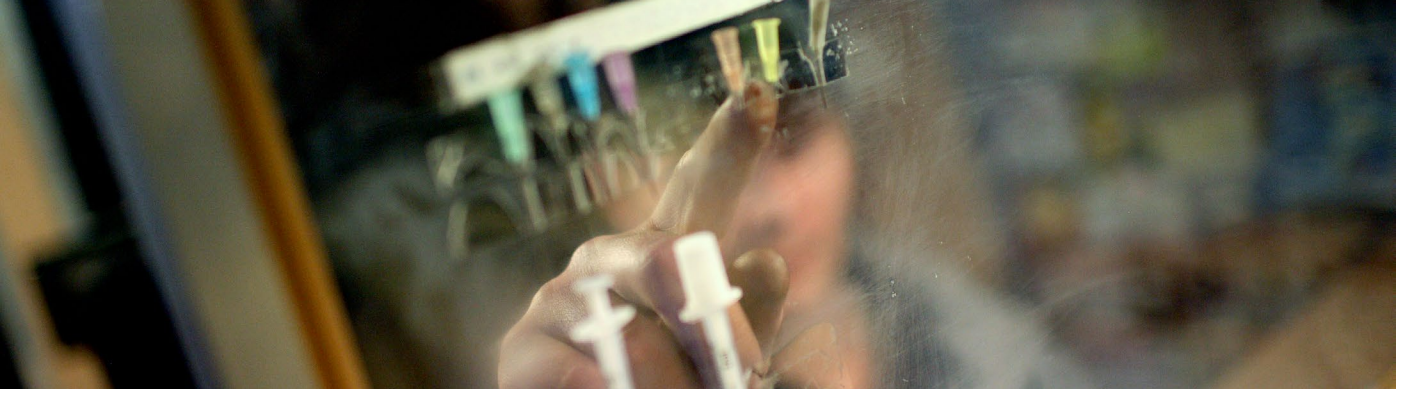


الوصول ينقذ الحياة: علاج الجرعة المفرطة للأفيونيات الكيميائية



"في حالة الجرعات المفرطة للأفيونيات الطبيعية، يمكن تفادي حالات الوفاة بشكل كامل." - الشبكة الدولية للأشخاص الذين يستخدمون المخدرات [1]

نبذة عن سلسلة موجزات سياسة الجمعية الدولية للإيدز حول خدمات وسياسات الرعاية الشاملة للأشخاص الذين يستخدمون المخدرات:

أطلقت هذه السلسلة في اليوم العالمي للالتهاب الكبدي عام 2018 وهي تسلط الضوء على احتياجات الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات وتهدف إلى تسريع الاستجابة العالمية لالتهاب الكبد الفيروسي من خلال لفت الانتباه أكثر إلى فئة سكانية تبقى احتياجاتها ناقصة. وتشمل المواضيع إعطاء الأولوية للأشخاص الذين يستخدمون المخدرات بالحقن في جهود القضاء على التهاب الكبد الفيروسي C (HCV)، والنساء اللواتي يستخدمن المخدرات بالحقن، والشرطة والحد من مخاطر استخدام المخدرات، والشباب الذين يستخدمون المخدرات بالحقن، وخدمات الحد من مخاطر استخدام المخدرات التي تقدمها المجتمعات، واستخدام المخدرات والحد من مخاطر استخدامها بين المهاجرين. وتشمل مجالات التركيز الأخرى الوصمة واستخدام المخدرات، والحد من مخاطر المخدرات الاصطناعية والمنتجات، واستخدام المخدرات والحد من مخاطر استخدامها بين الفئات السكانية الأصلية، وإلغاء التجريم، واستراتيجيات المناصرة الفعالة للترويج للصحة.

يُعدّ هذا الموجز الثالث في السلسلة ويسلط الضوء على الوصول إلى علاج الجرعة المفرطة للأفيونيات الكيميائية. ويمكن قراءة موجزات السياسة وتنزيلها ومشاركتها على:

<http://bit.ly/IASPolicyBriefs>

الخلفية

إنّ الوصف المفرط للأفيونيات الكيميائية من أجل تخفيف الألم في العقد الماضي أو أكثر والتوفر المتزايد للأفيونيات الكيميائية المصنّعة بشكل غير مشروع ظاهرة متنامية في العديد من البلدان؛ وكذلك العدد المتصاعد لحالات الوفاة بسبب الجرعة المفرطة للأفيونيات الكيميائية. وقد أثبتت الجهود التشريعية في بعض البلدان لسنّ نهج الحد من الوصفات الطبية بأنّها غير فعالة وغير مبررة طبيًا وغير حساسة للمشاكل المعقدة المتعلقة بعلاج الألم الطبي [2]. إضافةً إلى ذلك، يزيد غياب الوصول إلى أدوات الحقن المعقمة من قبل مستخدمي الأفيونيات الكيميائية إلى حد كبير من خطر انتقال فيروس نقص المناعة البشري وفيروس التهاب الكبد C [3].

يشكّل التجريم الواسع الانتشار لاستخدام المخدرات، حتى بكميات صغيرة بداعي الاستهلاك الشخصي، حواجز هائلة أمام الوصول إلى الخدمات الصحية من قبل الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات، بما في ذلك مستخدمي الأفيونيات الكيميائية. يُضاف إلى ذلك الوصم والتمييز واسعي الانتشار للأشخاص الذين يستخدمون المخدرات من قبل المجتمع بشكل عام وعاملي الرعاية الصحية وموظفي إنفاذ القانون بشكل خاص. ويمكن رؤية هذا التمييز في غياب التمويل الحكومي لبرامج الحد من مخاطر استخدام المخدرات التي توفر للأشخاص الذين يستخدمون المخدرات وشركائهم الوصول إلى الخدمات الصحية الأساسية الواقعة ضمن المجتمع وبشكل مثالي التي يديرها الأقران. وتشمل هذه الخدمات الوصول إلى الحقن والأدوات المعقمة والإحالة إلى العلاج بالبدائل (OST) والتدخلات الوقائية من فيروس نقص المناعة البشري وفيروس التهاب الكبد C والسل والعدوى المنقولة جنسيًا واختبارها وعلاجها بالإضافة إلى الدعم النفسي الاجتماعي، بما في ذلك الاستشارة.

تؤدي القيود القانونية والمفاهيم السلبية حول الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات التي تبنيها وسائل الإعلام الرئيسية إلى زيادة تهميش الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات والذين يُستبعدون غالبًا من تصميم العدد المحدود من الخدمات التي تستهدف تلبية احتياجاتهم وتنفيذها وتقييمها. وهذا هو الحال تحديدًا مع النساء والشباب الذين يستخدمون المخدرات (لا سيما الشباب دون 18 عامًا) والذين يتم تجاهل احتياجاتهم المحددة غالبًا من جانب التدخلات الصحية غير المطلعة بشكل كافٍ. كما أدى تجريم استخدام المخدرات إلى تمضية نسبة كبيرة من الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات بعض الوقت في السجن حيث يستمر استخدام المخدرات لكن حيث تكون خدمات الحد من مخاطر استخدام المخدرات غائبة في أغلب الأحيان.

تُعتبر الأفيونيات الكيميائية مؤثرات عقلية تشمل الأفيونيات الطبيعية المصنّعة من الأفيون، مثل الهيروين والمورفين، والأفيونيات الكيميائية الاصطناعية المصنّعة في مختبر، مثل البنزوديازيبينات والميثادون. وهي تؤثر على الجهاز العصبي المركزي وجزء الدماغ الذي ينظّم التنفس. وفي حال تناول الأفيونيات الكيميائية بجرعات عالية وقوية، يمكنها أن تتسبب بنقص تهوية ووفاء.

تتوفر الأفيونيات الكيميائية بناءً على وصفة طبية لتخفيف الألم وهي تُصنّع أيضًا بطريقة غير قانونية. وتُعتبر نظيريات الأفيونيات الكيميائية الاصطناعية التي تحاكي علم صيدليات الأفيونيات الكيميائية قوية بشكل خاص؛ وهي تتضمن الترامادول والفنتانيل.

جرعة الأفيونيات الكيميائية المفرطة: تحدّ عالمي متزايد

يعرّض حقن الأفيونيات الكيميائية الشخص إلى خطر إصابته بجرعة مفرطة أكبر من ابتلاع الأفيونيات الكيميائية أو استنشاقها أو تدخينها[4]. ويبلغ المعدل العالمي لوقوع جرعة مفرطة قاتلة جراء الأفيونيات الكيميائية 0,65% لكل 100 شخص-سنة[5] وتكون حالات الجرعات المفرطة غير القاتلة أكثر شيوعاً بعدة مرات[6]. وتترايد الجرعات المفرطة في المناطق الريفية بدلاً من المناطق المُدنية فقط ويوجد توجه متزايد لحالات الوفيات جراء الجرعة المفرطة من استخدام الأفيونيات الكيميائية الموصوفة طبيًا، بدلاً من استخدام المخدرات غير المشروعة[7]. إضافةً إلى ذلك، تُعتبر نظيريات الأفيونيات الكيميائية الاصطناعية قوية للغاية. فهي تشمل الفنتانيل[8]، وهو أقوى بنسبة 50 إلى 100 ضعف من المورفين[10:9] السريع المفعول وتشكل قوته سبباً رئيسياً لجرعات الأفيونيات الكيميائية المفرطة.

تُعتبر البيانات على مستوى البلد حول الوفيات المرتبطة بالأفيونيات الكيميائية من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل شحيحة أو قديمة أو غير دقيقة؛ وتأتي معظم التحليلات المنشورة من البلدان العالية الدخل[11]. ويعرض الجدول 1 مجموعة من البلدان التي تضم أعلى الأرقام المبلغ عنها من الوفيات المرتبطة بالأفيونيات الطبيعية و/أو الكيميائية لكل 100000 شخص بعمر 15-64 عامًا وذلك باستخدام أحدث البيانات المتوفرة.

الجدول 1 - معدلات الوفيات المرتبطة بالأفيونيات الكيميائية (بعمر 15-64 عامًا) للبلدان المحددة (باستخدام أحدث البيانات المتوفرة)

البلد	السنة	عدد الوفيات	الوفيات لكل 100000	بيانات السنة السابقة
اسكتلندا [12]	2018	1021	18,9	ارتفاع من 815 حالة وفاة عام 2017
الولايات المتحدة الأمريكية [13]	2017	47600	14,9	يبلغ التقدير المؤقت لعام 2018 47963 حالة وفاة منها 32159 حالة بسبب الأفيونيات الكيميائية الاصطناعية [14]
إستونيا [15]	2017	98	11,6	انخفاض من 104 حالة وفاة عام 2016
استراليا [16]	2016	1045	6,6	ارتفاع من 3,8 حالة وفاة لكل 100000 عام 2007؛ يُعزى 76% إلى الأفيونيات الكيميائية الصيدلانية عام 2016
إنجلترا وبلاد الغال [17]	2018	2208	3,5	ارتفاع من 1985 حالة وفاة عام 2017

في أوروبا، يشمل ثمانى إلى تسع حالات وفيات بسبب المخدرات من أصل 10 الأفيونيات الكيميائية، وفي أغلب الأحيان الهيروين[18]. وفي البلدان الأخرى، تمّ الإبلاغ عن انتشار عالٍ لاستخدام الأفيونيات الطبيعية في كلٍّ من آسيا الوسطى وجنوب القوقاز، بحيث بلغت النسبة 0,9% [19] وأبلغ 17 من أصل 20 بلدًا (85%) في آسيا عن استخدام الأفيونيات الكيميائية كسبب رئيسي للوفيات المرتبطة بالمخدرات عام 2016[20]. وفي حين تمّ الإبلاغ عن استخدام الأفيونيات الكيميائية في الأمريكتين، إلا أنّ المشكلة كبيرة في أميركا الشمالية[21]؛ وقد فاقم ذلك وجود الفنتانيل الممزوج بالهيروين والمخدرات الأخرى، بما في ذلك المنتهات مثل الكوكايين، الأمر الذي يدفع إلى زيادة أسية في وفيات الجرعات المفرطة[22]. ويشكل الاستخدام غير الطبي لمسكن الأفيونيات الكيميائية، ترامادول، مشكلة حول العالم، بما في ذلك في أجزاء من أفريقيا والشرق الأوسط[23,24] وقد أصبح أكثر انتشارًا في آسيا[25].

الأشخاص الأكثر عرضة لخطر جرعة مفرطة جراء الأفيونيات الكيميائية

يتأثر أيضًا أفراد دون 18 عامًا بالجرعات المفرطة للأفيونيات الكيميائية. ففي الولايات المتحدة، على سبيل المثال، توفي حوالي 9000 طفل ومراهق من جرعة أفيونيات كيميائية مفرطة بين عامي 1999 و2016[31]؛ وارتفع معدل حالات الانتحار المشتبه بعلاقتها بالأفيونيات الكيميائية بوصفها طبية بين المراهقين بنسبة 53% من 2000 إلى 2015[32].

يشمل الأشخاص الأكثر عرضة لجرعة أفيونيات كيميائية مفرطة أولئك الذين لديهم تاريخ في استخدام المخدرات؛ لديهم مستويات عالية من الجرعات الموصوفة للأفيونيات الكيميائية (أكثر من 100 ملج من المورفين أو ما يعادله يوميًا)؛ هم ذكور؛ يعيشون مع حالات صحية ذهنية؛ وهم من طبقة اجتماعية اقتصادية منخفضة [26]. لكن الأهم من ذلك، يُرجح ألا يموت الأشخاص الذين تمّ استبقاؤهم لأخذ العلاج بالبدائل من جرعة أفيونيات كيميائية مفرطة[27].

يواجه الأشخاص الذين بدأوا باستخدام الأفيونيات الكيميائية مجددًا بعد فترة من الامتناع، لا سيما الأشخاص المحررين من السجن، خطرًا أكبر للتعرض لجرعة مفرطة مرتبطة بقدرة تحمل منخفضة للمخدرات [28,29]. كما يحدث الخطر المتزايد للجرعة المفرطة القاتلة بين الأفراد الذين عانوا من جرعات مفرطة غير قاتلة سابقًا [30] والمعرضين أيضًا لخطر أعلى لاكتساب فيروس نقص المناعة البشري وفيروس التهاب الكبد C من الفئة السكانية العامة، لا سيما من خلال مشاركة أدوات الحقن غير المعقمة. ففي حالات عديدة، يشتري الناس ما يعتبرونه نوعًا محددًا من المخدرات، مثل الهيروين، من دون أن يعلموا بإضافة مواد أخرى لها، لا سيما آثار الفنتانيل القوية بما يكفي للتسبب بجرعة مفرطة سريعة ووفاة في حالة عدم العلاج على الفور.

توصي منظمة الصحة العالمية بوجود وصول أي شخص يُرجح أن يشهد جرعة أفيونيات كيميائية مفرطة إلى النالوكسون ويعرف كيف يستخدمه. كما توصي بأن يركّز المستجيبون الأوائل على إدارة مجرى الهواء والمساعدة في التهوية وأن يتمّ إعطاء النالوكسون من خلال الحقن الوريدي أو البعظلي أو تحت الجلد أو داخل الأنف. وبعد إعطاء النالوكسون، توصي منظمة الصحة العالمية بمراقبة مستوى الوعي والتنفس لدى الشخص المتأثر عن كثب إلى حين تحقيق الشفاء الكامل.

(منظمة الصحة العالمية، إدارة المجتمع لجرعة الأفيونيات الكيميائية

المفرطة، جنيف؛ منظمة الصحة العالمية، 2014)

تتوفر نُهْج عديدة للوقاية من جرعة الأفيونيات الكيميائية المفرطة، وهي توفر أيضًا فرصة لاختبار فيروس نقص المناعة البشري وفيروس التهاب الكبد C، وللاستجابة بشكل سريع عند حدوث جرعة أفيونيات كيميائية مفرطة.

