

Meðferðarheldni í lyfjameðferð við HIV hjá vímuefnaneytendum sem nota sprautubúnað: Fræðileg samantekt

ELÍN SIGRÍÐUR GRÉTARSDÓTTIR

LOKAVERKEFNI TIL BS PRÓFS
Í HJÚKRUNARFRÆÐI (12 EININGAR)

LEIÐBEINENDUR: DR. HELGA SIF FRIÐJÓNSDÓTTIR OG ÓLAFUR GUÐLAUGSSON

JÚNÍ 2012



HÁSKÓLI ÍSLANDS
HEILBRIGÐISVÍSINDASVIÐ

HJÚKRUNARFRÆÐIDEILD

Þakkarorð

Ég vil þakka eiginmanni mínum, Guðmundi Karli Geirssyni, frumburðinum Jóhanni Jökli og litlu kríflunum Kötlu Sóleyju og Aroni Geir fyrir endalausa þolinmæði og hvatningu. Öllum sem trúðu því að ég myndi klára þetta nám þakka ég af heilum hug. Leiðbeinendum mínum Helgu Sif Friðjónsdóttur og Ólafi Guðlaugssyni þakka ég þeirra leiðsögn og hvatningu.

Útdráttur

Vímuefnaneysla með sprautubúnaði er ört vaxandi heilsufarsvandi og áætlað er að í heiminum sprauti 15,9 milljónir einstaklinga á aldrinum 15-64 ára sig með vímuefnum að staðaldri.

HIV-smit er landlægt í hópi vímuefnaneytenda sem nota sprautubúnað og hætta á smiti er mikil þar sem samnýting sprautubúnaðar er félagslega viðurkennd í þessum þjóðfélagshópi. Á árunum 2002-2012 greindust 129 einstaklingar með HIV á Íslandi, þar af 40 vímuefnaneytendur sem nota sprautubúnað, og eru þeir þar með orðnir 56 samtals. Aðgengi að lyfjameðferð við HIV er gott á Íslandi og er hún einstaklingunum að kostnaðarlausu. Lyfjameðferðin er krefjandi og meðferðarhaldni þarf að vera yfir 95% eigi meðferð að skila viðunandi árangri. Í þessari fræðilegu úttekt verður reynt að svara rannsóknarspurningunni: „Geta vímuefnaneytendur sem nota sprautubúnað haldið sig við lyfjameðferð við HIV með viðunandi heilsufarslegum árangri?“ Vímuefnaneytendur sem nota sprautubúnað lifa margir á jaðri samfélagsins og í óreglu sem gerir þeim erfitt fyrir að sækja heilbrigðisþjónustu auk þess sem þeir hafa orðið fyrir barðinu á fordómum, bæði innan og utan heilbrigðiskerfisins. Rannsóknir hafa sýnt að með viðeigandi stuðningi og ráðgjöf geta vímuefnaneytendur sem nota sprautubúnað haldið lyfjameðferð við HIV og þannig dregið úr hættunni á að smit dreifist enn frekar í þessum þjóðfélagshóp.

Lykilorð: Meðferðarhaldni, HIV, lyfjameðferð, vímuefnaneysla, sprautubúnaður

Abstract

Injection drug use is a growing health epidemic, with approximately 15,9 million injection drug users aged 15-64 worldwide. HIV infection is endemic in this population and the risk of infection is high, since needle sharing is socially acceptable in this population. The same is true in Iceland, with 56 number of HIV infection related to IVDU, of which 40 became infected in the years 2002-2012. Access to antiretroviral treatment is good in Iceland, with the therapy offered free of charge. However the treatment is demanding both with regards to adherence to the specific drug regimen but also the participation and patients responsibility for adherence to clinic visits etc. This literary review tries to answer the research question: "Can injecting drug users adhere to antiretroviral treatment with an acceptable outcome?" Intravenous drug users live on the margins of society and face prejudice, both inside and out of the health care environment. Reports have shown, that with appropriate support and education, injection drug users can gain acceptable levels of adherence to antiretroviral treatment, reducing the risk of spreading HIV in this social setting.

Review of the literature was performed in PubMed, Scopus and Google scholar.

Keywords: Adherence, HIV, antiretroviral treatment, intravenous drug use

Efnisyfirlit

Þakkarorð	iii
Útdráttur	iv
Abstract	v
Efnisyfirlit	vi
Listi yfir Myndir	vii
Listi yfir Tölur	vii
Inngangur	1
Vímuefnaneysla og notkun sprautubúnaðar.....	3
Tíðni vímuefnaneyslu með sprautubúnaði	6
Tíðni erlendis	6
Tíðni á Íslandi	8
Afleiðingar vímuefnaneyslu með sprautubúnaði á heilsufar	9
HIV	10
Tíðni HIV-smits á heimsvísu	10
HIV og vímuefnaneytendur sem nota sprautubúnað í heiminum	11
HIV og vímuefnaneytendur sem nota sprautubúnað á Íslandi	13
Meðferðarmöguleikar	14
Leiðir til að hefja útbreiðslu HIV	17
Skaðaminnkun.....	19
Ábyrgð einstaklingsins.....	21
Meðferðarheldni.....	22
Almennt um meðferðarheldni í lyfjameðferð við HIV	23
Hópar sem halda síður meðferð í lyfjameðferð við HIV	23
Letjandi þættir	25
Hvetjandi þættir	28
Umræður	30
Samantekt.....	33
Heimildaskrá	36
Viðauki.....	48

Listi yfir Myndir

Mynd 1 HIV-smit á Íslandi 2002-2012.....	14
--	----

Listi yfir Töflur

Tafla 1 Áhrif ólöglegra vímuefna	3
Tafla 2 Heimldatafla	48

Inngangur

HIV-smit er þekkt hjá vímuefnaneytendum sem nota sprautubúnað í 128 af þeim 148 löndum þar sem vímuefnaneysla með sprautubúnaði á sér stað (Mathers, 2008) og á Íslandi hefur HIV-smit innan þessa hóps aukist mjög (Embætti landlæknis, 2011). Vímuefnaneysla með sprautubúnaði felur í sér áhættu á blóðbornu smiti af HIV og öðrum veirusýkingum og eykur það enn á heilsufarsvanda þeirra sem nota vímuefni með sprautubúnaði (Mathers o.fl., 2008). Samnýting sprautubúnaðar og óvarleg kynhegðun eru helstu smitleiðir HIV innan þessa hóps og er samnýting sprautubúnaðar viðurkennd hegðun (Wagner, o.fl., 2011).

Hægt er að koma í veg fyrir að HIV- smit þróist og verði að alnæmi með lyfjameðferð og í henni þarf einstaklingur að taka lyf með reglubundnum hætti ævilangt. Til að lyfjameðferðin skili árangri þarf meðferðarhaldni að vera mjög góð, annars er hættu á að ónæmi myndist fyrir lyfjunum (Wolfe, Carrieri, og Shepard, 2010). Lyfjameðferð er léttari í dag en hún hefur verið í gegnum árin, og þurfa HIV- smitaðir í mörgum tilfellum aðeins að taka eina töflu á dag, sem er gríðarleg framför frá því í árdaga lyfjameðferðar við HIV, þegar lyfjabyrðin var allt upp í 20 töflur á dag, með ströngum reglum um vökvainntöku, máltíðir og tímasetningar (Chesney, Morin, og Sherr, 2000).

Einstaklingar sem lifa á jaðri samfélagsins, heimilislausir, vímuefnaneytendur og þeir sem þjást af geðröskunum, eiga oft erfitt með að fóta sig í samfélaginu og lúta öðrum lögmálum tíma og rúms en við hin. Vímuefnaneytendur, bæði þeir sem nota sprautubúnað og aðrir, mæta mörgum hindrunum í lífinu eins og fordómum og skilningsleysi, jafnt í heilbrigðiskerfinu sem annars staðar. Innan heilbrigðiskerfisins hafa fordómar ríkt gagnvart þessum hópi svo að sums staðar hefur vímuefnaneytendum sem nota sprautubúnað jafnvel verið neitað um lyfjameðferð við HIV á þeim forsendum að þeir séu ekki hæfir til að halda

meðferð (Chesney, Ickovics, Hecht, Skipa, og Rabkin, 1999). Ætla mátti að neyslan sem slík sé stærsti hamlandi þátturinn í meðferðarheldni hjá vímuefnaneytendum, en rannsóknir sýna að vilji virkir vímuefnaneytendur þiggja lyfjameðferð við HIV og hafi tök á því að sækja þjónustuna, geti þeir með réttum stuðningi, eins og aðrir, haldið sig við lyfjameðferð við HIV og hún skilað árangri (Moatti, o.fl., 2000).

Þunglyndi hefur verið stærsti áhrifaþáttur í meðferðarheldni í lyfjameðferð við HIV, og á það við um HIV-smitaða almennt (Waldrop-Valverde og Valverde, 2005) en þunglyndi er þekkt hjá 22-36% þeirra sem eru smitaðir af HIV (Valente, 2003). Aðgengi að lyfjameðferð við HIV er afar gott á Íslandi og vel haldið utan um þann hóp skjólstæðinga sem þiggur meðferð (Bergþóra Karlsdóttir, munnleg heimild, 28. feb 2012).

Tilgangurinn með þessari fræðilegu samantekt er að afla upplýsinga um hvernig hægt er að styðja við meðferðarheldni í lyfjameðferð við HIV hjá vímuefnaneytendum sem nota sprautubúnað og hvaða letjandi og hvetjandi þætti þarf að hafa í huga þegar stutt er við þennan hóp. Notaðar voru leitarvélarnar PubMed, Scopus og Google scholar auk þess sem stuðst var við heimasíður alþjóðlegra stofnana sem láta sig málið varða. Leitarorð sem notuð voru: HIV, adherence, compliance, injection drug users.

Til að bæta almenna heilsu þessa hóps má bæta aðgengi hans að heilsugæslu með því að færa úrræðin sem boðið er upp á út af stofnunum og nær einstaklingunum. Þennan hóp skjólstæðinga þarf að nálgast án fordóma og á jafningjagrundvelli og þar sem hjúkrunarfræðingar starfa á öllum sviðum heilbrigðiskerfisins eru þeir best til þess fallnir að vera málsvári hans og útfæra, í samstarfi við einstaklingana sjálfa, hvernig færa mátti þjónustuna nær einstaklingunum og mæta þeim betur á þeirra eigin forsendum. Slíkt mátti útfæra á marga vegu, jafnvel með samþættingu þjónustu á sviði heilsugæslu, heimahjúkrunar og sjúkrahúsa.

Vímuefnaneysla og notkun sprautubúnaðar

Flestir sem neyta vímuefna gera það til að upplifa vellíðan eða lina þjáningar. Upplifunin af vellíðan vegna vímuefnaneyslu getur tengst efninu sjálfu eða umhverfi neyslunnar, en þótt neyslan bæti líf einstaklingsins að einhverju leyti meðan á henni stendur, hefur hún skaðleg áhrif hvort sem litið er til styttri eða lengri tíma (WHO, 2004). Ólögleg vímuefni hafa víðtæk og ólík áhrif á líkama þess sem neytir. Sá sem neytir örvandi efna sækist eftir einhvers konar alsælutilfinningu og auknu úthaldi og þeir sem nota sljóvgandi efni sækjast eftir slökun og jafnvel verkjastillingu. Vímuefni eiga það sameiginlegt að herja á ónæmiskerfi líkamans, með beinum hætti og í gegnum miðtaugakerfið. Vísbendingar hafa komið fram um að langvarandi notkun örvandi efna geti raskað upptöku dópamíns og serótóníns í heilanum (Cabral, 2006). Tafla 1 sýnir algengustu ólöglegu vímuefnin, áhrif þeirra og mögulegar neikvæðar afleiðingar á heilsufar.

Tafla 1 Áhrif ólöglegra vímuefna

Algengustu vímuefnin	Áhrif á þann sem neytir	Mögulegar líkamlegar afleiðingar neyslunnar
Amfetamín, Rítalín, MDMA (Ecstasy), Metamfetamín	Örvandi áhrif.	Hraðari hjartsláttur og hærri blóðþrýstingur, hjartsláttartruflanir, hjartabilun, berkjuvíkkun, niðurgangur.
Kókaín	Örvandi áhrif, alsælutilfinning.	Háþrýstingur, hjartasjúkdómar, hækkaður líkamshiti.
Hass, marijúana	Alsælutilfinning.	Skert hreyfigeta og jafnvægisleysi, skert skammtímaminni, hraðari hjartsláttur, hósti, tíðar öndunarfærasýkingar.
Heróín, Ópíum (morffínskyld lyf)	Sljóvgandi, alsælutilfinning, verkjastilling.	Slævð öndun og öndunarstopp, niðurgangur (ópíum), hægðatregða (morfín).

(Cabral, 2006)

Neysla vímuefna er ört vaxandi heilsufarsvandi. Dauðsföll og veikindi tengd vímuefnaneyslu verða bæði vegna beinna og óbeinna áhrifa neyslunnar; of stórra skammta, HIV og alnæmis, umferðarslysa, ofbeldis, sjálfsvíga og langvinnra heilsufarsvandamála tengdum langvarandi neyslu (t.d. hjarta- og æðasjúkdóma vegna kókaínneyslu) (EMCDDA, 2011). Bakteríusýkingar í húð og blóðrás eru algengar og geta haft alvarlegar afleiðingar, hægri hjartapelsbólga (e. endocarditis) af völdum *Staphylococcus aureus* er algeng afleiðing vímuefnaneyslu með sprautubúnaði (Moss og Munt, 2003). Dauðsföll tengd notkun ólöglegra vímuefna eru talin vera 104.000-263.000 á ári, eða 23,1-58,7 á hverja milljón jarðarbúa á aldrinum 15-64 ára. Meira en helming þessara dauðsfalla má rekja til of stórra skammta (UNODC, 2011, bls. 14). Varlega er áætlað að 7.630 dauðsföll, sem beint eða óbeint má rekja til vímuefnaneyslu, hafi orðið í Evrópusambandslöndunum og Noregi árið 2009 (EMCDDA, 2011). Árið 2009 létust 14 einstaklingar á Íslandi af völdum neyslu vímuefna og áfengis, með beinum eða óbeinum hætti, sex konur og átta karlar (Embætti landlæknis, 2009). Þar sem vímuefnaneysla er ekki almennt viðurkennd hegðun má ætla að dauðsföll af hennar völdum séu vanmetin (Paulozzi, 2011). Þeir sem nota vímuefni án þess að vera háðir þeim (e. recreational drug users) lenda í slysum vegna neyslu sinnar. Löglegu vímuefni afengi og tóbak valda mestum skaða og algengasta dánarorsök þeirra sem eru 25 ára og yngri er áfengisneysla, beint eða óbeint (SÁÁ, 2010). Stofnun Sameinuðu Þjóðanna sem fer með málefni tengd vímuefnum og glæpum (United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC) áætlar að á heimsvísu hafi á bilinu 149-272 milljón manns á aldrinum 15-64 ára notað ólögleg vímuefni a.m.k. einu sinni á síðastliðnu ári og að u.þ.b. helmingur þeirra sé í neyslu, þ.e. hafi notað vímuefni síðasta mánuðinn áður en spurt er. Langflestir nota kannabis, eða 125-203 milljónir manna. Amfetamínlik lyf eru í öðru sæti og í kjölfarið koma ópíöt og kókaín (UNODC, 2011). Sé horft til þess skaða sem hlýst af vímuefnaneyslu, eins og til dæmis dauðsfalla af of stórum skömmtum, tróna ópíöt efst á listanum (UNODC, 2010).

