uz podršku:

u partnerstvu sa:

NACRT PRIJEDLOGA JAVNE POLITIKE:

SMJERNICE ZA IMPLEMENTACIJU PROGRAMA SMANJENJA ŠTETNIH POSLJEDICA UPOTREBE DROGA U CRNOJ GORI

NACRT PRIJEDLOGA JAVNE POLITIKE:

SMJERNICE ZA IMPLEMENTACIJU PROGRAMA SMANJENJA ŠTETNIH POSLJEDICA UPOTREBE DROGA U CRNOJ GORI

Podgorica, jul 2020. godine

NACRT PRIJEDLOGA JAVNE POLITIKE:

SMJERNICE ZA IMPLEMENTACIJU PROGRAMA SMANJENJA ŠTETNIH POSLJEDICA UPOTREBE DROGA U CRNOJ GORI

Autorka:
Tatijana Đurišić

Za izdavača:
Ivana Vujović

Izdavač:
NVO JUVENTAS
Oktobarske revolucije 78
81000 Podgorica, Crna Gora

SADRŽAJ

Skraćenice 7
I. UVOD 11
II. EPIDEMIOLOŠKI POKAZATELJI 13
II.1. UPOTREBA DROGA 13
II.2. HIV 15
II.3. HEPATITIS B I C 17
II.4. EPIDEMIOLOŠKI POKAZATELJI ZA CRNU GORU 19
III. RAZLOZI I ZNAČAJ „SMANJENJA ŠTETE“ 21
III.1. UPOTREBA DROGA INJEKTIRANJEM KAO FAKTOR RIZIKA ZA INFEKTIVNE BOLESTI 23
III.2. MORTALITET OSOBA KOJE KORISTE DROGE 26
IV. OSVRT NA ISTORIJAT I KONCEPTE SMANJENJA ŠTETE 28
IV.1. SMANJENJE ŠTETE KAO KONVENCIONALNI JAVNOZDRAVSTVENI PRISTUP 28
IV.2. SMANJENJE ŠTETE KAO KONVENCIONALNA POLITIKA U EVROPI KAD JE RIJEČ O DROGAMA 29
IV.3. GLOBALNA KONTROLA DROGA I SMANJENJE ŠTETE 30
IV.4. SMANJENJE ŠTETE KAO „KOMBINOVANA INTERVENCIJA“ 31
IV.5. SMANJENJE ŠTETE I „OLAKŠAVAJUĆE OKRUŽENJE“ ZA ZDRAVLJE 32
V. POZADINA I OSNOV ZA IZRADU SMJERNICA 33
VI. NAČELA NA KOJIMA SEZASNIVAJU OVE SMJERNICE 43
VI.1. NAČELA PREVENCIJE 43
VI.1.1. PRAGMATIČAN PRISTUP UNAPREĐENJU ZDRAVLJA 43
VI.1.2. PERSPEKTIVA PRAVA KORISNIKA SERVISA 43
VI.1.3. CILJEVI JAVNOG ZDRAVLJA 44
VI.1.4. PREPORUKE ZASNOVANE NA NAUČNIM DOKAZIMA I ISKUSTVU EKSPERATA 44
VI.2. NAČELA PRUŽANJA USLUGA 45
VI.2.1. OSIGURANJE POVJERLJIVOSTI 45
VI.2.2. UNAPREĐENJE PRISTUPAČNOSTI USLUGA 45
VI.2.3. STVARANJE ATMOSFERE NAKLONJENE KORISNICIMA 45
VI.2.4. VOĐENJE DIJALOGA SA KORISNICIMA I PROMOVISANJE UKLJUČIVANJA ISKUSTVENIH SARADNIKA 46

VI.2.5. USVAJANJE PRAKTIČNOG PRISTUPA PRUŽANJU USLUGA..46
VI.2.6. UZDRŽAVANJE OD IDEOLOŠKE I MORALNE OSUDE.....46
VI.2.7. ODRŽAVANJE REALNE HIJERARHIJE CILJEVA.....47

VII. CILJEVI 49

VIII. INTERVENCIJE SMANJENJA ŠTETE SA PREPORUKAMA ZA OPTIMALNO SPROVOĐENJE.....50
VIII.1. OMOGUĆAVANJE DOSTUPNOSTI I DISTRIBUCIJA IGALA I ŠPRICEVA I OSTALE OPREME ZA PRIPREMU I INJEKTIRANJE DROGA (NSP) 52
VIII.2. SUPSTITUCIONA OPIOIDNA TERAPIJA I DRUGE VRSTE TRETMANA OSOBA KOJE KORISTE DROGE 55
VIII.2.1. DRUGE VRSTE TRETMANA ZA KORISNIKE DROGA.....60
VIII.3. USLUGE TESTIRANJA NA HIV.....63
VIII.3.1 SAMOTESTIRANJE NA HIV (HIVST) 67
VIII.4. ANTIRETROVIRUSNA TERAPIJA KAO VID PREVENCIJE TRANSMISIJE HIV-A.....68
VIII.5. PREVENCIJA I TRETMAN SEKSUALNO PRENOSIVIH BOLESTI 70
VIII.6. OMOGUĆAVANJE DOSTUPNOSTI KONDOMA ZA OSOBE KOJE KORISTE DROGE, KAO I ZA NJIHOVE PARTNERE 71
VIII.7. CILJANO INFORMISANJE, EDUKACIJA I KOMUNIKACIJA 73
VIII.8. PREVENCIJA, VAKCINACIJA, TESTIRANJE, DIJAGNOSTIKA I TRETMAN VIRUSNOG HEPATITISA B I C 75
VIII.9. PREVENCIJA, DIJAGNOSTIKA I TRETMAN TUBERKULOZE 80

IX. PROGRAMI SMANJENJA ŠTETE U POSEBNIM OKRUŽENJIMA / USMJERENI PREMA DRUŠTVENIM GRUPAMA SA POVEĆANIM ZDRAVSTVENIM RIZIKOM 81
IX.1. AKTIVNOSTI USMJERENE NA ADOLESCENTE 81
IX.2. AKTIVNOSTI USMJERENE NA ŽENE, TRUDNICE I PORODILJE 82
IX.3. AKTIVNOSTI USMJERENE NA OSOBE U PENALNOM SISTEMU 83
IX.4. AKTIVNOSTI USMJERENE NA SMANJENJE RIZIKA I ŠTETE POVEZANE SA KORIŠĆENJEM DROGA U NOĆNIM KLUBOVIMA I DRUGIM MJESTIMA OKUPLJANJA.....84
IX.5. AKTIVNOSTI USMJERENE KA OSTALIM DRUŠTVENIM GRUPAMA POD POVEĆANIM ZDRAVSTVENIM RIZIKOM.....87

X. INTERVENCIJE U CILJU DIREKTNOG SMANJENJA SMRTNOSTI USLJED PREDOZIRANJA OSOBA KOJE KORISTE DROGE 88
X.1. OBEZBJEĐIVANJE I DISTRIBUCIJA NALOKSONA ZA KUĆNU UPOTREBU I EDUKACIJA KORISNIKA I PRIPADNIKA POPULACIJE O NJEGOVOJ PRIMJENI 90
X.2. PROSTORIJE ZA SIGURNU KONZUMACIJU DROGA POD NADZOROM 94
X.3. TESTIRANJE SASTAVA DROGA 98
X.3.1. KAKO SERVISI ZA PROVJERU DROGA MOGU DOPRINIJETI SMANJENJU ŠTETE POVEZANE SA UPOTREBOM DROGA 100
X.3.2. IZAZOVI RAZLIČITIH VRSTA SERVISA ZA PROVJERU DROGA 101
X.3.3. BUDUĆNOST SERVISA ZA PROVJERU SASTAVA DROGA 103
X.3.4. ZAKLJUČAK O SERVISIMA ZA PROVJERU SASTAVA DROGA 104

XI. INTERVENCIJE SMANJENJA ŠTETE NASTALE ZBOG UPOTREBE DRUGIH DROGA 105
X.1. KANABIS 105
XI.1.1. INTERVENCIJE ZA SMANJENJE ŠTETNIH POSLJEDICA UPOTREBE KANABISA 106
XI.2. STIMULANSI – KOKAIN, EKSTAZI, AMFETAMINI I METAMFETAMINI 108
XI.2.1. SMANJENJE ŠTETE OD UPOTREBE STIMULANSA 110
XI.3. NOVE PSIHOAKTIVNE SUPSTANCE 112
XI.3.1. SMANJENJE ŠTETE NASTALE ZBOG UPOTREBE NOVIH PSIHOAKTIVNIH SUPSTANCI 112

XII. E-HEALTH I M-HEALTH INTERVENCIJE ZA SMANJENJE ŠTETE 114

XIII. SERVISI SMANJENJA ŠTETE U CRNOJ GORI – AKTUELNO STANJE I POTREBE 115
XIII.1. OPIOIDNA SUPSTITUCIONA TERAPIJA METADONOM I BUPRENORFINOM 115
XIII.2. DROP-IN CENTAR ILI „SVRATIŠTE“ 116
XIII.3. SAVJETOVANJE I PSIHOSOCIJALNA PODRŠKA 118
XIII.4. ZBRINJAVANJE INFEKTIVNOG OTPADA 119
XIII.5. TERENSKI RAD 120

XIV. KONTROLA I PRAĆENJE 123

SKRAĆENICE

U ovom dokumentu su korišćene skraćenice termina na crnogorskom jeziku tamo gdje jezik prepoznaje takve akronime, dok su, tamo gdje to nije slučaj korišćene skraćenice na engleskom jeziku, uobičajene u međunarodnim dokumentima.

Crnogorski	Puni naziv	Engleski	Full name
SZO	Svjetska zdravstvena organizacija	WHO	World Health Organization
UNODC	Kancelarija Ujedinjenih nacija za borbu protiv droga i organizovanog kriminala	UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
UNAIDS	Program Ujedinjenih nacija za HIV/ AIDS	UNAIDS	United Nations AIDS programme
EMCDDA	Evropski centar za nadzor droga i zavisnosti o drogama	EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addictions
ECDC	Evropski centar za kontrolu zaraznih bolesti	ECDC	European Centre for Disease Control
DPST	Dobrovoljno i povjerljivo savjetovanje i testiranje	VCT	Voluntary counselling and testing
OKD	Osoba koja koristi drogu	PWUD	Person who use drugs
OID	Osoba koja injektira droge	PWID	Person who inject drugs
OST	Opioidna supstituciona terapija	OST	Opioide substitution therapy
NPS	Nove psihoaktivne supstance	NPS	New psychoactive substances
IJZCG	Institut za javno zdravlje Crne Gore	IPH	Institute of Public Health
MSM	Muškarci koji imaju seksualne odnose s muškarcima	MSM	Men who have sex with men
	Program razmjene špriceva i igala	NXP	Needle and syringe exchange programme
	Razmjena igala	NX	Needle exchange
	Visokorizična upotreba droga – ponavljana upotreba droga koja osobi ostavlja negativne posljedice (zavisnost, ali i druge zdravstvene, psihološke ili socijalne probleme) ili uzrokuje visoku vjerovatnoću (rizik) da će iskusiti takve štetne posljedice.	HRDU	High-risk drug use
PPI	Polno prenosive infekcije	STI	Sexually transmitted infections
	Nalokson za kućnu upotrebu	THN	Take-home Naloxone
	Sporootpuštajući morfijum	SRM	Slow-release morphium
	Prostorije za konzumaciju droge pod nadzorom	DCR	Drug consumption rooms
	Samotestiranje na HIV	HST	HIV self-testing
	Smrtni slučajevi povezani sa upotrebom droga	DRD	Drug related deaths
	Sistem ranog upozorenja na pojavu novih droga	EWS	Early warning system

I. UVOD

„Harm reduction" ili „smanjenje štete" podrazumijeva intervencije, programe, politike i prakse koje se implementiraju u cilju smanjenja zdravstvenih, društvenih i ekonomskih štetnih posljedica povezanih sa upotrebom droga, politikama i legislativom u oblasti droga, na pojedinca, zajednice i društvo.

Ključni princip smanjenja štete je osmišljavanje pragmatičnog odgovora na problem upotrebe droga kroz hijerarhiju intervencijskih ciljeva kojima se prvenstveno naglašava smanjenje štetnih zdravstvenih posljedica kontinuirane upotrebe droga[1]. Na polju politike u oblasti droga uočava se da su mjere smanjenja štete i rizika dobro integrisane sa mjerama iz područja prevencije, liječenja i rehabilitacije i one paralelno obuhvataju politiku smanjenja ponude i smanjenja potražnje droga[2].

Ono što specifično definiše mjere smanjenja štete jeste njihov fokus na prevenciju štete povezane sa upotrebom droge prije nego na samu prevenciju upotrebe droga. Smanjenje štete zasniva se na pravdi i ljudskim pravima fokusira se na pozitivne promjene i na rad sa ljudima bez osuđivanja, prisile, diskriminacije ili zahtjeva da prestanu koristiti drogu kao preduslova za pružanje podrške[3].

Pristupi smanjenja štete niti isključuju, niti pretpostavljaju postizanje apstinencije kao cilja tretmana, što znači da i intervencije koje imaju za cilj postizanje apstinencije mogu biti dio hijerarhije ciljeva smanjenja štete. Stoga smanjenje štete treba usvojiti i shvatiti kao „kombinovanu intervenciju, sačinjenu od paketa intervencijā prilagođenih lokalnom okruženju i potrebama, koji primarni naglasak stavljaju na smanjenje štetnih posljedica upotrebe droga. Na primjer, u vezi sa smanjenjem štetnih posljedica upotrebe droga injektiranjem, kombinovana intervencija može se sastojati od programa distribucije i zamjene sterilnog pribora za injektiranje droga, programa opijatske supstitucije, uslugā savjetovanja, obezbjeđivanja dostupnosti prostorija za konzumiranje droga pod nadzorom, vršnjačke edukacije i terenskog rada, kao i promocije javnih politika kojima se podstiče zaštita javnog zdravlja populacija u riziku"[4].

Kod osoba koje injektiraju droge izuzetno je važno promovisati redukciju zajedničke upotrebe pribora za injektiranje droga, kao i suzbijanje rizičnih seksualnih praksi. Povećanje dostupnosti i upotreba sterilnog pribora za korišćenje droga injektiranjem znatno doprinose smanjivanju stope prenošenja HIV/AIDS-a i drugih krvno prenosivih bolesti. Pristupom smanjenja štetnih posljedica pokušavaju se riješiti neposredne zdravstvene i socijalne potrebe visokorizičnih korisnika droga, posebno onih socijalno isključenih, pri čemu se nude programi i intervencije u cilju sprečavanja smrtnog ishoda uzrokovanog predoziranjem, smanjenja širenja infektivnih bolesti i pružanja tretmana zavisnosti, dok dodatni pristupi uključuju rad na terenu, promociju zdravlja i obrazovanje. Osim toga, programima smanjenja štete kojima se povećava dostupnost sterilnog pribora često se ostvaruje prvi kontakt sa populacijom koja koristi/

1 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction EMCDDA (2010). *Scientific Monograph Series No 10 Harm reduction: evidence, impacts and challenges.* Luxembourg: Publications Office of the European Union 2010462 pp.

2 *Harm Reduction. Policy paper on preventing risks and reducing harm linked to the use of psychoactive substances.* P-PG (2013) 20. Cooperation Group to Combat Drug Abuse and Illicit trafficking in Drugs.

3 *Harm Reduction International (2019).* What is Harm Reduction? [Website].

4 WHO, UNODC and UNAIDS (2009). *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users.* Available: http://www.who.int/hiv/pub/idu/ targetsetting/en/index.html.

injektira droge, zbog čega ovi programi imaju važnu ulogu u edukaciji i motivaciji za liječenje navedene populacije i pristup daljem tretmanu.

Na globalnom nivou je izrazito prisutna tendencija da se praksa smanjenja štetnih posljedica upotrebe droga širi i nalazi svoju primjenu na području upotrebe ilegalnih (i legalnih) psihoaktivnih supstanci, kao i u radu službi za sprovođenje zakona. Istovremeno je koncept smanjenja štete postao sredstvo postizanja ciljeva javnozdravstvene politike, politike u oblasti sigurnosti u zajednici, kao i politike socijalne zaštite, sa širim ciljem da umanji socijalne, zakonske i ekonomske probleme povezane sa upotrebom psihoaktivnih supstanci.

U EU, bez obzira na glavnu temu, u okviru svih nacionalnih strategija za suzbijanje zloupotrebe droga, izričito se primjenjuje uravnotežen pristup politici suzbijanja zloupotrebe droga, utvrđen *Strategijom EU za borbu protiv droga (2013–2020)* i akcionim planovima (2017–2020) u kojima se jednaka važnost pridaje smanjenju potražnje i smanjenju ponude droga. Mjere smanjenja štete odnosno prevencije i smanjenja smrtnosti, kao i mjere ublažavanja zdravstvenih i socijalnih rizika i posljedica i opšte nesigurnosti zajednice zbog upotrebe droga u većini zemalja Evrope i svijeta predstavljaju integralni dio nacionalnih strategija i politika borbe protiv droga.

Sve evropske i međunarodne organizacije i tijela iz predmetne oblasti snažno podržavaju smanjenje štete kao efikasan i na dokazima zasnovan pristup prevenciji prenošenja infektivnih bolesti i tretmanu osoba koje koriste droge.

Porast u globalnoj ponudi i potražnji droga usložnjava zdravstvene rizike, postavlja velike izazove pred pravosudni sistem i komplikuje napore u prevenciji i tretmanu posljedica povezanih sa upotrebom droga. Droge poput heroina i kokaina, koje su dugo dostupne, sve više koegzistiraju sa novim psihoaktivnim supstancama, pri čemu je došlo do porasta nemedicinske upotrebe ljekova koji se uzimaju na recept (bilo preusmjerenih iz dozvoljenih kanala, bilo nelegalno proizvedenih). Mnogi farmaceutski ljekovi istaknuti su u obrascima upotrebe kod korisnika koji konzumiraju više droga istovremeno. Kako se na globalnom nivou poboljšava kontrola prekursora, proizvođači i preprodavci droga koriste posebne hemikalije koje se razvijaju sa ciljem da se izbjegne međunarodna kontrola proizvodnje amfetamina, metamfetamina i ekstazija. Proizvodnja heroina i kokaina ostaje na najvišim nivoima zabilježenim u modernoj istoriji.

Budući da se problemi povezani sa drogama razvijaju i mijenjaju, nužno je osmisliti i ocijeniti i nove pristupe, a razlozi za ili protiv kao i izazovi nekih od ovih pristupa biće detaljnije obrađeni u ovom dokumentu.

II. EPIDEMIOLOŠKI POKAZATELJI

II.1. UPOTREBA DROGA

U procjenama Ujedinjenih nacija u posljednjem *Svjetskom izvještaju o drogama* (*World Drug Report*) iz 2020. godine navodi se da globalna prevalencija poremećaja zbog upotrebe droga iznosi 0,7% u populaciji odraslih uzrasta od 15 do 64 godine. Dok se droge više koriste u razvijenim zemljama u odnosu na nerazvijene i dok bogatiji segmenti društva imaju višu prevalenciju upotrebe droga, osobe slabijeg ekonomskog i socijalnog statusa imaju veće izglede da razviju poremećaje povezane sa upotrebom droga.

Više ljudi koristi droge i više je droga i više vrsta dostupno na tržištu nego ikad ranije u istoriji. Oko 269 miliona osoba koristilo je droge bar jednom u toku prethodnih godinu dana u 2018. godini, što je čak za 30 procenata više nego u 2009. godini. Adolescenti i mladi odrasli čine najveći udio korisnika droga. Broj korisnika kanabisa, procjenjuje se, iznosi 192 miliona, a 58 miliona ljudi koristi opioide (od njih 30 miliona opijate); 27 je miliona korisnika amfetaminā i stimulansā koji se dobijaju na ljekarski recept, 21 milion korisnika ekstazija i 19 miliona korisnika kokaina. Ovo čini 5,4% ukupne svjetske populacije uzrasta 15 do 64 godine odnosno skoro 1 od 19 osoba[5].

Od 2009. do 2018. godine je procijenjeni broj osoba koje su koristile drogu tokom prethodnih godinu dana na globalnom nivou porastao sa 210 miliona na 269 miliona – za više od četvrtinu (28%), što je djelimično rezultat porasta globalne svjetske populacije. Kao posljedica toga, prevalencija upotrebe droga porasla je preko 12% sa 4,8% u 2009. godini na 5,4% u 2018. godini.[6]

Svega jedna od osam osoba kojima je potreban tretman zbog upotrebe droga takav tretman i dobije. Od 11 miliona osoba koje koriste drogu injektiranjem polovina živi sa hepatitisom C, a 1,4 miliona sa HIV-om.

Prema *Evropskom izvještaju o drogama za 2020. godinu*[7], procjenjuje se da je u zemljama Evropske unije najmanje 96 miliona ili 29% odraslih osoba (starosti 1564 godine) koristilo ilegalne droge bar jednom u životu. Iskustvo upotrebe droga biva češće kod muškaraca (57,8 miliona) nego kod žena (38,4 miliona). Najčešće probana droga je kanabis (54,6 miliona muškaraca i 35,7 miliona žena), uz mnogo niži procenat cjeloživotne upotrebe kokaina (12,1 milion muškaraca i 5,8 miliona žena), MDMA (9,1 milion muškaraca i 4,6 miliona žena) i amfetamina (8,1 milion muškaraca i 4,1 milion žena). Prevalencija cjeloživotne upotrebe kanabisa znatno varira među različitim državama i kreće se od oko 4% odraslih na Malti do 45% u Francuskoj. Upotreba droga tokom prethodnih godinu dana pruža mjeru skorašnje upotrebe droga i pretežno je koncentrisana među mladim odraslim osobama. Procjenjuje se da je 20 miliona mladih odraslih (u dobi od 15 do 34 godine) koristilo drogu u posljednjih godinu dana (16,6%), od čega otprilike

5 United Nations (2020). *World Drug Report 2020 (United Nations publication, Sales No. E.20.XI.6).* Available at: https://wdr.unodc.org/wdr2020/en/drug-use-health.html

6 S obzirom na široke intervale nesigurnosti ovih procjena i na to da u datoj godini globalne procjene predstavljaju najbolje dostupne podatke, bilo kakva komparacija ovih procjena tokom vremena mora biti uzeta s oprezom.

7 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2020). European Drug Report 2020: Trends and Developments. Publications Office of the European Union, Luxembourg.

dva puta više muškaraca (21%) nego žena (12%). Procjenjuje se da je 20 miliona mladih odraslih osoba (starosti između 15 i 34 godine) koristilo droge u posljednjih godinu dana (16,6%), otprilike dva puta više muškaraca (21%) nego žena (12%).

Studija globalnog opterećenja bolesti iz 2017. godine procijenila je da se, globalno gledano, tokom 2017. godine dogodilo 585 000 smrtnih slučajeva i da je, kao posljedica upotrebe droga, izgubljeno 42 miliona godina „zdravog" života (DALY)[8]. Poremećaji nastali zbog upotrebe opioida rezultiraju najvećim opterećenjem bolešću u smislu DALY i na njih otpada polovina zdravih godina života, izgubljenih zbog bolesti, nesposobnosti i prijevremene smrti uzrokovane upotrebom droga. Na globalnom nivou, u toku prethodne decenije (20082017) broj DALY koji se pripisuje upotrebi droga porastao je za 17 procenata, uz najveći porast kad je riječ o kanceru jetre koji je rezultat hepatitisa C (porast od 40%); tu su i poremećaji uzrokovani upotrebom opioida (28%), cirozi i drugim hroničnim bolestima povezanim sa hepatitisom C (19% porast). Porast u DALY indikatoru koji se pripisuje kanceru i cirozi jetre uglavnom je rezultat neliječenog hepatitisa C kod osoba koje koriste drogu injektiranjem.

Najveći dio opterećenja bolešću otpada na muškarce, koji imaju udio od 72% u smrtnim slučajevima povezanim sa upotrebom droga i 70% u DALY indikatoru.

Procjenjuje se da je 110 000 (66%) smrtnih slučajeva, nastalih usljed poremećaja povezanih sa upotrebom droga, uzrokovano upotrebom opioida. Broj smrtnih slučajeva zbog upotrebe droga (naročito opioida) neproporcionalno je porastao među ženama u odnosu na broj muškaraca sa istim problemom (92% kod žena i 63% kod muškaraca). Tokom prethodne decenije je ukupni broj smrtnih slučajeva uzrokovanih upotrebom droga porastao za jednu četvrtinu, sa najvećim porastom smrtnih slučajeva uzrokovanih upotrebom opioida (porast od 71%), a slijede ciroza jetre i druge hronične bolesti jetre (55% porast) i kancer jetre (porast od 46%) kao rezultat hepatitisa C[9].

8 *United Nations (2020). World Drug Report 2020* (United Nations publication, Sales No. E.20.XI.6). Available at: https://wdr.unodc.org/wdr2020/en/drug-use-health.html

9 *Ibidem.*

II.2. HIV

Prevalencija HIV-a među odraslima uzrasta 15 do 49 godina iznosi 0,7% na globalnom nivou[10]. Krajem 2019. godine je procijenjeno da u svijetu HIV-om živi 38 miliona osoba. Broj novoinficiranih slučajeva u ovom periodu iznosi 1,7 miliona, a procijenjeno je i da je u istom periodu od posljedica HIV-a umrlo 690 000 osoba.

Slika 1. Pregled globalne epidemije HIV-a (2019) prema SZO/UNAIDS procjenama[11]

	OSOBE KOJE ŽIVE SA HIV-OM U 2019.	NOVOINFICIRANIH U 2019.	SMRTNI SLUČAJEVI USLJED HIV-a
Σ UKUPNO	**38,0 miliona** [31,6 miliona 44,5 miliona]	**1,7 miliona** [1,2 miliona – 2,2 miliona]	**690 000** [500 000 970 000]
Odrasli	**36,2 miliona** [30,2 miliona 42,5 miliona]	**1,5 miliona** [1,1 milion 2,0 miliona]	**600 000** f [430 000 840 000]
Žene	**19,2 miliona** [16,4 miliona 22,2 miliona]	**790 000** [590 000 1,1 miliona]	**300 000** [220 000 420 000]
Muškarci	**17 miliona** [13,8 miliona 20,4 miliona]	**870 000** [630 000 1,2 miliona]	**390 000** [280 000 560 000]
djeca (<15 god.)	**1,8 miliona** [1,3 miliona 2,2 miliona]	**15 000** [94 000 240 000]	**90 000** [61 000 150 000]

Prema procjeni UNAIDS-a iz 2020. godine, u 2019. godini je 25,4 miliona osoba (24,5 miliona – 25,6 miliona) imalo pristup antiretrovirusnoj terapiji (67% osoba koje žive sa HIV-om). Ukupno je 75,7 miliona (55,9 miliona – 100 miliona) osoba inficirano HIV-om od početka epidemije, dok je 32,7 miliona (24,8 miliona – 42,2 miliona) umrlo od bolesti povezanih sa AIDS-om od početka epidemije; 7,1 milion osoba koje žive sa HIV-om nije znalo da imaju HIV na kraju 2019. godine.[12]

Iako raspoloživi podaci iz najskorijih rezultata nadzora u Evropi sugerišu da je incidencija HIV infekcije znatno opala u posljednjoj deceniji i da i dalje opada među osobama koje injektiraju droge, postoje jasne razlike među regionima u Evropi[13]. Mnoge zemlje članice EU iskusile su nekoliko javljanja velike epidemije HIV infekcije među osobama koje injektiraju droge 80-ih i 90-ih godina XX vijeka, dok je većina zemalja u istočnom dijelu evropskog regiona, uključujući i neke zemlje članice EU, više puta

10 Izvor: WHO Data and Statistics.
Available at: https://www.who.int/hiv/data/2019_summary-global-hiv-epi.png?ua=1

11 Preuzeto sa (prilagođeno): https://www.who.int/hiv/data/2019_summary-global-hiv-epi.png?ua=1

12 UNAIDS. Global HIV & AIDS statistics — 2020 fact sheet.Available from: https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet

13 European Centre for Disease Prevention and Control, WHO Regional Office for Europe. *HIV/AIDS surveillance in Europe (2009)*. Stockholm: ECDC; 2010.

doživjela izbijanje velike epidemije početkom 2000-ih. To je dovelo do pojavljivanja visoke prevalencije HIV-a među osobama koje aktivno injektiraju droge, kao i među osobama koje su ranije koristile droge injektiranjem u nekoliko zemalja unutar EU.

U Evropi je takođe prevalencija HIV-a među osobama koje injektiraju drogu viša nego u opštoj populaciji. Globalno, preko 11 miliona osoba koristi drogu injektiranjem. Među njima, 1,4 miliona njih živi sa HIV-om, 5,5 miliona živi sa hepatitisom C, 1,2 miliona osoba koje koriste drogu injektiranjem živi sa HIV-om i hepatitisom istovremeno.

Tokom 2017. godine je u Evropskoj uniji zabilježeno 1046 novih slučajeva dijagnoze HIV-a kao posljedice upotrebe droge injektiranjem (14% zabilježenih slučajeva AIDS-a u Evropskoj uniji kod kojih je bio poznat način prenošenja), pri čemu je ova bolest u 83% slučajeva dijagnostikovana kod muškaraca, uglavnom starijih od 35 godina. Tih 379 slučajeva povezanih sa upotrebom droga injektiranjem čini manje od četvrtine broja slučajeva zabilježenih prije deset godina. Broj zabilježenih novih slučajeva dijagnoze HIV-a među osobama koje injektiraju droge u većini se evropskih zemalja smanjio između 2008. i 2017. godine. Međutim, upotreba droga injektiranjem i dalje je važan način prenošenja u nekim zemljama.[14]

Tokom 2017. godine u Evropskoj uniji (na područjima za koja su bile dostupne informacije) polovina novih dijagnostikovanih slučajeva HIV-a kao posljedice upotrebe droga injektiranjem bila je utvrđena kasno, odnosno onda kada je virus već počeo ugrožavati imunološki sistem. Kasno dijagnostikovanje HIV-a podrazumijeva i odlaganje uvođenja antiretrovirusne terapije, kao i više stope morbiditeta i smrtnosti.

Politika „testiranja i liječenja" za HIV, u skladu sa kojom se antiretrovirusna terapija počinje primjenjivati odmah nakon dijagnostikovanja HIV-a, može doprinijeti smanjenju stope prenošenja infekcije i posebno je važna za grupe sa visokorizičnim ponašanjem kao što su osobe koje injektiraju drogu. Rano uspostavljanje dijagnoze i početak antiretrovirusne terapije omogućuju inficiranim osobama uobičajen očekivani životni vijek[15].

14 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2020). *Drug-related infectious diseases in Europe. Update from the EMCDDA expert network, 2020*, Technical report, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

15 World Health Organization (2016). *Global health sector strategy on HIV 20162021. Towards ending AIDS. WHO Document Production Services*, Geneva, Switzerland.

II.3. HEPATITIS B I C

Procjenjuje se da 325 miliona ljudi u svijetu živi sa **hepatitisom B i/ili C**, a za većinu su testiranje i liječenje i dalje nedostižni. SZO je predvidjela da bi se do 2030. godine u niskorazvijenim i srednjerazvijenim zemljama putem vakcinacije, dijagnostičkih testova, ljekova i edukativnih kampanja moglo spriječiti 4,5 miliona preranih smrti. Globalna strategija SZO za virusni hepatitis koju su prihvatile sve države članice SZO ima za cilj smanjenje broja novih infekcija hepatitisom za 90% i broja smrtnih slučajeva za 65% između 2016. i 2030. godine[16].

Procjenjuje se da, globalno gledano, 71 milion ljudi ima hroničnu infekciju virusom hepatitisa C[17]. Znatan broj onih sa hroničnom infekcijom razviće cirozu ili rak jetre. SZO je procijenila da je 2016. približno 399 000 ljudi umrlo od hepatitisa C, uglavnom od ciroze i hepatocelularnog karcinoma (primarni rak jetre). Antivirusni ljekovi mogu izliječiti više od 95% osoba inficiranih hepatitisom C, smanjujući tako rizik od smrti uzrokovane cirozom i rakom jetre, ali je pristup dijagnostici i liječenju manjkav.

SZO procjenjuje da je u 2015. godini 257 miliona ljudi živjelo sa hroničnom infekcijom hepatitisom B (definisanim kao površinski antigen hepatitisa B pozitivan). U 2015. godini hepatitis B rezultirao je sa 887 000 smrtnih slučajeva, uglavnom od ciroze i hepatocelularnog karcinoma (tj. primarnog karcinoma jetre), dok je 4,5 miliona (16,7%) dijagnostikovanih bilo na liječenju.

Od 2016. godine je 27 miliona osoba (10,5% od ukupnog procijenjenog broja osoba koje žive sa hepatitisom B) bilo svjesno svoje infekcije, dok je 4,5 miliona (16,7%) dijagnostikovanih slučajeva bilo podvrgnuto tretmanu.

Prema najnovijim procjenama SZO, udio djece mlađe od pet godina hronično inficiranih HBV-om opao je na nešto manje od 1% u 2019. godini, sa oko 5% u doba prije vakcine u rasponu od 1980-ih do početka 2000-ih. Hepatitis B može se spriječiti vakcinama koje su sigurne, dostupne i efikasne i nude 98100% zaštitu od hepatitisa B[18].

Oko 1% osoba koje žive s HBV infekcijom (2,7 miliona ljudi) takođe je inficirano HIV-om. Suprotno tome, globalna prevalencija HBV infekcije kod osoba inficiranih HIV-om iznosi 7,4%. Od 2015. godine SZO preporučuje liječenje svima kojima je dijagnostikovana HIV infekcija, bez obzira na stadijum bolesti.

U Evropi se tokom perioda od 2016. do 2017. godine stopa prevalencije antitijela na HCV (u okviru nacionalnih uzoraka osoba koje koriste droge injektiranjem) kretala od 15% do 82%. U 8 od 14 zemalja sa reprezentativnim nacionalnim podacima HCV-om je inficirano više od polovine osoba koje injektiraju droge[19].

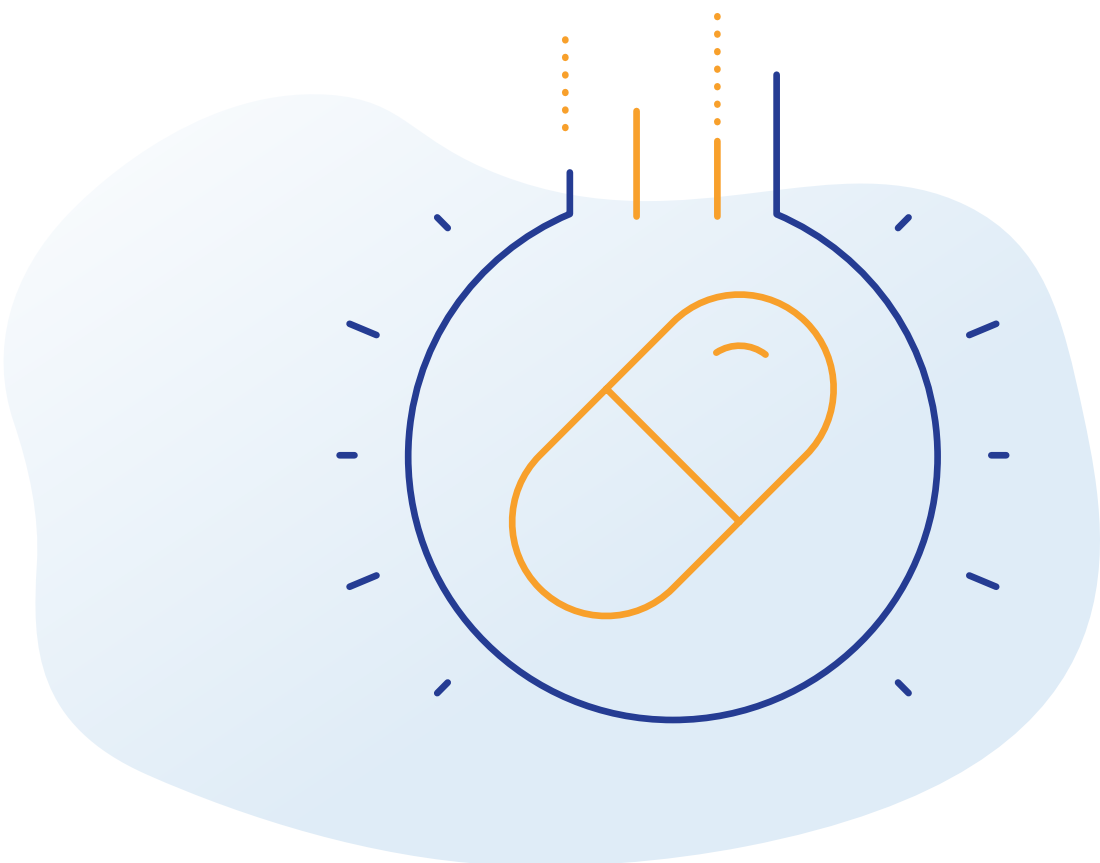
16 World Health Organization (2016). *Global health sector strategy on viral hepatitis 20162021*. Towards ending viral hepatitis. WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland.

17 World Health Organization: *Hepatitis C key facts.*
Available at: https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c

18 World Health Organization. *Hepatitis B key facts.*
Available at: https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b

19 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2019). *Monitoring the elimination of viral hepatitis as a public health threat among people who inject drugs in Europe: the elimination barometer*. Technical Reports, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

Infekcija HBV-om je među osobama koje koriste droge rjeđa od infekcije HCV-om, ali je i dalje veća nego u opštoj populaciji, uprkos dostupnosti djelotvorne vakcine koja je uključena u preporučene programe vakcinacije u većini država članica EU20 (ECDC, 2018c). Za ovaj virus prisustvo površinskog antigena HBV (HBsAg) ukazuje na trenutnu infekciju, koja može biti nedavna ili hronična. U sedam zemalja sa nacionalnim podacima za 2016/17. godinu prevalencija trenutnih HBV infekcija među OKD/OID kretala se u rasponu od 1,4% do 9,4%.



20 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2018). *Viral hepatitis policies in Europe.* Available at: https://www.emcdda.europa.eu/publications/topic-overviews/hepatitis-policy_en

II.4. EPIDEMIOLOŠKI POKAZATELJI ZA CRNU GORU

Program za HIV u Crnoj Gori uveden je još 1985. godine, kao dio zajedničkog programa SFRJ – četiri godine prije nego što je u našoj zemlji registrovan prvi slučaj HIV infekcije. Aktivnosti sprovođene sa ciljem da se zaustavi epidemija HIV-a znatno su ubrzane podrškom pruženom od strane Globalnog fonda za borbu protiv AIDS-a, tuberkuloze i malarije 2005. godine. Razvijene su tri strategije za borbu protiv AIDS-a (za period 20052009, 20102014 i 20152020) koje su predstavljale dobar osnov za prevenciju HIV-a, sa posebnim fokusom na populacije pod povećanim rizikom od ove infekcije, kao i na obezbjeđivanje sigurne krvi, unapređenje dijagnostike, liječenja i njege osoba inficiranih HIV-om. Cilj Nacionalne strategije je „Crna Gora zemlja sa niskom stopom rasta HIV infekcije i univerzalnim multisektorskim pristupom prevenciji, liječenju i podršci osobama koje žive sa HIV-om".

Prema podacima iz registra za HIV/AIDS, od početka epidemije 1989. godine (kada je u Crnoj Gori prijavljen prvi slučaj HIV/AIDS-a) do kraja 2018. godine registrovano je ukupno 277 osoba inficiranih HIV-om, od kojih je 136 osoba u momentu otkrivanja infekcije bilo u stadijumu AIDS-a (49% svih registrovanih HIV pozitivnih osoba). U istom periodu je 56 osoba umrlo od AIDS-a. U posmatranom periodu uočava se smanjenje trenda umiranja osoba sa AIDS-om u odnosu na porast broja registrovanih osoba sa HIV-om. Ovakav trend se svakako može objasniti efektima HAART-a (visokoaktivna antiretrovirusna terapija). Najveća stopa mortaliteta od AIDS-a u Crnoj Gori zabilježena je u 2015. godini i iznosila je 0,97 na 100 000 stanovnika.

Grafikon 1. Broj registrovanih osoba koje žive sa HIV-om i broj umrlih od AIDS-a u periodu od 1989. do kraja 2018. godine[21]

Znatno veći broj inficiranih je muškog pola (242 osoba), pa odnos svih muškaraca i žena sa HIV/AIDS-om od početka epidemije iznosi 6,9 : 1. Najveći broj HIV infekcija dijagnostikuje se u uzrastu 2039 godina (78%). Mlađih od 20 godina prilikom otkrivanja HIV infekcije bilo je 2%, a starijih od 49 godina 6%. Najveći broj infekcija (92%) otkriven je u dobi koja pripada radnom i reproduktivnom uzrastu od 15 do 49 godina.

HIV/AIDS slučajevi registrovani su u 16 opština u Crnoj Gori. Najveći broj registrovan je u primorskoj regiji (40%) i Podgorici (42%). Glavni način prenošenja HIV-a u Crnoj Gori jeste prenošenje seksualnim putem (88%). On je najčešći i od početka epidemije je u porastu. Vjerovatno se među osobama koje su se izjasnile kao heteroseksualne nalazi i jedan procenat homoseksualaca i biseksualaca (koji tu činjenicu ne navode zbog postojeće diskriminacije i stigme u društvu). Takođe, u kategoriji sa nepoznatim odnosno neutvrđenim načinom prenošenja (8%), u kojoj su svi muškog pola, može se pretpostaviti da se u većini slučajeva radi o osobama homoseksualnog/biseksualnog opredjeljenja koje ne žele da se o tome izjasne, pa je potrebno uložiti dodatni napor da se ova grupa obuhvaćena rizikom destigmatizuje i edukuje. Putem krvi inficiralo se 3% registrovanih osoba sa HIV-om, od čega je u 1% slučajeva došlo do infekcije inficiranom krvlju ili njenim derivatima u medicinskim ustanovama (van Crne

21 Preuzeto sa sajta Instituta za javno zdravlje: www.ijzcg.me.

Gore), a u **2% zbog korišćenja droga injektiranjem[22].**

Prema podacima dobijenim na osnovu broja registrovanih HIV infekcija i broja umrlih od AIDS-a, registrovana prevalencija HIV infekcije na kraju 2019. godine iznosi 0,04%. Prema procjeni UNAIDS-a dobijenoj korišćenjem SPECTRUM metodologije, prevalencija HIV-a u odrasloj populaciji (populacija uzrasta 1549 godina) iznosi oko 0,1%. U zemljama sa niskom prevalencijom HIV-a kao što je Crna Gora za potrebe donošenja procjene koriste se rezultati ponavljanih istraživanja prevalencije u populacijama koje su pod povećanim rizikom od HIV infekcije, kao i podaci iz različitih populacijskih istraživanja i nadzora nad HIV-om. Navedena procjena je obavljena sa raspoloživim podacima i pretpostavkama.