تدخلات الحدّ من مخاطر استخدام المخدرات

تقع التدخلات العاجلة للوقاية من جرعة الأفيونيات الكيميائية المفرطة وعلاجها ضمن النطاق الواسع لخدمات الحدّ من مخاطر استخدام المخدرات (مراجعة الصفحة 8). ويقصّص العلاج بالبدائل خطر جرعة الأفيونيات الكيميائية المفرطة من خلال تقليص كمية استخدام الأفيونيات الكيميائية غير الموصوفة طبيًا و/أو مدى ترددها. كما يمكن للعلاج بالبدائل أن يسهّل الوصول إلى اختبار فيروس نقص المناعة البشري وفيروس التهاب الكبد C ويؤدي إلى التزام محسّن بالعلاج المضاد للفيروسات القهقرية (ART) لمستخدمي الأفيونيات الكيميائية المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري. وعند ربط العلاج بالبدائل ببرامج فيروس التهاب الكبد C، فهو يسمح بإدارة الأدوية المضادة للفيروسات ذات الفعل المباشر في منشأة صحية واحدة. بالإضافة، بما أنّ العديد من الأشخاص الذين يستخدمون الأفيونيات الكيميائية يمضون الوقت في السجن، يُعتبر العلاج بالبدائل في السجن أمرًا أساسيًا لكنه غائب في معظم البلدان [40].

بما أنّ مقدمي خدمة الحدّ من مخاطر استخدام المخدرات على تواصل منتظم مع مستخدمي الأفيونيات الكيميائية وشبكاتهم، يمكن مشاركة الوعي حول الجرعة المفرطة، إضافةً إلى توجيهه حول كيفية الاستجابة لجرعة أفيونيات كيميائية مفرطة. ويمكن لهذه الخدمات أيضًا أن تجعل إمكانية الوصول إلى النالوكسون أكبر وتدرّب مستخدمي الأفيونيات الكيميائية وأقربانهم وأفراد عائلاتهم على إدارة مجرى الهواء وإعطاء النالوكسون أثناء انتظار وصول سيارة إسعاف.

النالوكسون المأخوذ إلى المنزل (THN)

يشهد الأقربان والعائلة والأصدقاء معظم حالات جرعات الأفيونيات الكيميائية المفرطة وتشكّل الجرعات المفرطة هذه خطرًا محددًا للأشخاص المحررين من السجن والذين لديهم تاريخ في استخدام الأفيونيات الكيميائية. ويوفر النالوكسون المأخوذ إلى المنزل (THN) للأقربان والعائلة والأصدقاء المهارات الأساسية حول كيفية الاستجابة، بما في ذلك التحقق من مجرى هواء ضحية الجرعة المفرطة وإدارة النالوكسون. وتظهر الدراسات أنّ النالوكسون المأخوذ إلى المنزل فعال في الحدّ من عدد حالات الوفاة من جرعة الأفيونيات الكيميائية المفرطة [44،43،42،41] وهو فعال الكلفة [45]. ويضمّ الأشخاص المدربين: مستخدمي الأفيونيات الكيميائية في الشارع بما أنّهم الأكثر استعدادًا للتدخل لمساعدة شخص يعاني من جرعة مفرطة [46]؛ ومقدمي الرعاية الذين يتواصلون بانتظام مع مستخدمي الأفيونيات الكيميائية؛ وموظفي الوكالات الذين يتفاعلون مع مستخدمي الأفيونيات الكيميائية، مثلًا في الفنادق وملاجئ المشردين وفي برامج توفير الحقن والأدوات النظيفة (NSP) [47].

يقدم هؤلاء الأفراد المدربون أيضًا فرصة لمناصرة اختبار فيروس نقص المناعة البشري وفيروس التهاب الكبد C بين مستخدمي الأفيونيات الكيميائية ويقدمون الإحالات إلى المنشآت حيث يتوفر الاختبار والعلاج. ومنذ منتصف تسعينيات القرن العشرين، أنقذ النالوكسون المأخوذ إلى المنزل حيوات في بلدان أوروبا وأميركا الشمالية وأستراليا وغيرها [48]؛ كما تمّ القيام بمشاريع تجريبية عن النالوكسون المأخوذ إلى المنزل في أجزاء من آسيا [49]. وتتنوع القنوات التي يمكن من خلالها توفير النالوكسون بحسب البلد بسبب التشريع و/أو الأنظمة الوطنية، لكنها غالبًا ما تتضمن الصيدليات والمستشفيات والأطباء والمرضى المسجلين.

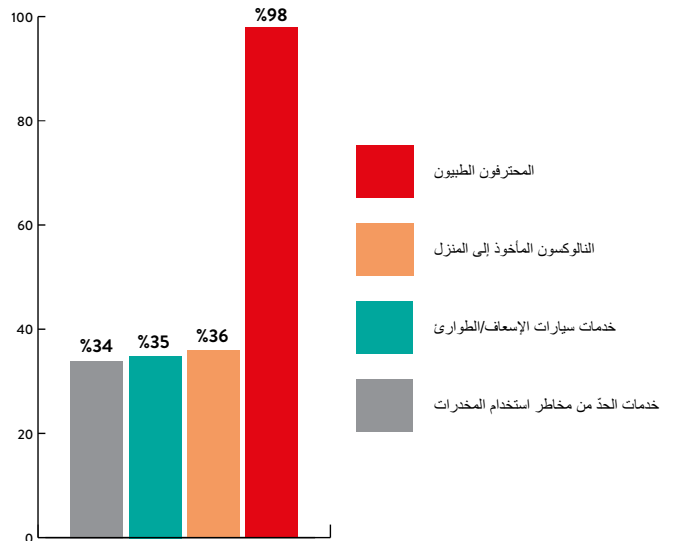
يمكن علاج جرعة أفيونيات كيميائية مفرطة باستخدام النالوكسون، وهو دواء (معروف بكونه مضادًا للأفيونيات الكيميائية) يعكس بسرعة آثار الأفيونيات الكيميائية، مما يمنع الوفاة. وتشمل طرق إدارة النالوكسون الحقن الوريدي والبيعضلي وتحت الجلد وداخل الأنف. ويجب أن يتوفر النالوكسون بالتزامن مع الوقاية من الجرعة المفرطة الشاملة والتدريب على إدارتها، وليس كبديل له، في المجتمعات [33].

ليس للنالوكسون فعليًا أي أثر على الأشخاص الذين لم يتعاطوا الأفيونيات الكيميائية [34] وكلفة تصنيعه منخفضة [35]. وما من إثبات أيضًا على أنّ امتلاك النالوكسون يؤدي إلى استخدام المخدرات الأكثر خطورة [36]. وبما أنّه يُرَجَّح تواجد الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات عند حدوث جرعة أفيونيات كيميائية مفرطة، تكون الاستجابة الأكثر فعالية للأشخاص الذين يستخدمون الأفيونيات الكيميائية بحمل النالوكسون ويتزويدهم بالتدريب الأساسي، الذي لا يستغرق عادةً أكثر من ساعة واحدة، وبشكل مثالي، يعطيه الأقربان، على إدارة مجرى الهواء وإدارة النالوكسون باستخدام أي من نُهْج إعطاء الدواء القياسية.

توفر النالوكسون وإمكانية الوصول إليه

ليتوفر دواء قانونيًا، يستدعي الأمر تشريعًا وتسجيلًا، كما هو الحال مع النالوكسون الذي أضيف إلى قائمة نموذج منظمة الصحة العالمية للأدوية المناسبة [37]. وابتداءً من أيلول/سبتمبر 2017، سجّل 101 من أصل 196 بلدًا (52%) حول العالم النالوكسون للحقن [38].

إنّ واقع توفر النالوكسون لا يعني تلقائيًا أنّه متوفر للأفراد الذين هم بأمر الحاجة إليه. فالمعلومات المتوفرة لـ 88 بلدًا من أصل 101 (87%) حيث تمّ تسجيل النالوكسون تظهر من يمكنه الوصول إلى الدواء وأين (الرسم 1). فمدى سهولة الوصول إلى النالوكسون تُرَجَّح أكثر إمكانية إدارة النالوكسون في الوقت المناسب للوقاية من الوفاة جراء جرعة مفرطة من الأفيونيات الكيميائية.



الرسم 1. الأليات التي يمكن من خلالها الوصول إلى النالوكسون في 88 بلدًا حيث تم تسجيله والمتوفرة البيانات له [39].



التحقق من المخدرات

تتواجد خدمات التحقق من المخدرات في 11 بلدًا أوروبيًا، إضافةً إلى البرازيل وكندا وكولومبيا ونيوزيلندا والأوروغواي وتتم تجربتها في استراليا [60]. ويعمل قسم الخدمات غالبًا ضمن منطقة أو مكان يتضمن احتفالات و نوادٍ ليلية [61]. ويمكن تقديم التدخلات الموجزة، مثل زيادة الوعي حول استخدام المخدرات الآمن وكيفية الاستجابة لجرعة مفرطة، للأشخاص الذين لا يشاركون عادةً في الخدمات لأنهم لا يرون استخدامهم للمخدرات أمرًا إشكاليًا [62]؛ كما يوفر هذا فرصة لإسداء الأشخاص نصيحة للحصول على المعلومات عن فيروس نقص المناعة البشري وفيروس التهاب الكبد C، إضافةً إلى العدوى المنقولة جنسيًا والسل والصحة الذهنية و/أو الخدمات الأخرى والخضوع لاختبارات عليها بحسب ما يكون مناسبًا.

يجوز ألا تغطي الاختبارات المتوفرة كل أنواع المخدرات. ويُعد استخدام أشرطة اختبار الفنتانيل أحد النهج للتعرف سريعًا على الدمج المحتمل لهذا الأفيون الكيميائي الاصطناعي العالي القوة الذي يُمزج غالبًا مع مخدرات أخرى، بما في ذلك أشكال أخرى من الأفيونيات الكيميائية، بالإضافة إلى المنبهات، مثل ميثيلين ديوكسي ميثامفيتامين (MDMA) والكوكايين. ويظهر الدليل أن التحقق من المخدرات يساعد في تحديد المخدرات التي تتضمن كيميائيات غير مرغوبة أو غير معروفة ويخدم كنظام تحذير مبكر للمستخدمين والسلطات الصحية العامة. على سبيل المثال، أبلغت السلطات الصحية في فانكوفر، كندا أن الأشخاص الذين وجدوا الفنتانيل في مخدراتهم كانوا على الأرجح يقلصون جرعاتهم 10 أضعاف على الأقل ويتعرضون لجرعة مفرطة بنسبة تقل عن 25% [63].

غرف استهلاك المخدرات (DCR)

تهدف غرف استهلاك المخدرات (DCR) التي يتم الإشراف عليها، المعروفة أيضًا بمنشآت الحقن الآمن (SIF) أو مواقع الوقاية من الجرعة المفرطة، إلى الحد من ارتفاع خطر المرض والوفاة جراء الجرعة المفرطة المرتبطة بحقن المخدرات أو استنشاقها. وهي تربط المستخدمين بالخدمات الصحية والاجتماعية وتحدّ من استخدام المخدرات في العن. وتشمل الخدمات في غرف استهلاك المخدرات: منطقة محمية لاستخدام المخدرات؛ واستجابة للجرعة المفرطة في حالات الطوارئ؛ والإسعافات الأولية؛ والتقييم والإحالة إلى الرعاية الصحية الرئيسية؛ والاستشارة بشأن الحدّ من مخاطر استخدام المخدرات؛ وتبادل أدوات استخدام المخدرات؛ وتوزيع الواقيات؛ والإحالة الطوعية إلى مراكز إزالة السمية والعلاج [50]. ويمكن أن يشمل موظفو غرف استهلاك المخدرات أطباء ومرضىين ومعلمين من الأقران وعاملين اجتماعيين وموظفي أمن.

تمتلك معظم غرف استهلاك المخدرات نهجًا متكاملًا [51]، أي أنه يسهل الوصول إليها وهي توفر مجموعة من الخدمات، بما في ذلك الاختبارات السريعة للعدوى المنقولة جنسيًا والسل وفيروس نقص المناعة البشري وفيروس التهاب الكبد B وبشكل متزايد فيروس التهاب الكبد C، ويمكنها دعم الوصول إلى أدوية العلاج المضاد للفيروسات القهقرية والأدوية المضادة للفيروسات ذات الفعل المباشر. ويُقدّر وجود 182 غرفة استهلاك مخدرات في 15 بلدًا [52]، كما يوجد غرف استهلاك مخدرات غير رسمية في بعض البلدان [53]. وعلى الرغم من أنها تعمل بشكل غير رسمي، إلا أنه لا يوجد غرف استهلاك مخدرات خاضعة لعقوبات في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل بالرغم من العبء غير المتناسب للخطر على الصحة العامة المرتبطة باستخدام المخدرات في تلك البلدان [54].

العلاج بمساعدة الهيروين (HAT)

يتضمن العلاج بمساعدة الهيروين (HAT) إدارة الهيروين الصيدلاني القابل للحقن أو للاستنشاق (ثنائي أسيتيل المورفين) الموصوف طبيًا كل يوم للأشخاص المعتمدين على الأفيونيات الكيميائية طويلة الأمد في عيادة [55]. ويفيد هذا أيضًا في الحدّ بشكل كبير من خطر انتقال فيروس نقص المناعة البشري وفيروس التهاب الكبد C بما أنه لا يتم استخدام سوى أدوات معقمة في هذه المنشآت. وحين يستقر المشاركون، يقلصون في النهاية جرعة الهيروين اليومية التي يتناولونها.

بعد ثلاث سنوات تقريبًا، يتمكن الأفراد من تقليص استخدام الأفيونيات الكيميائية أو إيقافها بحيث تبلغ نسبة الذين لا يزالون يتعاطون الهيروين 15% فقط [56]. كما أظهرت البحوث أن الفوائد الرئيسية للعلاج بمساعدة الهيروين تشمل تقليص استخدام الهيروين الذي يتم شراؤه من الشارع بنسبة تصل إلى 70%، وهو انخفاض حاد في النشاطات غير القانونية وتحسن كبير في الحالة الصحية للمشاركين، بما في ذلك الالتزام بالعلاج المضاد للفيروسات القهقرية والوصول إلى اختبار فيروس التهاب الكبد C وعلاجه [57، 58]. ويتوفر العلاج بمساعدة الهيروين في 58 منشأة في ثمانية بلدان [59]، تتواجد بشكل رئيسي في أوروبا وكندا.



نُهُج مستقبلية محتملة للوقاية من جرعة الأفيونيات الكيميائية المفرطة وعلاجها

النُهُج التقنية للوقاية من جرعة الأفيونيات الكيميائية المفرطة أو الاستجابة لها

توفر التكنولوجيا فرصًا جديدة للاستجابة لجرعات الأفيونيات الكيميائية المفرطة وعلاجها. ومن خلال استخدام الذكاء الاصطناعي والتعلم الآلي وأنظمة المعلومات الجغرافية والتحليلات التنبؤية، يمكن تحديد / تقدير الأماكن التي يُرجح أن تحصل فيها الجرعة المفرطة في يوم / وقت معين واستهداف الموارد البشرية المحدودة للاستجابة لهذه المخاطر [66:65:64]. بالإضافة إلى ذلك، يمكن لقدرة Wi-Fi المحسنة أن تحدد الموقع الدقيق لضحية جرعة مفرطة ضمن بضعة سنتمترات، الأمر الذي سيسمح للمستجيبين الأوائل بتحديد الفرد بسرعة وتقديم المساعدة [70:69:68:67]. ويمكن للأجهزة، مثل الهواتف الذكية والتكنولوجيا القابلة للارتداء، أن تراقب باستمرار تنفس مستخدم الأفيونيات الكيميائية وأن تنبّه المستجيبين الأوائل حين تنخفض الإشارات الحيوية دون مستوى محدد، مما يشير إلى إمكانية حدوث جرعة مفرطة. ويمكن لبعض التكنولوجيات أن تنقل تعليمات إلى جهاز ضخ النالوكسون الذي يرتديه الفرد والذي يضخ النالوكسون بدون دعم خارجي قبل وصول المساعدة [73:72:71]. إضافةً إلى ذلك، يمكن لتطبيقات البرامج المتعددة تذكير مستخدمي الأفيونيات الكيميائية بمواعيد اختبار فيروس نقص المناعة البشري وفيروس التهاب الكبد C، إضافةً إلى وقت جمع الأدوية الموصوفة طبيًا لفيروس نقص المناعة البشري وفيروس التهاب الكبد C.

