

THE LANCET

HIV wśród osób używających narkotyków • lipiec 2010

www.thelancet.com

HIV wśród osób używających narkotyków:
“Chcemy zobaczyć, jak przesadnie
agresywną, opłacaną przez państwo
wrogość w stosunku do użytkowników
narkotyków zastępują światłe, oparte na
dowodach naukowych postawy i bardziej
sprawiedliwe reakcje społeczne”

Wybór tekstów

HIV wśród osób używających narkotyków

Tłumaczenie

Hanna Siemaszko

Tłumaczenie i redakcja merytoryczna

Lek. Bartosz Szetela

Dr n. med. Aleksandra Szymczak

Konsultacja merytoryczna

Grażyna Konieczny

Dorota Latarska

Redakcja i korekta

Magdalena Dąbkowska

Michał Sottysiak

Skład

Judit Kovacs | Createch

Zakażenie HIV wśród używających narkotyków

Czas działać: kompleksowa strategia dotycząca HIV wśród osób używających narkotyków

Chris Beyrer, Kasia Malinowska-Sempruch, Adeeba Kamarulzaman, Michel Kazatchkine, Michel Sidibe, Steffanie A Strathdee



Opublikowane online

20 lipca 2010,
DOI:10.1016/S0140-6736(10)60928-2

Wersja online

DOI:10.1016/S0140-6736(10)60883-5

To siódmy z siedmiu tekstów nt. HIV i użytkowników narkotyków w tej Serii.

Center for Public Health and Human Rights, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD, USA (Prof C Beyrer MD); Open Society Institute, Drug Policy Program, Warszawa, Polska (K Malinowska-Sempruch); University of Malaya, Kuala Lumpur, Malezja (A Kamarulzaman MD); Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, Genewa, Szwajcaria (M Kazatchkine MD); UNAIDS, Genewa, Szwajcaria (M Sidibe MEd); University of California, San Diego, Division of Global Public Health, Department of Medicine, CA, USA (Prof S A Strathdee PhD)

Kontakt:

Prof Chris Beyrer, Department of Epidemiology, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 615 N Wolfe Street, E 7152, Baltimore, MD 21205, USA
cbeyrer@jhsph.edu

Opublikowane wyniki badań przeprowadzonych wśród osób używających narkotyków wykazały, iż możliwe jest zmniejszenie liczby zakażeń HIV w tej grupie. Poniżej przedstawiamy je i wskazujemy na związki między naukami biomedycznymi, zdrowiem publicznym i prawami człowieka. Wspólne działania rządów, organizacji międzynarodowych, systemów ochrony zdrowia i pojedynczych osób mogą przynieść ogromne korzyści rodzinom, społecznościom oraz całym społeczeństwom. Programy wymiany igieł i strzykawek, terapia substytucyjna uzależnienia od opioidów oraz zwiększony dostęp do leczenia zakażenia HIV i opieki medycznej są nie tylko skuteczne i opłacalne, ale są również działaniami zgodnymi z priorytetami zdrowia publicznego i z prawami człowieka. Niestety skorzystać z nich może zaledwie ok. 10 proc. uzależnionych. Zbyt wielu z nich pozbawianych jest wolności za drobne przestępstwa, często bez procesu. Dla osiągnięcia zmian niezbędne są zaangażowanie, modyfikacja postaw oraz odwaga polityczna, co pozwoliłoby rozwinąć strategię spójnych działań. W przypadku niepowodzenia można spodziewać się dalszego rozprzestrzeniania zakażeń HIV, zmniejszenia znaczenia programów leczniczych i zwiększenia liczby osadzonych wymagających opieki medycznej.

Wprowadzenie

Wojna z narkotykami zakończyła się fiaskiem. Polityka karna i przymusowe leczenie uzależnionych nie powiodły się. Jednak w globalnej walce z HIV/AIDS odnotowano ogromny sukces, zarówno na polu badań naukowych, profilaktyki, poszanowania praw osób zakażonych, jak i dostępu do leczenia antyretrowirusowego. Mimo to niewystarczająca reakcja na nadużywanie substancji psychoaktywnych jako istotny element pandemii – to jeden z najbardziej frustrujących aspektów globalnego kryzysu HIV/AIDS. Działania o udowodnionej skuteczności nadal nie odgrywają istotnej roli w formułowaniu polityki zdrowia publicznego. Zbyt wiele rządów, systemów sądownictwa karnego oraz opieki zdrowotnej dyskryminuje

pacjentów uzależnionych od narkotyków, ogranicza ich prawa i stosuje przestarzałe i zdyskredytowane formy leczenia, minimalizując jednocześnie stosowanie działań opartych na dowodach naukowych lub wręcz całkowicie ich zakazując.

Stany Zjednoczone, największy sponsor leczenia i badań nad HIV/AIDS na świecie, do 2009 roku podtrzymywały zakaz finansowania programów wymiany igieł i strzykawek (ang. needle and syringe programme, NSP) z funduszy federalnych, mimo że istnieje niewiele działań z zakresu redukcji szkód, które byłyby prostsze i mniej kosztowne niż NSP.^{1,2} Działania na rzecz zwiększenia dostępności metod terapii uzależnienia – opartych na dowodach naukowych – od heroiny i innych opioidów, w szczególności terapii substytucyjnej (ang. opioid

Kluczowe przesłanie

- Niezbędne jest zwiększenie liczby badań, a także opracowanie w poszczególnych krajach strategii nadzoru epidemiologicznego w celu uzyskania dokładniejszych i spójnych danych na temat epidemii związanych ze stosowaniem narkotyków.
- Dzięki dostępnym obecnie strategiom epidemii HIV wśród osób stosujących narkotyki można w dużym stopniu kontrolować, a szkody z niej wynikające ograniczyć. W tym celu należy na masową skalę zwiększyć interwencje profilaktyczne, terapeutyczne i socjalne. W przypadku epidemii związanej z używaniem opioidów działania obejmują m.in. programy wspierające wykonywanie bezpieczniejszych iniekcji, terapie substytucyjne oraz leczenie antyretrowirusowe.
- Powszechny dostęp do leczenia opartego na wynikach badań naukowych jest realizacją podstawowego prawa do zdrowia oraz pilnym priorytetem zdrowia publicznego.
- Skuteczna i wszechstronna narodowa polityka redukcji szkód oraz programy i usługi z nią związane muszą być realizowane w krajach chcących spełniać swój obowiązek zapewnienia obywatelom prawa do zdrowia. Kraje o wysokim dochodzie narodowym muszą zapewniać więcej niż tylko podstawowe usługi. Programy pilotażowe są już niewystarczające.
- Brak realizacji potrzeb osób stosujących narkotyki może doprowadzić do dalszego rozprzestrzeniania się zakażeń HIV w nowych populacjach i regionach, zwiększenia złożoności genetycznej HIV-1, utrudnienia dostępu do opioidów stosowanych w terapii bólu i w opiece paliatywnej oraz wzrostu kosztów osobowych, rodzinnych, zdrowotnych i społecznych związanych z masowym ograniczaniem wolności.
- Niezbędne jest wzmocnienie działań ekspertów zdrowia publicznego w dziedzinie opieki zdrowotnej i sądownictwa karnego na rzecz osób, które stosują narkotyki. Eksperti ds. zdrowia nie powinni uczestniczyć w przedsięwzięciach, które nie opierają się na dowodach naukowych i naruszają prawa człowieka. Głos uzależnionych musi być uwzględniany na wszelkich możliwych poziomach, od świadczenia usług do podejmowania decyzji politycznych.
- Reforma systemu sprawiedliwości jest elementem strategii redukcji szkód. Apelujemy o dekriminalizację osób, które stosują narkotyki, sprawiedliwe procesy sądowe oraz dostęp do opieki zdrowotnej we wszystkich rodzajach zakładów karnych.

Ramka 1: Portugalia – humanitaryzm i pragmatyzm

W 1999 roku rząd portugalski zatwierdził pierwszą krajową strategię narkotykową, która w wyczerpujący sposób podchodziła do zmniejszenia zarówno podaży jak i popytu w ramach projektu dekryminalizacji indywidualnego posiadania narkotyków. Zalecenia te zaprezentował członek komisji eksperckiej – João Castel-Branco Goulão; Castel-Branco Goulão jest lekarzem, obecnie szefem Instytutu ds. Narkotyków i Uzależnienia od Narkotyków (IDT) w Portugalii, Krajowym Koordynatorem ds. Narkotyków i od początku 2010 r. szefem Rady Zarządzającej Europejskiego Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii. Castel-Branco Goulão tak mówi o historii leczenia osób używających narkotyków w Portugalii:

„Do 1974 r. portugalskie społeczeństwo było konserwatywne i zamknięte. Rzadko stykało się ze społecznymi i kulturalnymi ruchami obecnymi na świecie. Po przewrocie wojskowym (Rewolucja Goździków) staliśmy się republiką konstytucyjną z demokratycznymi wyborami, a obywatele zaczęli życie w nowej rzeczywistości.

Używanie narkotyków oraz ich nadużywanie stało się widoczne w społeczeństwie pod koniec lat siedemdziesiątych. Związane z ideą wolności, rozprzestrzeniło się wśród wielkich kontyngentów wojskowych i tysiocy obywateli, którzy wracali z od niedawna niepodległych kolonii (Angoli, Mozambiku, Gwinei-Bissau). Młodzi ludzie nieprzygotowani na nową rzeczywistość eksperymentowali z narkotykami. Heroina stała się łatwo dostępna, co szybko doprowadziło do epidemii uzależnienia i wiążących się z nim problemów, w tym rozwoju epidemii HIV.

substitution therapy, OST) nie przynoszą pożądanych wyników w krajach, w których były i są najbardziej potrzebne: w Rosji, części Azji Środkowej i Wspólnocie Niepodległych Państw.^{3,4}

Raporty tej serii oparte są na opublikowanych wielodyscyplinarnych pracach przedstawiających działania osób, społeczności, systemów ochrony zdrowia, rządów i organizacji międzynarodowych na rzecz istotnego zmniejszenia globalnego występowania zakażenia HIV wśród stosujących narkotyki.³⁻⁸ Korzystnym zjawiskiem jest występowanie synergii między naukami biomedycznymi, zdrowiem publicznym i prawami człowieka, a działania pozwalające ograniczyć rozprzestrzenianie się zakażeń, to działania chroniące jednocześnie prawa człowieka. Interwencje opłacalne finansowo są również uzasadnione etycznie, jak na przykład ambulatoryjna terapia substytucyjna dla uzależnionych od opioidów. Przeciwnieństwem takiego podejścia jest dyskryminacja i stosowanie ograniczenia wolności, a także utrudnianie dostępu do leczenia antyretrowirusowego (ART – ang. antiretroviral therapy).⁵⁻⁸ Badania potwierdzają konieczność zwiększenia dostępności sprawdzonych działań takich jak NSP, OST i ART, najlepiej w formie terapii skojarzonej.⁴ Dla osiągnięcia trwałego zmniejszenia liczby zakażeń HIV wśród stosujących narkotyki dożylnie (IDU – injecting drug users) powyższe programy muszą być szeroko dostępne i realizowane nieprzerwanie.⁴ Wg Strathdee i wsp., aby działania te były jak najbardziej skuteczne, muszą być dostosowane do warunków specyficznych dla poszczegól-

