

AIDS WŚRÓD NARKOMANÓW W EUROPIE – AKTUALNE INFORMACJE

Wprowadzenie

Według danych na dzień 31 marca 1992 w Europejskim regionie Światowej Organizacji Zdrowia zarejestrowano łącznie 71 570 przypadków aids. 33.7% tej grupy stanowią narkomani (wobec 41.3% należących do grupy homo/biseksualnej). Nadużywanie narkotyków jest czynnikiem o coraz większym znaczeniu dla rozszerzenia się aids w Europie. Wśród wszystkich przypadków aids w roku 1984, 6.6% należało do grupy narkomanów. W roku 1986 odsetek ten wynosił 20.6, w roku 1988 sięgał 34.5, osiągając szczyt – 38.2% w roku 1991. Kilka krajów europejskich donosiło, iż większość przypadków pediatrycznych Aids łączyło się z nadużywaniem narkotyków. Wiele krajów Europy sięgnęło po specjalne środki z zakresu ochrony zdrowia publicznego, by zredukować rozszerzanie się Aids wśród narkomanów. Należą do nich:

- programy edukacyjne i terenowe,
- zapewnienie dostępności sterylnych igieł i strzykawek,
- stworzenie programów leczenia skierowanych na bezpośrednie potrzeby narkomanów włączając w to substytuty narkotyków,
- specjalne programy dla grup wysokiego ryzyka wśród narkomanów, jak prostytutki i więźniowie,
- programy edukacyjne dla pracowników służby zdrowia i opieki społecznej szczególnie tych, którzy pracują z narkomanami.

Artykuł ten jest przeglądem ostatnich informacji dotyczących narkomanii i Aids w regionie europejskim i podsumowuje działania podjęte w różnych krajach.

Pierwszy raport o Aids wśród narkomanów był napisany w roku 1990 i opublikowany jako dokument EURO. Raport obecny, będący drugim uaktualnieniem informacji o Aids wśród narkomanów został opracowany przez Biuro Regionalne dla Europy, Światowej Organizacji Zdrowia, i jest oparty o informacje dostarczone przez bezpośrednich współpracowników w różnych krajach członkowskich. Większość współpracowników uczestniczyła już w przygotowaniu raportu pierwszego, inni zostali włączeni do pracy później, często przy pomocy Ministerstwa Zdrowia. Do każdego współpracownika wysłano list z zapytaniem o informacje dotyczące kwestii przedstawionych w poniższym raporcie. W ten sposób uzyskano informacje z 23 krajów. Sięgnięto także do niektórych publikacji. W sposób szczególny jesteśmy zobowiązani wobec indywidualnych współpracowników, bez których powstanie tego raportu nie byłoby możliwe.

Trendy w zakresie narkomanii w Europie

Z informacji zawartych w pierwszym Europejskim Raporcie o Nadużywaniu Narkotyków (ESDA) i informacji otrzymanych dla celów bieżącego raportu, jest oczywiste, iż w regionie europejskim występuje wielkie zróżnicowanie, ale i wiele podobieństw w odniesieniu do narkotyków i sposobów ich używania, istnieniu samego zjawiska narkomanii i obecnych trendach. W większości krajów narkomania nie zanika. Gdy z pewnych zachodnich i północno-europejskich krajów napływają doniesienia o zmniejszaniu się tego zjawiska, w Europie centralnej, wschodniej i południowej, obserwuje się jego wzrost.

Jeśli chodzi o typy narkotyków, heroina i inne opiaty uważane są nadal za problem najpoważniejszy. We wszystkich krajach Europy zachodniej i północnej, narkomani informują iż heroina jest dla nich podstawowym narkotykiem. Iniekcje są głównym sposobem przyjmowania narkotyku, jakkolwiek inne sposoby zyskują na popularności. W Austrii, mniej niż jedna trzecia narkotyków podawana jest poprzez iniekcje. O podobnym wzorze donoszą z Izraela, gdzie większość narkomanów przyjmujących opiaty pali heroinę. Wśród tych, którzy stosują iniekcje, 50 procent informuje

o wspólnym używaniu sprzętu do iniekcji. O wysokich wskaźnikach iniekcji donoszą z takich krajów jak Irlandia, jakkolwiek jednocześnie napływają informacje o znaczącym spadku liczby narkomanów, którzy kiedykolwiek dzielili się sprzętem do iniekcji.

Również informacje o wzrastającej ilości użytkowników kokainy napływają z wielu krajów w Europie zachodniej i południowej, ale także z krajów Europy centralnej, jak np. Austria. Nie zawsze ma to odzwierciedlenie w danych uzyskiwanych z ośrodków leczenia. We Francji, proporcja użytkowników kokainy wśród pacjentów ośrodków leczniczych pozostaje przez ostatnie dwa lata niezmiennie na poziomie 2 procent. Szczególnie kłopotliwy jest fakt, iż kokaina jest często przyjmowana w niektórych krajach w drodze iniekcji, jak na przykład na Malcie. Przedawkowania występują, ale nadal nie są zbyt częste w krajach regionu europejskiego.

Napływają informacje iż amfetamina staje się szczególnie popularna wśród narkomanów krajów skandynawskich, oraz innych krajów, włączając w to Luksemburg i Anglię.

W niektórych krajach nadal używa się LSD (Islandia, Chorwacja, Malta, i Anglia). Raporty wspominają, iż cannabis jest względnie powszechnie używany w wielu krajach europejskich, jednakże w Chorwacji, na Malcie i w Słowenii obserwuje się wzrost jego spożycia.

W kilku krajach (dla przykładu: Belgia, Finlandia i Niemcy) używanie psychoaktywnych środków farmaceutycznych uważane jest za główny problem w zakresie narkomanii. W Belgii i Holandii nadużywanie nielegalnych lekarstw wydaje się być, w tym momencie, problemem marginalnym.

Raporty nie zawierają dokładnych danych o nadużywaniu środków nieorganicznych. Jednakże są one uważane za być może podstawowy problem związany z narkomanią w wielu krajach wschodnioeuropejskich. Przykład Rumunii wskazuje, iż jest to zjawisko o zasięgu szerokim wśród młodzieży z klas upośledzonych, ale także w Hiszpanii wączanie kleju wydaje się być głównym problemem. W większości krajów z których zebrano informacje, mniej lub bardziej oficjalne informacje o narkomanach są dostępne. Oczywiście, dane nie mogą być porównywane, ponieważ definicje przypadków w różnych krajach są różne, tak jak zasadniczo różne są źródła informacji. Pamięając o tych zastrzeżeniach, podajemy następujące dane:

