

Útmutató az intravénás kábítószer-fogyasztók körében végzett HIV, vírushepatitis és egyéb fertőzések szűréséhez

Kézikönyv a szolgáltató által kezdeményezett orvosi
vizsgálathoz, szűrővizsgálathoz és tanácsadáshoz



Jogi Közlemény

Az EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja) ezen kiadványát a szerzői jog védi. Az EMCDDA nem vállal felelősséget vagy kötelezettséget a dokumentumban szereplő adatok felhasználásából eredő következményekért. A kiadvány tartalma nem feltétlenül tükrözi az EMCDDA partnereinek, az Európai Unió tagállamainak vagy az Európai Unió bármely intézményének, ügynökségének hivatalos álláspontját.

Az Európai Unióval kapcsolatos további információk elérhetők az Interneten. Az oldal az Európa szerveren keresztül érhető el (<http://europa.eu.int>).

A magyar kiadást szerkesztette

Tarján Anna
a Nemzeti Drog Fókuszpont
munkatársa

Közreműködött:

Dr. Dudás Mária (Országos Epidemiológiai Központ)

Péterfi Anna (Nemzeti Drog Fókuszpont)

Dr. Veress Katalin (Semmelweis Egyetem, Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika)



www.emcdda.eu.int

A kiadvány angol nyelven jelent meg *Guidelines for testing HIV, viral hepatitis and other infections in injecting drug users. A manual for provider-initiated medical examination, testing and counselling* címmel, 2010-ben az EMCDDA kiadásában, Lisszabonban.

Copyright © Nemzeti Drog Fókuszpont, 2010

TARTALOMJEGYZÉK

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS	4
ELŐSZÓ	5
ÖSSZEFOGLALÁS	6
MÓDSZERTAN ÉS CÉLKITŰZÉS	9
1. RÉSZ: ÚTMUTATÓ AZ ÖNKÉNTES ORVOSI VIZSGÁLATHOZ, SZŰRŐVIZSGÁLATHOZ ÉS TANÁCSADÁSHOZ	11
1. fejezet	12
Bevezetés	13
Vér útján terjedő fertőzések	13
Bakteriális bőr és szisztémás fertőzések	14
Szexuális úton terjedő fertőzések	15
Légúti fertőzések	15
2. fejezet	18
Az intravénás kábítószer-fogyasztóknak nyújtott orvosi vizsgálat, szűrővizsgálat és tanácsadás	19
Kortörténet és fizikális vizsgálat	19
A szűrővizsgálatot megelőző tanácsadás, tájékozott beleegyezés és a szűrővizsgálat visszautasításának lehetősége	20
Fertőzések szűrővizsgálata	21
A szűrővizsgálatot követő tanácsadás	30
Prevenációs tanácsadás	31
Védőoltás	33
Utánkövetés, kezelés, betegutak	34
A vizsgálat és a szűrővizsgálatok gyakorisága	34
Etikai megfontolások	34
2 RÉSZ: AZ ÚTMUTATÓ HÁTTERE ÉS KIVITELEZÉSE	37
3. fejezet	38
Háttér	39
Egyéb útmutatók és az IDU-k számára készített külön útmutató szükségessége	39
Stratégiai javaslatok az IDU-k szolgáltató által kezdeményezett szűrővizsgálata során szükséges feltételek megvalósításához és biztosításához	41
A szolgáltató által kezdeményezett önkéntes orvosi vizsgálat, szűrővizsgálat és tanácsadás	42
Az IDU-k szolgáltató által kezdeményezett orvosi vizsgálatának és szűrővizsgálatának céljai	44
HIV szűrővizsgálaton való részvételi arány az IDU-k körében	44
A kábítószer-fogyasztók körében végzett HIV szűrővizsgálatra és tanácsadásra vonatkozó kutatások eredményeinek összefoglalása	45
4. fejezet	48
Kivitelezés	49
Az egészségügyi ellátóhelyek	49
Az egészségügyi szolgáltatók képzése	50
Az útmutató adaptálása	51
IRODALOMJEGYZÉK	55
RÖVIDÍTÉSEK	60
SZÓSZEDET	61

□ Köszönetnyilvánítás

Szerzők

Hans Blystad, Norvég Közegészségügyi Intézet, Norvégia

Lucas Wiessing, EMCDDA, Portugália

Közreműködők (ABC sorrendben)

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

Jessika Deblonde, Ghent-i Egyetem, Belgium

Lucica Ditiu, WHO, Európai Regionális Iroda, Dánia

Irina Eramova, WHO, Európai Regionális Iroda, Dánia

Christian Gunneberg, WHO, Svájc

Dagfinn Haarr, Kristiansand Önkormányza, Norvégia

Dagmar Hedrich, EMCDDA, Portugália

Ralf Jürgens, Konzultáns - HIV/AIDS, egészségügy, stratégia és emberi jogok, Kanada

Karen Klaue, Bundesamt für Gesundheit, Svájc

Danica Klemková, EMCDDA, Portugália

Lali Khotenashvili, WHO, Európai Regionális Iroda, Dánia

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

Tessa Windelinckx, Free-Clinic, Belgium

Az EMCDDA továbbá köszönetet nyilvánít a kiadvány létrejöttéhez nyújtott segítségért Fabienne Hariganak (UNODC) és Annette Versternek, Martin Donoghoe-nak és Jeffrey Lazarusnak (WHO).

□ Előszó

AZ EMCDDA 1996 óta monitorozza az intravénás kábítószer-fogyasztók (injecting drug user – IDU) körében megfigyelhető fertőző betegségek elterjedtségét a kábítószer-fogyasztással összefüggő fertőző betegségek szakterület (drug-related infectious diseases – DRID) keretein belül. Ez a szakterület egyike annak az 5 epidemiológiai kulcsindikátornak, amelyek alapján az EMCDDA a kábítószer-fogyasztást és annak egészségügyi következményeit monitorozza egy adott országban, illetve Európában. Az EMCDDA az adatokat évente gyűjti össze a HIV, hepatitis B és hepatitis C IDU-k körében megfigyelhető prevalenciájára vonatkozóan, mely adatok származhatnak rutinszerűen szűrővizsgálatot végző egészségügyi vagy a kábítószer-problémát kezelő egyéb szolgáltatóktól, vagy célzottan fertőzőbetegségeket/kockázati magatartásokat felmérő kutatásokból.

2006 óta a DRID szakterületen a hangsúly az európai szintű adatok gyűjtése és elemzése helyett a tagállamok adatgyűjtése összehasonlíthatóságának javítására került, melynek eredménye a jelenleg véglegesítés alatt álló DRID protokoll. Egy másik, új aspektusa a protokollnak a kockázati magatartásokra vonatkozó adatgyűjtés kidolgozása, amely monitorozza a HIV, illetve hepatitis szűréseken való részvételi arányt az IDU-k szolgáltatásokhoz való hozzáféréseinek fontos indikátoraként.

Az évente megrendezésre kerülő DRID szakmai találkozókön bemutatott különböző kutatások azt mutatják, hogy az IDU-k HIV, hepatitis és egyéb fertőző betegségek szűrővizsgálatán való részvételi aránya meglehetősen alacsony sok európai országban. Az IDU-k legtöbbször egy olyan rejtett populációba tartoznak, akik sokszor nem kerülnek kapcsolatba egészségügyi szolgáltatásokkal így körükben a fertőző betegségek sokáig felderítetlenek maradhatnak. Pedig mind a betegségek kezelése, mind a további fertőzések megelőzése szempontjából kulcsfontosságú lenne, hogy az ilyen magas kockázatokkal élő csoportok tagjai ismerjék a szerostatuszukat.

Az EMCDDA és a DRID szakértők ennek nyomán felismerték, hogy szükséges kidolgozni egy útmutatót az IDU-k körében rendszeresen végzett orvosi vizsgálatra, illetve a HIV, hepatitis és egyéb fertőzések szűrésére vonatkozóan. Ezenfelül a magasabb szűrésen való részvételi arány a fertőző betegségek hazai és nemzetközi szintű monitorozását is segítené.

Az útmutató sok hasznos információval szolgál a fertőzésekre és az intravénás kábítószer-fogyasztókra vonatkozó prevenció és alapellátás területén. A kezelés és az egyéb szakellátások nem kerülnek részletes bemutatásra, azonban szó esik róluk a megfelelő szakellátásba történő beutalások megnevezése során.

