



**ЕВРОПА**

# **Каким образом системы здравоохранения могут эффективно удовлетворять основные потребности бездомных в медицинской помощи?**

Январь 2005 г.

## АННОТАЦИЯ

В данном сводном докладе Сети фактических данных по вопросам здоровья акцент ставится на фактических данных, указывающих на эффективные методы лечения различных видов заболеваний и проблем со здоровьем, от которых часто страдают бездомные

Бездомные представляют собой разнородную группу людей, одной из характеристик которой является сочетанная заболеваемость (представленная главным образом алкоголизмом, наркоманией и психическими расстройствами) и преждевременная смертность. Для решения этих проблем необходимо принимать целый ряд комплексных мер, требующих целевых действий первичных звеньев здравоохранения и сотрудничества целого ряда учреждений различного профиля.

Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ), работа которой была инициирована и координируется Европейским региональным бюро ВОЗ, представляет собой информационную службу для лиц, принимающих решения в области общественного здравоохранения и медицинской помощи в Европейском регионе ВОЗ. СФДЗ может также быть полезна и другим заинтересованным сторонам.

Настоящий доклад СФДЗ составлен приглашенными для этой цели экспертами, и на них лежит ответственность за его содержание, которое не обязательно отражает официальную политику ЕРБ/ВОЗ. Доклад был подвергнут международному рецензированию, организованному сотрудниками СФДЗ.

При цитировании данного доклада просьба приводить следующее описание:  
Wright N.M.J, Tompkins C.N.E (2005) Каким образом системы здравоохранения могут эффективно удовлетворять основные потребности бездомных в медицинской помощи? How can health care systems effectively deal with the major health care needs of homeless people? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report; <http://www.euro.who.int/Document/E85482.pdf>, accessed 27 January 2005).

### Ключевые слова

БЕЗДОМНЫЕ ЛЮДИ  
ОКАЗАНИЕ МЕДИКО-  
САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ  
– организация и  
управление  
ПОТРЕБНОСТИ В  
МЕДИКО-САНИТАРНЫХ  
УСЛУГАХ И СПРОС  
МЕТА-АНАЛИЗ  
ЕВРОПА

Запросы по поводу публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ просьба направлять по следующим адресам:

По электронной почте по поводу разрешения на перепечатку публикаций – по адресу: [permissions@euro.who.int](mailto:permissions@euro.who.int);  
по поводу получения копий публикаций - по адресу: [publicationrequests@euro.who.int](mailto:publicationrequests@euro.who.int);  
по поводу разрешения на перевод публикаций – по адресу: [pubrights@euro.who.int](mailto:pubrights@euro.who.int).

По обычной почте Publications  
WHO Regional Office for Europe  
Scherfigsvej 8  
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

**©Всемирная организация здравоохранения, 2005 г.**

Все права сохранены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет обращения с просьбой разрешить перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы ни в коем случае не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Там, где в заголовках таблиц используется обозначение “страна или район”, оно охватывает страны, территории, города или районы. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых пока что еще может не быть полного согласия.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения не гарантирует, что информация, содержащаяся в настоящей публикации, является полной и правильной, и не несет ответственности за какой-либо ущерб, нанесенный в результате ее использования. Мнения, выраженные авторами или редакторами данной публикации, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

*Каким образом системы здравоохранения могут эффективно удовлетворять основные потребности бездомных в медицинской помощи?*

*Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ.*

*Январь 2005 г.*

---

## СОДЕРЖАНИЕ

Резюме .....	5
Существо вопроса .....	5
Фактические данные .....	5
Рекомендации в отношении политики .....	6
Введение .....	6
Источники для данного обзора.....	7
Факторы, препятствующие обеспечению медико-санитарной помощи для бездомных .....	8
Первичная медико-санитарная помощь для бездомных .....	8
Структура заболеваемости и смертности среди бездомных.....	9
Потребности бездомных в медико-санитарной помощи.....	10
Медицина .....	10
Наркотическая зависимость .....	11
Сексуальное поведение.....	15
Алкогольная зависимость .....	15
Психическое здоровье .....	16
Выводы .....	17
Литература .....	19

## **Резюме**

### **Существо вопроса**

Физическое и психическое здоровье бездомных, как правило, хуже, чем населения в целом, и они часто испытывают трудности с получением соответствующей медицинской помощи. В сводном докладе по этому вопросу представлен критический обзор международной литературы, относящейся к потребностям бездомных в медицинской помощи в условиях стран с относительно хорошо развитыми системами здравоохранения. В докладе не рассматриваются причины бездомности и способы ее предупреждения. Основной акцент в нем ставится на фактических данных, указывающих на эффективные методы лечения различных видов заболеваний и проблем со здоровьем, от которых часто страдают бездомные.

### **Фактические данные**

Бездомные представляют собой разнородную группу людей, одной из характеристик которой является сочетанная заболеваемость (представленная главным образом алкоголизмом, наркоманией и психическими расстройствами) и преждевременная смертность. Для решения этих проблем необходимо принимать целый ряд комплексных мер, требующих целевых действий первичных звеньев здравоохранения и сотрудничества целого ряда учреждений различного профиля.

Имеются фактические данные о том, что определенные способы воздействия на поведение людей, имеющее непосредственное отношение к проблемам психического здоровья, наркомании, алкоголизма и рискованного сексуального поведения, могут существенно усилить возможности бездомных и способствовать прочному улучшению их здоровья, а также способствовать улучшению показателей соблюдения назначенного лечения. В случае зависимости от наркотических средств эффективными вмешательствами являются следующие: медикаментозное лечение, вакцинация от гепатита В, предоставление рекомендаций о способах безопасного введения наркотиков, а также обеспечение доступа бездомных к программам обмена игл и шприцев. Возрастает объем фактических данных о том, что эффективным способом снижения связанных с наркотиками случаев смерти является создание для бездомных наркоманов специальных помещений, где они могут вводить наркотики под медицинским надзором, а также распространение налоксона, осуществляемое такими же наркоманами, как и они сами. Первичные данные оценки эффективности центров употребления инъекционных наркотиков под медицинским контролем (MSICs) позволяют предположить, что они могут внести существенный вклад в уменьшение частоты связанных с наркотиками случаев смерти. Они также помогают остановить повышение регистрируемых показателей инфицированности гепатитом В и С, снизить риски, связанные с употреблением инъекционных наркотиков, увеличить вероятность того, что лица, потребляющие наркотики, начнут лечение по поводу своей зависимости, а также уменьшить количество использованных шприцев, валяющихся на улицах и в общественных местах, не повышая показателей воровства и ограблений.