Mismunandi aðferðir eru notaðar við neyslu vímuefna og þær skipta máli þegar horft er til heilsufarsvanda og meðferðarmöguleika þess sem neytir eða vill hætta neyslu (Dunn, Degenhardt, og Bruno, 2010). Vímuefnaneysla með sprautubúnaði hefur þekkt allt frá því að frakkinn Charles Pravaz fann upp sprautur árið 1853 (Sturman og Spier, 1989). Því hefur verið fleygt að eiginkona nefnds Pravaz hafi verið fyrsti einstaklingurinn sem sprautaði sig með morfíni. Fram undir fimmta áratug síðustu aldar var vímuefnaneysla með sprautubúnaði á heimsvísu bundin við lækna, listamenn og afbrotamenn, en á sjöunda áratugnum fór vímuefnaneysla almennt vaxandi á heimsvísu og notkun sprautubúnaðar þar með (SÁÁ, 2010). Vímuefnaneysla með sprautubúnaði hefur margvíslega hættu í för með sér, fremur en önnur neysla, svo sem blóðborin HIV-smit og aðrar veirusýkingar og hafa slíkar sýkingar fjölgað dauðsföllum og veikindum af völdum vímuefnaneyslu (Mathers, o.fl., 2008). Þeir sem sprauta sig eru háðari efnunum, nota oftast fleiri tegundir efna, almenn heilsa þeirra og sálfélagsleg virkni eru verri, auk þess að þeir stunda meiri glæpi en þeir sem nota vímuefni með öðrum aðferðum (Kaye og Darke, 2000). Samnýting sprautubúnaðar er félagslega viðurkennd hegðun í hópi þeirra sem nota sprautubúnað til vímuefnaneyslu og er það áhyggjuefni, enda eykur samnýting sprautubúnaðar ekki aðeins hættuna á HIV-smiti og lifrabólguþess, heldur eykst hættu á yfirborðssýkingum mjög ef nálar eru notaðar oftast en einu sinni. Þegar nál hefur verið notuð einu sinni, laskast bit hennar þannig að við næstu notkun verður húðrofið ekki hreint, sem eykur hættuna á að yfirborðsóhreinindi komist af húðinni inn í blóðrásina og valdi þar sýkingum. Sé húðin hreinsuð með spritti áður en stungið er, má draga úr líkum á því að bakteríur berist af húðinni inn í blóðrásina. Þeir sem sprauta sig með vímuefnum sprauta sig yfirleitt ekki sjálfir í fyrsta skipti, en rannsókn Novelli og félaga (2005) á sprautuhegðun ungs fólks í Baltimore leiddi í ljós að af 420 þátttakendum höfðu aðeins 13% verið einir þegar þeir sprautuðu sig í fyrsta skipti og 77% höfðu fengið aðstoð annars við að sprauta sig í fyrsta sinn. Í tuttugu og fjórum prósentum tilfella hafði

sprautan verið notuð áður (Novelli, Sherman, Havens, Strathdee, og Sapuna, 2005). Í þessari fræðilegu samantekt verður fjallað um vímuefnaneytendur sem nota sprautubúnað, tíðni neyslunnar, tengsl við HIV- smit og leiðir til að sporna við frekar útbreiðslu HIV í þeim hóp.

Tíðni vímuefnaneyslu með sprautubúnaði

Erfitt getur verið að setja fram nákvæmar tölur um það hversu margir í heiminum sprauta sig með vímuefnum, þar sem vímuefnaneytendur sem nota sprautubúnað eru falinn hópur og nota þarf óbeinar aðferðir til að meta fjölda þeirra. Óbeinar aðferðir bjóða heim hættunni á að niðurstöður séu illa samræmdar og hlutdrægar að einhverju leyti.

Vímuefnaneysla með sprautubúnaði er víðast hvar ólögleg og forboðin (e. stigmatised) hegðun og erfitt er að meta fjölda þeirra sem nota vímuefni með sprautubúnaði (Hickman og Taylor, 2005). Bretar hafa notað upplýsingar frá lögreglu, meðferðarstofnunum, nálaskiptaþjónustum, bráðamóttökum sjúkrahúsa og með því að fara út á meðal hópsins og taka viðtöl (Hickman, o.fl., 2004). Á Íslandi er notast við tölur úr skýrslum Samtaka áhugafólks um áfengisvandann (SÁÁ). Að áætla fjölda vímuefnaneytenda sem nota sprautubúnað út frá þjónustu við þá af höndum meðferðarstofnana, lögreglu eða annarra er ekki nægjanlegt til að áætla algengi, þar sem aðeins hluti af hópnum er í sambandi við þessa aðila á hverjum tíma og í raun enginn fastur punktur til að byrja á og vinna út frá í slíkri talningu (Hickman og Taylor, 2005).

Tíðni erlendis

Vímuefnaneysla með sprautubúnaði er staðreynd í flestum löndum heims og HIV- smit er algengt í mörgum hópum vímuefnaneytenda sem nota sprautubúnað. Það eru, eins og áður sagði, engar nákvæmar tölur til um fjölda þeirra sem nota sprautubúnað til vímuefnaneyslu en Mathers og félagar (2008) lyftu grettistaki og lögðu fram mikla skýrslu þar sem áætlað var,

samkvæmt upplýsingum víða að úr heiminum, að 15,9 (á bilinu 11-21) milljónir einstaklinga af báðum kynjum á aldrinum 15-64 ára sprauti sig með vímuefnum (Mathers, o.fl., 2008). Þær tölur sem settar eru fram í þessari samantekt Mathers og félaga eru þær tölur sem alþjóðastofnanir leggja til grundvallar í skýrslum sínum um vímuefnavandann og HIV-faraldurinn meðal einstaklinga sem nota sprautubúnað til vímuefnaneyslu, misjafnt er eftir löndum hversu vel er haldið utan um skráningar af þessu tagi og hvort um er að ræða þá sem hafa einu sinni sprautað sig eða eru virkir í neyslu vímuefna með sprautubúnaði. Af þeim tvö hundruð löndum sem Mathers og félagar fengu tölur frá, var vímuefnaneysla með sprautubúnaði skráð í 148. Hægt var að áætla fjölda vímuefnaneytenda sem notuðu sprautubúnað í 61 landi eða svæði, sem náði yfir 77% jarðarbúa á aldrinum 15-64 ára. Í 87 löndum þar sem gefið var út að vímuefnaneysla með sprautubúnaði ætti sér stað, voru engar tölur um fjölda. Algengi vímuefnaneyslu með sprautubúnaði er gríðarlega ólíkt milli landa, allt frá áætluðum 0,02% í Indlandi og Kambódíu upp í 5,21% í Azerbajjan. Mikill fjöldi einstaklinga í vímuefnaneyslu í Austur-Evrópu notar sprautubúnað en þar höfðu fjögur lönd hærrí títíni en 1,5%. Í Ástralíu og Nýja Sjálandi var um nokkuð minni fjölda vímuefnaneytenda sem notuðu sprautubúnað að ræða, eða 1.03% (Mathers, o.fl., 2008).

Vímuefnaneytendur sem nota sprautubúnað í Evrópu nota mest heróín og má rekja flest dauðsföll og veikindi tengd vímuefnaneyslu til notkunar þess. Síðan 2003 hefur neysla annarra ópíumskyldra lyfja aukist auk þess sem örvandi efni sækja á og gera vímuefnavandann margþættari (EMCDDA, 2011). Í flestum löndum Vestur- og Mið-Evrópu er notkun örvandi efna með sprautubúnaði frekar lítil, ef Tékkland og Norðurlöndin eru undanskilin. Minna en 5% þeirra sem leita meðferðar í Evrópu segjast sprauta sig mest með amfetamíni. Í Austur- og Suðaustur-Asíu er neysla örvandi efna með sprautubúnaði vaxandi vandamál. Í Ástralíu hefur þeim sem nota örvandi efni með sprautubúnaði farið fækkandi, en þeim fjölgar að sama skapi á Nýja Sjálandi (UNODC, 2011, bls. 133-137).

Tíðni á Íslandi

Ísland er ekki frábrugðið öðrum löndum hvað það varðar að hér á landi eru einstaklingar sem sprauta sig með vímuefnum. Vímuefnaneysla með sprautubúnaði upphófst hér á landi í kringum 1980 og áætlað er að um 700 vímuefnaneytendur noti sprautubúnað á Íslandi (SÁÁ, 2010). Sennilega er þetta varlega áætlað, þar sem það er, eins og áður hefur komið fram, ýmsum vandkvæðum bundið að kortleggja vímuefnaneyslu með sprautubúnaði nákvæmlega. Ekki hafa verið teknar saman tölur frá lögreglu eða öðrum heilbrigðisstofnunum hér á landi. Á Íslandi hefur amfetamín lengi vel verið helsta efni þeirra einstaklinga sem nota sprautubúnað til vímuefnaneyslu þó ópíumskyld lyf og kókaín hafi sótt á eftir aldamótin. Á árunum 2005-2009 var gríðarleg ásókn í ópíumskyld lyf sem fengust gegn lyfseðli, en eftir að stjórnvöld settu læknum stólinn fyrir dyrnar í ávísunum á slík lyf hefur sá vandi minnkað. Í byrjun árs 2010 sýndi könnun meðal þeirra sem sóttu meðferð hjá SÁÁ að 60% einstaklinga sem notuðu sprautubúnað til vímuefnaneyslu notuðu fyrst og fremst rítalín. Sölutölur á rítalíni renna stöðum undir þessar tölur (SÁÁ, 2010). Engar aðrar opinberar tölur eru til um þau vímuefni sem notuð eru hér á landi en í lokaverkefni til BS-prófs í hjúkrunarfræði þar sem Jóna Sigríður Gunnarsdóttir og Rúna Guðmundsdóttir gerðu rannsókn á sprautuhegðun meðal einstaklinga í vímuefnaneyslu á Íslandi kom fram að af þeim 69 einstaklingum sem rætt var við, höfðu 92,8% sprautað sig með amfetamíni, 73,9% með kókaíni, 30,4% með heróíni, 68,1% með morfínskyldum efnum, 69,6% með rítalíni og 56,5% með öðrum efnum (Jóna Sigríður Gunnarsdóttir og Rúna Guðmundsdóttir, 2008). Misnotkun á rítalíni hefur verið lýst allt aftur á sjöunda áratug síðustu aldar og hafa neytendur þess lýst vímunni svipaðri og af kókaíni (Morton og Stockton, 2000). Þeir sem nota örvandi efni fyrst og fremst, nota fleiri tegundir af vímuefnum en þeir sem hafa heróín að aðalefni (Kaye og Darke, 2000).

Vímuefnaneysla með sprautubúnaði er gífurlega dreifður og sumsstaðar falinn vandi, fjöldi vímuefnaneytenda sem nota sprautubúnað er erfitt að meta og fjölbreytt efni eru notuð til neyslunnar.

Afleiðingar vímuefnaneyslu með sprautubúnaði á heilsufar

Vímuefnaneyslu með sprautubúnaði og lífshættir þess sem neytir auka líkurnar á ýmsum heilsufarsvanda, sérstaklega sýkingum af ýmsu tagi, sem rekja má til sam- og endurnýtingar sprautubúnaðar, bælingar í ónæmiskerfi vegna HIV-smits eða efnanna sem notuð eru, slæmrar tannheilsu og almennt óheilsusamlegra lífshátta. Slæving hósta- og kokviðbragðs sem rekja má til sljóvgandi lyfja eykur hættu á ásvelgingu, lungnabólgu og köfnun. Reykingar og áfengisnotkun veikja ónæmiskerfi og vandi og óábyrg kynhegðun auka líkurnar á kynsjúkdómum (Bruce og Altice, 2007). Hægri hjartapelsbólga (e. right sided endocarditis) er mjög algeng hjá vímuefnaneytendum sem nota sprautubúnað, einkum og sér í lagi þeim sem eru HIV-smitaðir og með skert ónæmi (Habib, o.fl., 2009). Vímuefnaneysla hefur skaðleg áhrif á lungnastarfsemi, hvort sem notaður er sprautubúnaður eða ekki, bakteríulungnabólga er algeng hjá vímuefnaneytendum sem nota sprautubúnað og hefur ágerst í hópnum samhliða HIV-smiti auk þess sem Pneumocystic Carinii lungnabólga er þekkt hjá HIV-smituðum og þeim sem hafa skert ónæmi af öðrum orsökum (Wolff og O'Donnell, 2004). Algengasta sýking meðal vímuefnaneytenda sem nota sprautubúnað er sýking af völdum Staphylococcus aureus og getur hún birst sem yfir lítilsháttar yfirborðssýking, alvarleg fellsbólga með drepri og allt þar á milli. Stofnar Staphylococcus aureus sem eru ónæmir fyrir sýklalyfjum verða æ algengari, sem gerir meðferð erfiðari. Samsmit af berklum og HIV er algeng dánarorsök hjá vímuefnaneytendum sem nota sprautubúnað á heimsvísu og sjúkdómar í nýrum eru algengir, hvort sem vímuefnaneytendurnir eru smitaðir af HIV eða ekki (Bruce og Altice, 2007).

Vímuefnaneysla með sprautubúnaði hefur margvíslegar neikvæðar afleiðingar á heilsufar, einkum og sér í lagi er hættu á sýkingum og HIV-smiti mikil þegar sprautubúnaður er samnýttur. Þegar HIV-smit hefur orðið, eykst hættan á tækifærissýkingum og er því mjög áriðandi að greina HIV-smit snemma og byrja lyfjameðferð þegar tilefni standa til.

HIV

HIV-smit leiðir til fækkunar á lykilfrumum ónæmiskerfisins, svokölluðum T-hjálparfrumum eða CD4+ frumum. Fjöldi og hlutfall CD4+T frumna (hjálparfrumna) minnkar stöðugt með tímanum og það leiðir til þess að ónæmiskerfið veikist og getur ekki sinnt sínu hlutverki. Eftir því sem fjöldi HIV-veirunnar í blóði er hærri, þeim mun hraðar fækkar hjálparfrumunum. Fyrstu fréttir af sjúkdómnum sem við köllum í dag alnæmi voru birtar í MMWR þann 5.júní 1981 en þá höfðu fimm ungir, samkynhneigðir karlar verið greindir með lungnabólgu af völdum Pneumocystic Carinii á þremur sjúkrahúsum í Los Angeles (CDC, 1981). Pneumocystic carinii er sveppur sem fannst fyrst í mönnum um miðja síðustu öld og olli lungnabólgu hjá börnum með meðfædda galla í ónæmiskerfi og fullorðnum sem höfðu skert ónæmi vegna illkynja sjúkdóma eða meðferðar gegn þeim (Wazir og Ansari, 2004). Þegar áður heilbrigðir ungir karlar fóru að fá þessa sjaldgæfu gerð lungnabólgu grunaði lækna fljótt að um væri að ræða einhvers konar veiklun í ónæmiskerfi þeirra og mörkuðu þessi tilfelli upphaf faraldurs sem er einhver mesta heilsufarsvá sem heimurinn hefur fengið yfir sig. Fljótlega fóru að berast fréttir af svipuðum veikindum hjá vímuefnaneytendum sem notuðu sprautubúnað (CDC, 1982).