□ Összefoglalás

Az intravénás kábítószer-használat egyik legsúlyosabb következménye a fertőző betegségek akvirálása, amely egyben jelentős egészségügyi kiadásokhoz is vezet. Az IDU-k számos fertőző betegségnek vannak kitéve kockázati magatartásuk, illetve egyéb a háttérben húzódó tényezők következtében, mint például a higiéné 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 IDU-k 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 IDU-k körében, a kiadvány kiter további vér útján terjedő fertőzésekre, illetve számos bakteriális fertőzésre is, amelyeknek szintén fontos szerepük van az általános népesség, illetve az IDU-k egészségügyi állapota szempontjából. Mivel az IDU-k számára elérhető hatékony antiretrovirális kezelésnek és egyéb fertőző betegségek kezelésének hozzáférhetősége egyre javul, a kiadvány annak szükségességét hangsúlyozza, hogy az IDU-k körében a HIV és további fertőző betegségek kapcsán a szűrővizsgálatok hozzáférhetőségét és az azon való részvételi arányt kell tovább növelni.

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 (WHO, UNODC and UNAIDS 2009), 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 kockázati magatartással élő személyek - mint például az IDU-k – körében magas a HIV prevalencia. A legtöbb európai országra ez a helyzet jellemző.

A célok

A szolgáltató által kezdeményezett IDU-k körében végzett vizsgálat, szűrővizsgálat és tanácsadás céljai:

- az IDU 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 IDU-k körében;
- a szakellátást igénylő krónikus fertőzések diagnosztizálásának fejlesztése;
- a védőoltások hozzáférhetőségének javítása az IDU-k körében;
- az IDU-k motiválása a saját egészségügyi ellátásukban való aktív szerepvállalásra;
- az IDU-k prevencióis ismeretekhez és tanácsadáshoz való hozzáférése javítása;
- az IDU-k körében a HIV, hepatitis és egyéb fertőzések monitorozásának fejlesztése.

A konzultáció

Az útmutató javaslata, hogy az IDU-k fizikális vizsgálatát, szűrővizsgálatát és a tanácsadást az egészségügyi szolgáltatók kezdeményezzék. Vizsgálat kezdeményezhető az alapellátásban vagy különböző szakellátások során, az IDU-k által látogatott alacsonyküszöbű szolgáltatásokban, rehabilitációs központokban, bőr- és nemibeteg-gondozókban és a börtönökben található egészségügyi szolgálatoknál. A konzultáció javasolt részei a következők:

- kortörténet és fizikális vizsgálat;
- szűrővizsgálatot megelőző tanácsadás, tájékozott beleegyezés és a szűrővizsgálat visszautasításnak lehetősége;
- szűrővizsgálatok;
- szűrővizsgálatot követő tanácsadás;
- prevenció tanácsadás;
- védőoltás;
- utánkövetés és betegutak;
- a vizsgálat és a szűrővizsgálatok gyakorisága;
- etikai megfontolások.

Szűrővizsgálatok

Ez a kiadvány egy szolgáltató által kezdeményezett, önkéntes és bizalmi alapú megközelítési módját ajánlja a szűrővizsgálatoknak és a tanácsadásnak. A szolgáltató általi kezdeményezés azt jelenti, hogy maga az egészségügyi szolgáltató javasolja a klienseknek az orvosi ellátás alapvető részeként a szűrővizsgálatot és a tanácsadást. 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 kényszerből vagy a negatív következményektől való félelem nélkül visszautasíthasson egy, vagy több fertőző betegségekre 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 adóttak (mint például a börtönökben vagy egyéb zárt közösségekben) javasolt a szolgáltató által kezdeményezett módszer helyett az önkéntes szűrővizsgálatot és tanácsadást elérhetővé tenni, és azt az egyén kérésére megvalósítani.

A következő szűrővizsgálatokat érdemes felajánlani rutinszerűen az adott szolgáltatónál ellátást igénybevevő IDU-k 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 – alanin-aminotranszferáz (ALAT, májfunkciós vizsgálat), aszpartát-aminotranszferáz (ASAT, májfunkciós vizsgálat), bilirubin;

- általános vércép – vörösvértestsüllyedés (ESR) vagy C-reaktív protein (CRP), haemogloblin és fehérvérsejt szám vizsgálat;
- tuberculosis szűrés.

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

Míg ez a kiadvány egy olyan stratégiát támogat, amely növeli az egészségügyi ellátóknál végzett HIV és egyéb fertőzések szűrővizsgálatának arányát az IDU-k körében, nem támogatja a tájékoztatás és a tájékozott beleegyezés nélküli szűrővizsgálatot, ha nem történik szűrővizsgálat megelőző és azt követő tanácsadás, vagy ha a teszt-eredmények titkossága nem garantálható. Egy szűrővizsgálatot 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 szűrővizsgálaton, vagy visszautasítsa azokat.

Azok a kitételek, amelyek szerint egy IDU-nál HIV vagy más fertőző betegség szűrővizsgálatát 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 szűrővizsgálat eredményét bizalmasan kell kezelni. Az egészségügyi szolgáltatóknak a titoktartásra és a szűrővizsgálatok eredményeinek engedély nélküli kiadására vonatkozóan ugyanúgy kell eljárniuk, mint más klienscsoportok esetében. Egyértelművé kell tenni, hogy a szűrővizsgálat 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 szűrővizsgálat 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 IDU-k – szűrővizsgálatához 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 szűrővizsgálatokra vonatkozóan tartalmaz útmutatást (Lásd az útmutató 2. részét).

□ Módszertan és célkitűzés

Ez a kiadvány a Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontján (EMCDDA) belül működő 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 IDU-k 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 IDU-k körében végzett szűrővizsgálatok és tanácsadás minőségét, továbbá hogyan lehetne növelni az IDU-k 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, IDU-k körében végzett tanulmányokon alapszanak. Azonban egy ilyen útmutatónak nem feladata, hogy bemutassa a szűrővizsgálatok, a tanácsadás 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 IDU-kkal foglalkozó egészségügyi szolgáltatók számára, olyan helyzetekben, mint például a fertőző betegségek szűrővizsgálatáról szóló döntéshozatal. Emellett, annak ellenére, hogy az IDU-k körében elvégzett szűrővizsgálatok számának növelése elengedhetetlen ahhoz, hogy növeljük a fertőző betegségekkel kapcsolatos kezeléshez és utógondozáshoz való hozzáférést az IDU-k körében, az egyes fertőzések 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 kábítószer-fogyasztók, egy jól meghatározható populáció, akik a fertőző betegségek akvirálása szempontjából nagyon magas kockázatának vannak kitéve. A kiadványban azt a személyt nevezzük intravénás kábítószer-fogyasztónak (továbbiakban: IDU), aki valaha életében legalább egyszer injektált valamilyen szert nem gyógyászati célból. A folyamatosan injektáló IDU-knál a megfertőződés kockázata nagyon magas, az ő esetükben hasznos lenne gyakran ismételni a szűrővizsgálatokat. Ezen útmutató elsődleges célja azt bemutatni, hogyan ajánljuk 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 kitétek a fertőződés veszélyének (pl.: 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. Érdeemes 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. Ezen körülmények között még nagyobb figyelmet kell fordítani arra, hogy a szűrővizsgálat a megfelelő feltételek mellett történjen. Ez egy másik dokumentumban kerül részletesen bemutatásra (Jürgens, 2008).

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 vizsgálathoz, szűrővizsgálathoz és tanácsadáshoz 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 TANÁCSADÁSHOZ

1. FEJEZET

1. fejezet

Bevezetés

Az IDU-k kockázati magatartásuk és egyéb, a háttérben húzódó körülményeik miatt, mint a higiéné hiánya, a hajléktalanság vagy a szegénység, veszélyeztetettek számos fertőző betegség szempontjából. Ezek a következők lehetnek:

- HIV fertőzés;
- hepatitis A;
- hepatitis B;
- hepatitis C;
- hepatitis D;
- a *Staphylococcus aureus* (belértve a methicillin rezisztens *Staphylococcus aureus* - 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.

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.

Az IDU-k esetében előforduló fertőző betegségek a következő csoportokba sorolhatóak: vér útján terjedő fertőzések, bakteriális bőr és szisztémás fertőzések, szexuális úton terjedő fertőzések, légúti fertőzések.