Biobihejvioralna istraživanja među **osobama koje injektiraju droge**, sprovedena 2008, 2011. i 2014. godine[23], obezbijedila su mogućnost da se utvrdi ponašanje punoljetnih **osoba koje injektiraju droge** u Crnoj Gori, da se prate promjene u rizičnom ponašanju i raširenost HIV-a, HBV-a i HCV-a u ovoj populaciji.

Prevalencija hepatitisa B (tj. HbsAg) veoma je niska (1,4%), baš kao i u prethodnim istraživanjima, dok je prevalencija hepatitisa C veoma visoka (53%) i neznatno se promijenila u odnosu na 2011. i 2008. godinu, kada je iznosila 53,6% i 55%.

Prevalencija HIV-a u posmatranom uzorku osoba koje injektiraju droge u istraživanju sprovedenom 2014. godine iznosi 1,1% (2011. godine je iznosila 0,3%, a 2008. godine 0,4%).

Visoka prevalencija HCV infekcije ukazuje da je, barem u prošlosti, bio prisutan visok stepen rizičnog ponašanja unutar populacije koja injektira droge. Stepen informisanosti osoba koje injektiraju drogu o putevima prenošenja HIV-a i načinima prevencije HIV infekcije jeste poboljšan, ali i dalje nedovoljno, pa sve navedeno, zajedno sa identifikovanim rizičnim oblicima ponašanja karakterističnim za populaciju koja injektira droge, čini ovu populaciju osjetljivom na širenje HIV infekcije.

Istraživanjima je utvrđeno da ciljani preventivni programi imaju povoljan uticaj na prevenciju širenja krvlju prenosivih infekcija u populaciji OID, ali je za dalji napredak neophodno više ulaganja.

Istraživanje je potvrdilo i značaj servisa smanjenja štete koji funkcionišu u okviru NVO sektora, tj. *drop-in* centara i terenskog rada – prema nalazima istraživanja, u posljednjih 12 mjeseci je 99,9% punoljetnih osoba koje injektiraju droge imalo pristup sterilnoj opremi za injektiranje droga, i to: 61,5% posredstvom nevladinih organizacija; 1,1% posredstvom apoteka, 17,9% posredstvom domova zdravlja i 11,7% uz pomoć prijatelja. Takođe, punoljetni pripadnici OID populacije informacije o HIV/AIDS-u dobijaju u *drop-in* centrima NVO (43,3%), putem interneta (32,5%), uz posredovanje terenskih radnika NVO (2,6%), putem VCT centara i u domovima zdravlja (6,2%) te u apotekama (1,1%). Besplatni kondomi su punoljetnim ispitanicima dostupni u *drop-in* centrima NVO (50,6%), kod terenskih radnika NVO organizacija (6%), u domovima zdravlja i VCT centrima (5,3%) i u apoteci (14,5%)[24].

22 Institut za javno zdravlje Crne Gore (2020), Centar za kontrolu i prevenciju bolesti. *Godišnji izvještaj o HIV/AIDS-u u Crnoj Gori za 2019. godinu*. Institut za javno zdravlje. Podgorica

23 Laušević et al.(2014). I*straživanje o rizičnom ponašanju u vezi sa HIV/AIDS-om, seroprevalencijom HIV-a, HBV i HCV među injektirajućim korisnicima droga u Podgorici,* Crna Gora u 2013. godini.

24 *Ibidem.*

III. RAZLOZI I ZNAČAJ „SMANJENJA ŠTETE“

Gledano iz perspektive javnog zdravlja, subpopulacije sa velikim opterećenjem infektivnim bolestima direktno su i indirektno opterećujuće i za društvo.

Prvo, direktni morbiditet zbog teških oblika hroničnih infekcija rezultira visokim **troškovima liječenja**. Hronični problemi obuhvataju zavisnost i infektivne bolesti povezane sa drogama, dok je u nizu akutnih štetnih posljedica najznačajnije predoziranje.

Drugo, upotreba droga nije isključivo medicinski problem, već može dovesti i do socijalne isključenosti osoba koje ih koriste. Osobe koje injektiraju drogu češće se susrijeću sa brojnim problemima poput nezaposlenosti, seksualnog zlostavljanja, neželjene trudnoće, sukoba sa zakonom. Gubitak ljudske produktivnosti takođe uzrokuje velike **finansijske troškove.**

Treće, visoka prevalencija bolesti među osobama koje koriste droge može da poveća rizik od **porasta prevalencije** u široj populaciji, naročito ako se visoka prevalencija održi duži period vremena.

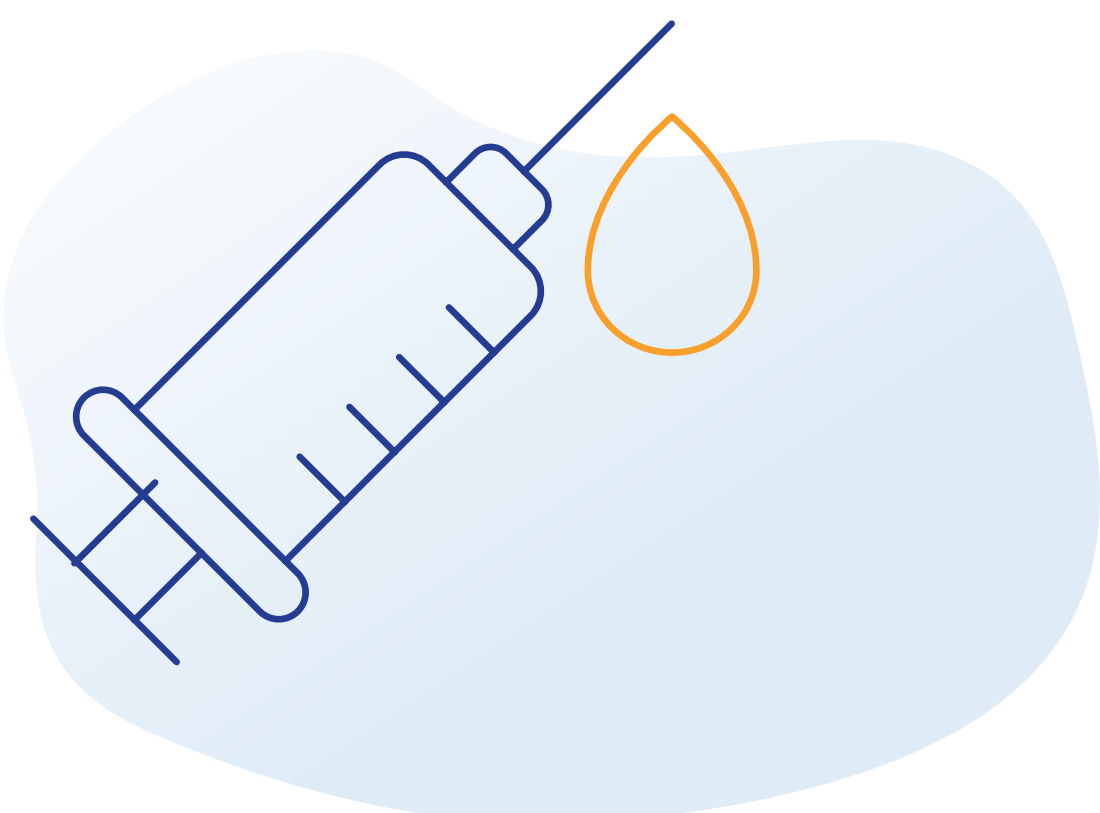
Zavisnost od ilegalnih droga je zdravstveno stanje koje zbog javnog zdravlja i iz etičkih razloga **zahtijeva sprovođenje efikasnih mjera za prevenciju bolesti i svođenje štete uzrokovane zavisnošću od droga na minimum. Ključna motivacija za prevenciju infekcija među osobama koje koriste droge sastoji se u tome da je prevencija izvodljiva i efikasna ako se propisno sprovodi, ako se ciljnoj populaciji odgovarajući servisi pruže na adekvatan način, u njihovom okruženju i pravovremeno.** Postoje efikasne mjere za prevenciju infektivnih bolesti kod osoba koje koriste droge, ali je važno osigurati da one budu ponuđene ili da budu pristupačne velikom broju onih kojima su potrebne.

Stroge mjere kontrole droga nijesu do sada u potpunosti uspjele da eliminišu rizike i štetu kada je riječ o ilegalnim drogama. Naprotiv, i pored objašnjenja da je dobrobit javnog zdravlja bila glavna briga koja stoji iza kontrole droga, studija Evropske komisije o globalnim tržištima ilegalnih droga sprovedena 2009. godine nije našla dokaze o smanjenju globalnog problema upotrebe droga, ali je ocijenila da je primjena zabrane upotrebe droga uzrokovala znatnu, ali nenamjernu štetu[25]. Ovaj nalaz je kasnije potvrđen i u evaluaciji jednog vijeka međunarodnih napora u oblasti kontrole droga 19092002, koju je sprovela Kancelarija za droge i kriminal Ujedinjenih nacija (UNODC)[26]. U izvještaju se navodi da su sistem kontrole droga i njegova primjena imali nekoliko neželjenih posljedica, uključujući i nedostatak investicija za saniranje štete po javno zdravlje, koju uzrokuje korišćenje droga.

25 European Commission (2009). *Report on global illicit drug markets. 2009.*
Available at http://ec.europa.eu/justice_home/doc_centre/drugs/studies/doc_drugs_studies_en.htm

26 UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) (2009). *A century of international drug control. UNODC,* Vienna.
Available at http://www.unodc.org/documents/data-andanalysis/Studies/100_Years_of_Drug_Control.pdf

Osobe koje koriste droge najveće su žrtve globalnog rata protiv droga. Decenijama omalovažavani i kriminalizovani, gurnuti su na marginu društva, maltretirani su, zatvarani, mučeni, uskraćivane im usluge, a u nekim zemljama i pogubljeni po kratkom postupku. Potrošene milijarde dolara, prolivena velika količina krvi i zatvaranje miliona ljudi nijesu uspjeli da smanje ni obim trgovine drogom ni broj ljudi koji koriste psihoaktivne supstance, stoji u Izvještaju UNAIDS-a *Zdravlje, prava i droge: smanjenje štete, dekriminalizacija i nulta diskriminacija za osobe koje koriste droge* iz 2019. godine. U istom dokumentu se napominje: „Studija za studijom je pokazala da sveobuhvatne usluge smanjenja štete uključujući programe razmjene igala i špriceva, liječenje zavisnosti o drogama, prevenciju predoziranja sa naloksonom, te testiranje i liječenje HIV-a, tuberkuloze i hepatitisa B i C smanjuju učestalost krvlju prenosivih infekcija, problematičnu upotrebu droga, smrt od predoziranja i druge štetne posljedice“[27].



27 Joint United Nations Programme on HIV/AIDS -UNAIDS (2019). *Health, Rights and Drugs: Harm Reduction*, Decriminalization and Zero Discrimination for People Who Use Drugs. Geneva.

III.1. UPOTREBA DROGA INJEKTIRANJEM KAO FAKTOR RIZIKA ZA INFEKTIVNE BOLESTI

Osobe koje injektiraju droge mogu da budu pod povećanim rizikom od:

- HIV-a;
- hepatitisa A;
- hepatitisa B (HBV);
- hepatitisa C (HCV);
- hepatitisa D;
- tuberkuloze (TB);infekcijā kože i mekog tkiva uzrokovanih bakterijom Staphylococcus aureus (uključujući meticilin-rezistentni Staphylococcus aureus, MRSA) i streptokoknim infekcijama (npr. endokarditis, nekrotizirajući fascitis);
- teške sistemske sepse (npr. infekcije sa Clostridium novyi, Bacillus anthracis); druge PPI koje nijesu HIV infekcija ili hepatitis (npr. infekcija hlamidije, sifilis i gonoreja);
- respiratornih infekcija kao što su pneumonija, difterija i influenca;
- botulizma ranā;
- tetanusa;
- infekcijā humanog T-ćelijskog limfotropnog virusa (HTLV).

Od pojave HIV epidemije među osobama koje injektiraju droge sredinom 80-ih godina XX vijeka mnoge evropske zemlje su postigle značajan napredak u sprovođenju mjera za prevenciju i kontrolu infektivnih bolesti u toj grupi (zasnovanih na dokazima)[28]. Devedesetih godina su zemlje EU počele da razvijaju zajedničke politike prevencije u oblasti HIV/AIDS-a i u oblasti droga i zavisnosti od droga, koje su uključivale osnivanje agencija EU za praćenje droga (1993) i infekcija (2005). U narednim decenijama je stepen brojnosti intervencija podignut na viši nivo: na primjer, u 2009. je prijavljeno oko 700 000 korisnika opioidnih supstitucionih terapija.

Prema zajedničkoj procjeni UNODC / SZO / UNAIDS / Svjetske banke, **upotreba droga injektiranjem odgovorna je za 30 procenata slučajeva novoinficiranih HIV-om**. Odnos broja osoba koje injektiraju droge među novim HIV infekcijama i broja infekcija u ovoj grupi znatno se smanjila u mnogim zemljama EU. Međutim, u evropskom okruženju je korišćenje droga injektiranjem i dalje glavni faktor rizika u dobijanju krvno prenosivih i drugih infektivnih bolesti. Procjene broja osoba koje injektiraju droge pokazuju da je u svim evropskim zemljama značajan dio populacije pod rizikom. Obrasci injektirajućeg korišćenja variraju, s tim što u svim zemljama preovladava injektiranje opioida, a tu je i znatan udio injektiranja stimulansa (uglavnom am-

28 Tatijana Đurišić, Tijana Žegura (2015). *Javna praktična politika smanjenja štetnih posljedica upotrebe droga u Crnoj Gori*, NVO Juventas i NVO Link. Podgorica.

fetamina) u sjevernim i istočnim djelovima Evrope. Upotreba više droga istovremeno još više komplikuje obrazac.

Uobičajene krvno prenosive bolesti kod osoba koje koriste droge injektiranjem obuhvataju virus humane imunodeficijencije (HIV), hepatitis C virus (HCV) i hepatitis B virus (HBV). Glavni mehanizam prenošenja ovih infekcija jeste zajedničko korišćenje opreme za injektiranje droge (špriceva, igala, posuda za miješanje droge i ostalog pribora za pripremu droge). Pored toga, prisutno je prenošenje seksualnim putem, kako unutar populacije koja injektira droge, tako i sa aktivnih korisnika ili bivših korisnika koji injektiraju droge na seksualne partnere ili klijente. Iako se sve navedene virusne infekcije lako prenose dijeljenjem opreme za injektiranje droge, rizici od prenošenja variraju. U poređenju sa HIV infekcijom, hepatitis C infekciju karakterišu relativno visoke koncentracije virusa u krvi, ne samo tokom primarne faze infekcije, već i kod hronično inficiranih. Smatra se da to vodi do visoke stope prenošenja nakon izlaganja HCV-u kada inficirani i neinficirani korisnici dijele igle, špriceve i drugu opremu za pripremanje droge. Prevalencija hepatitisa C obično premašuje prevalenciju HIV-a u zajednici osoba koje koriste droge. Veći rizik od prenošenja takođe bi mogao da objasni zašto je HCV teže ograničiti primjenom samo jedne od intervencija i zašto bi za smanjenje HCV stope na nivou populacije bio potreban veći obuhvat intervencijama.

Od 100 osoba inficiranih HCV-om 7580 njih razviće hroničnu infekciju. To ostavlja ogromne dugoročne posljedice jer hronična infekcija HCV-om, koja se često pogoršava prekomjernom konzumacijom alkohola, dovodi do porasta stope smrtnih slučajeva i teške bolesti jetre, uključujući cirozu i rak, naročito među starijim (visokorizičnim) pripadnicima populacije koja koristi droge.

Vrijeme unošenja infekcije hepatitisa C u ovu populaciju nije dovoljno jasno, ali je vjerovatno da je virus prethodio HIV-u nekoliko decenija. Ciljane studije pokazale su visoku prevalenciju i dokaze za česta žarišta epidemije među osobama koje koriste droge u gotovo svim ispitanim geografskim oblastima[29]. Važnije je to što postoji jaka veza između kontinuiteta u korišćenju droge injektiranjem i infekciji hepatitisom C. Koinfekcija sa više vrsta hepatitisa ili koinfekcija sa HIV-om i hepatitisom C predstavljaju sve veće kliničke i prevencijske izazove u mnogim djelovima Evrope.

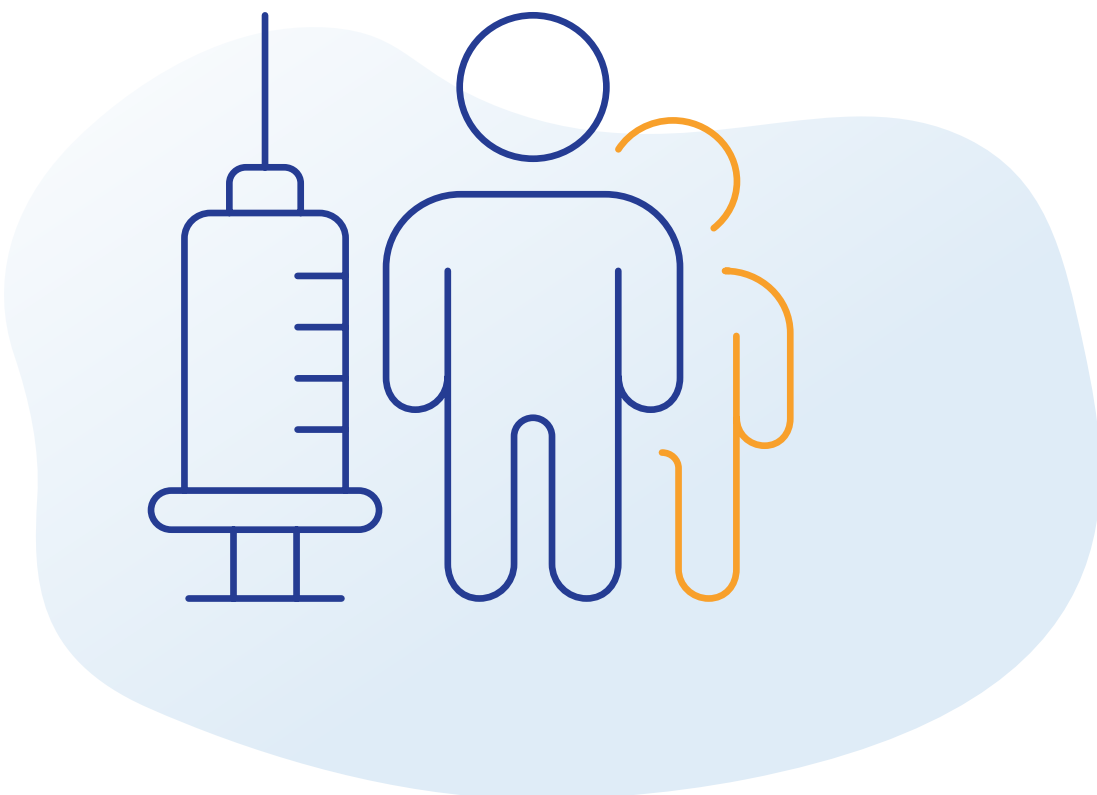
Infekcija uzrokovana virusom hepatitisa B je među osobama koje injektiraju droge (HBV) manje rasprostranjena od infekcije HCV-om, no i dalje je veća nego u opštoj populaciji, uprkos dostupnosti efikasne vakcine. Procjenjuje se da je u sedam zemalja za koje postoje nacionalni podaci za 2016/2017. godinu HBV-om trenutno inficirano između 1% i 9% osoba koje injekiraju droge.

Osobe koje injektiraju droge, naročito oni sa socijalne margine, nijesu ranjivi samo kada je riječ o infekcijama krvno prenosivim virusima, već i kada su to druge infekcije. Bilo je izvještaja o žarištima epidemije hepatitisa A u grupama osoba iz EU koje injektiraju droge, mada izolovati rizik od injektiranja u odnosu na druge faktore rizika (kao što je loša higijena) predstavlja pravi izazov. Tako se se od 2013. godine u Velikoj Britaniji broj zabilježenih slučajeva infekcije bakterijom streptokoka grupe A (posljedica upotrebe droge injektiranjem) povećao. Slučajevi botulizma u ovoj grupi i dalje se bilježe na području Evrope. Infekcije izazvane humanim T-limfotropnim virusom tipa II (HTLV-II) raširile su se među osobama koje injektiraju droge već 70-ih godina XX vijeka. Ove osobe su u povećanom riziku i od lokalizovanih bakterijskih infekcija rana i

29 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2010). Trends in injecting drug use in Europe. Lisbon: EMCDDA.

mjesta injektiranja, sistemskih infekcija, polno prenosivih infekcija i respiratornih infekcija kao što je tuberkuloza. Javljaju se i slučajevi tetanusa. U nekim mjestima osobe sa istorijom injektiranja droge čine otprilike polovinu prijavljenih slučajeva tetanusa.

Širenje infekcija koje se vezuju za upotrebu droga injektiranjem kontroliše se u posljednjoj deceniji u nekim evropskim zemljama i stope infekcije su u opadanju[30]. Razlog tome je najvjerovatnije kombinacija promjena u ponašanju unutar populacije koja koristi droge, srazmjernog povećanja usluga prevencije i liječenja bolesti i vakcinacije. I pored ovog pozitivnog razvoja događaja, nema mjesta za pasivnost jer krvno prenosive infekcije mogu se vrlo brzo raširiti među osobama koje injektiraju droge ako se rizici od infekcija izazvanih injektiranjem ne kontrolišu permanentno. Nekoliko studija o izbijanju epidemija HIV-a među OID dokumentuju gotovo eksponencijalno širenje u ranim fazama i brzo uspostavljanje visokih nivoa prevalencije HIV-a. Isto se pokazalo i za hepatitis C, gdje kombinacija male infektivne doze, produženog preživljavanja virusa izvan tijela i kontinuirano visokog naboja krvnog virusa u hroničnoj infekciji može da rezultira vrlo brzim uspostavljanjem visoke prevalencije među korisnicima. Dakle, iako su preventabilne, ove infekcije i dalje uzrokuju veliko opterećenje bolesti u Evropi i visok nivo lične patnje.



30 European Centre for Disease Prevention and Control (2020). *Surveillance and prevention of hepatitis B and C in Europe. Stockholm: ECDC.*

III.2. MORTALITET OSOBA KOJE KORISTE DROGE

Osim opisanog morbiditeta kod osoba koje koriste droge, nije zanemarljiv ni mortalitet u ovoj populaciji. Upotreba droga uzrokuje smrtne slučajeve koji se mogu izbjeći. Vjerovatnoća smrtnog ishoda kod konzumenata opioida u Evropi veća je za pet do deset puta nego kod drugih grupa pojedinaca iste dobi i pola.

Važnost smanjenja stope smrtnosti povezane sa predoziranjem među osobama koje koriste droge uveliko je prepoznata. Međutim, drugi uzroci smrti, koji su indirektno povezani sa upotrebom droga (zarazne bolesti, nesreće, nasilje uključujući homicid i suicid), jednako su važni uzroci smrtnosti u toj grupi. Česte su hronične bolesti pluća i jetre, kao i poremećaji kardiovaskularnog sistema, a trenutno su uzrok sve veće stope smrtnih slučajeva među starijim osobama koje koriste droge.

Podaci o predoziranju, posebno ukupni podaci za Evropu, moraju se tumačiti sa oprezom. Neki su od razloga za to sistemsko nebilježenje slučajeva u pojedinim zemljama razlike u sprovođenju toksikoloških ispitivanja i postupci registracije koji mogu dovesti do odlaganja u bilježenju. Godišnje procjene stoga čine privremenu minimalnu vrijednost. Procjenjuje se da je u Evropskoj uniji 2018. godine bilo najmanje 8300 smrtnih slučajeva zbog predoziranja koji su uključivali jednu ilegalnu drogu, uglavnom opioide (ili više njih).

Više od tri četvrtine osoba koje umiru zbog predoziranja čine muškarci (76%). Prosječna se dob u trenutku smrti povećava, a u 2018. godini iznosila je 41,7 godina. Bilježi se, dakle, starenje evropske populacije konzumenata opioida, koja je izložena najvećem riziku od smrti zbog predoziranja.

Stopa smrtnosti zbog predoziranja u Evropi za 2018. godinu procjenjuje se na 22,3 smrtnih slučajeva na milion stanovnika starosti od 15 do 64 godine. Stopa smrtnosti kod muškaraca (35,1 slučajeva na milion muškaraca) gotovo je četvorostruko veća od stope smrtnosti kod žena (9,5 slučajeva na milion žena). Najpogođeniji su muškarci starosti 3544 godine, sa stopom smrtnosti od 53,7 smrtnih slučajeva na milion muškaraca, što je više nego dvaput brojnije u odnosu na prosjek svih drugih uzrasnih grupa i više nego triput brojnije u odnosu na najvišu stopu smrtnosti kod žena (13,9 smrtnih slučajeva na milion žena starosti od 35 do 44 godine).

Opioidi, uglavnom heroin ili njegovi metaboliti, često u kombinaciji s drugim supstancama, prisutni su u većini slučajeva predoziranja (sa smrtnim ishodom) zabilježenih u Evropi. Procijenjeno je da godišnje umire oko 2% osoba koje injektiraju heroin, što je od 6 do 20 puta viša stopa u odnosu na osobe istih godina koje ne injektiraju drogu. Trenutna smrt se dešava kod približno 15% slučajeva predoziranja.

Rizik od smrtnosti zbog predoziranja opijatima znatno je smanjen kod osoba koje su na supstitucionoj terapiji metadonom, a sve više se sprovode intervencije koje u prevenciju predoziranja aktivno uključuju same osobe koje koriste drogu i koje ih osposobljavaju da pruže pomoć prilikom predoziranja.

Kad je riječ o Crnoj Gori, pored činjenice da ne postoji procjena veličine populacije koja koristi droge i broja osoba koje koriste droge injektiranjem, rutinski podaci o smrtnim slučajevima usljed predoziranja i dalje se ne prikupljaju i ne prijavljuju.

DRD (engl. *drug related deaths*) smrtni slučajevi povezani sa upotrebom droga; jedan od pet ključnih epidemioloških indikatora na području upotrebe droga u svakoj zemlji. U Crnoj Gori je neophodno raditi na uspostavljanju nedostajućih i jačanju postojećih kapaciteta za adekvatno, standardizovano sakupljanje podataka i izvještavanje u skladu sa ovim indikatorom.

IV. OSVRT NA ISTORIJAT I KONCEPTE SMANJENJA ŠTETE

Smanjenje štete u oblasti upotrebe droga ima dugu istoriju njegovi se počeci mogu detektovati već 20-ih godina XX vijeka, kada su u Velikoj Britaniji prepisivani heroin i morfin osobama zavisnim o opioidima[31], te 60-ih godina, koje su obilježene izražavanjem zabrinutosti unutar javnozdravstvenih ustanova u vezi sa upotrebom legalnih droga – alkohola i duvana, kao i uvođenjem metadonske terapije u Sjedinjenim Američkim Državama[32]. Do 70-ih godina Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) preporučuje politiku smanjenja štete u cilju „prevencije ili smanjenja težine problema povezanih sa upotrebom adiktivnih droga u nemedicinske svrhe , uz napomenu da je ovaj cilj u mnogim zemljama „širi, specifičniji i realističniji" nego sama prevencija nemedicinske upotrebe[33].

IV.1. SMANJENJE ŠTETE KAO KONVENCIONALNI JAVNOZDRAVSTVENI PRISTUP

Pojmovi rizika i smanjenja štete usko su povezani sa promocijom zdravlja i javnim zdravljem uopšte. Ipak, kada je riječ o ilegalnim drogama, rasprave o razvoju javnozdravstvenih pristupa smanjenju štete povezane sa drogama često su bivale zamagljene pozicioniranjem smanjenja štete kao simbola radikalne liberalizacije ili napada na tradicionalnu kontrolu droge.

Javno zdravlje zasniva se na ideji zaštite zdravlja pojedinaca i stanovništva putem nadzora, identifikacije i upravljanja rizikom po zdravlje. To je, u osnovi, model smanjenja rizika i štete. Novi javnozdravstveni pokret sredinom 80-ih godina poklapa se s pojavom epidemije virusa humane imunodeficijencije (HIV) u mnogim zemljama. Ova nova vizija javnog zdravlja označena je kao pomak izvan usko definisanog biomedicinskog razumijevanja prema onome koje je predvidjelo zdravlje i štetu kao proizvod društvenog i političkog okruženja, a koje je stavilo naglasak na intervencije utemeljene u zajednici i na intervencije sa „niskim pragom"[34]. Savremeno javno zdravlje promoviše tezu da je odlučivanje o riziku i zdravlju odgovornost zdravstveno osviještenih pojedinaca, istovremeno naglašavajući značaj društvenog okruženja u stvaranju štete i oblikovanju kapaciteta pojedinaca i zajednica kad je riječ o izbjegavanju rizika[35]. Uobičajeni pristupi javnom zdravstvu prepoznaju potrebu stvaranja

31 Spear, B. (1994). "The early years of the 'British System' in practice", in Strang, J. and Gossop, M. (eds) *Heroin addiction and drug policy. Oxford University Press*, Oxford, pp. 3–28.

32 Erickson, P. (1999). *Introduction: the three phases of harm reduction. An examination of emerging concepts, methodologies, and critiques.* Substance Use and Misuse 34 (1), pp. 1–7.

33 WHO (World Health Organization) (1974). *Expert committee on drug dependence: twentieth report.* Technical Report Series 551, WHO, Geneva.

34 WHO (1986), Ottawa Charter for Health Promotion, WHO, Geneva, WHO/HPR/HEP/95.1.

35 Rhodes, T. (2002). The 'risk environment': *a framework for understanding and reducing drug-related harm*. International Journal of Drug Policy 13, pp. 85–94.

„povoljnog okruženja“ za smanjenje rizika i promjene ponašanja, uključujući jačanje aktivnosti u zajednici i kreiranje javnih politika koje podupiru zdravlje. Smanjenje štete primjer je takve javnozdravstvene intervencije.

IV.2. SMANJENJE ŠTETE KAO KONVENCIONALNA POLITIKA U EVROPI KAD JE RIJEČ O DROGAMA

Akcioni planovi EU za borbu protiv droga već više od deceniju i po daju prioritet prevenciji prenošenja infektivnih bolesti i smanjenju smrtnosti zbog droga u populaciji korisnika droga. Preporukom o „prevenciji i smanjenju štete po zdravlje povezane sa zavisnošću o drogama“, koju je Savjet ministara Evropske unije usvojio 18. juna 2003. godine[36], predviđen je okvir za djelovanje kako bi se pomoglo državama članicama da razviju strategije za smanjenje i sprečavanje štete povezane sa upotrebom droga, i to implementacijom usluga smanjenja štete za osobe koje koriste droge. Preporukama se nastoji uticati na smanjenje broja smrtnih slučajeva povezanih sa upotrebom droga, kao i opseg oštećenja zdravlja, uključujući smrtnost koja se odnosi na HIV, hepatitis B (HBV), hepatitis C (HCV) i tuberkulozu (TB).

Savjet ministara Evropske unije je sprečavanje i smanjenje štete povezane sa drogama (2007. godine) proglasio ciljem javnog zdravlja u svim zemljama. Nacionalne politike u vezi sa drogama sve više upućuju na ciljeve smanjenja štete definisane u EU *Strategiji za borbu protiv droga*, a unutar Evrope vlada široki konsenzus o važnosti smanjenja štete, posebno širenja infektivnih bolesti i mortaliteta i morbiditeta povezanih sa predoziranjem. U novijoj prošlosti otvorile su se nove mogućnosti za poboljšanje dometa i efikasnosti intervencija smanjenja štete, posebno zahvaljujući razvoju na polju informacionih tehnologija i mobilnih aplikacija. Novi pristupi uključuju, na primjer, upotrebu elektronskih zdravstvenih aplikacija za podršku oporavku i šire sprovođenje kratkih intervencija, kao i korišćenje bihejvioralnih uvida koji služe za razvoj efikasnijih programa.

Ovi ciljevi su potvrđeni u okviru prioriteta prethodne EU Strategije o drogama za period 20052012. godine u oblasti smanjenja potražnje za drogama, u cilju postizanja „mjerljivog smanjenja“ upotrebe droga, zavisnosti o drogama i zdravstvenih i socijalnih rizika povezanih sa drogama, sve uz pomoć paketa intervencija koje kombinuju smanjenje štete, liječenje i rehabilitaciju i koje naglašavaju potrebu za poboljšanjem kako „kvaliteta“, tako i „efikasnosti“ usluga.

Smanjenje štete uzrokovane upotrebom droga postaje javnozdravstveni cilj svih država članica EU, uz opšti trend „porasta i konsolidacije mjera smanjenja štete“ u Evropi[37]. Dokaz o pozicioniranju politike „smanjenja štete“ kao konvencionalne u oblasti javnog zdravlja nalazimo i u proširenju ovog pristupa na druge supstance, uključujući i one koje uzrokuju najveći globalni teret štete po zdravlje na nivou cijele populacije alkohol i duvan. Smanjenje štete se javlja i kao strategija u javnozdravstvenim intervencijama u vezi sa upotrebom kanabisa, rekreacionih i stimulansnih droga.

36 Council of the European Union (2003), *Council Recommendation of 18 June 2003 on the prevention and reduction of health-related harm associated with drug dependence (2003/488/EC)*. Available from: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_78534_EN_Council%20Recommendation_2003-488-EC.pdf

37 EMCDDA (2009). *Annual report 2009: the state of the drugs problem in Europe, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*. Lisbon.

IV.3. GLOBALNA KONTROLA DROGA I SMANJENJE ŠTETE

Agencije unutar UN sistema ponovo su usmjerile svoju pažnju na javno zdravlje kao prioritet, prihvatajući intervencije smanjenja štete kao dio uravnoteženog pristupa (komplementarne sa intervencijama prevencije i liječenja). U decembru 2005. godine je Generalna skupština Ujedinjenih nacija (UN) usvojila rezoluciju kojom se ohrabruju globalne akcije prema „povećanju HIV prevencije, liječenja, njege i podrške s namjerom da se približi cilju univerzalnog pristupa liječenju do 2010. godine za sve one kojima je to potrebno“[38]. To je dovelo do izrade zajedničkog tehničkog vodiča SZO, UNODC-a i Ujedinjenih nacija za HIV/AIDS (UNAIDS) o postavljanju ciljeva za univerzalni pristup HIV prevenciji, liječenju i brizi usmjerenim ka osobama koje injektiraju droge, ali i do fokusiranih napora kojima se zagovara potreba za većom pokrivenošću kada je riječ o „univerzalnom pristupu“. U dokumentu se navodi da „državama treba da budu prioritet programi razmjene igala i špriceva i na dokazima zasnovan tretman zavisnosti o drogama, naročito opioidni supstitutivni tretman“.[39]

Ovi ciljevi su potvrđeni u *Strategiji za droge EU 20052012*. i u *Strategiji za droge EU 20132020.* i postavljeni su da bi se postiglo „mjerljivo smanjenje upotrebe droga, zavisnosti i zdravstvenih i socijalnih rizika upotrebe droga, putem paketa intervencija koji kombinuje smanjenje štete, tretman i rehabilitaciju“. Smanjenje štete od upotrebe droga u EU je postalo cilj javnozdravstvenih politika svih pojedinačnih država članica, a proširenje opsega i dalji razvoj ovih mjera u skladu su sa ovim tendencijama.

38 United Nations General Assembly Sixtieth Special Session (2006). “Political declaration on HIV/AIDS”. *Resolution 60/262 adopted by the United Nations General Assembly*. United Nations, New York.

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

IV.4. SMANJENJE ŠTETE KAO „KOMBINOVANA INTERVENCIJA“

Kontinuum „kombinovanih intervencija“ dostupnih na području smanjenja štete proteže se od prevencije i liječenja upotrebe droga do reforme politike i uklanjanja strukturnih prepreka za zaštitu svačijeg prava na zdravlje. Kao „kombinovana intervencija“, smanjenje štete obuhvata paket intervencija prilagođenih lokalnom okruženju i potrebama, uključujući pristup liječenju zavisnosti o drogama. Na primjer, u smanjivanju štete od upotrebe droga injektiranjem paket za smanjenje štete može kombinovati opioidnu supstitucionu terapiju, programe razmjene igala i špriceva, prostorije za konzumiranje droga i savjetodavne usluge sa vršnjačkim intervencijama, kao i akcije za lobiranje u domenu promjene politike. Postavljanje smanjenja štete kao kombinovane intervencije nije samo pragmatično i ne izvodi se samo iz potrebe, već se i temelji na dokazima. Dokazi ukazuju na pojačani uticaj usluga smanjenja štete ako djeluju kombinovano. Kohortne studije i studije modelovanja pokazale su da uticaj programa distribucije i zamjene igala i špriceva i opioidne supstitucione terapije na smanjeno prisustvo zaraznih bolesti među osobama koje koriste droge injektiranjem može biti minimalan ako se oni izvode kao „samostalne“ intervencije, ali su ti programi znatno efikasniji ako se sprovode udruženo, uz adekvatan angažman učesnika u obje intervencije. Ovo posebno važi kad je riječ o smanjenju incidencije HCV-a među osobama koje injektiraju droge.

Kao što se efikasnost programa distribucije i zamjene igala i špriceva i supstitucione terapije opioidima može povećati ako se kombinuju, tako postoji i „pojačana međuzavisnost“ između uključenosti u programe opioidne supstitucione terapije i pridržavanja liječenja HIV-a kod osoba koje koriste droge injektiranjem. Slično tome, pristup testiranju na HIV sa niskim pragom pristupa važna je komponenta smanjenja štete.

U Evropskoj uniji danas postoji visok nivo homogenosti kad je riječ o prioritetima politike povezane sa mjerama za ograničavanje širenja infektivnih bolesti među osobama koje koriste droge, s tim da se programi razmjene igala i špriceva nude ili u kombinaciji sa dobrovoljnim testiranjem i savjetovanjem za zarazne bolesti ili u kombinaciji sa distribucijom informativnih, obrazovnih i komunikacijskih materijala (EMCDDA, 2009a, str. 83; EMCDDA, 2009c). Dokazi takođe ukazuju na pojačan odnos učinka u liječenju hepatitisa C i pristupa liječenju i uslugama socijalne podrške. Štaviše, u prevenciji HIV-a mogu se kombinovati efekti intervencija koji su posljedica smanjenja seksualnog rizika sa smanjenjem štete. Smanjenje štete integriše se sa liječenjem i njegom u kombinovanom pristupu intervenciji[40].

U Evropi, u cilju smanjenja prevalencije infektivnih bolesti povezanih sa upotrebom droga među osobama koje injektiraju droge, preporučuje se niz mjera. One uključuju pružanje supstitucione terapije zavisnosti o opioidima, distribuciju i zamjenu igala i špriceva i ostalog čistog pribora za injektiranje droga, vakcinaciju, testiranje i pružanje tretmana za virusni hepatitis i HIV, te intervencije za promociju zdravlja, usmjerene na smanjenje upotrebe droga injektiranjem i na rizično seksualno ponašanje[41].

40 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2010). Harm reduction: evidence, *impacts and challenges. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*, Lisbon.

41 EMCDDA (2019). European Drug Report 2019: trends and developments. European Union Publication Office, Luxem-

IV.5. SMANJENJE ŠTETE I „OLAKŠAVAJUĆE OKRUŽENJE“ ZA ZDRAVLJE

Temeljni princip javnozdravstvene intervencije jeste stvaranje okruženja pogodnog za izbjegavanje rizika pojedinaca i zajednice, uključujući kreiranje i održavanje javnih politika koje podupiru zdravlje. SZO daje posebne preporuke za „zakone koji kriminalizacijom i marginalizacijom ne ugrožavaju pristup HIV uslugama za korisnike droga“. Ako javne politike ili zakoni stvaraju štetu, i oni ulaze u opseg kombinacije intervencija koje sačinjavaju pristup smanjenja štete. Strukturne intervencije u cilju obezbjeđivanja javnog zdravlja nastoje da uklone kontekstualne ili sredinske barijere za smanjenje rizika i štete, stvarajući istovremeno društvene i sredinske uslove koji služe kao zaštita od rizika i ranjivosti. Smanjenje štete može, dakle, uključivati intervencije kojima se nastoji smanjiti šteta nastala zbog droga i šteta nastala zbog javnih politika, uključujući putem reforme politike i zakonskih promjena.

bourg.
Available from: https://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2019

V. POZADINA I OSNOV ZA IZRADU SMJERNICA

Osnov za izradu ovih smjernica predstavljaju nacionalni i internacionalni strateški dokumenti:

- *Strategija za sprečavanje zloupotrebe droga 2013–2020*;
- *Nacionalna strategija za borbu protiv HIV/AIDS-a 20152020*;
- *EU strategija o drogama (20132020)*;
- *Smjernice Svjetske zdravstvene organizacije (SZO), Evropskog centra za monitoring droga i zavisnosti o drogama (EMCDDA) i Evropskog centra za kontrolu bolesti (ECDC)*.

U *Strategiji Crne Gore za sprečavanje zloupotrebe droga 2013–2020*[42], poglavlje *Smanjenje štetnih posljedica nastalih zloupotrebom droga*, ističe se da „više naglaska treba staviti na dalji razvoj efikasnih mjera za smanjenje rizika i štetnih posljedica u cilju značajnog smanjenja broja direktnih i indirektnih smrtnih slučajeva zbog zloupotrebe droga i infektivnih bolesti koje se prenose krvlju, u vezi sa upotrebom droga, HIV-a i virusnog hepatitisa, kao i polno prenosivih bolesti i tuberkuloze i ostalih oboljenja nastalih kao posljedica zloupotrebe droga". Strategijom je planirano da se **programi za smanjenje štetnih posljedica povezanih sa drogama postepeno uvrste u praksu svih ustanova za tretman korisnika/ca psihoaktivnih supstanci, ali i u praksu profesionalaca koji se bave ovom problematikom.** Prioritetna intervencija u ovoj oblasti treba da bude usvajanje protokola za tretman bolesti zavisnosti, koji uključuje i mjere za smanjenje štete i, posebno, korišćenje opijata agonista u liječenju bolesti zavisnosti. Na nivou farmaceutske prakse, u cilju povećanja dostupnosti sterilne opreme za ubrizgavanje široj populaciji korisnika/ca droga, neophodno je da sve javne apotekarske ustanove budu ovlašćene da prodaju sterilni pribor za ubrizgavanje. Podrška će biti obezbijeđena za one programe koji osiguravaju dostupnost i razmjenu sterilne opreme za ubrizgavanje (razmjenu špriceva i igala). Podržaće se aktivnosti nevladinih organizacija u programima razmjene sterilne opreme za ubrizgavanje i aktivnosti usmjerene ka jačanju kapaciteta za ovu vrstu programa. Podrška će biti pružena aktivnostima nevladinih organizacija orijentisanih ka uspostavljanju i funkcionisanju „svratišta" i dnevnih centara za korisnike psihoaktivnih supstanci, kao i ka izgradnji kapaciteta neophodnih za uspostavljanje takvih centara.

