



European Monitoring Centre
for Drugs and Drug Addiction



Norwegian Institute of Public Health

ÚTMUTATÓ

az intravénás kábítószer-fogyasztók körében végzett,
szolgáltató által kezdeményezett fertőző betegségekkel
kapcsolatos önkéntes orvosi vizsgálathoz,
szűrővizsgálatához és counsellinghez

Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja
(European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA)
Cais do Sodré
PT-1249-289 Lisszabon
Portugália
Tel: + 351 211 21 02 00
Fax: +351 21 813 17 11
e-mail: info@emcdda.europa.eu
<http://www.emcdda.europa.eu>

A kiadvány hivatkozása megengedett, pontos forrásmegjelöléssel:

Blystad H, Wiessing L. Guidance on Provider-initiated Voluntary Medical Examination, Testing and Counselling for Infectious Diseases in Injecting Drug Users. Pre-final unedited version 5.5. Lisbon, EMCDDA, 2009.

5.5. nem végleges változat
EMCDDA, 2009. július 22.

Az útmutatót készítette:

Hans Blystad
Lucas Wiessing

A magyar kiadást szerkesztette:

Tarján Anna (Nemzeti Drog Fókuszpont)
Dr. Dudás Mária (Országos Epidemiológiai Központ)

Nemzeti Drog Fókuszpont

Gyáli út 2-6.
H-1097 Budapest
Tel: +36 1 476 1100 / 2510
<http://www.drogfokuszpont.hu>

Szerzők és köszönetnyilvánítás

A kötet szerzői: Hans Blystad (Norvég Közegészségügyi Intézet) és Lucas Wiessing (EMCDDA). További közreműködők: Maria-José Bravo (Instituto de Salud Carlos III - Spanyolország), Tone Bruun (Norvég Közegészségügyi Intézet - Norvégia), Susan Cowan (Statens Serum Institut - Dánia), Esther Croes (Trimbos Institute - Hollandia), Jessica Deblonde (Ghent-i Egyetem - Belgium), Lucica Ditiu (WHO), Irina Eramova (WHO), Christian Gunneberg (WHO), Dagfinn Haarr (Kristiansand Önkormányzat - Norvégia), Dagmar Hedrich (EMCDDA), Ralf Jürgens (Konzultáns - HIV/AIDS, egészségügy, stratégia és emberi jogok – Kanada), Karen Klaue (Bundesamt für Gesundheit - Svájc), Danica Klempová (EMCDDA), Lali Khotenashvili (WHO), Astrid Leicht (Fixpunkt - Németország), Doris Radun (Robert Koch Institut - Németország), Xavier Majo Roca (Katalán Egészségügyi Minisztérium - Spanyolország), Mika Salminen (Nemzeti Egészségügyi és Jóléti Intézet- Finnország), Roger Staub (Bundesamt für Gesundheit - Svájc), Veress Katalin (Semmelweis Egyetem, Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika - Magyarország) és Tessa Windelinckx (Free-Clinic - Belgium). Továbbá köszönet a kiadvány létrejöttéhez nyújtott segítségéért: Fabienne Hariganak (UNODC) és Annette Versternek, Martin Donoghoe-nak és Jeffrey Lazarusnak (WHO).

TARTALOM

| | |
|---|----|
| Összefoglalás | 5 |
| Módszertan és célkitűzés | 8 |
| A kiadvány felépítése | 9 |
| | |
| 1. RÉSZ. ÚTMUTATÓ AZ ÖNKÉNTES ORVOSI VIZSGÁLATHOZ, SZŰRŐVIZSGÁLATHOZ ÉS COUNSELLINGHEZ | 10 |
| 1.1 Háttér | 10 |
| 1.1.1 Vér útján terjedő vírusfertőzések | 10 |
| 1.1.2 Bakteriális bőr és szisztémás fertőzések | 11 |
| 1.1.3 Szexuális úton terjedő fertőzések | 12 |
| 1.1.4 Légúti fertőzések | 12 |
| | |
| 1.2 Hogyan épül fel az intravénás szerhasználóknak nyújtott orvosi vizsgálat, szűrővizsgálat és counselling? | 13 |
| 1.2.1 Kortörténet és fizikális vizsgálat | 13 |
| 1.2.2 Szűrővizsgálatot megelőző counselling, beleegyező nyilatkozat és a vérvétel visszautasításának lehetősége | 14 |
| 1.2.3 Szűrővizsgálatok | 15 |
| 1.2.4 Szűrővizsgálatot követő counselling | 23 |
| 1.2.5 Prevenációs counselling | 24 |
| 1.2.6 Védőoltás | 26 |
| 1.2.7 Utánkövetés, kezelés és betegutak | 27 |
| 1.2.8 A vizsgálat és a szűrővizsgálatok gyakorisága | 27 |
| 1.2.9 Etikai megfontolások | 27 |
| | |
| 2 RÉSZ. AZ ÚTMUTATÓ HÁTTERE ÉS KIVITELEZÉSE | 29 |
| 2.1 Egyéb útmutatók és az intravénás kábítószer-fogyasztók számára készített külön útmutató szükségessége | 29 |
| 2.2 Stratégiai javaslatok az intravénás kábítószer-fogyasztók szolgáltató által kezdeményezett szűrővizsgálatához szükséges feltételek megvalósításához és biztosításához | 31 |
| 2.3 A szolgáltató által kezdeményezett önkéntes orvosi vizsgálat, szűrővizsgálat és counselling | 32 |
| 2.4 Az intravénás kábítószer-fogyasztók szolgáltató által kezdeményezett orvosi vizsgálatának és szűrővizsgálatának magyarázata | 33 |
| 2.5 HIV szűrővizsgálatok száma az intravénás kábítószer-fogyasztók körében | 34 |
| 2.6 A kábítószer-fogyasztók körében végzett HIV szűrővizsgálatra és counsellingre vonatkozó kutatások eredményeinek összefoglalása | 34 |
| 2.7 Az egészségügyi szolgáltatóknál történő bevezetés | 36 |
| 2.8 Az egészségügyi szolgáltatók képzése | 37 |
| 2.9 Az útmutató gyakorlatban történő alkalmazása | 37 |
| | |
| Irodalomjegyzék | 38 |
| Rövidítések | 42 |
| Szószedet | 43 |

Összefoglalás

Ennek a kiadványnak az a célja, hogy alapvető, gyakorlati útmutatót nyújtson az intravénás kábítószer-fogyasztók¹ körében végzett szolgáltató által kezdeményezett, a fertőző betegségekkel kapcsolatos orvosi vizsgálatához, szűrővizsgálathoz és counsellinghez. Emellett sok hasznos információval szolgál a fertőzésekkel és az intravénás szerhasználókkal kapcsolatos prevencióra és alapellátásra vonatkozóan. A kezelés és az egyéb speciális ellátások itt nem kerülnek részletes bemutatásra, azonban szó esik róluk a megfelelő szakellátásba történő beutalások megnevezése során.

Az intravénás kábítószer-használat egyik legsúlyosabb következménye a fertőző betegségek akvirálása, amely egyben jelentős egészségügyi kiadásokhoz is vezet. Az intravénás szerfogyasztók számos fertőző betegségnek vannak kitéve kockázatos magatartásuk, illetve egyéb a háttérben húzódó tényezők következtében, mint például a higiénia hiánya, a hajléktalanság, vagy a szegénység. Ennek következtében az általános népesség ugyanazon korcsoportjaival összehasonlítva ebben a társadalmi csoportban sokkal magasabb a megbetegedések és a halálozás aránya. Egyúttal az intravénás szerhasználók a fertőzések gócpontjai is lehetnek, amely a fertőzések terjedésének kockázatát hordja magában az általános népességre nézve.

Bár a legfontosabb egészségügyi probléma a HIV, illetve Hepatitis C fertőzés az intravénás kábítószer-fogyasztók körében, a kiadvány kiter többi vér útján terjedő fertőzésekre, illetve számos bakteriális fertőzésre is, amelyeknek szintén fontos szerepük van az általános népesség, illetve az intravénás szerhasználók egészségügyi állapota szempontjából. Mivel az intravénás kábítószer-fogyasztók számára elérhető hatékony antiretrovirális kezelésnek és egyéb fertőző betegségek kezelésének hozzáférhetősége egyre javul, a kiadvány annak szükségességét hangsúlyozza, hogy az intravénás szerfogyasztók körében a HIV és további fertőző betegségek kapcsán a szűrővizsgálatok hozzáférhetőségét és az azon való részvételi arányt kell tovább növelni. A kiadvány azon az elven alapszik, hogy ebben a társadalmi csoportban a HIV, hepatitis és egyéb fertőzések megelőzésének alappillérei továbbra is azok a bizonyítékokon alapuló módszerek, mint a szubsztitúciós kezelés, a tűcsere programok, illetve ezen „komplex csomag” további elemei (1), hiszen maga az intravénás szerhasználat megelőzése – még ha ez az egyik hosszú távú központi cél is – elég nehezen valósítható meg.

A javaslatok elsősorban olyan magas jövedelmű országok számára fogalmazódtak meg, ahol alacsony a HIV-fertőzöttek aránya, vagy koncentrált a HIV járvány és leginkább a kockázatos magatartással élő személyek - mint például az intravénás szerhasználók – körében magas a HIV prevalencia. A legtöbb európai országra ez a helyzet jellemző.

A célok

A szolgáltató által kezdeményezett intravénás szerfogyasztók körében végzett vizsgálat, szűrővizsgálat és counselling céljai:

- Az intravénás szerfogyasztó általános egészségügyi állapotának javítása
- A HIV és egyéb kábítószer-fogyasztással összefüggő fertőzések szűrővizsgálatán való részvételi arány javítása
- A HIV és egyéb fertőző betegségek kezeléséhez való hozzáférhetőség javítása az intravénás szerfogyasztók körében
- A szakellátást igénylő krónikus fertőzések diagnosztizálásának fejlesztése

¹ Szerk. megjegyzése: A kiadványban az angol „injecting drug use/user” kifejezés intravénás kábítószer-fogyasztás/ fogyasztóként került lefordításra. Ahol az injektlás egyéb módjairól (szubkután, intramuszkuláris injektlási mód) van kifejezetten szó, ott azokra a szövegben pontos megnevezéssel történik utalás.

- A védőoltások hozzáférhetőségének javítása az intravénás szerfogyasztók körében
- Az intravénás szerfogyasztók aktívabb bevonása saját egészségügyi ellátásukba
- Az intravénás szerfogyasztók körében végzett prevenciós counselling és információ hozzáféréseinek javítása
- Az intravénás szerfogyasztók körében a HIV, hepatitis és egyéb fertőzések monitorozásának fejlesztése

A konzultáció

Az útmutató javaslata, hogy az intravénás szerfogyasztók fizikális vizsgálatát, szűrővizsgálatát és a counsellinget az egészségügyi szolgáltatók kezdeményezzék. Ez történhet az egészségügyi alapellátás során, az intravénás szerhasználók számára létrejött speciális egészségügyi ellátás során, az intravénás szerfogyasztók által látogatott alacsonyküszöbű szervezeteknél, rehabilitációs központokban, bőr-és nemibeteg-gondozókban és a börtönökben található egészségügyi szolgálatoknál. A konzultáció javasolt részei a következők:

- Kortörténet és fizikális vizsgálat
- Szűrővizsgálatot megelőző counselling, beleegyező nyilatkozat és a szűrővizsgálat visszautasításnak lehetősége
- Szűrővizsgálatok
- Szűrővizsgálatot követő counselling
- Prevenciós counselling
- Védőoltás
- Utánkövetés és betegutak
- A vizsgálat és a szűrővizsgálatok gyakorisága
- Etikai megfontolások

Szűrővizsgálatok

Ez a kiadvány egy szolgáltató által kezdeményezett, önkéntes és bizalmas megközelítési módját ajánlja a szűrővizsgálatoknak és a counsellingnek. A szolgáltató általi kezdeményezés azt jelenti, hogy maga az egészségügyi szolgáltató javasolja a klienseknek az orvosi ellátás alapvető részeként a szűrővizsgálatot és a counsellinget. Az önkéntesség azt jelenti, hogy bár a szűrővizsgálat eleve alapvető részét képezi az orvosi ellátásnak, az egyént tájékoztatják a szűrővizsgálatról és annak lehetséges következményeiről, aki ezután beleegyezését adja a szűrővizsgálatok elvégzésébe. Az egyénnek mindig meg kell adni a lehetőséget, hogy a szűrővizsgálatot megelőző tájékoztatás után a kényszertől vagy a negatív következményektől való félelem nélkül visszautasíthasson egy, vagy több fertőző betegségre vonatkozó szűrővizsgálatot. Ez a megközelítés azt hangsúlyozza, hogy nem szabad senkin saját akarata vagy tudta nélkül szűrővizsgálatot végezni, a szűrővizsgálat elvégzéséhez szükséges az egyén beleegyezése, és az eredményeket bizalmasan kell kezelni. Azokon a helyeken ahol ezek a feltételek nem teljes mértékben adottak (mint például a börtönökben vagy egyéb zárt közösségekben) javasolt a szolgáltató által kezdeményezett módszer helyett az önkéntes szűrővizsgálatot és counsellinget elérhetővé tenni, és azt az egyén kérésére megvalósítani.

Egy szolgáltató által kezdeményezett szűrővizsgálat során a következő szűrővizsgálatokat érdemes felajánlani rutinszerűen az intravénás szerfogyasztók számára:

- HIV, hepatitis B, hepatitis C, hepatitis D (ha bizonyított a krónikus vagy új hepatitis B megbetegedés), hepatitis A, és syphilis szerológiai vizsgálat

- Tályogból és felületi sérülésekből történő mintavétel tenyésztésre
- Mintavétel biokémiai vizsgálatok számára (ALAT, ASAT, bilirubin)
- Általános vérkép: ESR (vörösvértestcsülldedés) vagy CRP (C-reaktív protein), haemoglobin és fehérvérsejt szám vizsgálat
- TBC szűrés

Egy kliens ismételt vizsgálatának és szűrvizsgálatának gyakoriságát az által lehet meghatározni, hogy az illető milyen gyakran teszi ki magát a fertőződés kockázatának. Egy olyan egyén esetében, aki folyamatosan intravénásan használ kábítószer ez a kockázat nagyon magas, ez esetben gyakori fizikális vizsgálat és a szűrvizsgálatok gyakori ismétlése javasolt. Nagyon fontos lerövidíteni azt az időszakaszt, amely az egyén megfertőződése és a diagnosztizálás között telik el, így a fertőzés továbbadásának kockázata is csökken. Gyakorlati okokból, továbbá figyelembe véve a leírtakat, javasolt az intravénás szerhasználók számára a fizikális vizsgálatot és a szűrvizsgálatot legalább 6-12 havonta felajánlani.

Míg ez a kiadvány egy olyan stratégiát támogat, amely növeli az egészségügyi ellátóknál végzett HIV és egyéb fertőzések szűrvizsgálatának arányát az intravénás szerfogyasztók körében, nem támogatja a tájékoztatás és a beleegyező nyilatkozat nélküli szűrvizsgálatot, ha nem történik szűrvizsgálatot megelőző és azt követő counselling, vagy ha a teszteredmények titkossága nem garantálható. Egy szűrvizsgálatot sem szabad elvégezni az egyén akarata ellenére, illetve tudta nélkül, továbbá olyan tájékoztatást kell adni a kliensnek, amely után az egyén dönteni tud arról, hogy részt vegyen egy vagy több szűrvizsgálaton, vagy visszautasítsa azokat. Azok a kitételek, amelyek szerint egy intravénás szerhasználón HIV vagy más fertőző betegség szűrvizsgálatát el lehet végezni, az alapvető emberi jogokon kell, hogy alapuljanak. Ez azt jelenti, hogy a kliens egyenlő fél a folyamatban, emellett tiszteletben kell tartani az ebben a kiadványban is lefektetett etikai alapelveket, például, hogy a szűrvizsgálat eredményét bizalmasan kell kezelni. Az egészségügyi szolgáltatóknak a titoktartásra és a szűrvizsgálatok eredményeinek engedély nélküli kiadására vonatkozóan ugyanúgy kell eljárniuk, mint más klienskörök esetében. Egyértelművé kell tenni, hogy a szűrvizsgálat visszautasítása, illetve a pozitív vizsgálati eredmény nem befolyásolja az egyén olyan szolgáltatásokhoz való hozzáférését, mint például a kábítószer-függőség kezelése. Az egészségügyi szolgáltató felelőssége, hogy a szűrvizsgálat elvégzése előtt biztosítottak legyenek a szükséges feltételek.

A döntéshozóknak mind országos, mind helyi szinten be kell vezetni, felügyelni és monitorozni kell a veszélyeztetett populációk– például az intravénás szerfogyasztók - szűrvizsgálatához szükséges feltételek meglétét. Azonban ez már túlmutat e kiadvány keretein, ezért egy olyan a UNODC, a WHO és az UNAIDS által jelenleg kidolgozás alatt álló módszertani levélre hivatkozunk, amely a HIV szűrvizsgálatokra vonatkozóan tartalmaz útmutatást.

