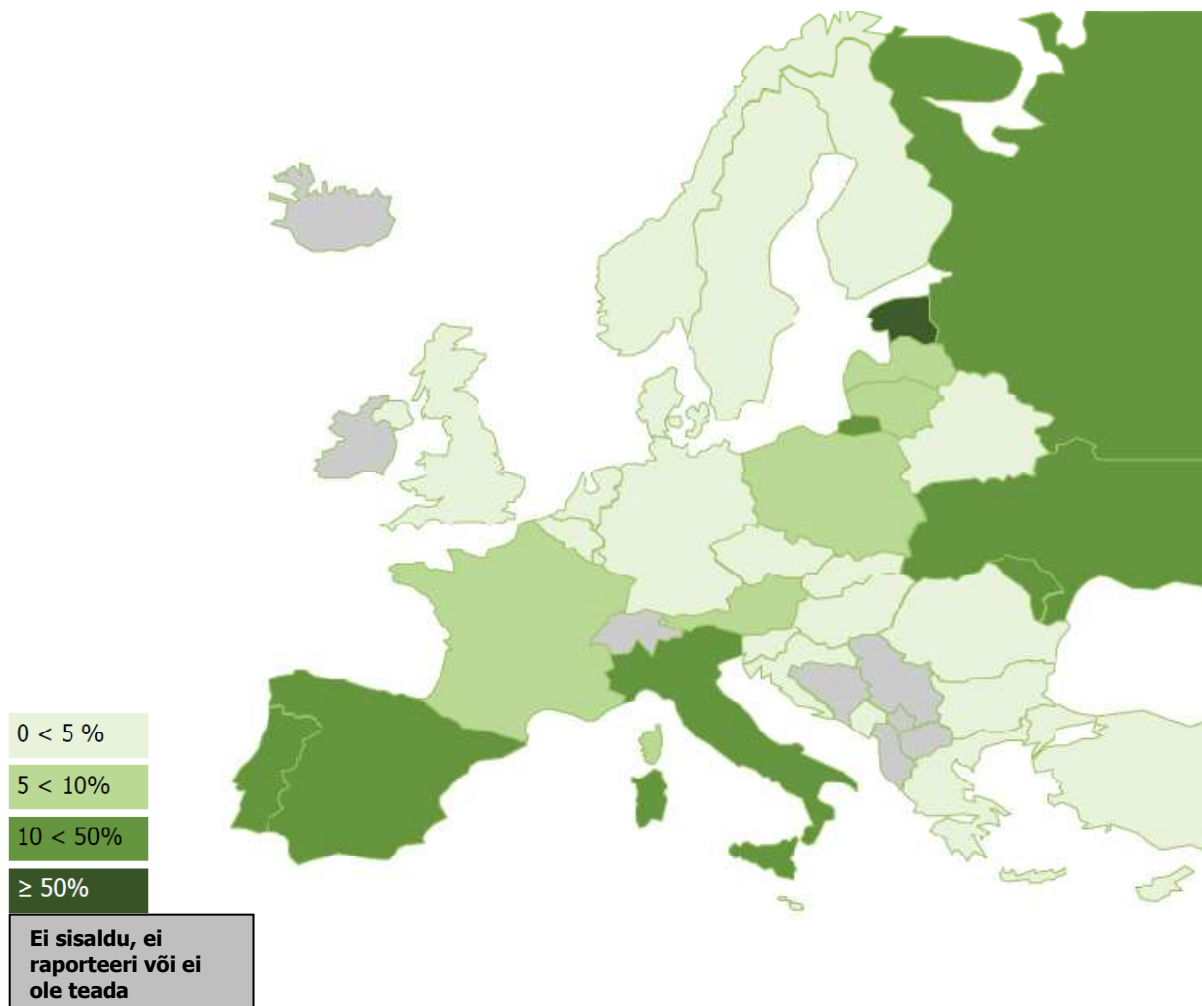
Tavalised vere kaudu levivad infektsioonid selles rühmas on HIV, HCV ja HBV. Nende infektsioonide peamine ülekandumise mehhanism on narkomaanide omavaheline süstimistarvikute – nt süstlad, nõelad, narkootikumide segamismõõd ja teised narkootikumide ettevalmistamise vahendid – jagamine. Lisaks levivad HIV ja HBV seksuaalsel teel nii süstivate narkomaanide siseringis kui ka hetkel või varem süstinutelt nende seksuaalpartneritele või klientidele. Kuigi kõik eelnimetatud viirusinfektsioonid levivad jagatavate süstimistarvikute kaudu kergesti, siis ülekandumise risk varieerub. Võrreldes HIV-infektsiooniga on HCV veres küllaltki suure kontsentratsiooniga mitte ainult infektsiooni esimeses faasis, vaid ka krooniliste infektsioonide puhul. Arvatakse, et kui nakatunud ja mitte-nakatunud inimesed jagavad nõelu, süstlaid või teisi narkootikumide ettevalmistamise vahendeid, viib see kokkupuutel HCVga kõrge edasikandumismäärani. HCV levimus ületab narkomaanide kogukondades tavaliselt HIVi levimuse ning



süstivate narkomaanide hulgas eelneb HCV epideemia tihti HIVi epideemiale. Kõrgema edasikandumisriskiga võib seletada ka seda, miks HCVD on märksa raskem piirata üksikute sekkumiste abil ja miks HCV levimuse vähendamiseks rahvastiku tasemel on vaja sekkumiste suuremat hõlmatust.

Kuigi kõige värskemad Euroopa seireandmed näitavad, et HIV-infektsiooni esinemissagedus süstivate narkomaanide hulgas on viimase kümne aasta jooksul märkimisväärselt langenud ja langeb veelgi, siis Euroopa eri piirkondade vahel on selged erinevused (6). Paljudes ELi liikmesriikides olid ulatuslikud HIV-infektsiooni puhangud süstivate narkomaanide seas 1980ndatel ja 1990ndatel aastatel, samas kui enamikus Ida-Euroopa riikides, sealhulgas mõnedes ELi liikmesriikides, olid suured puhangud 2000. aastate alguses. See on põhjustanud HIVi kõrge levimuse aktiivsete ja endiste süstivate narkomaanide hulgas mitmes ELi liikmesriigis. Mõned EL-i piiril paiknevad Ida-Euroopa riigid on olnud eriti tugevalt mõjutatud kiirest HIV-infektsiooni levikust süstivate narkomaanide hulgas. Mõnes ELi riigis, samuti nende naaberriikides, on teatatud kõrgest HIVi ja TB koinfektsiooni levimusest süstivate narkomaanide seas.

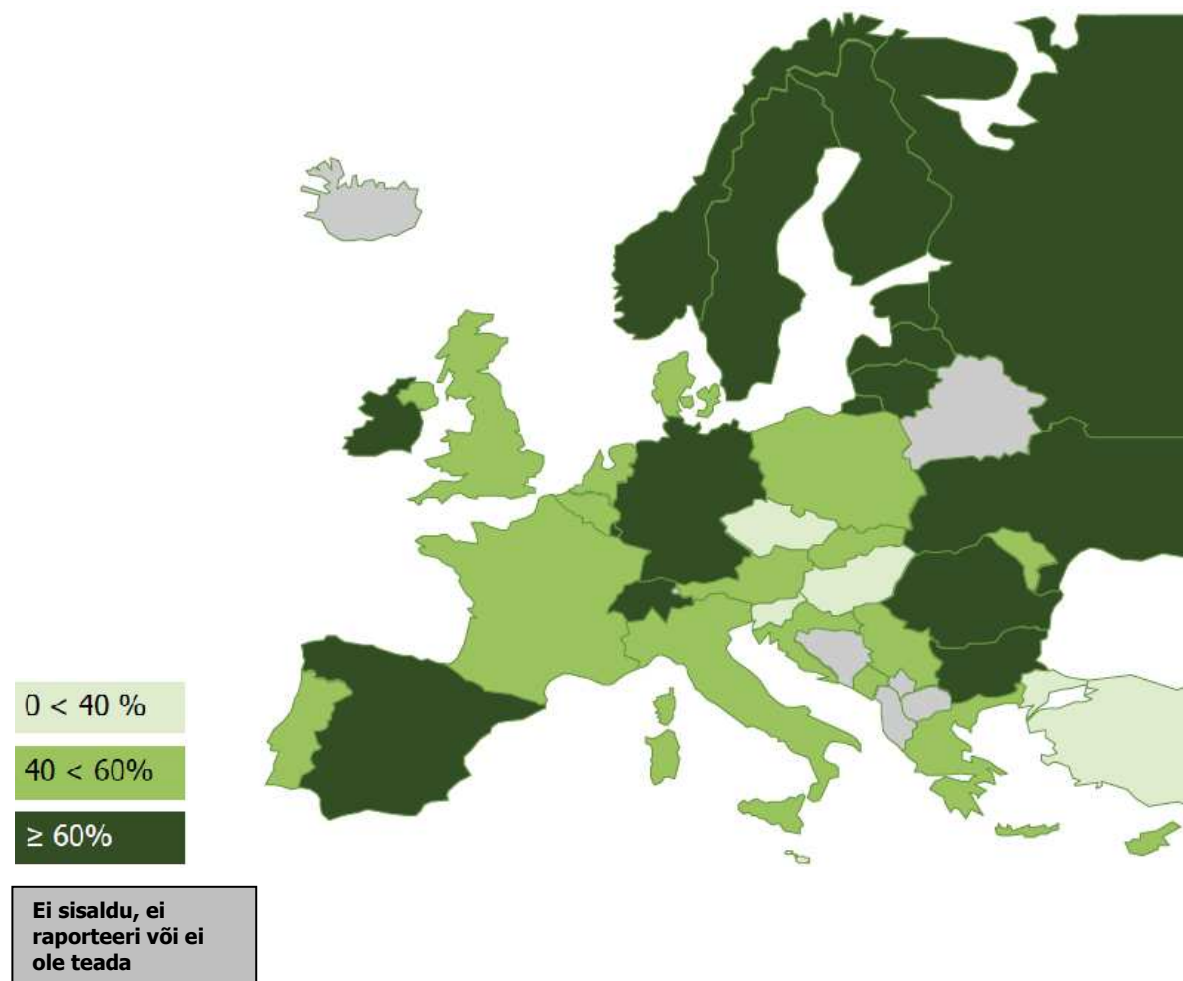
**Joonis 1: HIVi levimus süstivate narkomaanide hulgas; Euroopa, 2008–2009**



Allikas: EMCDDA ja Reitoxi riiklikud teabekeskused (EMCDDA riigid: EL, Horvaatia, Türgi ja Norra); Mathers jt, Lancet 2008 (teised riigid). Värv tähistab riiklike andmete keskmist või kui see info pole kättesaadav, siis kohalike andmete keskmist. EMCDDA riikide andmed pärinevad peamiselt vahemikust 2008–2009. Kui 2008.–2009. a andmed ei olnud kättesaadavad, kasutati vanemaid andmeid. EMCDDA andmed Horvaatia, Hollandi, Türgi, Rootsi, Ühendkuningriigi, Belgia, Bulgaaria, Leedu, Prantsusmaa, Eesti ja Iirimaa puhul on piirkondlikud. EMCDDA-sse mittekuuluvate riikide puhul info puudus.

HBV ja HCV on väga levinud aktiivsete ja endiste süstijate hulgas ning narkootikumide süstimine on Euroopas kõige sagedasem nakatumise riskifaktor (eriti HCV puhul). HCV leviku algusaega selles rühmas ei osata täpselt määrata, kuid tõenäoliselt oli see olemas mitu aastakümnet enne HIVi. Euroopa seireandmed uute juhtude esinemissageduse kohta on halvasti standardiseeritud, muutes trendide hindamise kogu Euroopas keeruliseks (7). Siiski on levimusuuringute andmed kinnitanud kõrget levimust ning sagedasi puhanguid narkomaanide seas peaaegu kõigis uuritud geograafilistes piirkondades (5, 8–9). Veelgi enam, narkootikumide süstimise staaži ja HCVsse nakatumise vahel on tugev seos (10). Enam kui kahe hepatiiditüübi või HIVi ja HCV koinfektsioonid on kasvav kliiniline ja ennetuslik väljakutse paljudes Euroopa osades (1).

**Joonis 2: C-hepatiidi viiruse antikehade levimus süstivate narkomaanide hulgas; Euroopa, 2008–2009**



Allikas: EMCDDA ja Reitoxi riiklikud teabekeskused (EMCDDA riigid: EL, Horvaatia, Türgi ja Norra); Nelson et jt, Lancet 2011; IHRA, EHRN ja Maailma Terviseorganisatsiooni Euroopa Regionaalbüroo (teised riigid). Värv tähistab riiklike andmete keskmist või kui see info ei ole kättesaadav, siis kohalike andmete keskmist. EMCDDA riikide andmed pärinevad peamiselt vahemikust 2008–2009. Kui 2008–2009 andmed ei olnud kättesaadavad, kasutati vanemaid andmeid. EMCDDA andmed on Türgi, Ühendkuningriigi, Prantsusmaa, Slovakkia, Hollandi, Belgia, Poola, Bulgaaria, Hispaania, Rootsi, Iirimaa, Läti, Saksamaa, Leedu, Rumeenia ja Eesti puhul piirkondlikud. EMCDDAse mitte kuuluvate riikide puhul see info puudus.

On näidatud, et peale HIVi ja HBV ning HCV on inimese T-lümfotroopse viiruse II tüübi (HTLV-II) poolt põhjustatud infektsioonid levinud süstivate narkomaanide hulgas juba 1970. aastatest (11). ELis on

andmeid ka A-hepatiidi (HAV) puhangutest süstivate narkomaanide seas, kuigi on keeruline eristada süstimisrisi teistest riskifaktoritest (nagu halb hügieen) (12–15). Süstivad narkomaanid, eeskätt sotsiaalselt marginaalsed inimesed, ei ole haavatavad mitte ainult vere kaudu levivate viiruste, vaid ka teiste infektsioonide suhtes. Mõningate infektsioonide nimekiri on toodud tekstikastis leheküljel 7 (16) ja täiendav info nende haiguste epidemioloogia kohta on leitav lisas A. Nende hulka kuuluvad bakteriaalsed haava- ja süstekohainfektsioonid, süsteemsed infektsioonid, STLLid ja hingamisteede infektsioonid (nt TB). Süstivate narkomaanide hulgas on teatatud teetanuse juhtudest. Mõningates keskustes moodustavad umbes poole teatatud teetanusejuhtudest süstiva narkomaania taustaga inimesed (17). On dokumenteeritud teetanusepuhanguid narkomaanide seas, eriti nende tarvitajate seas, kelle puhul on teada nahasisene heroinisüstimine ning kes ei ole eelnevalt vaktsineeritud või on osaliselt vaktsineeritud (18–19).

Mõningates Euroopa riikides on narkootikumide süstimisega seostatud infektsioonide levikut viimase kümne aasta jooksul kontrollitud ja leitud, et infektsioonide määr on langemas (8). See on tõenäoliselt toimunud tarbijate käitumise muutumise, ennetusteenuste mahu suurenemise ja haiguste ravi ning vaktsineerimise kombinatsioonina. Neile positiivsetele arengutele vaatamata ei ole rahuloluks põhjust, sest vere kaudu levivad infektsioonid võivad väga kiiresti levida süstivate narkomaanide hulgas, välja arvatud juhul, kui süstimisega seotud infektsiooniriske pidevalt kontrollitakse. Mitmed süstivate narkomaanide HIV-puhangute uuringud on kinnitanud peaaegu eksponentsiaalset levikut uute süstijate seas ja kõrge HIV-levimuse määra kiiret saavutamist (20–21). Sama on näidatud ka HCV puhul, kus kombinatsioon sellest, et infektsioosne doos on madal, viirusel on väljaspool keha pikk eluiga ja kroonilise infektsiooni puhul on veres püsivalt kõrge viiruskoormus, võib põhjustada väga kiiresti kõrge infektsiooni levimuse saavutamist narkomaanide hulgas.

Vaatamata edukale infektsioonide levimuse vähendamisele mõningates ELi regioonides näitavad kättesaadavad hinnangud selgelt, et süstivate narkomaanide hulgas ei ennetata kõikides Euroopa naaberriikides veel infektsioone tõhusalt. Kuigi need infektsioonid on ennetatavad, põhjustavad nad Euroopas jätkuvalt suurt haiguskoormust ja tekitavad inimestele palju kannatusi.

## Miks see on oluline?

Peamine ajend infektsioonide ennetamiseks süstivate narkomaanide seas on see, et ennetamine on õige rakendamise korral teostatav ja tõhus. Sõltuvus illegaalsetest uimastitest on meditsiiniline seisund, mis nõuab haigust ennetavate ja kahjusid vähendavate tõhusate meetmete kasutamist uimastisõltlaste seas rahvatervislikel ja eetilistel alustel. Infektsioonide ennetamiseks on olemas tõhusad meetmed, kuid neid ei pakuta või nad ei ole kättesaadavad suurele osale nende vajajatest.

Rahvatervise aspektist on suure infektsioonide koormusega inimrühmad nii otseselt kui kaudselt koormavaks tervele ühiskonnale ning infektsioonide ennetamine võib neid kulutusi vähendada. Esiteks on krooniliste infektsioonide tõsisesse vormidesse haigestumuse tagajärjeks suured ravi- ja hoolduskulud. Teiseks, produktiivsuse kadu raskelt nakatanute seas suurendab ühiskondlikke kulutusi. Kolmandaks, suur haiguste levimus narkomaanide seas võib suurendada haiguste levimuse riski rahvastikus laiemalt, eriti juhul, kui kõrge levimus püsib pika aja vältel.

Lõpuks, suutmatust takistada tagajärgi, mida on võimalik ära hoida teatud raskete sõltuvusvormide puhul, võib tõlgendada kui ükskõiksust ELi lubaduse suhtes soodustada ühiskondlikku õiglust ja kaitset nii, nagu oodatakse rahvusvahelistelt konventsioonidelt, kaasa arvatud Euroopa Liidu põhiõiguste hartalt ja Lissaboni lepingult (22–23).

Kuigi illegaalsete uimastite tarvitamise või uimastite süstimise lõpetamine võiks põhimõtteliselt olla hea sekkumisviis infektsioonide ennetamiseks, on ülemaailmne kogemus näidanud, et seda ei ole võimalik saavutada ainult rahvatervise meetmetega. Ranged uimastikontrollimeetmed ei ole olnud riskide ja illegaalsete uimastitega seotud kahjude kõrvaldamisel täies ulatuses edukad. Vastupidi – kuigi uimastite kontrolli põhjuseks on selgelt olnud rahvatervisealased huvid, näitab analüüs UNODC sajandipikkuse uimastikontrolli kohta, et uimastikontrollisüsteemil ja selle rakendustel on olnud mitmeid soovimatuid tagajärgi, kaasa arvatud investeringute puudumine narkomaaniaga seotud rahvatervise kahjudega võitlemises. Narkomaania sõltub peamiselt teistest sotsiaalsetest faktoritest (millest ülevaate andmine ei mahu käesoleva suunisdokumendi raamesse) ja uimastitarvitamise tavad sõltuvad palju narkomaanide subkultuuridest ning majandustingimustest, mida võib olla raske mõjutada. Siiski näitavad kogemused ja tõendid, et praktilise lähenemise rakendamisel, mis käsitleb ja piirab otseseid süstimisprotseduuriga seonduvaid infektsiooniriske ja võtab kasutusele meetmed, mis aitavad peatada või vähendada süstimist, on suur mõju vere kaudu levivate infektsioonide vähendamisele süstivate narkomaanide seas.

## Eesmärgid ja metoodika

Käesolev tõenduspõhine suunisdokument on mõeldud ülevaate andmiseks ELi riikides ja selle naaberriikides süstivate narkomaanide infektsioonide ennetamise ja ravi riiklike strateegiate ning programmide arendamise, seire ja hindamise jaoks. Suunisdokument on vastavuses ELis kehtivate infektsioonhaiguste ja uimastivaldkonna strateegiatega.

Suunisdokument põhineb põhiväärtustele, mida on kirjeldatud allpool eraldi peatükis.

Seitse võtmesekkumist aitavad vähendada ja ennetada infektsioone süstivate narkomaanide hulgas Euroopas. Need põhinevad kõige tugevamatel teaduslikel tõenditel, mis on kombineeritud ekspertarvamustega ja teenusepakkujate kauaaegsete ning hästi dokumenteeritud kogemustega ning teenuste kasutajate eelistustega.

Siin soovitatavate sekkumiste tõenduspõhisusest annavad ülevaate kaks ECDC/EMCDDA tehnilist aruannet: „Sekkumiste efektiivsuse tõestusmaterjal infektsioonide ennetamiseks süstivate narkomaanide hulgas. 1. osa: nõela- ja süstlavahetusprogrammid ning muud sekkumised C-hepatiidi, HIVi ja süstimise riskikäitumise ennetamiseks“ ning „2. osa: sõltuvusravi C-hepatiidi, HIVi ja süstimise riskikäitumise ennetamiseks“.

## Tõenduspõhisus

Käesoleva suunisdokumendi koostamisel hinnati süstemaatiliselt tõenduspõhiseid ülevaateid, mis hõlmasid suurt arvu esmaseid uuringuid peamiste sekkumiste kohta, kasutades standardiseeritud ülevaateartiklite läbivaatamise meetodit<sup>1</sup>. Kõige usaldusväärsemate teaduslike uuringute tulemusi võrreldi omavahel ja anti hinnang erinevate meetodite tõhususe kohta, lähtudes erinevate uuringute valimi suuruselt, uuringudisainist ja samasuguseid tulemusi andnud uuringute arvust (faktorid, mis määratlevad tõenduspõhisuse tugevuse). Selle tulemusena saadud kõrgetasemelised tõendid kombineeriti kõige uuemate esmaste uuringute tulemustega, mida ei ole veel ülevaadetena esitatud. Esmaseid uuringuid kasutati ka siis, kui süstemaatilisi ülevaateartikleid sekkumise tõhususe kohta ei olnud võimalik kasutada. Ülevaateartiklite ja uuringute leidmise ja valiku metodoloogiat on täpsemalt kirjeldatud kahes tehnilises aruandes, mis on lisatud suunisdokumendile.

---

<sup>1</sup> Ülevaateartiklite läbivaatamise meetod (Kelly jt, 2002) võtab kokku avaldatud ülevaadete tõendusmaterjali, mitte ei vii läbi esmase kirjanduse süsteemset otsingut. Ülevaadete läbivaatamise meetodi juurde kuulub avaldatud ülevaadete süsteemne otsing; oluliste süsteemsete, metaanalüüsi sisaldavate ja ülevaatlike uuringute tuvastamine; ülevaadete kriitiline hindamine ja tulemuste üldistamine

Siiski ei ole rahvatervise valdkonnas mõnikord võimalik saada tugevaid tõendeid, mis pärineksid eksperimentaalsetest uuringutest (nt randomiseeritud uuringud). Mõningaid rahvatervisealaseid sekkumisi ei või eetilistel põhjustel katsetada eksperimentaalselt (tehes seda ühe rühmaga ja keeldudes sellest teiste puhul). Samuti võib sekkuvate faktorite kontroll reaalse elu tingimustes olla väga keeruline ja liiga kallis. Teine takistus selle valdkonna sekkumiste statistiliselt oluliste positiivsete või negatiivsete tulemuste tuvastamiseks on oodatavate tulemuste vähene hulk, mille tõttu uuringud peavad katma väga pikka ajaperioodi, mille jooksul esineb piisaval hulgal asjakohaseid tulemusi enne järelduste tegemist (28).

Seos tõenduse ja soovitude vahel ei ole ilmingimata otsene: väga kvaliteetsed tõendusmaterjalid ei vii alati kindlate soovitudeni ja kindlad soovitudes võivad põhineda tagasihoidliku kvaliteediga tõendusmaterjalil. Nendel juhtudel, kui tõendusmaterjal sekkumiste kohta oli ülevaatamise tasemel väheveenev või kui märgati sekkumiste tõendusmaterjali puudumist, lähtus suunisdokument teatud sekkumiste võimalike eeliste ja kahjude osas ekspertarvamustest, ELi ennetusteenuste parimatest tavadest ja uuringutest, mis hindasid tarbijate eelistusi. Kuigi eksperthinnanguid peetakse väiksema tõendusastemega tõendusmaterjaliks, on tingimusi, millele vastavalt võib ekspertrühm anda kaalukaid soovitusi mõjuvate tõenduspõhiste uuringute puudumisel. Näideteks on haiglapatisentide hüdratsioon või traumapatsientidel soojakao vältimiseks tekkide kasutamine – sekkumised, mis ei põhine kindlatel teaduslikel uuringutel, kuid mis on siiski väga soovituslikud. Täiendav info iga soovitatava sekkumise põhjenduste kohta on saadaval lisa B.

## Kehtivusala

Käesolev suunisdokument põhineb eelnevatel süstivate narkomaanide infektsioonide ennetuse alastel saavutustel, eriti WHO, UNAIDSi ja UNODCi tehtud töö. Lisaks kasutati mitmeid riiklikke juhiseid ja soovitusi (vt lisa C). Käesolev suunisdokument soovib anda kõikehõlmava ülevaate parimatest hetkel selles valdkonnas teadaolevatest teadmistest, laiendades eelnevaid töid võtmesekkumiste kombinatsioonidega. Selle eesmärk on pakkuda põhjalikku tervikpilti, mis ei puuduta ainult ELi, vaid ka ELi naaberriike. Suunisdokument sisaldab viiteid ja linke teistele allikatele, mis annavad täiendavalt põhjalikku infot ja kirjeldusi tehnilise rakendamise kohta (lisa C).

Suunisdokument keskendub peamiselt sekkumistele ja ennetusmeetmetele, mis käsitlevad otseselt infektsioonide riske. Peamised käsitletavat infektsioonid on HIV, HBV, HCV ja TB. Mõned muud infektsioonid, näiteks naha ja pehmete kudede infektsioonid, HAV ja STLI-d, mille suhtes süstivatel narkomaanidel võib olla suurem risk, leiavad küll käsitlemist, kuid mitte nii põhjalikult. Suunisdokument on suunatud sellistele teemadele nagu teavitatus ja teadlikkus, narkootikumide ettevalmistamise ja süstimise riskid, süstimisvahendite jagamine, vaksineerimine, asendusravi ja muud sõltuvusravi vormid, et vähendada süstimise sagedust ja suurendada ravisoostumust. Samuti soovib dokument meetmeid, kuidas tõhusamalt korraldada oluliste teenuste pakkumist.

Süstivate narkomaanidena käsitleb käesolev suunisdokument opioidide ja stimulantide süstijaid. Kuigi suunisdokument keskendub „traditsioonilistele“ süstijatele, võivad soovitatavad sekkumised olla olulised ka uute või esiletõusvate süstijate rühmade, näiteks sportlike tulemusi parandavate ravimite (nagu anaboolsed steroidid) süstijate jaoks. Mõningates riikides tehtud vaatlused viitavad, et viimati mainitud süstijate rühm võib vajada edasist jälgimist. Probleemsed narkomaanid, kes ei süsti, saaksid tõenäoliselt paljudest siin arutatud sekkumistest kasu, kuigi nad ei ole käesoleva suunisdokumendi peamine sihtgrupp.

Suunisdokument ei käsitle põhjalikult viirusvastast ravi ennetusmeetodina elanikkonna tasandil, kuid selgitab, et selline ravi peab olema süstivatele narkomaanidele võrdselt kättesaadav. Hiljuti avaldatud tööd näitavad, et positiivne mõju (infektsioonide leviku vähenemine) võib olla märkimisväärne; see annab

täiendava mõjuva põhjuse aktiivsete narkomaanide raviks HIVi ja hepatiidide suhtes. Andmed näitavad, et latentse TB-ga nakatunute profülaktilisel tuberkuloosiravil on kasulik mõju TBsse haigestumise ja esinemissageduse vähendamiseks elanikkonnas. Seetõttu sisaldab suunisdokument infektsioonide ravi ühena võtmesekumistest.

Suunisdokument on suunatud narkootikume süstivate täiskasvanute vajadustele. Lapsed ja noorukid jäävad käesoleva dokumendi käsitlustest välja. Sellele vaatamata tuleb tunnistada, et lapsed ja noorukid moodustavad mõningates piirkondades olulise osa süstivatest narkomaanidest. Laste ja noorukite vajaduste käsitlemine nõuaks kohandatud, eale vastavaid teenuseid (vt tekstikast lk 37).

Ennetuse aspektist on väga oluline kaitsta noor süstivaid narkomaane krooniliste vere kaudu levivate haiguste ja TB eest. Seetõttu ei peeta teenustele juurdepääsu vanusepiiranguid kasulikuks ja seda võib pidada isegi mittetulemuslikuks võtteks, kuna kaldub suurendama seadustega määratletud täiskasvanueast allapoole jäävate inimeste riske.

Käesolev infektsioonide ennetamise suunisdokument on mõeldud peamiselt kohalike omavalitsuste teenusepakujatele. Suunisdokument võib olla oluline ka kinnipidamisasutustele.

Vastavalt teenuste tagamise võrdväarsuse printsiibile on kinnipeetavatel õigus juurdepääsuks riigis kasutatavatele tervishoiuteenustele kinnipeetavaid diskrimineerimata ja kinnipidamisasutuse tervishoiuteenused peaksid tagama narkomaaniaga seotud probleemsete seisundite ravi võrdväarselt väljaspool kinnipidamisasutust pakutavaga (29–30).

Eelneva uimastisüstimise taustaga vangidel on tihti erinevad ja keerulised tervisega seotud vajadused, mis nõuavad erialaartside abi ning multidistsiplinaarset lähenemist. Hiljuti kinnipidamisasutusest vabanenud kinnipeetavad moodustavad infektsioonhaiguste ennetamise olulise sihtrühma ja nendega peab arvestama riiklike ennetusstrateegiade plaanisel (31). Samamoodi tuleb arvestada nende inimeste vajadustega, kes saavad kinnipidamisasutusse (32).

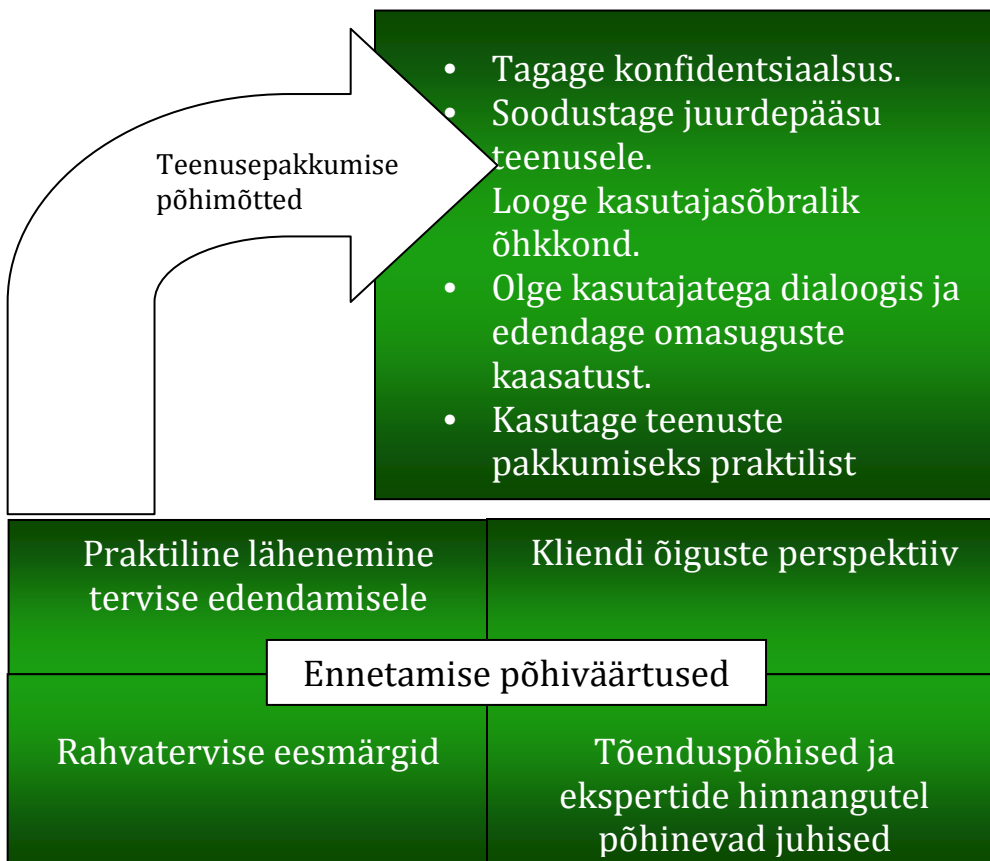
## Sihtrühm

Suunisdokumendi eesmärk on toetada riiklike ja piirkondlike ennetusprogrammide juures olevaid otsustajaid, kes töötavad infektsioonide, üldise rahvatervise, sõltuvuste ja vaimse tervise, sotsiaalteenuste ja uimastikontrolli valdkonnas. See aitab ELi liikmesriikidel ja kandidaatriikidel (ning võimalikel kandidaatriikidel) plaanida küllaldasi ja tõendus põhiseid, ratsionaalseid rahvatervise meetmeid süstiva narkomaania osas. Suunisdokument määratleb ELi hea tava infektsioonide ennetamiseks ja tõrjeks süstivate narkomaanide hulgas. Loodetavasti on käesolev suunisdokument kasulik ja oluline ELi partnerriikidele. Suuniseid ei esitata nii detailselt, et need sätestaks rakendamise tehnilisi aspekte, see sõltub rakendatavatest teenustest – kas kasutada soovitatavat sekkumist ja ennetusvõimalusi kohalikul ning riiklikul tasandil. Seetõttu võivad juhised samuti huvi pakkuda kohalike teenuste eest vastutajatele, sest juhiste eesmärk on kõikehõlmavalt loetleda ja selgitada kõiki komponente, mis peavad olema osaks süstivate narkomaanide peamiste infektsioonide ennetamise ja tõrje süsteemsest lähenemisest.