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 (EuroHIV, 2006; Tefanova et al., 2006; EMCDDA, 2007; Wiessing and Nardone, 2006). A kábítószerfogyasztással 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 (Jager, et al., 2004). Az utóbbi években egyes országok az IDU-k körében történt hepatitis A járványról számoltak be (Perrett, et. al., 2003; Blystad, et al., 2001; Stene-Johansen, et al., 1998). A közelmúltban készült tanulmányok szerint a hepatitis A az IDU-k körében szájon át, a széklettel, szennyezett kábítószer és szennyezett injektáló eszköz használata útján terjed (Stene-Johansen, et al., 1998). A hepatitis D

fertőzés viszonylag ritka a legtöbb fejlett ország általános népessége körében és általában 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 (Krook and Blomber, 1994). A HTLV I és II típusai szoptatás, szexuális érintkezés és fertőzött vérrrel szennyezett tű, illetve injektáló 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 kapcsolatba¹.

Bakteriális bőr és szisztémás fertőzések

Az IDU-k sokféle módon exponálódhatnak bakteriális fertőzésekkel, amely előidézhet helyi vagy szisztémás² megbetegedéseket is (Gordon and Lowy, 2005). Szennyezett tű és egyéb injektáló segédeszköz megosztása, nem steril körülmények között történő injektálás vagy a szennyezett kábítószer bevétele mind olyan körülmény, amely elősegítheti a baktériumok transzmisszióját. Mindemellett a higiéné 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 (Kluytmans, et al., 1997). 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) (Wilson, et al., 2002). 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 (Fleisch, et al., 2001). A szubkután vagy intramuszkuláris injektálásnak köszönhetően (más néven bőr alá vagy izmok közé történő injektálás) az injektálás helyén található tályogok, és kötőszöveti gyulladások gyakori problémák az IDU-k körében (Brown, et al., 2002; Irish, et al., 2007; Binswanger, et al., 2000). 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 (Akbulut, et al., 2005; Anon., 2003; Brazier, et al., 2004; Brett, et al., 2004; Brett, et al., 2005; Christopher, et al., 2002; Hahné, et al., 2003; Health Protection Agency, 2006; Jones, et al., 2000; Murray-Lillibridge, et al., 2000; Ringertz, et al., 2000, Vermeer de Bondt and Vos, 2004).

A savak, mint például a citromsav, növeli a szövetek sérülését, amikor az injektálás a bőr alá vagy az izmok közé történik, ezért ez fontos szerepet játszik a sebfertőzések kialakulásában. Az intravénás injektálás összefüggésbe hozható a phlebitissel (véna-

¹Szerk. megjegyzése: a hazai szakemberek szerint mindkét típus okozhat bénulással járó neurológiai megbetegedéseket.

²Jelentése: az egész szervezetet érintő

gyulladás) 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 szájhigiénét illetően, amelyhez még hozzáadódik a szerhasználat okozta szájszárazság és a fogcsikorgatás, illetve az édességek és szénhidrátok utáni sóvárgás (Robinson, et al., 2005). A fájdalom és a kényelmetlenség mellett, a szájból lévő tályogok és fertőzések kiinduló pontjai lehetnek komolyabb szisztémás bakteriális fertőzéseknek is.

Szexuális úton terjedő fertőzések

Bizonyítékok támasztják alá, hogy összefüggés található a kábítószer-használat és a szexuális úton terjedő fertőzések között. Egy amerikai tanulmányban az IDU-k 60%-a számolt be arról, hogy átesett szexuális úton terjedő fertőzésen (Nelson, et al., 1991). A HIV fertőzés és a hepatitis B mellett a syphilis tűnik az egyik leggyakrabban jelentett szexuális úton terjedő fertőzésnek az IDU-k körében, ugyanakkor a gonorrhoea és a genitális chlamydia sok európai országban gyakoribb előfordulást mutat (Norbert Scherbaum, et al., 2005; Hwang, et al., 2000). A nem intravénás kábítószer-használat szintén szerepet játszik a szexuális úton terjedő fertőzések továbbadásában, a szexuális úton terjedő fertőzésekkel a szívható koka-in-bázis (crack) hozható leginkább összefüggésbe, melynek fogyasztása növeli a kockázatos szexuális viselkedés kialakulásának veszélyét és csökkenti a fertőzésekkel kapcsolatos tudatosságot (Van den Hoek, 1997). Azok az injektló vagy nem injektló szerhasználók, akik prostitúcióba bocsátkoznak a kábítószer megszerzéséért, vagy a kábítószer hatása alatt védekezés nélkül élnek szexuális életet, szintén növelik a megfertőződés kockázatát.

Légúti fertőzések

Az intravénás szerhasználat következtében megnövekszik a TBC kockázata. Ez elsősorban az IDU-k körében megfigyelhető börtönviseltség, hajléktalanság és szegénység magas arányának köszönhető, amelyek mind a TBC kockázatát növelő tényezők (Story, et al., 2007; Keizer, et al., 2000). A HIV fertőzés okozta immungyengesség növeli a TBC kockázatát. A TBC kockázata az IDU-k körében függ attól, hogy mióta áll fenn a HIV fertőzés (Van Asten, et al., 2003). Egy amszterdami tanulmány szerint, a HIV fertőzés 13-szorosára növelte az aktív TBC kialakulásának kockázatát az IDU-k körében. A TBC incidenciája a HIV negatív kábítószer-fogyasztók körében szintén 6-szor nagyobb, mint Amszterdam átlag populációjában (Van Asten, et al., 2003). Mindezenfelül, az IDU-k magasabb kockázatnak vannak kitéve a TBC reaktiválása, illetve a multi-rezisztens TBC kialakulásának szempontjából is (Jones, et al., 1996; Morozova, et al., 2003). A befejezett TBC kezelések alacsony aránya a kábítószer-fogyasztók körében és a börtönben (gyakran multi-drog rezisztens TBC-ről van szó) szintén növeli a multi-rezisztens TBC kockázatát a szerfogyasztók körében (WHO, 2008a).

A *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* és a *Klebsiella pneumoniae* okozta tüdőgyulladások az IDU-k kórházba utalásának egyik leggyakoribb okai (Scheidegger and Zimmerli, 1989; Boschini, et al., 1996). Néhány IDU a leromlott egészségügyi állapota miatt sokkal könnyebben kaphatja el az influenzát is.

2. FEJEZET

2. fejezet

Az intravénás kábítószer-fogyasztóknak nyújtott orvosi vizsgálat, szűrővizsgálat és tanácsadás

Az IDU-k alapos orvosi vizsgálatának, szűrővizsgálatának és a tanácsadásnak javasolt elemei a következők:

- kortörténet és fizikális vizsgálat;
- szűrővizsgálatot megelőző tanácsadás, tájékozott beleegyezés és a vérvétel visszatartásának lehetősége;
- szűrővizsgálatok;
- szűrővizsgálatot követő tanácsadás;
- prevenció tanácsadás;
- védőoltások;
- utánkövetés és betegutak;
- az orvosi vizsgálat és a szűrővizsgálatok gyakorisága;
- etikai megfontolások.

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 bőrképzések. Keressen túnyomokat vagy sebeket a nyakon, a törzsön, a könyökökön, ágyék körül, péniszben, lábszárakon, lábfejekeken 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 két hétnél továbbtartó köhögés a TBC-t 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 hosszabb távú fogorvosi ellátás céljából.

A várandós nőket 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.

A szűrővizsgálatot megelőző tanácsadás, tájékozott beleegyezés és a szűrővizsgálat visszautasításának lehetősége

Mivel a szolgáltató által kezdeményezett szűrővizsgálat és tanácsadás célja, hogy a HIV illetve egyéb fertőző betegségek időben felderítésre kerüljenek, és ezután biztosított legyen a megfelelő hozzáférés az egészségügyi szolgáltatásokhoz, a szűrővizsgálatot megelőző tanácsadás leegyszerűsíthető, és az egyéni kockázatértékelés illetve kockázatsökkentés lehet a szűrővizsgálatot követő tanácsadás 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 kényszerből 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 beleegyző 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, amelyekben 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 tanácsadás elveinek kihangsúlyozását.

A szolgáltatónak meg kell győződnie arról, hogy az IDU nem áll kábítószer vagy alkoholos befolyásoltság alatt, amely rontja döntéshozó képességét a HIV és egyéb fertőzések szűrővizsgálatára vonatkozóan.

A tájékozott beleegyezés előtt fontos a kliens megfelelő tájékoztatása. A következő információkat ajánlott közölni a klienssel mind szóban és írásban:

- miért van szükség a HIV és egyéb fertőző betegségek szűrővizsgálatára;
- milyen szűrővizsgálatok tartoznak a vizsgálati panelbe;
- hogy joga van bármelyik szűrővizsgálatot visszautasítani (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;
- hogy a szűrővizsgálat eredményét bizalmasan kezelik, és azt senkivel nem osztják meg a kliens jóváhagyása nélkül;
- hogy a HIV vagy egyéb szűrővizsgálatok visszautasítása nem befolyásolja a kliens egyéb szolgáltatásokhoz való jogát;
- hogy a 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 tájékozott beleegyezés, azonban a fent leírtak szerint a beleegyezést célszerű írott formában kérni.