Módszertan és célkitűzés

Ez a kiadvány az EMCDDA kábítószer-fogyasztással összefüggő fertőző betegségek (drug-related infectious diseases - DRID) szakterület éves találkozóin folytatott megbeszélések eredményeként született. Az EMCDDA kábítószer-fogyasztással összefüggő fertőző betegségek szakterületén folytatott munkájának fő célja az, hogy olyan indikátorokat fejlesszen ki, amely által megbízható és összehasonlítható monitorozási rendszer jön létre az intravénás szerfogyasztók HIV és hepatitis B/C fertőzöttségére vonatkozóan. A munka során felmerült annak igénye is, hogy kidolgozzanak módszertani ajánlásokat és útmutatást arra vonatkozóan, hogy hogyan lehetne fejleszteni az intravénás kábítószer-használók körében végzett szűrővizsgálatok és counselling minőségét, továbbá hogyan lehetne növelni az intravénás szerfogyasztók HIV és egyéb fertőző betegségek szűrővizsgálatán való részvételi arányát. Ezen útmutató kidolgozásnak alapjául kutatási beszámolók, állásfoglalások, politikai- stratégiai kiadványok, újságcikkek és klinikai útmutatók folyamatos tanulmányozása szolgált. Az itt megfogalmazott javaslatok általában bevált kórházi gyakorlatokon, illetve epidemiológiai és egyéb intravénás szerhasználók körében végzett tanulmányokon alapszanak. Azonban egy ilyen útmutatónak nem feladata, hogy bemutassa a szűrővizsgálatok, a counselling és egyéb megelőző tevékenységek bizonyítékokon alapuló összes előnyét, vagy hogy teljes körű dokumentált irodalmi áttekintést nyújtson az intravénás szerhasználat egészségügyi kockázatairól. A cél sokkal inkább egy olyan rövid, könnyen olvasható kiadvány létrehozása, amelynek közvetlen haszna van az intravénás szerhasználókkal foglalkozó egészségügyi szolgáltatók számára, olyan helyzetekben, mint például a fertőző betegségek szűrővizsgálatáról szóló döntéshozatal. Emellett, annak ellenére, hogy az intravénás használók körében elvégzett szűrővizsgálatok számának növelése elengedhetetlen ahhoz, hogy növeljük a fertőző betegségekkel kapcsolatos kezeléshez és utógondozáshoz való hozzáférést az intravénás szerfogyasztók körében, az egyes fertőzések specifikus kezelésének leírása szintén túlmutat ezen útmutató hatáskörén.

2008 júliusa és decembere között, a 2008-as DRID szakmai találkozó résztvevői, illetve az EMCDDA DRID szakértői hálózat tagjai véleményezhették a kiadvány tervezetét, amely az Interneten is elérhető volt. Utána a kiadványt újra átnézték a beérkezett vélemények figyelembe vételével.

Az intravénás szerfogyasztók, egy jól meghatározható populáció, akik a fertőző betegségek akvirálása szempontjából nagyon magas kockázatának vannak kitéve. A kiadványban azt a személyt nevezzük intravénás kábítószer-használónak (továbbiakban: IDU), aki valaha életében legalább egyszer injektált valamilyen szert nem gyógyászati célból. A folyamatosan injektáló IDU-knál a megfertőződés kockázata nagyon magas, feltehetően az ő esetükben hasznos lenne gyakran ismételni a szűrővizsgálatokat. Ezen útmutató elsődleges célja azt bemutatni, hogyan ajánljunk fel az orvosi vizsgálatot és a szűrővizsgálatokat aktív IDU-knak (olyanoknak, akik legalább egyszer injektáltak az utolsó szűrővizsgálatuk óta) vagy olyan IDU-knak, akik már abbahagyták az injektálást. Az egészségügyi szolgáltatók az itt leírt eljárást olyan (soha nem injektált) kábítószer-fogyasztók esetében is alkalmazhatják, akik más úton vannak kitéve a fertőződés veszélyének, ilyen például a prostitúció vagy magas kockázatú szexuális élet miatti szexuális úton való fertőződés, a kokain szippantásához használt eszköz megosztása, vagy a tetoválás stb. Hasonló módon az útmutató alkalmazható más veszélyeztetett, nem kábítószer-fogyasztó populációk körében is, akik szintén kitéve a fertőződés veszélyének (pl.: prostituáltak, fogvatartottak) azonban ezekben az esetekben az egészségügyi szolgáltatóknak fel kell mérnie, hogy melyek azok a sajátos tényezők, amelyeket ez a kiadvány nem tárgyal, azonban ezen csoportok esetében figyelembe kell venni. Érdemes megemlíteni, hogy a fogvatartottak és egyéb zárt közösségben élő személyek esetében előfordulhat, hogy a szűrővizsgálat nem önkéntesen történik, a titoktartást megszegik, diszkrimináció lép fel stb. Itt még nagyobb figyelmet kell

fordítani arra, hogy a szűrővizsgálat a megfelelő feltételek mellett történjen. Ez egy másik dokumentumban kerül részletesen bemutatásra (2).

A kiadvány felépítése

Bár a kiadvány hasznos lehet egy szélesebb közönség számára is, legfőbb célja, hogy gyakorlati útmutatást nyújtson azon magán és állami egészségügyi szolgáltatók számára, akik alap egészségügyi ellátást nyújtanak az (intravénás) kábítószer-fogyasztók számára. Így elsősorban körzeti és házi orvosok, kábítószer-fogyasztókat kezelő intézmények, rehabilitációs központok, a büntetés-végrehajtás egészségügyi szolgálatai, illetve kórházi sürgősségi osztályok és fekvőbeteg ellátó intézmények számára készült a kiadvány. Ezért, a fertőző betegségekkel kapcsolatos önkéntes orvosi vizsgálatához, szűrővizsgálathoz és counsellinghez tartozó gyakorlati útmutatót a kiadvány 1. része tartalmazza. Bár az útmutató egyéb specializált egészségügyi ellátók körében is hasznos lehet, meg kell jegyeznünk, hogy az itt javasolt szűrővizsgálatok és utánkövető eljárások elsősorban az egészségügyi alapellátásban dolgozó szakemberek számára szolgálnak útmutatóul. Azon eljárások, amelyek sokkal inkább megfelelőek a szakellátással foglalkozók számára, itt nem kerülnek részletes bemutatásra.

Mindemellett, az útmutatót használhatják még döntéshozók, kábítószer-fogyasztással és HIV prevencióval kapcsolatos programok tervezői és koordinátorai, továbbá kábítószer-fogyasztókkal foglalkozó civil szervezetek. Ezen csoportok számára a javasolt módszerek, az útmutató háttere és magyarázata, illetve egészségügyi szolgáltatóknál történő kivitelezése a 2. részben kerül bemutatásra.

1. RÉSZ. ÚTMUTATÓ AZ ÖNKÉNTES ORVOSI VIZSGÁLATHOZ, SZŰRŐVIZSGÁLATHOZ ÉS COUNSELLINGHEZ

1.1 Háttér

Az intravénás kábítószer-használók kockázatos magatartásuk és egyéb, a háttérben húzódo körülményeik miatt, mint a higiénia hiánya, a hajléktalanság vagy a szegénység, veszélyeztetettek számos fertőző betegség szempontjából (1. táblázat). Ennek következtében az általános népesség ugyanazon korcsoportjaival összehasonlítva ebben a társadalmi csoportban magasabb a megbetegedések és a halálozás aránya. Az IDU-k sokkal nagyobb valószínűséggel akvirálnak különböző fertőző betegségeket, mint a nem injektálók, vagy kábítószer nem fogyasztók, és amikor már fertőzöttek, sokkal nagyobb eséllyel lesznek ezáltal súlyos betegek vagy halnak meg.

1. táblázat. Az intravénás szerfogyasztók körében gyakran előforduló fertőző betegségek

- HIV fertőzés
- Hepatitis C
- Hepatitis B
- Hepatitis D
- Hepatitis A
- A *Staphylococcus aureus* (beleértve a methicillin rezisztens *Staphylococcus aureus-t* - MRSA) okozta bőr és kötőszöveti fertőzések, és streptococcusos fertőzések (pl.: endocarditis, necrotizáló fasciitis)
- Súlyos, szisztémás sepsis (pl.: *Clostridium novyi*, *Bacillus anthracis* okozta fertőzések)
- A HIV, illetve hepatitisen kívüli szexuális úton terjedő fertőzések (pl.: chlamydia fertőzések, syphilis és gonorrhoea)
- Légúti fertőzések, mint a tüdőgyulladás, diphtheria és az influenza
- Tuberculosis (TBC)
- Seb botulizmus
- Tetanus
- Human T-sejt lymphotrop vírus (HTLV) – fertőzések

Az IDU-k esetében előforduló fertőző betegségeknek a következő típusai vannak:

• 1.1.1 Vér útján terjedő fertőzések

Az intravénás szerhasználat és a vér útján terjedő fertőzések - például a HIV, hepatitis B és C - továbbadása közötti összefüggést tényként kezelhetjük (3-6). A kábítószer-fogyasztással összefüggő fertőző betegségek – a HIV, hepatitis B és C – az intravénás kábítószer-használat legsúlyosabb következményei közé tartoznak. A vér útján terjedő fertőzéseknek van valószínűleg a legnagyobb költségvetési vonzata az egészségügyi ellátó rendszerekben az összes kábítószer-fogyasztás okozta következmény közül (7). Az utóbbi években egyes országok az IDU-k körében történt hepatitis A járványról számoltak be (8-10). A közelmúltban készült tanulmányok szerint a hepatitis A az IDU-k

körében szájon át, a széklettel, szennyezett kábítószer és szennyezett injekáló eszköz használata útján terjed (10). A hepatitis D fertőzés viszonylag ritka a legtöbb fejlett ország általános népessége körében és leginkább az intravénás szerhasználattal hozható összefüggésbe. A hepatitis D fertőzés csak a hepatitis B fertőzéssel együtt koinfekcióként, vagy krónikus hepatitis B fertőzött személynél szuperinfekcióként jelentkezik. A hepatitis D vírussal való felülfertőződés vagy társfertőzés sokkal súlyosabb komplikációkhoz vezet, mintha valaki csak hepatitis B vírussal fertőződne meg.

A tanulmányok összefüggést mutattak ki a human T-sejt lymphotrop vírus (HTLV) fertőzések és a kábítószer-használat között is (11). A HTLV I és II típusai szoptatás, szexuális érintkezés és fertőzött vérrrel szennyezett tű, illetve injekáló eszköz megosztása révén terjednek. A HTLV-II akvirálása különösképp társítható az intravénás szerhasználathoz. Míg a HTLV-I vírus T-sejt leukémiát és T-sejt lymphomát okoz, addig a HTLV-II-t bénulással járó neurológiai betegséggel hozzák kapcsolatba².

- **1.1.2 Bakteriális bőr és szisztémás fertőzések**

Az IDU-k sokféle módon exponálódhatnak bakteriális fertőzésekkel, amely előidézhet helyi vagy szisztémás³ megbetegedéseket is (12). Szennyezett tű és egyéb injekáló segédeszköz megosztása, nem steril körülmények között történő injekálás vagy a szennyezett kábítószer bevétele mind olyan körülmény, amely segítheti a baktériumok transzmisszióját. Mindemellett a higiénia hiánya miatt a kábítószer-használó normál baktérium flórájával történő felülfertőződésnek is megnő a kockázata.

A tanulmányok szerint, a szerhasználóknál nagyobb arányban mutatják ki a *Staphylococcus aureus* kolonizációját az orrban és a bőrön mint a nem szerhasználóknál (13). A gyakori baktériumok, mint például a *Streptococcus* vagy a *Staphylococcus* különböző fertőzéseket okozhatnak, amelyek súlyossága a kisebb bőr és kötőszöveti fertőzésektől olyan életveszélyes betegségekig terjedhet, mint például a bacteraemia/septicaemia a nekrotizáló fasciitis, vagy a szívbelhártya-gyulladás (endocarditis) (14). Az utóbbi időben mind Európában, mind az USA-ban növekvő problémaként jelent meg az IDU-k körében a methicillin rezisztens *Staphylococcus aureus* (MRSA) okozta fertőzés (18). A szubkután vagy intramuszkuláris injekálásnak köszönhetően (más néven bőr alá vagy izmok közé történő injekálás) az injekálás helyén található tályogok, és kötőszöveti gyulladások gyakori problémák az IDU-k körében (15-17). Azok a fertőzések, amelyeket spóráképző baktériumok, mint például a *Clostridium novyi*, *Clostridium botulinum*, *Clostridium tetani*, *Clostridium histolyticum*, *Bacillus cereus* és *Bacillus anthracis* okoznak, az utóbbi időben szintén komoly egészségügyi problémát jelentenek és magas halálozási arányt mutatnak az IDU-k körében (19-30).

A savak, mint például a citromsav, növeli a szövetek sérülését, amikor az injekálás a bőr alá vagy az izmok közé történik, ezért ez fontos szerepet játszik a sebfertőzések kialakulásában. Az intravénás injekálás összefüggésbe hozható a phlebitissel (vénagyulladás) és a thrombophlebitissel (a bőr felszínes vénáinak thrombosisal együtt járó gyulladása), amelyek során a vénák fertőződnek meg.

A kábítószer-használat okozhat fogszuvasodást, a fogak kihullását, és egyéb foggal kapcsolatos betegségeket. Ez több tényezőnek is betudható: magának a kábítószernek, a kábítószer-fogyasztó hanyagságának a száj higiéniát illetően, amelyhez még hozzáadódik a szerhasználattal okozta szájszárazság és a fogcsikorgatás, illetve az

² Szerk. megjegyzése: a hazai szakemberek szerint mindkét típus okozhat bénulással járó neurológiai megbetegedéseket.

³ Jelentése: az egész szervezetet érintő

édességek és szénhidrátok utáni sóvárgás (31). A fájdalom és a kényelmetlenség mellett, a szájban lévő tályogok és fertőzések kiinduló pontjai lehetnek komolyabb szisztémás bakteriális fertőzéseknek is.

- **1.1.3 Szexuális úton terjedő fertőzések**

Bizonyítékok támasztják alá, hogy összefüggés található a kábítószer-használat és a szexuális úton terjedő fertőzések között. Egy amerikai tanulmányban az intravénás szerfogyasztók 60%-a számolt be arról, hogy átesett szexuális úton terjedő fertőzésen (40). A HIV fertőzés és a hepatitis B mellett a syphilis tűnik az egyik leggyakrabban jelentett szexuális úton terjedő fertőzéseknek az IDU-k körében, ugyanakkor a gonorrhoea és a genitális chlamydia sok európai országban gyakoribb előfordulást mutat (41, 42). A nem intravénás kábítószer-használat szintén szerepet játszik a szexuális úton terjedő fertőzések továbbadásában, a szexuális úton terjedő fertőzésekkel a szívható kokain-bázis (crack) hozható leginkább összefüggésbe, melynek fogyasztása növeli a kockázatos szexuális viselkedés kialakulásának veszélyét és csökkenti a fertőzésekkel kapcsolatos tudatosságot (43). Azok az injektáló vagy nem injektáló szerhasználók, akik prostitúcióba bocsátkoznak a kábítószer megszerzéséért, vagy a kábítószer hatása alatt védekezés nélkül élnek szexuális életet, szintén növelik a megfertőződés kockázatát.

- **1.1.4 Légúti fertőzések**

Az intravénás szerhasználat következtében megnövekszik a tuberculosis kockázata. Ez elsősorban a bebörtönzéseknek, a hajléktalanságnak és a szegénységnek köszönhető, amelyek mind a tuberculosis kockázatát növelő tényezők (32,33). A HIV koinfekció is növeli a tuberculosis kialakulásának kockázatát. A HIV fertőzés okozta immungyengesség növeli a tuberculosis kockázatát. A tuberculosis kockázata az IDU-k körében függ attól, hogy mióta áll fenn a HIV fertőzés (34). Egy amszterdami tanulmány szerint, a HIV fertőzés 13-szorosára növelte az aktív tuberculosis kialakulásának kockázatát az IDU-k körében. A tuberculosis incidenciája a HIV negatív kábítószer-fogyasztók körében szintén 6-szor nagyobb, mint Amszterdam átlag populációjában (34). Mindezenfelül, az IDU-k magasabb kockázatnak vannak kitéve a TBC reaktiválása, illetve a multi-rezisztens tuberculosis kialakulásának szempontjából is (35, 36). A befejezett tuberculosis kezelése alacsony aránya a kábítószer-fogyasztók körében és a börtönben (gyakran multi-drog rezisztens tuberculosisról van szó) szintén növeli a multi-rezisztens tuberculosis kockázatát a szerfogyasztók körében (37).

A *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* és a *Klebsiella pneumoniae* okozta tüdőgyulladások az IDU-k kórházba utalásának egyik leggyakoribb okai (38, 39).

Néhány IDU a leromlott egészségügyi állapota miatt sokkal könnyebben kaphatja el az influenzát is.

1.2. Hogyan épül fel az intravénás szerhasználóknak nyújtott orvosi vizsgálat, szűrővizsgálat és counselling?

AZ IDU-k alapos orvosi vizsgálatához, szűrővizsgálatához és counsellingjéhez javasolt a 2. táblázatban foglalt összes elem alkalmazása.

2. táblázat. A szolgáltató által kezdeményezett rutin orvosi vizsgálat, fertőző betegségek szűrővizsgálata és az IDU-k számára nyújtott counselling elemei

- Kortörténet és fizikális vizsgálat
- Szűrővizsgálatot megelőző counselling, beleegyező nyilatkozat és a vérvétel visszautasításának lehetősége
- Szűrővizsgálatok
- Szűrővizsgálatot követő counselling
- Prevenációs counselling
- Védőoltások
- Utánkövetés és betegutak
- Az orvosi vizsgálat és a szűrővizsgálatok gyakorisága
- Etikai megfontolások

1.2.1 Kortörténet és fizikális vizsgálat

Egy teljeskörű anamnézist érdemes felvenni, illetve egy alapos kivizsgálást kell végrehajtani, amely tartalmazza a jelenlegi és múltbeli intravénás szerhasználat, illetve egyéb kockázati magatartások kortörténetét, illetve a jelenlegi és múltbeli betegségeket és tüneteket. A kortörténetet alaposan kell rögzíteni. Külön figyelmet kell fordítani a konzultáció során a következő jelekre és tünetekre:

- Általános: Testsúlycsökkenés, általános külső megjelenés és testhőmérséklet
- Bőr és nyálkahártya: vérszegénység, sárgaság, égési seb, sebhelyek, fájdalommentes bőrkiütések. Keressen túnyomokat vagy sebeket a nyakon, a törzsön, a könyökökön, ágyék körül, péniszen, lábszárakon, lábfejeken stb. Az injektálás helyeit a helyi fertőzések miatt kell átvizsgálni. Vizsgálja meg a bőrt, illetve a szőrzet alatti területeket a bőr állapotára vonatkozóan pl: ekcéma, rühesség szempontjából.
- Tüdők: A köhögés és a rendellenes tüdőhangok a tüdőgyulladás jelei lehetnek. Olyan tünetek, mint a láz, testsúly csökkenés, éjszakai verejtékezés, és 2 hétnél továbbtartó köhögés a tuberculozist jelezhetik.
- Szív: Vérnyomás, szívfrekvencia és szívritmus zavarok, szívbelhártya-gyulladás (endocarditis)
- Emésztő rendszer: Fertőzések a szájüregben és a fogak állapota. Megnagyobbodott lép és máj.
- Húgy és ivarszervi rendszer: amenorrhoea, terhesség, merevedési zavar. Húgycső váladék, fájdalommentes fekély, duzzadt nyirokcsomók.

