



CELVEDIS ADATU UN ŠĻIRČU PROGRAMMU UZSĀKŠANAI UN VADĪŠANAI



**World Health
Organization**



UNAIDS

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS

UN-HCR
UNICEF
WFP
UNDP
UNFPA

UNODC
ILO
UNESCO
WHO
WORLD BANK



UNITED NATIONS
Office on Drugs and Crime

PVO bibliotēkas katalogizācijas dati

Ceļvedis adatu un šļirču programmu uzsākšanai un vadīšanai

„Šo rokasgrāmatu sagatavojusi AIDS projektu vadības grupa (APMG)”.--Pateicības.

1. Adatu apmaiņas programmas. 2. Kopēju adatu lietošanas nelabvēlīgās sekas. 3. HIV infekciju profilakse un kontrole. 4. Injicējamo narkotiku lietošanas izraisītie sarežģījumi. I.Pasaules Veselības organizācija. HIV/AIDS nodaļa.

ISBN 978 92 4 159627 5 (NLM klasifikācija: WC 503.6)

© Pasaules Veselības organizācija 2007

Visas tiesības patur autors. Pasaules Veselības organizācijas (PVO) publikācijas var iegūt, sūtot pieprasījumu uz šādu adresi: *WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland* (tālr.: +41 22 791 3264; fakss: +41 22 791 4857; e-pasts: bookorders@who.int). Lūgumus atļaujai reproducēt vai tulkot PVO publikācijas pārdošanas vai nekomerciālos nolūkos sūtīt uz iepriekš norādīto adresi (fakss: +41 22 791 4806; e-pasts: permissions@who.int).

Šajā publikācijā izmantotie apzīmējumi un materiāla izklāsts neatspoguļo Pasaules Veselības organizācijas viedokli par valstu, teritoriju, pilsētu un apgabalu juridisko statusu un to varas iestādēm, kā arī attiecībā uz to robežu noteikšanu vai robežām. Pārtrauktās līnijas kartēs iezīmē aptuvenas robežas, par kurām nav panākta pilnīga vienošanās.

Konkrētu uzņēmumu un to produkcijas pieminēšana nenozīmē, ka Pasaules Veselības organizācija tos apstiprina vai iesaka, tādējādi dodot priekšroku salīdzinājumā ar citiem līdzīgiem uzņēmumiem un produkciju, kas šajā izdevumā nav minēti. Kļūdas un izlaidumi nav iespējami, patentētu ražojumu nosaukumi rakstīti ar lielajiem burtiem.

Pasaules Veselības organizācija ir veikusi nepieciešamos piesardzības pasākumus, lai pārbaudītu šajā izdevumā ietvertu informāciju. Neskatoties uz to, publicētais materiāls tiek izplatīts bez nekādas garantijas. Lasītājam jāuzņemas atbildība par materiāla interpretāciju un lietošanu. PVO nekādā gadījumā nav atbildīga par zaudējumiem, ko var izraisīt materiāla izmantošana.

Iespiests Ženēvā

CEĻVEDIS ADATU UN ŠĻIRČU PROGRAMMU UZSĀKŠANAI UN VADĪŠANAI

Pasaules Veselības organizācija, HIV/AIDS nodaļa

PATEICĪBAS

Šo rokasgrāmatu sagatavojusi AIDS projektu vadības grupa (APMG), sarakstījis Deivs Barovs (*Dave Burrows*); 1. nodaļas izstrādē palīdzējis dr. Niks Volšs (*Nick Walsh*). Materiālu rediģējis konsultants Džeimss Būsroids (*James Boothroyd*) un Anete Verstere (*Annette Verster*), palīdzējusi Džiliana Arbertolli (*Jillian Albertolli*) Džosa Perienša (*Jos Perriens*) (PVO HIV/AIDS nodaļa) pārraudzībā. Pasaules Veselības organizācija pateicas arī Tehnisko uzziņu grupai, ko izveidoja, lai tās dalībnieki palīdzētu sagatavot šīs pamatnostādnes, izsakot komentārus par to projektiem:

Džimijs Dorabji (*Jimmy Dorabjee*), Melburna, Austrālija
Arasš un Kamiars Alaei (*Arash un Kamiar Alaei*), Kermanšaha, Irāna
Rūta Bēdžina (*Ruth Birgin*), Liliāna Roka (*Lillian Rock*), Austrālija
Deivs Pēčess (*Dave Purchase*), Takoma, ASV

Pasaules Veselības organizācija pateicas Austrālijas Starptautiskās attīstības aģentūrai un Nīderlandes Veselības ministrijai par lielo ieguldījumu šī dokumenta izstrādē. Tā pēdējo versiju pārskatījuši arī ANO Narkotiku un noziedzības biroja HIV nodaļas darbinieki Kristians Krolls (*Christian Kroll*), Monika Bega (*Monica Beg*) un Pols Viljams (*Paul Williams*).

SATURS

A. Kādēļ šis ceļvedis?	7
B. Pēc kādiem principiem jāvadās adatu un šļirču programmās?	7
C. Kādi elementi nodrošina adatu un šļirču programmu efektivitāti?	8
D. Kur jāsāk pakalpojumu sniegšana?	10
E. Kā jāsniedz pakalpojumi?	10
II PROGRAMMAS UZSĀKŠANA	11
A. Plānošana, izmantojot <i>SMART</i> mērķus	11
B. Kādus pakalpojumus un preces sniegt?	13
C. Krājumu (preču) pasūtīšana, uzglabāšana un izdalīšana	15
D. Pakalpojumu sniegšanas veidi	17
E. Darbinieku un brīvprātīgo pieņemšana darbā un apmācība	21
F. Vienoti kontroles procesi, uzraudzība	23
G. Advokācija (popularizēšana un interešu aizstāvība): pirmie soļi	24
H. Stratēģija un procedūras	26
III PAKALPOJUMU KLĀSTA IZVEIDE	29
A. Jaunu pakalpojumu pievienošana	29
B. Izglītošana	29
C. Pirmā palīdzība, brūču kopšana un vakcinācija	34
D. Narkomānijas ārstēšana	35
E. HIV pārbaudes un konsultācijas	37
F. Seksuāli transmisīvo infekcijas slimību ārstēšana	37
G. HIV pacientu aprūpe, ārstēšana un atbalsts	39
H. Sociālais un juridiskais atbalsts	40
A. Programmas personāla pārvaldība	42
B. Ārējo attiecību pārvaldība	43
C. Uzraudzība kvalitātes nodrošināšanai	45
D. Aptvēruma mērīšana	46
E. Kontroles un novērtēšanas izmantošana programmu popularizēšanai un plānošanai	48
F. Ieteikumi kaitējuma mazināšanas efektivitātes palielināšanai	48
IV ADATU UN ŠĻIRČU PROGRAMMAS SLĒGTA TIPA IESTĀDĒS	50
VI NODERĪGAS TĪMEKĻA VIETNES, PUBLIKĀCIJAS UN SADARBĪBAS TĪKLI	54
A. PVO tīmekļa vietne un publikācijas	54
B. Citas tīmekļa vietnes un publikācijas	55

C. Sadarbības tīkli	57
VII PIELIKUMI.....	58
A PIELIKUMS: PROGRAMMAS PLĀNS	58
B PIELIKUMS: KRĀJUMU PĀRVALDĪBAS VEIDLAPA	59
C PIELIKUMS: IETEIKUMI DROŠAI RĪCĪBAI AR ADATĀM UN ŠĻIRCĒM.....	63
D PIELIKUMS: PIEMĒRI DARBA PIENĀKUMU APRAKSTIEM.....	64
E PIELIKUMS: PASĀKUMU ZIŅOŠANAS VEIDLAPA.....	65
F PIELIKUMS: VADLĪNIJAS RĪCĪBAI PĒC SADURŠANĀS AR ADATU	66
G PIELIKUMS: UZVEDĪBAS MAIŅAS POSMI UN PALĪDZĪBA KATRĀ POSMĀ	67
H PIELIKUMS: IZGLĪTOŠANAS METODES	69
I PIELIKUMS: IZGLĪTOJOŠI VĒSTĪJUMI PAR DROŠU INJICĒŠANOS.....	70
J PIELIKUMS: INSTRUKCIJAS INJICĒŠANAS PIEDERUMU TĪRĪŠANAI.....	72
K PIELIKUMS: IZGLĪTOJOŠI NORĀDĪJUMI PĀRDOZĒŠANAS NOVĒRŠANAI.....	73
VIII PIEZĪMES UN ATSAUCES	74

I KĀPĒC, KAS, KUR, KĀ?

A. Kādēļ šis ceļvedis?

HIV transmisija injicējamo narkotiku lietotāju, seksa industrijā nodarbināto, jauniešu un citu mazaizsargātu grupu vidū visās pasaules valstīs rada papildu slogu šīs infekcijas izplatības ierobežošanai. Divdesmit gadu laikā veiktie zinātniskie pētījumi liecina, ka adatu un šļirču programmas *novērš, kontrolē un samazina HIV un citu ar asinīm pārnesamu infekciju izraisītas slimības injicējamo narkotiku lietotāju vidū*. Šīs programmas darbojas vairāk nekā 60 valstīs visos pasaules reģionos, tomēr tiek lēsts, ka tikai mazāk nekā 2% injicējamo narkotiku lietotājiem ir pieejamas sterilas adatas un šļirces, ko piedāvā adatu un šļirču programmas [1]. Šo programmu nepieciešamība, to loma HIV izplatības ierobežošanā injicējamo narkotiku lietotāju vidū un apstiprinājums to efektivitātei atspoguļots šādos dokumentos:

- ▶ *Sterilu adatu un šļirču programmu efektivitāte HIV/AIDS izplatības samazināšanā injicējamo narkotiku lietotāju vidū*. Ženēva, Pasaules Veselības organizācija (PVO), 2005 (Pierādījumi rīcībai HIV/AIDS izplatības ierobežošanai; tehnisks dokuments un politikas norādījumi saistībā ar injicējamām narkotikām);
- ▶ Vodaks A., Kūnijs A. Sterilu adatu un šļirču programmu efektivitāte (un citi raksti) *Pierādījumi rīcībai: Starptautiskais narkomānijas apkarošanas politikas žurnāls*, īpašs numurs, 2005, S31-S44;
- ▶ *Ceļvedis poliku un programmu izstrādei HIV/AIDS izplatības ierobežošanai injicējamo narkotiku lietotāju vidū un aprūpe*. Ženēva, PVO, 2005;
- ▶ *Popularizēšanas ceļvedis: HIV/AIDS izplatības ierobežošana injicējamo narkotiku lietotāju vidū*. Ženēva, PVO, 2004.
- ▶ *HIV infekcijas izplatības ierobežošana injicējamo narkotiku lietotāju vidū augsta riska valstīs: Pierādījumu izvērtējums*. Nacionālo akadēmiju medicīnas institūts (2006) Vašingtona D.C.: Nacionālā akadēmiskā prese.

Šis ceļvedis ir izstrādāts, lai palīdzētu izvērst cīņu pret HIV izplatību injicējamo narkotiku lietotāju vidū pasaules mērogā. Lai to paveiktu, jāizveido daudz vairāk adatu un šļirču programmu. Ceļveža I un II nodaļas mērķis ir veicināt šo procesu. Daudzām esošajām programmām jāizvērs piedāvātie pakalpojumi un ievērojami jāpalielina to aptvērums. III un IV nodaļā ir izklāstīts, kā to paveikt. Programmu paplašināšanas koncepcijā jāietver arī adatu un šļirču programmu izveide ieslodzījuma vietās un īslaicīgās aizturēšanas izolatoros. Programmu nepieciešamība šādā „slēgtā vidē” iztirzāta V nodaļā. Ceļveža beigās ietverts noderīgu tīmekļa vietņu, publikāciju un sadarbības tīklu saraksts, kā arī pielikumi un piezīmes.

B. Pēc kādiem principiem jāvadās adatu un šļirču programmās?

Izmantojamie principi un pieejas cīņā pret HIV izplatību injicējamo narkotiku lietotāju vidū skaidri formulēti ANO narkotiku kontroles konvencijās, Deklarācijā par galvenajiem principiem narkotiku pieprasījuma mazināšanā un ANO Cilvēktiesību un veselības veicināšanas politikās. Šajos dokumentos uzsvērti zemāk norādītie faktori.

- Cilvēktiesību aizsardzība ir būtiska HIV izplatības ierobežošanā, jo cilvēki kļūst neaizsargātāki pret šo infekciju, kad netiek ievērotas viņu ekonomiskās, veselības, sociālās un kultūras tiesības. Tāpat soda sankciju izmantošana, kas balstās uz

kriminālā tiesiskuma pasākumiem, vēl vairāk pasliktina to cilvēku stāvokli, kuriem visvairāk nepieciešami profilakses un aprūpes pakalpojumi.

- Adatu un šļirču programmas veido visaptverošas kaitējuma mazināšanas paketes galveno sastāvdaļu. Šī pakete ietver pasākumus šādu trīs mērķu sasniegšanai: 1) sniegt informāciju un līdzekļus injicējamo narkotiku lietotājiem sevis, savu partneru un ģimenes locekļu pasargāšanai no inficēšanās ar HIV. Viņi saņem mērķtiecīgu izglītojošu informāciju no ielu darbiniekiem, prezervatīvus, sterilus injicēšanas piederumus, kā arī viņiem ir iespēja brīvprātīgi veikt HIV testus un saņemt konsultācijas; 2) veicināt ārstēšanās uzsākšanu no narkotiku atkarības, it īpaši uzsākt farmakoterapiju tiem, kas atkarīgi no opioīdiem; un 3) mudināt citu veselības aprūpes pakalpojumu izmantošanu, tostarp primāro aprūpi un antiretrovirālo terapiju [2].
- HIV izplatības ierobežošana injicējamo narkotiku lietotāju vidū jāsāk pēc iespējas ātrāk, jo vīruss var ātri izplatīties gan šajā grupā, gan ārpus tās.
- Rīcība jābalsta uz narkotiku lietošanas rakstura un apjoma regulāru izvērtējumu, kā arī uz HIV infekcijas tendencēm un veidiem.
- HIV izplatības ierobežošanas pasākumi jebkurā valstī būs efektīvi, ja tie sasniegs pēc iespējas vairāk personu riska grupās.
- HIV izplatības ierobežošanas un narkotiku pieprasījuma samazinājuma programmas jāiekļauj plašākās sociālās labklājības un veselības veicināšanas politikās, kā arī profilaktiskās izglītības programmās.
- Efektīvai rīcībai HIV izplatības ierobežošanā injicējamo narkotiku lietotāju vidū nepieciešams iesaistīt šos cilvēkus visos programmu izstrādes un ieviešanas posmos.
- HIV izplatības ierobežošanas un narkotiku atkarības ārstēšanas programmu ietvaros jānodrošina brīvprātīgas konsultācijas, kā arī HIV un citu infekcijas slimību pārbaudes, lai palīdzētu narkotiku lietotājiem mainīt uzvedību, kas apdraud viņus pašus un citus cilvēkus.
- HIV izplatības ierobežošanas programmās jākoncentrējas arī uz injicējamo narkotiku un citu vielu lietotāju seksuālā riska uzvedību.
- Ielu darbs, līdzbiedru izglītība (*peer education*) un īpaši pasākumi ārpus parastās pakalpojumu sniegšanas vides un darba stundām bieži vien ir nepieciešami, lai sasniegtu injicējamo narkotiku lietotājus, tostarp arī ieslodzītos, jauniešus, sievietes un seksa industrijā nodarbinātos.
- Elastīga, viegli pieejama farmakoterapija opioīdu aizstāšanas terapija un citi narkomānijas ārstēšanas pakalpojumi ir ārkārtīgi būtiski, lai apmierinātu injicējamo narkotiku lietotāju vajadzības.
- Injicējamo narkotiku lietotājiem, kuriem ir HIV, un viņu ģimenēm jānodrošina aprūpe un atbalsts, iesaistot arī vietējo sabiedrību.

C. Kādi elementi nodrošina adatu un šļirču programmu efektivitāti?

Adatu un šļirču programmas atšķiras gan to atrašanās vietas ziņā (injicējamo narkotiku lietotāju kopienās vai to tuvumā), gan darba laika, gan ar injicēšanas piederumu izsniegšanas politiku, gan klientūras, gan attiecīgajā grupā lietoto narkotiku ziņā. Dažās programmās uzmanība pievērsta ielu darba pakalpojumiem un alternatīviem avotiem adatu un šļirču izsniegšanā (tādiem kā adatu un šļirču automātiem), bet citās nē. Sociālais, politiskais un ekonomiskais konteksts, kādā darbojas šīs programmas, ir atšķirīgs katrā konkrētajā vietā. Tas pats sakāms par ārstniecības un sociālo pakalpojumu pieejamību cilvēkiem, kuri ir atkarīgi no narkotikām un kuriem ir HIV vai kuriem pastāv risks ar to inficēties. Neskatoties uz šo dažādo situāciju, efektīvām adatu un šļirču programmām ir skaidrs redzējums attiecībā uz sasniedzamo mērķi un tām ir kopīgas īpašības [3]:

Plašs aptvērums. Vietās, kur pastāv spēcīga pretošanās kaitējuma mazināšanas pasākumiem, iespējams, vajadzētu veikt adatu un šļirču programmu pilotpētījumus. Šo programmu nepieciešamība ir neapstrīdama, tādēļ par iedzīvotāju veselību atbildīgajām iestādēm pēc iespējas ir jāizstrādā visaptverošas programmas. Adatu un šļirču programmas jāplāno un jāīsteno ar skaidru mērķi samazināt inficēšanos ar HIV injicējamo narkotiku lietotāju vidū visā ģeogrāfiskajā teritorijā. Pretējā gadījumā pastāv risks, ka tās var kļūt par programmām, kurām ir tikai neliela vai nav nekāda ietekme uz HIV epidēmiju.

Rūpīgi izvērtējumi. Dažreiz var rasties apstākļi, kad adatas un šļirces nepieciešamas nekavējoties. Visos pārējos gadījumos vislabāk ir veikt rūpīgu situācijas izvērtējumu, jo tas uzlabos programmas efektivitāti un ilgtspēju. Izvērtējumā jāiekļauj narkotiku lietošanas radītās problēmas un faktori, kas tās ietekmē vietējā līmenī. Tajā jāietver nelabvēlīgās sekas, ko narkotiku lietošana atstāj uz veselību, kā arī jānorāda iespējamie resursi, kas varētu būt pieejami, lai attiecīgi reaģētu uz šīm problēmām. Izvērtējumā jāmin arī veiktie pasākumi sociālā, politiskā un ekonomiskā jomā. Tam jānodrošina pamats adatu un šļirču programmu uzsākšanai. PVO/UNAIDS paredz rīkus, kas palīdz šajā darbā, piemēram, ātrās novērtēšanas un reaģēšanas metodoloģiju (*rapid assessment and response (RAR)*) [4].

Kopienas mobilizācija. Efektīvas adatu un šļirču programmas jau pašā sākumā iesaista injicējamo narkotiku lietotājus lēmumu pieņemšanas procesā: izvērtējumu veikšanā, plānošanā, programmas atrašanās vietas izvēlē, preču veidu un sniedzamo pakalpojumu izvēlē utt. Vēlams, lai programmas vadītu konsultatīvās padomes, kurās pārstāvētas ieinteresētās personas un injicējamo narkotiku lietotāji, kas saņems pakalpojumus (sk. tekstu rāmītī „Adatu un šļirču programmu izstrāde kopā ar narkotiku lietotājiem: Austrālijas pieredze”, IIA nodaļa).

Ātra uzsākšana. Programmas jāuzsāk nekavējoties, lai injicējamo narkotiku lietotāji varētu saņemt palīdzību pirms HIV tālākas izplatības.

Visaptverošas, elastīgas, viegli pieejamas. Adatu un šļirču programmu pasākumi vien nevar ierobežot HIV un citu slimību izplatību, tādēļ tām jāsniedz visaptveroši, labi koordinēti un elastīgi pakalpojumi, lai uzlabotu injicējamo narkotiku lietotāju veselību un labklājību. Pakalpojumus bieži vien sniedz vairākās vietās ar atšķirīgu darba laiku, nodrošinot piekļuvi steriliem injicēšanas piederumiem un citiem pakalpojumiem.

Produkcijas klāsts. Efektīvas adatu un šļirču programmas bez sterilām adatām un šļircēm piedāvā arī citas lietas, kas pielāgotas vietējām vajadzībām. Tās var būt vīriešu un sievietes prezervatīvi, lubrikanti, filtri, spirta tamponi, sterils ūdens, skābinātāji, karotes, nepārduramas kārbas lietotājiem injicēšanas piederumiem, žņaugi, vitamīni, recepšu vai bezrecepšu medikamenti, pārtika, apģērbs un izglītojoši materiāli (sk. II nodaļu).

Dubulti mērķi. Programmu pakalpojumi vērsti ne tikai uz injicējamo narkotiku lietotājiem, bet arī uz viņu seksa partneriem.

Uzraudzība. Programmu rezultātus nepārtraukti izvērtē, lai izprastu klientu vajadzības.

Ielu darbs. Efektīvas adatu un šļirču programmas paredz piekļuvi narkotiku lietotājiem vietās, kur viņi dzīvo, lieto vai pērk narkotikas.

Cienā. Programmas respektē injicējamo narkotiku lietotājus un viņu ģimenes locekļus, nodrošina cienīgu izturēšanos un iejūtību saistībā ar kultūras, rasu, etniskām un dzimumu atšķirībām.

Izglītība. Programmas izmanto visas pieejamās iespējas injicējamo narkotiku lietotāju izglītošanai par riskiem, ar ko viņi saskaras, un programmu sniegtajiem pakalpojumiem, lai palīdzētu viņiem mazināt šos riskus.

Popularizēšana, advokācija. Efektīvas adatu un šļirču programmas izmanto stratēģisko popularizēšanu, lai pārliecinātu politiķus, politikas veidotājus, policiju, veselības aprūpes iestādes, plašsaziņas līdzekļus un citus, lai nodrošinātu labvēlīgu vidi savam darbam.

Ilgspēja. Programmas meklē atbalstu, gūst finansējumu, apmāca darbiniekus un sniedz mērķtiecīgus pakalpojumus tā, lai tās varētu darboties ilgtermiņā.

D. Kur jāsāk pakalpojumu sniegšana?

Veiksmīgām adatu un šļirču programmām ar labi apmācītiem darbiniekiem un lieliem sterilu injicēšanas piederumu krājumiem nebūs nekādas ietekmes uz HIV epidēmiju, ja to pakalpojumus neizmanto daudz injicējamo narkotiku lietotāju. Mazumtirdzniecībā pastāv trīs svarīgi faktori: atrašanās vieta, atrašanās vieta un atrašanās vieta. Lai gan adatu un šļirču programmas nav mazumtirgotāji, tomēr pētījumi liecina, ka to nepiemērota atrašanās vieta nelabvēlīgi ietekmē programmu efektivitāti. Turpretī ērta atrašanās vieta dod iespēju nodrošināt lielu aptvērumu [5].

Tieši tāpēc liela uzmanība jāpievērš programmu atrašanās vietu izvēlei, neatkarīgi no tā, vai tās ir stacionāras adatu un šļirču programmu atrašanās vietas, ielu darbinieku uzturēšanās vietas vai centrālie biroji vai arī vietas, kur mobilās vienības apstājas. Labas atrašanās vietas ir tur, kur dzīvo injicējamo narkotiku lietotāji vai šo vietu tuvumā, vai arī tur, kur tām viegli var piekļūt ar sabiedrisko transportu. Tās tiek izvietotas citu adatu un šļirču piegādātāju, piemēram, aptieku tuvumā, bet ne pārāk tuvu policijas iecirkņiem un citām vietām, kas uzskatāmas par nedraudzīgām injicējamo narkotiku lietotājiem [6].

E. Kā jāsniedz pakalpojumi?

Adatu un šļirču programmu pakalpojumu sniegšanai ir trīs galvenie veidi [7]:

- Stacionāra atrašanās vieta: vieta, kur injicējamo narkotiku lietotāji var nākt, lai atnestu lietotos injicēšanas piederumus un saņemtu jaunus, kā arī izmantotu citus pakalpojumus;
- Mobilie pakalpojumi: pakalpojumus sniedz autofurgonā vai autobusā. Parasti tiek ievērots viens un tas pats maršruts, kā arī apstāšanās laiks vairākās vietās;
- Ielu darbs: darbinieki pārvietojas pa ielām vai citām vietām (piem., dodas uz dzīvokļiem), izsniedzot tīras adatas un šļirces un savācot lietotos injicēšanas piederumus, lai tos pēc tam iznīcinātu.

Daudzas efektīvākās programmas izmanto vairākus injicēšanas piederumu izsniegšanas veidus, tostarp šļirču automātus un aptiekas. Sīkākai informācijai par izsniegšanas veidiem skatīt II D nodaļu.

II PROGRAMMAS UZSĀKŠANA

Adatu un šļirču programmu uzsākšana ietver programmas plāna izstrādi. Tajā jāiekļauj pasākumu laika grafiks, nepieciešamo darbinieku skaita noteikšana un darba pienākumu aprakstu izveide, nepieciešamo krājumu izvēle un to daudzuma aprēķini, galveno stratēģiju un procedūru izstrāde, kā arī uzraudzības un atskaitīšanās pamatprincipi.

A. Plānošana, izmantojot *SMART*¹ mērķus

Programmas plānā jānorāda galvenie uzdevumi un to izpildes laiks. Sākotnējo plānu parasti izstrādā laikposmam no sešiem līdz divpadsmit mēnešiem. Piemēram, plāna pirmajos trīs mēnešos paredzēts īstenot stacionāru adatu un šļirču programmu un izveidot ielu darbinieku komandu (pēc ātrās novērtēšanas un reaģēšanas metodoloģijas izmantošanas un situācijas apzināšanas).

Programmu plāni var būt arī daudz sarežģītāki, piemēram, Granta (stabiņu) diagrammas un speciālu datorprogrammu izstrādātas shēmas. Tomēr vissvarīgākais ir sakārtot uzdevumus hronoloģiskā secībā. Piemēram, darbiniekus var apmācīt tikai tad, kad tie pieņemti darbā; ielu darbu var veikt tikai pēc atbilstošu drošības procedūru un pasākumu izstrādes; adatas un šļirces nevar pasūtīt, kamēr nav aprēķināts, cik noteikta veida adatu un šļirču būs nepieciešams.

Plānos skaidri jāformulē mērķi un uzdevumi, lai programmu īstenotāji un izvērtētāji varētu novērtēt, vai un cik lielā mērā konkrētās adatu un šļirču programmas mērķi ir sasniegti. Bieži gadās, ka jaunizveidotās adatu un šļirču programmās noteikti neskaidri vai nesasniedzami mērķi. Šī iemesla dēļ programmās ir ieteikts izmantot mērķu kopumu, kas ir specifisks attiecīgajai pilsētai vai rajonam un atbilst *SMART* kritērijiem. Ja 60% injicējamo narkotiku lietotāju ir regulāri apmeklējuši (vismaz vienu reizi mēnesī pēdējo 12 mēnešu laikā) konkrēto adatu un šļirču programmu, tad tas tiek uzskatīts par labu aptvērumu [8].

SMART mērķi ir šādi:

- **Konkrētums:** programmas mērķi ir skaidri formulēti;
- **Izmērāmība:** rezultātus var izmērīt, neveltot daudz resursu izpētei un novērtēšanai;
- **Sasniedzamība:** mērķi ir izaicinoši, bet ne pārāk ambiciozi, ņemot vērā pieejamos cilvēku, finanšu un citus resursus;
- **Atbilstība:** mērķi ir noderīgi programmas galvenā mērķa sasniegšanai;
- **Ierobežojums laikā:** noteiktais laika ierobežojums paredz laikposmu programmas mērķu sasniegšanai; pretējā gadījumā mērķus nevarēs izmērīt.

SMART mērķis adatu un šļirču programmai teritorijā, kurā uzturas 10 000 injicējamo narkotiku lietotāju, varētu būt šāds: „Regulāri (vismaz reizi mēnesī ar attiecīgiem injicēšanas piederumiem un pakalpojumiem (abi jādefinē)) aptvert 20% injicējamo narkotiku lietotāju konkrētajā rajonā (ap 2000), īstenojot programmas pasākumus pirmajā gadā”.

¹ Angļu akronīmu *SMART* veido pieci vārdi: *specific* – konkrēts, *measurable* – izmērāms, *achievable* – sasniegams, *relevant* – atbilstošs un *time-constrained* – ierobežots laikā (tulk.).

Līdzīgus *SMART* mērķus var noteikt arī turpmākajiem gadiem arī attiecībā uz kvalitāti un kvantitāti. Kvalitātes mērķa piemērs ir šāds: „Saņemt ne vairāk kā trīs sūdzības mēnesī par darbinieku attieksmi pret klientiem”. Saistībā ar šo mērķi tiek pieņemts, ka ir izstrādāta skaidra sūdzību iesniegšanas un izskatīšanas kārtība, par ko ir informēti klienti, kuri tiek mudināti iesniegt sūdzības. (Sūdzību skaitu paredz lielāku par nulli, jo vienmēr būs kāds, kas sūdzēsies, lai cik laba būtu pati programma. Jāņem vērā, ka mērķis ir saņemt sūdzības par darbinieku attieksmi pret klientiem, nevis par pakalpojumu vai konkrēta veida injicēšanas piederumu trūkumu, kas iespējams saistīts ar ierobežoto finansējumu, ko darbinieki nevar kontrolēt.)

Apakšnodaļā „Standartizēti uzraudzības procesi” izklāstīta uzraudzība *SMART* mērķu sasniegšanai.

Adatu un šļirču programmu izstrāde kopā ar narkotiku lietotājiem: Austrālijas pieredze

Efektīvas adatu un šļirču programmas iesaista savus klientus plānošanas un aktivitāšu izstrādes procesā.

Tomēr jāņem vērā, ka narkotiku lietotāju iesaistīšana var izrādīties diezgan sarežģīta. Piemēram, sava dzīvesveida dēļ viņiem ir grūti pavadīt trīs stundas sanāksmē. Nereti notiek tā, ka vienu „drošu” injicējamo narkotiku lietotāju (t.i., tādu, kurš nesagādā pārāk daudz problēmu) uzaicina uz konsultatīvās grupas sanāksmēm. Tas noved pie narkotiku lietotāju šķietamas iesaistīšanas pretstatā ietverošai pieejai. Ietveroša pieeju var nodrošināt organizējot regulāras tikšanās ar vietējiem injicējamo narkotiku lietotājiem (pieāvājot picu vai citas pievilcīgu maltīti), lai kopā ar konsultatīvo grupu apspriestu jautājumus, ko izvirza divi vai vairāki šīs grupas pārstāvji. Tādējādi tiek izveidota atgriezeniskā saite, t.i., narkotiku lietotāju pārstāvji informē lielāku grupu savu līdzbiedru par katrā sanāksmē apspriestajiem jautājumiem un iegūst informāciju turpmāk diskutējamām tēmām.

Lai gan šāda pieeja prasa vairāk laika, tā nodrošinās kvalitatīvu programmas darbu [9]. Kopš 1980to gadu sākuma inficēšanās ar HIV injicējamo narkotiku lietotāju vidū Austrālijā ir zemā līmenī. Pētījumu rezultāti liecina, ka narkotiku lietotāji ir daudz paveikuši šīs infekcijas kontrolei. Visās nacionālajās un provinču komitejās, kā arī valsts un nevalstiskajās organizācijās, kas risina HIV un hepatīta jautājumus, kā aktīvi biedri darbojas arī narkotiku lietotāju organizāciju pārstāvji. Katrā štatā un teritorijā ir vismaz viena narkotiku lietotāju organizācija, ko finansē no valsts līdzekļiem, lai nodrošinātu, ka injicējamo narkotiku lietotāju viedoklis tiek uzklauts saistībā ar ierosinātajām politiku vai prakses izmaiņām, it īpaši attiecībā uz adatu un šļirču programmām.

Lai uzzinātu vairāk par jaunākajām teorijām klientu iesaistē kaitējuma mazināšanas pakalpojumu izveidē, lasiet Džona Zibela (*Jon Zibbell*) rakstu izdevumā *International Journal on Drug Policy* [10, 11].