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

Fertőzések szűrővizsgálata

AZ IDU-k orvosi vizsgálatának mindig tartalmaznia kell a különféle fertőző betegségek önkéntes alapú szűrővizsgálatát. Az, hogy milyen szűrővizsgálatokat kell elvégezni, 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 tanácsadás 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 szolgáltatónak 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: Jürgens, 2008 és Jürgens és Betteridge, 2007.

A javasolt alapvető szűrővizsgálatok

A szolgáltató kezdeményezte rutin orvosi vizsgálat során ezen szűrővizsgálatoknak kellene alkotniuk a minden IDU számára felajánlott standard szűrővizsgálati csomagot:

- Szerológiai tesztek:
 - HIV;
 - hepatitis A;
 - hepatitis B;

- hepatitis C;
- hepatitis D; (krónikus vagy új hepatitis B fertőzés esetén)
- syphilis.
- Egyéb általános vérvizsgálatok:
 - ESR vagy CRP;
 - haemoglobin;
 - fehérvérsejt szám.
- Mintavétel tályogból és a bőrfelületi sérülésből tenyésztésre.
- Tesztek biokémiai vizsgálathoz:
 - ALAT (alanin-aminotranszferáz);
 - ASAT (aszpartát-aminotranszferáz);
 - bilirubinszint mérése.
- TBC és látens TBC szűrővizsgálata (a kiegészítéseket lásd alább)

Olyan IDU-k ismételt szűrővizsgálatát is minden esetben mérlegelni kell, akiket korábban már diagnosztizáltak vagy tudják magukról, hogy HIV, krónikus hepatitis B vagy krónikus hepatitis C fertőzöttek. Az egyes tesztekhez tartozó kiegészítések az alábbiakban kerülnek bemutatásra.

HIV fertőzés

A standard HIV szűrővizsgálat céljára vénás vérvételnél a kombinált HIV-1/2 – ellenanyagot kimutató ELISA teszteket 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 eredménnyen. 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 is³.

A vírus ablakperiódus (a HIV-vel való megfertőződés és a kimutatható vírus ellenanyag között eltelt időszak) alatt történő detektálása is lehetséges a NAAT (nukleinsavamplifikációs teszt) tesztek által, ilyen például a PCR (polimeráz láncreakció), de erre normális esetben nincs szükség. A modern HIV tesztek magas specifitással és szenzitivitással⁴ rendelkeznek, továbbá az ablakperiódus általában nem több mint 1-2 hét.

A HIV gyorstesztek szinte minden országban elérhetőek. Ezekre a tesztekre gyakran mint POCT (point of care testing)⁵ hivatkoznak. Ezen teszteknek az az előnye, hogy néhány percen belül eredményt adnak és nyálminta vagy vérminta (pl.: ujjbegyből vett) esetében is alkalmazhatóak. Azonban ezen tesztek szenzitivitása és specifitása valamivel alacsonyabb, mint a hagyományos negyedik generációs ELISA teszteké. Amennyiben ilyen gyorsteszteket használnak, mindenképpen szükséges a pozitív eredményeket szerológiai vizsgálattal is megerősíteni.

³Szerk. megjegyzése: hazai szakirodalomban lásd.: Mikrobiológiai Körlevél 2008. VIII. évf. 4. szám.

⁴Szerk. 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.

⁵Szerk. 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? A verifikáltan HIV pozitív IDU-kat be kell utalni egy szakklinikára. A szolgáltatónak 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 ellenanyagot (anti-HAV IgG);
- hepatitis A IgM ellenanyagot (anti-HAV IgM) – csak akut fertőzéseknél.

Az IgM ellenanyag a fertőzés során hamar megjelenik a vérben és a sárgaság kezdete utáni első – második hétben éri el a legmagasabb koncentrációját. Majd a következő hetekben az IgM koncentrációja csökken, amelyet a IgG ellenanyag koncentrációjának növekedése követ, amely élethosszig tartó védeettséget 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 túlmutat ezen útmutató keretein. Bizonytalanság esetén a szűrővizsgálatok eredményeiről érdemes egy hepatológussal konzultálni. Az ablakperiódus általában 4-6 hónap.

Mikor utaljuk be? Az IDU-kat, akiket akut vagy krónikus hepatitis B-vel (pl.: a HBsAg-t a vérmintában több mint 6 hónapig ki lehet mutatni) 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 az 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 ablakperiódus 4–6 hónapig tart.

Mikor utaljuk be? Minden IDU-nál, 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 klieint antivirális 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 terápiás útmutatók (Hepatosol, 1999). Fontos megjegyezni, hogy bár több kézikönyv az antivirális kezelésből 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 (Hepatosol, 1999; Reimer, et al., 2005).

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 fekélyvel 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 teszt (Treponema pallidum Részecske Agglutinációs teszt), mindkettő alkalmas a T. Pallidum specifikus antitestek kimutatására és magas specificitásuk, illetve szenzitivitásuk miatt használhatók 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);
- RPR teszt (rapid plasma reagin teszt);
- FTA-ab 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 (enzyme-linked immunoassay) 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.

Mikor utaljuk be? 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. Egy transzport médiumot minden helyzetben használni kell. A tályogból vett mintából anaerob módon kell tenyésztetni 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 vírushepatitis – eseté-

ben. Az ASAT hasonlóan az ALAT-hoz egy enzim, amely a parenchymás sejtekben található meg (hepatociták, szívizomsejtek, harántcsíktolt 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 TBC 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 TBC-nek milyen tünetei jelennek meg a kliensen. Ideális esetben az IDU-kat aktív TBC-re vagy inaktív TBC fertőzésre kellene megszűrni.

A köpet mikroszkópos vizsgálata, tenyésztés és tüdő röntgen alkalmazása javasolt minden európai országban olyan IDU-k körében, akiken a TBC tünetei, jelei mutatkoznak⁶.

- 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)⁷. 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.

⁶Mindezelőtt az IDU-nak ki kell töltenie egy kérdőívet, és részt kell vennie egy klinikai vizsgálaton a jelek és tünetek azonosítása céljából.

⁷2007 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.

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 költséget von maga után és egy bonyolultabb eljárást igényel, azonban nagyban növeli a diagnózis specifikitását 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 kúrára 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 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 tüdő röntgen pulmonális TBC diagnosztizálásához való felhasználását veszélyezteti még a rossz film minőség, az alacsony specifikitás és a röntgenkép helytelen interpretációja.

A HIV fertőzés csökkenti a tüdő röntgen 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 tenyészete TBC pozitív eredményt adott (az esetek 14%-nál megfigyelt jelenség). A tüdő röntgen 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 tanácsadását, nem felkészültek erre, vagy a szükséges biztonsági óvintézkedések nem biztosítottak, a TBC 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 TBC-re utaló jelek vagy tünetek, elég ha csak az inaktív TBC-t szűrik. A tünetmentes IDU-k inaktív TBC-re való szűrővizsgálata a tuberkulin bőrteszttel, illetve vérvizsgálatokkal hajtható végre.

- A tuberkulin bőrteszt (tuberculin skin test - TST)

Ezt a bőrtesztet hagyományosan arra használták, hogy a *Mycobacterium tuberculosis* okozta tünet nélkül lejátszódó fertőzést diagnosztizálják. A bőrtesztnak azonban számos korláta van, többek között alacsony a specifitása, amelyet a Bacille Calmette Guérin (BCG) oltás antigénjeivel illetve az egyéb nem tuberculosost 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 TBC kialakulása kockázatának és 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 TBC-t, mint a hagyományos TST-vel (Grimes, et al., 2007). 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 TBC-re utaló jelei vagy tünetei vannak, vagy pozitív bakterológiai eredménnyel rendelkeznek (köpet mikroszkópos vizsgálata vagy tenyésztés) vagy a röntgen eredményük egybecseng a gyanított TBC betegséggel, azonnal be kell utalni a területileg illetékes tüdőgondozóba.

Az olyan tünetmentes IDU-kat, akiknek pozitív a TST vagy IGRA tesztjük, és akiknél a TBC betegség kizárásra került, érdemes a TBC-t megelőzendő prevenciósi terápiára elküldeni. A csökkent allergiás reakciókkal rendelkező HIV pozitív személyek számára, akik egy magas TBC prevalenciával rendelkező populációban élnek, szintén javasolt a prevenciósi terápia és emiatt egy szakorvoshoz történő irányítás.