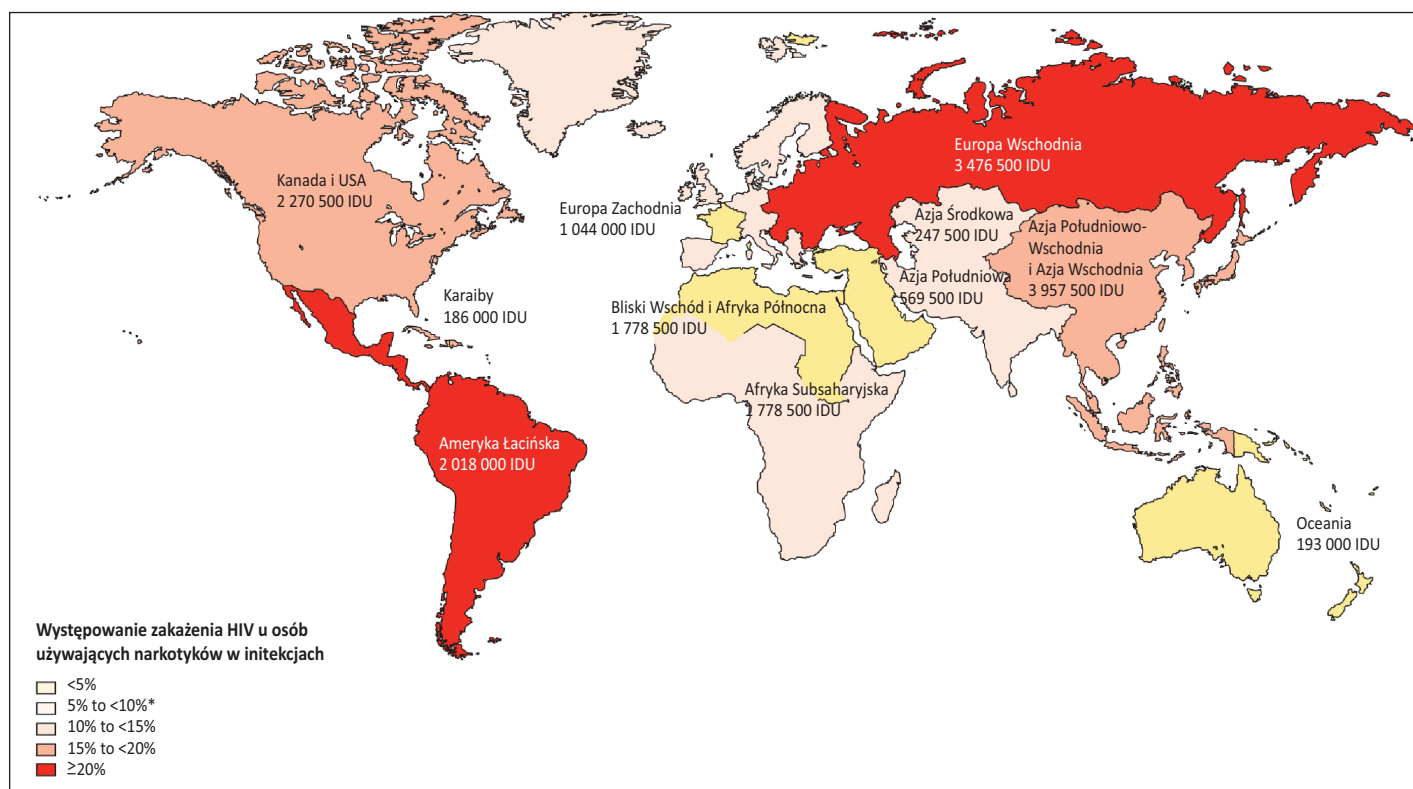
choć w Portugalii nadal odnotowywano jeden z najniższych w Europie poziomów konsumpcji nielegalnych narkotyków, już w latach osiemdziesiątych byliśmy jednym z krajów, w których najczęściej stosowano narkotyki. Narkotyki i uzależnienie od nich stały się poważnym problemem społecznym, zdrowotnym i politycznym. Zaczęto stosować metody profilaktyki i terapii zarówno na szczeblu państwowym jak i pozarządowym. Mimo to zjawisko nadal przybierało na sile, zaś większość uzależnionych nie korzystała z programów pomocowych ze strachu przed odpowiedzialnością karną.

W 1997 roku uzależnienie od narkotyków uznano za jeden z poważniejszych problemów społeczeństwa portugalskiego. Rząd powołał wtedy grupę ekspercką, która miała ocenić problem i opracować nową strategię walki z nim. W efekcie powstała pierwsza portugalska strategia narodowa ds. narkotyków i uzależnienia od nich – zatwierdzono ją w 1999 r. Strategia opierała się na zasadach humanitaryzmu i pragmatyzmu. Powstała na bazie zrównoważonego podejścia do ograniczania podaży i popytu. Zawierała konkretne propozycje zintegrowanych działań – profilaktyki, leczenia, redukcji szkód i reintegracji do społeczeństwa po dekryminalizacji indywidualnego używania narkotyków. Uzależnienie od narkotyków uznano odtąd za chorobę, a uzależnionych od narkotyków zaczęto postrzegać jak pacjentów, a nie przestępców.

Indywidualne stosowanie i posiadanie narkotyków na własny użytek zostało zdekriminalizowane w 2000 r., a nowa ustawa weszła w życie w lipcu 2001 r. Przesłaniem jest posiadanie narkotyków w ilości większej niż średnia 10-dniowa porcja. Poniżej tego limitu (definiowanego w zależności od substancji) posiadanie lub używanie jest uważane za wykroczenie administracyjne. Stworzono też specjalne organy (Komisje Odwodzenia od Uzależnienia od Narkotyków), które umożliwiły zastosowanie sankcji administracyjnych. Działają one w zasadzie jako „druga linia” interwencji zapobiegawczych, oceniając sytuację użytkowników przekazanych im przez policję i stosując wobec nich odpowiednie środki (leczenie lub inne).

10 lat po podjęciu tej decyzji oraz po wprowadzeniu w życie zintegrowanej strategii, wszystkie dostępne dane wykazują pozytywne trendy. Portugalia nie tylko nie stała się „przystanią” dla użytkowników i celem turystyki narkotykowej, ale – jak pokazują badania – odsetek młodzieży używającej narkotyków (między 15 a 19 rokiem życia) spadł z 10,8 proc. w 2001 r. do 8,6 proc. w 2007 r.; odnotowano także ogromny spadek odsetka użytkowników narkotyków wśród nowych przypadków zakażeń HIV z 54 proc. w 2001 r. do 30 proc. w 2007 r., a także konsekwentny wzrost liczby uzależnionych korzystających z leczenia, z 32 000 w 2002 r. do 38 500 w 2008 r.

Portugalia, na tle pozostałych krajów UE, z dekryminalizacją indywidualnego używania narkotyków i zintegrowaną strategią, odgrywa wiodącą rolę w rozwiązywaniu problemu narkotyków. Humanitaryzm i pragmatyzm mogą działać. Aby osiągnąć realne wyniki w ograniczaniu konsumpcji narkotyków, uzależnienia od nich i zakażeń HIV, Portugalia nie musiała masowo pozbawiać osób uzależnionych wolności.



Rys. 1 : Szacowana liczba osób używających narkotyków w iniekcjach (IDU) oraz regionalne występowanie zakażenia HIV u osób, które używają narkotyków w iniekcjach, 2010

* W żadnym kraju nie odnotowano występowania zakażenia HIV od 5% do <10%

gólnych krajów i sytuacji epidemiologicznej.⁵ W wielu państwach, w celu uzyskania pełnego obrazu epidemii HIV wśród stosujących narkotyki (ramka 1), konieczne będzie dopasowanie metodologii badań do lokalnych realiów. Odpowiedź na pandemię HIV musi polegać również na zapewnieniu szerokiego dostępu do opartych na dowodach naukowych terapii uzależnienia od narkotyków.³ Jest to podstawowy element prawa do zdrowia i pilny priorytet programów zdrowia publicznego. Jak podkreślają Jürgens i wsp.,⁸ prawo do zdrowia nakłada na wszystkie kraje obowiązek opracowania i wprowadzenia w życie skutecznych i wszechstronnych programów i polityki redukcji szkód.⁹

Aby zrealizować cele opisane w tym raporcie, niezbędne są: zaangażowanie, wsparcie oraz odwaga polityczna. Dowody jasno wykazują, że brak działań doprowadzi do wzrostu rozpowszechnienia HIV, pogorszenia dostępu do profilaktyki nowych zakażeń i do programów ART, a także dalszego wzrostu liczby więźniów wymagających opieki medycznej i przypadków naruszania praw człowieka.

Skala i zakres epidemii

Grupa ds. HIV i Dożylnego Stosowania Narkotyków przy ONZ (Reference Group to the UN on HIV and Injecting Drug Use) oszacowała, że w 2007 r. około 15,9 miliona ludzi na świecie (zakres 11,0–21,2 mln) używało narkotyków przez iniekcje.¹⁰ Rys. 1 przedstawia dane z 2010 r. dotyczące szacun-

kowej liczby osób używających dożylnie narkotyków w zależności od regionu i częstość występowania HIV w tej grupie. Iniekcyjne stosowanie narkotyków oraz związane z tym zakażenia HIV i wirusem zapalenia wątroby typu C odnotowano niemal we wszystkich krajach członkowskich ONZ, niezależnie od poziomu dochodów. Osoby, które używają narkotyków drogą inną niż dożylną stanowią znacznie większą grupę niż użytkownicy iniekcijni, chociaż szacunkowe wartości dotyczące tej populacji zależą od rodzaju substancji branych pod uwagę, od przyjętej definicji stosowania narkotyków oraz od tego, czy zalicza się do nich również alkohol. Jak zauważyli Colfax i wsp.,⁷ ryzyko zakażenia HIV na drodze kontaktów seksualnych w tej heterogenicznej populacji może być duże, podobnie jak wśród IDU. Dotyczy to również innych zakażeń przenoszonych drogą płciową.

Pomimo to w wielu krajach udało się zapanować nad rozprzestrzenianiem się zakażeń HIV wśród IDU poprzez zastosowanie pakietu działań zalecanego przez WHO, UNAIDS oraz Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przestępczości (UNODC; ramka 2). W populacjach IDU mających dobry dostęp do tych usług, występowanie zakażeń HIV pozostaje niskie i stabilne od lat, a nawet dziesięcioleci, w państwach tak różnych jak Australia,¹¹ Zjednoczone Królestwo, Brazylia, Niemcy,¹² Hong Kong, Francja,¹³ oraz w niektórych miastach w USA.^{14,15} Jednolitość tych doświadczeń oznacza, że działania związane ze zdrowiem publicznym mogą ułatwić zapanowa-

Ramka 2: Wielospecjalistyczne podejście do zapobiegania zakażeniom HIV wśród IDU (ang. injecting drug user)*, terapia i opieka

- Programy wymiany igieł i strzykawek
- Terapia substytucyjna stosowana w leczeniu uzależnienia od opioidów
- Dobrowolne poradnictwo i diagnostyka zakażenia HIV
- Leczenie antyretrowirusowe
- Zapobieganie zakażeniom przenoszonym drogą płciową
- Programy rozdawania prezerwatyw IDU i ich partnerom
- Celowane kampanie informacyjne, edukacja i poprawa komunikacji
- Diagnostyka wirusowego zapalenia wątroby, leczenie (HAV, HBV, HCV) oraz szczepienia (HAV i HBV)
- Zapobieganie, rozpoznawanie i leczenie gruźlicy

* Obrzezanie dorosłych mężczyzn wiąże się ze zmniejszeniem ryzyka zakażenia HIV mężczyzn podczas stosunków heteroseksualnych. Chociaż nie jest to element wszechstronnego podejścia WHO/Biura ONZ ds. Narkotyków i Przystępczości/UNAIDS ws. iniekcyjnego używania narkotyków, zabieg ten może być istotny dla mężczyzn używających narkotyków, którzy mają kontakty heteroseksualne.

nie nad znacznym wzrostem liczby zakażeń HIV wśród osób stosujących narkotyki. Mimo to w 2010 r. w większej części świata wciąż odnotowywaliśmy przypadki zakażeń HIV wśród IDU. Dotyczy to przede wszystkim Europy Wschodniej, Azji Wschodniej, Południowo-Wschodniej i Środkowej oraz południowych obszarów Ameryki Południowej.¹⁰ W szczególności w pięciu krajach (w Chinach, Wietnamie, Rosji, na Ukrainie i w Malezji) występuje coś, co Wolfe i wsp. nazywają „megaepidemią” wśród IDU. Łącznie w tych krajach liczba zakażeń HIV szacowana jest na 2,4 mln i mieszka w nich prawie połowa wszystkich IDU żyjących z HIV na świecie.^{3,10} Epidemia HIV wciąż rozwija się wśród IDU w Azji Środkowej, w tym w Afganistanie.^{16,17} Osoby stosujące narkotyki drogą iniekcji stanowią ponad 60 proc. wszystkich zakażonych HIV na Białorusi, w Gruzji, Kazachstanie, Kirgistanie, Mołdawii, Rosji, na Ukrainie, w Tadżykistanie, Uzbekistanie, Iranie i Indonezji.¹⁸ Jednocześnie dostęp do niezbędnych usług dla tych grup jest nieadekwatny w stosunku do światowych średnich: zużywanie mniej niż dwóch igieł na jedną osobę IDU miesięcznie, 8 proc. osób uzależnionych od opioidów uczestniczących w leczeniu substytucyjnym i 4 proc. IDU zakażonych HIV otrzymujących ART.¹⁹