Tíðni HIV-smits á heimsvísu

Stofnun Sameinuðu Þjóðanna sem fer með málefni tengd HIV í heiminum (UNAIDS) áætlað að í lok árs 2009 hafi 33,3 milljónir manna verið smitaðar af HIV. Áætlað er að 2,6

(2,3-2,8) milljónir manna hafi smitast af HIV á árinu 2009. Þetta eru 19% færri en þeir sem smituðust 1999 og 21% færri en árið 1997, en það ár náðu ný smit hámarki. Tuttugu og sjö prósent fleiri voru smitaðir 2009 en 1999 en það má rekja þetta misræmi í tölum til þess að dauðsföllum af völdum alnæmis hefur fækkað vegna mikillar aukningar í aðgengi að lyfjameðferð á síðustu árum (UNAIDS, 2010). Mikið vatn hefur runnið til sjávar síðan fyrstu tilfelli komu fram, en af þeim 593 tilfellum sem greindust fyrsta árið í Bandaríkjunum, höfðu 243 (41%) þegar látist við útgáfu skýrslunnar (CDC, 1982). Því miður er algengi sjúkdómsins enn hátt en aukinn aðgangur að lyfjameðferð er að skila árangri, talið er að 48% smitaðra hafi haft aðgang að lyfjameðferð árið 2008 miðað við 7% árið 2003, sem hefur áhrif til fækkunar á dauðsföllum af völdum alnæmis (2,1 milljón 2004 og áætlað 1,8 milljón 2009), þannig að þeim fjölgar sem lifa með smit af HIV. Afríka sunnan Sahara er enn með flesta einstaklinga smitaða af HIV, eða 68% af öllum smitum í heiminum. Sömu sögu er því miður að segja af dauðsföllum af völdum alnæmis, en 72% þeirra urðu í Afríku sunnan Sahara (1.3 / 1.8 millj). Þess ber þó að geta að 20% færri dóu af völdum alnæmis í Afríku sunnan Sahara 2009 en 2004, sem er mikilli aukningu í aðgengi að lyfjameðferð að þakka (UNAIDS, 2010). Þessar tölur taka ekki tillit til smitleiðar, aðeins hversu margir eru smitaðir.

HIV og vímuefnaneytendur sem nota sprautubúnað í heiminum

Einstaklingar sem nota sprautubúnað til vímuefnaneyslu hafa frá upphafi verið hluti af þeim sem eru HIV-smitaðir og finnast í langflestum löndum heims. Alnæmi greindist fyrst hjá samkynhneigðum karlmönnum í júní 1981 og strax í kjölfarið hjá vímuefnaneytendum sem notuðu sprautubúnað. Frá 1. júní 1981 til 15. september 1982 hafði embætti sóttvarnalæknis í Bandaríkjunum (CDC) borist fregnir af 593 tilfellum alnæmis þar sem 75% þeirra sem veiktust voru sam- eða tvíkynhneigðir karlmenn (af þeim voru 12% sem höfðu sprautað sig með vímuefnum. Af þeim 20% sem voru gagnkynhneigðir (konur og karlar)

sögðust 60% hafa sprautað sig (CDC, 1982). Des Jarlais og félagar (1989) lýstu fyrsta faraldri HIV-smits í hópi bandarískra vímuefnaneytenda sem notuðu sprautubúnað, sem tók að brjótast út um miðjan áttunda áratuginn og náði hámarki um þann níunda miðjan þegar algengi náði jafnvægi og hélst um 55-60% um nokkurt skeið (Des Jarlais, o.fl., 1989). Á árunum 1987 og 1988 stóðu Taílandingar frammi fyrir sömu ógn en þá fór HIV að breiðast út með ógnarhraða í hópi vímuefnaneytenda sem notuðu sprautubúnað (Choopanya, o.fl., 1991). Samantekt Mathers og félaga (2008) leiddi í ljós að HIV-smit var þekkt í hópi einstaklinga sem nota sprautubúnað til vímuefnaneyslu í 120 af þeim 148 löndum sem gáfu það út að slík neysla væri raunveruleiki hjá þjóðinni (Mathers, o.fl., 2008). Haldbærar tölur um þá hópa sem eru í mestri hættu á að smitast af HIV, samkynhneigða karla og vímuefnaneytendur sem nota sprautubúnað, eru í flestum löndum af skornum skammti og gæði rannsókna takmörkuð (WHO, 2011). Notkun sprautubúnaðar til vímuefnaneyslu er minniháttar áhrifavaldur í HIV-faraldrinum í Afríku sunnan Sahara, í Kenýa voru aðeins 3,8% nýrra smita rakin til slíkrar neyslu árið 2006. Þó eru 12% þeirra vímuefnaneytenda sem nota sprautubúnað í Suður Afríku smitaðir af HIV, 26% á eyjunni Zanzibar og 38% í Nairobi, höfuðborg Kenýa. Í Austur-Evrópu og Mið-Asíu hefur fjöldi HIV-smiðra næstum þrefaldast síðan um aldamót, árið 2001 voru þeir 760 þúsund en 1,4 milljónir 2009. Bakvið þessar tölur ber helst að nefna Rússland og Úkraínu sem saman bera ábyrgð á næstum 90% nýrra smita á svæðinu. Það er áætlað að fjórðungur þeirra 3,7 milljón einstaklinga sem sprautu sig með vímuefnum á þessu svæði séu HIV-jákvæðir, sláandi tölur, allt upp í 88%, hafa sést í einstaka borgum. Í karabíska hafinu hefur óvarlega meðferð sprautubúnaðar átt stóran þátt í útbreiðslu HIV í Puerto Rico, þar komust 40% karla og 27% kvenna með ný smit í tæri við veiruna á þennan hátt árið 2006. Áætlað er að allt að tvær milljónir manna í Mið- og Suður Ameríku noti sprautubúnað til vímuefnaneyslu og að meira en fjórðungur þeirra séu HIV-smiðir. Faraldur HIV-smita er í rénum í Norður-Ameríku. Færri en 10 þúsund vímuefnaneytendur sem notuðu

sprautubúnað smituðust 2006, 1/3 af þeim fjölda sem smitaðist á árunum 1984-1986. Þökk sé útbreiðslu skaðaminnkandi úrræða, hafa í mesta lagi 5% nýrra tilfella HIV-smita í Sviss og Hollandi verið rakin til notkunar sprautubúnaðar en sömu sögu er því miður ekki að segja í Eistlandi en þar hafa allt að 72% þeirra sem sprauta sig smitast af HIV. Flestir þeirra sem sprauta sig með vímuefnum í Miðausturlöndum og Norður-Afríku eru í Íran og hefur HIV-faraldurinn einskorðast við þann hóp, áætlað er að 14% einstaklinga í sem nota vímuefni með sprautubúnaði þar séu HIV-smitaðir. Í Eyjaálfu er notkun sprautubúnaðar til vímuefnaneyslu ekki áberandi þegar kemur að HIV-smitum, einna helst þó hjá frumbyggjum og eyjabúum (UNAIDS, 2010).

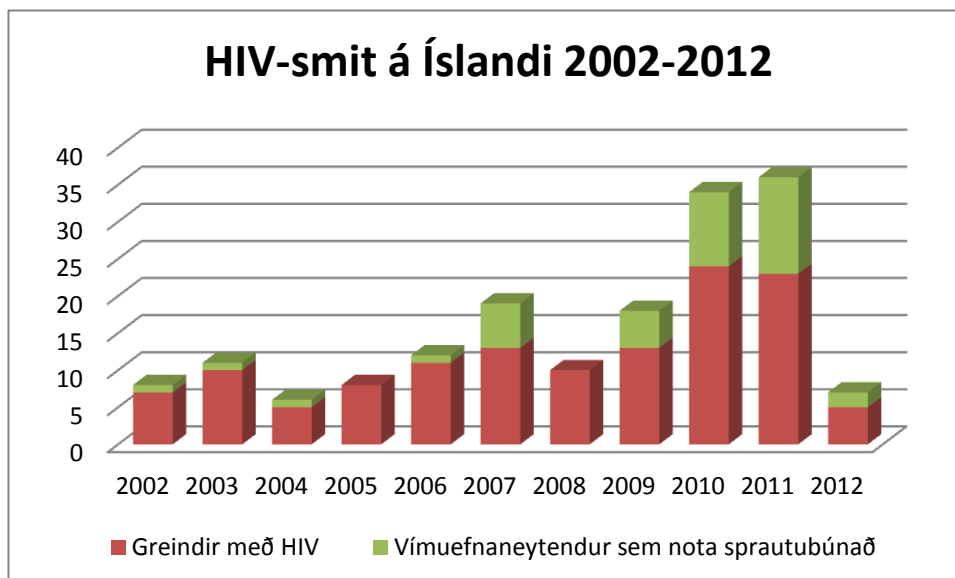
HIV og vímuefnaneytendur sem nota sprautubúnað á Íslandi

Frá upphafi hafa 278 einstaklingar greinst með HIV á Íslandi. Samkynhneigðir karlar voru stærsti hluti smitaðra framan af en smitum í þeirra hópi hefur fækkað jafnt og þétt. Árið 2011 greindust 23 einstaklingar með HIV-smit, einum færri en árið áður. Þessi óvenjulegi fjöldi sem greindist bæði þessi ár skýrist af fjölda þeirra sem smitast hafa vegna vímuefnanotkunar með sprautum og nálum [13] (Haraldur Briem sóttvarnalæknir, munnleg heimild, 4. apríl 2012). Einkennandi fyrir þessa hópsýkingu eru nán tengsl þeirra innbyrðis og hár meðalaldur (Embætti landlæknis, 2011). Á árinu 2011 greindust 12 karlar og 11 konur með HIV. Talið er að 8 hafi smitast vegna kynmaka gagnkynhneigðra en einn hafi smitast vegna kynmaka samkynhneigðra. Meðalaldur gagnkynhneigðra var óvenju hár (55 ár) sem stafar af því að 3 af þeim sem greindust með HIV voru komnir með alnæmi og voru 65 ára og eldri. Einn þeirra lést á árinu af völdum sjúkdómsins. Sex hinna smituðu voru af erlendu bergi brotnir. Einn þeirra er talinn hafa smitast vegna blóðgjafar erlendis. Það sem af er ári 2012 hefur verið tilkynnt um fjóra einstaklinga með HIV-smit. Tveir eru gagnkynhneigðir og einn samkynhneigður sem allir eru taldir hafa smitast við kynmök. Einn hinna greindu er

vímuefnaneytandi og talinn tengjast hópsýkingunni frá fyrra ári. Þar með fyllir hópur vímuefnaneytenda sem nota sprautubúnað og hafa smitast af HIV frá upphafi 56 einstaklinga (Haraldur Briem, munnleg heimild, 4.apríl 2012). Það eru 8,1% vímuefnaneytenda sem nota sprautubúnað á Íslandi, sé miðað við þann fjölda sem SÁÁ telur vera virka vímuefnaneytendur sem nota sprautubúnað hér á landi.

Mynd 1 sýnir fjölda þeirra sem greindir hafa verið á Íslandi árin 2002-2012 og hlutfall einstaklinga sem nota vímuefni með sprautubúnaði. Af þeim 129 sem hafa greinst á þessum tíu árum, eru 40 vímuefnaneytendur sem nota sprautubúnað.

Mynd 1 HIV-smit á Íslandi 2002-2012



Meðferðarmöguleikar

Í sjöundu grein sóttvarnalaga er kveðið á um að einstaklingur skuli „...gera sér allt far um að sýkja hvorki sjálfan sig né aðra ...“ og í 17. gr sömu laga kemur fram að kostnaður sem hlýst af framkvæmd sóttvarnalaga greiðist úr ríkissjóði (*Sóttvarnalög nr 19/1997*). Þetta felur meðal annars í sér að lyfjameðferð við HIV er greidd úr ríkissjóði og er því gjaldfrjáls fyrir sjúklinginn. Hið sama gildir um heimsóknir á Göngudeild smitsjúkdóma við Landspítala, sem

tók til starfa 1997 samkvæmt ákvæði í 16. grein Sóttvarnarlaga (*Sóttvarnalög nr. 19/1997*). Á göngudeildinni hefur starfað hjúkrunarfræðingur síðan 2004 sem heldur utan um meðferð og eftirlit 160 HIV- smitaðra einstaklinga (Bergþóra Karlsdóttir, munnleg heimild, 1. mars 2012).

Þegar fjöldi hjálparfruma er kominn undir 250 frumur/ μ L eru auknar líkur á tækifærissýkingum, t.d. Kaposi sarcoma, herpes, berklum og pneumocystic lungnabólgu sem eru alvarlegri ógn við heilsu hins HIV- smitaða en smitið sjálft (Bruce og Altice, 2007). Síðastliðin 20 ár hafa tíðar breytingar orðið á tillögum um það hvenær á að byrja lyfjameðferð við HIV og eru þær tillögur alltaf byggðar á klínískum rannsóknum. Á Íslandi er unnið eftir leiðbeiningum Heilbrigðis- og velferðarráðuneytis Bandaríkjanna (Department of Health and Human Services, DHHS) sem endurskoðaðar eru með reglulegu millibili. Við gerð nýjustu leiðbeininganna (2011) gátu nefndarmenn ekki komið sér saman um allar niðurstöður en til að tillaga um byrjun meðferðar sé lögð fram þurfa 2/3 nefndarmeðlima að vera sammála. Samkvæmt síðustu leiðbeiningum voru nefndarmeðlimir á einu máli um að byrja ætti meðferð hjá einstaklingum þegar þeir eru með 350-500 hjálparfrumur (frumur/ μ L). Hvað varðar einstaklinga með meira en 500 hjálparfrumur var nefndin klofin í afstöðu sinni m.t.t þess að byrja meðferð strax og smit er staðfest, helmingur var því fylgjandi og helmingur vildi að það væri valfrjálst hvort byrja ætti meðferð á þessu stigi. Einstaklingur telst hraustur hafi hann 600-1200 hjálparfrumur í blóði. (DHHS, 2011, bls. 27). DHHS mælir með samsettri lyfjameðferð af efavirenz, tenofovir og emtricitabine sem kjörmeðferð fyrir HIV-smitaða sem ekki hafa áður hlotið lyfjameðferð (DHHS, 2011, bls. 41). Af þeim 122 HIV-smituðu einstaklingum í lyfjameðferð á vegum Göngudeildar smitsjúkdóma er u.þ.b. helmingur meðhöndlaður með Atripla (Bergþóra Karlsdóttir, munnleg heimild, 28. feb 2012). Atripla er samsett úr efavirenz, tenofovir og emtricitabine í sömu töflu og þarf aðeins að taka eina töflu á dag, að kvöldi. „Ávinningur af meðferð með Atripla byggist aðallega á

niðurstöðum klínískrar rannsóknar sem stóð yfir í 48 vikur, þar sem sjúklingar með stöðuga veirufræðilega bælingu í samsettri meðferð gegn retróveirum, skiptu yfir í Atripla-meðferð. Enn eru engar upplýsingar um notkun Atripla fyrirbyggjandi úr klínískum rannsóknum á sjúklingum sem ekki eru meðferðarreindir eða hafa áður fengið mjög umfangsmiklar meðferðir“ (Gilead Sciences Limited, 2012).