آلات بيع الأفيونيات الكيميائية

يشمل نهج صحي عام تقييم المخاطر الصحية الأكثر إلحاحًا وضررًا في مجتمع معين. ويشمل تقييم خطر جرعة الأفيونيات الكيميائية المفرطة والنُهُج للحدّ منها الاستخدام التجريبي لآلات البيع [74] في فانكوفر، كندا، منذ منتصف العام 2019 لتوزيع حبوب الهيدرومورفون الموصوفة طبيًا (أفيون كيميائي يُستخدم لعلاج الألم المعتدل إلى الحاد)، التي يمكن أخذها إلى المنزل من قبل مستخدمي الأفيونيات الكيميائية المعرضين للخطر. وتكمن النية في التخفيف من حاجة الأشخاص المعرضين للخطر إلى السعي وراء الأفيونيات الكيميائية غير المشروعة، وبالتالي تجنب الوفيات جراء الجرعات المفرطة والحدّ من خطر مشاركة أدوات الحقن التي يمكن أن تؤدي إلى انتقال فيروس نقص المناعة البشري وفيروس التهاب الكبد C [75].

يتم مسبقًا اعتماد الأفراد الأكثر عرضة للمخاطر المتعلقة بالأفيونيات الكيميائية فقط للبرنامج التجريبي وهم بحاجة إلى وصفة طبيب وإنشاء ملف تعريف يحدد كمية الحبوب التي يجب توزيعها وترددها. ويتم إجراء اختبارات بول متكررة لتقييم استخدام الدواء الموصوف وتُصحّ بمتابعة دورية مع طبيب. ويسمح قارئ بيومتري في كل آلة بيع النمط الفريد لشرائين يدي المستخدم لتأكيد هويته. ويمكن تطوير هذا النهج لمعالجة الأعداد الكبيرة المتزايدة من الأشخاص الذين يتبعون العلاج بالبدائل بما أنّ العمليات اليومية لآلة البيع لا تعتمد على توفر الموارد البشرية.

الحواجز أمام الوصول إلى علاج جرعة الأفيونيات الكيميائية المفرطة والفرص لتجاوزها

الحاجز	الإجراءات الممكنة
يؤدي غياب التشريع إلى جعل النالوكسون غير قانوني.	<ul style="list-style-type: none"> يمكن التفاوض بشأن الإعفاءات المؤقتة مع الحكومات للاستجابة إلى الحاجة الملحة. يمكن استخدام المشاريع التجريبية بالتعاون مع الحكومات لإظهار الاستخدام الآمن والفعال للكلفة للفرد لشرائين يدي المستخدم وبالتالي مناصرة التغييرات التشريعية. يمكن عرض طريقة عمل التشريع دعمًا للحد من جرعة الأفيونيات الكيميائية المفرطة في بلدان أخرى على متخذي القرارات الحكوميين من خلال زيارات دراسية.
النالوكسون غير مسجل، ما يمنع استيراده وبيعه.	<ul style="list-style-type: none"> النالوكسون مشمول في قائمة نموذج منظمة الصحة العالمية للأدوية المناسبة [76]؛ يمكن لهذا أن يسهّل التسجيل بما أنّ منظمة الصحة العالمية سبق أن قيّمت مسائل الأمن. يمكن للحكومات إصدار تفويض مؤقت لاستخدام النالوكسون قبل التسجيل الرسمي.
تحذّر القيود القانونية حول من يمكنه حيازة النالوكسون و/أو إدارته إلى حدّ كبير من إمكانية الوصول إليه من قبل من يحتاجه أكثر.	<ul style="list-style-type: none"> يمكن الاستعانة بنموذج قانون السامري الصالح [77] للسماح بحيازة شخص ثالث للنالوكسون. التعاون بين واصفي النالوكسون القانوني، مثل الأطباء، وخدمات الحدّ من مخاطر استخدام المخدرات.

الإجراءات المصنّعة	الحاجز
<p style="text-align: center;">الكلفة</p> <ul style="list-style-type: none"> • يمكن للحكومات أن تستورد أشكالاً عامة من النالوكسون من الشركات المصنّعة الدولية التي حصلت على موافقة من المشرّعين المعتمدين، مثل إدارة الأغذية والعقاقير في الولايات المتحدة الأمريكية [83]. • يمكن للحكومات والمجتمع المدني ومجموعات الأقران أن تقنع شركة محلية بالتعاقد مع شركة مصنّعة للنالوكسون دولية لتنتج محلياً نسخاً أقل كلفة من النالوكسون المسجّل ببراءة لقاء إتاوات معقولة [84]. • يمكن تقديم حوافز للشركات للحصول على الموافقة على تسويق نسخ عامة من النالوكسون من خلال إعطاء الأولوية للاعتمادات في حينها والتخلي عن تطبيق رسوم المستخدم [85]. • أثبت النهج الحكومي بشراء كمية كبيرة من النالوكسون بداعي التوزيع الوطني، مثل إيطاليا، فعاليتها في الحدّ من تكاليف اللقاحات [86]. • يمكن التعاون مع الشركات المصنّعة للنالوكسون لتجربة الاستخدام كجزء من نشاطات التطوير مقابل نالوكسون مجاني أو مخفض الكلفة. • يمكن الطلب من الشركات المصنّعة و/أو الموزعين نالوكسون مجاني أو مخفض الكلفة كجزء من الوعي / المسؤولية الاجتماعية مقابل دعابة إيجابية. • يمكن استخدام أشكال أرخص من النالوكسون، فزجاجة نالوكسون تكون عادة أرخص من رذاذ أنفي أو حاقن تلقائي. • في حال كان فرد معرض للخطر يمتلك تأميناً طبياً، يمكن التحقق لمعرفة ما إذا كان يغطي النالوكسون. • يجوز أن يغطي بعض البرامج الصحية العامة كلفة النالوكسون. 	<p>لا يستطيع العديد من الأشخاص تحمّل نفقة النالوكسون لكن الكلفة تختلف وفقاً للمكان الذي تعيش فيه وتوفر الخصومات أو التأمين الطبي.</p> <p>على سبيل المثال، في الولايات المتحدة الأمريكية، تكلف زجاجة نالوكسون كاملة للحقن 40 دولاراً أمريكياً [78] وفي استراليا 35-56 دولاراً أمريكياً بدون وصفة [79] وفي إيطاليا 2,35-3,80 دولاراً أمريكياً [80].</p> <p>ويكفّ [®]Narcan، وهو رذاذ أنفي للنالوكسون، 125 دولاراً أمريكياً في الولايات المتحدة الأمريكية [81]؛ وفي استراليا، يكفّف 53-60 دولاراً أمريكياً بدون وصفة أو 28 دولاراً أمريكياً مع وصفة [82].</p>
السياسة والمبادئ التوجيهية والإجراءات	
<ul style="list-style-type: none"> • توصي الدورة الاستثنائية للجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن مشكلة المخدرات العالمية لعام 2016 بأن تقوم كل دولة عضو "بالترويج لدمج عناصر للوقاية من جرعة المخدرات المفرطة وعلاجها، بشكل خاص جرعة الأفيونيات الكيميائية المفرطة، بما في ذلك استخدام مضادات استئقبال الأفيونيات الكيميائية مثل النالوكسون للحدّ من الوفيات المتعلقة بالمخدرات، في سياسات المخدرات الوطنية وفقاً للتشريع الوطني وبحسب ما يكون مناسباً." [87] • يمكن مناصرة متخذي القرارات لاعتماد السياسات المبينة على الدلائل للأشخاص الذين يستخدمون المخدرات وتمويل التدخلات المجتمعية بقيادة الأقران والنالوكسون للسجناء وعند تحريرهم. 	<p>ينضوي استخدام المخدرات على عقوبات ثقيلة؛ ويتم تجاهل النهج المبينة على الدلائل.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • يمكن أن تطلب الحكومات مساعدة تقنية من منظمة الصحة العالمية والمانحين لدعم صياغة السياسات والمبادئ التوجيهية باستخدام الممارسة الجيدة الدولية. 	<p>تتوفر الموارد البشرية والمالية المحدودة لتطوير السياسة والمبادئ التوجيهية للاستجابات لجرعة الأفيونيات الكيميائية المفرطة.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • تتوفر المواد التدريبية على الإنترنت لتسهيل الوصول إلى المعلومات وأنظمة البث وذلك لتمكين تطوير توصيات منظمة الصحة العالمية وتنفيذها من أجل إرشاد الأفراد لناحية كيفية الاستجابة لجرعة الأفيونيات الكيميائية المفرطة. 	<p>تؤدي الأنظمة البيروقراطية لتطوير السياسات والمبادئ التوجيهية إلى حالات تأخير طويلة الأمد.</p>
الوصمة	
<ul style="list-style-type: none"> • "دمج النالوكسون في المجتمع" هي حملة إعلامية تشمل وسائل التواصل الاجتماعي والرسائل الفورية [88]. 	<p>الوعي العام بشأن النالوكسون غائب.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • يمكن دعم الأقران وشبكاتهم لإشباع مناطق استخدام الأفيونيات الكيميائية المرتفعة بأشخاص يحملون النالوكسون ومدربين على إعطائه. 	<p>تغيب الاستجابة من قبل الأشخاص الذي يشهدون جرعة مفرطة.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • اعتمد إلى الإقرار بكفاءات الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات وشبكاتهم وتشريعها وتقييمها كجزء من حل صحي عام. 	<p>يُخشى من الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • يمكن استخدام الإجراءات القائمة، إن توفرت، للتقدم بشكوى إلى السلطات في حال عدم القدرة على الوصول إلى النالوكسون؛ يتخذ الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات في روسيا هذا النهج بشأن الوصول إلى علاج فيروس نقص المناعة البشري. وفي حال لم تكن إجراءات الشكوى منتجة وفي حال توفر التمويل، يمكن اتخاذ إجراء قانوني ضد إحدى السلطات لفشلها في توفير دواء ينقذ الحياة توصي به منظمة الصحة العالمية وغيرها. 	<p>يُعتبر الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات غير جديرين بالمساعدة.</p>

الإجراءات الممثلة	الحاجز
<ul style="list-style-type: none"> • شجّع وسائل الإعلام على إنتاج عناصر إخبارية حول استخدام النالوكسون الفعال لإنقاذ الحياة وقصص إيجابية عن الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات. 	يوجد تجارب سلبية مع أفراد اعتُبروا أنّهم يستخدمون المخدرات.
<ul style="list-style-type: none"> • يمكن لقانون السامري الصالح تبرئة شخص من المسؤولية القانونية عند إعطاء النالوكسون لإنقاذ حياة شخص آخر [90:89]. 	يخشى المتفرجون من التبعات القانونية لمساعدة أشخاص يستخدمون المخدرات أو يستخدمون الحقن.
التمييز	
<ul style="list-style-type: none"> • يمكن إلغاء التشريع واللوائح التي تعاقب الأفراد على كميات صغيرة من مخدرات الأفيونيات الكيميائية بداعي الاستخدام الشخصي التي لم يصفها محترف طبي. 	يتمّ تجريم استخدام الأفيونيات الكيميائية غير الموصوفة طبيًا.
<ul style="list-style-type: none"> • يمكن دعم المحترفين الطبيين وعاملي الرعاية الصحية الآخرين ليدركوا القيم والمواقف الشخصية تجاه مستخدمي المخدرات ولضمان توفير الخدمات الجيدة وغير التمييزية. ويمكن إلغاء اللوائح التي تمنع توزيع النالوكسون إلا من قبل المحترفين الطبيين لتغيير مهامها ومضاهاة أمثلة برامج النالوكسون من القرين للقرين (P2PN) لإظهار الطريقة التي يستطيع فيها الأشخاص العاديون المدربون / مستخدمو الأفيونيات الكيميائية الاستجابة بفعالية لجرعة أفيونيات كيميائية مفرطة وإنقاذ حياة الأشخاص. 	يواجه الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات التمييز عند طلب الخدمات الصحية.
توزيع النالوكسون والوصول إليه	
<ul style="list-style-type: none"> • يمكن لقانون معني بالوصول إلى النالوكسون السماح للمتفرجين بإعطاء النالوكسون بدون مواجهة مشاكل قانونية. • توفر قوانين السامري الصالح حماية قانونية للمتفرجين الذين يطلبون مساعدة طبية لشخص تناول جرعة مفرطة. 	لا يتوفر النالوكسون سوى للمحترفين الطبيين أو موظفي الطوارئ تحت سيطرة صارمة.
<ul style="list-style-type: none"> • يمكن السماح بشراء النالوكسون بدون وصفة طبية. • يمكن توفير النالوكسون في مواقع توزيع العلاج بالبدائل. • يمكن توفير النالوكسون من خلال مقدمي خدمات الحد من مخاطر استخدام المخدرات، لا سيما برامج توفير الحقن والأدوات النظيفة والوكالات ذات الصلة، مثل ملاجئ المشردين. 	يمكن للوصول بوصفة طبية فقط أن يكون مرهقًا / منهكًا للأشخاص الذين يستخدمون المخدرات.
<ul style="list-style-type: none"> • النالوكسون المأخوذ إلى المنزل: يمكن توفير تدريب أساسي ونالوكسون إلى مستخدمي الأفيونيات الكيميائية وعائلاتهم والأقران وموظفي الحد من مخاطر استخدام المخدرات والخدمات الأخرى المفصلة للأشخاص الذين يستخدمون المخدرات للاستجابة إذا رأوا حالة جرعة مفرطة. • نالوكسون القرين للقرين: يمكن توفير تدريب أساسي ونالوكسون إلى مستخدمي الأفيونيات الكيميائية الذين يمزرون هذه المهارات إلى مستخدمين آخرين لإشباع المجتمعات بالنالوكسون حيث تنتشر جرعات الأفيونيات الكيميائية المفرطة. • يمكن تسهيل الوصول إلى النالوكسون في السجن؛ وتزويد الأشخاص ذوي التاريخ في استخدام الأفيونيات الكيميائية بالنالوكسون بشكل نظامي عند تحريرهم من السجن؛ وتعزيز الاتصالات بالوصول إلى النالوكسون المتواصل في المجتمع بعد الخروج من السجن. • يمكن الاستثمار في تكنولوجيات الاستجابة الطارئة لتنبية الأقران في منطقة محددة من جرعة مفرطة بحيث يمكن تقديم المساعدة بسرعة. • يمكن تطوير أجهزة لإطلاق الحقن التلقائي للنالوكسون داخل شخص عند بدء عوارض الجرعة المفرطة وإشعار تلقائي للمستجيبين في حالات الطوارئ. • يمكن جعل قضبان الرذاذ الأنفية للنالوكسون أرخص وأسهل وصولاً من خلال عدة بائعين في المجتمع. • يمكن تحفيز توافر النالوكسون في مواقع عامة وخاصة متعددة، مثل مواقف القطارات/الباصات والسوبر ماركات والمتاجر العامة. 	بخصوص التوفر الجغرافي، إن نقاط / تغطية التوزيع محدودة.
<ul style="list-style-type: none"> • يمكن تأسيس روابط إحالة بين الأفراد / الوكالات التي توفر تدريب النالوكسون و/أو إدارته في حالة الطوارئ مع تدخلات صحية أخرى، بما في ذلك اختبار فيروس نقص المناعة البشري وفيروس التهاب الكبد C والسل والعدوى المنقولة جنسيًا وعلاجها؛ وينطبق هذا على السجن أيضًا. 	يصعب على مستخدمي الأفيونيات الكيميائية الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية.
<ul style="list-style-type: none"> • يمكن إزالة اللوائح التي تتطلب وصفة طبية للوصول إلى النالوكسون؛ والنظر إلى بلدان مثل إيطاليا بحثًا عن أمثلة عن الممارسة الجيدة عند مناصرة متخذي القرارات؛ وطلب مساعدة تقنية من منظمة الصحة العالمية لمناصرة متخذي القرارات الأساسيين. 	يتطلب مستخدم أفيونيات كيميائية وصفة طبية للحصول على النالوكسون.