Austria, 18389 narkomanów zarejestrowanych w roku 1989
Chorwacja, 4000 użytkowników opiatów
Finlandia, 2000 użytkowników nielegalnych leków, 3000 użytkowników cannabis
Francja, około 100000 narkomanów w roku 1990
Niemcy, 60000-80000 narkomanów
Islandia, 25-300 narkomanów stosujących iniekcje
Irlandia, 2000 narkomanów w Dublinie poddanych leczeniu w roku 1990
Włochy, 100000-200000 użytkowników heroiny wg szacunku z roku 1988
Litwa, 495 przypadków zarejestrowanej zależności, 90% z nich to zależność od wyprodukowanej domowym sposobem heroiny
Luksemburg, szacunkowo 1200-1500 narkomanów
Malta, 642 zarejestrowanych narkomanów (w większości przypadków heroinistów)
Norwegia, szacunkowo 4000-5000 narkomanów stosujących iniekcje
Serbia i Czarnogóra, 2462 użytkowników heroiny leczonych w roku 1991 w narodowym centrum w Belgradzie
Słowenia, aktualne szacunki na 2000-4000 użytkowników heroiny stosujących iniekcje
Anglia, 150000 uzależnionych od heroiny lub kokainy
Ogólnie, wśród przyjmujących nielegalne lekarstwa dominują mężczyźni. Na Malcie, wśród zarejestrowanych narkomanów, jest pięć razy więcej mężczyzn niż kobiet. Dane z Anglii wskazują, iż jest cztery razy więcej użytkowników heroiny wśród mężczyzn, gdy jednakowa ilość mężczyzn i kobiet przyjmuje kokainę. W Irlandii, nieco ponad trzy razy więcej mężczyzn niż kobiet leczonych było w Narodowym Centrum Leczenia Narkomanii. W Luksemburgu, narkomanów mężczyzn jest dwa razy więcej. Tylko w Izraelu, narkomania wydaje się być równie częsta wśród mężczyzn i kobiet.

Seropozytywność HIV wśród narkomanów

Polityka badania HIV jest zróżnicowana. Masowe badania ludności przeprowadzone były w nieistniejącym już Związku Radzieckim.

Badania przymusowe są w większości krajów ograniczone do dawców krwi i organów, często zalecane jest badanie narkomanów, jako członków grupy wysokiego ryzyka.

Anglia, Francja, Islandia, Irlandia, Luksemburg, Holandia, Norwegia, Polska, Serbia i Czarnogóra są przykładami krajów, które nie mają krajowych przepisów dotyczących obligatoryjnego badania narkomanów. We Francji, badanie narkomanów jest silnie zalecane we wszystkich placówkach, a dane są analizowane na poziomie krajowym. Podobnie jest w wielu innych krajach. W Grecji, badanie HIV jest obowiązkowe dla wszystkich narkomanów pragnących wziąć udział w lokalnych programach terapeutycznych, a na Malcie badani są wszyscy narkomani leczeni w centrach detoksykacji. We Włoszech, badania są dostępne od roku 1985, w zasadzie są dobrowolne, chociaż badanie przymusowe może mieć miejsce „w sytuacjach zagrażających życiu”. Zgodnie z polityką pewnych krajów możliwe jest obowiązkowe badanie na obecność HIV grup ryzyka, takich jak narkomani. W Czechosłowacji np. badani są wszyscy wykryci narkomani stosujący iniekcje, kobiety ciężarne, krwiodawcy, ludzie często podróżujący za granicę lub na dłuższy okres czasu, cudzoziemcy przebywający w kraju dłużej niż trzy miesiące. W Belgii, nie ma oficjalnej polityki badania narkomanów, jakkolwiek obowiązkowe badania homoseksualistów w więzieniach jest legalne i badania są przeprowadzane w zależności od polityki poszczególnych zakładów karnych.

Zatem, proporcja badanych na HIV narkomanów w poszczególnych krajach jest bardzo zróżnicowana. W krajach takich jak Francja, Norwegia i Szwajcaria uważa się, iż 90% narkomanów było badanych przynajmniej raz. We Włoszech, 40000 z ogółu 66500 pacjentów ośrodków leczenia poddanych było badaniu. Stwierdzono niskie odsetki seroprewalencji wśród narkomanów w Grecji (0,6), Chorwacji (1-2), Luksemburga (3,8) Belgii (4,5 do 8,5) i Norwegii (5-8).

Następną grupę krajów o zbliżonej częstotliwości seroprewalencji HIV wśród narkomanów tworzą: Słowenia (około 10%), Austria (10-20), Irlandia (13), Niemcy (17) i Polska (8-20%). Często dokumentowano znaczące różnicowania w poszczególnych krajach. W Niemczech, seroprewalencja w Berlinie była pięć razy częstsza niż w Hamburgu. We Francji najwyższe odsetki występowały zwykle na

południu kraju (Prowansja, Alpy, Lazurowe Wybrzeże) i w Ile de France. W południowych Włoszech, odsetek seroprewalencji jest oceniany na 6, gdy w północnej części kraju sięga 50%.

Szacunki proporcji narkomanów w populacjach seropozytywnych znane są z kilku krajów. W Polsce, około 70% wszystkich przypadków seropozytywności, to narkomani. W roku 1989, jedna trzecia z 3000 potwierdzonych przypadków seropozytywności HIV stwierdzonych w Austrii, to narkomani stosujący iniekcje. Podobnie, 29% HIV seropozytywnych przypadków zbadanych w Norwegii to narkomani, w Szwecji proporcja ta była nieco niższa niż 20%.

Przypadki Aids wśród narkomanów.

Tabela 3

Przypadki Aids wśród narkomanów

zarejestrowane przypadki aids wśród narkomanów					procentowy przyrost ilości przypadków			
1987	1988	1989	1990	1991	1987/88	88/89	89/90	90/91
N	N	N	N	N				
%	%	%	%	%				
1907	2625	4842	5428	4249				
27.0	34.5	35.5	35.4	36.3	90%	34%	12%	-22%

Na podstawie danych Centrum dla Badań Epidemiologicznych AIDS,

Centrum Współpracy WHO-EC, Paryż, Francja

Lustracja AIDS w Europie: Raport Kwartalny No.31

Dane z tabeli przedstawionej powyżej ilustrują, iż wartość wskaźnika wzrostu nowych przypadków AIDS wśród narkomanów zmniejsza się, jednakże proporcja wszystkich nowych przypadków osiągnęła swój szczyt, 36,3% w roku 1991 (wobec 37,3% w grupie homo/biseksualnej). Pięć krajów o najwyższej liczbie narkomanów wśród zdiagnozowanych przypadków AIDS to Francja (3776, co stanowi 21,2% wszystkich przypadków AIDS w kraju), Włochy

(odpowiednio, 7637, 65,8%), Polska (31, 36,5%), Hiszpania (7446, 64,4%) i Szwajcaria (814, 36,5% wszystkich wykrytych przypadków AIDS).

Istnieją znaczące różnicowania proporcji przypadków AIDS wśród kobiet i mężczyzn. Proporcja mężczyzn do kobiet wśród narkomanów wynosi 3,5:1, wśród ogółu przypadków 6:1. Proporcje te pozostają stabilne od roku 1989. Ponadto, spośród wszystkich przypadków AIDS wśród kobiet, 55% pochodzi z grupy narkomanów, a 30% z grupy o transmisji heteroseksualnej, gdy wśród mężczyzn, dla porównania, 30% to narkomani, 6% należy do grupy heteroseksualnej a 51% należy do grupy homo/biseksualnej.