# Süstivate narkomaanide infektsioonide ennetamise põhiväärtused

Käesolevas peatükis esitatud põhiväärtused baseeruvad rahvatervise, teenuste pakkumise, individuaalse ja rahvatervise eetika kesksel printsiipidel ning on kombineeritud suurte kogemustega teenuste rakendamises. Need loodi ECDC ja EMCDDA poolt ning seda toetas ja kinnitas ECDC/EMCDDA tehniliste nõustajate rühm. Põhiväärtused kujunesid välja rahvatervise ja inimõiguste taustal ning põhinevad Ühendkuningriigis ja Hollandis 1980. aastatel tehtud tööil („Merseyi kahjude vähendamise mudel“, rahvastikupõhine teenusemudel) (33–34). Need keskenduvad süstivatele narkomaanidele ja püüdleval negatiivsete tagajärgede vähendamise poole narkomaanide seas (35–36). Põhiväärtuseid tuleb näha kui tõhusate võtmesekkumiste vundamenti, nagu on esitatud käesolevas suunisdokumendis. Teenuste arendamisel peavad plaanitavad sekkumised vastama põhiväärtustele. Suunisdokumendis on peamised põhimõtted välja toodud kahes alapeatükis: „Ennetamise põhimõtted“ ja „Teenusepakkumise põhimõtted“.

**Joonis 3:** süstivate narkomaanide seas infektsioonide ennetamise põhiväärtused



## Ennetamise põhimõtted

Suunisdokument põhineb neljal lihtsal põhimõttel: praktiline lähenemine tervisedendusele, peamistel eetilistel printsiipidel põhinevate kliendi õiguste tagamine, otsusekindlus saavutada rahvatervise eesmärgi, ja tõenduspõhisus, mis on kombineeritud ekspertkogemusega. Suunisdokument ei lähtu eeldusest, et narkootikumide tarvitamisest loobumine on kõigi narkootikumidega seotud rahvaterviseprintsiipide põhiliseks eesmärgiks (33, 35, 37–38). Teisalt ei ühildu käesolev suunisdokument narkootikumidest loobumise nõudega, kuid ei välista sellist nõuet selgesõnaliselt. See ei käsitle uimastikontrollipõhimõtteid, vaid käsitleb vahetut individuaalset ja sotsiaalset kahju, mida põhjustavad süstivate narkomaanide seas levivad infektsioonid. Suunisdokumendis soovitatavaid võtmesekkumisi võib olla raske tõhusalt rakendada, kui nad ei arvesta järgmisi ennetamise põhimõtteid.

**‘Praktiline lähenemine tervise edendamisele’** tähendab selles kontekstis, et käesolev suunisdokument – ja selles käsitletud meetmed – ei lähtu eesmärkide hierarhiast uimastipoliitika kogu ulatuses, vaid on suunatud eeskätt infektsioonide levikule süstivate narkomaanide hulgas ja sellele, kuidas suurt infektsiooniriski selles rühmas saaks vähendada. Seetõttu ei tee lähenemine aprioorseid oletusi selle kohta, kuidas ennetusmeetmeid peab rakendama, vaid arutletakse selliste meetmete iseseisva avaliku ja individuaalse väärtuse üle tervisele. Narkootikumidest vabanemine ei pea olema eeldus, saamaks abi infektsioonhaiguste ennetamiseks. Üleoleva lähenemise asemel, kus narkootikumide ennetamise eesmärk jätab varju muud eesmärgid, tunnistab praktiline lähenemine, et tervisele tekkiv mistahes kasutegur on iseenesest väärtuslik ja saavutamist väärt, ka siis kui selle põhjuseks oleva narkootikumide kasutamisega ei saa koheselt tegeleda (37). Kõik tarvitajad ei pruugi narkootikumidest loobuda, kuid riskantset süstimist ja infektsioonide levikut saab ennetada.

**‘Kliendi õiguste perspektiiv’** käesoleva suunisdokumendi kontekstis tähendab seda, et ennetamiseks ja sekkumisteks ette võetavad meetmed järgivad rangelt kliendi perspektiivi printsiibist kinnipidamist. Esmalt luuakse ennetusmeetmed vastavalt konkreetse kliendi vajadustele, ning teenusepakkuja või ühiskondlikud vajadused tulevad käsitlemisele alles pärast seda, kui kliendi vajadused on rahuldatud. Samuti rakendatakse kõiki kliendile pakutavaid meetmeid vabatahtlikkuse põhimõttel ja mingeid sundivaid või kohustuslikke komponente ei kasutata. Lisaks nähakse ennetusele juurdepääsu kui isiklikku õigust. Ning viimaks – ennetusmeetmed peavad olema alati kasulikud üksikisikule, mitte ainult ühiskonnale (35, 39).

**‘Rahvatervise eesmärgid’** käesoleva suunisdokumendi kontekstis tähendab, et kuigi sekkumisviisist saadav kasu peab käsitlema üksikisiku vajadusi, peab laiem lähenemine alati püüdma saavutada ühiskondlikku ning samuti individuaalset kasu. Sekkumisviisid peavad alati hõlmama infektsioonhaiguste edasise leviku ennetamist, tervishoiu ja sotsiaalsete üldkulude vähendamist, suuremat tootlikkust ning vähenenud suremust ja haigestumist sihtgrupis, kaasa arvatud narkootikumide kasutamise ennetamist, kus see iganes ühildub põhieesmärkidega (40).

**‘Tõenduspõhised ja ekspertide hinnangutel põhinevad juhised’** tähendab, et suunisdokument on tõenduspõhine seal, kus kõnealuste teemade kohta on kasutatavad usaldusväärsed uuringud. Mõne sekkumise puhul pole teaduslike uuringutega saadud tõestada selle tõhusust (kas nõuete keerukuse või nende uuringute eetiliste probleemide tõttu) (41–42). Mõnel juhul tulenevad parimad tõendid ökoloogilistest või kirjeldavatest uuringutest või on saadud käesoleva suunisdokumendi valmimises osalenud tehniliste ekspertide kogemuste ja nõuannete kaudu. Mõned käesoleva suunisdokumendi meetmed on soovitatavad, sest nende rakendamine on loogiline ja neid arvatakse konkreetsele inimesele kasu toovat ilma liigsete riskide ilmnemiseta, st nende meetmete rakendamine on mõttekas praktilisest perspektiivist.



## Teenusepakkumise põhimõtted

Lisaks eelnevalt mainitud ennetamise põhimõtetele peaks käesoleva suunisdokumendi ennetavate meetmete rakendamisel kinni pidama järgmistest põhiväärtustest, mis tulenevad vajadusest lähtuda teenuste pakkumisel kliendi perspektiivist (43). Ilma nende põhiväärtuste kasutamiseta on raske tõhusalt rakendada suunisdokumendis soovitud võtmesekkumisi. Need põhimõtted on:

- tagage konfidentsiaalsus;
- soodustage juurdepääsu teenusele;
- looge kasutajasõbralik õhkkond;
- olge kasutajatega dialoogis ja edendada omasuguste kaasatust;
- kasutage teenuste pakkumiseks praktilist lähenemist;
- hoiduge ideoloogilistest ja moraalsetest hinnangutest;
- säilitage eesmärkide realistlik hierarhia.

Infektsioonide ennetamisel on kesksel kohal teenuseid kasutavate klientide usalduse võitmine. Narkomaania ning illegaalsete uimastite omamine on paljudes riikides kriminaliseeritud, tarvitajad paljastavad oma identiteedi vastumeelselt isegi meedikutele hirmu tõttu saada teadaolevaks õiguskaitseorganitele ja teistele ametitele (44–45). Sellest hirmust peab üle saama, et kliente saaks tervishoiuteenustele ligi meelitada. Tihti on tervishoiuteenuste pakkumisel standardne nõue end seal täielikult identifitseerida, mis peletab paljud narkomaanid teenuste juurest eemale.

**Tagage konfidentsiaalsus.** Esimene põhiväärtus tähendab, et juurdepääs ennetavatele teenustele peab olema võimalik anonüümselt või moel, mis tagab kliendi perspektiivist täieliku konfidentsiaalsuse. Vastasel juhul välistatakse või piiratakse pakutud teenuste kasutamist kliendi poolt ja seeläbi seatakse ohtu mõju kogukonna „omandatud immuunsusele“, mis võimendab ennetust elanikkonna tasandil (46–47). Konfidentsiaalsuse tagamiseks tuleb kogu meeskonda koolitada konfidentsiaalsete teenuste pakkumiseks. Teatud teenuste, nagu testimine, vaksineerimine ja mõnikord sõltuvusravi, pakkumiseks võib olla vajalik rangelt konfidentsiaalne identifitseerimisskeem, mis on teenusekasutajatele tavaliselt vastuvõetav. On loodud lähenemisi, et seirata teenuste pakkumist vastuvõetaval täpsustasemel ilma anonüümsust ja konfidentsiaalsust rikkumata (48)<sup>2</sup>.

**Soodustage teenusele juurdepääsetavust.** Teine põhiväärtus tagab, et teenused on süstivatele narkomaanidele lihtsalt kättesaadavad ja et luuakse madala läve juurdepääs. See tähendab, et teenused peavad asuma seal, kus kasutajad paiknevad või kuhu nad saavad lihtsalt kohale tulla. Teenused peavad olema kasutatavad eri aegadel (46, 49–52). Teenused peavad vastama nõudlusele ja mahud peavad olema suurendatavad, nii et kõigile nende teenuste vajajatele saaks pakkuda asjakohaseid, olulisi ja küllaldasi teenuseid (20, 53).

**Looge kasutajasõbralik õhkkond.** Kolmas teenuste pakkumise põhiväärtus on vajadus säilitada kasutajasõbralik õhkkond. See printsiip võib tunduda täiesti enesestmõistetav, kuid selle rakendamine on keskne element, mis tagab klientide usalduse teenuse suhtes. Kasutajasõbralik õhkkond tähendab, et klientidega tegeletakse väärikalt ja tõelise sooviga neid aidata, vaatamata nende välimusele või sotsiaalsele staatusele. See tähendab ka seda, et kliendi soove respektieritakse ja teenuseid ei sunnita neile peale (50, 52). See ei tähenda, et kliendid võiksid käituda nii, nagu nad soovivad, eriti kui nende käitumine häirib teisi või tekitab teistele ohtu. Vastupidi, teenusepakkujad peavad teenuse ruumides looma selged käitumisjuhised ja inimesi neist teavitama. Enamik teenustest ei luba illegaalsete uimastitega kauplemist, rahalisi tehinguid või süstimist nende ruumides ning nende reeglite rikkumine võib põhjustada ajutise keelu teenuste saamisele (43). Paljudel tarvitajatel ei esine mitte ainult uimastisõltuvust,

---

<sup>2</sup> Teenuseid pakkuvates keskustes on välja töötatud erinevaid lähenemisi, kaasa arvatud hüüdnimede kasutamist, anonüümseid tuvastuskaarte või koode teenuse kasutamise jälgimiseks, suurendades samal ajal konfidentsiaalsust.

vaid ka vaimse tervise häireid (54). Sellised sõltlased on tihti kõige enam marginaliseeritud ja neil on eriti kõrge infektsioonirisk. Neid sõltlasi ei tohi märgistada kui liiga raskeid või liiga suuri väljakutseid, vaid peab arendama teenuseid, töötades nendega humaansel ja respektiivsel viisil.

**Olge kasutajatega dialoogis ja edendada omasuguste kaasatust.** Klientidega dialoogis olemine ja nende aktiivne töösse kaasamine peaks olema pakutavate teenuste lahutamatu osa. Klientide aktiivne kuulamine ja nende vajadustele vastamine koostöös narkomaanidega aitab säilitada teenuste asjakohasust (55). Süstimistavad ja harjumused antakse tihti kogunud tarvitajatelt edasi algajatele (56). Tavaline praktika on teisene süstlavahetus, kus üks kasutaja jaotab süstlaid teistele sama taustaga inimestele ehk omasuguste võrgustikule (48, 57–58). Ennetusega tegelevad professionaalid peavad olema kursis uusimate uimastitarvitamismustritega ja narkomaanid peavad mõistma nendega seonduvaid riske. Teenusepakkujad saavad ka korraldada aktiivsetele narkomaanidele riskijuhtimise ja tervisedenduse koolitust ja julgustada osalejaid seda infot edastama. See ei paranda ainult teenuste kasulikkust, vaid võimestab ka teisi narkomaane (59–60). Kogemused näitavad, et aktiivsete narkomaanide kaasamine ennetustöösse loob positiivse kaaslaste surve, sest kliendid õpivad üksteiselt ohutumaid narkootikumide tarvitamise meetodeid (61–63). Kõige suurem väljakutse teenusepakkujatele on teadvustada koostööd narkomaanidega ja kaasata neid koostööle.

**Kasutage teenuste pakkumiseks praktilist lähenemist.** Viies põhiväärtus lähtub samuti kliendi vaatenurgast: teenuste pakkumine alt-üles suunaga, vastavalt hetkevajadustele ja eesmärgiga täita tühimikke ennetusteenustes, mis tekitavad infektsiooniriski, ja täpselt käsitleda kasutajate tervisevajadusi (64). Samuti tähendab see tunnistamist, et isegi kui kogu narkootikumidega seotud kahju ei saa koheselt käsitleda, on iga sekkumine väärtuslik senikaua, kui see vastab tegelikele vajadustele (43). See erineb ideoloogilisest või ülalt-alla lähenemisest, kus eesmärgid võivad olla seotud nii kõrgele, et nad jäävad konkreetsele kasutajale, teenusepakkujale ja strateegiakujundajale kättesaamatuks.

**Hoiduge ideoloogilistest ja moraalsetest hinnangutest.** Kuues põhiväärtus tõdeb, et teenuseid pakutakse aktiivsetele narkomaanidele ja et tarvitamist kui sellist moraalsest või ideoloogilisest aspektist hukka mõista või kritiseerida ei ole kasulik (65–66). Selle asemel tuleks sõltlase valikuid respektiivida, isegi kui nendega ei nõustuta, ja teenuseid pakkuvat personali tuleb selle respekti näitamiseks aktiivselt koolitada (67). See ei tähenda, et ei peaks pakkuma sõltuvusravile suunamise teenuseid. Vastupidi, ravi peaks olema madal lävi, ja info ravi kättesaadavuse kohta peab olema saadaval kõigis ruumides, kus narkomaane sagedasti teenindatakse (43, 53, 68).

**Säilitage realistlik eesmärkide hierarhia.** Viimane põhiväärtus ütleb, et lühiajalised eesmärgid tuleb paika panna nii, et neid saaks realistlikult saavutada. See lähenemine võib aidata luua eesmärgid teenuste osutamiseks (43). Ennetamise eesmärkide liiga kõrgele seadmine on tihti ebarealistlik ja võib põhjustada tarbetut pettumust ja ebaõigeid otsuseid sekkumiste mõju kohta (69). Teenustele seotud eesmärkide tähtsuse järjekord võib erineda vastavalt kohalikele vajadustele ja olukordadele, kuid peab sisaldama selliseid eesmärgid, nagu enamiku narkomaanideni jõudmist tarvitajate rühmas, klientide usalduse saavutamist, tarvitajate praktilistele vajadustele vastamist, vahetute infektsiooniriskide vähendamist ja teenuste mahu suurendamist teatud aja jooksul.

Haiguste ennetuse üldised eesmärgid, nagu kaitse puhangute eest ning haigestumise ja infektsioonide levimuse vähendamine, tuleb määratleda programmi tasandil; samuti tuleb need kohandada hetkesituatsioonile ja need peavad olema realistlike eesmärkidega (53). Sellised eesmärgid ei ole tavaliselt kasulikud konkreetsete ennetusteenuste mõjuindikaatoritena ja neid tuleks kasutada ainult riiklikul tasandil võrdlusuuringuks, kui eesmärgiks oleva inimrühma seas on hea hõlmatus ja neile on suunatud mitmekülgne teenustepakett. Oluline on tunnistada, et eriti krooniliste infektsioonide levimuse kõrge taseme korral tuleb rakendada ennetuse pikaajalist perspektiivi, sest haiguse indikaatorid paranevad aja jooksul aeglaselt. Teenuste mahtu tuleb suurendada ja enne mõju mõõdetavaks muutumist peab mööduma piisavalt aega (vt peatükk „Sekumiste hõlmatus eesmärkide määramine“, lk 49).

# Soovitavad sekkumised süstivate narkomaanide seas infektsioonide ennetamiseks

Käesolevas peatükis loetletud viisid on soovitatav lisada kõikehõlmavate riiklike programmide hulka, mille eesmärk on tõhusalt ennetada ja vähendada infektsioone süstivate narkomaanide hulgas.

## Võtmesekkumiste komponendid

Vastavalt olemasolevale teaduslikule tõendusmaterjalile, ekspertarvamustele ja ELi/EMP ulatuses kasutatavatele parimatele praktikatele on kindlaks tehtud järgmised võtmesekkumised, mida tuleks rakendada ja võimalusel kombineerida, et sünergia kaudu saavutada maksimaalne ennetuslik efekt.

- **Süstimistarvikud:** legaalne juurdepääs puhastele süstimistarvikutele<sup>3</sup> (kaasa arvatud steriilsete nõelte piisavale varule ja tasuta süstaldele) osana kombineeritud mitmeosalisest lähenemisest, mida rakendatakse kahjude vähendamist, nõustamist ja ravi hõlmavate programmidega.
- **Vaktsineerimine:** HAV ja HBV, teetanuse- ja gripivaktsiinid ning eelkõige HIV-positiivsetele inimestele pneumokoki vaktsiin.
- **Uimastisõltuvuse ravi:** opioidasendusravi ja sõltuvusravi muud tõhusad vormid.
- **Testimine:** HIVi, HCV (vaktsineerimata inimestel HBV) ja teiste infektsioonide, kaasa arvatud TB vastu tuleb regulaarselt pakkuda vabatahtlikku ja konfidentsiaalset testimist koos informeeritud nõusolekuga ja siduda see ravile suunamisega.
- **Infektsioonhaiguste ravi:** HIVi, HBV või HCV-ga nakatanute viirusvastane ravi vastavalt kliinilisele näidustusele. Aktiivsete TB haigusjuhtude korral on soovitatav tuberkuloosivastane ravi. TB latentsete haigusjuhtude korral tuleks kaaluda profülaktilist ravi. Teiste infektsioonhaiguste ravi tuleb pakkuda vastavalt kliinilistele näidustustele.
- **Tervisedendus:** tervise edendamine on keskendunud ohutumale süstimiskäitumisele; seksuaaltervisele, kaasa arvatud kondoomi kasutamisele; ning haiguste ennetamisele, tõrjele ja ravile.
- **Teenuse suunatud osutamine:** teenuseid tuleb organiseerida ja korraldada ning osutada vastavalt nende tarvitajate vajadustele ja kohalikele tingimustele. See hõlmab teenuste osutamist välitingimustes ja sõltuvusravi pakkuvates statsionaarsetes keskustes, kahjude vähendamist, nõustamist, testimist ja suunamist teiste üldiste ja erialateravishoiuteenuste juurde.

---

<sup>3</sup> Peale nõelte ja süstalde hõlmavad uimastite süstevahendid keetjaid/lusikaid või uimastite segamisnõusid, filtreid, hapestajaid, steriilset vett, vatte ja alkoholilappe. Vt lähemat infot süstimisvahendite kohta tekstikastist lk 22.

## Võtmesekkumiste kombineerimine sünergia saavutamiseks

Mitmete sekkumiste kombineeritud efekt on drastiliselt vähendanud HCV- ja HIV-infektsiooni nakatumist, samuti vähenes märkimisväärselt süstimisega kaasuv riskikäitumine (70–72).

### Sekkumiste kombineerimine

Kui vähegi võimalik, peaks sekkumisi sünergistliku mõju saavutamiseks kombineerima. On ilmnenu, et HIVi, HCV ja süstimise riskikäitumise kõige suuremat vähenemist on võimalik saavutada, pakkudes nii suure hõlmatusena nõela- ja süstlavahetusprogramme kui ka opioidasendusravi. Teiste täiendavate teenuste, näiteks haiguste ravi ja vaktsineerimise, pakkumine kombineeritult süstlavahetuse ja uimastisõltuvuse raviga ennetab omakorda tõenäoliselt nakkuste edasist levikut süstivate narkomaanide hulgas.

Kuna opioidasendusravi ja süstlavahetuse kombineerimise positiivse mõju kohta on piisavat tõendust, on see põhjuseks, miks teised kasuliku mõjuga sekkumised võiksid samamoodi tekitada sünergistlikku ennetuslikku mõju, kui neid pakutakse teiste sekkumistega kombineeritult. On teada, et infektsioonide (nt HIV) ravisoostumus paraneb kombineeritult uimastisõltuvuse raviga (1–2). Mõned kombineeritud teenuste osutamise mõjud võivad olla otsesed ja teised kaudsed läbi selle, et nad toovad ja seovad narkomaane teenustega, parandades sellega teenuste kättesaadavust ja hõlmatusi.

Tugev koostöö erinevate sektorite vahel on oluliseks eelduseks teenuste pakkumisel ja siin välja pakutud võtmesekkumiste tagamisel. Seda aspekti käsitletakse põhjalikumalt järgmistes peatükkides.

# Süstivate narkomaanide infektsioonide ennetamise ja tõrje programmide arendamine ja pakkumine

Võtmesekkumiste tõhusat rakendamist on võimalik saavutada ainult riikliku ja kohaliku koostöö ning sektoritevahelise koostöö kaudu.

## Koostöö ja koordineerimine

Riikliku konsensuse loomine ja vastastikku respektieritud eesmärgid, milles on kokku leppinud kõigi sektorite osalejad, kes tegelevad süstivate narkomaanidega, on vajalikud haiguste leviku tõhusaks ennetamiseks. Sellesse protsessi tuleb aktiivselt kaasata ka infektsioonhaiguste tõrje, sõltuvusravi, vaimse tervise, sotsiaalteenuste, õiguskorra tagamise, kohtusüsteemi ja narkootikumide kontrolliga tegelevate asutuste, samuti vanglas pakutavate riiklikult oluliste teenuste eest vastutavad isikud. Lisaks tuleb koordineerimise juurde ning kohtumistele kaasata kohalike omavalitsuste, kodanikurühmituste, süstivate narkomaanide ühingute, samuti paljude teiste mittetulundusühingute või kodanikuühiskonna organisatsioonide esindajaid.

Narkootikumide tarvitamine on enamikus Euroopa riikides kuritegu või väärtegu. Seetõttu ei peaks ennetusprogrammide loomisel arvestama ainult terviseküsimumustega, arvesse tuleb võtta ka õiguskorra tagamise küsimused.

Samuti mõjutavad süstivaid narkomaane tihti sotsiaalsed probleemid ja psüühikahäired, mis muudab väljakutse tegevuste koordineerimisel suuremaks. Kuna teatud teenuseid saab pakkuda edasisuunamise kaudu, tuleb luua ühendus tervishoiuteenuste ja sotsiaalteenuste vahel ning seda säilitada.

Kui soovitakse saavutada tõhusaid tulemusi ennetamises, on vajalik iga sellise otsustaja panus. Näiteks on oluline tagada koostöö õiguskaitseorganite teenustega selgitamiseks, et süstimistarvikute pakkumine on rahvatervisealane sekkumine ja et õiguskaitseorganid ei takistaks süstlavahetuspunktide (SVP) tööd või väljatöö tegijaid. Õiguskaitseorganite reidid teenust pakkuvate keskuste läheduses võtavad ära igasuguse võimaluse ennetusteenuste eesmärkide saavutamiseks, kuna hirmutavad võimalikud kliendid eemale. Õiguskaitseorganite strateegiad on tavaliselt tsentraalselt määratletud ja ranged. Ülevallt-alla juhtimisskeem, mis on tavaline enamikus riikides, välistab sellest kõrvalekaldumise kohaliku politsei jaoks. Sellega peab arvestama. Tipptasemel koostöölepingud võivad muuta koostööd kohalikul tasemel enamikus keskustes.

Seetõttu on vaja saada ennetustegevuste jaoks toetust mitte ainult kohalike otsustajate ja tervishoiuvaldkonna juhtide seast, vaid kõigist olulistest ametkondadest, kaasa arvatud õiguskaitseasutustest. Tihti nõuab see tipptasemel kokkuleppeid või vähemalt teenuste eesmärkide respektierimist, mis on samuti selgelt ülevallt-alla suunas otsustajate või teenusepakkujate tasandil.

Koostöö kohalike omavalitsustega on samuti oluline. Kohalike elanike seas tekib tihti „mitte minu maja kõrval!“-reaktsioon teenuse osutamise keskustega, kartes tekkivaid kahjulikke mõjusid kohalikus elukeskkonnas. Seetõttu on vaja kohalike otsustajate tugevat eestvedamist ja kogukonna kaasamist koos selgete dokumenteeritud põhjendustega, mis kohalikul tasandil läbi selle tekivad (näiteks süstimistarvikute väiksem mahaviskamine) (73).

## Seitse soovitatavat võtmesekkumist

### Süstimistarvikud

- **Soovitatav sekkumine**
- **Legaalne juurdepääs puhastele süstimistarvikutele (kaasa arvatud steriilsete nõelte piisavale varule ja tasuta süstaldele) osana kombineeritud mitmeosalisest lähenemisest, mida rakendatakse kahjude vähendamist, nõustamist ja ravi hõlmavate programmidega.**

Peamine vere teel levivate infektsioonide riskifaktor on nõelte, süstalde ja teiste uimastite ettevalmistamise ja süstimise vahendite jagamine omavahel. Ka nende seas, kes teatavad, et nad mitte kunagi ei jaga nõelu ega süstlaid teiste sõltlastega, on tavaline narkootikumide ettevalmistamise vahendite (nagu segamisnõud, narkootikumide lahustamise vesi või filtrid) jagamine, mis võib põhjustada HCV või bakteriaalsete infektsioonide levikut (74–75) (vt tekstikasti infektsioonide leviku kohta uimastite ettevalmistamisvahendite kaudu, lk 22). Samuti on teada, et süstivad narkomaanid põevad mittesteriilse süstimistegevuse tõttu paljusid naha, veenide ja verrega seonduvaid infektsioone (17). On teateid sagenenud tablettretseptiravimite pulbri tegemisest ja nende süstimisest, mis suurendab kopsuemboolia ja endokardiidi riski (76–78). Mõned kodusel teel valmistatud hapestajad, mida kasutatakse teatud narkootikumide lahustamiseks, on osutunud seennakkuste kandjateks, mis süstimise korral võivad põhjustada endokardiiti või pimedaks jäämiseni viivat silmade kandidainfektsiooni (79).

*Vastuvõetud otsus:* vastavalt olemasolevale tõendusmaterjalile, ekspertarvamustele ja ohutu süstimise praktikale (80) on parim moodus HIVi ja HCV leviku vähendamiseks süstivate narkomaanide hulgas pakkuda neile steriilseid nõelu ja süstlaid ning teisi puhtaid süstimisvahendeid (lusikad/keetjad, filtrid, süstevesi, hapestajad, vatid ning alkoholilapid) iga süstimise jaoks ning piisavates kogustes. Ideaalis peaks varustamine olema tasuta ja organiseeritud jaotusviisil, mis on kasutajatele vastuvõetav ja hõlpsalt kättesaadav.

*Praktilised aspektid:* kuigi mõned keskused nõuavad uute süstalde jagamisel kasutatud süstalde ja nõelte tagastamist, võib see lähenemine olla ebatulemuslik ja tõkestada steriilsete süstimistarvikute kasutamist ja juurdepääsu neile. Selleks, et saavutada eesmärk ennetada infektsioonhaigusi, tuleb soodustada kergelt kättesaadavust nõelte ja süstaldele ning nõelte ning süstalde tagastamist tuleb soodustada, kuid uute tarvikute saamiseks mitte täielikult nõuda. Tuleb hoolikalt arvestada nõelatorke riskiga teel käitluskohta ja süstlavahetuspunkti töötajatele. Et soodustada süstimistarvikute ohutut transporti ja lõppkäitlemist, on soovitatav süstimistarvikute kogumiseks ja tagastamiseks kasutada torkekindlaid ümbriseid. Samuti on mõningates keskustes edukalt kasutatud teisi strateegiaid, nagu kogukonnapõhised turvalised käitluskohad või kogumine otse kodudest. SVP teenuste ning politsei töö koordineerimine on väga oluline tagamaks, et süstimistarvikuid ei kasutataks põhjusena narkomaanide vahistamiseks süstlavahetuspunktide läheduses.

Tavaliselt annavad kliendid teada oma eelistustest süstlatüüpide ja nõelasuuruste suhtes. See varieerub keskuste lõikes ja narkomaanide rühmade osas. Et teenuste kasutamist suurendada, tuleb nende eelistustega hoolikalt arvestada. Mõningates keskustes pakutakse näiteks sissetõmmatava nõela-süstla kombinatsioone, kus nõel tõmmatakse pärast kasutamist süstla sisse, vältides sellega taaskasutamist. Mõnes keskkuses on see aga olnud klientidele vastuvõetamatu ning on põhjustanud teenuse piiratud kasutamist ja vähenemist. Kasutajasõbralikkus, vastuvõetavus ja edendamine peaksid olema peamised

otsustamiskriteeriumid pakutavate süstalde ja nõelte tüübi ja valiku osas. Ka kasutajatevaadete ja eelistustega tuleb narkootikumi ettevalmistamise vahendite ning kasutatud nõelte ja süstalde hoiustamiseks kasutatavate torkekindlate ümbristetüübi ja suuruse valimisel arvestada, sest need eelistused võivad samuti erineda narkomaanide rühmade seas.

Andmed süstemaatilistest ülevaateartiklitest tõendavad, et süstalde ja nõelte pakkumine viib oluliselt vähenenud eneseraporteeritud süstimisega seotud riskikäitumiseni (81). Samuti on andmeid, et süstlavahetus võib vähendada HIVi levimust (81–82). Metodoloogiliste piirangute tõttu on väga raske uurida otsest seost narkootikumide ettevalmistamise vahenditega (nt segamismõud, steriilne vesi ja puuvillased filtrid) varustamise ja HCV või HIVi leviku vähenemise vahel (83). Siiski on HCVd võimalik isoleerida 67% kasutatud puhastusvattidelt, 40% filtritelt, 33% veeproovidest ja 25% lusikatelt, mida kasutasid süstitava narkootikumi ettevalmistamiseks HCV-positiivsed inimesed (84).

Uuringutest on epidemioloogilisi andmeid, et narkootikumide ettevalmistamise vahendite jagamine (eriti segamismõud ja keetjad) on seotud HCV levikuga süstijate hulgas, kes ei jaga omavahel nõelu või süstlaid (75–85).

### Infektsioonide levik narkootikumide ettevalmistamise vahendite kaudu

Vesi: vett kasutatakse enne süstimist narkootikumide lahustamiseks ja pärast süstimist nõela ning süstla loputamiseks. Sel põhjusel võivad tarvitajad jagada ühist vett, mis võib neid ohustada vere kaudu levivate viiruste suhtes, mis võivad vett saastada.