B. Kādus pakalpojumus un preces sniegt?

Pamatā katra adatu un šļirču programma nodrošina adatas un šļirces injicējamo narkotiku lietotājiem, tomēr, kā jau iepriekš minēts, efektīvas programmas piedāvā ko vairāk: sākot ar prezervatīviem un beidzot ar dūrienizturīgām kārbām, žņaugiem, zālēm, pārtiku, apģērbu un izglītojošiem materiāliem [12]. Pirms attiecīgu produktu izvēles programmu vadītājiem vajadzētu apsvērt zemāk minētās variantus.

Adatas un šļirces. Jāizsniedz tādas adatas un šļirces, kādas nepieciešamas vietējiem narkotiku lietotājiem. Ja iespējams, viņus jānudina pāriet uz vienreizējas lietošanas viengabala (integrētās) šļircēm ar integrētu adatu, piemēram 1 ml insulīna ievadīšanai paredzētajām šļircēm. Vairums adatu un šļirču programmu piedāvā dažāda veida adatas un šļirces, kas piemērotas dažādu narkotiku ievadīšanai un atbilst narkotiku lietotāju vēlmēm.

Šļirces ar speciāliem adatu aizsargmehānismiem (*auto-destruct syringes*) nav ieteicams izmantot adatu un šļirču programmām. Šādu šļirču lietderība ir atkarīga no tā, cik lielā mērā tās aizstāj vai papildina esošos injicēšanas piederumus un vai tās ir pieņemamas injicējamo narkotiku lietotājiem. Aptaujās ir konstatēts, ka injicējamo narkotiku lietotājiem Amerikas Savienotajās Valstīs, dažās Eiropas valstīs un Austrālijā šādas šļirces nepatīk [13].

Prezervatīvi. Vieni no lielākajiem riskiem inficēties ar HIV ir nedroši anālie un vaginālie dzimumsakari, kas saistīti ar ieplīsušu gļotādu vai dzimumorgānu čūlošanos (ko parasti izraisa dažas seksuāli transmisīvās infekcijas). Lateksa prezervatīvi ir ļoti efektīvi, lai

mazinātu iespēju inficēties ar HIV šādu dzimumsakaru laikā, tādēļ programmu ietvaros ieteicams izdalīt vīriešu prezervatīvus. Ja ir iespējams un klientiem ir pieņemami sieviešu prezervatīvi, tad var tikt izsniegti arī šādi prezervatīvi.

Filtri. Injicējamo narkotiku lietotāji bieži izmanto cigarešu filtrus (vai kokvilnu, vati, tamponus vai cigarešu tinamo papīru) kā filtru starp adatas galu un injicējamo šķīdumu, lai narkotiku neizšķīdušās daļiņas un citi piemaisījumi neiekļūtu šļircē un pēc tam vēnās. Ierasta prakse ir saglabāt lietotos filtrus, izspiest tos vai „izmazgāt”, lai iegūtu pietiekami šķīduma vēl vienai injekcijai. Šāda prakse veicina HIV un citu vīrusu izplatību. Filtri aiztur tikai lielas daļiņas no iekļūšanas šļircē, bet tiem cauri izklūst tādi nelieli organismi kā baktērijas, tādēļ ieteicams izdalīt filtrus, kuriem vienas poras diametrs ir 0,22 μm (micrometri). Ja tas nav iespējams (jo šādi filtri var būt pārāk dārgi), tad adatu un šļirču programmām jānodrošina vismaz kokvilnas filtri.

Sterils ūdens. Daudzi injicējamo narkotiku lietotāji izmanto kopīgu ūdens trauku vai arī neattīrītu ūdeni (lietus ūdeni vai notekūdeņus), lai sagatavotu narkotikas injicēšanai. Ja ūdens trauku izmanto vairāk nekā viens cilvēks, tad neliels daudzums narkotiku lietotāju asiņu var sajaukties ar ūdeni un palielināt HIV un citu vīrusu transmisijas risku. Nesterilā vai kopīgi lietotā ūdenī var atrasties baktērijas, kas izraisa citas veselības problēmas, piemēram, ādas abscesus un endokardītu. Tieši tāpēc adatu un šļirču programmām pēc iespējas jānodrošina vienreizējas lietošanas sterila ūdens ampulas, kurās ir pietiekami ūdens, lai sajauktu narkotikas injicēšanai. Ampulas pēc atvēršanas vairs nevar aizvērt, tādējādi tiek izslēgta iespēja inficēties un ampulu izmantot vēlreiz.

Spirta tamponi. Injicējamo narkotiku lietotāji izmanto spirtā samērcētus tamponus, lai dezinficētu ādu pirms injekcijas un notīrītu asinis no pirkstiem un citām vietām pēc injekcijas. Izsniedzot tamponus klientiem, adatu un šļirču programmas pasargā narkotiku lietotājus no abscesiem un citām baktēriju infekcijām.

Karotes. Pulvera vai tablešu veida narkotikas jā sajauc ar ūdeni, lai iegūtu injicējamo šķīdumu. Sajaukšanas procesam izmanto karoti. Dažreiz nepieciešams karsēt narkotikas, lai šķīdums iegūtu injicēšanai nepieciešamo konsistenci. Karsēšanai izmanto karotes un dažreiz arī pudeļu korķus, tādēļ programmu ietvaros ieteicams izsniegt tērauda karotes.

Dūrienizturīgi konteineri. Adatu un šļirču programmām jānodrošina izlietoto adatu un šļirču savākšana un iznīcināšana. Šim nolūkam nepieciešams apgādāt darbiniekus ar dūrienizturīgiem konteineriem, kur ielikt lietotās adatas un šļirces. Ieteicams šādus konteinerus piedāvāt arī narkotiku lietotājiem, lai viņi tajos varētu ievietot izmantotos injicēšanas piederumus mājās vai injicēšanas vietās un pēc tam droši nogādāt uz programmas izveidoto savākšanas vietu.

Skābinātāji. Injicējot tādas nešķīstošas narkotikas kā brūnais heroīns vai kreka kokaīns, dažreiz vispirms jāpievieno skābe, lai izveidotos sāls. Relatīvi droši skābinātāji ir tīra askorbīnskābe, citronskābe vai etiķskābe, kas ne vienmēr ir pieejami. Šādos gadījumos injicējamo narkotiku lietotāji izmanto citronu sulu vai etiķi. Šīs šķidrās skābes var veicināt noteiktu baktēriju un sēnīšu veidošanos un izraisīt tādas infekcijas kā sirds endokardītu un acu endoftalmītu, kas izraisa aklumu. Ja narkotiku lietotāji izmanto skābinātājus, tad programmu darbiniekiem viņiem jāizsniedz vienreizējas lietošanas iepakojumi ar citronskābi vai askorbīnskābi.

Žņaugi. Vairums injicējamo narkotiku lietotāju injekcijas laikā izmanto žņaugu – auklas gabalu, ādas vai auduma jostu, kā arī kakla lakatiņu. Šie priekšmeti nav pietiekami elastīgi un tos ātri atlaižot var rasties ādas vai vēnas traumas, kā arī asins un šķīdumu ieplūšana apkārtējos audos. Bez tam tos ir grūti notīrīt, ja tie notašķās ar asinīm. Adatu un šļirču programmu ietvaros ieteicams izdalīt plānus, elastīgus žņaugus.

Balinātājs un citi dezinfekcijas līdzekļi. Balinātāju un citu līdzekļu izmantošana adatu un šļirču dezinficēšanai ir pretrunīga. Laboratorijās ir konstatēts, ka balinātājs efektīvi tīra adatas un šļirces, kurās ir asinis ar HIV vīrusu. Inficētas šļirces izskalošana tikai ar ūdeni samazina iespēju inficēties ar HIV par 70%. Vislabākos rezultātus (vairāk par 95%) var iegūt, izmantojot neatšķaidītu balinātāju vai sekojošu metodi [14]: divreiz izskalot adatu un šļirci ar tīru ūdeni, divreiz ar neatšķaidītu balinātāju un divreiz ar tīru ūdeni. Neviena no šīm metodēm pilnībā nenogalina HIV vīrusu vai nenovērš inficēšanos ar to. Pētījumi liecina, ka „2 x 2 x 2” metodi maz pielieto ārpus laboratorijām. Ja narkotiku lietotājiem nav injicēšanas piederumu un viņi izmanto kāda cita lietotāja adatu un šļirci, ne vienmēr tiek ievērota iepriekš aprakstītā dezinfekcijas procedūra. Pastāv teorija, ka daudzās valstīs, kur HIV izplatība injicējamo narkotiku lietotāju vidū ir zema, bet C hepatīta izplatība – augsta, tiek izmantotas dezinficēšanas metodes, nevis sterilas adatas un šļirces katrai injekcijai. 2005. un 2007. gadā PVO ieteica izsniegt balinātāju tikai kā papildinājumu pārējai programmai, papildus sniedzot saprotamu informāciju par balinātāja ierobežoto iedarbīgumu un izskaidrojot efektīvas sterilizācijas instrukcijas [15].

Citi pakalpojumi. III nodaļā aprakstīti pakalpojumi, kuri jāsniedz adatu un šļirču programmu darbiniekiem vai jāpalīdz klientiem piekļūt šādiem pakalpojumiem, izmantojot citas iestādes. Te jāmin izglītojošas informācijas sniegšana, pirmā palīdzība abscesu vai citu vieglu slimību gadījumos, narkomānijas ārstēšana it īpaši farmakoterapija, brīvprātīgu HIV testu veikšana (ieskaitot konsultācijas pirms un pēc pārbaudēm), seksuāli transmisīvo infekciju diagnosticēšana un ārstēšana, kā arī antiretrovirālā terapija un zāles ar HIV saistītu oportūnistisku infekciju ārstēšanai. Iespēju robežās jāsniedz juridiskais un sociālais atbalsts, aprūpe un atbalsts HIV inficētiem injicējamo narkotiku lietotājiem, kā arī jānodrošina piekļuve narkotiku lietotājiem draudzīgai veselības aprūpei. Nepieciešamības gadījumā šiem pakalpojumiem var pievienot arī citus.

C. Krājumu (preču) pasūtīšana, uzglabāšana un izdalīšana

Programmas darbības pirmajā gadā grūtības varētu sagādāt adatu un šļirču daudzuma aprēķināšana, jo jāskatās ar nezināmiem faktoriem. Tie varētu būt šādi: laiks, kas nepieciešams programmas atrašanās vietas izvēlei, darbinieku pieņemšana darbā, pilsētas varas iestāžu un policijas regulatīvo prasību izpildīšana, sazināšanās ar injicējamo narkotiku lietotājiem un viņu pieņemšana darbā (šis faktors dažādās vietās ir atšķirīgs), kā arī sezonālās atšķirības injicēšanas piederumu pieprasījuma ziņā. Lai aprēķinātu nepieciešamo adatu un šļirču daudzumu, var izmantot ātrās novērtēšanas un reaģēšanas metodoloģiju, nosakot injicējamo narkotiku lietotāju skaitu. Jārēķinās, ka no kopējā apzinātā injicējamo narkotiku lietotāju skaita, pakalpojumi pirmā gada laikā varētu būt jāsniedz aptuveni 10%. Piemēram, ja pilsētā ir 10 000 injicējamo narkotiku lietotāju, tad programmai regulāri jāapkalpo vismaz 1000 lietotāju līdz pirmā gada beigām. Lai programma efektīvi darbotos narkotiku lietotāju uzvedības maiņas jomā, tad regulārajiem klientiem jāsaņem vismaz trīs adatas un šļirces nedēļā (vai vidēji 3000 adatas un šļirces nedēļā). Aptuvenie aprēķini augšminētajai situācijai:

1. – 3. mēnesis (izveides posms):
0 nedēļā: 0

4. – 6. mēnesis (sākuma posms):
Vidēji 500 nedēļā x 13 nedēļas: 6500

7. – 9. mēnesis:
Vidēji 1500 nedēļā x 13 nedēļas: 19 500

10. – 12. mēnesis:
Vidēji 2500 nedēļā x 13 nedēļas²: 32 500

Aprēķins gadam (pirmais gads): 58 500

Lai gan šie aprēķini balstās uz adatu un šļirču programmu izveidi daudzās valstīs, tomēr jāņem vērā, ka tos nevar piemērot katrai situācijai. Piemēram, rajonos, kur ir mazāk par 1000 injicējamo narkotiku lietotāju, dažu programmu darbinieki līdz 12. mēnesim bija piekļuvuši 40% vai pat vairāk narkotiku lietotāju. Trīs adatas un trīs šļirces regulāram klientam nedēļā nav optimālais rādītājs. Daudzos ceļvežos un valstu stratēģijās par adatu un šļirču nodrošināšanu norādīts, ka mērķis ir izsniegt katram narkotiku lietotājam sterilus injicēšanas piederumus katrai injekcijai. Tas ir apsveicami, bet pat pasaulē vislielākās adatu un šļirču programmas vēl nav varējušas sasniegt šo mērķi. Jāatceras, ka šis aprēķins attiecas tikai uz pirmo gadu. Programmas turpmākajos darbības gados regulāri jāpiekļūst arvien vairāk narkotiku lietotāju, līdz ar to jāpalielina arī izsniedzamo adatu un šļirču skaits uz klientu.

Papildu sarežģījumus var radīt fakts, ka injicējamo narkotiku lietotāji var pieprasīt dažāda veida adatas un šļirces atkarībā no injicējamām narkotikām, lietotāja vēnu stāvokļa, kopienas normām, personīgās izvēles utt. Daudzos gadījumos programmu vajadzībām tiek iegādātas nepiemērotas šļirces, kuras narkotiku lietotāji nevar izmantot narkotiku injicēšanai. Tādējādi tiek izniekoti līdzekļi un samazinās arī narkotiku lietotāju uzticība programmu darbiniekiem. Ieteicams [16] veikt narkotiku lietotāju aptauju par viņiem nepieciešamajām adatām un šļircēm. Iegūtos rezultātus jāizmanto iepriekšminētajos aprēķinos. Piemēram, ja aptaujas rezultāti liecina, ka 40% injicējamo narkotiku lietotāju izmanto 2ml šļirci, 50% - 1ml šļirci un 10% - 5ml šļirci, tad šos pašus procentuālos rādītājus izmanto, aprēķinot ikmēneša budžetu šļirču iegādei. Programmā jāiekļauj arī papildus budžets (10% vai vairāk no kopējā adatu un šļirču iepirkuma budžeta), lai pēc programmas darbības uzsākšanas nepieciešamības gadījumā varētu koriģēt šos procentus.

Līdzīgus aprēķinus vajadzēs veikt arī attiecībā uz citiem izdalāmajiem piederumiem. Katrai izdalītai šļircei vajadzētu pievienot vienu spirta tamponu, sterila ūdens ampulu, karoti un filtru. Izglītojošus materiālus (neskaitot uzlīmes uz injicēšanas piederumiem utt.) parasti rēķina vienu uz katru šļirci programmas darbības pirmajos mēnešos. Vēlāk šo skaitu samazina (viens uz 20 šļircēm), jo lielākā daļa klientu šo materiālu jau ir saņēmusi. Šī iemesla dēļ regulāri jāizstrādā jauni izglītojoši materiāli. Prezervatīvu izplatīšana ir atšķirīga dažādās kultūrās un jāņem vērā arī lietoto narkotiku veidu. Prezervatīvi būs vajadzīgi divreiz mazāk nekā adatas un šļirces (ja liela daļa klientu ir seksta industrijā nodarbināto, tad prezervatīvu skaits pārsniegs šļirču skaitu). Katram prezervatīvam līdzīgi jānodod viens lubrikanta iepakojums. Ja tiks sniegti pirmās medicīniskās palīdzības un citi pakalpojumi, tad jāaprēķina arī pārsēju, zāļu un citu medicīnas piederumu daudzums.

² Lai gan šī modeļa ietvaros adatu un šļirču programmai jāizdala vismaz 3000 adatu un šļirču nedēļā līdz 12. mēnesim, programmai jātiecas sasniegt šo mērķi 10. un 11. mēnesī. Tādējādi vidējais adatu un šļirču daudzums šajos trijos mēnešos ir 2500 adatu un šļirču nedēļā.

Īpaši pasākumi krājumu pārvaldībai

Katras adatu un šļirču programmas veiksmīgu darbību nosaka tas, cik labi tiek organizēta adatu, šļirču un citu krājumu pasūtīšana, piegāde, uzglabāšana un iznīcināšana. Tieši tādēļ visiem darbiniekiem nepieciešamas minimālas zināšanas, kā tas darāms. Lietvedības un uzraudzības sistēmas regulāri jāpārskata, it īpaši gadījumos, kad pakalpojumu klāsts palielinās. Šajā jomā pieļautās kļūdas var būt liktenīgas. Āzijā kāda adatu un šļirču programma pārtrauca darbību uz vairākiem mēnešiem, jo tai pietrūka izsniegšanai nepieciešamo injicēšanas piederumu. Tas notika, kad no darba aizgāja programmas vadītājs, kurš bija atbildīgs par pasūtījumu veikšanu. Vietējie narkotiku lietotāji arvien biežāk sāka izmantot kopīgus injicēšanas piederumus, kā rezultātā īsā laikā HIV izplatība šīs grupas vidū divkāršojās.

Lai izvairītos no problēmām, jāizstrādā krājumu pārvaldības sistēma un jāveic tās regulāras pārbaudes. Svarīgi, lai programmas vadītājs visu laiku būtu informēts par adatu, šļirču un citu piederumu krājumiem. Vienmēr ir svarīgi pārliecināties, lai krājumā būtu vairāk preču nekā nepieciešams, jo piegādes dažādu iemeslu dēļ var aizkavēties. Dažas organizācijas veido svarīgāko piederumu krājumus trim mēnešiem. Minimālie krājumi regulāri jāpārskata, lai pārliecinātos, ka tie ir pietiekami, it īpaši, ja pakalpojumu klāsts tiek palielināts. B pielikumā ir krājumu pārvaldības veidlapa, ko var izmantot lielākā daļa programmu.

Katrai adatu un šļirču programmai nepieciešami noteikumi par izlietoto injicēšanas piederumu transportēšanu un iznīcināšanu. Šie piederumi var radīt nopietnu risku programmas darbiniekiem, tādēļ programmai jāuzņemas atbildība par visu iznīcināšanas procesu, sākot ar lietotu piederumu savākšanu no injicējamo narkotiku lietotājiem līdz to pilnīgai iznīcināšanai. Sk. C pielikumu.

D. Pakalpojumu sniegšanas veidi

Stacionāras atrašanās vietas

Stacionāras adatu un šļirču programmas ir visvienkāršākās no visiem iespējamiem variantiem. Stacionāru programmu videi jābūt draudzīgai pakalpojumu lietotājiem, tomēr nedrīkst aizmirst arī par darbinieku drošību un piemērotām noliktavas telpām. Stacionārā atrašanās vietā ir vieglāk piedāvāt tādas papildu pakalpojumus kā veselības aprūpi, HIV pārbaudes un konsultācijas par HIV un hepatītu. Vislabāk, ja ir iespējams nodrošināt atsevišķas telpas katra piedāvātā pakalpojuma sniegšanai. Nereti šādās telpās iepriekš ir bijuši biroji vai veikali, tādējādi tur jau ir gatava pieņemšanas telpa un kabineti aiz tās. Pieņemšanas telpu var izmantot ienākušie klienti, to var lietot jaunu injicēšanas piederumu izsniegšanai un lietoto saņemšanai. Dziļāk esošās telpas var izmantot kā noliktavas, konsultāciju un medicīniskās palīdzības kabinetus, kā arī individuālai un grupu izglītībai, darbinieku sanāksmēm utt.

Stacionāru adatu un šļirču programmu atrašanās vietu parasti izveido, ja situācijas novērtēšana liecina par atklātu narkotiku pirkšanu un pārdošanu uz ielām un parkos vai par lielu skaitu injicējamo narkotiku lietotāju kādā pilsētas daļā. Piemēram, ja izvērtējumā konstatēts, ka aptuveni 10% no pilsētas 2000 injicējamo narkotiku lietotāju ierodas šajā rajonā katru dienu un kontaktējas ar citiem 30 – 40% pilsētas narkotiku lietotāju, tad šajā vietā vai tās tuvumā varētu uzsākt stacionāru adatu un šļirču programmu. Ideālā variantā pakalpojumi būtu pieejami katru dienu tajā laikā, kad šajā pilsētas vietā pulcējas visvairāk narkotiku lietotāju. Pirms tam gan jāpārliecinās, vai telpas ir pieejamas un piemērotas.

Telpu atrašanās vietu un to lielumu nosaka sākotnējā izvērtējuma rezultāti. Jāņem vērā tādi faktori kā potenciālais apmeklētāju skaits; kur injicējamo narkotiku lietotāji dzīvo, pērk un pārdod narkotikas; sabiedriskā un personīgā transporta pieejamība; iedzīvotāju blīvums; sniedzamie pakalpojumi un programmas darbinieku skaits.

Stacionārām adatu un šļirču programmām jābūtu birojā ar slēdzamām durvīm, lai tur varētu turēt datoru, dokumentu mapes, rakstīt ziņojumus, glabāt skaidru naudu un citas svarīgas lietas. Noliktavas telpai arī jābūt ar slēdzamām durvīm. Lai gan daudzas adatu un šļirču programmas izmanto savu biroju konsultāciju un medicīnas pakalpojumu sniegšanai, tas var sagādāt neērtības gan klientiem, gan darbiniekiem. Šī iemesla dēļ citu pakalpojumu sniegšanai ieteicams izmantot atsevišķas telpas, kur atrastos vieta arī privātām konsultācijām.

Ērta atrašanās vieta ir viens no svarīgākajiem faktoriem stacionārām adatu un šļirču programmām. Adatu un šļirču programmas nereti uzsāk darbību dīvainās un nepiemērotās vietās. Piemēram, viena šāda programma atradās lielas slimnīcas trešajā stāvā bez jebkādam norādēm. Narkotiku lietotājiem vajadzēja vērsties pie apsargiem un medmāsām, lai atrastu attiecīgās telpas. Šādi šķēršļi var izrādīties ļoti nopietni, jo narkotiku lietotāji tādās vietās neatgriežas un iesaka arī saviem draugiem neizmantot programmas pakalpojumus. Narkotiku lietotāji pret programmām bieži izturas ar aizdomām, tādēļ viņi pēc iespējas ātrāk grib iekļūt to telpās un tikpat ātri no tām arī izkļūt. Viņi vēlas saglabāt anonimitāti. Šo iemeslu dēļ stacionārām adatu un šļirču programmu atrašanās vietām varētu ierīkot divas durvis – vienas ieejai un otras – izejai.

Mobilās programmas

Šo programmu pakalpojumus parasti sniedz, izmantojot furgonu vai autobusu. Furgonā parasti ir šoferis un vismaz viens darbinieks, kas izsniedz un savāc injicēšanas piederumus pa aizmugures durvīm vai logu. Lielu autobusi darbojas līdzīgi stacionārām vietām. To priekšpusē notiek adatu un šļirču apmaiņa, bet aizmugurē atsevišķās telpās tiek sniegtas konsultācijas, medicīnas un citi pakalpojumi. Mobilie pakalpojumi parasti izmaksā dārgāk nekā stacionārie, jo jāiegādājas un jāuztur transportlīdzeklis, kā arī papildus ir nepieciešamas biroja un noliktavas telpas, kā arī garāža, degviela, automašīnas apdrošināšana u.c.

Mobilie pakalpojumi ir vairāk pieņemami vietējiem iedzīvotājiem, kuri iebilst pret stacionāru programmu vietu izveidi savas dzīvesvietas tuvumā. Ja sākotnējā izvērtējumā noskaidrots, ka narkotiku lietotāji uzturas attālu viens no otra, tad adatu un šļirču programmas plānotājiem jāizvēlas, vai izveidot divas vai vairākas stacionāras pakalpojumu vietas (kā to dara lielās pilsētās), vai mobilos pakalpojumus. Pēdējos dažreiz izveido paralēli stacionārām vietām, kas darbojas rajonos, kur uzturas daudz narkotiku lietotāju vai ar kurām ir laba sabiedriskā transporta satiksme. Savukārt, mobilās vienības dodas uz vietām, kur ir mazāk narkotiku lietotāju.

Kādēļ maķedonieši izvēlējās mobilo adatu un šļirču programmu?

Bijušās Dienvidslāvijas Republikas Maķedonijas pilsētai Skopjei ir neērts ģeogrāfiskais izvietojums un tajā ir slikts sabiedriskais transports, tādēļ injicējamo narkotiku lietotājiem bija sarežģīti nokļūt adatu un šļirču programmas vietā. Ceļā uz šo vietu un atpakaļ tās klienti saskārās ar policijas naidīgu attieksmi, kas, savukārt, atturēja narkotiku lietotājus no došanās uz turieni. Ielu darba komanda kopā ar lietotājiem mēģināja novērst šos šķēršļus, tomēr šī komanda arī regulāri saskārās ar policijas negatīvo attieksmi. Tas, savukārt, sarežģīja tīru injicēšanas piederumu piegādi klientiem un atgriešanos programmas telpās ar lietotājiem piederumiem. Turklāt pastāvīgās bailes no policijas radīja arī narkotiku lietotāju neuzticību

pret ielu darbiniekiem. Pastāvēja risks, ka narkotiku lietotāji var viņiem uzbrukt, jo potenciālie klienti neuzticējas nevienam, kas viņiem tuvojās. Šie faktori noveda pie mobilo pakalpojumu izveides Skopjē, tādējādi atrisinot daudzas iepriekšminētās problēmas.

Pirms mobilo pakalpojumu uzsākšanas svarīgi ir pievērsties tādiem jautājumiem kā transportlīdzekļa izmērs un tā grafiks. Transportlīdzeklim jābūt pietiekami lielam, lai viens vai divi darbinieki varētu ērti sēdēt tā aizmugurē un izsniegt injicēšanas piederumus, kā arī saņemt lietotos. Tas ir ārkārtīgi svarīgi valstīs ar aukstu klimatu. Transportlīdzekļa izvēli nosaka arī programmas budžets, paredzētie pakalpojumi, klientu skaits un stāvvietas (vai garāžas) pieejamība. Grafikum jābūt reālam, ņemot vērā satiksmes sastrēgumus un laiku, kad visticamāk narkotiku lietotāji izmantos sniegtos pakalpojumus. Jāparedz laiks arī transportlīdzekļa regulārai tehniskai apkopei, jo tā salūšanas gadījumā cilvēki paliks bez injicēšanas piederumiem, tādējādi graujot uzticību programmai. Šoferiem arī jāprot strādāt ar lietotājiem un viņiem jābūt labi apmācītiem, jo pat neliela avārija, pēc kuras jāremontē transportlīdzeklis, var pārtraukt pakalpojumu sniegšanu. Jāveic pasākumi, lai krājumus varētu papildināt drošās un ērti piebraucamās vietās. Mobilās adatu un šļirču programmas grafiks pietiekami jāreklamē, lai injicējamo narkotiku lietotāji zinātu, kad un kur to meklēt.

Ielu darba programmas

Visvienkāršākās šāda veida programmās darbojas viens cilvēks, kas dodas uz dzīvokļiem, kur pulcējas narkotiku lietotāji. Viņam somā ir jauni injicēšanas piederumi, dūrienizturīga kārba lietotajām adatām un šļircēm, kā arī dažas brošūras. Ielu darbs ir visvienkāršākais no trim programmas veidiem, ar ko sākt darbu, bet dažkārt to var būt grūti īstenot. Ielu darba metodes var izmantot, ja sākotnējā izvērtējumā konstatēts, ka lielākā daļa injicējamo narkotiku lietotāju injicējas dzīvokļos, ka policijas veikto pasākumu dēļ lietotāji baidās pulcēties vienā vietā vai gadījumos, kad narkotiku lietotāju kopiena ir izkliedēta. Ielu darbu var izmantot arī gadījumos, kad programmām ir neliels finansējums. Šo veidu izmanto Kalkutā, Indijā, kur mazas narkotiku lietotāju grupas atrodas dažādās pilsētas vietās un kur narkotikas atklāti nepērk un nepārdod. Nereti ielu darbs papildina pakalpojumus, ko sniedz stacionārās un mobilās adatu un šļirču programmas. Tas notiek gadījumos, ja daudzi lietotāji neizmanto piedāvātos pakalpojumus. Tad ielu programmas darbinieki kontaktējas ar narkotiku lietotājiem un mudina viņus vairāk izmantot visaptverošus pakalpojumus. Ielu darba programmas var ātri uzsākt, tām ir zemas izmaksas un tajās var darboties viens cilvēks. Diemžēl ielu darbam vien būs ierobežota efektivitāte, jo tas piedāvā mazāk izglītošanas iespēju un citu pakalpojumu, kam nepieciešams vairāk laika un privātuma. Jāveic arī papildu piesardzības pasākumi, lai garantētu ielu darbinieku drošību, jo gan pakalpojuma lietotāji, gan policija pret viņiem var izturēties naidīgi.

Šļirču automāti

Nīderlande, Vācija, Itālija un Austrālija izmanto šļirču automātus kā atbalsta mehānismu adatu un šļirču programmām. Šļirču automātos var izmantot monētas vai žetonus (vai lietotu šļirci, ja ir uzstādīts šļirču apmaiņas automāts) un saņemt „kaitējuma mazināšanas komplektu”. Austrālijā šajā komplektā iekļautas vairākas adatas un šļirces, spirta tamponi, vate, sterils ūdens un karote. Bieži vien šajos komplektos ir iekļauti izglītojoši materiāli, kas dažreiz izvietoti uzlīmju veidā uz komplektiem. Automāti ir piestiprināti pie sienām tādā augstumā, lai bērni nevarētu aizsniegt monētu spraugu. Uz tiem nav īpašu apzīmējumu, izņemot lietošanas instrukcijas un adatu apmaiņas logo (divas aplī izvietotas bultas – viena sarkana, otra balta, bez nekāda teksta; narkotiku lietotāji šo logo uzreiz atpazīst). Automātu saturs nav redzams, lai nepiesaistītu nelietotāju uzmanību. Automāti bieži ir piestiprināti pie stacionāro adatu un šļirču programmu ēku ārējām sienām, daži tiek piestiprināti arī vietās,

kur nav citu iespēju iegūt adatas un šļircēs. Tie darbojas 24 stundas diennaktī, septiņas dienas nedēļā. Austrālijas pieredze šļircēnu automātu lietošanā kopš 1990. gada ir atspoguļota vairākos pētījumos [17].

Automāti jāizvieto tādās vietās, kur notiek injicēšanās un kur narkotiku lietotāji tiem var piekļūt, nebaudoties no policijas un citiem šķēršļiem. Diemžēl automātiem var rasties tehniskas problēmas, kas var izraisīt lietotāju neapmierinātību un pat vandālismu. Automātu uzstādīšanas gadījumā jāzina, kas būs atbildīgs par to uzpildīšanu un iztukšošanu, kā arī par uzturēšanu un remontu. Automātu iespējas sniegt programmas pakalpojumus ir ierobežotas. Tie nodrošina tikai iespēju iegūt un nodot injicēšanas piederumus, tāpēc tos vajadzētu uzskatīt kā papildinājumu citiem programmu veidiem.

Pakalpojumu veidi

Tā kā adatu un šļircēnu programmu galvenais mērķis ir palielināt injicējamo narkotiku lietotāju piekļuvi sterilām adatām un šļircēm konkrētā teritorijā, tad ar laiku varētu rasties nepieciešamība dažādot pakalpojumu sniegšanas veidus. Piemēram, Pleskavā, Krievijas Federācijā, 1998.gada augustā izveidoja stacionāru adatu un šļircēnu programmu, kuras pirmā darbiniece mēnesi vēlāk sāka darbu, veicot ielu darbu līdzbiedru vidū. Viņa bija injicējamo narkotiku lietotāja, precējusies ar čigānu, kurš arī bija aktīvs lietotājs un tajā laikā atradās cietumā. Izsniedzot tīras adatas un šļircēs, viņa piesaistīja jaunus ielu darbiniekus un brīvprātīgos, kas sākumā galvenokārt bija čigāni. Līdz 2003. gadam Pleskavas apgabala AIDS centra kaitējuma mazināšanas projektā darbojās jau 22 cilvēki, ieskaitot projekta direktoru, projekta koordinatore, ielu darba vadītāju, šoferi, sešus ielu darbiniekus, tostarp trīs bijušos injicējamo narkotiku lietotājus, un vienu aktīvu lietotāju, kā arī astoņus brīvprātīgos, kuri par savu darbu nesaņēma nekādu atlīdzību. Pašlaik Pleskavā adatu un šļircēnu pakalpojumus sniedz stacionāras programmas mobilā vienība, kas darbojas Pleskavā un tuvējā pilsētīnā, kā arī ielu darbinieki (uz ielām, dzelzceļa stacijā un narkotiku lietotāju dzīvokļos). Lielākā daļa adatu un šļircēnu tiek izsniegtas un apmainītas, izmantojot sekundāro izplatīšanu apmēram 50 dzīvokļos. Programmas sniedz sociālo palīdzību ielu darbiniekiem, ieskaitot palīdzību darba meklēšanā un iespējā strādāt uz pusslodzi. Ielu darbs notiek no 9.00 līdz 19.00 no pirmdienas līdz piektdienai. Ielu darba komanda satiekas katru dienu, lai ziņotu par paveikto.