*Каким образом системы здравоохранения могут эффективно удовлетворять основные потребности бездомных в медицинской помощи?*

*Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ.  
Январь 2005 г.*

---

## **Рекомендации в отношении политики**

Доступ к первичной медико-санитарной помощи – это основная предпосылка для эффективного лечения заболеваний и устранения проблем со здоровьем среди бездомных. Это потребует принятия мер для устранения проблем, связанных с получением медицинской помощи, таких, например, как отсутствие медицинской страховки. Культурные барьеры, связанные со стигматизацией или дефицитом соответствующих знаний среди медицинских работников, могут быть устранены с помощью соответствующей обучающей деятельности. Необходимо также принять меры для устранения препятствий на пути развития эффективного сотрудничества множества учреждений различного профиля, с тем чтобы помочь бездомным получить доступ к медицинской и консультативной помощи, финансовой поддержке, а также к возможностям получения жилья.

### **Авторами данного доклада СФДЗ являются:**

Nat MJ Wright

Клинический директор

Службы лечения лекарственными средствами округа Лидс

Траст первичной медико-санитарной помощи северо-восточного округа Лидс

Центр по исследованиям в области первичной медико-санитарной помощи

Hallas Wing

71-75 Clarendon Road

Leeds

LS9 8AA

Тел.: +44 (0) 113 3436966

Факс: +44 (0) 113 3434836

Эл. почта: [n.wright@leeds.ac.uk](mailto:n.wright@leeds.ac.uk)

Charlotte NE Tompkins

Помощник по научной работе

Траст первичной медико-санитарной помощи северо-восточного округа Лидс

Центр по исследованиям в области первичной медико-санитарной помощи

Hallas Wing

71-75 Clarendon Road

Leeds

LS9 8AA

Тел.: +44 (0) 113 3436966

Факс: +44 (0) 113 3434836

Эл. почта: [c.tompkins@leeds.ac.uk](mailto:c.tompkins@leeds.ac.uk)

## **Введение**

Бездомность – это сложное понятие, включающее ситуации, когда люди буквально остались без крыши над головой, не имеют постоянного жилья, живут в небезопасных помещениях или в неудовлетворительных условиях (1). Люди без крыши над головой включают фактически спящих на улице, недавно прибывших эмигрантов и жертв

пожаров, наводнений либо серьезных преследований или насилия. Лица, не имеющие постоянного жилья, включают тех, кто ночуют в случайных или временных помещениях, например в ночлежках, общежитиях или прибежищах, и тех, кто выписывается из таких учреждений длительного содержания, как психиатрические больницы, тюрьмы, места содержания временно лишенных свободы, местных или иных попечительских учреждений, и которым некуда деться после выхода из них. "Проживание в неопределенной обстановке" касается людей, которые живут с друзьями или родственниками на временной или не добровольной основе, арендаторов помещений, которые получили извещение о выселении, тех, кто подвергается насилию или кому угрожают насилием, либо скваттеров. «Проживание в неудовлетворительных помещениях» относится к проживанию в перенаселенных или некачественных помещениях. Такие семьи часто "незаметны", поскольку люди на долговременной основе не добровольно разделяют жилье с другими, а в связи с тем, что не могут найти или оплатить помещение для отдельного проживания (2-5). То, что переживают бездомные, не одинаково для всех, кто подвержен этому явлению. Многие из тех, кому довелось лишь раз оказаться бездомным, сталкиваются с долговременными проблемами доступа к подходящему жилью и подвергаются риску периодически оказываться на улице (6-8).

Наличие дома описывается как "наличие адекватного жилья (или площади), где индивидуум и его/ее семья могут пользоваться исключительным правом владения, быть в состоянии обеспечивать невмешательство в свою частную жизнь и вступать в социальные отношения, а также обладать законным правом занимать это помещение" (1). Страны Европейского союза имеют различные нормативно-правовые базы в отношении бездомности и различные ее рабочие определения. Поэтому не существует сравнительной статистики по масштабам бездомности в европейских странах (1). Однако, представляется, что бездомность возросла в Европе с 1980-х годов, и показатели ее роста выше среди молодежи и женщин (9).

Имеется много факторов риска, которые ведут к бездомности (10,11), например ссоры и разрыв отношений, злоупотребления физического и сексуального характера, отсутствие профессиональной квалификации, безработица, злоупотребление алкоголем или наркотиками, психические расстройства, проблемы с системой уголовного правосудия, задолженность, отсутствие сети социальной поддержки (12), а в случае детей – госпитализация или смерть родителей (13). Институциональные факторы бездомности включают раздробленность служб и отсутствие программ по месту жительства для лиц, обслуживание которых представляет трудности (14). Не имеется данных о том, что закрытие учреждений длительного содержания психически больных людей является фактором риска в отношении бездомности (15). Некоторые комментаторы утверждают, что это происходит потому, что лечение бездомных с психическими расстройствами характеризуется множественными краткими периодами госпитализации с неудовлетворительным последующим лечением, а не долговременной госпитализацией (15).

## **Источники для данного обзора**

В течение ноября 2003 г. был проведен обзор следующих баз данных: Medline (1966 to 2003), EMBASE (1980 to 2003), PsycINFO (1985 to 2003), CINAHL (1982 to 2003), Web of Science (1981 to 2003) and the Cochrane Library (Evidence Based Health). Ключевые

термины для поиска были связаны с бездомностью, укреплением здоровья, исследованием мероприятий, злоупотреблением наркотиками и алкоголем, а также с психическим здоровьем. Обзор не ограничивался публикациями на английском языке. Он включал поиск по всемирной паутине с использованием ключевых терминов, а также «серую литературу», которая оценивалась в процессе обсуждения с экспертами.

Из обзора литературы были исключены лица, обратившиеся с просьбой о предоставлении убежища, хотя такие группы населения зачастую имеют доступ к медико-санитарным службам, предназначенным для бездомных (19). Это - сложная проблема здравоохранения, которая принимает все большие и большие масштабы и обоснованно требует обобщения сама по себе. Основное внимание в этом обобщении уделено бездомным группам населения в странах с высоким доходом. Анализ в значительной мере различающихся проблем здравоохранения, социального обеспечения и жилья бездомных групп населения, проживающих в крайней нищете в странах с низким доходом, не входит в рамки данного сводного доклада.