الحزمة الشاملة لتدخلات الحد من مخاطر استخدام المخدرات

تتضمن الحزمة الشاملة للحد من مخاطر استخدام المخدرات المدعومة من الأمم المتحدة ما يلي [91]:

1. برامج توفير الحقن والأدوات النظيفة
2. العلاج بالبدائل وعلاجات أخرى للمخدرات مبنية على الدلائل
3. الاختبار والاستشارة لفيروس نقص المناعة البشري
4. العلاج المضاد للفيروسات الفهقرية
5. الوقاية من العدوى المنقولة جنسياً وعلاجها
6. برامج الوقاية للأشخاص الذين يستخدمون المخدرات بالحقن وشركائهم الجنسيين
7. المواد الإعلامية والتثقيفية والاتصال للأشخاص الذين يستخدمون المخدرات بالحقن وشركائهم الجنسيين
8. الوقاية من التهاب الكبد الفيروسي ولقاحه وتشخيصه وعلاجه
9. الوقاية من السل وتشخيصه وعلاجه
10. التدخلات لتوسيع الوصول إلى النالوكسون*

* على الرغم من عدم شمول توسيع الوصول إلى النالوكسون في تعديل العام 2012 للدليل التقني لمنظمة الصحة العالمية ومكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة وبرنامج الأمم المتحدة المعني بالإيدز، إلا أنه يُعتبر مكوناً لتطبيق برامج فيروس نقص المناعة البشري وفيروس التهاب الكبد C الشاملة مع الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات بالحقن: التوجيه العملي للتدخلات التعاونية، الذي طوره وكالات الأمم المتحدة إلى جانب الشبكة الدولية للأشخاص الذين يستخدمون المخدرات (INPUD) [92]، إضافة إلى المبادئ التوجيهية الموحدة المتعلقة بالوقاية من فيروس نقص المناعة البشري وتشخيصه وعلاجه ورعايته للفئات السكانية الأساسية الصادرة عن منظمة الصحة العالمية [93].

غياب التمويل المستدام من المصادر المحلية: احتسبت الجمعية العالمية للحد من المخاطر أن الحد من مخاطر استخدام المخدرات يبقى معتمداً على المانحين الدوليين وأن التمويل في تراجع. ففي العام 2016، تم تخصيص 188 مليون دولار أميركي لتمويل الحد من مخاطر استخدام المخدرات وقد تم تخصيص 13% فقط من مبلغ التمويل المطلوب للحد من مخاطر استخدام المخدرات في البلدان المنخفضة إلى المتوسطة الدخل. وللحصول على استجابة فعالة للحد من مخاطر استخدام المخدرات [95]، تدعو الحاجة إلى تمويل بقيمة 1,5 مليار دولار أميركي.

يجدر بجميع الحكومات تمويل برامج الحد من مخاطر استخدام المخدرات، لا سيما برامج توفير الحقن والأدوات النظيفة والعلاج بالبدائل، من مصادر محلية. ويمكن إضافة الاستجابات لجرعات الأفيونيات الكيميائية المفرطة، إضافة إلى الوصول إلى خدمات اختبار فيروس نقص المناعة البشري وفيروس التهاب الكبد C وعلاجها، بكلفة منخفضة. ويُعد هذا مهماً للغاية لتلك البلدان المنتقلة من مساعدة المانحين الخارجيين إلى استخدام التمويل الوطني، كما كان الحال، على سبيل المثال، في رومانيا. [96]

حق الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات بأعلى مستوى صحي يمكن بلوغه: يتطلب هذا من الحكومات توفير خدمات حد من مخاطر استخدام المخدرات جيدة ومبنية على دلائل وحساسة للنوع الاجتماعي بالتعاون مع المجتمعات والشبكات التي تستخدم المخدرات. وتُعتبر النهج التمييزية ووصم الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات حواجز شائعة أمام الوصول إلى خدمات الاختبار والعلاج لفيروس نقص المناعة البشري وفيروس التهاب الكبد C والسل والعدوى المنقولة جنسياً والصحة الجنسية والإنجابية والحقوق المتعلقة بها (SRHR) والوصول إلى النالوكسون؛ فهي تنتهك حق الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات في أعلى مستوى صحي يمكن بلوغه [97].

[i] تم تلخيص مواصفات إضافية في موجزات أخرى في السلسلة

يتوفر برنامج توفير حقن وأدوات نظيفة واحد على الأقل في 86 بلداً على الرغم من أن تغطية الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات بالحقن في معظم هذه البلدان ليس على المستوى المطلوب للحد من معدل وقوع فيروس نقص المناعة البشري بين الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات بالحقن [i]. ويتوفر أيضاً العلاج بالبدائل في 86 بلداً، لكن ليس بالضرورة البلدان الـ 86 نفسها التي لديها تدخلات برنامج توفير الحقن والأدوات النظيفة [94]. وغالباً ما تكون جودة العلاج بالبدائل غير كافية، لا سيما بشأن استخدام الإجراءات / الأنظمة غير المرنة التي لا تسمح بتحقيق جرعات استقرار الأفراد والحفاظ عليها، الأمر الذي يؤدي غالباً إلى استخدام المخدرات الإشكالي المتواصل من قبل الفرد.

تشمل الفئات السكانية الأساسية الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات بالحقن والعاملين بالجنس والأشخاص مغايري الهوية الجنسية والرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال. وتعتبر المنظمات مثل منظمة الصحة العالمية أيضاً الأشخاص الموجودين في السجون والأماكن المغلقة الأخرى كفئات سكانية أساسية.

www.iasociety.org/Nobody-Left-Behind

القيود في استجابات الحد من مخاطر استخدام المخدرات لجرعات الأفيونيات الكيميائية المفرطة

تتضمن العناصر التي تحد من جهود خدمات الحد من مخاطر استخدام المخدرات للاستجابة إلى جرعات الأفيونيات الكيميائية المفرطة المتزايدة:

البيئة السياسية والقانونية: يستمر معظم البلدان بتجريم الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات، الأمر الذي يولد بيئة عدائية حيث يواجه الأشخاص الذين هم بأمر الحاجة إلى المساعدة الصحية والاجتماعية والاقتصادية عوائق إضافية للوصول إلى الخدمات ومواجهة التهديد بالسجن والإساءة الجسدية وفي بعض البلدان الوفاة. ويقيد هذا الأمر الوصول ليس إلى النالوكسون وحسب بل إلى اختبار فيروس نقص المناعة البشري وفيروس التهاب الكبد C وعلاجها.

يوصم العديد من موظفي الخدمة الصحية والاجتماعية الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات بسبب استخدام المخدرات، الأمر الذي يؤدي إلى رفض وصول الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات إلى هذه الخدمات. لكن بعض السلطات الصحية يقرّ بالفوائد الأخلاقية والعملية لتخطيط الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات وتقديمهم للتدخلات وقيادتها باستخدام مناهج تدريبية مطورة لمقدمي الخدمات غير السريريين [104]. ويمكن للتدخلات بقيادة الأقران، مثل اختبار فيروس نقص المناعة البشري السريع والاستشارة والاختبار الطوعيين والقربى، أن توفر الفرص للوقاية من جراحة الأفيونيات الكيميائية المفرطة والاستجابة لها.

الأدوار الرئيسية التي يلعبها الأقران

يلعب الأقران دورًا محوريًا في راب الصدع بين التدخلات الصحية والاجتماعية التي تديرها الحكومات والوصول إلى هذه الخدمات من قبل الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات. ويتضمن العمل الحاسم من قبل الأقران:

- تطبيق برامج النالوكسون من القرين للقرين
- توفير برامج توفير الحقن والأدوات النظيفة والربط بها
- التوفير والإحالة إلى الاختبارات السريعة لفيروس نقص المناعة البشري والعداوى المنقولة جنسيًا والسل وفيروس التهاب الكبد B وفيروس التهاب الكبد C
- الإحالة إلى الاختبارات التشخيصية التأكيدية حين تأتي اختبارات سريعة بنتيجة إيجابية
- توفير استشارة نفسية اجتماعية
- تسهيل الوصول إلى خدمات العلاج، بما في ذلك الاستجابة لحالات الطوارئ من قبل سيارات الإسعاف
- ربط الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات بمجموعة من الخدمات الاجتماعية والاقتصادية.

وظائف الدعم النفسي الاجتماعي والاقتصادي لبرامج الحدّ

من مخاطر استخدام المخدرات

يركّز معظم المانحون على عدد الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات والذين خضعوا لاختبارات وعلاجات للأمراض المنقولة. لكن هذا الأمر يفتقر للدور الحاسم للاستشارة النفسية الاجتماعية للأشخاص الذين يعانون من أزمة، هذا الدور الذي يؤديه غالبًا الأقران الذين تسمح لهم تجربتهم الحياتية وتعاطفهم بتطوير الثقة مع العديد من الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات والذين يمكنهم تسهيل الإحالة إلى المزيد من خدمات الدعم الأكثر ملاءمة وتفصيلاً.

"شهدنا وباء جديدًا في التهاب الكبد C وفيروس نقص المناعة البشري خلال الأعوام

القليلة الماضية يتعلق بشكل خاص بارتفاع في استخدام الأفيونيات الكيميائية." [98]

د. ساندراسيرينفر، بروفيسور مساعد في الطب، إدارة الطب الداخلي والأمراض المعدية،

كلية يال للطب، الولايات المتحدة الأمريكية

تركيز متزايد على اختبار الأمراض المنقولة وعلاجها

ركّزت برامج الحدّ من مخاطر استخدام المخدرات بشكل متزايد على عدد الأشخاص الذي يتم إخضاعهم للاختبار، وعند الحاجة، الذين تم تزويدهم أو إحالتهم إلى العلاج بسبب فيروس نقص المناعة البشري والسل [99] والعداوى المنقولة جنسيًا والتهاب الكبد الفيروسي، بما في ذلك فيروس التهاب الكبد C [100]. غير أنّ التركيز الصرف على الاختبار السريري للأمراض المنقولة وعلاجها لا يعالج الاحتياجات النفسية الاجتماعية للأفراد، لا سيما الذين يعانون من مشاكل في الصحة الذهنية أو مشاكل اجتماعية اقتصادية معقدة.

وصول متزايد إلى العلاج الوقائي قبل التعرض (PREP)

والعلاج الوقائي بعد التعرض (PEP) للوقاية من فيروس نقص المناعة البشري

تدعو الحاجة إلى إجراء بحث عن الحواجز السياقية والفرص للوقاية من فيروس نقص المناعة البشري بشكل فعال وشامل للأشخاص الذين يستخدمون المخدرات والنتائج الصحية المقترنة بها.

يستخدم العلاج الوقائي قبل التعرض للفيروسات القهقرية للوقاية من اكتساب فيروس نقص المناعة البشري. وتوصي منظمة الصحة العالمية بضرورة تقديم العلاج الوقائي الفموي قبل التعرض الذي يحتوي على فومارات ديسوبروكسيل التينوفوفير (TDF) والإيمتريسيتابين كخيار إضافي للوقاية للفئات السكانية الأساسية [101].

لكن تدعو الحاجة إلى تحقيق مستويات أعلى من توفر وإمكانية الوصول إلى تدخلات الحدّ من مخاطر استخدام المخدرات التي توصي بها منظمة الصحة العالمية ومكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة وبرنامج الأمم المتحدة المعني بالإيدز للأشخاص الذين يستخدمون المخدرات بالحقن و/أو بغير الحقن قبل استثمار الموارد في العلاج الوقائي قبل التعرض للأشخاص الذين يستخدمون المخدرات [102].

يتضمن العلاج الوقائي بعد التعرض استخدام أدوية العلاج المضاد للفيروسات القهقرية للحدّ من إمكانية اكتساب فيروس نقص المناعة البشري بعد التعرض المحتمل. وتوصي منظمة الصحة العالمية بتوفير العلاج الوقائي بعد التعرض إلى كل الأشخاص المؤهلين من الفئات السكانية الأساسية بشكل طوعي [103].