Á Íslandi er meðferð hafin þegar einstaklingur hefur 350 hjálparfrumur, einstaka fær meðferð fyrir ef læknir metur út frá rannsóknarniðurstöðum og heilsufari einstaklingsins að lyfjameðferð muni bæta heilsu og horfur hins smitaða. Með reglubundnu eftirliti með veirumagni og fjölda hjálparfruma er hægt að girða fyrir að hjálparfrumur verði of fáar, enda erfiðara og tímafrekara að ná þeim aftur í viðunandi magn.

Þjónustan á Göngudeild smitsjúkdóma er einstaklingsmiðuð og það er metið í hverju tilviki fyrir sig hvort skjólstæðingur hefur tök á að skammta sér lyfin sjálfur eða hvort hjúkrunarfræðingur sjái um skömmtun. Sumir koma vikulega til að sækja skammta og aðrir hálfsmánaðarlega, allt eftir persónulegum aðstæðum hvers og eins, enn aðrir sjá að öllu leyti um sína lyfjatöku sjálfir. Reglusemi í lyfjatöku er ekki bundin því hvort einstaklingur er með lyfin hjá sér og ber sjálfur ábyrgð á að taka þau eða hvort hann tekur þau undir eftirliti (Altice, Mostashari, og Friedland, 2001) og það hefur sýnt sig á Göngudeild smitsjúkdóma að þeir virku vímuefnaneytendur sem nota sprautubúnað hafa sýnt reglusemi í lyfjatöku þó þeir komi á göngudeildina að sækja lyfin en sjái að öðru leyti um sína lyfjatöku sjálfir.

HIV er tilkynningaskyldur sjúkdómur og hefur sóttvarnalæknir falið Göngudeild smitsjúkdóma að halda utan skráningar hans (*Reglugerð um skýrslugerð vegna smitsjúkdóma nr. 420/2008*). Til þess er notaður samnorrænn gagnagrunnur, RealQ, sem hefur þann tilgang að bera saman árangur í meðferð á Norðurlöndunum og auðvelda læknum að hafa samráð með það að markmiði að sem flestir fái bestu meðferð á hverjum tíma. Í iðnvæddum ríkjum

hafa læknað jafnan frestað eða reynt að standa í vegi fyrir því að vímuefnaneytendur sem nota sprautubúnað geti hafið lyfjameðferð við HIV, af ótta við að meðferðarheldni verði léleg, áhrif annarra sjúkdóma skemmi meðferðina eða að sjúklingarnir myndi ónæmi gegn lyfjunum (Wolfe, Carrieri, og Shepard, 2010). Woods og félagar (2005) rannsökuðu næmi allra HIV-lyfja hjá stórum hópi HIV-smitaðra einstaklinga (n=1191) og komust að þeirri niðurstöðu að það var sama hættu á ónæmi fyrir lyfjunum hjá þeim sem notuðu vímuefni með sprautubúnaði og þeim sem ekki voru í neyslu (Wood, o.fl., 2005). Það má ekki líta fram hjá því að lífshættir einstaklinga sem nota sprautubúnað til vímuefnaneyslu hafa slæm áhrif á heilsu þeirra. Í dag eru HIV-lyfin orðin það góð, að á meðan einstaklingur heldur sig að fullu við lyfjameðferð, er vímuefnaneyslan langtum meiri ógn við heilsu hans heldur en HIV-smitið sjálft (Bergþóra Karlsdóttir, munnleg heimild, 16. febrúar 2012).

Vímuefnaneytendur sem nota sprautubúnað á Íslandi hafa aðgang að bestu þjónustu sem völ er á til jafns við aðra þjóðfélagshópa og heilbrigðisstarfsmenn sem sérhæfa sig í umönnun HIV-smitaðra halda vel utan um þjónustu við þennan hóp.

Leiðir til að hefta útbreiðslu HIV

Til að koma í veg fyrir fjölgun HIV-smitaðra vímuefnaneytenda sem nota sprautubúnað þarf yfirgripsmikla og samhentna stefnu yfirvalda og fyrst og fremst að beina sjónum að mikilvægustu smitleiðunum á hverjum tíma, í dag kynlífi og sprautuhegðun. Mikilvægt er að þeir sem þegar hafa smitast mæti reglulega til eftirlits svo hægt sé að fylgjast með fjölda hjálparfruma og veirumagni. Þetta eftirlit gefur tækifæri til að byrja lyfjameðferð þegar tilefni er til. Kynferðislega virkir vímuefnaneytendur sem nota sprautubúnað stunda margskonar áhættuhegðun í kynlífi, fjöllyndi, kynlíf með öðrum vímuefnaneytendum og kynlíf í skiptum fyrir vímuefni eða peninga (Booth, Kwiatkowski, og Chitwood, 2000). Sá sem ber nýtt smit af HIV er mjög smitandi og þegar saman leggst fjöllyndi og bráða smit af HIV er gríðarlega

mikil hætta á hraðri útbreiðslu (Des Jarlais, 2009). HIV-smitaðir einstaklingar sem nota sprautubúnað til vímuefnaneyslu nota frekar smokka ef þeir halda að rekkjunauturinn sé ekki smitaður, en láta ekki endilega uppi um sitt eigið smit. Þá skiptir líka máli hvort rekkjunauturinn sé einnig í vímuefnaneyslu og noti til hennar sprautubúnað (Grau, o.fl., 2011). Í lítilli rannsókn Kalichman og féлага (2006) á kynhegðun einstaklinga með HIV kom í ljós að helmingur hópsins hafði haft óvarin kynmök síðustu þrjá mánuði og af þeim voru 36% sem ekki vissu hvort hinn aðilinn var smitaður eða ekki. Í þessum hópi var ekki um vímuefnaneytendur að ræða (Kalichman, o.fl., 2006). Líkurnar á smiti við kynmök minnka um 92% ef smitaði aðilinn í sambandinu er í virkri lyfjameðferð við HIV (Donnell, o.fl., 2010).

Samnýting sprautubúnaðar er félagslega viðurkennd í hópi þeirra sem nota sprautubúnað til vímuefnaneyslu, jafnvel þó fólk geri sér fulla grein fyrir hættunni sem henni fylgir. Rannsókn Wagner og féлага (2011) leiddi í ljós að það hangir fleira á spýttunni en ótti við að smitast af HIV eða öðrum sjúkdómum þegar hugað er að því hvort vímuefnaneytendur sem nota sprautubúnað deila búnaði með öðrum. Vímuefnaneytendur sprauta sig jafnvel með notuðum búnaði til að móðga ekki samferðamenn sína, til að forðast fráhrarfseinkenni og að fá örugglega næsta skammt (Wagner, o.fl., 2011). Samnýting sprautubúnaðar er ekki bundin við neitt sérstakt vímuefni. Þeir sem nota heróín eru jafn líklegir til að hafa deilt búnaði með öðrum og þeir sem nota örvandi efni. Þó þeir sprauti sig oft, eru þeir frekar einir í neyslu og hafa því ekki eins mörg tækifæri til að deila búnaði og þeir sem nota örvandi efni, en sá hópur sprautar sig miklu oft í félagsskap (Kaye og Darke, 2000). Þeir staðir sem hópar hittast til að nota vímuefni eru líka vettvangur kynlífsathafna þar sem öryggið er ekki sett á oddinn (Metsch, McCoy, Miles, og Wohler, 2004). Það er gríðarlega mikilvægt að uppfærða vímuefnaneytendur sem nota sprautubúnað um smitleiðir HIV og hættunarnar sem fylgja því að sam- og endurnýta sprautubúnað.

Reglubundið eftirlit og afhending lyfja, t.d. á göngudeild, eykur tengsl hins smitaða við heilbrigðisstarfsmenn sem sinna einstaklingnum. Reglubundnar heimsóknir sem slíkar eru kjörinn vettvangur fyrir stutta og hnitmiðaða, staðlaða fræðslu varðandi mikilvægi þess að nota hreinan sprautubúnað og stunda ekki óvarið kynlíf, slík fræðsla hefur skilað jafnmiklum árangri og fræðsla sem veitt er yfir lengri tíma með mörgum heimsóknum (Meader, Li, Des Jarlais, og Pilling, 2010). Samþætta þarf vinnubrögð þeirra sem að málaflokknum koma og breyta áherslum í skimun fyrir HIV-smiti og gera hana aðgengilegri fyrir jaðarhópa, með því að færa þjónustuna nær einstaklingnum.

Skaðaminnkun

Hugmyndafræði skaðaminnkunar gengur út á að minnka skaða einstaklingsins og samfélagsins í heild af völdum tiltekinnar hegðunar, oftast áhættuhegðunar. Skaðaminnkandi nálganir eru þekktar til áratuga og komu fyrst fram á sjónarsviðið í Englandi á þriðja áratug síðustu aldar, þegar lækna komu sér saman um að í sumum tilfellum væri til hagsbóta fyrir einstaklinga háða vímuefnum að þeir fengju efnin uppáskrifuð frá lækni (Riley og O'Hare, 2000, bls. 4). Fyrstu viðurkenndu nálaskiptiþjónusturnar voru settar á laggirnar í Hollandi 1984 og fylgdu England og Skotland í kjölfarið. Ástralir bættust í hópinn í lok árs 1986 og hafa náð gríðargóðum árangri í að hefta HIV- smit í hópi vímuefnaneytenda sem nota sprautubúnað (Sendziuk, 2007). Nálaskiptiþjónusta gengur út á að auka umfang hreins sprautubúnaðar í notkun og fækka skiptunum sem einstaklingur sprautar sig með notuðum búnaði með það að markmiði að minnka líkurnar á HIV- smiti og sýkingum af völdum sprautunotkunar (Degenhardt, o.fl., 2010). Hurley og félagar (1997) sýndu fram á að á árunum 1988 – 1993 hækkaði tíðni HIV- smits um 5,9% á ári í borgum þar sem ekki var boðið upp á nálaskiptiþjónustu en dróst saman um 5,8% á ári í þeim borgum sem buðu upp á slíka þjónustu (Hurley, Jolley, og Kaldor, 1997). Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (WHO)

mælist til þess að allar þjóðir heims bjóði þeim sem það þurfa upp á nálaskiptiþjónustu, viðhaldsmeðferð við óþímufíkn og aðra vímuefnameðferð í skaðaminnkandi tilgangi.

Stefnumörkun WHO fyrir árin 2011-2015 leggur áherslu á að fjölga þurfi löndum sem bjóða upp á nálaskiptiþjónustu, af þeim 92 löndum sem upplýsingar voru tiltækar um, voru aðeins 36 sem buðu upp á slíka þjónustu (WHO, 2011).

Milljónir manna sem nota vímuefni með sprautubúnaði hafa hvorki aðgang að nálaskiptiþjónustu, viðhaldsmeðferð fyrir óþímufíkla eða lyfjameðferð við HIV vegna hindrana í lagalegu og félagslegu tilliti (Jürgens, Csete, Amon, Baral, og Beyrer, 2010). Íslendingar mega vera stoltir af sínu framlagi til skaðaminnkunar en Reykjavíkurborgin Rauða Kross Íslands hleypti þann 6. október 2009 af stokkunum skaðaminnkunarúrræðinu Frú Ragnheiði og hafa komur þangað verið 1042 frá 206 einstaklingum (30% af áætluðum fjölda einstaklinga sem nota sprautubúnað til vímuefnaneyslu á Íslandi), helsta ástæða heimsóknar hefur verið að sækja nálaskiptiþjónustu. Þessu úrræði hefur verið tekið fagnandi í hópi vímuefnaneytenda sem nota sprautubúnað, en er enn sem komið er eina úrræðið hér á landi sem býður fríar nálar og sprautur og tekur notaðan búnað til förgunar (Rauði Kross Íslands, 2012). Hér á landi er boðið upp á viðhaldsmeðferð fyrir óþímufíkla, sem veitt er sjúklingum að kostnaðarlausu og SÁÁ sinnir samkvæmt faglegu samkomulagi milli Embættis landlæknis, Geðdeildar Landspítala og Heilbrigðisráðuneytis (SÁÁ, 2010). Víða um heim geta vímuefnaneytendur ekki nýtt sér nálaskiptiþjónustu, viðhaldsmeðferð við óþímufíkn eða önnur meðferðarúrræði við vímuefnafíkn þar sem vímuefnaneysla er lögbrot og lögregla vaktar staði sem veita slíka þjónustu (Wolfe, Carrieri, og Shepard, 2010). Aðspurður hvort lögregla væri aðili að einhverju samkomulagi við þá sem þjónusta vímuefnaneytendur um að þeir gætu sótt sína þjónustu í friði hafði Stefán Eiríksson, lögreglustjóri höfuðborgarsvæðisins þetta að segja: „Það er ekkert samkomulag í gangi, formlegt eða óformlegt. Það er hins vegar fullljóst að við myndum ekki nota þennan vettvang til að nálgast fólk eða slíkt, frekar en við

notum slysadeildina, heilsugæsluna eða aðra þá staði þar sem fólk sækir sér heilbrigðisþjónustu. Lögreglan hefur almennt bæði góða þekkingu og skilning á stöðu þeirra sem eru í þeirri stöðu að þurfa að leita aðstoðar þarna [skaðaminnkunarúrræði RRKÍ, Frú Ragnheiður] og fagnar þessu framtaki því mjög“ (munnleg heimild, S.E., 18. janúar 2012). HIV-smit og vímuefnaneysla með sprautubúnaði eru langvinn vandamál sem leita þarf lausna við samhliða. Með því að nýta skaðaminnkandi nálganir gagnvart skjólstæðingum sem bera bæði þessi vandamál má koma í veg fyrir smit og bæta heilsu þess sem smitaður er (Lucas, o.fl., 2006). Þeir sem neyta vímuefna með sprautubúnaði látast síður úr alnæmi en aðrir hópar smitaðra, enda deyja þeir frekar vegna ofbeldis, slysa og of stórra skammta (Kohli, o.fl., 2005).