Stosowanie iniekcji przyczynia się do rozszerzania AIDS w samej grupie narkomanów, od nich do całej zbiorowości, a następnie na nowonarodzone dzieci. Według danych na dzień 31 marca, 40% XXX liczby pediatrycznych przypadków AIDS przekazanego od matki, powiązane było z narkomanią.

Zagadnienie do jakiego stopnia wysokie wskaźniki infekcji wśród narkomanów mogą być przypisane raczej transmisji drogą seksualną niż transmisji poprzez sprzęt, nie doczekało się rozstrzygnięcia.

Środki przedsięwzięte w różnych krajach w ramach powszechnej ochrony zdrowia.

Praktycznie wszystkie kraje, które doświadczają problemu aids wśród narkomanów, wprowadziły specjalne programy zapobiegania dalszemu rozpowszechnianiu się wirusa wśród tej grupy, a następnie z tej grupy do reszty populacji. Niestety, środki takie są lekceważone w krajach, które jak do tej pory nie miały szczególnych doświadczeń w tej dziedzinie. Szczególnej uwagi wymaga sytuacja w krajach Europy wschodniej i centralnej, gdzie obecnie nie podejmuje się żadnych działań skierowanych na zapobieganie temu problemowi.

Śród wielu wprowadzonych środków bardziej szczegółowo opiszemy programy pracy terenowej i edukacyjnej, dostarczania sprzętu do iniekcji oraz programy substytucji.

Programy terenowe i edukacyjne

W większości krajów europejskich, w okresie ostatnich kilku lat wprowadzono dużą ilość różnych programów skierowanych do ogółu ludności. Ponadto, wprowadzono wiele programów informacyjnych i edukacyjnych, skierowanych na grupy specjalnego ryzyka, takie jak narkomani.

Szczególnie interesujące dla tej grupy są ustanowione w wielu społecznościach programy terenowe, oparte o działania aktywnego dotarcia do narkomanów z odpowiednimi informacjami, programami kształcenia i innymi sposobami motywowania do pozytywnych zmian zachowań w ramach ich własnego środowiska, które ponadto oparte są o odpowiednie środki i strategie komunikacji. Działania terenowe zwykle zawierają element dostarczania wskazówek dotyczących bezpośrednich potrzeb, promocje zdrowych stylów życia w ogólności, bezpieczny seks i bezpieczne używanie narkotyków. Są one skierowane oczywiście na jednostki i grupy, do których trudno dotrzeć w inny sposób.

Poniżej przedstawione jest podsumowanie działań poszczególnych krajów w dziedzinie edukacji i programów terenowych skierowanych na narkomanów:

Albania: programy ogólne, druki, radio, telewizja i filmy

Austria: przez ostatnie dwa lata, stworzono we Wiedniu ośrodki informacji o zagrożeniu zdrowotnym związanym z używaniem narkotyków, oraz informujące o bezpiecznym seksie. Na ulicach, pracownicy terenowi przekazują narkomanom stosowne informacje.

Belgia: Istnieją dwie organizacje działające w sferze alkoholizmu i narkomanii, jedna w Walonii druga we Flandrii. Każda wydaje publikacje dotyczące aids, rozwija programy pracy terenowej, organizuje programy edukacyjne dla narkomanów w ramach których rówieśnicy opowiadają o zagrożeniach powiązanych z używaniem narkotyków. Efekty są pozytywne i raporty pokazują, iż częstsze staje się czyszczenie sprzętu. Ograniczenia finansowe spowalniają rozwój programu.

Bułgaria: rada d/s aids Akademii Medycznej w Sofii zorganizowała trzy eksperymentalne programy zapobiegania aids skierowane do nauczycieli i uczniów w wieku 12-17 lat.

Chorwacja: Rozpoczęto programy powszechnej edukacji przy wykorzystaniu mass-mediów. Narkomani są zachęceni do badań na obecność HIV, prowadzone jest poradnictwo rodzinne i indywidualne.

Finlandia: Narkotyki podawane drogą iniekcji są w Finlandii rzadko spotykane. Prowadzi się publiczne programy edukacyjne o nadużywaniu narkotyków i aids.

Francja: W roku 1980 francuska agencja d/s zapobiegania Aids i ministerstwo zdrowia stworzyły skuteczny czteroczęściowy program dla narkomanów, który rozpoczęty został w Marsylii, a obecnie rozpowszechnił się na inne miasta we Francji:

1. Apteki rozprowadzają materiały edukacyjne, sprzedają sterylny sprzęt do iniekcji i rozprowadzają kondony.

2. Na ulicy zorganizowana została edukacja rówieśnicza, by dostrzec do tych narkomanów, którzy nie mają doświadczenia w odpowiednich informacjach zdrowotnych i informacji dotyczących aids.

3. Społeczności lokalne podejmują działania mające włączyć narkomanów z powrotem w struktury lokalne.

4. Utworzono linię telefoniczną, gdzie eksperci udzielają odpowiedzi na pytania dotyczące aids i narkomanii.

Niemcy: W roku 1987 w osiemnastu centrach poradnictwa o narkotykach wprowadzono program specjalnego kształcenia dla narkomanów we wczesnej fazie uzależnienia dotyczący aids oraz podjęto prace terenową na ulicy. Dodatkowo rozprowadzano strzykawki i kondony. W roku 1988 rozpoczęto program badawczy wykorzystujący podejście skierowane na modyfikacje zachowań, by zapewnić porady i informacje dotyczące zachowań seksualnych, używania kondonów, czyszczenia sprzętu do iniekcji. Wstępne raporty są pozytywne.

Grecja: edukacja w zakresie aids odbywa się w szkołach i poprzez kampanie publiczne.

Irlandia: Centrum AIDS, jako część władz zdrowotnych wspiera pracowników terenowych, którzy szukają ludzi zagrożonych, oraz zapewnia doradztwo i leczenie, ponadto prowadzi program niskich dawek metadonu. Rząd irlandzki planuje utworzenie „lokalnych zespołów d/s narkomanii”, pod auspicjami władz zdrowotnych w określonych rejonach, by zapewnić leczenie narkomanów w społecznościach lokalnych i w więzieniach. Agencje ochotnicze w społecznościach lokalnych i na ulicach służą radą dla jednostek, grup, rodzin

i więźniów. Za leczenie, kształcenie i pomoc narkomanom odpowiedzialni są także lekarze ogólni.

Izrael: obecnie nie istnieją programy pracy terenowej i edukacji.

Włochy: w ciągu ostatnich trzech lat liczba narkomanów leczonych w ośrodkach systematycznie rosła. Wysiłki na rzecz edukacji narkomanów wydają się przynosić efekty, ponieważ rośnie ilość narkomanów proszących o badania HIV. Programy pracy na ulicy będą rozszerzane.