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. A szolgáltató által kezdeményezett orvosi vizsgálat során elvégezhető további javasolt szűrővizsgálatok a következők:

- HTLV fertőzések vizsgálata;
- kenet vagy vizeletvizsgálat a genitális chlamydia fertőzések kimutatására;
- kenet vagy vizeletvizsgálat a gonorrhoea kimutatására.

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 (Sexton, et al., 2005).

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 általában 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 el kell küldeni, illetve tenyésztéskor el kell végezni az antibiotikum rezisztencia vizsgálatokat is. A NAAT tesztek, 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 egyéneken 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 teszteket, 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.

A szűrővizsgálatot követő tanácsadás

A szűrővizsgálatot követő tanácsadás fontos és elemi része a szűrés folyamatának. Minden kliensnek részt kell vennie tanácsadáson 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 tanácsadást 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 eredményekről szóló írott információt soha nem szabad elküldeni a kliensnek, kivéve, ha előzetesen erről a klienssel megállapodás történt. 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 szűrővizsgálatot követő tanácsadásnál 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 tanácsadásnak a következő elemei vannak:

- Meg kell arról bizonyosodni, hogy a kliens érti az eredményeket.
- Meg kell arról bizonyosodni, hogy a hepatitis, syphilis vagy TBC esetében a kliens érti azt, hogy mi a különbség az akut fertőzés, a krónikus fertőzés, és a múltbeli fertőzés között. Megértette-e a betegség hosszútávú 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 tanácsadást 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 szaklinikákra 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 ismétlje 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 ablakperiódusban volt az előző szűrővizsgálat ideje alatt. Egy ismételt HIV szűrővizsgálatot az expozíció utáni 3 hónapban érdemes elvégezni.

Prevenációs tanácsadás

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 prevenációs tanácsadás 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 realiztikus, ezért kell a tanácsadás során információt nyújtani arról, hogy hogyan csökkenthető a fertőzések akvirálásának kockázata (Lásd az alábbi táblát).

A vér útján terjedő fertőzések és a bakteriális fertőzések megelőzésével kapcsolatos információk az IDU-k 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 újrahassználja, vagy megossa 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, vérvaladékokat, és az egyéb testvaladékokat.
 2. Fertőtlenítse fehérítőszerrel (kétszer): a kereskedelmi forgalomban kapható hígítatlan háztartási fehérítőszerben történő 30 másodperces áztatás a legjobb módszere az életképes HIV vírus megsemmisítésének (Abdala et. al., 2001).
 3. Öblítse át újra folyó csapvízzel (kétszer), hogy eltávolítsa a fehérítőszert. Avagy főzze vízben a tűt és a fecskendőt 10 percig miután először azt alaposan kitisztította folyó csapvízzel.
- Ha újrahassználja 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 injektálás 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 injektálás biztonságát a következőképpen:
 1. Mossa meg a kezét injektálás előtt és után (főleg, ha másoknak is segít).
 2. Ha lehetséges, forralja fel a kábítószert.
 3. Tisztítsa meg a bőrt injektálás előtt alkohollal, vagy bármilyen fertőtlenítő oldattal.
 4. Kerülje el a veszélyes helyekre való injektálást, például nyak és ágyék.
 5. Kerülje a bőr alá és az izmok közé való injektálást.
 6. Tisztítson meg minden használt eszközt fertőtlenítőszerrel, beleértve az asztal felületét is.
- Vegye igénybe (ha elérhető) a következő kezelő és ártalomcsökkentő szolgáltatásokat:
 - Tücsere programok és más steril injektáló eszközöket biztosító források (pl.: gyógyszer-tár) - kérjen elegendő eszközt, hogy elkerülje az újrahassználást;
 - Gyógyszeres rehabilitáció vagy szubsztitúciós programok (például metadon programok vagy egyéb kezelőhelyek);
 - Orvosilag felügyelt injektáló helységek.
- Próbálja csökkenteni vagy abbahagyni a kábítószer-fogyasztást. Az injektálás helyett alkalmazzon más beviteli módokat, mint az elszívás, vagy a szippantás, és ha lehetséges csökkentse az injektálás gyakoriságát.
- Kerülje a védekezés nélküli szexet – mindig használjon óvszert – és kerülje, vagy csökkentse az egyszerre több partnerrel folytatott szexuális életet.
- Törődjön a saját személyi higiénéjével, elsősorban a szájhigiénéjével.

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).

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 beadásnak tervét mindig egyeztetni kell a klienssel is. Az IDU-k számára kifejezetten ajánlott védőoltások a következők:

- 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 és 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 mérsékelten 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 TBC 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 papilloma vírus 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-kkal való kapcsolattartás és ebből kifolyólag az ismétlődő oltások terén is nehézségekbe ütközhetünk (de la Fuente, et al., 2007).

A várandósok beoltása általában véve nem javallott.

Utánkövetés, kezelés, betegutak

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, TBC, hepatitis, és syphilis) a klienst 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 klienst illetően.

A vizsgálat és a szűrővizsgálatok gyakorisága

Az IDU-k rutinszerű orvosi vizsgálatának, szűrővizsgálatának és tanácsadásának 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 vizsgálásának és ismételt szűrővizsgálatának gyakorisága, hogy egyénileg milyen fertőzéssel összefüggő kockázatoknak teszi ki magát. Az olyan személyek esetében, akik folyamatosan intravénásan használnak kábítószerket 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 kockázati 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 feljárnani a vizsgálat és a szűrővizsgálat lehetőségét.

Etikai megfontolások

(Lásd még: „A szűrővizsgálatot megelőző tanácsadás, tájékozott beleegyezés, és a szűrővizsgálat visszautasításának lehetősége” részt).

A szolgáltatónak meg kell győződnie arról, hogy az IDU megfelelő állapotban (nem áll kábítószer, vagy alkoholos befolyásoltság alatt) van ahhoz, hogy informálódjon, és 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 tájékozott beleegyezést, a szűrővizsgálatot megelőző és követő tanácsadást 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 bántalom 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 tanácsadást és szűrővizsgálatot csak az egyén kérésére javasolt megvalósítani, azonban arról gondoskodni kell, hogy a kliensekben tudatosuljon a szűrővizsgálat és tanácsadás lehetősége.

2. RÉSZ

AZ ÚTMUTATÓ HÁTTERE
ÉS KIVITELEZÉSE

3. FEJEZET

3. fejezet

Háttér

Egyéb útmutatók és az IDU-k számára készített külön útmutató szükségessége

A IDU-k HIV szűrővizsgálatra vonatkozó legfőbb útmutatók:

- *Útmutató a szolgáltató által kezdeményezett HIV szűrővizsgálathoz és tanácsadáshoz az egészségügyi intézményekben (WHO, 2007)*

Ez a kiadvány egy globális szinten alkalmazható, alapvető működési útmutatást nyújt az egészségügyi intézményekben történő szolgáltató által kezdeményezett HIV szűrővizsgálatokra és tanácsadásra vonatkozóan. A kiadvány egyetért a WHO 2003-as irányelveivel, illetve a 2004-es UNAIDS/ WHO által kiadott HIV szűrővizsgálatra vonatkozó állásfoglalással (UNAIDS és WHO, 2004), azonban leszögezi, hogy a veszélyeztetett populációk körében az opt-in megközelítés átgondolásra szorul. Az útmutatóban kihangsúlyozásra kerül az IDU-k túsere 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 tanácsadáshoz (WHO and UNODC, 2009)*

Ez a kiadvány alapvető operatív útmutatást nyújt az injektáló szerhasználók által látogatott helyeken elvégezhető HIV szűrővizsgálathoz és tanácsadáshoz. A HIV szűrővizsgálat minden olyan kliensnek javasolt, akik klinikai megjelenése háttérben 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 tanácsadáshoz való proaktív hozzáállást javasolja. Ebbe beleértendő egy egyszerűsített szűrővizsgálat előtti információk, amely követi a WHO és a 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 (Centers for Disease Control and Prevention, 2006b)*

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 tanácsadás 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)*

Ez az útmutató gigyújtja 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 tanácsadás 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, 2008b)*

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 TBC és a HIV megbetegedések és halálások 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 tanácsadás kábítószer-fogyasztók körében”, valamint „HIV szűrővizsgálat és tanácsadás a börtönökben és más zárt közösségekben” címekekkel. Ezek a háttéranyagok, amelyek az alapját képezik majd egy stratégiai állásfoglalásnak a HIV szűrővizsgálattal és tanácsadással 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 (Jürgens, 2008; Jürgens and Betteridge, 2007).