42 Ministarstvo zdravlja Crne Gore (2013). *Strategija Crne Gore za sprečavanje zloupotrebe droga 20132020. i Akcioni plan 20132016. Podgorica.*
Available at: http://www.gov.me/ResourceManager/FileDownload.aspx?rId=124443&rType=2

PREPORUKA:

Prilikom izrade sljedećeg strateškog dokumenta u Crnoj Gori bilo bi neophodno razmotriti uključivanje u strateški okvir i u mjere/aktivnosti nekih od inovativnih pristupa u oblasti smanjenja štete koji su preporučeni ovim dokumentom.

Nacionalna strategija za borbu protiv HIV/AIDS-a 20152020.[43] upravo je dokument kojim je preporučena izrada smjernica za programe smanjenja štete u odnosu na HIV kod osoba koje koriste droge, kao i nastavak pružanja osnovnog paketa intervencija za prevenciju HIV-a i PPI za populacije obuhvaćene najvećim rizikom. U ovoj je strategiji navedeno i da je neophodno izraditi stručno metodološko uputstvo za supstitucionu terapiju osoba koje koriste droge, uključujući i smjernice za trudnice, novorođenčad i porodilje. Potvrđeno je da je potrebno osigurati dostupnost metadonske terapije u sistemu primarne zdravstvene zaštite, uvesti buprenorfin u terapiju u PZZ i ZIKS-u i uspostaviti metadonsku terapiju u Zavodu za izvršenje krivičnih sankcija. Strategijom je planirano i da se posebna pažnja posveti obezbjeđivanju održivih, lako dostupnih usluga osobama koje žive s HIV-om i osobama u riziku od HIV-a, zasnovanih na povjerljivosti i prijateljskom pristupu. U tu svrhu potrebno je dizajnirati program, obučiti osoblje za terenski rad i iznaći sistemsko rješenje za sprovođenje usluga na terenu i u *drop-in* centrima (testiranje, ljekarski pregledi, mobilne jedinice itd.). Poseban napor treba uložiti prilikom stvaranja uslova za licenciranje stručnih i terenskih radnika/ca, akreditovanje programa i obezbjeđivanje institucionalne podrške postojećim *drop-in* centrima za MSM, OKD/OID i SR. Kako bi postojeći servisi bili u skladu sa potrebama korisnika, značajnim se smatra i sprovođenje obuka o HIV/AIDS-u i PPI za predstavnike/ce vladinog i nevladinog sektora koji rade sa osobama u zoni povećanog rizika od HIV infekcije, ali i sprovođenje specifičnih obuka koje će unaprijediti prevenciju među samim ciljnim grupama obuhvaćenim rizikom. Poseban fokus informisanja i edukacije u svim oblicima i dalje treba da bude usmjeren na mlade u obrazovno-vaspitnim ustanovama i na opštu populaciju. Potrebno je obezbijediti veću dostupnost besplatnih kondoma, raditi na popularizaciji kondomata i distribuciji kondoma u ugostiteljskim objektima, kao i na umrežavanju u oblasti promocije upotrebe kondoma uz uključivanje institucija, NVO i privatnog sektora (apoteke, ugostiteljski objekti, hoteli itd.).

Takođe, kao jedan od vodiča za izradu smjernica uzeta je i EU *Strategija o drogama (20132020)*, u kojoj se navodi da se doprinos smanjenju potražnje i ponude droga, kao i smanjenju zdravstvenih i socijalnih posljedica uzrokovanih upotrebom droga ostvaruje putem integrisanog, uravnoteženog i naučno utemeljenog pristupa. Akcioni plan za sprovođenje strategije 20172020. pretočio je ciljeve sedmogodišnje strategije u konkretnu akciju sa jasnim zaduženjima i indikatorima učinka. Ovo je drugi akcioni plan povezan sa *Strategijom*, prethodni (20132016) je bio ocijenjen od strane eksternih evaluatora (RAND i EY, 2016). Izvještaj o evaluaciji, koji je obuhvatao i poglede civilnog društva, naglasio je neke veoma značajne nedostatke u EU politikama kad je riječ o drogama. U njemu se ističe da među pet stubova EU strategije u vezi sa drogama „potražnja i smanjenje štete značajno zaostaju u pogledu napretka u odnosu na period od donošenja prethodnog akcionog plana". Intervjuisani od strane evaluatora,

43 Ministarstvo zdravlja Crne Gore (2015). *Nacionalna strategija za borbu protiv HIV/AIDS-a 20152020.* Podgorica. Available at: http://www.mzdravlja.gov.me/ResourceManager/FileDownload.aspx?rid=218618&rType=2&file=Nacionalna%20strategija%20za%20borbu%20protiv%20HIV-AIDS%202015-2020.pdf

predstavnici civilnog društva, prijavili su redukciju i ukidanje programa smanjenja štete zbog čega je porasla stopa oboljelih od hepatitisa C i HIV infekcije i zbog čega se javio veliki broj smrti uzrokovanih predoziranjem kod osoba koje koriste droge injektiranjem u nekim državama članicama.

Za razliku od prethodnog akcionog plana, **ovaj dokument naglašava proširenje pristupa programima smanjenja štete – i to ne samo sad već konvencionalnim programima kao što su program supstitucionog tretmana i programi distribucije i zamjene igala i špriceva, već i intervencijama kao što su distribucija naloksona, sobe za konzumaciju droge pod nadzorom i testiranje droge. Ovo je prvi put da je EU zvanično priznala ove inovativne programe**. Pored toga, preporuka je i da se smanjenje štete proširi i izvan populacije koja injektira droge, pri čemu se misli na testiranje droge i druge inicijative za sigurniji noćni život. Izvještaj je takođe naglasio da na evropskom nivou nedostaje diskusija o novim politikama prema kanabisu, unutar i izvan Evropske unije.

EU *Akcioni plan o drogama (20172020)* kao jedan od ciljeva postavlja: „Poboljšanje efikasnosti rehabilitacije i liječenja zavisnosti o drogama, uključujući usluge za osobe sa komorbiditetom, s ciljem da se smanje upotreba ilegalnih droga, problematična upotreba droga, pojavljivanje zavisnosti o drogama te zdravstveni i društveni rizici i šteta, koji su povezani s drogama; podsticanje oporavka i socijalne (re)integracije problematičnih korisnika droga i osoba zavisnih o drogama".

Za postizanje ovog cilja definisane su četiri mjere. Mjera 8 a) nalaže: „Proporcionalno povećati, prema potrebi, dostupnost, pokrivenost i pristup uslugama za smanjenje rizika i štete, npr. programe zamjene igala i špriceva, liječenje supstitucijskim opijatima, programe za postupanje u slučaju predoziranja opijatima, sa ciljem da se ublaže negativne posljedice upotrebe droga, da se spriječi i znatno smanji broj direktnih i indirektnih smrtnih slučajeva povezanih s drogama, zaraznih bolesti koje se prenose krvlju i koje su povezane sa upotrebom droga (ali nijesu ograničene na HIV i virusni hepatitis), kao i polno prenosivih bolesti i tuberkuloze, u skladu s preporukom SZO o sveobuhvatnom paketu zdravstvenih usluga za osobe koje konzumiraju droge injektiranjem".

U mjeri 8 b) definisano je da će se „efikasnije sprečavati smrtni slučajevi povezani sa drogama, u skladu sa nacionalnim okolnostima, na primjer u slučaju opijata osiguravanjem pristupa odobrenim oblicima farmaceutskog doziranja medicinskih proizvoda koji sadrže nalokson a koji su odobreni izričito za liječenje simptoma predoziranja opijatima, koje, u nedostatku medicinskih stručnjaka, sprovode obučeni laici".

U mjeri 8 c) navodi se da će se utvrditi i ukloniti prepreke u otkrivanju i pristupu liječenju HIV-a i hepatitisa C među osobama koje droge uzimaju injektiranjem, uključujući zatvorenike i ostale ugrožene grupe.

Konačno, mjerom 8 d) definiše se da će se razmjenjivati informacije i, prema potrebi, najbolje prakse o mjerama smanjenja rizika i štete (na primjer, programima za razmjenu igala i špriceva, liječenju supstitucijskim opijatima, prostorijama za konzumaciju droge, programima za distribuciju naloksona, laičkim intervencijama, programima liječenja izvan ustanova, liječenju hepatitisa C, testiranju sastava tableta, samotestiranju na HIV/AIDS), u skladu s nacionalnim zakonodavstvom.

Pokazatelj uspješnosti sprovođenja ovih mjera su:

- procijenjeni trendovi u rasprostranjenosti visokorizične (problematične) i upotrebe droge injektiranjem (EMCDDA indikator HRDU);
- trendovi u broju smrtnih slučajeva i smrtnosti povezanim sa drogama među osobama koje koriste droge na osnovu nacionalnih definicija (EMCDDA indikator DRD);
- učestalost i pojava zaraznih bolesti prouzrokovanih upotrebom droge među osobama koje injektiraju drogu, uključujući HIV i virusni hepatitis, polno prenosive bolesti i tuberkulozu (EMCDDA indikator – DRID);
- procjena dostupnosti, pokrivenosti i kvaliteta usluga i intervencija na području prevencije, smanjenja opasnosti, socijalne integracije i liječenja (EMCDDA – zdravstvene i društvene reakcije);
- povećan opseg dostupnosti i pristupa mjerama za smanjenje rizika i štete zasnovanih na činjenicama;
- pregled razmjene najboljih praksi o mjerama smanjenja rizika i štete;
- stepen ostvarenosti preporuka SZO o sveobuhvatnom paketu intervencija za prevenciju, tretman i njegu HIV infekcije kod osoba koje injektiraju drogu.

Pored navedenih strateških dokumenata, prilikom izrade ovih smjernica uzete su u obzir i relevantne smjernice i vodiči međunarodnih tijela i organizacija.

Svjetska zdravstvena organizacija je 2016. godine objavila *Konsolidovane smjernice o prevenciji HIV-a, dijagnozi, liječenju i njezi za ključne populacije*[44] koje su široko podržane od strane UNAIDS-a, UNODC-a, Generalne skupštine Ujedinjenih nacija, UN Komisije o narkotičkim drogama, Globalnog fonda i PEPFAR-a. Ove smjernice se nastavljaju na revidirane *Tehničke smjernice za države kako postaviti ciljeve za postizanje univerzalnog pristupa prevenciji HIV-a, liječenju i njezi za intravenske korisnike droga*, koje su pripremili SZO, UNAIDS i UNODC 2009. godine[45] i revidirali 2012. godine[46].

U vezi sa navedenim dokumentima, ovdje je vrijedno detaljnije opisati SZO paket o sveobuhvatnom paketu intervencija za prevenciju, tretman i njegu HIV infekcije za sve ključne populacije, kao i poseban dio koji se odnosi na osobe koje injektiraju droge.

Paket se sastoji od dva dijela:

a) esencijalne intervencije zdravstvenog sektora:

1. prevencija HIV-a,
2. intervencije u oblasti smanjenja štete nastale zbog upotrebe droga,
3. HIV testiranje i savjetovanje,
4. HIV liječenje i njega,
5. prevencija i upravljanje koinfekcijama i komorbiditetom,
6. polno i reproduktivno zdravlje;

44 WHO (2016). *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations – 2016 update. WHO,* Copenhagen.

45 WHO, UNODC and UNAIDS (2009). *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users. Geneva*, Switzerland.
Available from: http://www.who.int/hiv/pub/idu/targetsetting/en/index.html

46 WHO, UNODC, UNAIDS (2012). *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users* – 2012 revision. Geneva, Switzerland.

b) esencijalne strategije za postizanje omogućavajućeg okruženja:

1. pregled i revizija zakona, politika i strategija,
2. antidiskriminatorni i zaštitni zakoni koji se bave stigmom i diskriminacijom,
3. dostupni, pristupačni i prihvatljivi zdravstveni servisi za ključne populacije,
4. pojačano osnaživanje zajednice,
5. adresiranje nasilja protiv pripadnika ključnih populacija.

Intervencije i strategije u ovom paketu veoma su međusobno zavisne. Intervencije zdravstvenog sektora donose najveću korist kada su dostupne u kombinaciji i kada postoje neophodni sredinski faktori. Osim navedenih intervencija, osobama iz ključnih populacija potreban je pristup uslugama zdravstvene i socijalne zaštite i pravnim uslugama kako bi mogle postići najviše moguće standarde zdravlja i dobrobiti.

S obzirom na cilj ovog dokumenta, detaljnije ćemo prikazati smjernice koje se odnose na područje prevencije HIV-a i na područje smanjenja štete nastale zbog upotrebe droge injektiranjem (esencijalne intervencije 1 i 2).

U okviru intervencija usmjerenih na prevenciju HIV-a, a na osnovu dostupnih naučnih dokaza koji podupiru njihovu efikasnost u prevenciji širenja HIV-a, pored efikasnosti u redukciji ostalih oblika štetnih posljedica povezanih sa upotrebom droga, preporučene su sljedeće intervencije:

1. programi distribucije i zamjene igala i špriceva (NSP);
2. opijatska supstituciona terapija i drugi tretmani zavisnosti o drogama zasnovani na dokazima (OST);
3. dobrovoljno savjetovanje i testiranje (DPST);
4. obezbjeđivanje antiretrovirusne terapije (ARV);
5. prevencija i tretman polno prenosivih infekcija (PPI);
6. programi obezbjeđivanja dostupnosti kondoma za osobe koje injektiraju droge, kao i za njihove seksualne partnere;
7. pružanje ciljanih informacija, edukacije i komunikacije (IEC) za osobe koje injektiraju droge i njihove seksualne partnere;
8. prevencija, vakcinacija, dijagnostika i tretman virusnog hepatitisa;
9. prevencija, dijagnostika i tretman tuberkuloze (TB).

Intervencije koje su uključene u ovaj paket često se nazivaju **pristupom smanjenja štete u oblasti upotrebe droga injektiranjem**. Smanjenje štete u odnosu na upotrebu droga može obuhvatati i druge intervencije, one koje su uključene u *Sveobuhvatni paket* odnose se specifično na infekciju HIV-a i druge koinfekcije.

Važno je napomenuti da ove intervencije mogu najviše doprinijeti sprečavanju i liječenju HIV-a kada su dostupne u kombinaciji. Svaka intervencija odnosi se na različite faktore koji se odnose na prenošenje HIV-a. Empirijska ispitivanja i opsežno modeliranje pokazali su da samostalne intervencije imaju samo ograničen učinak; kako bi se značajno smanjilo prenošenje HIV-a i preduprijedile druge štete, neophodne su kombinovane intervencije sa visokim opsegom pokrivenosti.

Za razvoj i praćenje programa za implementaciju intervencija unutar *Sveobuhvatnog paketa* korisno je razlikovati usluge koje se mogu smatrati specifičnima za korisnike droga i intervencije koje nijesu specifične za upotrebu droga i često funkcionišu kao usluge relevantne za širu zajednicu.

Kako bi se uspješno djelovalo na problem HIV infekcije ondje gdje se odvija injektirajuća upotreba droga, zemlje bi trebalo da daju prednost programima razmjene igala i špriceva i tretmanima zavisnosti zasnovanim na dokazima, osobito supstitucijskim opioidnim tretmanima. Države bi takođe trebalo da osiguraju da osobe koje injektiraju droge budu obuhvaćene i drugim intervencijama iz *Sveobuhvatnog paketa*. Za većinu zemalja u određenoj mjeri važi pružanje intervencija iz *Sveobuhvatnog paketa* koje nijesu specifične za osobe koje koriste droge.

Preporuke ECDC i EMCDDA o komponentama ključnih intervencija obuhvataju sljedeći važan dokument uzet u obzir pri izradi ovih smjernica. Preporuke zasnovane na dokazima, koje su zajedno sastavili ECDC i EMCDDA,[47] utvrđuju **dobru praksu u oblasti prevencije i kontrole infektivnih bolesti među osobama koje koriste droge injektiranjem.** Utvrđeno je sedam ključnih intervencija za smanjenje i prevenciju infekcija među osobama koje koriste droge injektiranjem u Evropi. One se zasnivaju na najčvršćim dostupnim naučnim dokazima, u kombinaciji sa mišljenjem eksperata i dugogodišnjim i dobro dokumentovanim iskustvom pružaoca usluga, kao i na opredjeljenjima korisnika usluga. Preporučuje se da se ove komponente uključe u sveobuhvatne nacionalne programe čiji je cilj efikasna prevencija i redukovanje infekcija među osobama koje injektiraju droge.

Prema ovim preporukama, treba primijeniti sljedeće komponente ključnih intervencija, i to, po mogućnosti, kombinovano (kako bi se sinergijom postigao maksimalni efekat prevencije):

Komponente ključnih intervencija

Oprema za injektiranje: besplatno obezbjeđivanje i legalan pristup sterilnoj opremi za injektiranje droga, uključujući dovoljnu količinu sterilnih igala i špriceva, što je dio kombinovanog pristupa sastavljenog od više komponenata, koji se sprovodi putem programā smanjenja štete, savjetovanja i liječenja.

Vakcinacija: vakcine protiv hepatitisa A i B, tetanusa, gripa i, naročito za osobe koje su HIV pozitivne, vakcina protiv pneumonije.

Liječenje zavisnosti od droga: Opioidna supstituciona terapija i drugi efikasni oblici liječenja zavisnosti od droga.

Testiranje: Dobrovoljno i povjerljivo testiranje, uz informisani pristanak na HIV, HCV (HBV za one koji nijesu vakcinisani) i druge infekcije, uključujući i TB, treba redovno da se nudi i poveže sa uputom za liječenje.

Liječenje infektivne bolesti: Antivirusno liječenje zasnovano na kliničkim indikacijama za osobe inficirane HIV, HBV ili HCV virusom. Antituberkulozno liječenje za aktivne slučajeve TB. TB profilaktična terapija treba da se uzme u obzir kod latentnih slučajeva TB. Liječenje za druge infektivne bolesti treba da se nudi prema kliničkim indikacijama.

47 European Centre for Disease Prevention and Control and European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2011). *Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs.* Stockholm: ECDC.

Unapređenje zdravlja: Unapređenje zdravlja fokusirano na sigurnije prakse pri injektiranju; seksualno zdravlje, uključujući korišćenje kondoma, prevenciju bolesti, testiranje i liječenje.

Ciljano pružanje usluga: Usluge treba da se kombinuju, organizuju i pružaju u skladu sa potrebama korisnika i lokalnim uslovima; to podrazumijeva pružanje usluga putem terenskih servisa i fiksnih lokacija koje nude liječenje od zavisnosti o drogama, smanjenje štete, savjetovanje i testiranje, kao i upute opštim, primarnozdravstvenim uslugama i specijalističkim medicinskim uslugama.

Nedavne studije i istraživanja iz uspješnih programa prevencije dokumentuju dodatnu vrijednost ponude čitavog niza efikasnih mjera intervencije na istom mjestu i pružanja kombinacije intervencija u skladu sa potrebama klijenata kako bi se postigao maksimalan efekat u prevenciji infekcija. Cilj treba da bude sigurnost da usluge koje se nude ispunjavaju lokalne potrebe i potražnju. Nedostatak potražnje za uslugama zamjene igala i špriceva ili dugo vrijeme čekanja na liječenje zavisnosti od droge ukazuju na neefikasnost u prevenciji.

Da bi intervencije na najbolji način služile populaciji koja koristi droge, kao i da bi predupređivale i kontrolisale infektivne bolesti, mora da postoji dovoljan nadzor problematičnog korišćenja droga i infekcija na nacionalnom i opštinskom nivou. Preduzete mjere treba stalno da se prate i procjenjuju u smislu odgovora, uticaja, relevantnosti i stepena pokrivenosti. Investiranje u adekvatne sisteme nadzora i korišćenja droga i infektivnih bolesti neophodno je i isplativo. Preduslov za efikasnu realizaciju ključnih intervencija predstavljaju nacionalna i lokalna saradnja i koordinacija među sektorima. Postizanje nacionalnog konsenzusa i ciljevi koji se međusobno uvažavaju od suštinske su važnosti za uspješno sprovođenje intervencija. Ciljeve treba da dogovore akteri po svim sektorima, naročito oni koji rade sa osobama koje injektiraju drogu.

Intervencije smanjenja štete za osobe koje ne koriste droge injektiranjem takođe su važne. Trebalo bi da one podrazumijevaju na dokazima zasnovan tretman i obezbjeđivanje pribora za neinjektirajuću upotrebu droga, u skladu sa onim što je prikladno za lokalni kontekst i obrasce korišćenja droga. Posebna pažnja intervencijama usmjerenim ka korisnicima drugih droga (osim opioida) posvećena je na kraju ovog dokumenta.

U cilju osiguranja i unapređenja kvaliteta programa koji se sprovode na području suzbijanja zloupotrebe droga, ovdje je potrebno navesti **i** *Evropske minimalne standarde kvaliteta na području smanjenja potražnje droga* (*European Minimum Quality Standards*), koji su usvojeni 2011. godine.

EQUS projekat Evropske komisije[48] sproveden je u cilju izgradnje konsenzusa među EU stručnjacima oko kvaliteta postojećih standarda za sprovođenje intervencija u oblasti smanjenja potražnje, što uključuje razvoj jasnije definicije minimalnih standarda koji pokrivaju naučno utemeljene preporuke i organizacijsku proceduru. Standardi kvaliteta usmjereni su na unapređenje kvaliteta i efikasnosti intervencija, a izrađeni su na osnovu *Akcionog plana o drogama Evropske unije (20092012)*. U kreiranju standarda učestvovala su 52 stručnjaka iz 25 zemalja, a zasnovani su na čak 350 dokumenata, od kojih je 90 vezano za programe smanjenja štete. Zaključno, predloženo je 16 minimalnih standarda na području smanjenja štete, koji su podijeljeni na 3 područja: **strukturni standardi**, **procesni standardi** i **standardi ishoda.**

48 Projekat EQUS je sproveden od strane istraživačkog instituta za javno zdravlje i zavisnost iz Švajcarske, u saradnji sa Evropskim centrom za praćenje droga i zavisnosti o drogama (EMCDDA) i Svjetskom zdravstvenom organizacijom (WHO). http://ec.europa.eu/justice/anti-drugs/files/equs_main_report_en.pdf

MINIMALNI STANDARDI KVALITETA NA PODRUČJU SMANJENJA ŠTETE

Strukturni standardi intervencija:

1. Dostupnost i pristupačnost lokacije i radnog vremena

Servisi smanjenja štete treba da budu uspostavljeni na lokacijama koje su lako pristupačne korisnicima i koje ne sadrže fizičke i druge prepreke. Dostupnost službi odnosno njihovo radno vrijeme takođe treba uskladiti sa vremenom kada su usluge klijentima najpotrebnije, pri čemu troškovi nikada ne smiju biti prepreka.

2. Neophodne minimalne kvalifikacije zaposlenih

Svi zaposleni moraju biti kvalifikovani; kvalifikacije zaposlenih treba da budu transparentne, npr. da od četvoro zaposlenih dvoje budu socijalni radnici, a dvoje medicinsko osoblje. Izuzeci su programi zamjene igala i špriceva, terenski rad, savjetovanje o sigurnijem injektiranju i drugoj upotrebi droga, seksualno prenosivim infekcijama, sklonište za beskućnike koji koriste droge.

3. Kriterijum indikacije starosna granica:

a) službe treba da budu prilagođene starosti/godinama korisnika; servisi moraju biti privlačni za specifične starosne grupe, a osoblje edukovano (kako bi na najbolji način odgovorilo potrebama specifičnih starosnih grupa);

b) u programima smanjenja štete ne treba da postoji starosna granica za korisnike.

Procesni standardi intervencija:

4. Postupci ocjenjivanja: procjena rizičnog ponašanja korisnika.

Izuzeci: testiranje droga, DPST, vakcinacija, skloništa za beskućnike.

5. Postupci ocjenjivanja: procjena svih potreba i prioriteta

(Npr. prvo smanjenje štete nastale korišćenjem droge injektiranjem; drugo smanjenje korišćenja špriceva na javnim prostorima, itd.)

6. Postupci ocjenjivanja: status korisnika

Procjenjuje se zdravstveno stanje korisnika.

7. Informisani pristanak

Korisnicima servisa treba omogućiti informacije o dostupnim službama koje im mogu pružiti usluge u skladu sa potrebama. Pored toga, potrebno je dobiti saglasnost klijenta/pacijenta za učešće u predloženom režimu ili planu prije početka intervencije. Međutim, intervencije ne bi trebalo zasnivati na pisanom informisanom pristanku, već na transparentnim informacijama o svemu što nude službe smanjenja štete.

Izuzeci: programi distribucije i zamjene igala i špriceva, terenski rad, savjetovanje o sigurnijem injektiranju i drugoj upotrebi droga, seksualno prenosivim infekcijama, testiranje droga, sklonište za osobe beskućnike koji koriste droge.

8. Tajnost (povjerljivost) klijentovih podataka

Podaci korisnika servisa su tajni i može im pristupiti isključivo osoblje koje učestvuje u intervenciji.

9. Individualno planiranje intervencije

Planovi intervencije izrađuju se individualno, prema potrebama korisnika servisa, kad god je to primjenljivo.

10. Redovna saradnja sa drugim pružaocima usluga

U slučajevima kada služba nije opremljena i ne može zadovoljiti potrebe korisnika servisa, korisnici se upućuju na druge odgovarajuće službe dostupne za pružanje pomoći.

11. Kontinuirana edukacija zaposlenih

Zaposlene treba redovno upućivati na nove obuke u cilju unapređenja znanja u njihovom području djelovanja.

12. Konsultovanje sa zajednicom / u zajednici

Cilj je izbjegavanje neprilika i konflikata sa ljudima koji stanuju ili rade u blizini servisa.

Izuzetak: odnosi se samo na programe zamjene igala i špriceva, prostorije za bezbjedno injektiranje i skloništa za beskućnike.

Standardi krajnjih rezultata:

13. Cilj: smanjeno rizično ponašanje

Npr. smanjenje rizika prilikom injektiranja, rizičnog konzumiranja droga i nezaštićenih seksualnih odnosa.

14. Cilj: upućivanje

Pružaoci usluga u oblasti programa smanjenja štete treba da usmjere korisnika na druge zdravstvene/socijalne/pravne usluge i/ili usluge tretmana ukoliko je potrebno i ukoliko se osoba sa tim slaže.

Izuzetak: provjera sastava droga.

15. Interna evaluacija

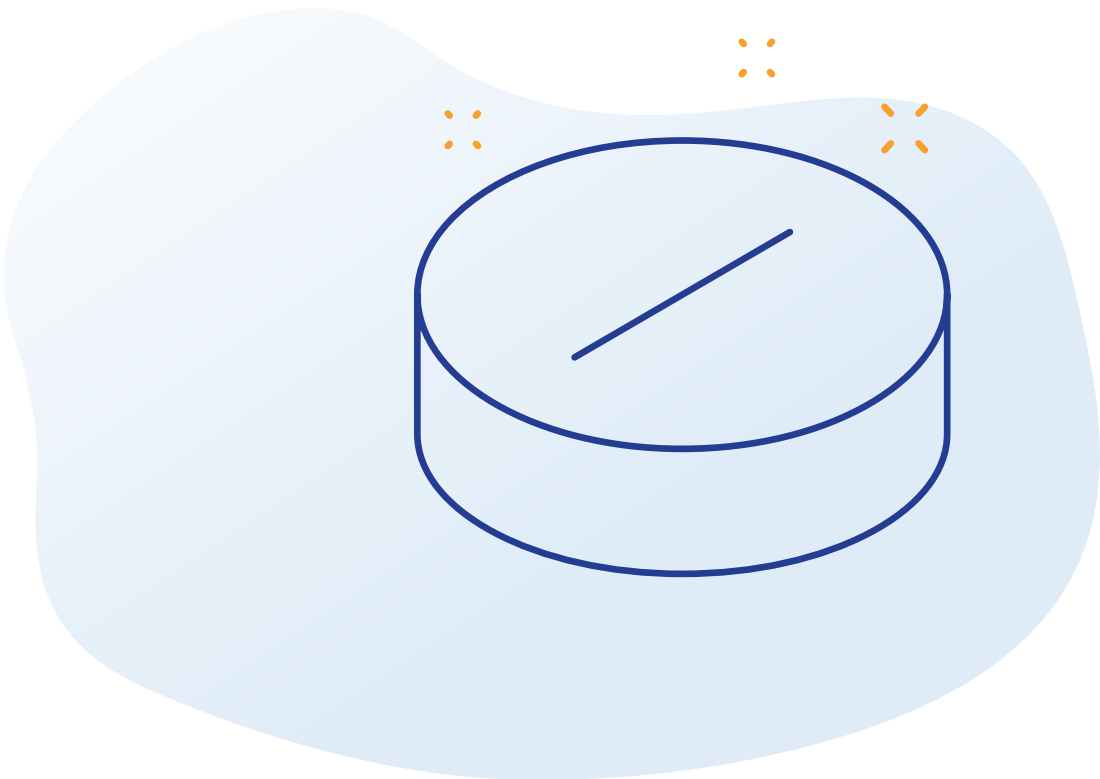
Službe smanjenja štete treba redovno da sprovode interne evaluacije svojih aktivnosti i rezultata.

16. Eksterna evaluacija

Službe smanjenja štete treba redovno podsticati i dozvoljavati da spoljni evaluatori ocijene njihove aktivnosti i rezultate.

PREPORUKA:

Kako Crna Gora teži pridruživanju EU i ispunjavanju standarda i tekovina Unije, tako svi učesnici u procesu planiranja i pružanja aktivnosti i programa smanjenja štete, uključujući sve državne institucije i organizacije civilnog sektora, kao i ustanove zdravstvene i socijalne zaštite, **moraju težiti dosezanju EU standarda kvaliteta**, u cilju unapređenja kvaliteta programa smanjenja štete i uspješnosti intervencija u odnosu na javno zdravlje države.



VI. NAČELA NA KOJIMA SE ZASNIVAJU OVE SMJERNICE

Ove preporuke ne polaze od pretpostavke da je apstinencija konačni cilj svih politika javnog zdravlja povezanih sa drogama. Sa druge strane, ove preporuke nijesu ni nekompatibilne sa okvirom apstinencije niti eksplicitno isključuju takav okvir. Ne razmatraju se politike kontrole droga, već se ograničavaju na rješavanje neposredne individualne i društvene štete uzrokovane infekcijama među korisnicima droga.

VI.1. NAČELA PREVENCIJE

Ove smjernice se zasnivaju na četiri jednostavna načela: pragmatičan pristup unapređivanju zdravlja, perspektiva pravā korisnikā (osoba koje koriste droge) zasnovana na bazičnim etičkim načelima, odluka da se postignu ciljevi javnog zdravlja i naučni dokazi u kombinaciji sa iskustvom stručnjaka.

Ključne intervencije koje se predlažu u ovim preporukama teško bi se mogle primijeniti na efikasan način da se ne oslanjaju na sljedeća načela prevencije.

VI.1.1. PRAGMATIČAN PRISTUP UNAPREĐENJU ZDRAVLJA

Ovo načelo u datom kontekstu znači da se ove preporuke, kao i mjere koje se u njima razmatraju, na prvom mjestu bave ograničavanjem širenja infekcija među osobama koje koriste droge i načinima na koji visoki rizik od infekcije u ovoj grupi može da se kontroliše. Ovaj pristup zagovara nezavisnu vrijednost tih mjera u javnom i individualnom zdravlju. Trajna i potpuna apstinencija ne treba da bude uslov za dobijanje pomoći. Umjesto dogmatskog pristupa u kojem cilj sprečavanja korišćenja droga baca sjenku na druge ciljeve, „pragmatičan pristup prepoznaje da svaka zdravstvena korist ima sopstvenu vrijednost kojoj vrijedi težiti, čak i kada ne počne odmah sa rješavanjem korišćenja droge koje leži u osnovi problema“.[49] Možda neće sve osobe koje koriste droge prestati sa upotrebom droga, ali se mogu prevenirati rizične injektirajuće prakse i transmisija infekcijā.

VI.1.2. PERSPEKTIVA PRAVA KORISNIKA SERVISA

Ovo načelo u kontekstu ovih preporuka znači da mjere preduzete u cilju prevencije i intervencije strogo poštuju princip stavljanja u situaciju korisnika. Prvo se razrađuju mjere prevencije na osnovu potreba pojedinačnih korisnika, a potrebe pružalaca usluga ili društvene potrebe rješavaju se tek nakon što se ispune potrebe korisnika. Takođe, sve mjere se pružaju korisniku na dobrovoljnoj osnovi i ne treba koristiti prisilne ili obavezne komponente. Dalje, pristup prevenciji se posmatra kao lično pravo,

49 Rhodes T, Hedrich D. “Harm reduction and the mainstream”. In: Rhodes T, Hedrich D, editors. *Harm reduction: evidence, impacts and challenges.* Lisbon: EMCDDA; 2010.

a ne kao beneficija. Na kraju, preventivne mjere uvijek treba da koriste pojedincu, ne samo društvu[50].

VI.1.3. CILJEVI JAVNOG ZDRAVLJA

U kontekstu ovih preporuka iako metode intervencije treba prvo da rješavaju individualne potrebe korisnika sveobuhvatan pristup uvijek treba da teži postizanju i društvene i individualne koristi. Metode intervencije uvijek treba da uključuju prevenciju dalje transmisije infekcije, smanjenje ukupnih zdravstvenih i socijalnih troškova, poboljšanu produktivnost, smanjenu stopu smrtnosti i smanjenu stopu morbiditeta u ciljnoj grupi, uključujući prevenciju korišćenja droge, kad god su kompatibilni sa primarnim ciljevima[51].

VI.1.4. PREPORUKE ZASNOVANE NA NAUČNIM DOKAZIMA I ISKUSTVU EKSPERATA

Ove se preporuke zasnivaju na naučnim dokazima u onoj mjeri u kojoj postoje utemeljene studije za razmatrane mjere. Neke mjere su preporučene jer je njihova primjena logična i smatra se da koriste pojedincu bez snošenja nepotrebnih rizika odnosno primjena ovih mjera ima smisla sa pragmatičnog stanovišta.

VI.2. NAČELA PRUŽANJA USLUGA

Pored razmotrenih načela prevencije, prilikom sprovođenja preventivnih mjera iz ovih preporuka treba poštovati sljedeća ključna načela, od kojih svako potiče iz potrebe da se u pružanju usluga usvoji perspektiva korisnika. Bez primjene tih ključnih načela teško je efikasno primjenjivati ključne intervencije koje se predlažu u ovim preporukama:

- osiguranje povjerljivosti;
- unapređenje pristupačnosti uslugama;
- stvaranje atmosfere naklonjene korisnicima servisa;
- vođenje dijaloga sa korisnicima i promovisanje uključivanja vršnjaka;
- usvajanje praktičnog pristupa pružanju usluga;
- uzdržavanje od ideološke i moralne osude;
- održavanje realne hijerarhije ciljeva.

50 International Harm Reduction Association. *What is harm reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association. London*: International Harm Reduction Association; 2010.

51WHO (1986). Ottawa Health Charter. *First International Conference on Health Promotion. Ottawa, Canada*: World Health Organization.

VI.2.1. OSIGURANJE POVJERLJIVOSTI

Prvo ključno načelo znači da se mora omogućiti pristup preventivnim uslugama anonimno ili na način koji obezbjeđuje punu povjerljivost, posmatrano iz perspektive korisnika. Ako se to ne postigne, korisnik će spriječiti ili ograničiti korišćenje usluga koje se nude. Da bi se obezbijedila povjerljivost, svi zaposleni moraju biti obučeni za pružanje povjerljivih usluga. Za pružanje određenih usluga (npr. testiranje) neophodna je stroga shema povjerljive identifikacije, obično prihvatljiva korisnicima usluga. Razvijeni su pristupi za praćenje pružanja usluga na prihvatljivim nivoima tačnosti a da se ne kompromituju načelo anonimnosti i načelo povjerljivosti.

Na primjer, u *drop-in* centrima sprovodi se šifrirana evidencija korisnika, gdje je jedinstvena šifra korisnika sastavljena od prvog i trećeg slova imena, prvog i trećeg slova prezimena, dvije cifre koje obilježavaju mjesec rođenja, dvije posljednje cifre godine rođenja i slovā M, Ž i T, koja označavaju pol. Tako bi se Petru Petroviću, rođenom 1. 1. 1990. godine, dodijelila šifra: PTPT0190M. Korisnik svoju šifru pamti i uvijek se prilikom dolaska u centar identifikuje isključivo pomoću te šifre.

VI.2.2. UNAPREĐENJE PRISTUPAČNOSTI USLUGA

Drugo ključno načelo obezbjeđuje da osobe koje koriste droge lako dođu do usluga i da se postiže nizak prag pristupa. To znači da se usluge moraju nalaziti tamo gdje su korisnici ili tamo gdje oni mogu lako doći do njih. Usluge treba da budu dostupne u različito doba dana i da ispune potražnju tako da svima koji imaju potrebu mogu da se ponude odgovarajuće relevantne usluge u dovoljnoj mjeri[52].

VI.2.3. STVARANJE ATMOSFERE NAKLONJENE KORISNICIMA

Treće ključno načelo u pružanju usluga jeste potreba da se održava atmosfera koja prija korisnicima. Ovo načelo je možda samo po sebi očigledno, ali njegovo sprovođenje predstavlja ključni element u prihvatanju usluga od strane korisnika. Atmosfera koja prija korisnicima znači da se prema korisnicima ophodi dostojanstveno i sa istinskom voljom da se pomogne, bez obzira na njihov izgled ili socijalni status. To takođe znači da se poštuju želje korsinika servisa i da mu se usluge ne nameću. Sa druge strane, neophodne su i granice i pravila, pa pružaoci usluga treba da izgrade i saopšte jasna pravila ponašanja u prostorijama servisa. Većina servisa ne dozvoljava kupoprodaju nelegalnih droga, finansijske transakcije ili injektiranje u prostorijama i kršenje ovih pravila može da dovede do privremene zabrane usluga. Nerijetko se dešava da osobe koje koriste droge imaju i neki od poremećaja iz domena mentalnog zdravlja. Takve osobe su često najviše marginalizovane i pod posebno visokim rizikom od infekcija. U slučajevima kada su korisnici servisa ne treba ih etiketirati kao „suviše teške“ ili „suviše izazovne“, već servisi treba da osmisle protokole za rad sa ovim osobama koji bi bio prožet poštovanjem[53].

52 WHO, UNODC, UNAIDS. *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users.* Geneva: WHO; 2009.

53 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. *Annual Report 2010: The state of the drugs problem in Europe.* Lisbon: EMCDDA; 2010.

VI.2.4. VOĐENJE DIJALOGA SA KORISNICIMA I PROMOVISANJE UKLJUČIVANJA ISKUSTVENIH SARADNIKA

Razgovor sa korisnicima servisa i njihovo aktivno uključivanje u rad treba da bude sastavni dio usluga koje se nude. Aktivno slušanje korisnika servisa i odgovaranje na promjenljive potrebe pomaže da se održi relevantnost usluga[54].

Rituali i navike povezani sa injektiranjem droge često se prenose od iskusnijih korisnika na nove korisnike droga. Uobičajena je i sekundarna razmjena igala i špriceva, gdje se špricevi distribuiraju od jednog korisnika ka mreži njegovih kontakata. Stručnjaci za prevenciju treba da budu upućeni u aktuelne obrasce korišćenja droge, a korisnici treba da razumiju zdravstvene rizike povezane sa njima. Pružaoci usluga takođe mogu da organizuju obuke za kontrolu rizika i unapređenje zdravlja za osobe koje koriste droge i da podstiču učesnike da dalje šire te informacije. To ne samo da poboljšava svrsishodnost usluga, već i osnažuje korisnike. Iskustvo pokazuje da uključivanje osoba koje aktivno koriste droge u preventivni rad stvara pozitivan „vršnjački pritisak" jer klijenti uče jedni od drugih o bezbjednijim metodama korišćenja droge.

VI.2.5. USVAJANJE PRAKTIČNOG PRISTUPA PRUŽANJU USLUGA

Peto ključno načelo takođe podrazumijeva preuzimanje perspektive korisnika usluga: usluge se grade od temelja prema gore, na osnovu tekućih potreba i sa ciljem da se nadomjeste nedostaci u uslugama prevencije koji stvaraju rizike od infekcije i koji tačno ispunjavaju zdravstvene potrebe korisnika. To takođe znači priznavanje da je svaka intervencija dragocjena dokle god ona odgovara na istinsku potrebu, čak i ako šteta povezana sa drogom ne može odmah biti sanirana. To se razlikuje od *ideološkog pristupa* ili pristupa „odozgo nadolje", kod kojeg ciljevi mogu da se postave toliko visoko da ostanu nedostižni individualnom korisniku, pružaocima usluga i kreatorima politike.

VI.2.6. UZDRŽAVANJE OD IDEOLOŠKE I MORALNE OSUDE

Šesto ključno načelo podrazumijeva da usluge pružaju osobe koje aktivno koriste droge i da nije korisno osuđivati ili kritikovati sâmo korišćenje droga sa moralnog ili ideološkog stanovišta[55]. Umjesto toga, izbori koje prave korisnici treba da se poštuju čak i ako se ne slažemo sa njima i zaposleni u službi treba da budu obučeni da pokazuju to poštovanje[56]. To ne znači da ne treba nuditi uput za službe za liječenje zavisnosti. Naprotiv, prag za ovo treba da bude nizak, a informacije o načinima pristupa treba da

54 Scottish Government. *Guidelines for services providing injecting equipment: Best practice recommendations for commissioners and injecting equipment provision (IEP)* services in Scotland. Edinburgh; 2010.

55 Southwell M. "People who use drugs and their role in harm reduction". In: Rhodes T, Hedrich D, editors. *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*. Lisbon: EMCDDA; 2010.

56 National Treatment Agency for Substance Misuse. *Engaging and retaining clients in drug treatment. London: National Treatment Agency for Substance* Misuse; 2004.

budu dostupne u svim prostorijama servisa koje posjećuju korisnici servisa[57].