Malta: Międzyresortowa komisja d/s narkomanii i nielegalnego handlu (ICADAIT) organizuje programy zwiększające świadomość zagrożenia AIDS i narkomanią. Ministerstwo edukacji prowadzi dla młodzieży program umiejętnego życia, zawierający informacje o narkomanii. W działaniach przeciw narkomanii przoduje kościelna organizacja „Caritas”, która organizuje spotkania lokalne poświęcone tematyce narkomanii i aids. Centra detoksykacji również prowadzą działalność doradczą i edukacyjną.

Holandia: Istnieje wiele programów, w ramach których uczestniczą byli narkomani, między innymi, kształceni są w zakresie pracy z rówieśnikami w dziedzinie zapobiegania aids.

Norwegia: Około 50 miast posiada programy pracy terenowej na ulicach, które umożliwiają edukację narkomanów i młodzieży zagrożonej. W sześciu miastach programy edukacji rówieśniczej wprowadzono jako programy pilotażowe.

Polska: „Monar”, organizacja nie-rządowa, prowadząca wiele działań w kraju, jest szczególnie aktywna w pracy terenowej i w programach edukacyjnych dla narkomanów. Również agencje rządowe i lokalne czynnie działają.

Serbia i Czarnogóra: Instytut narkomanii w Belgradzie ma kilka programów „otwartych drzwi”, w ramach których, realizowane jest doradztwo i usługi w terenie, w miejscach gdzie zbiera się młodzież.

Słowenia: Rządowe i profesjonalne programy nie istnieją. Większość działań edukacyjnych i terenowych prowadzą trzyosobowe zespoły samopomocowe złożone z byłych narkomanów i narkomanów, pod nadzorem pracowników służby zdrowia i opieki społecznej. Program był efektywny w edukacji trudnych do osiągnięcia populacji używających nielegalnie środków farmaceutycznych.

Szwajcaria: W wielu społecznościach ustanowiono intensywne programy dotarcia do narkomanów i umotywowania ich do życia

bezpiecznego. Ważną rolę mają programy wymiany igieł i strzykawek.

Szwecja: Zasadniczym celem polityki wobec narkotyków w Szwecji, jest całkowita eliminacja używania narkotyków. Rząd umożliwił badania HIV, detoksykację, leczenie i doradztwo wszystkim narkomanom posługującym się strzykawkami. Włączone są w to kliniki uliczne prowadzone przez pracowników opieki społecznej.

Turcja: Prowadzona jest publiczna edukacja o aids poprzez dystrybucję publikacji, programów telewizyjnych i nowych programów.

Dostępność igieł i strzykawek.

Od kilku lat wiele krajów włączyło dystrybucję igieł i strzykawek, bezpłatnie lub bardzo tanio, jako jeszcze jeden środek zapobiegawczy chorobom infekcyjnym, zwłaszcza hepatitis B i AIDS. Ostatnio, w wieku krajach zachodnioeuropejskich powołano centra dbające o wymianę strzykawek i igieł, i dostarczające ponadto porad, informacji o aids, dystrybuujące kondomy i zajmujące się ogólną opieką medyczną. Kraje w których istnieją programy wymiany igieł i strzykawek to: Austria, Francja, Niemcy, Irlandia, Norwegia, Holandia, Polska, Słowenia, Hiszpania, Szwajcaria i Wielka Brytania.

Badania nad efektywnością takich programów wskazują, iż łatwy dostęp do sterylnej strzykawki do iniekcji prowadzi do spadku przypadków wspólnego jego użytkowania, nie wydaje się prowadzić do wzrostu konsumpcji narkotyków, ani do wzrostu częstotliwości iniekcji. Następne powiązane z tym ustalenie, to takie, że narkomani bardziej skłonni są zmieniać ryzykowne zachowania związane z iniekcjami, niż zachowania seksualne.

Dla ogólnego przeglądu dostępności igieł i strzykawek w krajach Europy, odsyłam czytelnika do ostatniego raportu wydanego przez Europejskie Biuro Regionalne Światowej Organizacji Zdrowia.

Następujące działania i programy przedstawione były w raportach współpracowników z różnych krajów:

Austria: igły i strzykawki są dostępne w całej Austrii. Można je kupić w aptekach bez recepty. W niektórych ośrodkach leczniczych

są rozdawane bezpłatnie. Od sierpnia 1991 roku we Wiedniu prowadzony jest program wymiany igieł i strzykawek.

Belgia: Dystrybucja igieł i strzykawek jest nielegalna. Czasami zezwala się na dystrybucję niewielkiej ich ilości przez ośrodki lecznicze, w ramach programów dotarcia. Strzykawki uważane są za środek medyczny rozprowadzony tylko przez apteki i automaty nie będą w Belgii instalowane.

Chorwacja: Sterylne igły i strzykawki są do nabycia w aptekach, gdzie sprzedawany jest sprzęt medyczny. Rozważa się wprowadzenie programu wymiany igieł/strzykawek, bezpłatnie, za zwrotem sprzętu używanego.

Finlandia: Igły i strzykawki są sprzedawane w aptekach. Nie ma krajowego programu dystrybucji sprzętu sterylnego, ponieważ niewielu jest narkomanów stosujących iniekcje.

Francja: W maju 1987 roku, zalegalizowano ogólną dostępność igieł i strzykawek. Niektóre apteki niechętnie sprzedają ten sprzęt narkomanom. Badania pokazują, iż większość narkomanów, ogólnie, i prostytutek narkomanek nie dzieli się igłami, lecz kupuje po niskiej cenie w aptekach. W grudniu 1988 roku wprowadzono programy wymiany igieł i strzykawek. W końcu roku 1989, ministerstwo zdrowia wprowadziło trzy eksperymentalne programy wymiany strzykawek i igieł w Paryżu, Seint Saint Denis i Marsylii. Ponieważ większość narkomanów nie wie, iż wybielacz jest skutecznym środkiem dezynfekcji, poczyniono także starania na rzecz promowania środków dezynfekujących sprzęt. Obejmuje to dystrybucję wybielacza, promowanie używania własnej strzykawki oraz dostarczanie pojemników, gdzie bezpiecznie można pozbyć się użytego sprzętu.

Niemcy: Igły i strzykawki są w coraz większym stopniu dostępne praktycznie we wszystkich landach, w ramach programów wymiany, w automatach i w aptekach.

Grecja: Nie ma specjalnych programów udostępniania igieł i strzykawek, ale zawsze były one łatwo dostępne w aptekach.

Islandia: Strzykawki są sprzedawane w aptekach. Razem ze sprzętem dystrybuowane są ulotki o sposobach przekazywania chorób infekcyjnych.

Irlandia: Istnieje krajowa polityka udostępniania narkomanom czystych strzykawek i igieł. Jednakże program ten został ograniczony z powodu braku środków i niechętniej postawy obywateli. W Dub-

linie, prowadzone są obecnie dwa programy pod auspicjami Rady Ochrony Zdrowia. W roku 1986, Towarzystwo Farmaceutów w Irlandii przyjęło zasadę, iż dostarczanie strzykawek i igieł osobistym wyborem farmaceuty.