A tünetektől, illetve a klinikai kivizsgálás eredményeitől függően az IDU-t, ha a helyzet megköveteli, szakorvoshoz kell irányítani. Ez magában foglalja a fogorvoshoz való beutalást foghúzás, illetve hosszú távú fogorvosi ellátás céljából.

A várandós nőt azonnal javasolt beutalni megfelelő terhesgondozásra. Mivel nagyon sok várandós IDU nehézségbe ütközik ezen szolgáltatások elérésében, az egészségügyi szolgáltató feladata, hogy a kliens jelenlétében kapcsolatba lépjen a terhesgondozóval és megbeszéljen egy időpontot.

1.2.2 A szűrővizsgálatot megelőző counselling, beleegyező nyilatkozat és a vérvétel visszautasításának lehetősége

Mivel a szolgáltató által kezdeményezett szűrővizsgálat és counselling célja, hogy a HIV illetve egyéb fertőző betegségek időben felderítésre kerüljenek, és ezután biztosított legyen a megfelelő hozzáférés az egészségügyi szolgáltatásokhoz, a szűrővizsgálatot megelőző counselling leegyszerűsíthető, és az egyéni kockázatértékelés illetve kockázatcsökkentés lehet a szűrővizsgálatot követő counselling része. A szűrővizsgálat előtti információ átadása leginkább egyénileg javasolt, de ha ez nem valósítható meg, akkor a csoportos forma is megoldás lehet. A tájékoztatás utáni beleegyezést, azonban javasolt mindig egyénileg kérni úgy, hogy a kliens és a szolgáltató kettesben van. A kliens beleegyezését a szolgáltatónak javasolt rögzíteni a páciens kórlapján vagy egy másik dokumentumban. Mindig meg kell adni az IDU-nak a valós lehetőséget arra, hogy elutasítsa a szűrővizsgálatokat, vagy azok valamelyikét anélkül, hogy kényszertől vagy negatív következményektől kellene tartania. Ez leginkább olyan helyeken fontos, ahol az egyén döntési szabadsága eleve korlátozott lehet, mint például a börtönben, vagy egyéb zárt közösségekben.

Ezen például úgy lehet segíteni, hogy írott formában feltüntetik az alábbi szöveget egy beleegyező nyilatkozat formanyomtatványán és azt fel is olvassák a kliensnek:

„Önnek teljes körű jogában áll a szűrővizsgálatokat, vagy a szűrővizsgálatok valamelyikét visszautasítani és ennek nem lesz semmilyen negatív következménye Önre nézve. Kérem, jelölje meg azokat a szűrővizsgálatokat, amelyeken nem akar részt venni, majd írja alá, hogy Ön megértette azt, hogy szűrővizsgálaton fog részt venni és jogában áll azok közül bármelyiket visszautasítani.”

Ennek a dokumentumnak a használata a zárt közösségekben (börtön, illetve néhány ellátási forma, mint például a kötelezően bentlakásos rehabilitáció) további előkészítést igényel illetve a bizalmasság, önkéntesség és counselling elveinek kihangsúlyozását.

A szolgáltatónak meg kell győződnie arról, hogy az IDU nem áll kábítószer vagy alkoholos befolyásoltság alatt, és képes döntést hozni a HIV és egyéb fertőzések szűrővizsgálatára vonatkozóan.

A beleegyező nyilatkozat előtt a következő információkat kell közölni a klienssel szóban vagy írásban, ideális esetben mindkét módon:

- Miért van szükség a HIV és egyéb fertőző betegségek szűrővizsgálatára
- Milyen szűrővizsgálatok tartoznak a vizsgálati panelbe, és hogy bármelyik visszautasításának lehetősége adott. A kliensnek meg kell adni a lehetőséget arra, hogy az egyes vagy az összes szűrővizsgálatot visszautasítsa
- Orvosi szempontból a szűrővizsgálat előnyei a kezelés lehetőségeire vonatkozóan
- A szűrővizsgálat eredményének bizalmasan való kezelése, amely senkivel nem osztható meg a kliens jóváhagyása nélkül
- A HIV vagy egyéb szűrővizsgálatok visszautasítása nem befolyásolja a kliens egyéb szolgáltatásokhoz való jogát

- HIV vagy más szűrővizsgálat pozitív eredménye esetén szükség lehet kontaktuskutatásra, amely a kliens partnereinek, illetve olyan személyeknek a felkutatását jelenti, akik a kliens által valamilyen fertőző betegségnek szintén kitétek lehetnek/lehettek. Egyes országokban ez kötelező jellegű is lehet, egy ilyen jogszabály létezéséről tájékoztatni kell a klienst.

Ha egy kliens elutasítja a HIV vagy egyéb fertőzések szűrővizsgálatát, ezt a döntést dokumentálni kell a kórlapon. Néhány helyzetben a szóbeli kommunikáció rögzítése is elfogadható, mint beleegyező nyilatkozat, azonban a fent leírtak szerint a beleegyezést célszerű írott formában rögzíteni.

Az egészségügyi szolgáltatóknak javasolt a HIV és egyéb fertőzések szűrővizsgálata előtt tisztázni az IDU-val, hogy milyen formában szeretné megkapni a vizsgálati eredményeket.

1.2.3 Fertőzések szűrővizsgálata

AZ IDU-k orvosi vizsgálatának mindig tartalmaznia kell a különféle fertőző betegségek önkéntes alapú szűrővizsgálatát. Az, hogy milyen szűrővizsgálatokat kell elvégezni, az olyan körülményektől függ, mint az IDU tünetei, vagy a szerhasználat kezdete. Továbbá az elvégzendő szűrővizsgálatok kiválasztása során figyelembe kell venni az adott kábítószer-fogyasztók körében megfigyelt helyi járványügyi helyzetet. Klinikai jelek és tünetek esetében kiegészítő szűrővizsgálatokra is szükség lehet.

Még a szűrővizsgálat elvégzése előtt biztosítani kell azon fertőzések kezeléséhez való hozzáférést, amelyeket a szolgáltató által kezdeményezett szűrővizsgálat és counselling során diagnosztizáltak. Ehhez hasonlóan, arról is meg kell győződni, hogy adott legyen egy olyan támogató jellegű szociális és jogi háttér, amely által minimalizálhatóak a szűrővizsgálatok lehetséges negatív hatásai, például a diszkrimináció vagy a megbélyegzés. A szolgáltatóknak arról is meg kell bizonyosodnia, hogy működnek azok a szolgálati utak, amelyek az ellátásba illetve közösségi és civil szervezetek támogató szolgáltatásaiba való beutaláshoz szükségesek. Részleteket lásd (2, 44).

1.2.3.1 Az alapvetően javasolt szűrővizsgálatok

Az alapvetően javasolt szűrővizsgálatok a 3. táblázatban kerülnek bemutatásra. Ezen szűrővizsgálatoknak kellene alkotniuk a minden IDU számára felajánlott standard szűrővizsgálati csomagot. Olyan IDU-k ismételt szűrővizsgálatát is minden esetben figyelembe kell venni, akiket korábban már diagnosztizáltak vagy tudják magukról, hogy HIV, krónikus hepatitis B vagy krónikus hepatitis C fertőzöttek.

3. táblázat. A szolgáltató kezdeményezte rutin orvosi vizsgálat során ajánlott alapvető szűrővizsgálatok:

- Szerológiai tesztek:
 - HIV
 - hepatitis B
 - hepatitis C
 - hepatitis D (krónikus vagy új hepatitis B fertőzés esetén)
 - hepatitis A
 - syphilis
- Egyéb általános vérvizsgálatok
 - ESR (vörösvértestcsülldedés) vagy CRP (C-reaktív protein)
 - haemoglobin
 - fehérvérsejt szám
- Mintavétel tályogból és a bőrfelületi sérülésből tenyésztésre
- Tesztek biokémiai vizsgálathoz
 - ALAT (alanin-aminotranszferáz)
 - ASAT (aszpartát-aminotranszferáz)
 - Bilirubin szint mérése
- Tuberculosis és látens tuberculosis szűrővizsgálata (a kiegészítéseket lásd alább)

Az egyes szűrővizsgálatokhoz tartozó kiegészítések:

HIV fertőzés

A standard HIV szűrővizsgálat céljára a kombinált HIV-1/2 – ellenanyagot kimutató ELISA tesztek használják. A HIV szűrőtesztek negyedik generációja ki tudja mutatni az anti-HIV ellenanyagot és a p24 antigént is. A HIV fertőzés diagnózisa nem alapulhat egyetlen pozitív ELISA vizsgálati eredményen. Ezért a pozitív ELISA vizsgálati eredményt mindig meg kell erősíteni egy – ugyanazon a vérmintán elvégzett - Western blot vizsgálattal, ezt követően újból vérmintát kell venni és ismételt el kell végezni az ELISA vizsgálatot is⁴.

A vírus ablakperiódus alatt történő detektálása is lehetséges a NAAT (nukleinsav amplifikációs teszt) tesztek által, ilyen például a PCR (polimeráz láncreakció), de erre normális esetben nincs szükség. A modern HIV tesztek magas specifitással és szenzitivitással⁵ rendelkeznek, továbbá az ablakperiódus (a HIV-vel való megfertőződés után eltelt időszak, amikor még nem lehet kimutatni a HIV vírusát) általában nem több mint 1-2 hét.

⁴ Szerk. megjegyzése: hazai szakirodalomban lásd.: Mikrobiológiai Körlevél 2008. VIII. évf. 4. szám.

⁵ Szerk. megjegyzése: egy szűrővizsgálat szenzitív, ha korrekten azonosítja a valóban pozitív eseteket, minél kevesebb az álnegatív szűrési eredmény, annál szenzitívebb a vizsgálati módszer. Egy szűrővizsgálat specifikus, ha a nem beteg személyeket azonosítja korrekten, minél kevesebb az álpozitív szűrési eredmény, annál specifikusabb egy vizsgálati módszer.

A HIV gyorstesztetek szinte minden országban elérhetőek. Ezekre a tesztekre gyakran mint POCT (point of care testing)⁶ hivatkoznak. Ezen teszteknek az az előnye, hogy néhány percen belül eredményt adnak nyálból vagy ujjbegyből vett minta alapján. Azonban ezen tesztek szenzitivitása és specifitása kisebb, mint a forgalomban lévő 4. generációs ELISA teszteké. Amennyiben ilyen gyorsteszteteket használnak, mindenképpen szükséges a pozitív eredményeket szerológiai vizsgálattal is megerősíteni.

Mikor utaljuk be? A megerősített HIV pozitív IDU-kat be kell utalni egy szakklinikára. A szolgáltatóknak meg kell beszélnie a szakorvossal, hogy a kliens 1-2 héttel azután, hogy megkapja a szűrővizsgálat eredményét, időpontot kapjon egy betegfelvételi konzultációra.

Hepatitis A

Hepatitis A szerológiai vizsgálat során ki lehet mutatni:

- Hepatitis A IgG ellenanyag (anti-HAV IgG)
- Hepatitis A IgM ellenanyag (anti-HAV IgM) – csak akut fertőzéseknél

Az IgM ellenanyag a fertőzés során hamar megjelenik a vérben és a sárgaság kezdete utáni 1.-2. hétben éri el a legmagasabb koncentrációját. Majd a következő hetekben az IgM koncentrációja csökken, amelyet a IgG ellenanyag koncentrációjának növekedése követ, amely élethosszig tartó védettséget ad. Ebből következően az akut fertőzés jelzője az anti-HAV IgM, míg az anti-HAV IgG az átvészeltségre utal. Az anti-HAV IgG jelenléte utalhat hepatitis A védőoltásra is. Az anti-HAV IgM használata csak akut hepatitis gyanúja esetén javasolt.

Hepatitis B

A diagnózis és fertőzés stádiuma a szerológiai profil alapján határozható meg.

A következő tesztek tartoznak bele a hepatitis B tesztek paneljébe:

- Hepatitis B felületi antigén (HBsAg)
- Hepatitis B felületi antigén ellen termelt ellenanyag (anti-HBs)
- Hepatitis B mag (core) antigén ellen termelt ellenanyag (anti-HBc total IgM+IgG)
- Hepatitis B mag (core) antigén ellen termelt IgM ellenanyag (anti-HBc IgM)

Az eredmények interpretálása néha nehéz lehet és meghaladja ezen útmutató határait. A szűrővizsgálatok eredményeiről érdemes egy hepatológussal konzultálni. Az ablak periódus általában 4- 6 hónap.

Mikor utaljuk be? Az IDU-kat, akiket akut vagy krónikus hepatitis B-vel (HBsAg pozitív > 6 hónap) diagnosztizáltak, hepatológiai szakrendelésre kell beutalni. A májfunkciós vizsgálatokat mindenképpen el kell végezni ahhoz, hogy meg lehessen állapítani a gyógyszeres kezelés szükségességét.

Hepatitis C

A standard hepatitis C szűrővizsgálati módszer a Hepatitis C ellenanyag (anti-HCV) ELISA teszt. A pozitív eredményt meg kell erősíteni egy nukleinsav amplifikációs teszttel (PCR-teszttel) illetve ha ez negatív, akkor egy rekombinált immunoblot analízissel (RIBA). Egy pozitív ellenanyag vizsgálati eredmény önmagában csak arra ad választ, hogy a kliens volt – e valaha hepatitis C fertőzött, de arra nem, hogy még mindig vírushordozó-e. Az ablak periódus 4 – 6 hónapig tart.

⁶ Szerk. megjegyzése: A Point of Care Testing (POCT) azon vizsgálatokat jelenti, amelyek nem a klinikai laboratóriumban történnek, de ugyanazon szabályok szerint. A szűrővizsgálatot közel vagy ott végzik el, ahol a kliens ellátása folyik. (forrás: http://www.mldt.hu/upload/labor/document/labor_medicina/w_bigler_cikk.htm)

Mikor utaljuk be? Minden IDU-n, aki HCV ellenanyag és PCR pozitív újra el kell végezni a szűrővizsgálatot 3-6 hónap elteltével, és ha az újabb szűrővizsgálat is pozitív, akkor a klienseket interferon terápiára kell javasolni. A májfunkciós vizsgálatokat szintén el kell végezni ahhoz, hogy megállapítható legyen a gyógyszeres kezelés szükségessége.

A hepatitis C kezelésre vonatkozóan léteznek mind nemzeti mind európai szintű terápiais útmutatók (45). Fontos megjegyezni, hogy bár több kézikönyv a virális kezeléssel kizárja az aktív, illetve szubsztitúciós kezelésben résztvevő IDU-kat, a kutatási eredmények azt mutatják, hogy az IDU-kat is lehet sikeresen kezelni, illetve körükben az újrafertőződést megelőzni (45, 46).

Hepatitis D

A Hepatitis D előfordulásával olyan egyéneknél kell számolni, akik HBsAg pozitívak és akiknél igazolt, hogy nemrég fertőződtek meg a hepatitis B vírussal. A hepatitis D-vel való felülfertőződés vagy társfertőzés diagnózisa a vírusra vonatkozó szerológiai vizsgálatok után állítható fel (total anti-HDV ellenanyag).

Syphilis

A syphilis diagnosztizálása a fekélyel rendelkező személyeknél a klinikai vizsgálaton és a T.pallidum kimutatásán alapul sötétlátóteres mikroszkóppal, vagy T. Pallidum DNS kimutatással PCR vagy DFA-TP (direkt fluoreszcens antitest vizsgálat) segítségével. A szerológiai vizsgálatok segítik a diagnózis felállítását és alkalmasak a tünetmentes egyének szűrésére is. A syphilis szerológiai vizsgálatok egyik alapelve, hogy ha a szűrővizsgálat pozitív eredménnyel zárul, azt meg kell erősíteni egy újabb vizsgálattal.

A syphilisnél az immunválasz során speciális treponemalis antitestek és nem speciális antitestek is termelődnek, számos szerológiai vizsgálat áll rendelkezésre mindkettő kimutatására. A módszerek kombinálásával kimutathatók a korai fertőzések, vagy olyan fertőzések, amelyeket korábban akviráltak, és vagy megfelelően kezelték őket, vagy kezeletlenek maradtak. A szerológiai vizsgálati eredmény egy olyan személynél is pozitív lehet egész élete során, aki syphilises volt és utána a betegségét megfelelő módon kezelték.

A legtöbb laboratórium ma már ELISA tesztet használ a szűrővizsgálatokhoz. Ezek olyan tesztek, amelyek a T. pallidum specifikus IgG és IgM antitesteket vizsgálják vérből. Egy pozitív eredménnyel zárt ELISA tesztet a következő vizsgálatok egyikével lehet megerősíteni:

- TPHA-teszt (Treponema Pallidum Haemagglutinációs teszt) vagy magasabb specificitással és szenzitivitással rendelkező módosított változata, a TPPA –test (Treponema Pallidum Rézecske Agglutinációs teszt), mindkettő alkalmas a T. Pallidum specifikus antitestek kimutatására és magas specificitásuk, illetve szenzitivitásuk miatt használható szűrővizsgálatok és megerősítő vizsgálatok elvégzésére is, illetve a megfelelő terápia során az antitestszint változás monitorozására.