VI.2.7. ODRŽAVANJE REALNE HIJERARHIJE CILJEVA

Posljednje (ključno) načelo zastupa ideju da se postavljaju kratkoročni ciljevi kako bi se mogli postići u realnom roku. Postavljanje ciljeva prevencije suviše visoko često je nerealno i može da dovede do nepotrebnog razočarenja i netačnih zaključaka o efektima intervencija. Osnovna hijerarhija ciljeva usluga može da varira shodno lokalnim potrebama i situacijama, ali treba da obuhvati ciljeve kao što su: dopiranje do većine grupa korisnika; uspostavljanje povjerenja sa korisnicima; odgovaranje na praktične potrebe korisnika; smanjivanje neposrednih rizika od infektivnih bolesti i povećavanje obima usluga s vremenom.

Sveopšti ciljevi prevencije bolesti (kao što su zaštita od izbijanja epidemija i smanjenje incidencije i prevalencije bolesti) treba da se postave na nivou programa, da se prilagode aktuelnoj situaciji i da budu realni. Takvi ciljevi obično nijesu korisni kao pokazatelji uticaja za individualne usluge prevencije i treba ih koristiti samo za postavljanje repera na nacionalnom nivou ako postoji odličan obuhvat ciljnih populacija i sveobuhvatan paket usluga.

Važno je shvatiti da treba usvojiti dugoročnu perspektivu prema prevenciji, naročito ako je prevalencija hroničnih infekcija dostigla visok nivo, jer će se pokazatelji bolesti lagano s vremenom poboljšavati. Usluge treba da se srazmjerno povećavaju i potrebno je da prođe dovoljno vremena prije nego što efekti postanu mjerljivi.

57 WHO, UNODC, UNAIDS (2004). *Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention*. Geneva: WHO.

PREPORUKA:

Zadobijanje povjerenja korisnika usluga od suštinske je važnosti za prevenciju infektivnih bolesti u populaciji koja koristi droge. S obzirom na to da su korišćenje droga i posjedovanje ilegalnih droga krivično kažnjivi u mnogim zemljama, korisnici nijesu voljni da otkriju svoj identitet ni zdravstvenim stručnjacima ni iskustvenim saradnicima iz straha da će postati poznati policiji ili drugim organima. Taj strah mora da se prevaziđe kako bi se privukli korisnici u zdravstvene servise. Obaveza potpunog identifikovanja, što je standardna praksa u pružanju zdravstvenih usluga, mnoge korisnike može odvratiti od traženja usluga.

VII. CILJEVI

Opšti cilj **programa smanjenja štete** jeste smanjenje zdravstvenih i socijalnih posljedica uzimanja droga, podizanje svjesti osoba koje koriste droge o odgovornosti za vlastito zdravlje i zdravlje drugih, te smanjenje njihove društvene marginalizacije.

Specifični ciljevi su:

- smanjiti rizik od predoziranja i broj smrtnih slučajeva povezanih sa upotrebom droga;
- smanjiti rizik i prevalenciju hepatitisa, HIV-a i polno prenosivih bolesti;
- povećati stepen znanja, informisanosti i svjesnosti o hepatitisu, HIV-u i polno prenosivim infekcijama (PPI), predoziranju, štetnom djelovanju droga;
- povećati motivisanost korisnika za uključivanje u program liječenja zavisnosti;
- povećati motivisanost korisnika za testiranje i liječenje od hepatitisa i ostalih infektivnih i PPI;
- povećati motivisanost korisnika za korišćenje zaštite od PPI;
- povećati motivisanost korisnika za školovanje, zapošljavanje i društveno djelovanje;
- očuvati postojeće zdravlje među osobama koje konzumiraju droge;
- smanjiti broj počinjenih kaznenih djela i stopu penalnog recidivizma;
- unaprijediti međusektorsku saradnju.

Opšti cilj ovog dokumenta jeste da posluži kao referentni konceptualni i praktični okvir za dalji razvoj i unapređenje nacionalne politike na području smanjenja štete od upotrebe droga u Crnoj Gori, u skladu sa postavljenim strateškim ciljevima.

Specifični ciljevi:

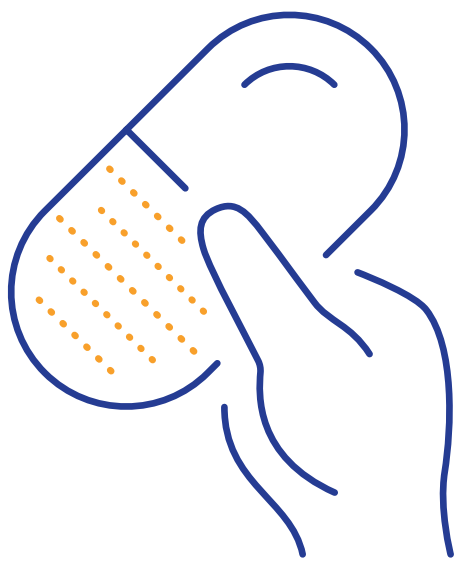
- obezbijediti referentni konceptualni i praktični okvir za dalji razvoj i unapređenje nacionalne politike na području smanjenja štete vezanu za upotrebu droga u Crnoj Gori, u skladu sa postavljenim strateškim ciljevima;
- definisati pojmove koji podrazumijevaju sve usluge i aktivnosti u oblasti smanjenja štete;
- dati preporuke i podršku za održanje postojećih i razvoj inovativnih programa u oblasti smanjenja štete;
- pružiti okvir za djelovanje u različitim okruženjima i oblastima smanjenja štete;
- promovisati dostupnost, razvoj i unapređenje postojećih programa i intervencija koji se pružaju osobama koje koriste droge *u državi.*

VIII. INTERVENCIJE SMANJENJA ŠTETE SA PREPORUKAMA ZA OPTIMALNO SPROVOĐENJE

Zbog uobičajene prakse korišćenja zajedničkog kontaminiranog pribora za injektiranje droga, osobe koje injektiraju droge su, kako je već detaljno dokazano u prethodnim poglavljima, pod većim rizikom od HIV-a i drugih krvno prenosivih infekcija poput hepatitisa B i C.

U ovom poglavlju detaljno su opisane intervencije iz sveobuhvatnog paketa SZO, koji je u prethodnom tekstu izložen i objašnjen. Samo su prve dvije intervencije iz ovog paketa omogućavanje dostupnosti i distribucija igala i špriceva i ostale opreme za pripremu i injektiranje droga (NSP) i supstituciona opijatska terapija (OST) specifične za osobe koje koriste droge; ostale intervencije se preporučuju za sve ključne populacije u odnosu na prevenciju prenošenja HIV-a – osobe koje koriste droge, seksualne radnice i njihovi klijenti, muškarce koji imaju seks sa muškarcima, osobe u zatvorima i drugim ustanovama zatvorenog tipa, transrodne osobe, kao i adolescenti iz svih navedenih populacija.

Ovih devet intervencija uključeno je u sveobuhvatni paket **zato što ima najveći uticaj na prevenciju i tretman HIV-a. Postoji velika količina naučnih dokaza koji idu u prilog efikasnosti ovih intervencija u prevenciji širenja HIV-a.**



Terenski rad u zajednici

Zato što predstavlja jedan od modaliteta pružanja servisa prije nego servis sam po sebi, terenski rad u zajednici kao posebna intervencija nije uključen u sveobuhvatni paket, ali se preporučuje kao esencijalna komponenta svih programa HIV prevencije i njege i kao naročito efikasan metod dolaženja do određenog broja osoba koje koriste droge injektiranjem odnosno do populacije koja je često veoma teško dostupna, kao i do svih onih koji se susrijeću sa barijerama prilikom dobijanja konvencionalnih servisa, što je često slučaj sa osobama iz ključnih populacija za prevenciju prenošenja infektivnih bolesti. Terenski rad u zajednici omogućava pristup i uključivanje populacije koja koristi drogu injektiranjem na lokacijama gdje ona provodi vrijeme, umjesto putem servisa na fiksnim lokacijama.

Terenski rad je visokoefikasno sredstvo obezbjeđivanja mjera prevencije HIV-a poput omogućavanja dostupnosti i distribucije igala i špriceva i ostale opreme za pripremu i injektiranje droga (NSP), omogućavanja dostupnosti kondoma i ciljane komunikacije sa korisnicima; istovremeno, on predstavlja korisnu tačku pristupa za upućivanje korisnika na programe supstitucione terapije i antiretrovirusne terapije (ARV).

Dakle, terenski rad predstavlja esencijalnu komponentu svih programa povezanih sa prevencijom HIV-a i drugih infektivnih bolesti.

PREPORUKE:

S obzirom na specifičnosti terenskog rada, terenski saradnici bi trebalo da imaju adekvatne socijalne i komunikacione vještine, naročito sposobnost da motivišu osobe koje koriste droge za saradnju i uključivanje u dostupne programe.

Uključivanje iskustvenih saradnika (bivših korisnika u dužoj stabilnoj apstinenciji) ili osoba koje aktivno koriste droge u terenski rad veoma je djelotvorno, budući da navedene osobe privlače različite grupe osoba koje koriste drogu injektiranjem u poređenju sa onima koje mogu privući i motivisati socijalni ili zdravstveni radnici.

VIII.1. OMOGUĆAVANJE DOSTUPNOSTI I DISTRIBUCIJA IGALA I ŠPRICEVA I OSTALE OPREME ZA PRIPREMU I INJEKTIRANJE DROGA (NSP)

Pozadina i razlozi

Nakon što se HIV uvede u populaciju koja koristi droge injektiranjem i kod koje je uobičajeno da se međusobno dijele špricevi i oprema za pripremu i injektiranje droge, stope prevalencije vrlo brzo mogu dostići nivo epidemije. Kako bi se spriječilo prenošenje HIV-a putem upotrebe droga injektiranjem, ključno je ne samo pružiti informacije o tome kako to učiniti sigurnijim injektiranjem i izbjegavanjem dijeljenja opreme za injektiranje, već i putem sredstava za to – besplatnom distribucijom sterilne opreme za injektiranje droge i zamjenom za kontaminiranu opremu, čime se osobama koje koriste drogu injektiranjem pruža mogućnost redovne upotrebe čistih igala i špriceva i smanjuje broj injektiranja korišćenim iglama i špricevima.

Programi distribucije i zamjene igala i špriceva, uz malo sredstava i visoku isplativost, znatno smanjuju mogućnost prenošenja HIV-a, virusnog hepatitisa B i C među osobama koje koriste drogu injektiranjem. Istovremeno, ovi programi ne podstiču upotrebu droga. Ne postoje dokazi o značajnijim neželjenim negativnim posljedicama programa razmjene igala i špriceva, poput započinjanja prakse injektiranja droge među osobama koje je prethodno nijesu na taj način koristile ili povećanja upotrebe droge injektiranjem, bilo na pojedinačnom, bilo na nivou društvene zajednice.

Programi distribucije i zamjene igala i špriceva (NSP) znatno i na ekonomičan način smanjuju rizik od prenošenja infektivnih bolesti među osobama koje koriste drogu injektiranjem.

Programi zamjene igala i špriceva osobama koje koriste droge mogu služiti kao važna ulazna tačka za korišćenje drugih usluga orijentisanih ka korisniku.

Cilj je ovih programa jeste da se klijenti angažuju da redovno dolaze, čime imaju više prilika za olakšanje pristupa drugim zdravstvenim uslugama (kao što su supstituciona terapija opioidima i drugi oblici liječenja zavisnosti o drogama, HIV testiranje i savjetovanje, te liječenje HIV-a, tuberkuloze i virusnog hepatitisa). Isto tako, ovi programi mogu ponuditi osnovne zdravstvene usluge i riješiti druga posebna pitanja koja obično pogađaju osobe koje injektiraju droge njega rane i prevencija predoziranja. Mogu se primjenjivati različiti modeli distribucije špriceva i igala, uključujući distribuciju i zamjenu na fiksnim mjestima kao što su apoteke, automati za izdavanje ili za prodaju igala i špriceva („iglomati“), kao i mobilni timovi i terenski rad.

Cilj: omogućiti anoniman i lak pristup sterilnom priboru za injektiranje (igla, špric, filter, kuvalo, alkoholne maramice, ampule destilovane vode, podvezica, itd.), uz podsticanje na vraćanje kontaminiranog pribora radi sigurnog uništavanja. Na taj način se smanjuje šteta po javno zdravlje.

Aktivnosti:

- zamjena i distribucija pribora za pripremu i korišćenje droga injektiranjem;
- terenska raspodjela sterilnog pribora za injektirajuće korišćenje i pripremu droga;
- programi razmjene igala i špriceva pružaju i mogućnost upućivanja na druge zdravstvene i socijalne usluge, uključujući savjetovanje i testiranje na HIV i liječenje zavisnosti o drogama.

Opis aktivnosti: zamjenom igala i špriceva kad god je moguće (po principu „jedan-za-jedan“ korišćeno za sterilno) pokušava se dostići visok nivo zamjene i visok nivo upotrebe sterilnog pribora. Takođe, osobe koje injektiraju droge mogu da uzimaju veći broj jedinica sterilnog pribora radi distribuiranja drugim osobama koje koriste drogu i sa kojima su u kontaktu, čime se želi postići i visok obuhvat „sekundarnih korisnika“. Zamjena pribora je dostupna u *drop-in* centrima i/ili na mjestima na koje izlaze terenski radnici.

PREPORUKE

- Osigurati besplatan pristup sterilnoj opremi za pripremu i upotrebu droga i široku dostupnost u skladu sa potrebama lokalnih zajednica.
- **Svi pripadnici** rizičnih populacija koji koriste droge injektiranjem trebalo bi da imaju pristup sterilnoj opremi za injektiranje obezbijeđenoj programom razmjene igala i špriceva.
- Preporučuje se da se u programima razmjene igala i špriceva budu dostupni špricevi sa **„malim mrtvim prostorom“, zajedno sa pružanjem informacijama o njihovoj preventivnoj prednosti u odnosu na konvencionalne špriceve**
- Oprema za pripremu i injektiranje droga koja se putem ovih programa obezbjeđuje za korisnike trebalo bi da bude prim-jerena lokalnom kontekstu, uzimajući u obzir faktore kao što su vrsta i način pripreme droga koje se uobičajeno injektiraju.

PREPORUKE U VEZI SA SPECIFIČNIM POPULACIONIM GRUPAMA

OSOBE U ZATVORIMA I DRUGIM SREDINAMA ZATVORENOG TIPA

Osobama u zatvorima i drugim sredinama zatvorenog tipa važno je obezbijediti mjere prevencije kao što je dostupnost kondoma i sterilne opreme za injektiranje, a ne samo informacije o izbjegavanju rizika. Osobe u zatvorima i drugim zatvorenim sredinama treba da imaju jednostavan, povjerljiv pristup programima razmjene igala i špriceva.

Zatvorski sistemi trebalo bi da sprovedu pilot-testiranje i evaluaciju inicijativa za sigurnije tetoviranje kako bi procijenili da li ovakve inicijative suzbijaju praksu zajedničkog korišćenja i ponovne upotrebe opreme za tetoviranje i time smanjuju mogućnost infekcije.

TRANSRODNE OSOBE

Transrodne osobe koje injektiraju supstance za podršku procesu promjene pola treba da koriste sterilnu opremu za injektiranje i da praktikuju sigurno injektiranje kako bi smanjili rizik od infekcije krvno prenosivim patogenima poput HIV-a, hepatitis B i C.

ADOLESCENTI IZ KLJUČNIH POPULACIJA

Ne bi trebalo da postoje starosna ograničenja za dostupnost programa razmjene igala i špriceva.

VIII.2. SUPSTITUCIONA OPIOIDNA TERAPIJA I DRUGE VRSTE TRETMANA OSOBA KOJE KORISTE DROGE

Za potrebe izrade ovog dokumenta intervencije za tretman zavisnosti o drogama grupisane su u sljedeće kategorije, prilagođene iz SZO *Atlasa o upotrebi supstanci*:[58]

- opioidna supstitutivna terapija agonistima (OST) kao tretman održavanja;
- bolnička detoksikacija;
- vanbolnički tretman zavisnosti;
- bolnički kratkotrajni tretman;
- bolnički ili stacionarni dugotrajni tretman;
- grupe podrške (kao „12 koraka", NA grupe);
- kratke intervencije koje se pružaju u nespecijalizovanom okruženju.

Pozadina i razlozi

Supstituciona opioidna terapija je visokoefikasna u smanjenju prakse injektiranja droga, koja osobe zavisne o opioidima dovodi u rizik od dobijanja HIV-a.

Procjenjuje se da je 2017. godine u program supstitucijske terapije zavisnosti u Evropskoj uniji bilo uključeno približno 654 000 konzumenata opioida. Nakon razdoblja stalnog pada, između 2010. i 2015. godine, ukupna stopa porasta u EU tokom 2017. godine iznosila je 4% u odnosu na prethodnu godinu. Između 2015. i 2017. godine povećanja su zabilježena u 17 zemalja, a smanjenja su u novije vrijeme zabilježena u devet zemalja.

Rezultati poređenja sa trenutnim procjenama broja visokorizičnih konzumenata opioida u Evropi upućuju na to da je otprilike polovina njih uključena u program supstitucione terapije, no postoje razlike u pokrivenosti među pojedinim zemljama, pri čemu je u nekima stepen pokrivenosti manji od preporučenog. Sveukupno gledajući, uglavnom je zabilježen porast stepena pokrivenosti. Metadon je lijek koji se najčešće propisuje kao zamjenski lijek za opioide, a u Evropi ga uzimaju gotovo dvije trećine osoba (63%) na supstitucijskoj terapiji. Dodatnih 34% konzumenata liječi se ljekovima na bazi buprenorfina. Ostale supstance, kao što je morfijum sa sporim otpuštanjem ili diacetilmorfin (heroin), propisuju se tek povremeno, a procjenjuje se da ih u Evropi uzima oko 3% konzumenata koji su uključeni u programe supstitucijske terapije.

Konzumenti koji su uključeni u program supstitucione terapije u Evropi sve su stariji. Većina je konzumenata trenutno starija od 40 godina, a u tretman je obično uključena duže od dvije godine. U svim evropskim zemljama konzumentima opioida dostupne su i druge mogućnosti tretmana, ali se rjeđe primjenjuju.

58 World Health Organization. *ATLAS on substance use (2010): resources for the prevention and treatment of substance use disorders*. Geneva, World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse 2010.

Kod injektirajućih konzumenata opioida, supstitucijskom terapijom se znatno smanjuje rizik od infekcije, a pojedine analize ukazuju na povećanje zaštitnog učinka kada se velika pokrivenost uslugom tretmana kombinuje sa velikim brojem programa dijeljenja novih špriceva. Osim toga, špricevi se u pojedinim zemljama mogu kupiti u apotekama. Osim sterilnih špriceva i igala, službe za smanjenje štetnih posljedica u pojedinim zemljama redovno obezbjeđuju maramice za dezinfekciju kože, vodu za razrjeđivanje droga i čiste posude za miješanje droga („kuvala"), dok je pribor za neinjektirajuću upotrebu droga (kao što su folije i lule) rjeđe dostupan. Pribor se u sve više evropskih zemalja može kupiti u apotekama, a u pojedinim ga zemljama pružaju servisi za smanjenje štete.

Sprovođenjem intervencija kojima se djelotvorno liječi zavisnost o drogama smanjuje se ilegalna upotreba droga, a time i učestalost injektiranja, i poboljšava zdravstveno i socijalno funkcionisanje[59]. Supstitucija agonistima opioida (OST) – ponekad se naziva i medicinski potpomognuto liječenje (MAT), ili „agonist terapija" i podrazumijeva primjenu supstance koja je po svojim dejstvima slična onoj koja je izazvala zavisnost. Agonist na taj način „zamjenjuje" osnovnu drogu.

Ova vrsta terapije vrlo je efikasna u suzbijanju ponašanja koja se vezuju za injektiranje droga (onog koje osobe koje injektiraju droge izlaže riziku od dobijanja HIV-a). Opioidni supstitucioni tretman može zadržati pacijente u liječenju HIV-a. Pristup i ostajanje u programu mogu poboljšati zdravstvene ishode korisnika[60], smanjiti predoziranje i rezultirajuću smrtnost, smanjiti kriminalnu aktivnost, rezultirati boljim psihosocijalnim ishodima i smanjiti rizik za trudnice koje koriste droge i za njihovu novorođenčad.

OST je naročito značajan u odgovoru na HIV infekciju povezanu sa upotrebom droga, naročito zato što u mnogim državama većina osoba koje koristi droge, koristi droge injektiranjem, a na globalnom nivou značajan, premda trenutno nekvantifikovan dio osoba koje injektiraju droge injektira opioide.

Metadon i buprenorfin, od kojih su oba na SZO listi esencijalnih ljekova, najčešće su korišćeni opioidni agonisti. Postoje i drugi preparati, kao što je farmaceutski heroin (*diamorphine*) i preparati sporootpuštajući morfini, koji se koriste u ograničenom broju zemalja.

U vezi sa opštim ciljem prevencije štetnih posljedica upotrebe droga – u ovom slučaju infekcije HIV-om i drugim infektivnim bolestima koje su povezane sa upotrebom droga injektiranjem, u ovim smjernicama opioidni supstitucioni tretman uzima u obzir i sve osobe koje koriste droge, a ne samo one koje ne uzimaju drogu injektiranjem. Prelazak na praksu injektiranja droga nije neuobičajen, a tretman zavisnosti o opioidima umanjuje vjerovatnoću započinjanja prakse injektiranja droga i, samim tim, može se smatrati dijelom strategije za prevenciju HIV-a.

Iako su trenutno dostupni dokazi o uticaju drugih oblika liječenja zavisnosti o drogama na incidenciju HIV-a manje uvjerljivi od onih koji postoje za OST, te druge in-

59 *WHO, UNODC, UNAIDS technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users – 2012 revision.* Geneva, World Health Organization, 2012 Available at: http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en/

60 *Consolidated guidelines on general HIV care and the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach.* Geneva, World Health Organization, 2013
Available at: http://www.who.int/iris/ bitstream/10665/85321/1/9789241505727_eng.pdf

tervencije se i dalje snažno preporučuju za sva okruženja u kojima se široko koriste neopioidne droge (kao što su stimulansi tipa amfetamin [ATS], kokain i benzodiazepini), kao i tamo gdje je opioidna supstituciona terapija i dalje nedostupna. Takvo liječenje treba da bude zasnovano na dokazima. Intervencije bi mogle uključivati kognitivno-bihejvioralnu terapiju ili *contingency management* za zavisnost o amfetaminu; kratke psihosocijalne intervencije koje se pružaju u nespecijalizovanim sredinama (odnosno onima koje ne spadaju u specijalizovane službe tretmana zavisnosti o drogama). Medicinski nadzirana apstinencija (detoksikacija) može pomoći u uspostavljanju apstinencije, ali sama po sebi nije efikasna u postizanju održive apstinencije od upotrebe droga.

Metadon je sintetički opioidni agonist koji se koristi za liječenje zavisnosti o heroinu i drugim opioidima. Vrlo je djelotvoran u smanjenju prakse upotrebe droge injektiranjem. Smanjuje simptome opioidne apstinencijalne krize i euforični efekat prilikom upotrebe opioida.

Metadon se uzima oralnim putem svakodnevno; važno je osigurati da je doza dovoljna i adekvatna (60–120 mg) i da se daje dovoljno dugo.

Buprenorfin je parcijalni agonist; njegova djelotvornost u liječenju zavisnosti od opioidā slična je zavisnosti od metadona. Uzima se uglavnom u svom sublingvalnom obliku (8–24 mg/dan).

Buprenorfin se može koristiti i jednokratno, kao lijek u urgentnim stanjima akutnog opijatskog apstinencijskog sindroma. Moguće ga je povremeno, jednokratno koristiti u vrlo malim dozama kod osoba zavisnih o drogama koje su u apstinenciji od opijata, u stanjima naglo probuđene želje za heroinom.

Programi supstitucione terapije opioidima trebalo bi da kreiraju podsticajno okruženje i odnose kako bi se olakšao koordinirani tretman komorbidnih mentalnih i fizičkih zdravstvenih stanja i kako bi se uticaj relevantnih psihosocijalnih faktora regulisao[61,62].

61 World Health Organization (2009). *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence.* Geneva, World Health Organization.
Available at: http://www.who.int/substance_abuse/publications/ opioid_dependence_guidelines.pdf

62 *Operational guidelines for the management of opioid dependence in the South-East Asia Region*. New Delhi, WHO Regional Office for South-East Asia, 2008.
Available at: http://www.who.int/hiv/pub/idu/op_guide_opioid_depend/en/index.html

Vrste supstitucione opioidne terapije

Kratka detoksikacija je postupak kojim se korisniku/ci droge olakšava rješavanje apstinencijalnog sindroma nakon prekida uzimanja heroina. Obavlja se u hospitalnim uslovima na psihijatrijskim odjeljenjima (detoksikacija buprenorfinom se koristi i pri odvikavanju od metadona) i nakon njega slijedi titriranje i određivanje adekvatne dnevne terapijske doze, postupnom redukcijom dnevnih doza supstitucionog lijeka tokom razdoblja koje može trajati do mjesec dana. Indikovana je u terapijskom procesu kod slučajeva kod kojih je potpuno odvikavanje i nakon toga održavanje apstinencije dogovoreno kao terapijski cilj.

Spora detoksikacija je postupak kojim se korisniku/ci droge olakšava prekid uzimanja opijata uvođenjem i, nakon stabilizacije stanja, sporom redukcijom dnevnih doza lijeka u razdoblju od jednog mjeseca do šest ili više mjeseci. Indikovana je kada prethodni pokušaj ili pokušaji brze detoksikacije ne bivaju uspješni. Postupak se preporučuje kad se kao terapijski cilj uspije dogovoriti uspostavljanje i nakon toga održavanje potpune apstinencije od opioidnih agonista, a procjena je da to zbog težine zavisnosti nije moguće ostvariti za kratko vrijeme.

Kratko (privremeno) održavanje na istoj dnevnoj dozi supstitucionog lijeka podrazumijeva postupak kod kojeg se osobi zavisnoj o drogama dnevna doza lijeka ne mijenja tokom perioda do 6 mjeseci, a indikovano je:

- kao početni oblik tretmana kod osobe koja koristi droge i za koju se procijeni da trenutno nema mogućnosti (lični kapacitet i podrška okruženja) za potpuno odvikavanje, te da će pokušaj detoksikacije rezultirati ili prekidom programa ili nastavljanjem uzimanja heroina;
- kod osoba koje koriste droge a kod kojih se prethodnim pokušajem detoksikacije nije uspjelo uspostaviti i nakon toga stabilizovati održavanje apstinencije;
- kod onih koji nakon odvikavanja održavaju apstinenciju od heroina, ali imaju progresiju želje za tom drogom, pa apstinenciju od heroina kompenzuju upotrebom velikih količina različitih psihoaktivnih ljekova, ilegalno nabavljenog metadona i drugih vrsta droga i/ili alkohola;
- kao privremeni oblik tretmana koji garantuje zadržavanje u programu i olakšava osobi da poboljša svoj socijalni status i životne okolnosti, nakon čega dolazi u obzir mogućnost ponovnog pokušaja odvikavanja;
- kod onih koji tokom odvikavanja insistiraju da se zaustavi redukcija dnevnih doza lijeka jer se loše osjećaju i strah ih je da će recidivirati.
- Dugotrajno održavanje je postupak kojim se osobi koja koristi droge omogućava primjena odgovarajućih (u odnosu na toleranciju) dnevnih doza supstitucionog lijeka u razdoblju dužem od 6 mjeseci. Dio tih korisnika će biti u programu održavanja doživotno, a indikovano je:
- kad je klinička slika zavisnosti toliko teška da se taj oblik tretmana procijeni najboljim kako za samu osobu, tako i za okruženje (porodicu, društvenu zajednicu);
- kod onih kod kojih se tokom terapijskog postupka nije uspjelo motivisati na odvikavanje i drug-free terapijski cilj;

- kod osoba koje koriste drogu a žive s HIV-om;
- kod osoba koje koriste drogu a istovremeno imaju komorbiditet sa drugom psihijatrijskom bolešću.

Prema nacionalnim *Smjernicama za farmakoterapiju opijatskih zavisnika buprenorfinom*[1], osnovni cilj je izlječenje korisnika opioida odnosno, u krajnjem slučaju, obezbjeđivanje najvišeg stepena njegove lične funkcionalnosti i smanjenje brojnih štetnih posljedica za društvo, porodicu i same korisnike:

- sprečavanje širenja infekcije virusima hepatitisa B i C, HIV-a, sifilisa, TBC-a i drugih bolesti;
- smanjenje broja novih osoba koje koriste droge „slijedeći put" neliječene osobe koje koriste droge;
- smanjenje broja krivičnih djela iz oblasti sekundarnog kriminala;
- smanjenje odliva novca u organizovani kriminal;
- smanjenje troškova liječenja hroničnih bolesti (AIDS, hepatitis B i C, TB i brojne druge);
- smanjenje korupcije;
- smanjenje broja saobraćajnih nesreća i težine materijalne štete;
- smanjenje seksualnog rada;
- sprečavanje ekonomskog i emocionalnog propadanja porodice;
- očuvanje produktivnosti rada (roditelja korisnika droga, kao i samih korisnika);
- povećanje broja korisnika droga obuhvaćenih terapijskim procesom što ranije i u što većem broju;
- poboljšanje opšteg zdravstvenog stanja osoba zavisnih o drogama i kvaliteta njihovog života;
- smanjenje ukupne smrtnosti osoba koje koriste droge i smanjenje smrtnosti od predoziranja;
- smanjenje nefatalnih predoziranja i troškova hospitalizacije povezane sa njima;
- smanjenje uticaja zavisnosti na očekivano trajanje života i smanjenje broja izgubljenih godina zdravog (produktivnog i kvalitetnog) života;
- smanjenje potražnje (potrošnje) ilegalnih droga i ljekova;
- povećanje vjerovatnoće za potpuno odvikavanje i dobru socijalnu rehabilitaciju i reintegraciju;
- unapređenje liječenja komorbidnih psihičkih poremećaja kod osoba koje koriste opioide.

Da bi se, u skladu sa načelom najbolje prakse i usvojenim smjernicama, sprovodilo liječenje supstitucionim ljekovima, specijalista psihijatar mora imati potrebno teoretsko i praktično znanje, što ga čini ovlašćenim za tako specifičan oblik tretmana.

Važno je osigurati da korisnici supstitucijske ljekove primaju u javnim zdravstvenim ustanovama koje imaju organizovane psihijatrijske službe ili centre za mentalno zdravlje, odnosno da se lijek konzumira na licu mjesta, u prisustvu zdravstvenih radnika i zdravstvenih saradnika, i u ambulanti UIKS-a. U slučaju nemogućnosti ovakve aplikacije lijeka poželjno je osigurati da osoba koja koristi droge ima saradnika u liječenju, obično člana porodice koji će zajedno sa njim preuzeti odgovornost za adekvatnu terapijsku aplikaciju lijeka.

U **primjeni** programa OST neophodno je:

- uspostaviti dokumentovane procese kako bi se osigurala sigurna i legalna nabavka, skladištenje, titriranje i doziranje ljekova, posebno metadona i buprenorfina;
- direktno nadgledati, u ranoj fazi tretmana, administraciju metadona i buprenorfina;
- doze za kućnu upotrebu odobriti korisniku kada se postigne stabilno doziranje i kada je socijalna situacija dovoljno stabilna a rizik od upotrebe supstitucionih ljekova u ilegalne svrhe nizak;
- nedobrovoljni otpust iz programa supstitucione opioidne terapije ponekad je opravdan kako bi se osigurala sigurnost osoblja i ostalih korisnika, ali uopšteno gledano, neuspjeh u poštovanju pravila programa od strane klijenta sam po sebi ne bi trebalo da bude razlog za nedobrovoljni otpust. Prije ovakvog otpusta treba prvo preduzeti razumne mjere u cilju poboljšanja situacije, uključujući i ponovnu evaluaciju pristupa primijenjenog u tretmanu.
- Pojedinim posebno osjetljivim grupama (kao što su trudnice, osobe koje žive sa HIV-om i tuberkulozom, osobe zavisne o opijatima sa dualnim dijagnozama – psihoza, depresija, bipolarni afektivni poremećaj) trebalo bi dati **prioritet prilikom** prijema u programe supstitucione terapije opioidima.

PREPORUKE I NAPOMENE:

- Svim osobama koje koriste opioide injektiranjem (OID) treba da bude ponuđena opioidna supstituciona terapija, uključujući i one u zatvorima i drugim sredinama zatvorenog tipa.
- Da bi se postigla optimalna pokrivenost tretmanom i da bi se poboljšali ishodi tretmana, opioidna supstituciona terapija treba da bude besplatna odnosno pokrivena javnozdravstvenim osiguranjem i treba da bude dostupna svima koji su u stanju potrebe za ovom vrstom terapije, uključujući i osobe u zatvorima i drugim zatvorenim sredinama.
- Opioidna supstituciona terapija ne smije biti prinudna i obavezna, pacijent mora dati informisani pristanak za tretman.

- Da bi bila što efikasnija, opioidna supstituciona terapija treba da bude obezbijeđena kao tretman održavanja u dovoljnoj dozi i u dovoljnom trajanju.
- U tretmanu zavisnosti o opioidima kod trudnica treba dati prednost opioidnoj supstitucionoj terapiji u odnosu na pokušaje detoksikacije.
- Svim osobama zavisnim o opioidima, pored farmakološkog tretmana, treba da bude dostupna **psihosocijalna podrška**. Ova podrška treba da podrazumijeva procjenu psihosocijalnih potreba, savjetovanje uz podršku i obezbjeđivanje povezanosti sa drugim službama u zajednici.
- U cilju poboljšanja sigurnosti i efikasnosti programa opioidne supstitucione terapije, politika i regulativa u ovoj oblasti treba da podrži fleksibilnu strukturu doziranja, bez ograničavanja nivoa maksimalne doze ili dužine trajanja tretmana.
- Uobičajena doza održavanja na metadonu treba da bude u opsegu od 60120 ml dnevno, dok prosječna doza održavanja na buprenorfinu treba da bude najmanje 8 mg dnevno.
- Pacijentu se može izdati i doza za nekoliko dana, onda kada su doziranje i socijalna situacija pacijenta stabilni, odnosno kada postoji mali stepen rizika od upotrebe lijeka u ilegalne svrhe.
- OST najefikasnije djeluje kao terapija održavanja tokom dužeg perioda (nekad je neophodan višegodišnji tretman).
- Detoksikacija ili odvikavanje od opioida „nasuvo“ uz trpljenje apstinencijalne krize, ako se primijene umjesto terapije održavanja, rezultiraju slabijim dugoročnim ishodima. Ukoliko pacijenti izaberu da se na ovaj način liječe, treba im u tome pomoći.
- Osobama zavisnim o opioidima koje istovremeno imaju virusni hepatitis B ili C, HIV ili tuberkulozu opioidne agoniste treba administrirati zajedno sa medicinskim tretmanom. Nije neophodno čekati da se uspostavi apstinencija od opioida kako bi se započelo sa tretmanom ovih stanja.
- Službe tretmana treba da ponude vakcinaciju protiv hepatitisa B svim osobama zavisnim o opioidima, bilo da su uključeni u programe supstitucione opioidne terapije ili ne.

PREPORUKE U VEZI SA SPECIFIČNIM POPULACIONIM GRUPAMA

U Crnoj Gori tretman supstitucijskim ljekovima sprovodi se u skladu sa sljedećim dokumentima:

- *Smjernice za farmakoterapiju opijatskih zavisnika buprenorfinom*, Ministarstvo zdravlja Crne Gore, Podgorica, 2018 (kojima je stavljeno van snage *Uputstvo o načinu izdavanja lijeka buprenorfin korisnicima lijeka u javnim zdravstvenim ustanovama* iz 2017. godine);
- *Opioidna zavisnost – nacionalne smjernice dobre kliničke prakse*, Ministarstvo zdravlja Crne Gore, Podgorica, 2018.
- *Vodič za primjenu metadona kod korisnika droga*, Dom zdravlja Podgorica.

VIII.2.1. DRUGE VRSTE TRETMANA ZA KORISNIKE DROGA

Cilj tretmana zavisnosti o drogama jeste da se postigne i održi fizičko, psihološko i socijalno blagostanje smanjenjem rizičnog ponašanja povezanog sa upotrebom droga, smanjenjem stepena upotrebe droga ili kompletnom apstinencijom od upotrebe droga. Zbog hronične, recidivirajuće prirode zavisnosti o drogama i potrebe da se rješavaju socijalne i psihološke dimenzije, postizanje apstinencije, ako je to željeni cilj, često predstavlja dug i težak proces. Planiranje određenih kratkoročnih koraka koji vode ka tom cilju može pomoći da se definiše i strukturira napredak. Ovo može takođe pomoći i da se umanji šteta povezana sa upotrebom droga (kao što je transmisija krvno prenosivih virusa poput HIV-a i hepatitisa B i C).

Dostupni dokazi o uticaju drugih formi tretmana zavisnosti o drogama na incidenciju HIV-a nijesu toliko ubjedljivi kao što je to slučaj sa OST. Ipak, intervencije koje se odnose na upotrebu drugih droga preporučuju se u sredinama i okolnostima u kojima se neopioidne droge (kao što su stimulansi tipa amfetamin, kokain, sedativi i hipnotici) široko koriste ili gdje OST nije dostupan.

Tretman zavisnosti o drogama pomaže u preveniranju HIV-a smanjenjem upotrebe droga injektiranjem, smanjenjem prakse zajedničke upotrebe opreme za injektiranje, smanjenjem rizičnih seksualnih ponašanja i stvaranjem mogućnosti za zdravstvenu njegu i edukaciju o HIV-u. Tretman zavisnosti o drogama obično se sastoji od različitih vrsta tretmana, ali se pristupi u tretmanu mogu jednostavno klasifikovati kao psihosocijalni (zasnovani na apstinenciji ili bihejvioralnim intervencijama) ili farmakološki, Farmakološki modaliteti tretmana mogu se dalje kategorisati kao detoksikacija, prevencija recidiva i tretmani koji imaju za cilj redukciju upotrebe droge i žudnje za drogom.

Ograničavanje širenja HIV infekcije uspješnije je tamo gdje postoji sveobuhvatan opseg različitih, na dokazima zasnovanih servisa za tretman zavisnosti o drogama.

PREPORUKE:

Sve osobe kod kojih je detektovana prekomjerna upotreba alkohola ili drugih supstanci treba da imaju pristup intervencijama zasnovanim na dokazima, uključujući **kratku psihosocijalnu intervenciju** koja podrazumijeva procjenu, specifični ***feedback*** i savjet.

OSOBE U ZATVORIMA I DRUGIM SREDINAMA ZATVORENOG TIPA

Osobe u zatvorima treba da imaju pristup istim mogućnostima tretmana zavisnosti o supstancama (zasnovanim na dokazima) kao i oni u zajednici.

ADOLESCENTI

Tretman treba da bude obezbijeđen u najboljem interesu adolescenta i u konsultaciji sa njim/njom.

PREPORUKE U VEZI SA IMPLEMENTACIJOM:

- Psihosocijalne intervencije treba da budu dio sveobuhvatnog tretmana zavisnosti o drogama
- Alternative zatvorskoj kazni

Sve zemlje treba da afirmišu i ojačaju principe obezbjeđivanja tretmana, edukacije i rehabilitacije kao alternative zatvorskoj kazni za djela u vezi sa drogama.

VIII.3. USLUGE TESTIRANJA NA HIV

Pozadina i razlozi

Pojam „usluge testiranja na HIV" obuhvata čitav spektar usluga koje bi trebalo pružiti zajedno sa testiranjem na HIV. To uključuje savjetovanje (kratke informacije prije testiranja i savjetovanje nakon testiranja); povezanost sa odgovarajućim službama za prevenciju, njegu i liječenje HIV-a i sa drugim kliničkim i pomoćnim službama; koordinaciju sa laboratorijskim osobljem.[63]

Znanje osobe o vlastitom HIV statusu i o HIV statusu svojih partnera ključno je za uspjeh odgovora na HIV. Sveobuhvatni ciljevi pružanja usluga testiranja na HIV jesu davanje dijagnoze i efikasno olakšavanje pristupa i primjene odgovarajuće prevencije, liječenja i njege HIV-a[64].

63 World Health Organization (2019). P*olicy brief. Consolidated Guidelines on HIV testing services for a changing epidemic.* Geneva, Switzerland.

64 *Ibidem.*

Sada se procjenjuje da 85% osoba koje žive sa HIV-om zna svoj HIV status. Takođe, većina onih koji žive sa HIV-om i koji znaju svoj HIV status pristupaju sistemu liječenja i njege. Ipak, uprkos ovakvim postignućima, ostaju značajne praznine.

Testiranje na HIV[65] je ključni prvi korak u omogućavanju osobama koje žive sa HIV-om da znaju svoj status i da dobiju pristup servisima HIV prevencije, tretmana i njege. Za one koji sa negativnim rezultatom testiranja savjetovanje i testiranje predstavlja značajnu priliku da osobe pod rizikom od HIV-a stupe u kontakt sa programima primarne prevencije i da se time podstakne i ohrabri njihovo kasnije retestiranje.

Testiranje na HIV uvijek mora biti dobrovoljno, oslobođeno od svakog oblika prinude ili pritiska. Kao i svako testiranje i savjetovanje, tako se i DPST za osobe koje koriste droge (i za druge ključne populacije) mora zasnivati na 5 ključnih principa: pristanak, povjerljivost, savjetovanje, tačan rezultat i povezivanje sa daljom njegom[66]. Posebno su od značaja principi pristanka i povjerljivosti.

Testiranje na HIV mora biti dio jednog sveobuhvatnog programa prevencije, brige i tretmana. Važno je da postoje jasne i jake veze između testiranja i programa prevencije, brige i tretmana za one kojima testovi pokažu pozitivan rezultat te preventivnih službi za one kojima testovi pokažu negativan rezultat; slaba povezanost onemogućava ljudima da preduzmu akciju u vezi sa svojim rezultatima testiranja.

Za osobe koje koriste droge i za druge ključne populacije karakteristično je da se često kasno testiraju i da imaju poteškoća u periodima između testiranja, terapije i procjene podobnosti za ARV terapiju. Tako mnogi tretman započinju tek onda kada im je imunitet već prilično kompromitovan i kada su izgledni slabiji zdravstveni ishodi. Takođe, za trudnice koje se kasno javljaju u prenatalnoj njezi ili na porođaju povećava se šansa za vertikalnu HIV transmisiju (prenošenje infekcije sa majke na dijete u toku trudno**ć**e, poro**đ**aja i dojenja).[67]

DPST nudi vrijednu mogućnost pružanja informacija o sigurnijem seksualnom ponašanju i smanjenju štete relevantnih za osobu koja se testira, kao i mogućnost za savjetovanje o bihejvioralnim promjenama i redukciji rizika.