## **Факторы, препятствующие обеспечению медико-санитарной помощи для бездомных**

Некоторые из факторов, препятствующих обеспечению медико-санитарной помощи для бездомных, – это дискриминация, неудобный график работы медико-санитарных учреждений, процедуры назначения времени приема и отсутствие финансовых стимулов для практикующих врачей (20). Дискриминация в отношении бездомных включает неправильное мнение о том, что все они мигранты (21), склонны к насилию, антисоциальны или “не заслуживают” поддержки (22–25). Многие бездомные не участвуют в системах медицинского страхования. Имеются примеры из различных стран, демонстрирующие, что в отношении медико-санитарной помощи они зависимы от докторов, медицинских сестер и социальных работников больниц (26,27). Поперечные исследования, проведенные в Соединенных Штатах по вопросам бездомных групп в городских районах, показывают, что от 41% до 81% из них не имеют медицинской страховки (28,29). Этот показатель ниже для бездомных семей. Однако 26% бездомных семей – по сравнению с 2% небездомных семей – не имели медицинской страховки (30). Наличие медицинской страховки, безусловно, коррелирует с бóльшим использованием как амбулаторных, так и стационарных медико-санитарных служб, соблюдением режима лечения и более низкими уровнями препятствий к спросу на помощь (31,32). Частота обращений по поводу несчастных случаев в службы неотложной и скорой помощи не зависит от наличия или отсутствия медицинской страховки (32).

## **Первичная медико-санитарная помощь для бездомных**

Как указывалось выше, бездомные подвергаются риску отчуждения в связи со своим возрастом, полом, этническим происхождением или сексуальной ориентацией (24, 33–

36). Для преодоления этих трудностей существуют различные структуры обеспечения медико-санитарной помощи бездомным, которые описаны в литературе (27,37,38). В первом случае это обычная общая практика, которая берет на себя дополнительную роль (известную также как “общая практика со специальной направленностью”) в плане оказания первичной медико-санитарной помощи бездомным. Вторая - это “специализированная” общая практика, которая занимается лишь бездомными (24). Неясно, сколько именно бездомных получают помощь в рамках каждого типа практики, и это может стать темой дальнейших исследований. Специализированная общая практика обычно наблюдается лишь в больших городах и поэтому не является эффективным способом решения проблем бездомных в сельской местности. В Соединенном Королевстве такой вид практики стал более распространенным, поскольку законодательство позволяет трастам привлекать врачей общей практики благодаря возможности оплачивать оказание первичной медико-санитарной помощи в условиях многодисциплинарной бригады (24). Преимущество этой модели заключается в том, что она позволяет включить помощь бездомным в основное русло общей практики (39). Специализированная общая практика, однако, может предоставить больше стимулов и концентрирует помощь на более сложных случаях, когда включение в основное русло первичной помощи может быть проблематичным. Поэтому такой способ обеспечивает благоприятную обстановку для предоставления первоначального лечения и ранней реабилитации (24). После стабилизации острых состояний и знакомства с условиями первичной медико-санитарной помощи таких пациентов можно поощрять к тому, чтобы они встали на учет в обычных учреждениях первичной медико-санитарной помощи (24), которые также являются единственным практически возможным выбором для удовлетворения потребностей в первичной медико-санитарной помощи бездомных в сельской местности (134,135).

Задача других моделей – предоставление первичной медико-санитарной помощи бездомным в больницах второго уровня помощи (19). Модели разнятся от единого централизованного подразделения до ситуации, при которой помощь предлагают все отделения в больнице. Важнейшим фактором успеха таких программ представляется поддержка со стороны социальных работников (19). Однако программы первичной помощи для бездомных привели к сокращению числа госпитализаций (38).

Предоставление первичной помощи бездомным требует соответствующей организации, политики и рабочих процедур в отношении возможного угрожающего поведения пациентов, удобного времени приема и организации многопрофильных бригад. Службы должны с пониманием относиться к тем группам бездомных, у которых могут быть особые потребности.

## **Структура заболеваемости и смертности среди бездомных**

Показатели серьезной заболеваемости среди бездомных, особенно тех, кто в буквальном смысле спит под открытым небом, выше по сравнению с общим населением (40). У многих бездомных наблюдается сразу несколько симптомов и/или болезней (41). Кроме того, бездомные чаще попадают в тюрьму и становятся жертвами преступлений, включая

жестокое обращение в тюрьме (42). Большинство правонарушений связано с привычкой потреблять наркотики или алкоголь, либо с социальными последствиями интоксикации, и в большей мере свойственно для бездомных мужчин (13,43,44).

Преждевременная смерть также чаще поражает бездомных. Проведившееся на протяжении десяти лет исследование когорты бездомных в Дании выявило следующие показатели стандартизированной смертности с разбивкой по возрасту и полу: 2,8 - для мужчин, 5,6 - для женщин, 6,0 - по самоубийствам, 2,6 - по естественным причинам, 14,6 - по непреднамеренным травмам и 62,9 - по неизвестным причинам. Факторы риска преждевременной смерти – это кончина отца и злоупотребление алкоголем и седативными лекарственными средствами (13). Преждевременная смерть подтверждается исследованиями из Германии, в которых рассматривались результаты посмертных обследований и вскрытий 388 бездомных. Средний возраст на момент смерти составлял 44,5 года, при этом высокий процент приходится на неестественные причины (62,6% смертей от интоксикации). Наиболее распространенной естественной причиной смерти была инфекция, доля которой составляла 16,8% (45).

## **Потребности бездомных в медико-санитарной помощи**

### **Медицина**

По модели медицина/болезнь наиболее распространенные потребности бездомных связаны с наркотической зависимостью, алкогольной зависимостью или психическими расстройствами, и часто бывает двойной диагноз (20,24,46,47). Дополнительные причины плохого здоровья включают травмы (в результате несчастного случая или насилия), плохое состояние стоп или зубов в связи с отсутствием ухода за ними, инфекции и жалобы на заболевания кожи. Жалобы на заболевания кожи чаще всего включают поражения паразитами или инфекции и воспалительные процессы, например чесотка, импетиго, опоясывающий лишай, бородавки, эритромелалгия, педикулез, себорейный дерматит, розовые угри, экзематозные поражения кожи, ксероз и зуд. Такие кожные заболевания провоцируются незначительными травмами стопы в связи с длительным хождением в неподходящей обуви; длительным нахождением в положении стоя или сидя, которое ведет к венозному стазу, отекам и инфекции; обмороживанием; утратой чувствительности кожи в связи с периферийной алкогольной невропатией; отсутствием гигиены, когда носки или другие предметы одежды носят нестиранными неделями или даже месяцами, и травмами от долго нестриженных ногтей пальцев ног. Среди бездомных также отмечаются случаи вшивости, а эти паразиты могут быть переносчиками таких банальных бактериальных болезней, как тифозная окопная лихорадка или возвратная лихорадка (48–50). Другие инфекции среди бездомных включают дифтерию (обычно кожи) (51) или гепатит А (52,53). Инфекции часто заносятся при введении наркотиков внутривенно, и в этом случае включают гепатит В и С, ВИЧ, септицемию, энцефалит, эндокардит, целлюлит и абсцессы или глубокий тромбоз вен с возможными третичными осложнениями в виде легочной эмболии. Среди лиц, вводящих наркотики внутривенно, отмечены случаи инфицирования вирусом столбняка (54–56).