Emellett a szolgáltatók gyakran használják még a következő teszteket:

- VDRL-teszt (Venereal Disease Research Laboratory teszt, nem specifikus antitestek kimutatására alkalmas, az immunreakció nagysága detektálható vele)
- RPR-teszt (Rapid Plasma Reagin teszt, nem specifikus antitestek kimutatására alkalmas), amivel az immunreakció nagysága detektálható
- FTA-abs - teszt (Fluorescent Treponemal Antibody Absorption teszt), amely régebben a syphilis szerológiai vizsgálatok „gold standardja” volt, mára azonban felváltotta az immunoblot módszer, és ma már inkább csak eltérő eredmények megerősítő vizsgálatához alkalmazzák

Az IDU-kat, mint az egyik szexuális úton terjedő fertőzések szempontjából legmagasabb kockázatnak kitett csoportot, szükséges szűrni 1) EIA módszerekkel, amelyek korán, a fertőzést követő 10-14 napban ki tudják mutatni a specifikus antitesteket, továbbá alkalmasak a tünetmentes kliensek szűrésére 2) ezzel egyenértékű módszerekkel, mint a TPHA/ TPPA (szintén alkalmasak a specifikus antitestek mennyiségi meghatározására) , amelyek megerősítő módszerek is egyben. Az RPR/ VDRL nem specifikus módszerek alkalmazása (amelyek egyébként ideális szűrési módszerek) az IDU-k esetében megkérdőjelezhető, a lehetséges HIV társfertőzés miatt.

A syphilisre vonatkozó szerológiai tesztek interpretációja néha nehéz lehet és ennek a kiadványnak nem feladata azt bemutatni. A vizsgálati eredményekkel kapcsolatos bizonytalanság esetén érdemes konzultálni egy venerológussal, vagy egy mikrobiológussal és továbbküldeni a klienst a területileg illetékes bőr-és nemibeteg gondozóba.

Mintavétel tenyésztésre tályogokból és sebekből

Bakteriológiai tenyésztés céljából mintát kell venni a szövetből vagy gennyből, tályogból vagy sebhelyről, majd a mintát laboratóriumba kell küldeni, ahol a bevett eljárásokat alkalmazva feldolgozzák a mintát. A transzport médiumot minden helyzetben használni kell. A tályogból vett mintából anaerob módon kell tenyészteni a baktériumokat, ezt világosan jelölni kell a vizsgálatkérő lapon. Az anaerob tenyésztéshez biopsia, vagy aspirációs tű segítségével ajánlott mintát venni, az anaerob tenyésztéshez a kenet nem javasolt. Általánosságban azt mondhatjuk, hogy a mintákat nem javasolt 24 óránál tovább tárolni. Az anaerob tenyésztéshez levett mintákat szobahőmérsékleten kell tartani, egyéb minták esetében pedig a 4 °C ajánlott.

Tesztek biokémiai vizsgálatokhoz

A májfunkció károsodásának vizsgálatához a következő, opcionális májfunkciós vizsgálatok ajánlottak:

- ALAT (alanin-aminotranszferáz)
- ASAT (aszpartát-aminotranszferáz)
- Bilirubinszint mérése

Az ALAT egy olyan enzim, amely többek között a hepatocitákban (májsejtek) is jelen van, aktivitása jelentősen megnő akut májkárosodás – például vírusos hepatitis – esetében. Az ASAT hasonlóan az ALAT-hoz egy enzim, amely a parenchymás sejtekben található meg (hepatociták, szívizomsejtek, harántcsíkolt izomsejtek). Az ASAT aktivitása is megnő akut májkárosodás esetén, azonban aktivitásának emelkedése nem specifikus a májra. Az ASAT és az ALAT aránya hasznos lehet a májkárosodás okainak differenciáldiagnózisához. A bilirubin a haemoglobin lebomlásából származó termék. A totál vagy direkt szérumbilirubin szint mérése arra szolgál, hogy kiszűrjék vagy monitorozzák a máj vagy epehólyag betegségeit.

Tuberculosis szűrővizsgálata

Az inaktív vagy aktív tuberculosis szűrővizsgálati módszerek alkalmazása függ az ország vagy a régió járványügyi helyzetétől, az IDU-k körében pedig a HIV társfertőzéstől. Továbbá a szűrővizsgálati módszer kiválasztása függ még attól is, hogy a tuberculosisnak milyen tünetei jelennek meg a kliensen. Ideális esetben az IDU-kat aktív tuberculosisra vagy inaktív TBC fertőzésre kellene megszűrni.

A következő módszerek alkalmazása javasolt minden európai országban és olyan IDU-k körében, akiken a tuberculosis tünetei, jelei mutatkoznak⁷.

A köpet mikroszkópos vizsgálata

Köpetet mikroszkópos vizsgálat céljából minden olyan IDU-tól venni kell, akinél felmerül a pulmonális TBC gyanúja. Bármely, a betegségre gyanús szövetből, szervből vett minta alkalmas a mikrobiológiai diagnózis megerősítésére az *M. tuberculosis* tenyésztésének segítségével, vagy megfelelő laboratóriumi körülmények között a mintából az *M. tuberculosis* DNS-ének bizonyos szekvenciáit lehet azonosítani. Sok helyen azonban a szűkös anyagi források miatt, nincs lehetőség sem a tenyésztésre sem a rapid amplifikációs tesztekre. Ilyenkor, a TBC diagnózisa megerősíthető a saválló bacillus (*M. tuberculosis*) jelenlétével a köpetben. A köpet ismételt mikroszkópos vizsgálata az aktív esetek közel két-harmadában diagnosztizálja a pulmonális TBC-t. Olyan helyeken, ahol magas a TBC prevalenciája, szinte minden klinikai megjelenési formában, a saválló bacillus mikroszkópos vizsgálata magas specificitású a *M. tuberculosis* komplexumra.

Megvizsgálták azt, hogy hány köpetminta szükséges ahhoz, hogy pontos diagnózist lehessen felállítani. Az első mintában a kliensek 83-87%-nál detektálták a saválló baktériumot, a második mintánál további 10-12% adott pozitív eredményt, míg a harmadik mintánál további 3-5%-nál mutattak ki pozitivitást. Ennek alapján a WHO két köpet mikroszkópos vizsgálatát javasolja (korábban ez három volt)⁸. Mivel a saválló baktérium kimutathatósága a kora reggel vett mintákban a legjobb, a WHO azt is javasolja, hogy legalább az egyik mintát kora reggel kell levenni.

A köpet begyűjtése során kerülhetnek fertőző nyálcseppek a levegőbe, ha a kliensnek kezeletlen pulmonális TBC-je van. Ezért a köpetgyűjtést olyan helyen kell megszervezni, ahol jó a szellőzés, vagy ha ez nem megoldható, akkor az épületen kívül. A köpetmintákat javasolt egyből a levétel után mikroszkóposan megvizsgálni, vagy legfeljebb 5-7 napon belül.

Tenyésztés

A köpet mikroszkópos vizsgálata az elsőként ajánlott vizsgálat a diagnózis felállításához, azonban ahol megfelelő, minőség-biztosított laboratórium áll rendelkezésre, a páciensek vizsgálatához szükséges a tenyésztés is. A tenyésztés további költségeket von maga után és egy bonyolultabb eljárást igényel, azonban nagyban növeli a diagnózis specificitását és szenzitivitását, ezzel biztosítva a jobb esetfelismerést. Lehet, hogy a tenyésztés eredményei nem érkeznek meg addigra, mire a kezelés megkezdéséről szóló döntés megszületik, azonban a kezelést ezután is meg lehet szakítani, feltéve, hogy a tenyésztés eredménye negatív, a kliens nem reagál a kezelésre és a klinikus más diagnózisra utaló bizonyítékokkal is rendelkezik.

Tüdő röntgen

Mivel a röntgenképen kirajzolódó tüdő mintázatok egyike sem jellemző kizárólagos módon a pulmonális TBC-re, a negatív köpet alapján diagnosztizált TBC-t mindig fenntartással kell fogadni, amihez további klinikai és epidemiológiai információk is szükségesek, például a széles spektrumú antibiotikum kúrara való rezisztencia, vagy egyéb más betegségek kizárása. A diagnózis felállításához nem lehet csak a tüdő röntgenre hagyatkozni, mert az vagy több TBC-s megbetegedés diagnosztizálásához vezet, vagy a TBC és egyéb betegségek

⁷ Mindezelőtt az IDU-nak ki kell töltenie egy kérdőívet, és részt kell vennie egy klinikai vizsgálaton a jelek és tünetek azonosítása céljából.

⁸ 2007 júniusában a TBC gyanús kliensek körében a javasolt mintavizsgálatok számának csökkenését háromról kettőre a WHO javasolta, amelyet a Strategic Technical and Advisory Group for Tuberculosis (Tuberkulózis Stratégiai Technikai Tanácsadó Csoport) is támogatott.

diagnosztizálásának elmaradásához. A röntgen vizsgálat azonban kiemelten hasznos olyan esetekben, amikor - egy komplex megközelítés részeként - olyan klienseknél használják azt, ahol a tünetek és eredmények TBC-re utalnak, azonban a köpet mikroszkópos vizsgálata negatív. A tüdőrontgen pulmonális TBC diagnosztizálásához való felhasználását veszélyezteti még a rossz film minőség, az alacsony specificitás és a röntgenkép helytelen interpretációja.

A HIV fertőzés csökkenti a tüdőrontgen megbízhatóságát a pulmonális TBC diagnosztizálásánál, mivel ilyen esetben a betegség megjelenése gyakorta atípusos. Továbbá, egy tüdő röntgenfelvétele normális lehet olyan HIV-fertőzött páciensnél is, akiknek a köpet tenyésztete TBC pozitív eredményt adott (az esetek 14%-nál megfigyelt jelenség). A tüdőrontgen továbbra is fontos kiegészítője marad a HIV fertőzött személyek pulmonális TBC diagnózisának felállításában, ha a kenet vizsgálata negatív eredményt hozott.

A röntgenátvilágítás eredményei nem elfogadottak, mint a pulmonális TBC dokumentált bizonyítékai.

A köpet mikroszkópos vizsgálata és a tenyésztés jártasságot és tapasztalatot igényel attól az egészségügyi szolgáltatótól, aki azt elvégzi. Ha azok az egészségügyi szolgáltatók, akik elvégzik az IDU-k fertőző betegségekre vonatkozó orvosi vizsgálatát, szűrővizsgálatát és counselling-jét, nem felkészültek erre, vagy a szükséges biztonsági óvintézkedések nem biztosítottak, a tuberculosis szűrővizsgálatát ki kell venni az alapvető szűrővizsgálatok listájáról, és az IDU-kat kompetens egészségügyi intézményekbe kell beutalni annak céljából.

Azoknál az IDU-knál, ahol nincsenek tuberculosisra utaló jelek vagy tünetek, elég ha csak az inaktív tuberculosisot szűrik. A tünetmentes IDU-k inaktív tuberculosisra való szűrővizsgálata a következő módszerekkel valósulhat meg:

A tuberkulin bőrteszt (tuberculin skin test - TST)

Ezt a bőrtesztet hagyományosan arra használták, hogy a *Mycobacterium tuberculosis* okozta tünet nélkül lejátszódó fertőzést diagnosztizálják. A bőrtesztnek azonban számos korláta van, többek között alacsony a specificitása, amelyet a BCG oltás antigénjeivel illetve az egyéb nem tuberculosisot okozó mycobaktériummal való keresztreakció okoz. Ezenfelül, az IDU-k körében gyakrabban előfordul a fals-negatív TST eredmény, mivel ebben a populációban magas azoknak az aránya, akiknél az allergiás reakciók kevésbé kifejezettek. Ez a jelenség a HIV-pozitív IDU-kra a legjellemzőbb. Ezért kevesebb figyelmet kell szentelni a TST eredményeknek olyan IDU-k körében ahol magas a HIV prevalencia, és többet a tuberculosis kialakulása kockázatának, illetve az arra utaló jeleknek és tüneteknek.

Vérvizsgálatok

Az IGRA tesztek (IFN-gamma Release Assay) ajánlották az utóbbi években a TST alternatívájaként. A keresztreakciók miatti fals-pozitív eredmények előfordulási lehetősége jóval alacsonyabb az IGRA tesztek esetében, mint a TST-nél. Továbbá ezzel a teszttel az IDU-k esetében könnyebb diagnosztizálni az inaktív tuberculosisot, mint a hagyományos TST-vel (48). Azonban, az IGRA-nak is korlátozott a használhatósága a magas TBC és HIV prevalenciával rendelkező területeken.

Mikor utaljuk be? Olyan IDU-kat, akiknek aktív pulmonális tuberculosisra utaló jelei vagy tünetei vannak, vagy pozitív bakteriológiai eredménnyel rendelkeznek (köpet mikroszkópos vizsgálata vagy tenyésztés) vagy a röntgen eredményük egybecseng a gyanított tuberculosis betegséggel, azonnal be kell utalni a területileg illetékes tüdőgondozóba.

Az olyan tünetmentes IDU-kat, akiknek pozitív a TST vagy IGRA tesztjük, és akiknél a tuberculosis betegség kizárásra került, érdemes a tuberculosis megelőzendő prevenció

terápiára elküldeni. A csökkent allergiás reakciókkal rendelkező HIV pozitív személyek számára, akik egy magas TBC prevalenciával rendelkező populációban élnek, szintén javasolt a prevenció terápia és emiatt egy szakorvoshoz történő irányítás.

1.2.3.2 További ajánlott szűrővizsgálatok

A javasolt alapvető szűrővizsgálatok mellett más, vér útján és szexuális úton terjedő fertőzések szűrővizsgálata is indokolt lehet, amely függ a helyi járványügyi helyzettől és az IDU egyéni körülményeitől. Ezeket a szűrővizsgálatokat mindkét nem esetében javasolt elvégezni IDU-knál, amennyiben prostitúcióról számolnak be. A tanulmányok azt mutatják, hogy egy szexuális úton terjedő fertőzés jelenléte megkönnyíti a HIV vírussal történő megfertőződést (49).

4. táblázat. A szolgáltató által kezdeményezett orvosi vizsgálat során elvégezhető további javasolt szűrővizsgálatok

- HTLV fertőzések vizsgálata
- Kenet vagy vizeletvizsgálat a genitális chlamydia fertőzések kimutatására
- Kenet vagy vizeletvizsgálat a gonorrhoea kimutatására

A szűrővizsgálatokhoz tartozó kiegészítések:

Genitális chlamydia fertőzések

A tünetmentes chlamydia fertőzések gyakoriak mind a férfiak és mind a nők között, a fertőzések detektálásához az egészségügyi szolgáltatóknak gyakran kell a szűrővizsgálatok eredményeire támaszkodniuk. A *Chlamydia trachomatis* kimutatására irányuló nukleinsav amplifikációs tesztek (NAAT) jelenleg a genitális chlamydia fertőzések szempontjából leginkább preferált és széles körben alkalmazott tesztek. Ezen tesztek előnye, hogy általánosságban véve jóval magasabb specifitással és szenzitivitással rendelkeznek, mint a hagyományos tenyésztési eljárás, és ezért jóval több pozitív mintát tudnak detektálni. A NAAT-hoz használható javasolt mintavételi eljárás a férfiak esetében az első vizelet, míg a nőknél a vaginanyílásból vett kenet vagy a vizelet.

Gonorrhoea

A húgycsőgyulladás tüneteivel jelentkező IDU-nál mintát kell venni mikroszkópos vizsgálat céljára a fertőzött területről – például a méhnyak, húgycső, a pénisz makkja, végbélnyílás, garat. Ezt a mintát tenyésztési is el kell küldeni, illetve tenyésztéskor el kell végezni az antibiotikum rezisztencia vizsgálatokat is. A nukleinsav amplifikációs tesztek (NAAT), mint a PCR, alkalmazható keneteken, illetve a női és férfi vizelet mintákon is. Néhány NAAT esetében keresztreakciók léphetnek fel a nem gonorrhoea-t okozó *Neisseria* törzsekkel és a hozzájuk hasonló organizmusokkal, amelyek általában a garatban találhatóak.

Mivel nagyon sok gonorrhoeás fertőzés tünetes, a gonorrhoea tünetmentes egyénekben való szűrővizsgálata csak ritkán indikált. Ha az IDU-k körében megfigyelt helyi járványügyi helyzet (pl.: gonorrhoea járvány egy közösségben) megkívánná a tünetmentes egyének szűrését, nőknél méhnyakról vett minta, a férfiaknál húgycső kenet levétele és tenyésztése javasolt. Alternatív megoldásként, amennyiben elérhető, a vizeletminták NAAT vizsgálata javasolt.

HTLV-fertőzések

A HTLV fertőzések diagnosztizálásához alkalmazni kell a kombinált HTLV-1/HTLV-II antitest ELISA- tesztet, amelyet a Western blot módszerrel lehet megerősíteni, amellyel eldönthető, hogy egy HTLV-I vagy HTLV-II vírusról van szó, az utóbbi gyakran fellelhető az IDU-k körében.

1.2.4 A szűrővizsgálatot követő counselling

A szűrővizsgálatot követő counselling fontos és elemi része a szűrés folyamatának. Minden kliensnek részt kell vennie counsellingen a vizsgálati eredmények átadása után, függetlenül attól, hogy milyen eredmény született. Az eredményeket személyesen adja át az egészségügyi dolgozó vagy egy másik, erre kiképzett munkatárs. Ideális, ha az az egészségügyi dolgozó közli az eredményt, aki a szűrővizsgálatot és a counsellinget kezdeményezte. Ha a kliens nem jelenik meg ezen a konzultációs alkalmon, az egészségügyi dolgozónak meg kell tennie mindent annak érdekében, hogy a vizsgálati eredményeket a kliens bizalmasan kapja meg és megértse azok jelentését. Minden lehetséges csatornát meg kell próbálni a klienssel való kapcsolatba kerülés céljából, beleértve ebbe a szociális szolgáltatásokat is. A vizsgálati eredményt nem lehet átadni egy harmadik személy által, legyen az rokon, vagy klinikai dolgozó, csak abban az esetben, ha ebbe az IDU egyértelműen beleegyezett.

A vizsgálati eredményekről szóló írott információt soha nem szabad elküldeni annak a vizsgált kliensnek, aki nem jött el az eredményeiért. A kliensnek van joga úgy dönteni, hogy nem akarja tudni az eredményeket.