Brzo testiranje na HIV omogućuje zdravstvenim radnicima da korisnicima usluge saopšte rezultat istog dana. Tako se DPST može ponuditi u raznim okruženjima, uključujući primarnu zdravstvenu zaštitu i razne druge pružaoce usluga (*drop-in* centre i terenski rad).

Testiranje u zajednici, povezano sa prevencijom, njegom i liječenjem, ima potencijal da dosegne veći broj osoba od broja obuhvaćenog testiranjem i savjetovanjem koje se obavlja u zdravstvenim ustanovama, osobito kod onih za koje je malo vjerovatno da će otići u ustanovu da obave testiranje i kod asimptomatskih nosilaca virusa.

65 U našem jeziku je u upotrebi skraćenica DPST – dobrovoljno i povjerljivo savjetovanje i testiranje.

66 SZO definiše ove principe kao „5 C HIV testiranja i savjetovanja" engl. *consent, confidentiality, counselling, correct results, linkage to care.*

67 World Health Organization (2012). *Service delivery approaches to HIV testing and counselling (HTC): a strategic HTCb policy framework.* World Health Organization, Geneva.
Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75206/1/9789415 93877_eng.pdf

Testiranje i savjetovanje na HIV koje inicira pružalac usluga[68], gdje se testiranje i savjetovanje na HIV nudi rutinski u zdravstvenim ustanovama, ima za cilj da poveća pokrivenost testiranja na HIV. Preporučuje se dokle god je bez obaveze i bez prisile, te dok je povezano sa liječenjem i njegom, u skladu sa univerzalnim smjernicama SZO. Posebna pažnja mora se obratiti na pružanje tačnih informacija; informisani pristanak se mora uvijek dobiti; rezultati moraju ostati povjerljivi.

Primarni cilj retestiranja na HIV jeste da se omogući onima koji su na prethodnom testiranju imali negativan rezultat da takav bude i dalje, te da se što je moguće ranije identifikuju one koji su postali HIV pozitivni kako bi mogli započeti tretman. SZO preporučuje godišnje retestiranje za osobe koje su podložne rizicima povezanim sa HIV-om u bilo kojem okruženju. Češće testiranje, svaka 3 mjeseca do 6 mjeseci, može se obezbijediti na osnovu procjene individualnih rizika i kao dio šire preventivne intervencije.

PREPORUKE:

- Svi treba da imaju lak pristup dobrovoljnom testiranju na HIV i hepatitis B i C. Treba uložiti posebne napore kako bi se osiguralo da to bude primijenjeno na sve grupe pod rizikom.
- Testiranje i savjetovanje na HIV treba rutinski nuditi osobama koje koriste droge, kao i drugim ključnim populacionim grupama, kako u zajednici, tako i u zdravstvenom sistemu.
- Evropski centar za kontrolu bolesti u smjernicama koje se odnose na pokrivenost i učestalost testiranja na HIV navodi da testiranje kod osoba koje injektiraju droge treba ponoviti na svaka 3 mjeseca, u zavisnosti od njihove izloženosti kontinuiranom riziku i lokalne HIV prevalencije/incidencije[2].
- Za seksualne partnere osoba koje injektiraju droge a kojima je dijagnostikovana infekcija HIV-a ili hepatitisa B ili C, za osobe sa kojima su zajedno injektirali i za osobe koje žive u istom domaćinstvu preporuka je da se testiraju svi seksualni partneri i osobe sa kojima su zajedno injektirali droge. Preporučena učestalost testiranja je jednom uz retestiranje (zavisno od perioda prozora i vrste korišćenog testa).
- Osiguranje kvaliteta kako testiranja, tako i savjetovanja od ključnog je značaja za sve pristupe u savjetovanju i testiranju na HIV. Ipak, zahtjev za intenzivnim pretest savjetovanjem može obeshrabriti i zdravstvene radnike da ponude test i potencijalne korisnike da prihvate ponudu, posebno one koji bi imali koristi od češćeg testiranja. Kao rezultat toga, individualna procjena rizika i individualizovano savjetovanje tokom sastanka prije testiranja više se ne smatra standardnom praksom u mnogim zemljama. Može biti dovoljno pružiti informacije o pretestiranju putem materijala poput plakata, informativnih letaka ili video-zapisā koji se prikazuju u čekaonicama. Prepoznato je, međutim, da će određenim ljudima biti potrebne dodatna podrška i informacije prije nego što se testiraju[3].

68 Engl. provider *initiated testing and counselling.*

- Sve forme savjetovanja i testiranja na HIV treba da budu doborovoljne i da slijede 5 principa: pristanak, povjerljivost, savjetovanje, ispravni rezultati testiranja i povezivanje sa službama tretmana, njege i prevencije.
- HIV testiranje i savjetovanje u zajednici, uz obezbjeđivanje povezanosti sa službama prevencije, njege i tretmana, preporučuje se zajedno sa testiranjem i savjetovanjem koje inicira pružalac usluga.
- Parovima koji koriste droge i partnerima korisnika droga treba da bude ponuđeno dobrovoljno testiranje i savjetovanje na HIV, sa podrškom u međusobnom saopštavanju rezultata.

PREPORUKE U VEZI SA SPECIFIČNIM POPULACIONIM GRUPAMA

OSOBE U ZATVORIMA I DRUGIM SREDINAMA ZATVORENOG TIPA

- Važno je zaštititi se od negativnih posljedica testiranja u zatvorima – na primjer, segregacije zatvorenika, pri čemu je ključno poštovati povjerljivost. Takođe je važno da osobe koje su na testiranju bile pozitivne imaju pristup i da budu povezane sa službama za liječenje HIV-a
- Testiranje i savjetovanje na HIV u zatvorima i drugim sredinama zatvorenog tipa treba da bude dobrovoljno.
- Primjena brzih testova na HIV može povećati vjerovatnoću da osobe na odsluženju zatvorske kazne prime svoje rezultate tokom perioda odsluženja kazne
- Pružanjem drugih usluga za smanjenje rizika (kao što je obezbjeđivanje kondoma sa lubrikantima i skrining na PPI) mogu povećati benefite testiranja i savjetovanja.

ADOLESCENTI

- Usluge savjetovanja i testiranja na HIV moraju biti dostupne adolescentima tako da ih ne izlaže riziku.
- Testiranje i savjetovanje na HIV, uz povezanost sa prevencijom, liječenjem i njegom, preporučuje se adolescentima iz svih ključnih populacija.
- Adolescente treba savjetovati o mogućoj koristi i rizicima od otkrivanja svog HIV statusa, osnažiti ih i podržati u odlučivanju kada, kako i kome će ga otkriti (uslovna preporuka).

PREPORUKE ZA IMPLEMENTACIJU:

Brzi testovi. Brzi dijagnostički testovi za HIV na mjestu pružanja usluga ili zdravstvene zaštite uveliko olakšavaju pristup testiranju, dobijanje rezultata istog dana i odgovarajuće upućivanje i praćenje.

Kontinuirana nabavka testovnog materijala. Treba razviti mehanizme za dosljedno obezbjeđivanje testovnog materijala i, istovremeno, sprečavanje stvaranja zaliha. **Kvalitet usluga određuje obuhvat HTC-a.** Stoga je od ključne važnosti da se uspostavi sistem obezbjeđivanja kvaliteta na nacionalnom, subnacionalnom, nivou zajednice i na nivou samih službi.

Zatvorski sistemi trebalo bi da budu sastavni dio nacionalnih napora za povećanje razmjera pristupa HTC-u. Skaliranje HTC usluga u zatvorima treba preduzeti kao dio sveobuhvatnog programa HIV-a čiji je cilj poboljšanje zdravstvene zaštite i postizanje univerzalnog pristupa uslugama prevencije HIV-a u zatvorima i drugim zatvorenim sredinama.

Testiranje i savjetovanje parova. Postoje mnoge potencijalne prednosti pružanja podrške parovima u pogledu zajedničkog testiranja i uzajamnog otkrivanja statusa HIV-a; zajedno mogu donijeti utemeljene odluke o prevenciji HIV-a i pružati jedno drugom potporu za dobijanje i pridržavanje ARV terapije. HIV testiranje i savjetovanje za parove ili partnere treba ponuditi bilo kome, bez obzira na to kako definiše svoje odnose. Načelo – i politika – bi trebalo da bude da pružaoci usluga podrže sve osobe u seksualnom odnosu da dobiju testiranje kao par ili kao partneri, nezavisno od njihove seksualne orijentacije ili dužine/stabilnosti njihovog odnosa.

VIII.3.1 SAMOTESTIRANJE NA HIV (HIVST)

Pozadina i razlozi

Samotestiranje na HIV (engl. skraćenica HIVST) predstavlja proces u kojem osoba koja želi da zna svoj HIV status sama uzima uzorak (oralne tečnosti ili krvi), sprovodi test i interpretira rezultat u privatnosti svog doma.

HIVST može povećati broj osoba koje se testiraju, znaju svoj status i, ako je testiranje pozitivno, ulaze u dalji proces povezivanja sa testiranjem i liječenjem. Samotestiranje na HIV može pomoći osobama koje koriste drogu injektiranjem, kao i drugim ključnim populacijama da ranije dijagnostikuju bolest.

HIVST predstavlja **skrining test** kojim se **ne obezbjeđuje dijagnostika i zato je, ukoliko je inicijalni rezultat pozitivan, potrebno potvrdno testiranje.**

Mnoge zemlje traže načine da brzo podignu nivoe obuhvaćenosti testiranjem na HIV, posebno za populacije sa niskim pristupom i one pod povećanim rizikom, koje se drugačije ne bi podvrgle testiranju. Jedan od mogućih pristupa je samotestiranje na HIV. SZO je 2016. godine objavila prve globalne smjernice za samotestiranje na HIV, u kojima je preporučeno da se ova vrsta testiranja nudi kao dodatni pristup servisima HIV testiranja[69].

69 World Health Organization (2016). *Guidelines on HIV self-testing and partner notification: supplement to consolidated guidelines on HIV testing services.* World Health Organization, Geneva.

PREPORUKA:

Pri izradi novog strateškog dokumenta na području prevencije HIV-a uzeti u razmatranje i mogućnost uvođenja samotestiranja na HIV kao jedne od usluga u narednom periodu.

VIII.4. ANTIRETROVIRUSNA TERAPIJA KAO VID PREVENCIJE TRANSMISIJE HIV-A

Pozadina i razlozi

Upotreba ARV terapija za tretman HIV-a kod osoba koje koriste droge i kod drugih ključnih populacija treba da se sprovodi u skladu sa opštim principima koji se preporučuju za sve odrasle osobe. Oni moraju imati jednak pristup terapiji. Osobe koje koriste droge mogu biti izložene diskriminaciji i marginalizaciji, što može predstavljati prepreku za pristup zdravstvenoj zaštiti, uključujući i tretman HIV-a.

Obezbjeđivanje antiretrovirusne terapije osobama koje koriste droge ima široke zdravstvene benefite za populaciju. Osobe koje koriste droge mogu se uspješno podvrgnuti tretmanu i imati koristi od ARV terapije. Postoji sve više dokaza da ova vrsta terapije ima ulogu i u prevenciji HIV-a, putem smanjenja virusnog opterećenja i, samim tim, smanjenja prenošenja HIV-a[70].

Tretman zavisnosti o drogama, posebno opioidna supstituciona terapija tamo gdje je indikovana, poboljšava ishode u pridržavanju antiretrovirusne terapije među osobama koje žive sa HIV-om a koje su istovremeno zavisne o opioidima. Veoma je važno da istorija upotrebe droga ne bude prepreka za pristup tretmanu.

Uz to, od ključnog je značaja razmatranje prevencije prenošenja HIV-a sa majke na dijete kod trudnica sa pozitivnim testom HIV koje istovremeno koriste droge injektiranjem ili prenošenja na seksualne partnerke muškaraca koji koriste droge injektiranjem. Trudnicama zavisnim o opioidima takođe treba da bude obezbijeđen i tretman zavisnosti odnosno OST tretman tokom trudnoće.

Ne postoje posebne kliničke preporuke u odnosu na ARV terapije za bilo koju populaciju. Ali osobe koje koriste droge, kao i osobe iz drugih ključnih populacija, zbog stigme, diskriminacije i marginalizacije nerijetko se kasno pojavljuju na tretmanu.

Trenutne smjernice SZO o upotrebi ARV terapije za liječenje HIV infekcije kod odraslih i adolescenata primjenjuju se i na ljude koji žive s HIV-om a koji koriste

70 *Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents: recommendations for a public health approach 2010 revision.* Geneva, World Health Organization.
Available at: http://www.who.int/hiv/pub/arv/adult2010/en/index.html

droge injektiranjem. Kada se ARV terapija daje u podsticajnom okruženju, ljudi koji koriste droge injektiranjem imaju ishod liječenja sličan ishodima drugih.

PREPORUKE:

Korisnici droga koji žive sa HIV-om treba da imaju isti pristup ARV terapiji i njezi kao i druge osobe.

OSOBE U ZATVORIMA I DRUGIM SREDINAMA ZATVORENOG TIPA

Podvrgavanje tretmanima HIV-a može se intenzivirati smanjenjem HIV stigme i diskriminacije, osiguravanjem povjerljivosti HIV statusa zatvorenika i omogućavanjem ljudima u zatvorima i drugim zatvorenim ustanovama da dobiju njegu i liječenje, kao i da budu zaštićeni od diskriminacije koja dolazi od strane zatvorskih službenika. Ukoliko su zatvorenici istovremeno i osobe koje koriste droge, izloženi su dvaput većoj stigmi i diskriminaciji.

Osobe u zatvorima i drugim zatvorenim ustanovama u slučaju premještanja treba da dobijaju ARV terapiju sve dok zdravstvena zaštita ne bude uspostavljena na novoj lokaciji zatvora ili, ako bivaju otpuštene, dok se ne uspostavi veza sa službama za liječenje osoba sa HIV-om u zajednici.

VIII.5. PREVENCIJA I TRETMAN SEKSUALNO PRENOSIVIH BOLESTI

Polno prenosive infekcije (PPI) mogu biološki pojačati prenošenje HIV-a polnim putem. Potencijalna izloženost PPI veća je kod osoba koje koriste droge injektiranjem i koje se istovremeno bave komercijalnim seksualnim radom, kao i kod MSM muškaraca koji koriste droge injektiranjem. Programi distribucije kondoma i promocija prakse sigurnog seksa uz informisanje i edukaciju dvije su značajne strategije za prevenciju PPI (ujedno predstavljaju komponente Sveobuhvatnog paketa SZO)

Strategije kojima se povećava obuhvat tretmana PPI među osobama koje koriste droge uključuju neke od sljedećih:

- razvoj kapaciteta za skrining i tretman u zdravstvenim službama u koje dolaze osobe koje injektiraju droge;
- istovremeno postojanje servisa dijagnostike i tretmana na istoj lokaciji, na mjestima koja posjećuju osobe koje koriste droge (kao što su programi razmjene igala i špriceva ili druge službe tretmana);
- uspostavljanje aktivnih puteva upućivanja i integracije programa skrininga i testiranja između službi koje se bave tretmanom PPI i drugih službi u koje se javljaju osobe koje koriste droge;
- nastojanje da konvencionalne službe tretmana PPI budu lako pristupačne i otvorene za potrebe osoba koje koriste droge.

VIII.6. OMOGUĆAVANJE DOSTUPNOSTI KONDOMA ZA OSOBE KOJE KORISTE DROGE, KAO I ZA NJIHOVE PARTNERE

Pozadina i razlozi

Seksualna transmisija HIV-a među osobama koje injektiraju droge, kao i između osoba koje injektiraju droge i njihovih seksualnih partnera koji ne koriste droge injektiranjem, predstavlja značajan i često zanemaren put prenošenja HIV infekcije. Postoji i velika stopa prenošenja HIV-a na seksualne partnere koji ne koriste drogu injektiranjem. Osim toga, upotreba stimulansā, injektiranjem i bez injektiranja, često je povezana sa rizičnim seksualnim ponašanjima. Osobe koje injektiraju droge i istovremeno se bave seksualnim komercijalnim radom i muškarci koji koriste droge injektiranjem a koji imaju seksualne odnose sa muškarcima mogu biti dodatno izloženi riziku.

Povećanje pristupačnosti i upotrebe kondoma među osobama koje koriste drogu i njihovim partnerima putem ciljanih programa distribucije važna je komponenta Sveobuhvatnog paketa za smanjenje štete namijenjenog osobama koje koriste drogu i njihovim seksualnim partnerima.

Iako su kondomi u mnogim zemljama široko dostupni za kupovinu, obezbjeđivanje besplatnih kondoma populacijama sa visokim rizikom ima za cilj znatno povećanje pristupačnosti i upotrebe, uz uklanjanje i najmanje barijere koju trošak može predstavljati.

Obezbjeđivanje i muških i ženskih kondoma i lubrikanata može dodatno povećati prihvatljivost kondoma i njihove upotrebe. Takođe je važno ponuditi savjetovanje u oblasti planiranja porodice ženama koje koriste droge injektiranjem ili koje su seksualne partnerke muških OKD/OID.

Dostupnost, pristupačnost i upotreba muških i ženskih kondoma i lubrikanata kompatibilnih sa kondomima kod osoba koje koriste droge (i drugih ključnih populacija) putem ciljanih programa distribucije ključna je komponenta HIV odgovora. Dosljedna i pravilna upotreba muških kondoma smanjuje prenošenje HIV-a i drugih PPI seksualnim putem, kod vaginalnog i analnog seksa za do 94%. Upotreba lubrikanata na bazi vode ili silikona (za razliku od naftnih) pomaže u sprečavanju pucanja i klizanja kondoma. Iako je dostupno manje podataka o ženskim kondomima, dokazi pokazuju da upotreba ženskih kondoma sprečava i HIV i PPI. Efikasna distribucija kondoma posebno je važna za ključnu populaciju. Nezaštićeni polni odnosi i druga rizična ponašanja poput upotrebe droga često koincidiraju u ključnim populacijama, posebno kod adolescenata iz ključne populacije.

Cilj: spriječiti pojavu i širenje seksualno i krvlju prenosivih infekcija seksualnim putem među osobama koje koriste droge.

Opis aktivnosti:

Upotreba kondoma se promoviše kao uspješan način zaštite od seksualno prenosivih bolesti, osigurava se njihova dostupnost ciljnoj populaciji koja koristi droge, sprovodi se edukacija korisnika o pravilnoj i redovnoj upotrebi kondoma, kao i o važnosti testiranja na seksualno prenosive bolesti.

Aktivnosti:

- dijeljenje kondoma u *drop-in* centrima i drugim mjestima pružanja usluga korisnicima droga, terenski rad na mjestima okupljanja ciljne populacije (ulica, klubovi...);
- organizovanje edukacijā o seksualno prenosivim bolestima u *drop-in* centru prilagođenih ciljnoj populaciji (informacije o seksualno prenosivim bolestima, rizicima i opasnostima, testiranju, načinima prenošenja i zaštiti);
- dijeljenje edukativnih letaka i brošura u *drop-in* centru i na drugim mjestima pružanja preventivnih usluga korisnicima droga; terenski rad.

PREPORUKE:

- Ispravna i dosljedna upotreba kondoma i lubrikanata kompatibilnih sa kondomima jedna je od ključnih intervencija osmišljenih kako bi se spriječilo prenošenje HIV-a i PPI.
- Pristupi koje vode iskusni saradnici mogu pomoći u sticanju znanja, razvoju vještina i osnaživanju seksualnih radnica/ka da dosljedno koriste kondome i lubrikante.

PREPORUKE U VEZI SA SPECIFIČNIM GRUPAMA

ZATVORI I DRUGE SREDINE ZATVORENOG TIPA

Seksualna aktivnost odvija se u zatvorima i ostalim zatvorenim sredinama, ali je pristup kondomima tamo ograničen. S obzirom na veliki udio korisnika droga među osobama na odsluženju zatvorske kazne, mogućnost prenošenja infektivnih bolesti povezanih sa upotrebom droga (HIV, hepatitis B i C) je visoka. Važno je stoga uvesti i proširiti programe distribucije kondoma i lubrikanata u zatvorima i drugim zatvorenim sredinama, bez ograničenja količine, uz anonimnost i na lako dostupan način (npr. automati za prodaju kondoma kondomati).

OSOBE KOJE PRUŽAJU SEKSUALNE USLUGE

Ispravna i dosljedna upotreba kondoma i lubrikanata kompatibilnih sa kondomima preporučuje se za seksualne radnike i njihove klijente, bilo da su korisnici droga ili ne. Osobe koje pružaju seksualne usluge često se suočavaju s neravnopravnim odnosom snaga koji ograničava mogućnost korišćenja kondoma s klijentima. Ženske osobe koje pružaju seksualne usluge i koje koriste drogu injektiranjem mogu biti posebno osjetljive na ovu neravnotežu moći.

VIII.7. CILJANO INFORMISANJE, EDUKACIJA I KOMUNIKACIJA

Pozadina i razlozi

U kombinaciji sa drugim mjerama poput obezbjeđivanja kondoma i sterilne opreme za injektiranje, kao i sa tretmanom zavisnosti o drogama, ciljano informisanje i edukacija pomažu da se postigne i održi pozitivna promjena u rizičnim ponašanjima povezanim sa transmisijom HIV-a.

Konstantna izloženost informisanju i edukaciji veoma je važna kako bi se stekla korist od ovih strategija. Specifični sadržaj biće različit u različitim sredinama, ali uvijek treba da obuhvata sljedeće:

- rizik od HIV-a povezan sa upotrebom droga i kako ga smanjiti;
- rizik povezan sa seksualnim ponašanjem i strategije redukcije rizika;
- druge vrste rizika povezane sa upotrebom droga i kako ih smanjiti;
- kako koristiti postojeće servise i dobiti podršku;
- osnovne informacije o drogama koje se koriste;
- pristup pravnim servisima i podršci;
- prevencija predoziranja.

Komunikacija u cilju promjene ponašanja može imati različite forme i ostvarivati se u različitim medijima. Informativni materijali treba da budu relevantni za lokalni kontekst, da odgovaraju i potrebama osoba koje koriste droge; treba da efikasno razmjenjuju sadržaje sa ciljnom grupom. Individualno savjetovanje, grupno savjetovanje i savjetovanje parova može biti ključno za usvajanje prakse sigurnijeg seksualnog ponašanja i prakse injektiranja droga. Intervencije koje sprovode iskustveni saradnici i ovdje su se pokazale naročito efikasnim. Budući da predoziranje ostaje primarni razlog smrtnih slučajeva među osobama koje koriste drogu injektiranjem, čak i u kontekstu HIV epidemije, naročito su značajne IEC strategije koje se fokusiraju na prevenciju predoziranja.

Pored pružanja informacija o prevenciji predoziranja, informisanje treba da uključi i instrukcije kako odgovoriti na predoziranje ukoliko se ipak dogodi? To se može

sprovesti pomoću treninga za osobe koje injektiraju droge, članove porodice, partnere i osobe iz okruženja, kao i edukacijom o ulozi naloksona, opioidnog antagonista koji ima potencijal da poništi efekte opioida na respiratornu depresiju), ukoliko je ovaj antidot dostupan.

Cilj: edukovati i informisati osobe koje koriste droge o štetnosti i posljedicama upotrebe droga, mogućnostima liječenja i rehabilitacije te prevenciji širenja infektivnih bolesti i predoziranja.

Opis aktivnosti:

Edukacija i informisanje o prenošenju krvlju prenosivih infekcija i odgovornijem korišćenju droga putem različitih oblika dijeljenja informacija, kao npr. edukacija od strane iskustvenih saradnika, distribucija letaka i brošura, besplatna telefonska linija, organizacija seminara i edukacija, korišćenjem društvenih mreža i digitalnih tehnologija te uz pomoć terenskih radnika.

Aktivnosti:

- informisanje osoba koje koriste droge o riziku od HIV-a i drugih infektivnih bolesti povezanim sa upotrebom droga;
- informisanje osoba koje koriste droge o posljedicama konzumacije droga na zdravlje i o rizicima koji se odnose na prenošenje infekcija;
- informisanje osoba koje koriste droge o riziku povezanom sa seksualnim ponašanjem i strategijama smanjenja rizika;
- pružanje informacija o drugim vrstama rizika povezanim sa upotrebom droga i načinu na koji ih smanjiti;
- pružanje osnovnih informacija o drogama koje se uobičajeno koriste, o njihovoj prosječnoj „čistoći“ i posljedicama upotrebe;
- pružanje informacija o uslugama načinima liječenja bolesti zavisnosti i ostalim informacijama u saradnji sa zdravstvenim i socijalnim službama;
- edukacija o dezinfekciji pribora za korišćenje droga (koriste se u okruženjima gdje zamjena nije moguća, poput zatvora);
- edukacija o pravilnoj njezi vena, sigurnom injektiranju i prevenciji predoziranja;
- edukacija o prevenciji prenošenja krvlju i prenošenja seksualno prenosivih bolesti;
- edukacija o pružanju prve pomoći u slučaju predoziranja korisnika droga (aplikacija naloksona);
- sprovođenje promotivnih aktivnosti sa ciljem da se promoviše i podstakne testiranje na infektivne bolesti (internet kampanje, saradnja sa relevantnim stručnjacima i organizacijama na nacionalnom i međunarodnom nivou, razmjena najboljih praksi);
- izrada i distribucija štampanog i elektronskog edukativnog materijala.

VIII.8. PREVENCIJA, VAKCINACIJA, TESTIRANJE, DIJAGNOSTIKA I TRETMAN VIRUSNOG HEPATITISA B I C

Sveobuhvatan pristup virusnim hepatitisima kod osoba koje koriste droge podrazumijeva **prevenciju, skrining, vakcinaciju (protiv hepatitisa B), kao i tretman i njegu inficiranih.**

Pozadina i razlozi

Infekcije virusom hepatitisa B i hepatitisa C glavni su uzročnici akutnih i hroničnih bolesti jetre (npr. ciroza i hepatocelularni karcinom) na globalnom nivou i godišnje uzrokuju 1,4 miliona smrtnih slučajeva.

Procjenjuje se da trenutno 248 miliona ljudi živi sa hroničnom HBV infekcijom i da je 110 miliona osoba pozitivno na HCV antitijela, od čega 80 miliona ima aktivnu viremijsku infekciju.

Razvoj visokoefikasnih, dobro podnošljivih oralnih antivirusnih ljekova direktnog djelovanja (DAA) s visokim stopama izlječenja nakon 8–12 nedjelja liječenja proizveo je revoluciju u liječenju hronične HCV infekcije, iako su visoke cijene ovih novih ljekova i dalje glavna prepreka pristupu u mnogim zemljama.

Međutim, uprkos velikom globalnom opterećenju bolestima nastalim zbog hronične infekcije HBV-om i HCV-om, uprkos napretku i mogućnostima za liječenje, veliki broj osoba ljudi inficiranih virusom HBV i/ili HCV i dalje nije svjestan svoje infekcije, zbog čega se te osobe često sa već uznapredovalom bolešću javljaju službama za tretman, a mogu prenijeti infekciju drugima.

Nekoliko je ključnih razloga za nisku stopu testiranja na hepatitis. To uključuje ograničene mogućnosti ili usluge za testiranje na hepatitis, nedostatak efikasnih politika testiranja ili nacionalnih smjernica, složene dijagnostičke algoritme i loš laboratorijski kapacitet i sisteme osiguranja kvaliteta. Testiranje i dijagnostika infekcije hepatitisom B i C vrata su za pristup uslugama prevencije i liječenja i ključna su komponenta efikasnog odgovora na epidemiju hepatitisa. Rano otkrivanje osoba sa hroničnom HBV ili HCV infekcijom omogućava pružanje potrebne njege i liječenja kako bi se spriječilo ili odgodilo napredovanje bolesti jetre. Testiranje takođe pruža mogućnost povezivanja ljudi sa intervencijama za suzbijanje prenošenja putem savjetovanja o rizičnom ponašanju, pružanja opreme za prevenciju (poput sterilnih igala i šprica) i vakcinacije protiv hepatitisa B[71].

Nedavni pregledi ukazuju na to da širom svijeta 10 miliona osoba koje koriste drogu injektiranjem vjerovatno živi sa hepatitisom C, dok je procijenjeno da 3 miliona osoba živi sa HIV-om. Procjene takođe sugerišu na to da u Evropi postoji oko milion sadašnjih ili bivših korisnika koji injektiraju droge a koji možda imaju hroničnu HCV infekciju.

71 World Health Organization (2016). *HO global health sector strategy on viral hepatitis. World Health Organization,* Geneva. Available from: http://www.who.int/hepatitis/strategy20162021/Draft_global_health_sector_strategy_viral_hepatitis_13nov. pdf?ua=1

Poznato je da se rizik od infekcije HCV-om povećava sa dužinom trajanja korišćenja opojnih droga injektiranjem, ali novija istraživanja pokazuju da se korisnici inficiraju vrlo rano, na samom početku korišćenja. Veliku raširenost infekcije HCV-om kod korisnika koji injektiraju drogu uzrokuje činjenica da mnogi koji se inficiraju HCV-om ovim putem nijesu svjesni da su inficirani. Ovi faktori ukazuju na važnost ranog preduzimanja preventivnih mjera. Pored visoke stope infekcije hepatitisom C, korisnici koji injektiraju droge često su inficirani i drugim virusima, uključujući hepatitis B ili HIV. Među zabilježenim akutnim slučajevima hepatitisa B sa dokumentovanim načinom prenošenja, jedan od pet slučajeva je inficiran putem injektiranja droga.

U Evropi je korišćenje opojnih droga injektiranjem najznačajniji način prenošenja HCV infekcije, a korisnici koji injektiraju droge čine većinu novih prijavljenih slučajeva HCV infekcije. Stope HCV infekcije često su vrlo visoke među osobama koje koriste drogu injektiranjem i kreću se između 12% i 85% i između 50 i 90%; ljudi koji su inficirani hepatitis C virusom ne mogu spontano da iskorijene infekciju. Pored visokih stopa hepatitis C infekcije, osobe koje injektiraju droge često se inficiraju i drugim virusima, uključujući hepatitis B ili HIV. Istovremena koinfekcija hepatitis infekcijama umnogome povećava rizik od smrti zbog iznenadnog otkazivanja jetre.

U skladu sa globalnim *Programom održivog razvoja do 2030*[72], Evropa nastoji da eliminiše virusni hepatitis kao prijetnju za zdravlje opšte populacije. Osiguravanje boljeg pristupa prevenciji, testiranju i tretmanu za virusni hepatitis B i C osobama koje konzumiraju drogu injektiranjem od ključnog je značaja za ostvarivanje tog cilja. Pregledi namijenjeni otkrivanju HCV-a polazišna su tačka za efikasno liječenje hepatitisa kod testiranih osoba i imaju ključnu ulogu u prevenciji prenošenja infekcije.

Globalna strategija zdravstvenog sektora o virusnom hepatitisu 2016–2021[73] prva je globalna strategija za virusni hepatitis i pokriva prvih šest godina *Agende za održivi razvoj*. *Strategija* opisuje skup globalnih ciljeva, uključujući ciljeve povezane sa dijagnostikovanjem hroničnog hepatitisa B i hepatitis C infekcije, a opisuje skup prioritetnih akcija kako bi zemlje postigle ove ciljeve u vezi sa hepatitisom. *Strategija* je sačinjena kako bi doprinijela postizanju *Agende 2030. za održivi razvoj*[74] i, posebno, cilja 3 u vezi sa zdravljem (cilj 3.3). „Do 2030. okončati epidemije AIDS-a, tuberkuloze, malarije i zanemarenih tropskih bolesti i boriti se protiv hepatitisa, bolesti koje se prenose vodom i drugih zaraznih bolesti."[75]

Strategija opisuje doprinos zdravstvenog sektora suzbijanju virusnog hepatitisa i njegovom uklanjanju, budući da je on prijetnja za javno zdravlje. Govori o povezanosti virusnog hepatitisa i drugih zdravstvenih problema i usklađuje odgovor na hepatitis sa ostalim globalnim zdravstvenim i razvojnim strategijama, planovima i ciljevima. Pozicionira odgovor na virusni hepatitis u kontekst univerzalne zdravstvene zaštite sveobuhvatnog zdravstvenog cilja *Agende za održivi razvoj do 2030. godine*. *Strategija* daje put unaprijed i pruža:

72 United Nations. Transforming our World: *The 2030 Agenda for Sustainable Development. A/RES/70/1* Available from: https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf

73 World Health Organization (2016). *Global health sector strategy on viral hepatitis 2016–2021 towards ending viral hepatitis*, Geneva. WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland.

74 Sustainable Development Goals, target 3.3: "By 2030, end the epidemics of AIDS, tuberculosis, malaria and neglected tropical diseases and combat hepatitis, water-borne diseases and other communicable diseases."

75 *United Nations General Assembly resolution A/RES/70/1* – Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. See: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E

- viziju svijeta u kojem je zaustavljeno prenošenje virusnog hepatitisa i unutar kojeg sve osobe s virusnim hepatitisom imaju pristup sigurnoj, pristupačnoj i efikasnoj njezi i liječenju;
- cilj uklanjanja virusnog hepatitisa kao glavne prijetnje javnom zdravlju do 2030. godine;
- ciljeve kojima se želi smanjiti učestalost hronične infekcije hepatitisom sa sadašnjih 6–10 miliona slučajeva hronične infekcije na 0,9 miliona infekcija do 2030. godine i godišnja smrtnost od hroničnog hepatitisa sa 1,4 na manje od 0,5 miliona do 2030. godine.

Postizanje ovih ciljeva zahtijevaće radikalnu promjenu u odgovoru na hepatitis i značiće da hepatitis ima veći prioritet kad je riječ o odgovorima javnog zdravstva.

Približno 240 miliona ljudi na svijetu ima hroničnu infekciju virusom hepatitisa B, a 130150 miliona ljudi ima hroničnu infekciju virusom hepatitisa C. Predviđa se da će broj ljudi koji žive sa virusom hepatitisa B bez proširenog i ubrzanog odgovora ostati na sadašnjem, visokom nivou u narednih 4050 godina, sa kumulativnih 20 miliona smrtnih slučajeva između 2015. i 2030. godine. Broj ljudi koji žive sa virusom hepatitisa C zapravo se povećava, uprkos postojanju efikasnog lijeka.

Okončanje epidemija hepatitisa kao glavne prijetnje javnom zdravlju izvodljivo je pomoću alata i pristupa koji su trenutno dostupni i koji su u pripremi. Postoje mogućnosti za jačanje i proširivanje odgovora ulaganjem u pet osnovnih područja intervencije:

- vakcine dostupne su efikasne vakcine za sprečavanje virusnih infekcija hepatitisom A, B i E, s tim da niz zemalja već sprovodi programe širokog opsega vakcinacije protiv virusa hepatitisa B u djetinjstvu, koje je moguće priuštiti;
- prevencija prenošenja hepatitis B virusa sa majke na dijete pravovremena vakcinacija protiv virusa hepatitisa B nakon rođenja ključni je oblik intervencije za sprečavanje prenošenja virusa sa majke na novorođenče pri rođenju (ona bi se mogla poboljšati prenatalnim testiranjem i upotrebom antivirusnih ljekova);
- sigurnost injekcija, krvi i hirurške opreme prenošenje virusnog hepatitisa B i C u zdravstvenim ustanovama može se zaustaviti rigoroznom primjenom univerzalnih mjera predostrožnosti za sve invazivne medicinske intervencije, promocijom mjera sigurnosti injekcione terapije i osiguravanjem sigurne zalihe krvnih proizvoda
- smanjenje štete za osobe koje injektiraju drogu osiguravanje pristupa sterilnoj opremi za injektiranje i efikasno liječenje zavisnosti o drogama može spriječiti i kontrolisati epidemije virusnog hepatitisa B i C među osobama koji injektiraju drogu, što je dio sveobuhvatnog paketa intervencija za prevenciju, liječenje i brigu o HIV-u, virusnom hepatitisu i drugim krvlju prenosivim infekcijama među osobama koje ubrizgavaju drogu;[76]
- tretman – novi oralni ljekovi koji se dobro podnose, kao i režimi liječenja za osobe sa hroničnom infekcijom virusom hepatitisa C mogu dostići stopu izl-

76 Kao što je u prethodnom tekstu detaljno objašnjeno, sveobuhvatni paket SZO za prevenciju, liječenje i njegu HIV-a i virusnog hepatitisa među osobama koje koriste drogu injektiranjem uključuje sljedeće intervencije: programe zamjene igala i šprica; supstitucionu terapiju opioidima i liječenje zavisnosti o drugim drogama; HIV testiranje i savjetovanje; antiretrovirusnu terapiju za osobe sa HIV-om; prevenciju i liječenje polno prenosivih infekcija; programe dostupnosti kondoma za osobe koje injektiraju drogu, kao i za njihove seksualne partnere; ciljano informisanje, obrazovanje i komunikaciju za osobe koje injektiraju drogu, kao i za njihove seksualne partnere; vakcinaciju, dijagnostiku i liječenje virusnog hepatitisa; prevenciju, dijagnostiku i liječenje tuberkuloze te prevenciju i upravljanje predoziranjem drogama.

ječenja od preko 90%. Efikasno liječenje je dostupno i osobama sa hroničnom infekcijom virusom hepatitisa B, iako za većinu ljudi takvo liječenje treba da bude doživotno. Da bi imale dobar učinak, efektivne intervencije treba kombinovati i prilagoditi za određenu populaciju, lokaciju i okruženje.

- Ipak, prepreke testiranju i široj primjeni tretmana prisutne su na nivou sistema, na nivou službi za tretman i na nivou samih konzumenata, a uključuju faktore kao što su finansijska ograničenja, nedovoljna informisanost o tretmanu hepatitisa, te stigmatizacija i marginalizacija osoba koje konzumiraju droge. Da bi se te teškoće savladale, potrebne su inovativne metode, a službe za prevenciju upotrebe droga na nivou zajednice ključno su okruženje i osobe koje konzumiraju drogu mogu im se obratiti radi testiranja i prijavljivanja za tretman.

Novi peroralni režimi tretmana antivirusnim ljekovima direktnog dejstva omogućuju izlječenje u periodu od 8 do 12 sedmica u 95% slučajeva. Nakon smanjenja cijene tih ljekova povećava se broj evropskih zemalja koje trenutno omogućavaju neometan pristup antivirusnim ljekovima direktnog dejstva za sve grupe bolesnika i sve genotipe virusa, nezavisno od faze infekcije.

Koinfekcija HCV-om je uobičajena kod osoba koje koriste drogu injektiranjem i koje istovremeno žive sa HIV-om. Takođe je i hepatitis B prevalentniji kod osoba koje koriste drogu injektiranjem nego u opštoj populaciji. Prema tome, virusni hepatitis predstavlja značajan uzrok opterećenja bolestima među osobama koje koriste drogu injektiranjem. Koinfekcija HIV-om je povezana sa rapidnijom progresijom oboljenja jetre i mortalitetom među inficiranima hepatitisom C ili B. Budući da je prenošenje krvlju uobičajeno za HIV i hepatitis viruse, intervencije efikasne u prevenciji HIV-a među osobama koje koriste drogu injektiranjem pomažu i u prevenciji transmisije hepatitisa B i C i obratno. Kako je hepatitis C virulentniji od HIV-a, neophodan je veći stepen obuhvata intervencijama kako bi se postigli komparabilni rezultati u smanjenju incidencije.

Cilj: testirati osobe koje koriste drogu na infektivne bolesti i savjetovati ih o daljim postupcima prevencije i mogućnostima liječenja.

Opis aktivnosti:

Zdravstveni/e radnici/ustanove u saradnji sa nevladinim organizacijama sprovode testiranje na infektivne bolesti (hepatitis C i hepatitis B). Testiranje je anonimno i besplatno, sprovodi se pomoću testova na uzorku kapilarne ili venske krvi, a u slučaju pozitivnih rezultata korisnici se upućuju u zdravstvene ustanove na liječenje.

Aktivnosti:

- organizacija savjetovanja prije i poslije testiranja na infektivne bolesti u savjetovalištima za dobrovoljno i povjerljivo savjetovanje, na terenu i u *drop-in* centrima;
- povjerljivo saopštavanje rezultata i motivisanje osoba pozitivnih na infektivne bolesti na dalju dijagnostiku i liječenje;
- postizanje visokog obuhvata osoba testiranih na HIV, HBV i HCV među grupa-

ma sa povećanim zdravstvenim rizikom te sprečavanje daljeg širenja polno i krvlju prenosivih bolesti;

- promocija pozitivnog odnosa prema seksualnom i reproduktivnom zdravlju kod mladih; planiranje porodica;
- pružanje informacija sa ciljem da se oformi i ojača svijest o rizicima i važnosti zdravih stilova života.

Testiranje i dijagnostikovanje infekcije hepatitisa B (HBV) i C (HCV) predstavlja prolaz za pristup uslugama prevencije i liječenja, pa je to presudna komponenta efikasnog odgovora na epidemiju hepatitisa. Rana identifikacija osoba sa hroničnom HBV ili HCV infekcijom omogućava im da dobiju potrebnu njegu i liječenje kako bi spriječili ili odgodili napredovanje bolesti jetre. Testiranje pruža i priliku da se ljudi povežu sa ponuđenim intervencijama kako bi se smanjilo prenošenje, u čemu su od pomoći savjetovanje o rizičnim ponašanjima i osiguravanje preventivnog pribora (kao što su sterilne igle i špricevi) i vakcinacija protiv hepatitisa B[77].

Prema preporukama SZO, sve osobe koje injektiraju droge treba testirati na hepatitis C, sa učestalošću do svakih 6 mjeseci za one koji su u kontinuiranom riziku, ili čak i češće u zavisnosti od lokalne prevalencije i incidencije HCV-a.

Na hepatitis B treba testirati sve osobe koje injektiraju droge a koje nijesu obavile kompletan ciklus vakcinacije na hepatitis, što se utvrđuje putem uvida u istoriju vakcinacije. Preporučena učestalost retestiranja je na svakih 6 do 12 mjeseci, što je neophodno samo ukoliko je osoba pod kontinuiranim rizikom, bilo da nije vakcinisana, bilo da nije završen kompletan ciklus vakcinacije ili da tokom vakcinacije nije postignut očekivani odgovor.

PREPORUKE:

U *Smjernicama Svjetske zdravstvene organizacije o prevenciji virusnog hepatitisa B i C kod osoba koje koriste drogu injektiranjem*[4] preporučuje se da se osobama koje koriste droge ponudi režim brze vakcinacije na hepatitis B, kao i osmišljavanje i nuđenje motivacionih strategija kako bi se povećao obuhvat vakcinacije i završio kompletan neophodni ciklus vakcinisanja.