Среди бездомных распространено курение (57,58), и по данным литературы курят до 80% этой группы населения (59). Курение, скученность, неполноценное питание и инфекция ВИЧ ведут к предрасположенности бездомных к пневмонии, гриппу и легким инфекциям верхних дыхательных путей (50). Распространенность латентного туберкулеза оценивается в пределах от 9% до 79%, а активных форм туберкулеза - в пределах от 1,6% до 6,8% (50). Перед лечением проводится скрининг с помощью туберкулиновых проб, поскольку рентгенография грудной клетки и анализ мокроты не всегда практически возможны. После установления диагноза необходимо провести прослеживание контактов, и это более эффективно осуществляется при обследовании убежищ бездомных, чем с помощью поиска входивших в контакт лиц по фамилиям (60). Показатели соблюдения режима лечения выше при непосредственном наблюдении в рамках программ обеспечения жильем, чем при лечении острых случаев в больницах (50).

Другие меры по сокращению распространенности инфекционных болезней включают обеспечение возможностей для стирки одежды и принятия душа; вакцинацию против гепатита А и В, столбняка, гриппа, пневмококков и дифтерии; предоставление возможностей получить пригодную обувь или стричь ногти на ногах, а также обработка инсектицидами постельных принадлежностей в убежищах.

## **Наркотическая зависимость**

Наркотическая зависимость является серьезной причиной болезней среди бездомных (20). Распространено употребление нескольких наркотиков, но более всего потребляются два – героин и кокаин (61,62). Основное физиологическое осложнение потребления героина – это снижение респираторной функции с последующей смертью (63,64). База фактических данных в отношении вредных для здоровья последствий кокаина еще не сформирована. Имеются сообщения об отдельных случаях, когда вдыхание приводило к воспалениям и отекам легких (так называемое «легкое кокаиномана») (65,66), острым отравлениям (с симптомами крайнего беспокойства, раздражительности, паранойи и депрессии), порезам или ссадинам губ, повышающим риск приобретения передающихся через кровь вирусов, а также тромбоэмболии (67,68).

Наркотическая зависимость у бездомных часто связана с риском возникновения проблем для здоровья в результате сексуальных контактов. Международная база фактических данных подтверждает, что по сравнению с имеющими дом потребителями наркотиков бездомные наркоманы обычно моложе и более активны в сексуальном плане с высокими показателями смены партнеров. Они гораздо более вероятно вступали в незащищенные вагинальные половые сношения или совместно пользовались шприцами и иглами за последний месяц. Предоставление сексуальных услуг за деньги или в обмен на наркотики распространено, и бездомные наркоманы обычно не имеют доступа к общим программам борьбы с болезнями, передаваемыми половым путем (70,71).

Сокращение среди бездомных угрожающего здоровью поведения, связанного с инъекциями, было признано приоритетной задачей (72). Одна из возможностей – это предложить бездомным потребителям инъекционных наркотиков иммунизацию от гепатита В. Ускоренный график (0,7,21 день) с повторной дозой по прошествии 12

месяцев приводит к значительно лучшим показателям по сравнению с более традиционными графиками (73). Бездомных потребителей наркотиков следует поощрять к тому, чтобы использовать возможности обмена шприцев и игл, поскольку такие программы, хотя и не полностью устраняют, но сокращают распространенность передаваемых через кровь вирусов (74,75). Трудно, однако, дать количественную оценку эффективности программ обмена игл и шприцев, поскольку одновременно проводятся другие мероприятия, например консультирование и тестирование, разъяснительная работа, раздача хлорной извести, просветительские мероприятия (76).

Проведенные в Канаде исследования показали, что в тех случаях, когда система обмена предусматривает выдачу одной чистой иглы взамен одной использованной, сопутствующие показатели выше, чем в тех случаях, когда таких ограничений нет (77). Основной причиной сохранения высокой распространенности гепатита С среди лиц, использующих инъекционные наркотики – это совместное использование других предметов, например ложек и фильтров (78). Поэтому важной мерой профилактики является поощрение к тому, чтобы никакие предметы, применяемые для приготовления и введения наркотиков, не использовались совместно. В Соединенном Королевстве этому способствуют юридические рамки, позволяющие раздачу необходимых для инъекций предметов; это произошло после того, как в других европейских странах было принято соответствующее законодательство. Однако в некоторых странах (наиболее ярким примером являются США) раздача предметов, используемых для инъекций, представляет собой нарушение федерального законодательства (79). Эффективность раздачи предметов, необходимых для инъекций, в отношении сокращения числа новых случаев инфицирования передаваемыми через кровь вирусами требует дальнейших исследований.

Во многих европейских странах внимание вновь уделяется медицинскому назначению внутривенного героина, например в центрах, где инъекции проводятся под наблюдением специалистов. Недавно проведенный Кокрановской библиотекой обзор рандомизированных контролируемых испытаний касался базы фактических данных в отношении эффективности назначения героина с точки зрения сокращения возможности рецидива в отношении потребления героина, снижения преступной деятельности, удержания пациентов в лечебно-профилактических учреждениях и улучшений в медицинском и социальном аспектах (80). Обзор проводился по четырем исследованиям, охватившим 577 пациентов, и был сделан вывод, что нет возможности прийти к однозначному заключению в связи с неоднородностью экспериментальных исследований, которые были пригодны для включения в обзор. Было рекомендовано оставить назначение героина в качестве темы для дальнейших исследований, и отмечалось, что результаты, указывающие на предпочтительность героина, были из тех исследований, которые касались ситуаций, когда назначения давались пациентам, которым не помогло ранее проводившееся лечение метадонном. Возможность назначения героина для бездомных неодинакова в разных странах. Например, в Швейцарии для бездомных такое назначение возможно благодаря назначениям среди лиц, находящихся в заключении, тогда как в Соединенном Королевстве оно рекомендуется для тех, кому не помогло пероральное лечение метадонном.