Aptiekas

Aptieku adatu un šļircēnu programmām ir tā priekšrocība, ka daudzos rajonos jau ir izveidots aptieku tīkls (parasti aptieku ir vairāk un tās atrodas tuvāk lietotāju dzīves vietām nekā stacionārās programmas) un to darba laiks ir daudz piemērotāks narkotiku lietotājiem nekā stacionāro programmu darba laiks. Aptieku adatu un šļircēnu programmām tomēr ir arī trūkumi. Daudzi farmaceiti negrib sniegt pakalpojumus (vai pat pārdot injicēšanas piederumus) injicējamo narkotiku lietotājiem. Šo šķērslī varētu pārvarēt, informējot farmaceitus par viņu lomu HIV epidēmijas ierobežošanā un kontrolē. Aptiekas parasti ir privāti uzņēmumi, tādēļ to īpašniekiem parasti nepieciešams finansiāls stimuls, lai sniegtu pakalpojumus narkotiku lietotājiem. Vēl lielāks stimuls ir vajadzīgs, lai pārliecinātu farmaceitus iznīcināt lietotos injicēšanas piederumus. Aptieku adatu un šļircēnu programmas reti piedāvā izglītojošus un citus pakalpojumus.

Aptieku programmas darbojas dažādi. Dažas vienkārši pārdod adatas un šļircēs apmeklētājiem (tie var būt arī narkotiku lietotāji), citas izsniedz adatu un šļircēnu komplektus (vai injicēšanas komplektus) apmaiņā pret taloniem. Injicēšanas komplektos parasti ir vairākas adatas un šļircēs un pārējie injicēšanas piederumi. Austrālijā šādā komplektā ietilpst arī dūrienizturīgs trauks lietoto adatu un šļircēnu nogādāšanai uz to iznīcināšanas vietu.

Aptiekas var kalpot kā šo komplektu pārdošanas vai izdales vieta, vai arī kā izsniegšanas un iznīcināšanas vieta. Talonus lietotājiem izdala ielu darbinieki vai citas iesaistītās iestādes un tos var apmainīt pret injicēšanas piederumiem aptiekās, kas piekritušas piedalīties programmā.

Aptieku adatu un šļirču programmas, kas izsniedz injicēšanas komplektus, ir reti sastopamas, it īpaši zema ienākuma valstīs. Dažās attīstītās valstīs šādas programmas izmanto kā papildinājumu plašām adatu un šļirču programmām. Aptieku programmas, kas izmanto talonu sistēmas, arī ir retums. Šādas sistēmas ir pārbaudītas nesenos klīniskos izmēģinājumos jaunattīstības valstīs.

Aptiekas izsniedz tīras adatas un šļirces heroīna maršrutā

2002.gadā Ķīnas Ningmingas apgabalā, Guangksi provincē un Vjetnamas Langsonas provincē uzsāka pārrobežu HIV izplatības ierobežošanas projektu [18]. Šis Ķīnas un Vjetnamas robežreģions atrodas pie galvenā heroīna transportēšanas maršruta no Mjanmas, Laosas un Taizemes uz Honkongu. 2002. gadā veiktās injicējamo narkotiku lietotāju aptaujas liecina, ka HIV izplatība sastopama 46% Langsonas un 17% Ningmingas teritorijas. Projektā izmanto ielu darbinieku izdalītus talonus, ko var izmantot aptiekās [19]. Adatu un šļirču pārdošana Vjetnamas un Ķīnas aptiekās ir legāla, bet injicējamo narkotiku lietotājiem ir grūti pārliecināt farmaceitus pārdot viņiem injicēšanas piederumus. Abu valstu projekta komandas mēģināja panākt vienošanos ar „draudzīgām” aptiekām, kas atrodas vistuvāk robežai un vietās, kas ir ērtas lietotājiem, kuri bieži pulcējas populārās injicēšanās vietās. No Ķīnas puses piedalās četras aptiekas un divas klīnikas, bet no Vjetnamas puses – 22. Ķīnā katrs farmaceits, kas piedalās projektā, saņem noteiktu mēneša stipendiju, kā arī bezmaksas adatas un šļirces. Vjetnamā farmaceiti šādas stipendijas nesaņem, bet viņi saņem ikmēneša kompensāciju par apmainītajiem taloniem. Projekta ziņojumi liecina, ka, popularizējot šo ideju politiķu, policistu, farmaceitu un kopienu vadītāju vidū, talonu sistēma ir piesaistījusi daudz injicējamo narkotiku lietotāju un saskārusies tikai ar nedaudzām problēmām.

E. Darbinieku un brīvprātīgo pieņemšana darbā un apmācība

Adatu un šļirču programmu darbiniekiem jāorientējas vietējā situācijā, tiem jāpārstāv dažādas grupas un viņiem jābūt attiecīgām prasmēm, lai sasniegtu efektīvus rezultātus. Nopietni jāapsver, cik darbinieku būs nepieciešams, vai viņiem par darbu maksās, vai tie būs brīvprātīgie, vai arī abu variantu apvienojums. Jāizvērtē arī iespēja, vai pieņemt darbā cilvēkus, kas nelieto narkotikas, vai pieņemt pašreizējos vai bijušos narkotiku lietotājus, vai arī veidot jauktas grupas. Darbinieku izmaksas parasti ir izdevumu galvenā sastāvdaļa, tādēļ ir svarīgi, lai to skaits būtu minimāls un lai lielākā daļa darbinieku sniegtu pakalpojumus klientiem.

Maksāšanai par darbu ir savas priekšrocības. Adatu un šļirču programmas, kas ir pārgājušas no brīvprātīgiem uz apmaksātiem darbiniekiem, ir pierādījušas, ka darbinieka piesaiste ir palielinājusies un darba kvalitāte ir uzlabojusies. Vairums programmu ir konstatējušas, ka tikai brīvprātīgie vien nevar piedāvāt efektīvus pakalpojumus. Uz šo jautājumu jāpaveras no praktiskās puses. Cilvēki, kuriem nav citu iztikas līdzekļu, tostarp narkotiku lietotājiem un bijušajiem lietotājiem, nez vai gribēs vai varēs visu laiku strādāt par brīvu. Tai pašā laikā ir valstis un iestādes, kurās nav iespējams pieņemt darbā aktīvus narkotiku lietotājus kā pastāvīgus darbiniekus. Programmu veidotājiem ir jāapsver šie un citi faktori pirms galīgā lēmuma pieņemšanas. Vispārējs darba pienākumu apraksts iekļauts D pielikumā.

Darbinieku atlases kritērijus jāizstrādā, ņemot vērā darbinieka īpašības, kas nepieciešamas, lai strādātu adatu un šļirču programmā. Viena no svarīgākajām darbinieka īpašībām ir iegūt mērķauditorijas – injicējamo narkotiku lietotāju – uzticību. Citas svarīgas darbinieku īpašības un prasmes ir pozitīva un atvērta attieksme pret lietotājiem, zināšanas un pieredze par narkotiku lietošanu, kaitējuma mazināšanu un HIV, labas komunikācijas prasmes un pieredze konsultāciju sniegšanā.

Programmas komandu vajadzētu veidot no dažāda vecuma sievietēm un vīriešiem, kuriem ir dažāda etniskā piederība. Tas ir svarīgi, lai narkotiku lietotāji justos ērti vismaz ar dažiem komandas locekļiem. Programmas īstenotājiem arī jānovērtē, vai potenciālā darbinieka zināšanas un piekļuve narkotiku lietotāju tīkliem dos tai nepieciešamo ieguldījumu.

Potenciālos programmu darbiniekus var meklēt vietās, kur pulcējas injicējamo narkotiku lietotāji, narkomānijas ārstēšanas centros un citu pakalpojumu sniegšanas vietās, kas pieejamas narkotiku lietotājiem, kā arī visusskolās un augstskolās. Tos var meklēt arī bāros un klubos, kā arī ievietojot sludinājumus kopienas tirdzniecības vietās un plašsaziņas līdzekļos. Ja ir atrasts viens labs kandidāts, tad viņš vai viņa var meklēt citus kandidātus savu draugu un paziņu lokā.

Aktīvi narkotiku lietotāji var izrādīties efektīvi darbinieki, bet viņiem var rasties problēmas ar atkarību un darba noteikumu ievērošanu (piem., strādāt noteiktas stundas, būt uzticamam utt.). Turklāt injicējamo narkotiku lietotāji var būt pārāk saistīti ar savien līdzbiedriem, lai risinātu tādas nopietnus jautājumus kā nedroša injicēšana vai seksuālā uzvedība. Šos jautājumus dažreiz var atrisināt, veicot apmācību un sniedzot atbalstu (ieskaitot ciešu un rūpīgu uzraudzību) vai pieņemot darbā cilvēkus, kuri izgājuši metadona vai kādu citu aizstājterapiju.

Bijušie narkotiku lietotāji, iespējams, spēs labāk strādāt un varēs kalpot kā paraugs adatu un šļirču programmu klientiem. Bijušie lietotāji var izmantot savu pieredzi, lai palīdzētu pašreizējiem lietotājiem mainīt uzvedību. Bijušie lietotāji arī varētu izmantot personīgo pieredzi, dodot padomus un nosūtījumus ārstēties, kā arī viņi varētu sniegt atbalstu adatu un šļirču programmām ārstniecības iestādēs.

Tai pašā laikā pastāv zināmas problēmas. Bijušo lietotāju zināšanas par narkotiku lietošanu var būt novecojušas un viņiem varētu būt mazāk iespēju piekļūt narkotiku lietotājiem nekā aktīviem lietotājiem. Nedrīkst atstāt novārtā viņu personīgo drošību, jo viņi pastāvīgi saskaras ar narkotikām un to lietotājiem. Ja tam visam vēl pievieno darba radīto stresu, tad bijušie lietotāji var atsākt lietot narkotikas. Bijušajiem lietotājiem it īpaši nepieciešama personīga un profesionāla uzraudzība, kā arī vadības struktūra ar alternatīviem plāniem, lai pozitīvi reaģētu uz šiem riskiem. Turklāt nevar pieņemt, ka bijušie narkotiku lietotāji līdzjūtīgi izturēsies pret pašreizējiem lietotājiem un ka viņi nepieņems pārsteidzīgus un nepamatotus lēmumus. Bijušajiem narkotiku lietotājiem bija daudz kas jāmaina savā dzīvē, lai viņi kļūtu par nelietotājiem. Tas var izraisīt skarbu attieksmi pret pašreizējiem narkotiku lietotājiem. Šīs problēmas ne vienmēr iespējams atrisināt, organizējot apmācību un uzraudzību.

Narkotiku nelietotāji var būt adatu un šļirču programmas darbinieki. Iespējams, ka viņiem nāksies pārvarēt neuzticību un aizspriedumus pret klientiem un to pašu arī pieredzēt no klientu puses. Ja šiem darbiniekiem ir pieredze sociālajā darbā, psiholoģijā vai socioloģijā, viņi var apmācīt programmas komandu un dalīties ar to savās zināšanās.

Daudzās programmās darbojas jaukta grupa, kurā ietilpst aktīvie un bijušie narkotiku lietotāji, kā arī nelietotāji. Jauktai grupai ir daudzas priekšrocības. Tās dalībnieki var apmainīties ar idejām, palielināt savstarpējo cieņu un izlīdzināt atšķirības. Tomēr šādas jauktas grupas locekļi var nonākt arī konfliktsituācijās. Cilvēkiem var būt dažādas intereses un prioritātes, var rasties problēmas, kas saistītas ar bijušo un esošo narkotiku lietotāju vai brīvprātīgo un apmaksāto darbinieku statusu. Lai palielinātu ieguvumus un mazinātu konfliktus, rūpīgi un delikāti jāsadala uzdevumi. Piemēram, narkotiku lietotāji veic ielu un izglītošanas darbu, bet nelietotāji darbojas kā koordinatori ar policiju un pilsētas amatpersonām, vada komandas darbu, nodarbojas ar grāmatvedību utt.

Visiem jaunajiem darbiniekiem jāorganizē visaptveroša apmācība, kuras programmas izstrādē jāiesaista adatu un šļirču programmas darbinieki un konsultatīvā grupa (sk. A pielikumu). Apmācības ilgums un saturs būs atkarīgs no ielu darba programmas mērķiem un uzdevumiem, kā arī no adatu un šļirču programmas darbiniekiem. Apmācībai jābūt obligātai, lai visiem darbiniekiem būtu pietiekamas zināšanas un prasmes īstenot programmas pasākumus. Apmācība var notikt piecas līdz desmit dienas vai pa nelielai daļai vairāku nedēļu garumā. Īsākas programmas var ātri apmācīt savus darbiniekus, lai pēc iespējas ātrāk uzsāktu darbību ar zinošiem darbiniekiem. Programmas, kas izstrādātas ilgākam laikposmam, var veidot saliedētu grupu un mudināt ielu darbiniekus mācīties patstāvīgi.

Apmācība ir svarīga, lai panāktu saskaņu darbinieku vidū. Jaunajiem darbiniekiem varētu būt iepriekšēja pieredze darbā adatu un šļirču programmās, ar injicējamo narkotiku lietotājiem un citām sociāli atstumtām iedzīvotāju grupām, kā arī viņiem var būt citas noderīgas prasmes. Apmācot HIV izplatības ierobežošanas programmu darbiniekus, jārunā par programmas mērķi, mērķgrupām, riska uzvedību HIV transmisijai (un citām ar asinīm pārnesamām infekcijas slimībām), drošu seksu, injicēšanas un narkotiku lietošanas praksi, darba pienākumiem un pirmo medicīnisko palīdzību [20]. PVO ir izstrādājusi vairākas apmācību programmas projektu plānotājiem, īstenotājiem, vadītājiem un darbiniekiem saistībā ar ielu darbu, kas vērsts uz injicējamo narkotiku lietotājiem, attīstīšanu.

Apmācība ielu darbam un tā novērtējums

Līdzbiedru apmācībā liela nozīme ir praktiskam darbam pieredzējuša ielu darbinieka vadībā. Jaunais darbinieks viņam visur dodas līdzī un vēro kolēģa rīcību dažādās situācijās. Ja ielu darba programma vēl nav uzsākta, šādu pieredzi varētu gūt no kādas citas tuvumā esošas programmas. Dažos gadījumos darbinieku pieņemšana un izvērtējums tiek apvienoti ar apmācības sesijām, kurās tiek izklāstīta adatu un šļirču programmas nozīme un darbinieku loma. Šajā modelī izvērtēšana notiek visu apmācības laiku un turpinās, kad programmas darbinieks jau ir sācis strādāt. Uzraudzības sesijas var izmantot, lai risinātu ilgtspējas jautājumus un problēmas, kā arī lai parakstītu darba līgumu ar jauno darbinieku, ja viņš vai viņa ir pierādījis, ka var tikt galā ar visiem uzdevumiem.

Adatu un šļirču programmu (kas vērsta uz tādiem injicējamo narkotiku lietotājiem kā jaunieši, sievietes, seksa industrijā nodarbinātie un ieslodzītie) personāla pieņemšana darbā jāveic pēc tādiem pašiem principiem kā iepriekš minēts, bet pieļaujot nelielas izmaiņas, kas saistītas ar mērķauditoriju (piem., programmām, kuru mērķauditorija ir jaunieši, nepieciešami gados jauni darbinieki). Lai gan aptieku adatu un šļirču programmu darbiniekiem parasti nepieciešama visaptveroša apmācība, dažās valstīs, kurās darbojas aptieku programmas, farmaceiti piedalās tikai nepilnu dienu ilgās apmācībās pirms adatu un šļirču programmas pakalpojumu piedāvāšanas.

F. Vienoti kontroles procesi, uzraudzība

Uzraudzība ir nepieciešama vairāku iemeslu dēļ, tostarp panāktā progresa izsekošanai un lai nodrošinātu, ka visas adatu un šļirču programmas un citi pakalpojumi konkrētajā pilsētā vai rajonā sasniedz iespējami daudz injicējamo narkotiku lietotāju. Tādēļ visās programmās ir jāizmanto vienotus galvenos rādītājus, lai tos varētu salīdzināt starp programmām un izmantot kā statistikas datus.

Ieteicams adatu un šļirču programmas darbiniekiem izsniegt veidlapas un personīgos uzskaites žurnālus viņu darba uzraudzībai. Darbības atskaites veidlapā jāieraksta darbinieka vārds un uzvārds, datums, laiks un kontaktpunkts ar injicējamo narkotiku lietotājiem; klienta unikālais identifikācijas kods³; izsniegtās preces (adatas, šļirces, izglītojoši materiāli, prezervatīvi utt.); sniegtie pakalpojumi un veiktie nosūtījumi.

Darbības atskaites veidlapā jāieraksta informācija par katru kontaktu ar narkotiku lietotājiem. Ja kontakts uz ielas ir bijis neilgs un nav iegūti nepieciešamie dati, tad šos datus jāiegūst atkārtoti tiekoties ar klientiem, kad uzticība ir palielinājusies. Datus no veidlapām katru dienu ievada datora datubāzē (vai uzglabā drošā vietā mapēs, ja dators nav pieejams). Skatīt E pielikumu, kurā iekļauts šīs veidlapas paraugs.

Darbinieki jāmudina veikt ierakstus personīgajos uzskaites žurnālos katru dienu. Žurnāli paredzēti šādu konkrētu jautājumu pierakstīšanai: aktuālas problēmas; izjūtas, grūti atbildāmi jautājumi; situācijas, kurās darbinieks jūtas neērti vai nedroši, klientu komentāri par adatu un šļirču programmu; un klientu un citu iesaistīto personu komentāri par ārējo vidi. Šajos dokumentos iespējams ierakstīt arī informāciju par injicējamo narkotiku veidu, kopēju adatu izmantošanu un biežāk lietoto metodi injicēšanas piederumu iznīcināšanai.

Personīgos žurnālus jāņem līdzi uz komandas iknedēļas sanāksmēm, lai programmas darbinieki tos varētu izmantot, ziņojot par aizvadītās nedēļas pasākumiem un lai stimulētu diskusiju par problēmām, apmācības vajadzībām un citiem aktuāliem jautājumiem. Lai novērstu darbinieku apātiju un klientu bailes, regulāras atskaites var palīdzēt saprast, kāpēc dati un atgriezeniskā saite ir tik svarīgi. Piemēram, komandas sanāksmēs, injicējamo narkotiku lietotāju un konsultatīvās grupas sanāksmēs klātesošos var iepazīstināt ar ikmēneša vai ceturkšņa ziņojumiem par procesa novērtēšanu. Viena vai divu gadu datus par izmaiņām narkotiku lietošanā un citu uzvedības veidu maiņu var prezentēt īpašās sanāksmēs, kurās piedalās pārstāvji no visām narkotiku un HIV izplatības ierobežošanas jomā strādājošām iestādēm un organizācijām. Mērķgrupas ir ne tikai jāizvērtē un jākontrolē, bet arī jāņem vērā to narkotiku lietošanas prakse un riska uzvedība, kas, savukārt, palīdz attiecīgi pielāgot programmas profilu un veicina ciešāku sadarbību ar iesaistītajām organizācijām.

G. Advokācija (popularizēšana un interešu aizstāvība): pirmie soļi

Visi atbalsta pasākumi adatu un šļirču programmām ir ļoti noderīgi, bet ārkārtīgi svarīgi ir izveidot darba attiecības ar policiju un citām varas iestādēm. Policijai un iestādēm nereti ir grūti saprast, ka šo programmu mērķis ir veicināt sabiedrības veselību un sociālo labklājību,

³ Unikāla identifikācijas kodu sistēma nepieciešama, lai anonīmi varētu izsekot tam, kā klienti izmanto pakalpojumus. Versijā, kas izveidota Centrālāzijā, tiek ierakstīti mātes meitas uzvārda pirmie divi burti, tēva vārda pirmie divi burti, dzimums (1 - vīrietim; 2 - sievietei) un dzimšanas gada pēdējie divi cipari.

nevis sekmēt narkotiku lietošanu. Tieši tāpēc programmu vadītājiem jāinformē iestādes par programmu pieredzi pasaulē un jāuzsver to pozitīvie rezultāti⁴.

Visefektīvākais veids, kā izveidot darba attiecības ar policiju, ir izvēlēties ietekmīgu augstākstāvošu policijas darbinieku, kurš atbalsta (vai kuru var pārliecināt atbalstīt) adatu un šļirču programmas darbu un kurš spēj nodrošināt, ka programma var darboties bez jebkādas iejaukšanās. Ja tas nav iespējams, tad jāmeklē kāda valdības amatpersona, kas pēc ieņemamā amata ir augstāka par policijas darbinieku un kurš var pavēlēt policijai sadarboties ar adatu un šļirču programmu. Jebkurā gadījumā vislabāk ir saņemt vēstuli no policijas, ka tā atbalsta programmas darbību vai vismaz tajā neiejausies.

Nepieciešams arī mehānisms, lai risinātu problēmas, kas saistītas ar kārtības nodrošināšanu un adatu un šļirču programmas īstenošanu. Šādas problēmas rodas gandrīz vienmēr, jo augstākā līmenī panāktās vienošanās par policijas politiku tādos jautājumos kā adatu un šļirču programmas bieži vien netiek paziņotas policistiem, kas strādā uz ielas. Rezultātā policisti traucē programmas darbiniekiem veikt savu darbu un atbaida klientus. Lai izvairītos no šādām situācijām, ieteicams organizēt regulāras sanāksmes, kurās piedalās policijas un veselības aprūpes jomā strādājošas amatpersonas (var uzaicināt arī pašvaldības amatpersonas). Ja rodas kādas problēmas, var sasaukt steidzamas sanāksmes. Ja iespējams, par šādiem pasākumiem jāvienojas rakstiski. Abas puses būtu ieguvējas no šādām sanāksmēm. Policija varētu tās izmantot kā forumu, kurā izklāstīt problēmas, kādas tai rodas sakarā ar programmu, bet programmas darbinieki varētu aktualizēt problēmas, kas saistītas ar policijas darbību.

Daudz pūļu jāpieliek, lai līdzsvarotu programmas darbinieku attiecības ar policiju un policijas attiecības ar narkotiku lietotājiem. Acīmredzama vienošanās vai sadarbība ar policiju var graut klientu uzticību programmas darbiniekiem, pat ja šī sadarbība ir veiksmīga. Šāda veida komunikācija vienmēr jāveic konkrētai personai (parasti projekta vadītājam), kam jāizvērtē optimālās attiecības ar policiju, vadoties pēc vietējiem apstākļiem.

Ielu likums

Policijas rīcība ne vienmēr saskan ar to, kas teikts likumos. Dažos literatūras avotos šāda situācija raksturota kā plaisa starp rakstītiem likumiem un tiem likumiem, kas valda uz ielas. Adatu un šļirču programmu vadītājiem jāizvērtē policijas darbība (nevis jāsāk raizēties par likumiem) un jāsastrādājas ar policijas nodaļām, izmantojot visus iespējamus rīkus (piem., iekšējo procedūru aprakstus un atskaites ziņojumus), lai mainītu policijas uzvedību. Sadarbība ar policiju un veselības aprūpes iestādēm var radīt jaunas idejas apmācībai, pakalpojumu sniegšanai un veselības veicināšanai injicējamo narkotiku lietotāju vidū [22].

Šāda sadarbība notika Amsterdamā. Adatu un šļirču programma veicināja lietoto adatu un šļirču apmaiņu pret tūriem, nelietotiem injicēšanas piederumiem, tādēļ narkotiku lietotājiem lietotas adatas un šļirces bija vērtīgas lietas. Arestējot narkotiku lietotājus, policija viņiem konfiscēja šļirces, bet to vietā tika izdoti taloni. Pēc atbrīvošanas programmas darbinieki talonus apmainīja pret jaunām šļircēm.

⁴ 2007. gadā adatu un šļirču programmas bija īstenojušas šādas valstis: Afganistāna, Albānija, Amerikas Savienotās Valstis, Apvienotā Karaliste, Argentīna, Armēnija, Austrālija, Azerbaidžāna, Baltkrievija, Bangladeša, Beļģija, Bosnija un Hercegovina, Brazīlija, Bulgārija, Čehija, Čīle, Filipīnas, Francija, Grieķija, Gruzija, Horvātija, Igaunija, Indija, Indonēzija, Irāna, Itālija, Īrija, Jaunzēlande, Kambodža, Kanāda, Kazahstāna, Kirgīzija, Krievijas Federācija, Ķīna, Latvija, Lietuva, Luksemburga, Maķedonija, Malaizija, Meksika, Mjanma, Moldova, Nepāla, Nīderlande, Pakistāna, Polija, Rumānija, Salvadora, Serbija un Melnkalne, Slovākija, Slovēnija, Spānija, Šveice, Tadžikistāna, Taizeme, Turkmēnistāna, Ukraina, Ungārija, Uzbekistāna, Vācija, Vjetnama, Zviedrija.

Adatu un šļirču programmu vadītājiem pēc iespējas jāpārliecinās, vai vietējie policisti ir informēti par HIV transmisijas veidiem un HIV izplatības ierobežošanu, par programmu lomu HIV epidēmijas mazināšanā un palīdzību narkotiku lietotājiem ārstēties no atkarības, kā arī par citiem sniegtajiem pakalpojumiem, par programmu darba metodēm un par to, kā policija var palīdzēt vai kavēt programmas pasākumu īstenošanu. Nepieciešamības gadījumā jaunaunajiem un esošajiem policijas darbiniekiem var noorganizēt apmācību, izmantojot nacionālos kaitējuma mazināšanas tīklus vai citas kompetentas iestādes. Apmācība var palīdzēt mainīt policistu attieksmi pret injicējamo narkotiku lietotājiem un mazināt iejaukšanos programmu darbā.

Pētījumā par adatu un šļirču programmām, kas sasniegušas augstu aptvērumu zema un vidēja ienākuma valstīs noskaidrots, ka programmas bijušas pretrunīgas visās apskatītajās valstīs. Katrā vietā bija paveikts liels darbs, lai pārvarētu kopienas bailes un valdības bažas par programmām. Vairākās valstīs vismaz daži algotie darbinieki daļu sava darba veltīja programmas mērķu un uzdevumu skaidrošanai. Piemēram, Dhakā un Rajšahi (Bangladešā) bija īpaši darbinieki, kas visu savu laiku veltīja tikai programmas popularizēšanai, ieskaitot programmas veicināšanas pasākumus, lai iegūtu kopienas un politiķu atbalstu. Šāda atbalsta izveidei daudzos līmeņos (tostarp arī kopienas, kas atrodas pakalpojumu sniegšanas vietas tuvumā), bija nepieciešama lobēšana, oficiālas un neoficiālas sanāksmes, sabiedrības informācijas kampaņas, programmas vadītāju līdzdalība daudzozaru AIDS un narkomānijas apkarošanas komitejās, kā arī attiecību veidošana ar izvēlētiem plašsaziņas līdzekļu pārstāvjiem. Bez tam regulāri novērtējumi un to rezultātu izplatīšana palīdzēja veidot politisko un kopienas atbalstu. Dažos gadījumos politiskā atbalsta rezultātā tika izstrādātas politikas un likumi par konkrētu pakalpojumu sniegšanu HIV izplatības ierobežošanai un valdības finansējuma piešķiršanu programmu īstenošanai.

Programmu popularizēšanas jautājums izklāstīts arī IV nodaļā „Ārējo attiecību pārvaldība”.

H. Stratēģija un procedūras

Adatu un šļirču programmu izveides laikā bieži vien netiek novērtēta stratēģijas (politikas) un procedūru izstrādes nepieciešamība. Stratēģijai ir jākalpo kā vadlīnijām, kurās aprakstīti programmas aktivitātes, darbības veidi un noteikumi. Procedūras ir detalizēti pasākumi katra uzdevuma veikšanai. Visām programmām pamatā ir stratēģija un procedūras, lai gan dažu pakalpojumu sniegšanai tās nav pieejamas rakstiski. Tomēr skaidru, rakstisku stratēģiju sagatavošana vienmēr sevi attaisno. Programmu darbiniekiem un konsultatīvo grupu locekļiem šie dokumenti palīdz labāk izprast sarežģītus jautājumus, kā arī tās var pielietot praksē, izmantot apmācībā un uzticības veidošanā ar iesaistītajām iestādēm, vietējiem uzņēmumiem un kaimiņiem. Mainoties apstākļiem, jāpielāgo esošo stratēģiju vai jāizstrādā jauna.

Adatu un šļirču programmu vissvarīgais stratēģiskais virziens ir adatu un šļirču maiņa. Taču pieejas var būt dažādas. Visstingrākās programmas ļauj veikt tikai „viens pret viens” apmaiņu (par katru lietoto šļirci var saņemt vienu jaunu). Elastīgākas programmas praktizē „viens pret viens plus” apmaiņu, kad klients bez lietotas šļirces nodošanas var saņemt vienu vai divas šļirces (klienti tomēr tiek mudināti mainīt lietotas šļirces pret jaunām). Citas programmas paredz izsniegt klientiem ierobežotu skaitu šļirču (piem., 6 vai 10) dienā, pretī neprasot lietotās šļirces. Ļoti dāsnas programmas paredz izsniegt narkotiku lietotājiem tik daudz šļirču, cik viņi grib, neatkarīgi no nodoto šļirču skaita.

Katrai no šīm pieejām ir priekšrocības un trūkumi, tomēr starptautiskā prakse liecina, ka tikai tās programmas, kas centīsies panākt neierobežota šļircu skaita izdalīšanu, sasniegs visvairāk mērķauditorijas.

Stingra „viens pret viens” apmaiņa nereti ir adatu un šļircu programmu sākumpunkts valstīs, kur pastāv liela neuzticēšanās un aizdomas pret narkotiku lietotāju plašāku piekļuvi adatām un šļircēm. Tiek uzskatīts, ka šādi tiek novērsta nejauša saduršanās ar adatām vietējā kopienā. Šī pieeja varētu būt pieņemama eksperimentālu programmu izstrādē, lai palīdzētu valdībai un tiesībsargājošo iestāžu darbiniekiem novērtēt programmas ietekmi uz injicējamo narkotiku lietošanu un tās efektivitāti valstī, kur šādas programmas iepriekš nav īstenotas. Tomēr pierādījumi liecina, ka šāda veida apmaiņa rada nopietnas problēmas. Narkotiku lietotāji ir spiesti atrast lietotu adatu, lai tās vietā saņemtu jaunu. Bez tam viņiem jāsaskaras ar policijas un citu iestāžu spiedienu, tādēļ lietotāji nereti atbrīvojas no injicēšanas piederumiem, cik vien ātri iespējams. Narkotiku lietošana bieži notiek vēlu vakarā dažādos apstākļos. Ja narkotiku lietotājs ir saņēmis tikai vienu šļirci (no kuras viņš ir atbrīvojies tūlīt pēc lietošanas) un ja vēlāk viņam rodas vēl viena iespēja injicēt narkotikas, tad viņam nav citas izvēles, kā vēlreiz izmantot kāda cita lietotāja šļirci. Šis ir parasts scenārijs, jo melnajā tirgū pirktu narkotiku kvalitāte ir ļoti atšķirīga. Injicējot vienreiz, narkotiku lietotāji domā, ka doza ir pietiekama, tomēr bieži vien izrādās, ka narkotikas ir sajauktas ar citām vielām, līdz ar to efekts ir daudz mazāks nekā cerēts, tādēļ pēc kāda laika nepieciešama vēl viena injekcija.

Adatu un šļircu apmaiņas politika izraisīja HIV strauju izplatību Kanādā

Kanādā veiktajos pētījumos noskaidrots, ka stingrās „viens pret viens” pieejas nedarbojas vietās, kur ir daudz stimulantu lietotāju. Narkotiku lietotāji, kas injicē kokaīnu vai amfetamīnus, to dara 10 vai vairāk reizi dienā. Šiem narkotiku lietotājiem pastāv augsts risks inficēties ar HIV un izplatīt šo infekciju tālāk. Viņiem nepieciešams vairāk adatu un šļircu nekā opioīdu lietotājiem. 1990jos gados Vankūverā, kur darbojās laba programma, HIV strauji izplatījās injicējamo narkotiku lietotāju vidū. Tam bija vairāki iemesli tostarp arī „viens pret viens” adatu un šļircu apmaiņas pieeja [24].