نموذج الوصول إلى النالوكسون	البلد
<p>النالوكسون المأخوذ إلى المنزل (THN)</p> <p>منذ العام 2002، كان استخدام الفتاتيل والنظيرات ذات الصلة السبب الرئيسي للوفيات المتعلقة بالمخدرات في إستونيا، بحيث سجّلت الوفيات 92 حالة عام 2014 (12% من الإناث)[107]. وبحلول العام 2016، بلغت نسبة الوفيات بسبب المخدرات بين البالغين في إستونيا 132,3 بالمليون مقارنة بمعدل الاتحاد الأوروبي البالغ 21,8 بالمليون[108].</p> <p>وحدهم الأطباء يمكنهم وصف النالوكسون في إستونيا. ففي عام 2013، بدأ المعهد الوطني للتنمية الصحية بتطبيق برنامج THN في بلدين من خلال ست مقدمي خدمة مع الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات بتوصية من خدمات الحد من مخاطر استخدام المخدرات[109]. وإثر تدريب لمدة 30 دقيقة، يجب أن يجتاز كل مشارك اختبار المعرفة بالوقاية من الجرعة المفرطة؛ ثم يتم إدخال اسم الشخص إلى قائمة مرضى للتقيد بتسريع وطني ويتم إعطاؤهم علبه نالوكسون مأخوذ إلى المنزل[110]. وبعد ثلاث سنوات، يجب إعادة التدريب.</p> <p>منذ العام 2012 وحتى نهاية عام 2017، تم تدريب 2085 شخصًا وتوزيع 2089 مجموعة من حقن النالوكسون المسبقة التعبئة. وتم توفير 597 عبوة تعبئة إضافية ويُعتقد أنّ 90% منها استُخدمت استجابة لجرعة مفرطة. وفي العام 2015، توسّع البرنامج إلى خمسة سجون فتسجّل 139 سجينًا بحلول نهاية العام 2017[111].</p> <p>غير أن لونيست، المنظمة الإستونية للأشخاص الذين يستخدمون المخدرات، يُقادون إلى مركز شرطة ويخضعون لاختبار مخدرات. وفي حال كانوا إيجابيين لمخدر غير مشروع، تُفرض غرامة على الشخص أو يتم توقيفه[112].</p>	<p>إستونيا</p> <p>"يطلق على تالين غالبًا اسم عاصمة الجرعات المفرطة في أوروبا."</p> <p>لونيست (LUNEST)، المنظمة الإستونية للأشخاص الذين يستخدمون المخدرات [106]</p>
<p>النالوكسون من القرين للقرين (P2PN)</p> <p>"يستطيع المعلومون من الأقران الدخول إلى أماكن استخدام المخدرات والتفاعل معهم وهم يتفاعلون بشكل طبيعي مع نظام الإمداد بالمخدرات المحلي. وحتى في حال عدم وجود مجموعات رسمية لمستخدمي المخدرات، يتعاون [الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات بالحقن] بشكل طبيعي معًا في شبكات مساعدة متبادلة غير رسمية."</p> <p>النالوكسون من القرين للقرين - موجز تقني، الشبكة الأوروبية للأشخاص الذين يستخدمون المخدرات (EuroNPUD) [113]</p> <p>يُعتبر النالوكسون من القرين للقرين (P2PN) نفس النالوكسون المأخوذ إلى المنزل لكنه يركّز على تدريب الأقران لأقران آخرين من أجل إشباع أحد المجتمعات بالنالوكسون، الأمر الذي يزيد من إمكانية تسهيل وصول النالوكسون عند حدوث جرعة مفرطة.</p> <p>بدعم من coAct [114] والشبكة الأوروبية للأشخاص الذين يستخدمون المخدرات (EuroNPUD)، تم تسجيل النالوكسون من القرين للقرين. على سبيل المثال في ولاية كاليفورنيا، ميانمار، تُعتبر الوفيات جراء جرعة الأفيونيات الكيميائية المفرطة شائعة بسبب قوة الهيروين المتوفر العالية واستخدام المخدرات المتعددة ومستويات المعرفة المتدنية للمستخدمين بكيفية الاستجابة لجرعة أفيونيات كيميائية مفرطة.</p> <p>عام 2017، تلقى مستخدمو الأفيونيات الكيميائية تدريبًا في مراكز الاستقبال أو المقاهي أو منازل الأقران بدعم من المجموعات المحلية للأشخاص الذين يستخدمون المخدرات. وقد تم استخدام مقاربتين: درّبت coAct قادة أقران في المجموعة بحيث يتمكنون من مشاركة التدريب مع أقرانهم؛ وتمت استضافة جلسة تدريب حول إدارة جرعات الأفيونيات الكيميائية المفرطة حيث وُرّع مدرّب منظمة أطباء العالم النالوكسون. ومنظمة أطباء العالم هي منظمة دولية تعمل على الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري في ميانمار.</p> <p>نشأت علاقة عمل بين مجموعات مجتمعية وعاملي القرين من منظمة أطباء العالم؛ الأمر الذي يسمح بتوفير واردات إضافية من النالوكسون لمستخدمي الأفيونيات الكيميائية من خلال منظمة أطباء العالم.</p> <p>نظرًا إلى مستويات المعرفة المتدنية للغاية حول عناصر الخطر من جرعة الأفيونيات الكيميائية المفرطة، كانت مشاركة المعرفة أساسًا. فالاستثمار في تدريب قادة أقران من ضمن مجتمعات الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات يُعتبر خطوة أولى في تعديل المعايير الثقافية والفهم المجتمعي حيال الوقاية من جرعة الأفيونيات الكيميائية المفرطة وإدارتها. وقد أدخلت فرق تعبئة المجتمع التابعة لمنظمة أطباء العالم برنامج النالوكسون من القرين للقرين وسجلته منذ ذلك الحين بالشراكة مع الشبكة الوطنية لمستخدمي المخدرات في ميانمار (منطقة كاشين).</p>	<p>ولاية كاشين، ميانمار</p>

النالوكسون المبيع بدون وصفة طبية

"من خصائص النالوكسون أن إدارته على مستوى المجتمع يُعتبر آمناً إلى حد كبير."

بحث حول نموذج توزيع النالوكسون الإيطالي، Forum Droghe

عام 1991، بدأ أطباء في خدمات الاعتماد على المخدرات العامة يصدرون النالوكسون إلى منظمات الحد من مخاطر استخدام المخدرات بسبب الارتفاع الهائل في جرعات الأفيونيات الكيميائية المفرطة في إيطاليا. وبحلول العام 1996، أنشئت مساحة قانونية للنالوكسون ليعطيه المتفرجون؛ وقد أصبح إلزامياً على الصيدليات تخزين الدواء وتوفيره للبيع بدون وصفة طبية، وإن خلال أوقات عمل الصيدلية، الذي قد يكون محدوداً [115]. وقد قلص قانون المحاكمات الجزائية الإيطالي العقوبة من جريمة إلى جنة مدنية بسبب النتائج غير المرغوبة التي تنشأ من خلال اتخاذ إجراءات لإنقاذ الحياة [116] وجعلت مساعدة شخص وُجد فاقداً للوعي أو مصاباً أو في خطر أمراً إلزامياً [117].

إيطاليا

تشترى الحكومة النالوكسون بكميات كبيرة، الأمر الذي قلص الكلفة إلى 1,93 يورو للزجاجة الواحدة عام 2015. ويتلقى الأقران هذا النالوكسون من المستشفيات أو مراكز الاعتماد على المخدرات. وفي العام 2016، أصبح 57 مركز استقبال برامج توفير حقن وأدوات نظيفة وحد من مخاطر استخدام المخدرات متنقلاً يوزع النالوكسون. وكان معدل النفقات 525 يورو للخدمة وقُدرت كلفة برنامج النالوكسون المأخوذ إلى المنزل السنوية دون 30000 يورو [118]، ما يجعل ذلك نهجاً مستداماً للدعم الحكومي. ووجد استفتاء عام 2016 بأن النالوكسون المأخوذ إلى المنزل أدى إلى نتيجة إيجابية لدى 82,3% من الجرعات المفرطة [119]. غير أن خدمات الحد من مخاطر استخدام المخدرات غير موجودة في كل المناطق في إيطاليا ولا يتوفر النالوكسون المأخوذ إلى المنزل في السجن.

منشأة الحقن الآمن

"بعض الأشخاص مهمشون بالفعل ولن يذهبوا إلى

عيادة استقبال ... (أو) طبيب عائلة منتظم. فبالنسبة إلى بعض الأشخاص، هذه نقطة بداية."

أندرو داي، مدير عمليات، هيئة الصحة الساحلية في فانكوفر [120]

إثر دراسة جدوى [121]، تلقت الهيئة الصحية المسؤولة في فانكوفر إعفاءً من قانون مراقبة المخدرات في كندا الذي سمح بافتتاح منشأة الحقن الآمن Insite عام 2003 [122]. وفي العام 2008، رفضت الحكومة المحافظة استمرار تمويل Insite. وتم استئناف القرار في المحكمة وفي العام 2011، أصدرت المحكمة العليا قرارها لصالح Insite [123].

تمتلك Insite مقصورات حيث يتم توفير الأدوات المعقمة للأشخاص الذين يستخدمون المخدرات بالحقن من أجل حقن المخدرات التي حصلوا عليها مسبقاً بإشراف ممرضين (ممرضات) يستجيبون للجرعات المفرطة ويعالجون الاحتياجات الصحية الأخرى. ولا يمكن للمستخدمين شراء المخدرات أو تبادلها داخل منشأة الحقن الآمن. ويتواجد استشاري متخصص في اضطرابات استخدام المخدرات في الموقع، تماماً مثل موظفي الدعم الذين يمكنهم إحالة الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات بالحقن إلى موارد المجتمع، مثل المسكن وإزالة سمية المخدرات والعلاج. وتم افتتاح منشأتين شبيهتين عام 2017 بداعي الطلب.

من أيلول/سبتمبر 2003 ولغاية شباط/فبراير 2018، حقن أكثر من 3,6 مليون شخص المخدرات في Insite وتمت معالجة 48798 حالة سريرية وعكس 6440 حالة جرعة مفرطة. وفي غضون 15 سنة، لم يمت أحد من جرعة مخدرات مفرطة في منشأة حقن آمن [124]. وكل يوم خلال العام 2017، شهدت Insite معدل: 415 حقنة؛ و537 زيارة إلى تبادل الحقن؛ وتوفير 10 علاجات رعاية صحية أخرى؛ وعلاج ست جرعات مخدرات مفرطة؛ وغياب حالات الوفاة [125].

تفيد الدراسات أن Insite ترتبط بـ 88 حالة وفاة أقل جراء جرعة مفرطة لكل 100000 شخص-سنة مقارنةً بأمكان أخرى في فانكوفر [126] وبنسبة 67% أقل لاستدعاء سيارات الإسعاف لعلاج الجرعات المفرطة. وهي تفيد أن Insite منعت 35 حالة عدوى جديدة لفيروس نقص المناعة البشري في السنة ومنعت وفاة ثلاثة أشخاص جراء جرعة مفرطة كل عام [127]. وتوفر هذه الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري 17,6 مليون دولار كندي (حوالي 13 مليون دولار أميركي) لتخفيف التكاليف الطبية المرتبطة بفيروس نقص المناعة البشري خلال الحياة، التي تتخطى بأشواط كلفة تشغيل Insite السنوية البالغة 3 مليون دولار كندي [128]. غير أن الاستخدام المتزايد للفنتانيل في منطقة فانكوفر وزيادة السرعة الناتجة في وفيات الجرعات المفرطة يتطلب استجابة تفوق ما يمكن أن تفعله منشأة حقن آمن ثابتة، مثل Insite [129].

كندا

النالوكسون المأخوذ إلى المنزل (THN)

يقع كيركيتون رود سنتر (KRC) (Kirketon Road Centre) في كينغز كروس، سيدني، ولديه عيادة تابعة قريبة إضافة إلى خدمة حدّ من مخاطر استخدام مخدرات في كارينغبا. وقد تمّ افتتاح مركز KRC عام 1987 وهو يقدم خدمات رعاية صحية رئيسية جيدة وغير حكومية ومجانية ومغفلة لحوالي 4000 شخص في السنة، بحيث يستهدف المجموعات التي تواجه عادةً صعوبة في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية الأولى الرئيسية. وتشمل هذه المجموعات الشباب والعاملين بالجنس والأشخاص الذين يستخدمون المخدرات بالحقن والسكان الأصليين والأشخاص الذين يعانون من التشرد [130].

يوفر KRC النالوكسون مجاناً للأشخاص المعرضين لخطر الجرعة المفرطة وأفراد العائلة أو الأصدقاء أو مقدمي الرعاية. وعند توزيع النالوكسون، يتم توفير تدريب مجاني عن كيفية الوقاية من الجرعة المفرطة واستخدام النالوكسون بشكل صحيح. ويتمّ تسهيل هذا التدريب من قبل ممارسين صحيين يتمتعون بالخبرة في دعم الحياة الأساسية والوقاية من الجرعة المفرطة ويُقدّم إما في مجموعة أو بشكل فردي مباشر. ويتمّ توفير النالوكسون إلى المستفيدين بعد التدريب. ويمكن أن يعود المستفيدون إلى KRC لإعادة ملء النالوكسون عند الحاجة من دون موعد.

من 2012 إلى 2014، تمّ الإبلاغ عن 30 حالة عكس لجرعة الأفيونيات الكيميائية المفرطة على الأقل نتيجة لذلك [131]. ويُعدّ النالوكسون واحداً من مجموعة خدمات الاستقبال المتقدمة. وتشمل الخدمات الأخرى اختبار العدوى المنقولة جنسياً وعلاجها والعلاج الوقائي بعد التعرض والعلاج الوقائي قبل التعرض والعلاج بالبدائل وبرنامج توفير الحقن والأدوات النظيفة والخدمات الاستشارية والمساعدة المنزلية والرعاية بعد الإقفال [132].

غرف استهلاك المخدرات (DCR)

يقع مركز الحقن الذي يتمّ الإشراف عليه طبيّاً المؤدّد [Uniting Medically Supervised Injecting Centre (MSIC)] مقابل محطة كينغز كروس في سيدني وقد قدّم خدمات استقبال، بما في ذلك غرفة استهلاك مخدرات، من دون موعد لحوالي 16500 شخص منذ افتتاحه عام 2001. ويتمّكّن المستفيدون من البقاء مجهولي الهوية. ويشرف المرصون المسجلون ومسؤولو التربية الصحية على حقن المخدرات في المركز ويوفرون الوصول الفوري إلى الرعاية الطبية الطارئة عند الحاجة، بما في ذلك عكس جرعة الأفيونيات الكيميائية المفرطة باستخدام النالوكسون.

لم يصل حوالي 70% من الأشخاص المسجلين في MSIC إلى خدمة صحية محلية من قبل ووافق 80% من المستفيدين في النهاية على إحالة لعلاج الاعتماد على المخدرات وإعادة التأهيل منها أو لخدمات الرعاية السكنية والقانونية والاجتماعية. وقد تمّ الإبلاغ عن دعم 70% تقريباً من الشركات المحلية و78% من السكان المحليين للمركز [133]. ومنذ افتتاحه، أدار المركز أكثر من 8500 جرعة مفرطة من دون تسجيل وفيات [134].

استراليا

يدير المركز ورشة عمل تدوم أربع ساعات طوال العام لتحديد جرعة الأفيونيات الكيميائية المفرطة وإدارتها ضمن المجتمع للأشخاص الذين يعملون مع مستخدمي الأفيونيات الكيميائية. ويشمل التدريب حالات عرض عملية للتنفس الإنفاذي باستخدام دمية وطريقة إعطاء الناركان (اسم علامة تجارية للنالوكسون) في حال حدوث جرعة مفرطة. ويكلفّ التدريب 140 دولاراً استرالياً (حوالي 106 دولار أميركية) لكل مشترك وهو يتضمّن عبئة ناركان تؤخذ إلى المنزل تحتوي على جرعتين [135].

النالوكسون من القرين للقرين (P2PN)

إنّ تحالف كانبيرا للحدّ من مخاطر استخدام المخدرات ومناصرتّه [Canberra Alliance for Harm Minimisation and Advocacy (CAHMA)] هو منظمة للأشخاص الذين يستخدمون المخدرات والتي سجّلت أول برنامج نالوكسون بوصفة طبية في استراليا في منطقة العاصمة الاسترالية. ففي عام 2012، لعب الوزير الأول في منطقة العاصمة الاسترالية دوراً محورياً من خلال مناصرة تدخلات الحدّ من مخاطر استخدام المخدرات. وتقدّم CAHMA تدريب قرانين من خلال خدمات المخدرات في المجتمع وفي منازل الأقران. وهي تدفع للأقران مبلغ 30 دولاراً استرالياً (حوالي 20 دولاراً أميركياً) لإكمال التدريب يكتب بعده طبيب CAHMA وصفة طبية للنالوكسون لكل مشترك. وتشمل العلب الموزعة معلومات عن الحدّ من مخاطر استخدام المخدرات وخمس جرعات بيعضلية من النالوكسون عيار 0,4 ملغ. وبما أنّه يمكن شراء الدواء بدون وصفة طبية في الصيدليات، يوزع الأقران المدربون في المجتمع النالوكسون بعد تدخلات موجزة تكون نسخاً أقصر من تدريب CAHMA [136].

وجد تقييم أنّه يمكن توزيع النالوكسون بأمان إلى أشخاص غير المحترفين الطبيين واستخدامه بنجاح من قبلهم لعكس جرعة الأفيونيات الكيميائية المفرطة. وقد أشار إلى توثيق 57 حالة عكس للجرعة المفرطة باستخدام النالوكسون الصادر عن البرنامج. بالإضافة، سلّط الضوء على 18 سجيناً في سجن كانبيرا يتمّ تدريبهم على الوقاية من الجرعة المفرطة وإعطاء النالوكسون؛ وقد حصل بعضهم على نالوكسون بوصفة طبية بعد خروجهم من السجن. وقد ذكر التقييم أنّ المشاركين أبلغوا عن أثر عاطفي إيجابي لمشاركتهم في عملية عكس جرعة أفيونيات طبيعية مفرطة على صعيد المجتمع. وقد تُفّف العديد أفراد العائلة بشأن النالوكسون [137].