Важно, чтобы потребители наркотиков знали о факторах риска смерти в связи с героином, каковыми являются инъекции как таковые, использование нескольких наркотиков, особенно прием бензодиазепинов или алкоголя вместе с героином (81), и утрата толерантности после периода вынужденной или добровольной абстиненции (82).

Дальнейшие мероприятия для бездомных, употребляющих наркотики, по всей вероятности, будут включать программы приема налоксона при содействии товарищей (83). Недавно в штате Нью-Мексико, США, были согласованы юридические рамки для такого применения налоксона (84,85). Проведенная вскоре оценка программ взаимного обучения и выработки самостоятельности основана лишь на описательных данных. Имеются определенные свидетельства того, что они эффективны в сокращении смертности, связанной с героином (84,85).

Представляется, что в Европе очень мало исследований, содержащих оценку изучения программ, направленных на изменение поведения потребителей наркотиков и обеспечения более активного их участия в борьбе против злоупотребления наркотиками. Общие результаты из американской литературы таковы: программа лечения по месту жительства с акцентом на положительные, а не отрицательные аргументы обеспечивает большую обращаемость потребителей наркотиков в соответствующие службы, однако это не дает высоких показателей абстиненции (86); объединение в лечебные группы тех, у кого имеется двойной диагноз, приводит к большему сокращению потребления наркотиков, чем другие меры в отношении той же группы (хотя и те, и другие приводят к сокращению потребления наркотиков) (87–89), а ограничение выплат по инвалидности бездомным с двойным диагнозом не привело к сокращению числа дней потребления наркотиков в месяц (90).

В ходе проведенного в Соединенных Штатах обследования бездомных, злоупотребляющих кокаином, была осуществлена рандомизация с разделением на обычную помощь и программы усиленного амбулаторного лечения в сочетании с трудовой терапией в состоянии абстиненции и обеспечением жильем. Во второй группе по прошествии двух месяцев было на 36% меньше случаев проявления токсического действия кокаина, по прошествии шести месяцев - на 18% меньше; на 52 дня меньше времени, проведенного вне дома за последние 60 дней. Было также зарегистрировано на 10 рабочих дней больше за последние 30 дней в течение года, начиная от исходного дня. Авторы приходят к выводу, что можно эффективно удерживать и лечить бездомных потребителей кокаина (91). В Торонто, Канада, программы профилактики для потребителей кокаина включают раздачу более безопасных наборов, включающих стеклянную трубку, средства для ухода за губами, приспособление для очистки трубки, что представляет собой основное средство предотвращения инфицирования передаваемыми через кровь вирусами и туберкулезом (92).

В международной литературе для специалистов, работающих с лицами, потребляющими наркотики, имеются руководства по наилучшей практике применительно к бездомным потребителям наркотиков (93). Некоторые из этих примеров включают участие врача общей практики, который выписывает рецепты только при участии специалиста по борьбе с наркоманией, который дает надлежащую оценку и готовит согласованный план лечения (94) до того, как начать применение заменяющего опиоидного медикамента. Более солидная база данных имеется лишь в отношении поддерживающего лечения бупренорфином и метадоном, проведение которого продемонстрировало снижение преступности и потребления наркотиков (95,96). Некоторые бездомные потребители наркотиков являются в учреждения первичной медико-санитарной помощи после того, как недавно поменяли территорию пребывания, и просят немедленно продолжить назначение до проведения оценки. Лицу, назначающему лекарственное средство, следует

*Каким образом системы здравоохранения могут эффективно удовлетворять основные потребности бездомных в медицинской помощи?*

*Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ.  
Январь 2005 г.*

---

соглашаться на это лишь после того, как будет установлен контакт с лицом, назначавшим лечение ранее, с тем чтобы свести к минимуму возможность дублирования назначения.

Сопротивление на политическом уровне некоторым направлениям лекарственного лечения наркомании, возможно, основывается на представлении о том, что оно не предупреждает, а поощряет использование наркотиков. Примеры включают противодействие выделению помещений для безопасного инъекирования под клиническим наблюдением (97) и сопротивление организации обмена игл (98) (особенно в тюрьмах) или политику лишения свободы бездомных потребителей наркотиков, которые совершили имущественное преступление в связи с ограниченной возможностью или доступностью лечения наркотиками (99–101).

Стратегия сокращения вреда зачастую отделялась от движения за легализацию незаконных наркотиков. Международные исследования продемонстрировали, что центры инъекций под медицинским наблюдением:

- сокращают связанную с наркотиками смертность;
- останавливают рост регистрируемых инфекций гепатитом В или С;
- сокращают рискованное поведение, связанное с инъекциями;
- повышают вероятность начала лечения от наркотической зависимости;
- сокращают количество разбросанных в общественных местах шприцев;
- не увеличивают число краж и грабежей;
- повышают уровень работы, так что они становятся более приемлемыми как для коммерческих структур, так и жителей в течение изучаемого периода (102–104).

Проведенные во Франкфурте исследования показали, что наркоман, вводящий чрезмерную дозу на улице, в 10 раз более вероятно попадет в больницу на одну ночь по сравнению с наркоманом, который вводит чрезмерную дозу в центре инъекций под медицинским наблюдением (105). Это подтверждает тот факт, что экономическая оценка предотвращения благодаря таким мерам смертности сопоставима с другими широко принятыми мерами общественного здравоохранения. Польза для бездомных наркоманов очевидна из проведенной в Сиднее оценки, в ходе которой наиболее часто указываемой лицами, потребляющими наркотики, причиной, по которой они не пользуются центрами, было то, что они делают инъекции в уединении у себя дома. Некоторые комментаторы считают, что в этой связи бездомные должны стать приоритетной группой для деятельности центров инъекций под медицинским наблюдением (106,107).

Эффективная политика, направленная на сокращение вреда, также включает обеспечение юридических рамок раздачи чистого оборудования для потребления наркотиков, с тем чтобы свести к минимуму риски для здоровья. Такая политика должна позволять организацию обмена игл без ограничения числа раздаваемых игл и способствовать раздаче других предметов, необходимых для инъекций (фильтров и ложек), поскольку несмотря на обмен игл, среди тех, кто этим пользуется, сохраняется небезопасная практика инъекирования (108). Проведенные во Франции исследования показали, что установка автоматов для продажи игл, вместе с программами обмена игл приводит к более широкому охвату людей, потребляющих наркотики (109). Недавно в Соединенном Королевстве поставка некоторых предметов и веществ, необходимых для инъекций, включая лимонную кислоту, была легализована. Существующее предположение о том, что программы, направленные на сокращение вреда, способствуют большей распространенности потребления наркотиков, не подтверждается фактическими данными

(110). Поэтому есть основания пересмотреть аргументы против разработки политики и практики сокращения вреда в связи с потреблением наркотиков среди бездомных.