Programmām, kas paredz neierobežotu adatu un šļircu izsniegšanu, ir gan stiprās, gan vājās puses. Dažās vietās šāda pieeja ir novedusi pie situācijas, kad narkotiku lietotāji vai narkotiku tirgotāji pārdod bez maksas iegūtās šļirces tieši injicējamo narkotiku lietotājiem vai aptiekām. Šo problēmu var risināt, izglītojot klientus. Ir svarīgi, lai viņi saprastu, ka šāda rīcība var apdraudēt adatu un šļircu programmu darbību un to cilvēku veselību, kas no tām atkarīgi. Dhakā, Bangladešā, adatu un šļircu programmas darbinieki organizēja izglītojošas sesijas farmaceitiem, lai izskaidrotu programmas lomu un lūgtu viņus nepirkt adatas un šļirces no narkotiku lietotājiem. Fakti liecina, ka vietās, kur adatu un šļircu programmas sasniedz savu mērķauditoriju, nodrošinot to ar bezmaksas adatām un šļircēm, narkotiku lietotājiem un narkotiku tirgotājiem nez vai izdosies pārdot injicēšanas piederumus.

Dažas adatu un šļircu programmas izstrādā arī visaptverošu politiku darbam ar injicējamo narkotiku lietotājiem. Piemēram, „atvērto durvju politika” nosaka, ka programmai vienmēr jāsniedz palīdzība lietotājam, ja viņš vai viņa vērsas pie tās darbiniekiem. Čikāgas Atveseļošanās apvienībai ir sauklis „jebkura pozitīva pārmaiņa”. Tas nozīmē, ka adatu un šļircu programmas darbinieki atbalstīs jebkurus klientu centienus uzlabot savu veselību vai mainīt dzīvesveidu. Šāda politika var palīdzēt programmai apsvērt jaunu produktu un pakalpojumu ieviešanu, kā arī noteikt darba prioritātes.

Programmu efektīvai vadībai jāizstrādā arī citi dokumenti, tādi kā:

- Darbinieku darbā pieņemšanas kārtība, ietverot darba sludinājumus, darba intervijas, galīgo atlasu un apmācību;
- Informācijas aprites kārtība, kas ietver informācijas sniegšanu dažādos programmas etapos, reģistrācijas žurnālos un komandu sanāksmju protokolos;
- Darbinieku uzraudzības un novērtēšanas procedūras, ieskaitot sanāksmju biežumu un to mērķi;
- Disciplinārā kārtība.

Papildus ir nepieciešams izstrādāt darba drošības noteikumus. Visbiežāk tajos tiek noteikts, ka darbiniekiem, pildot darba pienākumus, vienmēr jānēsā līdzī identifikācijas apliecības un vizītkartes. Strādājot uz ielas vai apmeklējot dzīvokļus, viņiem jādarbojas divatā. Darbinieki nedrīkst lietot narkotikas programmas telpās un atrasties darbā reibuma stāvoklī. Noteikumos jāiekļauj arī prasības darbiniekiem neiesaistīties narkotiku tirdzniecībā; neļaut personīgajām attiecībām traucēt darba pienākumu veikšanu un ievērot standartprocedūras aizskārums vai aresta gadījumā, vai arī, ja klienti pret viņiem izturas naidīgi un agresīvi. Nepieciešams arī skaidrs protokols, kā rīkoties, ja darbinieki saduras ar adatām (sk. protokola paraugu F pielikumā).

III PAKALPOJUMU KLĀSTA IZVEIDE

A. Jaunu pakalpojumu pievienošana

Adatu un šļirču programmu vai to sadarbības partneru sniegtie pamatpakalpojumi ietver izglītošanu, pirmo medicīnisko palīdzību abscesu un citu vieglu slimību gadījumos, zema slietkšņa narkotiku atkarības ārstēšanu (it īpaši farmakoterapiju un ambulatoru narkotiku atkarības ārstēšanu), brīvprātīgu HIV testu veikšanu (sniedzot konsultācijas pirms un pēc testa veikšanas), citu seksuāli transmisīvo infekcijas slimību diagnostiku un ārstēšanu, kā arī (HIV pozitīviem klientiem) antiretrovirālo terapiju un zāles oportūnistisku infekciju gadījumos. Pēc iespējas un vajadzības jāievieš arī citi pakalpojumi, tostarp juridiskais un sociālais atbalsts, aprūpe un atbalsts HIV pozitīviem narkotiku lietotājiem, kā arī piekļuve lietotājiem draudzīgiem veselības aprūpes un medicīnas pakalpojumiem,

Šo pakalpojumu sniegšanai adatu un šļirču programma var pieņemt darbā atbilstošu personālu vai tos var sniegt citas iestādes, pamatojoties uz programmas darbinieku nosūtījumiem. Šādu nosūtījumu tīklam nepieciešama datu bāze, kurā iekļauti visi pakalpojumi, ko var saņemt injicējamo narkotiku lietotāji attiecīgajā rajonā, lai apmierinātu savas veselības, juridiskās un sociālās vajadzības. Šādu datu bāzi jāveido no vietējā lietotāja viedokļa un ņemot vērā vietējā līmenī pieejamos resursus. Vietējo narkotiku lietotāju vajadzības var noskaidrot programmas darbinieku (kuriem jāatzīmē nepieciešamie pakalpojumi uzskaites žurnālos) sarunās ar klientiem vai izmantojot īsu anketu, kurā iekļauti jautājumi par lietotāju problēmām un vajadzībām. Konsultatīvā grupa arī var palīdzēt šajā procesā. Ja neviena iestāde nevar apmierināt lietotāju vajadzības, tad programmas vadītājam jāveicina šo papaklpojumu sniegšana programmas ietvaros.

Katrai pakalpojuma sniegšanā iesaistītajai iestādei jāizskaidro adatu un šļirču programmas nozīme un jāiegūst informācija par institūcijas sniegtajiem pakalpojumiem, darba laiku, klientiem utt. Ielu darbiniekus jāapmāca nosūtījumu datu bāzes lietošanā un jāizvērtē, cik lielā mērā programmas darbinieki iesaistās palīdzības saņemšanas procesā citā iestādē.

B. Izglītošana

Informācijas sniegšanai un izglītošanai ir būtiska loma, lai ierobežotu HIV un hepatīta izplatību. Adatu un šļirču programmu darbiniekiem jāticeras, ka katrs kontakts ar lietotāju dod iespēju veidot saites un izplatīt būtisku informāciju injicējamo narkotiku lietotājiem.

Ielu darbs un līdzbiedru izglītošana

Ielu darbs un līdzbiedru izglītošana ir kļuvusi par efektīvu pieeju darbam ar injicējamo narkotiku lietotājiem. Pakalpojumus, kas saistīti ar seksuāli transmisīvām infekcijām (STI), veselības izglītību, tīrām adatām un prezervatīviem, vislabāk var sniegt vietās, kur uzturas narkotiku lietotāji: uz ielas, parkos, dzīvokļos vai citur. Ielu darbs parasti notiek vietās, kur var satikt narkotiku lietotājus, ieskaitot narkotiku pārdošanas vietas. Šādam darbam nepieciešama neilga saskarsme, jo lietotājiem nepatīk, ja viņus aizkavē pērkot vai lietojot narkotikas. Ja ielu darbiniekus redz kopā ar lietotājiem naidīgā vidē vai vietās, kur bieži notiek policijas iejaukšanās, tas var izrādīties viņiem bīstami. Ielu darbā palīdz informatīvie un izglītojošie materiāli. Šie jautājumi ir detalizēti aprakstīti daudzos PVO dokumentos (sk. IV nodaļas A un B daļas, kā arī Noderīgas tīmekļa vietnes un publikācijas).

Ir noskaidrots, ka injicējamo narkotiku lietotāji saņem un informē arī citus par narkotiku drošāku lietošanu, vēnu aprūpi un HIV profilaksi, bet tas lielākoties notiek vairākus mēnešus vai gadus pēc narkotiku lietošanas uzsākšanas. Gados jauni vai mazāk pieredzējuši lietotāji reti saņem šādu informāciju. Līdzīgā situācijā ir arī stimulantu lietotāji, kuri saņem mazāk informācijas nekā opioīdu lietotāji. Tas notiek tādēļ, ka vairums adatu un šļirču programmu sāk darbu, pievēršoties visredzamākajiem lietotājiem, kas ir gados vecāki un atkarīgi no heroīna [25].

Šādām grupām reti palīdz drukātie un audio vizuālie materiāli. Darbā jāpieņem līdzbiedru izglītotāji, lai viņi varētu piekļūt narkotiku lietotājiem, kas ir iesācēji, stimulantu lietotājiem un tām grupām, kuras, visticamāk, paliks vairāk apslēptas, piemēram, sievietēm narkotiku lietotājām.

Uzvedības maiņa

Lai veiksmīgi īstenotu HIV profilakses programmu un dažādas informatīvas kampaņas, jāņem vērā [26]:

- Vietējā narkotiku lietošanas prakse: pasākumi riska uzvedības mazināšanai jāplāno atbilstoši vietējās situācijas izpētes rezultātiem (vietējo injicējamo narkotiku lietotāju parašas, dzimums, vecums utt.) un galvenajiem infekcijas transmisijas veidiem.
- Valoda: lietojiet valodu, ko mērķgrupa pieņem un saprot.
- Attēli: rūpīgi izvēlieties attēlus. Ja narkotiku lietotājiem nepatiks informatīvajos materiālos izmantotie attēli, viņi ignorēs informāciju un negatīvi izturēsies gan pret to, gan adatu un šļirču programmu kopumā.
- Iekļautie vēstījumi: noskaidrojiet, kas narkotiku lietotājiem interesē un izdomājiet, kā ietvert HIV profilakses vēstījumus brošūrās, plakātos un citos medijos, kur risinātas šīs viņus interesējošās tēmas.

Adatu un šļirču programmu darbiniekiem jāsaprot, ka uzvedības maiņa narkotiku lietošanas un seksuālās veselības jomās nav iespējama tikai norādot, ko drīkst un ko nedrīkst darīt. Lietotājiem nepieciešama informācija par to, kā darbojas viņu organisms un kā to ietekmē narkotikas; par vīrusu transmisiju; par dažādiem riskiem un par to, kā mainīt uzvedību.

Darbiniekiem pašiem arī jāsaprot, kā notiek uzvedības maiņa. Pastāv viedoklis, ka nepieciešama divu līmeņu uzvedības maiņa, lai mazinātu HIV epidēmijas izplatību vai to kontrolētu injicējamo narkotiku lietotāju vidū. Individā līmenī lietotājam jāpalīdz pāriet uz mazāk riskantu uzvedību, viņu izglītojot un nodrošinot pieeju nepieciešamajiem materiāliem (šļirces, prezervatīvi u.c.) un pakalpojumiem. Grupas vai sociālā tīkla līmenī uzvedības normu maiņai var būt liela ietekme uz indivīda uzvedību. Kad individuālus lēmumus atbalsta draugi un citi tuvi cilvēki, uzvedības maiņa var izrādīties ļoti nozīmīga.

Indivīda uzvedības maiņai ir vairāki posmi: pirms-nodoma posms, nodoms, gatavība mainīties, rīcība, pārmaiņu saglabāšana/atgriešanās pie iepriekšējās uzvedības. Informācija par uzvedības maiņu un par darbinieku palīdzību klientiem katrā posmā izklāstīta G pielikumā.

Difūzijas teoriju bieži izmanto, lai raksturotu procesu, kura laikā grupa vai tīkls pieņem jaunu ideju, uzvedību vai produktu. Šo teoriju izmanto inovāciju difūzijas pētījumos. To veido četri galvenie elementi: inovācija (ideja, prakse vai priekšmets, ko indivīds vai grupa uztver

kā jaunu); komunikācijas kanāli (vēstījumu apmaiņas veidi); sociālā sistēma; un laiks, kas nepieciešams inovācijas pieņemšanai.

Komunikācijas kanāli var būt centralizēti vai decentralizēti. Centralizētā difūzijā eksperts nodod informāciju par inovāciju tās potenciālajiem saņēmējiem, kuri ir zemāka līmeņa eksperti (piemēram, kad profesors māca ķirurģisku paņēmieni praktikantu grupai). Decentralizētā difūzijā grupas locekļi dalās informācijā un tās tālāknodošana balstās uz pieņemumu, ka grupas locekļi paši spēj vadīt difūzijas procesu, kurā nedaudz piepalīdz eksperti vai profesionāli pārmaiņu aģenti.

Informācijas izplatīšana injicējamo narkotiku lietotāju vidū

Informācijas izplatīšana par HIV riska uzvedību atšķiras dažādās iedzīvotāju grupās (piem. narkotiku lietotāju vidū) un sabiedrībā kopumā. Dažādu grupu locekļi veido savstarpējas sociālas vai emocionālas saites, lai tiktu galā ar tādām problēmām kā izstumšana no sabiedrības un kritika, kā arī lai dalītos vērtībās un uzskatos. Viņi veido starppersoniskas attiecības un var rīkoties kā spēcīgi savu grupu pārstāvji, kas iestājas par vai pret pārmaiņām, izvēloties paplašināt vai sašaurināt informāciju. Tieši tāpēc pārmaiņu aģentu izvēle no mērķgrupas un viņu apmācība ir ārkārtīgi svarīga. Mērķgrupai jāuzticās šiem aģentiem. Pieredze liecina, ka informācija par tādām inovācijām kā jauni, mazāk riskanti narkotiku sagatavošanas veidi vai injicēšanas paņēmieni tiek izplatīta daudz efektīvāk, ja izglītības materiālu plānošanā un izstrādē iesaista narkotiku lietotājus.

Izglītošanas metodes

Adatu un šļircu programmas darbinieki īsā laikā var sasniegt ievērojamus rezultātus, prasmīgi izmantojot dažādus komunikācijas medijus [27]. Piemēram, izglītojoši materiāli par lietotājiem interesantām tēmām var kalpot kā sarunas temats vai arī var aizstāt sākotnējo izglītošanu situācijās, kad narkotiku lietotājiem ātri jānodas prom. Pievēršanās galvenajām tēmām konkrētā laikposmā arī ir efektīvs paņemiens. Piemēram, „karošu nedēļas” laikā var izcelt riskus, kas saistīti ar injicēšanas piederumu lietošanu. Adatu un šļircu programmas ir pārliecinājušās, ka labi darbojas arī tādi saukļi kā „neriskē”, “injicējies ar tīrām adatām un šļircēm” vai „rūpējies par sevi”. Sīkākai informācijai par šo jautājumu skatīt I pielikumu.

Iespējams, ka šādas darbības rezultātā narkotiku lietotāji vairāk pievērsīsies savai veselībai un drošai injicēšanas praksei, kā arī pārliecināsies par to, ka adatu un šļircu programmas darbinieki labprāt apspriež ar viņiem šīs tēmas un atbild uz jautājumiem. Kāds programmas darbinieks teica: „Vienmēr jāmeklē iespējas runāt par veselīgu uzvedību. Ja jūs pamanāt narkotiku lietotājam pārsēju vai sasitumu, pajautājiet, kas noticis. Parādiet pakalpojumu lietotājiem jaunas brošūras projektu un noskaidrojiet viņu viedokli par to.”

Tomēr jāņem vērā, ka „viens pret viens” izglītība ielu darba kontekstā ir ļoti atšķirīga un atkarīga no darbinieka lomas. Ja ielu darbinieks ir narkotiku lietotājs, iespējams, viņš strādā galvenokārt ar saviem draugiem, izdalot tīrus injicēšanas piederumus un pastāstot par drošākām injicēšanas iespējām.

„Viens pret viens” izglītošana notiek arī iestādēs, piemēram, narkomānijas ārstēšanas centros, ieslodzījuma vietās un slimnīcās, kur tā ir plašāku izglītības un konsultāciju pasākumu sastāvdaļa. Šo iestāžu darbiniekiem narkotiku lietotāju vajadzība pēc izglītošanas, lai viņi saglabātu pēc iespējas labāku veselību, jālīdzsvaro ar nepieciešamību ievērot attiecīgās institūcijas filosofiju. Piemēram, ieslodzījuma vietu un detoksifikācijas nodaļu personālam, bieži jāapzinās nepieciešamība izplatīt informāciju par kaitējuma mazināšanu un viņi jā mudina atklātāk runāt par narkotikām un to lietošanu.

„Viens pret viens” izglītība iekļauta arī HIV pirmstesta un pēctesta konsultācijās. Izglītojoša informācija par drošu uzvedību šādās reizēs ir efektīva.

Grupu izglītība var notikt daudzās vietās. Iespējams izmantot sociālos tīklus, ko veido narkotiku lietotāji. Šie tīkli var pozitīvi ietekmēt tos lietotājus, kas mēģina mainīt uzvedību vai saglabāt drošāku dzīves veidu. Parasta grupu izglītība, kurā autoritatīva persona (piem., ārsts vai narkomānijas ārstniecības iestādes darbinieks) vada diskusiju un kontrolē informāciju, var izrādīties neefektīva, ja šī persona nezina grupas vajadzības.

Grupu izglītība notiek arī tādās iestādēs kā narkomānijas ārstniecības centri, ieslodzījuma vietas un citas slēgtas institūcijas, kur izglītība HIV jautājumos nereti ir grupas diskusijas tēma. Grupu izglītībai šādās vietās ir kopīga problēma, t.i., iestāžu politikas var nepieļaut atklātu un godīgu diskusiju par HIV infekcijas izplatīšanos un pasākumiem, kas veicami nolūkā mazināt izplatības risku.

Narkomānijas ārstniecības iestādēs pacientiem iedvēš pārliecību, ka pēc ārstēšanās kursa beigām viņi vairs nelietos narkotikas, tādēļ darbinieki dažreiz uzskata, ka kursa laikā cilvēkiem nevajag stāstīt par HIV izplatības ierobežošanu. Ņemot vērā faktu, ka daudzi pacienti pēc ārstēšanās tomēr atsāk narkotiku lietošanu, viņiem jāsniedz skaidra informācija par drošāku injicēšanu (un pārdozēšanas risku), ja viņi gadījumā atgriežas pie vecajiem ieradumiem.

Grupu izglītība var noderēt arī citiem sabiedrības locekļiem. Adatu un šļirču programmu darbinieki organizē diskusijas vai seminārus policistiem, narkomānijas ārstniecības iestāžu un slimnīcu personālam, jauniešu centru un komiteju pārstāvjiem, sociālā darba un citu nozaru studentiem, kā arī narkotiku lietotāju ģimenes locekļiem.

Vēl viena svarīga metode ir izmantot mērķtiecīgus informatīvos un izglītojošos materiālus, kas izstrādāti tā, lai tos varētu redzēt, lasīt, saprast un lai tie iedarbotos uz konkrētām sabiedrības grupām. Adatu un šļirču programmas izmanto mērķtiecīgas kampaņas un darbības programmas, lai veicinātu sabiedrības izpratni par adatu un šļirču programmas sniegtajiem pakalpojumiem un par HIV izplatību injicējamo narkotiku lietotāju vidū; lai sniegtu lietotājiem informāciju viņiem saprotamā un ticamā valodā un formātā; un lai personificētu HIV izplatības ierobežošanu narkotiku lietotāju vidū. Sīkākai informācijai par šo jautājumu skatīt H pielikumu.

Izglītošana, lai mazinātu ar injicēšanu saistītu riska uzvedību

Visbiežāk lietotā metode, lai piesaistītu narkotiku lietotāju uzmanību informācijai, kas saistīta ar HIV izplatības ierobežošanu, ir iekļaut šo informāciju diskusijās un materiālos par pareiziem injicēšanas paņēmieniem [28] (sk. J pielikumu). Injicējamo narkotiku lietotājiem vienmēr jāapzinās risks inficēties no citiem, pārdozēt narkotikas un inficēt savus līdzcilvēkus. Šajā sakarā lietotāji pēc iespējas jāmudina izmantot katru adatu un šļirci tikai vienreiz, sagatavot injicējamās narkotikas ar tīrām rokām uz tīras virsmas un dezinficēt injekcijas vietu, kā arī nomazgāt rokas pirms un pēc katras injekcijas.

Injicējamo narkotiku lietotājiem jāpaskaidro, ka injicēšanas piederumu atkārtotas izmantošanas gadījumā vislabāk ir lietot savējos. Ja šļirces tiek lietotas atkārtoti, jāiesaka tās iezīmēt un glabāt citiem nepieejamā vietā. Tomēr pastāv risks, ka bez viņu ziņas kāds tās var izmantot, tādēļ ir svarīgi pirms lietošanas šļirci iztīrīt. Ja jāizmanto kādas citas personas lietota adata vai šļirce, tā noteikti ir jātīra.

Izglītošana riskantas seksuālās uzvedības mazināšanai

Galvenā ziņa, kas jānodod injicējamo narkotiku lietotājiem par seksuāli transmisīvo infekcijas slimību iegūšanu ir šāda: „vaginālā vai analā seksa gadījumā vienmēr lieto prezervatīvu [20].”

Prezervatīvu lietošanas veicināšanas pasākumi jāsāk ar informāciju par seksuāli transmisīvām infekcijas slimībām, tostarp HIV, un citām slimībām, kas saistītas ar nedrošu seksu. Tikpat svarīgi ir zināt, kā pareizi lietot prezervatīvus, ieskaitot to uzglabāšanu, derīguma termiņa pārbaudi, atvēršanu, uzvilkšanu, noņemšanu un izmešanu. Nedrīkst aizmirst arī par iespējam demonstrēt prezervatīvu lietošanu. Būtiski ir dot padomus, kā novērst prezervatīva noslīdēšanu un ko darīt, ja tas pārplīst. Jāsniedz arī precīza informācija par lubrikantu izmantošanu. Materiāli par prezervatīvu pareizu lietošanu jāizdala kopā ar prezervatīviem.

Ieteicama hierarhiska pieeja, iekļaujot prezervatīvus droša seksa nodrošināšanas iespēju saraksta augšgalā. Tomēr jāņem vērā, ka narkotiku lietotājiem ne vienmēr būs iespēja apspriest prezervatīvu lietošanu vai arī viņiem nebūs iespēju tos izmantot ar visiem partneriem un jebkurā situācijā. Šo iemeslu dēļ prezervatīvu lietošanas veicināšana un pārrunu prasmju pilnveidošana jāapvieno ar informāciju par citām droša seksa iespējām, piemēram, sieviešu prezervatīvu un diafragmu izmantošana, mazāk riskanta penetratīvā (piem., pirkstu izmantošana) un nepenetratīvā seksa (piem., masāža, skūpstī, fantāzijas, masturbācija) iespējas. Riski, kas saistīti ar katru seksuālo darbību (ar un bez prezervatīva), nepārprotami jāizskaidro un jāizklāsta hierarhiskā secībā.

Izglītošana saistībā ar pārdozēšanu

Pārdozēšana ir viens no galvenajiem narkotiku lietotāju nāves cēloņiem [30]. Injicējamo narkotiku lietotāju izglītošana un apmācība par pārdozēšanas novēršanu, tās atpazīšanu un rīcību pārdozēšanas gadījumā ir nepieciešama, lai mazinātu šādu nāves gadījumu skaitu. K pielikumā iekļauti vēstījumu piemēri par pārdozēšanas novēršanu. Pārdozēšanas simptomu un laikposma starp narkotiku injicēšanu un simptomu parādīšanos nezināšana var novest pie tā, ka lietotāji attiecīgi nerīkojas vai nemeklē palīdzību. Turklāt narkotiku lietotājiem nereti ir neprecīzas zināšanas par paņēmieniem, kā palīdzēt saviem līdzbiedriem, kas pārdozējuši narkotikas. Šādai nezināšanai var būt bēdīgas sekas.

Izglītības programmās par pārdozēšanas novēršanu jāiekļauj informācija par prasmju veidošanu, lai lietotāji varētu atpazīt pārdozēšanas pazīmes (dziļa krākšana, lēni vai dīvaini sirdspuksti, ģībonis utt.), un par pazeminātas tolerances riskiem. Tāpat arī jāietver apmācība pirmās palīdzības sniegšanai. Jāapmāca gan narkotiku lietotāji, gan viņu ģimenes locekļi, gan citas personas, kuras var būt klāt pārdozēšanas brīdī. Klientiem jāmača, kādā pozīcijā jāatrodas ķermenim, elpināšana no mutes mutē, sirds un plaušu atdzīvināšana, kā arī citi svarīgi dzīvības glābšanas paņēmieni.

Adatu un šļirču programmu darbiniekiem vispirms attiecīgi jāizglīto tie injicējamo narkotiku lietotāji, kuri ir pakļauti vislielākajam pārdozēšanas riskam. Te jāmin cilvēki, kuri jau ilgu laiku injicē narkotikas, kuri lieto daudz narkotiku, kuriem bijusi intoksikācija, kuriem ir zema tolerance, depresija, kuri ilgi kombinējuši dažādas narkotikas, kuri tās pārdozējuši jau iepriekš, kā arī bezpajumtnieki.

Adatu un šļirču programmas klientiem var izsniegt naloksonu (Narcan®), lai mazinātu nāves gadījumus, kas saistīti ar opioīdu lietošanu. Naloksons var samazināt letālus elpošanas

apstāšanās gadījumus, ko izraisa opioīdu pārdozēšana. Pastāv zināmas bažas par šādu pasākumu plašu ieviešanu, jo trūkst informācijas par to efektivitāti, blakus efektiem un citiem nelabvēlīgiem faktoriem gadījumos, kad aktivitātes īsteno nevis mediķi, bet citas personas. Neformāli novērtējumi par naloksona lietošanu ASV pilsētās liecina, ka injicējamo narkotiku lietotājus un viņu ģimenes locekļus iespējams apmācīt, kā lietot šīs zāles. Naloksona pieejamība pārdozēšanas gadījumos ir novērsusi lielu skaitu nāves gadījumu. Svarīgi ir atcerēties, ka naloksonu var injicēt tikai tad, ja pārdozēšana notikusi ar opioīdiem un nevis ar citām vielām.

Cita veida izglītošana

Dažu programmu darbības pieredze liecina, ka injicējamo narkotiku lietotāji interesējas arī par C hepatītu un par to kā darbojas aknas. Tāpēc ir sagatavotas publikācijas un organizētas informatīvas kampaņas par aknu darbību, par hepatīta ietekmi uz aknām, par veidiem, kā mazināt iespēju saslimt ar cirozi, un kā dzīvot ar C hepatītu utt. Citas adatu un šļirču programmas ir uzsākušas klientu lasīt un rakstītprasmes mācīšanas programmas, citas atkal palīdz apgūt lietot biroja tehniku un veikt dažādus uzdevumus (tās domātas gados jauniem narkotiku lietotājiem bezdarbniekiem, kuri nekad nav strādājuši birojā); citas palīdz uzlabot roku darba un tehniskās iemaņas, lai narkotiku lietotāji varētu atrast darbu; citas apmāca narkotiku lietotājus adatu un šļirču programmas popularizēšanā un māca strādāt kopā ar citiem programmas darbiniekiem, lai pārstāvētu lietotāju vajadzības darbā ar citām iestādēm. Informācija par HIV izplatības ierobežošanu jāietver visa veida izglītības programmās, apmācību un citosursos.

C. Pirmā palīdzība, brūču kopšana un vakcinācija

Injicējamo narkotiku lietotājiem, kuri ir bezpajumtnieki un atstumti, parasti ir dažādas veselības problēmas un viņiem nepieciešama primārā aprūpe, ko sniedz profesionāļi [31]. Daudziem lietotājiem, kuri ir adatu un šļirču programmu klienti, trūkst šo pakalpojumu. Adatu un šļirču programmām ieteicams tos iekļaut (ar „vienas pieturas aprūpi”) savā darbībā vai palīdzēt klientiem piekļūt tiem kādā citā vietā. Daudzas programmas nodrošina profilaktisko aprūpi savās telpās, izmantojot sadarbības vienošanās ar sabiedrības veselības personālu vai citiem veselības aprūpes sniedzējiem. Visbiežāk sniegtie pakalpojumi ir pirmā palīdzība un vakcinācija pret B hepatītu (HBV), gripu un citām slimībām.

Daudzās zema un vidēja ienākuma valstīs injicējamo narkotiku lietotāji negrib vai nespēj ārstēt brūces un abscesus, kas ātri vien var kļūt sāpīgi un bīstami, novedot līdz gangrēnai un amputācijai vai pat nāvei. Visu programmas personālu var apmācīt, kā kopt brūces, un daži darbinieki var sniegt šos pakalpojumus.

HBV vakcinācijai nepieciešami darbinieki, kas zina, kā to veikt. Šim pasākumam var izmantot sadarbības vienošanos ar citiem profesionāļiem, kuri veic vakcināciju programmas telpās vai kādā citā vietā. Vairāku mēnešu laikā ir nepieciešamas daudzas vakcīnu dozas, tādēļ jāveic precīza uzskaitē un administratīva uzraudzība, lai noteiktu kam un kad nepieciešama vakcinācija. Turklāt klienti jāinformē par vakcinācijas atkārtošānu pēc konkrēta laika perioda. Adatu un šļirču programmām jāpieņem darbā kvalificēti darbinieki vai jāsadarbjas ar profesionāļiem, lai vakcinētu klientus pret gripu un pneimokoku pneimoniju. Organisms var nelabvēlīgi reaģēt uz šīm vakcīnām, tādēļ varētu rasties nepieciešamība arī pēc medicīniskas uzraudzības vai ārkārtas aprūpes. Saslimšanu ar gripu var novērst vai izslimot to vieglākā formā, vakcinējoties reizi gadā pirms gripas sezonas sākšanās. Pneimokoku vakcīna nodrošina ilgāku imunitāti, tādēļ atkārtota imunizācija nepieciešama reizi piecos gados. Dokumentācijā par klientu vakcināciju jānorāda saņemtās vakcīnas veids un arī visas ar to saistītās nelabvēlīgās sekas.

Adatu un šļirču programmām ne tikai jāsniedz klientiem profilaktiski pakalpojumi savās telpās, bet arī jāveido ciešas darba attiecības ar primārās aprūpes sniedzējiem, lai pie viņiem varētu nosūtīt narkotiku lietotājus, kuriem nepieciešama ilgāka medicīniskā aprūpe. Programmas var uzlabot klientu piekļuvi šādai aprūpei, izglītojot veselības aprūpes sniedzējus par injicējamo narkotiku lietotājiem, par to, kā ar viņiem strādāt un par kaitējuma mazināšanas pasākumu efektivitāti. Adatu un šļirču programmas var palīdzēt klientiem saņemt atbilstošu aprūpi un veidot attiecības ar aprūpes sniedzējiem, programmu darbiniekiem pavadot narkotiku lietotājus uz pirmo vizīti vai steidzamas aprūpes saņemšanai.

D. Narkomānijas ārstēšana

Narkomānijas ārstēšana ir efektīva metode HIV infekcijas izplatības ierobežošanai injicējamo narkotiku lietotāju vidū, un tā jāplāno vienlaicīgi ar adatu un šļirču programmu ieviešanu konkrētā pilsētā vai rajonā. Vairums narkomānijas ārstēšanas metožu sākotnēji ir bijušas paredzētas konkrētu narkotiku lietotāju grupai, taču vēlāk pielāgotas arī citu narkotiku lietotāju grupām.

Narkomānijas ārstēšanas svarīga sastāvdaļa ir indivīdu vai grupu konsultācijas, kas ietver četrus galvenos aspektus (neatkarīgi no izmantotajām narkomānijas ārstēšanas metodēm). Konsultāciju laikā kopā ar klientu jāizstrādā stratēģijas, lai risinātu iespējamās problēmas. Konsultācijās pēc iespējas jāizmanto konkrētas uz pierādījumiem balstītas intervences (sk. zemāk). Konsultācijās jākoncentrējas uz personas spējām, ārējiem resursiem un veismēm, kā arī viņa vai viņas problēmām un trūkumiem. Klientam jāpalīdz atrast citas iestādes, kas var sniegt viņam visvairāk nepieciešamos pakalpojumus (medicīnas pakalpojumus, palīdzēt atrast mājokli, nodarbības bērnu audzināšanā, dažādu darba iemaņu apguves apmācību utt.).