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 (Centers for Disease Control and Prevention) publikált egy kiadványt „Útmutató

a szexuális úton terjedő betegségek kezeléséhez 2006” címmel (Centers for Disease Control and Prevention, 2006a). Ebben a dokumentumban a gyakori szexuális úton terjedő betegségek rutinszerű laboratóriumi vizsgálatát javasolják minden aktív nemi életet élő homoszexuális férfinak. Függetlenül HIV státuszuktól, ezen szűrővizsgálatok évenkénti elvégzését javasolják esetükben. A homoszexuális férfiakra vonatkozóan hasonló javaslatokat tettek közzé Ausztráliában és Norvégiában is (Blystad and Klouman, 2005). 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 (British HIV Association, 2008).

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 HIV és egyéb fertőzések transzmissziójának megelőzése, a fertőzettek korai kezelésbevétele és gondozása, illetve erre a kockázati csoportra vonatkozó surveillance adat minősége szempontjából.

Egy hatékony szűrővizsgálatra vonatkozó szemléletnek tartalmaznia kell az alacsony-küszöbű 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.: vírushepatitis) 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 tanácsadás, 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.

Stratégiai javaslatok az IDU-k szolgáltató által kezdeményezett szűrővizsgálata során szükséges feltételek megvalósításához és biztosításához

(A Jürgens and Betteridge, 2007 és a WHO, 2005 hivatkozású szakirodalomból átvett javaslatok)

Számos olyan javaslatot lehet áttemelni 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 közlése.
- 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 stb.) (WHO, UNDOC and UNAIDS 2009).
- Amennyiben az antiretrovirális terápia (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 személyzet képzése és szupervíziója fontos, az etikai feltételek biztosítása 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.

A szolgáltató által kezdeményezett önkéntes orvosi vizsgálat, szűrővizsgálat és tanácsadás

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

Szolgáltató által kezdeményezett

A szolgáltató által kezdeményezett kifejezés azt jelenti, hogy a vizsgálatot, szűrővizsgálatot és tanácsadást 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 kitétt személyek körében. Ezen felül, így alátámasztható a fertőzöttség gyanúja a sajátos jeleket és tüneteket mutató személyek esetében. Ez nem egy új keletű stratégia az IDU-k HIV szűrővizsgálatát illetően. Mióta az 1980-as évek elején az IDU-kat

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 terhesgondozás alatti szolgáltató által kezdeményezett HIV szűrővizsgálat és tanácsadás. Ezen programok hatására jelentősen megemelkedett a HIV szűrővizsgálatok száma szerte Európában, az Egyesült Államokban, az Egyesült Királyságban, Norvégiában és Kanadában is (Obermeyer and Osborn, megjelenés alatt).

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 (Simpson et al., 1998; Haukoos et al., 2008). 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 tanácsadást 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. Az opt-in módszer esetében, a szűrővizsgálat előtti tanácsadást követően 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. Továbbá ha hozzárendeljük a tájékozott beleegyezést és a tanácsadást az opt-out megközelítéshez, a gyakorlatban nem sokban fog különbözni az opt-in megközelítéstől.

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

- az egyén kezdeményezésén alapuló önkéntes tanácsadás 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 IDU-k, 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 TBC 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 szolgáltatóknak kötelessége biztosítani a titoktartást, illetve betartani azt az elvet, hogy engedély nélkül nem adja ki a vizsgálati eredményeket.

Az IDU-k szolgáltató által kezdeményezett orvosi vizsgálatának és szűrővizsgálatának céljai

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 phylaxison.

A szolgáltató kezdeményezte önkéntes vizsgálat, szűrővizsgálat és tanácsadás várhatóan:

- javítja az IDU általános egészségügyi állapotát;
- növeli a HIV és egyéb fertőzések szűrővizsgálatának számát;
- javítja 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;
- javítja az IDU-k prevenció tanácsadáshoz és információhoz való hozzáférését;
- fejleszti az IDU-k HIV, hepatitis és egyéb szerfogyasztással összefüggő fertőzéseinek surveillance rendszerét.

HIV szűrővizsgálaton való részvételi arány az IDU-k 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 (Jürgens, 2008; Tefanova, et al., 2006; Haukoos, et al., 2008; ECDC and WHO, 2007). Ez részben következhet abból, hogy megemelkedett a prevencióhoz, kezeléshez és ártalomcsökkentő programokhoz – mint szubsztitúciós kezeléshez, tűcseré 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 prevenciók stratégia egyik alapköve volt. Számos tanulmány kimutatta, ha egy IDU ismeri HIV szerostátuszát, csökkentheti kockázati magatartását, különösképp akkor, ha HIV pozitívként diagnosztizálták (Desenclos, et al., 1993). Továbbá, mióta a hatékony antiretrovirális 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 megszárták (Uusküla, et al., 2006). 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 (Health Protection Agency, 2007).

A kábítószer-fogyasztók körében végzett HIV szűrővizsgálatra és tanácsadásra vonatkozó kutatások eredményeinek összefoglalása

(a Jürgens and Betteridge, 2007 és a WHO, 2005 hivatkozású szakirodalmak alapján)

Az útmutatónak nem feladata bemutatni a HIV szűrővizsgálatra és tanácsadásra vonatkozó kutatásokat, ezért a további részletekért és hivatkozásokért az olvasónak ajánljuk a Van den Hoek (1997) és a Centers for Disease Control and Prevention (2006b) hivatkozású szakirodalmak 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 nagyhatékonyságú antiretrovirális kezelésbe (HAART) való jutása az egyéb kockázati csoportokkal összehasonlítva, míg a HCV antivirális kezelésbe való jutás pedig általában véve alacsony.
- A személyzet kábítószer-fogyasztókhoz 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 halogatják 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 pozitív, illetve negatív irányba:
 - Pozitív tényezők: a HIV/AIDS-szel kapcsolatos ismeretek; a szűrőhely látogatásával kapcsolatos komfortérzés; kockázatterzékelés; iskolai végzettség; a vágy, hogy megvédje magát és másokat; másoktól kapott támogatás; pénzbeli motivációs díj; a HIV fertőzés problémaként való érzékelése.
 - Negatív tényezők: az eredménytől való félelem; a rendőrségtől, egészségügyi személyzettől, dolgozótól való félelem; a tűtől és vérvételtől való félelem; az injektálás gyakorisága; a bizalmasság érzékelt hiánya; a kezeléshez való limitált hozzáférés; ha valaki nem akarja tudni a szerostátuszát; ha a szerhasználat fontosabb, mint a saját magával való törődés; a szexuális partner negatív vizsgálati eredménye; közelmúltbeli szűrés; költségek.
- 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 injektálási kockázat).
- A folyamatos 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 injektáló eszközkészletre vonatkozó törvények, avagy a szubsztitúciós kezelés illegális-ként való besorolása.
- A HIV és HCV szűrővizsgálat sikeresen bevezethető alacsony küszöbű tűcsere programoknál és ezt szívesen veszik igénybe még akkor is, ha ezalatt más szűrőhelyek is elérhetőek.
- Az önkéntes tanácsadás és szűrővizsgálat (VCT) 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 a kokain használók számára létesített szolgáltatásokat is – és közben semmilyen mellékhatása nem lesz a kezelés kimenetelét illetően.

4. FEJEZET

4. fejezet

Kivitelezés

Az egészségügyi ellátóhelyek

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

A bevezetésre alkalmas helyszínek

Az IDU-k számára a szolgáltató által kezdeményezett, fertőző betegségekkel kapcsolatos önkéntes orvosi vizsgálat, szűrővizsgálat és tanácsadás kivitelezésére leginkább alkalmas intézmények a következők:

- 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;
- alacsonyküszöbű 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 TBC 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 megkérdése. 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 (Jürgens, 2008). 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 a tanácsadást.

Az EU stratégiai kiadványa ebben a témakörben éppen kidolgozás alatt áll. A 2006-ban az Európai Tanács Miniszteri Bizottsága által újra kiadott Európai Börtönök Szabályzatában⁸ leszögezik, hogy a fogvatartottak jogosultak orvosi vizsgálatra az első felvé-

⁸European Prison Rules

tel alkalmával (§42), továbbá a börtönhatóságoknak kötelessége megóvni a fogvatartottak egészségét (§39) (Council of Europe, 2006). Emellett, kidolgozás alatt áll egy, a Tanács javaslatára megkezdett indítvány, amely bevezetné az ártalomcsökkentő módszereket (beleértve az önkéntes, fertőző betegségekre vonatkozó tanácsadást 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 tanácsadást csak a tünetekkel rendelkező páciensek esetében javasolt bevezetni. Általánosságban az önkéntes szűrővizsgálatot és tanácsadást csak az egyén kérésére kell elérhetővé tenni.