## **Сексуальное поведение**

Данные, которые могли бы лечь в основу выработки наилучшей практики для целенаправленных мероприятий по вопросам безопасного секса, ограничены. Общие результаты таковы, что мероприятия, цель которых воздействовать на установочные и поведенческие изменения благодаря интерактивным методам, например проигрыванию ролей, видеоиграм и групповой работе, ведут к устойчивому сокращению как риска от наркотиков, так и сексуальной активности (111-114). В одном рандомизированном клиническом испытании проводилось изучение вопроса о том, не ведут ли некоторые профилактические меры фактически к стимуляции рискованного полового поведения у ранее сексуально неактивных бездомных. Оказалось, что эти меры не вызывают увеличения риска (115).

Имеется мало исследований в отношении того, как бездомные женщины относятся к контрацепции и пользуются ли они ею. Одно исследование в Соединенных Штатах продемонстрировало, что от использования контрацепции удерживают побочные эффекты, страх потенциального риска для здоровья, отрицательное отношение партнера и стоимость (116). Описательный обзор литературы, касающийся заболеваний, передаваемых половым путем среди потребителей наркотиков и уличной молодежи, показал, что у бездомных выше степень смены партнеров, что они зачастую оказывают сексуальные услуги за деньги или наркотики, и что среди бездомных наблюдается высокая распространенность болезней, передаваемых половым путем, включая ВИЧ-инфекцию (71). В обзоре содержится призыв проводить для бездомных целенаправленные широкие программы борьбы с такими болезнями.

## **Алкогольная зависимость**

Алкогольная зависимость широко распространена среди бездомных (24,117), и многие обращаются в медико-санитарные службы с потенциально серьезными неврологическими, гастроэнтерологическими, сердечно-сосудистыми или психо-социальными осложнениями. Проведенные в Германии исследования показали, что у бездомных с алкогольной зависимостью более вероятно, что один из родителей был алкоголиком, что у них большее число детей и более низкий уровень образования и рабочей квалификации, чем у проживающих в домах людей с синдромом алкогольной зависимости (118).

Исследования показали высокий уровень использования общих медицинских служб и служб социальной помощи бездомными алкоголиками, однако слабое использование специализированных служб, занимающихся алкогольной зависимостью (119,120).

Исследования, проведенные среди бездомных женщин, показывают, что у женщин более выражены симптомы привыкания, чем позитивные эффекты от потребления алкоголя, и что, по их мнению, иметь партнера, который не употребляет алкоголя, равносильно положительному отношению к прекращению потребления алкоголя. Такие факторы, как большее число проблем от наркотиков, более частое их потребление за последние шесть месяцев, большая способность справляться с жизненными проблемами, более высокий

уровень образования, меньшие эмоциональные переживания, отсутствие потребляющего наркотики партнера и менее выраженные симптомы привыкания способствовали формированию положительного отношения к прекращению потребления наркотиков (121).

Исследования, проведенные в Соединенных Штатах среди бездомных матерей, выходящих из состояния алкогольной зависимости, показали, что успех программы послелечебного ухода определялся длительностью наркотического в стационаре, длительностью периода трезвости, мощностью сети поддержки, наличием стремления обзавестись жильем и заботами по воспитанию детей. Эмоциональная нестабильность и серьезность проблем коррелирует с участием в группах товарищеской поддержки (122). В других исследованиях бездомные алкоголики рандомизировались по двум категориям: группа, в которой проводились интенсивные мероприятия по месту пребывания и группа стандартного лечения. Хотя обе группы показали заметное улучшение с точки зрения работы и стабильности в отношении жилья, в первом случае наблюдалось снижение употребления алкоголя через два месяца, а через год результаты были еще более ощутимыми. Освобождение от алкогольной зависимости, по-видимому, тесно связано с личной мотивацией и программой поддерживающих мероприятий. Значительные групповые улучшения в борьбе против алкоголя, стабильности места проживания и работы были зарегистрированы еще в одном рандомизированном испытании, в ходе которого лица, злоупотребляющие алкоголем, разделялись на группу, проходящую программу высокой интенсивности (ведение случаев с предоставлением стабильного жилья под присмотром товарищей), группу средней интенсивности (лишь проживание под присмотром товарищей) и две контрольные группы: одну из лиц, имеющих постоянное жилье; другую - из лиц, не имеющих жилья. Авторы выявили значительное улучшение в обеих группах по всем результатам, однако считают, что главным в достижении результатов является личная мотивация клиентов, а не связанные с программой факторы (123).

В Соединенных Штатах была проведена оценка трех типов моделей мероприятий по обеспечению обслуживания бездомных мужчин, злоупотребляющих алкоголем и/или психотропными веществами, и во всех случаях наблюдались значительные улучшения с точки зрения снижения употребления алкоголя и кокаина, повышения уровня занятости и стабильного места проживания. Успешным результатам предшествовали более низкий уровень употребления психотропных веществ в недалеком прошлом и на протяжении всей жизни, меньшее число предшествовавших эпизодов лечения, более стабильное проживание в начальный период, меньшее число случаев задержания и лишения свободы и меньшая социальная изоляция (124). В общем, представляется, что тип мероприятий менее важен, чем сам факт предложения поддержки.

## **Психическое здоровье**

Среди бездомных психические болезни обычно проявляются в форме шизофрении, депрессии и других аффективных расстройств, психозов (включая психозы на почве наркомании), состояний беспокойства или “расстройства личности” (34,46). Проведенное в Дании исследование бездомных с проблемами психического здоровья показало, что 90% из них мужчины в возрасте от 20 до 59 лет, 98% из них не состоят в браке, разошлись или разведены, и только 2% имеют работу (47). Поперечное изучение 900 бездомных в

*Каким образом системы здравоохранения могут эффективно удовлетворять основные потребности бездомных в медицинской помощи?*

*Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ.*

*Январь 2005 г.*

---

Соединенных Штатах показало, что хроническая форма бездомности связывается с шизофренией, антисоциальной личностью, ранним проявлением большой депрессии, нарушениями поведения, ранним началом злоупотребления наркотиками и большим потреблением алкоголя (125). Двадцать процентов бездомных, страдающих психическими болезнями, имеют двойной диагноз токсикомании (125,126). Реальное лечение получают менее одной трети бездомных с психическими заболеваниями (40). Для некоторых пожилых бездомных психическая болезнь означает пожизненную бездомность (34).