Według Grupy Roboczej ds. Zapobiegania Zakażeniom HIV na Świecie (Global Prevention Working Group) dostępność pomocy dla IDU jest najniższa wśród wszystkich populacji o zwiększonym ryzyku zakażenia HIV.²⁰

Skutki braku działań

Dalsze rozprzestrzenianie się HIV

W krajach, w których OST i NSP są niedostępne lub nielegalne, a osoby uzależnione od narkotyków traktuje się jak przestępców, konsekwencje braku działań są poważne. Po pierwsze

zakażenia HIV rozprzestrzeniają się bez przeszkód. Po drugie, w większym stopniu narażeni na zakażenie są partnerzy seksualni osób używających narkotyków. W Rosji, gdzie OST jest zakazana, zakażenia HIV wśród partnerek seksualnych mężczyzn IDU (a w populacji IDU przeważają mężczyźni) najprawdopodobniej stanowią istotną przyczynę odnotowanego wzrostu zakażeń HIV wśród kobiet.²¹ Niektóre kraje, w tym Chiny, Iran, Wietnam i Kirgistan, podjęły poważne kroki, aby zwiększyć dostępność OST.¹⁹ Jakość, a nie wyłącznie ilość, jest ważnym czynnikiem prognostycznym powodzenia leczenia.⁷ W wielu krajach programy leczenia substytucyjnego współistnieją z sieciami ośrodków, w których przetrzymywane są osoby używające narkotyków. Często prowadzi się w nich przymusową detoksykację, a czasami są to obozy przymusowej pracy.⁸ Ośrodki dla IDU mają słabe rezultaty w zapobieganiu używaniu narkotyków i charakteryzują się dużymi wskaźnikami nawrotów. Oprócz tego w takich ośrodkach często obserwuje się większe ryzyko zakażenia HIV, naruszanie praw człowieka oraz niską skuteczność interwencji.^{19,22,23}

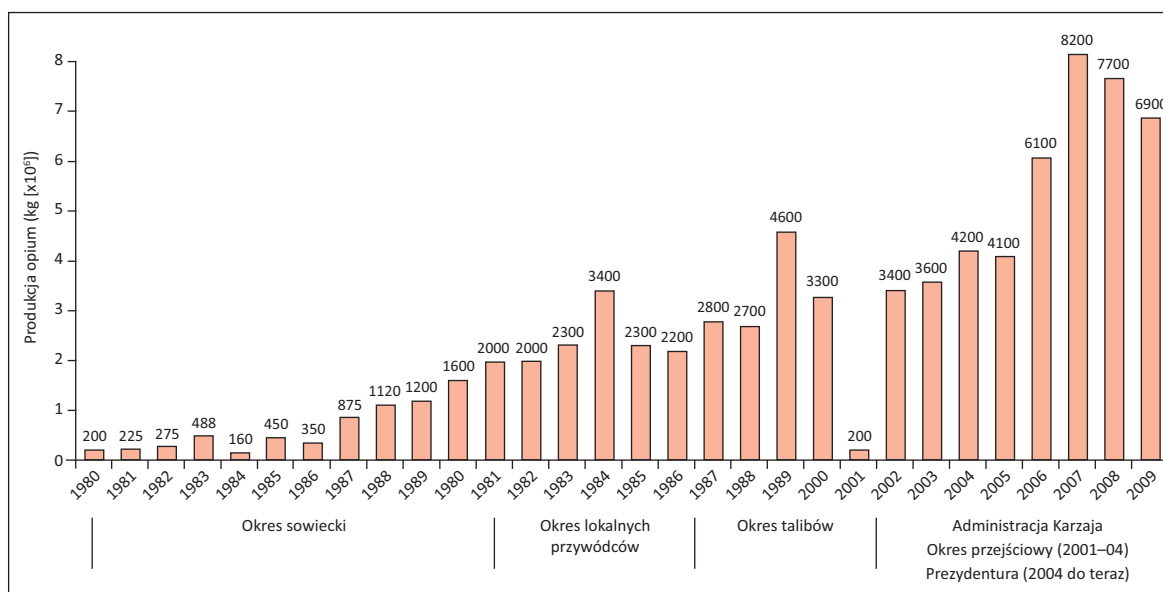
Nowe ogniska epidemii

Brak reakcji na nowe ogniska epidemii HIV wśród osób stosujących narkotyki pociąga za sobą ogromne koszty, niektóre widoczne już teraz, ale również takie, które możemy jedynie prognozować. Dane zebrane w Kenii²⁰, Malawi, Namibii i Botswanie²⁴, Libii, Tanzanii i Zanzibarze²⁵, a także RPA¹⁰ sugerują, że Afrykańczycy coraz częściej stosują narkotyki dożylnie i należy wkrótce spodziewać się wzrostu liczby zakażeń HIV tą drogą. Odkrycie to stanowi poważne zagrożenie dla nieprzygotowanych systemów zdrowotnych, a afrykańskie systemy i instytucje opieki zdrowotnej są jednymi z bardziej przeciążonych i niewydolnych na świecie i niewiele z nich ma doświadczenie w profilaktyce, leczeniu i opiece nad IDU. Aby zapobiegać wzrostowi dożylnego stosowania narkotyków, a co za tym idzie, pogarszaniu się i tak poważnego problemu Afryki związanego z AIDS, konieczne staje się szybkie wdrożenie szkoleń i wsparcia instytucjonalnego. Dożylnie stosowanie narkotyków najprawdopodobniej przyczyni się do przyspieszenia rozwoju epidemii HIV na Bliskim Wschodzie i w Afryce Północnej oraz powstania nowych ognisk epidemii w społeczeństwach muzułmańskich, jak miało to miejsce w Iranie, Malezji, Indonezji i na zachodzie Chin.⁵

Afganistan, Pakistan i Iran

Od lat dziewięćdziesiątych światowa produkcja opium przeniosła się z południowo-wschodniej Azji do Afganistanu, który obecnie jest producentem ponad 90 proc. nielegalnych opioidów na świecie.²⁶ Równowartość ponad 6 000 000 kg opium jest przemycana głównie przez kraje sąsiedzkie: Iran, Pakistan i państwa Azji Środkowej.²⁷ Produkcja opium w Afganistanie uległa znacznemu zwiększeniu przez ostatnie dziesięciolecie, a szczególnie widoczny wzrost nastąpił w ostatniej dekadzie (rys. 2).

Chociaż Europa nadal jest największym rynkiem zbytu dla afgańskiego opium, znaczna część eksportu trafia do Chin, Azji Środkowej i Rosji, a ostatnio również do Afryki Subsaharyjskiej i USA. Te nowe szlaki handlu nie tylko speł-



Rys. 2: Produkcja opium w Afganistanie 1980–2009

Zmodyfikowana na podstawie danych ze Światowych Raportów o Narkotykach (ang. World Drug Reports) Biura ONZ ds. Narkotyków i Przemocności.^{26,28}

nają rolę kanałów transportowych, lecz również generują nowych konsumentów narkotyków. W Iranie, przez który przepływa szacunkowo 40 proc. afgańskich narkotyków, już prawie milion osób stosuje opioidy, a w Teheranie zakażenie HIV występuje u 15–23 proc. uczestników terapii uzależnień.²⁹ W ciągu ostatniego dziesięciolecia w Azji Środkowej odnotowywano średni wzrost liczby zakażeń HIV o 48 proc. rocznie. Jest to związane głównie z rozpowszechnieniem używania opioidów oraz dużą częstością niebezpiecznych iniekcji.³⁰ Tragiczne statystyki pokazują jest wielu młodych ludzi w krajach, które są w znacznym stopniu muzułmańskie, zostało dotkniętych tym problemem. Wskazuje to na ogrom działań, które trzeba będzie podjąć, zanim uda się w pełni wykorzystać nauki muzułmańskie do prowadzenia skutecznej redukcji szkód poprzez zapewnienie pomocy kulturalnej i religijnej.³¹

Zmienność molekularna HIV

Epidemie pojawiające się w środowiskach, w których nie prowadzono kontroli rozprzestrzeniania się HIV wśród IDU, przebiegały w sposób szczególny pod względem molekularnym. Rozprzestrzenianie się HIV wśród IDU wiązało się z dużą częstością rekombinacji i zakażeń podwójnych, a także przenoszeniem epidemii do okolicznych krajów. W niektórych środowiskach zaobserwowano występowanie specyficznych wariantów wirusa u poszczególnych IDU, jak i w podgrupach.^{32,33} Większa różnorodność genetyczna HIV-1 jest wyzwaniem dla układu immunologicznego, zwiększa prawdopodobieństwo oporności na ART oraz może utrudnić opracowanie szczepionki. Według obserwacji Tee i wsp.³², przeprowadzonych na sąsiadujących terenach przygranicznych Chin i Birmy, niepowodzenia pierwotnej i wtórnej profilaktyki HIV wśród IDU mogą prowadzić do wzrostu wywołanej rekombinacjami różnorodności genetycznej. Opisana nieskuteczność

szczepień typu *prime-boost* w grupie Tajów z wywiadem iniekcyjnego używania narkotyków wskazuje, że nie jest to problem tylko teoretyczny.³⁴

Coraz większa różnorodność genetyczna HIV-1 wśród IDU, wywołana rekombinacjami i podwójnymi zakażeniami, jest z dużą pewnością efektem korzystania z niesterylnego sprzętu do iniekcji. Najlepszym przykładem takiej sytuacji jest wybuch epidemii wśród IDU w Birmie, północno-wschodnich Indiach i południowo-zachodnich Chinach. Tee i wsp. opisałi strefy „hiperrekombinacji” oraz powstawanie nowych rekombinantów CRF07_B/C oraz CRF08_B/C, które stały się dominującymi formami HIV na większości terytorium Chin, w północno-wschodnich Indiach oraz północnej Birmie.^{17,32} Tovanabutra i wsp.^{33,35} wykazali, że warianty, które pojawiły się u tajskich IDU, szybko przeniknęły do niezwiązanych epidemiologicznie sieci transmisji seksualnych, doprowadzając do wzrostu różnorodności genetycznej HIV w całej Tajlandii.^{33,35}

Utrudnienie dostępu do opioidów stosowanych w leczeniu bólu, w chirurgii i w ramach opieki paliatywnej

Zaniechanie terapii niepotrzebnego i poddającego się leczeniu bólu jest naruszeniem godności ludzkiej. Brak dostępu do odpowiednich metod zwalczania bólu podważa prawo do zdrowia i humanitarne leczenie.^{36,37} Przyczyną ograniczenia dostępu do opioidów stosowanych w terapii bólu są przepisy prawne dotyczące kontroli nad substancjami psychoaktywnymi, które skupiają się na redukcji potencjalnego nadużywania tych środków. W 2009 r. w raporcie dotyczącym dostępu do leczenia bólu, organizacja Human Rights Watch przedstawiła kilka czynników, które go ograniczają: niewiedza lekarzy, niewystarczające zapewnienie leków przeciwbólowych przez systemy opieki zdrowotnej, obawy przed uzależnieniem podzie-

Ramka 3: Kara nie jest leczeniem

„Nazywam się Li Wei* i mieszkam w Chinach. Zanim trafiłem do przymusowego ośrodka leczenia w moim kraju, byłem przez kilka lat uzależniony od heroiny. Od dnia, gdy wysłano mnie do przymusowego ośrodka detoksykacyjnego, nigdy nie podano mi żadnych leków w celu zmniejszenia stresu, nie otrzymałem nawet środków nasennych. Ponieważ nie mogłem niczego przełknąć, a pracownicy ośrodka nie dali mi leków, które mogłyby mi pomóc, przeszedłem pierwszą fazę fizycznej detoksykacji bez wody i jedzenia. Gdy stwierdzono, że jestem „odtruty”, naczelnik wysłał mnie do pracy w fabryce.

Pracowałem 16 godzin dziennie, byłem wyczerpany, często poddawany brutalnym karom fizycznym, bity. Kazano mi klękać i brutalnie kopano mnie w klatkę piersiową. W samym środku zimy kazano mi rozbierać się do naga i stać pod strumieniem zimnej wody.