A szűrővizsgálatot követő counsellingnél a pozitív eredményekre kell a hangsúlyt fektetni. Különösképp egy HIV pozitív szűrővizsgálat esetén kell figyelmet fordítani arra, hogy a kliens megfelelő pszichoszociális támogatást kapjon ahhoz, hogy a vizsgálati eredmény érzelmi hatásaival meg tudjon küzdeni. A szűrővizsgálat utáni counsellingnek a következő elemei vannak:

- Meg kell arról bizonyosodni, hogy a kliens érti az eredményeket
- Meg kell arról bizonyosodni, hogy a hepatitis, syphilis vagy tuberculosis esetében a kliens érti azt, hogy mi a különbség az akut fertőzés, a krónikus fertőzés, és a múltbeli fertőzés között. Megértette-e a betegség hosszú távú következményeit, illetve azt, hogy a fertőzést továbbadhatja-e
- Be kell neki mutatni, milyen utánkövető szolgáltatások érhetők el az egészségügyi szolgáltatóknál és közösségi szinten, különösképp ki kell emelni a kezelési, gondozási, és támogató szolgáltatásokat – amibe beletartoznak a civil támogató szervezetek
- El kell magyarázni részletesen, hogyan előzheti meg a különböző diagnosztizált fertőző betegségek továbbadását
- Egyéb, a vizsgálati eredményekhez köthető egészségügyi kérdésekkel kapcsolatos információval is el kell látni, például a helyes táplálkozásról
- Bátorítani kell, illetve fel kell ajánlani a szűrővizsgálatokat és a counsellinget a kliens közelmúltbeli szexuális partnereinek és ha releváns, akkor a családtagoknak is. Amennyiben lehetséges, a szűrővizsgálat után következő folyamatban a kliensnek fel kell ajánlani a segítséget a tekintetben, hogy hogyan közölje másokkal fertőzöttségét, illetve a párban történő tanácsadás lehetőségét. A partnerek és gyermekek szűrővizsgálata, kezelése és oltása is szükséges lehet

- Bizonyos fertőzésekkel kapcsolatban (például: HIV fertőzés, hepatitis B) informálni kell a klienst az expozíció utáni megelőzési lehetőségekről (post expozíciós prophylaxis - PEP)
- Meg kell tervezni az utánkövetést, és a különböző egészségügyi szolgáltatókhoz és szakklinikákra való beutalásokat (rövid időn belül kell a szolgáltatókkal ez ügyben egyeztetni, hogy a kliens hamar időpontot kaphasson)
- Nagyvonalakban ellenőrizni kell, hogy a kliens megértette-e az átadott információt ezért meg kell őt kérni arra, hogy ismételje el az átbeszélte főbb pontokat
- Adni kell a kliensnek egy átlátható, írott (előre elkészített) emlékeztetőt, amely összefoglalja a főbb pontokat és a kapcsolódó elérhetőségeket, illetve jelezni kell felé, hogy újra felkeresheti Önt (az egészségügyi szolgáltatót), amennyiben további kérdései vagy kétségei vannak.

Azon egyéneknek, akiknek negatív lett a vizsgálati eredményük, szintén el kell mondani, hogy hogyan csökkenthetik a kockázatokat, és hogyan változtathatják meg a viselkedésüket, illetve a HIV fertőzésnek való kitettség utáni megelőzésről (PEP) is szót kell ejteni. Egy ismételt HIV szűrővizsgálat elvégzését is mérlegelni kell, hiszen lehet, hogy az egyén még az ablak periódusban volt az előző szűrővizsgálat ideje alatt. Egy ismételt HIV szűrővizsgálatot az expozíció utáni 3 hónapban érdemes elvégezni.

1.2.5. Prevenziós counselling

A vizsgálat és a szűrővizsgálat folyamata során a klienst személyesen informálni kell arról, hogy hogyan tudja csökkenteni annak kockázatát, hogy kábítószer-fogyasztással összefüggő fertőző betegségeket vagy szexuális úton terjedő betegségeket akviráljon. Ezeket az ismereteket ideális esetben azon az utánkövető alkalmon kell átadni, amikor a vizsgálati eredményeket is közlik a klienssel. Azonban néhány IDU nem fog eljönni erre az alkalomra ezért az információ, vagy legalább egy része, célszerű, ha már a szűrővizsgálat előtti konzultáción átadásra kerül. A kliens központú prevenziós counselling fontos része, hogy a kockázatcsökkentésről szóló konzultáció a kliens egyéni helyzetére legyen szabva.

A kábítószer-fogyasztás csökkentése vagy abbahagyása az egyik legbiztosabb módja a kábítószer-fogyasztással összefüggő fertőző betegségek megelőzésének. Azonban ez a cél nem mindig érhető el, ezért kell a counselling során információt nyújtani arról, hogy hogyan csökkenthető a fertőzések akvirálásának kockázata (5. táblázat).

5. táblázat A vér útján terjedő fertőzések és a bakteriális fertőzések megelőzésével kapcsolatos információk az injektló szerfogyasztók számára

- Mindig használjon új (steril) tűt és fecskendőt minden egyes alkalommal, amikor injektál. A tű és a fecskendő nem többszöri használatra lett tervezve
- Soha ne használja közösen valakivel ugyanazt a tűt, fecskendőt, vizet, főzőedényt, szűrőt, vattát
- Soha ne használja újra ugyanazt a tűt, fecskendőt, vizet, főzőedényt, szűrőt, vattát
- Ha néha rá van kényszerítve arra, hogy újrahasználja, vagy megossza mással a tűt és/ vagy fecskendőt, tisztítsa meg alaposan minden egyes alkalommal a következő módokon:
 - 1) Mossa át a tűt és fecskendőt (kétszer) hideg folyó csapvízzel, hogy eltávolítsa a vért, véralvadékat, és az egyéb testváladékokat
 - 2) Fertőtlenítse fehérítőszerrel (kétszer): a kereskedelmi forgalomban kapható hígítatlan háztartási fehérítőszerben történő 30 másodperces áztatás a legjobb módszere az életképes HIV-1 vírus megsemmisítésének (50).
 - 3) Öblítse át újra folyó csapvízzel (kétszer), hogy eltávolítsa a fehérítőszert vagy
 - 4) Főzze vízben a tűt és a fecskendőt 10 percig miután először azt alaposan kitisztította folyó csapvízzel
- Ha újrahasználja a főzőedényt, tisztítsa ki minden alkalommal úgy, hogy 10 percig forral benne vizet, vagy törölje át izopropil-alkoholt tartalmazó fertőtlenítőszerrel (alkohol készítmény/ kendő)
- Használjon tiszta vizet az injektlás előkészítésénél, úgy hogy:
 - Főzze a vizet 5 percig egy tiszta edényben
 - Használjon hideg folyó csapvizet
 - Használjon egy újonnan kinyitott üveges ásványvizet, vagy szénsavas szódát
- Növelje az injektlás biztonságát a következőképpen:
 - Mossa meg a kezét injektlás előtt és után (főleg, ha másoknak is segít)
 - Ha lehetséges, forralja fel a kábítószert
 - Tisztítsa meg a bőrt injektlás előtt alkohollal, vagy bármilyen fertőtlenítő oldattal
 - Kerülje el a veszélyes helyekre való injektlást, például nyak és ágyék
 - Kerülje a bőr alá és az izmok közé való injektlást
 - Tisztítson meg minden használt eszközt fertőtlenítőszerrel, beleértve az asztal felületét is
- Vegye igénybe (ha elérhető) a következő kezelő és ártalomcsökkentő szolgáltatásokat:
 - Tűcsere programok és más steril injektló eszközöket biztosító források (pl.: gyógyszerár) - kérjen elegendő eszközt, hogy elkerülje az újrahasználást
 - Gyógyszeres rehabilitáció vagy szubsztitúciós programok (például metadon programok vagy egyéb kezelőhelyek)
 - Orvosilag felügyelt injektló helységek
- Próbálja csökkenteni vagy abbahagyni a kábítószer-fogyasztást. Az injektlás helyett alkalmazzon más beviteli módokat, mint az elszívás, vagy a szippantás, és ha lehetséges csökkentse az injektlás gyakoriságát
- Kerülje a védekezés nélküli szexet – mindig használjon óvszert – és kerülje, vagy csökkentse az egyszerre több partnerrel folytatott szexuális életet
- Fejlessze a saját személyes higiéniáját, ez alatt értendő például a szájhigiéncia is

A szolgáltatónak tisztában kell lennie a helyi közösségben elérhető szolgáltatásokkal. A konzultáció során a kliensnek át kell adni minden elérhető, megelőzésre vonatkozó írott anyagot (mappák, szóróanyagok, füzetek).

1.2.6 Védőoltás

Ha elérhetőek a kábítószer-fogyasztással összefüggő fertőző betegségek elleni védőoltások, akkor azokat fel kell ajánlani a klienseknek. Hogy mely oltásokat ajánljuk fel, többek között függ az adott ország védőoltási programjától (amely tartalmazhat kifejezetten az IDU-kra vonatkozó programokat is), a kliens dokumentált, előzőleg már beadott védőoltásaitól, illetve az első konzultáció során kiderült vizsgálati eredményektől. Az önbevalláson alapuló védőoltások megléte sokszor nem megbízható információ és a felajánlandó oltások listáját nem szabad a kliens önbevallására építve összeállítani. A további, vagy emlékeztető oltások beadásának tervét mindig egyeztetni kell a klienssel is. Az IDU-k számára kifejezetten ajánlott védőoltások a 6. táblázatban kerülnek bemutatásra.

6. táblázat. Ajánlott védőoltások az IDU-k számára

- Hepatitis A + B kombinált védőoltás (vagy külön hepatitis A és hepatitis B védőoltás)
- Diphtheria/ tetanus védőoltás (5-10 évente)
- Influenzaoltás (szezonálisan)
- Pneumococcusos oltás (különösképp, ha a kliens HIV pozitív és idősebb 50 évnél)

A hepatitis A+B kombinált oltás vagy külön a hepatitis B oltás beadható 3 dózisban, a 0. az 1. majd a 6. hónapban vagy 4 dózisban a 0., 7., és a 21. napon majd egy emlékeztető oltás történik a 12. hónapban. A védőoltásra nem vagy csak mérsékeltén reagálók aránya magasabb a kábítószer-fogyasztók körében, mint az általános népességben, kiváltképp akkor, ha valaki HIV fertőzött. Ezért ajánlott a 3. dózis beadása utáni 1-2 hónapban megvizsgálni a hepatitis B felületi antigén ellen termelődő ellenanyag szintet (anti-HBs). Ha alacsony az ellenanyag titer, egy további emlékeztető oltásra is szükség lehet.

A tuberculosis elleni BCG oltást is érdemes számba venni attól függően, hogy milyen az adott ország BCG-oltási programja.

A humán papilloma vírus (HPV) elleni oltás a szexuális úton terjedő human papillomavírus egyes törzseit célozza meg, amelyek többek között a méhnyak rák okozói. A HPV elleni védőoltás olyan törzseket tartalmaz, amelyeket röviddel a nemi élet megkezdése után akvirálnak a fiatalok, így a HPV oltást elsősorban olyan korú lányoknak érdemes beadni, akik éppen a nemi élet megkezdése előtt állnak. A HPV oltás alkalmazása javasolt az IDU nők körében, az ország HPV oltóprogramjának tükrében.

Általánosságban véve, az oltások költségétől függően, költséghatékonyabb lehet, ha egy standard oltási csomagot ajánlunk fel az IDU-knak, mint hogy azt a szerológiai eredménytől vagy önbevallástól tegyük függővé, figyelembe véve azt a tényt is, hogy az IDU-k utánkövetése és az ismétlődő oltások terén is nehézségekbe ütközhetünk (51).

A várandósok beoltása általában véve nem javallott.

1.2.7 Utánkövetés, kezelés, betegek

Bármilyen diagnosztizált lokális bőrfertőzést, vagy egyéb kisebb fertőzéseket, tüdőgyulladást vagy a szexuális úton terjedő fertőzéseket (gonorrhoea vagy genitális chlamydia fertőzés) a rutin orvosi vizsgálat során kezelni kell.

Olyan megbetegedés esetén, amely speciális utókezelést és gondozást igényel (mint a HIV fertőzés, tuberculosis, hepatitis, és syphilis) a kliens a területileg illetékes szakellátásba, gondozóba kell utalni (például bőr-és nemibeteg gondozó, tüdőgondozó). A kliens beutalásánál célszerű, ha az egészségügyi dolgozó a kliens jelenlétében egyeztet időpontot a szakorvossal. Ahol lehetséges, az a legcélszerűbb, ha az alap egészségügyi szolgáltatás és a szakellátás fizikailag közel van egymáshoz, és/ vagy kapcsolatban állnak az eset menedzsmént által, így az alap egészségügyi ellátó és a szakorvos (pl. kábítószer probléma kezelése; fertőző betegségek kezelése) egymást folyamatosan és kölcsönösen informálhatja a kliensről.

1.2.8 A vizsgálat és a szűrővizsgálatok gyakorisága

Az IDU-k rutinszerű orvosi vizsgálatának, szűrővizsgálatának és counsellingjének ajánlott gyakorisága számos tényezőtől függ, például a HIV és egyéb fertőzések helyi járványügyi helyzetétől, illetve a rendelkezésre álló humán és anyagi erőforrásoktól. Emellett attól is függ az egyén ismételt vizsgálatának és ismételt szűrővizsgálatának gyakorisága, hogy egyénileg milyen fertőzéssel összefüggő kockázatoknak teszi ki magát. Az olyan személyek esetében, akik folyamatosan intravénásan használnak kábítószereseket vagy folyamatosan magas kockázatú szexuális életet élnek (pl.: prostitúció, homoszexuális többpartneres kapcsolat) ez a kockázat általában nagyon magas (itt meg kell jegyezni, hogy a kliensek néha akarva vagy akaratlanul alulbecsülhetik saját kockázatos magatartásaiknak gyakoriságát), ezért gyakran ismételt vizsgálat és szűrővizsgálat ajánlott, azért hogy csökkenthessük a megfertőződés utáni diagnosztizálatlan állapot időtartamát és így a fertőzés továbbadásának veszélyét is. Gyakorlati okokból, továbbá a fent leírtakat figyelembe véve, ajánlott az IDU-knak 6-12 havonta legalább egyszer felajánlani a vizsgálat és a szűrővizsgálat lehetőségét.

1.2.9 Etikai megfontolások

(lásd még: 1.2.2 A szűrővizsgálatot megelőző counselling, beleegyező nyilatkozat, és az opt-out lehetőség)

A szolgáltatónak meg kell győződnie arról, hogy az IDU megfelelő állapotban (nem áll kábítószer, vagy alkoholos befolyásoltság alatt) van ahhoz, hogy döntéseket hozzon a HIV és egyéb fertőzések szűrővizsgálatára vonatkozóan.

A kliensnek át kell adni a megfelelő információkat ahhoz, hogy kényszerérzet nélkül személyesen és önként dönthessen arról, hogy elfogadja, vagy elutasítja az összes vagy bizonyos felajánlott szűrővizsgálatokat.

A bizalmasságot mindenképp be kell tartani a vizsgálati eredményekre és a vizsgálat alatt nyert információkra vonatkozóan. Ennek azonban nem szabad meggátolnia a szolgáltatót abban, hogy az eredményeket dokumentálja a kliens kórlapján. Javasolt továbbá dokumentálni, hogy a HIV szűrővizsgálat felajánlására sor került, a beleegyező nyilatkozatot, a szűrővizsgálatot megelőző és követő counsellinget és a szűrővizsgálat esetleges elutasításának okait. Ezekhez a kórlapokhoz csak azoknak (további egészségügyi dolgozók) lehet hozzáférést biztosítani, akiknek közvetlen szerepük van a kliens további ellátásában. Az intézetekben adminisztrációval foglalkozó személyzetnek (pl.: börtönben) soha nem szabad hozzáférnie a kliensek egészségügyi kórlapjához.

Az egészségügyi szolgáltató felelőssége annak biztosítása, hogy az IDU-t ne érje semmilyen kellemetlenség, vagy bánat a vizsgálat és a szűrővizsgálat során. Ennek fontos része, hogy a vizsgálat / szűrővizsgálat helyszínét a rendőrség vagy a hatóságok ne tartsák megfigyelés alatt. Ha ez nem valósítható meg, jobb tartózkodni a szolgáltató által kezdeményezett szűrővizsgálattól, és az önkéntes counsellinget és szűrővizsgálatot csak az egyén kérésére javasolt megvalósítani, azonban arról gondoskodni kell, hogy a kliensekben tudatosuljon a szűrővizsgálat és counselling lehetősége.

2 RÉSZ. AZ ÚTMUTATÓ HÁTTERE ÉS KIVITELEZÉSE

2.1 Egyéb útmutatók és az intravénás kábítószer-fogyasztók számára készített külön útmutató szükségessége

A IDU-k HIV szűrővizsgálatra vonatkozó legfőbb útmutatók:

- *Útmutató a szolgáltató által kezdeményezett HIV szűrővizsgálathoz és counsellinghez az egészségügyi intézményekben (WHO/UNAIDS, 2007) (52).*

Ez a kiadvány egy globális szinten alkalmazható, alapvető működési útmutatást nyújt az egészségügyi intézményekben történő szolgáltató által kezdeményezett HIV szűrővizsgálatokra és counsellingre vonatkozóan. A kiadvány egyetért a WHO 2003-as irányelveivel, illetve a 2004-es UNAIDS/ WHO által kiadott HIV szűrővizsgálatra vonatkozó állásfoglalással (54), azonban leszögezi, hogy a veszélyeztetett populációk körében az opt-in megközelítés átgondolásra szorul. Az útmutatóban kihangsúlyozásra kerül az IDU-k tücsere programokban és egyéb ártalomcsökkentő beavatkozások során történő szűrése, amelybe beleértjük a szubsztitúciós kezelésbe való beutalást. Javasolják a magas kockázattal rendelkező személyek 6-12 havonta történő szűrővizsgálatát a járványügyi helyzettől függően. Az útmutatónak azonban nincs külön az IDU-kra vonatkozó fejezete.