U skladu sa evropskim stručnim smjernicama preporučuje se da se tretman HCV-a bez odgađanja osigura osobama kod kojih postoji veliki rizik od prenošenja virusa, a to se odnosi na zatvorenike i osobe koje aktivno koriste droge injektiranjem.[5]

77 World Health Organization (2017). *WHO guidelines on hepatitis B and C testing (2017).* Geneva. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

VIII.9. PREVENCIJA, DIJAGNOSTIKA I TRETMAN TUBERKULOZE

Pozadina i razlozi

Upotreba droga injektiranjem povezuje se sa mnoštvom faktora rizika koji potiču iz sredine, kao i sa rizičnim ponašanjem. Kombinovanje socijalnih faktora rizika (kakvi su loši životni uslovi, beskućništvo, siromaštvo, pušenje i alkoholizam) sa fiziološkim efektima konzumiranja droga korisnike droga može izložiti većem riziku od TB infekcije, od prenošenja infekcije TB-om, te riziku od smrtnog ishoda. Dalje, imunosupresija izazvana HIV-om jedan je od faktora rizika najznačajnijih za razvoj TB-a i glavni razlog značajnog prisustva TB infekcije među korisnicima koji injektiraju droge. Nedavno odrađeni sistematični pregled povezanosti koinfekcije TB-om i HIV-om u EU/EEA pokazuje da je HIV koinfekcija kod pacijenata inficiranih TB-om prisutna sa 0 do 15% i da je korišćenje opioidnih droga bio jedan od faktora rizika kod koinfekcije78. Najranjivije grupe najmanje uključene u društvo jesu one koje nose najveći teret bolesti, a usluge su im najmanje dostupne. Međutim, postoji obilje dokaza da je korišćenje opojne droge povezano sa češćim javljanjem latentne TB infekcije i da su korisnici koji injektiraju droge izloženi većem riziku od aktivne TB infekcije.

Osobe koje injektiraju droge mogu biti u stanju pojačanog rizika od tuberkuloze, nezavisno od svog HIV statusa. HIV infekcija dalje povećava njihov rizik od razvoja tuberkuloze.

Preporučuje se da servisi koje koriste osobe pod povećanim rizikom od tuberkuloze (osobe koje injektiraju drogu), kao i ustanove koje djeluju u zatvorenim uslovima i uslovima prenatrpanosti (kao što su zatvori), implementiraju strategije kontrole infekcije tuberkulozom i da slijede protokol za otkrivanje slučajeva kako za HIV, tako i za tuberkulozu.

PREPORUKE:

- Preventivna terapija izoniazidom (IPT) treba da bude dostupna osobama koje koriste drogu i koje istovremeno žive sa HIV-om (kada se isključi mogućnost aktivne TB).
- Tretman za TB treba da bude obezbijeđen u skladu sa indikacijama. Osobe koje injektiraju droge treba da budu informisane riziku od TB, kao i o mogućnosti redovnog pristupa skriningu.
- Veoma je važno uspostavljanje aktivnih puteva kojim se osobe koje koriste droge upućuju na servise prevencije i tretmana TB, kao i na programe skrininga i testiranja.
- Konvencionalni servisi tretmana TB treba da budu dostupni i moraju odgovoriti na potrebe osoba koje koriste droge.

78 European Centre for Disease Prevention and Control and European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. *Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs.* Stockholm: ECDC; 2011.

IX. PROGRAMI SMANJENJA ŠTETE U POSEBNIM OKRUŽENJIMA / USMJERENI PREMA DRUŠTVENIM GRUPAMA SA POVEĆANIM ZDRAVSTVENIM RIZIKOM

Programe smanjenja štete potrebno je osigurati svim grupama stanovništva koje su obuhvaćene povećanim zdravstvenim rizikom (npr. osobama koje koriste droge injektiranjem a koje se bave seksualnim radom, osobama u penalnom sistemu, adolescentima, muškarcima koji imaju seksualne odnose sa muškarcima, itd.).

IX.1. AKTIVNOSTI USMJERENE NA ADOLESCENTE

Cilj: smanjiti rizik eksperimentisanja sa drogama u ustanovama socijalne zaštite u kojima borave mladi.

Opis aktivnosti:

Korisnici smješteni u ustanovama za vaspitanje djece i omladine sa poremećajima u ponašanju izloženi su rizicima od zloupotrebe droga i eksperimentisanja sa psihoaktivnim supstancama, stoga je važno da u ovim ustanovama zaposleni motivišu korisnike na aktivnije uključivanje u programe za smanjenje rizika, da sarađuju sa vaspitno-obrazovnim ustanovama i da po potrebi uključuju korisnike u službe za zaštitu mentalnog zdravlja pri zdravstvenim ustanovama.

Aktivnosti:

- edukacija pedagoškog osoblja u domovima o (novim) psihoaktivnim supstancama prisutnim među djecom i mladima u riziku;
- savjetovanje korisnika domova na temu smanjenja rizika povezanih sa konzumacijom droga;
- motivisanje korisnika domova za povremeno testiranje na prisutnost droga;
- edukacija korisnika domova i mladih iz lokalnih zajednica o rizicima povezanim sa eksperimentisanjem i konzumiranjem psihoaktivnih supstanci.

PREPORUKA:

Neophodno je usmjeravanje na službe za zaštitu mentalnog zdravlja, kao i na ustanove socijalne zaštite; saradnja sa njima.

IX.2. AKTIVNOSTI USMJERENE NA ŽENE, TRUDNICE I PORODILJE

Cilj: smanjiti štetu povezanu sa upotrebom droga kod žena, trudnica i porodilja.

Opis aktivnosti:

U kreiranju programa smanjenja štete žene koje koriste drogu injektiranjem zahtijevaju posebnu pažnju i, s obzirom na to da su često manje vidljive od muškaraca, uglavnom koriste droge sa partnerima kod kuće i rjeđe se uključuju u programe smanjenja štete. Njihova obuhvaćenost programima smanjenja štete nerijetko je indirektan – putem sekundarne distribucije sterilnog pribora za injektiranje. Sekundarna distribucija najčešće se obezbjeđuje putem saradnje organizacija koje pružaju servise (u programu smanjenja štete) i partnerā žena koje koriste droge.

Aktivnosti:

- savjetodavni rad sa društvenim grupama sa povećanim zdravstvenim rizikom – žene, trudnice, dojilje;
- motivisanje za uključivanje u programe smanjenja štete i/ili liječenje, moguće putem terenskog rada i/ili partnerā žena koje koriste droge injektiranjem;
- primarna i sekundarna distribucija sterilnog pribora za injektiranje;
- edukacija i senzitizacija ginekološko-akušerskih zdravstvenih radnika.

PREPORUKE:

- Pri osmišljavanju programa potrebno je uvažiti sve specifičnosti ove populacije (strah od stigmatizacije i izdvajanja djece iz porodice, bavljenje seksualnim radom u svrhu osiguranja sredstava za nabavku droge i slično).
- Preporučljivo je uspostaviti kontinuiranu i aktivnu saradnju sa zdravstvenim ustanovama (npr. ginekološkim ordinacijama, timovima izabranih pedijatara i sl.), sa ciljem postizanja što veće obuhvaćenosti programima smanjenja štete kod žena koje koriste droge injektiranjem.

IX.3. AKTIVNOSTI USMJERENE NA OSOBE U PENALNOM SISTEMU

Cilj: koristiti dostupnost osoba koje koriste droge u strukturiranim i zaštićenim uslovima kaznenih institucija za savjetovanje, edukaciju, saniranje zdravstvenog stanja i motivisanje za liječenje i/ili odvikavanje od droga, kao i za uključivanje u supstitucionu terapiju metadonom i buprenorfinom.

Opis aktivnosti:

Svaka osoba na izdržavanju kazne zatvora koja ulazi u bilo koje kazneno tijelo prolazi obavezan ljekarski pregled, a tokom cijelog boravka u zatvorskom sistemu dostupna mu je zdravstvena zaštita, kvaliteta i opsega određenog unutar javnog zdravstva. Osim zdravstvenih radnika, u programima koji spadaju u područje smanjenja štete povezanih sa upotrebom droga trebalo bi da učestvuju i službenici odjeljenja na kojem se sprovodi tretman (psiholozi, socijalni pedagozi, socijalni radnicii to kako bi motivisali osobe koje koriste droge za liječenje i odvikavanje od droga, te kako bi uspostavile saradnju sa organizacijama koje sprovode programe smanjenja štete. Pored toga, predstavnici nevladinih organizacija sprovode edukaciju u zatvorima.

Aktivnosti:

- edukacija i savjetovanje usmjereno na smanjenje zdravstvene, socijalne, ekonomske i kriminogene štete povezane sa upotrebom droga (odnosi se na zdravstvene rizike u domenu upotrebe droga, kao i na prevenciju infektivnih bolesti);
- obezbjeđivanje zdravstvene zaštite u cilju poboljšanja opšteg zdravstvenog stanja zatvorenika koji koriste droge (obuhvata saniranje opšteg zdravstvenog stanja koje je kod osoba koje koriste droge duži vremenski period često veoma narušeno); vrijeme boravka u kaznenom sistemu često je prilika za barem privremeno poboljšanje zdravstvenog stanja kod osoba koje koriste droge, s obzirom na zaštićene uslove u kojima se nalaze (nedostupnost ilegalnih droga, redovni obroci, uredan ritam spavanja, zdravstvena zaštita i sl.);
- primjena supstitucione terapije u cilju liječenja i smanjenja štete povezane sa upotrebom droga, u skladu sa postojećim smjernicama za primjenu supstitucione terapije (**stabilizacija i smanjenje štete primarni su ciljevi za zatvorenike koji koriste opijate i za koje je karakteristično problematično funkcionisanje sa nedostatkom motivacije i kapaciteta za stabilnu apstinenciju, kao i nedovoljna socijalna podrška)**; potrebno je ispoštovati zagarantovano pravo na dostupnost zdravstvene zaštite koja je na istom nivou kao u sistemu javnog zdravlja;
- motivisanje za uključivanje u liječenje i odvikavanje od zavisnosti (zatvorenici koji koriste droge uvijek se nastoje motivisati da vrijeme provedeno u kaznenoj instituciji pokušaju da iskoriste za liječenje i/ili psihosocijalni tretman usmjeren ka odvikavanju od droga);
- testiranje na infektivne bolesti sprovodi se i u okviru redovnih aktivnosti odjeljenja zdravstvene zaštite kaznenog sistema, kao i u saradnji sa organizacijama civilnog društva;

- liječenje virusnih hepatitisā i HIV/AIDS-a sprovodi se u okviru zatvorskog sistema, u saradnji sa zdravstvenim ustanovama.

PREPORUKE:

Putem saradnje sa nevladinim organizacijama koje sprovode programe smanjenja štete osigurati dostupnost informativnih materijala o prevenciji širenja zaraznih bolesti, kao i sprovođenje aktivnosti usmjerenih na sprečavanje predoziranja nakon izlaska (liječenih) osoba koje su koristile droge iz zatvorenih uslova.
Preporučuje se da službenici odjeljenja za tretman u kaznenim institucijama sarađuju sa službama za zaštitu mentalnog zdravlja, nevladinim organizacijama, centrima za socijalni rad, zavodima za zapošljavanje i ostalim relevantnim stranama na nivou lokalne zajednice, s ciljem dalje uključenosti osoba lišenih slobode u proces resocijalizacije i cjelokupnog oporavka od zavisnosti i povratka u društvo.

IX.4. AKTIVNOSTI USMJERENE NA SMANJENJE RIZIKA I ŠTETE POVEZANE SA KORIŠĆENJEM DROGA U NOĆNIM KLUBOVIMA I DRUGIM MJESTIMA OKUPLJANJA

Pozadina i razlozi

Barovi, noćni klubovi i druga mjesta zabave na kojima se okuplja veliki broj mladih predstavljaju poseban izazov u pogledu štetnih posljedica upotrebe supstanci. Veliki muzički festivali tokom ljetnjih mjeseci privlače hiljade posjetilaca, među kojima je upotreba droga mnogo češća nego u opštoj populaciji. Pored nedozvoljene upotrebe droga, prekomjerna upotreba alkohola takođe je česta u ovim rekreativnim okruženjima. Popustljivo okruženje koje karakteriše, na primjer, tolerancija intoksikovanog ponašanja, snižena cijena pića, nečistoća, gužva, glasna muzika može proizvesti viši nivo intoksikacije, a to se može odnositi i na upotrebu droga.

U studiji sprovedenoj u devet evropskih gradova procijenjuje se da je preko tri četvrtine posjetilaca noćnih klubova bilo pijano barem jednom u posljednje četiri sedmice. Školske ankete pokazuju da je većina učenika od 15 do 16 godina koji su koristili MDMA/ecstasy tokom posljednjih mjesec dana barem jednom konzumirala pet ili

više alkoholnih pića, a naglašavaju i snažnu povezanost između upotrebe alkohola i droga[79]. Upotreba droga i alkohola u noćnom životu povezana je s nizom zdravstvenih i socijalnih problema koji uključuju akutne zdravstvene rizike i druge probleme poput akutne intoksikacije, nesvjesnog stanja i nenamjernih povreda, agresivnog ponašanja i nasilja, nesigurnog i neželjenog seksa i vožnje pod uticajem alkohola i droga. Štetne posljedice dugotrajne upotrebe alkohola i droga mogu obuhvatati oštećenje jetre i mozga, kao i zavisnost. Nepovoljne socijalne posljedice mogu podrazumijevati trgovinu drogom i uznemiravanje javnosti. Većina ovih oblika štete povezana je sa prekomjernim uživanjem odnosno pretjeranom upotrebom u određenoj prilici. Kao rezultat toga, mnogi odgovori imaju za cilj smanjenje količine droga ili alkohola koji se koriste. Postoji i zabrinutost da se upotreba droga u tim okruženjima sve više smatra normom u mnogim zemljama, a da se rizici povezani sa upotrebom droga potcjenjuju. Drugi razlog za zabrinutost jeste sve veća dostupnost šireg spektra supstanci, kod kojih su sadržaj i psihoaktivni efekti nepoznati.

Cilj: smanjiti rizik povezan sa upotrebom tzv. klupskih droga i sa istovremenom upotrebom alkohola i ovih droga.

Opis aktivnosti:

Uspješne intervencije usmjeravaju se na smanjenje rizika, mijenjanje stavova korisnika, ciljaju socijalne norme i uvjerenja povezana sa noćnim izlascima i upotrebom droga a zasnovane su na strategijama okruženja[80].

Većina dokaza za intervencije u rekreativnim okruženjima odnosi se na upotrebu alkohola i posljedičnu štetu, ali i količina dokaza o efikasnosti intervencija usmjerenih na upotrebu droga u ovim okruženjima raste. Međutim, malo je intervencija još uvijek podvrgnuto snažnoj evaluaciji. Uprkos ovim ograničenjima, neke pouke iz dokaza o odgovorima na upotrebu alkohola i štete povezane sa njom vjerovatno će biti korisne pri razmatranju problema povezanih sa drogom. Dostupni istraživački dokazi i stručno mišljenje sugerišu da je potreban uravnotežen pristup za rješavanje zdravstvenih i socijalnih problema povezanih sa rekreativnim noćnim životom.

Dio sveobuhvatnog odgovora na ovom području jesu neke od mjera:

- koordinisane višekomponentne intervencije koje uključuju zainteresovane strane u zajednici, zdravstvene i hitne službe, regulatorna tijela i policiju i službe za sprovođenje zakona;
- strategije zaštite okruženja kao što su osiguravanje rashladnih prostorija ili besplatne vode za piće, prevencija prevelike koncentracije ljudi na jednom mjestu ograničeni broj ulaznica, klimatizovanje prostorija, osiguravanje opšte bezbjednosti pomoću jasnih procedura za slučaj hitne evakuacije;
- info-pult sa edukovanim osobljem;
- izrada i usvajanje mjera brzog reagovanja u vanrednim situacijama;
- sistemi ranog upozoravanja i praćenja konzumiranja supstanci, uključujući **usluge provjere droga**;

79 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2017). *Health and social responses to drug problems: a European guide. Publications Office of the European Union*, Luxembourg.

80 Vlada Republike Hrvatske. Ured za suzbijanje zlouporabe droga (2016). *Smjernice za programe smanjenja šteta povezanih sa zlouporabom droga.* Zagreb.
Dostupno na: https://drogeiovisnosti.gov.hr/UserDocsImages/dokumenti/Smjernice/Smjernice%20za%20programe%20smanjenje%20%C5%A1teta%20web%20FINAL.pdf

- osiguravanje materijala u vezi sa prevencijom i smanjenjem štete, poput brošura i lifleta o intoksikaciji i štetnim posljedicama (iako ovakvi materijali sami po sebi vjerovatno neće biti djelotvorni);
- vršnjački edukatori mogu biti korisni u širenju vjerodostojnih informacija o šteti i smanjenju štete nanesene mladim ljudima u ovim okruženjima[81];
- aktivnosti prevencije mogu se podržati veb i mobilnim aplikacijama koje pružaju detaljnije informacije o drogama, alkoholu i povezanoj šteti, kao i savjete kako ih izbjeći;
- smanjenje dostupnosti droga u klubovima zahvaljujući saradnji vlasnika klubova / organizatora događaja i policije, pretraživanju posjetilaca prilikom ulaska na događaj i nadzoru toaletā;
- pružanje pomoći pri nastanku tjelesnih ili psiholoških problema (trening za osoblje o pružanju prve pomoći, dostupnost hitne medicinske i psihološke pomoći), obezbjeđivanje sigurnog povratka kući (npr. putem saradnje sa taksi udruženjima ili vlasnicima preduzeća javnog prevoza);
- promocija strategija smanjenja štete, koje se bave specifičnim štetnim posljedicama poput vožnje pod dejstvom alkohola i droga (na primjer, primjena strategije „zaduženi vozač“);
- razvoj politike o drogama u noćnom životu, uz uključivanje osoba koje koriste droge u kreiranje politike; definisanje postupaka u slučaju pronalaska droga i sl.

PREPORUKA:

- Potrebno je razvijati inovativne pristupe i programe smanjenja štete u skladu sa potrebama lokalnih zajednica.
- Podsticati kreiranje programa terenskog rada nevladinih organizacija, organizaciju treninga prve pomoći namijenjenih osoblju klubova, saradnju organizacija civilnog društva, državnih i javnih institucija i jedinica lokalne samouprave u sprovođenju programa smanjenja štete, sve do uvođenja sistema licenciranja pravnih subjekata koji organizuju ovakve aktivnosti.

81 Postoji konsenzus da je važno pružiti dobre informacije o različitim supstancama, rizicima i načinima za smanjenje štete. Međutim, istraživački dokazi sugerišu da pružanje informacija samo po sebi nije djelotvoran način za smanjenje problema povezanih sa drogama i alkoholom, a pristupi komuniciranju rizika i dalje zahtijevaju dalja istraživanja i razvoj. Strategije komunikacije u vezi sa rizikom moraju osigurati da pružene informacije omoguće ljudima da donesu odluke koje umanjuju štetne posljedice, istovremeno izbjegavajući upotrebu terminologije koja opasne droge može učiniti privlačnijima.

IX.5. AKTIVNOSTI USMJERENE KA OSTALIM DRUŠTVENIM GRUPAMA POD POVEĆANIM ZDRAVSTVENIM RIZIKOM

Cilj: smanjiti rizike povezane sa konzumacijom droga među pripadnicima ostalih marginalizovanih grupa koje su pod povećanim zdravstvenim rizikom.

Opis aktivnosti:

Iako je marginalizacija korisnika droga česta pojava, osjećaj isključenosti pojačava se kod korisnika droga koji su ujedno i pripadnici manjinskih skupina, a koje karakteriše socijalna deprivacija (kao npr. visoka nezaposlenost, slaba zdravstvena zaštita, otežan pristup javnim ustanovama, segregacija i sl.). Osobe koje sprovode programe smanjenja štete edukuju se o relevantnim političkim, ekonomskim i kulturnim specifičnostima manjinskih grupa i o pristupima koje treba primijeniti na izdvojene manjinske grupe (kao npr. MSM, Romi i sl.), sa svrhom da se obezbijedi dostupnost programa smanjenja štete i u izolovanim zajednicama.

Aktivnosti:

Informisanje o rizicima povezanim sa dijeljenjem pribora i nezaštićenim polnim odnosima.

PREPORUKA

Aktivnosti smanjenja štete sprovesti u skladu sa iskazanim potrebama i rizicima unutar lokalnih zajednica.

X. INTERVENCIJE U CILJU DIREKTNOG SMANJENJA SMRTNOSTI USLJED PREDOZIRANJA OSOBA KOJE KORISTE DROGE

Smanjenje stope morbiditeta i smrtnosti usljed predoziranja jedan je od ključnih izazova za javno zdravlje u Evropi i šire. Odgovor javnog zdravstva u tom području usmjeren je na smanjenje stepena ugroženosti osoba koje koriste droge, posebno uklanjanjem prepreka i boljim pristupom službama, te omogućavanjem osobama koje koriste droge da se manje izlažu rizicima. Procjenom rizika od predoziranja među osobama koje koriste droge i podizanjem njihove svijesti o predoziranju, u kombinaciji sa pružanjem djelotvornog tretmana zavisnosti, pomaže se u sprečavanju predoziranja.

Posebnu pažnju treba posvetiti razdobljima u kojima se detektuje povećani rizik (period izlaska iz zatvora, otpust ili prekid tretmana). Intervencije kao što su servisi za sigurno injektiranje pod nadzorom i programi davanja naloksona za primjenu kod kuće ciljani su odgovori kojima se nastoji povećati vjerovatnoća preživljavanja u slučaju predoziranja. Važnost supstitucione terapije zavisnosti o opioidima za smanjenje smrtnosti prepoznata je u okviru metaanalize istraživanja u tom području (sprovedene 2018. godine).

Vrsta supstance koja se koristi, način primjene i zdravstveni status korisnika utiču na rizik od predoziranja. Heroin i njegovi metaboliti ključni su faktori u većini fatalnih predoziranja u Evropi i često se koriste u kombinaciji s drugim supstancama. Nedavno je registrovan porast broja smrtnih slučajeva povezanih sa heroinom u Evropi, ali korišćenje drugih opioida (metadona, buprenorfina i u manjoj mjeri fentanila i drugih opioida na recept) čini veliki udio u broju smrtnih ishoda od predoziranja i dominantno je u nekoliko zemalja. Uloga ilegalno proizvedenih sintetičkih opioida vjerovatno je potcijenjena jer se njihovo prisustvo rutinski ne ispituje u mnogim zemljama. Tipično, više je supstanci odgovorno za smrt od predoziranja, a benzodiazepini i alkohol često su prisutni uz opioide. Smrtnost koja je direktno ili indirektno povezana sa upotrebom opioida glavni je uzrok prerane smrti kod odraslih osoba u Evropi (koja se može izbjeći). Ukupne stope smrtnosti povezane sa drogama iznose 12% godišnje među visokorizičnim korisnicima opioida u Evropi, a predoziranje drogom iznosi preko 7000 smrtnih slučajeva godišnje. Ostali važni uzroci smrti među rizičnim korisnicima opioida jesu infekcije, nesreće, nasilje i samoubistvo. Ključni periodi povećanog rizika jesu razdoblja apstinencije kada se tolerancija izgubi, posebno pri napuštanju zatvora ili liječenje po principu apstinencije.

Brojni situacioni faktori mogu povećati rizik od smrti zbog predoziranja, uključujući, u slučaju korisnika opioida, poremećaj u pružanju liječenja ili prekid liječenja i njege. U određenim situacijama, na primjer, nakon detoksikacije ili otpuštanja sa liječenja bez upotrebe supstitucijskih ljekova tolerancija osobe koja koristi droge na opioide znatno je smanjena i rezultat toga je to što je ona u posebno visokom riziku od predoziranja ako nastavi sa upotrebom. Iz istih razloga, neuspjeh u osiguranju kontinuiteta

njege i neadekvatno upućivanje i praćenje nakon puštanja iz zatvora takođe su identifikovani kao važni faktori rizika.

Ključni odgovori usmjereni na smanjenje broja smrti povezanih sa upotrebom opioida jesu dvije široke vrste: prva uključuje skup intervencija usmjerenih na sprečavanje da se predoziranje desi, dok se druga fokusira na sprečavanje smrtnog ishoda kada se desi predoziranje. Pored toga, šire intervencije za smanjenje štete mogu smanjiti ranjivost na predoziranje, dok šire intervencije u javnom zdravstvu koje smanjuju upotrebu droga i osnažuju osobe koje koriste droge da se zaštite mogu takođe stvoriti uslove u kojima je predoziranje manje vjerovatno.

Djelotvorna komunikacija sa korisnicima može izgledati kao katalizator za smanjenje štete jer mnoge osobe koje koriste droge potcjenjuju rizik od predoziranja ili ga nijesu svjesni. U idealnom slučaju, intervencije za prevenciju predoziranja, edukaciju i savjetovanje treba rutinski da pružaju obučeni stručnjaci u zdravstvenim ustanovama i ustanovama primarne zdravstvene zaštite, uključujući usluge smanjenja štete (programi distribucije i zamjene igala i špriceva i *drop-in* centri). Skrining korisnika opioida na rizik od predoziranja može smanjiti ukupni mortalitet, dok procjene rizika od predoziranja mogu obezbijediti ranu identifikaciju visokorizičnih osoba.

Intervencije se uglavnom fokusiraju na sprečavanje predoziranja i na preživljavanje onih koji se predoziraju:

- ulazak i zadržavanje visokorizičnih korisnika opioida na OST i osiguravanje kontinuiteta između tretmana u zatvorima i zajednici i na drugim prelaznim tačkama zadržavanje u liječenju smanjuje rizik od predoziranja. rizik od predoziranja je smanjen dok korisnici opioida ostaju na OST; metaanaliza opservacijskih studija pokazuje da OST, koristeći metadon i buprenorfin, smanjuje rizik od predoziranja i ublažava sve uzroke smrti kod osoba zavisnih od opioida; stopa smrtnosti klijenata u liječenju metadonom iznosi manje od trećine broja korisnika opioida koji nijesu na liječenju;
- **osiguravanje dostupnosti opioidnih antagonista (naloksona) i promocija odgovarajuće upotrebe među profesionalcima koji reaguju na predoziranje ili intervenišu u slučajevima predoziranja drogama**;
- edukacija i obuka osoba koje koriste droge, kao i članova porodice, kako bi se utvrdilo predoziranje i intervenisalo **naloksonom za kućnu upotrebu** dok se čeka dolazak hitne pomoći;
- obezbjeđivanje **prostorija za konzumaciju droga** koje podstiču sigurnije injektiranje.

U daljem tekstu detaljnije su opisane posljednje dvije intervencije.

PREPORUKE:

Promovisanje svijesti o predoziranju, posebno u vezi sa ključnim periodima rizika i drugim faktorima rizika (istovremena upotreba alkohola ili benzodiazepina). Analize slučajeva predoziranja u različitim fazama OST sugerišu da se preventivne intervencije moraju fokusirati na prve četiri sedmice liječenja (posebno za metadon) i na prve četiri sedmice nakon prestanka liječenja. Ovo su dva perioda u kojima je rizik od predoziranja posebno povišen. Osobe koje često ulaze i izlaze iz procesa liječenja, kao i osobe koje koriste droge neposredno nakon izlaska iz zatvora, posebno su osjetljive na predoziranje. Da bi se spriječili smrtni slučajevi nakon zatvora, važno je proaktivno i pripremljeno upućivanje na OST zajednice ili druge odgovarajuće opcije liječenja („zbrinjavanje" ili „kontinuitet zbrinjavanja").
Službe tretmana treba da učine da klijenti budu svjesni rizika od predoziranja prilikom napuštanja liječenja i da znaju kako da taj rizik smanje.

X.1. OBEZBJEĐIVANJE I DISTRIBUCIJA NALOKSONA ZA KUĆNU UPOTREBU I EDUKACIJA KORISNIKA I PRIPADNIKA POPULACIJE O NJEGOVOJ PRIMJENI

Pozadina i razlozi

Predoziranje je i dalje je glavni uzrok smrti kod osoba koje koriste droge a koje su pod visokim rizikom od predoziranja. Heroin ili drugi opioidi koji se često konzumiraju zajedno sa depresivima centralnog nervnog sistema poput benzodiazepina i alkohola prisutni su u većini prijavljenih fatalnih predoziranja.

Smrt zbog upotrebe droga EMCDDA definiše kao „smrt koja je uslijedila direktno zbog upotrebe ilegalnih supstanci, iako se često javlja u kombinaciji sa drugim supstancama poput alkohola ili psihoaktivnih ljekova". Te se smrti uglavnom događaju nedugo nakon konzumiranja supstance i stoga se droge smatraju direktnim uzročnicima. Koriste se i termini „smrt od droga" (u Sjedinjenim Državama i, sve više, u Evropskoj uniji), „trovanje" (što odgovara terminologiji u Međunarodnoj klasifikaciji bolesti) ili, uobičajeno, „predoziranje".

Predoziranje je uobičajeno među korisnicima opioida: mnogi od njih su doživjeli predoziranje koje nije bilo fatalno, a većina je tome svjedočila. Smrt od predoziranja

opioidima uzrokovana je prvenstveno depresijom disanja, koja dovodi do zastoja srca. Heroin i drugi opioidi vezuju se za receptore u nervnom sistemu, uključujući i područja mozga koja učestvuju u kontroli disanja. Njihova upotreba može suzbiti disanje, što dovodi do gubitka svijesti, zatajenja organa i smrti.

Međutim, mnoge smrti od predoziranja mogu se spriječiti intervencijama drugih koji svjedoče predoziranju. Smrt usljed predoziranja opioidima može se spriječiti pravovremenom primjenom naloksona, moćnog lijeka antagonista opioida, koji brzo preokreće efekte opioidnih analgetika vezujući se za opioidne receptore u centralnom nervnom sistemu. Zbog njegove efikasnosti, nalokson koristi osoblje službi hitne pomoći širom svijeta. Nalokson (*naloxone*) je polusintetski kompetitivni antagonist opioida koji preokreće predoziranje opioidima i koristi se u kliničkom i bolničkom upravljanju predoziranjem od 1970-ih.

Nalokson nema učinke opijata ni potencijal za zloupotrebu.

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) preporučila je 2014. godine da nalokson bude dostupan svima koji mogu biti svjedoci predoziranja opioidima. Stoga je neophodno osigurati njegovu dostupnost, kao i da ga koriste osobe koje prve reaguju (policija i zdravstvene i hitne službe)[82].

SZO je nalokson kao specifični protivotrov uvrstio u svoju *Model listu esencijalnih ljekova* listu najdjelotvornijih, najsigurnijih i najisplativijih ljekova za prioritetna stanja[83].

Nalokson proizvodi efekte samo ako su opioidi prisutni u tijelu. Ako su opioidi uzeti i proizvode učinak (npr. ublažavanje bola, euforija, sedacija, respiratorna depresija), tada će se doza naloksona takmičiti sa opioidima na receptoru i djelimično ili u potpunosti preokrenuti opioidni učinak. Opseg ovog preokreta zavisiće od doze naloksona, doze opioida koja je prethodno uzimana i njihovim relativnim afinitetima prema opioidnom receptoru.

Nedavno otpušteni zatvorenici mogu imati posebnu korist od pristupa naloksonu. Procjena programa za distribuciju naloksona zatvorenicima nakon puštanja na slobodu u Škotskoj pokazala je da ima veze sa znatno manjim brojem smrtnih slučajeva uzrokovanih opioidima u roku od mjesec dana nakon puštanja iz zatvora.

Novi dokazi o efikasnosti naloksona za intranazalnu primjenu obećavaju i mogu olakšati upotrebu širem krugu ljudi u budućnosti.

U sklopu nedavnih sistemskih revizija djelotvornosti programa davanja naloksona za primjenu kod kuće pronađeni su dokazi da se takvim načinom njegove primjene, u kombinaciji sa intervencijama u obliku edukacije i obuke, smanjuje stopa smrtnosti povezana sa predoziranjem[6].

U Evropi se '90-ih godina prošlog vijeka pojavljuju a tokom posljednjih godina proširuju programi pružanja naloksonskih kompleta, zajedno sa obukom za prepoznavanje i reagovanje na predoziranje namijenjenom korisnicima opioida i drugima koji bi mogli svjedočiti predoziranju opioidima (partnerima, drugim korisnicima i poro-

82 EMCDDA (2016). *Preventing opioid overdose deaths with take-home naloxone.* EMCDDA Insights, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

83 WHO (2013). *WHO Model List of Essential Medicines. 18th edition*, World Health Organization, Geneva.

dicama); to se konstituisalo kao nova intervencija smanjenja štete.[84] Osobe koji prođu obuku za prevenciju predoziranja i nauče kako nalokson sigurno i efikasno primjenjivati mogu spasiti život onima koji se predoziraju u njihovom prisustvu. Programi naloksona za kućnu upotrebu takođe su dostupni službama koje redovno dolaze u kontakt sa korisnicima/cama droge. Tokom 2018. godine su programi dijeljenja naloksona za primjenu kod kuće na nivou zajednice bili dostupni u deset evropskih zemalja.

Cilj: smanjenje smrtnih slučajeva uzrokovanih predoziranjem opijatima davanjem naloksona „na ruke" osobama koje koriste drogu injektiranjem a koje su u stanju povećanog rizika od predoziranja.[85]

Aktivnosti:

- edukacija osoba koje koriste droge u povećanom riziku i njima bliskih osoba o prepoznavanju znakova predoziranja (kako se događa predoziranje);
- edukacija o primjeni naloksona namijenjena osobama koje su se predozirale (kako koristiti doze naloksona);
- edukacija o pružanju prve pomoći do dolaska hitne pomoći (specifični koraci) namijenjena osobama koje su se predozirale;
- edukacija o drogama i učinku droga, o sigurnom procesu injektiranja; infektivnim bolestima koje se prenose putem injektiranja, kao i o procedurama postupanja s kontaminiranim priborom.

Jedan od **glavnih izazova za programe naloksona za kućnu upotrebu jeste postizanje dovoljne pokrivenosti rizičnih populacija tako da se proizvede značajno smanjenje broja slučajeva smrti od predoziranja opioidima**.

Šira upotreba naloksona često je ograničena zakonskim i regulatornim preprekama. Omogućavanje lokalnim službama koje su u kontaktu s korisnicima droga pod visokim rizikom od predoziranja da skladište naloksonske komplete za hitnu upotrebu zaslužuje ozbiljnu reviziju politike (to je slučaj i sa uvođenjem zakona „Dobri Samarićanin", koji oslobađa korisnike droge krivičnog gonjenja kada pozovu hitne službe nakon što svjedoče hitnoj situaciji).

Trenutno su dostupne formulacije naloksona dozvoljene za intramuskularnu, intravensku ili potkožnu injekciju. I dok upotreba šprica i igle može biti prepreka za osobe koje nijesu medicinski obrazovane, primjena spreja za nos ponudiće prednosti u domenu značajnijeg širenja intervencije.

Devetnaest života koji se u Evropi ugase zbog predoziranja svakog dana vrijedno je svih napora u cilju poboljšanja prevencije i odgovora na predoziranje. Osnaživanje osoba koje su se zatekle na licu mjesta prilikom predoziranja da pruže potencijalno spasonosnu intervenciju važan je sljedeći korak u raznolikom i uravnoteženom evropskom odgovoru na droge[86].

84 EMCDDA (2015). *Preventing fatal overdoses: A systematic review of the effectiveness of take-home naloxone*. EMCDDA Papers, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

85 UNODC and WHO (2013). *Opioid overdose: preventing and reducing opioid overdose mortality, discussion paper*. United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.

86 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2019). *Drug-related deaths and mortality in Europe*: update

U Crnoj Gori je upotreba naloksona ograničena na tretiranje hitnih medicinskih stanja predoziranja opijatima koje sprovodi medicinsko osoblje, pa u sadašnjem momentu nije predviđena distribucija i upotreba tzv. „kućnih doza“ naloksona.

PREPORUKA:

Snažna preporuka je da se u Crnoj Gori u najbližoj budućnosti izradi i usvoji zakonski i strateški okvir kojim će se omogućiti i podržati programi distribucije naloksona za kućnu upotrebu namijenjeni osobama koje koriste droge, koji su potekli od strane servisa civilnog sektora i od strane zdravstvenih službi.

- Kako je u 2020. godini neophodno izraditi novu nacionalnu **Strategiju za sprečavanje upotrebe droga,** pitanje dostupnosti naloksona za kućnu upotrebu mora biti jedna od značajnih tema.
- Uvođenje šire dostupnosti naloksona može biti uspješno samo ako je integrisano u širi okvir javne politike kao dio mreže usluga u cilju smanjenja individualne i društvene štete koja proizlazi iz problematične upotrebe droga, ali i ako je zasnovano na konsenzusu, podršci i aktivnoj saradnji između ključnih učesnika, posebno u zdravstvenom sistemu.
- Takođe, veoma je važno da se razumije svrha ove intervencije – pružanje specifičnih usluga sa ciljem smanjenja zdravstvene i socijalne štete, pri čemu te usluge obuhvataju određene populacije pod visokim rizikom, uz zadovoljenje potreba koje drugi odgovori nijesu obuhvatili.

from the EMCDDA expert network. Publications Office of the European Union, Luxembourg.
Available from: https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11485/20193286_TD0319444ENN_PDF.pdf

X.2. PROSTORIJE ZA SIGURNU KONZUMACIJU DROGA POD NADZOROM

Pozadina i razlozi

Prostorije za konzumaciju droga pod nadzorom djeluju u Evropi već 30 godina: prva je osnovana u Bernu u Švajcarskoj 1986. godine. U 2016. godini je u 6 zemalja EU i u Norveškoj bilo aktivno 78 ovakvih objekata. Brojne zemlje razmatraju zakone koji bi dozvolili uspostavljanje prostorija za konzumaciju droga pod nadzorom. Obično se nalaze na područjima na kojima je zabilježeno prisustvo droga i na kojima je injektiranje na javnim mjestima uobičajeno.

Prostorije za konzumaciju droga prvobitno su razvijene kao odgovor javnog zdravlja na brzo širenje HIV/AIDS-a među osobama koje injektiraju droge u 80-ima, ali i na probleme koje je predstavljala javna upotreba droga. Ti su objekti napravljeni tako da privuku teško dostupne korisnike droga, posebno one marginalizovane, koji drogu ubrizgavaju na ulici, u rizičnim i nehigijenskim uslovima. Postoje jasni dokazi iz opservacijskih studija da sobe za konzumaciju droga pod nadzorom povećavaju sigurnost injektiranja među onima koji ih koriste. Ovi servisi također podstiču osobe koje injektiraju droge da se uključe u sistem zdravstvenih usluga. U kojoj mjeri će sobe za konzumaciju droga smanjiti smrtnost od predoziranja zavisiće od toga kolik im udio populacije koja ubrizgava opioide može pristupiti i koje su druge intervencije u vezi sa predoziranjem u jednoj zajednici preduzete.

Njihovom se osnivanju često protivilo zbog straha zajednice da će podstaći otvorenu upotrebu droga i odgoditi liječenje. Međutim, sve više raste svijest o njihovom potencijalu za smanjenje štete povezane sa injektiranjem droga na javnim mjestima (infektivni otpad). Sve je više umjerenih dokaza da prostorije za konzumaciju droga pod nadzorom mogu privući teško dostupne osobe koje koriste droge, posebno marginalizovane, koji injektiraju drogu na javnim mjestima, u rizičnim i nehigijenskim uslovima. Također, postoje umjereni dokazi i da sobe za konzumaciju droga povećavaju sigurnost ubrizgavanja i da mogu smanjiti prenošenje infekcija krvlju, kao i pojavu predoziranja u blizini usluga. Postoje slični dokazi da one smanjuju javnu vidljivost upotrebe ilegalnih droga i infektivnog otpada od upotrebe droga.

Prostorije za sigurnu konzumaciju droga pod nadzorom prvobitno su uspostavljene kako bi se smanjila šteta povezana sa korišćenjem droga na javnim mjestima. Kako stope korišćenja droga intravenskim putem u nekim zemljama opadaju, razmatra se korišćenje prostorija za sigurnu konzumaciju droga kako bi se smanjila šteta povezana sa drugim načinima uzimanja sa pušenjem ili sa upotrebom drugih supstanci (npr. kokain i metamfetamin). To podrazumijeva neke promjene u ciljevima ove intervencije, a istraživanje i evaluacija biće neophodni za procjenu efikasnosti ovog pristupa kod populacija koje ne injektiraju. U Evropskoj uniji i Norveškoj prostorije za konzumaciju droga pod nadzorom djeluju u 51 gradu, a ukupno ih je 72.

U idealnom slučaju, prostorije za konzumaciju droga pod nadzorom profesionalno su nadzirane zdravstvene ustanove u kojima korisnici droga mogu drogu upotrebljavati u sigurnijim, higijenskim uslovima, pod nadzorom medicinski obučenog osoblja.

Prostorije za sigurnu konzumaciju droga pod nadzorom imaju mogućnost postizanja i održavanja kontakta sa visokorizičnim osobama koje koriste droge a koje nijesu spremne ili ne žele da odustanu od upotrebe droga. U brojnim evropskim zemljama je nadzirana potrošnja postala integrisana komponenta usluga niskog praga koje se nude u sistemima liječenja od upotrebe droga. Pojava novih oblika ubrizgavanja stimulansā (uključujući nove psihoaktivne supstance) rezultirala je potencijalno većim rizicima za korisnike droga. U tom kontekstu, prostorije za sigurnu konzumaciju droga trenutno su predmet političke rasprave u nekim evropskim zemljama. Prostorije za sigurnu konzumaciju droga često su među prvima koje stiču uvid u nove obrasce upotrebe droga pa, prema tome, imaju ulogu u ranom otkrivanju novih trendova među populacijama pod visokim rizikom koje koriste ove usluge[87].

Ciljevi:

- spriječiti predoziranje i povezati osobe koje koriste droge sa zdravstvenim i socijalnim uslugama;
- osigurati dostupnost stručne pomoći ako se predoziranje ipak dogodi;
- smanjiti morbiditet i smrtnost pružanjem sigurnijeg okruženja za upotrebu droga i obukom osobe koja koristi droge za sigurniju upotrebu droga;
- smanjiti rizike od nehigijenskog ubrizgavanja (uključujući ozbiljne infektivne komplikacije poput septikemije i endokarditisa);
- omogućiti uspostavljanje komunikacije sa često marginalizovanim populacijama konzumenata droga do kojih je teško doprijeti, kao i pružanje savjeta i potpore povezanih sa drogama; pružanje opštih zdravstvenih savjeta i podrške.