W takich warunkach wytrzymałem do końca rocznej przymusowej detoksykacji. W momencie, gdy wyszedłem z ośrodka, stan mojego zdrowia był bardzo zły. Potrafiłem przejść jedynie około 100 metrów, a potem musiałem zatrzymać się i odpocząć. Po wyzdrowieniu ciało powinno być w lepszym stanie niż przed leczeniem, ale gdy wyszedłem z ośrodka wyglądałem jak człowiek nieuleczalnie chory.

Nazywa się to „rehabilitacją przez pracę”, ale nigdy nie czułem, że przechodzę rehabilitację; czułem jedynie karę i uważam, że wszyscy inni odczuwali podobnie. Ponieważ uzależnienie od narkotyków jest chorobą, powinno się je leczyć. Jednak, jeśli to, co przeszedłem, było leczeniem, wolę na zawsze trzymać się od niego z daleka.

lane przez pracowników ochrony zdrowia i rządu, przestarzałe prawo oraz nadmiernie surowe przepisy dotyczące importu i przepisywania opioidów.^{38,39} Takie ograniczenia, związane z kontrolą dostępu do opioidów, są zapewne kolejnym ukrytym kosztem walki z narkotykami. Wytyczne WHO sugerują, że należy znaleźć równowagę pomiędzy skutecznym zwalczaniem bólu a kontrolą dostępu do narkotyków i walką z nielegalnym handlem.⁴⁰ Pojawia się presja, by zwiększać kontrolę dostępu do narkotyków. Potrzebę reform dostrzeżono w marcu 2010 r., podczas 54. posiedzenia Komisji ds. Narkotyków, która, biorąc pod uwagę zalecenia międzynarodowych konwencji na temat wykorzystania opioidów w leczeniu bólu, postanowiła poddać analizie obecne utrudnienia w dostępie do narkotyków stosowanych w celach medycznych.⁴⁰

Koszty związane z ograniczeniem wolności

Legalistyczne podejście i kryminalizacja używania substancji psychoaktywnych powodują przewagę karania, w tym ograniczania wolności, nad leczeniem i profilaktyką. W wielu krajach, w tym w Rosji, USA oraz niektórych państwach Azji

Takie traktowanie w wielu krajach jest zarezerwowane jedynie dla skazanych przestępców. Dlaczego w ten sposób nadal traktuje się osoby używające narkotyków, jeśli światowa medycyna dowiodła, że uzależnienie od narkotyków jest chorobą mózgu.

Z własnego doświadczenia wiem, że wykształcenie i możliwości zatrudnienia mogą ułatwić rehabilitację uzależnionych. Ale roboty przymusowe to nie jest rehabilitacja. Jeśli osoby używające narkotyków zmusza się do ciężkiej pracy, zawsze będą bały się detoksykacji i starały jej unikać. Uważam, że jeśli do przymusowych ośrodków detoksykacyjnych wprowadzi się metadon, pozytywne skutki będą zaskakująco duże.

Chciałbym zakończyć apelem do przyjaciół z mojej społeczności: jeśli się ze mną zgadzacie, opowiedzcie również o swoich uczuciach i potrzebach, robiąc to dla samych siebie i walcząc o poprawę warunków wszystkich ludzi poddawanych temu «leczeniu»”.

* Imię i nazwisko zmieniono zgodnie z zasadą zachowania poufności.

Środkowej, prowadzi to do bardzo wysokich wskaźników zatrzymań. W Rosji w 2007 r. zamykano w więzieniach 670 na 100 000 mieszkańców, ok. 1 proc. wszystkich dorosłych. Kraj ten zajął drugie miejsce zaraz za Stanami Zjednoczonymi, w których pozbawiano wolności 702 na 100 000 mieszkańców.⁴¹ Liczby te przedstawiano jako masowe pozbawianie wolności i wiązano z wieloma negatywnymi konsekwencjami zarówno dla więźniów, jak i dla społeczeństwa.

Na podstawie danych z 26 krajów Europy Wschodniej i Azji Środkowej, Stuckler i wsp.⁴¹ obliczyli, że wzrost ograniczania wolności o jeden punkt procentowy (po uwzględnieniu takich zmiennych, jak struktura zachorowalności na gruźlicę, częstość zakażeń HIV, sytuacja ekonomiczna i demograficzna) wiąże się ze wzrostem występowania gruźlicy w danej populacji o 0,34 proc. (PAR, 95 proc. CI 0,10–0,58; $p < 0,01$). Wzrost liczby przypadków pozbawienia wolności odpowiadał za ok. 3/5 nowych zakażeń prątkami gruźlicy w latach 1991–2002. Wysłano wnioski, że rzadsze stosowanie kar pozbawienia wolności zmniejszyłoby narażenie na zakażenie prątkiem gruźlicy, w tym szczerpami wielolekoopornymi (MDR).

W Stanach Zjednoczonych również odnotowano niespotykany wzrost liczby przypadków ograniczenia wolności, w latach 1970–2007 nawet ok. 500-krotny.⁴² Wspomniane dane wskazują również na ogromne różnice rasowe: w 2007 r. wskaźnik częstości osadzeń wyniósł 412 na 100 000 osób o białym kolorze skóry; 742 na 100 000 Latynosów i 2290 na 100 000 Afroamerykanów.⁴² Spośród mężczyzn o czarnym kolorze skóry w wieku 25–29 lat w 2007 roku jeden na dziewięciu trafił do więzienia. Jeśli liczby te nie ulegną zmianie, kumulatywne ryzyko pozbawienia wolności w ciągu całego życia dla mężczyzn o czarnym kolorze skóry wynosić będzie ponad 30 proc.⁴² Znaczna część tego wzrostu wiąże się z restrykcyjnym prawodawstwem, w szczególności dotyczącym używania

czystej kokainy (crack) – ponad 80 proc. osób skazanych na podstawie takich przepisów w USA miało czarny kolor skóry.⁴³ Amerykańskie dane dotyczące używania substancji psychoaktywnych nie odzwierciedlają tych różnic rasowych. Khan i wsp.⁴⁴ badali związek pomiędzy ryzykownymi zachowaniami seksualnymi a historią pozbawienia wolności osób dorosłych, o których informacje zawarto w Amerykańskim Narodowym Badaniu nad Rozwojem Rodziny (US National Survey of Family Growth). Używanie narkotyków nie wiązało się ani z pochodzeniem etnicznym, ani z wysokością dochodów.

Pozbawienie wolności niesie za sobą szczególne ryzyko dla IDU. Choopanya i wsp.⁴⁵ analizowali grupę 1209 mężczyzn IDU niezakażonych HIV w Bangkoku w Tajlandii, uczestniczących w badaniach nad szczepionką przeciwko HIV. Analizie poddano również osoby, które później aresztowano i zatrzymano. Odsetek nowych zakażeń HIV w tej grupie był wysoki, 5,8 na 100 na rok (95 proc. CI 4,8–6,8), ale podczas pobytu w więzieniu wzrastał do 35 na 100 w skali roku. Tajskie więzienia nie prowadziły OST, a narkotyki były powszechnie dostępne, czego nie można powiedzieć o sprzeczcie do iniekcji – jest to typowa sytuacja w więzieniach na świecie. W wielu raportach wykazano, że pozbawienie wolności jest niezależnym czynnikiem ryzyka zakażenia HIV wśród IDU.^{7,46}

Ograniczanie wolności w imię leczenia w Chinach, Tajlandii, Wietnamie, Laosie i Kambodży może budzić obawy związane z przypadkowymi zatrzymaniami, nieodpłatną pracą i ograniczonym dostępem do ART.⁴⁷ W Wietnamie i Chinach osoby, które używają narkotyków, można zatrzymać na czas nieokreślony pod zarzutami administracyjnymi. Pojawiają się również doniesienia o wykorzystywaniu tych osób do niewolniczej pracy.⁴⁷

Pozbawienie wolności ma niewielki wpływ na wskaźnik używania substancji psychoaktywnych, ma jednak wyjątkowo negatywny wpływ na zdrowie, poszanowanie praw człowieka, ryzyko zakażenia prątkiem gruźlicy i HIV. Pacjenci uzależnieni od narkotyków powinni być poddawani leczeniu, a nie więzieniu. Osoby pozbawione wolności muszą mieć dostęp do usług medycznych (ramka 3).

Apel o podjęcie działań Modyfikacja czynników ryzyka

W pierwszym raporcie z tej serii Strathdee i wsp.⁵ badali wpływ środowiska na ryzyko zakażenia wśród osób stosujących narkotyki w trzech bardzo różnych populacjach: w Odessie (Ukraina), Karaczi (Pakistan) i Nairobi (Kenia). Ich badania wykazały, że wiedza o ryzyku zakażenia HIV wśród IDU musi wykraczać poza jednostkę i wiązać się z oceną czynników strukturalnych i środowiskowych, które wpływają na indywidualne ryzykowne zachowania i podatność na zakażenie HIV. Ten szerszy, środowiskowy kontekst ryzyka zawiera czynniki materialne, społeczne, ekonomiczne i polityczne, zarówno w mikro- jak i makroskali, razem tworzące całościowy obraz narażenia na zakażenie HIV oraz możliwości ochrony przed nim.⁴⁸ Strathdee i wsp. donoszą, że w różnych środowiskach odsetek zakażeń HIV drogą kontaktów seksualnych wśród IDU oraz transmisji seksualnej zakażeń z IDU na osoby niestosujące narkotyków znacznie się różni. Ryzyko zakażenia

HIV związane z kontaktami seksualnymi bez zabezpieczenia wśród IDU wynosiło 15–45 proc. w Odessie, ale mniej niż 10 proc. w Karaczi i Nairobi. Zwiększenie dostępności OST, NSP i ART o 60 proc. zredukowałoby liczbę nowych zakażeń HIV w Odessie, Karaczi i Nairobi odpowiednio o 41 proc., 43 proc. i 30 proc. w latach 2010–2015. Na lokalne epidemie HIV wyraźny wpływ mają różne rodzaje i zakres zmian strukturalnych: wyeliminowanie przepisów prawnych zakazujących OST z towarzyszącym temu zwiększeniem dostępności substytucji o 80 proc. mogłoby zapobiec 14 proc. zakażeń w Nairobi, natomiast w Karaczi zmniejszenie o 8–12 proc. liczby osób przechodzących z nieiniekcyjnego na iniekcyjne używanie narkotyków mogłoby zapobiec 65–98 proc. przypadków zakażenia HIV. W regionach, gdzie szybko rozwija się epidemia (np. Nairobi), większe znaczenie wydaje się mieć skuteczność NSP i OST niż stopień ich dostępności.⁵

Ogromna różnorodność globalnych i lokalnych epidemii HIV wśród IDU wymaga prowadzenia zintegrowanych działań, odnoszących się do źródeł transmisji HIV na poziomie populacji, zawsze po wszechstronnej analizie wszystkich czynników ryzyka. Badania Strathdee i wsp.¹⁵ pokazały, dlaczego interwencje strukturalne mające ograniczać liczbę nowych zakażeń HIV powinny być kluczowym elementem strategii; wykazały również, że oparte na dowodach naukowych i wspierane odpowiednimi przepisami prawnymi, skoordynowane działania zapewniające dostęp do OST oraz profilaktyki i leczenia zakażeń HIV wśród IDU, mogą wywierać istotny wpływ na przebieg lokalnych epidemii HIV.