- *Útmutató az injektáló szerhasználók által látogatott helyeken végezhető HIV szűrővizsgálathoz és counsellinghez (WHO /UNDOC, 2009) (54)*

Ez a kiadvány alapvető operatív útmutatást nyújt az injektáló szerhasználók által látogatott helyeken elvégezhető HIV szűrővizsgálathoz és counsellinghez. A HIV szűrővizsgálat minden olyan kliensnek javasolt, akik klinikai megjelenése hátterében esetleg egy diagnosztizálatlan HIV fertőződés húzódik, továbbá ajánlott a szűrővizsgálatot az orvosi ellátás standard részeként minden olyan IDU-nak felajánlani, akik az IDU-kat kezelő speciális egészségügyi intézményeket látogatják. A kiadvány az ilyen intézményekben dolgozóknak a HIV szűrővizsgálathoz és counsellinghez való proaktív hozzáállást javasolja. Ebbe beleértendő egy egyszerűsített szűrővizsgálat előtti informálás, amely követi a WHO és UNAIDS irányelveit. Azon személyeknek, akiknek felajánlják a HIV szűrővizsgálat lehetőségét, egyértelműen el kell fogadniuk, vagy el kell utasítaniuk a vizsgálatot, miután megvitatásra kerültek a következő pontok: az elutasításhoz való jog; a HIV szűrővizsgálat és a HIV státusz ismeretének előnyei és kockázata; az elérhető szociális támogatások.

- *Átdolgozott ajánlások a felnőttek, serdülők, és várandós nők egészségügyi ellátásban való HIV szűrővizsgálatára (CDC, 2006) (55)*

Ezen ajánlások célja, hogy növelje a HIV szűrővizsgálatok számát az egészségügyi ellátásban – amelybe beletartoznak a kábítószer-problémát kezelő helyek és a büntetés-végrehajtás egészségügyi szolgálatai is. Ezen ajánlások nem alkalmazhatóak azoknál a megkereső programoknál vagy közösségi központok esetében, amelyek nem rendelkeznek klinikai feltételekkel. Ez az útmutató minden 13-64 éves személy egészségügyi ellátás során történő HIV szűrővizsgálatát javasolja, úgy hogy előtte arról tájékoztatják a klienst, akinek azt jogában áll visszautasítania (opt-out szűrés). Továbbá javasolt a HIV fertőzés szempontjából magas kockázattal rendelkező személyek évenkénti HIV szűrővizsgálata. Ugyanakkor, ellentmondásos módon a kiadvány azt javasolja, hogy külön írásos beleegyezést nem kell kérni a HIV szűrővizsgálathoz, és a

prevenció counselling nem kell, hogy részét alkossa a HIV diagnosztikus szűrővizsgálatának, vagy az egészségügyi ellátásban folyó HIV szűrőprogramoknak. Habár a javaslatok során az IDU-kat kiemelik, mint magas kockázattal rendelkező csoportot, akiknek éves HIV szűrővizsgálata javasolt, a kiadványnak nincs egy, az IDU-k szűrővizsgálatáról szóló különálló fejezete.

- *Irányelvek és programtervezési útmutató az intravénás kábítószer-fogyasztók körében végzett HIV/AIDS prevencióhoz és gondozáshoz (WHO, 2005) (56)*

Ez az útmutató kigyűjti azokat az elveket különböző programokból és stratégiákból, amelyek eddig működőképes válaszokat adtak az IDU-k körében zajló HIV járványra. A dokumentum kihangsúlyozza, hogy a HIV/AIDS és kábítószer-használat témában adható hatékony válaszok kidolgozása és fenntartása komplex feladat, emellett minden társadalom és közösség különböző. Az a mód, ahogyan ezen elvek kifejezésre jutnak egy adott társadalomban, a társadalom sajátosságaitól függ. A kézikönyv segítséget nyújt abban is, hogy azok az elvek, amelyek beváltak a HIV/AIDS és az intravénás kábítószer-használat kezelését illetően, hogyan alkalmazhatóak máshol, mások által. A HIV szűrővizsgálat és counselling a komplex prevenció integráns részeként kerül bemutatásra. Az útmutató a HIV szűrővizsgálat mellett kihangsúlyozza a többi beavatkozás fontosságát is, de kevés részletes információ szól kifejezetten az IDU-k HIV szűrővizsgálatáról.

- *Stratégiai útmutató az intravénás és egyéb kábítószer-fogyasztók számára nyújtott együttes TBC és HIV szolgáltatásokhoz – integrált megközelítés (WHO, 2008) (57)*

A WHO, a UNODC-vel és a UNAIDS-szel együttműködésben, egy szakértői csoporttal történő konzultációt követően publikálta ezt a stratégiai útmutatót az intravénás és egyéb kábítószer-fogyasztók számára nyújtott együttes TBC és HIV szolgáltatásokra vonatkozóan. Ezen útmutató célja, hogy stratégiai szempontból bemutassa, hogyan csökkenthető a tuberculosis és a HIV megbetegedések és halálozások száma a szerfogyasztók és közösségeik körében, és ehhez holisztikus szemléletű illetve egyénközpontú szolgáltatásokat sorol fel.

Emellett, a UNODC/WHO/UNAIDS készített egy speciális kiadványt „HIV szűrővizsgálat és counselling kábítószer-fogyasztók körében”, valamint „HIV szűrővizsgálat és counselling a börtönökben és más zárt közösségekben” címeikkel. Ezek a háttéranyagok, amelyek az alapját képezik majd egy stratégiai állásfoglalásnak a HIV szűrővizsgálattal és counsellinggel kapcsolatosan, egy opt-in megközelítést javasolnak a legnagyobb kockázattal rendelkező populációk HIV szűrővizsgálatát illetően, ismelve a kényszer és a diszkrimináció kockázatát, vagy egyéb más negatív következményeket, illetve a titoktartás megszegését (2,44).

Az IDU-khoz hasonlóan, a homoszexuális férfiak szintén egy magas kockázattal élő csoport a HIV és egyéb szexuális úton terjedő betegségek szempontjából. 2006-ban a CDC publikált egy kiadványt „Útmutató a szexuális úton terjedő betegségek kezeléséhez 2006” címmel (58). Ebben a dokumentumban a gyakori szexuális úton terjedő betegségek rutinszerű laboratóriumi vizsgálatát javasolják minden aktív nemi életet élő homoszexuális férfiak. Függetlenül HIV státuszuktól, ezen szűrővizsgálatok évenkénti elvégzését javasolják esetükben. A homoszexuális férfiakra vonatkozóan hasonló javaslatokat tettek közzé Ausztráliában és Norvégiában is (59). Az Egyesült Királyságban a Brit HIV Társaság (British HIV Association) 2008-ban készítette el a nemzeti útmutatót a HIV szűrővizsgálatra vonatkozóan. Ezen útmutató célja, hogy növelhető legyen az egészségügyi ellátóknál végzett HIV szűrővizsgálatok száma, és így csökkenthető legyen a diagnosztizálatlan HIV fertőzéssel élők száma. Az útmutató hangsúlyozza, hogy a HIV szűrővizsgálat önkéntes

alapú és bizalmasan kezelendő, és hogy az opt-out megközelítés nem minden helyszínen valósítható meg, azonban bizonyos szituációkban támogatandó (60).

AZ IDU-knak sajátos szükségleteik vannak, és sajátos kihívásokkal kell szembenézni szűrővizsgálatuk, gondozásuk és kezelésük során, amely a csoporthoz való sajátos megközelítést követeli meg. Az IDU-k körében végzett szűrővizsgálatok alacsony száma komoly következményeket vonhat maga után több területen is, például a fertőzések transzmissziójának megelőzése, a fertőzöttek korai kezelésbevétele és gondozása, illetve erre a kockázati csoportra vonatkozó surveillance adat minősége szempontjából. Egy hatékony szűrővizsgálatra vonatkozó szemléletnek tartalmaznia kell az alacsonyküszöbű szervezeteknél végzett szűrővizsgálatot, ebbe beleértve a szubsztitúciós kezelést is, továbbá ki kell terjednie a gondozásra és az antiretrovirális kezelésre is. A legtöbb létező, HIV szűrővizsgálatra vonatkozó útmutató nem tér ki eléggé az IDU-k speciális szükségleteire, továbbá egyéb fontos fertőzésekre, amelyek közül a legtöbb (pl.: vírusos hepatitis) magas arányban fordul elő az IDU-k körében. Ezért időszerűnek tűnt kiadni egy külön útmutatót az IDU-k körében történő HIV és más fertőzések szűrővizsgálatára vonatkozóan. Ezen útmutató egyesíti a HIV szűrővizsgálatot egy standard, szolgáltató által kezdeményezett önkéntes és bizalmasan kezelt orvosi vizsgálatba, amelynek további elemei még az egyéb fertőzések szűrővizsgálata, a counselling, és más megelőző tevékenységek, mint a védőoltás, vagy szakorvoshoz történő beutalás. Továbbá, amennyiben megnő az IDU-k körében a HIV és egyéb fertőzések szűrővizsgálatának száma, az egyes IDU-k általános egészségügyi állapota is javul, illetve csökkenthető a fertőzések transzmissziójának kockázata.

2.2 Stratégiai javaslatok az intravénás kábítószer-fogyasztók szolgáltató által kezdeményezett szűrővizsgálathoz szükséges feltételek megvalósításához és biztosításához (a 44. és 56. hivatkozásból átvett javaslatok)

Számos olyan javaslatot lehet átemelni a már fent említett általános útmutatókból, valamint a UNODC/WHO/UNAIDS jelenleg is kidolgozás alatt álló tervezeteiből, amelyek relevánsak a jelen dokumentum kapcsán és amelyeket az országos vagy helyi döntéshozóknak érdemes megfontolniuk a szolgáltató által kezdeményezett, IDU-k körében végzett szűrővizsgálatok kivitelezése során. Ezek a következők:

- A kidolgozás során ügyelni kell arra, hogy ne kapjon helyet kötelező szűrővizsgálat, illetve az eredmények engedély nélküli közzéte
- A kidolgozás során a folyamatban helyet kell kapnia egy komplex csomagként a prevenciónak és az IDU-k gondozásának is (tűcsere program, szubsztitúciós kezelés, antiretrovirális terápia -ART stb.)
- Amennyiben az ART nem érhető el, biztosítani kell, hogy az belátható időn belül elérhető legyen azok számára, akiknek szükségük van rá
- Egy támogató szociális, stratégiai és jogi háttérnek kell rendelkezésre állnia, annak érdekében, hogy maximalizáljuk a pozitív hatásokat és minimalizáljuk az ártalmakat
- A személyzetnek és a felügyeletnek továbbképzésen kell részt vennie az etikai színvonal megerősítése céljából
- A szűrővizsgálat visszautasítására való jog kapcsán egy további megbeszélésre is szükség lehet
- A beutalási rendszereket is felül kell vizsgálni és optimalizálni kell
- Ha a szolgáltató kezdeményezte módszer nem járható út, akkor a kiemelten veszélyeztetett csoportok számára elérhetővé kell tenni az egyén kérésére megvalósuló szűrővizsgálatot
- A kockázati csoportokat vagy képviselőiket (pl.: civil szervezetek) be kell vonni a protokoll kidolgozásába és a monitorozásba

- Mielőtt sor kerülne a szolgáltató által kezdeményezett szűrővizsgálat bevezetésére, az országoknak tervezeteket és kísérleti programokat kell kidolgozniuk, hogy felmérjék a lehetséges kényszer-helyzeteket, a diszkriminációt, vagy a HIV státusz felfedésével járó egyéb negatív következményeket

2.3 A szolgáltató által kezdeményezett önkéntes orvosi vizsgálat, szűrővizsgálat és counselling

Ez az útmutató egy, a szolgáltató által kezdeményezett megoldást javasol az IDU-k önkéntes (tájékoztatás utáni beleegyező nyilatkozattal) és bizalmas orvosi vizsgálatára, szűrővizsgálatára és counsellingjére vonatkozóan, azzal a feltétellel, hogy az biztonságos és etikus módon valósítható meg. Ahol ezek a feltételek nem adóttak (pl.: börtönökben és egyéb zárt közösségekben) az egyéni kérésére történő önkéntes counsellinget és szűrővizsgálatot kell elérhetővé tenni.

Szolgáltató által kezdeményezett

A szolgáltató által kezdeményezett kifejezés azt jelenti, hogy a vizsgálatot, szűrővizsgálatot és counsellinget az orvosi ellátás standard részeként az egészségügyi szolgáltató ajánlja fel az odalátogató kliens számára. A kliens több okból is felkeresheti az intézményt, például speciális gyógyászati vagy egészségügyi probléma, rehabilitáció, ártalomcsökkentő szolgáltatások igénybevétele vagy pénzügyi és szociális szükségletei miatt. A szolgáltató által kezdeményezett szűrővizsgálat célja, hogy a fertőzést időben diagnosztizálják a HIV vagy egyéb más fertőzések szempontjából magas kockázatának kitett személyek körében. Ezen felül, így alátámasztható a fertőzöttség gyanúja a sajátos jeleket és tüneteket mutató személyek esetében. Ez nem egy új keletű stratégia az intravénás szerhasználók HIV szűrővizsgálatát illetően. Mióta az 1980-as évek elején az intravénás kábítószer-fogyasztókat azonosították, mint az egyik HIV fertőzés szempontjából kiemelt kockázati csoportot, a nemzeti egészségügyi szervezetek aktívan hirdették a szolgáltató által kezdeményezett HIV szűrővizsgálatok fontosságát, olyan helyeken, ahol az IDU-k kapcsolatba kerülnek az egészségügyi és szociális szolgáltatásokkal (pl.: börtön, egészségügyi és rehabilitációs központok) vagy az ártalomcsökkentő és egyéb megkereső programok keretében. Sok éve már, hogy az IDU-k az efféle szűrővizsgálati megközelítés célcsoportjai, mivel az egyéb kiemelt kockázati csoportokkal szemben (pl.: homoszexuális férfiak), őket a hagyományos egészségügyi rendszereken belül egy nehezebben elérhető csoportnak tartják. Számos európai országban már bevezetésre került a terhesség alatti szolgáltató által kezdeményezett HIV szűrővizsgálat és counselling. Ezen programok hatására jelentősen megemelkedett a HIV szűrővizsgálatok száma szerte Európában, az Egyesült Államokban, az Egyesült Királyságban, Norvégiában és Kanadában is (61).

Opt-out vs. opt-in megközelítések

A különböző dokumentumok különböző álláspontokat képviselnek az opt-in és opt-out stratégiákat illetően. A publikált szakirodalom szerint a szűrővizsgálatok száma ott növekedett meg, ahol az univerzális rutinszerű (opt-out) stratégiák vannak érvényben (62, 63). Az opt-out szűrővizsgálati stratégia azt hangsúlyozza, hogy a szűrővizsgálat az orvosi ellátás standard részét kell, hogy képezze, amely során az egyénnek a szűrővizsgálatot megelőző counsellinget követően jogában áll elutasítani az egyes vagy az összes fertőzés szűrővizsgálatát. Nyomatékosítani kell, hogy az opt-out megközelítésnél senki nem vizsgálható saját akarata ellenére vagy tudta nélkül. Továbbá, amikor az (írásos) beleegyező nyilatkozat és a szűrővizsgálat előtti counselling kötelező része a szűrővizsgálati eljárásnak és emellett a klienst – szintén állandó jelleggel – megkérjük, hogy jelezze, mely teszteket nem szeretné elvégeztetni, a kényszerítés és a szűrővizsgálatot való visszaélés kockázata olyan

szintű lesz, mint a szolgáltató kezdeményezte opt-in módszer esetében, amikor is a kliens egyértelmű beleegyezését adja a tesztek elvégzéséhez.

Ennél az útmutatónál, úgy döntöttünk, hogy tartózkodunk az „opt-in” és „opt-out” kifejezések használatától, mivel a kidolgozás során szembesültünk azok félreérthetőségével. Még ha egyértelműen társítjuk is hozzájuk a beleegyező nyilatkozatot és a counsellinget, az opt-out megközelítést néha úgy értelmezik, mintha az egy, a személy beleegyezése nélküli vizsgálati módszer lenne.

Egy 2004-ben a WHO és az UNAIDS által publikált HIV szűrővizsgálatra vonatkozó stratégiai kiadványban a HIV szűrővizsgálat négy típusát különböztetik meg (53):

- Az egyén kezdeményezésén alapuló önkéntes counselling és szűrővizsgálat (Voluntary counselling and testing - VCT)
- Diagnosztikus HIV vizsgálat (expozíciót követően, vagy jelentkező tünetek miatt történő szűrővizsgálat)
- A HIV szűrővizsgálat egészségügyi szolgáltatók által történő rutinszerű felajánlása
- Kötelező HIV szűrővizsgálat

Ezen négy típus közül, a kötelező szűrővizsgálaton kívül mindegyik ajánlott az IDU-k számára. Az EMCDDA, hasonlóan a UNODC, WHO és UNAIDS szervezetekhez, nem támogatja a közegészségügyi alapokon nyugvó kötelező HIV szűrővizsgálatot.

A kiemelt kockázattal rendelkező populációk, mint például az intravénás szerfogyasztók, sokkal inkább kerülhetnek kényszerhelyzetbe vagy érheti őket HIV és egyéb vírusos vagy bakteriális fertőzésük diagnosztizálása miatt diszkrimináció. Ezenfelül egy egészségügyi intézménybe felvett IDU esetében, az esetleges akut vagy krónikus bakteriális fertőzések, mint a tuberculosis vagy a methicillin-rezisztens *Staphylococcus aureus* (MRSA) okozta fertőzés miatt, az általános kórház higiéniai szabályokból kifolyólag elrendelhetik a vele való érintkezéssel kapcsolatos óvintézkedések szigorítását, vagy az elkülönítést. Ezért azok a körülmények, amelyek között egy IDU esetleges HIV vagy egyéb fertőzöttségét vizsgálják, az emberi jogokon és az erkölcsi alapelveken kell, hogy alapuljanak, továbbá az egészségügyi szolgáltatónak kötelessége biztosítani a titoktartást, illetve betartani azt az elvet, hogy engedély nélkül nem adja ki a vizsgálati eredményeket.