Ábyrgð einstaklingsins

Ef árangur á að nást í að hefta útbreiðslu HIV- smits í hópi vímuefnaneytenda sem nota sprautubúnað, er nauðsynlegt að kalla einstaklingana sjálfa til ábyrgðar, sem ekki verður gert öðruvísi en að mæta einstaklingnum á jafnréttisgrundvelli, með samhygð og mannlega reisn í forgrunni. Varast skal að líta á hóp vímuefnaneytenda sem nota sprautubúnað sem algjörlega einangraðan, heldur getur smit breiðst út til almennings með kynmökum, til að mynda til manna og kvenna sem kaupa vændi af einstaklingum í neyslu. Niðurstöður úr rannsókn Wood og féлага (2009) benda til þess að ef veirumagni er haldið í lágmarki, minnki líkur á að smit dreifist meðal hópsins (Wood, o.fl., 2009). Kirk og félagar (2011) komust að sömu niðurstöðu og leggja hana til grundvallar tillögu sinni um að hart verði gengið fram í því að hafa upp á þeim einstaklingum sem eru í áhættuhóp, skima fyrir smiti hjá þeim og byrja meðferð þegar tilefni er til (Kirk, o.fl., 2011). Félagsleg tengsl innan hópa vímuefnaneytenda geta skapað grundvöll fyrir því að beitt sé ómarkvissum og jafnvel skaðlegum aðferðum til forvarna gegn HIV-smiti og öðrum afleiðingum neyslunnar (Metsch, McCoy, Miles, og

Wohler, 2004). Vímuefnaneytendur sem nota sprautubúnað eru þeir sem vita best hvernig hægt er að ná til jafningja sinna, styðja við bakið á þeim og tala fyrir rétti þeirra og virðingu. Til að ná til hópa vímuefnaneytenda þarf að leita leiða til að efla styrk þeirra sjálfra og taka höndum saman með þessum hóp til að ná árangri í meðferð og forvörnum við HIV (Beyrer, o.fl., 2010). Mikilvægt er að fræðsla sé markviss og til hennar vandað svo hægt sé að minnka skaða af vímuefnaneyslu og annarri áhættuhegðun.

Meðferðarheldni

Meðferðarheldni er að hve miklu leyti sjúklingur fer að fyrirmælum eða ráðum um meðferð. Ef meðferðarheldni er léleg dregur það úr líkum á að meðferðin hafi tilætluð áhrif og þar af leiðandi má búast við verri heilsu. Almennt er talið að í þróuðum löndum séu um 3% lyfseðla aldrei leystir út og að þriðjungur til helmingur þeirra lyfja sem leyst eru út séu ekki tekin inn (Hovstadius og Petersson, 2011; NICE, 2009, bls. 4). Ekki er verjandi fyrir heilbrigðisstarfsfólk að skella skuldinni alfarið á skjólstaðinginn ef meðferðarheldni er léleg, þ.e. ef áætlaður fyrirbyggjandi- eða meðferðarárangur næst ekki, heldur eru margir þættir beggja megin borðs sem þurfa að spila saman eigi árangur að nást. Vissir þættir í mannlegri hegðun skýra lélega meðferðarheldni. Sumir sækja ekki lyfin sem ávísað er, aðrir taka ranga skammta eða á röngum tíma. Til eru þeir sem skilja ekki fyrirmæli læknis, hafa ekki efni á að leysa út lyfin, gleyma skömmtum og hætta lyfjatöku áður en skammturinn klárast. Enn aðrir breyta sjálfir lyfjameðferð til að stýra aukaverkunum (Miller N. H., 1997). Samkvæmt klínískum leiðbeiningum NICE eru fjórir lykilþættir sem þarf að hafa til hliðsjónar ef meðferðarheldni á að vera ásættanleg; Upplýst þátttaka sjúklinga í að velja bestu meðferð, sem felur í sér góð samskipti og að heilbrigðisstarfsmaður sjái til þess að sjúklingur skilji til fulls þær upplýsingar sem honum eru látnar í té. Stuðningur við meðferðarheldni, hún metin reglulega og gerðar ráðstafanir til að auka hana með raunsærri sýn á hvetjandi og letjandi

þætti í lífi og starfi sjúklingsins. Fylgjast náið með framgangi sjúkdóms, aukaverkunum lyfja og meðferðarheldni, sem og að veita reglulega nýjar upplýsingar um lyfin og skerpa á þeim upplýsingum sem þegar hafa komið fram. Að lokum þurfa samstarf og samskipti milli heilbrigðisstétta og sérgreina að vera góð og allar upplýsingar um lyf og sjúkdóma aðgengilegar (NICE, 2009).

Almennt um meðferðarheldni í lyfjameðferð við HIV

Þar sem lyfjameðferð við HIV er orðin mjög góð, er í dag hægt að líta á HIV- smit sem hvern annan langvinnan sjúkdóm á meðan lyfjameðferð er haldin. Langvinn veikindi eru „langvinnt heilsufarsástand sem snertir einstaklinginn félagslega, efnahagslega og tilfinningalega þannig að hann þarf sérhæfða og samfellda umönnun fagaðila“ (Larsen, 2006). Meðferðarheldni er almennt talin ásættanleg ef sjúklingur tekur 80% af uppáskrifuðum lyfjaskammti en í HIV- meðferð hefur meðferðarheldni yfir 95% áhrif til betri útkomu í veirutalningu, aukningu á hjálparfrumum og færri innlögnum á spítala (Paterson, o.fl., 2000). Ef hlé er gert á meðferðinni eða óregla kemst á lyfjatöku eykst hættu á að ónæmi myndist fyrir lyfjunum, sem leiðir af sér fækkun hjálparfruma og aukið veirumagn (Bangsberg, 2008). Meðferðarheldni er best að meta út frá niðurstöðum blóðrannsóknna (fjölda hjálparfruma og veirumagni) þar sem eigin frásögn um lyfjatöku er ekki áreiðanlegur mælikvarði. Það er þó ljóst að þeir sem fá aðstoð við að halda sig við lyfjameðferð eru líklegri til að halda meðferð og fá þar með hagstæðari niðurstöður í veirumælingum og magni hjálparfruma (Chesney, 2006).

Hópar sem halda síður meðferð í lyfjameðferð við HIV

Sumir þjóðfélagshópar eru síður líklegir til að halda sig við lyfjameðferð við HIV en aðrir. Sá sem greinist með HIV þarf að fá markvissa fræðslu og ráðgjöf um kosti þess að

hefja lyfjameðferð og stuðningur við einstaklinginn er gríðarlega mikilvægur, eigi meðferðarheldni að vera ásættanleg og lyfjameðferð að skila árangri. Eftir því sem lyfjameðferð verður flóknari minnkar geta einstaklinga til að skilja til hlítar hvernig haga skal meðferð. Skortur á skilningi á meðferðinni hefur neikvæðari áhrif á meðferðarheldni en vímuefnaneysla með sprautubúnaði, hvort sem einstaklingurinn er enn í neyslu eða ekki (Stone, o.fl., 2001).

Vímuefnaneytendur sem nota sprautubúnað, ungt fólk og einstaklingar sem þjást af þunglyndi eða telja sig skorta félagslegan stuðning eru allt hópar sem hafa sýnt lakari meðferðarheldni í HIV- lyfjameðferð (Gordillo, del Amo, Soriano, og González-Lahoz, 1999). Áður en meðferð við HIV varð eins góð og hún er í dag var slæg meðferðarheldni vímuefnaneytenda sem notuðu sprautubúnað á meðan lyfjameðferð stóð helst tengd félags- og efnahagslegri stöðu einstaklingsins og takmörkuðu aðgengi hans að heilsugæslu. Þegar þessi hópur fékk stuðning og fræðslu um kosti þess að þiggja meðferð voru einstaklingarnir innan hans allt eins heldnir á meðferðina og aðrir (Moatti, o.fl., 2000). Í samantekt sem Lert og Kazatchkine (2007) gerðu á gagnreyndri þekkingu á HIV-lyfjameðferð hjá einstaklingum sem nota sprautubúnað til vímuefnaneyslu kemur fram að jafnvel þó þessi hópur hafi vissulega ávinning af lyfjameðferð við HIV er dánartíðni innan hans hærri en í þeim HIV-smituðu sem ekki nota vímuefni. Þetta skýrist af því að meðferð er hafin seint, meðferðarheldni sé léleg, heilsugæslu sé ekki sinnt sem skyldi og að neyslu sé haldið áfram en neyslan eykur hættu á dauðsföllum af völdum ofskammta, sjálfsvíga og lífshættulegra sýkinga (Lert og Kazatchkine, 2007). Lucas og félagar (2001) rannsökuðu meðferðarheldni hjá 764 einstaklingum með HIV, þar sem 44% þeirra sem voru virkir vímuefnaneytendur voru ekki í lyfjameðferð við HIV á þeim tíma sem rannsóknin var gerð. Af þeim sem voru hættir neyslu, voru 22% ekki í lyfjameðferð og 18% þeirra sem aldrei höfðu notað vímuefni tóku ekki lyf við HIV. Tegund vímuefnis var tengd við meðferðarheldnina,

vímuefnaneytendur sem nota sprautubúnað voru síður líklegir til að hefja lyfjameðferð við HIV, þeir sem notuðu eingöngu maríjúana voru líklegri til að hafa nýtt sér lyfjameðferð við HIV en þeir sem notuðu heróín og /eða kókaín (Lucas, Cheever, Chaisson, og Moore, 2001). Neysla á krakki (kókaíni), marijuana og áfengi hefur verulega letjandi áhrif á meðferðarhaldni í lyfjameðferð við HIV (Ingersoll, 2004; Johnson, o.fl., 2003; Mellins, o.fl., 2009). Í rannsókn Golin og félagar (2002) þar sem 140 ólíkum, HIV-smituðum einstaklingum var fylgt eftir í lyfjameðferð til að meta þætti sem gætu haft áhrif á meðferðarhaldni héldu þeir sem ekki notuðu vímuefni á meðan á rannsókn stóð, sig betur við meðferð, þ.e. tóku 72% af lyfjum en virkir vímuefnaneytendur tóku 59% af sínum skömmtum (Golin, o.fl., 2002).

Vímuefnaneysla hefur áhrif á meðferðarhaldni í lyfjameðferð við HIV, hvort sem léleg meðferðarhaldni er af beinum völdum neyslunnar eða vegna samfélagslegra erfiðleika sem fylgja óreglulegum lífsháttum vímuefnaneytenda.

Letjandi þættir

Vímuefnaneytendur sem nota sprautubúnað eru utangarðshópur sem mætir fordómum, jafnt í heilbrigðiskerfinu sem og annars staðar. Fjölmiðlar hér á landi hafa dregið upp dökka mynd af þessum hóp, með endurteknum flutningi æsifréttu um nálar og sprautur á víðavangi og hefur þjóðarsálin að vissu leyti dregið þá ályktun að þar með séu vímuefnaneytendur sem nota sprautubúnað upp til hópa ekki færir um að taka ábyrgð, gagnvart sjálfum sér eða öðrum.

Heilbrigðisstarfsfólk hefur almennt litla trú á að vímuefnaneytendur sem nota sprautubúnað hafi til þess burði að sinna heilsu sinni og halda sig við þá meðferð sem fyrir þá er lögð. Um aldamótin sýndu samantektir að margir lækningar höfðu þá skoðun að þeir sem væru heimilislausir, í vímuefnaneyslu, illa menntaðir eða þjáðust af geðsjúkdómum væru

síður líklegir til að halda lyfjameðferð við HIV og kusu því að neita þessum einstaklingum um meðferðina (Chesney, Ickovics, Hecht, Skipa, og Rabkin, 1999). Læknar meta sem svo að þeir sem eru hættir vímuefnaneyslu séu líklegri til að halda meðferð en þeir sem enn eru í neyslu eða á viðhaldsmeðferð við óþímufíkn (Moatti, o.fl., 2000). Í rannsókn Paterson og félaga (2000) á áreiðanleika þess að spá fyrir um meðferðarheldni, kom fram að læknar misreiknuðu meðferðarheldni hjá 41% sinna sjúklinga í lyfjameðferð við HIV. Fimmtíu og eitt prósent þeirra skjólstæðinga sem læknarnir spáðu að myndu taka minna en 80% af sínum lyfjum, tóku í raun yfir 80%. Þar á meðal voru 21% sem héldu meðferð yfir 95%. Sérhæfðir hjúkrunarfræðingar vanmátu meðferðarheldni um 30%. Það var ekki marktækur munur á því hversu sannspáir læknar og hjúkrunarfræðingar voru gagnvart meðferðarheldni sinna skjólstæðinga (Paterson, o.fl., 2000). Fordómar gagnvart vímuefnaneytendum sem nota sprautubúnað eru greinilega letjandi þáttur í meðferðarheldni og geta leitt til þess að þessi hópur skjólstæðinga fái ekki tækifæri til að byrja lyfjameðferð við HIV. Það eru margir þættir sem halda mætti að drægju úr meðferðarheldni í lyfjameðferð við HIV hjá vímuefnaneytendum sem nota sprautubúnað. Meðferðin er krefjandi og þarf meðferðarheldni að vera yfir 95% ef viðunandi árangur á að nást. Waldrop-Valverde og Valverde (2005) rannsökuðu áhrif sálrænna þátta eins og þunglyndis, kvíða og álags og þess að vera heimilislaus á meðferðarheldni í lyfjameðferð við HIV hjá vímuefnaneytendum sem nota sprautubúnað. Enginn ofangreindra þátta, annar en þunglyndi hafði tengsl við hversu vel einstaklingarnir gátu haldið sig við lyfjameðferðina (Waldrop-Valverde og Valverde, 2005). Þunglyndi er algengasti sálræni fylgikvilli HIV-smits og getur haft áhrif á meðferðarheldni í lyfjameðferð við HIV þannig að einstaklinginn skortir kraft til að halda sig við meðferðina, auk þess að hann einangrar sig og fær þannig minni hvatningu frá umhverfinu til að halda meðferð (Starace, o.fl., 2002). Þunglyndi er þekkt hjá 22-36% þeirra sem eru smitaðir af HIV (Valente, 2003) og leiðir jafnan af sér lélegri sjálfsumönnun og gleysku, sem eru þættir

sem hafa letjandi áhrif á meðferðarhaldni (Kleeberger, o.fl., 2001). Vímuefnaneytendur sem nota örvandi efni eiga á hættu að upplifa þunglyndiseinkenni þegar hlé er gert á stífri neyslu og margir þeirra nota efnin til að slá á þunglyndiseinkenni sem fylgja HIV-smitinu (Gorman og Carroll, 2000). Þunglyndiseinkenni og sterkari fíkn samkvæmt mælingum (e. addiction severity index) voru breytur sem tengdust verri útkomu í lyfjatöku (Ing, Bae, Maru, og Altice, 2011). Vímuefna- og áfengisneysla hefur letjandi áhrif á meðferðarhaldni í lyfjameðferð við HIV. Lucas og félagar (2002) rannsökuðu áhrif þess að hætta og byrja neyslu vímuefna á meðferðarhaldni og árangur lyfjameðferðar við HIV hjá 695 einstaklingum. Þeir sem hófu vímuefnaneyslu á meðan lyfjameðferð stóð, gátu síður haldið sig við lyfjameðferðina eftir það, sem varð þess valdandi að veirumagn jókst og hjálparfrumum fækkaði. Þeir sem hættu vímuefnaneyslu sýndu betri meðferðarhaldni í bindindinu sem varð til þess að hjálparfrumum fjölgaði og veirumagn lækkaði (Lucas, Gebo, Chaisson, og Moore, 2002). Langtímarannsókn sem Kavasery og félagar (2009) gerðu á því hvort 335 vímuefnaneytendur sem nota sprautubúnað gerðu hlé á lyfjameðferð við HIV leiddi í ljós að þeir sem sprautuðu sig daglega voru líklegri til að gera hlé á lyfjameðferðinni og þeir sem mættu í reglubundið eftirlit gerðu síður hlé á sinni meðferð (Kavasery, Galai, Astemborski, og Lucas, 2009). Sé gert hlé á lyfjameðferð við HIV getur það haft sömu áhrif og ef henni er hætt alveg, þ.e. veirumagn eykst, hjálparfrumum fækkar og ónæmi getur myndast. Ing og félagar (2011) sýndu fram á að jafnvel þeir vímuefnaneytendur sem fengu lyf undir eftirliti alla virka daga, en sáu sjálfir um að taka lyf um helgar, áttu það til að sleppa skömmtum.