Narkomānijas ārstēšanas programmās jāņem vērā klientu dzīve plašākā kontekstā, izmantojot šādas kognitīvās uzvedības terapijas metodes:

- galvenā mērķa noteikšana, kas piešķir terapijai virzienu un ļauj klientiem izmērīt panākto progresu;
- motivējošas intervijas, kas mudina klientus apsvērt narkotiku lietošanas pozitīvos un negatīvos aspektus un pārvarēt neizlēmību, lai sāktu mainīt uzvedību;
- problēmu risināšana, izmantojot mutiskas norādes, rakstisku informāciju un prasmju uzskaitījumu;
- recedīva profilakse, nodrošināt prasmi un pārliecību attiecīgi rīkoties, nonākot augsta riska situācijās, iestājoties sliktam noskaņojumam, nokļūstot nelabvēlīgās vietās, sastopoties ar nevēlamiem cilvēkiem un iesaistoties nekontrolējamos pasākumos.

Ārstēšanas procesā jāietver individuālā un grupu terapija, stresa pārvaldīšana, sociālo, profesionālo un pašpārlicinātības prasmju apmācība, recedīva profilakse un kaitējuma mazināšanas pieejas izskaidrošana.

Narkomānijas ārstēšanas metodes pēc iespējas jāpielāgo konkrētām individuālām vajadzībām un izrādītajai apņēmībai. Iespējamās ārstēšanas metodes ir sekojošas:

- **Īsas intervences** (viena līdz piecas sesijas). Tās ir piemērotas klientiem, kuri atrodas vispārējās veselības aprūpes klīnikā un kuri, visticamāk, neizvēlēsies speciālu ārstēšanu. Šādos gadījumos veselības aprūpes sniedzējiem jādod

padoms, kā samazināt narkotiku lietošanu līdz drošākam līmenim un jāuzsāk diskusija par citām kaitējuma mazināšanas iespējām.

- **Opioīdu aizstāšanas terapija** (farmakoterapija). Opioīdu aizstāšana ar metadonu vai buprenorfīnu ir visefektīvākā terapija narkomānijas ārstēšanā cilvēkiem ar opioīdu atkarību, kā arī lai mazinātu HIV transmisijas risku. 2005. gadā PVO pievienoja metadonu un buprenorfīnu būtisko zāļu sarakstam [32]. Šīs terapijas rezultāti liecina, ka tā ir visefektīvākā, ja iepriekšminētos medikamentus lieto attiecīgās devās ilgākā laikposmā un tos apvieno ar citiem komponentiem, piemēram, konsultācijām.

Kopš antiretrovirālās terapijas izmantošanas, opioīdu aizstāšanas terapijai ir papildu pozitīva ietekme, kad to apvieno ar HIV aprūpi. Līdz šim pierādījumi par farmakoterapijas izmantošana citu narkotiku, piemēram, amfetamīna tipa stimulantu aizstāšanā ir nepietiekami.

- **Detoksifikācija.** To var veikt mājās, ambulatori, slimnīcā, ar vai bez zālēm, atkarībā no atkarības nopietnības un klienta izvēles. Daudzviet pasaulē detoksifikācija ir daudzu ārstēšanas metožu galvenais mērķis, tomēr rezultāti liecina, ka tās efektivitāte ir zema, salīdzinot ar farmakoerapiju. Bez tam, ārkārtīgi daudz pacientu pēc detoksifikācijas kursa atsāk lietot narkotikas. Detoksifikācija pēc iespējas jāapvieno ar ārstēšanu, un šajā procesā jāiesaista ģimenes locekļi, kuri bieži vien palīdz palielināt šīs metodes efektivitāti.
- **Ambulatoro pacientu konsultēšana.** Ievērojot augšminēto vispārējo pieeju, šī ir viena no lētākajām ārstniecības metodēm, ko var izmantot lielai grupai narkotiku lietotāju, kuri dzīvo un strādā savās kopienās.
- **Narkotiku lietotāju rehabilitācijas centri.** Tie var palīdzēt ilglaicīgiem narkotiku lietotājiem, kuriem narkotiku atkarība nodarījusi nopietnu kaitējumu, un tiem, kuru sociālie tīkli atbalsta narkotiku lietošanu. Šīm programmām jāsniedz plašs atbalsts: palīdzība piekļūt medicīniskai aprūpei, nodarbinātībai, izglītībai un iemaņu apmācībai; ēst gatavošanas, budžeta sastādīšanas, bērnu audzināšanas un citu dzīves prasmju apguve; jāveicina lietotāju pievienošanās kopienu grupām, neskaitot narkotiku lietotāju tīklus, un līdzdalība dažādos pasākumos, kas viņiem interesē; un psihiatriskā aprūpe, juridiskie pakalpojumi, kā arī reintegrācijas programma.
- **Pašpalīdzības grupas.** Klienti var iesaistīties anonīmo narkotiku lietotāju vai anonīmo alkoholiķu, vai citās līdzīgās grupās, ja viņi nesaņem pietiekamu sociālo atbalstu, ja viņiem ir augsts atkarības līmenis un ja viņi grib panākt abstinenci. Tādā gadījumā klienti jā mudina apmeklēt vismaz trīs grupu sanāksmes.

Sieviešu vajadzībām pielāgota narkomānijas ārstēšana

Narkomānijas ārstēšanas programmās sievietes var vairāk ciest no kauna sajūtas un bezspēcības, jo sabiedrība daudz nežēlīgāk nosoda sievietes, kurām ir narkotiku vai alkohola lietošanas problēmas, nekā vīriešus ar tādām pašām problēmām. Ārstēšanās laikā sievietes māk depresija un bailes, viņas cieš no somatiskiem, personības un ēšanas traucējumiem, viņām ir zems pašnovērtējums, viņu vidū vērojams augsts pašnāvības mēģinājumu skaits. Šīs sievietes ir vairāk pakļautas seksuālai izmantošanai, izvarošanai un vardarbībai ģimenē. Grūtniecēm un mātēm, kuras injicē narkotikas, arī ir konkrētas vajadzības, tādēļ narkomānijas ārstēšana jāpielāgo arī viņām. Veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējiem vajadzētu apsvērt iespēju piedāvāt sievietēm arī ģimenes plānošanas pakalpojumus. Programmu vadītājiem jāatceras, ka narkotiku lietotāju rehabilitācijas centri ne vienmēr ir

efektīvi attiecībā uz sievietēm narkotiku lietotājiem. Sievietes, kas darbojas seksa industrijā vai strādā kādā citā jomā, bieži vien ir galvenās pelnītājas saviem partneriem un bērniem.

E. HIV pārbaudes un konsultācijas

Daudzas adatu un šļirču programmas piedāvā injicējamo narkotiku lietotājiem veikt HIV testu un saņemt konsultācijas. HIV tests jāveic brīvprātīgi nevis obligāti. Šādas pārbaudes var palīdzēt narkotiku lietotājiem izprast savus riskus, uzsākt to mazināšanu un piekopt drošāku seksu, kā arī pievērsties drošākiem injicēšanas veidiem. Ja pārbaūžu rezultāti liecina, ka lietotāji ir HIV seropozitīvi, tad viņiem jāpalīdz piekļūt attiecīgajiem veselības aprūpes pakalpojumiem, atbalsta grupām, nepieciešamajai ārstēšanai un uzsākt veselīgāku dzīvesveidu. Mazākos projektos varētu iekļaut HIV testu veikšanu, lai iegūtu datus par šīs infekcijas sastopamību un izplatību, kā arī lai saprastu tās transmisijas riska faktorus mērķauditorijās.

Testēšanas stratēģijas izvēli vai diagnostikas komplektu var noteikt, izmantojot PVO pamatnostādnes [33, 34]. Neatkarīgi no izvēlētas iespējas, pirms un pēc HIV testa veikšanas jāsniedz konsultācijas, kas dod iespēju klientiem pieņemt attiecīgu lēmumu par to, vai viņi grib veikt šādu pārbaudi vai nē. Konsultāciju laikā tiek izsniegti nosūtījumi uz citām iestādēm, sniegts atbalsts un skaidroti HIV pozitīvu pārbaūžu rezultāti.

Pastāv vairāki iemesli, kāpēc HIV testēšana ir noderīgas HIV profilaksē un aprūpē, tomēr, pirms mudināt narkotiku lietotājus veikt HIV testu, rūpīgi jāapsver konteksts, kādā notiks šīs pārbaudes un iespējamā turpmākā ārstēšana. Piemēram, ja šāda ārstēšana narkotiku lietotājiem nav pieejama vai arī to var saņemt tikai gadījumā, ja viņi pārtrauc lietot narkotikas, tad HIV pozitīva testa gadījumā var izrādīties, ka tiek reģistrēti seropozitīvi lietotāji vai arī viņiem piespiež ārstēties no narkomānijas. Var gadīties, ka narkotiku lietotāju serostatusu publicē vai pārraida plašsaziņas līdzekļos, vai to atklāj draugiem un ģimenes locekļiem. Tāpat lietotāji var saskarties ar apkaunojošu un diskriminējošu izturēšanos veselības aprūpes iestādēs un citur, kā arī zaudēt darbu. Tieši tāpēc pakalpojumu sniedzējiem jāzina šī rūgtā patiesība un jāgādā, lai klienti saņemtu konsultācijas pirms HIV testa veikšanas, lai pēc tam viņi varētu izdarīt attiecīgu izvēli. Konsultācijās jārunā par HIV transmisiju, riskiem, pārbaudes procedūrām un rezultātiem, kā arī par drošu seksu, risku mazināšanu un pieejamo atbalstu.

HIV testu veikšanai un konsultācijām ir izstrādāti vairāki modeļi. Piemēram, tie var būt atsevišķi pakalpojumi, kas piedāvā anonīmas pārbaudes un konsultācijas, vai tās var iekļaut kaitējuma mazināšanas pakalpojumos. Konsultācijas un pārbaudes var piedāvāt arī stacionārās vai mobilās adatu un šļirču programmas.

Gadījumā, ja HIV testa rezultāts ir pozitīvs, konsultantiem ne tikai jāapspriež riska mazināšanas stratēģijas, bet arī jāpievēršas lietotāja tūlītējam emocionālajam un veselības aprūpes vajadzībām; jāizlemj, vai, kam un kādā veidā ir jāatklāj rezultāti, jāplāno klientu nākotne; jānodrošina viņu savlaicīga piekļuve attiecīgajiem veselības pakalpojumiem, jānovērš un jāpārvalda oportunistiskas infekcijas un (ja iespējams) jānodrošina piekļuve antiretrovirālai terapijai. HIV pozitīvu pārbaūžu rezultāti jāatklāj privāti, un, ja nepieciešams, jāpalīdz klientiem tikt galā ar emocionālajām sekām. Šie jautājumi ir divkārt svarīgi, ja HIV testēšana un konsultācijas notiek ieslodzījuma vietās.

F. Seksuāli transmisīvo infekcijas slimību ārstēšana

Citu seksuāli transmisīvo infekcijas slimību ārstēšana, neskaitot HIV, ir katras HIV ierobežošanas programmas injicējamo narkotiku lietotāju vidū un jo īpaši seksa industrijā nodarbināto sastāvdaļa. Seksuāli transmisīvo infekcijas slimību ārstēšanai narkotiku lietotāju, seksa industrijā strādājošo un klientu vidū, kā arī citās augsta riska grupās, ieteicamas trīs galvenās stratēģijas: lietotāju, kuriem jau ir klīniski vai etioloģiski simptomi, diagnosticēšana un ārstēšana; regulāras riska grupu pārbaudes (skrīnings), neatkarīgi no simptomiem, veicot klīniskos un laboratoriskos izmeklējumus; visas riska grupas vienreizēja vai periodiska ārstēšana, neskatoties uz simptomiem. STI pārvaldībai ir pieejami vairāki protokoli [35].

Diagnosticēšana un ārstēšana, pamatojoties uz klīniskiem un etioloģiskiem simptomiem, ir visbiežāk izmantotā pieeja STI ārstēšanai riska grupā. Taču jāņem vērā, ka šī pieeja balstās uz simptomu identificēšanu konkrētām personām, bet jāatceras, ka tai pat laikā daudzas sievietes un vīrieši, kuriem ir STI, ir asimptomātiski (bez slimības simptomiem). Turklāt daudzi no viņiem neatpazīst tos kā STI simptomus vai arī uztver tos kā normālu parādību un nemeklē medicīnisku palīdzību. Tieši tādēļ ir svarīgi nodrošināt to, ka adatu un šļircu programmu ielu darba un līdzbiedru izglītošanas pasākumi palīdz cilvēkiem noteikt STI kopīgos simptomus, atpazīt tos un meklēt ārstēšanās iespējas.

Klīniskās pieejas izmantošana STI ārstēšanai ir ierobežota, jo tā var būt neprecīza. Pareizas etioloģiskas diagnozes noteikšanai nepieciešami dārgi laboratorijas testi, kuri nav pieejami cilvēkiem ar zemiem ienākumiem vai trūcīgās vietās. Sindromiskās pārvaldības protokolos par STI risinātas dažas problēmas, kas saistītas ar simptomātisku pacientu ārstēšanu. Piemēram, viņiem piedāvā tūlītēju ārstēšanu. Sindromisko ārstēšanu var piemērot tikai tad, ja pacientiem ir simptomi, ja viņi tos atpazīst un meklē palīdzību.

Regulāras pārbaudes (skrīnings), kas balstās uz klīniskiem izmeklējumiem, kvalitatīva diagnostika un prezervatīvu lietošanas veicināšana var atmaksāties tādās riska grupās kā seksa industrijā nodarbinātie, jo viņu vidū vērojama augsta saslimstība ar ārstējamām seksuāli transmisīvām infekcijām. Diemžēl šie pakalpojumi ne vienmēr ir pieejami zema un vidēja ienākuma valstīs un dažām infekcijām arī nav iespējams veikt regulāras pārbaudes jeb skrīningu.

Visu seksa industrijā strādājošo un narkomānu, kas apmeklē veselības aprūpes iestādes, ārstēšana ir vēl viena stratēģija, ko var izmantot, lai īsā laikposmā strauji samazinātu STI izplatību. Šīs pieejas izmantošanai pirms ārstēšanas nav jāveic pārbaudes un nav jānosaka klīniskā vai etioloģiskā diagnoze. Šajā ārstēšanas pieejā [36] var izmantot dažādus intervālus, piemēram, visu riska grupu ārstēt tikai vienreiz vai arī periodiski (piem., ar intervālu 1 – 6 mēneši). Ja STI izplatība ir samazināta, mazinās arī nepieciešamība pēc šāda veida ārstēšanas. To var aizstāt ar tādām pieejām, kas uztur zemu STI izplatības līmeni, piemēram, sindromisko pārvaldību un primāro profilaksi.

Ko darīt, lai kontrolētu un ārstētu STI

Kad seksa industrijā strādājošais vai narkotiku lietotājs vēršas kādā veselības aprūpes iestādē STI kontrolei un ārstēšanai (neatkarīgi no tā, kura no augšminētajām stratēģijām tiek izmantota), jāizpilda turpmāk norādītās darbības. Šīs iestādes personālam jāveic riska izvērtējums, ņemot vērā, piemēram, nedrošu seksu un problēmas ar prezervatīviem. Pēc tam jāveic asins un urīna analīzes, jānoņem dzemdes kakla, urīnizvadkanāla un/vai anālās uztriepes (ja laboratoriski iespējams veikt šādus izmeklējumus). Ja nav pieejamas laboratorijas, tad diagnozes noteikšanai jāizmanto sindromiskā pieeja. Inficētajām personām

jānozīmē attiecīgi pretmikrobu ārstniecības līdzekļi; jāpiedāvā detalizēta informācija par ārstēšanas kursa ievērošanu, infekcijas raksturu un tās profilaksi; personālam jāatrod iespēja demonstrēt prezervatīvu pareizu lietošanu, jāuzsver, ka tos jālieto konsekventi, kā arī jāizsniedz prezervatīvi. Darbiniekiem pēc iespējas jāpalīdz klientiem veidot prasmes apspriest prezervatīvu lietošanu. Visbeidzot, jāorganizē regulāro partneru ārstēšana (ja tas ir iespējams), jāveic ārstēto pacientu papildu pārbaudes un jānodrošina regulāra medicīnisko apskašu apmeklēšana.

G. HIV pacientu aprūpe, ārstēšana un atbalsts

Pirms kāda laika adatu un šļirču programmās liela uzmanība tika veltīta HIV profilaksei, bet augošā HIV izplatība klientu vidū lika pievērsties HIV inficēto aprūpes un atbalsta programmām, kā arī antiretrovirālām programmām. Aprūpes un atbalsta programmās var ietvert medicīnisko aprūpi un kopšanu; oportūnistisku infekciju, tostarp, tuberkulozes ārstēšanu un profilaksi; ar HIV saistītu saslimšanu un paliatīvo aprūpi; antiretrovirālo terapiju (ja iespējams); psiholoģisko atbalstu un kopienas līdzdalību [37].

HIV pozitīviem injicējamo narkotiku lietotājiem nepieciešams plašāks pakalpojumu klāsts, ieskaitot piekļuvi narkomānijas ārstēšanai (it īpaši farmakoterapijai), izglītošanai un konsultācijām par injicēto narkotiku mijiedarbību, antiretrovirālām zālēm un oportūnistisku infekcijas slimību ārstēšanu (dažos gadījumos arī par farmakoterapijas zālēm); informācijai par ārstēšanu gadījumos, kad lietotājiem ir gan HIV, gan C hepatīts; psihologu un psihiatru konsultācijām; kā arī sociāliem un juridiskiem pakalpojumiem [38, 39].

Lai apturētu HIV vīrusa izplatību organismā un sasniegtu vislabākos rezultātus, antiretrovirālās terapijas režīms jāievēro vismaz par 95%. Šo stingro prasību dēļ valda nepareizs uzskats, ka injicējamo narkotiku lietotāji ir slikti kandidāti šai terapijai. Pētījumi liecina, ka to vienādi neievēro gan injicējamo narkotiku nelietotāji, gan lietotāji, kuriem tiek piemērota farmakoterapija, un ka vīrusu pretošanās spēja antiretrovirāliem medikamentiem injicējamo narkotiku lietotāju vidū nav augstāka, salīdzinot ar neinjicējamo narkotiku lietotājiem.

Kaitējuma mazināšanas pieeja ir ļoti efektīva attiecībā uz injicējamo narkotiku lietotājiem, jo tā atbalsta profilaksi, ārstēšanu un aprūpi. Efektīvs ir arī piemērots atbalsts, ko sniedz veselības aprūpes darbinieki, pamatojoties uz kopienā balstītām programmām un ielu darba stratēģijām. Visaptverošas kaitējuma mazināšanas programmas arī ierobežo jaunu HIV infekcijas gadījumu rašanos injicējamo narkotiku lietotāju vidū. Konsekventa dalība metadona programmās ir saistīta ar augstāku antiretrovirālās terapijas izmantošanas iespējamību [39].

HIV pozitīviem injicējamo narkotiku lietotājiem, kuri strādā seksa industrijā, ir īpašas vajadzības. Piemēram, konsultantiem HIV jautājumos ar viņiem jāizrunā problēmas, ar ko saskaras HIV pozitīvas personas. Iespējams, ka šie cilvēki būs bez darba, viņu reģistrācija tiks atlikta vai arī viņus varēs krimināli sodīt par to, ka viņi turpina strādāt. Diskusijās par pašaprūpi jāuzsver potenciālie draudi veselībai, ko rada viņu darbs. Te jāmin tādi faktori kā stress un lielāks risks pakļaut sevi oportūnistiskām infekcijas slimībām.

Nepieciešami arī nosūtījumi uz aprūpes un atbalsta grupām, kā arī pakalpojumu sniegšanas vietām, kur ārstē seksa industrijā nodarbinātos un narkotiku lietotājus. Gadījumos, kad HIV pozitīvi seksa industrijā strādājošie vairs nespēj turpināt darbu vai arī vēlas no tā aiziet,

viņiem būs nepieciešama aprūpe un atbalsts, lai palīdzētu atrast alternatīvu nodarbošanos vai ienākuma avotus. HIV pozitīvi seksa industrijā nodarbinātie un narkotiku lietotāji var saskarties arī ar lielāku nosodījumu un diskrimināciju nekā citas HIV inficētās personas. Šī iemesla dēļ programmās jāiekļauj informācijas izplatīšanas pasākumi, kas pievēršas diskriminācijas jautājumiem. Pakalpojumus HIV pozitīviem injicējamo narkotiku lietotājiem ieslodzījuma vietās var izveidot, ja tajās ir pieejamas antiretrovirālās zāles un cita veida ārstēšana.

H. Sociālais un juridiskais atbalsts

Injicējamo narkotiku lietotājiem nereti nepieciešama piekļuve pakalpojumiem juridiskos, mājokļa un sociālās labklājības jautājumos. Lai gan šie pakalpojumi tieši nepievēršas veselības jomai, tomēr tie palīdz risināt labklājības jautājumus, spēju kontrolēt savu dzīvi, tādējādi dodot iespēju izdarīt veselīgākas izvēles. Pakalpojumi var būt saistīti ar nosūtījumiem pie ekspertiem (piem., sociālajiem darbiniekiem vai juristiem), uz informācijas sesijām (piem., semināriem par dažādiem likumiem) vai prasmju apmācību (piemēram, finanšu un uzņēmējdarbības vadība). Risināmie sociālās labklājības jautājumi varētu būt šādi:

- Juridiskais atbalsts tādos jautājumos kā narkotiku glabāšana, lietošana vai tirdzniecība, prostitūcija, sīki noziegumi, vardarbība, bērnu aizbildniecība, imigrācija un mantiskie strīdi;
- Mājokļa vai patvēruma atrašana, ieskaitot drošu mājvietu ārkārtējos gadījumos;
- Sociālo pabalstu, veselības apdrošināšanas un imigrantu dokumentu iegūšana;
- Bērnu aprūpes pieejamība;
- Izglītības pakalpojumi klientiem vai viņu bērniem;
- Pakalpojumi, kas pievēršas vardarbībai ģimenē un bērnu seksuālai izmantošanai.

I. Papildu pakalpojumi seksa industrijā nodarbinātajiem

Ja adatu un šļirču programmās tiek iekļauta iniciatīva par darbu ar seksa industrijā nodarbinātajiem, tad, iespējams, būs nepieciešams izstrādāt atsevišķu paralēlu projektu tajā pašā vietā, kur tiek īstenoti programmas pasākumi. Pastāv arī alternatīvs variants – paplašināt kaitējuma mazināšanas darbu, ietverot tajā droša seksa veicināšanu, prezervatīvu programmu izstrādi, STI ārstēšanu un, ja iespējams, citus seksuālās un reproduktīvās veselības pakalpojumus tiem injicējamo narkotiku lietotājiem, kuri darbojas arī seksa industrijā. Šajā nozarē parasti vairāk strādā sievietes nekā vīrieši, tāpēc vairumam adatu un šļirču programmu jāpieņem darbā un jāapmāca ielu darbinieces un programmas darbinieces, lai varētu piesaistīt un saglabāt klientes. Daudzas adatu un šļirču programmas izveido vīrieši, tāpēc sākotnēji gan darbinieki, gan klienti arī pārsvarā ir vīrieši. Piesaistot klientes, būs iespējams noteikt seksa pakalpojumu apjomu, ko sniedz šī grupa, un izvērtēt tās vajadzības. Efektīvs veids, kā piesaistīt injicējamo narkotiku lietotājas un seksa industrijā nodarbinātās sievietes projektam, ir pieņemt darbā šādas pašreizējās vai bijušās darbinieces, kas veiks ielu darbu.

Adatu un šļirču programmām jāpieāvā palīdzība arī vīriešiem injicējamo narkotiku lietotājiem, jo viņi var nonākt seksuālā riska situācijās ar seksa industrijā nodarbinātajiem (kā gadījuma vai pastāvīgie seksa partneri) vai paši sniegt seksuālus pakalpojumus. Iespējams, ka būs nepieciešams paplašināt līdzbiedru izglītošanas un ielu darba pasākumu tēmas, informatīvos un izglītojošos materiālus, ko izmanto HIV un STI seksuālās transmisijas jautājumu apspriešanai, kā arī veikt pārrunas par drošākiem seksa pakalpojumiem. Lielāku

uzmanību, iespējams, vajadzēs pievērst arī seksa veidiem un pakalpojumiem, ko piedāvā seksa industrijā nodarbinātie narkotiku lietošanas kontekstā.

IV PĀRVALDĪBA

Kā jau iepriekš minēts, no adatu un šļirču programmām nebūtu liela labuma, ja tās pietiekami nedarbotos, lai ierobežotu vai kontrolētu HIV un citu slimību izplatību vietējo narkotiku lietotāju vidū. Pilotprojekti ir pieņemami, lai demonstrētu programmu darbību tādās vietās, kur vērojama liela pretestība kaitējuma mazināšanas pasākumiem. Tomēr pieredze liecina, ka nepieciešamas pilna apjoma programmas ar visaptverošiem pasākumiem, lai uzlabotu sabiedrības veselību kopumā. Tieši tāpēc pēc adatu un šļirču programmu uzsākšanas to vadītājiem jārada iekšējie un ārējie apstākļi, lai tās paplašinātu. Šim nolūkam nepieciešams ilgtermiņa ieguldījums apmācībā un prasmīga personāla pārvaldība, kā arī attiecību veidošana un uzturēšana ar vietējām iestādēm un plašāku sabiedrību. Programmām vajadzīgas arī sistēmas, lai nodrošinātu pakalpojumu kvalitāti, izmēritu to aptvērumu, uzraudzītu un novērtētu tās. Tas viss dod iespēju ilglaicīgai plānošanai sadarbībā ar valsts un citām iestādēm.

A. Programmas personāla pārvaldība

Labā pārvaldība ir vissvarīgākais faktors adatu un šļirču programmu īstenošanā un to spējā paplašināties. Tā ietekmē to, cik ilgi darbinieki paliek organizācijā un cik labi tiek galā ar savu darbu, kas var izrādīties diezgan grūts. Sabiedrības pārstāvji, ģimenes locekļi, policija un narkotiku lietotāji var pārprast un aizskart brīvprātīgos vai programmas pastāvīgos darbiniekus. Ja programmas personāls arī saņem samaksu par padarīto darbu, tad parasti tā ir zemāka nekā citās vietās strādājošajiem. Šo faktoru dēļ programmas darbinieki bieži mainās. Tas, savukārt, var radīt lielāku problēmu, jo katrs aizejošais darbinieks vai brīvprātīgais liek organizācijai meklēt un apmācīt jaunus darbiniekus un no jauna veidot attiecības ar pakalpojumu lietotājiem.

Programmas darbs var dot arī gandarījumu. Organizācijas var radīt lielu lepnuma sajūtu par savu veikumu, komandas darbu un savstarpējo atbalstu. Adatu un šļirču programmas vislielākā vērtība ir tās darbinieki, tādēļ viņus jāstimulē, jāatbalsta un jārespektē.

Viens no vissvarīgākajiem pārvaldības faktoriem ir komunikācija. Vadītājiem jāizveido oficiāli un neoficiāli mehānismi, kā dalīties ar informāciju savā starpā, ar citiem darbiniekiem un brīvprātīgajiem. Komandas sanāksmes jāorganizē katru nedēļu pēc iespējas tādā laikā un vietā, kur var ierasties visi komandas dalībnieki (pat tie, kas strādā maiņās un nedēļas nogalēs). Sanāksmēm jāsigatavo skaidra darba kārtība un tās jāvada tā, lai visi svarīgie jautājumi tiktu izskatīti un lai komanda neiestīgtu neatbilstošās diskusijās. Visi darbinieki jā mudina izteikties un apspriest problēmas, ar ko viņi ir saskārušies savā darbā, kā informēt par svarīgām lietām, ko būtu jāzina pārējiem. Atmiņas atsvaidzināšanai var izmantot uzskaites žurnālus. Jāapspriež arī jaunas idejas, pakalpojumi, citu institūciju iesaiste un izmaiņas programmā.

Katrā komandas sanāksmē jāatbild uz šādiem jautājumiem:

- Vai nedēļas laikā bija kādas problēmas? Ja bija, tad kādi ir darbinieku ieteikumi to risināšanai?
- Vai bija grūti vai neiespējami atbildēt uz kādiem konkrētiem jautājumiem? (Iekļaut apmācību vajadzību sarakstā.)
- Kāda jauna informācija ir iegūta par vietējo narkotiku lietotāju uzvedību?
- Kā var uzlabot sniegtos pakalpojumus?

- Vai nepieciešams mainīt kādus darba paņēmienus?
- Vai adatu un šļirču programmas darbības vidē ir notikušas kādas izmaiņas?
- Vai darbinieki vēlas dalīties domās, komentāros, sajūtās, kas atzīmēti viņu personīgajos žurnālos?

Šīs sanāksmes var izmantot arī apmācībai. Darbinieks vai vieslektors var dalīties zināšanās un pieredzē par kādu konkrētu tēmu, sniedzot īsu prezentāciju un atbildot uz jautājumiem.

Uzraudzības pasākumos jāietver regulāras individuālas tikšanās starp vadītāju (parasti tas ir programmas vadītājs) un katru darbinieku. Šīm sanāksmēm jānorit nepiespiestā atmosfērā, tajās jāizskata personas paveiktais un nepieciešamības gadījumā jāapspriež snieguma uzlabošana un turpmākā apmācība. Jāiztirzā arī darbinieka attiecības ar klientiem, uzskati par darbu un karjeras plāni.

Ja programmas darbinieki ir narkotiku lietotāji vai bijušie lietotāji, uzraudzībā jāietver arī darba ietekme uz narkotiku lietošanu vai atturību, veselības un uztura jautājumi, kā arī veselības stāvoklis. Ņemot vērā darba specifiku un dažādos darbiniekus, kas strādā vadītāju uzraudzībā, iespējams, jārisina arī jautājumi, kas saistīti ar darba ietekmi uz personīgo dzīvi un sabiedriskām attiecībām, finansiālo stāvokli un mājokļa problēmām.

Darbinieku apmācību nedrīkst pārtraukt. Neatkarīgi no tā, cik visi ir aizņemti, apmācībai vienmēr jāatrod laiks. Jāpārdomā arī, kā tālāk uzlabot programmu. Tas var izrādīties pavisam vienkārši, kā jau iepriekš norādīts – jāatrod vieslektori, kas var ierasties uz komandas sanāksmēm. Jāparūpējas arī par to, lai personāls apmeklētu konferences un kursus, kā arī citas pakalpojumu sniegšanas vietas. Pastāv arī citi vienkārši īstenojami apmācības pasākumi, piemēram, darbinieki uz laiku dodas praksē citās iesaistītajās kaitējuma mazināšanas pakalpojumu sniegšanas iestādēs vai arī organizē žurnālu klubus, kuros to dalībnieki pēc kārtas lasa, prezentē un apspriež dažādus rakstus vai grāmatas.

B. Ārējo attiecību pārvaldība

Svarīgi ir panākt to cilvēku atbalstu, kuri strādā vai dzīvo adatu un šļirču programmas atrašanās vietas tuvumā. Tikpat nozīmīgi ir dibināt saites ar ietekmīgiem indivīdiem un organizācijām, jo gandrīz katrā valstī sastopami gadījumi, kad šādas grupas vai grupu pretestības dēļ programmām ir vajadzējis pārcelties uz citu vietu vai pat nācies tās slēgt. Daudzas programmas sāk darboties jau izveidotās veselības aprūpes struktūrās, piemēram, narkomānijas ārstniecības centros, slimnīcās vai klīnikās. Tam ir vairākas priekšrocības, jo bez lieliem papildu izdevumiem iespējams ierīkot biroju, noliktavu, saņemt administratīvo atbalstu un izmantot komunikācijas (tālruņus, faksu, epastu). Diemžēl daudzas šādas programmas bija spiestas pārcelties uz citām telpām vai strādāt ierobežotos apstākļos, jo citi attiecīgās ēkas darbinieki iebilda pret šo programmas atrašanās vietu.