أثبت نموذج النالوكسون من القرين للقرين أنّ الأقران يمكنهم المحافظة بشكل محترف على التركيز والزخم لإدارة جرعة الأفيونيات الكيميائية المفرطة: كان النالوكسون من القرين للقرين في قلب تجربة كانبيرا وضمنت CAHMA تسجيل التدخل من خلال أقرانها، بالإضافة إلى الممارسين والأشخاص الذين يتحضرون للخروج من السجن [138].

المبدأ الأساسي

يمكن لاستجابة صحية عامة تكون مستدامة وتستثمر في برامج للحدّ من مخاطر استخدام المخدرات مجتمعية شاملة ويقودها الأقران أن تعالج بطريقة فعالة الكلفة وسريعة العديد من مسائل الوصول إلى علاج جرعة الأفيونيات الكيميائية المفرطة. في الوقت نفسه، يمكنها تسهيل الوصول إلى الوقاية والاختبار والعلاج لفيروس نقص المناعة البشري وفيروس التهاب الكبد C والسل والعداوى المنقولة جنسياً والقاح لفيروس التهاب الكبد B لجميع أفراد المجتمع، بما في ذلك الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات والفئات السكانية المهمشة.

للمشرّعين ومتخذي القرارات والمناصرين

ناصروا تدخلات الحدّ من مخاطر استخدام المخدرات وأظهروا قيادة سياسية وانتباهاً للصحة العامة للجميع.

وسّعوا تغطية برامج توفير الحقن والأدوات النظيفة إلى 200 حقنة وأداة معقمة كحد أدنى للشخص الواحد الذي يستخدم المخدرات بالحقن في السنة بحلول العام 2020 و300 بحلول العام 2030 [141] واستخدموا هذه الخدمات لزيادة الوصول إلى النالوكسون وأيضاً إلى خدمات اختبار وعلاج فيروس نقص المناعة البشري والسل والعداوى المنقولة جنسياً وفيروس التهاب الكبد C.

ألغوا تجريم الكميات الصغيرة للمخدرات غير المشروعة بداعي الاستخدام الشخصي. فقد أظهر هذا النهج أنه يسهّل وصول الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات إلى خدمات الحدّ من مخاطر استخدام المخدرات، بما في ذلك اختبار فيروس نقص المناعة البشري وفيروس التهاب الكبد C والسل والعداوى المنقولة جنسياً وعلاجها وسيسهّل الوصول إلى النالوكسون وحماية حقوق جميع الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات. ببساطة، يؤدي الحظر إلى حالات وفاة جراء الجرعات المفرطة. ويشمل إلغاء التجريم إزالة العقوبات الجنائية بسبب استخدام كميات صغيرة من المخدرات وحيازتها لاستخدام شخصي.

أرفعوا الاستثمار السنوي في برامج الحدّ من مخاطر استخدام المخدرات للأشخاص الذين يستخدمون المخدرات بالحقن في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل من 188 مليون دولار عام 2016 إلى 1,5 مليار دولار في العام الواحد. فمن خلال القيام بذلك، تتوسع خدمات الحدّ من مخاطر استخدام المخدرات لتبلغ 90% من الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات بالحقن [142]، بما في ذلك برنامج القربى بقيادة الأقران وبرنامج توفير الحقن والأدوات النظيفة وخدمات العلاج بالبدائل الجيد والتي يطبقها محترفون صحيون مدربون حسب الأصول. ويمكن تحقيق الوصول إلى النالوكسون من خلال هذه الاستثمارات بكلفة إضافية بسيطة. وبأقرب وقت ممكن، أرفعوا نسبة التمويل لبرامج الحدّ من مخاطر استخدام المخدرات من المصادر المحلية وابتعدوا عن مساعدة المانحين الخارجيين لضمان استدامة التدخلات.

عدّلوا التشريع والسياسة والاستراتيجية لزيادة الوصول إلى النالوكسون من خلال:

- تطبيق توصية الدورة الاستثنائية للجمعية العامة للأمم المتحدة لعام 2016 بحيث تشمل الاستراتيجيات والتشريعات الوطنية "استخدام مضادات استقبال الأفيونيات الكيميائية مثل النالوكسون للحدّ من الوفيات المتعلقة بالمخدرات" [140].
- تمرير قانون الوصول إلى النالوكسون أو ما يعادله للسماح للمتفرجين بإعطاء النالوكسون من دون الخوف من عقوبات قانونية
- تمرير قانون السامري الصالح أو ما يعادله لتوفير حماية قانونية للمتفرجين الذين يطلبون مساعدة طبية لشخص يُشتبه بأنه تناول جرعة مخدرات مفرطة
- إصدار إعفاءات قانونية لتسهيل الوصول إلى النالوكسون من خلال آليات خدمة متعددة في المجتمعات
- الأهم، توفير النالوكسون من دون وصفة طبية.

جدوا بدائل عن السجن كعقوبة لاستخدام المخدرات وجرانم المخدرات المنخفضة المستوى الأخرى حيث لم يتمّ بعد تطبيق إلغاء تجريم استخدام المخدرات. ويجب أيضاً توفير استجابة صحية عامة لاستخدام المخدرات في السجون ومنشآت الاعتقال الأخرى، بما في ذلك برامج توفير الحقن والأدوات النظيفة والعلاج بالبدائل والوصول إلى النالوكسون، لا سيما للأشخاص الذين لديهم تاريخ باستخدام الأفيونيات الكيميائية وبشكل خاص عند خروجهم من السجن.

زيدوا نسبة الأشخاص المعتمدين على الأفيونيات الكيميائية الذي يتبعون العلاج بالبدائل إلى 40% على الأقل [143] بأسرع وقت ممكن واستخدموا هذه الخدمات لزيادة الوصول إلى النالوكسون وإلى خدمات اختبار وعلاج فيروس نقص المناعة البشري والسل والعدوى المنقولة جنسياً وفيروس التهاب الكبد C.

يجب أن يلعب الأشخاص الذين يستخدمون الأفيونيات الكيميائية دوراً مركزياً ومفيداً في تصميم مبادرات الوقاية من جرعات الأفيونيات الكيميائية المفرطة والاستجابة لها وتطبيقها وتقييمها.

فصلوا خدمات علاج جرعة الأفيونيات الكيميائية المفرطة وخدمات الحد من مخاطر استخدام المخدرات وفق احتياجات النساء والشباب الذين يستخدمون المخدرات واتخذوا نهجاً مرتكزاً على الشخص لتلبية احتياجات الصحة الذهنية والاحتياجات الصحية المتكاملة الأخرى. ويجب دمج زيادة الوصول إلى النالوكسون للنساء اللواتي يستخدمن الأفيونيات الكيميائية مع تدخلات الصحة الجنسية والإنجابية والحقوق المتعلقة بها [144].

وسعوا التدريب على الاستجابة لجرعة الأفيونيات الكيميائية المفرطة بقيادة المجتمع لتشمل المستجيبين الأوائل، لا سيما الأقران من شبكات الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات والأشخاص المرجح أن يشهدوا جرعة أفيونيات كيميائية مفرطة، بما في ذلك أفراد العائلة وعاملي برامج القربى الأقران المعنيين بالحد من مخاطر استخدام المخدرات.

يجب وضع أنظمة تحذير مبكر وترصد للمخدرات من أجل تزويد الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات بسرعة بالمعلومات حول المخدرات المضرّة المحددة في المجتمع، بما في ذلك المخدرات المخلوطة بالفنتانيل ونظيراته وللإبلاغ عن إجراءات مبنية على دلائل سريعة لحماية صحة الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات. واعملوا بالتعاون مع الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات لجعل هذه الأنظمة شغالة.

تبدیل المهام من خلال تدريب جميع موظفي الرعاية الصحية على الاستجابة لجرعة أفيونيات كيميائية مفرطة، لا سيما تطبيق الموظفين لخدمات العلاج بالبدائل وتطبيق الموظفين لتدخلات صحية أخرى يحضرها مستخدمو الأفيونيات الكيميائية، مثل مواقع اختبار فيروس نقص المناعة البشري وفيروس التهاب الكبد C وعلاجهما، وموظفي الخدمات غير الصحية، مثل ملاجئ المشردين ومطابخ الطعام وغيرها.

وَقَرُّوا التدريب على الحد من الوصمة لعاملي الرعاية الصحية الذين يحتكون بانتظام بالأشخاص الذين يستخدمون المخدرات لتسهيل الوصول الأكبر من قبل جميع الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات إلى، والتقيّد بالخدمات الصحية الجيدة، بما في ذلك الوقاية من جرعة الأفيونيات الكيميائية المفرطة وإدارتها، إضافةً إلى الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري و التهاب الكبد الفيروسي والسل والعداوى المنقولة جنسياً واختبارها وعلاجها والصحة الجنسية والإنجابية والحقوق المتعلقة بها.

لشبكات / مجموعات الأشخاص الأكثر تأثراً باستخدام الأفيونيات الكيميائية

طبقوا ثروة المعرفة وتجربة مجموعات الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات حول العالم في الوصول إلى النالوكسون، بما في ذلك الترتيبات للوصول إلى النالوكسون من خلال منشآت علاج المخدرات أو المستشفيات العامة.

ناصروا متخذي القرارات ومقدمي الخدمة الصحية والماتحين ووسائل الإعلام بشأن الحاجة إلى الوصول إلى النالوكسون في المجتمع من خلال أمثلة إيجابية من مكان آخر، لا سيما تأسيس خدمات النالوكسون من القرنين للقرين.

عزّزوا احتياجات النساء والشباب الذين يستخدمون المخدرات للوصول إلى النالوكسون في المجتمع.

للماتحين ووكالات التنمية

استثمروا في نُهج تقنية مبتكرة من أجل: منع الوفاة من جرعة أفيونيات كيميائية مفرطة من خلال إدارة تلقائية أو بعيدة النالوكسون؛ وتنبيه المستجيبين الأوائل بسرعة بشأن حدوث جرعة أفيونيات كيميائية مفرطة؛ وتحديد الموقع الدقيق لحالة الجرعة المفرطة.

ناصروا زيادة الحكومات لتمويل تدخلات الوقاية من الجرعة المفرطة وإدارتها إضافةً إلى زيادة متخذي القرارات الحكوميين الأساسيين للتمويل المحلي والمساعدة في ضمان شمولية هذه التدخلات والتقيّد بها واستدامتها.

يمكن تفادي الوفاة الناتجة عن جرعة أفيونيات كيميائية مفرطة بشكل كامل من خلال إدارة سريعة للنالوكسون، وهو أمر أوصت منظمة الصحة العالمية باستخدامه في علاج جرعة أفيونيات كيميائية مفرطة. لذا يمكن، بل يجب، تخطي الحواجز أمام الوصول إلى النالوكسون. وتتوفر منظمات الأمم المتحدة وغيرها من المنظمات الدولية والإقليمية والوطنية، بما في ذلك مجموعات الأشخاص الذين يستخدمون المخدرات، وهي مستعدة لتقديم الدعم التقني والعمل للحكومات ومقدمي الرعاية الصحية ومستخدمي الأفيونيات الكيميائية ومجموعات وشبكات المجتمع من أجل وضع سريع لآليات من شأنها جعل وصول مستخدمي الأفيونيات الكيميائية إلى النالوكسون أمراً سهلاً. وتتوفر نماذج الممارسة الجيدة لتحسين الوصول إلى النالوكسون من حول العالم. فهذه الأمثلة تيرهن أنّ توفير النالوكسون، إضافةً إلى تمكين مستخدمي الأفيونيات الكيميائية من الاطلاع على تقديم الخدمات الصحية وقيادة برامج القربى القائمة على الأقران، وإدارة النالوكسون إجراءات يمكن أن تنقذ الحياة.

التوصيات - شكر خاص إلى غراهام شو لمساهمته في هذا المشروع. وشكر أيضاً إلى كاتري أيل-أولو وجان بول غراندي ويات أوهرير وإيبرهارد شاتز ومات ساوثويل وأنيلى أوسكولا وأنيث فيرستر وروث بيرجين وبرين غاي وميلين غريون وسام شيرلي-بيغان وماري فيلان. وأمكن صياغة موجز السياسة هذا بدعم من المعاهد الوطنية الأمريكية للمؤسسة الوطنية المعنية بالمخدرات في الولايات المتحدة الأمريكية (NIDA: <https://www.drugabuse.gov>).