Fordómar heilbrigðisstarfsfólks, þunglyndi og vímuefnaneysla eru allt þættir sem hafa letjandi áhrif á meðferðarhaldni í lyfjameðferð við HIV og er því hægt að draga þá ályktun að vímuefnaneytendur sem nota sprautubúnað eigi sérstaklega erfitt uppdráttar þegar kemur að slíkri meðferð. Mikilvægi þess að styðja við þennan hóp einstaklinga er greinilegt og þarf

sambætta nálgun á félagslega og sálræna sviðinu að koma til þegar haldið er utan um lyfjameðferð við HIV í hópi vímuefnaneytenda sem nota sprautubúnað.

Hvetjandi þættir

Hvetjandi þættir í umönnun vímuefnaneytenda sem nota sprautubúnað og eru smitaðir af HIV eru bæði þættir innan einstaklingsins sjálfs og úr umhverfinu. Viðhorf einstaklingsins gagnvart lyfjameðferðinni tengist meðferðarheldninni og hafi einstaklingur trú á því að hann muni hafa hag af lyfjameðferð við HIV, er það hvetjandi þáttur til að halda meðferðina og þeir sem hafa jákvætt viðhorf sýna betri meðferðarheldni (Ammassari, o.fl., 2002; Fogarty, o.fl., 2002). Þeir skjólstæðingar Göngudeildar smitsjúkdóma á Landspítala sem eru virkir vímuefnaneytendur sem nota sprautubúnað og eru í lyfjameðferð við HIV eiga það langflestir sameiginlegt að setja sína lyfjameðferð í forgang, hvort sem þeir eru hvattir áfram af því takmarki að smita ekki aðra, eða að halda sjálfir heilsu (Bergþóra Karlsdóttir, munnleg heimild, 20. febrúar 2012).

Það er mikilvægt að þeir heilbrigðisstarfsmenn sem annast um þennan hóp séu vel að sér í málefnum vímuefnaneytenda sem nota sprautubúnað og HIV-smitaðra almennt. Þannig nýtist þekking umönnunaraðilans best til fræðslu og stuðnings við skjólstæðingana. Til að lyfjameðferð við HIV skili árangri þarf meðferðarheldni helst að vera yfir 95%. Þetta krefst reglusemi í lyfjatöku og að farið sé eftir fyrirmælum læknis og annarra umönnunaraðila, sem getur reynst erfitt þeim sem lifa í mikilli óreglu. Sérhæfð þjónusta við HIV-smitaða vímuefnaneytendur sem nota sprautubúnað er grundvallaratriði ef árangur á að nást í lyfjameðferð og ákjósanlegt er að þjónustan sé færð út í nærumhverfi einstaklingsins. Vímuefnaneytendur sem nota sprautubúnað og eru smitaðir af HIV vilja frekar sækja þjónustu til heilbrigðisstarfsmanna sem eru sérhæfðir í þjónustu við HIV-smitaða og telja sig

fá betra viðmót frá þeim en frá hinum almenna heilbrigðisstarfsmanni (de la Hera, Davo, Ballester-Anon, og Vioque, 2011).

Neikvætt viðmót gagnvart vímuefnaneytendum sem nota sprautubúnað og eru smitaðir af HIV getur leitt af sér hraðari þróun sjúkdómsins, sérstaklega ef sá sem hefur umsjón með meðferð einstaklingsins hefur ekki sérþekkingu á málefnum HIV-smitaðra (Small, Wood, Betteridge, Montaner, og Kerr, 2009). Þegar HIV-smituðum einstakling gengur illa að halda sig við meðferð, þarf meðferðaraðili að meta hversu áriðandi er að hefja eða halda áfram meðferð, til að forðast að þróa ónæmi gegn HIV-lyfjunum (Hirsch, o.fl., 2008). Sá sem er sérhæfður í umönnun HIV-smitaðra er betur í stakk búinn til að meta þessa þætti en sá sem ekki hefur sérhæft sig í þjónustu við þennan hóp. Jafnvel þó HIV-smituðum í hópi vímuefnaneytenda sem nota sprautubúnað hafi fjölgað gríðarlega hér á landi á síðastliðnum árum, liggur styrkur í hversu vel er haldið utan um skráningu og meðferð þeirra sem smitaðir eru af HIV, sem gefur von um að hægt sé að ná til sem flestra og hefja meðferð þegar tilefni er til.

Þar sem vímuefnaneytendur sem nota sprautubúnað mæta fordómalausum viðmóti og útréttri hjálparhönd eru meiri líkur á að þeir nýti sér þjónustu, vekja þarf hjúkrunarfræðinga til umhugsunar um að þeir geti verið sterkur hlekkur í keðju umönnunaraðila, enda mæta hjúkrunarfræðingar þessum þjóðfélagshóp á hverjum þeim vettvangi sem þeir starfa. Hjúkrunarfræðingar sem sérhæfðir eru í meðferð HIV-smitaðra og vímuefnaneytenda sem nota sprautubúnað búa yfir þekkingu og hæfni til að fræða einstaklinga um kosti þess að þiggja lyfjameðferð við HIV og styðja við bakið á þeim í meðferðinni.

Umræður

Meðferðarhaldni í lyfjameðferð við HIV snýst ekki um það eitt að muna eftir að taka lyfin, heldur um flókið samspil sálfélagslegra, efnahagslegra og einstaklingsbundinna þátta (Chesney, 2006). Stuðningur við hinn smitaða er gríðarlega mikilvægur og hafa rannsóknir sýnt að flestir hópar HIV-smitaðra þurfa stuðningsúrræði til að halda sig við lyfjameðferð (Golin, o.fl., 2002). Einstaklingar í neyslu, sérstaklega þeir sem nota örvandi efni, lifa óreglulegu lífi og hafa að eigin mati mætt fordómum í heilbrigðiskerfinu. Þessir fordómar gera það að verkum að sumir láta ekki uppi um neyslu sína þegar þeir leita þjónustu í heilbrigðiskerfinu. Þetta hefur áhrif á það hversu góða þjónustu hjúkrunarfræðingar geta veitt þessum hópi skjólstæðinga (Gorman og Carroll, 2000). Meðferðarsambandið er mjög mikilvægt þegar samskipti við HIV-smitaða eiga í hlut, enda þarf hinn smitaði að vera í ævilangri meðferð. Hægt er að yfirfæra þekkingu um meðferðarsamband úr geðhjúkrun yfir á þau viðfangsefni sem unnið er með þegar vímuefnaneytendur sem nota sprautubúnað eiga í hlut, enda á fíkn margt sameiginlegt með öðrum geðsjúkdómum (Helga Sif Friðjónsdóttir, 2009). Einstaklingar með geðræn vandamál vilja að meðferðaraðili hafi til að bera samskiptahæfni, þolinmæði og hlýtt og yfirvegað viðmót. Til að draga úr skömm þess sem er háður vímuefnum og lifir á jaðri samfélagsins þarf umönnunaraðili að tileinka sér uppbyggjandi og tilgerðarlausa framkomu við skjólstæðinginn (Shattell, Starr, og Thomas, 2007). Meðferðarsambandinu er skipt niður í fjögur stig, undirbúningsstímabil, kynningartímabil, vinnutímabil og kveðju/lokatímabil (Stuart og Laraia, 2005). Á undirbúningsstímabili þarf hjúkrunarfræðingurinn að líta inn á við og gera sér grein fyrir styrkleikum sínum og veikleikum ásamt því að afla upplýsinga um skjólstæðinginn og undirbúa fyrsta fund með honum. Þetta á vel við í þeim tilfellum þegar verið er að færa einstaklingum fréttir af því að þeir séu HIV-smitaðir og ekki hægt að vita hvernig fólk bregst við slíkum fréttum. Á kynningartímabili er farið yfir mál sjúklingsins, aðsteðjandi vandi

greindur og sett fram markmið og meðferðarsamningur í samráði við einstaklinginn. Þetta er viðeigandi þar sem lyfjameðferð við HIV er afar krefjandi og þörf á að hinn smitaði sjái sér hag í því að halda sig við meðferðina. Vinnutímabil er notað til að efla innsæi sjúklings og beina aðlögunarleiðum hans í jákvæðan og uppbyggjandi farveg. Hjá vímuefnaneytendum sem nota sprautubúnað er þetta mjög mikilvægt þar sem um er að ræða jaðarhóp sem er alla jafna ekki gert hátt undir höfði í okkar þjóðfélagi og mikilvægt að þeir finni að þeir eigi einhversstaðar höfði að halla og njóti stuðnings og eigi sér málsvara. Kveðju-, og lokatímabil er e.t.v. ekki réttnefni yfir tímabilið sem síðast kemur þegar vinna með HIV-smituðum einstaklingum í lyfjameðferð er hafin, þar sem meðferðin þarf að halda áfram út lífið. En vissulega eiga hér við meginviðfangsefni þessa tímabils, eins og að fara yfir gang meðferðar og endurskoða markmið hennar, og að skoða í sameiningu tilfinningar og líðan sem upp koma hjá einstaklingnum (Stuart og Laraia, 2005; Helga Sif Friðjónsdóttir, munnleg heimild, 2010).

Með því að stofna til góðra samskipta við skjólstaðing getur hjúkrunarfræðingur mætt einstaklingnum þar sem hann er, og tekið mið af skilningi hans, óskum og gildismati við skipulagningu aðstoðar, stuðnings og meðferðar með reynslu einstaklingsins af veikindunum og áhrifum þeirra á daglegt líf hans í forgrunni (Kristín Björnsdóttir, 2005, bls. 205). Það er mjög mikilvægt fyrir HIV- smitaða einstaklinga að þeir eigi sér bandamann í hjúkrunarfræðingi sem hefur umsjón með lyfjameðferð, fræðslu og ráðgjöf. Rodkjaer og félagar (2011) rannsökuðu upplifun 16 HIV-smitaðra einstaklinga með djúpvíðtölum um álagsþætti tengda HIV-smiti þar sem fram kom að HIV-smitaðir þjást ekki bara líkamlega, heldur líka í sálfélagslegu tilliti og vegur þar þungt óvissan um hvort og hvernig sé best að segja frá því að maður sé smitaður (Rodkjaer, Sodemann, Ostergaard, og Lomborg, 2011). Þess vegna er gríðarlega áriðandi að hjúkrunarfræðingur sem starfar í návígi við þennan hóp skjólstaðinga eigi trúnað þeirra. Einstaklingarnir þurfa að upplifa að þeir eigi öruggt skjól hjá

hjúkrunarfræðingnum og geti rætt opinskátt um sín mál viðkomandi sjúkdómnum, þar sem óvíst er að hinn smitaði hafi látið uppi um smit við aðra en umönnunaraðilann.

Til að styðja við einstaklinga í lyfjameðferð við HIV er vænlegt til árangurs að nýta hugmyndafræði áhugahvetjandi samtals, sem er ráðgjafarform sniðið að þörfum skjólstæðingsins og hversu tilbúinn hann er að breyta hegðun sinni. Meðferðaraðilinn nálgast skjólstæðinginn án dómhörku og veitir stuðning til að skjólstæðingurinn geti verið virkur þátttakandi í meðferðinni og tjáð sig af heiðarleika um stöðu sína (DiIorio, o.fl., 2003).

Áhugahvetjandi samtal var upphaflega þróað sem meðferðarform við áfengis-og vímuefnafíkn en hefur verið notað með góðum árangri í að hjálpa fólki að láta af skaðlegri hegðun, eins og drykkju, spilafíkn og áhættuhegðun tengdri HIV-smiti, og styrkja fólk í heilbrigðari hegðun, t.d. hreyfingu, mataræði og lyfjatöku. Meðferðarformið á sér því óskýr landamæri innan mannglegrar hegðunar í öllum sínum fjölbreytileika og getur gagnast víða (Miller og Rose, 2009). DiIorio og félagar (2008) báru saman tvo hópa í lyfjameðferð við HIV þar sem íhlutunarhópurinn fékk reglulegt áhugahvetjandi samtal þar sem unnið var að því að bæta meðferðarheldni í lyfjameðferð við HIV og samanburðarhópurinn fékk staðlaða fræðslu. Meðferðarheldni minnkaði hjá báðum hópunum þegar á leið, en hélt áfram að dala hjá samanburðarhópnum en ekki íhlutunarhópnum, sem bendir til að þegar til lengri tíma er litið sé hægt að ná jafnvægi í meðferðarheldni með hjálp áhugahvetjandi samtals. Þeir þátttakendur sem notuðu vímuefni sýndu verri meðferðarheldni, en munurinn var ekki marktækur (DiIorio, o.fl., 2008). Náin samskipti í meðferðarsambandi eru grundvallaratriði í hjúkrun og samskipti eru stór þáttur innan hjúkrunar til handa þeim eiga við geðræn vandamál að stríða (Cleary, 2003). Virk samskipti eru forsenda þess að hjúkrunarfræðingar séu færir um að aðstoða skjólstæðinga sína við að leysa úr sálfélagslegum erfiðleikum veikinda og afleiðingum þeirra (Kristín Björnsdóttir, 2005, bls. 205).

Vímuefnaneytendur sem nota sprautubúnað geta haft hag af því að heilbrigðisþjónusta við þá sé veitt á vettvangi og þeir þurfi þannig síður að sækja þjónustu inn á heilbrigðisstofnun. Þegar heilbrigðisstarfsmenn koma að þjónustu við einstaklinginn í hans nærumhverfi og lyfjagjöf fer fram undir eftirliti eykur það möguleika á að fylgjast með aukaverkunum og vísbendingum um þverrandi meðferðarheldni og er þá hægt að vísa fyrir til læknis og endurmeta ávinning af lyfjameðferð, jafnvel breyta henni (Altice, Maru, Bruce, Springer, og Friedland, 2007).

Hjúkrunarfræðingar hafa mikilvægu hlutverki að gegna í heilbrigðisþjónustu við jaðarhópa eins og þann sem fjallað er um hér. Aðkoma heilbrigðisstarfsfólk að þjónustu við jaðarhópa í þeirra nærumhverfi eykur möguleika á annarri heilsuvernd og möguleika til að hafa hvetjandi áhrif á einstaklinginn sjálfan til að huga betur að heilsu sinni. Skaðaminnkunarúrræði Rauða Krossins, Frú Ragnheiður, er enn sem komið er eina úrræðið fyrir utan Göngudeild smitsjúkdóma, þar sem hjúkrunarfræðingar starfa í návígi við vímuefnaneytendur sem nota sprautubúnað, en á næstu misserum mun taka til starfa úrræði á vegum Reykjavíkurborgar sem ætlað er að vera „færanlegt vettvangsteymi sérfræðinga sem mun þjónusta utangarðsfólk í Reykjavík ... sem á í erfiðleikum vegna vímuefnafiknar“ þar sem meðal annarra mun starfa hjúkrunarfræðingur (Reykjavíkurborg, 2012).