Ja adatu un šļirču programma grib sākt darbību kādas iestādes telpās, tad vispirms jāvelta pietiekami daudz laika, lai iegūtu citu ietekmīgu grupu un indivīdu, kas arī tur strādā, atbalstu. Līdzīga pieeja jāizmanto, kad programmu izveido kādā citā vietā. Ja adatu un šļirču programmas stacionārās atrašanās vietā ir tādi kaimiņi kā iedzīvotāji, veikalu īpašnieki vai veselības aprūpes darbinieki, tad šiem cilvēkiem jāizskaidro programmas darbs, lai iegūtu viņu uzticību un piekrišanu. Labs veids, kā uzlabot attiecības ar kaimiņiem, ir noskaidrot viņu bažas, kas saistītas, piemēram, ar izmestām adatām un šļircēm. Ja šādas problēmas iespējams

risināt, organizējot apkārtnes regulāras pārbaudes un izmesto injicēšanas piederumu savākšanu, tad rezultātā var iegūt apkārtējo cilvēku atbalstu.

Sākotnējie programmas popularizēšanas pasākumi ir aprakstīti II nodaļā, tomēr jāatceras, ka darbs ar sabiedrību jāturpina nepārtraukti, lai programmas iegūtu plašu aptvērumu. Liels darbs ir paveikts, lai definētu popularizēšanas darba veidus un noteiktu attiecīgās mērķgrupas [40]. Programmas popularizēšanas kampaņu ieteicams sākt pēc iespējas ātrāk. Šiem pasākumiem nepieciešams finansējums un tos jāīsteno pastāvīgajiem darbiniekiem.

Popularizēšanas darbs parasti sākas, kad kāda sabiedrības grupa uztver kādu jautājumu kā problemātisku. Tas nozīmē, ka pienācis laiks to apspriest publiski. Nepieciešams arī izstrādāt priekšlikumus un veidot atbalstu konkrētās problēmas risināšanai. Šis dinamiskais process (sk. zemāk attēloto diagrammu) sastāv no vairākiem posmiem, kas tiek īstenoti vienlaikus daudzos sabiedrības līmeņos dažādā secībā.

Sākumposms. Popularizēšanas grupas jeb koalīcijas izveide. Nepieciešamā finansējuma meklēšana šajā posmā vai nākamajos trijos posmos.

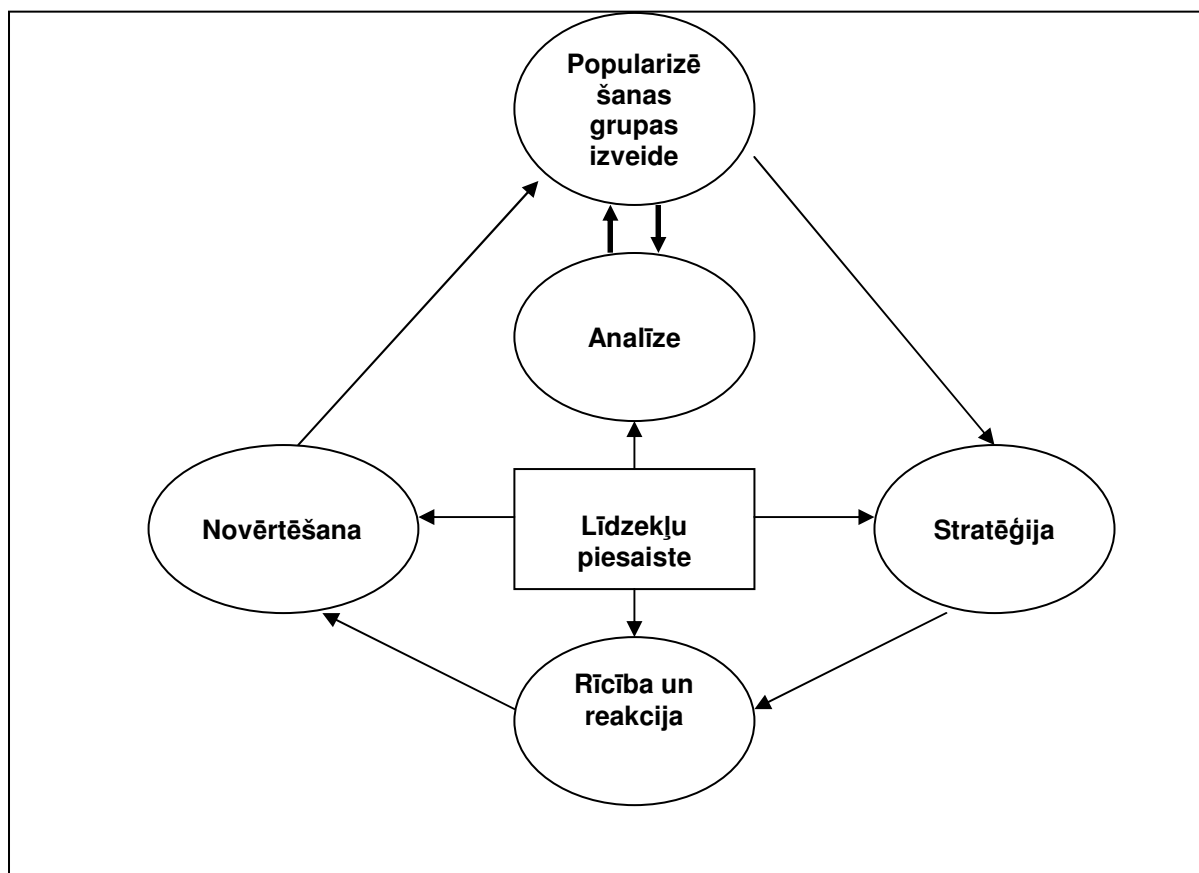
Analīze. Grupa analizē identificētās problēmas daudz sistemātiskāk, iesaistot galvenās ieinteresētās personas, izmantojot esošās normas un politikas, organizācijas, kas īsteno šīs politikas, kā arī nepieciešamos kanālus, lai piekļūtu ietekmīgiem cilvēkiem un lēmējpersonām.

Stratēģija. To veido, balstoties uz analīzi un koncentrējoties uz konkrētiem mērķiem un uzdevumiem, kā arī uz popularizēšanas pasākumiem, lai sasniegtu izvirzītos mērķus.

Rīcība un reakcija. Popularizēšanas rīcības plāns ir izstrādāts, iegūts atbalsts politiku un to īstenošanas maiņai. Kampaņas realizēšana var izraisīt ietekmīgu grupu dažādu reakciju. Pievēršanās kritiķu reakcijai palīdz saglabāt uzmanību un interesi par popularizēšanas jautājumu.

Novērtēšana. Komandai regulāri jāpārskata, kas ir paveikts un kas vēl jā dara. Konkrētu popularizēšanas ietekmi dažreiz ir grūti novērtēt īstermiņā, tādēļ varētu rasties nepieciešamība mērīt panākto progresu popularizēšanas procesa laikā.

Popularizēšanas process



Kaitējuma mazināšanas tīkli arī veido forumu, kurā programmu vadītāji un darbinieki var uzzināt par popularizēšanu un mudināt veikt izmaiņas politikās un likumos, kas ietekmē narkotiku lietotāju dzīvi. Šiem tīkliem ir vairāki līmeņi. Tagad ir izveidoti sadarbības tīkli, ko veido adatu un šļirču programmas. Skatīt VI nodaļu „Noderīgas tīmekļa vietnes, publikācijas un sadarbības tīkli”.

C. Uzraudzība kvalitātes nodrošināšanai

Lai nodrošinātu adatu un šļirču programmas efektivitāti, jāveic nepārtraukta uzraudzība, lai izvērtētu produktu un sniegto pakalpojumu kvalitāti. Vēlams izmantot piecus procesus, lai kontrolētu vidi un pakalpojumus, kā arī lai atbilstoši rīkotos.

Pirmais process ir iepriekšminētā komandas sanāksme, kurā programmas darbinieki konstatē problēmas saistībā ar piedāvātajiem produktiem un pakalpojumiem, kā arī norāda uz izmaiņām narkotiku lietotāju uzvedībā, kam nepieciešami uzlaboti vai cita veida pakalpojumi un produkti. Šo jauno informāciju vadībai jāņem vērā un ātri jārīkojas. Ja šī iemesla dēļ nepieciešams mainīt programmu, tad darbinieki jāmudina izvērtēt šo izmaiņu efektivitāti un nākt klajā ar ieteikumiem pakalpojumu uzlabošanai. Šādi tiek veidota atgriezeniskā saite, kurā pastāvīga kontrole noved pie uzlabojumiem un tālākas kontroles, un nepieciešamajām izmaiņām.

Otrais process ir konsultatīvā grupa, kas aprakstīta A pielikumā. Tai var būt galvenā loma kvalitātes kontrolē, it īpaši, ja tā ir saņēmusi injicējamo narkotiku lietotāju ieteikumus novērtēt programmas sniegtos pakalpojumus. Lietotāju ierosinātās izmaiņas pirms to

ieviešanas jāapspriež ar programmas darbiniekiem un jākontrolē, izmantojot atgriezenisko saiti.

Trešais process. Katrai iestādei, kas sniedz pakalpojumus, kuri izklāstīti III nodaļā, ieteicams izveidot un publiskot skaidru un anonīmu sūdzību iesniegšanas procedūru. Jāsagatavo attiecīgas veidlapas, kas ir pieejamas, piemēram, stacionāras programmas priekšstelpā. Turpat jānovieto arī kastīte, kur anonīmi atstāt aizpildītās veidlapas. Sūdzības parasti nodod programmas vadītājam, kuram tās ļoti rūpīgi jāizskata. Nepieciešamības gadījumā vadītājam jāievēro pieņemtās disciplinārās procedūras pret tiem darbiniekiem, kuri nav ievērojuši programmas noteikumus vai stratēģiju.

Ceturtais process. Ja ir pietiekami līdzekļu, var veikt zemāk norādīto vai citu programmas aspektu kvalitātes novērtējumu:

- Cik ērti ir piekļūt injicēšanas piederumiem;
- Darbinieku draudzīgums;
- Injicējamo narkotiku lietotāju iesaistīšana programmas pasākumos;
- Vadības un darbinieku reaģēšana uz sūdzībām, uzvedības un vides pārmaiņām;
- Injicēšanas piederumu klāsts un programmas sniegtie pakalpojumi;
- Izmantotie nosūtījuma procesi.

D. Aptvēruma mērīšana

Kas ir aptvērumi?

Adatu un šļirču programmu aptvērumu ir grūti definēt. Gadiem ilgi aptvērumi ir definēti kā to injekciju, kas veiktas ar sterilām adatām un šļircēm, procentuālais rādītājs, ko diemžēl ir grūti aprēķināt. Vēl viens paņēmieni, kā noteikt aptvērumu, ir aprēķināt programmu izsniegto adatu un šļirču skaitu uz vienu injicējamo narkotiku lietotāju gadā (vadoties pēc aptuvena lietotāju skaita ģeogrāfiskā teritorijā). Šo metodi izmanto vairākas Rietumeiropas un Austrālijas programmas (šajā ceļvedī tā nosaukta par „salīdzinošo aptvērumu”). Līdzīgu, bet nedaudz atšķirīgu skaitli iegūst, aprēķinot, cik adatu un šļirču ir izdalīti vienam klientam gadā. Ceļvedī šo metodi sauc par „pakalpojuma izmantošanu”.

Vairums cilvēku, domājot par aptvērumu, skaita personas, nevis injekcijas vai adatas. Parasta metode ir saskaitīt visus injicējamo narkotiku lietotājus, kas izmantojuši programmas pakalpojumus. Ņemot vērā to, ka vienreizēja programmas darbinieka vizīte neveicina īpašas pārmaiņas lietotāja uzvedībā, tad šāds skaitlis tikai norāda uz programmas sasniedzamību (tādēļ šajā ceļvedī to sauc par „jebkad sasniegto” aptvērumu). Vairāk uz cilvēku balstīta definīcija ir injicējamo narkotiku lietotāju, kuriem ir regulārs kontakts ar programmu darbiniekiem (vai citiem kaitējuma mazināšanas un narkomānijas ārstēšanas pakalpojumiem), procentuālais rādītājs. Šajā kontekstā ir grūti definēt „regulārs”, bet šeit attiecībā uz programmām tas nozīmēs „vismaz reizi mēnesī 12 mēnešu laikā” (cik regulāri pasākumi tiek izstrādāti citu intervenču veikšanai).

Šajā ceļvedī aptvērumi ir definēti kā *injicējamo narkotiku lietotāju, kuriem ir regulārs kontakts (vismaz reizi mēnesī) ar adatu un šļirču programmām, skaita procentuālais rādītājs ģeogrāfiskā teritorijā.*

Viens no galvenajiem aspektiem adatu un šļirču programmu paplašināšanā ir informācija par to, vai aptvērumi katru gadu palielinās vai samazinās. Lai aprēķinātu aptvērumu, balstoties

uz augšminēto definīciju, nepieciešams veikt divus procesus. Vispirms jāaprēķina aptuvenais injicējamo narkotiku lietotāju skaits (kā norādīts *RAR-IDU* ceļvedī). Tas jādara vismaz reizi divos gados. Lietotāju skaits pirms programmas darbības uzsākšanas var izrādīties neprecīzs, jo nereti tiek izmantoti nepiemēroti avoti. Īstenojot un paplašinot programmas, darbinieki labāk izprot sociālos tīklus un zina, cik injicējamo narkotiku lietotāju ir viņu teritorijā. Šī informācija, apvienojumā ar tādiem paņēmieniem kā „sniega bumba” (aicinot katram lietotājam iepazīstināt programmas darbiniekus ar visiem viņa vai viņas paziņām, kas injicē un pērk narkotikas), var novest pie rezultāta, kas ievērojami palielina vai samazina lietotāju skaitu. Dažas adatu un šļirču programmas cenšas norādīt mazāku narkotiku lietotāju skaitu savās teritorijās, lai programmas aizsniedzamības un aptvēruma rezultāti izskatītos labāk nekā patiesībā, bet citas atkal palielina lietotāju skaitu, lai iegūtu lielāku finansējumu nekā nepieciešams.

Injicējamo narkotiku lietotāju skaita precizitāte un regulāra pārbaude ir būtiska, lai panāktu, ka pakalpojumi tiek sniegti tādā līmenī, lai ierobežotu HIV epidēmijas izplatību injicējamo narkotiku lietotāju vidū vai lai to kontrolētu. Neprecīzs lietotāju skaits noved pie nepareiziem nepieciešamo resursu aprēķiniem. Tas, savukārt, var novest pie HIV epidēmijas izplatības, neskatoties uz īstenojamajām plaša mēroga adatu un šļirču programmām.

Otrais process ietver regulārus ziņojumus par kontroles procesu, kas izklāstīts II nodaļā. Izmantojot unikālu identifikācijas kodu, programmas var sniegt precīzu injicējamo narkotiku lietotāju, kas piekļūst programmai, skaitu. Kontroles procesā netiek uzskaitīti programmas klienti, tā saucamie sekundārie apmainītāji. Lai palīdzētu injicējamo narkotiku lietotājiem pāriet uz drošāku uzvedības veidu, programmu efektivitāte ir atkarīga arī no izglītības, ko lietotājiem sniedz programmu darbinieki un brīvprātīgie, no sterilu injicēšanas piederumu izsniegšanas un no piekļuves atbilstošiem veselības un sociāliem pakalpojumiem. Maz ticams, ka sekundārie apmainītāji saņem visus šos pakalpojumus, tāpēc aptvērums jāaprēķina, balstoties uz to cilvēku skaitu, kas apmeklē adatu un šļirču programmas vai kontaktējas ar to darbiniekiem.

Aptvērums aprēķina, dalot injicējamo narkotiku lietotāju skaitu ar to lietotāju skaitu, kas izmanto programmu pakalpojumus vismaz reizi mēnesī (pēdējo skaitli var aprēķināt, noskaidrojot, cik klientu iepriekšējā gadā izmantojuši pakalpojumus 12 reizes). Tā kā šim procesam mērķi vēl nav aprēķināti un pārbaudīti, pastāv uzskats, ka, regulāri aptverot vairāk nekā 60% injicējamo narkotiku lietotāju konkrētā teritorijā, tam būs ietekme uz HIV epidēmijas izplatības ierobežošanu injicējamo narkotiku lietotāju vidū vai arī tas palīdzēs kontrolēt epidēmiju. Jāņem vērā, ka adatu un šļirču programmas ir tikai daļa no visaptverošas rīcības HIV/AIDS un narkotiku lietošanas problēmu risināšanā. Programmu aptvērums jāpalielina vietās, kur:

- HIV izplatība injicējamo narkotiku lietotāju vidū jau ir augsta;
- Adatas un šļirces nekur citur nevar iegādāties, piemēram, aptiekās;
- Narkomānijas ārstēšanas pakalpojumi ir nepietiekami, opioīdu aizstāšanas terapija vispār nav pieejama vai tā neapmierina vajadzības;
- Ir maz efektīvu programmu, kas risina profilakses, STI un citas veselības problēmas, ar ko saskaras injicējamo narkotiku lietotāji.

Vēl viens veids, kā kontroles procesi var palīdzēt paplašināt programmas, ir pakalpojumu kvalitātes mērīšana un reaģēšana uz mērķauditoriju jaunajām vajadzībām. Kvalitātes kontrole šajā nodaļā jau tika aprakstīta. Diemžēl līdz šim laikam maz ir padarīts, lai šos kvalitātes

mērījumus izteiktu skaitliski. Sīkākai informācijai par kvalitātes mērķu noteikšanu un pakalpojumu aptvērumu skatīt atsauci [41].

E. Kontroles un novērtēšanas izmantošana programmu popularizēšanai un plānošanai

Daudzu valstu pieredze liecina, ka adatu un šļirču programmām jāpopularizē savas darbības mērķi un pasākumi, lai iegūtu politiķu un kopienu vadītāju atbalstu, tādējādi panākot, ka varas iestādes pievēršas HIV izplatības ierobežošanai un kontrolei tādu mazaizsargātu grupu vidū kā narkotiku lietotāji, seksa industrijā nodarbinātie un etniskās minoritātes. Pēc tam programmām, savukārt, jāpalīdz valdībām veikt rūpīgu vietēja un valsts līmeņa plānošanu, lai nodrošinātu atbilstošu pakalpojumu sniegšanu pietiekamā daudzumā.

Pēc tam, kad ir īstenoti plānotās adatu un šļirču programmas sākotnējās izvērtēšanas, popularizēšanas un pilotēšanas posmi, daudzās vietās jāsāk pavisam cits process – pēc iespējas jāpalielina HIV izplatības ierobežošanas programmu aptvērums. Šis jaunais posms ir saistīts ar datu vākšanu, izmantojot parastajiem analīzes (vai ātrās novērtēšanas un reaģēšanas metodoloģijas) procesiem pievienoto programmu kontroles un novērtēšanas rezultātus. Piedevām notiek arī adatu un šļirču programmas popularizēšana un sabiedrības izglītošana, lai radītu labvēlīgu vidi programmas paplašināšanai. Visaptveroša plānošanas un kontroles atgriezeniskā saite var veicināt lielāku aptvērumu. Izmantojot atgriezenisko saiti, katru gadu iespējams aprēķināt tādu galveno programmu kā adatu un šļirču programmu aptvērumu. Paralēli jāveic arī trūkumu analīze pakalpojumu nodrošināšanā mērķauditorijai. Te jāņem vērā gan pakalpojumu ģeogrāfiskais pārklājums, gan to daudzums, gan klāsts. Plānošanu veic, vadoties pēc šiem gada rezultātiem, lai katru gadu varētu paplašināt visus aptvēruma aspektus. Plānošana jāveic sadarbībā ar visām grupām, kas strādā HIV un narkotiku lietošanas ierobežošanas jomā, ieskaitot valsts un nevalstisko sektoru.

F. Ieteikumi kaitējuma mazināšanas efektivitātes palielināšanai

Šī ceļveža I nodaļā izklāstītas efektīvu adatu un šļirču programmu iezīmes, tostarp rūpīgs sākotnējais izvērtējums, vietējās sabiedrības mobilizācija, visaptveroši plaša klāsta pakalpojumi, kam viegli piekļūt. ANO programmas cīņai pret AIDS sagatavotajā Labākās prakses ziņojumā par kaitējuma mazināšanas programmu [42] aptvērumu daudziem no zemāk minētajiem punktiem pievērsta vēl lielāka uzmanība, kā arī minēti daudzi citi faktori, kas veicina lielāku aptvērumu:

- **Pielāgot programmas vietējām vajadzībām.** Programmu plānotājiem un īstenotājiem jāapgūst efektīvas kaitējuma mazināšanas principi un jāveido pakalpojumi, kas nepieciešami vietējiem injicējamo narkotiku lietotājiem, nevis izmantot citām valstīm vai pilsētām izstrādātus modeļus.
- **Veidot sabiedrības atbalstu.** Sabiedrības, valdības pārstāvju, reliģisko institūciju un plašsaziņas līdzekļu atbalsts ir svarīgs. To var veidot, popularizējot programmu.
- **Neļaut policijai kavēt programmas darbību.** Narkotiku lietošana vairumā valstu ir krimināls nodarījums, tādēļ policija bez grūtībām var ierobežot kaitējuma mazināšanas iestāžu darbību, neļaujot to darbiniekiem kontaktēties ar narkotiku lietotājiem un tirgotājiem. Policija varētu neatbalstīt visus kaitējuma mazināšanas aspektus, tomēr bieži vien ir iespējams panākt, ka tā netraucē kaitējuma mazināšanas iestāžu darbinieku veiktajiem pasākumiem.

- **Meklēt elastīgu, ilgstošu finansējumu.** Daudzas adatu un šļirču programmas uzsāk darbību, izmantojot ārvalstu donoru finansējumu. Šiem donoriem jābūt elastīgiem ne tikai izvērtējot, cik daudz līdzekļu nepieciešams katrai vietai, bet arī nosakot finansēšanas ilgumu, atbalstāmos programmas elementus un darbības metodes.
- **Atkārtoti ieviest.** Labas programmas var paplašināt un pēc tam atkārtot to īstenošanu citās valsts vietās. Tādā veidā iespējams ātri palielināt injicējamo narkotiku lietotāju aptvērumu reģionālā un valsts līmenī.
- **Rūpēties par vadību.** Tehniskā palīdzība, kā arī vadītāju un darbinieku apmācība ir tikpat būtiska kā efektīva uzraudzība, problēmu risināšana un regulāras komandas sanāksmes.
- **Mācīties no pieredzes.** Jāmācās no pieredzes un kļūdām, lai izstrādātu dažādus programmas elementus, izvēlētos darbiniekus un veiktu citus uzdevumus, lai nodrošinātu lielu aptvērumu.
- **Izvēlēties vismazaizsargātākos narkotiku lietotājus.** Iespējams, ka jāizstrādā konkrētas programmas, lai strādātu ar injicējamo narkotiku lietotājiem (it īpaši seksa industrijā nodarbinātajām); ielu jauniešiem (ieskaitot tos, kuri vēl neinjicē narkotikas); ieslodzītajiem; un narkotiku lietotājiem no tādām atstumtām etniskām grupām kā vjetnamieši Austrālijā, romi Austrumeiropā un ziemeļāfrikāņi Francijā.

V ADATU UN ŠĻIRČU PROGRAMMAS SLĒGTA TIPA IESTĀDĒS

Daudzās ieslodzījuma vietās adatu un šļirču programmas joprojām ir pretrunīgas [43]. To kritiķi min trīs galvenos iemeslus, kādēļ programmu īstenošana ieslodzījuma vietās noved pie:

- Vardarbības palielināšanās un šļirču kā ieroču izmantošanas pret citiem ieslodzītajiem un darbiniekiem;
- Lielāka narkotiku patēriņa un/vai injicējamo narkotiku pastiprinātas lietošanas to ieslodzīto vidū, kuri agrāk neinjicēja narkotikas;
- Atturību veicinošas informācijas un programmu graušanas.

Nesen PVO pasūtīja visaptverošu pārskatu par ieslodzījuma vietās veikto HIV izplatības ierobežošanas pasākumu efektivitāti. Tas parādīja, ka augšminētie pretargumenti ir nepamatoti [44]. Dažās Eiropas ieslodzījuma vietās adatu un šļirču programmas darbojas jau gandrīz 15 gadu. Līdz šim 11 valstu cietumos šīs programmas ir veiksmīgi ieviestas. Kā piemērus var minēt Vāciju, Baltkrieviju, Kirgizstānu, Moldovu, Irānu, Spāniju un Šveici. Pārskatā secināts, ka adatu un šļirču programmas ir piemērotas ieslodzījuma vietās, tostarp, vīriešu un sievietes cietumos, visa veida drošības līmeņu cietumos, kā arī mazos un lielos cietumos. Injicējamo narkotiku lietotājiem ieslodzījuma vietās ir pieņemama tīru adatu un šļirču pieejamība, kas laika gaitā ir būtiski samazinājusi šļirču koplietošanu, kā arī ierobežojusi HIV infekcijas izplatību. Nav nekādu pierādījumu tam, ka programmām, kas darbojas ieslodzījuma vietās, būtu nopietnas negatīvas sekas. Tās nenoved ne pie pastiprinātas narkotiku lietošanas vai injicēšanas, ne arī pie tā, ka šļirces izmanto kā ieročus. Novērtējumos ir konstatēts, ka šādas programmas ieslodzījuma vietās veicina narkotiku lietotāju nosūtīšanu uz narkomānijas ārstēšanas programmām. Ņemot vērā to, ka ieslodzītos kādreiz atbrīvos un viņi atgriezīsies brīvībā, adatu un šļirču programmu īstenošana cietumos dos labumu ne tikai pašiem cietumniekiem un darbiniekiem, bet arī sabiedrībai kopumā. Tieši tāpēc ieteicams veikt šādus pasākumus:

- Valstīs, kur injicējamo narkotiku lietotāju vidū jau izplatās HIV vai pastāv tās izplatības draudi, ieslodzījuma vietās nekavējoties jāsāk īstenošana adatu un šļirču programmas un pēc iespējas ātrāk tās jāpaplašina. Jo vairāk injicējamo narkotiku lietotāju atrodas cietumā, jo lielāka ir riska uzvedība, tādēļ steidzami jāievieš programma, kas darbojas turpat ieslodzījuma vietā.
- Ieslodzītajiem jānodrošina viegla un konfidenciāla piekļuve programmām. Viņiem, tāpat kā darbiniekiem, jāsaņem izglītojoša informācija par programmām, kā arī viņus jāiesaista to izstrādē un īstenošanā.
- Rūpīgi novērtētām pilotprogrammām, kas atrodas cietumos, var būt nozīmīga loma adatu un šļirču programmu ieviešanā ieslodzījuma vietās. Tomēr šādas pilotprogrammas nedrīkst kavēt adatu un šļirču programmu paplašināšanos, it īpaši, ja cietumos ir daudz injicējamo narkotiku lietotāju.

Sterilu adatu izdalīšana nenozīmē to, ka tiek attaisnota nelegālu narkotiku lietošana cietumos. Neatļautu narkotiku glabāšana un lietošana ir nelikumīga, bet adatu un šļirču iegūšana savā īpašumā, ja tas noticis, izmantojot oficiālas cietumā esošas programmas pakalpojumus, ir likumīga. Vairumā valstu līdzīga situācija vērojama arī ārpus ieslodzījuma vietām.

Programmas veiksmīgi darbojas visa tipa ieslodzījuma vietās

Kritiķi arī apgalvo, ka adatu un šļirču programmas veiksmīgi darbojas tikai neparastās slēgta tipa iestādēs, piemēram, mazos cietumos ar zemu drošības līmeni, un tāpēc tās nevar paplašināt, lai aptvertu visu cietumu sistēmu. Fakti noliedz šos apgalvojumus. Sākotnējos pilotprojektus Šveicē tiešām īstenoja mazākos cietumos (Oberšongrūnā, kur ir 75 ieslodzītie un Hindelbankā, kur ir 110 ieslodzītie). Turpmākās programmas tika veiksmīgi ieviestas dažādās vietās gan civilās, gan militārās sistēmās. Piemēram, Vācijā programmas ir realizētas gan cietumos ar 50 ieslodzītajiem (sieviešu cietums Hannoversandā), gan ar 500 (Hazenberges vīriešu cietums Hamburgā). Moldovā šļirču programmas darbojas vidējas un maksimālas drošības vīriešu cietumos, kur ir 1000 vai vairāk ieslodzīto. Soto de Real cietumā Madridē, kur veiksmīgi īstenoja adatu un šļirču programma, ir aptuveni 1600 ieslodzīto. Adatu un šļirču programmas ir izveidotas ieslodzījuma vietās ar atšķirīgu fizisko vidi. Tāpat programmas ir izrādījušās efektīvas Rietumeiropas cietumos, kur ir veselas kameru rindas un kur katrā kamerā ievietots viens vai divi ieslodzītie. Tikpat veiksmīgi tās darbojas Moldovas ieslodzījuma vietās, kur vienā telpā uzturas 70 un vairāk ieslodzīto. Pieredze liecina, ka cietumu programmas var efektīvi ieviest gan zema un vidēja ienākuma valstīs, kur tām ir samērā niecīgs finansējums un neliels infrastruktūras atbalsts (piem., Moldovā, Kirgizstānā un Baltkrievijā), gan augsta ienākuma valstīs, kur pieejami lielāki līdzekļi (piem., Šveicē, Vācijā un Spānijā).

Dažādas valstis (un to dažādās ieslodzījuma vietas) izmanto atšķirīgas metodes, lai izsniegtu vai apmainītu adatas un šļirces. To var veikt cietuma medmāsas vai ārsti ieslodzījuma vietas medicīniskās palīdzības vai citās telpās; ieslodzītie, kas apmācīti par līdzbiedru atbalsta darbiniekiem; nevalstiskās organizācijas (NVO) vai mediķi, kuri šim nolūkam ierodas cietumā; un „viens pret viens” šļirču automāti. Katrai metodei ir savas iezīmes, kas to padara noderīgāku par citām, atkarībā no situācijas.

Izsniegšana no rokas rokā, ko veic cietuma medmāsa un/vai ārsts, dod iespēju personīgi kontaktēties ar ieslodzītajiem un sniegt viņiem konsultācijas, tādējādi nonākot saskarē ar iepriekš nezināmiem narkotiku lietotājiem. Bez tam ieslodzījuma vietām tādā veidā iespējams vieglāk kontrolēt piekļuvi šļircēm. Var īstenot arī atsevišķu cietuma politiku, piemēram, „viens pret viens” adatu un šļirču apmaiņu vai arī izdalīt vairākas šļirces vienā reizē. Diemžēl šādai pieejai ir arī savi trūkumi. Tā nenodrošina pietiekamu anonimitāti un konfidencialitāti, kas, savukārt, varētu samazināt klientu skaitu (lai gan vairums ieslodzīto to varētu pieņemt, ja tiktu saglabāta konfidencialitāte). Tā samazina piekļuvi, jo šļirces ir pieejamas tikai veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanas laikā (tā tas tiešām ir, ja ieslodzījuma vieta ievēro stingru „viens pret viens” šļirču apmaiņas politiku). Tā paver iespēju cietumniekiem apmainīt šļirces savu kameras biedru vārdā, kuri neuzticas personālam, tāpēc negrib to darīt personīgi.

Izsniegšana no rokas rokā, ko veic līdzbiedru atbalsta darbinieki, ieslodzītajiem ir ļoti pieņemama, jo tā nodrošina anonimitāti un uzticību, kā arī šādā veidā viegli piekļūt adatām un šļircēm, jo līdzbiedru atbalsta darbinieki dzīvo cietumā un ir pieejami jebkurā laikā. Diemžēl ieslodzījuma vietas personāls nevar tieši kontrolēt šo procesu, kas var novest pie tā, ka apsardze var sākt baidīties par savu drošību. Izmantojot šo metodi, problemātiski ir nodrošināt „viens pret viens” apmaiņu.

Izsniegšana no rokas rokā, ko veic NVO pārstāvji vai mediķi, nodrošina personīgu kontaktu ar ieslodzītajiem un iespēju sniegt konsultācijas. Šī metode veicina saskarsmi ar iepriekš nezināmiem narkotiku lietotājiem un ļauj cietuma vadībai ieviest tādu iekšējo kārtību kā „viens pret viens” adatu un šļirču apmaiņa vai vairāku šļirču izsniegšana vienā reizē. Turklāt šī pieeja garantē lielāku anonimitāti un konfidencialitāti, jo netiek iesaistīts

ieslodzījuma vietas personāls. Tomēr šādā gadījumā nepieciešama kāda ārēja organizācija, kas informē ieslodzījuma vietu par tās piedalīšanos adatu un šļircu programmā. Vēl viens trūkums ir tāds, ka šī metode ierobežo piekļuvi adatām un šļircēm, jo tās izsniedz tikai noteiktās stundās vai dienās. Cietuma personāls varētu neuzticēties ārējām organizācijām, kas sniedz pakalpojumus. Bez tam tās var saskarties ar lielāku ieslodzījuma vietas birokrātiju nekā veselības aprūpes sniedzēji, kas pieder pie ieslodzījuma vietas personāla.