Lusikad: lusikaid või nn „keetjaid“ (nt Stéricups®) kasutatakse narkootikumide (nt heroini) kuumutamiseks ja lahustamiseks enne süstimist või purustatud tablettide vees lahustamiseks. Narkomaanid võivad lusikaid jagada narkootikumi ettevalmistamisel ja puutada kokku juba kasutatud saastatud vee või filtritega, mis võivad levitada bakteriaalseid või vere kaudu levivaid viiruseid.

Hapestajad: hapestajaid kasutatakse lahustamatute narkootikumide (nagu pruun herooin või *crack*) lahustamiseks. Mõned hapestajad võivad põhjustada bakteriaalseid või seeninfektsioone. Infektsioone saab vältida, kui anda lahustumatuid narkootikume süstivatele narkomaanidele ühekordselt kasutatavaid hapestajate kotikesi (nt askorbiinhapet).

Filtrid: lahustatud narkootikumid tõmmatakse süstlasse läbi filtri, et vältida suurte osakeste sattumist vereringesse. Veeni süstides on filtri kasutamine väga oluline, sest see aitab vältida vereklompide või embolite tekkimist. Filtrite jagamine võib siiski põhjustada vere kaudu levivate viiruste levikut. Filtreid kalduetakse uuesti kasutama, sest neis arvatakse sisalduvat narkootikumide jääke, kuid mõned uuemad turustatavad filtrid on loodud sellistena, mis minimeerivad narkootikumi imenduvust ja lagunevad pärast kasutamist.

Alkoholilapid ja vatid: alkoholi sisaldavaid lappe tuleb kasutada enne süstimist süstekoha puhastamiseks. Puhtaid, kuivi vatte on võimalik kasutada pärast süstimist verejooksu peatamiseks, sest alkoholi sisaldavad lapid pikendavad veritsusaega.

Soovitatakse pakkuda vett, lusikaid, hapestajaid ja filtreid, alkoholilappe ning vatte, vähendamaks jagamist või korduvat kasutamist ja minimeerimaks võimalikku vere kaudu levivate viiruste ja bakterite leviku riski.

Puuduvad tugevad teaduslikud tõendid, et narkootikumide ettevalmistamise vahendite (nagu steriilne vesi, lusikad/keetjad, filtrid või alkoholilapid) jagamine oleks tõhus viis vähendamaks HIVi ja HCVsse nakatumist. Üks uuring on näidanud seost narkootikumide ettevalmistamise või süstimisvahendite jagamise ning eneseraporteeritud HCV-positiivse staatuse vahel (86). Samuti on risk bakteriaalsete nahainfektsioonide tekkeks süstimisvahendite korduvakasutamise või mittehügieenilise süstimispraktika tõttu (17). Siiski on tõendeid, et selliste vahendite jagamine vähendab süstimisega seotud riskikäitumist (87–88) ja on hea ajend narkomaanide teenuste juurde ligi meelitamiseks ning teenuste püsivaks kasutamiseks (89). Ühes Ühendkuningriigi keskses leiti, et sidrunhappekotikeste pakkumine võeti süstivate narkomaanide poolt hästi vastu ja see aitas kasutajaid tuua süstlavahetusteenuste juurde (90).

Steriilseid nõelu ja süstlaid, samuti puhtaid süstimisvahendeid tuleb pakkuda koos tervisedendusliku infoga sõltuvusravi teenuste kohta ja infoga pehmete kudede või nahainfektsioonide hoiatavate sümptomite kohta (täiendavat tervisedenduslikku infot süstivatele narkomaanidele vt lk 35). Tähelepanu tuleb pöörata info andmisele ohutu süstimispraktika kohta, mis rõhutab, et iga nõela ja süstalt, samuti narkootikumide süstimise ettevalmistamiseks kasutatavaid vahendeid (kuumutid või segamiskõud, filtrid, vesi) võib kasutada vaid ühe korra ja neid ei tohi kunagi jagada süstimispartnerite vahel. Samuti tuleks kaaluda süstimisega mitteseotud vahendite pakkumist, näiteks heroiniitarvitajatele fooliumi või amfetamiini tarvitajatele želatiinkapslite jagamist, mis soodustab narkootikumide tarvitamist muudel viisidel peale süstimise (91–92).

Tervisedenduslik info peab rõhutama enne süstimist käte pesemist, seebi ja puhta vee kasutamist ning süstekoha puhastamist alkoholilapiga (või seebi ja veega). Kohe pärast süstimist tuleb soovitada kuivade puuvillvattide (mitte naha puhastamiseks juba kasutatud alkoholi sisaldavate lappide) kasutamist süstekohal. Tuleb anda infot nahainfektsioonide ja veenipõletiku varaste sümptomite kohta ning inimesi, kellel on selliseid sümptomeid, tuleb julgustada kiiresti arstiabi otsima.

Vaatamata rangele soovitusel, et nõelu ja süstlaid, samuti narkootikumide ettevalmistamise vahendeid, ei tohiks jagada ega korduvalt kasutada, on andmeid, et enamasti selline korduv kasutamine siiski toimub, tihti tahtmatult. Esimene samm korduva kasutamise vastu peab olema nõelte, süstalde ja narkootikumide ettevalmistamise tarvikute kättesaadavuse suurendamine, et iga süstekorra jaoks saaks kasutada uut komplekti. Kui see ei ole võimalik, on kaks võimalust, kuidas aidata süstivatel narkomaanidel vähendada nõelte ja süstalde korduvast kasutamisest tekkida võivat kahju. Esiteks võib numbrite, värvikoodide, kleepsude või muul moel anonüümselt tuvastatavate süstalde abil aidata luua märgistussüsteemi, mis vähendab süstalde tahtmatut jagamist. Teiseks, kuigi kloori sisaldavate vahendite kasutamine süstimistarvikute desinfitseerimiseks on vaieldav, võib seda kasutada juhtudel, kus teadaolevalt toimub süstalde korduv kasutamine. Kuigi laboritingimustes on kloori tõhusust HIVi inaktiveerimisel tõendatud (93), on tõendusmaterjal selle tõhususe kohta süstimise puhul ebapiisav, sest desinfitseerimise juhendist ei peeta ilmingimata kinni. Kloori varustamine võib olla alternatiiviks steriilsete süstimistarvikute pakkumisele, kuid steriilsete süstimistarvikute pakkumine on selgelt eelistatum valik.



## Vaktsineerimine

### Soovitatav sekkumine

**A- ja B-hepatiidi, teetanuse- ja gripivaktsiinid ning eelkõige HIV-positiivsetele inimestele pneumokoki vaktsiin.**

*Vastuvõetud otsus:* vastavalt olemasolevale tõendusmaterjalile on vaktsineerimine üks tõhusamaid kasutatavaid ennetusalaseid sekkumisi. Enamikus olukordades on süstivatel narkomaanidel suurem risk saada HAV ja HBV ning bakteriaalne infektsioon teetanus. HCVsse (mille vastu hetkel vaktsiini olemas ei ole) nakatunud inimestel, kes on lisaks nakatunud HAVga või HBVga, võib HCV kiiremini progresseeruda ja nende seas on märksa kõrgem haigestumus. Elustiili, vanuse või HIV-nakkuse tõttu võib mõnel süstival narkomaanil olla suurem risk haigestuda grippi või kopsupõletikku. Kasutusel on siiski tõhusad vaktsiinid, mis suudavad välistada nendesse infektsioonidesse haigestumist, tagades hea kliinilise kaitse (94).

*Praktilised aspektid:* HBV vastu vaktsineerimine on nüüd enamikus ELi liikmesriikides tavalise laste vaktsineerimiskalendri osa, kuid seda hakati rakendada alles 1990ndatel. Seega pole mõned täiskasvanud süstivad narkomaanid lapsepõlves vaktsineeritud. Kuigi 29 ELi/EMP riigist 18-s on olemas HBV vastu vaktsineerimise programmid täiskasvanud süstivate narkomaanide jaoks, ei ole vaktsineerimine alati tasuta kättesaadav (8, 95).

Kuna mõned süstivate narkomaanide rühmad on traditsioonilisel moel vaktsineerimiseks raskelt ligipääsetavad, on regulaarsed ühekordseid vaktsineerimisteenuseid võimalik süstivatele narkomaanidele ainulaadsel viisil pakkuda statsionaarsetes keskustes või mobiilsete teenuste käigus. On andmeid, et vaktsineerimisteenuse kasutamine paraneb, kui see on seotud teiste teenustega (96). Süstivate narkomaanide vaktsineerimine on osutunud kulutõhusaks, kui seda viiakse läbi süstlavahetusprogrammides ja uuringud on andnud julgustavaid tulemusi HBV vaktsineerimise kahekordistumisest (97–98). Täiendavalt võivad väljatöö programmid olla tõhusaks võimaluseks, kuidas suurendada korduvat vaktsineerimist, samas kui kinnipidamisasutustes või statsionaarsetes rehabilitatsioonikeskustes pakutavad vaktsineerimisprogrammid võivad olla tõhusad kinnipeetavate või sõltuvusravi saavate, sealhulgas süstivate narkomaanide puhul.

HBV vaktsiini süstitakse tavaliselt kolmel korral, kuuekuuliste vahedega, kuigi on võimalik kasutada ka lühema manustamise vahemikuga graafikut. Kuigi võib olla raske tagada kliendi tagasitulemist teiseks ja kolmandaks vaktsineerimiseks, on siiski kasulik vaktsineerida esimest annust soovivat klienti, sest isegi üks annus HBV vaktsiini võib tagada osalise immuunsuse (99). On märkimisväärne, et eneseraporteeritud vaktsineerimisstaatus on süstivate narkomaanide seas võrreldes nende tegeliku seroloogilise staatusega tihti ebaõige (100). Kontrollides esimesel teenustega kokkupuutel HBV seerumimarkereid, saab tuvastada inimesi, kes on andnud ebaõiget infot oma HBV vaktsineerimise kohta. Samuti on süstivate narkomaanide seas võrrelduna üldelanikkonnaga suurem hulk neid, kellel ei kujune piisavat immuunsust (101).

Kuna HAV puhangu risk on süstivate narkomaanide seas kõrgem, on HAV ja HBV kombineeritud vaktsineerimine soovitatav parima ennetamisviisina mõlema infektsiooni ennetamiseks süstivate narkomaanide hulgas (102–103). See on eriti oluline nende inimeste puhul, kes on HCV-positiivsed.

Kõigis Euroopa riikides on teetanuse vastu vaktsineerimine osa lapseea immuniseerimisprogrammidest, kuid revaktsineerimine toimub täisealistel iga viie või kümne aasta järel. Teetanuse vaktsineerimisstaatus tuleb süstivate narkomaanide seas kontrollida, ja kui vaktsineerimisstaatus on ebamäärane, tuleb pakkuda

revaktsineerimise võimalust – eriti nendele inimestele, kellel esinevad süstekohainfektsioonid. Tihti pakutakse kombineeritud teetanus-difteeria vaktsineerimist ja see on soovitatav, kuna difteerial on, vaatamata harvale esinemissagedusele Euroopas, haigestumise korral väga kõrge suremusmäär.

Lõpuks on soovitatav pakkuda iga-aastast gripi- ja pneumokoki vastast vaktsineerimist (eriti juhul, kui klient on HIV-positiivne ja/või üle 50 aasta vanune) selleks, et vähendada gripi või pneumokokk-infektsiooni riski (vt lähemalt (16)).

On oluline tähele panna, et tuberkuloosivastane vaktsineerimine Bacillus Calmette-Guérin (BCG) vaktsiini kasutades on tavaliselt soovitatav ainult väikelastele, kes elavad TB endeemilistes piirkondades, ja väikelastele või lastele, kellel on muudel põhjustel eriti suur TBga kokkupuutumise risk TB väikese esinemissagedusega piirkonnas. BCG vaktsiini kasutamiseks täiskasvanud patsientidel on tõendeid ebapiisavalt ja see on vastunäidustatud inimeste puhul, kellel on kahjustunud immuunsüsteem (nt sümptomaatilise HIV-infektsiooni puhul (104)).

## Uimastisõltuvuse ravi

### Soovitatav sekkumine

#### Opioidasendusravi ja sõltuvusravi muud tõhusad vormid.

Uimastisõltuvuse ravi on oluline komponent kõikehõlmavate meetmete puhul, et ennetada narkomaaniast põhjustatud tervisekahjusid (27, 105–106). Paljudes Euroopa riikides moodustab uimastisõltuvuse ravi keskse osa sekkumiste seas, mis üritavad ennetada narkootikumidega seotud infektsioonide levikut (54). Samuti mängib see rolli suurenenud infektsioonhaiguste ravisoostumuse puhul süstivate narkomaanide hulgas (1–2, 107–108). Uimastisõltuvuse ravi hõlmab erinevaid meditsiinilisi (kaasa arvatud farmakoloogilisi), psühholoogilisi, sotsiaalseid ja käitumuslikke strateegiaid, et peatada või vähendada narkootikumide kasutamist ja süstimist, ning seda võib kasutada nii ambulatoorsetes tingimustes kui ka statsionaarselt. Psühhosotsiaalsed terapeutilised lähenemised võivad varieeruda individuaalsest nõustamisest ja motiveeriva intervjuerimise tehnikate kasutamisest kuni struktureeritud psühhoterapeutiliste sekkumisteni, mis vastavad konkreetse inimese vajadusele ja olukorrale. Olulised kaasaegsed terapeutilised lähenemised on kognitiivsed ja käitumuslikud teraapiad, mis püüavad mõjutada tunnetust ja võõrutada tingitud uimastitarbimiskäitumist ning nende erinevaid kombinatsioone. Psühhosotsiaalseid sekkumisi võib kasutada üksinda või kombineeritult farmakoteraapiaga.

Opioidisõltuvuse puhul koosneb farmakoloogiline ravi pikaajalisest ravist opioidiagonistidega, mis hoiab ära võõrutussümptomite tekke ja vähendab narkootikumide tarbimise soovi, võimaldades seega tarbijal elada stabiilsemat elu; vähendab illegaalse heroini tarvitamist, riskikäitumist ja kriminaalset tegevust; parandab tervislikku seisundit, heaolu ja elukvaliteeti (68). Opioidasendusravi pakutakse tihti koos psühhosotsiaalse raviga ja teiste tugiteenustega (109–112).

Opioidide agoniste võib kasutada ka detoksifikatsiooniks. Siiski peab haiglasest detoksifikatsiooni kombineerima teiste ravivõimalustega, mitte pakkuma seda ainsa teenusena, vältimaks suurt tagasilanguse määra (111).

## Opioidasendusravi tõhusus

Ravitulemuste uuringute andmed ja kontrollgrupiga kliinilised uuringud näitavad metadoon- ja teiste asendusravide tõhusust heroïini ja teiste opioidide sõltuvuse ravil. Opioidasendusravi mõju kohta infektsioonide levikule ning süstimisega seotud riskikäitumisele on olemas palju tõendus põhiseid ülevaateartikleid (81, 108–111, 113–118).

Riskikäitumise kohta on kolm suurt ülevaateartiklit, kus mitmed uuringud esitasid tugeva tõendusmaterjali opioidasendusravi tõhususe kohta riskikäitumise vähendamisel (108, 115, 118). Kõik kolm ülevaadet näitasid, et opioidasendusravi seostati eneseraporteeritud süstimise sageduse, süstimistarvikute jagamise ja süstimise riskikäitumise skooride vähenemisega.

Hinnates opioidasendusravi tõhususe tõendust HIVi leviku vähendamisel, leidsid samad ülevaadet järjepidevalt küllaldast tõendust järeldamaks, et opioidasendusravi on kogukonnatingimustes tõhus HIVi nakatumise vähendamisel, eriti neil, kel ravi on järjepidev ja annused on piisavad.

Tõendeid opioidasendusravi tõhususest HCVsse nakatumise vähendamisel on olnud raskem leida. See võib suuresti tuleneda sellest, et HCV levib oluliselt kergemini süstimise ja tõenäoliselt ka jagatavate süstimistarvikute kaudu<sup>4</sup> ning sellel on märksa kõrgem algne levimuse tase süstivate narkomaanide hulgas Euroopas, kes on infektsiooni reservuaariks. Siiski näitavad viimased andmed kogukonnapõhistest kohortuuringutest HCV esinemissageduse kohta opioidasendusravi klientide seas ning Ühendkuningriigis läbiviidud uuringute metaanalüüsist (70–71, 119–121), et opioidasendusravil on tugev positiivne mõju HCV-infektsiooni ennetamisele. Need uuringud viitavad suurematele kasudele pidevalt opioidasendusravil olevate klientide puhul võrreldes opioidasendusravi katkestanutega; metadoonasendusravi kaitsvale toimele nii esmase<sup>5</sup> kui teise<sup>6</sup> HIVi ja HCV-infektsiooni puhul; ning opioidasendusravi „annusest“ sõltuvust, mis tähendab, et nende seas, kes on ravi saanud pikemat aega, on HCVsse nakatumine väiksem.

Mitmed randomiseeritud kontrollgrupiga uuringud on viimase 15 aasta jooksul tõestanud superviseeritult süstitava heroïinasendusravi tõhusust pikaajalise, standardsele ravile raskesti alluva heroïinisõltuvusega narkomaanidel. Tulemused näitavad, et klassikalise või optimeeritud opioidasendusraviga võrreldes peavad ravile raskesti alluvad sünteetilise heroïini tarbijad ravist kinni samavõrra või isegi paremini, on vähem kriminaalsed (nt tänavalt hangitava heroïini ja teiste narkootikumide ostmiseks tehtavate varavastaste kuritegude osas) ning hakkavad vähem kasutama tänavalt hangitavat süstitavat heroïini, ning need suunad on ajas püsivad (122).

Vastuvõetud otsus: vastavalt mitmete tugevate uuringutulemuste ja ülevaadete järjepidevale tõendusele, samuti ekspertarvamustele, peab uimastisõltuvuse ravi (eeskätt opioidisõltlastele) olema kättesaadav ja lihtsalt juurdepääsetav. Psühhosotsiaalne ravi soodustab opioidasendusravi tõhusust, kui neid kasutatakse kombineeritult; see on peamine ravivõimalus stimulantide sõltlastele ja seda soovitatakse toetudes ekspertarvamustele.

---

<sup>4</sup> HCV infektsiooni iseloomustab viiruse suhteliselt suur kontsentratsioon veres mitte ainult infektsiooni esimeses faasis, vaid ka kroonilise infektsiooni korral (võrreldes HIV-nakkusega). See võib kokkupuutel põhjustada suurema HCVsse nakatumise ohu, sest tõenäoliselt ületatakse minimaalne infektsioosne doos süstimisvahendite jagamise käigus nakatunud ja mittenakatunud süstivate narkomaanide vahel. Seda hüpoteesi toetab fakt, et tarvitajate kogukondades ületab HCV levimus tihti HIVi levimuse ja HCV epideemia eelneb tarvitajate kogukondades tavaliselt HIVi epideemiale. See võib samuti seletada, miks on HCV riski oluliselt keerulisem ohjeldada ühekordsete sekkumistega ja miks elanikkonna tasemel mõju saavutamiseks võib olla vajalik suurem hõlmatuse määr.

<sup>5</sup> Infektsioon mittenakatunud inimeste hulgas.

<sup>6</sup> Infektsioon HIVi või HCV monoinfektsiooniga nakatunud inimeste hulgas.

### *Kombineeritud lähenemine parandab opioidasendusravi mõju infektsioonidele*

Uuringud ravisoostumuse, ravikuuri läbimise ja abstinentsitulemuste kohta kinnitavad, et opioidasendusravi tõhusust saab parandada, kui pakutakse ka psühhosotsiaalseid sekkumisi. Randomiseeritud kontrollgrupiga uuringus käitumuslike sekkumiste mõju hindamiseks HCVsse nakatumisele süstivate narkomaanide hulgas Ühendkuningriigis (124) võrreldi ennetavat nõustamist koos opioidasendusraviga ja ainult opioidasendusravi. Tulemused näitasid HCV väiksemat serokonversiooni rühmas, kelle puhul kasutati mõlemaid sekkumisi.

Hiljutised uuringud rõhutavad opioidasendusravi kombineerimise tähtsust teiste kahjude vähendamise meetmetega, et vähendada infektsioonide levikut (kaasa arvatud HCV). Amsterdami kohortuuringus (71) leiti, et nii metadoonasendusravist kui ka SVPdest täies mahus osavõtmine kuue kuu pikkusel perioodil seostus väiksema HCV-infektsiooni riskiga, kuigi mõju ei saanud näidata metadoonasendusravi või SVP kohta eraldi. Ühendkuningriikide kohortuuringus (119) märgiti samuti ära opioidasendusravi suuremat mõju HCV esinemissageduse vähendamisele, kui seda kombineeriti süstalde pakkumisega. Kõige värskem metaanalüüsis kuue Ühendkuningriigis läbiviidud uuringu kohta, mis kogusid üksikisiku tasemel andmeid sekkumiste hõlmatusel, samuti HCV-infektsiooni esmajuhude kohta süstivate narkomaanide kogukonnas, märgiti ära, et opioidasendusravi ja süstlavahetuse pakkumine iseseisvalt vähendas HCVsse nakatumist selles rühmas (70). Lisaks toimisid need kaks interventsiooni sünergistlikult, vähendades HCVsse nakatumise riski peaaegu 80% võrra kui süstlavahetusteenust pakuti maksimaalselt neile, kes jätkasid narkootikumide süstimist opioidasendusravi ajal.

Kombineeritud lähenemise tõhusust HIVi levikule uuriti täiendavalt uuringus, mis viidi läbi New Yorgis (125), kus võrreldi kombineeritud ennetusprogrammi (metadoonasendusravi, koolitused ja väljatöö, riskide vähendamine, HIV-testimine ja süstlavahetus) tõhusust esmase ennetusprogrammiga, mis ei sisaldanud süstlavahetust (metadoonasendusravi, koolitused ja väljatöö, riskide vähendamine, HIV-testimine). Aja jooksul osutus HIVi levimus nende hulgas, kes osalesid piiratud programmi tegevustes, suuremaks võrreldes nendega, kes osalesid kombineeritud programmi tegevustes, mis viitab, et opioidasendusravi kombineerimine süstlavahetusega võis mängida rolli HIVi leviku piiramisel.

### *Teiste sõltuvusravi viiside tõhusus*

On olemas mitmeid teisi sõltuvusravi võimalusi, kaasa arvatud psühhosotsiaalne teraapia, kognitiiv-käitumuslikud sekkumised, kriisidega toimetulekuoskuste õpetamine ja kogukonnapõhised tugirühmad.

Kuigi ükski psühhosotsiaalne ravisekkumine üksi ei ole osutunud opioidisõltuvuse raviks selgelt tõhusaks (108), näitavad vaatlusuuringute tulemused (suured kohortuuringud, nagu DATOS USAs ja NTORS Ühendkuningriigis), et kõik statsionaarsed, kogukonnapõhised ja metadoonasendusravi programmid vähendasid nii süstitavate narkootikumide tarvitamist kui ka nõelte jagamist. Ravi ajal süstimine ja riskikäitumine väheneb ja seega on infektsioonide saamise risk väiksem (109). Psühhosotsiaalne ravi võib mängida suurt rolli kaasuvate psühholoogiliste häirete käsitlemisel narkomaanide seas, näiteks ärevuse, depressiooni või madala enesehinnangu puhul, ja parandada narkomaaniaga seotud toimetulekuoskusi.

### *Ravi opioididest mittesõltuvatele süstivatele narkomaanidele*

Kuigi mõned farmakoloogilised ained stimulantide kasutajatele on osutunud paljulubavaks või neid katsetatakse praegu, ei ole seni ajani leitud ühtegi püsivalt tõhusat farmakoloogilist ravimeetodit, mis vähendaks narkootikumide kasutamist ja suurendaks ravisoostumust selles rühmas (108). Mitmed randomiseeritud uuringud katsetavad uusi ravimeid kokaiinisõltuvuse raviks. Antud hetkel on disulfiraam – aine, mis takistab alkoholi metabolismi – ning vigabatriin – epilepsiaravim – kaks ainet, mis võivad osutada ravikõlblikuks. Jätkuvalt toimuvad kokaiinile vaktsiini loomise katsed (54).

Farmakoloogilise ravi puudumisel on stimulantide kasutajatele eriti oluline psühhosotsiaalne ravi. Ainus süstemaatiline ülevaade psühhosotsiaalse ravi tõendusest stimulantide kuritarvitamise või sõltuvuse korral ei võimalda teha siiski selgeid järeldusi üheainsa ravilähenemise tõhususe kohta stimulantide sõltuvuse puhul uuringute heterogeensuse tõttu (126).

Üks suurem ülevaade leidis, et kriisidega toimetulekuoskuste õpetus, kuhu kuuluvad rahalised preemiad uimastivabaks jäämise või ravi jätkamise korral, oli seotud kõrgema abstinentsi ja ravi jätkamisega stimulantide kasutajate hulgas (106). Kombineeritult metadoonasendusraviga näitas see positiivseid tulemusi nii opioididest kui stimulantidest sõltuvate tarvitajate puhul. Siiski on nende tulemuste kinnitamiseks suhteliselt vähe tõendusmaterjali.

Sama ülevaade tõi välja, et vähesel määral on tõendeid teiste käitumuslike lähenemiste tõhususe kohta, sealhulgas kognitiiv-käitumusliku teraapia, kogukonna eluoskuste tugevdamise kohta ja individuaalse nõustamise kohta stimulantide kuritarvitamise puhul. Tagasihoidlikud tõendid on olemas motiveeriva intervjuerimise mõju ning terapeutiliste rühmade tõhususe kohta stimulantide kasutajate ravis.

### *Opioidasendusravi pakkumine*

Metadoonasendusravi arendati välja USAs 1960ndatel aastatel, kuid selle rakendamine Euroopa kliinilises praktikas sai hoo sisse alles 1980ndate aastate keskpaigast. Praegu on Euroopa riikides kasutusel metadoon ja buprenorfiin, dihidrokodeiin, aeglaselt vabanev morfiin ja diatsetüülmorfiin (heroiin)<sup>7</sup>(112). Pärast kõikehõlmava uimastipoliitika kasutuselevõttu ELi riikides on opioidasendusravi pakkumine alates 1990ndate aastate keskpaigast kiirenenud ja on nüüd jõudnud enam kui pooleni hinnangulisest sihtrühmast (54, 127–128).

Euroopas on buprenorfiini osa opioidasendusravil väiksem kui metadoonil, kuid see on suurenemas, osalt buprenorfiini parema ohutusprofiili tõttu. Buprenorfiin on osaline agonist, tal on nõrgem opioidne toime ja ta tekitab väiksemal määral füüsilist sõltuvust ning põhjustab väiksema tõenäosusega üledoosi. Seda kasutatakse tihti pikaajalisel asendusravil, mida pakuvad arstid haiglates. Fakt, et paljud ained, sealhulgas heroiin, on tänapäeval saadaval opioidisõltlaste raviks, võimaldab arstidel kaasata optimeeritud farmakoloogilisele ravile suuremal arvul narkomaane. Täpsed juhised psühhosotsiaalselt toetatud farmakoloogilise ravi kohta opioidisõltuvuse puhul avaldas Maailma Terviseorganisatsioon aastal 2009 (111).

Kvaliteet ja kontroll: raviteenused, kaasa arvatud personali koolitus, peavad olema hästi organiseeritud ja kvaliteetsed, et saavutada parimaid tulemusi. Eriti tuleks järgida kättesaadavaid rahvusvahelisi juhiseid ravirežiimide, annustamise ja supervisiooni kohta (111, 129). Tõendusmaterjalid näitavad, et tuleb soodustada paindlikku annustamist, kaasa arvatud madalat algannust ja suurt säilitusannust, ilma piiranguta annuse ja ravi kestvuse osas (110, 130). Optimeerimaks opioidasendusravi tõhusust, näitavad uuringutulemused veel lisaks, et pidev ravi on märksa tõhusam kui lühiajaline opioidasendusravi (108). Mõned opioidasendusravi vormid, näiteks metadoonravi, on vähem tõhusad (nt on väiksema seerumitasemega), kui samal ajal viiakse läbi tuberkuloosi- või HIVi ravi. Seda tuleb jälgida ja annust reguleerida nii, et ravi oleks tõhus (131).

Kättesaadavus: Opioidasendusravi pakkumine madala läve teenusena on täiendav kaalumist vajav võimalus. Madala läve programmid on suunatud pigem kahju vähendamisele kui abstinentsile, ja võrreldes kõrge läve programmidega on nad paindlikumad ravile sobivuse kriteeriumide ja teenuse

---

<sup>7</sup> Farmakoloogiline ravi opioidide antagonistiga naltreksooniga, mis blokeerib heroiini ja teiste opioidide mõju, mängib Euroopas vaid tagasihoidlikku rolli, sest ravi on seotud suurte kulutustega.

pakkumise mõttes. Muude kahjude vähendamise teenuste kombineerimist, mis võib parandada ravi tõhusust, julgustatakse nendes tingimustes kasutama. Sõltuvusravi ajal tuleb pakkuda praeguse või eelneva süstiva narkomaania taustaga inimestele palju infektsioonidega seotud teenuseid – nt teenusepakkujat ja kliendi poolt algatatud testimine ning nõustamine, vaktsineerimised, infektsioonhaiguste ravi või ennetavad vahendid. Vaimse tervise ravi (ja täiendavat üldist arstiabi perearstide ning võimalusel erialaspetsialistide poolt) peab kombineerima uimastisõltuvuse raviga. Juurdepääs sellele ravile on eriti oluline süstivate narkomaanide seas, kes puutuvad kokku madala läve keskustega.

Jaotamine: Opioidasendusravi saab pakkuda haiglates, spetsiaalsetes keskustes kogukonnas või apteekides. Kõigi puhul aitab patsiendi vahetu jälgimine ravimite võtmise ajal vältida narkootikumide sattumist illegaalsele turule. Siiski võimaldavad koju võetavad annused patsientidel järgida perega või tööga seotud kohustusi ja anda võimaluse normaalseks eluks. Kõigi sellise ravi läbijatel on keskseks nõudeks regulaarne tervisekontroll (16, 111).

Ravi alustamisega seotud paindlikkus: uuringute tulemused näitavad ajutise metadoonasendusravi positiivset mõju riskikäitumisele (132). Koheselt kättesaadav ravi ajutise metadooni pakkumise näol võimaldab süstivatel narkomaanidel saada kasu opioidasendusravi kaitsvast mõjust riskikäitumisele.

Raskesti ligipääsetavad rühmad: on näidatud, et pikaajalised heroiinisõltlased, kes ei allu standardsele ravile, saavad kasu programmidest, mis pakuvad asendusravi valve all süstitava heroiiniga (122). Järeelvalve all süstitava sünteetilise heroiini asendusravi nõuab struktuurselt kohandatud teenuseid, et see vastaks rangetele ohutustingimustele ja et ennetada ravimi sattumist illegaalsele turule. Kliinikud peavad olema avatud päeva jooksul mitmetel aegadel, aastaringiselt igapäevaselt, et võimaldada klientidel süstida ravimit valve all nii, nagu ravijuhistes täpsustatud (122). Kuigi selle „teise rea“ ravikulud on suuremad kui suukaudse metadoonravi puhul, kompenseerib seda märkimisväärne kokkuhoid ühiskonnas – eriti kriminaalsusega seotud kulude vähenemise ja kriminaalse käitumisega seonduvate kinnipidamiskulutuste kaudu (133).

Kinnipidamisasutused: Opioidasendusravi eksperimentaalsete ja vaatlusuuringute ülevaated kinnipidamisasutustest näitavad, et vanglapõhise säilitusravi eelised on sarnased kogukonnapõhiste eelistega (32, 134–136). Sellise ravi kättesaadavaks muutmise kinnipidamisasutustes annab võimaluse vähendada illegaalsete opioidide kasutamist ja riskikäitumist kinnipidamisasutuses. Oluline on tugev seotus kinnipidamisasutuse ja kogukonnapõhiste programmide vahel, hõlbustamaks ravi jätkumist (pärast kinnipidamist/pärast vabanemist) nii, et on võimalik saavutada pikaajalisi eeliseid ning ennetada suuri kahjusid, sealhulgas surma, vahetult pärast kinnipidamisasutusest vabanemist.