В европейской и американской литературе по психическому здоровью бездомных в одинаковой мере говорится о необходимости программ активного ведения случаев. Такие программы должны сочетать социальные услуги с психиатрической помощью (127). Программы активного лечения по месту жительства могут снять основное бремя помощи со служб, ориентированных на кризисные ситуации. Рандомизированное испытание показало, что их проведение приводит к сокращению случаев госпитализации в психиатрические больницы, уменьшению количества обращений за экстренной помощью, увеличению числа дней, проводимых в жилище, большему числу амбулаторных посещений и значительно большему улучшению симптоматики, повышению удовлетворенности жизнью и самооценки состояния здоровья по сравнению с обычными службами охраны психического здоровья, работающими по месту жительства (128). Проведенные в Соединенных Штатах исследования показали, что по сравнению с лицами, обитающими в убежищах и других помещениях, бездомные, находящиеся на улице, более вероятно будут лицами мужского пола, более пожилого возраста, с психическими расстройствами, будут менее заинтересованы в лечении и позднее обратятся за квалифицированной помощью (129). Однако работа на улицах («аутрич») позволяет привлечь таких людей к лечению с последующим улучшением здоровья. Проведенные в Австралии исследования показали, что психиатрические службы, которые сами ищут пациентов среди обитателей убежищ для бездомных, сокращают как процент, так и длительность госпитализации в психиатрических больницах (130). Учитывая, что смерть от передозировки часто случается среди бездомных, необходимо проявлять осторожность при назначении антидепрессантов, которые оказывают токсическим действием на сердце или дыхательные пути.

## **Выводы**

Для бездомных характерна множественная заболеваемость, особенно использование одновременно нескольких токсических веществ, алкогольная зависимость и психические болезни. Также распространена преждевременная смертность, особенно в связи с потреблением героина, и в будущем можно предусмотреть применение налоксона с помощью товарищей в качестве первой помощи при передозировке для предупреждения смертельного исхода. Имеются хорошие примеры того, что учреждения первичной медико-санитарной помощи с многопрофильными бригадами могут обеспечить эффективную медико-санитарную помощь и профилактику для бездомных. Мероприятия в отношении психического здоровья, наркотической или алкогольной зависимости или сексуального риска, направленные на изменение поведения, могут дать бездомным реальные возможности и помочь им продолжать лечение. Не столь важно, какого типа

проводится мероприятие по месту жительства, важен тот факт, что мероприятие предлагается. Для определения того, не является ли положительный эффект воздействий на поведение частичным эффектом плацебо, потребуются дальнейшие исследования. Мероприятия непосредственно в местах проживания, по-видимому, ведут к большему сокращению потребления наркотиков, чем общие мероприятия по работе с населением на территории проживания. Задача на будущее – это привлечь бездомных к работе в качестве «товарищей-помощников». В ранее проведенных исследованиях высказывалось мнение, что участие бездомных в товарищеских мероприятиях максимально повысит успех принимаемых мер, однако такая практика не получила широкого распространения (72). Необходимо провести больше исследований для количественного определения масштаба бездомности во всей Европе, оценки медико-санитарных потребностей и эффективности (особенно эффективности по отношению к затратам) мероприятий среди бездомных.

Имеется ряд политических направлений за пределами рассмотренных здесь вопросов, которые могут оказать значительное воздействие на здоровье бездомных. Одно из них связано с мерами по обеспечению здорового жилья для бездомных. Политика здорового жилья признает необходимость в медико-санитарной и социальной поддержке, а также поддержке для обеспечения жилья, и влечет за собой сдвиг от крупномасштабных лечебных мероприятий в медицинских учреждениях к менее масштабной и индивидуализированной помощи. В некоторых странах это означало изменение роли местных органов власти, когда они выступают в качестве государственного закупщика услуг у добровольного и частного секторов на основе конкурсных тендеров со стандартами обеспечения качества (9). В общем, в странах Европейского союза происходит сдвиг от рассмотрения бездомности как явления, объясняющегося личной ограниченностью, к взгляду, который охватывает структурные ограничения (9). Примером этого является Закон о бездомности 2002 г. в Шотландии, целью которого является дать каждому бездомному право на дом к 2012 году (132). Это положит конец концепции “приоритетной потребности”, которая исключала бездомных, являющихся “преднамеренно ” бездомными. Исследования, в которых проводилась оценка эффективности субсидируемых программ обеспечения жильем, весьма ограничены. В одном исследовании сравнивается предоставление жилья для самостоятельного проживания без предварительных мер подготовки с результатами реализации программы обеспечения жильем, в рамках которой клиентам предлагались меры поэтапного перехода к самостоятельному проживанию. В результате проведения субсидируемой программы обеспечения жильем ее участники оставались для проживания на одном месте дольше, чем члены контрольной группы (133).

## Литература

1. Edgar B, Doherty J, Meert H. Review of Statistics on Homelessness in Europe. [www.feantsa.org/obs/stats\\_review\\_2003\\_announcement.htm](http://www.feantsa.org/obs/stats_review_2003_announcement.htm) . Accessed 10-2-2004.
2. Bramley G, et al, (eds). *Homelessness and the London housing market*. Bristol, School for Advanced Urban Studies, 1988.
3. Connelly J, Crown J. *Homelessness and Ill Health. Report of a Working party of the Royal College of Physicians*. Connelly J, Crown J, eds. London, Royal College of Physicians, 1994.
4. Fitzpatrick S, Kemp P, Klinker S. *Single homelessness: An Overview of Research in Britain*. Bristol, Policy Press, 2000.
5. Wessel T, Porksen N, Zechert C. [Homeless patients in the psychiatric clinic. Results of a 12-month study of the living conditions of psychiatric patients in an urban public health clinic]. [German]. *Psychiatrische Praxis*, 1997, 24(4):167-171.
6. Fitzpatrick S. *Pathways to Independence: The Experience of Young Homeless People*, Edinburgh, Scottish Homes, 1999.
7. Jones G. *Young People in and out of the Housing Market: Research Project*. University of Edinburgh, Centre for Educational Sociology, 1999.
8. Reid P, Klee H. Young homeless people and service provision. *Health and Social Care in the Community*, 1999, 7(1):17-24.
9. Scottish Executive Homelessness Task Force. Services for Homeless People: Innovation and Change in Europe. [www.scotland.gov.uk/homelessness/ecexperience.asp](http://www.scotland.gov.uk/homelessness/ecexperience.asp). 2000. Accessed 10-2-0004.
10. Pawson N, Tilley R. *Realistic Evaluation*. London, Sage, 1997.
11. Webb D, Wright D. Postmodernism and Health Promotion. In: Watson J, Platt S, eds. *Researching Health Promotion*. London, Routledge, 2000: pp.83–101.
12. Randall G, Brown S. *Prevention is Better than Cure: New Solutions to Street Homelessness from Crisis*. London, Crisis, 1999.
13. Nordentoft M, Wandall-Holm N. 10 year follow up study of mortality among users of hostels for homeless people in Copenhagen. *BMJ*, 2003, 327(7406):81.
14. Slegers J. Similarities and differences in homelessness in Amsterdam and New York City. *Psychiatric Services*, 2000, 51(1):100–104.
15. Timms P, Balazs J. ABC of mental health. Mental health on the margins. *BMJ*, 1997, 315(7107):536–539.
16. World Health Organization. *Ottawa Charter*. Geneva, 1996.
17. World Health Organization, UNICEF: *Report of the International Conference on Primary Healthcare at Alma-Ata, USSR, September 6-12*. Geneva, 1978.