Šļircu automāti ir viegli pieejami, tie izvietoti institūcijas dažādās vietās un darbojas nepārtraukti. Tie nodrošina lielu anonimitāti un ieslodzītie tos parasti vērtē atzinīgi. Automātos iespējams veikt tikai „viens pret viens” apmaiņu, kas var izraisīt vandālismu, vai arī tie var sabojāties, tādējādi izraisot cietumnieku neuzticību programmām. Bez tam dažos cietumos trūkst tādu vietu, kur ieslodzītie varētu brīvi piekļūt, tādēļ tie ir nepiemēroti automātu izmantošanai. Visbeidzot, šos automātus jāizstrādā pēc individuāliem projektiem, tādēļ tie ir ļoti dārgi un to nepietiek visiem cietumiem.

Neatkarīgi no izvēlētajām metodēm, jāgādā, lai cietumu adatu un šļircu programmas nodrošinātu piekļuvi adatām un šļircēm. To var panākt, izvietojot vienā ieslodzījuma vietā vairākus šļircu automātus, kā tas izdarīts, īstenojot pilotprojektu Hindelbankas cietumā Šveicē. Izvēloties izsniegšanas metodi no rokas rokā, tādu kā Spānijas Bilbao pilotpētījums, ieslodzījuma vietas personāls mēģināja atrast piemērotas vietas, kurām ieslodzītie varētu viegli un diskrēti piekļūt. Moldovā tika pieņemts lēmums izmantot līdzbiedru iespējas, tādējādi nodrošinot piekļuvi adatām un šļircēm visu diennakti, jo līdzbiedru atbalsta darbinieki dzīvoja cietuma blokos, kur viņi izsniedza adatas.

Ieslodzījuma vietu administrācija un personāls atbalsta efektīvas adatu un šļircu programmas cietumos, jo tās veicina konfidencialitāti un uzticību, kā arī izmanto pilotprojektu laikā gūto pieredzi un atziņas. Turklāt tās parasti īsteno kā plašākas kaitējuma mazināšanas programmas sastāvdaļu. Ja ieslodzītajiem ir ierobežota piekļuve programmai, ja viņiem nav iespēja saņemt nepieciešamā veida šļirci, un ja viņi neuzticas programmai, tad no tā cietīs arī personāls, jo daži ieslodzītie turpinās slēpt adatas un šļirci, tādējādi palielinot personāla risku sadurties.

Moldovas gadījumu var minēt kā negatīvu piemēru tam, ka netika nodrošināta viegla piekļuve šļircēm, konfidencialitāte un uzticība. Adatu un šļircu programma atradās ieslodzījuma vietas veselības aprūpes telpās un to varēja izmantot tikai neliels skaits ieslodzīto. Izsniegto injicēšanas piederumu skaits pieauga tikai tad, kad pašus cietumniekus apmācīja sniegt kaitējuma mazināšanas pakalpojumus, tādējādi ieslodzītie varēja saņemt nepieciešamos injicēšanas piederumus no saviem līdziniekiem. Tas liecina par to, ka daudzās ieslodzījuma vietās adatu un šļircu izsniegšana, ko veic cietuma medmāsas, ārsti, nevalstiskās organizācijas vai mediķi, kuri šim nolūkam ierodas cietumā, nav labākā iespēja, jo daudzi ieslodzītie nevarēs piekļūt programmai. Šī piekļuve ir daudz lielāka, kad injicēšanas piederumus izsniedz viņu līdzinieki, pie kam šai metodei nav novērotas nekādas negatīvas sekas.

Darbam adatu un šļircu programmās cietumos jāpieņem darbā un atbilstoši jāapmāca personāls. Atkarībā no izvēlētajās izsniegšanas metodes darbā var pieņemt medmāsas un ārstus, kas jau strādā ieslodzījuma vietās, pašus ieslodzītos, NVO vai mediķus, kas strādā ārpus cietuma. Apmācība ir atkarīga no injicēšanas piederumu izsniegšanas metodes, to var papildināt ar dažādiem materiāliem, kuros atspoguļoti daudzi cietumu programmu uzdevumi. Sīkākai informācijai skatīt materiālus, ko izstrādājis Nīderlandes Trimbosa institūts [45].

Lai veicinātu ieslodzījuma vietu administrācijas līderību un apsargu atbalstu, adatu un šļirču programmu vadītājiem jāpopularizē savas programmas visa līmeņa sanāksmēs (sākot ar Tieslietu un Iekšlietu ministrijām līdz pat cietumu apsargiem), jāorganizē izglītojoši semināri un konsultācijas. Daudzās efektīvās adatu un šļirču programmās, kas darbojas cietumos, ieslodzījumu vietu personāls tikai ar laiku sāka atbalstīt programmu darbību. Personāla sākotnēja nepatika pret programmu nozīmē, ka daudz vairāk jāstrādā ar cietumu administrāciju, lai vispirms iegūtu tās atbalstu programmu īstenošanai ieslodzījuma vietās.

Ieslodzīto privātās informācijas pilnīga konfidencialitāte varētu būt neiespējama, tomēr programmām jādara viss iespējams to cietumnieku konfidencialitātes aizsardzībai, kuri lieto narkotikas un piekļūst sterilām adatām. Visas veiksmīgi īstenotās programmas ir izvēlējušās tādas metodes, kurām ieslodzītie uzticas, līdz ar to palielinot tās pakalpojumu lietotāju skaitu. Šļirču automāti, kas cietumos izvietoti labi pieejamās vietās, bieži ir pierādījuši sevi kā labākais mehānisms adatu un šļirču konfidencialai izsniegšanai. Ieslodzījuma vietās, kur darbojas apmaiņas metode no personas personai un kur šo pakalpojumu sniedz samērā privātā vidē, programmu darbība arī ir bijusi veiksmīga.

Adatu un šļirču programmu pasākumi cietumos un citas kaitējuma mazināšanas aktivitātes viens otru savstarpēji pastiprina, tādēļ tos var ieviest kopā. Citi kaitējuma mazināšanas pasākumi ietver izglītošanu par HIV un C hepatītu, kā arī atbilstošus testus un konsultācijas par šīm infekcijas slimībām. Ieslodzītajiem vajadzētu nodrošināt arī vieglu piekļuvi farmakoterapijai vai citiem narkomānijas ārstēšanas veidiem, prezervatīviem, balinātājiem un citiem dezinficēšanas līdzekļiem, antiseptiskām salvetēm un skuvekļiem. Daudzās valstīs ar labiem rezultātiem ir veikta ieslodzīto narkotiku lietotāju ārstēšana, lai veicinātu atturību.

Ieslodzījuma vietu adatu un šļirču programmu izvērtējumi veicina starptautisku programmu paplašināšanu

Pilotprojekti, kas saņēmuši labu novērtējumu, ir palīdzējuši paplašināt adatu un šļirču programmas cietumos. Dažās valstīs izmantots tikai viens šāds projekts, citās atkal, piemēram, Vācijā, paralēli darbojās divi pilotprojekti. To novērtējumu rezultātus izmanto turpmākā plānošanā. Šveicē, Vācijā un Spānijā pilotprojektu īstenošanai izraudzītās ieslodzījuma vietas bija diezgan mazas, atklāta vai daļēji atklāta tipa institūcijas ar zemāku drošības līmeni. Pēc šo projektu novērtēšanas adatu un šļirču programmas sāka ieviest lielākos, slēgta tipa augsta drošības līmeņa cietumos. Pilotprogrammu (un paplašināto programmu) stingri zinātniski izvērtējumi cietumos ir ne tikai attiecīgo valstu interesēs, bet to rezultāti mudina un iedrošina citas jurisdikcijas ieviest programmas tajās ieslodzījuma vietās, kur tās ir nepieciešamas.

Kontrole un novērtējums ir katras programmas svarīga sastāvdaļa. Lai gan adatu un šļirču programmu pilotprojekti cietumos ļauj ieviest šīs programmas un novērst iebildumus pret tām, tie nedrīkst kavēt programmu paplašināšanu, it īpaši ja ieslodzījuma vietās ir daudz injicējamo narkotiku lietotāju.

Jāuzsāk papildu pētījumi par adatu un šļirču programmām ieslodzījuma vietās, lai novērstu esošos trūkumus. Piemēram, vairāk pētījumu valstīs (ārpus Rietumeiropas), kurās ieslodzījuma vietām atvēlēts maz līdzekļu, ļautu strauji paplašināt adatu un šļirču programmas šajās sistēmās.

VI NODERĪGAS TĪMEKĻA VIETNES, PUBLIKĀCIJAS UN SADARBĪBAS TĪKLI

A. PVO tīmekļa vietne un publikācijas

Pasaules Veselības organizācijas HIV/AIDS tīmekļa vietnē (<http://www.who.int/hiv/idu/en/index.html>) atrodamas zemāk norādītās publikācijas, bet citas var atrast, izmantojot PVO tīmekļa vietnes meklēšanas funkciju.

Advocacy Guide: HIV/AIDS Prevention among Injecting Drug Users. Geneva/Vienna, UNAIDS/ UNODC/WHO, 2004.

Effectiveness of Sterile Needle and Syringe Programming in Reducing HIV/AIDS among Injecting Drug Users. Geneva, WHO, 2005 (Tehniskie dokumenti un politikas norādes rīcībai HIV/AIDS un injicējamo narkotiku lietošanas ierobežošanai).

Effectiveness of Community-Based Outreach in Preventing HIV/AIDS among Injecting Drug Users. Geneva, WHO, 2004 (Tehniskie dokumenti un politikas norādes rīcībai HIV/AIDS un injicējamo narkotiku lietošanas ierobežošanai).

Effectiveness of Drug Dependence Treatment in Preventing HIV among Injecting Drug Users. Geneva, WHO, 2005 (Tehniskie dokumenti un politikas norādes rīcībai HIV/AIDS un injicējamo narkotiku lietošanas ierobežošanai).

Effectiveness of Interventions to Address HIV in Prisons – Needle and syringe programmes and bleach and decontamination strategies, WHO, UNODC, UNAIDS, 2007. (Tehniskie dokumenti un politikas norādes rīcībai HIV/AIDS un injicējamo narkotiku lietošanas ierobežošanai).

Evidence for Action: A critical tool for guiding policies and programmes for HIV prevention, treatment and care among injecting drug users. International Journal of Drug Policy: 16S 2005, ieskaitot Wodak A un Cooney A, Effectiveness of sterile needle and syringe programmes (S31-S44).

Guidance on Target Setting for Universal access to HIV prevention, treatment and care for IDUs. (<http://www.who.int/hiv/idu/en/index.html>) Geneva, WHO, UNODC, UNAIDS, 2007.

Guidelines for the management of sexually transmitted infections, Geneva, WHO, 2003.

Guidelines for the management of sexually transmitted infections in female sex workers. Manila, WHO (Regional Office for the Western Pacific), 2002.

Ottawa Charter on Health Promotion. Geneva, WHO, 1986.

Policy and programming guide for HIV/AIDS prevention and care among injecting drug users. Geneva, WHO, 2005.

Provision of Sterile Injecting Equipment to Reduce HIV Transmission. Geneva, WHO, 2004 (Politikas norādes rīcībai).

Rapid Assessment and Response Guide on Injecting Drug Use (IDU-RAR). Geneva, WHO/UNAIDS, 1998 (Arī portugāļu, spāņu un krievu valodās).

Rapid HIV Tests: Guidelines for use in HIV testing and counselling services in resource constrained settings. Geneva, WHO, 2004.

Reduction of HIV transmission in prisons. Geneva, WHO, 2004 (Politikas norādes rīcībai).

Status Paper on Prisons, Drugs and Harm Reduction. Copenhagen, WHO (Regional Office for Europe), 2005.

Training Manual for HIV Prevention Outreach to Injecting Drug Users. Geneva, WHO, 2004.

B. Citas tīmekļa vietnes un publikācijas

ANEX Bulletin, Volume 3, Edition 2. Fitzroy North, Australia (www.anex.org.au) (Ietver vairākus rakstus par šļirču automātiem Austrālijā).

Ball A and Crofts N. HIV risk reduction in injecting drug users. In: Lamptey PR and Gayle H, eds. *HIV/AIDS Prevention and Care in Resource-Constrained Settings*. Arlington, Virginia, Family Health International, 2002 (www.fhi.org/en/HIVAIDS/pub/guide/HIVAIDSPreventionCare.htm).

Ball A. Policies and interventions to stem HIV-1 epidemics associated with injecting drug use. In GV Stimson, DC Des Jarlais and A Ball, eds. *Drug Injecting and HIV Infection: Global Dimensions and Local Responses*, London, UCL Press, 1998.

Ball A. HIV, injecting drug use and harm reduction: a public health response. *Int J of Addiction* 2007, 102: 684-699

Burrows D and Alexander G. *Walking on two legs: a developmental and emergency response to HIV/AIDS among young drug users in the CEE/CIS/ Baltics and Central Asia Region: A review paper.* Geneva, UNICEF, 2000 (www.unicef.org/evaldatabase/index_14412.html).

Kanādas HIV/AIDS juridiskā tīkla tīmekļa vietne. Toronto, 2006 (<http://www.aidslaw.ca/EN/publications/index.htm>) (Plašs publikāciju klāsts franču un angļu valodās par HIV/AIDS un injicējamo narkotiku lietotājiem, nozākāšanu un diskrimināciju, krimināltiesībām, ieslodzījuma vietām, komerciāliem seksa pakalpojumiem, gejiem un lesbietēm, veselības aprūpes darbinieku profesionālie jautājumiem).

Costigan G, Crofts N and Reid G. *Manual for reducing drug-related harm in Asia.* Melbourne/ Chiang Mai, The Centre for Harm Reduction, Macfarlane Burnet Centre for Medical Research and Asian Harm Reduction Network, 1999 (angļu, vjetnamiešu, taizemiešu un Ķīnas mandarīnu valodās) (www.chr.asn.au/resources/libraryservices/docdownload).

Guide to Safer Injecting (Updated). Liverpool, HIT, 2006 (<http://www.hit.org.uk/publications>). Available direct from HIT, 3 Paramount Business Park, Wilson Road, L36 6AW Liverpool, England (epasts: customerservice@hit.org.uk).

High Coverage Sites: HIV Prevention among Injecting Drug Users in Transitional and Developing Countries: Case Studies. Geneva, UNAIDS, 2006 (ANO programmas cīņai pret AIDS labākās prakses apkopojums).

Jurgens R. *Nothing About Us Without Us: Greater, Meaningful Involvement of People Who Use Illegal Drugs: A Public Health, Ethical, and Human Rights Imperative*. Toronto, Canadian HIV/AIDS Legal Network, 2005 (<http://www.aidslaw.ca/EN/index.htm>)

Pathways to Recovery: Providing outreach services to active and ex-drug users. Sydney/Bangkok, AIDS Projects Management Group/ Population Services International Training Course, 2005 (www.aidsprojects.com).

Political Declaration on HIV/AIDS. New York, United Nations General Assembly, June 2006. (Skatīt ANO Ģenerālās asamblejas 2006. gada 2. jūnija rezolūcijas 22. nodaļu – veicamie pasākumi, īstenojot ANO Ģenerālās asamblejas speciālās sesijas deklarāciju).

Preventing the transmission of HIV among drug abusers: A position paper of the United Nations System. Annex to the Report of 8th Session of Administrative Committee on Co-ordination Subcommittee on Drug Control. Geneva, UNAIDS, 28-29 September 2000.

Return on investment in needle and syringe programmes in Australia. Canberra, Commonwealth Department of Health and Ageing, 2002 (www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/Content/healthpubhlth-publicat-document-metadata-roireport.htm).

ACC Guidance Note for United Nations System Activities to Counter the World Drug Problem. United Nations Administrative Committee on Co-ordination, 2001

United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS *Declaration of Commitment*. New York, 2001 (<http://www.un.org/ga/aids/coverage/>) (Angļu, franču, krievu un spēņu valodās).

UNAIDS Best Practice Collection. Geneva, UNAIDS (Pieci dokumenti par injicējamo narkotiku lietotājiem Āzijas reģionā, Ķīnā, Nepālā un Latīņamerikas dienvidu reģionā, kā arī par izmaksu efektivitāti) (<http://www.unaids.org/DocOrder/OrderForm.aspx>).

UNAIDS Best Practice Collection. Geneva, UNAIDS (Seši pētījumi par HIV un injicējamo narkotiku lietošanu Ķīnā, Bangladešā, Nepālā, Baltkrievijā un Latīņamerikas valstīs) (<http://www.unaids.org/bestpractice/digest/table.html#inj>).

Drug Abuse and HIV/AIDS: Lessons Learned: Case Studies Booklet: Central and Eastern Europe and the Central Asian States. Geneva and Vienna, UNAIDS/UNODC, 2001 (<http://www.unaids.org/publications/documents/specific/injecting/JC673-DrugAbuse-E.pdf>).

World Drug Report 2006. Vienna, UNODC, 2006 (http://www.unodc.org/unodc/en/world_drug_report.html).

UN Reference Group on HIV/AIDS Prevention and Care among IDUs (<http://www.idurefgroup.unsw.edu.au/>)

C. Sadarbības tīkli

Starptautiskā kaitējuma mazināšanas biedrība – globāls sadarbības tīkls, kam ir saites ar reģionālajiem kaitējuma mazināšanas tīkliem un Starptautisko konferenci par narkotiku radītā kaitējuma mazināšanu

(<http://www.ihra.net/>).

Āzijas kaitējuma mazināšanas sadarbības tīkls (<http://www.ahrn.net/>).

Kanādas kaitējuma mazināšanas sadarbības tīkls (<http://www.canadianharmreduction.com/>).

Centrālās un Austrumeiropas kaitējuma mazināšanas sadarbības tīkls Central and Eastern European (angļu un krievu valodās) (<http://www.voxpopuli.lt/ceehrn.org/>).

Kaitējuma mazināšanas koalīcija (Amerikas Savienotās Valstis) (<http://www.harmreduction.org/>).

Latīņamerikas kaitējuma mazināšanas sadarbības tīkls (spāņu un portugāļu valodās) (<http://www.relard.net/>).

Okeānijas kaitējuma mazināšanas koalīcija (Austrālāzija un Klusā okeāna reģions) (<http://www.chr.asn.au/>).

Menahas – Tuvo Austrumu un Ziemeļāfrikas kaitējuma mazināšanas sadarbības tīkls (<http://www.menahra.net/>).

Starptautiskais narkotiku lietotāju sadarbības tīkls *INPUD* (<http://www.inpud.org/>)

Globālais cilvēku ar HIV/AIDS sadarbības tīkls, resursi HIV pozitīvu personu iesaistīšanai popularizēšanas un programmu darbā (<http://www.gnpplus.net/>).

VII PIELIKUMI

A PIELIKUMS: PROGRAMMAS PLĀNS

Pēc izvērtējuma veikšanas, stacionāras adatu un šļirču programmas (ar ielu darba komandu) triju mēnešu plāns varētu izskatīties šādi:

Uzdevums	Termiņš (mēneši)	Nepieciešamie resursi	Atbildīgais
Saņemt visas nepieciešamās pilnvaras/ atļaujas	1	Ceļa izdevumi; noformēšanas izdevumi (pilnvara parakstīt nomas līgumus utt.)	Direktors
Izveidot konsultatīvo grupu (KG)	1	Finansējums ēdināšanai, darba stimulēšanai; droša tikšanās vieta	Direktors
Noīrēt telpas	1	Finansējums īrei, noformēšanas izdevumiem (pilnvara parakstīt nomas līgumus); atlīdzība KG dalībniekiem	Direktors, KG dalībnieki
Noteikt nepieciešamo darbinieku skaitu un krājumu daudzumu	1	Nekādi	Direktors
Pieņemt darbā galveno personālu	2	Finansējums sludinājumu publicēšanai, maksājumiem/atlīdzībai KG dalībniekiem	Direktors, KG dalībnieki
Izstrādāt sākotnējo kontroles sistēmu un pasūtīt krājumus	2	Finansējums krājumu iegādei; noliktava	Direktors, KG dalībnieki, galvenais personāls
Veikt galvenā personāla sākotnējo apmācību	2	Darbinieku algas; maksājumi/ atlīdzība KG dalībniekiem	Direktors, KG dalībnieki
Veikt sākotnējo programmas popularizēšanas darbu	2	Darbinieku algas; ceļa izdevumi	Direktors, galvenais personāls
Noteikt sākotnējo stratēģiju	3	Darbinieku algas; maksājumi/ atlīdzība KG dalībniekiem	Direktors, KG dalībnieki, galvenais personāls
Noteikt ielu darba maršrutus	3	Darbinieku algas; maksājumi/ atlīdzība KG dalībniekiem	Galvenais personāls, KG dalībnieki
Pieņemt darbā visu nepieciešamo personālu/brīvprātīgos	3	Finansējums sludinājumu publicēšanai; darbinieku algas; maksājumi/ atlīdzība	Galvenais personāls, KG dalībnieki

		KG dalībniekiem	
--	--	-----------------	--

B PIELIKUMS: KRĀJUMU PĀRVALDĪBAS VEIDLAPA

Hoksberija – krājumu pasūtījums adatu un šļirču programmai

Datums:

Nosaukums	Skaitis	Daudzums noliktavā (nepieciešamības gadījumā jāpielāgo)	PASŪTĪJUMS
<i>Skapis (aiz pieņemamās telpas)</i>			
<i>Injicēšanas piederumi atrodas tuvumā, lai tos vajadzības gadījumā varētu papildināt pieņemamajā telpā</i>			
<i>Komplekti</i>			
5 paku	100	100	
25 paku	25	25	
<i>1ml adatas un šļirces x kaste/100</i>			
	4	4	
<i>Adatas</i>			
	3	3	
19g x kaste/100	2	2	
21g x kaste/100	3	3	
23g x kaste/100	5	5	
25g3/4 x kaste/100	1	1	
25g1 x kaste/100	3	3	
26g1/2 x kaste/100	3	3	
27g1/2 x kaste/100	3	3	
30g x kaste/100	3	3	
<i>Šļirces</i>			
3ml x kaste/100	3	3	
5ml x kaste/100	3	3	
<i>Ūdens x kaste/50</i>			
	4	4	
<i>Spirta tamponi x kaste/100</i>			
	10	10	
<i>Prezervatīvi x kaste/144</i>			
	1	1	
<i>1.4 litru kārbas asiem priekšmetiem</i>			
	8	8	
<i>Plastmasas maisiņi (aptuveni)</i>			
	100	200	
<i>Brūna papīra maisiņi (mazie) (aptuveni)</i>			
	100	100	
<i>Pieņemamā telpa (krājumus uzglabā aiz letes)</i>			
		LIETOŠANAI BIROJĀ	
<i>Komplekti</i>			
5 paku	?	?	
25 paku	?	?	
<i>Adatas</i>			
19g x kaste/100	3	3	
23g x kaste/100	3	3	
25g3/4 x kaste/100	3	3	
26g1/2 x kaste/100	3	3	
27g1/2 x kaste/100	3	3	
30g x kaste/100	3	3	

<i>Šļirces</i>			
3ml x kaste/100	1	1	
5ml x kaste/100	1	1	
Ūdens x kaste/50	1	1	
Spirta tamponi x kaste/100	4	4	
Prezervatīvi x kaste/144	1	2	
1.4 litru kārba asiem priekšmetiem	0	0	
Plastmasas maisiņi x iepakojums/50	?	?	
Brūna papīra maisiņi (mazi)	?	?	

Ja nepieciešams papildināt krājumus – nosūtiet pasūtījumu pa faksu Sauskortas Primārās aprūpes centram

**NARKOMĀNIJAS ĀRSTĒŠANAS UN VESELĪBAS APRŪPE
ADATU UN ŠLIRČU PROGRAMMA – PREČU PASŪTĪŠANAS VEIDLAPA**

Kontaktpersona		Datums	
Iestādes nosaukums			
Iestādes adrese			
Pilsēta		Pasta indekss	
Piegādes laiks		Tālrunis	

PASŪTĪJUMI JĀIESŪTA PIRMDIENĀS LĪDZ PLKST. 16.00 VAI PIEKTDIENĀS LĪDZ PLKST. 16.00, JA PIRMDIENĀ IR VALSTS SVĒTKI

PASŪTĪJUMS PA FAKSU NARKOMĀNIJAS ĀRSTĒŠANAI UN VESELĪBAS APRŪPEI

Adatas un šļirces	Skaits kartona kārbā	Skaits		
1.0ml x 27g x 13mm	5 kastes pa 100 (500)	10		
1.0ml x 29g x 13mm	5 kastes pa 100 (500)			
3.0ml x 25g x 5/8"	1 kaste pa 100 (100)		18 kastes pa 100 (1800)	
5.0ml x 23g x 1.25"	1 kaste pa 100 (100)	1	12 kastes pa 100 (1200)	
Tikai šļirces	Skaits kastē	Skaits	Skaits kartona kārbā	Skaits
3.0ml	1 kaste pa 100 (100)	4	18 kastes pa 100 (1800)	
5.0ml	1 kaste pa 100 (100)		12 kastes pa 100 (1200)	
10.0ml	1 kaste pa 100 (100)		12 kastes pa 100 (1200)	
Tikai adatas	Skaits kastē	Skaits	Skaits kartona kārbā	Skaits
27g x 13mm	1 kaste pa 100 (100)	1	30 kastes pa 100 (3000)	
25g x 5/8"	1 kaste pa 100 (100)		30 kastes pa 100 (3000)	
25g x 1"	1 kaste pa 100 (100)		30 kastes pa of 100 (3000)	
23g x 1.25"	1 kaste pa 100 (100)	5	30 kastes pa 100 (3000)	
21g x 1.25"	1 kaste pa (100)		30 kastes pa 100 (3000)	
19g x 1.5"	1 kaste pa 100 (100)		30 kastes pa 100 (3000)	
Iepakoti adatu komplekti	Skaits kartona kārbā	Skaits		
2 adatu komplekti	1 kaste pa 150 pakām			
5 adatu komplekti	1 kaste pa 150 pakām			
10 adatu komplekti	1 kaste pa 100 pakām			

Dāžādas preces	Skaits kastē	Skaits	Dāžādas preces	Skaits kartona kārbā	Skaits
Prezervatīvi	1 kaste paf 144	1	Papīra maisiņi (mazie)	1 kaste pa 500	
Spirta tamponi	50x200 (10 000)	1	Plastmasas maisiņi (lielie)	1 kaste pa 100	
Lubrikants	1 kaste pa 1000				

Asu priekšmetu konteineri	Skaits kartona kārbā	Skaits
125 ml pudeles	1 kaste pa 140	1

250 ml pudeles	1 kaste pa 190	
950 ml pudeles	1 kaste pa 45	
1.4 litru konteineri	1 kaste pa 36	
1.8 litru konteineri	1 kaste pa 30	2
20 litru spaiņi	1 gab. (1)	

Programmas resursi	Skaitis kartona kārībā	Skaitis
“Vai Tu zini” ielīmes	1 kaste pa 100	
Programmas kartītes	1 kaste pa 100	

3.0ml Luerloka šļircēs – 1 kaste pa 100

C PIELIKUMS: IETEIKUMI DROŠAI RĪCĪBAI AR ADATĀM UN ŠĻIRCĒM

Atbrīvošanās no adatām un šļircēm (asiem priekšmetiem) un to konteineri:

- Asi priekšmeti jāizmet stingrā konteinerā, kas iztur biomedicīnisku atkritumu svaru neieplīstot, neieplaisājot vai nesalūzdot.
- Kad klienti apmaina adatas, pēc iespējas lietojiet konteinerus asiem priekšmetiem.
- Ja asu priekšmetu konteineri nav pieejami, mudiniet klientus ievietot izmantotos injicēšanas piederumus stingrā plastmasas konteinerā ar cieši pieguļošu vāciņu, piemēram, balinātāja pudelē.
- Mudiniet klientus atdot aso priekšmetu konteinerus programmas darbiniekiem, kad to tilpums sasniedz divas trešdaļas.
- Pēc iespējas savāciet aso priekšmetu konteinerus klientu mājās vai vietās, kur viņi injicējas un uzglabā lietotos piederumus.

Rīkošanās ar asiem priekšmetiem: ieteikumi adatu un šļircu programmu klientiem:

- Novietojiet aso priekšmetu konteinerus netālu no injicēšanās vietas.
- Nekavējoties izmetiet lietotos injicēšanas piederumus.
- Nekad neuzlieciet uzgali lietotai adatai.
- Apmainot adatas, kas paredzētas citām personām, palūdziet, lai šīs personas pašas uzliek savām adatām uzgaļus vai uzdur korķi uz adatas gala.
- Nesalieciet vai nesalauziet adatu.

Rīkošanās ar asiem priekšmetiem: ieteikumi adatu un šļircu programmu darbiniekiem:

- Esiet piesardzīgi, jo klientiem, kas apmaina adatas, var būt arī paslēptas adatas.
- Nepieskarieties atnestajām adatām.
- Klientiem pašiem jāizmet savas adatas.
- Ja nepieciešams saskaitīt nodotās adatas, dariet to nepieskaroties tām.
- Veicot imunizāciju vai testus, novietojiet aso priekšmetu konteinerus tuvu manipulācijas veikšanas vietai.
- Nekavējoties izmetiet izlietoto adatu.

Savācot izmestās adatas kādā teritorijā:

- Uzvelciet dūrienizturīgus cimodus.
- Nesiet līdzī aso priekšmetu konteineru, kur nekavējoties iemest adatas.

Pēc lietotu injicēšanas piederumu savākšanas:

- Uzglabājiet lietotos injicēšanas piederumus centrālajā atrašanās vietā (piemēram, stacionārā programmas atrašanās vietā).
- Nodrošiniet lietoto piederumu uzglabāšanu, kamēr no tiem var droši atbrīvoties.
- Ja iespējams, izmantojiet augstas temperatūras atkritumu dedzināmo krāsni, lai iznīcinātu lietotos injicēšanas piederumus. Daudzās slimnīcās ir šādas krāsni.
- Ja injicēšanas piederumu iznīcināšana atkritumu dedzināmajā krāsnī nav iespējama, izmantojiet visdrošāko pieejamo to iznīcināšanas veidu: industriālu krāsni, neliela apjoma dedzināmo krāsni vai (kā pēdējo iespēju) aprakšanu.

Materiāls šai tabulai iegūts no Strike C, et al. *Needle exchange programs: Best practice recommendations* [46].

D PIELIKUMS: PIEMĒRI DARBA PIENĀKUMU APRAKSTIEM

Vadītāja darba pienākumos varētu iekļaut zemāk uzskaitītos uzdevumus, kā arī citus, kas attiecas uz personālu:

- Pārzināt darbinieku un brīvprātīgo ikdienas darba slodzi;
- Pieņemt darbā un apmācīt personālu un brīvprātīgos;
- Kontrolēt pakalpojumu kvalitātes visus aspektus;
- Pārvaldīt projekta finansējumu;
- Veicināt projekta izstrādi, lai sasniegtu izvirzītos mērķus;
- Vākt atbilstošu literatūru;
- Personīgi atbalstīt darbiniekus, vadīt komandas sanāksmes un tās veidošanu;
- Pārstāvēt adatu un šļirču programmu citās sanāksmēs.

Programmas darbiniekiem varētu būt šādi pienākumi:

- Veidot kontaktus ar injicējamo narkotiku lietotājiem un izsniegt viņiem sterilus injicēšanas un ar to saistītos piederumus, drošus adatu un šļirču izmešanas konteinerus, prezervatīvus, izglītojošus materiālus utt.;
- Savākt no klientiem un citām vietām injicēšanas piederumus un drošā veidā no tiem atbrīvoties;
- Informēt un izglītēt klientus par narkotiku drošāku lietošanu un injicēšanu, par infekcijas transmisiju seksuālu kontaktu un narkotiku injicēšanas laikā, un par to, kā mazināt inficēšanās risku;
- Pēc klientu lūguma izsniegt nosūtījumus uz citām veselības, sociālās palīdzības un pašvaldības iestādēm;
- Palīdzēt plānot un īstenot publicitāti, programmas popularizēšanas un sabiedrības izglītošanas pasākumus;
- Palīdzēt vākt un salīdzināt statistikas datus, sagatavot novērtēšanas ziņojumus, veikt saraksti un citus administratīvus uzdevumus;
- Izstrādāt, ieviest un pētīt stratēģijas, lai palielinātu programmas efektivitāti;
- Piedalīties sanāksmēs, apmācībasursos un citos pasākumos;
- Apmācīt un uzraudzīt sekundāro adatu un šļirču programmas darbiniekus;
- Veikt koordinācijas darbu ar policiju, valsts iestādēm un sabiedrības grupām;
- Palīdzēt veikt preču pasūtījumus, uzturēt nepieciešamo krājumu daudzumu un/vai pārvaldīt programmas budžetu.