Samantekt

Þeir sem neyta vímuefna gera það til að bæta sína líðan en neyslan hefur margskonar neikvæðar afleiðingar á heilsufar (WHO, 2004). Ætla má að um 15,9 milljónir einstaklinga noti sprautubúnað til vímuefnaneyslu í heiminum (Mathers, o.fl., 2008). Áætlað er að á Íslandi séu 700 vímuefnaneytendur sem nota sprautubúnað (SÁÁ, 2010).

Vímuefnaneysla með sprautubúnaði skaðar heilsu þess sem neytir meira en önnur neysla og er það rakið til neikvæðra áhrifa neyslunnar á ónæmiskerfi vímuefnaneytandans (Cabral, 2006). Með alvarlegustu afleiðingum vímuefnaneyslu með sprautubúnaði er HIV-smit sem leiðir til hrönnunar í frumum ónæmiskerfisins. Áætlað er að 33,3 milljónir manna hafi verið smitaðir af HIV árið 2009. Nýsmitum fer fækkandi en fjöldi þeirra sem lifa með smit af HIV eykst sífellt vegna aukins aðgengis að lyfjameðferð við HIV (UNAIDS, 2010). Vímuefnaneysla með sprautubúnaði og HIV hafa tengst allar götur síðan fyrstu tilfelli af HIV komu fram í Bandaríkjunum árið 1981 og eykur óvarleg notkun sprautubúnaðar og önnur áhættu hegðun sem fylgir neyslunni hættuna á HIV-smiti (Des Jarlais, o.fl., 1989).

Á Íslandi hafa 278 einstaklingar greinst með HIV frá upphafi og síðustu ár hefur orðið gríðarleg fjölgun HIV-smitaðra í hópir vímuefnaneytenda sem nota sprautubúnað hér á landi (Embætti landlæknis, 2011).

Meðferðarheldni er mælikvarði á það hversu vel skjólstæðingur heldur þá meðferð sem umönnunaraðili leggur fyrir hann og er almennt talin ásættanleg ef skjólstæðingur tekur 80% af þeim lyfjum sem honum er uppálagt að taka. Í lyfjameðferð við HIV er hins vegar annað uppi á teningnum og þarf að meðferðarheldni að vera 95% eigi meðferðin að skila árangri (Paterson, o.fl., 2000). Aðgengi að lyfjameðferð við HIV er gott á Íslandi og vel haldið utan um þá einstaklinga sem hennar njóta. Vímuefnaneytendur sem nota sprautubúnað eiga við margan vanda að etja, hvort sem er á félags- eða sálrænu sviði og er þunglyndi algengt hjá þeim sem nota örvandi efni (Gorman og Carroll, 2000). Fordómar heilbrigðisstarfsfólks hafa jafnan komið í veg fyrir að vímuefnaneytendur sem nota sprautubúnað fái yfirleitt að hefja lyfjameðferð við HIV, en rannsóknir sýna að spádómar heilbrigðisstarfsfólk eru ekki áreiðanlegir gagnvart meðferðarheldni þessa hóps skjólstæðinga (Paterson, o.fl., 2000). Til að halda utan lyfjameðferð við HIV hjá hópi vímuefnaneytenda sem nota sprautubúnað þarf

heilbrigðisstarfsfólk að hafa skilning á aðstæðum hópsins, hvort sem er út frá fíkninni eða HIV-smitinu. Vímuefnaneytendur sem nota sprautubúnað sækja frekar heilbrigðisþjónstu til aðila sem eru sérhæfðir í þjónustu við þá (de la Hera, Davo, Ballester-Anon, og Vioque, 2011) og sá sem sérhæfður er í þjónustu við þennan hóp er best til þess fallinn að meta þörf einstaklingsins fyrir ráðgjöf, fræðslu og stuðning í lyfjameðferðinni. Algengasti heilsufarslegi fylgikvilli HIV-smits er þunglyndi og er alla jafna hamlandi þáttur í meðferðarheldni (Starace, o.fl., 2002).

Vímuefnaneytendur sem nota sprautubúnað eiga allt eins mikla möguleika á að halda sig við lyfjameðferð við HIV eins og aðrir, hafi þeir til þess stuðning og ráðgjöf sérhæfðra heilbrigðisstarfsmanna. Höfða þarf til þeirra þátta innan einstaklingsins sjálfs sem hvetja hann til að halda sig við meðferðina og vegur þar þungt þáttur samskipta og að umönnunaraðilinn mæti einstaklingnum á jafningjagrundvelli og án fordóma. Þekking úr geðhjúkrun varðandi meðferðarsamband við skjólstaðinga er hægt að nýta í þjónustu við vímuefnaneytendur sem nota sprautubúnað, enda á fíkn marg sameiginlegt með öðrum geðsjúkdómum (Helga Sif Friðjónsdóttir, 2009). Einnig hefur áhugahvetjandi samtal verið vænlegt til árangurs til að hjálpa fólki að láta af skaðlegri hegðun eins og t.d. áhættuhegðun tengdri HIV-smiti (Miller og Rose, 2009) sem er gríðarlega mikilvægur hluti þess að hefta útbreiðslu á HIV-smiti í hópi vímuefnaneytenda sem nota sprautubúnað.

Heimildaskrá

Altice, F. L., Maru, D. S.-R., Bruce, R. D., Springer, S. A., og Friedland, G. H. (2007).

Superiority of directly administered antiretroviral therapy over self-administered therapy among HIV-infected drug users: A prospective, randomized, controlled trial. *Clinical Infectious Disease*, 770-778. Sótt frá

<http://cid.oxfordjournals.org/content/45/6/770.full.pdf>

Altice, F. L., Mostashari, F., og Friedland, G. H. (2001). Trust and the acceptance of and adherence to antiretroviral therapy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 47-58.

Ammassari, A., Trotta, M. P., Murri, R., Castelli, F., Narciso, P., Noto, P., . . . Antinori, A. (2002). Correlates and predictors of adherence to highly active antiretroviral therapy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 31, S123-S127.

Bangsberg, D. R. (2008). Preventing HIV antiretroviral resistance through better monitoring of treatment adherence. *The Journal of Infectious Diseases*, 197, S272-S278.

Beyrer, C., Malinowska-Sempruch, K., Kamarulzaman, A., Kazatchkine, M., Sidibe, M., og Strathee, S. A. (2010). Time to act: a call for comprehensive responses to HIV in people who use drugs. *Lancet*(376), 551-563.

Booth, R. E., Kwiatkowski, C. F., og Chitwood, D. D. (2000). Sex related HIV risk behaviors: differential risks among injection drug users, crack smokers, and injection drug users who smoke crack. *Drug and Alcohol Dependence*, 219-226.

Bruce, R. D., og Altice, F. L. (2007). Clinical care of the HIV-infected drug user. *Infectious Disease Clinics of North America*, 21(1), 149-ix.

- Cabral, G. A. (2006). Drugs of abuse, immune modulation, and AIDS. *Journal of NeuroImmune Pharmacology*(1), 280-295.
- CDC. (1981). *Pneumocystis Pneumonia - Los Angeles*. Georgia: Center for Disease Control. Sótt frá http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/june_5.htm
- CDC. (1982). *Current trends update on acquired immune deficiency syndrome (AIDS) -- United States*. Atlanta: Centers for Disease Control. Sótt frá <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00001163.htm>
- Chesney, M. A. (2006). The elusive gold standard: Future perspectives for HIV adherence assessment and intervention. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 43, S149-S155.
- Chesney, M. A., Ickovics, J., Hecht, F. M., Skipa, C., og Rabkin, J. (1999). Adherence: a necessity for successful HIV combination therapy. *AIDS*, 13, S1-8.
- Chesney, M. A., Morin, M., og Sherr, L. (2000). Adherence to HIV combination therapy. *Social Science & Medicine*, 1599-1605.
- Choopanya, K., Vanichseni, S., Des Jarlais, D., Plangsringarm, K., Sonchai, W., Carballo, M., . . . Friedman, S. (Desember 1991). Risk factors and HIV seropositivity among injecting drug users in Bangkok. *AIDS*, 5(12), 1509-13.
- Cleary, M. (2003). The challenges of mental health care reform for contemporary mental health nursing practice: Relationships, power and control. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12, 139-147.
- de la Hera, M. G., Davo, M. C., Ballester-Anon, R., og Vioque, J. (2011). The opinions of injecting drug users (IDUs) HIV patients and health professionals on access to antiretroviral treatment and health services in Valencia, Spain. *Evaluation & the Health Professions*, 34(3), 249-361.

- Degenhardt, L., Mathers, B., Vickerman, P., Rhodes, T., Latkin, C., og Hickman, M. (2010). Prevention of HIV infection for people who inject drugs: why individual, structural, and combination approaches are needed. *Lancet*, 376, 285-301.
- Des Jarlais, D. C. (2009). Learning from HIV epidemics among injecting drug users. *International Journal of Drug Policy*, 97-99.
- Des Jarlais, D. C., Friedman, S. R., Novick, D. M., Sotheran, J. L., Thomas, P., Yancovitz, S. R., . . . Marmor, M. (1989). HIV-1 infection among intravenous drug users in Manhattan, New York City, from 1977 through 1987. *The Journal of the American Medical Association*, 1008-1012.
- DHHS. (2011). *Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents*. DHHS. Washington D.C.: Department of Health and Human Services - Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Sótt frá <http://www.aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/AdultandAdolescentGL.pdf>
- DiIorio, C., McCarty, F., Resnicow, K., McDonnell Holstad, M., Soet, J., Yeager, K., . . . Lundberg, B. (2008). Using motivational interviewing to promote adherence to antiretroviral medications: A randomized controlled study. *AIDS care*, 20(3), 273-283.
- DiIorio, C., Resnicow, K., McDonnell, M., Soet, J., McCarty, F., og Yeager, K. (2003). Using Motivational Interviewing to Promote Adherence to Antiretroviral Medications: A pilot study. *Journal of the association of nurses in AIDS care*, 14(2), 52-62.
- Donnell, D., Baeten, J. M., Kiarie, J., Thomas, K. K., Stevens, W., Cohen, C. R., . . . Celum, C. (2010). Heterosexual HIV-1 transmission after initiation of antiretroviral therapy: a prospective cohort analysis. *Lancet*, 2092-2098.
- Dunn, M., Degenhardt, L., og Bruno, R. (2010). Transition to and from injecting drug use among regular ecstasy users. *Addictive Behaviors*, 909-912.

- Embætti landlæknis. (2009). *Töflur um dánarorsakir*. Reykjavík: Embætti landlæknis. Sótt frá <http://landlaeknir.is/pages/910>
- Embætti landlæknis. (2011). *Farsóttafréttir*. Seltjarnarnes: Sóttvarnalæknir.
- EMCDDA. (2011). *The state of the drugs problem in Europe Annual Report*. Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Sótt frá <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2011>
- Fogarty, L., Roter, D., Larson, S., Burke, J., Gillespie, J., og Levy, R. (2002). Patient adherence to HIV medication regimens: a review of published and abstract reports. *Patient education and counselling*, 46, 93-108.
- Gilead Sciences Limited. (án dags.). <http://www.ema.europa.eu>. Sótt 8.mars 2012 frá European Medicines Agency: http://www.ema.europa.eu/docs/is_IS/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/000797/WC500028102.pdf
- Golin, C. E., Liu, H., Hays, R. D., Miller, L. G., Beck, C. K., Ickovics, J., . . . Wenger, N. S. (2002). A prospective study of predictors of adherence to combination antiretroviral medication. *Journal of General Internal Medicine*, 756-765.
- Gordillo, V., del Amo, J., Soriano, V., og González-Lahoz, J. (1999). Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. *AIDS*, 1763-1769.
- Gorman, E. M., og Carroll, R. T. (2000). Substance abuse and HIV: Considerations with regard to methamphetamines and other recreational drugs for nursing practice and research. *Journal of The Association of Nurses in AIDS care*, 11(2), 51-62.
- Grau, L. E., White, E., Niccolai, L. M., Toussova, O. V., Verevochkin, S. V., Kozlov, A. P., og Heimer, R. (2011). HIV disclosure, condom use, and awareness of HIV infection among HIV-positive, heterosexual drug injectors in St. Petersburg, Russian Federation.

AIDS Behaviour, 45–57. Sótt frá

<http://www.springerlink.com/content/b44xg4uv224401k1/fulltext.pdf>

Habib, G., Hoen, B., Tornos, P., Thuny, F., Prendergast, B., Vilacosta, I., . . . Zamorano, J. L. (2009). Guidelines on the prevention, diagnosis, and treatment of infective endocarditis.

European Heart Journal, 30, 2369-2413. Sótt frá

(<http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/30/19/2369.full.pdf+html>)

Heilbrigðisráðuneytið. (2008). Reglugerð um skýrslugerð vegna smitsjúkdóma.

Helga Sif Friðjónsdóttir. (2009). Hvað þurfa hjúkrunarfræðingar að vita um fíkn? *Tímarit*

hjúkrunarfræðinga, 85(6), 38-43.

Hickman, M., og Taylor, C. (2005). Indirect methods to estimate prevalence. Í Z. Sloboda,

Epidemiology of drug abuse (bls. 113-131). New York: Springer Science. Sótt frá

<http://www.google.is/books?id=e4Uf->

[SYeSlwC&dq=indirect+methods+to+estimate+prevalence&lr=&source=gbs_navlinks_s](http://www.google.is/books?id=e4Uf-SYeSlwC&dq=indirect+methods+to+estimate+prevalence&lr=&source=gbs_navlinks_s)

Hickman, M., Higgins, V., Hope, V., Bellis, M., Tilling, K., Walker, A., og Henry, J. (2004).

Injecting drug use in Brighton, Liverpool, and London: best estimates of prevalence and coverage of public health indicators. *Journal of Epidemiology and Community Health*,

766-771. Sótt frá <http://jech.bmj.com/content/58/9/766.full.pdf+html>

Hirsch, M. S., Günthard, H. F., Schapiro, J. M., Brun-Vézinet, F., Clotet, B., Hammer, S. M.,

. . . Richman, D. D. (2008). Antiretroviral drug resistance testing in adult HIV-1

infection: 2008 recommendations of an international AIDS society–USA panel. *Clinical*

Infectious Diseases, 47, 266-285.