Opieka medyczna i schorzenia współistniejące

Altice i wsp.⁶ przeanalizowali wyzwania związane z leczeniem i opieką nad IDU zakażonymi HIV. W porównaniu z innymi osobami żyjącymi z HIV, zbyt często wskaźniki zachorowalności i umieralności nadal znacznie się różnią na niekorzyść IDU. Altice i wsp. proponują zintegrowane wielospecjalistyczne podejście do współistniejących w tej populacji chorób, takich jak wirusowe zapalenie wątroby, gruźlica, zakażenia bakteryjne oraz zaburzenia psychiczne poza uzależnieniem od narkotyków. Podstawą właściwej opieki nad pacjentami uzależnionymi od opioidów jest wykorzystanie OST w terapii wspomaganiej lekami, jak nazwali ją Altice i wsp., w której stosuje się OST razem z ART.⁶ Wykazano, że terapia wspomaganą lekami poprawia adherencję do ART i skuteczność leczenia chorób współistniejących, pomaga pacjentom utrzymać się w systemie opieki oraz zmniejsza częstość zachowań ryzykownych, pełniąc rolę skutecznej profilaktyki wtórnej.^{49–53} Połączenie ART z OST prowadzi do zmniejszenia wirerii HIV-1.⁵³

Współzakażenie HIV/HCV pozostaje istotnym wyzwaniem dla terapii. Wyprodukowanie nowych leków przeciwwirusowych skutecznych przeciwko HCV jest nagłym priorytetem badawczym. Lekarze oraz osoby z koinfekcją niecierpliwie oczekują ich pojawienia się, a także zwiększenia wysiłków w celu zapewnienia szerszego dostępu do już istniejącej terapii zapalenia wątroby typu C.⁶

Walka z niektórymi chorobami współistniejącymi u osób używających narkotyków wymaga więcej niż tylko leczenia. Wszyscy pacjenci żyjący z HIV są zagrożeni zakażeniem prąt-

Ramka 4: Wezwanie do działania**Rządy**

- Usunięcie przeszkód prawnych, kontrolnych i strukturalnych w dostępie do redukcji szkód, NSP, OST i ART dla osób stosujących narkotyki.
- Zapewnienie dostępu do wszechstronnej profilaktyki, leczenia i całościowej opieki, opartych na dowodach naukowych, osobom stosującym narkotyki we wszystkich rodzajach zakładów karnych i śledczych.
- Zamknięcie ośrodków leczenia przymusowego dla uzależnionych od narkotyków i zastąpienie ich metodami leczenia uzależnienia od narkotyków opartymi na dowodach naukowych i prawach człowieka.
- Reforma prawa i polityki prowadząca do dekryminalizacji osób, które używają narkotyków.
- Zwiększenie dostępu do leczenia uzależnienia od narkotyków oraz usług z nim związanych, w celu zapewnienia uniwersalnego dostępu do metod leczenia uzależnienia opartych na dowodach naukowych.
- Zaspokojenie prawa do zdrowia poprzez zwiększenie zakresu programów redukcji szkód oraz zapewnienie skutecznej ochrony przed dyskryminacją osób, które używają narkotyków, w instytucjach opieki zdrowotnej.
- Zapewnienie szkolenia w dziedzinie redukcji szkód dla policjantów (a także sędziów i prokuratorów) oraz włączenie redukcji szkód do strategii ochrony porządku publicznego, mające zakończyć prześladowania, przymusowe zatrzymania, złe traktowanie oraz torturowanie osób, które używają narkotyków.

Ministerstwa zdrowia

- Znaczące zwiększenie zakresu skojarzonego stosowania ART, OST i NSP oraz długotrwałe prowadzenie skutecznych programów.
- Ograniczenie przeszkód w dostępie do opieki dla osób, które używają narkotyków, w tym dyskryminacji w instytucjach opieki zdrowotnej, nieskoordynowanego leczenia, ukrytych lub jawnych zakazów leczenia osób, które aktywnie używają narkotyków, ukrytych lub dodatkowych opłat oraz wielu wymogów koniecznych do rozpoczęcia leczenia.
- Połączenie leczenia zakażenia HIV, gruźlicy i zapalenia wątroby typu C u pacjentów ze współzakażeniami.
- Przeprowadzenie badań oraz obserwacji w poszczególnych państwach w celu zdobycia strategicznych informacji o epidemiach związanych z narkotykami.
- Wspieranie modeli leczenia i opieki opartych na lokalnych społecznościach i osobach z najbliższego otoczenia osób, które używają narkotyków.
- Wprowadzenie w życie programów profilaktycznych, które zmniejszyłyby ryzyko zakażenia drogą kontaktów seksualnych u IDU oraz u ich partnerów seksualnych, którzy nie są iniekcyjnymi użytkownikami.

Sponsorzy

- Zmniejszenie obecnego niedofinansowania walki z zakażeniem HIV u osób, które używają narkotyków: obecny poziom 1 proc. wydatków na profilaktykę na świecie dotyczący iniekcyjnych użytkowników narkotyków, musi zostać zwiększony 20-krotnie, do 20 proc. światowych źródeł finansowania profilaktyki, zgodnie z zaleceniami UNAIDS^{54,55}
- Zwiększenie wsparcia dla wszechstronnego, opartego na dowodach naukowych podejścia do profilaktyki zakażeń HIV, leczenia i opieki nad iniekcyjnymi użytkownikami narkotyków, rekomendowanego przez WHO, Biuro ONZ ds. Narkotyków i Przestępczości oraz UNAIDS (ramka 2).
- Przestrzeganie zasad etycznych dotyczących interwencji ratunkowych w ośrodkach przymusowego leczenia w stosunku do osób używających narkotyków z równoczesnym apelem o zamknięcie tych instytucji.

(Dokończenie na str. 13)

kiem gruźlicy. W szczególności zagrożone są osoby używające narkotyków, ze względu na większe prawdopodobieństwo przebywania w takich środowiskach jak zakłady karne, ośrodki leczenia uzależnień od narkotyków oraz areszty, gdzie przełudnienie, brak wentylacji, nieodpowiednie odżywianie oraz ograniczony dostęp do opieki zdrowotnej oraz leków antyretrowirusowych mogą znacząco zwiększyć ryzyko zakażenia gruźlicą, jak i prawdopodobieństwo zgonu. W Rosji, Chinach i Indiach wśród osób stosujących narkotyki obserwuje się epidemię gruźlicy wielolekoopornej. Z tego powodu priorytetem dla zdrowia publicznego stało się zapewnienie tym chorym odpowiedniego leczenia gruźlicy oraz zmniejszenie liczby osób przebywających w zakładach karnych.

Dostęp do leczenia i opieki

Wolfe i wsp.³ ocenili dostęp IDU do niezbędnych świadczeń i istniejące przeszkody. Podobnie jak Strathdee i wsp.⁵, apelują oni o większe skupienie się na systemowych i strukturalnych, a nie jednostkowych, przeszkodach w prowadzeniu leczenia antyretrowirusowego. Zauważają, że ryzyko niepowodzenia leczenia należy oceniać w odniesieniu do nastawienia pracowników opieki zdrowotnej, prowadzenia rejestrów IDU, ograniczeń w zintegrowaniu OST z leczeniem gruźlicy i zakażenia HIV, nadmiernego stosowania kar pozbawienia wolności za używanie narkotyków oraz innych czynników strukturalnych. Wymienione przykłady uwypuklają konieczność poświęcenia większej uwagi pozytywnemu wpływowi na zdrowie takich czynników, jak obrona praw człowieka, reforma sądownictwa karnego, w tym systemu pomocy prawnej, dekryminalizacja osób stosujących narkotyki oraz rozwiązania alternatywne dla ograniczania wolności i przymusowego leczenia. Czynniki te mogą być równie istotne dla zapewnienia skutecznego leczenia zakażenia HIV jak prawidłowa terapia antyretrowirusowa i substytucyjna. Autorzy apelują również o dekryminalizację takich grup, jak osoby sprzedające usługi seksualne oraz mężczyźni mający kontakty seksualne z mężczyznami.³

Wielokierunkowa profilaktyka dla osób stosujących narkotyki

Degenhardt i wsp.⁴ ocenili wpływ zintegrowanych działań mających zapobiegać zakażeniu HIV wśród IDU. Skupiając się na zakażeniach HIV nabywanych podczas iniekcji opioidów oraz drogą kontaktów seksualnych, przeanalizowali oni światowe dane dotyczące dostępności wszechstronnych działań, a następnie przedstawili w formie modelu możliwe scenariusze zwiększenia zakresu działań profilaktycznych na najbliższe 5 i 20 lat. Dane dotyczące współcześnie prowadzonych działań przynoszą wstyd instytucjom zdrowia publicznego: Degenhardt i wsp. oszacowali, że tylko 5 proc. iniekcji jest wykonywanych sterylnym sprzętem zapewnionym przez programy bezpiecznych iniekcji; NSP, OST i leczenie antyretrowirusowe, czyli podstawowy pakiet usług, dociera do 10 proc. potrzebujących; wśród IDU zakażonych HIV tylko cztery osoby na 100 otrzymują ART. W hipotetycznym modelu oszacowano, że większa dostępność wyłącznie redukcji szkód pozwoliłaby, w najlepszym wypadku, tylko na ok. 20-proc. redukcję liczby zakażeń HIV w danym okresie. Jednak wielokierunkowe działanie obejmujące również terapię antyretrowirusową mogłoby

doprowadzić do znacznego ograniczenia występowania zakażeń HIV⁴ – zjawisko to opisali Strathdee i wsp.⁵ na podstawie danych o lokalnych epidemiach. Wynika z nich jasno, że aby zmniejszyć liczbę nowych zakażeń HIV, należy jak najszybciej zwiększyć zakres wielokierunkowych działań profilaktycznych oraz dostęp do terapii antyretrowirusowej dla IDU.

Wyzwania związane ze środkami psychostymulującymi

Epidemiologia stosowania substancji psychoaktywnych ulega zmianom. Oprócz uprawy roślin, z których produkuje się opiody, kokainę i marihuanę, wciąż wzrasta liczba syntetycznych środków psychoaktywnych, w tym substancji z grupy amfetamin oraz narkotyków rekreacyjnych, takich jak ecstazy, ketamina i gamma-hydroksymaślan. Środki te w istotnym stopniu wpływają na ryzyko zakażenia HIV drogą kontaktów seksualnych, a nie iniekcyjną. Niektóre z tych narkotyków stosowane są ze środkami zwiększającymi erekcję oraz z alkoholem, zwiększając ryzyko zakażenia drogą kontaktów seksualnych. Colfax i wsp.⁷ przeanalizowali dostępne dane dotyczące substancji z grupy amfetamin i przeprowadzili analizę skuteczności interwencji behawioralnych jako metody leczenia uzależnienia od tej grupy narkotyków. Jej wyniki są niepokojące. Pomimo zwiększającego się na całym świecie spożycia substancji z tej grupy, poza USA, Australią i kilkoma innymi krajami rozwiniętymi wykonano niewielką pracę w tym zakresie.

Przeprowadzone badania wykazały niewielki wpływ interwencji behawioralnych na ryzykowne zachowania seksualne osób stosujących pochodne amfetaminy i prawie całkowity brak wpływu na częstość występowania zakażeń HIV. Sytuacja ta musi ulec szybkiej zmianie tak, aby ograniczyć liczbę ryzykownych zachowań seksualnych pod wpływem środków stymulujących.

Brak możliwości leczenia farmakologicznego uzależnienia od substancji z grupy amfetamin, analogicznie do braku możliwości wykorzystania terapii substytucyjnej w leczeniu uzależnienia od kokainy, pozostaje wyzwaniem badawczym i przeszkodą dla ART wspomaganą lekami w przypadku osób zakażonych HIV i stosujących stymulanty. Niezbędny jest odpowiednik metadonu w leczeniu uzależnienia od środków pobudzających; potrzeba innowacyjnego podejścia behawioralnego w celu zmniejszenia ryzyka zakażenia HIV drogą kontaktów seksualnych wśród użytkowników narkotyków, w tym osób używających ich okazjonalnie. W przypadku osób używających środków stymulujących uzasadnione jest stosowanie opartego na przesłankach naukowych i dostosowanego kulturowo leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych oraz terapii połączonej z profilaktyką HIV i leczeniem osób zakażonych.

Prawa człowieka

W programach i strategiach dotyczących epidemii HIV/AIDS wśród osób stosujących narkotyki istnieją istotne związki między podejściem opartym na przesłankach naukowych a prawami człowieka. Jak wykazują Jürgens i wsp.⁸, metody naruszające prawa użytkowników narkotyków są nie do przyjęcia same w sobie i pociągają za sobą niewielkie efekty zdrowotne. Strathdee i wsp.¹⁵, którzy wykazali, że ograniczenie brutalnych zachowań policji w Odessie na Ukrainie mogłoby zmniejszyć

(Dokończenie ze str. 12)

Pracownicy ochrony zdrowia

- Działanie na rzecz zmniejszenia napiętnowania i dyskryminacji pacjentów uzależnionych od narkotyków w instytucjach opieki zdrowotnej.
- Uznanie terapii wspomaganą lekami (ART wspierane przez terapię substytucyjną uzależnienia od opioidów) za standard.
- Intensyfikacja działań na rzecz wykrywania gruźlicy u osób, które używają narkotyków.
- Zapewnienie osobom chorym na gruźlicę, które używają narkotyków, wsparcia w przestrzeganiu zaleceń, dostępu do terapii bezpośrednio nadzorowanej oraz zintegrowanej pomocy w celu poprawy współpracy i redukcji zachorowalności i śmiertelności.
- Wspomaganie pacjentów uzależnionych od narkotyków w systemie opieki zdrowotnej, a także w systemie sądownictwa karnego.
- Unikanie udziału w programach i działaniach, które nie są oparte na dowodach naukowych lub naruszają prawa człowieka.