1. Levy J. A war on the health of people who use drug. London, UK; International Network of People who Use Drug (INPUD), 2014, p4. http://www.druguserpeaceinitiative.org/dupidocuments/DUPI-A_War_on_the_Health_of_People_who_Use_Drugs.pdf. Accessed 24 May 2019.
2. Barglow R. The Opioid Epidemic Misunderstood. *Skeptic Magazine*, Vol. 24 No. 1, Altadena, CA, USA; The Skeptics Society, March 2019. https://www.skeptic.com/reading_room/how-to-effectively-combat-the-opioid-epidemic/. Accessed 15 August 2019.
3. WHO, UNODC, UNAIDS technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users – 2012 revision. Geneva; World Health Organization, January 2013. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77969/9789241504379_eng.pdf. Accessed 8 May 2019.
4. Brugal TM, Barrio G, Fuente LDL, Regidor E, Royuela L, Selves JM. Factors associated with non-fatal heroin overdose: assessing the effect of frequency and route of heroin administration. *Addiction*, Vol. 97, No. 3 (2002), pp. 319–327. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11964108>. Accessed 1 May 2019.
5. United Nations Office on Drugs and Crime, World Health Organization. Opioid overdose: preventing and reducing opioid overdose mortality, Discussion Paper. Vienna; United Nations Office of Drugs and Crime, World Health Organization, 2013. https://www.who.int/substance_abuse/publications/opioid_overdose.pdf. Accessed 30 April 2019.
6. Darke S, Mattick R, Degenhardt L. The ratio of non-fatal to fatal overdose. *Addiction*. 2003;98:1169–1170, in, UNODC, WHO. Opioid overdose: preventing and reducing opioid overdose mortality, Discussion Paper. Vienna; United Nations Office of Drugs and Crime, World Health Organization, 2013. https://www.who.int/substance_abuse/publications/opioid_overdose.pdf. Accessed 30 April 2019.
7. Martins SS, Sampson L, Cerdá M, Galea S. Worldwide prevalence and trends in unintentional drug overdose: a systematic review of the literature. *Am J Public Health*. 2015 Nov;105(11):e29–49. doi: 10.2105/AJPH.2015.302843. Accessed 1 May 2019.
8. Schueler HE. Emerging Synthetic Fentanyl Analogs. *Acad Forensic Pathol*. 2017 7(1): 36–40, doi:10.23907/2017.004. Accessed 29 April 2019.
9. Volpe DA, Tobin GAM, Mellon RD, et al. Uniform assessment and ranking of opioid Mu receptor binding constants for selected opioid drugs. *Regul Toxicol Pharmacol*. 2011;59(3):385–390. doi:10.1016/j.yrtph.2010.12.007. Accessed 1 May 2019.
10. Higashikawa Y, Suzuki S. Studies on 1-(2-phenethyl)-4-(N-propionylanilino) piperidine (fentanyl) and its related compounds. VI. Structure-analgesic activity relationship for fentanyl, methyl-substituted fentanyls and other analogues. *Forensic Toxicol*. 2008;26(1):1–5. doi:10.1007/s11419-007-0039-1. Accessed 1 May 2019.
11. For example, Ho JY. The Contemporary American Drug Overdose Epidemic in International Perspective. *Population and Development Review*. Vol. 45 Issue 1, March 2019, p7–40. <https://doi.org/10.1111/padr.12228>. Accessed 16 August 2019.
12. National Records of Scotland. Drug-related Deaths in Scotland in 2018. Edinburgh, Scotland; National Records of Scotland, 16 July 2019. <https://www.nrscotland.gov.uk/files//statistics/drug-related-deaths/2018/drug-related-deaths-18-tabs-figs.xlsx>. Accessed 15 August 2019.
13. Hedegaard H, Miniño AM, Warner M. Drug overdose deaths in the United States, 1999–2017. NCHS Data Brief, No. 329. Hyattsville, MD, USA; National Center for Health Statistics, 2018, p4. <https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db329-h.pdf>. Accessed 15 August 2019.
14. Centers for Disease Control and Prevention. Provisional Drug Overdose Death Counts. Atlanta, GA, USA; National Center for Health Statistics, November 2018. <https://www.cdc.gov/nchs/nvss/vsrr/drug-overdose-data.htm>. Accessed 28 June 2019.
15. National Institute for Health Development (NIHD). Estonia Country Drug Report 2019. Luxembourg; Publications Office of the European Union, 2019. http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11337/estonia-cdr-2019_0.pdf. Accessed 16 August 2019; European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Statistical Bulletin 2019 – overdose deaths. Luxembourg; Publications Office of the European Union, 2019. <http://www.emcdda.europa.eu/data/stats2019/drd>. Accessed 16 August 2019.
16. Roxburgh A, Dobbins T, Degenhardt L, Peacock A. Opioid-, amphetamine-, and cocaine-induced deaths in Australia: August 2018. Sydney, Australia; National Drug and Alcohol Research Centre (NDARC), UNSW. https://ndarc.med.unsw.edu.au/sites/default/files/newsevents/events/Drug%20Induced%20Deaths_August%202018_Drug%20Trends%20Bulletin.pdf. Accessed 30 April 2019.
17. Office for National Statistics. Statistical Bulletin: Deaths related to drug poisoning in England and Wales: 2018 registrations. London, UK; The National Archives, 15 August 2019. <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/bulletins/deathsrelatedtodrugpoisoninginenglandandwales/2018registrations/pdf>. Accessed 15 August 2019; see also, <https://www.ons.gov.uk/file?uri=/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/datasets/gpoisoningbyselectedsubstances/2018registrations/2018pivot14082019120833.xlsx>. Accessed 15 August 2019.
18. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Drug-related deaths and mortality in Europe: update from the EMCDDA expert network. Luxembourg; Publications Office of the European Union, July 2019, p4. http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11485/20193286_TD0319444ENN.PDF. Accessed 16 August 2019.
19. This includes Armenia, Azerbaijan, Georgia, Kazakhstan, Kyrgyzstan, Tajikistan, Turkmenistan and Uzbekistan; see, United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2018. Vienna; United Nations, June 2018, Booklet 2, Global Overview of Drug Demand and Supply: Latest trends, cross cutting issues. https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_Booklet_2_GLOBAL.pdf. Accessed 16 August 2019.
20. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Statistics and data: Drug-related deaths and mortality rates in Asia. Vienna; UNODC. <https://dataunodc.un.org/drugs/mortality/asia>. Accessed 1 May 2019.
21. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Statistics and data: Drug-related deaths and mortality rates in Americas. Vienna; UNODC. <https://dataunodc.un.org/drugs/mortality/americas>. Accessed 1 May 2019.
22. World Health Organization, United Nations Office on Drugs and Crime. Fifth WHO–UNODC Expert Consultation on New Psychoactive Substances Addressing the challenges of non-medical use of opioids, Meeting Report. Geneva, Switzerland; WHO, September 2018. https://www.unodc.org/pdf/opioids-crisis/Meeting_Report_24-25_September_2018_Fifth_WHOUNODC_Expert_Consultation_on_New_Psychoactive_Substances_Addressing_the_challenges_of_non-medical_use_of_opioids.pdf. Accessed 29 April 2019; Nolan ML, Shamasunder S, Colon-Berezin C, Kunins HV, Paone D. Increased Presence of Fentanyl in Cocaine-Involved Fatal Overdoses: Implications for Prevention. *J Urban Health*. 2019 Feb;96(1):49–54. doi: 10.1007/s11524-018-00343-z. Accessed 15 August 2019.

23. WHO, UNODC. Fifth WHO–UNODC Expert Consultation, *Ibid*.
24. Tecimer N. The Dangerous Opioid from India. In, *New Perspectives in Foreign Policy*, Issue 15, Spring 2018, Center for Strategic and International Studies (CSIS), p48-53, https://csis-prod.s3.amazonaws.com/s3fs-public/180323_opioid_india_tecimer.pdf. Accessed 1 May 2019.
25. UNODC, *World Drug Report 2018*, Booklet 2, p6, *Op. cit*.
26. World Health Organization. Information sheet on opioid overdose. Geneva; WHO, August 2018. https://www.who.int/substance_abuse/information-sheet/en/. Accessed 16 August 2019.
27. Sordo L, Barrio G, Bravo MJ, Indave BI, Degenhardt L, et al. Mortality risk during and after opioid substitution treatment: systematic review and meta-analysis of cohort studies. *BMJ* 2017;357:j1550. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.j1550>. Accessed 16 August 2019.
28. World Health Organization. Preventing overdose deaths in the criminal-justice system. Copenhagen, Denmark; WHO Regional Office for Europe, updated reprint 2014. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/114914/Preventing-overdose-deaths-in-the-criminal-justice-system.pdf. Accessed 11 May 2019.
29. Strang J, McCambridge J, Best D, Beswick T, Bearn J, et al. Loss of tolerance and overdose mortality after inpatient opiate detoxification: follow up study. *BMJ*. 2003 May 3;326(7396):959-60. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.326.7396.959>. Accessed 11 May 2019.
30. Caudarella A, Dong H, Milloy MJ, Kerr T, Wood E, Hayashi K. Non-fatal overdose as a risk factor for subsequent fatal overdose among people who inject drugs. *Drug Alcohol Depend*. 2016 May 1;162:51-5. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2016.02.024. Accessed 11 May 2019.
31. Gaither JR, Shabanova V, Leventhal JM. US National Trends in Pediatric Deaths From Prescription and Illicit Opioids, 1999-2016. *JAMA Network Open*. 2018;1(8):e186558. doi:10.1001/jamanetworkopen.2018.6558. Accessed 25 April 2019.
32. Allen JD, Casavant MJ, Spiller HA, et al. Prescription Opioid Exposures Among Children and Adolescents in the United States: 2000–2015. *Pediatrics*. 2017;139(4): e20163382 <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/139/4/e20163382.full.pdf>. Accessed 25 April 2019.
33. United Nations Office on Drugs and Crime, International Network of People Who Use Drugs, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, United Nations Development Programme, United Nations Population Fund, World Health Organization, United States Agency for International Development. Implementing comprehensive HIV and HCV programmes with people who inject drugs: practical guidance for collaborative interventions. Vienna, Austria; United Nations Office on Drugs and Crime, 2017, p92. https://www.who.int/hiv/pub/idu/IDUIT_2017.pdf. Accessed 16 August 2019.
34. WHO, Information sheet, *Ibid*.
35. World Health Organization. Community management of opioid overdose. Geneva; WHO, 2014. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/137462/9789241548816_eng.pdf. Accessed 16 August 2019; see also, WHO, Information sheet, *Op. cit*.
36. Jones JD, Campbell A, Metz VE, Comer SD. No evidence of compensatory drug use risk behavior among heroin users after receiving take-home naloxone. *Addictive Behaviors*, Vol. 71, August 2017, p104-106. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.03.008>. Accessed 9 May 2019.
37. World Health Organization. WHO Model List of Essential Medicines. 20th List. Geneva; WHO, Amended August 2017, p4. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/273826/EML-20-eng.pdf>. Accessed 2 May 2019.
38. World Health Organization. Global Health Observatory data repository: Registration of naloxone for injection for opioid overdose: Data by country, updated 1 September 2017, <http://apps.who.int/gho/data/node.main.RSUD510?lang=en>, accessed 29 April 2019; additional registration information from Papua New Guinea and Zambia was identified by the author through a separate search using Google LLC Web Search at <https://www.google.com/>.
39. World Health Organization. Global Health Observatory data repository: Availability of naloxone: Data by country. Updated 1 September 2017. <http://apps.who.int/gho/data/node.main.RSUD520?lang=en>. Accessed 29 April 2019; additional up-to-date information was gathered through an internet-based search using the Google LLC Web Search at <https://www.google.com/>
40. UNODC, *World Drug Report 2018*, Booklet 2, p20, *Op. cit*.
41. Chimbar L, Moleta Y. Naloxone Effectiveness: A Systematic Review. *Journal of Addictions Nursing*, Jul/Sep 2018, Vol. 29/3, pp167-171. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/JAN.0000000000000230>. Accessed 23 May 2019.
42. McDonald R, Campbell ND, Strang J. Twenty years of take-home naloxone for the prevention of overdose deaths from heroin and other opioids - Conception and maturation. *Drug Alcohol Depend*. 2017 Sep 1;178:176-187. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2017.05.001. Accessed 1 May 2019.
43. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Preventing fatal overdoses: a systematic review of the effectiveness of take-home naloxone, EMCDDA Papers. Luxembourg; Publications Office of the European Union, 2015. doi:10.2810/396726. Accessed 14 May 2019.
44. Clark AK, Wilder CM, Winstanley EL. A systematic review of community opioid overdose prevention and naloxone distribution programs. *J Addict Med*. 2014 May-Jun;8(3):153-63. doi: 10.1097/ADM.0000000000000034. Accessed 8 May 2019.
45. Coffin PO, Sullivan SD. Cost-effectiveness of distributing naloxone to heroin users for lay overdose reversal. *Ann Intern Med*. 2013 Jan 1;158(1):1-9. doi: 10.7326/0003-4819-158-1-201301010-00003. Accessed 1 May 2019.
46. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Preventing opioid overdose deaths with take-home naloxone. Luxembourg; Publications Office of the European Union, 2016, p50-52. <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2089/TDXD15020ENN.pdf>. Accessed 1 May 2019.
47. EMCDDA Preventing opioid overdose, *Ibid*.
48. At least one naloxone peer distribution programme is operational in Afghanistan, Australia, Canada, India and Mexico; see, Stone K, Shirley-Beavan S. *Global State of Harm Reduction 2018 [GSHR 2018]*. London, UK; Harm Reduction International, 2018, Table 1.1.1., p14-17. <https://www.hri.global/files/2019/02/05/global-state-harm-reduction-2018.pdf>. Accessed 13 May 2019.
49. Including China, Georgia, Kazakhstan, Kyrgyzstan, Tajikistan, Thailand and Vietnam; see, UNODC, WHO, Opioid overdose, *Ibid*.
50. Ng J, Sutherland C, Kolber MR. Does evidence support supervised injection sites? *Can Fam Physician*. 2017 Nov; 63(11): 866. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5685449/>. Accessed 21 May 2019.
51. Scheim A, Werb D. Integrating supervised consumption into a continuum of care for people who use drugs. *CMAJ* August 07, 2018 190 (31) E921-E922; DOI: <https://doi.org/10.1503/cmaj.180824>. Accessed 24 May 2019.

52. As of April 2018, this includes: 76 in Australia, Canada, USA; 10 in Denmark, Norway; 4 in France, Ireland, Belgium; 27 in Germany; 2 in Luxembourg; 31 in the Netherlands; 1 in Slovenia; 17 in Spain, Portugal; 14 in Switzerland; see, International Network of Drug Consumption Rooms (INDCR), <http://www.drugconsumptionroom-international.org/>, accessed 27 June 2019; European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Drug consumption rooms: An overview of provision and evidence (Perspectives on Drugs). Lisbon, Portugal; EMCDDA, October 2018, p2. http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2734/POD_Drug%20consumption%20rooms.pdf Accessed 27 June 2019; Stone K, et al, GSHR 2018, Ibid.
53. For example, Kral AH, Davidson PJ. Addressing the Nation's Opioid Epidemic: Lessons from an Unsanctioned Supervised Injection Site in the U.S. *Am J Prev Med*, December 2017, Vol. 53, Issue 6, p919-922. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2017.06.010>. Accessed 13 May 2019.
54. Beletsky L, Baker P, Arredondo J, Emuka A, Goodman-Meza D, et al. The global health and equity imperative for safe consumption facilities. *The Lancet*, Vol 392, Issue 10147, p553-554, August 18, 2018. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31469-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31469-7). Accessed 21 May 2019.
55. Drug Policy Alliance (DPA). Fact Sheet: Heroin-Assisted Treatment (HAT). New York, NY, USA; DPA, February 2016. https://www.drugpolicy.org/sites/default/files/DPA%20Fact%20Sheet_Heroin-Assisted%20Treatment_%28Feb.%202016%29.pdf. Accessed 13 May 2019.
56. NZ Drug Foundation. Cheese, chocolate, watches - and heroin-assisted treatment. *Matters of Substance*, October 2017, Vol. 28, Issue No. 3. <https://www.drugfoundation.org.nz/matters-of-substance/october-2017/cheese-chocolate-watches-and-heroin-assisted-treatment/>. Accessed 13 May 2019.
57. Smart R. Evidence on the Effectiveness of Heroin-Assisted Treatment. Santa Monica, CA, USA; RAND Corporation, December 2018. https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working_papers/WR1200/WR1263/RAND_WR1263.pdf. Accessed 13 May 2019.
58. Uchtenhagen A. The challenges in introducing regulated heroin treatment. Oxford, UK; The Beckley Foundation, 2016. <https://beckleyfoundation.org/wp-content/uploads/2016/04/The-Challenges-in-Introducing-Regulated.pdf>. Accessed 13 May 2019.
59. Smart R, Ibid.
60. Brunt T. Drug checking as a harm reduction tool for recreational drug users: opportunities and challenges. Lisbon, Portugal; European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 30 October 2017. http://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/6339/EuropeanResponsesGuide2017_BackgroundPaper-Drug-checking-harm-reduction_0.pdf. Accessed 1 May 2019; European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Preventing overdose deaths in Europe (Perspectives on drugs). Luxembourg; Publications Office of the European Union, October 2018. http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2748/POD_Preventing%20overdose%20deaths.pdf. Accessed 1 May 2019; Stone K, Shirley-Beavan S, Ibid.
61. Brunt T, Ibid.
62. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Health and social responses to drug problems: A European guide. Luxembourg; Publications Office of the European Union, October 2017. doi: 10.2810/244934. Accessed 1 May 2019.
63. Coulter E. Vancouver fentanyl screening program expands to overdose prevention sites. *News1130*, Vancouver, BC, Canada; Rogers Media, August 31, 2017. <https://www.citynews1130.com/2017/08/31/fentanyl-screening-program-vancouver-expands-overdose-prevention-sites/>. Accessed 22 May 2019.
64. Neill DB, Herlands W. Machine Learning for Drug Overdose Surveillance. *Journal of Technology in Human Services*, Vol. 36, 2018, Issue 1, p8-14. <https://doi.org/10.1080/15228835.2017.1416511>. Accessed 14 May 2019.
65. Brownstein JS, Green TC, Cassidy TA, Butler SF. Geographic information systems and pharmacoepidemiology: using spatial cluster detection to monitor local patterns of prescription opioid abuse. *Pharmacoepidemiology and drug safety*, Vol. 19, Issue 6, June 2010, p627-637. <https://doi.org/10.1002/pds.1939>. Accessed 14 May 2019.
66. Office of Inspector General. Toolkit: Using Data Analysis To Calculate Opioid Levels and Identify Patients At Risk of Misuse or Overdose. Washington, DC, USA; U.S. Department of Health & Human Services, June 2018. <https://oig.hhs.gov/oei/reports/oei-02-17-00560.pdf>. Accessed 15 May 2019.
67. Washington/Baltimore High Intensity Drug Trafficking Area (HIDTA). Overdose Detection Mapping Application Program (ODMAP). <http://www.odmap.org/>. Accessed 15 May 2019.
68. Stop Overdose Now Foundation. OD Buster; Rotterdam, The Netherlands. <https://stopoverdosenow.org/pipeline/>. Accessed 24 May 2019.
69. Preston ND, Jacoby D, Coady Y. A PAL in Need Is a PAL Indeed: An Opioid Use Case for a Peer Alerting Lifeline (PAL) to Mitigate Risk Exposure. 2019. 10.1007/978-3-030-02683-7_53, in: Arai K, Bhatia R, Kapoor S (eds.). Proceedings of the Future Technologies Conference (FTC) 2018. FTC 2018. Advances in Intelligent Systems and Computing, Vol 881. Springer, Cham. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-030-02683-7_53. Accessed 17 May 2019.
70. For example, Follow Spot Technology, see, <http://zoneartnetworks.com/>. Accessed 15 May 2019.
71. Lovett L. In-Depth: How digital health technologies can help the United States address the opioid epidemic. *MobiHealthNews*, January 5, 2018. <https://www.mobihealthnews.com/content/depth-how-digital-health-technologies-can-help-united-states-address-opioid-epidemic>. Accessed 14 May 2019.
72. Hsu J. Wristband That Detects Opioid Overdose Joins U.S. Race for Tech Solutions. New York, NY, USA; IEEE Spectrum, 26 December 2018. <https://spectrum.ieee.org/the-human-os/biomedical/devices/wristband-for-detecting-opioid-overdose-joins-national-race-for-tech-solutions>. Accessed 14 May 2019.
73. Nandakumar R, Gollakota S, Sunshine JE. Opioid overdose detection using smartphones. *Sci. Transl. Med.* 11, eaau8914 (2019). DOI: 10.1126/scitranslmed.aau8914. Accessed 6 May 2019.
74. Lapowsky I. One Doctor's Answer to Drug Deaths: Opioid Vending Machines. *WIRED*, 17 April 2019. <https://www.wired.com/story/one-doctors-answer-to-drug-deaths-opioid-vending-machines/>. Accessed 22 May 2019.
75. Fischer B, Pang M, Tyndall M. The opioid death crisis in Canada: crucial lessons for public health. *Lancet Public Health*, Vol. 4, Issue 2, PE81-E82, February 1, 2019. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667\(18\)30232-9](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(18)30232-9). Accessed 22 May 2019.
76. WHO Model List, Ibid.
77. Examples of existing Good Samaritan Laws can be accessed through, Davis C. Legal interventions to reduce overdose mortality: Naloxone access and overdose Good Samaritan Laws. *The Network for Public Health Law*, May 2017. <https://nosorh.org/wp-content/uploads/2017/05/state-laws-naloxone.pdf>. Accessed 23 August 2019.
78. LaVito A. FDA clears the way to increase access and lower cost of life-saving opioid overdose treatment drug. *CNBC*, 17 January 2019. <https://www.cnbc.com/2019/01/16/fda-wants-pharma-to-bring-opioid-antidote-naloxone-over-the-counter.html>. Accessed 9 May 2019.