## Testimine

### Soovitatav sekkumine

**HIVi, HCV (vaktsineerimata inimestel HBV) ja teiste infektsioonide, kaasa arvatud TB vastu tuleb regulaarselt pakkuda vabatahtlikku ja konfidentsiaalset testimist koos informeeritud nõusolekuga ja siduda see ravile suunamisega.**

Vastuvõetud otsus: ekspertarvamused pooldavad vabatahtlikku ja konfidentsiaalset infektsioonhaiguste testimist riskide vähendamise potentsiaali tõttu ja kuna testimisel kinnitust saanud diagnoos on eelduseks ravi pakkumisele. Narkootikumide süstimisega seotud infektsiooniriski tõttu on tõenäoliselt kõigis Euroopa piirkondades kulutõhus testida süstivaid narkomaane HIVi, HBV ja HCV suhtes. TB diagnoosimine on

tõenäoliselt enamikes riikides kulutõhus. Teiste infektsioonhaiguste kontrollimist tuleb kaaluda standardse meditsiinilise läbivaatuse käigus (nt HAV, D-hepatiidi, süüfilise ja teised maksa- ning üldvere uuringud). Meditsiinilise läbivaatuse ja testimise sagedus, samuti kaalutus, milliseid uuringuid teostada, tuleb kohandada vastavalt konkreetsetele kliinilistele sümptomitele ning kohalikule epidemioloogilisele olukorrale. Süstivate narkomaanide puhul on risk tihti väga kõrge ja tervisekontrolli tuleb sel juhul pakkuda üks kuni kaks korda aastas (16).

Soovitav on pakkuda regulaarselt vabatahtlikku ja konfidentsiaalset testimist. „Vabatahtlik“ tähendab, et kuigi testimine on standardne tervishoiuteenus, teavitatakse inimest uuringust ja selle võimalikest tagajärgedest ning ta annab selgesõnalise nõusoleku testimiseks. „Regulaarselt pakutav“ tähendab, et tervishoiutöötajad peavad süstivatele narkomaanidele soovitama infektsioonhaiguste uuringuid meditsiiniabi standardse osana.

Siiski viitavad ELi/EMP riikidest saadud hinnangud, et eelneva 12 kuu jooksul testiti HIVi suhtes ainult 10–60% süstivatest narkomaanidest (137) ja tõenäoliselt on see osakaal teiste infektsioonide puhul märksa väiksem. Vere kaudu levivate viiruste ja teiste haiguste õigeaegne avastamine võimaldab klientidel saada meditsiinilist abi infektsioonide raviks, ennetada tüsistusi ja vähendada haiguse levitamise riski (138). Testimine pakub olulist võimalust süstivate narkomaanide nõustamiseks ja harimiseks infektsioonide ennetamise suhtes (kui test osutub negatiivseks) ja edasise leviku suhtes (kui test osutub positiivseks). Riskide vähendamise alane nõustamine, mis viiakse läbi testimisega samaaegselt, võib kaasa tuua riskikäitumise vähenemise (139).

### *Vere kaudu levivad infektsioonid*

Tervishoiutöötajate tööjuhised HIVi, viirusliku hepatiidi ja teiste infektsioonide (sealhulgas bakteriaalsed nahainfektsioonid, seksuaalsel teel levivad ja hingamisteede infektsioonid) testimise alustamiseks süstivatel narkomaanidel andis EMCDDA välja 2010. aastal ja need võivad olla kasulikud programmide rakendamisel süstivate narkomaanide puhul (16). Üldised juhised HIVi testimise kohta andis välja ECDC (138). Kokkuvõttes tuleb süstivatele narkomaanidele pakkuda testimist, mis järgib riiklike juhiste kvaliteedistandardeid. Siiski tuleb näha rohkem vaeva, et jõuda lähemale ja nõustada seda rohkem haavatavat ja raskelt ligipääsetavat inimrühma testimisele parema ligipääsu saavutamiseks, testimise põhjuste mõistmiseks ja et nõusolek testimiseks oleks selgelt vabatahtlik. Kohapeal testimine välitöö tingimustes võib suurendada HIV-, HBV- ja HCV-uuringute tegemist (vt tekstikasti Soome kogukonnapõhise testimise kogemusest). Isegi kui kohapeal tehtavad kordusuuringud positiivse testitulemuse korral võtavad sama kaua aega kui tavapärase kontrollimise korral, on negatiivsed uuringutulemused kohe saadaval ja esialgsed positiivsed uuringutulemused, kombineeritult riskide vähendamise nõustamisega, võivad vähendada riskikäitumist. Testimist tuleb nakatunute puhul siduda raviga kohalike tervishoiuteenuste kaudu erialaarstide juurde suunamise kaudu ja järelkontrolliga kinnitatud HIV-positiivsete, krooniliste HCV- ja HBV- või teiste infektsioonid juhtude puhul, mis vajavad ravi.

### *Tuberkuloos*

TB sõeluuringud on täiendav ja oluline väljakutse, mis on süstivate narkomaanide puhul ülimalt tähtis. Tuberkuloositõrje põhineb suures osas infektsioosete juhtude tuvastamisel ja nende ravil vähemalt kuue kuu jooksul antibiootikumide kombinatsiooniga, mis vastab rahvusvahelistele soovitudele (140–141).

Patsientide meditsiinilise abi hilinenud otsimine on süstivate narkomaanide seas tavaline ja suurendab TB leviku riski ja haiguse raskust (142–143). Juhtumite tõhusam leidmine on oluline leviku vähendamise ja patsiendi ravitulemuse ning prognoosi parandamise osas. TB sõeluuringuid võib läbi viia nii aktiivsete kui

latentsete infektsioonjuhtude leidmiseks. Rahvatervise aspektist on aktiivsete tuberkuloosijuhtude leidmine võtmeküsimus, sest see vähendab koheselt infektsiooni levikut. Kuna süstivatel narkomaanidel – ja eriti HIV-positiivsetel inimestel – on kõrge risk aktiivse TB kujunemiseks, siis on ennetava ravi alustamine latentse TB diagnoosi järel samuti oluline. Ideaalis tuleks aktiivse või latentse TB suhtes kontrollida kõiki süstivaid narkomaane.

### Kohapealsed uuringud madala läve keskustes Soomes

Alates 1999. aastast on rakendatud HIVi kiirtestimist kogukonnapõhises programmis (ingl k. *point-of-care testing*) süstivatele narkomaanidele madala läve keskustes. 2011. aastal pakkus HIVi kiirtestimist kümme (kokku 34-st) madala läve keskust. Seda hindas ja sellele andis soovitusi Soome Rahvatervise Instituut (THL).

THL toetas kiirtestimist, pakkudes labori- ja nõustamisalast koolitust, kvaliteedi hindamist ja seireprogrammi ning andes nõuandeid testimiseks vajaminevate praktiliste meetmete osas. Enne kiirtestimisprogrammi kasutuselevõtmist uues madala läve keskuses peab kogu kiirtestimist teostav personal läbima koolituse THLis. Instituut korraldab HIVi antikehade uuringute kvaliteedi hindamist üheskoos välise kvaliteedihindamise teenustega kolm korda aastas ja teeb kontrolltestimisi positiivsete testitulemuste korral. Instituut annab ka igapäevaselt nõu ja monitoorib testimisprogramme, kogub hõlmatus ja testitulemuste andmeid programmi järelvalve ning mõju hindamise jaoks.

Klientidele pakutakse tasuta anonüümset HIV-kiirtestimist kõigis madala läve keskustes ilma vajaduseta aega broneerida. Testitakse eraldi uuringuruumis, mis tagab privaatsuse. Testieelne nõustamine hõlmab vestlust riskikäitumise, turvaseksi ja HIVi antikehade aknaperioodi kohta. Test tehakse sõrmeotsaverest ja tulemus selgub 15 minuti jooksul. Negatiivsest testitulemusest teavitatakse kohe pärast uuringu tegemist, positiivsed tulemused kinnitatakse eraldi võetud veenivereprooviga. Kinnitav tulemus on saadaval nädala pärast. Positiivsed juhtumid suunatakse edasi haiglaravile.

Vahemikus 1999–2010 kontrolliti madala läve keskustes üle 8000 süstiva narkomaani vereanalüüsi, millest kokku 47 juhtumit osutusid HIV-positiivseteks. Meedikud ja madala läve keskuste kliendid on kiirtestimise mudeli hästi vastu võtnud. Enamik kliente eelistab kiirtestimist tavapärasele analüüsile.

TB sõeluuring on üks osa kõikehaaravast tervishoiuteenusust, mis nõuab kõigi diagnoosi saanud patsientide juurdepääsu mikrobioloogilabori teenustele, haiglaravile, ravimitele ja toetusele. TB skriinimine/diagnoosimine hõlmab haiguse anamneesi, rindkere röntgenipilti, Mantoux' testi ja võimaluse korral vereanalüüsi (interferoon-gamma test, IGRA). Kasutatav meetod sõltub riiklikest juhistest, või kui need puuduvad, rahvusvahelistest TB skriinimise juhistest (131, 16, 144).

Lisaks tuleb süstivatel narkomaanidel tuberkuloosisümptomite esinemisel viia läbi kliiniline läbivaatus ja ideaalis peaksid kliendid enne uuringuid täitma küsimustikud võimalike sümptomite kohta. Igasugusele TB sõeluuringule – eriti süstivate narkomaanide puhul, kellel on tuberkuloosisümptomid – peab järgnema vähemalt röga mikroskoopiline uuring kõigi kahtlustatavate tuberkuloosijuhtude korral. Pärast aktiivse TB kahtlustamist peab lõplik TB diagnoos põhinema positiivsel mikrobioloogilise kultuuri uuringul, mis hõlmab ka ravimtundlikkuse määramist.

On näidatud, et süstivad narkomaanid võivad olla üheks rühmaks, kus haigusjuhtude ennetamiseks on vaja skriinida ja profülaktiliselt ravida kõige väiksem arv inimesi.



### Muud infektsioonid, mis kahjustavad süstivaid narkomaane

Seksuaalsel teel levivate infektsioonide, nt klamüdioos, gonorröa ja süüfilise testimist ja ravi peaks julgustama ning soodustama, eriti riskantse seksuaalkäitumise ja mitmete seksuaalpartnerite korral (näiteks prostitutsiooni kaasatud). Kõigis olukordades, ka sellistes, kus testimine ja ravi ei pruugi olla võimalik (nt väljatöö korral) saab korraldada edasisuunamist, pakkuda kondome ja libestit.

Lisaks on süstivatel narkomaanidel kõrge risk ägedate bakteriaalsete nahainfektsioonide (sealhulgas MRSA), pehmete kudede infektsioonide, abstsesside ja veenipõletike tekkeks, seda koos võimalike eluohtlike tüsistustega. Infektsiooni põhjusteks on süstimine (mis annab bakteritele võimaluse organismi sattuda), halb hügieen, halb süstimistehnika ja saastunud narkootikumid (nt 2010. aastal Šotimaal aset leidnud Siberi katku puhang). On oluline, et väikseid vigastusi ja bakteriaalseid infektsioone diagnoositaks ning ravitakse õigeaegselt. Abstsesside või teiste nahakahjustuste puhul tuleb mäda, kudedest või muust materjalist võtta bakterioloogiline analüüs ja saata see uurimiseks laborisse (15).

### Infektsioonhaiguste ravi

#### Soovitatav sekkumine

- **HIVi, HBV või HCV-ga nakatanute viirusvastane ravi vastavalt kliinilisele näidustustele. Aktiivsete**
- **TB haigusjuhtude korral on soovitatav tuberkuloosivastane ravi. TB latentsete haigusjuhtude**
- **korral tuleks kaaluda profülaktilist ravi. Teiste infektsioonhaiguste ravi tuleb pakkuda vastavalt**
- **kliinilistele näidustustele.**

Vastuvõetud otsus: hiljutised uuringud on näidanud süstivate narkomaanide HIVi, HBV ja HCV viirusevastase ravi selget kasu. Viimased rahvusvahelised juhised ei piira viirusevastast ravi ainult narkootikumidest vabanenud inimestele seni, kuni ei esine muid kliinilisi vastunäidustusi. Tuberkuloosiravi osas on tugev tõendusmaterjal üksikisikute ja elanikkonna tasandil olevatest eelistest.

Praktilised aspektid: testimine tuleb siduda raviga, koos selge edasisuunamismudeliga, tagamaks ravi jätkumist positiivsete juhtude korral, ja juhul, kui ravi ei ole veel näidustatud, tagada haiguse jälgimine. Tuleb arvestada suurt koinfektsioonide võimalust süstivate narkomaanide hulgas. Kinnipidamisasutusest vabanemise plaanimisel on edasisuunamine ja haiguse ravi jätkumise tagamine eriti oluline. Hoolikalt tuleb arvestada ravimite koostoimega, seda eriti koinfektsiooniga inimeste puhul.

### Vere kaudu levivad infektsioonid

Antiretroviirusravi (ARV) pakkumine on kesksel kohal nende süstivate narkomaanide ravis, kes on testimisel osutunud HIV-positiivseteks. HBV või HCV infektsiooni suhtes positiivseteks osutunud inimeste puhul on viirusevastase ravi pakkumine tihti kliiniliselt näidustatud ja see tuleb tagada vastavalt riiklikele juhistele (1, 53, 146–148).

Kõik HIVi nakatunud või kroonilise HBV või HCVga inimesed vajavad regulaarset tervisealast jälgimist isegi juhul, kui nad ei saa viirusevastast ravi.

On tõendusmaterjale selle kohta, et aktiivsed süstijad võtavad edukalt HIVi ravimeid ja saavad sellest kasu. Samuti on tugevaid tõendeid selle kohta, et narkomaanide seas ei esine suuremat ravimresistentsust kui teiste HIV-positiivsete inimirühmade seas, kes saavad ARVd (149). Samuti on uuringud näidanud, et süstivad narkomaanid saavutavad HCV ravis tulemusi, mis on võrreldavad mittesüstiva elanikkonnaga juhul, kui raviga kaasnes vastav toetus (150). Andmeid kinnitavad, et HCV ravi

saab anda opioidasendusravi programmide raames ja et nii kliendid kui personal toetab sellist teenusepakkumise mudelit, kus kõiki teenuseid on võimalik saada samas kohas (151–153).

Mitmed uuringud on kinnitanud, et HIV-positiivsed või HIV- ja HCV-koinfektsiooniga inimesed, kes on opioidasendusravil, peavad infektsioonivastest ravirežiimist kinni märksa suurema tõenäosusega; kuid puuduvad andmed, kuidas see avaldab mõju viiruskoormusele. (Täpsemalt on opioidasendusravi mõju kohta ARV ravisoostumusele võimalik lugeda WHO Euroopa regiooni kliinilisest protokollist (1)).

Samuti on tõendusmaterjale modelleerimisuuringutest, kus anti(retro)viraalne HIVi ja HCV ravi võivad mõjutada infektsioonide leviku ennetamist: ravisoostumuse korral võib viiruskoormus väheneda, vähendades seega edaspidist viiruse edasikandumise riski, lisaks ennetatakse konkreetse süstiva HIV- või HCV suhtes positiivse narkomaani tüsistusi (154).

HIV-infektsiooni ja HBV kokkupuute järgset profülaktikat võib käsitleda kooskõlas rahvusvaheliste ja riiklike soovitustega.

### *Tuberkuloos*

Kõik aktiivse TB diagnoosiga patsiendid peavad saama vastavat ravi. Ravi peab järgima riiklikke või nende puudumisel rahvusvahelisi juhiseid (140–141), mis annavad ka spetsiifilisi suuniseid konkreetsete kliiniliste olukordade puhuks, nt HIV-infektsiooni jt kaasuvate haiguste puhuks. Ravi tulemusi tuleb jälgida kliiniliselt ja bakterioloogiliselt. Kui patsient osutub aktiivse TB suhtes positiivseks, siis tuleb tagada kontaktsete TB juhtude otsimine.

Teadaoleva HIV-infektsiooniga inimestel, kes elavad tingimustes, kus on selge risk korduvaks kokkupuuteks TBga ja kelle puhul aktiivne TB on välistatud, tuleb pärast individuaalse riski hindamist kaaluda profülaktilist ravi. Samuti vähendab HIVi nakatunud inimeste seas ARV korral piisava arvu CD4-rakkude saavutamine ja säilitamine TB haigestumise riski kokkupuutel TBga. Seda tuleb arvestada individuaalse riski hindamisel.

Profülaktilise ravi kasutamine HIVi nakatunud inimestel peab järgima dokumente „WHO esialgne poliitika koostöök TB/HIVi tegevustes“ (155) ja „Strateegilised juhised TB- ning HIVi-teenuste koostöök süstivate ja teiste narkomaanide jaoks. Integreeritud lähenemine“ (156).

Vastavat rahvusvahelistele standarditele tuberkuloosiravi osas, peab patsientide ravisoostumuse strateegia sisaldama meetmeid nii ravisoostumuse hindamiseks kui ka selle soodustamiseks ja madala ravisoostumuse korral tuleb seda toetada. Seetõttu on soovitatav otseselt kontrollitav ravi (OKR), et tagada multidistsiplinaarne lähenemine patsientide toetamiseks ja ravisoostumuse soodustamiseks. Motiveerivad programmid OKR ravisoostumuse parandamiseks võivad kasulikud olla (157).

### *Muud infektsioonid, mis kahjustavad süstivaid narkomaane*

Diagnoosimise korral tuleb seksuaalsel teel levivaid infektsioone kohe ravida vastavalt riiklikele ravijuhistele. Pikaajaline süstimine põhjustab süstivatel narkomaanidel tihti kroonilisi, halvasti paranevaid haavandeid. Haavahooldusprotseduurid võivad olla väga tõhusad, kui kliendi-personali suhe on stabiilne ja põhineb usaldusel ning ravisoostumusel. Haavahooldust tuleb võimalusel pakkuda nii SVP raames kui sõltuvusravi puhul.

## Tervisedendus

### Soovitatav sekkumine

**Tervise edendamine on keskendunud ohutumale süstimiskäitumisele; seksuaaltervisele, kaasa arvatud kondoomi kasutamisele; ning haiguste ennetamisele, tõrjele ja ravile.**

*Vastuvõetud otsus:* ekspertarvamused peavad tervisedendust kõigi kuue võtmesekkumise rakendamisega kaasuvaks põhikomponendiks. See toetab teiste otseste sekkumiste rakendamist ja sotsiaalset turundamist. Selle sisu peab juhinduma kasutajate vajadustest.

Tervisedendus on protsess, kus inimestel võimaldatakse saavutada suuremat kontrolli oma tervise üle ja selle mõjurite üle ning seeläbi parandada tervist (WHO, 1986). Tervisedendus ei hõlma ainult info andmist ja tuge, vaid ka riskide vähendamise alast nõustamist. Tervisedendus üksi ei ole HIVi riski vähendamisel süstivate narkomaanide hulgas tõhus, kuid kombineeritult teiste ennetusmeetoditega (näiteks nõelte ja süstaldega varustamise ja sõltuvusraviga) võib tervisedendus olla tõhus (53, 158). Tervisedenduse sõnumid peavad olema sootundlikud ja kultuurikonteksti kuuluvad, esitatud erinevates keeltes ja kohandatud vastavale sõnavarale, millega narkomaanid on tuttavad ja millest nad lihtsalt aru saavad.

### Tervisedendus ohutuma süstimiskäitumise saavutamiseks

- Kasutage iga süstimise jaoks uut steriilset nõela ja süstalt ning puhtaid tarvikuid: „üks nõel-üks süstal-üks süstimiskord“. Ärge kunagi jagage ega laenake nõelu, süstlaid või muid tarvikuid.
- Olge teadlikud ja valmis olukordadeks, kus võib olla raske infektsioone vältida (nt kui tekib sotsiaalne surve tarvikute jagamiseks või kui süstimiseelne olukord on mõnevõrra kaootiline). Võtke kasutusele strateegiad vähendamaks süstimistarvikute tahtmatut jagamist (nt kasutades värvikoodidega või märgistatud süstlaid).
- Julgustage mittesüstivaid kaaslasi, et nad ei hakkaks süstima. Julgustage kaaslasi, kes süstivad, kasutama ohutuid süstimispraktikaid.
- Peske enne ja pärast süstimist käsi; puhastage enne süstimist nahka alkoholi või muu desinfitseerimisvahendiga; kasutage filtrit; vältige ohtlike süstimiskohtade, nt kaela- ja kubemepiirkonna kasutamist; vältige naha alla või otse lihasesse süstimist; puhastage pärast süstimist kõik materjalid, ka laua pind.
- Süstimise asemel kasutage teisi manustamisviise, näiteks narkootikumide suitsetamist või suu kaudu manustamist. Sel eesmärgil on võimalik kasutada fooliumit või želatiinkapsleid.
- Vältige üledoosi, kasutades väiksemaid koguseid narkootikumi (eriti pärast abstinentsi või nõrgematoimelise narkootikumi kasutamist), mitte tarvitades narkootikume üksinda ja tundes ära üleannustamise sümptomeid süstimiskaaslaste puhul ning kutsudes kohe pärast nende ilmumist abi. Olge ettevaatlik, tarvitades uutest või tundmatutest allikatest pärinevaid narkootikume, ja vältige narkootikumide segamist (nt alkoholi, bensodiasepiinide ja opioidide) puhul. Kui see on võimalik, kasutage hügieenilise süstimise tagamiseks vastavaid järelvalvega asutusi.

Peale kirjalike materjalide peaks olema ka visuaalseid ja interaktiivseid õppevahendeid. Tervisedenduse koolitajaid tuleb spetsiaalselt õpetada, kuidas tervisedenduse õpet läbi viia. Oluline on meeles pidada, et tervisedenduslik töö tuleb teatud tingimustel, näiteks psühhiaatriliste häirete puhul, kohaldada inimesele sobivaks. See võib mõjutada tervisedenduse valdkonnas tehtavate pingutuste edukust.

Süstivatele narkomaanidele tervisedenduslike sõnumite edastamise eesmärk on suurendada arusaamist infektsioonhaiguste, infektsioonide levimise ja infektsioonide ennetamise kohta, eesmärgiga vähendada riski infektsioonidesse nakatumiseks või levitamiseks uimastite süstimise kaudu, edendades ohutut süstimiskäitumist, üleminekut mittesüstitavatele narkootikumidele või narkootikumide tarvitamise lõpetamist. Tervisedenduslikud sõnumid tuleb muuta kasutajate vajadustele vastavaks ja pakkuda neid igal võimalusel: tänavanurgal, väljatöö teenuseid pakkudes, sõltuvusravi keskuses või SVP raames. Iga kontakt süstiva narkomaaniga on teenusepakkujale võimalus hinnata tervisedenduse vajadusi ja pakkuda nõustamist ning jagada tervisedenduslikke sõnumeid. Kliendid on tihti parimad otsustajad oma vajaduste üle tervisedendust puudutava info osas ja kui on loodud usaldus teenusepakkujaga, otsib mõni klient ise tervist puudutavat infot, mis vastab nende endi tunnetatud vajadustele.

### *Ohutum süstimiskäitumine*

Peamine tervisedenduslik info, mis soodustab ohutut süstimiskäitumist, on välja toodud eespool olevas tekstikastis. See tuleb kohandada kohaliku kontekstiga ja narkomaanide spetsiifiliste vajadustega ning elustiiliga.

Kuigi käesoleva suunisdokumendi põhiline fookus püsib infektsioonide ennetamisel süstivate narkomaanide hulgas, on peamine surmapõhjus opioide tarvitavate inimeste seas paljudel juhtudel siiski narkootikumi üledoos (159). Üledoosi vältimisega seotud nõustamine on peamine tegevus, millega süstivate narkomaanidega töötavad või kokku puutuvad inimesed peaksid tegelema. Eriti oluline on jõuda inimesteni, kes parajasti saavad sõltuvusravi, detoksifikatsiooni ning kes süstivad uimasteid ja on vabanemas kinnipidamisasutustest, teavitamaks neid sellest, et kui narkootikumide kasutamine jätkub või intensiivistub, on neil vähenenud tolerantsi tõttu narkootikumi suhtes suur üledoosi risk. Peamised üledoosi ennetamise sõnumid, mis on suunatud süstivatele narkomaanidele, võivad samuti soodustada narkootikumi väiksemate annuste kasutamist või julgustada mitte tarbima narkootikume üksi olles (31). Narkomaane saab õpetada, kuidas süstiva kaaslaste üledoosi ära tunda ning mida teha hädaolukorras, nt panna kannatanu külgasendisse ning kutsuda kiirabi. Mõnes riigis kasutatakse omasuguste poolt üksteisele jagatavat naloksooni; selle meetodi puhul on teatatud positiivsetest tulemustest (160). Täiendavad võimalused narkootikumide üledoosidega seotud kahjude vähendamiseks on julgustada süstivaid narkomaane kasutama järelvalvega süstimisasutusi, kui sellised teenused on kättesaadavad. Personali otsese jälgimise all on üledoosi korral võimalik saada koheselt abi. Hiljutine uuring on tõestanud seose selliste keskuste olemasolu ja üledoosist tingitud surmajuhtude vähenemise vahel elanikkonnas (161). Ning lõpuks, suur osa süstimise alustajatest teevad seda väljakujunenud uimastitarbimisega kaaslaste seltsis. Olulisima info, näiteks kuidas vältida narkootikumide süstimise alustamist või kuidas kasutada ohutuid süstimispraktikaid, edastavad omasugused kõige tõhusamalt

### *Seksuaalsel teel levivad infektsioonid ja kondoomi kasutamine*

ELi/EMP riikide andmed näitavad, et kondoomi kasutamine süstivate narkomaanide hulgas varieerub 5%-st kuni peaaegu 60%-ni, mis on oluliselt madalam sellest, mis on vajalik seksuaalsel teel levivate infektsioonide (kaasa arvatud viirusliku hepatiidi ja HIVi) ennetamiseks (137). Seetõttu on eriti oluline, et tervisedendus seab süstivate narkomaanide puhul eemärgiks STLlde ennetamise. Tuleb pakkuda kondome ja libesteid koos infoga nende järjepidevaks kasutamiseks. Täiendavalt tuleb anda infot STLI sõeluuringuteks ja raviks, sest on tõendeid STLlde (sh HIVi ja HBV) levimisest süstivatelt narkomaanidelt nende seksuaalpartneritele või vastupidi (162–163). Narkomaania võib olla tihedalt seotud seksi eest raha või narkootikumide saamisega, mis paneb narkomaanid märksa suuremasse STLldesse nakatumise või levitamise riski, kui kondome ei kasutata järjepidevalt ja korrektselt.

## Haiguste ennetus, testimine ja ravi

Tervisedendus peab pakkuma infot, mis selgitab süstivate narkomaanide hulgas levinud haiguste edasikandumise viise. Informatsiooni selliste infektsioonide nagu HIV, HCV ja HBV kohta tuleb jagada nii, et inimesed saaksid aru, et nad võivad viirust levitada isegi siis, kui neil endil ei esine sümptomeid. TB puhul aetakse tihti segamini infektsioon ja haigus ning millistes faasides on TB nakkusohklik (142) (143) (164). Uuringud on viidanud, et HIVi ennetamise info võib minna sassi TB ennetamise infoga; näiteks ebaõige kommentaar selle kohta, et TB saab ennetada kondoomi kasutamisega ning nõelte puhastamisega, mis võib mõningatel juhtudel selgitada patsientide hilinemist TB ravi korral (142).

Vajalikud on sisukad, lihtsalt kättesaadavad infomaterjalid, samuti aktiivne teavitust TB ja vere kaudu levivate viiruste kohta. Sama olulised on pingutused väärarusaamade korrigeerimiseks haiguse kohta, püüdes samal ajal takistada haiguse stigmatiseerimist. Peamine tervisedenduslik info peab samuti keskenduma ravisoostumuse toetamisele, nii et patsiendi haigus (TB, HBV ja edu korral HCV) saaks ravitud, vähendades seega ravimresistentsuse tekke ja infektsiooni levitamise riski.

Viimane oluline küsimus paljudele süstivatele narkomaanidele on sotsiaalne toetus ja hoolekanne. On tõendatud, et näiteks majutusteenust seostatakse HIVga inimeste infektsiooniriski vähenemisega (165). On tõenäoline, et paljud eluasemega ja majandusliku heaoluga seonduvad faktorid mängivad paljude süstivate narkomaanide hulgas väga suurt rolli elukvaliteedi ja infektsiooniriski suhtes. Süstivate narkomaanide laiemaid vajadusi käsitlevate toetavate teenuste (nt eluasemeteenused, toit ja madala läve töökoha võimalused) pakkumine avaldavad tervisega soetud tulemustele positiivset mõju.

## Teenuse suunatud osutamine

### Soovitatav sekkumine

**Teenuseid tuleb organiseerida ja korraldada ning osutada vastavalt nende tarvitajate vajadustele ja kohalikele tingimustele. See hõlmab teenuste osutamist välitingimustes ja sõltuvusravi pakkuvates statsionaarsetes keskustes, kahjude vähendamist, nõustamist, testimist ja suunamist teiste üldiste ja erialatervishoiuteenuste juurde.**

Vastuvõetud otsus: tõendusmaterjal ja eksperthinnangud toetavad suunatud teenuste osutamist vastavalt tarbijate vajadustele ja kohalikele tingimustele.

### Teenusepakkumise moodused: kasutajate teenuste juurde kaasamise kaalutlused

Nii nagu teenuste pakkumise põhiväärtuste juures määratletud, on oluline hoolikalt läbi mõelda, kuidas on korraldatud süstivatele narkomaanidele suunatud teenused ja kuidas neid pakutakse, suurendamaks teenuste vastuvõetavust klientidele ning seeläbi teenuste kättesaadavust ja nende kasutamist. Teenusteprogrammide tõhusus sõltub nende suutlikkusest kliente võita, motiveerida ja kinni hoida. Seetõttu peaks teenuste plaanimine võtma eesmärgiks luua süstivatele narkomaanidele võimalikult vähe takistusi, et neil oleks teenustele hõlbus juurdepääs ja nad saaksid pakutavaid teenuseid kasutada.

Teenuseid tuleb pakkuda kohtades, mille võimalikud teenusekasutajad ära tunnevad, kuhu neil on juurdepääs ja kuhu sisenemisel nad tunnevad end turvaliselt. Lisaks tuleb teenuseid pakkuda diskreetse keskkonnas ja viisil, et saaks tagada konfidentsiaalsuse, ning kus kliendid ei tunneks end personali hinnangulise suhtumise tõttu ebamugavalt, kus ei oleks tülitamist ning ei peaks tundma hirmu õiguskaitseorganite ees. Mõnikord on sotsiaalsete baasteenuste – nt toit, pesemisvõimalused ja riided –

võimaldamine kõige parem võimalus pakkuda teenuseid sotsiaalselt tõrjutud ja riskirühma kuuluvatele süstivatele narkomaanidele.

Juurdepääsu teenustele tuleb hoolikalt plaanida vastavalt kohalikule kontekstile. Lihtne ja õigeaegne juurdepääs teenustele on eriti oluline nõelte, süstalde ja süstimistarvikute pakkumise puhul. Ilma pideva puhaste süstimistarvikute varuta ei ole HIVi, HBV ja HCV leviku vähendamine võimalik.

Süstivate narkomaanide teenused varieeruvad riikide, regioonide, kasutatavate ressursside ja inimrühmade osas. See on nii peamiselt sellepärast, et süstivate narkomaanide profiil erineb riigiti, sõltuvalt kasutatavate narkootikumide tüübist, inimese vanusest, soost, etnilisest taustast ja sissetulekust. Seetõttu on väga oluline kaasata sihtrühma teenuste pakkumise loomisel ja pakkumismooduste valimisel, et teenus vastaks kõige paremini kohalikele vajadustele ja kontekstile. Kui programmid on kujundatud vastavalt klientide vajadustele ja teenuse-eelistustele, on suurem võimalus teenuste kasutamiseks.

### Alaealiste juurdepääs süstlavahetusprogrammidele Ungaris

Kui 2010. aastal loodi Ungaris esimesed laiahaardelised riiklikud juhised SVPde jaoks\*, tekkis vajadus riikliku konsensuse saavutamiseks alaealiste ligipääsuks teenusele (Ungaris on täiskasvanuiga alates 18. eluaastast). Projekti anonüümsuse, konfidentsiaalsuse ja teenustele lihtsa ning piiramatult kättesaadavuse põhimõtteid, mida peetakse madala läve teenuste peamiseks eelisteks narkomaanide puhul, ei võimaldanud SVP teenuste juurdepääsu piirata. Samal ajal nõudsid kohalikud seadused, et riskilastest teatataks lastekaitseasutustele.