Badacze

- Optymalizacja wielokierunkowej profilaktyki zakażeń HIV u osób, które używają narkotyków oraz opracowanie lepszych strategii leczenia zakażeń HIV, uzależnienia od narkotyków i chorób współistniejących.
- Przeprowadzenie badań optymalności interwencji o udowodnionej skuteczności w zapobieganiu zakażeniom HIV u osób, które używają narkotyków.
- Inicjowanie planu wielospecjalistycznych badań nad zapobieganiem i leczeniem uzależnienia od środków psychostymulujących i substancji z grupy amfetamin.
- Opracowanie środków substytucyjnych dla amfetaminy i kokainy, o działaniu analogicznym do metadonu i buprenorfiny w leczeniu uzależnienia od opioidów.
- Poszerzenie planu badań nad profilaktyką przedekspozycyjną u osób, które stosują narkotyki.
- Zagwarantowanie udziału osób narażonych na zakażenie drogą iniekcji w badaniach nad nowymi metodami profilaktyki, w tym szczepionkami przeciwko HIV.
- Włączenie osób, które używają narkotyków, do prowadzenia badań naukowych, poprzez uznanie ich wiedzy.

Osoby, które używają narkotyków

- Walka o promowanie, ochronę i przestrzeganie praw człowieka i godności osób, które używają narkotyków we wszystkich aspektach polityki narkotykowej i walki z HIV.
- Organizacja i udział we wszystkich aspektach walki z HIV wśród osób, które używają narkotyków.
- Promowanie zwiększenia dostępności zintegrowanej opieki, w tym NSP, OST i ART.
- Udział w rozwoju alternatywnych działań opartych na lokalnych społecznościach i ich członkach zamiast ograniczania wolności i innych form przymusowego lub obowiązkowego leczenia uzależnienia od narkotyków.

NSP = programy wymiany igieł i strzykawek, OST = terapia substytucyjna stosowana w leczeniu uzależnienia od opioidów, ART = leczenie antyretrowirusowe, IDU = osoba stosująca narkotyki w iniekcjach.

liczbę zakażeń HIV o 19 proc., udowadniają, że przestrzeganie praw człowieka to coś więcej niż tylko moralny i etyczny nakaz – to społeczny wskaźnik ryzyka zakażenia HIV. Wolfe i wsp.³ podkreślają kolejny ważny związek między prawami człowieka a zdrowiem osób używających narkotyków, a mianowicie wpływ piętna i dyskryminacji na dostęp do opieki i leczenia. Donoszą oni, że w pięciu krajach z najwyższymi odsetkami

	Szacunkowa liczba osób, które stosują narkotyki w iniekcjach*	Szacowana liczba IDU zakażonych HIV*†	Liczba IDU zakażonych HIV otrzymujących ART na 100 IDU z zakażeniem HIV (szacunkowo)‡	Szacowany odsetek wszystkich osób zakażonych HIV, które używają narkotyków w iniekcjach/odsetek IDU otrzymujących ART§ (%)	Liczba klientów OST na 100 IDU	Igły-strzykawki rozdane w NSP na 1 IDU na rok¶	Liczba osób stosujących narkotyki pozbawionych wolności
Chiny	2 350 000	289 000 (143 000–557 000)	3	38,5/10,7 (28)	3	32 (1–84)	330 000
Malezja	205 000	21 000 (18 000–25 000)	9	70/25 (36)	2**	9 (7–13)	50 305
Rosja	1 825 000	678 000 (4000–1 751 000)	1	83/20–30 (24–36)	0	4 (3–5)	62 200–366 700††
Ukraina	325 000–425 000‡‡	94 000‡ (2000–244 000)	9	60,5/24 (40)	2	32 (23–43)	57 800§§
Wietnam	135 000	49 000 (3000–89 000)	4	44/6,3 (14)	1	189 (107–323)	Ok. 100 000¶¶
USA	1 857 000	308 000 (113–580 000)	nd	nd	13	22 (15–31)	19,5% więźniów stanowych (2005 r.) i 53% skazanych więźniów federalnych (2007 r.)

IDU= osoba używająca narkotyków w iniekcjach, ART= leczenie antyretrowirusowe, NSP= programy wymiany igieł i strzykawek, nd= brak danych. * Dane szacunkowe z: Mathers i wsp.³⁰ W tej pracy znajdują się szczegóły szacunków źródłowych. † Podana liczba IDU zakażonych HIV jest tylko orientacyjna. Wiąże się ona ze średnim występowaniem HIV wśród IDU w danym kraju, dostosowanym do liczby osób, które stosują narkotyki w iniekcjach w danym kraju. Oba szacunki są kwestionowane; szczegóły w odnośniku 10. ‡ Oszacowania za: Mathers i wsp.¹⁹ W tej pracy znajdują się szczegóły szacunków źródłowych. § Oszacowania za: Wolfe i wsp.³ W tej pracy znajdują się szczegóły nt. źródeł i sposobu szacowania. ¶ Stosunek 1,0 oznaczałby, że osoby z wywiadem używania narkotyków w iniekcjach miały zasadniczo taki sam dostęp do ART, jak osoby zakażone HIV innymi drogami. Zachodnioeuropejski region WHO posiada wspólny współczynnik wynoszący 89 na 28 krajów. || Metadon / buprenorfina lub oba. ** W Malezji w 2009 r. ok. 10 000 osób otrzymywało OST w prywatnych ośrodkach, nie włączono ich do szacunków sektora publicznego. †† Dane dla Rosji są oparte na średniej częstości stosowania pozbawienia wolności na 100 000 osób, za: Stuckler i wsp. (670 na 100 000 jednostek)⁴¹ oraz Dolan i wsp. (532 na 100 000 jednostek),⁵⁷ oraz szacunkowym odsetku więźniów z wywiadem stosowania narkotyków za: Dolan i wsp.,⁵⁷ którzy podają szacunkową skalę 8–43% zatrzymanych. ‡‡ Szacunkowy przedział dla Ukrainy pochodzi z 2006 r. i został opracowany przez AIDS Alliance.⁵⁸ §§ Szacunki dla Ukrainy oparto na wskaźnikach pozbawienia wolności, dane z: Dolan i wsp.⁵⁷ oraz profilu krajowym Ukrainy opracowanym przez amerykański Departament Stanu. ¶¶ Szacunki dla Wietnamu pochodzą z raportu WHO z 2009 r.²² ||| Całkowita liczba osób przebywających w amerykańskich więzieniach wyniosła 2,293 miliona w 2007 r., liczby uwięzionych za przestępstwa narkotykowe różnią się od siebie w poszczególnych stanach i na szczeblu federalnym.^{60–62}

Tabela: Wskaźniki walki z HIV wśród IDU w sześciu wybranych krajach: model ocen, 2008–10^{3,4,20}

zakażeń HIV wśród osób stosujących narkotyki, w 2008 r. IDU stanowili 67 proc. ogółu, ale jedynie 25 proc. spośród osób objętych leczeniem antyretrowirusowym. Reforma strukturalna, o którą apelujemy, byłaby reakcją na przeszkody, które systematycznie zmniejszają dostęp do leczenia antyretrowirusowego z uwagą na prawdopodobną drogę zakażenia HIV.

Dokonywanie zmian

Istnieje ambitny, ale możliwy do osiągnięcia plan, który mógłby uratować życie wielu osób używających narkotyków, zapobiec nowym zakażeniom HIV, zredukować społeczne szkody używania substancji psychoaktywnych, chronić prawa człowieka oraz zmniejszyć koszty (ramka 4). Jak wprowadzić go w życie i kto to powinien zrobić?

Rządy

Rządy mają do odegrania istotną rolę na polu zmian strukturalnych w obrębie środowisk akceptujących ryzyko lub zwiększających je. Problemem wciąż są przeszkody polityczne i prawne stojące na drodze do wdrożenia skutecznych działań, które mogłyby zmniejszyć ryzyko i zredukować szkody. Jednym z wielu negatywnych przykładów jest konsekwentna polityka sprzeciwu Rosji wobec metadonu, buprenorfiny oraz innych leków stosowanych w terapii substytucyjnej. Jak wykazali Wolfe i wsp.³, wiele krajów musi przerwać dyskryminację w dostępie do ART osób z historią uzależnienia. Należy rozważyć wprowadzenie dekryminalizacji posiadania narkotyków na własny użytek, podobną do tej przeprowadzonej w Portugalii (ramka 1) oraz dekryminalizację w wielu innych obszarach prawa, jako sposób na zaprzestanie prowadzenia kosztownej i nieskutecznej polityki karnej. Wykorzystywanie

zakazów i wprowadzanie w życie prawa narkotykowego będzie i powinno być ważną częścią krajowych programów walki z narkotykiem, ale powinno się je równoważyć działaniami w zakresie zdrowia publicznego. Instytucje zajmujące się prawodawstwem, zdrowiem publicznym i leczeniem powinny ze sobą bliżej współpracować, aby zapewnić osobom stosującym narkotyki optymalny dostęp do leczenia opartego na wynikach badań naukowych oraz wykorzystywać policję do kontrolowania przestępczości, a nie ścigania uzależnionych. Deklaracja Wiedeńska z 2010 r., opisana w komentarzu Wooda i wsp.⁵⁶ wzywa do ponownego przeanalizowania zasadności stosowania kar ograniczenia wolności wobec osób uzależnionych od narkotyków. Apel ten w pełni popieramy.

Apelujemy do wszystkich rządów, aby w celu ratowania życia, zmniejszenia popytu na narkotyki oraz zwiększenia poszanowania praw człowieka postawiły sobie za cel umożliwienie jak najszerzego dostępu do opartej na wynikach badań naukowych terapii uzależnienia od narkotyków. Jak pokazały przykłady regionów, w których wykorzystano takie podejście, następstwem takich działań będzie spadek podaży i związanych z nią dochodów przestępców. Postęp w dążeniu do tego celu można będzie obserwować w nadchodzących latach, aż do 2015 r., gdy państwa członkowskie ONZ będą ponownie analizować skuteczność polityki narkotykowej – w tym reform zdrowotnych²⁷ oraz Milenijnych Celów Rozwojowych (MDG – Millennium Development Goals).

Współautorzy tej serii proponują wykorzystanie modelu opartego na ocenie dostępności terapii antyretrowirusowej, OST i NSP, a także liczbie IDU przebywających w ośrodkach odosobnienia (tabela). Dane te powinny zostać wykorzystane do oceny skuteczności globalnej walki z zakażeniem

HIV wśród IDU w ciągu najbliższych dwóch lat. Zachęcamy wszystkie zainteresowane strony do wspólnego z nami opracowania tej oceny i udoskonalenia jej kryteriów. Inną możliwością jest zbieranie danych opartych na wskaźnikach przedstawionych w raporcie przygotowanym w 2001 r. po sesji specjalnej Zgromadzenia Ogólnego ONZ ws. AIDS, które w 2010 roku zgromadzi przedstawiciele rekordowej liczby państw (169 pod koniec marca; wiadomość prywatna, Hankins C, UNAIDS, Genewa, Szwajcaria). Praktyczny przewodnik WHO, UNODC i UNAIDS wykorzystany będzie podczas definiowania powszechnego dostępu do profilaktyki zakażenia HIV, leczenia i opieki dla IDU.⁶⁵

Sponsorzy

Jak wynika z ostatnich szacunkowych danych, zorganizowana walka z epidemią HIV wśród IDU wciąż jest niewystarczająca. Finansowanie skutecznych działań opartych na wynikach badań naukowych powinno ulec znacznemu zwiększeniu tak, aby sprostać coraz większym potrzebom. Masowe zwiększenie dostępności NSP, OST oraz terapii antyretrowirusowej, o które apelujemy, wymaga wsparcia zarówno ze strony sponsorów, jak i rządów. Zebrane dowody wskazują na to, że można odnieść sukces w zapobieganiu zakażeniom HIV, kontrolowaniu epidemii oraz w ograniczaniu szkód zdrowotnych i społecznych związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Ponadto, sponsorzy powinni przeanalizować, w jakim stopniu wsparcie jest przeznaczane obecnie na działania, które są w najlepszym wypadku nieskuteczne, a w najgorszym wręcz szkodliwe. Human Rights Watch zaapelowało niedawno w Chinach o bezwzględne zamknięcie wszystkich ośrodków przymusowej terapii dla uzależnionych od narkotyków ze względu na ich nieskuteczność, a także naruszanie chińskich i międzynarodowych kodeksów praw człowieka.⁴⁷ Zgadza się, że pozbawienie wolności bez odpowiedniego procesu prawnego jest niedopuszczalnym podejściem do leczenia uzależnienia od narkotyków i apelujemy do sponsorów, aby pomogli rządowi szybko opracować alternatywy, które są skuteczne, ekonomiczne i humanitarne. Istnieje powszechna zgoda, że osoby używające narkotyków w przypadku pozbawienia wolności, wymagają skutecznej terapii uzależnienia, a także profilaktyki, diagnostyki i leczenia zakażenia HIV i gruźlicy. Należy znaleźć równowagę między zapewnieniem odpowiedniej opieki a alternatywnymi dla pozbawienia wolności działaniami w stosunku do osób uzależnionych. Sponsorzy powinni także przeciwdziałać nadużyciom takim jak pozbawianie wolności bez należytego procesu, odbieranie prawa do odwołania, dostępu do leczenia czy bycia reprezentowanym w sądzie. Ograniczanie wolności, zarówno z procesem, jak i bez niego, osób, których jedynym przestępstwem jest uzależnienie od narkotyków, nie jest podejściem uzasadnionym naukowo i zgodnym z prawami człowieka, dlatego nie należy finansować takich rozwiązań.