Hovstadius, B., og Petersson, G. (2011). Non-adherence to drug therapy and drug acquisition

costs in a national population - a patient-based register study. *BMC Health Services*

Research, 11(326). Sótt frá <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/326>

- Hurley, S. F., Jolley, D. J., og Kaldor, J. M. (1997). Effectiveness of needle-exchange programmes for prevention of HIV infection. *The Lancet*, 1797-1800.
- Ing, E. C., Bae, J. W., Maru, D. S.-R., og Altice, F. L. (2011). Medication persistence of HIV-infected drug users on directly administered antiretroviral therapy. *AIDS Behavior*.
- Ingersoll, K. (2004). The impact of psychiatric symptoms, drug use and medication regimen on non-adherence to HIV treatment. *AIDS Care*, 16(2), 199-211.
- Johnson, M. O., Catz, S. L., Remien, R. H., Rotheram-Borus, M. J., Morin, S. F., og Charlebois, E. (2003). Theory-guided, empirically supported avenues for intervention on HIV medication non-adherence: Findings from the Healthy Living Project. *AIDS Patient Care and STDs*, 17(12), 645-656.
- Jóna Sigríður Gunnarsdóttir og Rúna Guðmundsdóttir. (Júní 2008). *Sprautunotkun meðal fíkla á Íslandi: umfang, áhættuþegðun og forvarnir*. Reykjavík: Háskóli Íslands Hjúkrunarfræðideild.
- Jürgens, R., Csete, J., Amon, J. J., Baral, S., og Beyrer, C. (2010). People who use drugs, HIV and human rights. *Lancet*, 475-485.
- Kalichman, S. C., Eaton, L., Cain, D., Cherry, C., Pope, H., og Kalichman, M. (2006). HIV treatment beliefs and sexual transmission risk behaviors among HIV positive men and women. *Journal of Behavioral Medicine*, 401-409.
- Kavasery, R., Galai, N., Astemborski, J., og Lucas, G. M. (2009). Non-structured treatment interruptions (NTIs) among injection drug users in Baltimore, MD. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 50(4), 360-366.
- Kaye, S., og Darke, S. (2000). A comparison of the harms associated with the injection of heroin and amphetamines. *Drug and Alcohol Dependence*, 189-195.

- Kirk, G. D., Galai, N., Astemborski, J., Linas, B., Celentano, D., Mehta, S. H., og Vlahov, D. (2011). *Decline in community viral load is strongly associated with declining HIV Incidence among IDUs*. Seattle. Sótt frá <http://www.retroconference.org/2011/PDFs/484.pdf>
- Kleeberger, C. A., Phair, J. P., Strathdee, S. A., Deterls, R., Kingsley, L., og Jacobson, L. P. (2001). Determinants of heterogeneous adherence to HIV-antiretroviral therapies in the multicenter AIDS cohort study. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 26, 82-92.
- Kohli, R., Lo, Y., Howard, A. A., Buono, D., Floris-Moore, M., Klein, R. S., og Schoenbaum, E. E. (2005). Mortality in an urban cohort of HIV-infected and at-risk drug users in the era of highly active antiretroviral therapy. *Clinical Infectious Diseases*, 41, 864-872.
- Kristín Björnsdóttir. (2005). *Líkami og sál. Hugmyndir, þekking og aðferðir í hjúkrun*. Reykjavík: Hið íslenska bókmenntafélag.
- Larsen, P. D. (2006). Chronicity. Í P. D. Larsen, og I. M. Lubkin, *Chronic illness: impact and interventions 6th ed* (bls. 3-22). Sudbury: Jones and Bartlett Publishers Inc.
- Lert, F., og Kazatchkine, M. D. (2007). Antiretroviral HIV treatment and care for injecting drug users: an evidence based overview. *International Journal of Drug Policy*, 18(4), 255-261.
- Lucas, G. M., Cheever, L. W., Chaisson, R. E., og Moore, R. D. (2001). Detrimental effects of continued illicit drug use on the treatment of HIV-1 infection. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 27(3), 251-259.
- Lucas, G. M., Gebo, K. A., Chaisson, R. E., og Moore, R. D. (2002). Longitudinal assessment of the effects of drug and alcohol abuse on HIV-1 treatment outcomes in an urban clinic. *AIDS*, 16, 767-774.

- Lucas, G. M., Griswold, M., Gebo, K. A., Keruly, J., Chaisson, R. E., og Moore, R. D. (2006). Illicit drug use and HIV-1 disease progression: A longitudinal study in the era of highly active antiretroviral therapy. *American Journal of Epidemiology*, 163(5), 412-420.
- Mathers, B. M., Degenhardt, L., Phillips, B., Wiessing, L., Hickman, M., Strathdee, S. A., . . . Mattick, R. P. (2008). Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet*. Sótt frá www.thelancet.com
- Meader, N., Li, R., Des Jarlais, D., og Pilling, S. (2010). Psychosocial interventions for reducing injection and sexual risk behaviour for preventing HIV in drug users. *Cochrane Database Syst Rev*, 1. Sótt frá <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007192.pub2/full>
- Mellins, C. A., Havens, J. F., McDonnell, C., Lichtenstein, C., Uldall, K., Chesney, M., . . . Bell, J. (2009). Adherence to antiretroviral medications and medical care in HIV-infected adults diagnosed with mental and substance abuse disorders. *AIDS Care*, 168-177.
- Metsch, L. R., McCoy, C. B., Miles, C. C., og Wohler, B. (2004). Prevention myths and HIV risk reduction by active drug users. *AIDS Education and Prevention*, 16(2), 150-159.
- Miller, N. H. (1997). Compliance with treatment regimens and chronic asymptomatic diseases. *American Journal of Medicine*, 102, 43-49.
- Miller, W. R., og Rose, G. S. (2009). Toward a theory of motivational interviewing. *American psychologist*, 64(6), 527-537.
- Moatti, J. P., Carrieri, M. P., Spire, B., Gastaut, J. A., Cassuto, J. P., og Moreu, J. (2000). Adherence to HAART in French HIV-infected injecting drug users: the contribution of buprenorphine drug maintenance treatment. *AIDS*, 151-155.

Morton, W. A., og Stockton, G. G. (2000). Methylphenidate abuse and psychiatric side effects. *Primary Care Companion J Clin Psychiatry*, 159-164.

Moss, R., & Munt, B. (2003). Injection drug use and right sided endocarditis. *Heart*, 89, 577-581.

NICE. (2009). *Medicines adherence - Involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence. Sótt frá <http://guidance.nice.org.uk/CG76>

Novelli, L. A., Sherman, S. G., Havens, J. R., Strathdee, S. A., og Sapuna, M. (2005). Circumstances surrounding the first injection experience and their association with future syringe sharing behaviors in young urban injection drug users. *Drug and Alcohol Dependence*, 303-309. Sótt frá <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0376871604002509>

Paterson, D. L., Swindells, S., Mohr, J., Brester, M., Vergis, E. N., Squier, C., . . . Singh, N. (2000). Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Annals of Internal Medicine*, 133, 21-30.

Paulozzi, L. J. (2011). *Drug- induced deaths — United States, 2003–2007*. MMWR. Sótt frá http://www.genesys.org/GRMCWeb.nsf/HW_42.pdf#page=62

Reglugerð um skýrslugerð vegna smitsjúkdóma nr. 420/2008

Reykjavíkurborg. (1.maí 2012. Maí 2012). *Reykjavíkurborg*. Sótt frá www.reykjavik.is: http://www.reykjavik.is/desktopdefault.aspx/tabid-582/2083_read-30678/

Riley, D., og O'Hare, P. (2000). Harm reduction: History, definition and practice. Í J. A. Inciardi, og L. D. Harrison (Ritstj.), *Harm reduction: National and international perspectives* (bls. 5). Thousand Oaks: Sage Publications. Sótt frá http://www.google.is/books?hl=en&lr=&id=1A301_0jIlsC&oi=fnd&pg=PA1&dq=harm

+reduction+history&ots=-9hWAKsrzA&sig=ow9CzPXbOtPqxFORdebCIA2XO-0&redir_esc=y#v=onepage&q=harm%20reduction%20history&f=false

Rauði Kross Íslands. (án dags.). *Rauði Kross Íslands Reykjavíkurdeild*. Sótt frá http://redcross.is/page/rki_reykjavikurdeild_fruagnheidur

Rodkjaer, L., Sodemann, M., Ostergaard, L., og Lomborg, K. (2011). Disclosure decisions: HIV-positive persons coping with disease-related stressors. *Qualitative health research*, 21(9), 1249-1259.

SÁÁ. (2010). *Ársrit SÁÁ*. Reykjavík: Samtök Áhugafólks um áfengis og vímuefnavandanna.

Sendziuk, P. (2007). Harm reduction and HIV-prevention among injecting drug users in Australia: An international comparison. *CBMH*, 24(1), 113-129.

Shattell, M. M., Starr, S. S., og Thomas, S. P. (2007). "Take my hand, help me out": Mental health service recipients' experience of the therapeutic relationship. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16, 274-284.

Small, W., Wood, E., Betteridge, G., Montaner, J., og Kerr, T. (2009). The impact of incarceration upon adherence to HIV treatment among HIV-positive injection drug users: a qualitative study. *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 21(6), 708-714.

Sóttvarnalög nr. 19/1997. Sótt 27.2.2012 af <http://www.althingi.is/lagas/140a/1997019.html>

Starace, F., Ammassari, A., Trotta, M. P., Murri, R., De Longis, P., Izzo, C., . . . Antinori, A. (2002). Depression is a risk factor for suboptimal adherence to highly active antiretroviral therapy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 31, S136-S139.

Stone, V. E., Hogan, J. W., Schuman, P., Rompalo, A. M., Howard, A. A., Korkontzelou, C., og Smith, D. K. (2001). Antiretroviral regimen complexity, self-reported adherence, and HIV patients' understanding of their regimens: Survey of women in the HER study. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 124-131.

Stuart, G. W., og Laraia, M. T. (2005). *Stuart and Sundeen's Principles and practice of psychiatric nursing* (8 útg.). St.Louis: Mosby.

Sturman, M. F., og Spier, M. (1989). *Einkaleyfi nr. 4863435*. USA. Sótt frá (<http://www.google.is/patents?hl=en&lr=&vid=USPAT4863435&id=YfIrAAAAEBAJ&oi=fnd&dq=Charles+Pravaz&printsec=abstract#v=onepage&q=Charles%20Pravaz&f=false>)

UNAIDS. (2010). *Global Report*. Genf: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.

UNODC. (2010). *World Drug Report 2010*. Vín: United Nations Office on Drugs and Crime.

UNODC. (2011). *World Drug Report 2011*. Vín: United Nations Office on Drugs and Crime.

Valente, S. M. (2003). Depression and HIV disease. *JOURNAL OF THE ASSOCIATION OF NURSES IN AIDS CARE*, 14(2), 41-51.

Wagner, K. D., Lakenau, S. E., Palinkas, L. A., Richardson, J. L., Chou, C.-P., og Unger, J. B. (2011). The influence of the perceived consequences of refusing to share injection equipment among injection drug users: Balancing competing risks. *Addictive Behaviors*, 835-842.

Waldrop-Valverde, D., og Valverde, E. (2005). Homelessness and psychological distress as contributors to antiretroviral nonadherence in HIV-positive injecting drug users. *AIDS Patient Care and STDs*, 19(5), 326-334.

- Wazir, J. F., og Ansari, N. A. (2004). Pneumocystis carinii infection Update and review. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 128, 1023-1027.
- WHO. (2004). *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence*. Genf: World Health Organization.
- WHO. (2011). *Global health sector strategy on HIV/AIDS 2011-2015*. Genf: World Health Organization.
- Wolfe, D., Carrieri, M. P., og Shepard, D. (2010). Treatment and care for injecting drug users with HIV infection: a review of barriers and ways forward. *Lancet*(376), 355-366.
- Wolff, A. J., og O'Donnell, A. E. (2004). Pulmonary effects of illicit drug use. *Clinics of Chest Medicine*, 25(1), 203-216.
- Wood, E., Hogg, R. S., Yip, B., Dong, W. W., Wynhoven, B., Mo, T., . . . Harrigan, P. R. (2005). Rates of antiretroviral resistance among HIV-infected patients with and without a history of injection drug use. *AIDS*, 19, 1189-1195.
- Wood, E., Kerr, T., Marshall, B. D., Li, K., Zhang, R., Hogg, R. S., . . . Montaner, J. S. (2009). Longitudinal community plasma HIV-1 RNA concentrations and incidence of HIV-1 among injecting drug users: prospective cohort study. *British Medical Journal*, 338:b1649.

Viðauki

Tafla 2 Heimildatafla

Grein - Höf - Ár	Tilgangur	Úrtak	Aðferð	Helstu niðurstöður	Ályktanir
Antiretroviral Regimen Complexity, self reported adherence, and HIV patients' understanding of their regimens: survey of women in the HER study Stone, Hogan, Schuman, Rompalo, Howard, Korkontzelou, Smith 2001	Að rannsaka áhrif flækjustigs HIV meðferðar og skilnings sjúklinga á réttri inntöku lyfja á meðferðarheldni í lyfjameðferð við HIV	289 HIV smitaðar konur	Þversniðs-könnun	63% skildu bæði hvernig þær ættu að taka lyfin og hvernig þær þurftu að haga matarinntöku með lyfjunum	Meðferðarheldni er betri í einfaldari lyfjameðferð. Skilningur á lyfjameðferðinni minnkar eftir því sem hún verður flóknari
Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy Gordillo, del Amo, Soriano, González-Lahoz 1999	Meta meðferðarheldni í HIV og koma auga á hvaða félagslegu og sálrænu þættir hafa áhrif á hana.	366 HIV jákvæðir einstaklingar sem voru á lyfjameðferð	Spurningalisti og Beck þunglyndisskali	Meðferðarheldni var betri hjá eldri hópi, þeim sem ekki sprautuðu sig og þeim sem höfðu hjálparfrumur frá 200-499 við upphaf meðferðar	Vímuefnaneytendur sem sprautu sig, ungt fólk og einstaklingar sem þjást af þunglyndi eða telja sig skorta félagslegan stuðning eru allt hópar sem hafa sýnt lakari meðferðarheldni í HIV lyfjameðferð
A comparison of the harms associated with the injection of heroin and amphetamines Kaye, Darke 2000	Að skoða hvort skaðinn sem hlýst af sprautunotkun er bundinn við eitthvað sérstakt vímuefni	151 heróínneytendur, 145 amfetamínneytendur	Viðtöl	Amfetamínneytendur notuðu fleiri tegundir af vímuefnum en heróínneytendurnir. Heróínneytendur voru eldri og höfðu notað lengur. Heróínneytendurnir höfðu	Hægt að draga þá ályktun að hætta á HIV smiti sé meiri í hópi þeirra sem nota örvandi efni þar sem hinir eru meira einangraðir.

				lakari félagslega færni, sprautuðu sig frekar einir en amfetamínneyt endurnir voru meira í hópum.	
A Prospective Study of Predictors of Adherence to Combination Antiretroviral Medication Golin, Liu, Hays, Miller, Beck, Ickovics, Kaplan, Wenger 2002	Meta vísben- dingar um langtíma með- ferðarheldni með áreiðanle- gum mælin- gum	140 HIV jákvæðir eins- taklingar, á fyrsta ári nýrrar HIV lyfjameðferðar	Mælingar	Enginn þátttakandi sýndi fullkomna meðferðarheld ni.	Með góðum stuðningi á hvaða hópur sem er að geta haldið sig við meðferð.