Prostorije za konzumaciju droga pod nadzorom uglavnom služe kao mjesto pristupa i obraćanja ostalim medicinskim i socijalnim službama, uključujući službe za tretman zavisnosti o drogama. Isto tako, smatra se da se smanjenjem upotrebe droge na javnim mjestima doprinosi poboljšanju društvenog okruženja na područjima na kojima se to događa (npr. na urbanim tržištima droga). Pojedine ovakve prostorije mogu nadzirati velik broj konzumacija (ukupno 80 000 konzumacija godišnje u skladu sa podacima određenih većih ustanova), koje bi se inače odvijale na ulicama ili u drugim rizičnim okruženjima.

Opis aktivnosti:

- klijent prilikom dolaska ulazi u prostor čekaonice, u kojem se vrši procjena prihvatljivosti za korišćenje usluge (cilj procjene je utvrđivanje da klijent koristi droge injektiranjem, da je stariji od 18 godina, da nije pod uticajem alkohola i da nije u pratnji djeteta);
- ni u jednom trenutku se na uvid ne traži bilo koja vrsta identifikacionog dokumenta;
- u slučaju pozitivne procjene, klijent se upućuje u prostor za injektiranje;
- u prisustvu medicinskih radnika vrši se raspodjela sterilnog pribora za injektiranje;
- osoblje u svakom trenutku nadzire klijenta dok injektira supstancu i u mo-

87European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addictions (updated: 7. 6. 2018). *Perspectives on Drugs. Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence*.
Available from: https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2734/POD_Drug%20consumption%20rooms.pdf

gućnosti je da pruži hitnu medicinsku pomoć u svakom trenutku ukoliko dođe do komplikacija;

- nakon injektiranja klijent ostaje pod nadzorom još neko vrijeme dok osoblje ne procjeni da je spreman da napusti prostor;
- klijentima se pružaju informacije o pravnim, socijalnim i zdravstvenim mogućnostima, kao i mogućnostima uključivanja u programe rehabilitacije i supstitucione terapije;
- obezbjeđivanje napitaka ili toplog obroka

Većina programa zabranjuje preprodaju droga, a pristup ovim prostorijama nije uslovljen identifikacijom korisnika. Uglavnom se radi o prostorima koji imaju diskretan ulaz i izlaz odvojen od ulaza i opremljeni su kutijama za odlaganje otpada i priborom za reanimaciju u hitnim slučajevima.

Brojne su zajedničke karakteristike zaa većinu prostorija za sigurno konzumiranje droga pod nadzorom, bez obzira na to gdje se nalaze. Na primjer, pristup je obično ograničen na registrovane korisnike usluga i moraju biti zadovoljeni određeni uslovi (na primjer, minimalna starost i lokalno prebivalište). Obično djeluju u okviru odvojenih područja koja su priključena na postojeće servise za beskućnike ili osobe koje koriste droge, dok su neke samostalne jedinice. Većini su ciljna grupa osobe koje injektiraju droge, iako sve više uključuju korisnike koji puše ili udišu drogu. Globalno, u Evropi funkcionišu tri modela soba za konzumaciju droga: integrisane, specijalizovane i mobilne ustanove.

Većina prostorija za konzumaciju droga integrisana je sa servisima sa niskim pragom. Ovdje je nadzor nad konzumacijom droga jedna od nekoliko usluga koje se nude u istim prostorijama (usmjerenih na preživljavanje), uključujući obezbjeđivanje hrane, tuširanja i odjeće onima koji žive na ulici, preventivne materijale, kondome, kao i savjetovanje i liječenje od droga. Specijalizovane prostorije za konzumaciju nude samo uži spektar usluga direktno povezanih sa nadziranom konzumacijom, što uključuje pružanje sterilnih materijala za ubrizgavanje, savjete o zdravlju i sigurnijoj upotrebi droga, intervenciju u slučaju nužde i prostor u kojem korisnici droge mogu ostati pod nadzorom nakon konzumacije droge.

Trenutno postoje mobilni servisi (u Barseloni i Berlinu) koji pružaju geografski fleksibilnu primjenu usluge, ali obično opslužuju manje-više ograničen broj klijenata u odnosu na fiksne servise. Organizacijski pregled 62 objekta za konzumaciju droga u sedam evropskih zemalja[88] pokazuje da pružaju širok spektar pomoćnih usluga. Pored savjeta o zdravstvenom obrazovanju, upućivanja klijenata na liječenje i daljnju njegu i pružanja čiste opreme za ubrizgavanje, 6070% ustanova nudi pristup primarnoj zdravstvenoj zaštiti koju pružaju medicinska sestra ili ljekar. Među ostalim često pružanim uslugama jesu kafa/čaj, upotreba telefona i mogućnost tuširanja i pranja odjeće.

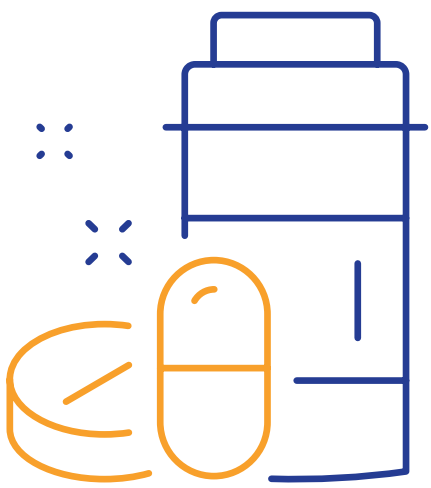
88 Woods, S. (2014). *Organizational overview of dug consumption rooms in Europe. European Harm Reduction Network – Regenboog Groep*, Amsterdam (www.eurohrn.eu/index.php/drug-consumption-rooms).

PREPORUKE:

Uvođenje prostorija za konzumaciju droge pod nadzorom može biti uspješno samo ako:

- su integrisane u širi okvir javne politike kao dio mreže usluga u cilju smanjenja individualne i društvene štete koja proizlazi iz problematične upotrebe droga;
- su utemeljene na konsenzusu, podršci i aktivnoj saradnji između ključnih učesnika na području lokalne zajednice, a posebno u oblasti zdravstva, policije, lokalne vlasti, lokalne zajednice i samih korisnika;
- se uzme u obzir svrha njihovog postojanja – pružanje specifičnih usluga sa ciljem smanjenja zdravstvene i socijalne štete u populaciji korisnika droga pod visokim rizikom i rješavanje potreba koje drugi odgovori nijesu zadovoljili.

U Crnoj Gori se ne implementiraju programi smanjenja štete koji predviđaju prostorije za konzumaciju droge pod nadzorom.



X.3. TESTIRANJE SASTAVA DROGA

Usluge testiranja droga omogućavaju pojedinačnim osobama koje koriste droge da hemijski analiziraju njihove sintetičke droge pružajući informacije o sadržaju uzoraka, pri čemu omogućavaju i savjetovanje ili kratke intervencije.

Cilj: smanjenje štete povezane sa rekreativnim konzumiranjem droga osiguravanjem lako dostupnih, atraktivnih i naučno ustanovljenih usluga, namijenjenih teško dostupnim populacijama.

Aktivnosti:

- informisanje;
- savjetovanje;
- testiranje uzoraka droga;
- izdavanje upozorenja povezanih sa upotrebom droga;
- praćenje tržišta droga;
- učešće u nacionalnom i EU Sistemu ranog upozorenja u slučaju pojave novih psihoaktivnih supstanci.

Na mjestima odvijanja muzičkih (i sličnih) događaja testiranje sastava droga vrši se tako što se obezbjeđuju tri odvojene operativne zone: 1. područje za informisanje i savjetovanje; 2. područje za uzimanje uzorka droge; 3. područje analitičke laboratorije. Nakon anonimnog preuzimanja uzorka droge od korisnika, vrši se analiza i saopštavaju se rezultati. Rezultati se prikazuju neutralno, uz jednostavnu interpretaciju o tome sadrži li uzorak očekivanu, neočekivanu ili izuzetno štetnu psihoaktivnu supstancu.

Ovaj pristup podstiče osobe koje koriste droge da učestvuju u dijalogu o prevenciji i smanjenju štete jer upoznaju rezultate ispitivanja odnosno dobijaju povratne informacije o drogama koje konzumiraju.

Pozadina i razlozi

Upotreba ekstazija i srodnih fenetilamina, ali i GHB ili ketamina povezana je sa učincima i rizicima različitim od onih povezanih sa tradicionalnim ilegalnim supstancama (poput kokaina i heroina). Rizici povezani sa ovim supstancama doveli su do toga da se provjera (ili testiranje) droga uvodi u okruženja u kojima se odvija noćni život, što je strategija smanjenja štete širom Evrope i Sjedinjenih Država. Još 1992. godine je Ministarstvo zdravlja Holandije odlučilo da finansira prvi sistem za provjeru droga u Evropi Sistem informacija i praćenja droga (DIMS), smješten u Trimbos institutu, uspostavljen kao naučni projekat u cilju nadzora nad novim i postojećim tržištima droga, posebno u pogledu doze, sastava, punilaca i dostupnosti. Radi se o nacionalnom sistemu stacionarnih službi za testiranje droga, koje funkcionišu u okviru različitih regionalnih instituta za prevenciju i tretman zavisnosti. Stopama ove holandske inicijative, i druge države zapadne Evrope uspostavile su sisteme za provjeru droge. U Austriji je mobilna služba za provjeru droga (Check It) osnovana 1997. godine uz podršku Opštine Beč i austrijske vlade. Švajcarci su 2001. godine takođe aktivirali sličnu mobilnu jedinicu za testiranje, koju je finansirala opština Cirih. U Belgiji je mala inici-

jativa za ispitivanje droga, koju je finansirala administracija Valonija-Brisel, počela sa radom 1993. godine (Modus Vivendi). U Španiji je jednostavna inicijativa za ispitivanje droga na licu mjesta počela sa radom 1997. godine, da bi 2017. godine bilo uspostavljeno stacionarno postrojenje za ispitivanje (Energy Control), koje uključuje napredne tehnike hemijske analize, a koje je djelimično finansirala vlada. Uzorci droge prikupljeni širom Španije mogu se slati u ovu ustanovu. Krajem 1990-ih je u Francuskoj takođe uspostavljen SINTES (Nacionalni sistem za otkrivanje droga i toksičnih supstanci), koji omogućava dobrovoljno prikupljanje uzoraka droge za analitičku forenzičku hemijsku laboratoriju, od osoba koje koriste droge na bilo kojem mjestu. Godine 2001. je na festivalima postala aktivna portugalska služba za ispitivanje droga (Check! N), koju je djelimično finansirala vlada; 2009. godine je Vels predstavio inicijativu za ispitivanje droga nazvanu WEDINOS, koju finansira Nacionalna zdravstvena služba Ujedinjenog Kraljevstva. Korisnici mogu anonimno slati uzorke droga i primati rezultate testova preko interneta. Izvan Evrope, u Sjedinjenim Državama, mali sistem za ispitivanje droga (DanceSafe) omogućava dijeljenje rezultata analize tableta *ecstasy* na internetu. Pored toga, nekoliko drugih evropskih zemalja razmatra usluge testiranja droga ili već počinje nuditi takve usluge.

Usluge provjere droga još uvijek izazivaju kontroverze. Sigurno je da su dale vrijedan doprinos sistemima ranog upozoravanja u Evropskoj uniji. Međutim, **dokazi o njihovom uticaju na upotrebu droga ili rizična ponašanja i dalje su ograničeni**. Zagovornici tvrde da postoje primjeri slučajeva u kojima su informacije službi za provjeru droga imale pozitivan uticaj na javno zdravlje i da provjera droga može potencijalno smanjiti štetu time što se u ove servise uključuju mladi korisnici rekreativnih droga koje druge postojeće službe ne dosežu; takođe, zagovornici tvrde da se tako identifikuju droge koje sadrže neželjene ili nepoznate hemikalije, da se tako omogućava rana reakcija javnog zdravlja i da se doprinosi prevenciji predoziranja pružanjem informacija o potenciji droga. Sa druge strane, kritičari sugerišu da provjera droga može dati lažni osjećaj sigurnosti jer je pouzdanost nekih od korišćenih pristupa ispitivanju upitna, da može stvoriti utisak da je uzimanje droga normalno i prihvatljivo ponašanje (što potencijalno podriva napore u prevenciji), kao i da će korisnici droga nastaviti da koriste drogu bez obzira na rezultate.

Priroda usluge provjere droga utiče na tačnost i pouzdanost rezultata analize, a time i na opseg smanjenja štete. Ciljevi usluge variraju od prikupljanja informacija do smanjenja štete informisanjem i upozoravanjem korisnika o drogama na tržištu. Analitičke tehnike koje se koriste takođe se razlikuju: od sofisticirane tehnologije koja je sposobna da pruži informacije o jačini i sadržaju droge do kompleta za samoispitivanje koji jednostavno pokazuju prisustvo ili odsustvo određene supstance. Na lokacijama na kojima se vrši testiranje postoje fiksne laboratorije kojima pojedinci i organizacije mogu predati droge na testiranje (sa rezultatima danima kasnije), kao i mobilne laboratorije na festivalima ili u klubovima, koje daju gotovo neposredne rezultate. Važan aspekt usluga provjere droga je način na koji se rezultati prenose pojedincima da li je ono propraćeno savjetima za smanjenje štete ili kratkim intervencijama.

Pregled različitih vrsta usluga provjere droga i implikacija na ispitivanje pouzdanosti i tačnosti, preventivne funkcije i potencijala za smanjenje štete dat je na slici 2.

Slika 2. Različite vrste servisa za kontrolu droga [89]

X.3.1. KAKO SERVISI ZA PROVJERU DROGA MOGU DOPRINIJETI SMANJENJU ŠTETE POVEZANE SA UPOTREBOM DROGA

Prvo, važno je imati na umu da su mnoge inicijative za provjeru droge uvedene sa ciljem širenja preventivnih aktivnosti na mlade korisnike rekreativnih droga, grupu koju mnoge nacionalne institucije za prevenciju i tretman zavisnosti nijesu uspjele doseći. Tradicionalno, većina tih institucija je ili specijalizovana za prevenciju na širem društvenom nivou ili su aktivnosti smanjenja štete bile usmjerene na problematične i marginalizovane grupe korisnika droga. Sa uvođenjem provjere droga ove institucije su pronašle način da uspostave kontakt sa novom grupom mladih, rekreativnih korisnika droga sa ciljem da primijene preventivne mjere i aktivnosti smanjenja štete. Mnogi mladi korisnici rekreativnih droga sisteme za provjeru droge, zbog zagarantovane anonimnosti i povjerljivosti, smatraju pouzdanim, a individualni savjeti o smanjenju štete služe potrebama ove grupe bolje nego promocija potpunog uzdržavanja od upotrebe droga.[90]

Drugo, vjerovatno je da su lični kontakti sa dobro upućenim vršnjacima ili profesionalcima zaposlenim u servisima za provjeru droga efikasniji u motivisanju korisnika droga da obrate pažnju na preventivne informacije i pozitivno promijene svoje ponašanje. Uz to, provjera droga može poslužiti kao sredstvo neposredne intervencije u cilju promjene upotrebe droge kod pojedinca ako se pokaže da droga sadrži neželjena ili nepoznata hemijska jedinjenja.

89 Preuzeto i prilagođeno iz: Brunt, T (2017). *Drug checking as a harm reduction tool for recreational drug users: opportunities and challenges.* Background paper commissioned by the EMCDDA for Health and social responses to drug problems: a European guide.

90 Fernández-Calderón, F., Lozano-Rojas, Ó., Rojas-Tejada, A., Bilbao-Acedos, I., Vidal-Giné,C., Vergara-Moragues, E. and González-Saiz, F. (2014). "Harm Reduction behaviours among young polysubstance users at raves". Substance Abuse 35, pp. 4550. Available from: https://doi.org/10.1080/08897077.2013.792760

X.3.2. IZAZOVI RAZLIČITIH VRSTA SERVISA ZA PROVJERU DROGA

Iako postoje argumenti u korist provjere droga, i ova strategija je suočena sa mnoštvom kritika. Na primjer, kritičari smatraju da bi kod korisnika droga ovo moglo pružiti neopravdani osjećaj da je droga koju uzimaju sigurna za upotrebu, dok odsustvo neočekivanih ili akutnih toksikoloških jedinjenja ni na koji način ne garantuje da je droga sigurna. Svaki oblik upotrebe droge potencijalno je opasan i nije moguće potpuno iskorijeniti rizik. Međutim, kad je provjera droga dio preventive, osoblje ima priliku da širi informacije o rezultatima testa, zasnovane na naučnim rezultatima, kao i da edukuje korisnike o opštim rizicima upotrebe droga, čime se u znatnoj mjeri eliminiše ovaj lažni osjećaj sigurnosti.

Takođe je važno imati na umu da postoje različite vrste servisa za provjeru droga. Iako bi npr. servisi provjere droga na licu mjesta mogli biti uspješni u prenošenju upozorenja i pružanju savjeta o prevenciji, iako bi mogli obuhvatati i savjetovanje ili motivacioni intervju, bučna atmosfera na velikim prostorima često bi predstavljala izazov i smanjivala efikasnost ove taktike. Štaviše, korisnici u ovakvim okruženjima možda su već pod uticajem supstanci. Iz tog razloga, npr. u Holandiji, koja je prva i uvela ovakve servise, provjera droga u stacionarnim ustanovama postala je uobičajena praksa radnim danima kada nema značajnih događaja. To profesionalcima sa područja prevencije daje priliku da razgovaraju sa osobama koje koriste drogu u mirnom okruženju i pruža mogućnosti za motivaciono savjetovanje. Prema nalazima do kojih je došao Global Drug Survey, čini se da danas mnoge mlade osobe nabavljaju drogu iz alternativnih izvora, a ne od dilera na događajima,[91] što im omogućava prethodno testiranje droga prije konzumacije na ovim događajima.

Takođe bi se moglo desiti da dobavljači ili prodavci droga zloupotrijebe provjeru droga kako bi dobili informacije o čistoći droga koje potom mogu koristiti za promociju svojih proizvoda. Iako za to nedostaju odgovarajući naučni dokazi, jedna studija je utvrdila da se rezultati ispitivanja droga često objavljuju na internetu u cilju obavještavanja drugih o čistoći ili hemikalijama u sadržaju određenih tableta[92]. Ne može se isključiti mogućnost da je razlog za objavljivanje ovih informacija zapravo promocija i prodaja proizvoda.

Ranije je sugerisano da će osobe konzumirati kupljenu drogu bez obzira na ishod analize. Ovaj se argument, međutim, pobija studijama koje izvještavaju da će 25% do 100% korisnika odbaciti svoje droge ako saznaju da sadrže neželjena ili neočekivana štetna jedinjenja. Međutim, prilikom razmatranja ovog nalaza treba uzeti u obzir i vrstu usluge testiranja na droge. Čini se kao valjan argument to što testiranje na licu mjesta možda neće spriječiti ljude da koriste sumnjive droge jer, ako je već na muzičkom festivalu, na drugom događaju ili u klubu, korisnik će imati manje mogućnosti da u slučaju neočekivanog rezultata nabavi druge droge.

Još jedna česta kritika sastoji se u tome da testiranje droga podstiče mlade na uzimanje droga ili da uzimaju više droga nego što bi učinili da takve usluge nijesu dostupne. Ova kritika se čini neodrživom jer se pokazalo da se upotreba droga ne

91 Global Drug Survey (2016). *Global Drug Survey (GDS) 2016 findings released. Retrieved* from: https://www.globaldrugsurvey.com/wp-content/uploads/2016/06/GDS2016-PressRelease-1.pdf

92 Vrolijk, R. Q., Brunt, T. M., Vreeker, A. and Niesink, R. J. M (2017), *Is online information on ecstasy tablet content safe?, Addiction 112, pp. 94100*
Available from: https://doi.org/10.1111/add.13559

povećava nakon uvođenja servisa za provjeru sastava droga u jednoj zemlji[93]. Pored toga, prevalencija upotrebe droga nije viša u zemljama koje imaju uspostavljene sisteme za provjeru droga[94]. Prethodna istraživanja su takođe pokazala da među osobama koje koriste droge one koje se testiraju ne koriste više droga od onih koji to ne čine. Ista studija je takođe utvrdila da prisustvo službi za provjeru droga nije ohrabrilo one koji ne koriste droge da započnu sa upotrebom.[95]

Još jedno zanimljivo pitanje koje je pokrenuto jeste da li provjera droga može spasiti živote. Bilo je slučajeva određenih serija droge koji su sadržale smrtonosne supstance koje su i uzrokovale smrtne slučajeve u zemljama bez servisa provjere droga, ali ne i u zemljama koje imaju ovakve servise i koje su izdavale javna upozorenja[96].

U dijelu funkcije nadzora nad pojavom novih droga servisi provjere droga kampanjama posredstvom kojih upozoravaju javnost i specifične ciljne grupe korisnika mogu uticati na brzo uklanjanje opasnih droga sa tržišta, podižući tako nivo svjesnosti kod osoba koje koriste droge i odvraćajući prodavce droge od prodaje.

Pored toga, čini se da u zemljama sa sistemima za kontrolu droga hemijski sastav ilegalnih droga više odgovara očekivanom nego što je to slučaj u zemljama bez takvih sistema, što sugeriše da **provjera sastava droga ima određenu vrstu uticaja na tržište ilegalnih droga**[97].

Poseban, novi izazov za servise za provjeru droga predstavlja naglo povećanje broja novih psihoaktivnih supstanci (NPS) na tržištu[98]. Otkrivanje i kvantifikacija nepoznatih hemijskih spojeva predstavljaju tehnički problem koji zahtijeva vrhunsku analitičku opremu i softver. Još je veći izazov širenje rezultata ispitivanja novih supstanci sa nepoznatim efektima. Ovdje je uloga Sistema ranog upozorenja (EWS) Evropskog centra za praćenje droga i zavisnosti o drogama važnija nego ikad, jer omogućava da budu prikupljene i distribuirane informacije o brojnim novim psihoaktivnim supstancama. Servisi za provjeru droge lako mogu preuzeti informacije o NPS prijavljene u EWS-u, a osobe koje koriste droge u EU mogu na taj način biti brzo i efikasno obeshrabreni da uzimaju rizičnu NPS koja ima potencijal da nanese ozbiljnu štetu ili smrt[99]. Još jedan opasan fenomen koji otkrivaju servisi za provjeru droga jeste

93 Bücheli, A., Quinteros–Hungerbühler, I. and Schaub, M. (2010). *"Evaluation of party drug prevention in the city of Zurich".* Suchtmagazin 5. pp. 4149.

94 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2016). *European Drug Report 2016: Trends and Developments. Publications Office of the European Union*, Luxembourg. Available at: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2637/TDAT16001ENN.pdf

95 Benschop, A., Rabes, M., Korf, D. J., Eggerth, A., Ivan, I., Jamin, J., Kelting, M. et al. (2002). *Pill testing, ecstasy & prevention: a scientific evaluation in three European cities. Rozenberg, Amsterdam*. Available at: http://www.nls-suchtgefahren.de/euprojekt/texte/EnglPart1[1].pdf).

96 Na primjer, DIMS je izvijestio da sve serije ružičastih tableta sa logotipom Supermena sadrže 170 mg PMMA (para-metoksimetamphetamin), nepredvidljivije i mnogo otrovnije jedinjenje od MDMA. U Holandiji i Belgij je to odmah dovelo do upozorenja na nacionalnim mas-medijima, kao i do pokretanja kampanja koje su obuhvatale nacionalne radio i televizijske emisije, objave na društvenim mrežama i na internetu, te flajere i plakate na velikim muzičkim događajima; takođe, informisani su i profesionalci u oblasti prevencije i vršnjački treneri (Mreža zdravog noćnog života) i osoblje službi hitne pomoći. Međutim, u Velikoj Britaniji, gdje u to vrijeme nije postojao sistem za provjeru droga, iste tablete su uzrokovale smrt četvoro mladih.

97 Brunt, T (2017). *Drug checking as a harm reduction tool for recreational drug users: opportunities and challenges. Background paper commissioned by the EMCDDA for Health and social* responses to drug problems: a European guide.

98 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2015). *New psychoactive substances in Europe: an update from the EU Early Warning System*. Publications Office of the European Union, Luxembourg. Available from: (https://doi.org/10.2810/372415).

99 Na primjer, 5-IT (5- (2-aminopropil) indol) je brzo povučen iz prodaje na internetu nakon što je postalo jasno da se radi o smrtonosnom jedinjenju.

prisustvo NPS kao punioca najčešće konzumiranih droga kao što je MDMA, amfetamin ili LSD. [100]

Potrebno je prevazići određene zakonske prepreke prije uspostavljanja servisa za provjeru droga u jednoj zemlji. Najvažnije neophodno je zakonsko izuzeće za rukovanje kontrolisanom supstancom i za njenu analizu[101]. Takva izuzeća se izdaju samo u posebnim okolnostima (u svrhe naučnog istraživanja, za farmaceutske prakse ili forenzičke svrhe), a mnoge zemlje provjeru droge ne prepoznaju kao razlog za izdavanje takvog izuzeća. To otežava uspostavljanje servisa provjere droga, pa mnogi pokušaji uspostavljanja takvih usluga još uvijek nijesu prevazišli ovu prvu pravnu prepreku. Pored toga, posjedovanje kontrolisanih supstanci predstavlja kršenje zakona u većini država članica EU, što tehnički čini sve korisnike ispitivanja droga podložnim zakonskoj kazni[102]. Ovo su samo neke od značajnih barijera koje se moraju prevladati da bi se uopšte moglo razmišljati o servisima provjere droga, što ove servise čini vrlo osjetljivom temom čak i u zemljama u kojima su dostupni.

Jedno rješenje koje je usvojeno u nekim zemljama poput Holandije i Austrije kako bi se ovi servisi učinili prihvatljivim jeste uspostavljanje servisa za provjeru droga ne kao korisničkih usluga, već kao naučnih projekata sa prvenstveno istraživačkim ciljevima.

X.3.3. BUDUĆNOST SERVISA ZA PROVJERU SASTAVA DROGA

Precizna provjera droga i kvantifikacija hemijskih spojeva u njima uvijek su ograničeni potrebom za naprednom i skupom laboratorijskom opremom. Većina analitičkih tehnika zahtijeva složenu pripremu uzoraka i specijalizovano operativno osoblje, traje relativno dugo i iziskuje velike troškove. To automatski implicira da je tačno i pouzdano ispitivanje droga u ovim servisima u zavisnosti od dovoljnog i redovnog finansiranja.

Jedan od načina kojim bi se moglo osigurati potrebno finansiranje (koje bi moglo biti održivo) bilo bi ugrađivanje servisa provjere droga u programe prevencije i smanjenja štete koji već postoje. Drugi način dobijanja sistemskog finansiranja bio bi korišćenje provjere droga kao alata za praćenje i dobijanje informacija o tržištu droga na isti način na koji je postavljen DIMS krajem 1990-ih.

Naučne inovacije mogu znatno unaprijediti primjenu servisa za provjeru droga jer naučnici rade na jednostavnijim i jeftinijim metodama pouzdane provjere njihovog sastava. Jedna takva tehnika, koja izgleda vrlo obećavajuće, jeste infracrvena spektroskopija, no uprkos novim, obećavajućim tehnikama i inovacijama, provjera droga i dalje se suočava sa mnogim izazovima koje postavlja tržište droga u stalnom razvoju. Rastuća lista poznatih NPS zahtijeva napredno razumijevanje hemijske složenosti ovih

100 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2014). *5-(2-Aminopropyl)indole (5-IT): report on the risk assessment of 5-(2-Aminopropyl)indole in the framework of the Council Decision in new psychoactive substances. EMCDDA Risk assessments 11, Publications Office of the European Union*, Luxembourg Available at http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/788/TDAK13002ENN-1__462975.pdf

101 Home Office (2014). *Controlled drugs: licences, fees and returns*
https://www.gov.uk/guidance/controlled-drugs-licences-fees-and-returns

102 United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2013), *The International Drug Control Conventions,* UNODC, Vienna. Available at: https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/Int_Drug_Control_Conventions/Ebook/The_International_Drug_Control_Conventions_E.pdf

supstanci i savremene spektralne baze podataka. S obzirom na tehnička ograničenja različitih vrsta provjere droga, treba napomenuti da nijesu samo nova hemijska jedinjenja ta koja predstavljaju izazov, već je to i otkrivanje malih koncentracija poznatih jedinjenja[103].

Konačno, ponašanje samih osoba koje koriste droge predstavlja stalni izazov za profesionalce u servisima za provjeru droga. Provjera droga oslanja se u velikoj mjeri na pretpostavku da su osobe koje koriste droge podložne savjetima za smanjenje štete, no čini se da pojedine grupe osoba koje koriste droge, poput onih koji učestvuju u *chemsex* zabavama, nijesu podložne takvima savjetima. Osim toga, savjete za smanjenje štete prilikom provjere sastava droga nije moguće adresirati na one koji koriste više droga jer je to povezano sa mnogo nepredvidljivijim rizicima u odnosu na one koji koriste samo jednu drogu. Za ove grupe treba razmotriti kombinaciju provjere droga i savjeta za smanjenje štete sa intervencijama i tehnikama za promjenu ponašanja (poput savjetovanja).

X.3.4. ZAKLJUČAK O SERVISIMA ZA PROVJERU SASTAVA DROGA

Farmakovigilanca u obliku sistema za provjeru droga rezultirala je **pravovremenim kampanjama upozorenja, posebno usmjerenim na rizične grupe**, čime se i osobama koje „rekreativno" koriste droge prenosi poruka o visokom stepenu profesionalizma javnozdravstvenih službi, što je postalo veoma cijenjeno među korisnicima. Ovakvim pristupom stvara se viši stepen svjesnosti o određenim drogama koje se konzumiraju i o opcijama za provjeru sastava droga. Ni na koji način ovi argumenti u prilog testiranja sastava droga ne treba da budu smatrani naučnim dokazima o efikasnosti ovog servisa, ali mogu biti od koristi donosiocima odluka i zainteresovanim stranama prilikom donošenja odluke o opravdanosti uvođenja ovog servisa.

U kombinaciji sa drugim aktivnostima koje se sprovode u okruženjima u kojima se odvija noćni život (poput rashladnih prostorija, pružanja istinitih i pouzdanih informacija, savjetovanja, dobre ventilacije i drugih mjera predostrožnosti) provjera droga može poslužiti kao produžetak intervencija prevencije i smanjenja štete i tako spasiti živote.

103 Na primjer, vrlo niske koncentracije atropina u kokainu u prahu neće biti otkrivene IR ili tehnikama relativno niske rezolucije.

XI. INTERVENCIJE SMANJENJA ŠTETE NASTALE ZBOG UPOTREBE DRUGIH DROGA

X.1. KANABIS

Kanabis je najčešće korišćena ilegalna droga u Evropi i širom svijeta. Procjenjuje se da je 90,2 miliona odraslih Evropljana (dobi od 15 do 64 godine) ili 27,2% ove dobne grupe koristilo kanabis bar jednom u životu. Oko 15% (18 miliona) mladih odraslih (starosti od 15 do 34 godine) koristilo je kanabis u posljednjih godinu dana (muškarci dvaput više nego žene). Posmatraju li se, međutim, samo mladi starosti od 15 do 24 godine, prevalencija upotrebe kanabisa je veća: 19% (10,4 miliona) mladih koji su probali ovu drogu u prethodnoj godini i 10% onih koji su to činili u prethodnih mjesec dana (5,5 miliona)[104].

Starost prilikom prve upotrebe kanabisa niža je u odnosu na većinu drugih ilegalnih droga, a upotreba kanabisa najzastupljenija je među mladim odraslim osobama.

Analiza pokazatelja trendova upućuje na opšte povećanje potentnosti biljnog kanabisa i smole kanabisa od 2008. godine Najnoviji podaci pokazuju da je sadržaj THC-a u smoli koja se prodaje u Evropi sada u prosjeku dvaput veći od onoga u biljnom kanabisu.

U Crnoj Gori, prema *Istraživanju o kvalitetu života, životnim stilovima i zdravstvenim rizicima stanovnika Crne Gore u 2017. godini*,[105] kanabis je takođe supstanca koja se najčešće koristi u sve tri dobne grupe – u populaciji svih odraslih (15 do 64 godina), u populaciji mladih odraslih (15 do 34 godina) i u populaciji mladih (15 do 24 godine). U opštoj populaciji starosti od 15 do 64 godina, manje od jedne u deset osoba koristilo je kanabis nekad u životu (8,1%), malo manje od jedne u dvadeset osoba koristilo je kanabis u prethodnih godinu dana (4,6%), dok je nešto manje od jedne u pedeset osoba koristilo ovu drogu u prethodnih mjesec dana (1,8%). U Crnoj Gori je 13,1% ili 22,188 mladih odraslih starosti od 15 do 34 godine probalo kanabis nekad u životu, 9% ga je koristilo tokom prethodnih godinu dana, a 3,6% tokom prethodnih mjesec dana. Rasprostranjenost upotrebe kanabisa je najveća među mladima dobi između 15 i 24 godina, gdje je 11,9% koristilo ovu drogu nekad u životu, 8,3% mladih tokom prethodnih godinu dana, a 2,4% tokom prethodnih mjesec dana.

Upotreba kanabisa je često eksperimentalna, obično traje samo kratak period u ranoj odrasloj dobi. Međutim, manji broj korisnika razvija upornije i problematičnije obrasce upotrebe kanabisa i ti su problemi veoma povezani sa redovnim, dugoročnim i velikim doziranjem. Ovi problemi mogu uključivati: loše fizičko zdravlje (npr. hronični

104 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2020). *European Drug Report 2020: Trends and Developments. Publications* Office of the European Union, Luxembourg.

105 Đurišić T, Golubović Lj, Mugoša B. (2017). I*straživanje o kvalitetu života, životnim stilovima i zdravstvenim rizicima stanovnika Crne Gore: nacionalni izvještaj istraživanja. Podgorica:* Institut za javno zdravlje Crne Gore i Monstat.

respiratorni simptomi), psihičke (npr. zavisnost o kanabisu i psihotični simptomi) i socijalne i ekonomske probleme koji proizlaze iz lošeg školskog uspjeha, neuspjeha u završetku školovanja, smanjenog radnog učinka ili uključenosti u krivičnopravni sistem.

Vjerovatnije je da će se problemi razviti ako upotreba započne u mladoj dobi, kada se mladi mozak još uvijek razvija, i pređe u redovnu i dugotrajnu. Rizici se mogu povećati upotrebom proizvoda sa kanabisom veće potencije, posebno onih s visokim koncentracijama psihoaktivne komponente tetrahidrokanabinola (THC) i nižim koncentracijama druge komponente kanabidiola (CBD). U Evropi je najčešći način upotrebe pušenje kanabisa pomiješanog sa duvanom. To uzrokuje dodatne zdravstvene rizike, a zavisnost o nikotinu može učiniti liječenje težim. Također, nadolazeći problem u oblasti javnog zdravlja predstavljaju visokopotentni agonisti sintetičkih kanabinoidnih receptora, koji se obično nazivaju sintetičkim kanabinoidima.

Primarni ciljevi zdravstvenih i socijalnih odgovora na suzbijanje upotrebe kanabisa i s njim povezanih problema trebalo bi stoga da podrazumijevaju:

- sprečavanje upotrebe ili odgađanje njenog početka od adolescencije do mlađe odrasle dobi (ovdje spadaju: programi prevencije poput višekomponentnih školskih intervencija koje razvijaju socijalne kompetencije i vještine odbijanja; zdravo donošenje odluka i snalaženje u njima; ispravljanje normativnih pogrešnih uvjerenja o upotrebi droga; porodične intervencije i sl.);
- sprečavanje eskalacije upotrebe kanabisa sa povremene na redovnu upotrebu (kratke intervencije: na primjer, motivacioni razgovori u hitnim službama ili u ustanovama primarne zdravstvene zaštite mogu poslužiti ovoj svrsi).
- pružanje intervencija, uključujući liječenje, ljudima čija je upotreba kanabisa postala problematična (tretman: istraživanje sugeriše da kognitivna bihejvioralna terapija, motivacioni intervjui i *contingency management* mogu smanjiti upotrebu i štetu od kanabisa na kratke staze; višedimenzionalna porodična terapija može pomoći u suzbijanju upotrebe kod mladih pacijenata sa ozbiljnim obrascima upotrebe, dok pojedine internetske i kompjuterske intervencije mogu kratkoročno smanjiti upotrebu kanabisa).

XI.1.1. INTERVENCIJE ZA SMANJENJE ŠTETNIH POSLJEDICA UPOTREBE KANABISA

Intervencije za smanjenje štete za korisnike kanabisa treba da se usredsrijede na:

- izbjegavanje problematičnijih obrazaca upotrebe;
- ograničavanje potrošnje;
- podizanje svijesti o potrebi za oprezom u odnosu na moguće negativne uticaje upotrebe na druga područja života (na primjer, na školsko postignuće ili društvene odnose).

Važna ali zanemarena tema jeste rješavanje specifičnih štetnih posljedica povezanih sa pušenjem kanabisa, posebno u kombinaciji sa duvanom. Intervencije na ovom

području bile bi usredsrijeđene na:

- **smanjenje** štetnih načina upotrebe (na primjer, šteta povezana sa pušenjem kanabisa, posebno kada se koristi zajedno s duvanom) podsticanjem alternativnih i bezbjednijih načina uzimanja kanabisa koji ne uključuju pušenje ili upotrebu duvana;
- ograničavanje štete od udisanja izbjegavanjem naročito štetnih praksi pušenja kanabisa (praksa „dubokog udisanja" i zadržavanja daha, uobičajena prilikom pušenja kanabisa, povećava unos toksičnog materijala u pluća i korisnike kanabisa treba podstaći da je izbjegavaju);
- alternative pušenju poput isparivača ili jestivih proizvoda, iako ove metode nose određeni rizik (upotreba jestivih proizvoda eliminiše respiratorni rizik, ali odgođeni nastup psihoaktivnog efekta može rezultirati upotrebom većih doza od predviđenih i akutnim štetnim efektima);
- upoznavanje korisnika sa važnošću poznavanja prirode i sastava proizvoda od kanabisa koje koriste (proizvodi sa većim sadržajem THC-a povezani su s višim rizikom od akutnih i hroničnih problema; postoje neki eksperimentalni dokazi koji sugerišu da CBD može ublažiti psihoaktivne i potencijalno štetne efekte THC-a, pa bi bila preporučljiva upotreba kanabisa koji sadrži niži nivo THC-a i veći nivo CBD; međutim, informacije o THC i CBD sadržaju na ilegalnom tržištu nijesu na raspolaganju);
- kontinuirano informisanje i edukacija o izbjegavanju vožnje pod dejstvom kanabisa, promocija pristupa „zaduženi vozač" odnosno promocija apstinencije u situacijama kada se upravlja motornim vozilom ili kad se rukuje opasnim mašinama (tačnije, zagovaranje odlaganja ovih radnji na najmanje 6 sati nakon upotrebe kanabisa, budući da istraživanja sugerišu da se vožnjom u stanju intoksikacije kanabisom povećava rizik od saobraćajne nesreće, dodatno pojačan ukoliko se uz njega konzumiraju alkohol ili druge psihoaktivne supstance).

Postoje grupe osoba koje su zbog svojih karakteristika pod većim rizikom od štete povezane s kanabisom i koje naročito treba da izbjegavaju upotrebu kanabisa osobe sa ličnom ili porodičnom prošlošću koja podrazumijeva psihozu ili prekomjernu upotrebu supstanci, kao i adolescenti i trudnice (kako bi se izbjegle posljedice štetne za fetus).

Jedna od mogućnosti koje se javljaju na polju smanjenja štetnih posljedica upotrebe kanabisa, u posljednje vrijeme veoma raširenih, jesu tzv. *e-health* pristupi odnosno intervencije zasnovane na internetskim platformama i mobilnim aplikacijama, zahvaljujući čemu mogu doseći veliki broj korisnika (detaljnije u poglavlju XI).

XI.2. STIMULANSI – KOKAIN, EKSTAZI, AMFETAMINI I METAMFETAMINI

Kokain je druga u redu najčešće korišćenih ilegalnih droga u Evropi, iako se nivoi i trendovi prevalencije znatno razlikuju među zemljama. Istraživanja pokazuju da je oko 18 miliona odraslih starosti od 15 do 64 godina u Evropskoj uniji (5,4%) barem jednom u životu koristilo kokain. Procjenjuje se da je od onih u dobi od 15 do 34 godine gotovo 3 miliona (2,4% ove dobne skupine) koristilo drogu u posljednjih godinu dana[106].

Amfetamin i metamfetamin, dva blisko povezana stimulansa, konzumiraju se u Evropi, iako se amfetamin koristi češće od metamfetamina. Obje supstance mogu se uzimati oralno ili nazalno; injektiranje je uobičajeni način primjene među korisnicima pod visokim rizikom u nekim zemljama. Metamfetamini se mogu pušiti, ali to je rijetko u Evropi.

Procjenjuje se da je 13,6 miliona odraslih u Evropskoj uniji (dobi od 15 do 64 godina ili 4,1% ove starosne grupe) najmanje jednom u životu koristilo **MDMA/ekstazi**. Podaci iz 27 zemalja koje su sprovele istraživanja između 2014. i 2018. godine sugerišu da je 2,3 miliona mladih odraslih (1534 godine) koristilo MDMA u prethodnoj godini (1,9% ove dobne grupe). Procjene zastupljenosti starijih od 15 do 24 godine su veće, sa 2,4% (1,3 miliona) koji su koristili MDMA u posljednjih godinu dana.

Procjenjuje se da je 12,3 miliona odraslih stanovnika Evropske unije dobi od 15 do 64 godine (ili 3,7% ove dobne grupe) koristilo amfetamine barem jednom u životu. Podaci iz 26 zemalja koje izvještavaju o istraživanju između 2014. i 2018. godine sugerišu da je 1,4 miliona (1,2%) mladih odraslih (u dobi 1534) koristilo amfetamine tokom prošle godine.