Vastuolulised seadused olid riikliku arutlusprotsessi alguspunktiks ning töid riiklikule kohtumisele kokku laste heaoluga seotud spetsialistid, kõigi Ungari süstlavahetuspunktide esindajad ja teised huvirühmad. Pärast rahvusvahelisi ja kohalikke tavasid puudutavaid ettekandeid ja arutlusi teemadel nagu alaealiste vajadus erinevate teenuste järgi (nt põhjalik nõustamine ja konkreetse juhtumi hindamine), sillutati tee konsensuse leidmiseks. Lepiti kokku, et peale riiklikul tasandil loodavate üldiste juhiste peab iga SVP arvestama oma siseregulatsioonidega, samal ajal peavad lastekaitseteenuseid pakkuvad ametid looma suhteid teiste oluliste uimastiteenustega nii, et nad võivad suunata alaealisi edasi uimastialase nõustamise ja raviteenuste juurde. Vastuolu osas lastekaitseasutuste ja madala läve teenuste suhtes pöörduti ombudsmani poole lahenduse leidmiseks, mis kajastub juhistes.

Lõplikud riiklikud juhised SVPde kohta, mis avaldati 2011. aasta juulis Riikliku Perekonna ja Sotsiaalpoliitika Instituudi poolt, sätestavad, et alaealisi ei tohi SVPdest kõrvale jätta, sest selliste programmide puhul on anonüümsus oluliseks prioriteediks. Kuid juhised selgitasid ka seda, et alaealisi tuleb julgustada oma vanemaid teavitama. Kui see on võimalik, soovitatakse, et võetaks ühendust laste hoolekandeteenuste eest vastutaja kui SVP ühe peamise kohaliku partneriga. Vastavalt iga konkreetse juhtumi hindamisele peetakse koostööd ja info vahetamist mõlema organisatsiooni vahel kasulikuks SVPde alaealiste klientide jaoks.

\* Juhised valmisid EL rahastatud projekti „Modernization of social services, reinforcement of central and local strategic planning capacities, supporting social policy decisions” of the Social Renewal Operational Programme” raames.

## Teenusepakkumise tüübid

On mitmeid erinevaid teenusepakkumise tüüpe, mis kõik saavad toimida koos teiste teenustega või eraldi. Mitmed riigid on leidnud, et teenuste koondamine „kõik ühes“-teenusemudelisse koos lihtsa juurdepääsuga on kõige kulutõhusam ja efektiivsem moodus teenuste pakkumiseks ja et kliendid hindavad teenuste integreerimist (120, 166–167). Näiteks väga integreeritud statsionaarne teenusekeskus pakub nõelu, süstlaid ja süstimistarvikuid, testimist ja võimalusel meditsiiniabi (nt HIVi, HBV ja HCV raviks), üldist tervishoiualast teavet hügieeni ja üledooside vältimise kohta, sõltuvusravile suunamist ja üldiseid tervishoiu- ja sotsiaalteenuseid (vt teenuste integreerimise näidete kohta tekstikasti lk 41).

Kui teenuseid ei ole võimalik integreerida tervishoiusüsteemi korralduse, rahastamise või kliendi eelistuste tõttu, on siiski suur väärtus pakkuda individuaalseid teenuseid, mis vastavad kliendi vajadustele. Paljud programmid alustavad ühe teenuse pakkumisega, ning aja jooksul lisavad teisi teenuseid. Teenuste pakkumise tüüpe tuleb kohandada, et kohalikke vajadusi arvestades suurendada tõhusust. Nendel teenusepakkumise tüüpidel on olenevalt olukorrast erinevaid nimetusi, kuid üldised tunnused langevad tavaliselt kokku järgmistes kategooriates.

**Statsionaarsed keskused:** teenuseid võib ja tihti pakutaksegi statsionaarsetes tingimustes, mille sihtrühmaks on narkomaanid ning mis soovivad hoida külastamiseks madalat läve (st teenuste pakkumiseks on klientidele väga vähe piiranguid), et teha juurdepääs kasutajatele nii lihtsaks kui võimalik. Statsionaarsed keskused võivad olla süstlavahetuse kohad või opioidasendusravi või muu sõltuvusravi pakkumise kohad, mis võivad pakkuda süstivatele narkomaanidele ka täiendavaid teenuseid, nt HIVi, hepatiidi või TB uuringud, tervisealane nõustamine või ravile suunamine. Statsionaarsed keskused võivad toimida kui vabalt külastatavad keskused või kohad, kus süstivad narkomaanid saavad viibida. Koht, mis pakub tervisealaseid ja ennetusteeneid, võib olla ka koht, kus puhata, süüa, lugeda ajalehti, kasutada internetti ning vestelda personaliga ja omasugustega vabas ja heakskiitvas keskkonnas. Statsionaarne keskus võib olla oluline koht omasuguste programmideks (ingl k *peer education*), ja toimib tihti kohana, kust professionaalid ja omasugused lähevad väljatööt tegema. Süstlavahetuskeskused on tihti mooduseks, millega kliente köita. Esmalt külastavad paljud kliendid keskust sotsiaalsete kontaktide, pakutavate süstalde või narkootikumide ettevalmistamise vahendite pärast, kuid seejärel puutuvad kokku paljude teiste teenuste ja tervisealaste sõnumitega.

Enam kui 50 Euroopa linnas<sup>8</sup> on keskused muudetud spetsialiseeritud statsionaarseteks keskusteks, kus on võimalik tarbida narkootikumide tervishoiutöötajate otsese jälgimise all. Sellised järelvalvega süstimise kohad on professionaalselt töötavad tervishoiuasutused, kus soodustatakse hügieenilist ja ohutut narkootikumide tarbimist, et vähendada narkootikumide süstimisega seotud haigestumust ja suremust (5). Keskused pakuvad võimalust tervisedendamiseks ja haiguste ennetamiseks ning meedikute vahetuks sekkumiseks üledoosi korral. Põhiline eesmärk on saada ja säilitada kontakt inimestega, kes ei suuda või ei taha uimastite süstimist lõpetada tervise seotud riskide vähendamiseks, ja tagada juurdepääs teistele teenustele, eriti meditsiiniabile ja sõltuvusravile. Uuringud on näidanud, et otsese jälgimise all süstimise võimalus jõuab spetsiifiliste raskesti juurdepääsetavate rühmadeni ja selle teenuse kasutajad teavitavad olulisest riskikäitumise vähenemisest, samuti tervise paranemisest.

Vaatamata oma tüübile peavad statsionaarsed keskused asuma piirkonnas, kus elavad või veedavad aega üsna suured narkomaanide rühmad, või teise võimalusena – kus teenustele saavad hõlpsalt juurde pääseda paljud võimalikud kliendid. Statsionaarsete keskuste teenuseid pakub tavaliselt spetsialiseerunud personal; personal peab olema teenuste pakkumiseks hästi koolitatud, kliendikeskne ning hinnanguid mitte andev. Statsionaarsete keskuste eelisteks on erinevad teenused, mida saab pakkuda ühes

<sup>8</sup> Need linnad asuvad Saksamaal, Luksemburgis, Hollandis, Norras, Hispaanias ja Šveitsis.

asukohas, ja pakutavate teenuste kohandamise võimalus kohaliku sihtgrupi vajadustele vastavalt. Näiteks saavad kliendid valida eelistatavate nõelte, süstalde ja süstimistarvikute tüüpide vahel, vähendades seega jäätmeid eelnevalt pakendatud komplektide näol, mis tihti sisaldavad klientide poolt mitte soovitavaid või vajatavaid vahendeid. Statsionaarsete keskuste miinuseks on see, et nende käigushoidmine võib olla kallid; see võib piirata keskuse lahtioleku aegu ning seeläbi juurdepääsu teenustele. Statsionaarseid keskusi võib olla juurdepääsu mõttes keeruline külastada neil kasutajatel, kes elavad väljaspool keskuse vahetut piirkonda. Seetõttu tuleb pöörata tähelepanu teenusevajaduste kaardistamisele ja nende vajaduste sobitamisele keskustega, mis on lihtsalt juurdepääsetavad ning pakuvad mugavaid lahtioleku aegu nii paljudele süstivatele narkomaanidele kui võimalik. Need inimesed, kes süstivad narkootikumide ja elavad raskesti juurdepääsetavates piirkondades, võivad vajada mobiilseid väljatööteenuseid (vt allpool).

Mõnikord, kui keskust nähakse probleemsete inimeste koondajana, võivad statsionaarsed keskused saada ümberkaudsetelt elanikelt negatiivse hinnangu, kuid nende murede ületamiseks on vaja tihedat suhtlemist kogukonnaga. Statsionaarseid keskusi võivad kliendid näha kui liitlasi soovimatute teenusepakkujatega, näiteks riiklike programmidega, mis mõningatel juhtudel võib piirata teenuste kasutamist. Pakutavad ambulatoorsed sõltuvusravi teenused kombineerivad seda tavaliselt teiste süstijate sihtrühmale oluliste tervishoiu- ja sotsiaalteenustega, kaasa arvatud infektsioonhaiguste ennetusviisidega, nagu nõustamine ja testimine, vaksineerimine ning erialaarstide juurde suunamine.

**Apteegid:** enamikus ELi/EMP riikides müüakse süstlaid legaalselt. Mõnes riigis on apteegid peamiseks nõelte ja süstaldega varustajaks. Apteegid võivad toimida nii nõelte, süstalde ja süstimisvahendite müügi- või jaotamiskohana kui ka kasutatud nõelte ning süstalde kogumiskohana. Samuti võivad apteegid pakkuda süstivatele narkomaanidele testimis- või vaksineerimisteenuseid. Ühe Šotimaa näite puhul kasutatakse elektroonilist süsteemi anonüümsete kaartide kasutamisega jälgimaks konkreetset klienti. Kaardiga saavad kliendid apteekidest tasuta steriilseid nõelu ja süstlaid. Süsteem saab samuti jälgida neid, kes vajavad edasisuunamist testimisele või vaksineerimisele, ning annab tervishoiuteenuste planeerimiseks infot kliendi kohta jaotatud nõelte ja süstalde arvu kohta. Veelgi enam, ühiskondlik apteek võib olla aktiivne partner opioidasendusravis, registreeritud patsientidele ravimite jaotamisel, regulaarse kontakti säilitamisel, klientidele arstivisiitide meeldetuletamisel või täiendavate ravimite organiseerimisel. Sama süsteemi kaudu saab hallata ka edasisuunamist vaksineerimisteenustele ja vaksineerimise jälgimist. Tänu oma olemasolevale taristule on peamine apteekide teenuste eelis paljudele süstivatele narkomaanidele paremini juurdepääsetavus nii suur- kui väikelinnades, mis vähendab ka kulusid. Siiski keskendub enamik apteeke üldelanikkonna teenindamisele ja paljud apteegid on eraomanduses, mis mõnikord vähendab süstivatele narkomaanidele suunatud teenuste teostatavust ja vastuvõetavust, sest neid võidakse näha kui soovimatuid või raha mitte sissetoovaid kliente. Kui apteegis ei ole privaatset konsulteerimisruumi või piisavalt personali, võib olla probleemiks kliendi konfidentsiaalsus ja võimalus ulatuslikumaks tervisedenduseks. Lõpuks, apteekide kaudu jaotatavaid nõelu ja süstlaid pakutakse tihti eelnevalt pakendatud komplektidena, mis piirab inimese valikuvõimalust. Kuigi apteegi kaudu toimuv süstivate narkomaanide varustamine on väga tõhus teenuse pakkumise meetod, ei saa apteegid katta kõiki kasutajate vajadusi.

**Väljatööteenused:** kuna paljudele süstivate narkomaanide alarühmadele on üldiste tervishoiuteenuste kaudu raske juurde pääseda, on väljatöö tihti hea võimalus teenuste pakkumiseks, näiteks nõelte, süstalde ja süstimistarvikutega varustamisel. Väljatööteenused võivad samuti pakkuda kondoomi, opioidasendusravi ja tervisedenduslikku infot (158). „Väljatöö“ on üldmõiste, mida kasutatakse erinevat tüüpi teenuste jaoks ja mis võivad hõlmata mobiilseid üksuseid või mikrobusse, kogukonna tervishoiutöötajate poolt tehtavat väljatööd ja tavalisi kaasuvaid teenuseid, mida pakuvad teised institutsioonid. Väljatööteenused jõuavad tihti inimesteni, kes ei puutu teiste tervishoiuteenustega kokku,



ja seetõttu mängivad väljatööteenused olulist rolli nende vajaduste tuvastamisel edasisuunamiseks statsionaarsetesse keskustesse või üldiste tervishoiuteenuste juurde – nt HIVi, hepatiidi või TB uuringutele või ravile või sõltuvusravile (vt lisateavet väljatöö kohta 158, 168). Väljatöö võib hõlmata koduviisi ja väljatöötajad saavad klientidega teiste teenustepakkujate juurde kaasa minna. Üks väljatöö eelis on see, et oma mobiilsuse tõttu on nad tihti väga hästi juurdepääsetavad erinevatele süstivate narkomaanide rühmadele, sest nad saavad hõlpsasti liikuda uutesse piirkondadesse, kuhu on koondunud süstivad narkomaanid. Mobiilsed üksused saavad pakkuda teenuseid, sealhulgas opioidasendusravimite jagamist tingimustes, kus asub vähem süstivaid narkomaane, või kohtades, kus statsionaarsed keskused ei ole kogukonna või õiguskaitseorganite vastuseisu tõttu võimalikud. Mõnikord piiravad mobiilse väljatöö pakkumise ulatust kulutuste hind ning tuleb kärpida töötundide arvu. Ühes ülevaateartiklis leiti, et süstivad narkomaanid nägid väljatööd kui mitte kõiki teenuseid pakkuvat võimalust (169).

**Omasuguste pakutud teenused** on väljatöö teenuste tüüp (kuigi teenuseid saab pakkuda ka statsionaarsetes keskustes), mida pakuvad hetkel süstivad või varem süstinud inimesed teistele süstivatele narkomaanidele, et suunata nad teenuseid pakkuvatesse keskustesse. Kui ametlikke teenuseid ei soovita, võimaldab omasuguste pakutav teenus jagada nõelu, süstlaid ja süstimistarvikuid (mõnikord viidatakse sellele kui „teisesele süstlavahetusel“). Kaaslaste pakutavad teenused võimaldavad märksa lihtsamat juurdepääsu enamikule riskis olevatele inimestele, kaasa arvatud uued või noored süstijad. Omasugused suudavad vahendite jagamist, sõltuvusravi (või muu ravi või testimisteenuse) juurde suunamist ning tervisedendusliku info edastamist läbi viia kohalike narkomaanide slängis. Omasuguste edastatud sõnumitel võib olla suurem mõju (ja see võib soodustada sekkumiste paremat kasutamist) kui nendel, mis antakse edasi tervishoiutöötajate poolt – suur eelis, eriti kui võtta arvesse, et need inimesed, kes saavad nõelad ja süstlad teisese jagamisteenuse kaudu, on tihti väga suure riskikäitumisega. Kasutades omasuguste pakutud teenuseid on koolitused, supervisioon ja toetus eriti olulised, samuti põhjalik eetiliste küsimuste kaalutlus, kui väljatööle palgatakse süstivate narkomaanidega töötama endiseid või hetkel end süstivaid inimesi. Täiendavate allikate kohta vt (158, 168, 170).

**Müügiautomaadid:** müügiautomaate kasutatakse mõnes keskuses täiendava meetodina eelnevalt komplekteeritud pakendites nõelte, süstalde ja süstimistarvikute jagamiseks. Müügiautomaadid töötavad müntidega ja pakuvad peale jagatavate toodete ka kirjalikku sõltuvusravile suunamist, infot ohutu süstimise kohta ja tervisedenduslikku infot. See teenuste pakkumise liik on võimalike huviliste jaoks alati kättesaadav ning on väga anonüümne, tihti meelitades ligi uusi või noori süstijaid. Siiski nõuab see teenusetüüp müügiautomaadi kasutamiseks raha või žetoone ning masinate regulaarne täitmine ja hooldamine peab olema planeeritud. Kogukonna mure müügiautomaadi paigaldamise osas ei ole midagi haruldast, samuti mure, et neile on juurdepääs alaealistel. Samuti on selge, et süstlamüügiautomaadid ei saa pakkuda otsest sidet teenusepakkujaga, mis teeb edasisuunamise testimiseks ja raviks ning silmasti tervisedendamise võimatuks. Siiski võib müügiautomaat olla esimeseks sammuks, pakkudes võimalust kontaktiks ja tutvustades teenust, ning samuti tekitab teatud tasemel usaldust süstlamüügiautomaati töös hoidva organisatsiooni vastu (171).

**Üldised tervishoiuteenused:** haiglad või esmaabi andvad keskused on veel üks oluline süstivatele narkomaanidele teenuseid pakkuv ja erialaarstide teenustele edasisuunamist võimaldav allikas. Konfidentsiaalne testimine, diagnoosimine ja ravi HIVi, viiruslike hepatiitide, TB, bakteriaalsete nahainfektsioonide ja teiste süstivate narkomaanide seas tavaliste haiguste vastu viiakse läbi tervishoiuasutuses ning on oluline säilitada tugevad sidemed edasi suunamiseks nende teenuste ja statsionaarsete või mobiilsete keskuste vahel, mis teenindavad süstivaid narkomaane. Üldised tervishoiuteenused võivad samuti pakkuda nõelu, süstlaid ja teisi süstimistarvikuid, jälgida hügieenilist süstimist, abistada narkootikumide detoksifikatsioonil, pakkuda kondome ja edendada tervist üldiselt. Tihti on TB- ja HIV-kliinikud organiseeritud üldiste tervishoiuasutuste poolt. Süstivate narkomaanide suure

osakaalu tõttu klientide hulgas on ülioluline, et tervishoiuasutuse personal oleks korrektselt koolitatud vastava tervisedendusliku info andmiseks ja saaks inimesi kas suunata sõltuvusravi ja süstlavahetusteenuste juurde või teaks, kuhu on võimalik suunata. Ideaalis võiksid kõik süstivad narkomaanid otsida ja saada kõrgetasemelisi peamisi tervishoiuteenuseid. Siiski on mõningatest keskustest teateid, et süstivad narkomaanid külastavad üldisi tervishoiuasutusi väga harva ja on vaja leida teised võimalused nende inimesteni jõudmiseks. Hollandis pakutakse süstivatele narkomaanidele ja teistele riskirühmadele keskendunud teenuseid koos üldiste tervishoiuteenustega. Samuti on näiteid sõltuvusravi ja tervishoiuteenuste integreerimisest („kõik ühest kohast“-mudel), mis suurendab ravisoostumust ja ravi edukat lõpetamist (153, 172–174). Näideteks on TB OKR ja HCV-vastane ravi, mõlemad on kombineeritud metadoonasendusraviga. Üldised tervishoiuteenused on klientidele lihtsalt kättesaadavad, eriti nende erakorralise abi osakonnad, mis on alati avatud. Nii tervishoiutöötajaid kui ka mittemeedikuid tuleb üldistes tervishoiuasutustes hoolikalt kurssi viia süstivate narkomaanide küsimusega ning õpetada neile pakkuma mitte hukka mõistvat ja konfidentsiaalset abi. Mõningates riikides võimaldavad osad üldised tervishoiuteenused anonüümset testimist.

**Kinnipidamisasutused:** viimaks on oluline mainida, et paljud riigid pakuvad süstivatele narkomaanidele teenuseid kinnipidamisasutustes ning kinnipidamisasutused on võtmekohaks ennetavate teenuste suure hõlmatus ja tõhususe tagamisel süstivate narkomaanide seas. Korrektsiooniasutused on olulised süstimisega seotud infektsioonide ennetamises ja tõrjes. Peamised põhjused on: (a) HIVi, HCV ja TB suur levimus kinnipidamisasutustes; (b) fakt, et paljud süstivad narkomaanid mõistetakse lõpuks vanglasse; ja (c) on teada, et narkootikumide kasutamist jätkatakse ning neid süstitakse ka kinnipidamisasutuses, vaatamata rangele uimastikeelule (5). Mõningates riikides pakuvad vanglasüsteemid ka sõltuvusravi, nakkuste testimist ja ravi, vaksineerimist, tervisealast harimist ja isegi süstlavahetust. Järgides teenuste pakkumise võrdsuse põhimõtet kogukonna ja kinnipidamisasutuse vahel, on paljudes riikides suundumus pakkuda süstivatele narkomaanidele samasuguseid teenuseid kinnipidamisasutuses ja kogukonnas.

Kirjeldataud teenusepakkumise viisid võivad olla tõhusad suunatult süstivatele narkomaanidele. Uued esiletõusvad tervisedendusala info andmise meetodid, nt sõnumite saatmine mobiiltelefonide ning interneti kaudu, näivad olevat paljulubavad ravisoostumuse paranemisel. Kui teenuste pakkumiseks kasutatakse vaid ühte moodust, on tõenäolisem, et tõhusad programmid pakuvad mitmeid teenuseid samas asukohas või mitmel moel, et jõuda inimesteni ja vastata erinevate kasutajate vajadustele. Selleks, et teenuseid paremini siduda, on oluline, et erinevad teenused asuksid samas kohas, nii et kasutajad saaksid neid mugavalt kasutada (vt teenuste integreerimise peatüki all olevat tekstikasti). Lisaks peaksid väljatöö tegijad, juhtumikorraldajad ja tervishoiuteenuste pakkujad saama täiendava koolituse kaasnevate seisundite ravi ja/või käsitlemise kohta; koolitused peaksid muuhulgas olema uimastisõltuvuse-, TB- ja HIVi ravi kohta. Selliste patsientide ravi juurde tuleb kaasata ka erialaarstid. Peale nende kaasuvate haiguste on tihti tegemist ka vaimse tervisega probleemidega, mis nõuavad juhtumi head käsitlemist. Teadlikkuse tõus ja koolitused saavad kaasa aidata erinevate ravimite koostoime ja kõrvaltoimete paremale seirele ja samuti suurendada ravi tulemusi ning parandada kliendi elukvaliteeti.

## Teenuste integreerimine

On mitmeid edukaid näiteid süstivatele narkomaanidele pakutavate teenuste sidumisest, et parandada teenuste kättesaadavust, ühtlustada ravi ja optimeerida ennetusliku info edastamist, suurendades seega ravisoostumust ja selle edu. Tuberkuloosi, viirusliku hepatiidi, HIVi ja opioidasendusravi ja/või süstlavahetuse pakkumine samas kohas on võimalus, mida mõnes riigis kasutatakse või arendatakse. Eeliseks ei ole mitte ainult teenuste asukoha lähedus, vaid ka erinevad tervishoiuprogrammid saavad suhtlusest ja kogemuste jagamisest kasu (Sylla jt, 2007; Elk jt, 1993; Batki jt, 2002; Perlman jt, 1995; Deiss jt, 2009; Reilly jt, 2002).

Hiljutine pilootprogramm Eestis näitas, et TB sõeluuringutest osavõtt võib suureneka, kui TB skriinimist pakkuda opioidasendusravikeskuses, nii suureneb ka aktiivsete suunamiste arv TB-teenuste juurde (meeldetuletused, motivaatorid, transport) (Rüütel jt, 2011). Keskuse ruume planeerides tuleb pakkuda võimalus teenuste samaaegseks osutamiseks. Näiteks HIV-positiivseid inimesi, kes ei ole nakatunud TB-i, tuleb hoida aktiivse TB-ga patsientidest eemal HIV-positiivsete inimeste suurema TBsse nakatumise riski tõttu.

Sõltuvalt sellest, mida peetakse konkreetse keskuse jaoks parimaks lahenduseks, on teenuseid võimalik pakkuda olemasolevate rehabilitatsiooniprogrammide, süstlavahetusprogrammide või TB OKRi jaoks eraldi ruumides. Teatud süstivate narkomaanide rühmade juurde jõudmisel võivad olla kasulikud mobiilsed väljatöö programmid, eriti mobiilsed röntgenbussid. Sellised üksused on avaldanud Hollandis Rotterdamis positiivset mõju TB vähendamisele süstivate narkomaanide hulgas (de Vries jt, 2007).

**Tabel 1:** süstivatele narkomaanidele suunatud teenusepakkumise viisid ning nende tugevused ja piirangud

Mudeli tüüp	Teenused, mida saab pakkuda süstivatele narkomaanidele	Tugevused	Piirangud
<b>Statsionaarne keskus madala läve teenuste osutamiseks</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Süstimistarvikute pakkumine/likvideerimine</li> <li>• Nõustamine</li> <li>• Sõltuvusravi, sh opioidasendusravi</li> <li>• HIVi, B- ja C-hepatiidi ning TB uuringud</li> <li>• Vaktsineerimine</li> <li>• Ajaveetmise koht</li> <li>• Toit, pesemisvõimalus, riided</li> <li>• Omasuguste koolitus</li> <li>• Tervisedendus</li> <li>• Ohutuma kasutamise õpetamine, sh üledoosi ennetamine ja toimetulek</li> <li>• Jälgimise all süstimise teenused hügieenilise süstimise saavutamiseks</li> <li>• Turvaseksi soodustamine ja kondoomide jaotamine</li> <li>• Jälgitav viirusevastane ravi (või TB puhul OKR)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ Võimalus tekitada klientide seas kuuluvustunnet</li> <li>+ Võimalus pakkuda erinevaid teenuseid ühes kohas</li> <li>+ Võib saavutada soovitatavat kulutuste/klientide hõlmatuse suhet</li> <li>+ Saab pakkude klientide vajadustele kujundatud teenuseid</li> <li>+ Tavaliselt pakuvad teenuseid spetsialistid</li> <li>+ Puudub teiste klientide vastuseis</li> <li>+ Hästi organiseeritult tagab lihtsa juurdepääsu</li> <li>+ Moodustab baasi teiste teenuste (nt väljatöö) jaoks</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Statsionaarne asukoht võib piirata kaugemal asuvate klientide juurdepääsu</li> <li>— Võib olla kallid ülal pidada</li> <li>— Võib olla piiratud lahtiolekuaegadega</li> <li>— Politsei või teiste õiguskaitseorganite tülitamise võimalus, kui pole loodud koostööd või see ei toimi</li> <li>— Halva haldamise korral võib tekitada personalile suurenenud turvalisuseriski</li> <li>— Võimalik väiksem juurdepääs lühiajaliselt süstijatele või noortele süstijatele</li> <li>— Statsionaarset keskust võib kogukonna vastasseisu tõttu olla keeruline luua</li> </ul>
<b>Apteegiteenused</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Süstimistarvikute pakkumine/likvideerimine</li> <li>• Haavasidemed</li> <li>• Tervisealane nõustamine</li> <li>• Konfidentsiaalne testimine</li> <li>• Info ja edasisuunamine (infektsioonide testimisele ja ravile, vaktsineerimisele ja narkomaaniravi teenuste juurde)</li> <li>• HIV/HCV (kiir)testimine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ Juurdepääsetav/hea geograafilise paiknevusega</li> <li>+ Pikk lahtiolekuaeg</li> <li>+ Võib olla kulutõhus</li> <li>+ Võib pidada anonüümsemaks</li> <li>+ Juurdepääs meditsiinilisele nõustamisele/koolitatud meedikutele</li> <li>+ Kasutab olemasolevat taristut</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Võib nõuda raha maksmist</li> <li>— Piiratud võimalused tervisedenduseks ja edasisuunamiseks klientidega</li> <li>— ülekoormatud apteekides</li> <li>— Eelnevalt pakendatud komplektid vähendavad võimalusi kasutaja eelistuste osas</li> <li>— Apteekrite vastumeelsus müüa süstlaid süstivatele narkomaanidele</li> <li>— Teiste klientide vastuseis</li> </ul>

Mudeli tüüp	Teenused, mida saab pakkuda süstivatele narkomaanidele	Tugevused	Piirangud
<b>Väljatööteenused (sealhulgas omasuguste poolt pakutavad teenused)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Süstimistarvikute pakkumine/likvideerimine</li> <li>• Tervisedendus</li> <li>• Teave vastavate spetsialistide, kliinikute ja meditsiiniteenuste kohta</li> <li>• Info ja edasisuunamine (infektsioonide testimisele ja ravile, vaksineerimisele ja narkomaaniaravi teenuste juurde)</li> <li>• Koduviisidid, kinnipidamisasutuste visiidid</li> <li>• Kaasuv suunamine teiste teenuste juurde</li> <li>• HIV/HCV kiirtestimine</li> <li>• Nõustamine</li> </ul>	<p>+ Koostöövalmis ja kasutaja vajadustele kohandatav</p> <p>+ Paindlik muutuva asukoha tõttu, kus on võimalik jõuda süstivate narkomaanideni</p> <p>+ "Varase hoiatamise" võimalikkus: spetsialistid saavad teada, mis toimub narkomaanidega</p> <p>+ Ligipääsetav, eriti raskesti ligipääsetavatele ja kõrge riskiga kasutajatele (noored/uued tarvitajad, elukohta vahetavad tarvitajad)</p> <p>+ Omasuguste pakutavad teenused võivad suurendada teenuse tõhusust</p>	<p>— Kõiki teenuseid ei ole võimalik pakkuda</p> <p>— Kulutused ja hooldamine (mikrobussid)</p> <p>— Teenusepakumise piiratud aeg</p> <p>— Suuremad personalikulud (transpordile kuluva aja jms tõttu)</p> <p>— Mõnes mobiilses üksuses võivad kasutajad end tunda liiga jälgitavatena/ ebamugavalt</p> <p>— Omasuguste pakutavaid teenuseid peab hästi kontrollima ja vajavad väljaõpet</p>
<b>Müügiautomaadid</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Süstimistarvikute pakkumine/likvideerimine</li> <li>• Edasisuunamine infektsioonhaiguste testimisele ja ravile, vaksineerimisele ja narkomaaniaravi teenuste juurde</li> <li>• Tervisedendus (kirjalikus vormis)</li> </ul>	<p>+ Alati juurdepääsetav (eriti noortele/uutele kasutajatele)</p> <p>+ Kulutõhus</p> <p>+ Anonüümne</p>	<p>— Ei ole võimalik pakkuda kõiki teenuseid</p> <p>— Isiklik kontakt pole võimalik</p> <p>— Võimalus kogukonna mureks automaadi asukoha tõttu</p> <p>— Vaja on raha või žetone</p> <p>— Tuleb tagada automaadi hooldamine ja täitmine</p>

Mudeli tüüp	Teenused, mida saab pakkuda süstivatele narkomaanidele	Tugevused	Piirangud
<b>Üldised tervishoiuteenused</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HIVi, B- ja C-hepatiidi ning TB konfidentsiaalne testimine</li> <li>• HIVi, B- ja C-hepatiidi ning TB ravi</li> <li>• Nahainfektsioonide/sidemete hooldus</li> <li>• Vaktsineerimine</li> <li>• Tervisedendus</li> <li>• Süstimistarvikute pakkumine/likvideerimine</li> <li>• Abistamine narkootikumide detoksifikatsioonil</li> <li>• Opioidasendusravi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ Juurdepääsetav</li> <li>+ Juurdepääs koolitatud personalile</li> <li>+ Juurdepääs enamale/kvaliteetsemale testimisele ja raviteenustele</li> <li>+ Juurdepääs peamistele tervishoiuteenustele (teenustele, mida kasutab ülejäänud elanikkond)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Ei pruugi vastata kasutajate vajadustele</li> <li>— Mõnele meedikule on vastumeelne pakkuda abi süstivatele narkomaanidele</li> <li>— Teiste patsientide vastuseis</li> <li>— Klientidele ei pruugi keskus meeldida (nt kui seda tajutakse riiklike teenustega liiga lähedalt seotud olevana)</li> <li>— Kliendid ei pruugi usaldada konfidentsiaalsust</li> <li>— Kõigi teenuste puhul võib olla raske tagada anonüümsust</li> <li>— Piiratud/juurdepääs puudub ravikindlustuseta inimestele</li> <li>— Häbimärgistamine</li> </ul>
<b>Teenused kinnipidamis-asutustes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kõik teenused, mis on kättesaadavad süstivatele narkomaanidele vabaduses</li> </ul> <p>Näiteks:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• HIVi, HBV, HCV ning TB konfidentsiaalne testimine</li> <li>• HIVi, B- ja C-hepatiidi ning TB ravi</li> <li>• Vaktsineerimine</li> <li>• Tervisedendus</li> <li>• Süstimistarvikute pakkumine/likvideerimine</li> <li>• Abistamine narkootikumide detoksifikatsioonil</li> <li>• Nõustamine</li> <li>• Narkomaaniaravi teenused, sh opioidasendusravi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ Saab jõuda kõrge riskiga rühmadeni</li> <li>+ Sekkumised on kulutõhusad</li> <li>+ Saab vähendada vabanemisejärgset suremuse/haigestuvuse riski</li> <li>+ Kogukonnapõhised organisatsioonid saavad teenuseid pakkuda</li> <li>+ Lihtsamad võimalused haiguste ravi pakkumiseks</li> <li>+ Ajaressurss tervisedendamiseks</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Kinnipidamisasutuse tervishoiueelarve võib olla ebapiisav</li> <li>— Kinnipidamisasutuse tervishoiutöötajate ja ametnike koolitusse tuleb investeerida</li> <li>— Võib olla raske tagada konfidentsiaalset teenusepakkumist</li> </ul>

## Riikliku olukorra tundmine ja mõistmine

Nii narkootikumide tarvitamine kui ka infektsioonide epidemioloogia narkomaanide hulgas muutub kiiresti erinevate illegaalsete narkootikumide, muutuva uimastitarbimiskultuuri ja inimeste rände tõttu. Nende muutuste dünaamika on keerukas, multifaktoriaalne ning sõltub sotsiaalsest ja majanduslikust olukorrast, uimastiturust, ennetustegevusest ja teistest ühiskondlikest faktoritest (175).