Świadczeniodawcy usług medycznych

Leczenie i opieka nad osobami zakażonymi HIV z wywiadem stosowania różnych substancji psychoaktywnych wymaga od pracowników ochrony zdrowia wiedzy o wielu chorobach współistniejących w tej grupie pacjentów, takich jak wiruso-

we zapalenie wątroby, gruźlica, inne zakażenia bakteryjne, a także zaburzenia psychiczne. Umiejętność prowadzenia terapii wspomaganą lekami to kluczowy element opieki, która dzięki odpowiedniemu dawkowaniu poprawia przestrzeganie zaleceń dotyczących przyjmowania między innymi leków antyretrowirusowych, zmniejsza częstość zachowań ryzykownych oraz obniża wiramię HIV-1.⁶⁶ Pracownicy i instytucje ochrony zdrowia muszą jednak robić więcej niż tylko leczyć. Powinni wspierać oparte na wynikach badań naukowych metody leczenia uzależnienia od narkotyków i sprzeciwiać się działaniom polegającym głównie na karaniu, przymusie i pozbawianiu wolności. Wolfe i wsp.³ zaproponowali prosty wskaźnik dostępności do leczenia antyretrowirusowego, czyli porównanie odsetka zakażeń HIV w danej populacji związanych z używaniem narkotyków oraz odsetka osób z wywiadem stosowania narkotyków spośród pacjentów leczonych antyretrowirusowo. Wartości te powinny być takie same. Jeśli liczba osób używających substancje psychoaktywne w grupie leczonych jest zbyt mała, pracownicy ochrony zdrowia powinni kłaść nacisk na ułatwienie dostępu do usług zdrowotnych zgodnie z prawem do ochrony zdrowia i prawami człowieka. Zintensyfikowanie wsparcia osób stosujących narkotyki przez pracowników ochrony zdrowia konieczne jest nie tylko w zakresie świadczenia usług zdrowotnych, lecz również w dziedzinie sądownictwa karnego. Pracownicy ochrony zdrowia nie powinni dłużej brać udziału w programach i strategiach, które nie opierają się na przesłankach naukowych lub naruszają prawa człowieka.

Naukowcy

Zakres badań nad zakażeniami HIV wśród IDU jest szeroki i obejmuje najistotniejsze aspekty. Skuteczność redukcji szkód przedstawiono w wielu pracach, co w niektórych przypadkach stanowiło punkt wyjścia do nowych działań związanych z epidemią AIDS. Nadal istnieją jednak zaniedbania związane z używaniem narkotyków i epidemią HIV/AIDS. Pilnie potrzebne są badania nad poprawą profilaktyki HIV wśród IDU oraz postępem w leczeniu zakażenia HIV, uzależnienia od narkotyków i chorób współistniejących. Należy również opracować wielospecjalistyczny plan badań nad zapobieganiem i leczeniem uzależnienia od środków psychostymulujących oraz substancji z grupy amfetamin. Po uzyskaniu wyników badań nad profilaktyką przedekspozycyjną HIV⁶⁴, prawdopodobnie konieczne będzie ich powtórzenie wśród IDU. Badania nad nowymi metodami profilaktyki, w tym szczepionką przeciw HIV, powinny konsekwentnie uwzględniać udział także osób narażonych na zakażenie drogą iniekcji; w przeciwnym wypadku powstaną szczepionki o niepewnej skuteczności w dużych populacjach, w których przeważa ta droga zakażenia.

Osoby, które stosują narkotyki

Osoby stosujące narkotyki niejednokrotnie są najlepiej poinformowane i bardziej skuteczne w docieraniu do rówieśników i osób z najbliższego otoczenia, również tych nie korzystających z leczenia i opieki.⁶⁶ Mogą zapewnić im opiekę i wsparcie i z powodzeniem walczyć o ich prawa i poszanowanie godności.⁶⁷ Środowiska osób stosujących narkotyki muszą uzyskać mocniejszą pozycję, zostać włączone w działania i być postrzegane

ne jako partnerzy w przeciwdziałaniu epidemii HIV. Istnieje moralna konieczność, związana z prawami człowieka, która wymaga włączenia osób dotkniętych epidemią w tę ważną dla nich walkę. W wielu miejscach jedynie osoby stosujące narkotyki podejmują rzeczywiste działania – często wiele w ten sposób ryzykując. Przykładem organizowania się i mobilizacji społeczności jest powstanie Międzynarodowej Sieci Osób Używających Narkotyków (ang. INPUD – International Network of People Who Use Drugs); sieć ta niedawno dołączyła do Delegacji Organizacji Pozarządowych Rady Koordynującej Program UNAIDS (UNAIDS Programme Coordinating Board's Non-Governmental Organisation (NGO) Delegation).⁶⁸ INPUD apeluje o zakończenie wojny z narkotykami: „Rozprzestrzenianie się HIV i zapalenia wątroby typu C oraz pozbawianie wolności setek tysięcy osób to bezpośrednie skutki całkowicie chybionej polityki opartej na dogmatach. Międzynarodowa Sieć Osób Używających Narkotyków (INPUD) apeluje o zakończenie tej wojny oraz o nowy okres pokoju i rozsądnej, otwartej debaty”.⁶⁸

Wnioski

Aby osiągnąć cele, o które apelujemy w tej serii dotyczącej zakażeń HIV wśród osób stosujących narkotyki, nie powinniśmy ograniczać się do działań koncentrujących się na zdrowiu publicznym. Jeśli instytucje nadzorujące dostęp do narkotyków oraz egzekwujące prawo nie staną się częścią nowego systemu, wtedy przestaną działać programy redukcji szkód, niewiele osób będzie korzystać z terapii substytucyjnej, a dostęp do ART oraz interwencji profilaktycznych dotyczyć będzie niewielkiego odsetka użytkowników narkotyków. Jednak kontrola dostępu do narkotyków i wprowadzanie w życie nowych rozwiązań prawnych to jeden z rodzajów ogólnościatowych działań wobec epidemii HIV. Dla tego rodzaju działań istnieją przykłady skuteczności oraz solidna podstawa naukowa. Jeśli uda się realizować skuteczną politykę opartą na przesłankach naukowych i wspierającą prawa człowieka oraz odrzucić strategię karnia i przymusu, która nie przynosi rezultatów, wówczas możliwe będzie opanowanie epidemii HIV wśród IDU, zapewnienie skutecznego leczenia potrzebującym oraz redukcja szkód społecznych.

Współpracownicy

CB, KMS, AK, MK, MS oraz SAS w równym stopniu przyczynili się do analizy literatury, opracowania i napisania raportu.

Komisja nadzorująca

Ten artykuł jest częścią Serii magazynu „The Lancet” na temat HIV wśród osób używających narkotyków, którą opracowali i koordynowali: Chris Beyrer (Center for Public Health and Human Rights, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, stan Maryland, USA); Stefanie Strathdee (University of California, San Diego, stan Kalifornia, USA); Adeeba Kamarulzaman (University of Malaya, Kuala Lumpur, Malezja) i Kasia Malinowska-Sempruch (Open Society Institute, Global Drug Policy Program, Warszawa, Polska).

Konflikty interesu

MK jest członkiem zarządu International AIDS Vaccine Initiative i pracuje dla Global Fund to Fight Aids, Tuberculosis and Malaria. Wszyscy pozostali autorzy nie podają konfliktów interesu.

Podziękowania

Serię sfinansowano z grantu Global Drug Policy Program Open Society Institute dla CB Center for Public Health and Human Rights at Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, stan Maryland, USA; oraz częściowo z grantu amerykańskiego Krajowego Instytutu ds. Nadużywania Narkotyków (US National Institute on Drug Abuse) DA027772-S1, przyznanego programowi SAS z Global Health at University of California, San Diego, stan Kalifornia, USA. Dziękujemy Chiarze Bucello, Bradleyowi Mathersowi, Louisie Degenhardt oraz członkom Grupy ds. HIV i Używania Narkotyków w Iniekcjach przy ONZ za udostępnienie ryc. 1, Ralfowi Jürgensowi i Danielowi Wolfe za pełną analizę tekstu oraz Andrei Wirtz (Centrum Zdrowia Publicznego i Praw Człowieka) za bezcenny wkład w raport już od samego początku.

Źródła

- 1 Guinness L, Vickerman P, Quayyum Z, et al. The cost-effectiveness of consistent and early intervention of harm reduction for injecting drug users in Bangladesh. *Addiction* 2010; **105**: 319–28.
- 2 Vickerman P, Kumaranayake L, Balakireva O, et al. The costeffectiveness of expanding harm reduction activities for injecting drug users in Odessa, Ukraine. *Sex Transm Dis* 2006; **33** (suppl 10): S89–102.
- 3 Wolfe D, Carrieri MP, Shepard D. Treatment and care for injecting drug users with HIV infection: a review of barriers and ways forward. *Lancet* 2010; published online July 20. DOI:10.1016/S0140-6736(10)60832-X.
- 4 Degenhardt L, Mathers B, Vickerman P, Rhodes T, Latkin C, Hickman M. Prevention of HIV infection for people who inject drugs: why individual, structural, and combination approaches are needed. *Lancet* 2010; published online July 20. DOI:10.1016/S0140-6736(10)60742-8.
- 5 Strathdee SA, Hallett TB, Bobrova N, et al. HIV and risk environment for injecting drug users: the past, present, and future. *Lancet* 2010; published online July 20. DOI:10.1016/S0140-6736(10)60743-X.
- 6 Altice FL, Kamarulzaman A, Soriano VV, Schechter M, Friedland GH. Treatment of medical, psychiatric, and substance-use comorbidities in people infected with HIV who use drugs. *Lancet* 2010; published online July 20. DOI:10.1016/S0140-6736(10)60829-X.
- 7 Colfax G, Santos G-M, Chu P, et al. Amphetamine-group substances and HIV. *Lancet* 2010; published online July 20. DOI:10.1016/S0140-6736(10)60753-2.
- 8 Jürgens R, Csete J, Amon JJ, Baral S, Beyrer C. People who use drugs, HIV, and human rights. *Lancet* 2010; published online July 20. DOI:10.1016/S0140-6736(10)60830-6.
- 9 Backman G, Hunt P, Khosla R. Health systems and the right to health: an assessment of 194 countries. *Lancet* 2008; **372**: 2047–85.
- 10 Mathers B, Degenhardt L, Phillips B, et al, for the 2007 Reference Group to the UN on HIV and Injecting Drug Use. Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet* 2008; **372**: 1733–45.