Izrael: Obecnie, nie ma programu udostępniania sterylnych igieł i strzykawek.

Włochy: Apteki sprzedają strzykawki do wielokrotnego użytku i jednorazowe. Nie ma programu ich wymiany. Rozpoczęto program produkcji i sprzedaży strzykawek samoniszczących.

Luksemburg: Igły i strzykawki są rozprowadzane bezpłatnie przez ośrodki lecznicze i podjęto działania na rzecz instalacji automatów.

Malta: Igły i strzykawki są dostępne w aptekach lub bezpłatnie w ośrodkach zdrowia.

Holandia: Istnieje 115 programów wymiany sprzętu, ulokowanych w miejscach, gdzie przebywają narkomani, w ramach programów metadonowych, ośrodkach pomocy medycznej, w aptekach. Zainstalowano również eksperymentalnie automaty.

Norwegia: Igły i strzykawki są łatwo dostępne w aptekach, a w małych miejscowościach w automatach. Bezpłatnie rozprowadzane są w klinikach HIV, kilku ośrodkach leczniczych i w ramach programów dotarcia.

Polska: Od roku 1990 istnieją programy dostarczania igieł i strzykawek w ośrodkach leczenia narkomanów. Można je także kupić w aptekach, bez recepty.

Serbia i Czarnogóra: Nie ma programu bezpłatnego udostępniania igieł i strzykawek, ale można je kupić bez problemów w aptekach.

Słowenia: Igły i strzykawki są dostarczane przez ochotnicze grupy samopomocy. Apteki w niektórych miastach sprzedają sprzęt, jednakże z powodu dyskryminacji i wrogich postaw społecznych wobec narkomanów, sterylny sprzęt jest trudno dostępny w niektórych aptekach.

Szwecja: W południowej Szwecji programy dostarczania igieł i strzykawek istnieją od roku 1986. Są to programy eksperymentalne. Parlament nie zgodził się na uruchomienie podobnych projektów w innych częściach kraju, ponieważ jest to niezgodne z narodowym programem „społeczeństwa bez narkotyków”. W zamian, powiększone zostaną ośrodki leczenia narkomanów, tak by każdy narkoman mógł być leczony i mógł uzyskać poradę.

Szwajcaria: W miastach, gdzie skoncentrowani są narkomani, ustanowiono ruchome i stałe punkty wymiany sprzętu.

Turecja: Raport z Turcji stwierdza, iż podjęto próby wprowadzenia do szerokiej praktyki igieł i strzykawek jednorazowych. Nie ma informacji o dostępności tego sprzętu dla ludności.

Wielka Brytania: Apteki sprzedają igły i strzykawki, a lekarze ogólni mogą ich używać przy leczeniu narkomanów. Istnieją programy wymiany igieł i strzykawek, w ramach których dostarczane są pojemniki do niszczenia sprzętu użytego oraz prowadzone poradnictwo dotyczące AIDS i ryzyka związanego z narkomanią.

Programy terapii zastępczej.

Programy leczenia narkomanii zawierają wiele podejść i mogą być oparte o indywidualne potrzeby w zależności od intensywności i czasu trwania choroby a także od czynników towarzyszących. Wśród wielu możliwości, udział w tak zwanej wspólnocie terapeutycznej jest jednym z lepszych rozwiązań dla tych, którzy zdolni są brać udział w programach natychmiastowych i całkowicie wolnych od narkotyków. Doradztwo jako takie i leczenie środkami przeciwnymi do opiatów może być szansą dla tych pacjentów, którzy szukają całkowitego uwolnienia od narkotyków. Substytucja metadonowa może być możliwością leczniczą w przypadkach, gdzie wszystkie inne metody zawiodły lub gdy metoda taka jest wybrana by zachęcić narkomanów do skorzystania z możliwości leczenia.

Substytucja metadonowa jako taka, może być częścią strategii redukcji zagrożenia wirusem HIV. Skuteczna w przypadku niektórych narkomanów, metoda ta przynosi ograniczone sukcesy, zarówno gdy uznawana jest za panaceum w strategiach redukcji zagrożenia AIDsem. Badania naukowe mają tendencję do przypisywania jej skutków pozytywnych w kategoriach zdrowia publicznego i indywidualnego. Współczesne działania i praktyka dotyczące programów substytucji różnią się w poszczególnych regionach. Poniżej przedstawiony jest wybór podejść spotykanych w różnych krajach:

Austria: Od roku 1987 substancja i podtrzymywanie metadonowe jest dostępne dla użytkowników opiatów, przyjmujących je w drodze

iniekcji. Od grudnia 1991, łączenie terapii takiej poddano 1848 pacjentów. 65% pacjentów leczonych metadonem mieszka we Wiedniu.

Belgia: Metoda sybstitucji jest ograniczona a podtrzymywanie nielegalne. Metoda sybstitucji nie ma poparcia Narodowej Rady Medycznej, a w efekcie programy metadonowe są rzadkie (150 osób w Brukseli i 50 w Antwerpii). Sybstitucja metadonowa jest legalna jedynie w warunkach ambulatoryjnych, jeśli realizowana jest przez wyspecjalizowane zespoły; indywidualni lekarze przepisujący metadon byli karani.

Chorwacja: Programy sybstitucji metadonowej i podtrzymywania są koordynowane przez ministerstwo zdrowia. W roku 1991, programem podtrzymywania metadonem objętych było 500 użytkowników opiatów i 300 osób w ramach programu sybstitucji metadonowej poza ośrodkami zamkniętymi.

Finlandia: Od roku 1980 nie było nowych terapii metadonowych, jednakże narodowa agencja zdrowia i opieki społecznej przygotowuje się obecnie do powtórnego wprowadzenia takich programów.

Francja: W roku 1973 rozpoczęto sybstitucję metadonową, która była dostępna dla narkomanów w trzech częściach Paryża. W roku 1989 ministerstwo zdrowia rozszerzyło te programy na inne miasta. Terapia sybstitucji metadonowej jest wskazana tylko dla niektórych narkomanów, przypadków ciężkich, tych którzy są izolowani społecznie i tych, którzy mają ograniczony dostęp do opieki. We wszystkich przypadkach, metadon jest przepisywany na określony okres czasu. Terapia podtrzymująca nie jest dostępna.

Niemcy: Wprowadzono wiele programów metadonowych, pomimo szerokiej krytyki społecznej. W całych Niemczech wprowadzane są programy testujące podtrzymywanie metadonem w niektórych grupach; narkomanów stosujących iniekcje chorych na aids, narkomanów, którzy przerwali leczenie, lub przyjmujących narkotyki od dawna.

Grecja: Programy sybstitucji metadonowej nie są dostępne, ale rząd rozważa możliwość ich wprowadzenia.