Tagamaks riiklike või kohalike strateegiate parimat toimimist süstivate narkomaanide seas, samuti ennetamiseks ja kontrollimaks infektsioonhaiguseid, peab toimuma küllaldane probleemse uimastitarbimise ja infektsioonide seire süstivate narkomaanide hulgas. Samamoodi tuleb rakendatavaid meetmeid pidevalt jälgida ning hinnata nende vastuvõttu, mõju, asjakohasust ja hõlmatuse ulatust. Selline seire on vajalik mitte ainult ennetuse asjakohasuse tagamiseks, vaid ka tervisele avaldatava mõju ja kulutuste tõhususe säilitamiseks.

Tagamaks, et ennetustööle tehtavad kulutused on õigustatud, peavad infektsioonhaiguste ennetusele tehtavad kulutused olema suunatud inimrühmadele, kes süstivad narkootikume ja kus infektsioonhaiguste edasikandumise risk on kõige kõrgem. Investeeringud vastavatesse (nii narkomaania kui infektsioonhaiguste levikut puudutavatesse) seiresüsteemidesse on vajalikud ja tõenäoliselt kulutõhusad. Selliste süsteemide kasutusele võtmata jätmine ei pruugi ainult varjata kasvavat probleemi, põhjustades suuri tervisele seotud ja sotsiaalseid kulutusi, vaid võib põhjustada ka ressursside ebatõhusat kasutamist.

## Probleemse narkomaania ja sekkumiste seire

Probleemse narkomaania seire on vajalik komponent igasuguse riikliku püüde puhul ennetada narkootikumidest põhjustatud kahjusid. Selle tegevuse ülevaade jääb käesoleva dokumendi käsitlusest välja, kuid EMCDDA on välja andnud peamiste indikaatorite komplekti ja vahendeid/lahendusi narkomaania ja probleemse narkomaania (kaasa arvatud süstitavate narkootikumide tarvitamine) ning nende tagajärgede kohta (4).

Seire võtmekomponent on süstivate narkomaanide rühma suuruse hindamine; need hinnangud ei too välja mitte ainult infektsioonriski ulatuse määra, vaid määratlevad võimalike teenuste vajaduse ja aitavad hinnata pakutavate teenuste hõlmatust. Koos riiklike partnerite võrgustikuga (Reitoxi riiklikud teabekeskused) (176) ja ekspertgruppidega pakub ja rakendab EMCDDA standardiseeritud metoodikat probleemsete narkomaanide rühma suuruse hindamiseks (kaasa arvatud süstivad narkomaanid) (4); see metoodika kirjeldab erinevaid metoodilisi lähenemise liike riiklike ja kohalike hinnangute saavutamiseks.

Kasutades standardiseeritud seirevahendite komplekti (andmetabelid ja struktureeritud küsimustikud), kogub EMCDDA ka ühtlustatud infot narkomaania ja süstiva narkomaania mõju kohta tervisele ja ühiskonnale ELi liikmesriikides, kandidaatriikides ja Norras (112). Regulaarselt kogutavad andmed sisaldavad infot narkootikumide tarvitamise ennetamise ja kahjude vähendamise strateegiate kohta; peamiste tervise ja ühiskonnaga seotud sekkumiste, kaasa arvatud sõltuvusravi (nt opioidasendusravi saavate klientide arv) kohta; ja SVP tüüpide, arvu ja geograafilise paiknevuse, samuti jagatud süstalde arvu kohta.

## Infektsioonide seire

Infektsioonide epidemioloogiline olukord süstivate narkomaanide seas võib kiiresti muutuda, eriti juhul, kui ennetustöö on nõrk. Kui soovitakse kontrollida infektsioonhaiguste riski süstivate narkomaanide hulgas, on vajalik infektsioonhaiguste hea seiresüsteem, mis on loodud vastavalt „seire tegutsemise jaoks“ printsiibile (st aktiivne side ennetuse ja seirega tegelevate struktuuride vahel).

ECDC koordineerib kõigi vere kaudu levivate infektsioonide esmajuhtude, kaasa arvatud need juhud, kus infektsioonid võivad levida süstimisvahendite jagamise teel, seiret Euroopa tasandil. Juhtumipõhine seire on kasulik haiguse trendide jälgimiseks ja võib olla kasulik haiguspuhangute varaseks tuvastamiseks, eriti juhul, kui riiklikul seiresüsteemil on hea hõlmatus ja aruannete esitamisega viivitatakse minimaalselt. Puhangule reageerivate sekkumiste edukus sõltub väga palju võimest tuvastada uusi puhanguid kiiresti ja sobivaks sekkumiseks vajalike vahendite omamisest. Kui riiklik aruandlus viibib veidi, võib seda kompenseerida märksa kiirema kohaliku või regionaalse aruandlusega. On olemas EL-ülesed juhtude määratlused HIV, HBV, HCV ja HAV infektsiooni korral, kuid nakkuse leviku teid (st riskifaktorit) kogutakse süstemaatilisel ainult HIVi puhul (HBV ja HCV seire juhtude määratlused on praegu ülevaatamisel ja eeldatavasti sisaldavad infot nakkuse leviku kohta). Paljud riiklikud süsteemid koguvad siiski märksa detailsemat infot, mis on oluline kohalike ennetusmeetmete rakendamiseks. Haigustest teavitamise määr kajastab haiguste esinemissagedust, kuid see on tavaliselt alahinnatud. Lisaks saab seda tüüpi seire puhul kasutada ainult üldelanikkonna andmeid. Testimise tavade või sageduse muutused võivad tulemusi lihtsalt moonutada. Juhtumipõhine aruandlus nõuab ka baastasandil taristu haldamist ning suure ajaperioodi kohta käiva info töötlemist teatud aja jooksul ning nõuab märkimisväärset toetust tervishoiuteenuse osutajatelt, et valmistada ette piisavalt adekvaatset riskifaktorite infot.

EMCDDA seirab infektsioonhaiguste levimust süstivate narkomaanide hulgas, arendades andmekogumise standardeid ja juhiseid levimus- ja käitumuslike uuringute ja teiste andmekogumismeetodite osas (2). Seda tööd tehakse tihedas koostöös ECDCga, mis koordineerib üldist infektsioonhaiguste seiret Euroopas, ja riiklike ning rahvusvaheliste partneritega (177–178). Andmete kogumine keskendub HIV, HBV ja HCV levimusele süstivate narkomaanide hulgas. Varajase hoiatuse süsteemi ja ekspertide võrgustikku peetakse ülal süstivate narkomaanide seas infektsioonhaiguste puhangu tarbeks, mis võib hõlmata muu hulgas siberi katku ja botulismi.

Teistel seiresüsteemidel, nagu erinevat tüüpi küsitlusuuringud ning levimus- ja käitumuslikud uuringud, on omad eelised strateegiliselt olulise infoga varustamisel. Küsitlusuuringud saavad näidata hinnangulist levimust sihtrühmas, mida tavaliselt ei saa teha juhtumipõhise seire kaudu. Süstivate narkomaanide levimus- ja käitumuslikud uuringud, näiteks need, mida soovivad EMCDDA ja ECDC, saavad anda infot nii narkootikumide kasutamise mustrite kui ka infektsioonhaiguste kohta. Siiski tuleb neid uuringuid trendide jälgimiseks teatud aja vältel korrata, mis võib olla kulukas. Täiendavaks kitsaskohaks on konsensuse puudumine aja jooksul esindusliku valimi leidmise osas, kuigi see konsensus on rajamisel kahe agentuuri poolt.

Riigid peaksid oma seire andmekogumissüsteemide näitajatest lähtudes tegema otsuseid, mis vastavad nende vajadustele. Kuid see süsteem peaks andma piisavalt infot, et aidata kaasa sellise ennetusstrateegia loomisele, mis vastaks kohaliku probleemi vajadustele, olles samas tõhus ressursside ja kulude mõttes.



## Programmide seire ja hindamine

Seiresüsteemid peavad vastama riigi või regiooni vajadustele pidevalt protsessi hinnata ning olema kohandatavad narkomaanide harjumuste ja profiilide muutustele; selline hindamine aitab programmijuhtidel ja poliitikakujundajatel mõista, millised ennetusprogrammi komponendid on edukad ja millised vajavad arendamist. Seire võib samuti näidata programmi planeerijatele ja poliitikakujundajatele, kas teenuse tüüpide segu, pakutavate teenuste kombineerimine ja sekkumiste hõlmatus osutub tõhusaks haiguste esinemissageduse vähendamisel või ennetamisel süstivate narkomaanide sihtrühmas. Kui seiret ei teostata, on võimatu hinnata programmi mõju või otsustada, kas käitumise või haiguse esinemissageduse muutused on seotud sekkumistega. Nii protsessi kui tulemuste indikaatoreid võib kasutada ja nad võivad olla kasulikud, kuid mõistlik oleks seada tulemuste indikaatoritele realistlikud eesmärgid. Paljud tulemuste indikaatorid, nt infektsioonide levimus või riskikäitumise muutused, võivad võtta aastaid või isegi kümneid aastaid enne, kui nad oluliselt muutuvad.

## Indikaatorid

Käesolev suunisdokument ei keskendu detailselt programmi seire ja hindamise indikaatoritele, sest selles valdkonnas on märkimisväärne töö juba tehtud (vt 4, 53, 137). Tuleb rõhutada, et kõiki riiklikult seiratavaid indikaatoreid tuleb kasutada riikliku planeerimise ja hindamise eesmärgil. Seire peab olema abiks, mitte takistuseks riiklike või regionaalsete programmide eesmärkide saavutamisel. Seire ja hindamise andmed peaks lülitama teenuseprogrammide pideva hindamise ja kohandamise protsessi, et vastata muutuvate epidemioloogiliste ja narkomaanide näitajatele. Muidugi ei ole kõik riiklikud indikaatorid vajalikud rahvusvaheliseks aruandluseks ja mitte kõik rahvusvahelise aruandluse indikaatorid ei ole tingimata kasulikud riiklikuks seireks. Sagedane väärarusaam on eeldada, et kõiki rahvusvahelisi indikaatoreid peab järgalt järgima isegi siis, kui nad on riiklikult vähetähtsad.

## Sekkumiste hõlmatus eesmärkide määramine

Elanikkonna tasandil on hõlmatus sageli määratletud kui seda osa elanikkonnast, kellel oleks sekkumist vaja ning kes võttis sellest reaalselt osa (179). Ennetuse optimeerimiseks on oluline teada, millise osani sihtmärgiks olevast süstivatest narkomaanidest jõutakse teatud ennetuslikke sekkumisi kasutades. Vaktsiinide puhul määrab hõlmatus sekkumisega saavutatava mõju: teatud hõlmatusel tekib kogukonnas immuunsus isegi kui seal on vaktsineerimata inimesi. Neid leide toetavad ka modelleerimisuuringud.

Tavapärased süstivate narkomaanide infektsioonhaiguste ennetuse hindamise viisid on süstivatele narkomaanidele aasta jooksul jagatud süstalde arv ühe narkomaani kohta või probleemsete opioiditarvitajate osakaal, kes saab opioidasendusravi. Teine oluline indikaator raviteenuste hõlmatus määramiseks on nende süstivate narkomaanide osakaal, kes saavad ravi HIV, HBV ja/või HCV vastu (180). Ennetavate teenuste jaoks on määratud kindlad eesmärgid, kuid nende puhul tuleb kindlasti arvesse võtta konkreetset riiklikku (või kohalikku) konteksti, mis peab põhinema hästi läbiviidud vajaduste hindamisele (53, 179). On üha ilmsem, et suurem hõlmatus SVPde ja opioidasendusraviga (ühe süstiva narkomaani kohta) on tõhusam kui väiksem hõlmatus (71, 181) ja et riikide vahel võivad esineda väga suured erinevused hõlmatuses (180, 182). Vastavalt EMCDDA andmetele oli 2009. aastal ELi keskmine jagatavate süstalde arv SVPdes 90 süstalt narkomaani kohta. Riiklikul tasandil oli suurim raporteeritud arv üle 300 jagatud süstla narkomaani kohta (183). Lisaks oli enamikus riikides apteegi käsimüük teine suur puhaste süstimistarvikute allikas. Samal aastal sai keskeltläbi üks kahest probleemsest opioidisõltlasest opioidasendusravi, riiklikul tasandil oli see suurim Maltal – 68% (keskmine näitaja jäi vahemikku 65% kuni 71% (128)). Ideaalis peaks teenuste osutamiseks olema alati olemas piisav nõelte ja süstalde varu.

Rahuldamata jäänud nõelte- ja süstlavahetusteenuse nõudlus või järjekorrad sõltuvusravi saamiseks näitavad teenuste rahuldamata jäänud nõudlust ja on märgiks, et nende teenuste hõlmatust tuleb tõsta.

### Süstlavahetusprogrammide hõlmatuse suurendamine – Eesti kogemus

Eesti on üks ELi riikidest, kus süstiva narkomaania koormus on olnud suur: süstivate narkomaanide määr üldelanikkonnas on suur ning HIVi levimus süstivate narkomaanide hulgas väga kõrge. Narkootikumide süstimine on kontsentreerunud peamiselt Tallinna ümbrusesse ja Kirde-Eestisse. Hinnanguliselt on Tallinnas umbes 10 000 süstivat narkomaani, kellest enamik kasutab peamiselt fentanüüli analooge ja amfetamiini. SVP teenustega alustati Tallinnas 1997. aastal ja asendusravi metadooniga 2001. aastal, kuigi teenuste maht oli piiratud. 2005. aastal oli HIVi levimus süstivate narkomaanide hulgas 54% ning teavitati suurest uute süstijate (need, kes süstisid  $\leq 3$  aasta) osakaalust (21%). Riiklikul tasemel otsustati, et on vaja kiiresti suurendada ennetusprogrammide hõlmatust, et vastata sellele suurenevale rahvatervisemurele, ning see lisati HIVi/AIDSi ennetamise riiklikusse strateegiasse. Vahemikus 2003–2009 suurenes statsionaarsete keskuste ja välitööteenuste kohtade arv Tallinnas ühelt kümnele, teenuste visiidid kasvasid 27-kordselt, jagatavate süstalde arv suurenes 43-kordselt (1,8 süstlat 77 süstlale süstija kohta aastas) ja metadoonasendusravi kohtade arv suurenes enam kui neljakordselt. Umbes 80% süstivatest narkomaanidest teatas, et nad on kokku puutunud süstlavahetusteenustega, ja umbes 60%-l narkomaanidest olid süstlavahetusteenused puhaste nõelte ja süstalde hankimise peamiseks allikaks. Süstivate narkomaanide hulk, kes teavitas süstalde jagamisest viimase nelja nädala jooksul, on vähenenud 32%-lt (2005) 22%-le (2009). Selle perioodi vältel vähenes HIVi nakatumine uute süstijate hulgas 21%-lt 2005. aastal 9%-le 2009. aastal, samas vähenes uute süstijate hulk kõikide süstijate hulgas 21%-lt 12%-le. On tõenäoline, et osa uuringuperioodi vältel vähenenud HIV-esinemissagedusest toimus tänu süstlavahetusteenuste suurendamisele, sest sõltuvusravi ja ARV ravi kättesaadavus sellel perioodil oli suhteliselt vähene. Tõenäoliselt väheneb HIVi nakatumine Eestis veelgi, kui nõelte ja süstaldega varustamine suureneb ja seda kombineeritakse sõltuvusravi ja HIV-ravi kättesaadavuse parandamisega nende, kes seda vajavad.

Allikas: Uusküla jt, 2011

# Lisa A. Süstitavate narkootikumide tarvitamise ja peamiste infektsioonide epidemioloogia süstivate narkomaanide hulgas ELi/EMP riikides

## Süstitavate narkootikumide tarvitamine

Süstivad narkomaanid on narkootikumide tarvitamise tõttu suure riskiga grupp nakatumaks vere kaudu levivatesse infektsioonidesse nagu HIV, HCV ja HBV. Samuti on nad haavatavad narkootikumide üledoosi ja infektsioonide suhtes, nagu TB, HAV, bakteriaalsed nahainfektsioonid, süsteemsed ja seksuaalsel teel levivad infektsioonid.

Paljudes Euroopa riikides on süstiv narkomaania samatähenduslik opioidide kasutamisega, kuid on mõningaid riike, kus süstitavad uimastid on valdavalt amfetamiinid (5). EMCDDA kogub süstiva narkomaania levimuse hinnangulisi andmeid Euroopa Liidu liikmesriikides ja 2010. aasta 12 riigi andmed viitavad suurtele erinevustele süstiva narkomaania levimuses riikide vahel. Riikides, kes esitasid hinnangu, oli süstivate narkomaanide arv kaalutud keskmise alusel 2,5 inimest 1 000 täiskasvanu kohta vanuses 15 kuni 64 aastat. Kui see keskmine ekstrapoleerida Euroopa elanikkonnale, tähendaks see hinnanguliselt 750 000 kuni 1 miljonit aktiivset süstivat narkomaani ELi/EMP riikides. Lisaks sellele on tõenäoliselt märkimisväärne arv ka varem narkootikume süstinud inimesi (5). Kui süstivate narkomaanide rühm tervikuna vananeb enamikus Lääne-Euroopa riikides, on teistes ELi osades süstivad narkomaanid valdavalt noored inimesed.

## HIV

HIVi levimus süstivate narkomaanide hulgas on vastavalt ELi riikide aruannetele vahemikus alla 1% kuni üle 60% (vastavalt konkreetsetele uuringutele või valveseire andmetele (137). Kõigist 2009. aasta 28 ELi/EMP riigi HIV-esmajuhtudest Euroopas (25 917 juhtu) leiti 1 289 inimest, kes parasjagu süstisid narkootikume või olid neid varem süstinud (suhtarvuga 5,7 inimest 100 000 inimese kohta). Kuigi 2009. aastal teatati Euroopas HIVi juhtudest keskmiselt 5% süstivate narkomaanide hulgas, varieerusid andmed riigiti väga palju – 65%-lt Leedus ja 43%-lt Bulgaarias kuni alla 1% Hollandis ja Rumeenias. Alates 2004. aastast on HIVi esmajuhtude arv süstivate narkomaanide seas vähenenud 40% 26 ELi/EMP riigis, kus järjepidevalt raporteeritakse andmeid (6). Riiklikud trendid on olnud sarnased, enamik riike teavitab HIVi juhtude vähenemisest süstivate narkomaanide hulgas viimase kuue aasta jooksul (välja arvatud Bulgaaria, Eesti, Läti ja Leedu). Kolmes Balti riigis toimus HIV-juhtude väga kiire kasv aastatel 2001–2002. Sellest ajast alates on need riigid teatanud esinemissageduse vähenemisest, kuigi Lätis teatati HIVi uuest puhangust 2007. aastal ja Leedus 2009. aastal. Lääne-Euroopa riikides on HIV-epideemia süstivate narkomaanide hulgas märksa vanem ja saavutas oma tipu 1980. aastate keskpaigas (6).

Vaatamata HIVi juhtude langustrendile süstivate narkomaanide hulgas ELi/EMP riikides, on siiski veel riike, kus esineb märkimisväärne HIVi levik süstivate narkomaanide seas (184). Samuti on tõenäoline, et HIVi levik seksuaalsel teel toimub süstivate narkomaanide ning nende seksuaalpartnerite vahel. Vaatamata suhteliselt väiksele juhtude arvule süstivate narkomaanide hulgas, on nad võrreldes narkootikume mittesüstivate inimestega HIV-epideemiast ebaproportsionaalselt mõjutatud.

## B- ja C-hepatiit

HBV ja HCV on Euroopa Liidus oluline rahvaterviseprobleem, sest mõlemad infektsioonid põhjustavad märkimisväärset haigestumust ja suremust. Mõlemad infektsioonid võivad viia kroonilise haiguseni, mis võib põhjustada maksatsirroosi ning tõenäoliselt maksavähki ja surma. HBV ja HCV võib süstitavate narkootikumide tarvitamisel lihtsalt levida ohtlike süstimispraktikate tõttu, mis sisaldab nõelte ja süstalde ning teiste süstimistarvikute jagamist.

Euroopas on süstiv narkomaania peamine HCV-infektsiooni levikutee ja süstivad narkomaanid moodustavad peamise osa uutest HCVga nakatunud inimestest. Hinnangud viitavad, et Euroopas on umbes üks miljon praegu või varem narkootikume süstinud inimest, kellel võib olla krooniline HCV-nakkus. HCV-nakkuse määr on süstivate narkomaanide hulgas tihti väga kõrge, vahemikus 12–85% (54), ja umbes 50–90% inimestest, kes on nakatunud HCVga, ei vabane infektsioonist spontaanselt. HCV levimus süstivate narkomaanide hulgas on vähenenud üheksas Euroopa riigis, suurenenud kolmes teises riigis ning ülejäänud nelja riigi andmed ei näita olulisi trende (8). Kuues riigis, kus riskifaktorid on teada, näitavad trendid süstivate narkomaanide hulgas teavitatud HCV juhtude osas langust, kuid kolmes teises riigis on tõusutrend (54). Andmeid on raske tõlgendada, kuna andmete kvaliteet on tihti halb, kuid on märke, et HCV-infektsiooni üldine tase süstivate narkomaanide hulgas on võib-olla langemas. HCVga nakatumise risk teadaolevalt suureneb süstimisperioodi pikenemisel (10), kuid viimased uuringud näitavad ka seda, et paljud süstijad omandavad viiruse oma süstimispraktika alguses (54). Süstivate narkomaanide HCV-infektsiooni kõrge taseme teeb hullemaks fakt, et paljud, kes on saanud HCV narkootikumide tarvitamise kaudu, ei ole oma nakatumisest teadlikud. Need faktorid näitavad, et oluline on ennetusmeetmete varane kasutamine.

Peale HCV infektsiooni on süstivad narkomaanid tihti nakatunud teiste viirustega, sealhulgas HBV ja HIViga. Kaasuv hepatiidiinfektsioon suurendab oluliselt surmariski äkilise maksakahjustuse tõttu. HBV antikehade tase süstijate hulgas on väga kõrge, kuid levimus varieerub riigiti märkimisväärselt. See võib olla osaliselt tingitud vaksineerimistaseme erinevusest süstivate narkomaanide hulgas (54). Viimased andmed üheksast Euroopa riigist on näidanud, et anti-HBc antikehade levimuse tase süstivate narkomaanide hulgas on üle 40%. Teavitatud HBV ägedate juhtude nakatumisteede dokumenteerimisel selgus, et üks viiest nakatumisjuhust oli toimunud narkootikumide süstimise teel. Trendide andmed näitavad, et HBV-diagnoosi osas teadlike inimeste hulgas on süstivate narkomaanide osakaal vahemikus 2003–2008 vähenenud kaheksas riigis 17-st (54).

## Tuberkuloos

Narkootikumide süstimist seostatakse mitmete keskkondlike riskifaktorite ning riskikäitumisega. Sotsiaalsete riskifaktorite, nagu halvad elamistingimused, kodutus, vangistus, vaesus, tubaka kasutamine ja alkoholi kuritarvitamine, ning psühholoogiliste mõjude kombinatsioon koos narkootikumide kasutamisega võib seada süstivaid narkomaanide suuremasse riski TB-ga nakatumise, TBsse haigestumise ja sellesse suremuse suhtes (142, 185). HIVi põhjustatud immuunsuse langus on, nagu eelnevalt mainiti, üks peamisi riskifaktoreid TBsse haigestumiseks ja peamine põhjus TB kõrgeks levimuseks süstivate narkomaanide hulgas. Hiljutises ülevaates TB-HIV koinfektsiooni kohta ELi/EMP riikides leiti, et HIVi koinfektsioon tuberkuloosipatsientide hulgas varieerus 0%-st kuni 15%-ni, ja et narkootikumide süstimine oli üks peamistest koinfektsiooni riskifaktoritest (186).

ELis on üks maailma madalamaid teavitatud TB haigestumise määrasid, kuid ELi riikide vahel on suured erinevused. 2009. aastal varieerusid haigestumise määrad 2,8 kuni 108,2 juhtumi vahel 100 000 elaniku kohta (187). Kõige haavatavamad ja tõrjutumad rühmad on need, kes kannavad kõige märkimisväärsemat haiguskoormust ja kellel on kõige halvem juurdepääs teenustele.

ELi-ülest andmekogu teadaolevate tuberkuloosijuhtude sotsiaalsete faktorite kohta ei ole, seetõttu põhineb TB esinemissageduse info süstivate narkomaanide seas regionaalsetele või mõnel juhul riigispetsiifilistele uuringutele. Siiski on piisavalt tõendust, et narkootikumide tarvitamist seostatakse latentse tuberkuloosiinfektsiooni kõrgema levimusega ja süstivatel narkomaanidel on suurem risk TBsse haigestuda. Olenevalt tingimustest ja riigist on umbes 10–60%-l süstivatest narkomaanidest Mantoux' test positiivne (142). Uuringud on näidanud, et narkomaanidel, olgu nad süstivad või mitte, on samasugune tõenäosus positiivseks Mantoux' testiks (142).

Suur enamik *M. tuberculosis*'ega nakatunud inimestest ei haigestu kunagi, kuid bakter säilitab subkliinilise oleku minimaalse jagunemisega. Latentset tuberkuloosiinfektsiooni määratletakse seetõttu kui inimese nakatumise seisundit ilma haiguse kliinilise ilminguta, ja *M. tuberculosis*'e baktereid ei ole võimalik rögakultuurist tuvastada. Aktiivset TB diagnoositakse haigusloo, sümptomite, röntgenpildi ja mikrobioloogiliste proovide alusel, või tuvastatakse *M. tuberculosis* molekulaarselt. TBsse haigestumise riski mõjutab inimese immuunsüsteemi seisund. Ilma HIV-koinfektsioonita inimestel on TBsse haigestumise risk 5–10% kogu eluajal, samas kui HIViga inimestel on see 5–10% eluaasta kohta (185).

## A-hepatiidi viirus

HAV on viiruslik haigus, millel on akuutne algus, tavaliselt nakatatakse fekaal-oraalsel kokkupuutel. Puhangud on tihti seotud saastunud toiduainete ja veega või spetsiifiliste riskirühmadega, sh meestega seksivad mehed või süstivad narkomaanid. Kuna infektsiooni riskirühmade kaupa ei seirata regulaarselt, on tegelik HAV levimus süstivate narkomaanide puhul teadmata. Siiski on Euroopa Liidus olnud teateid HAV puhangutest süstivate narkomaanide hulgas, näiteks Lätis 2008. aastal, kus teatati nakatumise suurenemisest 0,66-lt kuni 123-ni 100 000 inimese kohta kogukonnas toimunud puhangu tõttu (13). Täiendavaid puhanguid süstivate narkomaanidega seotult on olnud Tšehhi Vabariigis (12), Soomes (15) ja Norras (14). On ebaselge, kas need puhangud olid seotud narkootikumide ettevalmistamise või muu halva hügieeniga.

## Bakteriaalsed nahainfektsioonid ja süsteemsed infektsioonid

On raske hinnata narkootikumide süstimisest põhjustatud bakteriaalsete ja süsteemsete infektsioonide tegelikku ulatust, sest enamasti seda Euroopa tasandil ei seirata. Vastavalt 2010. aastal Inglismaal, Walesis ja Põhja-Iirimaal läbi viidud uuringule teatas 40% hetkel süstivatest narkomaanidest valu, abstsessi või avatud haava – tavaliste süstekoha infektsiooni sümptomite – esinemisest eelneva aasta jooksul (17). Need infektsioonid on tavaliselt mittesteriilsete süstimistarvikute või mustade narkootikumide ettevalmistamise vahendite kasutamise tulemus. Kõige tavalisem naha ja pehmete kudede infektsioonide põhjustaja süstivate narkomaanide hulgas on *Staphylococcus aureus*, ja suurt osa sellest infektsioonist põhjustab MRSA (188). Kuigi enamik infektsioone on vähemtõsised, võivad nad muutuda raskeks ja süsteemseks, põhjustades osteomüeliiti, bakterieemiat, septilist süvaveenitromboosi ning endokardiiti (189–190). Osa bakteriaalseid naha, pehmete kudede ja süsteemseid infektsioone on põhjustatud A-grupi streptokokkidest, osa on *Clostridium*-infektsioonid, mis põhjustavad haavabotulismi või teetanust (191–192). Haavabotulismi (193), teetanuse (18) ja teiste *Clostridium*-infektsioonide puhanguid (194) on leitud süstivate narkomaanide hulgas kõikjal Euroopas. Kuigi need süsteemsed infektsioonid esinevad üsna

harva, võivad nad põhjustada tõsiseid haiguseid ja surma. Siberi katk on üks sellistest ägedatest haigustest, mille põhjustab bakter *Bacillus anthracis*. See on Euroopas harvaesinev bakter, kuid 2009. ja 2010. aastal teatati Šotimaal süstivate narkomaanide hulgas 42 haigusjuhist, 13 korral lõppesid need surmaga. Ka Inglismaal ja Saksamaal teatati surmaga lõppenud haigusjuhtudest, mida seostati Šotimaa juhtudega sama katkutüvega; katku allikaks oli arvatavasti saastunud heroiin (54).

## Seksuaalsel teel levivad infektsioonid

Narkootikumide tarvitamist, sealhulgas narkootikumide süstimist, on seostatud riskantse seksuaalkäitumisega ja STLI kõrge levimusega, kuigi Euroopas ei ole STLI epidemioloogiat süstivate narkomaanide hulgas hästi dokumenteeritud. Arvatakse, et süstivatel narkomaanidel on suurem STLI nakatumise risk, sest suurema tõenäosusega tegeletakse prostitutsiooniga või seoses narkootikumide mõju all olemisega on rikutud suutlikkus eelistada turvaseksi (162). Samuti on arvatud, et narkootikumide kasutamine võib muuta mõnel narkomaanil tervishoiuteenuste kasutamise või STLI skriinimise keeruliseks ja et standardsed STLI kliiniku teenused ei jõua paljude süstivate narkomaanideni. Siiski on andmeid, et süstivate narkomaanide ja nende seksuaalpartnerite vahel levib näiteks HBV ja HIVi seksuaalsel teel ning seetõttu on oluline seda inimrühma skriinida ja ennetada seksuaalsel teel ja vere kaudu levivaid infektsioone.

## Inimese T-lümfotroopse viiruse II tüüp (HTLV-II)

HTLV-II levib jagatavate süstimistarvikute kaudu, seksuaalselt, samuti nakatunud veretoodete kaudu. Alates avastamist 1982. aastal on inimese T-lümfotroopse viiruse II tüübil (HTLV-II) olnud patogeenina vastuoluline roll ja haiguse tagajärgede kohta on vähe kirjandust. On kogunemas tõendusmaterjali neuroloogiliste haiguste ning kopsupõletiku, bronhiidi ja võimalike autoimmuunsete haiguste suurema esinemissageduse kohta HTLV-II-ga nakatunud patsientidel (11). HTLV-II on leitud süstivatelt narkomaanidelt Ameerika Ühendriikides ja Euroopas, hinnanguline levimus on vahemikus 1,6–8% Itaalias (195–196) ja 0,4–11,5% Hispaanias (197). Nende ja teiste uuringute järgi on HTLV-II koinfektsioon HIViga tavaline. Põhja-Euroopas on HTLV-II leitud süstivate narkomaanide hulgas suhteliselt väikese sagedusega, kuid sellest on teatatud Rootsis (198) ja Prantsusmaal (199). Ühes Iirimaa uuringus leiti HTLV-II suur levimus (15%) süstivate narkomaanide hulgas (200).