Pieņemot darbā programmas darbiniekus, jāņem vērā šādi aspekti:

- Jāizstrādā atlases kritēriji, lai varētu pieņemt darbā atbilstošus cilvēkus;
- Jāizvēlas potenciālie kandidāti, kurus jāinformē par brīvajām darba vietām;
- Izmantojot godīgu, pārredzamu atlases kārtību, nodrošināt to, ka izvēlētie kandidāti ir piemēroti attiecīgā darba veikšanai;
- Sagatavot darba līgumu, pamatojoties uz darba pienākumu aprakstu, lai programmas darbinieks zinātu, kas viņai vai viņam jā dara, norādot arī darba samaksu un citus nosacījumus;
- Jāveic darbinieku sākotnējā apmācība programmas uzdevumu veikšanai.

F PIELIKUMS: VADLĪNIJAS RĪCĪBAI PĒC SADURŠANĀS AR ADATU

Šī informācija iegūta no Strike C, et al. *Needle exchange programs: Best practice recommendations* [47].

Pirmā palīdzība

- Ļaujiet brūcei brīvi asiņot;
- Rūpīgi nomazgājiet brūci ar ūdeni un ziepēm;
- Ja savainota gļotāda vai asinis nonākušas ar to kontaktā (t.i., acis, deguns, mute), rūpīgi skalojiet to ar ūdeni;
- Uzlieciet sterilu, ūdensizturīgu apsēju.

Medicīniskā palīdzība un profilakse pēc saduršanās ar adatu

Nekavējoties meklējiet medicīnisko palīdzību traumpunktā, klīnikā vai pie ārsta, kur izvērtēs gūto brūci. Mediķi varētu ieteikt veikt konfidenciālas HIV, B un C hepatīta analīzes, kā arī veikt attiecīgu pēcsaduršanās profilaksi (piemēram, imunoglobulīna vai B hepatīta pretvīrusu un HIV pretvīrusu terapiju). Daudzās slimnīcās izstrādāta kārtība un procedūras, kā rīkoties, ja notikusi saduršanās ar adatu; tās var atšķirties atkarībā no reģiona. Novēlota medicīniskās palīdzības saņemšana vai tās nemeklēšana var ietekmēt pēcsaduršanās terapijas efektivitāti.

Konsultācijas un novērtēšana

Ieteicams veikt periodiskas C hepatīta antivielu, aknu enzīmu līmeņa un HIV antivielu pārbaudes. Ieteicamas konsultācijas, lai mazinātu emocionālo stresu, kas saistīts ar gūto brūci un inficēšanās iespējamību. Ieteicamas arī konsultācijas par transmisijas (seksuālie kontakti, asiņu vai orgānu ziedošana) novēršanu.

Dokumentācija un uzraudzība

Par katru gadījumu, kad notikusi saduršanās ar adatu, jāziņo programmas vadītājam. Visi savainojumi jāreģistrē īpašā adatu un šļirču radīto brūču uzskaites žurnālā. Tajā jāieraksta šāda informācija: savainojuma datums; no kā gūta brūce; savainojuma apraksts; un paskaidrojums, kā tas iegūts. Šāda informācija var palīdzēt programmām izstrādāt turpmākas stratēģijas, lai novērstu saduršanos ar adatām.

G PIELIKUMS: UZVEDĪBAS MAIŅAS POSMI UN PALĪDZĪBA KATRĀ POSMĀ

Pirmsnodoma posmā cilvēki vispār nav ieinteresēti mainīt savu uzvedību. Daži to negrib darīt, jo viņi nesaskaras ar nekādām nelabvēlīgām sekām vai arī to ir ļoti maz. Citi atkal turpina iepriekšējo uzvedību pat tad, ja problēmas ir acīmredzamas. Daži no iemesliem varētu būt šādi:

- cilvēkiem nerūp problēmas;
- cilvēki uzskata, ka nav alternatīvu un ka pārmaiņas ir neiespējamā;
- cilvēki izliekas, ka viss ir labākajā kārtībā, pat ja viņi zina, ka tā nav.

Izglītībai pirmsnodoma posmā jākoncentrējas uz klientu iesaistīšanu atklātā un godīgā komunikācijā. Pat gadījumā, ja klienti negrib mainīties, adatu un šļirču programmas darbinieks var:

- noskaidrot būtisku informāciju (kādas narkotikas klienti lieto, kā, kur, kad un ar ko);
- izvērtēt personu riska uzvedību saistībā ar HIV transmisiju un cik cieši viņi ar to ir saistīti;
- strādāt ar personām, lai mazinātu kaitējumu, kas saistīts ar narkotiku lietošanu;
- veicināt izpratni par faktoriem, kas varētu likt personām padomāt par uzvedības maiņu;
- pārliecināties par to, ka klienti zina, ka programmas darbinieki ir pieejami, lai palīdzētu viņiem nākotnē, ja viņi gribētu mainīties.

Palīdzība citu problēmu, piemēram, mājokļa jautājuma, risināšanā veido uzticību programmas darbiniekam, kas var veicināt pievēršanos pārmaiņām.

Nodoma posmā cilvēkiem jau ir dalītas jūtas. Viņus joprojām saista iepriekšējā uzvedība, bet viņi arī saprot riska negatīvās sekas. Šīs dalītās jūtas var sagādāt neērtības klientiem, jo viņiem jācīnās ar sevi. Viņiem nepieciešams laiks, lai mainītu uzvedību. Iemesli, kāpēc klienti nevēljas gatavi izturēties savādāk, varētu būt šādi:

- klienti netic, ka pārmaiņas ir iespējamā;
- personas neizprot daudzās problēmas, kas saistītas ar viņu uzvedību, jo viņiem trūkst pieredzes un ir nepietiekamas zināšanas par sekām;
- nelabvēlīgos apstākļos cilvēki kļūst nejutīgi pret problēmām.

Strādājot ar cilvēkiem nodoma posmā, programmas darbiniekiem vajadzētu:

- runāt ar viņiem un uzklaut viņus, lai mēģinātu izprast viņu situāciju;
- veidot uzticēšanos un atklātu, godīgu komunikāciju;
- pārliecināt, ka pārmaiņas ir viņu izvēle, jo cilvēkiem pirms attiecīga lēmuma pieņemšanas nepieciešama iespēja apsvērt visus par un pret;
- izpētīt viņu problēmas, kas saistītas ar narkotiku lietošanu un ieteikt iespējamus risinājumus;
- piedāvāt pastāvīgu atbalstu, jo cilvēkiem nepieciešams laiks lēmuma pieņemšanai;
- palīdzēt viņiem noticēt, ka pārmaiņas ir iespējamā.

Nākamajā posmā klienti ir **gatavi pārmaiņām**: viņi pieņem lēmumu mainīties, jo līdzšinējās uzvedības radīto problēmu ir daudz vairāk nekā ieguvumu. Viņi var sākt mainīties, tomēr var turpināt arī ierasto dzīvi. Dažreiz klienti nolemj mainīt uzvedību, bet diemžēl nezina, kā to turpināt vai arī netic, ka tas ir iespējams.

Strādājot ar klientiem, kuri ir gatavi pārmaiņām, programmas darbiniekiem vajadzētu:

- noskaidrot, kāpēc šie cilvēki grib mainīties un izpētīt iemeslus;
- palīdzēt viņiem noteikt jaunās uzvedības mērķus;
- apspriest ar viņiem potenciālās iespējas, lai spertu pirmos soļus virzībā uz jauno uzvedību;
- sadalīt ceļu uz mērķi vairākos sasniedzamos posmos;
- mudināt personas noteikt viņiem nepieciešamo atbalstu un pēc iespējas to arī sniegt;
- piedāvāt piemērus no to cilvēku dzīves, kuri veiksmīgi mainījuši savu uzvedību;
- uzsvērt klientu stiprās puses un noteikt prasmes, ko vajadzētu attīstīt, lai sasniegtu izvirzītos mērķus;
- runāt par to, ko viņi varētu zaudēt pārmaiņu laikā.

Rīcības posmā klienti sāk jaunu uzvedību. Programmas darbiniekiem jāpalīdz viņiem:

- uzsverot, ka nelieli, īstenojami uzdevumi var novest pie noteiktā mērķa sasniegšanas;
- mudinot klientus atalgot sevi par kāda mērķa sasniegšanu un to nosvinēt;
- palīdzot viņiem mainīt mērķus, jo procesa laikā var atklāties jauna informācija;
- mudinot cilvēkus būt reāliem saistībā ar gaidāmajiem izaicinājumiem un problēmām;
- palīdzot viņiem noteikt un īstenot pasākumus, kas neļautu atsākt narkotiku lietošanu.

Pēc jaunas uzvedības iedibināšanas cilvēki pie tās vai nu pieturas, vai atgriežas pie iepriekšējās uzvedības. Lai palīdzētu klientiem saglabāt drošāku uzvedību, programmas darbiniekiem vajadzētu:

- palīdzēt klientiem radīt apstākļus, kas viņus atturētu no atgriešanās pie vecajiem ieradumiem un iemācītu pārvaldīt augsta riska situācijas;
- palīdzēt viņiem saglabāt optimismu;
- palīdzēt regulāri pārskatīt sasniegto progresu un mērķus;
- sagatavot viņus iespējamām kļūdām un pārliecināt, ka viņi vienmēr var apspriest problēmas vai iespēju atgriezties pie iepriekšējās uzvedības ar programmas darbiniekiem.

Lai novērstu iespēju atsākt narkotiku lietošanu, jāizvairās no sarežģītas situācijas vai tā jāpamet:

- jāatliek lēmums par narkotiku lietošanu, ja tas var palīdzēt drošākas uzvedības saglabāšanai;
- jārunā ar kādu, kurš saprot vēlmi atgriezties pie iepriekšējās uzvedības;
- jāmaina domas; jāraksta dienasgrāmata; jāatalgo sevi par drošākas uzvedības ievērošanu; un jāatceras, ka vienmēr ir izvēle. Ja klienti atsāk narkotiku lietošanu, programmas darbiniekiem viņiem jāpalīdz notice, ka pārmaiņas joprojām ir iespējamas;
- jāatgādina viņiem, ka narkotikas atsāk lietot daudzi klienti;
- jāinformē klienti par to, ka citi cilvēki, kas atsāka lietot narkotikas, spēja atgriezties pie jaunās uzvedības un sasniedza savus mērķus;
- jāpalīdz viņiem mācīties no savas pieredzes, ja viņi atsāka lietot narkotikas.

H PIELIKUMS: IZGLĪTOŠANAS METODEDES

Tāpat kā reklāmas saukļi, arī īsi vēstījumi, ja tos bieži atkārto, cilvēkiem paliek prātā. Čikāgas Atveseļošanās savienības darbinieki mudināja izstrādāt saukļus vienas rindiņas garumā, kas uzrunātu klientus. Zemāk minēti daži piemēri:

- „Viens dūriens, viena sterila šļirce”;
- „Lieto tikai savas adatas, karotes, filtrus un ūdeni”;
- „Jo tīrāk, jo labāk”;
- „Jauni injicēšanas piederumi + tīras rokas = drošākas injekcijas”;
- „Dažādas vietas dūrieniem – nekādu pēdu” (redzamas dūrienu vietas samazinās, ja injekcijas veic dažādās vietās);
- „Injicē asiņu plūsmas virzienā”;
- „Atlaid žņaugu pirms iestājas kaifs”;
- „Drošāk ir pazīt savu prezervatīvu nekā savu partneri.”

Šādi saukļi ir pirmais solis, veidojot attiecības ar pakalpojumu lietotājiem. Svarīgi ir panākt, lai viņi uzticētos informācijai par drošāku injicēšanos, ko sniedz programmas darbinieki. Reti kad narkotiku lietotājam var sniegt „aukstu” padziļinātu informāciju. Vispirms jāpanāk uzticēšanās un tikai tad var notikt viens pret viens izglītošana.

Kampaņa *Ciltis*, ko katru gadu rīko organizācija Jaunās Dienvidvēlsas narkotiku lietotāji un Sidnejas (Austrālija) AIDS asociācija, gūst narkotiku lietotāju konkrētu grupu uzticību, izmantojot visaptverošu mērķtiecīgas izglītības sistēmu. Kampaņa balstās uz teoriju, ka mūsu sabiedrības ir tik sadrumstalotas, ka katru lietotāju var uzskatīt par sarežģītas „cilšu” grupas locekli. Vēršot kampaņu uz „cilti”, iespējams piekļūt lietotājiem, kuri nesaņem informāciju kādā citā veidā. Katras „ciltis” locekļiem ir vienādas gaumes narkotiku, atpūtas veidu, frizūru un apģērba izvēlē. Viņi lieto vienādu žargonu un dzīvo vienā teritorijā. Organizācija aicina narkotiku lietotājus vai cilvēkus, kuriem ir labi kontakti ar lietotāju grupām, rakstīt projektu priekšlikumus finansējuma saņemšanai, lai sniegtu informāciju par HIV un izdalītu injicēšanas piederumus konkrētām narkotiku lietotāju grupām. Mērķgrupu un izmantoto materiālu piemēri ir šādi:

- Video, kartiņas un brošūras Sidnejas centrālās daļas gejiem, kuri dodas uz jautriem geju pasākumiem;
- Motocikls, uz kura uzzīmēti drošāka seksa attēli un uzrakstīti saukļi un kurš novietots apskatei vietās, kuras apmeklē „izstumtie” motociklisti;
- Gleznojumu komplekts, kurā risināti HIV infekcijas un narkotiku lietošanas tēmas, un kas veidots, izmantojot tradicionālos materiālus un metodes, lai uzrunātu konkrētu aborigēnu grupu;
- Sienu gleznojumi bāru un citu iedzešanas vietu tualetēs, kur spēlē īpašas rokgrupas.

I PIELIKUMS: IZGLĪTOJOŠI VĒSTĪJUMI PAR DROŠU INJICĒŠANOS

Injicējoties narkotiku lietotāji bieži vien nespēj veikt visas zemāk norādītās darbības, jo viņiem nav injicēšanas pieredumu, laika vai attiecīgo zināšanu. Adatu un šļircu programmu klientiem jāzina, ka šī ir pareizā procedūra, kas jāievēro:

Labs injicēšanas paņēmiens

Sagatavojieties injekcijai, iegūstot jaunus injicēšanas pieredumus: adatu un šļirci, spirta tamponu, filtru, karotī un žņaugu. Citiem pieredumiem jābūt narkotiku lietotāju īpašumā un tos nedrīkst kopīgi izmantot ar citiem lietotājiem.

Tīras rokas (ja iespējams, jānomazgā ar ūdeni un ziepēm).

Izmantojiet filtru.

Notīriet injicēšanas vietu ar spirta tamponu.

Mainiet injicēšanas vietas, lai nesabojātu vēnas. Tādējādi radīsies mazāk zilumu un skartā vieta ātrāk sadzīs. Zilumi var novest pie infekcijas rašanās. Injekcijas vietu maiņa samazina arī vēnu sienīņu rētu veidošanos. Šādas rētas var apgrūtināt turpmāko injekciju veikšanu un vēl vairāk bojāt vēnas.

Neveiciet injekciju bojātās, it īpaši inficētās vietās.

Atlaidiet žņaugu: paspiediet šļirces virzuli nedaudz uz leju un pavelciet to atpakaļ, ļaujot asinīm ieplūst šļircē, pēc tam veiciet injekciju vēnā. Var gadīties, ka injekcija veikta artērijā, nevis vēnā. Artērijas ir dziļas un arteriālās asinis ir spilgtas un putojošas (vēnu asinis ir tumšas). Arteriālās asinis ir zem liela spiediena, tāpēc tajās ir grūti injicēt.

Ja rodas aizdomas, ka esat iedūris artērijā, nekavējoties izvelciet adatu, saspiediet dūriena vietu uz 5 – 10 minūtēm un pēc tam atlaidiet. Ja asiņošana neapstājas, steidzami meklējiet medicīnisko palīdzību.

Injicējiet narkotikas lēni, tādējādi samazinot pārdozēšanas un nāves risku, kā arī pasaudzējot vēnas. Tādā veidā jūs arī nodrošināsiet, ka narkotikas iekļūst vēnā.

Vienmēr veiciet injekciju asins plūsmas virzienā – uz sirds pusi.

Pēc injekcijas saspiediet injicēšanas vietu vismaz 1 – 2 minūtes, bet šim nolūkam neizmantojiet spirta tamponu, kas var traucēt asins recēšanu.

Galvenie izglītojošie vēstījumi

Jūs varat pasargāt sevi no inficēšanās, vienmēr izmantojot tikai savus injicēšanas pieredumus, kurus nevienam neaizdotat un nelietojat kopā ar citiem:

- Jaunas, sterilas adatas un šļirces;

- Ūdens narkotiku sajaukšanai;
- Karotes (izmanto pulverizētu narkotiku karsēšanai un sajaukšanai ar ūdeni);
- Filtri;
- Spirta tamponi/spirtotas salvetes; un
- Žņaugi.

Adatu un šļirču koplietošana nenozīmē tikai izmantot adatu vai šļirci, ko kāds jau ir lietojis. Tā nozīmē arī lietota filtra, ūdens, ūdens trauka, karotes, žņauga vai spirta tampona izmantošanu vai došanu citiem tālākai lietošanai.

J PIELIKUMS: INSTRUKCIJAS INJICĒŠANAS PIEDERUMU TĪRĪŠANAI

Adatu un šļircņu tīrīšana:

„2 reiz 2 reiz 2” metode

Narkotiku injicētājiem jāpaskaidro, ka visas šļircēs, kas, viņuprāt, tiks atkārtoti lietotas, pēc pirmās lietošanas nekavējoties jātīra. Pēc tam tās jātīra atkārtoti pirms otrreizējās lietošanas.

Labākā tīrīšanas metode ir „2 reiz 2 reiz 2”:

- Ievelciet šļircē aukstu ūdeni (vislabāk sterilu vai atdzesētu vārītu ūdeni) un izspiediet to izlietnē vai kādā traukā. Veiciet šo procedūru divas reizes.
- Tad lēnām ievelciet šļircē balinātāju un kratiet to 3 – 5 minūtes (vai sliktākajā gadījumā 30 sekundes). Izspiediet to izlietnē vai kādā traukā. Veiciet šo procedūru divas reizes.
- Tad atkārtojiet pirmo procedūru: ievelciet šļircē aukstu ūdeni un izspiediet to izlietnē vai kādā traukā. Šo procedūru arī atkārtojiet divas reizes.

Citas tīrīšanas metodes

Inficēšanās iespēju var samazināt, ievietojot adatu un šļirci neatšķaidītā balinātājā vai stiprā tīrīšanas līdzeklī/ūdens šķīdumā un turot tos iemērtus pēc iespējas ilgāk (vismaz vairākas minūtes), pēc tam tās rūpīgi jāskalo ar ūdeni.

Narkotiku injicētājiem var ieteikt sterilizēt adatas un šļircēs tās vārot 15 - 20 minūtes (plastmasas šļircņu vārīšana var tās deformēt un izraisīt noplūdi).

Ja narkotiku injicētāji pilnībā neievēros visu „2 reiz 2 reiz 2” procedūru, viņiem jāiesaka darīt visu iespējamo, lai mazinātu asins paliekas šļircē.

Tūlīt pēc lietošanas adatu un šļirci jāskalo vairākas reizes (piem., 10 reizes) ar aukstu ūdeni, lai palikušais asiņu un narkotiku šķīdums nesakalstu. Tādā veidā iespējams atbrīvoties no visinfekciozākām vielām.

Ja tas nav iespējams, adatas un šļircēs skalošanai jāizmanto ūdens, degvīns, vīns vai alus, kas nedaudz mazinās inficēšanās risku.

K PIELIKUMS: IZGLĪTOJOŠI NORĀDĪJUMI PĀRDOZĒŠANAS NOVĒRŠANAI

Šī informācija iegūta no Strike C, et al. *Needle exchange programs: Best practice recommendations* [47].

Apgalvojums	Ieteikumi
Pārdozēšanas risks var palielināties, kombinējot narkotikas ar līdzīgu iedarbību.	Izvairieties jaukt kopā narkotikas ar līdzīgu iedarbību.
Pazemināta tolerance var palielināt pārdozēšanas risku.	<p>Ja tolerance ir zema (piem., pēc narkomānijas ārstēšanas vai atbrīvošanas no ieslodzījuma vietas):</p> <ul style="list-style-type: none"> • lietojiet mazāku narkotiku daudzumu nekā iepriekš; • smēķējiet vai iešņauciet narkotikas, nevis injicējiet, lai samazinātu to uzsūkšanās ātrumu organismā; • lietojiet narkotikas kādas citas personas klātbūtnē vai palūdziet kādam pēc laika pārliicināties, vai ar jums viss ir kārtībā.
Nezināmas iedarbības narkotiku lietošana var palielināt pārdozēšanas risku.	<p>Esiet uzmanīgs, lietojot narkotikas, kas iegūtas no jauna un/vai nezināma avota:</p> <ul style="list-style-type: none"> • injicējiet „pārbaudes devu”, lai pārliicinātos par to iedarbību; • pajautājiet citiem par konkrētās narkotikas iedarbību.
Savlaicīga iejaukšanās pārdozēšanas gadījumā var samazināt nāves iespējas.	Ziniet, kā noteikt pārdozēšanas simptomus sev pašam un citiem.
	Ziniet, ko darīt un ko nedarīt, ja jums vai kādam citam ir pārdozēšanas simptomi.
	Lūdziet palīdzību, ja pats esat vai kāds cits ir pārdozējis narkotikas.
	Neatstājiet personu, kas pārdozējusi narkotikas, vienu pašu.

VIII PIEZĪMES UN ATSAUCES

1. *Coverage of selected services for HIV/AIDS prevention, care and support in low and middle income countries in 2003*. Washington, DC. USAID/UNAIDS/UNICEF/WHO. The POLICY Project, 2004. 17.lpp. ir aprēķini, kas liecina, ka 2003. gadā zema un vidēja ienākuma valstīs visā pasaulē aptuveni 150 000 injicējamo narkotiku lietotāju saņēma adatu un šļirču apmaiņas programmu pakalpojumus (kopā šajās valstīs ir 9,2 miljoni injicējamo narkotiku lietotāju). Šis ir augstākais jebkad sasniegtais rādītājs - 1.6%.
2. *Preventing the transmission of HIV among drug abusers: A position paper of the United Nations System*. Annex to the Report of 8th Session of Administrative Committee on Co-ordination Subcommittee on Drug Control. Geneva, UNAIDS, 28-29 September 2000. (http://www.ceehrn.org/EasyCEE/sys/files/UN%20position_1.pdf)
3. Šo sarakstu veido galvenokārt PVO izdevuma materiāli (2005) *Policy and programming guide for HIV/AIDS prevention and care among injecting drug users*. Geneva.
4. Stimson, G. V., Fitch, C. and Rhodes, T, eds. *The Rapid Assessment and Response Guide on Injecting Drug Use (RAR-IDU)*. Geneva, WHO/ UNAIDS (1997). (arī portugāļu, spāņu un krievu valodās) (http://www.who.int/substance_abuse/pubs_prevention_assessment.htm)
5. *High Coverage Sites: HIV Prevention among Injecting Drug Users in Transitional and Developing Countries: Case Studies*, Geneva, UNAIDS (2006). (UNAIDS Best Practice Collection).
6. Strike C et al. *Needle exchange programs: Best practice recommendations*. Toronto, Ontario Needle Exchange Coordinating Committee. 2005.
7. Burrows D. *Starting and managing needle and syringe programs: a guide for Central and Eastern Europe/ Newly Independent States*. New York, International Harm Reduction Development/ Open Society Institutes, 2000.
8. *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*. Geneva, WHO/UNODC/UNAIDS. Tiks izdots.
9. Par narkotiku lietotāju iesaistīšanu adatu un šļirču apmaiņas programmās skatiet arī Jurgens R. *Nothing About Us Without Us: Greater, Meaningful Involvement of People Who Use Illegal Drugs: A Public Health, Ethical, and Human Rights Imperative*. Toronto, Canadian HIV/AIDS Legal Network. 2005: <http://www.aidslaw.ca/home.htm>; and Strike C, et al. *Needle exchange programs: Best practice recommendations*. Toronto, Ontario Needle Exchange Coordinating Committee. 2005.
10. Zibbell J. *Can the lunatics actually take over the asylum? Reconfiguring subjectivity and neo-liberal governance in contemporary British drug treatment policy*. *International Journal on Drug Policy* 2004, 15 issue 1: 56-65.

11. Jurgens R. *Nothing About Us Without Us: Greater, Meaningful Involvement of People Who Use Illegal Drugs: A Public Health, Ethical, and Human Rights Imperative*. Toronto, Canadian HIV/AIDS Legal Network. 2005: <http://www.aidslaw.ca/home.htm>;
12. Šajā nodaļā izmantoti ieteikumi no Strike C, et al. *Needle exchange programs: Best practice recommendations*. Toronto, Ontario Needle Exchange Coordinating Committee, 2005; and Burrows D. *Starting and managing needle and syringe programs: a guide for Central and Eastern Europe/ Newly Independent States*. New York, International Harm Reduction Development/ Open Society Institutes, 2000.
13. Kermode M, Harris A and Gospodarevskaya E. Review: Introducing retractable needles into needle and syringe programme: a review of the issues. *International Journal on Drug Policy*, 2003, 14: 233-239.
14. Abdala N. et al. Use of bleach to disinfect HIV-1 contaminated syringes. *American Clinical Laboratory*, 20. No.6: 26-28, July 2001.
15. *Effectiveness of Sterile Needle and Syringe Programming in Reducing HIV/AIDS among Injecting Drug Users*. Geneva, WHO (2005). (Evidence for action on HIV/AIDS and injecting drug use technical paper and policy briefings). (<http://www.who.int/hiv/idu/en/index/>).
16. *A Best Practice Model of Harm Reduction in the community and in prisons in Russian Federation. Final Project Report*. Washington, World Bank, 2001 (Health Nutrition and Population Discussion Paper).
17. Skatīt ANEX Bulletin 3. sēj., 2. numuru, kurā publicēti vairāki raksti par šļirču automātiem Austrālijā (www.anex.org.au).
18. Hammett TM, et al. Community Attitudes toward HIV Prevention for Injection Drug Users: Findings from a Cross-Border Project in Southern China and Northern Vietnam. *Journal of Urban Health*, September 2005, 82(3 Suppl 4):34-42.
19. Hammett TM, et al. Development and implementation of a cross border HIV prevention intervention for injecting drug users in Ning Ming County (Guangxi Province), China and Lang Son Province, Vietnam. *International Journal of Drug Policy*, 2003, 14: 389-398.
20. *Policy and programming guide for HIV/AIDS prevention and care among injecting drug users*. Geneva, WHO (2005).
21. *Training Manual for HIV Prevention Outreach to Injecting Drug Users*. Geneva, WHO (2004).
22. Beletsky L, Macalino GE and Burris S. Attitudes of police officers towards syringe access, occupational needle-sticks and drug use: a qualitative study of one city police department in the United States. *International Journal of Drug Policy*, 2005, 16 (2005): 267-274.

23. Burrows D. Advocacy and coverage of needle exchange programs: Results of a Comparative Study of Harm Reduction Programs in Brazil, Bangladesh, Belarus, Ukraine, Russian Federation and China. *Cadernos de Saude Publica* (Reports in Public Health), April 2006, 22(4):871-879.
24. Spittal PM, et al. How otherwise dedicated AIDS prevention workers come to support state-sponsored shortage of clean syringes in Vancouver, Canada. *International Journal on Drug Policy*, 2003, 15: 36-45.
25. Treloar C and Abelson J. Information exchange among injecting drug users: a role for an expanded peer education workforce. *International Journal on Drug Policy*, 2005, 16: 46-53.
26. Šajā nodaļā izmantoti materiāli no AIDS projekta vadības grupas/Starptautiskā apmācību kursa par pakalpojumiem iedzīvotājiem *Pathways to Recovery: Providing outreach services to active and ex-drug users*. Sydney/ Bangkok, 2005; and Burrows D. *Starting and managing needle and syringe programs: a guide for Central and Eastern Europe/ Newly Independent States*. New York, International Harm Reduction Development/ Open Society Institutes, 2000.
27. Šajā nodaļā ir izmantoti materiāli no Burrows D. *Starting and managing needle and syringe programs: a guide for Central and Eastern Europe/ Newly Independent States*. New York, International Harm Reduction Development/ Open Society Institutes, 2000.
28. *Training Manual for HIV Prevention Outreach to Injecting Drug Users*. Geneva, WHO (2004).
29. *Where sex work, drug injecting and HIV overlap: practical issues for reducing vulnerability, risk and harm*. Geneva, WHO (tiks izdots).
30. Strike C, et al. *Needle exchange programs: Best practice recommendations*. Toronto: Ontario Needle Exchange Coordinating Committee, 2005.
31. Strike C, et al. *Needle exchange programs: Best practice recommendations*. Toronto: Ontario Needle Exchange Coordinating Committee, 2005.
32. Essential Medicines. WHO Model List (14th edition, March, 2005). Geneva, WHO (2005).
33. *Guidelines for use in HIV testing and counselling services in resource constrained settings*. Geneva, WHO (2004).
34. WHO (2007). *Guidance on Provider Initiated HIV Testing and Counselling in Health Facilities*. Geneva, WHO (2007).
35. Sīkākai informācijai skatīt *Guidelines for the management of sexually transmitted infections*, Geneva, WHO, 2003; *Guidelines for the management of sexually transmitted infections in female sex workers*. Manila, WHO (Regional Office for the Western Pacific), 2002.

36. Richard Steen and Dallabetta G. Sexually Transmitted Infection Control with Sex Workers: Regular Screening and Presumptive Treatment Augment Efforts to Reduce Risk and Vulnerability. *Reproductive Health Matters*, 2003, 11(22):74–90.
37. A. Ball and N. Crofts. HIV risk reduction in injecting drug users. In: Lampthey PR and Gayle H, eds. *HIV/AIDS Prevention and Care in Resource- Constrained Settings*. Arlington, Family Health International, 2003.
38. D. Burrows. *Treatment, care and support of injecting drug users living with HIV/AIDS*. Kiev, Médecins Sans Frontières, 2000.
39. WHO (2006). *HIV/AIDS treatment and care for injecting drug users*. Clinical Protocol for the WHO European Region. Copenhagen, WHO Europe 2006. (http://www.euro.who.int/document/SHA/WHO_Chapter_5_web.pdf)
40. *Advocacy Guide: HIV/AIDS Prevention among Injecting Drug Users*. Geneva, WHO, UNAIDS, UNODC (2004).
41. *Guidance on Target Setting for Universal access to HIV prevention, treatment and care for IDUs*. WHO, UNODC, UNAIDS (2007). (<http://www.who.int/hiv/idu/en/index.html>)
42. *High Coverage Sites: HIV Prevention among Injecting Drug Users in Transitional and Developing Countries: Case Studies*. Geneva, UNAIDS (2006). (UNAIDS Best Practice Collection).
43. *Status Paper on Prisons, Drugs and Harm Reduction*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (2005). And also: Lines R, et al. *Prison Needle Exchange: Lessons from a Comprehensive Review of International Evidence and Experience*. Toronto, Canadian HIV/AIDS Legal Network, 2004.
44. Evidence for Action Technical Papers. *Effectiveness of interventions to address HIV in prisons: Needle and Syringe Programmes and Decontamination Strategies*. Geneva, WHO/ UNODC; UNAIDS 2007. (<http://www.who.int/hiv/idu/en/index/>)
45. Stöver H and Trautmann F. *Risk reduction for drug users in prisons: Encouraging health promotion for drug users within the criminal justice system*. Utrecht, Trimbos Institute, 2001.
46. Strike C, et al. *Needle exchange programs: Best practice recommendations*. Toronto, Ontario Needle Exchange Coordinating Committee, 2005.
47. Strike C, et al. *Needle exchange programs: Best practice recommendations* Toronto: Ontario Needle Exchange Coordinating Committee, 2005.