Az egészségügyi szolgáltatók képzése

Az IDU-k rutin orvosi vizsgálatát, szűrővizsgálatát, és a tanácsadást 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 az etikai feltételeket, amely magában foglalja a tájékozott beleegyezést, továbbá adott a lehetőség a HIV és egyéb fertőzésekre vonatkozó bármelyik szűrővizsgálat visszautasítására;
- ügyelni kell a bizalmasságra, és a kliensek személyes adatainak védelmére;
- kerülni kell a megbélyegzést, mindegyik klienst méltányos bánásmódban kell részesíteni, és tartózkodni kell a HIV státusz vagy kockázati magatartás alapján történő diszkriminációtól;
- vissza kell szorítani az IDU-kkal kapcsolatos negatív attitűdöket.

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.

Az útmutató adaptálása

Az IDU-k szolgáltató által kezdeményezett rutinszerű orvosi vizsgálatának, szűrővizsgálatának és a tanácsadásnak 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

- Abdala, N., Gleghorn, A. A., Carney, J. M. and Heimer, R. (2001), 'Can HIV-1 infected syringes be safely cleaned? Implications for transmission among injection drug users', *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 28, pp. 487–494.
- Akbulut, D., Dennis, J., Gent, M., et al. (2004), 'Wound botulism in injectors of drugs: upsurge in cases in England during 2004', *Eurosurveillance* 10 (9), pp. 172–174.
- Anonymous (2003), 'Clostridium histolyticum in injecting drug users', *Communicable Disease Report (CDR) Rev* 13, p. 47.
- Binswanger, I. A., Krai, A. H., Bluthenthal, R.N., Rybold, D. J. and Edlin, B. R. (2000), 'High prevalence of abscesses and cellulitis among community recruited injection drug users in San Francisco', *Clinical Infectious Diseases* 30, pp. 579–581.
- Blystad, H. and Klouman, E. (2005), 'Recommendation for annual HIV and STI testing in MSM introduced in Norway', *Eurosurveillance* 10 (27), pii= 2744. Online at <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=2744>.
- Blystad, H., Hoel, T., Høiby, E. A. and Nilsen, O. (2001), 'Infections among injecting drug users in Norway, 1997–2000', *Eurosurveillance* 5 (1), pii=1829. Online at <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=1829>.
- Boschini, A., Smacchia, C., Di Fine, M., et al. (1996), 'Community-acquired pneumonia in a cohort of former injection drug users with and without human immunodeficiency virus infection: incidence, etiologies, and clinical aspects', *Clinical Infectious Diseases* 23, pp. 107–113.
- Brazier, J. S., Gal, M., Hall, V. and Morris, T. E. (2004), 'Outbreak of clostridium histolyticum infections in injecting drug users in England and Scotland', *Eurosurveillance* 9 (9), pp. 15–16.
- Brett, M. M., Hallas, G. and Mpamugo, O. (2004), 'Wound botulism in the UK and Ireland', *Journal of Medical Microbiology* 53, pp. 555–561.
- Brett, M. M., Hood, J., Brazier, J. S., Duerden, B. I. and Hahné, S. J. M. (2005), 'Soft tissue infections caused by spore-forming bacteria in injecting drug users in the United Kingdom', *Epidemiology and Infection* 133 (04), pp. 575–582.
- British HIV Association (2008), *UK national guidelines for HIV testing*. Online at <http://www.bhiva.org/cms1222621.asp>.
- Brown, P. and Ebright, R. (2002), 'Skin and soft tissue infections in injection drug users', *Current Infectious Disease Reports* 4 (5), pp. 415–419.
- Centers for Disease Control and Prevention (2006a), 'Sexually Transmitted diseases treatment guidelines, 2006', *Morbidity and Mortality Weekly Report* 4 August, 55 (RR–11).
- Centers for Disease Control and Prevention (2006b), 'Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings', *Morbidity and Mortality Weekly Report* 22 September, 55 (RR–14), pp. 1–17.

Christopher, C., Mcguigan, C., Penrice, G. M., et al. (2002), 'Lethal outbreak of infection with *Clostridium novyi* type A and other spore-forming organisms in Scottish injecting drug users', *Journal of Medical Microbiology* 51, pp. 971–977.

Council of Europe (2006), *European prison rules* (2006), Council of Europe Publishing, Strasbourg.

De la Fuente, L., Toro, C., Brugal, M. T., et al. (2007), '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"', *Project Itinere Group, Journal of Clinical Virology* 38 (1), pp. 87–90.

Desenclos, J. C., Papaevangelou, G. and Ancelle-Park, R. (1993), 'Knowledge of HIV serostatus and preventive behaviour among European injecting drug users', *The European Community Study Group on HIV in Injecting Drug Users, AIDS* October, 7 (10), pp. 1371–1377.

ECDC and WHO (European Centre for Disease Prevention and Control and WHO Regional Office for Europe) (2008), *HIV/AIDS surveillance in Europe 2007*, European Centre for Disease Prevention and Control, Stockholm. Online at <http://ecdc.europa.eu/>.

EuroHIV (European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS Euro) (2007), *HIV/AIDS surveillance in Europe: mid-year report 2006*, No.74, French Institute for Public Health Surveillance, Saint-Maurice.

EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2007), *Annual report 2007: the state of the drugs problem in Europe*, EMCDDA, Lisbon. Online at <http://www.emcdda.europa.eu/>.

Fleisch, F., Zbinden, R., Vanoli, C. and Ruef, C. (2001), 'Epidemic spread of a single clone of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* among injection drug users in Zurich, Switzerland', *Clinical Infectious Diseases* 32, pp. 581–586.

Gordon, R. J. and Lowy, F. D. (2005), 'Bacterial infections in drug users', *New England Journal of Medicine* 3 November, 353 (18), pp. 1945–1954.

Grimes, C. Z., Hwang, L. Y., Williams, M. L., Austin, C. M. and Graviss, E. A. (2007), 'Tuberculosis infection in drug users: interferon-gamma release assay performance', *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* (11) 11, pp. 1183–1189.

Hahné, S., Crowcroft, N., White, J., Hope, V. and de Souza, L. (2003), 'Cluster of cases of tetanus in injecting drug users in England: European alert', *Eurosurveillance Weekly* 7 (47). Online at <http://www.eurosurveillance.org/ew/2003/031120.asp>.

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', *Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections*, Abstract 544B.

Health Protection Agency (2007), *Shooting up: infections among injecting drug users in the United Kingdom 2006. An update: London 2007*. Online at <http://www.hpa.org.uk/>