## Lisa B. Võtmesekumised infektsioonide ennetamiseks süstivate narkomaanide hulgas

Nii nagu kirjeldatud peatükis „Eesmärgid ja meetodika“, võeti käesolevas suunisdokumendis kirjeldatud võtmesekumiste loomisel arvesse mitmeid faktoreid. Iga võtmesekumise puhul võeti arvesse tõendus, mis põhines avaldatud eelretsenseeritud teadusartiklidel, analüüsid alates 2000. aasta kirjalikke ülevaateartikleid süstemaatiliselt („ülevaadete läbivaatamine“) (201). Ülevaateartikleid peetakse kõrgetasemeliseks tõendusmaterjaliks, sest nad teevad esmaste kirjandusallikate põhjal kokkuvõtte ja kõrvutatavad juba leitud tulemusi omavahel, kasutades süsteemseid kriteeriumeid uuringute valimiseks ja nende tulemuste hindamiseks. Ülevaateartiklite läbivaatamine on tõhus meetod kõrgetasemelise tõendusmaterjali kogumiseks, kuid tal on spetsiifilised piirangud (vt tehnilisi aruandeid tõenduspõhise tausta kohta). Nende piirangute kompenseerimiseks kasutab käesolev suunisdokument hiljuti läbiviidud uuringuid, samuti ekspertarvamusi, et täiendada ülevaateartiklite läbivaatamisel põhinevaid tõenduspõhiseid seisukohti. Esmaste uuringute tulemusi võeti arvesse selliste sekkumiste puhul, mille kohta ei olnud praegu võimalik kasutada ühtegi süstemaatilist ülevaadet. ECDC/EMCDDA tehniliste nõustajate rühm andis nõu kõigi võtmesekumiste komponentide kohta.

Täiendavalt kinnitasime, kas sekkumist peeti ELis parimaks praktikaks ja samuti, kas see esines riiklikes ning rahvusvahelistes juhistes ning suunisdokumentides. Lõpuks uurisime ka, kuidas kasutajad/teenusepakkujad kirjeldasid oma eelistusi teenuste kõige tõhusama osutamise kohta. Iga soovitatava võtmesekumise kohta sisaldub hinnang, kuidas me kaalusime sekkumise suunisdokumenti lisamise tõendusmaterjali.

**Tabel B1:** kokkuvõtte süstimise riskikäitumise ja HIVi ning HCV leviku vähendamise sekkumiste tõhususe kohta seitsme võtmesekumise soovitamise ja vastuvõetud otsuse alusel.

Võtmesekumine/ alaosad	Ekspertarvamus/ rakendamise kogemused	Tõendus avaldatud ülevaateartiklite läbivaatamisel (sümbolite kohta vt allpool tabel B2)	Esmaste uuringute tulemused
<b>Süstimisvahendid</b>	Soovitus ja vastuvõetud otsus: Jagamine ja legaalne juurdepääs puhastele süstimistarvikutele (kaasa arvatud steriilsete nõelte piisavale varule ja tasuta süstaldele) osana kombineeritud mitmeosalisest ennetuslikust lähenemisest, mida rakendatakse kahjude vähendamist, nõustamist ja ravi hõlmavate programmidega; põhineb järjepidevatele tõenditele ülevaateartiklite läbivaatamisel, esmastele uuringutele ja ekspertarvustele.		
Nõelte ja süstaldega varustamine	Ekspertarvamus on poolt.	Süstimise riskikäitumine: ++ HIVI transmissioon: + HCV transmissioon: ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nõela- ja süstlavahetusprogrammide ökoloogilised uuringud näitavad stabiilset või vähenevat HCV leviku määra.</li> <li>Hiljuti avaldatud metaanalüüs näitas, et</li> </ul>

			opioidasendusravi kombineerimine SVPga on tõhus HCV leviku vähendamiseks.
Teised süstimistarvikud	Ekspertarvamus on poolt.	Süstimise riskikäitumine: + HIVi transmissioon: ? HCV transmissioon: +/-	<i>In vitro</i> uuringud näitavad suurt HCV transmissiooni võimalust.
Fooliumiga varustamine	Ekspertarvamus on poolt.	Süstimise riskikäitumine: ? HIVi transmissioon: ? HCV transmissioon: ?	Uuringud puuduvad.
<b>Vaktsineerimine</b>	Soovitus ja vastuvõetud otsus: süstivate narkomaanide vaktsineerimine A- ja B-hepatiidi, teetanuse- ja gripivaktsiinidega ning spetsiifiliselt HIV-positiivsete inimeste vaktsineerimine pneumokoki vaktsiiniga. Seda soovitatakse vastavalt ekspertarvustele, rakendamise kogemustele ja esmastele uuringutele.		
HBV, HAV, teetanuse-, gripivaktsiini (pneumokoki vaktsiin HIV-nakatanutele)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ekspertarvamus on poolt – teenusena, mis on suunatud süstivatele narkomaanidele.</li> <li>• Vaktsiini tõhusus on hästi tõestatud.</li> <li>• Laialdaselt kasutusel rahvatervise praktikas.</li> </ul>	(Ei sisaldu ülevaates)	Suur tõendus vaktsineerimise järgselt HBV, HAV ja teetanuse vähenemiseks üksikisiku ja elanikkonna tasemel, ka siis kui on saadud ainult osa kogu vaktsiinist.
<b>Uimastisõltuvuse ravi</b>	Soovitus ja vastuvõetud otsus: opioidasendusravi ja teised tõhusad uimastisõltuvuse ravi vormid peavad olema kasutatavad ja hõlpsalt kättesaadavad, seda vastavalt ekspertarvamusele ja opioidasendusravi puhul mitmete usaldusväärsete uuringute ja ülevaadete püsivale tõendusmaterjalile. Kuigi puudub tõendusmaterjal psühhosotsiaalse ravi tõhususe kohta, on see soovitatav vastavalt ekspertarvamusele.		
Farmakoloogiline ravi agonistidega (opioiidid) (opioidasendusravi)	Ekspertarvamus on poolt.	Süstimise riskikäitumine: ++ HIVi transmissioon: ++ HCV transmissioon: +	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opioidasendusravi kombinatsioon SVPga parandab HCV leviku ennetamise tõhusust.</li> <li>• Suurem ARV ravisoostumus ja ARV viroloogiline edukus HIV-nakatunute puhul opioidasendusravil.</li> <li>• Opioidasendusravi kasutamine koos psühhosotsiaalse raviga on kasulik soostumuse, ravi lõpetamise ja abstinentsi puhul järelkontrollil.</li> </ul>



Farmakoloogiline ravi antagonistidega	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Võimalus nende jaoks, kes ei kasuta farmakoloogilist ravi agonistidega</li> <li>• Vajalik on edasine uurimine.</li> </ul>	Süstimise riskikäitumine: +/- HIVi transmissioon: +/- HCV transmissioon: +/-	Võimalik kasu, kui kombineeritakse psühhosotsiaalse raviga, et vähendada narkootikumide tarvitamist.
Psühhosotsiaalne ravi	<p>Põhiline lahendus stimulantide tarvitajatele farmakoloogilise ravi puudumisel;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kombineerimise korral parandab opioidasendusravi tõhusust;</li> <li>• valik opioiditarvitajatele, kes ei ole huvitatud farmakoloogilisest ravist</li> </ul>	Süstimise riskikäitumine: +/- HIVi transmissioon: +/- HCV transmissioon: +/-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Võimalikud eelised narkootikumide tarvitamise vähenemise kaudu</li> <li>• Kriisidega toimetulekuoskuste õppimine võib olla stimulantide tarvitajatele kasulik</li> <li>• Kombineerimine opioidasendusraviga on kasulik vastavuse, ravi lõpetamise ja abstinenti puhul järelkontrollil</li> </ul>
<b>Testimine</b>	Soovitus ja vastu võetud otsus: regulaarselt tuleb pakkuda vabatahtlikku ja konfidentsiaalset testimist koos informeeritud nõusolekuga HIVi, C-hepatiidi (vaktsineerimata inimestel B-hepatiidi) ja teiste infektsioonide, kaasa arvatud TB suhtes, ja siduda see ravile suunamisega.		
Nakkushaiguste testimine/skriinimine	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ekspertarvamus on poolt.</li> <li>• Sisaldub riiklikes ja rahvusvahelistes juhistes.</li> <li>• Laialdaselt kasutusel rahvatervise praktikas.</li> <li>• Vajalik eeldus ennetuse ja raviga seotud otsuste tegemiseks.</li> </ul>	Süstimise riskikäitumine: +/- HIVi transmissioon: ? HCV transmissioon: ?	Uuringud ja modelleerimine viitavad, et tõhus sidumine ravile pääsemisega vähendab edasist levikut.

<b>Nakkushaiguste ravi</b>	<b>Soovitus ja vastuvõetud otsus:</b> vastavalt tõendusmaterjalile ja ekspertarvamustele peab kõigi HIVi, HBVsse või HCVsse nakatunute viirusevastane ravi põhinema kliinilistel näidustustel. Aktiivsete TB-juhtude korral on soovitatav tuberkuloosivastane ravi. TB latentsete juhtude korral tuleks kaaluda profülaktilist ravi. Teiste infektsioonhaiguste ravi tuleb pakkuda vastavalt kliinilisele näidustusele. Ravi puhul on soovitatav universaalne kättesaadavus, sealhulgas kättesaadavus aktiivsetele süstijatele <sup>9</sup> .		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ekspertarvamus on poolt.</li> <li>• Sisaldub rahvusvahelistes ja riiklikes juhistes, mis üha enam märgivad, et aktiivset narkootikumide tarvitamist ei pea käsitlema viirusvastase ravi vastunäidustusena.</li> <li>• Ravimata jätmise võib põhjustada kahju haigestumise ja võimaliku surma tõttu.</li> </ul>	(Ei sisaldu ülevaates.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tugev tõendus TB raviks aktiivsete ja latentsete juhtude puhul.</li> <li>• Modelleerimisest pärinev tõendus näitab HCV ravi võimalikku tõhusust ennetusel elanikkonna tasemel</li> <li>• Tõendus HIVi ja HCV ravi edust aktiivsete narkomaanide hulgas</li> </ul>
<b>Tervisedendus</b> (nõustamine, koolitamine ja väljatöö)	Soovitus ja vastuvõetud otsus: Tervisedendus, mis keskendub ohutule süstimiskäitumisele; seksuaaltervisele, sh kondoomi kasutamisele; haiguste ennetamisele, testimisele ja ravile, on soovitatav vastavalt ülevaadete, esmaste uuringute ja ekspertarvamuste tõendusmaterjalidele.		
Info, harimine ja nõustamine	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ekspertarvamus on poolt</li> <li>• Peetakse fundamentaalseks kaasuvaks komponendiks kõigi kuue teise sekkumise rakendamisel</li> </ul>	Süstimise riskikäitumine: + HIVi transmissioon: +/- HCV transmissioon: ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mitmeosaline pakett, mis vastab klientide spetsiifilistele vajadustele</li> <li>• Toetab ennetuse eesmärke</li> </ul>
<b>Teenuste suunatud osutamine</b>	Soovitus ja vastuvõetud otsus: Teenuseid tuleb kombineerida ja korraldada ning osutada vastavalt nende kasutajate vajadustele ja kohalikele tingimustele. See hõlmab teenuste osutamist välitingimustes ja statsionaarsetes keskustes, pakkudes sõltuvusravi, kahjude vähendamist, nõustamist, testimist ja suunamist teiste üld- ja erialateravishoiuteenuste juurde.		
Statsionaarsed madala läve keskused, mis pakuvad süstlavahetust ja teisi ennetusteenuseid	Ekspertarvamus on poolt, võimaldab kliendi erinevatele vajadustele orienteeritud teenuste pakkumist ning	Vaadati üle teaduslik kirjandus SVPde kohta.  Süstimise riskikäitumine: ++	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mõningates uuringutes on madal hind, geograafiline lähedus, personali soodustav suhtumine ja nõela- ja</li> </ul>

<sup>9</sup> Arvestada tuleks ravimite koostoimetega ja meditsiinilise abi andja püsiva kontaktiga.

	kasutajatega kontakti saamist.	HIVi transmissioon: + HCV transmissioon: +/-	süstlavahetusprogramm idelt täiendavate teenuste saamise võimalus olnud süstivatel narkomaanidel soodustatavateks faktoriteks teenuseid pakkuva keskuse külastamisel. • Takistustena nähti geograafilist kaugust, hirmu politsei poolt kinni pidamiseks SVPd külastades, lahtiolekuaegu ja privaatsuse puudumist.
Edasisuunamine üldarstiabi ja erialaarstide juurde, uimastiennetus ja muud kahjude vähendamise, nõustamis- ja raviteenused	Ekspertarvamus on poolt; peetakse kasutajate eest hoolitsemise vajalikuks ja fundamentaalseks osaks, järgides tervise ja sotsiaalhoolekande standardeid.	Teenuste juurde suunamise mõju kohta ei vaadatud teaduskirjandust formaalselt läbi.	Teenuste juurde suunamise mõju alast teaduskirjandust ei vaadatud formaalselt läbi.
Juurdepääs süstaldele apteekides	Ekspertarvamus on poolt, suurendab juurdepääsu steriilsetele süstaldele.	Süstimise riskikäitumine: + HIVi transmissioon: +/- HCV transmissioon: ?	Ökoloogilised ja läbilõikeuringud näitavad süstalde jagamiste vähenemist kasutajate hulgas pärast apteekides süstlamüügi algust.
Süstalde teisene jagamine	Ekspertarvamus on poolt, võimaldab laiendada süstlavahetusprogrammi ulatust.	Süstimise riskikäitumine: +/- HIVi transmissioon: +/- HCV transmissioon: ?	Uuringud puuduvad.
Süstalde jagamine väljatöö käigus	Ekspertarvamus on poolt, võimaldab jõuda raskesti juurdepääsetavate, marginaliseeritud rühmadeni.	Süstimise riskikäitumine: ? HIVi transmissioon: +/- HCV transmissioon: ?	Uuringud puuduvad.
Süstlamüügiautomaadid	Ekspertarvamus on poolt, võimaldab juurdepääsu süstaldele olenemata teenuse pakkumise	Süstimise riskikäitumine: +/- HIVi transmissioon: +/- HCV transmissioon: ?	Uuringud puuduvad.

	kellaaegadest.		
Erinevat tüüpi süstimistarvikuteenuste pakkumine	Ekspertarvamus on poolt, erinevate jaotamiskanalite kasutamine on soovitatav.	Erinevat tüüpi teenuste pakkumise mõju kohta ei vaadatud teaduskirjandust formaalselt läbi.	Esmastest uuringutest pärineva tõestusmaterjali põhjal on erinevate kanalite kombineerimine märksa tõhusam.
Järelvalvega süstimisvõimalused	Ekspertarvamus on poolt, võimaldab kohandatud, individuaalset ohutut süstimisõpetust.	Süstimise riskikäitumine: + HIVI transmissioon: ? HCV transmissioon: ?	Uuringud puuduvad. Mõjutab üledoosiga seotud surmajuhtumeid kogukonnas.

**Tabel B2:** Tõenduspõhiste seisukohtade tüübid ja tõendusmaterjali tase, mis oli vajalik iga seisukoha toetamiseks (modifitseeritud Ellis jt, 2003, põhjal)

Tõenduspõhine seisukoht	Tõendusmaterjali tase
<p>‘++’ või ‘--’</p> <p><b>Piisav ülevaateartiklite tasemel tõendus sekkumise tõhususe toetamiseks või kõrvalejätmiseks</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ühe või enama <b>keskse</b> ülevaateartikli selge ja vasturääkivusteta seisukoht vastavalt mitmetele usaldusväärsetele uuringutele või</li> <li>• mitmete usaldusväärsete uuringute vasturääkivusteta tõendusmaterjalil ühe või enama <b>keskse</b> ülevaateartikli sees, selgete ja vasturääkivusteta seisukohtade puudumisel ülevaates (ülevaadetes).</li> </ul>
<p>‘+’ või ‘-’</p> <p><b>Esialgne ülevaateartiklite tasemel tõendus sekkumise tõhususe toetamiseks või kõrvalejätmiseks</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ühe või enama <b>keskse</b> ülevaateartikli esialgne seisukoht põhines väiksema arvu usaldusväärsete uuringute vasturääkivusteta tõendusmaterjalil või mitmel nõrgema tasemega uuringul või</li> <li>• väikse arvu usaldusväärsete uuringute vasturääkivusteta tõendusmaterjalil ühe või enama <b>keskse</b> ülevaateartikli sees, selgete ja vasturääkivusteta seisukohtade puudumisel ülevaates (ülevaadetes) või</li> <li>• ühe või enama <b>keskse</b> ülevaateartikli vastuolulisel tõendusmaterjalil ühele poole kalduva tugeva tõendusmaterjaliga (tõhusust kas toetades või ümber lükates) ning võimalikul põhjusel vastuoludeks või</li> <li>• mitme usaldusväärse uuringu vasturääkivusteta tõendusmaterjalil koos ühe või enama <b>täiendava</b> ülevaateartikliga – keskse ülevaate puudumisel.</li> </ul>
<p>‘+/-’</p> <p><b>Ebapiisav ülevaateartiklite tasemel tõendus sekkumise tõhususe toetamiseks või kõrvalejätmiseks</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ebapiisava tõendusmaterjaliga seisukoht <b>kesksest</b> ülevaateartiklist või</li> <li>• ebapiisav tõendusmaterjal sekkumise tõhususe toetamiseks või kõrvalejätmiseks (kas liiga vähese või liiga nõrga tõendusmaterjali tõttu selge, vasturääkivusteta tõendusmaterjaliga seisukohtade puhul <b>keskse(te)st</b> ülevaatest (ülevaadetest) või</li> <li>• ilma vasturääkivusteta tõendusmaterjalita mitmest usaldusväärsest uuringust koos ühe või mitme <b>täiendavaga</b> ülevaateartikliga.</li> </ul>
<p>‘?’</p> <p><b>Ülevaateartiklid puuduvad</b></p>	<p>Kesksed või täiendavad teemakohased ülevaateartiklid puudusid, tõenäoliselt esmaste uuringute puudumise tõttu.</p>

## Lisa C. Täiendavad juhised ja tehnilised juhised

Pealkiri	Organisatsioon (aasta)	Link
Parima praktika portaal: tõendus põhjus, standardid ja juhised ning hinnatud praktikad; Peamised epidemioloogilised indikaatorid	EMCDDA	<a href="http://www.emcdda.europa.eu/best-practice">http://www.emcdda.europa.eu/best-practice</a> <a href="http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators">http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators</a>
Interferoon-gamma analüüsi kasutamine TB diagnoosi kinnitamisel	ECDC (2011)	<a href="http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1103_GUI_IGRA.pdf">http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1103_GUI_IGRA.pdf</a>
Infektsioonide ennetamise juhised ambulatoorseses keskkuses: ohutu ravi tagamise minimaalsed nõuded	CDC (2011)	<a href="http://www.cdc.gov/HAI/pdfs/guidelines/Ambulatory-Care-04-2011.pdf">http://www.cdc.gov/HAI/pdfs/guidelines/Ambulatory-Care-04-2011.pdf</a>
EASLi kliinilise praktika juhised: C-hepatiidi käsitlemine	EASL (2011)	<a href="http://www.easl.eu/assets/application/files/4a7bd873f9cccbf_file.pdf">http://www.easl.eu/assets/application/files/4a7bd873f9cccbf_file.pdf</a>
HIVi testimine: kasutamise ja tõhususe suurendamine Euroopa Liidus	ECDC (2010)	<a href="http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/101129_GUI_HIV_testing.pdf">http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/101129_GUI_HIV_testing.pdf</a>
Juhised HIVi, viirusliku hepatiidi ja teiste infektsioonide testimiseks süstivate narkomaanide hulgas	EMCDDA (2010)	<a href="http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/testing-guidelines">http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/testing-guidelines</a>
Tuberkuloosi ravi: juhised. Neljas väljaanne.	WHO (2010)	<a href="http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241547833_eng.pdf">http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241547833_eng.pdf</a>
Juhised süstimistarvikuteenuste tagamiseks: töötajate ning süstimistarvikute tagamise teenuste parima praktika juhised Šotimaal	Šotimaa valitsus (2010)	<a href="http://www.scotland.gov.uk/Publications/2010/03/29165055/0">http://www.scotland.gov.uk/Publications/2010/03/29165055/0</a>
Kahjude vähendamine töötingimustes: juhised organisatsioonidele narkootikumide tarbivate inimeste töölevõtmisel	Avatud Ühiskonna Instituut (2010)	<a href="http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/harmreduction-work-20110314/work-harmreduction-20110314.pdf">http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/harmreduction-work-20110314/work-harmreduction-20110314.pdf</a>
Hea praktika juhised: HIV ja narkomaania – kogukonna vastusammud süstiva narkomaania ja HIVi suhtes	Rahvusvaheline HIVi/AIDSi Liit (2010)	<a href="http://www.aidsalliance.org/publications/details.aspx?id=454">http://www.aidsalliance.org/publications/details.aspx?id=454</a>
Nõela- ja süstlavahetusprogrammid: narkomaanide varustamine süstimistarvikutega	Ühendkuningriigi Riiklik Tervishoiu ja Kliinilise Kvaliteedi Instituut (NICE) (2009)	<a href="http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12130/43301/43301.pdf">http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12130/43301/43301.pdf</a>
Tuberkuloosiravi rahvusvahelised standardid, teine väljaanne	Tuberkuloosi koalitsioon tehniliseks toetuseks (2009)	<a href="http://www.tbcta.org/Uploaded_files/Zelf/ISTCReport2ndEdition1258118339.pdf">http://www.tbcta.org/Uploaded_files/Zelf/ISTCReport2ndEdition1258118339.pdf</a>
Tehniline juhised riikidele seadmaks eesmärgi HIVi ennetuse, ravi ja	WHO, UNODC, UNAIDS (2009)	<a href="http://www.unaids.org/en/media/unaid/contentassets/dataimport/pub/ma">http://www.unaids.org/en/media/unaid/contentassets/dataimport/pub/ma</a>

hoolekande universaalseks kättesaadavuseks süstivatele narkomaanidele		<a href="http://www.who.int/nual/2010/idu_target_setting_guide_en.pdf">nual/2010/idu_target_setting_guide_en.pdf</a>
HIVi testimise ja nõustamise juhised narkootikume süstivaid inimesi teenindavatele keskustele	WHO, UNAIDS (2009)	<a href="http://www.who.int/hiv/topics/idu/care/GuidanceTC_IDUsettings.pdf">http://www.who.int/hiv/topics/idu/care/GuidanceTC_IDUsettings.pdf</a>
Suunised TB ning HIVi teenuste koostööks süstivatele ja teistele narkomaanidele	WHO (2008)	<a href="http://www.who.int/rpc/guidelines/9789241596930/en/index.html">http://www.who.int/rpc/guidelines/9789241596930/en/index.html</a>
EASLi kliinilise praktika juhised: kroonilise B-hepatiidi käsitus	EASL (2009)	<a href="http://www.easl.eu/assets/application/files/b73c0da3c52fa1d_file.pdf">http://www.easl.eu/assets/application/files/b73c0da3c52fa1d_file.pdf</a>
Süstimistarvikute kasutamise ohutus, riskid ja tulemused	Scott (2008)	<a href="http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/127313/0057758.pdf">http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/127313/0057758.pdf</a>
Juhised nõela- ja süstlavahetusprogrammide käivitamiseks ja juhtimiseks	WHO, UNAIDS, UNODC (2007)	<a href="http://www.who.int/hiv/idu/Guide_to_Starting_and_Managing_NSP.pdf">http://www.who.int/hiv/idu/Guide_to_Starting_and_Managing_NSP.pdf</a>
HIVi/AIDSi ravi ja hoolekanne: kliinilised protokollid WHO Euroopa regioonile	WHO (2007)	<a href="http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/78106/E90840.pdf">http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/78106/E90840.pdf</a>
<i>Correlation</i> – juhised integreeritud välitööteenuste pakkumiseks	Correlation Network (2007)	<a href="http://www.correlationnet.org/doccenter/pdf_document_centre/book_outreach_fin.pdf">http://www.correlationnet.org/doccenter/pdf_document_centre/book_outreach_fin.pdf</a>
Ontario nõela- ja süstlavahetusprogrammid: parima praktika soovitusel	Strike (2006)	<a href="http://www.health.gov.on.ca/English/providers/pub/aids/reports/ontario_needle_exchange_programs_best_practices_report.pdf">http://www.health.gov.on.ca/English/providers/pub/aids/reports/ontario_needle_exchange_programs_best_practices_report.pdf</a>
Strateegia ja plaanimise juhised HIVi/AIDSi ennetamiseks ja hoolekandeks narkootikume süstivate inimeste hulgas	WHO (2005)	<a href="http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/policyprogrammingguide.pdf">http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/policyprogrammingguide.pdf</a>
Eestkoste juhised: HIVi/AIDSi ennetus süstivate narkomaanide hulgas	WHO, UNAIDS, UNODC (2004)	<a href="http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/en/advocacyguideen.pdf">http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/en/advocacyguideen.pdf</a>
Tõendusmaterjal tegutsemiseks: kogukonnapõhise välitöö tõhusus HIVi/AIDSi ennetamisel süstivate narkomaanide hulgas	WHO (2004)	<a href="http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/evidenceforactionreprint2004.pdf">http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/evidenceforactionreprint2004.pdf</a>
Esialgne strateegia TB ning HIVi teenuste koostööks. 1. väljaanne.	WHO (2004)	<a href="http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_HTML_TB_2004.330_eng.pdf">http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_HTML_TB_2004.330_eng.pdf</a>
BCG-vaktsiin: WHO hinnang	WHO (2004)	<a href="http://www.who.int/wer/2004/en/wer7904.pdf">http://www.who.int/wer/2004/en/wer7904.pdf</a>
Tervishoiusüsteemide tõhusa hõlmatuse tehnilise nõustamise taustadokument	WHO (2001)	<a href="http://www.who.int/health-systemsperformance/technical_consultations/effcov_background.pdf">http://www.who.int/health-systemsperformance/technical_consultations/effcov_background.pdf</a>

1. WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS treatment and care: clinical protocols for the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2007.
2. Malta M, Magnanini MM, Strathdee SA, Bastos FI. Adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected drug users: a meta-analysis. *AIDS Behav.* 2010 Aug;14(4):731-47.
3. MacGregor S, Whiting M. The development of European drug policy and the place of harm reduction. In: Rhodes T, Hedrich D, editors. *Harm reduction: evidence, impacts, and challenges.* Lisbon: EMCDDA; 2010.
4. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Key indicators. Lisbon: EMCDDA; 2011 [cited 5 August 2011]. Available from: <http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators>.
5. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Trends in injecting drug use in Europe. Lisbon: EMCDDA; 2010.
6. European Centre for Disease Prevention and Control, WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe: 2009. Stockholm: ECDC; 2010.
7. European Centre for Disease Prevention and Control. Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2010. Stockholm: ECDC; 2010.
8. European Centre for Disease Prevention and Control. Surveillance and prevention of hepatitis B and C in Europe. Stockholm: ECDC; 2010.
9. Nelson PK, Mathers BM, Cowie B, Hagan H, Des Jarlais D, Horyniak D, et al. Global epidemiology of hepatitis B and hepatitis C in people who inject drugs: results of systematic reviews. *Lancet.* 2011 Jul 27.
10. Hickman M. HCV prevention – a challenge for evidence-based harm reduction. In: Rhodes T, Hedrich D, editors. *Harm reduction: evidence, impacts, and challenges.* Lisbon: EMCDDA; 2010.
11. Roucoux DF, Murphy EL. The epidemiology and disease outcomes of human T-lymphotropic virus type II. *AIDS Rev.* 2004 Jul-Sep;6(3):144-54.
12. Castkova J, Benes C. Increase in hepatitis A cases in the Czech Republic in 2008 – an update. *Euro Surveill.* 2009 Jan 22;14(3).
13. Perevoscikovs J, Lucenko I, Magone S, Brila A, Curikova J, Vennema H. Community-wide outbreak of hepatitis A in Latvia in 2008 – an update. *Euro Surveill.* 2009 Jan 22;14(3).
14. Blystad H, Hoel T, Høiby E, Nilsen O. Infections among injecting drug users in Norway, 1997-2000. *Euro Surveill.* 2001;5(1).
15. Kuusi M, Nuorti P, Rostila T, Jokinen C. Hepatitis A infections in intravenous drug users, Finland, 2002. *Euro Surveill.* 2003 30 January 2003;7(5).
16. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Guidelines for testing HIV, viral hepatitis, and other infections in injecting drug users: a manual for provider-initiated medical examination, testing and counseling. EMCDDA manuals. Lisbon: EMCDDA; 2010.
17. Health Protection Agency 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. 2008.
18. Hahne SJ, White JM, Crowcroft NS, Brett MM, George RC, Beeching NJ, et al. Tetanus in injecting drug users, United Kingdom. *Emerg Infect Dis.* 2006 Apr;12(4):709-10.
19. Beeching NJ, Crowcroft NS. Tetanus in injecting drug users. *BMJ.* 2005 Jan 29;330(7485):208-9.
20. Wiessing L, van de Laar MJ, Donoghoe MC, Guarita B, Klempova D, Griffiths P. HIV among injecting drug users in Europe: increasing trends in the East. *Euro Surveill.* 2008;13(50).
21. Tefanova V, Tallo T, Kutsar K, Priimgi L. Urgent action needed to stop spread of hepatitis B and C in Estonian drug users. *Euro Surveill.* 2006;11(1):E060126 3.
22. Commission of the European Communities. Charter of fundamental rights of the European Union. 2000/C 364/01. Brussels: Commission of the European Communities; 2000.
23. Commission of the European Communities. Treaty of Lisbon. 2007/C 306/01. Brussels: Commission of the European Communities; 2007.
24. Commission of the European Communities. Combating HIV/AIDS in the European Union and neighbouring countries, 2009–2013. Brussels: Commission of the European Communities; 2009.
25. Dublin declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia. Dublin; 2004.
26. EU Drugs Action Plan for 2009–2012. Official Journal of the European Union. 2008 Dec 20:C 326/7-25.
27. Council of the European Union. EU Drugs Strategy (2005–2012). Brussels; 2004.
28. European Centre for Disease Prevention and Control. Evidence-based methodologies for public health. Stockholm: ECDC; 2011.
29. European convention for the prevention of torture and inhuman or degrading treatment or punishment. 2002.
30. UN General Assembly. Basic principles for the treatment of prisoners. UN General Assembly Resolution. Geneva; 1990.
31. WHO. Prevention of acute drug-related mortality in prison populations during the immediate post-release period. Copenhagen: WHO European Regional Office; 2010.