2.4 Az intravénás kábítószer-fogyasztók szolgáltató által kezdeményezett orvosi vizsgálatának és szűrővizsgálatának magyarázata

Sok olyan fertőzés, amely gyakoribb az IDU-knál, mint a nem fogyasztók körében, gyakran tünetmentes, így az egyén számára általában véve hasznos, ha tisztában van fertőzöttségi státuszával. Ha diagnosztizálják a fertőzést, akkor az IDU legtöbbször kezelhető, továbbá a betegség továbbterjedése is megelőzhető. A legtöbb IDU ismeri az injektálással járó betegségeket és sokszor fel is tudják ismerni azok jeleit és tüneteit. Mindezek ellenére, az IDU-knak csak egy kis része keres fel orvost, vagy vesz részt prophylaxison.

A szolgáltató kezdeményezte önkéntes vizsgálat, szűrővizsgálat és counselling várhatóan:

- Javítja az IDU általános egészségügyi állapotát
- Javítja a HIV és egyéb fertőzések szűrővizsgálatának számát
- Növeli az IDU-k HIV és egyéb fertőzések kezeléséhez való hozzáférését
- Javítja a speciális gondozást igénylő krónikus fertőzések diagnosztizálását
- Növeli az IDU-k körében beadott védőoltások számát
- Növeli az IDU-k prevenció counsellinghez és információhoz való hozzáférését

- Fejleszti az IDU-k HIV, hepatitis és egyéb szerfogyasztással összefüggő fertőzéseinek surveillance rendszerét

2.5 HIV szűrővizsgálatok száma az intravénás kábítószer-fogyasztók körében

Ezen útmutató egyik célja, hogy növelje az IDU-k körében elvégzett HIV szűrővizsgálatok számát. A 2006-ig rendelkezésre álló adatok alapján elmondható, hogy a HIV transzmissziója az IDU-k körében alacsony mértékű volt az Európai Unió legtöbb országában és Norvégiában is (2, 4, 63, 64). Ez részben következhet abból, hogy megemelkedett a prevencióhoz, kezeléshez és ártalomcsökkentő programokhoz – mint szubsztitúciós kezeléshez, tűcsere programokhoz – való hozzáférhetőség, illetve olyan egyéb tényezők is szerepet játszhattak, mint a számos országban megfigyelt, intravénás szerhasználatra vonatkozó csökkenő tendencia. Azonban keveset tudunk arról, hogy hányan vannak azok az IDU-k, akik előtt nem ismert saját HIV státuszuk. Számos EU tagállam és régió esetében valószínűsíthető, hogy az intravénás szerhasználattal összefüggő HIV fertőzés továbbra is magas arányban van jelen.

A HIV/AIDS járvány 1980-as évek elejére tehető kezdete óta, a magas kockázattal rendelkező populációk szűrővizsgálata mindig is a prevenció stratégia egyik alapköve volt. Számos tanulmány kimutatta, ha egy IDU ismeri HIV szerostátuszát, csökkentheti kockázati magatartását, különösképp akkor, ha HIV pozitívként diagnosztizálták (66). Továbbá, mióta a hatékony ARV kezelés elérhetővé vált az 1990-es évek közepén, a HIV státusz ismerete elengedhetetlen az időben történő sikeres kezelésbe, gondozásba jutás hozzáférhetőségének javítása szempontjából.

Néhány tanulmány megvizsgálta a szűrővizsgálatok számát nagy IDU elemszámot tartalmazó sentinel surveillance minták alapján egyes EU tagállamokban. Egy 2005-ös évi tanulmány szerint az IDU-k 90%-a már volt életében HIV szűrésen, míg 62%-ukat az előző évben is megszűrték (67). Az Egyesült Királyságban az IDU-k 30%-a jelezte, hogy soha nem vett még részt önkéntes HIV szűrésen. Azok közül, akik HIV ellenanyaggal rendelkeztek, 64% előtt volt ismert saját fertőzöttsége (19).

2.6 A kábítószer-fogyasztók körében végzett HIV szűrővizsgálatra és counsellingre vonatkozó kutatások eredményeinek összefoglalása (a 44. és 56. hivatkozás alapján)

Az útmutatónak nem feladata bemutatni a HIV szűrővizsgálatra és counsellingre vonatkozó kutatásokat, ezért a további részletekért és hivatkozásokért az olvasónak ajánljuk a 44. és 56. források megtekintését, illetve az EMCDDA további információit. A legfontosabb eredmények a következőképp foglalhatóak össze:

- Sok szerfogyasztó előtt nem ismert saját HIV szerostátusza (ez Európában 30-50%-ra tehető) és ez az arány magasabb egyéb fertőzések, például a hepatitis C esetében.
- A bejelentett HIV szűrővizsgálatok száma Európa szerte nagyon különböző.
- Egyenlőtlen a kábítószer-fogyasztók HAART kezelésbe való jutása az egyéb kockázati csoportokkal összehasonlítva, míg a HCV virális kezelésébe való jutás pedig általában véve alacsony.

- A személyzet kábítószer-fogyasztókhöz való hozzáállása eredményezhet megbélyegzést és diszkriminációt, amely az egyik legfőbb akadályt jelentheti az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférésben.
- A megkereső programok, mobil szűrőbuszok, sortárs megkeresés, és az anonim szűrőhelyek ajánlottak, mint alternatív, szűrővizsgálatot biztosító lehetőségek.
- A szűrővizsgálatok számának emelkedése eredhet járulékos szolgáltatások (túcsere programok, szubsztitúciós programok) avagy további fertőzések, például hepatitis C szűrés biztosításából
- AZ IDU-k – más csoportokhoz képest – általában jobban halogadják a szűrést és sokszor nem is mennek vissza a vizsgálati eredményért, de ha megteszik, akkor viszont utána nagyobb valószínűséggel lépnek kezelésbe.
- A szűrővizsgálatot, illetve a vizsgálati eredményért való visszatérést a következő tényezők befolyásolják: a HIV/AIDS-szel kapcsolatos ismeretek (+), a szűrőhely látogatásával kapcsolatos komfortérzés (+), kockázatérzékelés (+), az eredménytől való félelem (-), a rendőrségtől, egészségügyi személyzettől, dolgozótól való félelem (-), a tütől és vérvételtől való félelem (-), iskolai végzettség (+), az injektlás gyakorisága (-), a bizalmasság érzékelt hiánya (-), a kezeléshez való limitált hozzáférés (-), ha valaki nem akarja tudni a státuszát (-), ha a szerhasználat fontosabb, mint a saját magával való törődés (-), a szexuális partner negatív vizsgálati eredménye (-), közelmúltbeli szűrés (-), költségek (-), a vágy, hogy megvédje magát és másokat (+), másoktól kapott támogatás (+), pénzbeli ösztönző ajándék (+), a HIV fertőzés problémaként való érzékelése (+)
- A szűrővizsgálat sokszor kényszerítő jellegű az alacsony vagy közepes jövedelmű országokban, és sokszor felmerülnek komoly, a titoktartással kapcsolatos problémák is
- Kevés vagy vegyes bizonyíték áll rendelkezésre az IDU-k kockázati magatartásának csökkenésére vonatkozóan (szexuális vagy injektlási kockázat)
- A folyamatosan fennálló kockázat előrejelzői lehetnek a rossz egészségi állapot, a szociális támogatás hiánya, és a kevés ismeret. A coping stratégiáknak is fontos szerepük lehet.
- Kevés bizonyíték van arra nézve, hogy a szűrővizsgálat valóban növeli-e a prevencióban és gondozásban való részvételi arányt, emellett a továbbküldéskor fellépő késedelem szintén akadályozza a folyamatot.
- Az alacsony vagy közepes jövedelmű országokban a jogi háttér gyakran gátolja a prevencióhoz való hozzáférést, pl.: tú receptre való kiadására vagy injektló eszközkészletre vonatkozó törvények, avagy a szubsztitúciós kezelés illegálisként való besorolása
- A HIV és HCV szűrővizsgálat sikeresen bevezethető alacsony küszöbű túcsere programoknál és ezt szívesen veszik igénybe még akkor is, ha ezalatt más szűrőhelyek is elérhetőek
- A VCT (önkéntes counselling és szűrővizsgálat) és egyéb szolgáltatások, mint a szubsztitúciós kezelés, kombinált alkalmazásának eredményeként magasabb lesz a hajlandóság a szűrővizsgálatra, a szűrővizsgálatok száma, és az eredményért visszatérők aránya, magasabb lesz a szolgáltatások igénybevétele – beleértve ide a kokain használók számára létesített szolgáltatásokat is – és közben semmilyen mellékhatása nem lesz a kezelés kimenetelét illetően

2.7 Az egészségügyi szolgáltatóknál történő bevezetés

Ideális esetben minden egészségügyi szolgáltatónak fel kellene ajánlania az IDU-k számára a szolgáltató kezdeményezte, fertőző betegségekkel kapcsolatos önkéntes orvosi vizsgálat, szűrővizsgálat és counselling lehetőségét. Azonban ehhez nélkülözhetetlen, hogy az egészségügyi szolgáltatók rendelkezzenek a szükséges tudással és jártassággal az IDU-k megfelelő ellátásához.

A bevezetésre alkalmas helyszínek

A javaslatok bevezetésére leginkább alkalmas helyszíneket a 7. táblázat foglalja össze.

7. táblázat. Az IDU-k számára a szolgáltató által kezdeményezett, fertőző betegségekkel kapcsolatos önkéntes orvosi vizsgálat, szűrővizsgálat és counselling felajánlására leginkább alkalmas intézmények

- Egészségügyi alapellátás – melynek részei a körzeti és házi orvosok
- Az IDU-k számára biztosított speciális szolgáltatások színterei, amelyek lehetnek mobilklinikák, vagy más közösségi helyszínek, ártalomcsökkentő programok vagy egyéb megkereső programok
- Alacsonykülönbű szolgáltatások IDU-k számára
- A börtönök egészségügyi szolgálatai
- Rehabilitációs központok és egyéb kezelőhelyek
- Bőr-és nemibeteg-gondozók
- Fertőző betegséget kezelő klinikák
- Tüdőgondozók (olyan országokban, ahol az IDU-k körében magas a tuberculosis incidenciája)

A klinikai dolgozók és egyéb egészségügyi szakemberek feladata megbecsülni a kliensek körében a kábítószer-fogyasztással összefüggő fertőzések kockázatának nagyságát, amely folyamat része a szerfogyasztási szokások objektív standard megkérdezése. Az egyéni konzultációra elegendő időt kell fordítani.

A börtönök és egyéb zárt közösségek speciális esete

Ahogy ebben kiadványban már több helyen is kihangsúlyozásra került, nagyon fontos kiemelt figyelmet fordítani arra, hogy megvédjük a kliensek jogait és elkerüljük a kényszerítést vagy a szűrővizsgálatok eredményével való visszaélést olyan helyeken, mint a börtön vagy egyéb zárt közösségek (2). Ezzel együtt fontos ezekben a közösségekben is egy etikailag magas színvonalú egészségügyi ellátást és szolgáltatást biztosítani, amely magában foglalja az önkéntes HIV és egyéb fertőzések szűrővizsgálatát és counsellingjét.

Az EU stratégiai kiadványa ebben a témakörben éppen kidolgozás alatt áll. A 2006-ban az Európai Tanács Miniszteri Bizottsága által újra kiadott Európai Börtönök Szabályzatában⁹ leszögezik, hogy a fogvatartottak jogosultak orvosi vizsgálatra az első felvétel alkalmával (§42), továbbá a börtönhatóságoknak kötelessége megóvni a fogvatartottak egészségét (§39) (68). Emellett, kidolgozás alatt áll egy, a Tanács javaslatára megkezdett indítvány, amely bevezetné az ártalomcsökkentő módszereket (beleértve az önkéntes, fertőző

⁹ European Prison Rules

betegségekre vonatkozó counsellinget és szűrővizsgálatot) az EU börtöneiben, amelynek alapja az EU drogpolitikai akcióterv (2009-12) 21. pontja. Az akcióterv szerint "fejleszteni kell és be kell vezetni a fogvatartottak számára a prevenció, kezelő, ártalomcsökkentő és rehabilitációs szolgáltatásokat, ugyanolyan módon, ahogy az a börtönön kívül is elérhető. Különös hangsúlyt kell fektetni a szabadulást követő utógondozásra".

Ez az útmutató egy szolgáltató által kezdeményezett módszert javasol az IDU-k esetében a legtöbb helyen feltéve, hogy a kliensnek valóban megvan arra a lehetősége, hogy visszautasítsa az egyes vagy az összes szűrővizsgálatot és ennek rá nézve semmilyen negatív következménye nem lesz. Fontos megjegyezni, hogy azokon a helyeken, ahol ezek a feltételek nem biztosíthatók (vagy ahol nem lehetséges olyan valóban független rendszer felállítása, amely monitorozza ezen feltételek megvalósulását) a szolgáltató kezdeményezte szűrővizsgálatot és counsellinget csak a tünetekkel rendelkező páciensek esetében javasolt bevezetni. Így általánosságban az önkéntes szűrővizsgálatot és counsellinget csak az egyén kérésére kell elérhetővé tenni, de azt megfelelően biztosítani kell, hogy a kliensek előtt ismert legyen ez a lehetőség.

2.8 Az egészségügyi szolgáltatók képzése

Az IDU-k rutin orvosi vizsgálatát, szűrővizsgálatát, és counsellingjét végző egészségügyi szolgáltatók képzése, folyamatos szupervíziója és monitorozása elengedhetetlen a szolgáltatás sikeres kivitelezéséhez.

Még jóval a szolgáltatás bevezetése előtt szükséges a személyzet számára képzési programokat kidolgozni és bevezetni. A képzésnek protokollokra kell épülnie, amely a gyógyászati kérdések mellett a következő kulcsfontosságú területeket is kell, hogy érintse:

- Biztosítani kell egy teljesen etikus folyamatot, amely során megtörténik a beleegyező nyilatkozat igénylése, továbbá adott a lehetőség a HIV és egyéb fertőzésekre vonatkozó bármelyik szűrővizsgálat visszautasítására
- Ügyelni kell a bizalmasságra, és védelmezni kell az IDU-k magánéletét
- Kerülni kell a megbélyegzést, mindegyik kliens tiszteletben kell tartani, és tartózkodni kell a HIV státusz vagy kockázatos magatartás alapján történő diszkriminációtól
- Ellenezni kell az egészségügyi szolgáltatók IDU-k felé mutatott negatív hozzáállását

Különösképp fontos ezen képzés biztosítása a börtönökben és egyéb zárt közösségekben (például kötelezően bentlakásos rehabilitáción) dolgozó egészségügyi szolgáltatók számára, ahol az IDU-k nagyobb valószínűséggel kerülhetnek kényszerhelyzetbe.

2.9 Az útmutató gyakorlatban történő alkalmazása

Az IDU-k szolgáltató által kezdeményezett rutinszerű orvosi vizsgálatának, szűrővizsgálatának és counsellingjének sikeres bevezetése függ attól az értékeléstől, amely az adott ország járványügyi helyzetét, egészségügyi ellátórendszerét, illetve a humán és pénzügyi erőforrásokat jellemzi. Továbbá figyelembe kell venni az adott ország szociális, politikai és jogi kereteit, amely által védelem nyújtható a diszkrimináció ellen azoknak a személyeknek, akik HIV vagy egyéb krónikus, kábítószer-fogyasztással összefüggő fertőzéssel élnek.