- Hepatal, J. (1999), 'Consensus statement', *EASL International Consensus Conference on Hepatitis C, Paris, 26–27 February 1999*, 31, Supplement 1, pp. 3–8.
- Hwang, L. Y., Ross, M. W., Zack, C., et al. (2000), 'Prevalence of sexually transmitted infections and associated risk factors among populations of drug abusers', *Clinical Infectious Diseases* 31 (4), pp. 920–926.
- Irish, C., Maxwell, R., Dancox, M., et al. (2007), 'Skin and soft tissue infections and vascular disease among drug users, England' [letter], *Emerging Infectious Diseases* [serial on the Internet], October. Online at <http://www.cdc.gov/EID/content/13/10/1510.htm>.
- Jager, J., Limburg, W., Kretzschmar, M., Postma, M. and Wiessing, L. (eds) (2004), *Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options*, EMCDDA Scientific monograph no. 7, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg. Online at <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index31213EN.html>.
- Jones, J. A., Salmon, J. E., Djuretic, D., et al. (2002), 'An outbreak of serious illness and death among injecting drug users in England during 2000', *Journal of Medical Microbiology* 51, pp. 978–984.
- Jones, J. L., Burwen D. R., Fleming, P. L. and Ward, J. W. (1996), 'Tuberculosis among AIDS patients in the United States 1993', *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology* 12, pp. 293–297.
- Jürgens, R. (2008), 'HIV testing and counselling in prisons and other closed settings', background paper, UNODC/WHO/UNAIDS, 1 June.
- Jürgens, R. and Betteridge, G. (2007), 'HIV testing and counselling for people who use drugs', draft background paper, WHO/UNODC/UNAIDS, 22 November.
- Keizer, S., Langendam, M. W., van Deutekom, H., Coutinho, R. A. and van Ameijden, E. J. (2000), 'How does tuberculosis relate to HIV positive and HIV negative drug users?' *Journal of Epidemiology and Community Health* 54, pp. 64–68.
- Kluytmans, J., van Belkum, A. and Verbrugh, H. (1997), 'Nasal carriage of *Staphylococcus aureus*: epidemiology, underlying mechanisms, and associated risks', *Clinical Microbiology Reviews* 10, pp. 505–520.
- Krook, A. and Blomber, J. (1994), 'HTLV-II among drug users in Stockholm', *Scandinavian Journal of Infectious Diseases* 26, pp. 129–132.
- Morozova, I. R. V., Sture, G., Wells, C. and Leimane, V. (2003), 'Impact of the growing HIV-1 epidemic on multidrug-resistant tuberculosis control in Latvia', *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* 7 (9), pp. 903–623.
- Murray-Lillibridge, K., Barry, J., et al. (2006), 'Epidemiological findings and medical, legal and public health challenges of an investigation of severe soft tissue infections and deaths among injecting drug users — Ireland', *Epidemiology and Infection* 134 (4), pp. 894–901.
- Nelson, K. E., Vlahov, D., Conn, S., et al. (1991), 'Sexually transmitted diseases in a population of intravenous drug users: association with seropositivity to the human immunodeficiency virus (HIV)', *Journal of Infectious Diseases* 164, pp. 457–463.

- Norbert Scherbaum, N., Baune, B. T., Mikolajczyk, R., et al. (2005), 'Prevalence and risk factors of syphilis infection among drug addicts', *BMC Infectious Diseases* 5, p. 33.
- Obermeyer, C. and Osborn, M. (in press), 'The uptake of testing and counselling for HIV: a review of the social and behavioural evidence', *American Journal of Public Health*.
- Perrett, K., Granerød, J., Crowcroft, N. and Carlisle, R. (2003), 'Changing epidemiology of hepatitis A: should we be doing more to vaccinate injecting drug users?' *Communicable Disease and Public Health* 6 (2), pp. 97–100.
- Reimer, J., Schulte, B., Castells, X., et al. (2005), 'Guidelines for the treatment of hepatitis C virus infection in injection drug users: status quo in the European Union countries', *Clinical Infectious Diseases* 15 April, 15 (40) Supplement 5, pp. S373–378.
- Ringertz, S., Høiby, E., Jensenius, M., et al. (2000), 'Injectable anthrax in a heroin skin-popper', letter, *Lancet* 356, pp. 1574–1575.
- Robinson, P.G., Acquah, S. and Gibson, B. (2005), 'Drug users: oral health-related attitudes and behaviours', *British Dental Journal* 198, pp. 219–224.
- Scheidegger, C. and Zimmerli, W. (1989), 'Infectious complications in drug addicts: seven-year review of 269 hospitalized narcotics abusers in Switzerland', *Reviews of Infectious Diseases* 11, p. 48693. [Erratum, *Reviews of Infectious Diseases* 1990, 12, p. 165.]
- Sexton, J., Garnett, G. and Røttingen, J. A. (2005), 'Metaanalysis and metaregression in interpreting study variability in the impact of sexually transmitted diseases on susceptibility to HIV infection', *Sexually Transmitted Diseases* June, 32 (6), pp. 351–357.
- Simpson, V. W., Johnstone, F. D., Boyd, F. M., et al. (1998), 'Uptake and acceptability of antenatal HIV testing: randomised controlled trial of different methods of offering the test', *BMJ* 316, pp. 262–267.
- Stene-Johansen, K., Skaug, K., Blystad, H. and Grinde, B. (1998), 'A unique hepatitis A virus strain caused an epidemic in Norway associated with intravenous drug abuse', The Hepatitis A Study Group, *Scandinavian Journal of Infectious Diseases* 30, pp. 35–38.
- Story, A., Murad, S., Roberts, W., Verheyen, M. and Hayward, A. C. (2007), 'Tuberculosis in London: the importance of homelessness, problem drug use and prison', *Thorax* 62, pp. 667–671.
- Tefanova, V., Tallo, T. and Kutsar, K. (2006), 'Urgent action needed to stop spread of hepatitis B and C in Estonian drug users', *Eurosurveillance* 11 (4), pii=2883. Online at <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=2883>.
- UNAIDS and WHO (2004), *Policy statement on HIV testing*. Online at http://data.unaids.org/una-docs/hivtestingpolicy_en.pdf.
- Uusküla, A., Abel, K., Rajaleid, K., et al. (2006), *HIV and risk behaviour among injecting drug users in two cities (Tallin, Kohtla-Järve) in Estonia*, National Institute for Health Development, University of Tartu and Imperial College London, Tartu.
- Van Asten, L., Langendam, M., Zangerle, R., et al. (2003), 'Tuberculosis risk varies with the duration of HIV infection: a prospective study of European drug users with known date of HIV seroconversion', *AIDS* 23 May, 17 (8), pp. 1201–1208.

Van den Hoek, A. (1997), 'STD control in drug users and street youth', *Genitourin Med August*, 73 (4), pp. 240–244.

Vermeer-de Bondt, P. and Vos, L. P. (2004), 'Tetanus in an injecting drug user in the Netherlands: single case so far', *Eurosurveillance* 8 (19), pii=2458. Online at <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=2458>.

WHO, UNDOC and UNAIDS (2009), *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV, treatment and care for injecting drug users*, WHO/UNDOC/UNAIDS, Geneva. Online at <http://www.who.int/hiv/pub/idu/targetsetting/en/index.html>.

Wiessing, L. and Nardone, A. (2006), 'Ongoing HIV and viral hepatitis infections in IDUs across the EU, 2001–2005', *Eurosurveillance* 11 (47), pii=3084. Online at <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=3084>.

Wiessing, L., van de Laar, M. J., Donoghoe, M. C., et al. (2008), 'HIV among injecting drug users in Europe: increasing trends in the East', *Eurosurveillance* 13 (50), pii=19067. Online at <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19067>.

Wiessing, L. (2001), 'The access of injecting drug users to hepatitis C treatment is low and should be improved', *Eurosurveillance* 5 (31), pii=1709. Online at <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=1709>.

Wilson, L. E., Thomas, D.L., Astemborski, J., Freedman, T. L. and Vlahov, D. (2002), 'Prospective study of infective endocarditis among injection drug users', *Journal of Infectious Diseases* 185, pp. 1761–1766.

WHO (World Health Organization) (2005), *Policy and programming guide for HIV/AIDS prevention and care among injecting drug users*, WHO Press, Geneva.

WHO (2007), *Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities*, WHO Press, Geneva.

WHO (2008a), *Anti-tuberculosis drug resistance in the world: fourth global report*, WHO Press, Geneva. Online at http://www.who.int/tb/publications/2008/drs_report4_26feb08.pdf.

WHO (2008b), *Policy guidelines for collaborative TB and HIV services for injecting and other drug users: an integrated approach*, WHO Press, Geneva. Online at http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596930_eng.pdf.

WHO and UNDOC (World Health Organization Regional Offices for South-East Asia and the Western Pacific, and United Nations Office on Drugs and Crime Regional Centre for East Asia and the Pacific) (2009), *Guidance on testing and counselling for HIV in settings attended by people who inject drugs*, WHO Press, Geneva.

□ 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-fogyasztó)
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 Bűn megelőzési 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 tanácsadás 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 tanácsadás azt jelenti, hogy az egyén maga keresi meg a lehetőséget a vizsgálatra, szűrővizsgálatra és tanácsadásra, 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 tanácsadás azt jelenti, hogy a vizsgálatot, szűrővizsgálatot és tanácsadást 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 szolgáltatások 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 tanácsadás önkéntes és szigorúan betartja a tájékozott beleegyezés, tanácsadás és bizalmasan kezelés hármasság követelményét.

A tájékoztatás utáni beleegyezés (azaz tájékozott beleegyezés) 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 kliens informálják arról, hogy az ellátás részeként szűrővizsgálatra kerül sor, ha csak egyértelműen azt el nem utasítja. A kliensről tájékoztatás utáni beleegyezést kell kérni, hacsak a kliens el nem utasítja a szűrővizsgálatot. Egy opt-out megközelítés során nem szabad a szűrővizsgálatot elvégezni az egyén tudta nélkül vagy akaratára ellenére.

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

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