79. Paola S. Intranasal naloxone now available in Australia. *Australian Journal of Pharmacy*, 18 February 2019. <https://ajp.com.au/news/intranasal-naloxone-now-available-in-australia/>. Accessed 30 April 2019.
80. Ronconi S. *Voices: Learning from Italy's Lead on Naloxone*. New York, USA; Open Society Foundations (OSF), March 30, 2017. <https://www.opensocietyfoundations.org/voices/learning-italy-s-lead-naloxone>. Accessed 9 May 2019.
81. LaVito A, *Ibid*.
82. Paola S, *Ibid*.
83. Kesselheim AS, Avorn J, Sarpatwari A. The High Cost of Prescription Drugs in the United States: Origins and Prospects for Reform. *JAMA*. 2016;316(8):858-871. doi:10.1001/jama.2016.11237. Accessed 9 May 2019.
84. Kapczynski A, Kesselheim AS. 'Government Patent Use': A Legal Approach To Reducing Drug Spending. *Health Affairs* 35, No. 5 (2016): 791-797. DOI: 10.1377/hlthaff.2015.1120. Accessed 9 May 2019.
85. Gupta R, Shah ND, Ross JS. The Rising Price of Naloxone – Risks to Efforts to Stem Overdose Deaths. *N Engl J Med* 2016; 375:2213-2215 DOI: 10.1056/NEJMp1609578. Accessed 1 May 2019.
86. Gupta, et al, *Ibid*.
87. United Nations Office on Drugs and Crime. Outcome Document of the 2016 United Nations General Assembly Special Session on the World Drug Problem. New York; United Nations, 2016, p7. <https://www.unodc.org/documents/postungass2016/outcome/V1603301-E.pdf>. Accessed 8 May 2019.
88. A recommendation from, Ronconi S, Beccaria F, Camposeragna A, Rolando S, Nencini P, Jarre P. Preventing opioid overdose deaths: A research on the Italian naloxone distribution model, 2016. *Forum Droghe*, 2017, p23. <http://formazione.fuoriluogo.it/wp-content/plugins/download-attachments/includes/download.php?id=726>. Accessed 10 May 2019.
89. Rees DI, Sabia JJ, Argys LM, Latshaw J, Dave D. With a Little Help from My Friends: The Effects of Naloxone Access and Good Samaritan Laws on Opioid-Related Deaths. NBER Working Paper No. 23171. Cambridge, MA, USA; National Bureau of Economic Research, February 2017. <https://www.nber.org/papers/w23171.pdf>. Accessed 1 May 2019.
90. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Preventing overdose deaths in Europe (Perspectives on drugs). Luxembourg; Publications Office of the European Union, October 2018. http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2748/POD_Preventing%20overdose%20deaths.pdf. Accessed 1 May 2019.
91. WHO, UNODC, UNAIDS technical guide – 2012 revision, *Ibid*., p10.
92. UNODC, INPUD, et al, Implementing comprehensive HIV and HCV programmes, *Ibid*.
93. World Health Organization. Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations – 2016 Update. Geneva; WHO, 2016. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246200/978924151124-eng.pdf>. Accessed 17 May 2019.
94. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). *Health, Rights and Drugs: Harm Reduction, Decriminalization and Zero Discrimination for People Who Use Drugs*. Geneva; UNAIDS, 2019, p18-19. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2954_UNAIDS_drugs_report_2019_en.pdf. Accessed 16 August 2019.
95. Stone et al, p25, *Op.cit*.
96. Eurasian Harm Reduction Network. The Impact of Transition from Global Fund Support to Governmental Funding on the Sustainability of Harm Reduction Programs: A Case Study from Romania. Vilnius, Lithuania; Eurasian Harm Reduction Network, June 2016. <http://icaso.org/wp-content/uploads/2016/10/Romania-case-study.pdf>. Accessed 16 August 2019.
97. Levy, *Ibid*.
98. Kashef Z. Dr. Sandra Springer: On the other epidemic fueled by the opioid crisis. *YaleNews*. July 13, 2018. <https://news.yale.edu/2018/07/13/dr-sandra-springer-other-epidemic-fueled-opioid-crisis>. Accessed 25 April 2019.
99. Smelyanskaya M, Duncan J. Key Populations Brief: People Who Use Drugs. Geneva; The Stop TB Partnership, 2015. http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/kp_peopleusedrugs_spreads.pdf/. Accessed 16 May 2019.
100. World Health Organization. Access to hepatitis C testing and treatment for people who inject drugs and people in prisons – a global perspective. Geneva; WHO, 2019. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312116/WHO-CDS-HIV-19.6-eng.pdf>. Accessed 1 May 2019.
101. WHO, Consolidated Guidelines, *Ibid*.
102. International Network of People Who Use Drugs. Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) for People who Inject Drugs: Community voices on pros, cons, and concerns. London, UK; INPUD Secretariat, 2014. <https://www.inpud.net/sites/default/files/INPUD%20PrEP%20-%20Community%20Voices.pdf>. Accessed 16 August 2019.
103. WHO, Consolidated Guidelines, *Op.cit*.
104. For example, Winkelstein E. Improving Health Care with Drug Users: Tools for Non-Clinical Providers. Curriculum Guide for Trainers. New York, NY, USA; The Harm Reduction Coalition, 2011. <https://harmreduction.org/wp-content/uploads/2012/02/ImprovingHealthCare-Facilitators-Guide.pdf>. Accessed 17 May 2019.
105. Rosenthal E. News Analysis: For Drugs That Save Lives, a Steep Cost. *The New York Times*, April 26, 2014. <https://www.nytimes.com/2014/04/27/sunday-review/it-will-save-lives-but-whats-the-cost.html>. Accessed 9 May 2019.
106. Sárosi P. Repressive Drug Policies Fuel Overdoses in Estonia – An Interview with Mart Kalvet. *Drug Reporter*, November 20, 2017. <https://drogriporter.hu/en/repressive-drug-policies-fuel-overdoses-estonia-interview-mart-kalvet/>. Accessed 20 May 2019.
107. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Statistical Bulletin 2018 – overdose deaths. Luxembourg; Publications Office of the European Union, 2019, and associated archives for 2014 to 2017. http://www.emcdda.europa.eu/data/stats2018/drd_en. Accessed 20 May 2019.
108. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). *Estonia Drug Report 2018*. Luxembourg; Publications Office of the European Union, 2018. <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/8892/estonia-cdr-2018-with-numbers.pdf>. Accessed 20 May 2019.
109. Abel-Ollo K. Take home naloxone in Estonia. Tallinn, Estonia; National Institute for Health Development, 14 October 2014, presented at the EMCDDA event, 'Take home naloxone to reduce fatalities: scaling up a participatory intervention across Europe', Lisbon, Portugal, 14 October 2014. http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_232499_EN_10.%20Katri%20Abel%20OIllo_Naloxone%20presentation%202014.pdf. Accessed 20 May 2019.
110. Strang, et al, p55-56, *Ibid*.
111. NIHD Opioids overdoses deaths prevention programme, *Ibid*.
112. Sárosi, *Ibid*.

113. Southwell M. Peer-to-Peer distribution of Naloxone (P2PN) – Technical Briefing. London; European Network of People who Use Drugs (EuroNPUD), 17 February 2019, p8. https://static1.squarespace.com/static/58321efcd1758e26bb49208d/t/5cc1b6e58165f57caf78294/1556199312966/EuroNPUD_Technical_Briefing_P2P_Naloxone_final_3.pdf. Accessed 8 May 2019.
114. Coact is a technical support agency specialising in work with people who use drugs; see, <http://co-act.info/>. Accessed 22 August 2019.
115. XII Edizione della Pharmacoepia Official della Republica Italiana, in, Ronconi, et al, Ibid.
116. Penal Code, Title III, in, Ronconi, et al, Op. cit.
117. Penal Code, Title XII, in, Ronconi, et al, Op. cit.
118. Ronconi, et al, p27, Op. cit.
119. Ronconi, et al, Op.cit.
120. Quan D. Vancouver's supervised injection site, the first in North America, opened 13 years ago. What's changed? National Post, March 20, 2016, <https://nationalpost.com/news/canada/vancouvers-safe-injection-site-the-first-in-north-america-opened-13-years-ago-whats-changed>. Accessed 22 August 2019.
121. Kerr T, Wood E, Small D, et al. Potential use of safer injecting facilities among injection drug users in Vancouver's Downtown Eastside. *CMAJ*, 2003; 169: 759–763. <http://www.cmaj.ca/content/cmaj/169/8/759.full.pdf>. Accessed 22 May 2019.
122. Urban Health Research Initiative (UHRI). Findings from the evaluation of Vancouver's Pilot Medically Supervised Safer Injecting Facility – Insite. Vancouver, BC, Canada; British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS, revised June 2009. http://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2016/10/insite_report-eng.pdf. Accessed 22 May 2019.
123. Supreme Court of Canada. Canada (Attorney General) v. PHS Community Services Society, 2011 SCC 44, [2011] 3 S.C.R. 134. Judgement of 30 September 2011. <https://scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/en/item/7960/index.do>. Accessed 21 May 2019.
124. Vancouver Coastal Health. Insite user statistics. February 2018. <http://www.vch.ca/public-health/harm-reduction/supervised-consumption-sites/insite-user-statistics>. Accessed 21 May 2019.
125. Vancouver Coastal Health, Ibid.
126. Marshall BD, Milloy MJ, Wood E, Montaner JSG, Kerr T. Reduction in overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility: a retrospective population-based study. *Lancet* 2011;377(9775):1429-37. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)62353-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)62353-7). Accessed 21 May 2019.
127. Andresen MA, Boyd N. A cost-benefit and cost-effectiveness analysis of Vancouver's supervised injection facility. *Int J Drug Policy* 2010;21(1):70-6. DOI: 10.1016/j.drugpo.2009.03.004. Accessed 22 May 2019.
128. Pinkerton SD. Is Vancouver Canada's supervised injection facility cost-saving? *Addiction*. 2010 Aug;105(8):1429-36. doi: 10.1111/j.1360-0443.2010.02977.x. Accessed 22 May 2019.
129. Hutchinson B. Vancouver's supervised injection site struggles with the rise of fentanyl. News1130, Vancouver, BC, Canada; Rogers Media, September 1, 2017. <https://www.citynews1130.com/2017/09/01/vancouver-supervised-injection-struggles-fentanyl/>. Accessed 21 May 2019.
130. Rodgers C. The Kirketon Road Centre Improving access to primary care for marginalised populations. *Australian Family Physician* Vol. 41, No. 4, April 2012, p245-247. <https://www.racgp.org.au/download/documents/AFP/2012/April/201204rodgers.pdf>. Accessed 23 August 2019.
131. Chronister K. The Overdose Prevention and Emergency Naloxone (OPEN) Project 2012 – 2014 - Evaluation Report. Sydney, Australia; South Eastern Sydney Local Health District, 2014. <https://www.seslhd.health.nsw.gov.au/sites/default/files/2018-07/OPEN-Evaluation-Report.pdf>. Accessed 23 August 2019.
132. Rodgers C, Ibid.
133. See, <https://www.uniting.org/community-impact/uniting-medically-supervised-injecting-centre--msic>. Accessed 23 August 2019.
134. Ibid.
135. See, <https://www.uniting.org/community-impact/uniting-medically-supervised-injecting-centre--msic/training-opportunities>. Accessed 23 August 2019.
136. Southwell M, Ibid.
137. Olsen A, McDonald D, Lenton S, Dietze P. Independent evaluation of the 'Implementing Expanded Naloxone Availability in the ACT (I-ENAACT)' Program, 2011-2014. Final Report. Melbourne, Australia; Centre for Research Into Injecting Drug Use, August 2015. http://www.atoda.org.au/wp-content/uploads/Naloxone-Evaluation-Report-FINAL_August-2015_BI.pdf. Accessed 23 August 2019.
138. Southwell M, Op.cit.
139. Levy J, p4, Op.cit.
140. UNODC, Outcome Document, Ibid.
141. World Health Organization. Global Health Sector Strategy on Viral Hepatitis 2016-2021: Towards ending viral Hepatitis. Geneva; World Health Organization, June 2016. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246177/WHO-HIV-2016.06-eng.pdf>. Accessed 16 August 2019.
142. UNAIDS estimates unpublished, 2016, in, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Do No Harm: Health, Human Rights and People Who Use Drugs. Geneva; UNAIDS, 2016, p5. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/donoharm_en.pdf. Accessed 16 August 2019.
143. WHO, UNODC, UNAIDS technical guide – 2012 revision, Indicator OST.C.1d, p64, Op. cit.
144. UNODC, INPUD, et al, Implementing comprehensive HIV and HCV programmes, Op.cit.