Irodalomjegyzék

1. WHO/UNDOC/UNAIDS. Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV, treatment and care for injecting drug users. Geneva: WHO/UNDOC/UNAIDS, 2009. <http://www.who.int/hiv/pub/idu/targetsetting/en/index.html>
2. Jürgens R. HIV testing and counselling in prisons and other closed settings. Background paper. UNODC/WHO/UNAIDS. 1 June 2008
3. European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS Euro (HIV) .HIV/AIDS Surveillance in Europe: Mid-year report 2006 No.74. Saint-Maurice; French Institute for Public Health Surveillance, 2007.
4. Tefanova V, Tallo T, Kutsar K. Urgent action needed to stop spread of hepatitis B and C in Estonian drug users. Euro Surveill 2006;11 (1) <http://www.eurosurveillance.org/ew/2006/060126.asp>
5. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Annual report 2007: the state of the drugs problem in Europe. Lisbon: EMCDDA; 2007. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/online/ar2007/en>
6. Wiessing L, Nardone A. Ongoing HIV and viral hepatitis infections in IDUs across the EU, 2001-2005. Euro Surveill. 2006 Nov 23;11(11):E061123.2.
7. Jager J, Limburg W, Kretzschmar M, Postma M, Wiessing L, editors. Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options. EMCDDA Scientific Monograph no 7. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2004. <http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=428>
8. Perrett K, Granerød J, Crowcroft N, Carlisle R. Changing epidemiology of hepatitis A: should we be doing more to vaccinate injecting drug users? Commun Dis Public Health 2003; 6(2): 97-100
9. Blystad H, Nilsen O, Høiby EA, Hoel T. Infections among injecting drug users in Norway, 1997-2000. Eurosurveillance Weekly 2001;5 (1) <http://www.eurosurveillance.org/ew/2001/010104.asp>
10. Stene-Johansen K, Skaug K, Blystad H, Grinde B. A unique hepatitis A virus strain caused an epidemic in Norway associated with intravenous drug abuse. The Hepatitis A Study Group. Scand J Infect Dis 1998; 30:35-8.
11. Krook A, Blomber J. HTLV-II among drug users in Stockholm. Scand J Infect Dis 1994; 26: 129-132.
12. Gordon RJ, Lowy FD. Bacterial infections in drug users. N Engl J Med. 2005 Nov 3;353(18):1945-54.
13. Kluytmans J, van Belkum A, Verbrugh H. Nasal carriage of Staphylococcus aureus: epidemiology, underlying mechanisms, and associated risks. Clin Microbiol Rev 1997; 10:505-20.
14. Wilson LE, Thomas DL, Astemborski J, Freedman TL, Vlahov D. Prospective study of infective endocarditis among injection drug users. J Infect Dis 2002;185:1761-6.
15. Brown P, Ebright R. Skin and soft tissue infections in injection drug users. Current Infectious Disease Reports 2002; 4(5); 415-19
16. Irish C, Maxwell R, Dancox M, Brown P, Trotter C, Verne J, et al. Skin and soft tissue infections and vascular disease among drug users, England [letter]. Emerg Infect Dis [serial on the Internet]. 2007 Oct Available from <http://www.cdc.gov/EID/content/13/10/1510.htm>
17. Binswanger IA, Krai AH, Bluthenthal RN, Rybold DJ, Edlin BR. High prevalence of abscesses and cellulitis among communityrecruited injection drug users in San Francisco. Clin Infect Dis 2000;30:579-81.
18. Fleisch F, Zbinden R, Vanoli C, Ruef C. Epidemic Spread of a Single Clone of Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus among Injection Drug Users in Zurich, Switzerland. Clin Infect Dis 2001 : 32 ; 581-586

19. Health Protection Agency. Shooting Up - Infections among injecting drug users in the United Kingdom 2006, An update: London 2007. http://www.hpa.org.uk/infections/topics_az/injectingdrugusers/shooting_up.htm
20. Christopher C. Mcguigan C, Penrice GM, Gruer I, Ahmed S, Goldberg D et al. Lethal outbreak of infection with *Clostridium novyi* type a and other spore-forming organisms in Scottish injecting drug users. *J Med Microbiol* 2002; 51: 971-977
21. Murray-Lillibridge K, Barry J, Reagan S, O'Flanagan D et al. Epidemiological findings and medical legal and public health challenges of an investigation of severe soft tissue infections and deaths among injecting drug users – Ireland, 2000. *Epidemiology and Infection* 2006: 134 (4); 894-901
22. Brett MM, Hood J, Brazier JS, Duerden BI, Hahné SJM. Soft tissue infections caused by spore-forming bacteria in injecting drug users in the United Kingdom. *Epidemiology and Infection* 2005: 133 (04); 575-582
23. D Akbulut, J Dennis, M Gent et al. Wound botulism in injectors of drugs: upsurge in cases in England during 2004. *Euro Surveill* 2005;10(9):172-4
24. J S Brazier, M Gal, V Hall, TE Morris. Outbreak of *Clostridium histolyticum* infections in injecting drug users in England and Scotland. *Euro Surveill* 2004;9(9):15-6
25. Vermeer de Bondt P, Vos LP. Tetanus in an injecting drug user in the Netherlands: single case so far. *Eurosurveillance Weekly* 2004;8 (19)
26. Brett MM, Hallas G, Mpamugo O. Wound botulism in the UK and Ireland. *J Med Microbiol* 2004; 53: 555-61.
27. Hahné S, Crowcroft N, White J, Hope V, de Souza L. Cluster of cases of tetanus in injecting drug users in England: European alert. *Eurosurveillance Weekly* 2003;7 (47) <http://www.eurosurveillance.org/ew/2003/031120.asp>
28. S. Ringertz, E. Høiby, M. Jensenius, J. Caugant, A. Myklebust, K. Fossum. Injectional anthrax in a heroin skin-popper [letter]. *Lancet* 2000; 356:1574-1575
29. Anonymous. *Clostridium histolyticum* in injecting drug users. *Commun Dis Rep CDR Rev* 2003;13:47
30. Jones JA, Salmon JE, Djuretic D, et al. An outbreak of serious illness and death among injecting drug users in England during 2000. *J Med. Microbiol.* 2002; 51:978-84.
31. Robinson PG, Acquah S, Gibson B: Drug users: oral health-related attitudes and behaviours. *Br Dent J* 2005; 198: 219-24
32. Story A, Murad S, Roberts W, Verheyen M, Hayward AC. Tuberculosis in London: the importance of homelessness, problem drug use and prison. *Thorax* 2007;62:667-671
33. Keizer S, Langendam MW, van Deutekom H, Coutinho RA, van Ameijden EJ. How does tuberculosis relate to HIV positive and HIV negative drug users? *J Epidemiol Community Health* 2000; 54: 64-68
34. van Asten L, Langendam, M, Zangerle R, Aguado IH, Boufassa F, Schiffer, V, Brettle RP, Robertson J R, Fontanet A, Coutinho R, Roel A, Prins, M. Tuberculosis risk varies with the duration of HIV infection: a prospective study of European drug users with known date of HIV seroconversion. *AIDS* :Volume 17(8)23 May 2003pp 1201-1208)
35. Jones JL BD, Fleming PL and Ward JW,. Tuberculosis among AIDS patients in the United States,. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1996(12):293-297
36. Morozova I RV, Sture G, Wells C, Leimane V,. Impact of the growing HIV-1 epidemic on multidrug-resistant tuberculosis control in Latvia. *Int J Tuberc Lung Dis* 2003;7(9):903-623,24)
37. World Health Organisation. Anti-Tuberculosis Drug Resistance in the World, fourth report. In: Anti-tuberculosis TWIGPo, Drug Resistance Surveillance, editors, 2008.
38. Scheidegger C, Zimmerli W. Infectious complications in drug addicts: seven-year review of 269 hospitalized narcotics abusers in Switzerland. *Rev Infect Dis* 1989;11:48693. [Erratum, *Rev Infect Dis* 1990;12:165.]
39. Boschini A, Smacchia C, Di Fine M, et al. Community-acquired pneumonia in a cohort of former injection drug users with and without human immunodeficiency virus infection: incidence, etiologies, and clinical aspects. *Clin Infect Dis* 1996;23:107-13.

40. Nelson KE, Vlahov D, Conn S, et al. Sexually transmitted diseases in a population of intravenous drug users: association with seropositivity to the human immunodeficiencyvirus (HIV). *J Infect Dis* 1991;164:457-63
41. Norbert Scherbaum N, Baune BT, Mikolajczyk R, Kuhlmann T, Reymann G, Reker M. Prevalence and risk factors of syphilis infection among drug addicts. *BMC Infectious Diseases* 2005, 5:33
42. Hwang LY, Ross MW, Zack C, Bull L, Rickman K, Holleman M: Prevalence of sexually transmitted infections and associated risk factors among populations of drug abusers. *Clin Infect Dis* 2000, 31(4):920-6
43. van den Hoek A. STD control in drug users and street youth. *Genitourin Med.* 1997 Aug;73(4):240-4.
44. Jürgens R, Betteridge G. HIV testing and counselling for people who use drugs. Draft background paper. WHO/UNODC/UNAIDS, 22 November 2007
45. EASL International Consensus Conference on hepatitis C. Paris, 26-27 February 1999. Consensus statement. *J Hepatol.* 1999;31 Suppl 1:3-8.
46. Reimer J, Schulte B, Castells X, Schafer I, Polywka S, Hedrich D, Wiessing L, Haasen C, Backmund M, Krausz M. Guidelines for the treatment of hepatitis C virus infection in injection drug users: status quo in the European Union countries. *Clin Infect Dis.* 2005 Apr 15;40 Suppl 5:S373-8
47. Wiessing L. The access of injecting drug users to hepatitis C treatment is low and should be improved. *Eurosurveillance Weekly* 2001; 5: 010802. <http://www.eurosurveillance.org/ew/2001/010802.asp#2>
48. Grimes, CZ, Hwang, LY. Williams, ML. Austin C.M, Graviss, EA. Tuberculosis infection in drug users: interferon-gamma release assay performance. *The Int Jour of Tub and Lung Disease* 2007; (11)11 ; 1183-1189(7)
49. Sexton J, Garnett G, Røttingen JA. Metaanalysis and metaregression in interpreting study variability in the impact of sexually transmitted diseases on susceptibility to HIV infection. *Sex Transm Dis.* 2005 Jun;32(6):351-7
50. Abdala, N., Gleghorn, A.A., Carney, J.M., and Heimer, R. Can HIV-1 infected syringes be safely cleaned? Implications for transmission among injection drug users. *J Acquir Immune Defic Syndr* 28: 487-494, 2001.
51. de la Fuente L, Toro C, Brugal MT, Vallejo F, Soriano V, Barrio G, Ballesta R, Bravo MJ; Project Itinere Group. Poor validity of self-reported HBV vaccination among young heroin users in Spain supports the policy "don't ask, draw a blood sample, vaccinate and try to schedule another visit". *J Clin Virol.* 2007 Jan;38(1):87-90.
52. World Health Organization. Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities (2007). Geneva. WHO press
53. Policy statement on HIV testing, UNAIDS and WHO, 2004. http://data.unaids.org/unadocs/hivtestingpolicy_en.pdf).
54. World Health Organization Regional Offices for South-East Asia and the Western Pacific, Unites Nations Office on Drugs and Crime Regional Centre for East Asia and the Pacific. Guidance on testing and counselling for HIV in settings attended by people who inject drugs (2009). Geneva. WHO press.
55. Centers for Disease Control and Prevention. Revised Recommendations for HIV Testing of Adults, Adolescents, and Pregnant Women in Health-Care Settings. *MMWR* September 22, 2006; Vol.55 (RR14); 1-17
56. World Health Organization. Policy and Programming Guide for HIV/AIDS Prevention and Care among Injecting Drug Users (2005).Geneva. WHO press
57. World Health Organization. Policy guidelines for collaborative TB and HIV services for injecting and other drug users; an integrated approach (2008). Geneva. WHO press http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596930_eng.pdf
58. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2006 *MMWR* August 4, 2006: Vol. 55 / No. RR—11

59. Blystad H, Klouman E. Recommendation for annual HIV and STI testing in MSM introduced in Norway. *Euro Surveill.* 2005;10(27):pii=2744. Available online: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=2744>
60. British HIV Association. UK National Guidelines for HIV testing (2008) <http://www.bhiva.org/cms1222621.asp>.
61. Obermeyer C, Osborn M. The uptake of testing and counselling for HIV. A review of the social and behavioural evidence. *Am J Public Health* (in press)
62. Simpson VW, Johnstone FD, Boyd FM et al. Uptake and acceptability of antenatal HIV testing: randomised controlled trial of different methods of offering the test. *BMJ* 1998;316: 262-7
63. Haukoos J, Hopkins E, Byyny R et al. and the Denver Emergency Department HIV Testing Study Group (2008). Opt-out rapid HIV Screening in the Emergency department: Preliminary results from a Prospective Clinical trial. *CROI 2008, Abstr 544B*
64. European Centre for Disease Prevention and Control / WHO Regional Office for Europe: HIV/AIDS Surveillance in Europe 2007. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control, 2008. Available from: http://ecdc.europa.eu/en/files/pdf/Publications/20081201_Annual_HIV_Report.pdf
65. Wiessing L, van de Laar MJ, Donoghoe MC, Guarita B, Klempová D, Griffiths P. HIV among injecting drug users in Europe: increasing trends in the East. *Euro Surveill.* 2008;13(50):pii=19067. Available online: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19067>
66. Desenclos JC, Papaevangelou G, Ancelle-Park R. Knowledge of HIV serostatus and preventive behaviour among European injecting drug users. The European Community Study Group on HIV in Injecting Drug Users. *AIDS* 1993 Oct;7(10):1371-7
67. Uusküla A, Abel K, Rajaleid K, Rüütel K, Talu A, Fischer K, Boborova N. HIV and risk behaviour among Injecting Drug Users in two cities.(Tallin, Kohtla-Järve) in Estonia. National Institute for Health Development - University of Tartu - Imperial College London. Tartu: 2006.
68. Council of Europe. European prison rules (2006). Strasbourg. Council of Europe Publishing

Rövidítések

| | |
|--------|---|
| ALAT | alanine aminotransferase (alanin-aminotranszferáz, májfunkciós vizsgálat) |
| ART | antiretroviral treatment (antiretrovirális kezelés) |
| ASAT | aspartate aminotransferase (aszpartát-aminotranszferáz májfunkciós vizsgálat) |
| BCG | Bacille Calmette Guérin (tuberculosis elleni védőoltás) |
| CDC | Centre for Disease Control and Prevention (Betegség és Járvány megelőzési Központ) |
| CRP | C-reaktív protein |
| DNS | dezoxiribonukleinsav |
| DRID | Drug-related infectious diseases (kábitószer-fogyasztással összefüggő fertőző betegségek) |
| EIA | enzyme-linked immunoassay (magyarul is EIA) |
| ELISA | enzyme-linked immunoassay (magyarul is ELISA) |
| EMCDDA | European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja) |
| ESR | Erythrocyte Sedimentation Rate |
| FTA | Fluorescent Treponemal Antibody Absorption test (specifikus syphilis vizsgálat) |
| HAART | Highly Active Antiretroviral Treatment (nagyhatékonyságú antiretrovirális kezelés) |
| HBV | hepatitis B vírus |
| HCV | hepatitis C vírus |
| HIV | humán immunodeficiencia vírus |
| HTLV | humán T-sejt lymphotrop vírus |
| HPV | humán papilloma vírus |
| IDU | injecting drug user (intravénás kábítószer-használó) |
| IGRA | IFN-gamma Release Assay (tuberculosis teszt) |
| MRSA | Methicillin Rezisztens Staphylococcus aureus |
| NAAT | Nucleic Acid Amplification Test (nukleinsav amplifikációs teszt) |
| PCR | Polymerase Chain Reaction (PCR, polimeráz láncreakció) |
| POCT | point of care testing (ellátás helyszínén történő szűrővizsgálat – gyors tesztek használata) |
| RPR | Rapid Plasma Reagin test (nem specifikus syphilis vizsgálat) |
| TBC | tuberculosis |
| TST | tuberculin skin test (tuberkulin bőr teszt) |
| TPHA | Treponema Pallidum Haemagglutination test (T. Pallidum Haemagglutinációs teszt, specifikus syphilis vizsgálat) |
| UNODC | The United Nations Office on Drugs and Crime (Az ENSZ Kábítószer-ellenőrzési és Bűnmegelőzési Hivatala) |
| UNAIDS | Joint United Nations Programme on HIV and AIDS (Az ENSZ HIV és AIDS-sel foglalkozó nemzetközi programja) |
| VCT | Voluntary counselling and testing (önkéntes counselling és szűrővizsgálat) |
| VDRL | Venereal Disease Research Laboratory test (nem specifikus syphilis vizsgálat) |
| WHO | World Health Organization (Egészségügyi Világszervezet) |

Szószedet

A kliens által kezdeményezett vizsgálat, szűrővizsgálat és counselling azt jelenti, hogy az egyén maga keresi meg a lehetőséget a vizsgálatra, szűrővizsgálatra és counsellingre, egy olyan intézményben, ahol működnek ezek a szolgáltatások. Ez általában egyéni kockázatértékelést igényel, illetve egy tanácsadó irányítását, amely kitér például arra is, hogy az egyén milyen szűrővizsgálatokat igényel és még milyen fertőzések szűrővizsgálatát lehet felajánlani. Ez sokféle helyen kivitelezhető, például egészségügyi intézményekben, ezen kívül álló intézményekben, mobilszolgáltatások által, közösségi intézményekben, vagy az emberek otthonában is.

A szolgáltató által kezdeményezett vizsgálat, szűrővizsgálat és counselling azt jelenti, hogy a vizsgálatot, szűrővizsgálatot és counselling-et az egészségügyi szolgáltató javasolja, mint az orvosi ellátás egyik standard elemét azoknak, akik az adott intézményt felkeresik. Az egyén az adott intézményt több okból is felkeresheti, például sajátos gyógyászati vagy egészségügyi probléma, rehabilitáció, ártalomcsökkentő módszerek igénybevétele vagy szociális és pénzügyi szükségletei miatt. A szolgáltató által kezdeményezett szűrővizsgálat célja, hogy azonosítsa a fertőzéseket olyan személyekben, akik HIV vagy egyéb fertőzésekre utaló jelekkel vagy tünetekkel rendelkeznek. Továbbá a diagnosztizálatlan fertőzések is azonosíthatóak olyan egyéneknél, akik nem rendelkeznek jellegzetes tünetekkel. Mind a kliens, mind a szolgáltató által kezdeményezett vizsgálat, szűrővizsgálat és counselling önkéntes és szigorúan betartja a tájékoztatás utáni beleegyező nyilatkozat, counselling és bizalmasan kezelés hármasság követelményét.

A tájékoztatás utáni beleegyezés (beleegyező nyilatkozat) egy olyan folyamat a kliens és a szolgáltató között, amelynek eredménye a kliens által adott engedély vagy beleegyezés arra, hogy aláveti magát a szűrővizsgálatnak vagy egyéb orvosi beavatkozásnak. A tájékoztatás utáni beleegyezés része egy olyan szóbeli vagy írásbeli információ átadása a kliens számára, melynek egyik hangsúlyos eleme, hogy a szűrővizsgálat és az egyéb beavatkozások önkéntes alapúak.

Az opt-in megközelítés azt jelenti, hogy a kliensnek felajánlják a szűrővizsgálatot, és amennyiben ő vállalja a vizsgálatot, a szűrővizsgálat előtti tájékoztatást követően köteles kifejezni a vizsgálatba való egyértelmű beleegyezését.

Az opt-out megközelítés azt jelenti, hogy a klienst informálják arról, hogy az ellátás részeként szűrővizsgálatra kerül sor, ha csak egyértelműen azt el nem utasítja. A kienstől tájékoztatás utáni beleegyezést kell kérni, ha csak a kliens el nem utasítja a szűrővizsgálatot. Egy opt-out megközelítés során nem szabad a szűrővizsgálatot elvégezni az egyén tudta nélkül vagy akarata ellenére.

A kábítószer fogyasztással összefüggő fertőzések, olyan fertőzések, amelyek az általános népességhez képest aránytalanul nagy számban találhatóak meg az (intravénás) kábítószer-fogyasztók körében.

A counselling jelentése tanácsadás, információátadás, tájékoztatás, útmutatás.

A kliens-központú prevenció counselling, olyan counselling, amely a kliens egyéni helyzetére szabja a kockázatok csökkentésére vonatkozó beszélgetést.