U Crnoj Gori su istraživanja o kvalitetu života, životnim stilovima i zdravstvenim rizicima stanovnika Crne Gore u 2017. godini pokazala da je kokain ilegalna droga koja se u sve tri starosne grupe najčešće koristi (nakon kanabisa). Koristilo ga je 2,5% svih odraslih (od 15 do 64 godina), 4,5% mladih odraslih (od 15 do 34 godine) i 3,4% mladih (od 15 do 24 godine) nekad u životu. U prethodnih godinu dana ovu drogu je koristilo je 1,8% odraslih, 3,7% mladih odraslih i 3,1% mladih. Aktuelno korišćenje kokaina – u prethodnih 30 dana prijavilo je 0,7% odraslih, 1,3% mladih odraslih i 0,9% mladih. Svega 1,1% odraslih koristilo je ekstazi tokom života, 0,9% tokom prethodnih godinu dana i 0,2% tokom prethodnih mjesec dana; 2,3% mladih odraslih koristilo je ovu drogu tokom svog života, 2,1% u toku prethodne godine i 0,5% u toku prethodnog mjeseca. 1,3% mladih je koristilo ekstazi tokom života, svi su oni koristili ovu drogu u toku prethodne godine, a 0,5% njih je koristilo ekstazi tokom prethodnih mjesec dana. Amfetamine je koristilo 0,5% odraslih nekad u životu, 0,1% u toku prethodne godine i 0,1% u toku prethodnog mjeseca; 1,2% mladih odraslih je koristilo ovu drogu tokom života, 0,3% u toku prethodne godine i 0,3% u toku prethodnog mjeseca. Rasprostranjenost upotrebe amfetamina među mladima je niska 0,7% u životu, a 0,3% u prethodnih godinu dana i isti procenat u prethodnih mjesec dana[107].

106 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2020). *European Drug Report 2020: Trends and Developments*. Publications Office of the European Union, Luxembourg.

107 Đurišić T, Golubović Lj, Mugoša B. (2017). *Istraživanje o kvalitetu života, životnim stilovima i zdravstvenim rizicima stanovnika Crne Gore*: nacionalni izvještaj istraživanja. Podgorica: Institut za javno zdravlje Crne Gore i Monstat.

Najveći udio štetnih posljedica upotrebe stimulansa povezan je sa dugoročnom konzumacijom ili intenzivnom konzumacijom u visokim dozama. Unutar skupine redovnih potrošača kokaina može se napraviti razlika između socijalno integrisanijih korisnika, koji ušmrkuju kokain u prahu (kokain hidrohlorid), i marginalizovanih korisnika, kod kojih je vjerovatnije da ubrizgavaju kokain, puše kokain iz kreka (baza kokaina), a ponekad koriste i opioide. Način primjene je takođe važan posrednički faktor kod ubrizgavanja stimulansa i pušenja kreka kokaina ili metamfetamina, posebno povezanih sa problematičnijim obrascima upotrebe. Međutim, akutni problemi mogu zadesiti čak i eksperimentalne ili povremene korisnike stimulansa, ali će vjerovatno biti rjeđi kada je upotreba stimulansa rijetka i u malim dozama. Iako nije uobičajeno, neki korisnici stimulansā imaju periode kada koriste ove supstance u velikim dozama tokom dužeg perioda, ponekad u trajanju od nekoliko dana. Stimulantski „binge" periodi mogu rezultirati nizom akutnih oblika štete, uključujući psihozu, agresiju i paranoju, a mogu biti povezani s razvojem zavisnosti i drugim dugoročnim zdravstvenim i socijalnim problemima. Stimulansi se mogu koristiti funkcionaln (na primjer, da ostanu budni u vožnji, tokom dugog rada ili tokom druženja prilikom noćnih izlazaka). Ovo znači da se neki od odgovora prikladnih za upotrebu stimulansa određuju prema opštijim mjerama javnog zdravlja ili se sa njima preklapaju.

Visoke doze i dugotrajna upotreba stimulansa mogu izazvati ozbiljne kardiovaskularne probleme poput moždanog udara, kardiomiopatije i infarkta miokarda. Visokorizična upotreba stimulansā može biti povezana sa rizicima u pogledu seksualnog zdravlja. Među muškarcima koji imaju polne odnose sa muškarcima (MSM) postoji praksa uključivanja u *chemsex*, što podrazumijeva ubrizgavanje metamfetamina i drugih supstanci za pojačavanje seksualne želje. *Chemsex* zabave, iako naoko neuobičajene, zabilježene su u brojnim većim evropskim gradovima, što je u nekoliko evropskih zemalja postalo razlog zabrinutosti zbog potencijalnog širenja HIV-a i drugih polno prenosivih infekcija. Pojedine studije su takođe izvijestile o visokim stopama kada je riječ o seksu za novac ili seksu u zamjenu za drogu među ženama koje imaju problema sa krek kokainom.

Ovo ilustruje problem upotrebe stimulansā i drugih supstanci među ženama i muškarcima koji se bave seksualnim radom, kao i potrebu da se razviju odgovori koji se bave rizičnim ponašanjem na polju upotrebe supstanci i oblicima ponašanja koji predstavljaju rizik kada je riječ o seksualnom zdravlju. Pored toga, zabrinjavajuća je i uloga droge u seksualnom iskorištavanju, u šta spada i seksualno nasilje podstaknuto i potpomognuto upotrebom droga. Informacije o opsegu i prirodi ovih problema su, međutim, ograničene.

Stimulansi se mogu koristiti u kombinaciji sa alkoholom i drugim ilegalnim drogama. Neke od ovih kombinacija (na primjer, kokain i alkohol) mogu rezultirati povećanim zdravstvenim rizicima. Korisnici stimulansa mogu takođe koristiti druge supstance za kontrolu negativnih posljedica upotrebe i za pomoć u indukovanju sna (alkohol, kanabis i benzodiazepine), a u tu svrhu se mogu koristiti i opioidi. Upotreba više droga korisnike stimulansa istovremeno može izložiti dodatnim rizicima. Iz tog razloga će rješenja morati da budu usklađena sa interakcijom između upotrebe stimulansā i drugih droga.[108]

108 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2017). *Health and social responses to drug problems: a European guide*. Publications Office of the European Union, Luxembourg.

XI.2.1. SMANJENJE ŠTETE OD UPOTREBE STIMULANSĀ

- Kratke intervencije i upućivanje na programe liječenja ili servise za smanjenje štetnih posljedica upotrebe mogu se ponuditi kada korisnici potraže pomoć hitne službe zbog problema povezanih sa intoksikacijom ili upotrebom velikih doza stimulansā.
- Osobama koje koriste stimulansne droge injektiranjem neophodan je redovan pristup programima razmjene igala i špriceva jer oni mogu injektirati češće od korisnika opioida tokom perioda intenzivnog uzimanja supstance.
- U cilju smanjenja štete za korisnike stimulansā koji inače ne bi pristupili servisima neophodni su programi terenskog rada uz pomoć kojih bi se korisnicima distribuirali sterilna oprema za injektiranje, kondomi i informacije o sigurnijem injektiranju, bazičnoj higijeni mjesta injektiranja, njezi vena i rana i antibakterijskim kremama i preparatima[109].
- Za osobe koje konzumiraju stimulanse pušenjem može biti korisno obezbjeđivanje čistih kompleta u cilju prevencije razmjene pribora, kao i informisanje, edukacija i raspodjela komunikacijskog materijala putem terenskog rada, ali potrebno je više istraživanja o djelotvornosti ovih intervencija.
- Primjer inovativne intervencije niskopražnih službi za korisnike metamfetamina u Češkoj jeste distribucija praznih želatinskih kapsula kako bi se korisnici podstakli da oralno konzumiraju drogu i kako bi se smanjili rizici od HIV-a i HCV-a povezani sa injektiranjem. Ovu intervenciju neophodno je procijeniti kako bi se istražila njena praktičnost i uticaj na ponašanje.
- Iako neuobičajeno u Evropi, pušenje kristalnog metamfetamina jeste način upotrebe stimulansā posebno povezan sa različitim problemima (uključujući oštećenja respiratornih organa i koroziju zuba). Stimulantski problemi mogu pojaviti i brzo razvijati.
- Korišćenje kristalnog metamfetamina povezano je sa nizom problema, uključujući agresivnost, nesanicu, upale i osipe na koži, gubitak težine i smrtni ishod. Upotreba stimulansā često se javlja u rekreativnim okruženjima kao što su noćni klubovi ili muzički festivali. Različiti pristupi prilikom regulacije okruženja i uvođenja regulative koriste se širom Evrope za rješavanje problema povezanih sa supstancama u noćnim klubovima i drugim rekreacijskim okruženjima. Ovi pristupi uključuju pravilo „nulte tolerancije“, regulatorne mjere protiv mjestā sa vidljivim sigurnosnim problemima, obuku osoblja na ulasku, zdravstvene i sigurnosne mjere i obuku u prepoznavanju vanrednih situacija povezanih sa drogom i alkoholom (kao i u reagovanju na njih).

109 S obzirom na evidentan porast broja problema povezanih sa upotrebom stimulansā, ovo je polje na kojem su neophodni dalja istraživanja i razvoj servisa.

Posebne mjere smanjenja štete za osobe koje se uključuju u chemsex zabave

Edukacija pripadnika populacija obuhvaćenih povećanim rizikom u cilju razumijevanja i smanjenja rizikā povezanih sa *chemsexom*. Edukacija treba da podrazumijeva sljedeće:

- savjet da se uvijek počne sa vrlo malom probnom dozom i da se pričeka najmanje dva sata prije nego što se uzme još, da u tom međuperiodu osoba treba da proprati kako reaguje na uzetu supstancu;
- razumijevanje rizika povezanih sa miješanjem različitih pića i droga ili ljekova koji se dobijaju na recept (na primjer, upotreba GHB-a ili G-a u kombinaciji sa drugim depresorima kao što je alkohol izrazito je opasna i može uzrokovati predoziranje ili smrt);
- neophodnost da osoba pravi pauze i dopusti sebi da se ohladi i hidrira (konzumiranje vode preporučuje se u količini od pola litra tokom sat vremena previše vode može biti opasno i dovesti do intoksikacije vodom);
- edukaciju o posebno rizičnim supstancama i rizicima povezanim sa njihovom konzumacijom (na primjer, vrlo je lako predozirati se GHB-om i postoji samo mala razlika između količine potrebne za postizanje željenog efekta i količine koja može izazvati predoziranje, pa je neophodan veliki oprez sa količinama koje se uzimaju i koliko često se uzimaju).
- edukaciju o načinu dejstva pojedinih supstanci koje se obično koriste na ovim događajima – npr., G ima odgođeni početak, što znači da može potrajati duže nego što se očekivalo dok se desi očekivani efekat (ovo je dodatni rizik koji se vezuje za navedenu supstancu jer osoba može uzeti dozu i, misleći da se ništa ne događa, uzeti drugu dozu, što može uzrokovati slučajno predoziranje).
- edukaciju o uticaju konzumacije supstanci na druga zdravstvena stanja ili oboljenja; mefedron je droga tipa katinona koji može biti izuzetno rizičan ako imate srčana oboljenja; korišćenje droga duže vrijeme bez spavanja može uticati na mentalno zdravlje ili dovesti do „psihoze izazvane drogom“, kod koje ljudi mogu halucinirati, osjećati se paranoidno, pri čemu vide, čuju ili osjećaju stvari koje nijesu stvarne, postaju anksiozni ili uznemireni, tako da osoba koja uzima droge u ovakvim stanjima može predstavljati rizik za sebe ili druge;
- pojedine *chemsex* droge poput mefedrona mogu uzrokovati „spuštanje“ koje je praćeno depresivnim osjećanjima sve do suicidnih nagona nakon upotrebe;
- savjetovanje o tome da je u *chemsex* zabavama uvijek važno unaprijed postaviti granice u vezi sa seksom i drogama tako da se osoba ne osjeća da je pod pritiskom da uradi nešto zbog čega će se kasnije osjećati loše; važno je poštovati autonomiju i izbore drugih osoba i imati na umu da sve osobe, uključujući i samog konzumenta, mogu biti posebno vulnerabilne nakon konzumacije droga;
- edukaciju o smanjenju štete: savjet da se uvijek obezbijedi jedna „trezvena osoba“ koja ne koristi droge i koja će nadgledati cjelokupno okruženje i pružiti ili pozvati pomoć u slučaju potrebe; takođe, edukaciju o predoziranju i neophodnosti pozivanja pomoći bez obzira na percipirane posljedice, te o neophodnosti sačinjavanja iskrenog izvještaja o supstanci koja je korišćena;

- podizanje svijesti o tome da uzimanje droga u cilju *chemsexa* može negativno uticati na mentalno i fizičko zdravlje;
- edukaciju o važnosti redovnog testiranja na PPI i HIV;
- u zemljama EU je od 2016. godine korisnicima droga koji imaju česte nezaštićene seksualne odnose dostupna, pored PEP, i PrEP terapija[110].

XI.3. NOVE PSIHOAKTIVNE SUPSTANCE

Nove psihoaktivne supstance su supstance koje ne podliježu kontroli prema konvencijama Ujedinjenih nacija o kontroli droga, ali čija upotreba predstavlja slične prijetnje zdravlju. U ove supstance spadaju sintetički kanabinoidi, opioidi, stimulansi i halucinogeni. Obično se prodaju na tržištu kao „legalna" zamjena za tržište ilegalnih droga, dok neke od njih koriste i male grupe koje ih žele istražiti kako bi stekle nova iskustva i efekte („psihonauti"). Veliki broj novih supstanci, njihova raznolikost i brzina kojom se pojavljuju predstavljaju izazov kako za praćenje, tako i za razvoj efikasnih i pravovremenih odgovora.

Procjene prošlogodišnje prevalencije upotrebe ovih supstanci među mladim odraslima starosti od 15 do 34 godine kreću se od 0% do 1,9%. Iako je prevalencija upotrebe novih psihoaktivnih supstanci u Evropi sveukupno gledano niska, gotovo dvije trećine zemalja objavilo je da njihova upotreba među korisnicima droga pod visokim rizikom rezultira zdravstvenim problemima. Konkretno, upotreba sintetičkih katinona među osobama koje koriste opioide i stimulanse injektiranjem povezana je sa zdravstvenim i socijalnim problemima. Pored toga, pušenje sintetičkih kanabinoida kod marginalizovane populacije, uključujući beskućnike i osobe u zatvorima, identifikovano je kao problem u velikom broju evropskih zemalja.

U Crnoj Gori nove psihoaktivne supstance imaju nisku prevalenciju upotrebe u opštoj populaciji – 0,2% odraslih (15 do 64 godine) i mladih odraslih (15 do 34 godine) koristilo je ove supstance u životu, kao i 0,4% mladih (15 do 24 godine)[111].

XI.3.1. SMANJENJE ŠTETE NASTALE ZBOG UPOTREBE NOVIH PSIHOAKTIVNIH SUPSTANCI

Nove psihoaktivne supstance treba uključiti u efikasne programe prevencije, sa posebnom edukacijom i porukama o smanjenju štete usmjerenim na one koji već koriste droge ili su u stanju rizika od upotrebe novih supstanci. Komunikacija sa vlastima, profesionalcima i korisnicima u vezi sa posebno štetnim novim supstancama takođe je veoma značajna, kao i obuka i podizanje svijesti za profesionalce u oblasti

110 Preekspoziciona profilaksa predstavlja terapiju (ljekove) koja se uzima kako bi se prevenirala infekcija nakon nezaštićenih seksualnih odnosa sa osobom koja živi sa HIV-om ili je na neke druge načine izložena riziku od inficiranja HIV virusom.

111 Đurišić T, Golubović Lj, Mugoša B. (2017). *Istraživanje o kvalitetu života, životnim stilovima i zdravstvenim rizicima stanovnika Crne Gore: nacionalni izvještaj istraživanja*. Podgorica: Institut za javno zdravlje Crne Gore i Monstat.

prevencije, liječenja i smanjenja štete (kako bi se poboljšale njihove sposobnosti u identifikovanju i reagovanju na upotrebu novih supstanci).

Kliničke smjernice za liječenje akutnih intoksikacija povezanih sa novim psihoaktivnim supstancama razvijaju se i objavljuju. Specifične smjernice za reagovanje na upotrebu ovih supstanci u zatvorima i ustanovama zatvorenog tipa takođe se razvijaju u nekim zemljama.

Mnogi zdravstveni i socijalni odgovori na nove supstance u stvari su prilagođeni programi za „etablirane" droge. Odgovori imaju tendenciju prema određenim grupama u kojima su uočeni problemi i uključuju: rekreativne korisnike stimulansā, psihonaute, muškarce koji imaju seksualne odnose sa muškarcima, ljude koji izbjegavaju testove na drogu i visokorizične osobe koje koriste droge.

Multidisciplinarni pristupi i povezivanje različitih usluga potrebni su za uključivanje ranjivih grupa koje možda neće doći u kontakt sa tradicionalnim uslugama.

U mnogim zemljama fokus je na jačanju zakonskih odgovora i ograničavanju dostupnosti ovih supstanci.

Rano upozoravanje i procjena rizika podstaknuti su podacima o hemijskoj identifikaciji novih supstanci iz mreža forenzičkih i toksikoloških laboratorija.

Razvijaju se i ispituju multidisciplinarni pristupi smanjenju štete, u kojima se dosežu ranjive grupe koje možda neće doći u kontakt sa službama za droge, na primjer, u službama za zaštitu seksualnog zdravlja.

Informativne platforme za smanjenje štete, često zajedno sa provjerom droga, aktivne su u nekoliko zemalja i online.

XII. E-HEALTH I M-HEALTH INTERVENCIJE ZA SMANJENJE ŠTETE

Sve se više razvijaju elektronske intervencije (*e-health*) za podšku intervencijama smanjenja štete od upotrebe droga. E-zdravlje uključuje upotrebu digitalnih tehnologija za poboljšanje zdravlja na razne načine, uključujući:

- pružanje informacija u vezi sa drogama uz savjete za smanjenje štete (npr. sigurnija upotreba) sa personalizovanim povratnim informacijama od profesionalaca ili bez njih i onih koje su po potrebi povezane sa službama specijalizovanim za tretman zavisnosti;
- liječenje pacijenata sa poremećajima upotrebe supstanci putem elektronskih zdravstvenih intervencija;
- edukaciju stručnjaka za liječenje pomoću modula e-učenja o terapijskim tehnikama;
- korišćenje digitalnih dnevnika za praćenje upotrebe supstanci kod osoba koje se liječe od poremećaja upotrebe supstanci.
- M-zdravlje je vrsta elektronske zdravstvene njege koja uključuje pružanje intervencija pomoću mobilnih telefona i sličnih uređaja.
- Pružanje skrininga i kratkih intervencija putem aplikacija za e-zdravlje i m-zdravlje obećavajuća je inovacija kada je riječ o problemima u vezi sa upotrebom supstanci među ranjivim mladim ljudima u Evropi.[112]
- Potrebno je istraživanje efikasnosti ovih intervencija, posebno među teško dostupnim ciljnim populacijama, kao što su mladi pod visokim rizikom. Važan korak je osigurati da e-alati ostanu na mreži nakon što se razviju za istraživačke projekte[113].

112 Primjeri uključuju: Quit the Shit (QTS) njemački onlajn program prestanka upotrebe kanabisa, razvijen za adolescente dobi od 15 do 17 godina koji žele smanjiti ili prestati sa upotrebom kanabisa. Interaktivni dnevnik pomaže korisnicima da nadziru upotrebu droga, a savjetodavni tim im pruža savjete i personalizovane povratne informacije kako bi podržao korisnike u postizanju njihovih ličnih ciljeva. Holandski centar za liječenje zloupotrebe supstanci „Jellinek", razvio je „mješoviti" program nazvan „MyJellinek" za osobe koji ispunjavaju kriterijume za dijagnostikovanje poremećaja upotrebe supstanci, koji kombinuje intervencije elektronskog zdravstva sa kontaktom licem u lice sa terapeutom. Alat za informacije o riziku od predoziranja (ORION) jeste alat za podršku onima koji se nalaze pod velikim rizikom od predoziranja drogom. Pomoću niza pitanja ovaj alat izračunava procjenu rizika od predoziranja od 0 (najniža) do 100 (najviša) i predstavlja ovu procjenu rizika na vizuelno atraktivan način, sa ciljem da se lakše diskutuje o upravljanju rizikom od predoziranja među korisnicima supstanci i njihovim ljekarima.

113 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addictions (2017). *Health and social responses to drug problems: a European guide*. Publications Office of the European Union, Luxembourg.

XIII. SERVISI SMANJENJA ŠTETE U CRNOJ GORI – AKTUELNO STANJE I POTREBE

U Crnoj Gori su uspostavljeni najvažniji servisi smanjenja štete – centri za opijatsku supstitutivnu terapiju metadonom i buprenorfinom i dnevni (*drop-in*) centri za injektirajuće korisnike droga i terenski rad sa populacijama pod najvećim rizikom od inficiranja i prenošenja infektivnih bolesti poput HIV-a i hepatitisa C i B. U ovom poglavlju biće detaljnije opisani ovi servisi.

XIII.1. OPIOIDNA SUPSTITUCIONA TERAPIJA METADONOM I BUPRENORFINOM

Supstituciona terapija, često u kombinaciji sa psihosocijalnim intervencijama, najčešći je oblik tretmana zavisnosti o opioidima u Evropi. Za Crnu Goru, usljed neažurnosti i neadekvatnog izvještavanja od strane zdravstvenih institucija, podatak o obuhvatu ovih programa u odnosu na ukupni broj korisnika droga nije poznat.

U Crnoj Gori je *program metadonske detoksikacije, supstitucije i održavanja* uveden 2005. godine, kada je otvoren prvi metadonski centar pri Domu zdravlja u Podgorici, da bi uslijedilo otvaranje ovih centara u DZ Kotor, DZ Berane, DZ Bar, DZ Nikšić i DZ Pljevlja.

Od aprila 2013. godine snabdijevanje metadonom obezbjeđuje Fond zdravstvenog osiguranja. Kriterijumi za prijem u program razlikuju se u zavisnosti od tipa tretmana (detoksikacija ili održavanje), kao i raspoloživosti metadonskih centara, pa u centrima gdje nema liste čekanja programi mogu primijenito popustljivije kriterijume nego tamo gdje je potražnja za tretmanom veća od njihovog receptivnog kapaciteta. U cilju uspostavljanja jedinstvene prakse rada metadonskih centara u Crnoj Gori, Dom zdravlja Podgorica je izradio *Vodič za primjenu metadona kod zavisnika o opijatima.*

Supstituciona terapija buprenorfinom u Crnoj Gori uvedena je krajem 2015. godine i, za razliku od supstitucije metadonom, pristup terapiji nije ograničen.

Prvi program **razmjene igala i špriceva** u Crnoj Gori uveden je 2004. godine u okviru Doma zdravlja Podgorica, na 13 injekcionih punktova. Program je podrazumijevao razmjenu igala i špriceva odnosno korisnici su podsticani da vrate iskorišćene igle i špriceve kako bi dobili nove. Kasnije su ovi programi prošireni na NVO sektor, gdje se sada sprovode pomoću terenskog rada i rada *drop-in* centara. Pored igala i špriceva, korisnicima je dostupan i drugi materijal kuvala, alkoholne maramice, podvezice, ampulirana voda, te limunska kiselina i preparati na bazi heparin-natrijuma za tretman venskih apscesa nastalih injektiranjem droge.

Podaci o broju korisnika u periodu od 2017. do 2019. godine, dobijeni od strane svih centara za supstitucionu opioidnu terapiju, Kliničkog centra Crne Gore i Uprave za izvršenje krivičnih sankcija prikazani su u Tabeli 1 i na Grafikonu 2.

Tabela 1. Godišnji broj klijenata po OST programu 20172019.

	2017		2018		2019	
	Metadon	Buprenorfin	Metadon	Buprenorfin	Metadon	Buprenorfin
DZ Kotor	50	76	48	77	49	71
DZ Budva		27		42		39
DZ Bar	37	45	16	34	17	38
DZ Bijelo Polje		28		29		30
DZ Nikšić	32	120	33	96	34	95
DZ Podgorica	117	214	95	238	85	261
DZ Herceg Novi		26		32		42
Klinički centar CG		228		293		315
UIKS	21	86	139	165	33	111
UKUPNO	257	850	331	1006	218	1002

Grafikon 2. Godišnji broj klijenta po OST programu, klijenti ukupno

U toku 2018. godine Ministarstvo zdravlja i Institut za javno zdravlje podržali su pilot-projekte koji se odnose na nove servise u zajednici onlajn savjetovanje u vezi sa navedenim temama, kao i testiranje u zajednici / na terenu (kontaktiranje klijenata i testiranje na HIV i HCV na terenu, uz prisustvo certifikovanih savjetnika i medicinskih tehničara).

Postignuti rezultati služe kao dokaz da ovaj tip servisa treba da postane redovna praksa.

XIII.2. DROP-IN CENTAR ILI „SVRATIŠTE“

Cilj: osigurati prostor u kojem osobe koje koriste droge mogu boraviti tokom dana, izvršiti zamjenu špriceva i igala i ostalog pribora za sigurno uzimanje droga, ispuniti higijenske i prehrambene potrebe, ostvariti socijalne kontakte i provesti strukturirano slobodno vrijeme kako bi se smanjila moguća šteta povezana sa boravkom na ulici.

Opis aktivnosti:

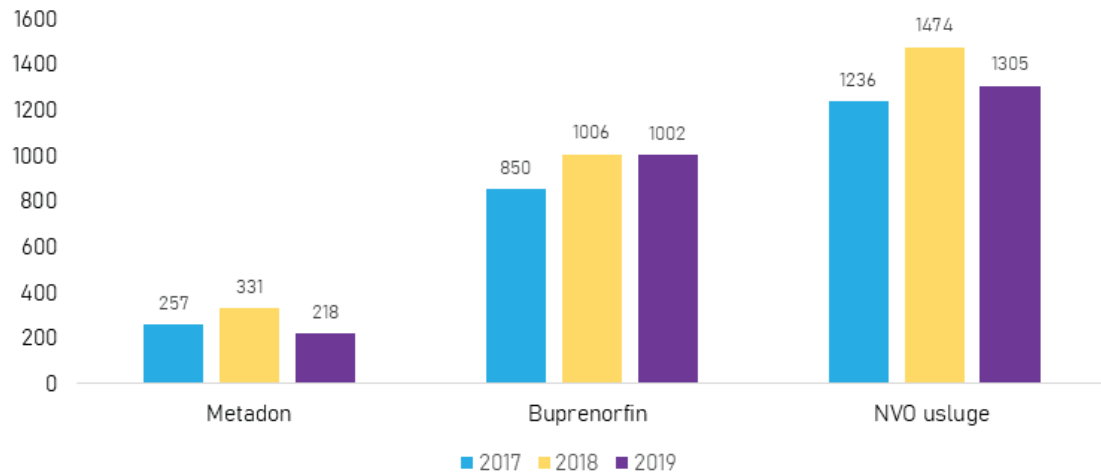
Osobama koje koriste droge osigurava se besplatno i anonimno korišćenje programa u okviru civilnog sektora u kojem mogu boraviti tokom dana, izvršiti zamjenu špriceva i igala, ispuniti svoje higijenske i prehrambene potrebe (poput pranja i sušenja veša, tuširanja, besplatnog obroka), koristiti internet i kompjuter, ostvariti socijalne kontakte i provesti strukturirano slobodno vrijeme.

Aktivnosti:

- savjetovanje za bezbjedno uzimanje droga i smanjenje štete prilikom uzimanja droga;
- zamjena pribora za injektiranje droga (korišćeni za sterilni pribor);
- motivisanje i upućivanje na testiranje na seksualno i krvlju prenosive bolesti;
- testiranje korisnika na seksualno i krvlju prenosive bolesti;
- motivisanje za uspostavljanje apstinencije, liječenje ili rehabilitaciju;
- informisanje o ustanovama koje se bave tretmanom bolesti zavisnosti i njihovim programima;
- pružanje pomoći pri ostvarivanju zakonskih prava i pružanje besplatne pravne pomoći;
- omogućavanje dostupnosti kondoma i lubrikanata;
- pružanje psihosocijalne podrške i savjetovanja;
- pružanje socijalnih intervencija, uključujući i intervencije usmjerene ka marginalizovanim društvenim grupama sa povećanim zdravstvenim rizikom (npr. beskućnicima);
- edukacija o seksualno i krvlju prenosivim bolestima, njezi vena, sigurnijem injektiranju i prevenciji predoziranja;
- osiguravanje pomoći pri zapošljavanju i uključivanju u tretman.
- U Crnoj Gori se u 2020. godini program smanjenja štete implementira putem programā direktne asistencije za osobe pod povećanim rizikom od infekcije HIV-om (koji postoje od 2004. godine), i to djelovanjem tri postojeća *drop-in* centra i terenskim radom koji obuhvata veći dio teritorije države. Usluge koje nevladin sektor pruža u ovoj oblasti putem direktnog kontakta i podrške klijentima uključuju:
- distribuciju i zamjenu sterilnog pribora za injektiranje (igala, špriceva, destilovane vode, alkoholnih maramica, podvezica, kuvala, hepatrombina...);
- terensku distribuciju pribora korisnicima;
- sakupljanje iskorišćenog i odbačenog pribora za injektiranje droga sa lokacija u zajednici, sigurno skladištenje i uništavanje;
- distribuciju kondoma i lubrikanata;
- preventivnu edukaciju pružanje adekvatnih, na dokazima zasnovanih informacija o različitim temama od značaja (PPI, HIV/AIDS, hepatitis B i C, upotreba kondoma, korišćenje droge, liječenje bolesti zavisnosti, bezbjedno injektiranje, metadonska i buprenorfinska supstituciona terapija, predoziranje, stigma, socijalna pomoć);
- upućivanje i olakšavanje pristupa drugim institucijama i službama za testiranje i tretman zavisnosti o drogama, socijalnim službama i drugim resursima zajednice;
- povremeno testiranje na HIV i hepatitis B i C u zajednici / na terenu;
- osnovnu medicinsku pomoć od strane ljekara;

- savjetovanje sa terenskim i stručnim radnicima (socijalnim radnicima/cama, medicinskim radnicima/cama i psiholozima/kinjama);
- besplatne frizerske usluge, kao i usluge pranja i sušenja veša;
- pružanje adekvatnih informacija edukacija;
- u nekim centrima se vrši i distribucija hrane korisnicima/cama.

Godišnje oko 1300 osoba dobija usluge od strane NVO u Crnoj Gori (grafikon 3).



Grafikon 3. Godišnji broj klijenata programa smanjenja štete u Crnoj Gori, ukupno

XIII.3. SAVJETOVANJE I PSIHOSOCIJALNA PODRŠKA

Savjetovanje i psihosocijalna podrška za klijente odvija se u servisima za smanjenje štete u Crnoj Gori, tj. u *drop-in* centrima. Korisnici ove usluge jesu ne samo direktni klijenti, već to mogu biti i članovi njihovih porodica ili njihovi emotivni/bračni partneri.

Cilj: unaprijediti svakodnevno funkcionisanje osobe, pružiti podršku u nadvladavanju kriznih situacija i povećati mogućnost za funkcionalno življenje; pojačati motivaciju korisnika za tretman i apstinenciju.

Opis aktivnosti:

Individualno i grupno savjetovanje koje se sprovodi na osnovu profesionalnog odnosa između savjetnika i klijenta.

Aktivnosti:

- savjetovanje osoba koje aktivno injektiraju droge sa psihologom i socijalnim rad-

nikom u vezi sa svakodnevnim izazovima u svim domenima funkcionisanja;

- pružanje psihosocijalne podrške osobama koje koriste droge i osobama iz njihovog okruženja (partneri, porodica);
- osnaživanje i motivisanje za promjenu ponašanja i prihvatanje zdravijih izbora;
- savjetovanje osoba koje koriste droge sa iskustvenim saradnicima odnosno bivšim korisnicima u procesu oporavka;
- savjetovanje o bezbjednom injektiranju droga i o dobrim praksama prilikom pogrešnog injektiranja ili predoziranja;
- informisanje, priprema i upućivanja osoba na liječenje u institucije zdravstvene i/ili socijalne zaštite, terapijske zajednice ili druge organizacije;
- pružanje pomoći pri ostvarivanju zakonskih prava, pružanje besplatne pravne pomoći.

Preporuke:

- U skladu sa mogućnostima, u pružanje ove usluge dobro je uključiti iskustvene saradnike – rehabilitovane bivše korisnike droga, koji predstavljaju pozitivan model.
- Svi koji pružaju ovu uslugu trebalo bi da prođu edukaciju u oblasti sprovođenja motivacijskog intervjua, odnosno kratkih motivacijskih intervencija.

XIII.4. ZBRINJAVANJE INFEKTIVNOG OTPADA

Aktivnosti takođe sprovode terenski NVO aktivisti koji pružaju usluge na polju smanjenja štetnih posljedica upotrebe droga u Crnoj Gori.

Cilj: smanjiti javnozdravstvene rizike i štete prikupljanjem, uklanjanjem i sigurnim uništavanjem infektivnog otpada.

Opis aktivnosti:

Infektivni otpad uništava se na mjestima predviđenim za zbrinjavanje infektivnog otpada. Sav oštri jednokratni pribor (igle i špricevi) i drugi kontaminirani otpad potrebno je sakupljati u neprobojne kontejnere, zatim propisno zbrinuti (prema propisima o zbrinjavanju infektivnog otpada, od strane osoba ovlašćenih za zbrinjavanje infektivnog otpada). Izgled kontejnera i način postupanja definisani su Zakonom o

upravljanju otpadom[114] i *Planom upravljanja medicinskim otpadom u Crnoj Gori za period 20162020*.[115], kao i *Pravilnikom o uslovima, načinu i postupku obrade medicinskog otpada*[116].

PREPORUKA:

Prilikom prikupljanja odbačenih igala i špriceva, kao i tokom čišćenja javnih prostora od njih, svi aktivisti uključeni u takve poslove moraju proći edukativni seminar koji bi morao obuhvatiti sljedeće teme:

- korišćenje odgovarajuće zaštitne opreme (rukavice, obuća, hvataljke i štipaljke za prikupljanje infektivnog otpada);
- odgovarajuće odlaganje prikupljenog otpada;
- zaštita od slučajnih uboda na igle.

XIII.5. TERENSKI RAD

Terenski rad je esencijalna komponenta mnogih intervencija na području smanjenja štetnih posljedica upotrebe droga, zastupljena i u sklopu servisa u Crnoj Gori.

Cilj: omogućiti osobama koje koriste droge lako dostupne usluge programa smanjenja štete putem izlaska terenskih radnika na teren, tj. na mjesta gdje se okupljaju i žive osobe koje koriste droge; prevenirati druge zdravstvene i društvene posljedice uzimanja droga.

Opis aktivnosti:

Terenski rad sprovode stručnjaci u pomoćnim profesijama, zdravstveni radnici, iskustveni saradnici i volonteri. Sprovodi se, uz pomoć vozila i terenskih radnika, na mjestima gdje se osobe koje koriste droge okupljaju na ulici, u barovima, na željezničkim stanicama, u parkovima itd., kako bi se obuhvatila što šira populacija koja koristi droge. Obilaze se, prema unaprijed određenom rasporedu (npr. na sedmičnoj osnovi), mjesta okupljanja osoba koje koriste droge u gradu, pa se na tim lokacijama vrši zamjena pribora, raspodjela kondoma i pružanje informacije. Ovakav način rada bio bi neizvodljiv bez iskustvenih saradnika i saradnje samih osoba koje koriste droge i koje terenske radnike uvode u svoja društva.

114 Zakon o upravljanju otpadom". *Službeni list Crne Gore, br. 064/11 od 29. 12. 2011,* 039/16 od 29. 6. 2016.

115 *Plan upravljanja medicinskim otpadom u Crnoj Gori 20162020*. Ministarstvo zdravlja Crne Gore, Podgorica, 2016.

116 „Pravilnik o uslovima, načinu i postupku obrade medicinskog otpada". *Službeni list Crne Gore, br. 49/12 od 21. 9. 2012.* Dostupno na: http://www.mrt.gov.me/ResourceManager/FileDownload.aspx?rId=120009&rType=2

Aktivnosti:

- pružanje informacija o načinima smanjenja štete, liječenju zavisnosti, rehabilitaciji i resocijalizaciji;
- pružanje informacija o testiranju;
- testiranje na infektivne bolesti i dijeljenje savjeta o seksualno prenosivim infekcijama;
- raspodjela sterilnog pribora za korišćenje droga;
- raspodjela kondoma i lubrikanata;
- prikupljanje odbačenog kontaminiranog pribora.

PREPORUKA:

S obzirom na specifičnosti terenskog rada, terenski saradnici bi trebalo da imaju adekvatne socijalne i komunikacione vještine, naročito vještine motivisanja osoba koje koriste droge za saradnju i uključivanje u dostupne programe.

Uključivanje aktivnih korisnika ili iskustvenih saradnika (bivših korisnika u dužoj stabilnoj apstinenciji) u terenski rad djelotvorno je pošto navedene osobe privlače različite rizične skupine osoba koje koriste drogu injektiranjem u poređenju sa onima koje mogu privući i motivisati socijalni ili zdravstveni radnici.

Servisi i intervencije sa područja smanjenja štete koji postoje u Crnoj Gori i koje je neophodno održati:

1. savjetovanje i psihosocijalna podrška;
2. *drop-in* centri za korisnike droga;
3. supstituciona terapija metadonom;
4. supstituciona terapija buprenorfinom;
5. omogućavanje široke dostupnosti pribora za sigurnu konzumaciju droge – igala i špriceva, posuda za pripremu droge, sterilnih alkoholnih maramica, podvezica, ampulirane vode, limunske kiseline, te preparata na bazi heparin-natrijuma za tretman venskih apscesa nastalih injektiranjem droge;
6. terenski rad;
7. savjetovanje u cilju jačanja motivacije za apstinenciju i u cilju održavanja apstinencije;

8. onlajn savjetovanje klijenata (*e-health* i *m-health* intervencije);
9. testiranje u zajednici i na terenu na prisustvo virusnih infekcija (HIV, hepatitis B i C).

Inovativni servisi i intervencije iz oblasti smanjenja štete koji još ne postoje u Crnoj Gori, po redu prioriteta kojim bi ih bilo preporučljivo uvoditi:

1. distribucija naloksona za kućnu upotrebu i edukacija korisnika i članova populacije o njegovoj primjeni;
2. dostupnost pribora za konzumaciju kokaina i drugih droga;
3. kapaciteti za kontrolu sastava droge (drug checking);
4. dostupnost i edukacija o primjeni testova na HIV za kućnu upotrebu;
5. prostorije za konzumiranje droga pod nadzorom.

XIV. KONTROLA I PRAĆENJE

Programe smanjenja štete u Crnoj Gori sprovode državne institucije i nevladine organizacije. Programi koje sprovode organizacije civilnog društva finansiraju se na osnovu Zakona o nevladinim organizacijama[117], dok se sektorskim analizama[118] utvrđuje izdvajanje za one NVO koje doprinose borbi protiv zloupotrebe droga i svih drugih oblika zavisnosti, a konkretni program smanjenja štete je na pozicijama Ministarstva zdravlja. Praćenje i kontrola postižu se pomoću kvalitativnih (programsko ocjenjivanje) i kvantitativnih metoda ocjenjivanja (procesno ocjenjivanje, finansijsko ocjenjivanje).

Programsko i finansijsko ocjenjivanje – kontrola i praćenje Ministarstva zdravlja sprovodi se putem terenskog nadzora sprovođenja programa smanjenja štete. Posjete se vrše na godišnjoj osnovi, odnosno po isteku svakog (polugodišnjeg ili jednogodišnjeg) ugovora tokom sprovođenja programa.

Stručno-programski i finansijski nadzor vrše se na osnovu formulara o izvještavanju propisanih od strane Ministarstva zdravlja.

Procesna ocjena se odnosi na praćenje razvoja programa i njegovo sprovođenje (najčešće mjesečni ili tromjesečni izvještaji, što može uključivati praćenje broja korisnika uključenih u program, broja aktivnosti usmjerenih na dobrobit korisnika programa broj terenskih radnika, odrađenih sati, lokacija, broj podijeljenih igala, špriceva, kondoma...).

Nevladine organizacije koje sprovode program smanjenja štete u obavezi su da jednom mjesečno dostavljaju kvantitativne izvještaje prema formularu koji je propisalo Ministarstvo zdravlja.

Primjer kvantitativnog mjesečnog izvještaja:

Projekat:												
Područje:												
NVO:												
Ispunio:												
Period:												

Osobe koje injektiraju droge	Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Avg	Sep	Okt	Nov	Dec
# korisnika/ca (različitih)												
# novi korisnici/ce												

117„Zakon o nevladinim organizacijama“. *Službeni list Crne Gore*, br. 039/11 od 4. 8. 2011, 037/17 od 14. 6. 2017

118 *Sektorska analiza za utvrđivanje predloga prioritetnih oblasti od javnog interesa i potrebnih sredstava za finansiranje projekata i programa nevladinih organizacija iz Budžeta Crne Gore u 2019. godini*, Podgorica, 2018.

# kontakata												
# savjetovanja sa socijalnim radnikom												
# savjetovanja sa psihologom												
# savjetovanja sa vršnjačkim radnikom												
# podijeljenih igala												
# podijeljenih špriceva												
# podijeljenih hepatrombina												
# podijeljenih ampula destilovane vode												
# podijeljenih alkoholnih tufera												
# podijeljenih kuvala												
# podijeljenih podvezica												
# podijeljenih lubrikanata												
# podijeljenih kondoma												
# prikupljenih igala												
# prikupljenih špriceva												

(Footnotes)

1 Ministarstvo zdravlja Crne Gore (2018). Smjernice za farmakoterapiju opijatskih zavisnika buprenorfinom. Podgorica.

2 European Centre for Disease Prevention and Control (2018). Public health guidance on HIV, hepatitis B and C testing in the EU/EEA – An integrated approach. ECDC, Stockholm.

3 Ibidem.

4 World Health Organization (2012). Guidance on prevention of viral hepatitis B and C among people who inject drugs. WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland.

5 World Health Organization (2014). Guidelines for the screening, care and treatment of persons with hepatitis C infection. Geneva: World Health Organization.

(http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/111747/1/9789241548755_eng. pdf)

6 UNODC (2012), "Resolution 55/7: Promoting measures to prevent drug overdose, in particular opioid overdose", in Drug-related resolutions and decisions adopted by the General Assembly, the Economic and Social Council (ECOSOC) and the Commission on Narcotic Drugs (CND). United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna. Available at: (https:// www.unodc.org/documents/commissions/CND/Drug_Resolutions/2010-2019/2012/CND_Res-55-7.pdf)

„Materijal je izrađen u sklopu projeka „Održivost HIV programa - SOS Project“ koji u Crnoj Gori implementira NVO CAZAS sa partnerima NVO Juventas, NVO Crnogorska Fondacija za HIV i virusne hepatitise, NVO Zaštita, NVO Kvir Montenegro i NVO SOS telefon za žene i djecu žrtve nasilja Podgorica, uz podršku Alijanse za javno zdravlje iz Ukrajine i Globalnog fonda za HIV/AIDS, tuberkulozu i malariju.“

uz podršku:

u partnerstvu sa: