

Low Threshold Journal

2014.Vol 2.Número 1.

Sumario / Summary

Editorial / Editorial

Recomendaciones dirigidas a la prevención y abordaje del VIH y del sida en personas usuarias de drogas en situación de exclusión social. Documento de consenso Valencia 2011 / Recommendations aimed at preventing and tackling HIV and AIDS in drug users in social exclusion.Valencia 2011, consensus document

Aula de formación. Proyecto pedagógico para usuarios de drogas / TRAINING CLASSROOM IN BARCELONA. An experience of two years

Educación compartida en un servicio de atención a usuarios de drogas en activo. Experiencias de un equipo multi-disciplinar / Shared education in a center for drug users. Experiences of a multidisciplinary team

Euro Harm Reduction Meeting. Amsterdam 2 and 3 October 2014.

COORDINACIÓN

M^a José Sánchez

DIRECTOR

Jordi Delás

JEFA DE REDACCIÓN / EDITOR IN CHIEF

M^a Eugenia de Andrés

CONSEJO DE REDACCIÓN /**EDITORIAL BOARD**

Margarita Aguas

Jordi Delás

Nadia El Hilali

Gemma Martín

Tarcisio Matos de Andrade

(Salvador de Bahía)

César Morcillo

María José Sánchez

Martín Vázquez Acuña

(Buenos Aires)

DISEÑO / DESIGN

Sònia Poch

MAQUETACIÓN / LAYOUT

Sònia Poch

CORRECTION IN ENGLISH

Steve Cedar

EDICIÓN / EDITION

Ex AEquo

lowthreshold@lowthresholdjournal.org

www.lowthresholdjournal.org

Sumario

Summary

EDITORIAL

3

CONSENSUS DOCUMENT

Recomendaciones dirigidas a la prevención y abordaje del VIH y del sida en personas usuarias de drogas en situación de exclusión social. Documento de consenso Valencia 2011. / Recommendations aimed at preventing and tackling HIV and AIDS in drug users in social exclusion. Valencia 2011, consensus document.

5 / 10

EXPERIENCE

Aula de formación. Proyecto pedagógico para usuarios de drogas

15

EXPERIENCE

Training classroom in Barcelona. An experience of two years

18

EXPERIENCE

Educación compartida en un servicio de atención a usuarios de drogas en activo. Experiencias de un equipo multidisciplinar / Shared education in a center for drug users - Experiences of a multidisciplinary team

21 / 23

MEETING

Euro Harm Reduction Meeting.
Amsterdam 2 and 3, October 2014.

25

Editorial

Es una gran satisfacción presentar el documento de consenso resultante de una magnífica reunión de expertos celebrada en Valencia en 2011, que recoge las opiniones de más de 100 autores y que estamos convencidos de que será un documento de referencia para el futuro.

Puede parecer que han pasado ya muchos años desde su elaboración, pero la lectura muestra que muchos de los objetivos planteados siguen siendo grandes cuestiones pendientes.

Uno de los objetivos de Low Threshold Journal es sacar a la luz excelentes textos, observaciones y programas que quizás no han contado con el ámbito adecuado para ser publicados. Para ello, nos ponemos a la disposición de los autores para editar sus trabajos en inglés, castellano y la lengua original. ✨

It is a great satisfaction to present the Consensus Document resulting from a magnificent experts' meeting, held in Valencia in 2011. It represents the point of view of more than 100 authors and we are convinced it will be a reference document for the future.

It may seem like it's been many years since its development, but reading the consensus document it is possible to note that many of the expectations considered still remain outstanding issues.

One of the objectives of Low Threshold Journal is to bring to light excellent texts, comments and programs that may have lacked the proper scope for publication. The journal is thus available to the authors to publish their work in English, Spanish and the original language. ✨



Consensus document

Recomendaciones dirigidas a la prevención y abordaje del VIH y del sida en personas usuarias de drogas en situación de exclusión social. Documento de consenso Valencia 2011.

Autores: Julio C. Gómez Caballero¹, MJ Oltra Navarro¹, Jordi Delás^{2,3} y Olga Díaz Grau² en representación del Grupo de Consenso. // ¹ *Comité Ciudadano Anti-SIDA de la Comunidad Valenciana.* ² *SAPS. Creu Roja Barcelona.* ³ *Hospital del Sagrat Cor. Departamento de Medicina. Universitat de Barcelona.*

Coautores y miembros del grupo de consenso: Ainara Muñoz Landeta⁴, Alessandro Bua⁵, Alexandra Pérez⁶, Ana Altabás Reñe⁷, Ana Ángeles Gutierrez⁸, Ana Isabel Calleja Crespín⁹, Ángel Delicado Torres, Beatriz Bernal Moya¹⁰, Begoña Gonzalvo Cirac¹¹, Belén Amoraga Bosch¹, Carmen Martín⁸, Carme Fortea Busquets¹², Carmen Ripoll Alandés¹³, Cosme Sánchez Alber⁴, Eider Arroyo Martínez de la Cuadra⁵, Esther Moral Ardid¹⁴, Eva Gutiérrez¹⁰, Francisca Fernández Fernández⁹, Gloria Chumillas García¹⁵, Gloria Pérez Herrera¹⁶, Inma Galmés^{17,18}, Isabel Alarcón Piqueras¹⁹, Isabel Rodríguez García²⁰, Isolina Garrido Novoa²¹, Jaime Álvarez²², Javier Martínez Lombarte²³, Javier Romero Guasch¹⁰, Joan Carles March Cerdá²⁴, Jorge Fernández López¹, José Vicente Palomares Alcoriza²⁵, José Vicente Sanmartín Guericabeytia¹⁹, Juan Pedro Rodríguez García¹⁹, Leticia Gonzales Gonzales²¹, Lilián La Font Cantavella¹, Loli Herrera⁹, Luís Pradas Arnal²⁶, Luz Egidos Tolosa²⁷, María Segador⁵, María José Calero²⁸, Marta Giner Alventosa²⁹, Marta Pastor de la Cal⁴, Marta Requena Pozo¹⁰, M^a Dolores Herrera⁹, Montserrat Moledo Domínguez¹⁶, Nati Delgado³⁰, Nel.lo Monfort Lázaro¹⁹, Pau Blas Martínez¹, Pablo Cabrera García³¹, Patricia Torrado Silva³², Raquel Álvarez García¹⁹, Xavier S. Pretel³³, Xelo Vidal Alcaraz¹ y Yolanda Polo Martínez¹. // ⁴ *Comisión Ciudadana Anti-SIDA de Bizkaia.* ⁵ *Munduko Medikiak / Médicos del Mundo País Vasco.* ⁶ *Comité Anti-SIDA Campo de Gibraltar.* ⁷ *Ambit Prevenció Barcelona.* ⁸ *Colectivo La Huertecica.* ⁹ *ADEAT. Centro de Encuentro y Acogida de Córdoba.* ¹⁰ *Fundación Atenea.* ¹¹ *CAS Vall d'Hebron. Hospital Universitari Vall d'Hebron.* ¹² *Departament Atenció Persones Vulnerables. Ajuntament de Barcelona.* ¹³ *Unidad de Conductas Adictivas Campanar (Valencia).* ¹⁴ *CARD Las Barranquillas (Madrid). Fundación Salud y Comunidad.* ¹⁵ *Hospital Dr. Peset de Valencia.* ¹⁶ *Centro de Encuentro y Acogida La Línea de la Concepción.* ¹⁷ *Fundación PATIM.* ¹⁸ *ASECEDI (Asociación de Entidades de Centros de Día).* ¹⁹ *CIBE València. Fundació Salut i Comunitat.* ²⁰ *Servicio Extremeño de Salud.* ²¹ *Adoratrices Valencia.* ²² *Univer-SIDA.* ²³ *AVANT.* ²⁴ *Escuela Andaluza de Salud Pública – Junta de Andalucía.* ²⁵ *Asociación Horta Sud de Prevención y Ayuda al Toxicómano.* ²⁶ *Comisión Ciudadana Anti-SIDA de Aragón.* ²⁷ *Ayuntamiento de Alboraya (Valencia).* ²⁸ *CASDA.* ²⁹ *Fundación AEPA.* ³⁰ *Centro de Encuentro y Acogida ANTARIS. Sevilla.* ³¹ *CEA Málaga.* ³² *Médicos Do Mundo Galicia.* ³³ *ASAUPAM*

Adhesiones institucionales: ADEAT (Centro de Encuentro y Acogida de Córdoba); ASAUPAM; CEA La Línea de la Concepción; CASDA; Comisión Ciudadana Anti-SIDA de Bizkaia; Comisión Ciudadana Anti-SIDA de Aragón; Comité Anti-SIDA Campo de Gibraltar; Comité Ciudadano Anti-sida de la Comunidad Valenciana; CRUZ ROJA ESPAÑOLA; FUNDACIÓN ATENEA; UNIVER-SIDA.

Dirección para correspondencia: Julio C. Gómez Caballero / Correo electrónico: juliocomitevalencia@yahoo.es

Agradecimientos: A la Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad) por la subvención otorgada para la celebración de las “Jornadas Nacionales de información sobre la prevención y el abordaje del VIH en personas usuarias de drogas outreach”, marco en el que se trabajaron las presentes recomendaciones.

Al Plan Nacional sobre Drogas (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad), a la Dirección General de Drogodependencias (Conselleria de Sanitat – Generalitat Valenciana) y al Plan Municipal de Drogodependencias (Consejería de Sanitat – Ayuntamiento de Valencia) por su colaboración con la celebración de dichas Jornadas.

Conflictos de intereses: Los autores declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses.

Resumen

Del 28 de Febrero al 2 de Marzo de 2011 se celebraron en Valencia las “Jornadas Nacionales de información sobre la prevención y el abordaje del VIH en personas usuarias de drogas outreach” con un doble objetivo: por un lado, favorecer el encuentro e intercambio de experiencias entre diferentes agentes implicados en este tema y, por otro, concienciar a éstos sobre las repercusiones positivas que suponen la implantación de experiencias basadas en la evidencia y por el contrario las limitaciones en su retraso, con el objetivo de motivarles y capacitarles para su aplicación en sus respectivos ámbitos de actuación”.

El programa se dividió en 13 apartados, con dinámicas diferentes en las que se alternaron ponencias (4), mesas redondas (6) y grupos de trabajo (1 sesión de 4 grupos), además del acto de inauguración y el acto de clausura.

Se contó con la participación de 125 personas en calidad de expertas en el ámbito del VIH y las drogodependencias.

Las Jornadas pusieron de relieve la necesidad de incorporar la evidencia científica en las políticas de drogas ilícitas así como partir de un enfoque multidisciplinar, coordinado y que incluya la reducción de daños en las acciones de prevención del VIH con el colectivo de personas drogodependientes, con el objeto de disminuir la transmisión de la infección, la morbi-mortalidad asociada y minimizar el deterioro y la vulnerabilidad psico-social que afecta a este colectivo.

Palabras clave: *VIH, heroína, cocaína, áreas deprimidas, salas de consumo*

Introducción

Este Documento de Consenso recoge recomendaciones para la prevención y el abordaje del VIH y el sida en personas drogodependientes a partir de la evidencia científica y de la experiencia de 125 personas expertas en el ámbito del VIH y las drogodependencias.

Se dirigen a administraciones públicas con competencias en políticas de Salud Pública y a profesionales sanitarios en situación de atender a consumidores de drogas.

Las recomendaciones se nutren de la Declaración de Viena (1) en la que numerosos expertos solicitaron a go-

biernos y organizaciones internacionales la incorporación de la evidencia científica y reforma de las políticas de drogas ilícitas para eliminar barreras, lograr una efectiva prevención del VIH y mejorar los tratamientos y cuidados. Aunque en dicha Declaración se reconocen las dificultades para eliminar el consumo de drogas o los problemas de su uso inyectado, se defiende que una reorientación podría reducir las limitaciones y perjuicios de las políticas prohibicionistas y redirigir los recursos financieros a donde son más necesarios y de manera más respetuosa con los derechos humanos.

Método

En Valencia, del 28 de Febrero al 2 de Marzo de 2011, tuvieron lugar las “Jornadas Nacionales de información sobre la prevención y el abordaje del VIH en personas usuarias de drogas outreach”, donde 125 expertas propusieron recomendaciones que, revisadas y consensuadas posteriormente, han dado lugar al presente documento.

A no ser que en el texto se exprese de manera diferente, con los términos “personas drogodependientes” o “personas consumidoras de drogas” se hace referencia a personas consumidoras de drogas no legales -fundamentalmente heroína, cocaína o crack-, que se encuentran en situación de vulnerabilidad social.

Recomendaciones

El objetivo principal de la prevención del VIH entre consumidores de drogas es disminuir la transmisión de la infección, la morbi-mortalidad asociada y minimizar el deterioro y la vulnerabilidad psico-social(2).

La prevención y la atención a las personas con VIH precisa de amplia cobertura de servicios y un enfoque multidisciplinar y coordinado. Es necesario que el abordaje del consumo de drogas trascienda el modelo prohibicionista y de la abstinencia mantenida, de manera que integre perspectivas de reducción de daños y riesgos y no se excluya a quienes no quieren o no se han planteado abandonar el consumo de drogas.

Facilitar a las personas drogodependientes el acceso al sistema socio-sanitario en igualdad de condiciones que el resto de ciudadanos.

La situación deprimida de las personas drogodependientes limita el acceso a los servicios y prestaciones sanitarias, sociales y económicas. Sus necesidades no son

tratadas de manera igual al conjunto de la ciudadanía, llegando a producirse prácticas discriminatorias convenientes de erradicar(3).

Se hace necesario eliminar diferencias que no estén motivadas por las distintas necesidades de las personas, una labor de sensibilización hacia los profesionales sanitarios y sociales y preparar a las personas drogodependientes para que incorporen habilidades y actitudes normalizadas.

Hay que promover la coordinación entre los profesionales de los recursos sanitarios, sociales e institucionales (red de drogodependencias, salud mental, atención primaria, hospitales y servicios sociales entre otros) a través de protocolos que optimicen recursos y eviten duplicidades en las intervenciones.

Completar la atención sanitaria con talleres de educación sanitaria y promoción de la salud

Cabe potenciar la realización de talleres sobre cuestiones sanitarias, psicológicas, sociales, culturales, legales y de género. Pueden planificarse de forma estructurada y continuada o puntualmente, cuando se detectan hábitos, prácticas o deficiencias de información en un grupo concreto de consumidores de drogas.

Los talleres individuales permiten mejores resultados en el cambio de hábitos y de prácticas de consumo, mientras que los grupales favorecen la comunicación y las relaciones sociales.

La utilización de refuerzos aumenta la participación y efectividad de estos talleres, siendo el *refuerzo económico* el más eficaz aunque, si no es posible, puede recurrirse a *refuerzos materiales* o *sociales*.

Hay que favorecer la formación de agentes de salud comunitarios entre las personas drogodependientes, que pueden intervenir donde los equipos profesionales tienen más difícil acceso. Sin olvidar que la eficacia de la educación entre iguales está ya suficientemente acreditada.

Se hacen necesarias investigaciones científicas dirigidas a la creación y validación de instrumentos de evaluación específicos de la eficacia e impacto de estos talleres.

Promover los programas de distribución de material para el consumo de drogas y sexo más seguro.

Los programas de distribución de material para el consumo y sexo más seguro tienen un importante papel en la prevención de enfermedades relacionadas con el consumo de drogas por vía intravenosa(4). Su éxito se relaciona con el alcance de su cobertura, accesibilidad, aplicación de programas según los patrones locales de consumo y el trabajo coordinado con instituciones y las instancias encargadas de la eliminación de residuos(5).

Es conveniente conseguir que no haya interferencia en la dispensación de material preventivo por parte de las fuerzas de seguridad y la negociación con el conjunto de la comunidad(6).

La distribución de este material se ha de realizar a través de dispositivos diversos como unidades móviles, programas de actuación en la calle, farmacias, hospitales, centros de atención primaria, máquinas expendedoras o personas consumidoras en su papel de agentes de salud. Ha de conseguirse el acceso a este material en todo momento, con especial énfasis en el horario nocturno, fines de semanas y festivos.

Ha de procurarse que estos programas se apliquen también en centros penitenciarios, donde personas consumidoras o que realizan tatuajes, tienen dificultades para acceder a material estéril.

Favorecer el diagnóstico precoz del VIH, VHB, VHC e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) entre la población consumidora de drogas.

Los centros de atención a la drogodependencia han de contribuir a la prevención y diagnóstico de infecciones por vía parenteral y sexual(7). Es recomendable que estén en disposición de realizar pruebas de detección de VIH, hepatitis C y sífilis con pruebas rápidas a cargo de personal debidamente entrenado, ya que implican una extraordinaria accesibilidad y la posibilidad de obtener el resultado en pocos minutos(7).

Hay que protocolizar la asesoría tras la prueba y, en el caso de resultados positivos, cómo realizar la confirmación y el seguimiento por equipos especializados.

Promover el acceso de personas drogodependientes al tratamiento antirretroviral para el VIH y el VHC y favorecer estrategias que permitan mantener una adecuada adherencia terapéutica

Un importante porcentaje de consumidores de drogas carecen de domicilio fijo, entre otras necesidades básicas no cubiertas. Además del importante deterioro social que supone, dificulta realizar tratamiento frente al VIH o hepatitis C(8). Como consecuencia, muchas de estas personas no se benefician de los avances de los tratamientos y el pronóstico es peor que en el resto de pacientes.

Sería conveniente asegurar que todas las personas con VIH o con hepatitis C sin techo puedan también acceder al tratamiento antirretroviral. Medidas que mejoran la adherencia son las becas para alojamiento, alimentación y otras necesidades básicas(9,10); la accesibilidad a los recursos; depósitos de medicación en centros asistenciales que habitualmente atienden consumidores de drogas; los Tratamientos Directamente Observados(11,12); los

acompañamientos a visitas médico-sanitarias y sociales y la dispensación del tratamiento junto a fármacos sustitutivos opiáceos(13-15).

Así mismo, es de gran apoyo establecer protocolos de seguimiento y coordinación entre las Unidades Hospitalarias y los recursos que trabajan directamente con consumidores de drogas.

Potenciar que el consumo de heroína y cocaína se realice en salas supervisadas por personal entrenado.

Las salas de consumo supervisado por vía fumada, inhalada o inyectada han permitido el contacto con población consumidora muy marginalizada(16). Hay notable experiencia en otros países europeos(17,18), como Suiza (salas en 8 ciudades), Países Bajos (37 salas)(19) o Alemania (26 salas en 16 ciudades).

Favorecen la disminución de conductas de riesgo y la morbilidad y mortalidad asociada al consumo (20-25). Han mejorado el acceso a los cuidados de salud y al tratamiento de la dependencia(26) y han reducido situaciones de conflicto asociadas con el consumo de drogas en la calle(16).

Las evaluaciones de las salas de consumo supervisado muestran que son recursos coste-efectivos (27-29). Por ello, la implementación de nuevas salas de consumo no ha de ser un motivo de alarma social, ya que no incrementan el consumo, ni atraen a nuevos vendedores, ni causan inseguridad en el entorno (30-33).

En las poblaciones donde hay consumo habría que potenciar su implantación y en las cuatro ciudades donde ya existen salas -Madrid, Bilbao, Barcelona y Lleida- ha de ampliarse el número de dispositivos y de plazas de consumo (especialmente fumado) para evitar aglomeraciones difíciles de manejar.

Expandir y diversificar los tratamientos sustitutivos y alternativos al consumo garantizando el acceso a cualquier persona que lo pueda necesitar.

Es necesario procurar el rápido acceso a tratamiento cuando una persona consumidora de drogas lo requiere(34). Es particularmente importante que no exista demora para acceder a una primera visita ante la demanda de tratamiento. En la actualidad es particularmente importante ampliar las plazas de desintoxicación hospitalaria o en centros de media y larga estancia.

En nuestro país, la metadona es casi la única alternativa como tratamiento sustitutivo al consumo de heroína. Cabe diversificar la oferta con otros tratamientos como buprenorfina, buprenorfina-naloxona, heroína sintética

o morfina, para lo que sería necesaria la colaboración de las administraciones públicas, una ampliación del marco legal así como potenciar los tratamientos no farmacológicos.

Es necesario simplificar los requisitos administrativos y legales para que personas inmigrantes accedan a los tratamientos. La actual exigencia de NIE/pasaporte, tarjeta sanitaria o certificado de empadronamiento limita el acceso.

Complementar la intervención médico-sanitaria con una intervención psico-social integral.

Las intervenciones psicológicas son fundamentales para una adecuada intervención y favorecen la adherencia al tratamiento. Se ha de procurar el seguimiento médico, psicológico y social, así como el acceso a un domicilio y la integración socio-laboral, dentro del proceso de normalización. Se hace necesaria una mayor inversión en recursos nocturnos y centros de atención integral.

Incluir la perspectiva de género en el diseño, ejecución y evaluación de las intervenciones.

La perspectiva de género debería estar presente en todas las etapas de planificación de programas socio-sanitarios (desde la fase de identificación de las necesidades a la fase de evaluación). Su inclusión supone la adaptación de las actividades a hombres y mujeres para la igualdad de oportunidades y de resultados.

Hay que ampliar recursos destinados a mujeres consumidoras ya que en la actualidad no son admitidas, por ejemplo, en pisos de acogida para mujeres víctimas de violencia de género.

Garantizar, de forma específica, la atención e intervención con personas inmigrantes usuarias de drogas.

En los últimos años, ha aumentado el número de personas inmigrantes en los dispositivos de atención a personas usuarias de drogas. Muchas de ellas, reciben únicamente atención sanitaria urgente que no permite abordar global y específicamente la situación de la persona.

Para la cobertura de necesidades básicas como higiene o alimentación, el idioma no supone una barrera importante pero sí lo es para las intervenciones sociales, psicológicas y personales. Algunas estrategias para resolver la barrera del idioma son:

- acceso a cursos de aprendizaje de alguno de los idiomas oficiales del estado español.
- contar con intérpretes como mediadores.
- fomentar que otros consumidores actúen como mediadores o agentes de salud, de forma remu-

nerada servicios de mediación cultural dentro de los programas.

- información disponible en varios idiomas a través de fichas o programas informáticos de traducción.

Facilitar el acceso de personas con co-morbilidad psiquiátrica a la red de recursos socio-sanitarios.

Las personas consumidoras de drogas suelen presentar complicaciones psiquiátricas, relacionadas con los ejes I y II de DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) (35).

Las dificultades en el diagnóstico y la falta de una coordinación efectiva entre las redes asistenciales provocan una desatención de estos casos, por las derivaciones en ambos sentidos o la falta de una intervención conjunta. Así, sería necesario que estos casos fueran abordados de forma integrada, mediante programas específicos desarrollados desde la red pública y los servicios específicos de primera línea(36) y mediante la formación de los profesionales de la red de salud mental sobre las necesidades de las personas consumidoras de drogas, los factores de riesgo del VIH, el tratamiento del consumo de sustancias y estrategias de reducción de daños.(37,38)

Garantizar el alcance de las intervenciones a las personas con privación de libertad.

Los centros penitenciarios tienen especial importancia en el control y la prevención del VIH en personas drogodependientes. Las intervenciones en salud en personas privadas de libertad revierten en la salud pública.

Resulta prioritario generalizar los programas de intercambio de jeringuillas, de distribución de material de sexo más seguro y de consumo de sustancias por vía inhalada en todos los centros penitenciarios. Y también clarificar los circuitos de atención entre los servicios médicos y sociales de los centros penitenciarios y los dispositivos de atención a drogas, para garantizar la continuidad del tratamiento en el ingreso o la salida de prisión.

Mejorar la repercusión pública de la labor realizada por los programas de prevención del VIH en personas drogodependientes.

Existe escaso reconocimiento social del trabajo de los dispositivos de atención a personas drogodependientes. Esto repercute en la visión que tiene la sociedad, crea alarma social allí donde se ubican estos dispositivos e influye en los recursos económicos disponibles, cada vez más reducidos, provocando la disminución de plantillas o la saturación de recursos. Por ello, es fundamental desarrollar acciones de información a la población general. ✨

Recommendations aimed at preventing and tackling HIV and AIDS in drug users in social exclusion. Valencia 2011, consensus document.

Abstract

The ‘National Seminar on preventing and addressing HIV in drug users, outreach’ took place from February 28th until March 2nd 2011 in Valencia (Spain) with the aim of achieving a twofold objective: on the one hand, to stimulate the exchange and sharing of experiences between different experts involved in this subject, and on the other hand, to promote awareness related to the positive impact which the implementation of this evidence-based experience has, pointing out the limitations if delayed, in order to motivate and enable participants to implement it in their respective areas.

The program was divided into 13 sections, with different dynamics that alternated between presentations (4), round table discussions (6) and working groups (1 session of 4 groups), plus the opening and the closing ceremony.

It was attended by 125 people as experts in the field of HIV and drug addiction. The Conference emphasized the need to incorporate scientific evidence into illicit drug policy and from a multidisciplinary, coordinated approach that includes harm reduction in HIV prevention efforts with the group of drug addicts, in order to reduce transmission of the infection, the associated morbidity-mortality rate and to minimize the deterioration and psychosocial vulnerability affecting this group.

Keywords: *HIV, heroin, cocaine, deprived areas, consumption rooms.*

Introduction

This consensus document includes recommendations for preventing HIV and AIDS in drug users from the scientific evidence and the experience of 125 persons skilled in the field of HIV and drug addiction.



The document is focused on public authorities with responsibility for public health policies and health professionals.

The recommendations come from the Vienna Declaration (1), where many experts requested governments and international organizations to incorporate scientific evidence and policy reform to remove barriers to illicit drugs, achieving effective HIV prevention and improving treatment and care. Although difficulties are recognized in the Vienna Declaration to decrease the health risk associated with drugs, it is argued that a shift could reduce the limitations and prejudices of prohibitionist policies and redirect financial resources to where they are most needed and thus more respectful of human rights.

Method

The ‘National Seminar on preventing and addressing HIV in drug users, outreach’ took place from February 28th until March 2nd 2011 in Valencia (Spain). At this meeting, 125 experts proposed recommendations and after revision and agreement, has subsequently led to this document.

Unless the text expresses otherwise, the term “drug users” refers to people consuming illegal drugs, mainly heroin or cocaine.

Recommendations

The main objective of HIV prevention among drug users is to reduce the transmission of infectious diseases and the morbidity and mortality associated with consumption, and to minimize deterioration and psycho-social vulnerability. (2)

Prevention and care for people with HIV calls needs comprehensive coverage of services and a multidisciplinary and coordinated approach.

The assistance of drug consumption has gone beyond the prohibitionist model and maintained abstinence, thus integrating harm and risk reduction perspectives and does not exclude people who continue using drugs.

Promote programs to distribute materials for drug use and safer sex.

These programs have an important role (4). Their success is related to the scope of their coverage, accessibility, according to consumption patterns and the coordinated work with institutions responsible for waste disposal (5). Non-interference is recommended in the dispensation of preventive material by security forces and negotiation with the whole community (6).

Material distribution can be performed by various devices such as mobile units, programs of action on the street, specialized centers, pharmacies, hospitals, primary care centers, vending machines or consumer staff in their role as health workers. Access to this material must be ensured at all times, with particular emphasis on night time, weekends and holidays.

We must also ensure that these programs are also applied in prisons, where drug users perform tattoos or have difficult access to sterile material.

Encourage early diagnosis of HIV, HBV, HCV and sexually transmitted infections (STIs) among the drug-using population.

The centers for drug addiction have to contribute to prevention and early diagnosis of infections (7). Easy and free access is recommended to quick testing for HIV, hepatitis C and syphilis by trained personnel because they involve extraordinary accessibility and the possibility of obtaining the result in few minutes (7).

It is necessary to have clear rules after the test and, in the case of positive results, how to perform confirmation and monitoring by specialized teams.

Promote universal access to treatment against HIV and HCV and promote strategies to maintain adequate adherence

A significant percentage of drug users have no home, among other basic unmet needs. Besides the sig-

Reinforcement increases workshops participation and effectiveness. The most effective reinforcements are the cash payments. If these are not possible, material or social aids may be stipulated.

We must encourage the formation of community health among drug users, who may intervene where professional teams have difficult access, not forgetting that the effectiveness of peer education is already sufficiently established.

Research aimed at the creation and validation of instruments for specific evaluation of the effectiveness and impact of these workshops is necessary.

Promote universal access to treatment against HIV and HCV and promote strategies to maintain adequate adherence

A significant percentage of drug users have no home, among other basic unmet needs. Besides the sig-

Reinforcement increases workshops participation and effectiveness. The most effective reinforcements are the cash payments. If these are not possible, material or social aids may be stipulated.

We must encourage the formation of community health among drug users, who may intervene where professional teams have difficult access, not forgetting that the effectiveness of peer education is already sufficiently established.

Research aimed at the creation and validation of instruments for specific evaluation of the effectiveness and impact of these workshops is necessary.

Research aimed at the creation and validation of instruments for specific evaluation of the effectiveness and impact of these workshops is necessary.

Research aimed at the creation and validation of instruments for specific evaluation of the effectiveness and impact of these workshops is necessary.

Research aimed at the creation and validation of instruments for specific evaluation of the effectiveness and impact of these workshops is necessary.

Research aimed at the creation and validation of instruments for specific evaluation of the effectiveness and impact of these workshops is necessary.

nificant social impairment involved, the homeless find it difficult to perform HIV or HCV treatment (8). As a result, many of these people do not achieve the advances in treatment and this prognosis is worse than in other patients.

It would be desirable to ensure that all homeless people with HIV or hepatitis C also have access to antiretroviral treatment. Measures that improve adherence are grants for housing, food and other basic needs (9,10); accessibility to resources; medication assistance center deposits that usually treat drug users; Directly Observed Treatments (11,12); accompaniments to medical health and social visits and delivery of treatment with opiate substitution drugs (13,14,15).

Also of great help is establishing protocols for monitoring and coordination between hospital units and resources working directly with drug users.

Promote the use of heroin and cocaine in facilities supervised by trained personnel.

Supervised consumption rooms via smoked, injected or inhaled drugs enabled contact with very marginalized people. (16) There is considerable experience in other European countries (17, 18), such as Switzerland (rooms in 8 cities), Netherlands (37 rooms) (19) and Germany (26 screens in 16 cities).

It promotes the reduction of risk behavior and morbidity and mortality associated with the use (20-25). They have improved the access to health care and treatment of dependence (26) and reduced conflict situations associated with drug use in the street. (16).

Assessments of supervised consumption rooms show that resources are cost-effective (27-29). Therefore, the implementation of new consumption rooms should not be a matter of public concern because it does not increase consumption, or attract new sellers, or cause uncertainty in the environment (30-33).

In cities where consumption would have to strengthen its implementation and in the four cities where there are rooms-Madrid, Bilbao, Barcelona and Lleida- it is necessary to expand the number of devices and consumer spaces (especially smoked) to avoid difficult situations.

Expand and diversify substitutes and alternative treatments ensuring consumer access to anyone who might need it.

It is necessary to ensure rapid access to treatment when required for a drug user (34). It is particularly important not to delay in access to the first visit after the treatment demand. Today it is particularly important to expand the hospital detoxification programs.

In Spain, methadone is almost the only alternative to heroin for the substitution therapy. It would be desirable to have also other treatments such as buprenorphine, buprenorphine-naloxone, synthetic heroin or morphine. Government cooperation would be necessary and an extension of the legal framework and enhance non-pharmacological treatments.

It is necessary to simplify the administrative and legal requirements for immigrants to have access to these treatments. The current demand for foreigners ID card/passport, health card or certificate of registration limits access.

Complement medical health intervention with a comprehensive psycho-social intervention.

Psychological interventions are critical for proper intervention and promoting adherence. We must ensure medical, psychological and social monitoring, as well as access to home and labor integration. Greater investment is needed in nocturnal devices and resources and nocturnal comprehensive care centers.

Include a gender perspective in the design, implementation and evaluation of interventions.

The gender perspective should be present at all stages of planning social and health programs as from the identification phase of needs assessment Its inclusion implies the adaptation of activities for men and women to equal opportunities and results.

We must expand resources for women drug users who are currently not admitted, for example, in flats for women victims of violence.

Ensure, specifically, attention and intervention with immigrant drug users.

In recent years, the number of immigrants has increased in the devices for the care of drug users. Many of them only receive emergency services, which do not allow care for the person's global needs.

For the coverage of basic needs such as hygiene or food, language is not a major barrier, but it could be a barrier for the social, psychological and personal interventions. Some strategies to solve the language barrier are:

- Training courses in all the official languages of Spain
- Have interpreters as mediators.
- Encourage other consumers to act as mediators or agents of health, gainfully.
- Cultural mediation services within programs.
- Information available in multiple languages through tabs or translation software.

Facilitating the access of psychiatric co-morbidity people to the social and health network

Drug users often have psychiatric complications related to Axis I and II of DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). (35)

Difficulties in diagnosis and lack of effective coordination between care networks cause a neglect of these cases. These cases require integrated care, developing specific programs from the public network and front-line services (36), and training of the mental health network professionals on the needs of drug users, HIV risk factors and the treatment of substance abuse and harm reduction strategies.(37,38)

Ensure the scope of interventions for imprisoned people.

Prisons are particularly important in the control and prevention of HIV in drug users. Health intervention detainees revert to public health.

Of prior importance is to generalize needle exchange programs, the distribution of safer sex material and inhaled substance use in all prisons. Another priority is to clarify circuits between medical care and social services in prisons and drug care devices, and to ensure continuity of treatment in the admission or release from prison.

Improve public impact of the work programs of HIV prevention in drug users.

There is little recognition of the work of social care devices for drug users. This affects the societal vision, creates social alarm where these devices are located and influences in the economic resources, increasingly reduced. It is therefore essential to develop information campaigns for the general public.

References

- 1 Declaración de Viena. XVIII Conferencia Internacional sobre SIDA (SIDA 2010) Disponible en: <http://www.ladeclaraciondeviena.com/index.html>. [citado el 10 de Enero de 2012].
- 2 Colegio Oficial de Médicos de Barcelona. Posición del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona sobre Políticas de Reducción de daños en los drogoadictos. Disponible en: www.comb.cat/cat/actualitat/posicio_comb/posicio_14.htm. [citado el 10 de Enero de 2012].
- 3 Martínez-Luna N, Majó X. Bases médico-científicas, filosóficas y humanísticas de los Pro-

gramas de Reducción de Daños. Manual de Trastornos Adictivos. 2ª Edición. Enfoque Editorial S.C., 2011; 11.4: 338-346.

- 4 National Institute for Health and Clinical Excellence (2009). Needle and syringe programmes: providing people who inject drugs with injecting equipment. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/PH18Guidance.pdf>. [citado el 10 de Enero de 2012].

- 5 Department for Environment, Food and Rural Affairs (1995), Tackling Drug Related Litter (London: HMSO). Disponible en: <http://www.defra.gov.uk/environment/quality/local/litter/documents/drugrelatedlitter.pdf>. [citado el 10 de Enero de 2012].

- 6 Downing M, Riess TH, Vernon K. et al (2006). What's community got to do with it? Implementation models of syringe exchange programs. AIDS Education and Prevention 2005; 17:68-78.

- 7 Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008). Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y el sida. España 2008-2012. 168 p.

- 8 Daley DC, Zuckoff A. Cómo mejorar el cumplimiento terapéutico en la patología dual y pacientes drogodependientes. Barcelona: Editorial Glosa; 2004. 228 p.

- 9 Malotte CK, Hollingshead JR, Larro M. Incentives vs outreach workers for latent tuberculosis treatment in drug users. Am J Prev Med. 2001; 20: 103-07.

- 10 Barnett PG, Sorensen JL, Wong W. Effect of incentives for medication adherence on health care use and costs in methadone patients with HIV. Drug Alcohol Depend 2009; 100: 115-21.

- 11 Altice FL, Metzger J, Hodges J, et al. Developing a Directly Administered Antiretroviral Therapy Intervention for HIV Infected Drug Users: Implications for Program Replication. Clinical Infectious Diseases 2004; 38:S376-87.

- 12 Altice FL, Mari DS, Bruce RD et al. Superiority of directly administered antiretroviral therapy over self-administrated therapy among HIV-infected drug users: a prospective, randomized, controlled trial. Clinical Infectious Diseases 2007; 45: 770-8.

- 13 Altice FL, Buitrago M, Hunt D, et al. Pilot Study to enhance HIV care using needle exchange-based health services for out-of-treatment injecting drug users. J Urban Health 2003; 80: 416-27.

- 14 Mamedova E, Lezhentsev K. Effective integration of ARV treatment and substitution treatment in managing patients with AIDS. 5th IAS Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention. Cape Town, South Africa: July, 19, 2009. Abstract MODPED057.

- 15** Tsemberis S, Gulcur L, Nakae M. Housing First, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. *Am J Public Health*. 2004; 94:651-6.
- 16** Hedrich, D. European report on drug consumption rooms. EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction). Febrero 2004. Disponible en: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_2944_EN_consumption_rooms_report.pdf. [citado el 10 de Enero de 2012].
- 17** Red Internacional de Salas de Consumo de Drogas (INDRC -International network of drug consumption rooms-). Disponible en: www.indcr.org. [citado el 10 de Enero de 2012]
- 18** European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Disponible en: www.emcdda.europa.eu. [citado el 10 de Enero de 2012].
- 19** Trimbos Institut. Disponible en: www.trimbos.nl/webwinkel/productoverzicht-webwinkel/alcohol-en-drugs/af/af1051-gebruiksruimten-in-nederland. [citado el 10 de Enero de 2012].
- 20** Benninghoff F, Geense R, Dubois-Arber F. (2001). Resultats de l'étude 'La clientèle des structures à bas seuil d'accessibilité en Suisse. Institut universitaire de médecine sociale et préventive. Lausanne.
- 21** Solai S, Benninghoff B, Meystre-Agustoni G, et al. (2004). Evaluation de l'espace d'accueil et d'injection "Quai 9" à Genève: deuxième phase 2003. Institut universitaire de médecine sociale et préventive. Lausanne. Disponible en: http://www.iumsp.ch/Unites/uepp/files/Quai9GE_2.pdf. [citado el 10 de Enero de 2012].
- 22** Bravo MJ, Royuela L, De la Fuente L, et al. Use of supervised injection facilities and injection risk behaviours among young drug injectors. *Addiction* 2009; 104: 614-9.
- 23** Kerr T, Tyndall M, Li K, et al. Safer injecting facility use and syringe sharing in IDUs. *Lancet* 2005; 366: 316-18.
- 24** NCHECR (National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research). (ed.) (2007a). Sydney Medically Supervised Injecting Centre evaluation report no. 3: evaluation of client referral and health issues. University of New South Wales. Sydney. Disponible en: [http://www.med.unsw.edu.au/NCHECRweb.nsf/resources/Interim_eval_rep_2/\\$file/IntEvalReport3SMSIC+.pdf](http://www.med.unsw.edu.au/NCHECRweb.nsf/resources/Interim_eval_rep_2/$file/IntEvalReport3SMSIC+.pdf). [citado el 10 de Enero de 2012].
- 25** Stoltz JA, Wood E, Small W, et al. Changes in injecting practices associated with the use of a medically supervised safer injection facility. *Journal of Public Health* 2007; 29: 35-9.
- 26** Dubois-Arber F, Benninghoff F, Jeannin A. Typology of injection profiles of clients of a supervised drug consumption facility in Geneva, Switzerland. *European Addiction Research* 2008; 14:1-10.
- 27** Bayoumi AM, Zaric GS. The cost-effectiveness of Vancouver's supervised injection facility. *CMAJ* 2008; 179: 1143-51.
- 28** Andresen MA, Boyd N. A cost-benefit and cost-effectiveness analysis of Vancouver's supervised injection facility. *Int J Drug Policy* 2010; 21: 70-6.
- 29** Pinkerton SD. Is Vancouver Canada's supervised injection facility cost-saving?. *Addiction* 2010; 105: 1429-36.
- 30** Zurhold H, Degkwitz P, Verthein U, et al. Drug consumption rooms in Hamburg, Germany: Evaluation of the effects on harm reduction and the reduction of public nuisance. *Journal of Drug Issues* 2003; 33: 663-688.
- 31** Wood E, Kerr T, Small W, et al. Changes in public order after the opening of a medically supervised safer injecting facility for illicit injection drug users. *CMAJ* 2004; 28; 171: 731-4.
- 32** Green T, Hankins C, Palmer D, et al. Ascertainning the need for a supervised injecting facility (SIF): The burden of public injecting in Montreal, Canada. *Journal of Drug Issues* 2003; 33, 3: 713-732
- 33** Wodak A, Symonds A, Richmond R. The role of civil disobedience in drug policy reform: how an illegal safer injection room led to a sanctioned. Medically supervised injection center. *Journal of Drug Issues* 2003; 33, 3: 609-624.
- 34** Daigre C, Comín M, Rodríguez-Cintas L, et al. Valoración de los usuarios de un programa de reducción de daños integrado en un ambulatorio de drogodependencias. *Gac. Sanit.* 2010; 24: 446-452.
- 35** Little J, Franskoviak P. So glad you came! Harm reduction therapy in community settings. *J Clin Psychol* 2010; 66: 175-88.
- 36** Phillips P, Labrow J. Dual diagnosis - does harm reduction have a role?. *Int J Drug Policy* 2000; 11: 279-283.
- 37** Krakow DS, Galanter M, Dermatis H, et al. HIV risk factors in dually diagnosed patients. *Am J Addict* 1998; 7: 74-80.
- 38** Rosenberg SD, Drake RE, Brunette MF, et al. Hepatitis C virus and HIV co-infection in people with severe mental illness and substance use disorders. *AIDS* 2005; 19 Suppl 3: S26-33. *

Experience

Aula de formación. Proyecto pedagógico para usuarios de drogas

Autores: Eugenia de Andrés*, M^a José Sánchez**, Toni Delás // * *Ex Aequo*. ** *Hospital Universitari del Sagrat Cor. Biblioteca*

Palabras clave: *Aula de Formación; drogas ilícitas; consumidores de drogas, educación; integración social; drogadicción, rehabilitación; aprendizaje.*

Resumen

Se describe la experiencia de dos años de funcionamiento en Barcelona de Aula de Formación, un recurso educativo dirigido y adaptado a usuarios de drogas en fase de disminución del consumo y/o en programas de metadona. El objetivo de esta iniciativa es servir de enlace para conseguir, mediante el afianzamiento de una serie de hábitos y aprendizajes, que se incorporen a una escuela de adultos en la que puedan continuar su formación. Este proceso se entiende como un primer paso encaminado a favorecer su integración y socialización en un momento de reorientación de sus vidas y en un marco de gran vulnerabilidad. Los principales contenidos docentes son español, catalán e informática, sin descartar otros que puedan surgir a demanda de los

alumnos. En la experiencia han participado dos educadores y 15 alumnos de 30 a 46 años y de seis nacionalidades distintas. Para el desarrollo de esta iniciativa se ha contado con la coordinación del SAPS y la colaboración del Òrgan Tècnic de Drogodependències de la Generalitat de Catalunya. Los resultados son satisfactorios y se observan mejoras en sus hábitos de higiene y conducta, ocupación del tiempo libre, interés por aprender. Algunos asisten ya a las clases de la escuela de adultos con otros compañeros y han mejorado sus expectativas de integración.

Introducción

Aula de Formación es un recurso educativo iniciado en el año 2010 en Barcelona que se inscribe dentro de los proyectos dirigidos a crear hábitos de conducta socializadores y fomentar la integración de usuarios de drogas en fase de cesación de consumo (1,2). Se incluiría en la tendencia a diseñar los servicios en función de las necesidades de los destinatarios (3).

El proyecto nació con la intención de dar soporte a usuarios de drogas que deciden dejar el consumo y que se hallan en una situación de vulnerabilidad social. En general, la cobertura social que tienen los consumidores de drogas es baja (4). A causa de su adicción, la mayoría ha perdido a su familia y amigos, carece de recursos económicos y no tiene empleo ni domicilio fijo. En el camino han dejado también conocimientos básicos y habilidades sociales, lo cual dificulta su integración, el



acceso a un puesto de trabajo y la comunicación con su entorno.

Aula de Formación pretende ofrecer recursos para que los usuarios que están en fase de desintoxicación puedan integrarse en centros educativos reglados y afrontar nuevas vías de acceso a otro tipo de vida.

Personas y método / Desarrollo de la experiencia

La experiencia se ha desarrollado en el Centre Cívic Drassanes ubicado en el barrio de Ciutat Vella de Barcelona. Al incorporarse la materia de informática se contó con el Casal d'Infants del Raval, otro centro del mismo barrio que cedió gratuitamente un aula equipada con ordenadores para el desarrollo de la clase durante cuatro meses.

En Aula de Formación las primeras clases fueron de castellano y catalán básico dos días por semana, que se complementaron más tarde con las de informática.

El programa de aprendizaje es variado y de bajo umbral en el que la exigencia de resultados académicos no es una prioridad. Los criterios pedagógicos difieren en cuanto a exigencia a los de cualquier otro centro educativo. Se acepta que la asistencia de los alumnos sea irregular en función de una serie de contingencias inherentes a sus circunstancias personales. La asistencia de los docentes a las clases es muy exigente y desde el primer momento con disponibilidad para revisar y replantear las tareas docentes e incorporar, si fuera necesario, nuevos contenidos de acuerdo con la demanda de los alumnos.

La iniciativa cuenta con la coordinación del SAPS, Creu Roja, servicio destinado a la atención de consumidores de drogas activos, ubicado en una zona de Barcelona con alta incidencia y consumo de heroína y cocaína. SAPS se encarga de seleccionar los alumnos que pueden seguir las clases, canaliza a los usuarios que están en fase de reducción de consumo y favorece la incorporación de alumnos en condiciones de seguir las clases. También se ha contado con la colaboración del Òrgan Tècnic de Drogodependències de la Generalitat de Catalunya.

Está destinada a usuarios de drogas en proceso de cesación de consumo y/o en programas de metadona. Una gran parte de los alumnos son extranjeros que no dominan el español y precisamente la actividad se destina a mejorar sus conocimientos.

El equipo docente inicial estaba formado por dos educadores capaces de asumir distintas materias educativas.

Resultados

En Aula de Formación han participado hasta la fecha 15 alumnos de edades comprendidas entre 30 y 46 años. La mayoría de ellos no tienen domicilio propio y viven en la calle, en pensiones o casas ocupadas. Los países de procedencia son España, Italia, Rusia, Georgia, Pakistán y Marruecos (tabla 1). De los 15 alumnos, 10 han seguido clases de castellano y 5 de informática.

Las materias impartidas al principio han sido castellano y catalán. Posteriormente, clases de informática y, a demanda de los alumnos, se incorporaron otras materias como soporte al estudio del código de circulación para la obtención del carnet de conducir. Para uno de los alumnos esta era su prioridad puesto que este permiso era un requisito para obtener un puesto de trabajo.

Algunos alumnos nunca habían utilizado un ordenador y al final de las clases dominaban varios programas, eran capaces de escribir un texto, enviar y recibir un correo electrónico o hacer búsquedas en internet. El acceso a este tipo de recursos permitió dar soporte y fomentar la comunicación de los alumnos con amigos y familiares residentes en otras ciudades y países. Con algunos de ellos habían perdido el contacto desde hacía varios años y gracias a estos recursos pudieron relacionarse de nuevo.

Desde Aula de Formación se ha procurado, asimismo, fomentar la motivación (5), que los alumnos se inscribieran en actividades deportivas en instalaciones del mismo barrio y se ha fomentado la relación con entidades en las que pueden jugar a fútbol y tenis de mesa, nadar y otros deportes.

La lectura es otro hábito que hemos cultivado entre los alumnos. Además de lecturas y dictado de textos, se promueve el acercamiento a bibliotecas con acompañamiento de los docentes. Varios alumnos del Aula de Formación son ya socios de alguna biblioteca pública del barrio, han aprendido a solicitar libros en préstamo, acuden a leer o ver algunas películas y, con la colaboración de los docentes, seleccionan lecturas que son fáciles a su nivel de comprensión.

En varios casos, en el último trimestre del año 2011 y primero de 2012, las clases de castellano han servido de enlace para que algunos alumnos, después de tres o cuatro meses en Aula de Formación, sean capaces de incorporarse a otros recursos educativos en los que han podido matricularse para continuar clases regladas de castellano o de informática después de realizar un examen de nivel.

Para ello se ha realizado una tutela del proceso de matriculación y acompañamiento al examen de nivel.

En la actualidad dos de ellos siguen las clases con normalidad en este centro. Para estos alumnos, las clases del Aula de Formación son ya un refuerzo docente, puesto que han conseguido integrarse en un centro académico y seguir las enseñanzas junto a otros alumnos. (Tablas 2 y 3).

nitiva, de un recurso educativo para acompañar a los alumnos en el inicio de un nuevo camino dirigido a la integración social. ✨

Conclusiones

Los alumnos que deciden seguir las clases de Aula de Formación, en general, no tienen domicilio estable y están en un momento de gran confusión. Tienen también muchas carencias, como falta de recursos económicos, de trabajo. Están por tanto en un momento de gran vulnerabilidad. No saben muy bien cómo reorientar su vida. Por ese motivo es importante que los docentes que participan en esta experiencia sean flexibles, comprendan la situación social en la que viven los alumnos y en gran medida ofrezcan aprendizajes fáciles de asumir a corto plazo sin grandes exigencias. Es lo que hemos denominado educación de bajo umbral.

Durante el proceso hemos observado mejora en los hábitos de higiene, asistencia habitual a las clases, interés por aprender, buena relación con los educadores. Siempre con la premisa de obtener más resultados cualitativos que cuantitativos. Su nivel de castellano ha mejorado y los que han seguido las clases de informática han aprendido los primeros pasos del funcionamiento de un ordenador.

Las conclusiones de Aula de Formación son muy positivas. Los participantes han desarrollado aptitudes e incrementado nuevos conocimientos; se han relacionado con otros compañeros; han adoptado el rol de alumno-aprendiz, que implica estar receptivo, atento, curioso. También han aprendido normas de puntualidad.

Es destacable la relación que se ha creado entre los alumnos y docentes de Aula de Formación. Comentan sus dificultades, pensamientos, inquietudes, su *modus vivendi*, a qué dedican su tiempo. Este vínculo nace de la relación discente-docente y está basado en la confianza. Por eso pensamos que Aula de Formación es un recurso útil para cambiar los hábitos de personas consumidoras de drogas o en proceso de rehabilitación. Permite recuperar la sensación de que yo soy el responsable de la mayoría de mis acciones, algo fundamental en el proceso de socialización. Ligado a ello, está el sentirse útil. En ese proceso, Aula de Formación contribuye a reforzar vínculos, generar nuevas expectativas, a ganar en autoestima. Se trata, en defi-

Tablas

Tabla 1. Países de procedencia

Países de procedencia	Número de alumnos
España	3
Italia	3
Rusia	3
Georgia	3
Pakistán	2
Marruecos	1

Tabla 2. Espacios educativos

Enseñanza de castellano
Enseñanza de catalán
Enseñanza de informática
Apoyo a la obtención del carnet de conducir
Contacto con familiares y amigos a través de correo electrónico
Utilización de bibliotecas públicas y adscripción como socios
Inscripción en entidades deportivas

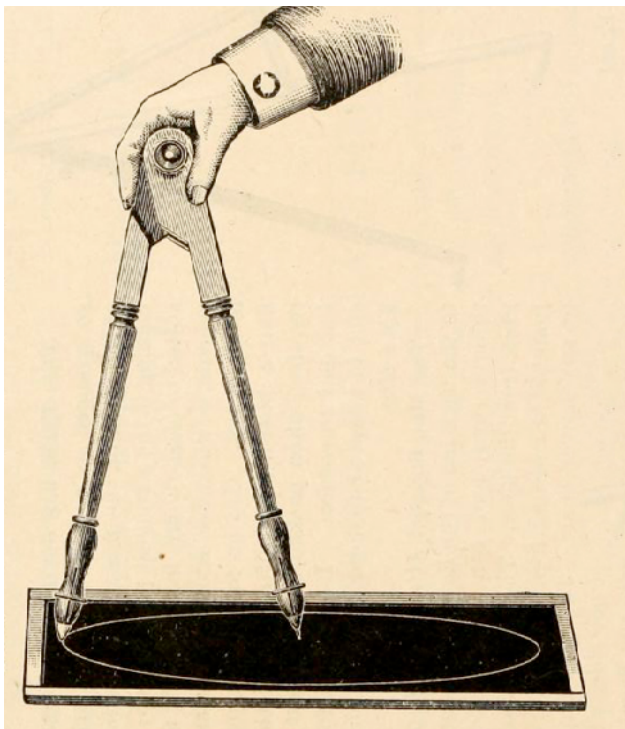
Tabla 3. Tabla de evaluación

Progresos en castellano
Progresos de catalán
Conocimientos básicos de informática
Contacto con familiares y amigos a través de correo electrónico
Utilización de bibliotecas públicas y préstamo de libros de lectura
Inscripción en entidades deportivas
Mejora en hábitos de higiene
Puntualidad
Mejora en hábitos de conducta
Buena relación con los educadores.
Enlace con centros de enseñanza reglada

Experience

Training classroom in Barcelona. An experience of two years

Autores: Eugenia de Andrés* [eugenia.deandres@gmail.com], M^a José Sánchez**, Toni Delás // * *Ex Aequo*. ** *Hospital Universitari del Sagrat Cor. Biblioteca*



an adults' school through reinforcing learning and social habits. This process should be regarded as a first step towards social adjustment in a context of high vulnerability. The main contents include basic literacy in Spanish and Catalan languages and computer skills, including other possible subjects requested by students. Two educators have been at the forefront of 15 students from 30 to 46 years old, from six different nationalities. The development of this educational experience has been possible thanks to SAPS coordination and the collaboration of the Organ Tècnic de Drogodependències of the Generalitat of Catalunya. We observe a general improvement in the social habits of the students and results are satisfactory related their health habits and behavior, leisure time and interest in learning. Some of them are going to attend adult classes with peers and they have improved their expectations of social adjustment.

Key Words: *Street drugs; drug users, education; social adjustment; substance-related disorders, rehabilitation, learning.*

Abstract

We describe the two years experience in Barcelona of the "Training Classroom", an educational resource adapted to target drug users in methadone treatment programs and/or decreasing doses treatment. The purpose of this program is to provide a bridge towards

Introduction

Classroom Training is an educational resource launched in 2010 in Barcelona that is part of a series of plans to create habits of conduct and promote the integration of drug users in the process of stopping consumption (1-3).

The project was intended to support drug users who decide to stop consumption and are in a situation of social vulnerability (4). Due to their addiction, most have lost their family and friends, lack

of economic resources and have no fixed abode or employment. On the way they have also made basic knowledge and social skills, which hinders their integration, access to a job and communicating with their environment.

Classroom Training aims to provide resources to users who are under regulated detoxification and can be integrated into schools to encounter new gateways to another lifestyle.

Subjects and methods / development experience

The experience has been developed in the Drassanes Civic Centre in the Ciutat Vella district of Barcelona. The computer technology was linked to the Casal d'Infants del Raval, another center in the neighborhood that gave a free classroom equipped with computers for the development of the class for four months.

Classroom Training in the first classes was basic Catalan / Spanish two days a week to be supplemented later with the computer.

The learning program is varied and low threshold so that the demand for academic performance is not a priority. The pedagogical criteria differ in requirement from any other school. It is accepted that student attendance is irregular depending on a number of contingencies inherent in their personal circumstances. Attendance of teachers to classes is very demanding from the outset, with the possibility of reviewing and rethinking teaching tasks, incorporating, if necessary, new content according to student demand.

The initiative is coordinated by the SAPS Creu Roja service of attention to drug users, located in an area of Barcelona with a high incidence of heroin and cocaine consumption. SAPS is responsible for selecting students who can follow the classes, channeled users who are in the process of reducing consumption and favors the incorporation of students able to follow classes. It has also had the collaboration of Organ Drogodependències Tècnic of the Generalitat de Catalunya, the Catalan government.

It is intended for drug users in the process of stopping consumption and / or methadone programs. Many of the students are foreigners who do not speak Spanish and the activity is in fact intended to improve their skills.

The initial classes consisted of two educators capable of dealing with various educational materials.

Results

To date Classroom Training has involved 15 students aged between 30 and 46. Most of them do not have their own home and live on the streets, in squats or guesthouses. Source countries are Spain, Italy, Russia, Georgia, Pakistan and Morocco (Table 1). Of the 15 students, 10 classes have continued Spanish and 5 computer skills.

The subjects taught at the beginning were Spanish and Catalan. Subsequently, computer classes and student demand for other materials to support the study of the Highway Code for obtaining a driving license were incorporated. For one of the students this was their priority since this permit was required to get a job.

Some students had never used a computer and by the end of the classes dominated several programs: they were able to write a text, send and receive e-mail or search the internet. Access to these resources made it possible to support and enhance communication of students with their family and friends living in other cities and countries. Some of them had lost touch for several years and through these resources could make new contact.

Classroom Training has also ensured that students enroll in sports facilities in the same neighborhood and has fostered relationships with entities in which they can play football and table tennis, go swimming and do other sports (5).

Reading is a habit that has been cultivated among the students. In addition to lectures and text dictations, the approach to libraries with accompanying teachers has been encouraged. Several students from the Training Room are already members of a public library in the neighborhood, have learned to request books on loan, come to read or watch some movies and, with the collaboration of teachers, selected readings which are easy for their level of understanding.

In several cases in the last quarter of 2011 and first of 2012, for these students, classes and training room are a teaching reinforcement, as they have successfully integrated into an academic center and follow the teaching with other students. (Tables 2 and 3).

Findings

Students who choose to follow the Classroom Training classes generally have no permanent address and are in a period of great confusion. They also have many shortcomings, such as lack of money or job. They are the-

refore at a time of great vulnerability. They know very well how to redirect their life. Therefore it is important that teachers participating in this experience are flexible, understand the social situation in which students live and largely provide easy learning. It's what we call low threshold education.

During the process we have observed an improvement in hygiene, regular class attendance, interest in learning and a good relationship with educators, always with the premise of more qualitative than quantitative results. Their level of Spanish has improved and those who have followed computer classes have learned the first steps in operating a computer.

The findings of Classroom Training are very positive. The participants have developed new skills and increased knowledge; have associated with other colleagues; have adopted the role of learner-learner, which means being receptive, attentive, curious. They have also learned standards of punctuality.

The relationship that has developed between the students and teachers of Classroom Training is remarkable. They discuss their problems, thoughts, concerns, modus vivendi, how they spend their time. This link arises from the learner-teacher ratio and is based on trust. So we think that Classroom Training is useful for changing the habits of drug users in rehabilitation and resource. It retrieves the feeling that I am responsible for most of my actions, which is essential in the process of socialization. Linked to this is feeling useful. In the process, Classroom Training helps strengthen ties, generate new prospects and gain self-esteem. This is ultimately an educational resource to accompany the students at the beginning of a new path towards social integration.

Tables

Table 1. Countries

Countries	Number of students
Spain	3
Italy	3
Russia	3
Georgia	3
Pakistan	2
Morocco	1

Table 2. Educational Spaces

Teaching Spanish
Teaching Catalan
Teaching computers
Support for obtaining a driving license
Contact with family and friends by email
Using public libraries and assignment as partners
Enroll in sports entities

Table 3. Evaluation Gird

Progress in Spanish
Progress in Catalan
Basic computer skills
Contact with family and friends by email
Use of public libraries and lending of books
Enroll in sports entities
Improved hygiene
Punctuality
Improved behavior patterns
Good relationship with educators
Link formal education centers

Bibliografia / references

- Suchotliff L, Meyer S. Am J Psychiatry. 1975;132:195-7. The educational process as a treatment modality in a drug rehabilitation program.
- Liu Q, Gericke CA. Yulu Shequ - a unique rehabilitation program for illicit drug users in Kaiyuan in southwest China. *Harm Reduct J*. 2011 Sep 20; 8:26. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3195714/?tool=pubmed>
- Schottenfeld RS, Pascale R, Sokolowski S. Matching services to needs. Vocational services for substance abusers. *J Subst Abuse Treat*. 1992;3-8.
- Mathers BM, Degenhardt L, Ali H, Wiersing L, Hickman M, Mattick RP, Myers B, Ambekar A, Strathdee SA; HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage. *Lancet*. 2013;37:1014-28
- Gideon L. Drug offenders' perceptions of motivation: the role of motivation in rehabilitation and reintegration. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. 2010;54:597-610. *

Experience

Educación compartida en un servicio de atención a usuarios de drogas en activo. Experiencias de un equipo multidisciplinar

Autoras: Rosa Kistmacher [rosakistmacher@creuroja.org] & Claudia Muñoz Juliachs

Institución: SAPS – Creu Roja Barcelona

Palabras clave: *drogodependencias, educación sanitaria, talleres, reducción de daños.*

Resumen

El SAPS – Creu Roja trabaja desde 1993 con usuarios de drogas ilegales en situación sociosanitaria deprimida. El servicio se enmarca dentro de la política de “reducción de daños” y tiene como objetivo reducir los efectos negativos relacionados al consumo de drogas ilegales, tanto en las personas consumidoras como en la comunidad. Para conseguir este objetivo, el SAPS cuenta con diferentes servicios: área calor y café, espacio para venopunción higiénica, programa de intercambio de jeringas. El equipo del SAPS es multidisciplinar, la atención diaria es ofrecida por 2 educadores, 2 enfermeras y 1 trabajadora social. El equipo lo completan una directora, una administrativa, un médico, una psicóloga y una abogada. Aparte de la atención diaria dirigida a mejorar la calidad de vida de las personas consumidoras de drogas y paliar los efectos negativos del consumo, ofrecemos talleres de educación sanitaria.

La comunicación / espacio de experiencia pretende dar a conocer el rol de los diferentes profesionales en el desarrollo de estos talleres. Para explicarlo contaremos con tres ejemplos concretos:

- Bola de nieve (anual; 2 profesionales; 10 usuarios – hasta 100 beneficiarios)
- Taller de naloxona (cada 2 semanas; 2 profesionales; hasta 6 usuarios) – taller de prevención de sobredosis / atención a sobredosis
- Taller Recoje (semanal; 1 profesional; rotatorio; 6 usuarios) – recogida de jeringuillas y material de consumo en la vía pública

La diversificación de tareas es la clave, aprovechamos los conocimientos específicos de cada profesión y los recursos personales de cada miembro del equipo para poder ofrecer una atención de calidad.

Educación compartida

El SAPS – Creu Roja inició su actividad en abril de 1993, con el objetivo de acercar y ampliar la oferta asistencial al colectivo de usuarios de drogas en activo con un alto nivel de vulnerabilidad y exclusión social. Los objetivos y la metodología del trabajo se enmarcan dentro de los denominados “programas de reducción de riesgos y daños”, en los que inicialmente la abstinencia al consumo de tóxicos no se considera el objetivo principal de la intervención, sino se pretenden minimizar a corto y medio plazo los efectos negativos relacionados al consumo de drogas. El



SAPS entiende que los recursos se han de adaptar a las necesidades de los que los usan y no al revés, por eso basa su intervención en la proximidad, entendido como una estrategia para posibilitar la aproximación a los usuarios y para facilitar la relación con los profesionales.

Este mismo objetivo se consigue al diluirse el límite entre las profesiones presentes en el servicio: cada profesional cuenta con una formación profesional en el ámbito sanitario, social o educativo, pero al iniciar su actividad laboral en el SAPS inicia un aprendizaje que le permitirá cumplir con las tareas propias de su profesión y además, incluir nuevas estrategias de intervención en el ámbito sociosanitario. De esta diversificación se benefician también todos los usuarios del SAPS ya que disponen de diferentes profesionales en un mismo centro, ayudando a minimizar los riesgos que comporta la drogadicción y contribuyendo a mejorar la calidad de vida de los usuarios.

También es un espacio que dispone de un trato individualizado con soporte profesional diferenciado, pero a la vez compenetrado. Es decir, cada uno de los profesionales cuenta con un rol autónomo para desarrollar sus técnicas, pero al mismo tiempo es un trabajo en equipo que, mediante las reuniones semanales, se proponen los casos para tener un objetivo común desde diferentes puntos de vista profesionales para

cada uno de los usuarios del SAPS. La comunicación entre profesionales es la clave para el buen funcionamiento del servicio y para conseguir los objetivos marcados por el servicio y para cada usuario.

Este servicio también fomenta la colaboración y la coordinación continua de todos los profesionales que aportan sus recursos disponibles para crear una asistencia al usuario completa y unificada. Por lo tanto, hay que optimizar los recursos, los horarios y el espacio de cada profesional para conseguir una mejor atención integral a la persona y dar respuesta a sus necesidades.

Respecto a los recursos personales que puede aportar cada profesional del equipo, se merece especial atención el dominio de varios idiomas, imprescindible en un servicio como el SAPS donde atendemos a una población con un alto porcentaje de inmigrantes (aprox. 45%). “Los límites de nuestro idioma son los límites de nuestro mundo”, eso quiere decir que la comunicación a veces se ve limitada por el idioma. Para facilitar la comunicación entre usuarios y profesionales se tiene en cuenta esta habilidad a la hora de decidir una nueva incorporación al equipo. Del equipo actual, cada profesional habla al menos 3 lenguas distintas, entre todos sumamos 6 idiomas.

De los talleres educativos llevados a cabo en el SAPS destacamos los siguientes:

- *Taller Recoje*: Esta actividad se inició en 1995 y se basa en la recogida de material de consumo en la vía pública. Es un taller destinado al servicio a la comunidad y una forma de integración a la sociedad y al barrio de los usuarios del centro. Es un taller que se realiza los martes de 15-17h, está dirigido por un profesional del centro diferente cada semana, y es quien marca el recorrido por el barrio del Raval y Sants-Montjuïc. El taller se remunera a los usuarios con 8€. Este taller también es una actividad educativa para el usuario, que entiende la importancia de un consumo responsable y de no abandonar material en la vía pública. El Recoje es conducido cada semana por un profesional diferente.
- *Taller Naloxona*: Desde 2009 se realizan talleres de prevención de sobredosis por opiáceos en los centros de la Xarxa REDAN (red de recursos de reducción de daños). Los objetivos son la reducción de los casos de sobredosis mortales. Se forman las habilidades siguientes: identificación de sobredosis, actuación y administración de naloxona. En 2011 en el SAPS hemos formado a 46 usuarios de 14 países diferentes. El taller lo imparten 2 profesionales, tanto del equipo educativo como del ámbito sanitario.
- *Taller Bola de Nieve*: Con estos talleres se pretende concienciar sobre diferentes aspectos de la reducción de daños (sobredosis, consumo más higiénico, sexo seguro, sustancias de consumo, infecciones asociadas al consumo intravenoso etc.) a la vez de recopilar información sobre conocimientos, actitudes y percepciones de riesgo y la propia salud. Para dicho objetivo se forma un grupo focal de hasta 10 usuarios que a su vez realizan encuestas a 10 personas que no acuden a nuestro servicio. Dependiendo de la temática, el taller lo imparten sanitarios y/o educadores. El año pasado participaron 8 usuarios del SAPS que realizaron 96 encuestas sobre consumo y consumidores a otros usuarios de drogas que no frecuentan nuestro servicio.

Conclusiones

La colaboración entre las diferentes profesiones del equipo del SAPS – Creu Roja posibilita una atención integral, ágil y orientada en las necesidades de los usuarios del servicio. La infraestructura del servicio requiere la implicación de cada miembro del equipo en todas las actividades. Es decir, las enfermeras realizan las tareas propias de su profesión pero también participan en los espacios educativos. A su vez, los educadores están preparados para asistir en caso de sobredosis en la sala de consumo. La trabajadora social también ejerce su profesión y, aparte colabora con el equipo sanitario y educativo.

Un equipo multiprofesional y una educación compartida implican una colaboración continua para conseguir la mejor atención posible para nuestros usuarios. ✨

Shared education in a center for drug users - Experiences of a multidisciplinary team

Authors: Rosa Kistmacher [rosakistmacher@creuroja.org] & Claudia Muñoz Juliachs

Institution: SAPS – Creu Roja Barcelona

Key words: *drug dependence, health education, workshops, harm reduction.*

Abstract

The SAPS - Creu Roja has been working since 1993 with users of illegal drugs in Barcelona. Our line of work is based on the philosophy of “harm reduction” in drug work and aims to reduce the negative effects related to drug use in both users and the community. To achieve this objective, the SAPS offer different programs and spaces: a drop-in consumer site for intravenous drug use and a needle exchange program. The SAPS team is multidisciplinary, daily attention is offered preferably by two social educators, 2 nurses and 1 social worker. The team is completed by a Director, an administrator, a doctor, a psychologist and a lawyer. Apart from the daily care aimed at improving the quality of life of those using drugs and alleviating the negative effects of consumption, the SAPS offers workshops on health education.

The communication / exchange experience seeks to highlight the role of different professionals in the development of these workshops. For a better explanation we will present three examples from our practice:

1. Snowball-Workshop (yearly, 2 professionals, 10 users - up to 100 beneficiaries)
2. Naloxone-Workshop (every two weeks, 2 professionals; up to 6 users)
3. Collect-Workshop (weekly, 1 professional, rotatory, 6 users)

Diversification is the key; we benefit from the expertise of each profession and the staff resources of each team member to provide quality care.

Shared education

The SAPS - Creu Roja began operations in April 1993 with the aim of bringing supply and expanding the collective welfare of active drug users with a high level of vulnerability and social exclusion. The objectives and methodology of work are part of the so-called “risk reduction programs and damage”, where abstinence from consumption of toxic substances is not initially considered the main objective of the intervention but is intended to minimize the short and medium term adverse effects related to drug use. The SAPS means that resources have to be adapted to the needs of those who use them and not vice versa, so base their discourse on proximity, understood as a strategy to facilitate the approach to the users and to facilitate the relationship with professionals.

This objective is achieved between professions present in the service: every professional has professional training in the health, social or educational environment, but to start their career in the SAPS began learning what would enable them to meet tasks specific to their profession and also include new intervention strategies in the geriatric field. This diversification of SAPS means all users also benefit as they have different professionals under one roof, helping to minimize the risks of drug abuse and in improving the quality of life of users.

It is also a space that has a distinct individualized yet integrated treatment with professional support. This means that each professional has an autonomous role to develop their techniques, but also is part of a team that, through weekly meetings, have a common goal from different professional viewpoints that are proposed to each user of the SAPS. Communication between professionals is key to the smooth running



of the service and to achieve the objectives set by the service for each user.

This service also encourages collaboration and ongoing coordination of all professionals who contribute their available resources to create complete and unified user assistance. Thus, we must optimize the resources, schedules and space of each professional to provide better comprehensive attention to the person and respond to their needs.

Regarding the personal resources that every professional team can provide, mastering several languages deserves special attention in essential services such as SAPS where we serve a population with a high percentage of immigrants (approx. 45%). “The limits of our language are the limits of our world”, which means that communication is sometimes limited by language. To facilitate communication between users and professionals we consider this ability to decide when making a new addition to the team. In the current team each professional speaks at least 3 different languages, 6 languages when added all together.

Educational workshops held in the SAPS include:

1. Collect: This activity was initiated in 1995 and is based on the collection of material for consumption in public. This workshop is intended to serve the community and a way of integrating users into society and the neighborhood center. There is a workshop every Tuesday from 15-17 h, and it is led by a professional from a different center each week, and is the person who sets the course for the Raval and

Sants-Montjuïc districts. The workshop users are paid €8. This workshop is an educational activity for the user, who must understand the importance of responsible drinking and not leave material on the public way. The Collect workshop is hosted each week by a different professional.

2. Naloxone Workshop: From 2009 overdose prevention workshops have been conducted regarding opiates in the REDAN Network centers (network resource damage reduction). The objectives are the reduction of cases of fatal overdose. The following skills are taught: identification of overdose, naloxone administration and performance. In 2011 the SAPS trained 46 users from 14 different countries. The workshop is taught by two professionals, from both the educational team and the health field.
3. Snowball Workshop: These workshops are intended to raise awareness about different aspects of harm reduction (overdose, more hygienic consumption, safe sex, substance use, infections associated with intravenous use, etc.) as well as to gather information about knowledge, attitudes and perceptions of risk and health. For this purpose a focus group of up to 10 users is organised, which in turn carry out surveys with 10 people who are not within our service. Depending on the topic, the workshop is taught by health professionals and / or educators. Last year there were 8 user SAPS who conducted 96 surveys on user consumption and other drug users who did not attend our service.

Conclusions

The collaboration between the different professions of the SAPS team enables a comprehensive, flexible and focused approach to the needs of service users' care. The infrastructure of the service requires the involvement of every team member in all activities. That is, nurses perform the tasks specific to their profession but also participate in educational spaces. The social worker works and collaborates with other health and educational team members.

A multidisciplinary team involving education and sharing an ongoing collaboration means getting the best care possible for our users. ✨

Meeting

Euro Harm Reduction Meeting. Amsterdam 2 and 3, October 2014.

These brief summaries are the result of the Euro Harm Reduction Meeting that took place in Amsterdam on the 02/10 and 03/10 2014.

Two of our colleagues joined the meeting and took part in the discussion on how to reform and restart the common platform on harm reduction in Europe.

Day 1

OVERDOSE PREVENTION IN EUROPE: COLLATING LIFESAVING PRACTICES. APDES, PORTUGAL

This interactive workshop presented a series of expert recommendations to prevent overdose incidence in Europe.

Participants were invited to discuss the recommendations with a particular focus on those which could be considered more challenging to implement in terms of practice, research and policy.

The presentation started by presenting 3 different videos from France, UK, and Estonia.

All the video

The video from the UK finished with a drug user pronouncing the sentence: I'm the video evidence, naloxone works!

Estonia,

They have naloxone prescription, but the circuit that allows people to obtain it is rather complicated to access with a long waiting time.

Until now 45 people have been saved from an overdose.

With this presentation they aimed to stimulate all the participants to have a discussion about several topics such as:

- Definition of drug-related deaths
- Imprecise distinctions between legal and illegal drugs that provoke the overdose.
- Environmental prevention
- Insufficient consideration in prevention programs of data about social inequalities.
- Preventing overdose occurrence / overdose risk assessment
- Individual overdose risk assessment
- Drug users' unawareness/underestimation of their risks
- Preventing overdose occurrence: drug treatment
- Supervision practices as both: risk and protective factors
- Insufficient access in prevention used in some European countries
- Training drug users, their families and their social network
- Several communities have lack of interest in offering training to drug users' families and their social networks.
- Preventing overdose re-occurrences after a non-fatal episode.
- Lack of opportunistic interventions provided by emergency and hospital personnel.

DRUG CONSUMPTION ROOMS IN EUROPE

RegenboogGroep, the Netherlands

This session presented the outcomes of new research undertaken with DCR managers across Europe and DCR visitors in Amsterdam examining the impact of such facilities on the quality of life of people who use drugs.

- What did we do?

- Who did we reach?

Social functions

The most important are: Safety net (82.4% safety) and Springboards (14.7% reintegration)

This survey has been based on the DCR's impact on its surroundings and society, before and after.

Survey in the Netherlands: Amsterdam and Rotterdam.

Around 2/3 are open onweekends

87.1% have a max. duration policy in the smoking room and 69.7% in the injecting room.

75.8% prohibit alcohol use and 35% tobacco.

In the Netherlands stands out a high rate of reintegration while in the rest of Europe stands out a high rate of nurse working in DCRs.

The average no. of visitors for each DCR in the Netherlands is 60 users per year.

The average age of the users is between 43-53 years old.

Most of them are not currently homeless.

The consumption method for smoking is 75% via aluminum foil and 25% via pipes.

The amount of substance is usually below 1 gram per day.

The drugs most used are heroin and cocaine.

40% use only when the DCRs are open.

75% often use drugs in public.

Drug users say that by using in DCR they

Have more time to rest (75%)

Find advice about safe drug use helpful (58%)

Pay more attention to hygiene (66%)

Pay more attention to their physical condition (57%)

DCR IN FRANKFURT

DCR in Germany remains a controversial subject even if their number is high, since several are concentrated in a few cities

The majority of users are injectors, very few are smoke or change from injecting to smoking.

191,729 single use events in 2013 between the 4 DCRs in Frankfurt made by 4,500 users.

Though the new regulations have substantially reduced the consumption of BZD in drug users, they are now much more difficult to prescribe.

The highest number of drug deaths occur in the region of Bavaria where there are no DCRs and MTDis barely prescribed (due to local laws).

85% are male and 15% female

The average age is 37 years old.

24% new users per year

53% follow a detox treatment

2.9% HIV positive

46% VHC/B of which 39% are new intakes.

25% of the total users have used the DCR only once.

23% have used it between 2 and 4 times

24% have used it between 5 and 20 times

28% have used it more than 20 times.

DRUG CONSUMPTION ROOMS IN EUROPE

87 DCR in Europe in 8 countries

In Hamburg there is a DCR only for women.

People who are usually denied access:

Occasional or first time users, under 18 years old, Drunk or otherwise intoxicated, not residing in the vicinity, in opioid substitution treatment.

From 1995 to 2013 between 6,500 and 8,500 people died from drug overdoses in Europe.

There have been millions of occasions of drug use within a DCR and only one person has died from an allergic reaction.

dirk.schaffer@dah.aidshilfe.de

HARM REDUCTION IN LOCAL SETTINGS

AFR, France

The most innovative harm reduction policy shifts often take place at a local level, such as the implementation of a needle and syringe program or the establishment of a drug consumption room. This session explored the importance of working at a local level to further harm reduction and drug policy reform.

Why focus on a local/city approach?

The "traditional" approach is a largely fragmented approach.

The traditional approach did not work.

The association of harm reduction workers should encourage DCRs, police services, health institutions and public services to work together.

In order to promote such a way of working they organized a meeting in Marseille in 2013.

In France they are encountering great difficulties to open the DCR in Paris due to much social and political resistance.

THE AMSTERDAM EXPERIENCE OF INTEGRATED LOCAL DRUG POLICY

Ardan Miedema and Marcel Buster, Municipal Health Service Amsterdam

Public Health and drug use.



Integrated facility South East

Addiction considered as a chronic relapsing disease.

Primary arm of treatment

Get in contact; maintain contact with those who need it most!

Prevent spread of infectious diseases

Future generation: prevention of drug use by pregnant women

Reduce bother and delinquency:

- Surveillance (police, specific teams, camera...)
- Specific areas with specific regulations on drug dealing, begging, using alcohol or drugs, high tolerance or low tolerance ...
- Coordinated action by police, health service
- Voluntarily treatment/social care:
 - MTD, heroin prescription
 - Care for housing
 - Entrance continuations
- Involuntarily treatment:
 - For severe psychiatric problems
 - Treatment/imprisonment (max. 2 years even if they have accumulated many offences)

The first objective is not always to achieve abstinence but instead safer use and improvement of their life status by raising their living standard.

Other main goals remain: protecting general populations

preventing infections, future generations and open drug scenes

HARM REDUCTION IN ZUIDHOUT

Bijlmer 70s and 90s heroin epidemic.

2003: politicians and mayor decide on a program to decrease bother

Urban renovation

In 2007: 25% less bother

Agreement with health organizations, housing association and police to continue the program.

Cooperation & Organizations:

- Police, street corner work, making contact
- GGD registered all heroin addicts.
- Low threshold care in GGD: medical, psychiatric treatment, methadone and heroin treatment.

- Finances and insurances: Social Security and Probation
- Night and day shelters.
- Work projects in the neighborhood.

Client participation:

- Client advisory board: clients and management members
- Once every three years a “client satisfaction survey”.
- Clients visit shooting locations to pick up needles.
- Information to other clients about the treatment.
- Education to visiting groups.

(They have gone from 200 needles per year to 4 needles per year).

Participation of local inhabitants:

- Monthly meeting with shopkeepers and local inhabitants.
- Police react rapidly to complaints.
- Now twice a year.
- Increased feeling of safety.

Discussion:

- Reduction of bother means good quality of treatment.
- Good quality of treatment means reduction of bother.
- Clients should have an important role in the treatment of other patients.

LESSON LEARNT FROM THE EUROHRN TRAINING

SESSION ON INTEGRATED LOCAL DRUG POLICIES

Tessa Windelinckx (BE) and Patrick Klein (LU)

The fragmented vs integrated approach.

Interactive community planning:

- Training

Top professionals sharing their own experiences

Learning from each other

Under supervision of a supervisor

- Evaluation

Great empowerment

Excellent group evaluation facilitated by a trainer

- Involving peers and volunteers

Be clear on intervention levels and staff rules

Take it easy

Know your limits

Balance, formal and informal expertise

Let them speak for themselves

Sharing our best and worst practices.

Adapt your language to the target

Repeat the same message

Let them think outside the box

When speaking with police and politicians go straight to the point, keep it short.

NEW DRUGS, NEW CHALLENGES, NEW HARM REDUCTION?

As drug trends change and the use of new substances rises across Europe, harm reduction services are adapting policy and practice in order to reduce the harm associated with these drugs. This panel will discuss national contexts, present new research and will feature a video of the legislative changes in New Zealand.

Jean Paul Grund, The Netherlands – new harm reduction?

Who's up to the Challenge?

New drugs & challenges...

- New psychoactive substances
- Homemade drugs
- The internet
- The future:
New Harm?

Harm Reduction 2.0 (disconnection between conventional strategies and new market drugs...big gap).

- Lifetime use of Legal high
- New NPS

First there have been substances that copied the old ones like:

Meth, ssa, kokodrile... (panic! 2003 in RU and UK; 2011 in Georgia; 2014 in US),

A big risk factor resides in bad chemistry from improvised labs and non-professionals.

- internet and challenges

Popular web sites of where to buy drugs online are: Silk road 2, dark net, Pandora...

By buying via internet you lose the contact with the dealer and other users that might tell and advise you about the characteristics and power of these specific substances.

In most of the cases you just get a white powder delivered to your home of which you do not know how to dose and has not been tested enough before. By being so unaware of all these factors the risks grow.

Recent news is that 3D printing has become so advanced that it is probably easy to imagine that in few years it will be possible to print your own substances at home.

This is called molecular 3d printing, (do it yourself drug factory).

KETAMINE HARM REDUCTION EQUIPMENT AND SAFER USE.

Mat Southwell, UK – Ketamine and harm reduction
Last year they organized a “K day” in London.

Events have been held in the streets dedicated to informing and making people aware of the effect and risks related to ketamine use. They invited artists, users and people to talk and exchange experiences about the question .

The fact that in the beginning ketamine was not regulated made everybody use the pharmaceutical one. Later (after 9/11, liquid transport policies) there were several types and of doubtful quality.

Tips and recommendations:

- Drink before and after, ketamine thickens the blood.
- If you heat ketamine it might lower the effect but not the tolerance.
- Ketamine has a strong impact on short memory, so using a watch will help you remember when you last used it.
- Parafernalia:

It can be useful to use something such as a mortar to break the ketamine crystals before sniffing and avoiding nose damage.

A scale to weight it is a good tool to dose ketamine, and using it helps avoid raising the tolerance.

EPIKOKKINI, GREECE – NPS IN GREECE

The use of SIS continues to be a serious issue on the streets of Athens.

Last month the user room (Odiseas) was forced to close by the police and workers were threatened to be charged with an offense if they disobeyed.

They have acted in sixty cases of overdose.

Video: Cocaine of the Poor

Part 1/2 <https://www.youtube.com/watch?v=Uo-37vW2SW-U>

Part 2/2 <https://www.youtube.com/watch?v=e-VX2-RRkH8A>

At the moment there is no harm reduction strategy applied in Greece.

Waiting lists to access methadone programs can easily reach up to 3 years.

Very few studies and research projects have been undertaken in recent years, so there is almost no data that quantifies and analyzes the magnitude of this tragic situation.

The speaker invited the audience to sign the petition asking politicians to allow the user room to open again.

RESULTS OF 5 COUNTRY SURVEYS AND SHOWING OF DRUG REPORTER VIDEO ON NEW ZEALAND MODEL

Peter Sarosi - Hungary

- Portugal
- Poland
- Romania
- Hungary
- Serbia

Different legislation.

Assessment of policy responses:

- Media -driven policy making- no evidence base.
- Creation of black market
- Lack of transparency of the market
- Missed opportunity to regulate
- No monitoring of control

Fear-based mass media campaigns: is this effective?

Public health concerns:

10-15 injections/day: increases the demand for sterile materials.

(Not so) balanced approach

Controlling substances

NPS: New psychedelics substances

In New Zealand last year NPS were made legal but strictly regulated.

Many shops opened through Europe selling NPS and now it is available via internet.

Policy makers are always a step behind drug makers.

Link between a rise of HIV and NPS.

New Zealand model in regulating the market instead of prohibiting

Day 2

DRUG CONSUMPTION ROOM SESSION

Regenboog and correlation will pay some hours a week to reestablish this platform with web site.

Support and implement of data and info.

It will work by mailing list, not by forum.

Expose and put in connection when someone advises of an important change or crisis like rise of death, change of use, dangerous new drugs and so on...

Prove the DCR evaluation, cost effectiveness, reason of existence, rise of health....

Promote harm reduction and support the opening of new DCR.

The web platform will allow joining members as individuals and organizations

Publish mission statement.

Web library: Scientific evidence bases. ✨