Islandia: Programy sybstitucji metadonowej nie są dostępne. Narkomani stosujący iniekcje używają głównie amfetaminy, a nie heroiny.

Irlandia: Narodowe centrum leczenia narkomanii określa kto

może być leczony metadonem. Terapie taką zaleca się wobec osób stale odmawiających porzucenia narkotyków, zwłaszcza opiatów, wobec których zastosowano leczenie metadonem. Obecnie, 150 pacjentów leczonych jest metodą podtrzymywania metadonem w dwóch wyspecjalizowanych ośrodkach.

Izrael: Programy detoksykacji i rehabilitacji są oparte o odrzucenie narkotyków. Narkomani leczeni metadonem mogą obecnie otrzymywać metadon w wyspecjalizowanych ośrodkach, zamiast recept.

Włochy: Metadon jest przepisywany w celach leczniczych użytkownikom heroiny w połączeniu z ogólną opieką medyczną i pomocą psycho-socjalną dla pacjenta i rodziny.

Luksemburg: W roku 1992, w ramach pilotażowego programu metadonowego ilość pacjentów zwiększyła się z 15 do 30, w efekcie zachęcających wyników uzyskanych w pierwszej fazie projektu.

Malta: W ośrodku detoksykacji, heroiniści są leczeni metadonem w ramach leczenia otwartego.

Holandia: Programy metadonowe wprowadzono we wszystkich większych miastach i uznawane są za ważny element działań prewencyjnych. Szacuje się iż dzięki tym programom możliwe stało się dotarcie rocznie do 60-70% narkomanów stosujących „twarde” narkotyki. W niektórych miastach metadon przepisywany jest na kilka dni, w innych podawany jest codziennie.

Norwegia: Metadon jest dostępny dla hiv-pozytywnych narkomanów stosujących iniekcje, jako element leczenia. Formalne programy substytucji metadonowej nie istnieją.

Polska: Zupełnie niedawno sprowadzono do Polski metadon w celu zastosowania w pilotowym programie substytucji metadonowej.

Serbia i Czarnogóra: Instytut narkomanii w Belgradzie prowadzi program podtrzymywania metadonem, który był stosowany co najmniej przez piętnaście lat, a obecnie jego stosowanie jest rozszerzane. Obecnie leczy się 500 byłych użytkowników heroiny.

Słowenia: Nie ma rządowego programu metadonowego i większość jednostek, którym przepisuje się metadon wydaje się być źle prowadzonych. Odsprzedaż branego do domu metadonu wydaje się być poważnym problemem. Do roku 1991, około 200 użytkowników heroiny leczonych było w ramach terapii metadonowej.

Szwecja: Celem rządu szwedzkiego jest dotarcie do wszystkich narkomanów stosujących iniekcje by zbadać ich na występowanie

wirusa HIV, poddać detoksykacji i leczeniu. Metoda substytucji metadonowej jest uważana za element terapii. W roku 1987 Narodowa Komisja d/s AIDS podwoiła programy by objęły one 300 pacjentów.

Szwajcaria: Oferowane są programy oralnego podawania metadonu, ale nie trafiają one w potrzeby. Instytucje polityczne i medyczne rozważają wprowadzenie programów substytucji morfinowej lub dożylnego podawania metadonu.

Turcja: Terapia polegająca na substytucji metadonowej nie jest dostępna dla narkomanów.

Prostytutki jako specjalna grupa ryzyka AIDS/narkomanii.

Specjalną uwagę w epidemiologii aids zwrócić należy na dwie grupy narkomanów: prostytutki i partnerów homoseksualnych w więzieniu. Grupy te, według raportów, zagrożone są więcej niż jednym czynnikiem ryzyka.

W wielu krajach zachodnioeuropejskich, prostytutki ogólnie zagrożone są aids z powodu dwóch czynników; heteroseksualnych i/lub homoseksualnych stosunków oraz iniekcji narkotyków. W kilku krajach stwierdzono korelacje pomiędzy prostytutką a narkomanią. Badania w Amsterdamie pokazują, iż 80 procent kobiet i 20 procent mężczyzn narkomanów prostytuowało się w pewnym okresie swego życia. Korelujące dane pochodzą z flandryjskiej części Belgii, gdzie 39% kobiet i 10% mężczyzn narkomanów prostytuowało się. W Szwajcarii i na Malcie, mniejszość narkomanów stosujących iniekcje okresowo prostytuuje się w celu zdobycia pieniędzy na narkotyki. W Austrii, wszystkie hiv-seropoztywne prostytutki są narkomankami. Dane z Instytutu Narkomanii z Belgradu i „Diacnessed Institute” z Finlandii pokazują iż iniekcje narkotyków są powszechne wśród prostitutek. Francja informuje, iż prostytutki-narkomanki są grupą wyizolowaną, trudno dostępną z punktu widzenia zdrowia publicznego.

Raporty z Belgii, Francji i Szwajcarii przytaczają dane o używaniu kondonów przez prostytutki. W Belgii prostytutki regularnie używają kondonów w „handlowych kontaktach seksualnych”, ale rzadko w kontaktach „nie-handlowych”. Podobnie we Francji, wiele pro-

stytutek wymaga używania kondonów od wszystkich klientów, ale nie od „partnerów, którzy nie płacą”. Jednakże inne prostytutki we Francji stwierdzają, iż używają prezerwatyw w sposób nieregularny ponieważ nie są one łatwo dostępne w rejonach pracy prostytutek albo ponieważ klienci sobie tego nie życzą. Niski wskaźnik używania kondonów stwierdza raport szwajcarski. Tutaj, nie używanie kondonów przez prostytutki stwarza poważny problem w odniesieniu do transmisji aids.

Regulacje prawne dotyczące prostytucji są różne w poszczególnych krajach. We Francji nie jest ona legalna, a zatem nie ma kontroli zdrowotnej i rejestracji prostytutek. W Austrii, w roku 1991 zalegalizowano również prostytucję męską, w celu redukcji transmisji aids wśród homoseksualnych mężczyzn. W rezultacie prostytutki obydwu płci przechodzą badania medyczne, w ściśle określonych warunkach, nakierowane na choroby przekazywane drogą seksualną, w tym aids. W Szwajcarii istnieje prostytucja homoseksualna, ale jest ona nielegalna. Uważa się, iż komplikuje to programy zapobiegania HIV/AIDS.

W niektórych krajach przyjęto odpowiednie sposoby postępowania wobec tej grupy. We Francji prostytutki są jednak w jakimś momencie badane. Bezpłatne i anonimowe badania są dostępne dla wszystkich prostytutek i ich partnerów. Badania nie są częste, ponieważ zdaniem prostytutek, zabierają one zbyt dużo czasu, są trudno dostępne w miejscach gdzie mieszkają lub pracują i brak jest informacji o tym, gdzie można je wykonać.(11). Na Malcie, wszystkie prostytutki-kobiety, które trafiają do centrum detoksykacji poddane są testom HIV.