32. WHO. Health in prisons: A WHO guide to the essentials in prison health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2007.
33. O'Hare P. Merseyside, the first harm reduction conferences, and the early history of harm reduction. *Int J Drug Policy*. 2007 Mar;18(2):141-4.
34. Buning EC, Coutinho RA, van Brussel GH, van Santen GW, van Zadelhoff AW. Preventing AIDS in drug addicts in Amsterdam. *Lancet*. 1986 Jun 21;1(8495):1435.
35. International Harm Reduction Association. What is harm reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association. London: International Harm Reduction Association; 2010.
36. Advisory Council on the Misuse of Drugs. AIDS and drug misuse: Part I. London: Advisory Council on the Misuse of Drugs (ACMD); 1988.
37. Rhodes T, Hedrich D. Harm reduction and the mainstream. In: Rhodes T, Hedrich D, editors. *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*. Lisbon: EMCDDA; 2010.
38. Hunt N. Public health or human rights: what comes first? *Int J Drug Policy*. 2004;15:231-7.
39. Jurgens R, Csete J, Amon JJ, Baral S, Beyrer C. People who use drugs, HIV, and human rights. *Lancet*. 2010 Aug 7;376(9739):475-85.
40. WHO. Ottawa Health Charter. First International Conference on Health Promotion; 1986; Ottawa, Canada: World Health Organization.
41. Davoli M, Simon R, Griffiths P. Current and future perspectives on harm reduction in the European Union. In: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*. Lisbon: EMCDDA; 2010.
42. Wodak A, Cooney A. Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Geneva: World Health Organization; 2004.
43. Arponen A, Brummer-Korvenkontio H, Liitsola K, Salminen M. Trust and free will as the keys to success for the low threshold service centers (LTHSC): An interdisciplinary evaluation study of the effectiveness of health promotion services for infectious disease prevention and control among injecting drug users. Helsinki: Finnish National Public Health Institute and Department of Infectious Disease Epidemiology and Control; 2008.
44. Kerr T, Hayashi K, Fairbairn N, Kaplan K, Suwannawong P, Zhang R, et al. Expanding the reach of harm reduction in Thailand: Experiences with a drug user-run drop-in centre. *Int J Drug Policy*. 2010 May;21(3):255-8. Epub 2009 Sep 18.
45. Trubnikov MN, Khodakevich LN, Barkov DA, Blagovo DV. Sources of injecting equipment for drug users in Moscow, Russia. *Int J Drug Policy*. 2003 Dec;14(5):453-55.
46. Voytek C, Sherman SG, Junge B. A matter of convenience: Factors influencing secondary syringe exchange in Baltimore, Maryland, USA. *Int J Drug Policy*. 2003 Dec;14(5):465-67.
47. Curth NK, Hansson LN, Storm F, Lazarus JV. Select barriers to harm-reduction services for IDUs in eastern Europe. *Cent Eur J Public Health*. 2009 Dec;17(4):191-7.
48. Irwin K, Karchevsky E, Heimer R, Badrieva L. Secondary syringe exchange as a model for HIV prevention programs in the Russian Federation. *Subst Use Misuse*. 2006;41(6-7):979-99.
49. Williams CT, Metzger DS. Race and distance effects on regular syringe exchange program use and injection risks: a geobehavioral analysis. *Am J Public Health*. 2010 Jun;100(6):1068-74.
50. Sarang A, Rhodes T, Platt L. Access to syringes in three Russian cities: implications for syringe distribution and coverage. *Int J Drug Policy*. 2008 Apr;19 Suppl 1:S25-36.
51. Gindi RM, Rucker MG, Serio-Chapman CE, Sherman SG. Utilization patterns and correlates of retention among clients of the needle exchange program in Baltimore, Maryland. *Drug Alcohol Depend*. 2009 Aug 1;103(3):93-8.
52. Strike CJ, Challacombe L, Myers T, Millson M. Needle exchange programs. Delivery and access issues. *Can J Public Health*. 2002 Sep-Oct;93(5):339-43.
53. WHO, UNODC, UNAIDS. Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users. Geneva: WHO; 2009.
54. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Annual Report 2010: The state of the drugs problem in Europe. Lisbon: EMCDDA; 2010.
55. Scottish Government. Guidelines for services providing injecting equipment: Best practice recommendations for commissioners and injecting equipment provision (IEP) services in Scotland. Edinburgh; 2010.
56. Vlahov D, Fuller CM, Ompad DC, Galea S, Des Jarlais DC. Updating the infection risk reduction hierarchy: preventing transition into injection. *Journal of Urban Health*. 2004;81(1):14-9.
57. Tyndall MW, Bruneau J, Brogly S, Spittal P, O'Shaughnessy MV, Schechter MT. Satellite needle distribution among injection drug users: policy and practice in two Canadian cities. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2002 Sep 1;31(1):98-105.
58. Latkin CA, Hua W, Davey MA, Sherman SG. Direct and indirect acquisition of syringes from syringe exchange programmes in Baltimore, Maryland, USA. *Int J Drug Policy*. 2003 Dec;14(5):449-51.
59. Latka MH, Hagan H, Kapadia F, Golub ET, Bonner S, Campbell JV, et al. A randomized intervention trial to reduce the lending of used injection equipment among injection drug users infected with hepatitis C. *Am J Public Health*. 2008 May;98(5):853-61.
60. Latkin CA. Outreach in natural settings: the use of peer leaders for HIV prevention among injecting drug users' networks. *Public Health Rep*. 1998 Jun;113 Suppl 1:151-9.

61. Aitken CK, Kerger M, Crofts N. Peer-delivered hepatitis C testing and counselling: a means of improving the health of injecting drug users. *Drug Alcohol Rev.* 2002;21(1):33-7.
62. Broadhead RS, Volkanevsky VL, Rydanova T, Ryabkova M, Borch C, van Hulst Y, et al. Peer-driven HIV interventions for drug injectors in Russia: First year impact results of a field experiment. *Int J Drug Policy.* 2006 Sep;17(5):379-92.
63. Garfein RS, Golub ET, Greenberg AE, Hagan H, Hanson DL, Hudson SM, et al. A peer-education intervention to reduce injection risk behaviors for HIV and hepatitis C virus infection in young injection drug users. *Aids.* 2007 Sep;21(14):1923-32.
64. Hunt N, Trace M, Bewley-Taylor D. Reducing drug related harms to health: An overview of the global evidence, Report 4. London: The Beckley Foundation; 2005.
65. Southwell M. People who use drugs and their role in harm reduction. In: Rhodes T, Hedrich D, editors. *Harm reduction: evidence, impacts and challenges.* Lisbon: EMCDDA; 2010.
66. Keane H. Critiques of harm reduction, morality, and the promise of human rights. *Int J Drug Policy.* 2003;14(3):227-32.
67. National Treatment Agency for Substance Misuse. *Engaging and retaining clients in drug treatment.* London: National Treatment Agency for Substance Misuse; 2004.
68. WHO, UNODC, UNAIDS. *Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention.* Geneva: WHO; 2004.
69. Strike C, Leonard L, Millson M, Anstice S, Berkeley N, Medd E. *Ontario needle exchange programs: Best practice recommendations.* Toronto; 2006.
70. Turner K, Hutchinson S, Vickerman P, Hope V, Craine N, Palmateer N, et al. The impact of needle and syringe provision and opiate substitution therapy on the incidence of hepatitis C virus in injecting drug users: pooling of UK evidence. *Addiction.* 2011 May 25.
71. Van Den Berg C, Smit C, Van Brussel G, Coutinho R, Prins M. Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users. *Addiction.* 2007 Sep;102(9):1454-62.
72. Hagan H, Pouget ER, Des Jarlais DC. A systematic review and meta-analysis of interventions to prevent hepatitis C virus infection in people who inject drugs. *J Infect Dis.* 2011 Jul;204(1):74-83.
73. Wood E. Summary of findings from the evaluation of a pilot medically supervised safer injecting facility. *Canadian Medical Association Journal.* 2006;175(11):1399-404.
74. Crofts N, Nigro L, Oman K, Stevenson E, Sherman J. Methadone maintenance and hepatitis C virus infection among injecting drug users. *Addiction.* 1997;92(8):999-1005.
75. Hagan H, Thiede H, Weiss NS, Hopkins SG, Duchin JS, Alexander ER. Sharing of drug preparation equipment as a risk factor for hepatitis C. *Am J Public Health.* 2001 Jan;91(1):42-6.
76. Hind CR. Pulmonary complications of intravenous drug misuse. 1. Epidemiology and non-infective complications. *Thorax.* 1990 Nov;45(11):891-8.
77. Del Giudice P. Cutaneous complications of intravenous drug abuse. *Br J Dermatol.* 2004 Jan;150(1):1-10.
78. Roux P, Carrieri MP, Keijzer L, Dasgupta N. Reducing harm from injecting pharmaceutical tablet or capsule material by injecting drug users. *Drug Alcohol Rev.* 2011 May;30(3):287-90.
79. Gallo J, Playfair J, Gregory-Roberts J, Grunstein H, Clifton-Bligh P, Billson F. Fungal endophthalmitis in narcotic abusers. Medical and surgical therapy in 10 patients. *Med J Aust.* 1985 Apr 1;142(7):386-8.
80. US Center for Disease Control and Prevention. *Guide to Infection Prevention in Outpatient Settings: Minimum Expectations for Safe Care.* CDC: Atlanta; 2011.
81. Kimber J, Palmateer N, Hutchinson S, Hickman M, Goldberg D, Rhodes T. Harm reduction among injecting drug users: evidence of effectiveness. In: Rhodes T, Hedrich D, editors. *Harm reduction: Evidence, impacts, challenges.* Lisbon: EMCDDA; 2010.
82. Palmateer N, Kimber J, Hickman M, Hutchinson S, Rhodes T, Goldberg D. Evidence for the effectiveness of sterile injecting equipment provision in preventing hepatitis C and human immunodeficiency virus transmission among injecting drug users: a review of reviews. *Addiction.* 2010 May;105(5):844-59.
83. De P, Roy E, Boivin JF, Cox J, Morissette C. Risk of hepatitis C virus transmission through drug preparation equipment: a systematic and methodological review. *J Viral Hepat.* 2008 Apr;15(4):279-92.
84. Crofts N, Caruana S, Bowden S, Kerger M. Minimising harm from hepatitis C virus needs better strategies. *BMJ.* 2000 Oct 7;321(7265):899.
85. Thorpe LE, Ouellet LJ, Hershov R, Bailey SL, Williams IT, Williamson J, et al. Risk of hepatitis C virus infection among young adult injection drug users who share injection equipment. *Am J Epidemiol.* 2002 Apr 1;155(7):645-53.
86. Morissette C, Cox J, De P, Tremblay C, Roy E, Allard R, et al. Minimal uptake of sterile drug preparation equipment in a predominantly cocaine injecting population: implications for HIV and hepatitis C prevention. *Int J Drug Policy.* 2007 May;18(3):204-12.
87. Ouellet L, Huo D, Bailey SL. HIV risk practices among needle exchange users and nonusers in Chicago. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2004 Sep 1;37(1):1187-96.
88. Longshore D, Bluthenthal RN, Stein MD. Needle exchange program attendance and injection risk in Providence, Rhode Island. *AIDS Educ Prev.* 2001 Feb;13(1):78-90.

89. Matheson C, Anthony GB, Bond C, Rossi MK. Assessing and prioritizing the preferences of injecting drug users in needle and syringe exchange service development. *J Public Health (Oxf)*. 2008 Jun;30(2):133-8.
90. Garden J, Roberts K, Taylor A, Robinson D. Evaluation of the provision of single use citric acid sachets to injecting drug users Glasgow. NHS Greater Glasgow, Scottish Centre for Infection and Environmental Health and NHS Lanarkshire; 2003.
91. Advisory Council on the Misuse of Drugs. Consideration of the use of foil, as an intervention, to reduce the harms of injecting heroin. London: Advisory Council on the Misuse of Drugs; 2010.
92. Mravcik V, Skarupova K, Orlikova B, Zabransky T, Karachaliou K, Schulte B. Use of gelatine capsules for application of methamphetamine: a new harm reduction approach. *Int J Drug Policy*. 2011 Mar;22(2):172-3.
93. Abdala N, Crowe M, Tolstov Y, Heimer R. Survival of human immunodeficiency virus type 1 after rinsing injection syringes with different cleaning solutions. *Substance Use & Misuse*. 2004;39(4):581-600.
94. Baral S, Sherman SG, Millson P, Beyrer C. Vaccine immunogenicity in injecting drug users: a systematic review. *Lancet Infect Dis*. 2007 Oct;7(10):667-74.
95. Mereckiene J, Cotter S, Lopalco P, D'Ancona F, Levy-Bruhl D, Giambi C, et al. Hepatitis B immunisation programmes in European Union, Norway and Iceland: where we were in 2009? *Vaccine*. 2010 Jun 17;28(28):4470-7. Epub 2010 May 6.
96. Stancliff S, Salomon N, Perlman DC, Russell PC. Provision of influenza and pneumococcal vaccines to injection drug users at a syringe exchange. *J Subst Abuse Treat*. 2000 Apr;18(3):263-5.
97. Hu Y, Grau LE, Scott G, Seal KH, Marshall PA, Singer M, et al. Economic evaluation of delivering hepatitis B vaccine to injection drug users. *Am J Prev Med*. 2008 Jul;35(1):25-32.
98. Stitzer ML, Polk T, Bowles S, Kosten T. Drug users' adherence to a 6-month vaccination protocol: effects of motivational incentives. *Drug Alcohol Depend*. 2010 Feb 1;107(1):76-9.
99. Szmuness W, Stevens CE, Harley EJ, Zang EA, Taylor PE, Alter HJ. The immune response of healthy adults to a reduced dose of hepatitis B vaccine. *J Med Virol*. 1981;8(2):123-9.
100. Topp L, Day C, Dore GJ, Maher L. Poor criterion validity of self-reported hepatitis B infection and vaccination status among injecting drug users: a review. *Drug Alcohol Rev*. 2009 Nov;28(6):669-75.
101. Quaglio G, Talamini G, Lugoboni F, Lechi A, Venturini L, Jarlais DC, et al. Compliance with hepatitis B vaccination in 1175 heroin users and risk factors associated with lack of vaccine response. *Addiction*. 2002 Aug;97(8):985-92.
102. Ambrosch F, Wiedermann G, Andre FE, Delem A, Gregor H, Hofmann H, et al. Clinical and immunological investigation of a new combined hepatitis A and hepatitis B vaccine. *J Med Virol*. 1994 Dec;44(4):452-6.
103. Perrett K, Granerod J, Crowcroft N, Carlisle R. Changing epidemiology of hepatitis A: should we be doing more to vaccinate injecting drug users? *Commun Dis Public Health*. 2003 Jun;6(2):97-100.
104. BCG vaccine. WHO position paper. *Wkly Epidemiol Rec*. 2004 Jan 23;79(4):27-38.
105. Council of Europe. Council recommendation on the prevention and reduction of health-related harm associated with drug dependence. *Official Journal of the European Union*. 2003;OJ L165(03/07/2003):31-3.
106. Commission of the European Communities. Report from the Commission to the European Parliament and the Council on the implementation of the Council Recommendation of 18 June 2003 on the prevention and reduction of health-related harm associated with drug dependence. Brussels; 2007.
107. Malta M, Strathdee SA, Magnanini MM, Bastos FI. Adherence to antiretroviral therapy for human immunodeficiency virus/acquired immune deficiency syndrome among drug users: a systematic review. *Addiction*. 2008 Aug;103(8):1242-57.
108. Tilson H, Aramrattana A, Bozzette SA, Celentano DD, Falco M, Hammett TM, et al. Preventing HIV infection among injecting drug users in high-risk countries: an assessment of the evidence. Washington: Institute of Medicine; 2007.
109. Farrell M, Gowing L, Marsden J, Ling W, Ali R. Effectiveness of drug dependence treatment in HIV prevention. *Int J Drug Policy*. 2005;16(Suppl. 1):S67-S75.
110. Mattick RP, Kimber J, Breen C, Davoli M. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008(2):CD002207.
111. WHO. Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. WHO: Geneva; 2009.
112. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. *Statistical Bulletin*. EMCDDA: Lisbon; 2011 [cited 5 August 2011]. Available from: <http://www.emcdda.europa.eu/stats11>.
113. Degenhardt L, Mathers B, Vickerman P, Rhodes T, Latkin C, Hickman M. Prevention of HIV infection for people who inject drugs: why individual, structural, and combination approaches are needed. *Lancet*. 2010 Jul 24;376(9737):285-301.
114. Kimber J, Copeland L, Hickman M, Macleod J, McKenzie J, De AD, et al. Survival and cessation in injecting drug users: prospective observational study of outcomes and effect of opiate substitution treatment. *BMJ*. 2010;341:c3172.
115. Sorensen JL, Copeland AL. Drug abuse treatment as an HIV prevention strategy: a review. *Drug Alcohol Depend*. 2000 Apr 1;59(1):17-31.
116. Amato L, Davoli M, Perucci CA, Ferri M, Faggiano F, Mattick RP. An overview of systematic reviews of the effectiveness of opiate maintenance therapies: available evidence to inform clinical practice and research. *J Subst Abuse Treat*. 2005;28(4):321-9.
117. Wright NMJ, Tompkins CNE. A review of the evidence for the effectiveness of primary prevention interventions for Hepatitis C among injecting drug users. *Harm Reduct J*. 2006;3.
118. Gowing L, Farrell MF, Bornemann R, Sullivan LE, Ali R. Oral substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011(8):CD004145.

119. Craine N, Hickman M, Parry JV, Smith J, Walker AM, Russell D, et al. Incidence of hepatitis C in drug injectors: the role of homelessness, opiate substitution treatment, equipment sharing, and community size. *Epidemiol Infect.* 2009;137(9):1255-65.
120. Hallinan R, Byrne A, Dore GJ. Harm reduction, hepatitis C and opioid pharmacotherapy: An opportunity for integrated hepatitis C virus-specific harm reduction. *Drug Alcohol Rev.* 2007 Jul;26(4):437-43.
121. Miller CL, Wood E, Spittal PM, Li K, Frankish JC, Braitstein P, et al. The future face of coinfection: prevalence and incidence of HIV and hepatitis C virus coinfection among young injection drug users. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2004;36(2):743-9.
122. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Heroin-assisted treatment. Lisbon: EMCDDA; 2011 (in press).
123. Amato L, Minozzi S, Davoli M, Vecchi S, Ferri MM, Mayet S. Psychosocial and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for opioid detoxification. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008(4):CD005031.
124. Abou-Saleh M, Davis P, Rice P, Checinski K, Drummond C, Maxwell D, et al. The effectiveness of behavioural interventions in the primary prevention of hepatitis C amongst injecting drug users: a randomised controlled trial and lessons learned. *Harm Reduct J.* 2008;5:25.
125. Des Jarlais DC, Arasteh K, McKnight C, Hagan H, Perlman DC, Torian LV, et al. HIV infection during limited versus combined HIV prevention programs for IDUs in New York City: The importance of transmission behaviors. *Drug Alcohol Depend.* 2010 Jun 1;109(1-3):154-60. Epub 2010 Feb 16.
126. Knapp WP, Soares BG, Farrel M, Lima MS. Psychosocial interventions for cocaine and psychostimulant amphetamines related disorders. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007(3):CD003023.
127. Hedrich D, Pirona A, Wiessing L. From margin to mainstream: The evolution of harm reduction responses to problem drug use in Europe. *Drugs Educ Prev Pol.* 2008;15(6):503-17.
128. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Figure HSR-1. Opioid substitution treatment clients as a percentage of the estimated number of problem opioid users, 2009 or most recent year available. Lisbon: EMCDDA; 2011.
129. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. EMCDDA best practice portal. Lisbon: EMCDDA; 2011 [cited 4 August 2011]. Available from: <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice>.
130. Faggiano F, Vigna-Taglianti F, Versino E, Lemma P. Methadone maintenance at different dosages for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003(3):CD002208.
131. International Union against Tuberculosis and Lung Disease. Management of tuberculosis: a guide to the essentials of good clinical practice. 6th edition. 2010.
132. Wilson ME, Schwartz RP, O'Grady KE, Jaffe JH. Impact of interim methadone maintenance on HIV risk behaviors. *Journal of Urban Health.* 2010;87(4):586-91.
133. Dijkgraaf MG, van der Zanden BP, de Borgie CA, Blanken P, van Ree JM, van den Brink W. Cost utility analysis of coprescribed heroin compared with methadone maintenance treatment in heroin addicts in two randomised trials. *BMJ.* 2005 Jun 4;330(7503):1297.
134. Dolan K, Wodak A. An international review of methadone provision in prisons. *Addiction Research* 1996;4:85-97.
135. Stallwitz A, Stover H. The impact of substitution treatment in prisons – a literature review. *Int J Drug Policy.* 2007;18(6):464-74.
136. Jurgens R, Ball A, Verster A. Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prison. *Lancet Infect Dis.* 2009 Jan;9(1):57-66.
137. European Centre for Disease Prevention and Control. Implementing the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2010 progress report. Stockholm: ECDC; 2010.
138. European Centre for Disease Prevention and Control. HIV testing: increasing uptake and effectiveness in the European Union. Stockholm: ECDC; 2010.
139. McCoy CB, De Gruttola V, Metsch L, Comerford M. A comparison of the efficacy of two interventions to reduce HIV risk behaviors among drug users. *AIDS Behav.* 2011 Jun 17.
140. WHO. Treatment of tuberculosis guidelines. Geneva: World Health Organization; 2010.
141. Blumberg HM, Burman WJ, Chaisson RE, Daley CL, Etkind SC, Friedman LN, et al. American Thoracic Society/Centers for Disease Control and Prevention/Infectious Diseases Society of America: treatment of tuberculosis. *Am J Respir Crit Care Med.* 2003 Feb 15;167(4):603-62.
142. Deiss RG, Rodwell TC, Garfein RS. Tuberculosis and illicit drug use: review and update. *Clin Infect Dis.* 2009 Jan 1;48(1):72-82.
143. Perlman DC, Salomon N, Perkins MP, Yancovitz S, Paone D, Des Jarlais DC. Tuberculosis in drug users. *Clin Infect Dis.* 1995 Nov;21(5):1253-64.
144. European Centre for Disease Prevention and Control. Use of interferon-gamma release assays in support of TB diagnosis. Stockholm: ECDC; 2011.
145. Rose DN. Benefits of screening for latent Mycobacterium tuberculosis infection. *Arch Intern Med.* 2000 May 22;160(10):1513-21.
146. WHO, UNAIDS. Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities. WHO: Geneva; 2007.
147. European Association for the Study of the Liver (EASL). EASL clinical practice guidelines: management of chronic hepatitis B. *J Hepatol.* 2009 Feb;50(2):227-42.

148. European Association for the Study of the Liver (EASL). EASL clinical practice guidelines: management of hepatitis C virus infection. *J Hepatol*. 2011 Feb 28.
149. Werb D, Mills EJ, Montaner JS, Wood E. Risk of resistance to highly active antiretroviral therapy among HIV-positive injecting drug users: a meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2010 Jul;10(7):464-9.
150. Lindenburg CE, Lambers FA, Urbanus AT, Schinkel J, Jansen PL, Krol A, et al. Hepatitis C testing and treatment among active drug users in Amsterdam: results from the DUTCH-C project. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2011 Jan;23(1):23-31.
151. Novick DM, Kreek MJ. Critical issues in the treatment of hepatitis C virus infection in methadone maintenance patients. *Addiction*. 2008 Jun;103(6):905-18.
152. Litwin AH, Harris KA, Jr., Nahvi S, Zamor PJ, Soloway IJ, Tenore PL, et al. Successful treatment of chronic hepatitis C with pegylated interferon in combination with ribavirin in a methadone maintenance treatment program. *J Subst Abuse Treat*. 2009 Jul;37(1):32-40.
153. Treloar C, Rhodes T. The lived experience of hepatitis C and its treatment among injecting drug users: qualitative synthesis. *Qual Health Res*. 2009 Sep;19(9):1321-34.
154. Martin NK, Vickerman P, Foster GR, Hutchinson SJ, Goldberg DJ, Hickman M. Can antiviral therapy for hepatitis C reduce the prevalence of HCV among injecting drug user populations? A modeling analysis of its prevention utility. *J Hepatol*. 2011 Jun;54(6):1137-44.
155. WHO. Interim policy on collaborative TB/HIV activities. Geneva: WHO; 2004.
156. WHO, UNODC, UNAIDS. Policy guidelines for collaborative TB and HIV services for injecting and other drug users, an integrated approach. Geneva: WHO; 2008.
157. Tuberculosis Coalition for Technical Assistance. International standards for tuberculosis care (ISTC). The Hague; 2009.
158. WHO. Effectiveness of community-based outreach in preventing HIV/AIDS among injecting drug users. WHO: Geneva; 2004.
159. Degenhardt L, Bucello C, Mathers B, Briegleb C, Ali H, Hickman M, et al. Mortality among regular or dependent users of heroin and other opioids: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Addiction*. 2011 Jan;106(1):32-51.
160. Strang J, Manning V, Mayet S, Best D, Titherington E, Santana L, et al. Overdose training and take-home naloxone for opiate users: prospective cohort study of impact on knowledge and attitudes and subsequent management of overdoses. *Addiction*. 2008 Oct;103(10):1648-57.
161. Marshall BD, Milloy MJ, Wood E, Montaner JS, Kerr T. Reduction in overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility: a retrospective population-based study. *Lancet*. 2011 Apr 23;377(9775):1429-37.
162. Jenness SM, Kobrak P, Wendel T, Neaigus A, Murrill CS, Hagan H. Patterns of exchange sex and HIV infection in high-risk heterosexual men and women. *J Urban Health*. 2011 Apr;88(2):329-41.
163. Ward H, Pallearos A, Green A, Day S. Health issues associated with increasing use of 'crack' cocaine among female sex workers in London. *Sex Transm Infect*. 2000 Aug;76(4):292-3.
164. Salomon N, Perlman DC, Friedmann P, Buchstein S, Kreiswirth BN, Mildvan D. Predictors and outcome of multidrug-resistant tuberculosis. *Clin Infect Dis*. 1995 Nov;21(5):1245-52.
165. Leaver CA, Bargh G, Dunn JR, Hwang SW. The effects of housing status on health-related outcomes in people living with HIV: a systematic review of the literature. *AIDS Behav*. 2007 Nov;11(6 Suppl):85-100.
166. Islam MM, Grummett S, White A, Reid SE, Day CA, Haber PS. A primary healthcare clinic in a needle syringe program may contribute to HIV prevention by early detection of incident HIV in an injecting drug user. *Aust N Z J Public Health*. 2011 Jun;35(3):294-5.
167. Day CA, Islam MM, White A, Reid SE, Hayes S, Haber PS. Development of a nurse-led primary healthcare service for injecting drug users in inner-city Sydney. *Aust J Prim Health*. 2011;17(1):10-5.
168. Correlation Network. Outreach work among marginalized populations in Europe: Guidelines on providing integrated outreach services. Amsterdam; 2007.
169. Cattan M, Bagnall A-M, Akhionbare K, Burrell K. Injecting equipment schemes for injecting drug users – qualitative evidence review. London: National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2008.
170. Balian R, White C. Harm reduction at work: A guide for organisations employing people who use drugs. New York: Open Society Foundations; 2010.
171. Islam MM, Conigrave KM. Assessing the role of syringe dispensing machines and mobile van outlets in reaching hard-to-reach and high-risk groups of injecting drug users (IDUs): a review. *Harm Reduct J*. 2007;4:14.
172. Ruutel K, Loit HM, Sepp T, Kliiman K, McNutt LA, Uuskula A. Enhanced tuberculosis case detection among substitution treatment patients: a randomized controlled trial. *BMC Res Notes*. 2011 Jun 15;4(1):192.
173. Strauss SM, Mino M. Addressing the HIV-related needs of substance misusers in New York State: the benefits and barriers to implementing a 'one-stop shopping' model. *Subst Use Misuse*. 2011;46(2-3):171-80.
174. Grebely J, Genoway K, Khara M, Duncan F, Viljoen M, Elliott D, et al. Treatment uptake and outcomes among current and former injection drug users receiving directly observed therapy within a multidisciplinary group model for the treatment of hepatitis C virus infection. *Int J Drug Policy*. 2007 Oct;18(5):437-43.
175. UNODC. Annual Report 2009. Geneva: United Nations Office on Drugs and Crime; 2009.
176. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Reitox Network Lisbon: EMCDDA; 2011 [cited 5 August 2011]. Available from: <http://www.emcdda.europa.eu/about/partners/reitox-network>.

177. Hope V, Jeannin A, Spencer B, Gervasoni JP, van de Laar M, Dubois-Arber F, et al. Mapping HIV-related behavioural surveillance among injecting drug users in Europe, 2008. *Euro Surveill.* 2011;16(36).
178. European Centre for Disease Prevention and Control. Mapping of HIV/STI behavioural surveillance in Europe. Stockholm: ECDC; 2009.
179. Wiessing L, Denis B, Guttormsson U, Haas S, Hamouda O, Hariga F, et al. Estimating coverage of harm reduction measures for injection drug users in the European Union. In: Proceedings of the third annual Global Research Network meeting on HIV prevention in drug-using populations, 5–7 July 2000. Durban: National Institute on Drug Abuse; National Institutes of Health; US Department of Health and Human Services; 2011.
180. Mathers BM, Degenhardt L, Ali H, Wiessing L, Hickman M, Mattick RP, et al. HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage. *Lancet.* 2010 Mar 20;375(9719):1014-28.
181. Bluthenthal RN, Anderson R, Flynn NM, Kral AH. Higher syringe coverage is associated with lower odds of HIV risk and does not increase unsafe syringe disposal among syringe exchange program clients. *Drug Alcohol Depend.* 2007 Jul 10;89(2-3):214-22.
182. Wiessing L, LikataVICIUS G, Klempova D, Hedrich D, Nardone A, Griffiths P. Associations between availability and coverage of HIV-prevention measures and subsequent incidence of diagnosed HIV infection among injection drug users. *American Journal of Public Health.* 2009;99(6):1049-52.
183. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Figure HSR-3. Syringes distributed through specialised programmes per estimated IDU in 2009 or more recent year. Lisbon: EMCDDA; 2011.
184. Paraskevis D, Nikolopoulos G, Tsiara C, Paraskeva D, Antoniadou A, Lazanas M, et al. HIV-1 outbreak among injecting drug users in Greece, 2011: a preliminary report. *Euro Surveill.* 2011;16(36).
185. Selwyn PA, Hartel D, Lewis VA, Schoenbaum EE, Vermund SH, Klein RS, et al. A prospective study of the risk of tuberculosis among intravenous drug users with human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med.* 1989 Mar 2;320(9):545-50.
186. Pimpin L, Drumright LN, Kruijshaar ME, Abubakar I, Rice B, Delpech V, et al. TB-HIV co-infection in EU and EEA countries. *Eur Respir J.* 2011 Jul 7.
187. European Centre for Disease Prevention and Control, WHO Regional Office for Europe. Tuberculosis surveillance in Europe 2009. Stockholm: ECDC; 2011.
188. Lloyd-Smith E, Hull MW, Tyndall MW, Zhang R, Wood E, Montaner JS, et al. Community-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* is prevalent in wounds of community-based injection drug users. *Epidemiol Infect.* 2010 May;138(5):713-20.
189. Cooke FJ, Gkrania-Klotsas E, Howard JC, Stone M, Kearns AM, Ganner M, et al. Clinical, molecular and epidemiological description of a cluster of community-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* isolates from injecting drug users with bacteraemia. *Clin Microbiol Infect.* 2010 Jul;16(7):921-6.
190. Fah F, Zimmerli W, Jordi M, Schoenenberger RA. Septic deep venous thrombosis in intravenous drug users. *Swiss Med Wkly.* 2002 Jul 13;132(27-28):386-92.
191. Lamagni TL, Neal S, Keshishian C, Hope V, George R, Duckworth G, et al. Epidemic of severe *Streptococcus pyogenes* infections in injecting drug users in the UK, 2003-2004. *Clin Microbiol Infect.* 2008 Nov;14(11):1002-9.
192. Efstratiou A, Emery M, Lamagni TL, Tanna A, Warner M, George RC. Increasing incidence of group A streptococcal infections amongst injecting drug users in England and Wales. *J Med Microbiol.* 2003 Jun;52(Pt 6):525-6.
193. Akbulut D, Dennis J, Gent M, Grant KA, Hope V, Ohai C, et al. Wound botulism in injectors of drugs: upsurge in cases in England during 2004. *Euro Surveill.* 2005 Sep;10(9):172-4.
194. Jones JA, Salmon JE, Djuretic T, Nichols G, George RC, Gill ON, et al. An outbreak of serious illness and death among injecting drug users in England during 2000. *J Med Microbiol.* 2002 Nov;51(11):978-84.
195. Giuliani M, Rezza G, Lepri AC, Di Carlo A, Maini A, Crescimbeni E, et al. Risk factors for HTLV-I and II in individuals attending a clinic for sexually transmitted diseases. *Sex Transm Dis.* 2000 Feb;27(2):87-92.
196. Giacomo M, Franco EG, Claudio C, Carlo C, Anna DA, Anna D, et al. Human T-cell leukemia virus type II infection among high risk groups and its influence on HIV-1 disease progression. *Eur J Epidemiol.* 1995 Oct;11(5):527-33.
197. Henrard DR, Soriano V, Robertson E, Gutierrez M, Stephens J, Drona F, et al. Prevalence of human T-cell lymphotropic virus type 1 (HTLV-1) and HTLV-2 infection among Spanish drug users measured by HTLV-1 assay and HTLV-1 and -2 assay. HTLV-1 and HTLV-2 Spanish Study Group. *J Clin Microbiol.* 1995 Jul;33(7):1735-8.
198. Krook A, Albert J, Andersson S, Biberfeld G, Blomberg J, Eklund I, et al. Prevalence and risk factors for HTLV-II infection in 913 injecting drug users in Stockholm, 1994. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol.* 1997 Aug 15;15(5):381-6.
199. Vignoli C, Zandotti C, De Lamballerie X, Tamalet C, Gastaut JA, De Micco P. Prevalence of HTLV-II in HIV-1-infected drug addicts in Marseille. *Eur J Epidemiol.* 1993 May;9(3):351-2.
200. Egan JF, O'Leary B, Lewis MJ, Mulcahy F, Sheehy N, Hasegawa H, et al. High rate of human T lymphotropic virus type IIa infection in HIV type 1-infected intravenous drug abusers in Ireland. *AIDS Res Hum Retroviruses.* 1999 May 20;15(8):699-705.
201. Kelly M, Swann C, Killoran A, Naidoo B, Barnett-Page E, Morgan A. Methodological problems in constructing the evidence base in public health. London: Health Development Agency; 2002.