- 11 Kwon J, Iversen J, Maher L, Law M, Wilson D. The impact of needle and syringe programs on HIV and HCV transmissions in injecting drug users in Australia: a model based analysis. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2009; **51**: 462–69.
- 12 Van Den Berg C, Smit C, Van Brussel G, Coutinho R, Prins M. Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users. *Addiction* 2007; **102**: 1454.
- 13 Le Vu S, Le Strat Y, Pillonel J, et al. Population-based HIV incidence in France, 2003 to 2008. 17th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections; San Francisco, CA, USA; Feb 16–19, 2010. Paper 36LB.
- 14 Wood E, Kerr T, Marshall B, et al. Longitudinal community plasma HIV-1 RNA concentrations and incidence of HIV-1 among injecting drug users: prospective cohort study. *BMJ* 2009; **338**: b1649.
- 15 Santibanez S, Garfein R, Swartzendruber A, Purcell D, Paxton L, Greenberg A. Update and overview of practical epidemiologic aspects of HIV/AIDS among injection drug users in the United States. *J Urban Health* 2006; **83**: 86–100.
- 16 Todd C, Abed A, Strathdee S, et al. HIV, HCV, and HBV infections and associated risk behavior in injecting drug users, Kabul, Afghanistan. *Emerg Infect Dis* 2007; **13**: 1327–31.
- 17 Beyrer C, Patel Z, Stachowiak JA, et al. Characterization of the emerging HIV type 1 and HCV epidemics among injecting drug users in Dushanbe, Tajikistan. *AIDS Res Hum Retroviruses* 2009; **25**: 853–60.
- 18 UNAIDS. AIDS epidemic update, 2009. <http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/EpiUpdate/EpiUpdArchive/2009/default.asp> (accessed March 8, 2010).
- 19 Mathers BM, Degenhardt L, Ali H, et al, for the 2009 Reference to the UN on HIV and Injecting Drug Use. HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage. *Lancet* 2010; **375**: 1014–28.
- 20 Gelmon L, Kenya P, Oguny F, Cheluguet B, Haile G. Kenya HIV prevention response and modes of transmission analysis. March, 2009. http://www.unaidsrsta.org/files/u1/Kenya_MoT_Country_Synthesis_Report_22Mar09.pdf (accessed April 15, 2010).
- 21 Nicolai LM, Shcherbakova IS, Toussova OV, Kozlov AP, Heimer R. The potential for bridging of HIV transmission in the Russian Federation: sex risk behaviors and HIV prevalence among drug users (DUs) and their non-DU sex partners. *J Urban Health* 2009; **86** (suppl 1): 131–43.
- 22 WHO. Assessment of compulsory treatment of people who use drugs in Cambodia, China, Malaysia and Viet Nam: an application of selected human rights principles. 2009. http://www.who.int/hiv/pub/idu/assess_treatment_users_asia/en/index.html (accessed March 8, 2010).
- 23 Grover A. The right to health, the rights-based approach, towards decriminalization (Oct 27, 2009). International Conference on Realising the Rights to Health and Development for All; Hanoi, Vietnam; Oct 26–29, 2009.
- 24 Baral S, Trapence G, Motimed F, et al. HIV prevalence, risks for HIV infection, and human rights among men who have sex with men (MSM) in Malawi, Namibia, and Botswana. *PLoS One* 2009; **4**: e4997.
- 25 Johnston L, Dahoma M, Holman A, et al. HIV infection and related risk behavior among men who have sex with men in Zanzibar, Tanzania. XVII International AIDS Conference; Mexico City, Mexico; Aug 3–8, 2008. Abstract WEPE742.
- 26 UNODC. World drug report 2009. <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2009.html> (accessed March 8, 2010).
- 27 UNODC. Addiction, crime, and insurgency: the transnational threat of Afghan opium. http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/Afghanistan/Afghan_Opium_Trade_2009_web.pdf (accessed March 8, 2010).
- 28 UNODC, Anti-Narcotics Force. Afghanistan opium survey 2009. http://www.unodc.org/documents/crop-monitoring/Afghanistan/Afghanistan_opium_survey_2009_summary.pdf (accessed March 8, 2010).
- 29 Kheirandish P, Seyedalinaghi S, Hosseini M, et al. Prevalence and correlates of HIV infection among male injection drug users in detention in Tehran, Iran. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2010; **53**: 273–75.
- 30 UNODC, Regional Office for Central Asia. Illicit drug trends in central Asia: April, 2008. http://www.unodc.org/documents/regional/central-asia/Illicit%20Drug%20Trends_Central%20Asiafinal.pdf (accessed May 4, 2010).
- 31 Kamarulzaman A, Saifuddeen SM. Islam and harm reduction. *Int J Drug Policy* 2010; **21**: 115–18.
- 32 Tee K, Pybus O, Li XJ, et al. Temporal and spatial dynamics of human immunodeficiency virus type 1 circulating recombinant forms 08_BC and 07_BC in Asia. *J Virol* 2008; **82**: 9206–15.
- 33 Tovanabutra S, Kijak G, Beyrer C, et al. Identification of CRF34_01B, a second circulating recombinant form unrelated to and more complex than CRF15_01B, among injecting drug users in northern Thailand. *AIDS Res Hum Retroviruses* 2007; **23**: 829–33.
- 34 Michael N. RV 144 update: Vaccination with ALVAC and AIDSVAX to prevent HIV-1 infection in Thai adults (oral presentation, session 23). 17th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections; San Francisco, CA, USA; Feb 16–19, 2010. Paper 74.
- 35 Tovanabutra S, Beyrer C, Sakkhachornphop S, et al. The changing molecular epidemiology of HIV type 1 among northern Thai drug users, 1999 to 2002. *AIDS Res Hum Retroviruses* 2004; **20**: 465–75.
- 36 Lohman D, Schleifer R, Amon J. Access to pain treatment as a human right. *BMC Med* 2010; **8**: 8.
- 37 WHO. Access to Controlled Medications Programme. Improving access to medications controlled under international drug conventions. 2009. <http://www.eapcnet.org/download/forOrganisations/PSM.AccessToControlledMedications.pdf> (accessed March 8, 2010).
- 38 Human Rights Watch. Human Rights Watch interview with Dr Weru of Nairobi Hospice, Nairobi, Kenya. "Please, do not make us suffer any more...". In: Human Rights Watch, ed. Access to pain treatment as a human right. New York: Human Rights Watch, 2009.
- 39 Pain and Policy Studies Group, WHO Collaborating Center for Policy and Communications in Cancer Care. Opioid availability: eastern Europe and central Eurasian. Palliative care in cancer. Budapest, Hungary: Open Society Institute; 2005. <http://www.painpolicy.wisc.edu/publicat/monograp/hungary05.pdf> (accessed April 5, 2010).
- 40 UNODC. Commission on Narcotic Drugs Report on the fifty-third session (2 December 2009 and 8–12 March 2010). Vienna: UN Office on Drugs and Crime, 2010.
- 41 Stuckler D, Basu S, McKee M, King L. Mass incarceration can explain population increases in TB and multidrug-resistant TB in European and central Asian countries. *Proc Natl Acad Sci USA* 2008; **105**: 13280–85.
- 42 Mauer M, King R. Uneven justice: state rates of incarceration by race and ethnicity. Washington DC: The Sentencing Project, 2007.
- 43 Anon. Bad science and bad policy. *New York Times* (New York), March 3, 2010.
- 44 Khan MR, Doherty IA, Schoenbach VJ, Taylor EM, Epperson MW, Adimora AA. Incarceration and HIV-risk sex partnerships among men in the United States. *J Urban Health* 2009; **86**: 584–601.
- 45 Choopanya K, Des Jarlais DC, Vanichseni S, et al. Incarceration and risk for HIV infection among IDU in Bangkok. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2002; **29**: 86–94.
- 46 Werb D, Kerr T, Small W, Li K, Montaner J, Wood E. HIV risks associated with incarceration among injection drug users: implications for prison-based public health strategies. *J Public Health (Oxf)* 2008; **30**: 126–32.

- 47 Amon J. Where darkness knows no limits: incarceration, ill-treatment and forced labor as drug rehabilitation in China. New York: Human Rights Watch, 2010.
- 48 Rhodes T, Simic M. Transition and the HIV risk environment. *BMJ* 2005; **331**: 220–23.
- 49 Lucas GM, Mullen BA, Weidle PJ, Hader S, McCaul ME, Moore RD. Directly administered antiretroviral therapy in methadone clinics is associated with improved HIV treatment outcomes, compared with outcomes among concurrent comparison groups. *Clin Infect Dis* 2006; **42**: 1628–35.
- 50 Palepu A, Horton NJ, Tibbetts N, Meli S, Samet JH. Uptake and adherence to highly active antiretroviral therapy among HIV-infected people with alcohol and other substance use problems: the impact of substance abuse treatment. *Addiction* 2004; **99**: 361–68.
- 51 Palepu A, Tyndall MW, Joy R, Kerr T, Wood E, Press N. Antiretroviral adherence and HIV treatment outcomes among HIV/HCV co-infected injection drug users: the role of methadone maintenance therapy. *Drug Alcohol Depend* 2006; **84**: 188–94.
- 52 WHO. Achieving balance in national opioids control policy: guidelines for assessment. 2000. <http://www.painpolicy.wisc.edu/publicat/00whoabi/00whoabi.htm> (accessed April 25, 2010).
- 53 WHO. Policy guidelines for collaborative TB and HIV services for injecting and other drug users: an integrated approach. 2008. http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596930_eng.pdf (accessed March 10, 2010).
- 54 Kates J, Lief E, Avila C. Financing the response to AIDS in low and middle income countries: international assistance from the G8, European Commission and other donor Governments. 2008. <http://www.unaids.org/uploads/group%20of%20eight%20funding%20for%20hiv.pdf> (accessed March 10, 2010).
- 55 UNAIDS. Financial resources required to achieve universal access to HIV prevention, treatment, care and support. 2007. http://data.unaids.org/pub/Report/2007/JC1678_Fin_Res_Req_en.pdf (accessed March 10, 2010).
- 56 Wood E, Werb D, Kazatchkine M, et al. Vienna Declaration: a call for evidence-based drug policies. *Lancet* 2010; published online July 20, 2010. DOI:10.1016/S0140-6736(10)60958-0.
- 57 Dolan K, Kite B, Black E, Aceijas C, Stimson GV, for the Reference Group on HIV/AIDS Prevention and Care Among Injecting Drug Users in Developing and Transitional Countries. HIV in prison in low-income and middle-income countries. *Lancet Infect Dis* 2008; **7**: 32–41.
- 58 Balakiryeva O, Gusak L, Dovbakh H, et al. Evaluation of the size of most-at-risk populations vulnerable to HIV infection in Ukraine: analytic report based on the research results. Kyiv: International Charitable Foundation “International HIV/AIDS Alliance in Ukraine”, 2006.
- 59 US Department of State. Background note: Ukraine. 2009. <http://www.state.gov/r/pa/ei/bgn/3211.htm> (accessed May 14, 2010).
- 60 Sabol WJ, West HC. Prisoners in 2007. Washington DC: US Bureau of Justice, 2008.
- 61 Mumola C, Karberg J. Drug use and dependence, state and federal prisoners, 2004. Washington DC: US Department of Justice, 2006.
- 62 Walsmsley R. World prison population list. London: Q2 International Centre for Prison Studies, King’s College, 2009.
- 63 WHO, UNODC, UNODC. WHO, UNODC, UNAIDS technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users. 2009. <http://www.who.int/hiv/pub/idu/targetsetting/en/index.html> (accessed March 10, 2010).
- 64 CDC. CDC trials of pre-exposure prophylaxis for HIV prevention. <http://www.cdc.gov/hiv/prep/resources/factsheets/index.htm> (accessed June 11, 2010).
- 65 Beyrer C, Baral S, Shaboltas A, et al. The feasibility of HIV vaccine efficacy trials among Russian injection drug users. *Vaccine* 2007; **25**: 7014–16.
- 66 Crofts N, Herkt D. A history of peer-based drug-user groups in Australia. *J Drug Issues* 1995; **25**: 599–626.
- 67 Wood E, Kerr T, Spittal P, Small W, Tyndall M, O’Shaughnessy M. An external evaluation of a peer-run “unsanctioned” syringe exchange program. *J Urban Health* 2003; **80**: 455–64.
- 68 International Network of People Who Use Drugs. Press Release: Give peace a chance, stop the failed war on drugs. 2009. <http://www.druguserpeaceinitiative.org/images/INPUDPressReleaseCND.pdf> (accessed March 9, 2010).