W celu kontroli rozprzezstrzeniania się AIDS, w większości krajów opracowano specjalne programy zdrowotne informujące i zapobiegające aids w tej grupie.

We Francji, narodowa agencja zapobiegania aids (AFLS) zorganizowała w roku 1990, z sukcesem, program nazwany „Autobus dla kobiet”. Program ten w którego realizację zostały włączone prostytutki i były prostytutki, pod kontrolą lekarza i pracownika społecznego miał na celu edukację innych prostytutek w zakresie aids.

Dostępne były jednocześnie: opieka medyczna, pomoc społeczna, pomoc rehabilitacyjna.

W Norwegii istnieje program pomocy prostytutkom przez inne prostytutki i program dotarcia w celu edukacji prostytutek-mężczyzn, prowadzony przez miejską klinikę aids w Oslo. W Szwajcarii prostytutki zgłaszają się do ośrodków wymiany sprzętu do iniekcji również po pomoc medyczną. Na Malcie, prostytutki-kobiety, które zgłaszają się do centrów detoksykacji mają zapewnioną opiekę medyczną, badanie hiv, konsultacje nt. aids i innych zagrożeniach związanych z ich stylem życia, ponadto proponuje im się odpowiednią iniekcję, w celach antykoncepcyjnych (depot injection).

W Szwecji, ochotnicy często patrolują parki, odwiedzane przez prostytutki homoseksualne i biseksualne by udzielać informacji o aids i rozdawać na miejscu kondony. W Luksemburgu, pracownicy socjalni utrzymują na ulicy bliskie kontakty z prostytutkami, które używają narkotyków i potrzebują pomocy. W Holandii, wprowadzono kilka programów informujących prostytutki o „bezpiecznym seksie”. Istnieją także otwarte ośrodki, gdzie prostytutki mogą uzyskać informacje i porady. Również w Niemczech istnieje wiele programów pomocy dla prostytutek-narkomanek. Ogólnie, ich celem jest powstrzymanie od prostytuowania się, zwiększenie świadomości zagrożenia aids i zachęcanie do używania kondonów.

Niektóre kraje planują rozszerzenie programów skierowanych na te grupy. W Grecji, Wydział Psychiatrii Uniwersytetu Ateńskiego we współpracy z Ministerstwem Zdrowia prowadzi badania nad prostytutkami i aids w tej grupie.

Partnerzy więzienni.

Partnerzy więzienni są inną podgrupą podwyższonego zagrożenia infekcji HIV. W wielu więzieniach w Europie zachodniej, ponad połowa populacji miała odległą lub niedawną styczność z narkotykami, a narkomania jest w więzieniach częsta, pomimo wysiłków władz, by jej zapobiegać.

Jakkolwiek iniekcje w więzieniach, według raportów, są częste, w wielu częściach Europy, w żadnym kraju nie ma możliwości rozprowadzania w więzieniach sprzętu do iniekcji. W konsekwencji, dzielenie się igłami i strzykawkami jest bardzo częste. W niektórych więzieniach szwajcarskich i w kilku innych krajach, środki dezyn-

fekujące, włączając w to wybielacz, są dostępne wraz z odpowiednią informacją o skuteczności czyszczenia sprzętu do iniekcji.

Poza dzieleniem się prawdopodobnie zainfekowanym sprzętem do iniekcji, istnieje podwyższone ryzyko zakażenia aids poprzez niechronione kontakty seksualne. Kondony są zwykle w więzieniach niedostępne, jakkolwiek są kraje w których udostępnienie prezerwatyw więzniom stało się celem działań w zakresie polityki zdrowotnej. Jest tak np., w Austrii, Belgii, Niemczech i Szwajcarii.

W wielu krajach, takich jak Finlandia, Niemcy, Islandia, Irlandia, Włochy, Luksemburg i Szwecja, ochotnicze badania na aids są rutynowo proponowane więzniom, systematyczne badania tego typu w więzieniach nie są zalecane.

Obowiązkowe są badania w takich krajach jak Belgia i Chorwacja. W Belgii obowiązkowe badania hiv są zgodne z prawem. Seroprewalencja hiv wśród uwięzionych narkomanów sięga 6,4%.

Większość krajów informuje, iż posiada specjalne programy leczenia narkomanów i edukacji o aids, przeznaczone dla więźniów. W Chorwacji leczenie metadonem jest dostępne w więziennych szpitalach. W Irlandii metadon jest oferowany przez służby medyczne osobom, które leczone były przed uwięzieniem. Na Malcie, partnerzy więzienni, którzy wymagają detoksykacji są badani, a następnie leczeni metadonem, jeśli jest to wskazane. W Szwajcarii możliwość leczenia metadonem jest dostępna w kilku więzieniach.

We Francji, regionalne centra usług medyczno-psychologicznych organizują leczenie narkomanów i akcje zapobiegania narkomanii wśród więźniów. Niektórzy narkomani stosujący iniekcje także uczestniczą w programach edukacyjnych w zakresie narkomanii i aids w więzieniach. W Grecji, Wydział Psychiatrii Uniwersytetu Ateńskiego planuje wprowadzenie programów edukacji o aids dla więźniów, przy współpracy ministerstwa zdrowia. W niektórych miastach holenderskich (Haga, Alkmaar, Utrecht), kursy w zakresie zapobiegania aids oferowane są dla więźniów partnerów i strażników. We Włoszech, stworzono specjalne programy zapobiegania rozprzestrzenianiu się aids w więzieniach; włączone są tutaj wysiłki na rzecz leczenia i zapobiegania narkomanii w więzieniach i kursy dla specjalistów medycznych pracujących w więzieniach. W Serbii wprowadzono ogólne programy zapobiegania i leczenia narkomanii dla partnerów więziennych. W Luksemburgu, rozpoczęto specjalny

program pilotażowy, by nawiązać kontakt z partnerami więzieniowymi, którzy używają narkotyków i chcą pomocy. W Szwecji, wszystkie ośrodki odosobnienia mają pracowników socjalnych, którzy dostarczają informacji i psychologicznego wsparcia więziennym partnerom.

Kształcenie personelu medycznego leczącego narkomanów i chorych na aids.

W miarę, jak system lecznictwa obejmuje co raz więcej narkomanów chorych na aids, konieczny staje się rozwój usług medycznych i kształcenie personelu, tak by potrafił on oferować zwarte i efektywne leczenie. W wielu krajach ustanowiono programy dla służby medycznej, na poziomie lokalnym lub centralnym. Programy te mają na celu kształcenie służb medycznych, by mogły one nabyć kwalifikacje niezbędnych dla opieki nad pacjentami, którzy są narkomanami stosującymi iniekcje, są hiv-seropozytywni, lub mają aids. Takie narodowe programy kształcenia stworzono np. w Austrii, Belgii, Francji, Niemczech i Szwajcarii. W Austrii, ministerstwo zdrowia zorganizowało i sfinansowało podyplomowe kursy nt. narkomanii i aids dla personelu leczącego narkomanów.

Ministerstwo zdrowia Francji, od roku 1987 ma krajowy program dla wszystkich pracowników służby zdrowia zajmujących się narkomanami i pacjentami z aids. W dziewięciu regionach Francji, program ten zachęca do wymiany informacji i współpracy między centrami. W ciągu ostatnich pięciu lat, w Niemczech było kilka narodowych programów kształcenia personelu leczącego pacjentów z hiv i chorych na aids. Ogólne programy kształcenia pracowników otwartych i zamkniętych placówek leczenia narkomanów.

Ostatnio, narodowy program kształcenia pracowników społecznych, pielęgniarek, lekarzy i innego personelu włączonego w opiekę nad narkomanami stosującymi iniekcje, powołano w Szwajcarii. Od roku 1988, sieć wykładowców zorganizowała kursy nt. aids dla pracowników centrów leczenia w piętnastu regionach Holandii. Obecnie, około osiemdziesiąt procent spośród nich przeszło przez przynajmniej podstawowy program kształcenia o aids.

We Włoszech, wysoki priorytet nadany jest kształceniu pracow-

ników służby zdrowia, którzy leczą narkomanów chorych na aids, zwłaszcza profesjonalistów z placówek leczenia chorób infekcyjnych, centrów leczenia narkomanów i z więzień.

W Norwegii, kształcenie pracowników służby zdrowia na temat hiv/aids istnieje od kilku lat. Początkowo na kursach podawano tylko informacje przedmiotowe, lecz od czterech lat nacisk jest kładziony na sposoby zachęcania pacjentów wysokiego ryzyka do zmiany stylu życia.

W Finlandii, pracownicy służby zdrowia odpowiedzialni za leczenie narkomanów, którzy są hiv-seropozytywni biorą udział w ogólno-skandynawskich programach współpracy w tej dziedzinie. W Belgradzie, Instytut Narkomanii przeprowadził pewną ilość krótkich kursów dla lekarzy, psychologów, pracowników socjalnych, oraz pielęgniarek pracujących z narkomanami hiv-seropozytywnymi lub chorymi na aids. W ostatnim roku, przeprowadzili oni ponadto, we współpracy ze Światową Organizacją Zdrowia, jednotygodniowy, interdyscyplinarny kurs nt. narkomani i aids, dla uczestników pochodzących z Serbii, Macedonii, Bośni i Hercegowiny.

W Chorwacji, lekarze ogólni, psychiatrzy, psycholodzy, pielęgniarki i nauczyciele kształceni są w szpitalach i w „Republikańskim Centrum Uzależnień”. Na Malcie, istnieje system doksztalcania dla pracowników. Inne świadczenia dla narkomanów rozwijają się szybko, ale raporty donoszą, iż brakuje wykształconego personelu, by odpowiednio świadczenia te ukierunkować.

W Luksemburgu, pracowników służby zdrowia kształcono nt. aids tylko w ograniczonym zakresie, ale istnieją plany rozszerzenia kształcenia zarówno na temat narkomanii, jak i aids.

Wnioski.

Informacje przedstawione w tym raporcie nie są jednolite, nie zawiera on danych o wielkiej części tego regionu, takim jak kraje byłego ZSRR, nie przedstawia także całościowego obrazu sytuacji i podejmowanych działań w krajach przedstawianych w raporcie. W następnym raporcie będziemy dążyć do uzyskania bardziej całościowego obrazu. Pomimo tych braków, przedstawiony materiał pokazuje, iż aids wśród narkomanów jest bardzo poważnym pro-

blemem z zakresu zdrowia publicznego. Pokazuje on także, iż wiele społeczeństw musi zrozumieć ukryte tu niebezpieczeństwa, a następnie przedsięwziąć wiele działań, by wpływać na bieg wypadków. Efektywne programy prewencyjne skierowane na tą grupę, mogą mieć wielki wpływ na przebieg epidemii. Ostatnie lata pokazały, iż zmiana zachowań wśród narkomanów nie jest celem nierealistycznym. W gruncie rzeczy, miał miejsce znaczący spadek zachowań ryzykownych związanych z hiv. Jest prawdopodobne, iż intensyfikacja programów promocji zdrowia w tej grupie będzie miała dalsze pozytywne efekty. Wielkie możliwości prewencji aids istnieją zwłaszcza w krajach Europy centralnej i wschodniej, gdzie obecnie, zarówno narkomania i infekcje hiv mają, ogólnie, niskie wskaźniki rozpowszechnienia.

Tłumaczył: Jan Kolbowski

PIŚMIENNICTWO

1. The European Centre For the Epidemiological Monitoring Of AIDS: WHO-EC Collaborating Centre On AIDS; 'AIDS Surveillance In Europe'; Quarterly Report No. 32; 31 December 1991
2. Des Jarlais, D.C.; 'Observations on the Stabilization of HIV Seroprevalence Among Injecting Drug Users'; Drug Addiction and AIDS; 2-7
3. Brenner, H., Goos, C., Hernando-Briongos, P., 'AIDS Among Drug Abusers In Europe: Review of Recent Developments'; 1991
4. Scully, M., Pomeroy, L., Johnson, Z., Johnson, H., and Barry, A.; 'Observed Patterns of HIV Related Risk Behaviour Amongst Intravenous Drug Users Attending a Dublin Needle Exchange in Its First Year'; Drug Addiction and AIDS: 368-371
5. Tagliamonte, A., Maremmanni, I., Meloni, D., 'Methadone Maintenance: A Medical Approach to Heroin Addiction'; Drug Addiction and AIDS: 178-186
6. National Adult Of Drug Misuse Statistic: Drug Misuse In Britain; 1990; Published by the Institute for the Study of Drug Dependence ISDD)
7. Article from **The Independent**; 20/3/1990

8. 'Uk Action on Drug Misuse: The Government's Strategy'; April 1990
9. Home Office Statistical Bulletin: 'Statistics of the Misuse of Drugs – Addicts Notified to the Home Office, United Kingdom, 1989'; Issue 7/90 – 19 March 1990
10. Home Office Statistical Bulletin: 'Statistics of the Misuse of Drugs – Seizures and Offenders Sealt With, United Kongdom, 1989; Issue 24/90 – 6 September 1990
11. Ingold, François-Rodolphe MD, et al; 'Prostitution in Relation to Drug Use and AIDS Prevention: An Ethnographic Approach and Methodological Discussion'; CEWG December 1990; Pafes 451-458
12. Ingold, François-Rodolphe, Psychiatris, IREP et al; 'A Brief Analysis of Cocaine Trends In France Followed By Preliminaty Findings Of An HIV Transmission Study Among Prostitutes In Paris'; June 1990; Pages II 77-82
13. Facy, Françoise; 'Suivi Epidemiologique Des Programmes Experimentaux De Prevention Des Risques De Transmission Du VIH Chez Les Usagers De Drogues Par Voie Interaveineuse Avec Echange De Seringues'; INSERM U.302; Convention Avec La Direction Générale De La Sante Division SIDA; 3-9