18. World Health Organization. *Alma Ata Declaration*, no 6. Copenhagen, 1977.
19. Brucker G, Nguyen DT, Lebas J. [Access to health care for destitute persons at Public Assistance Hospitals in Paris]. [French]. *Bulletin de l'Academie Nationale de Medecine*, 1997; 181(8):1681–1697.
20. Griffiths S. *Addressing the Health Needs of Rough Sleepers: A Paper to the Homelessness Directorate*. London, Her Majesty's Stationery Office, 2002.
21. Tompkins CN, et al. Associations between migrancy, health and homelessness: a cross-sectional study. *Health and Social Care in the Community*, 2003, 11(5):446–452.
22. Lester H, Bradley C. Barriers to primary healthcare for the homeless : the general practitioner's perspective. *European Journal of General Practice*, 2001, 7:6–12.
23. Riley AJ, et al. Homelessness: a problem for primary care? *British Journal of General Practice*, 2003, 53(491):473–479.
24. Wright N. *Homelessness: A Primary Care Response*. London: Royal College of General Practitioners, 2002.
25. Trueland J. Raising the roof. *Health Service Journal*, 2002, 5821(112):8–9.
26. Sourty–Le Guellec MJ, Paris V. [Access to health care for the destitute]. [French]. *Bulletin de l'Academie Nationale de Medecine*, 1997, 181(8):1671–1680.
27. Trabert G. [Health status and medical care accessibility of single, homeless persons]. [German]. *Gesundheitswesen*, 1997, 59(6):378–386.
28. O' Toole TP, et al. Urban homelessness and poverty during economic prosperity and welfare reform: changes in self-reported comorbidities, insurance, and sources for usual care, 1995–1997. *Journal of Urban Health*, 2002, 79(2):200–210.
29. Robertson MJ, Cousineau MR. Health status and access to health services among the urban homeless. *American Journal of Public Health*, 1986, 76(5):561–563.
30. Wood D, Valdez RB. Barriers to medical care for homeless families compared with housed poor families. *American Journal of Diseases of Children*, 1991, 145(10):1109–1115.
31. Kushel MB, Vittinghoff E, Haas JS. Factors associated with the health care utilization of homeless persons. *JAMA*, 2001, 285(2):200–206.
32. O' Toole TP, et al. Utilization of health care services among subgroups of urban homeless and housed poor. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 1999, 24(1):91–114.
33. Edgar B, Doherty J, Mina-Coull A. *Women and Homelessness in Europe*. Bristol, Policy Press, 2001.
34. Crane M. The Associations Between Mental Illness and Homelessness among Older People: An Exploratory Study. *Ageing and Mental Health*, 1998, 2(3):171–180.
35. Kruks G. Gay and lesbian homeless/street youth: special issues and concerns. *Journal of Adolescent Health*, 1991, 12(7):515–518.

36. O' Connor W, Molloy D. *'Hidden in Plain Sight': Homelessness Amongst Lesbian and Gay Youth*. London, National Centre for Social Research, 2001.
37. Crane M, Warnes AM. Primary health care services for single homeless people: defects and opportunities. *Family Practice*, 2001, 18(3):272–276.
38. Doering TJ, et al. [Health situation of homeless in a health care home in Hannover]. [German]. *Gesundheitswesen*, 2002, 64(6):375–382.
39. Lester H, et al. Developments in the provision of primary health care for homeless people. *British Journal of General Practice*, 2002, 52(475):91–92.
40. Bines W. *The Health of Single Homeless People*. York, Centre for Housing Policy, University of York, 1994.
41. Wright N, Smeeth L, Heath I. Moving beyond single and dual diagnosis in general practice: many patients have multiple morbidities, and their needs have to be addressed. *BMJ*, 2003, 326(7388):512–514.
42. Newton JR, et al. Mental health problems of the Edinburgh 'roofless'. *British Journal of Psychiatry*, 1994, 165(4):537–540.
43. Lamb R. Deinstitutionalization and the homeless mentally ill. In: American Psychiatric Association, eds. *The Homeless Mentally Ill*. Washington, 1984.
44. North CS, Smith EM. A comparison of homeless men and women: different populations, different needs. *Community Mental Health Journal*, 1993, 29(5):423–431.
45. Ishorst–Witte F, Heinemann A, Puschel K. [Morbidity and cause of death in homeless persons]. [German]. *Archiv für Kriminologie*, 2001, 208(5-6):129–138.
46. Reinking DP, Wolf JR, Kroon H. [High prevalence of mental disorders and addiction problems among the homeless in Utrecht]. [Dutch]. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 2001, 145(24):1161–1166.
47. Thomsen RL, et al. [Homeless persons residing in shelters in the county of Funen I. Psychosocial characteristics and need of treatment]. [Danish]. *Ugeskrift for Læger*, 2000, 162(9):1205–1210.
48. Arfi C, et al. [Dermatologic consultation in a precarious situation: a prospective medical and social study at the Hopital Saint–Louis in Paris]. [French]. *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie*, 1999, 126(10):682–686.
49. Moy JA, Sanchez MR. The cutaneous manifestations of violence and poverty. *Archives of Dermatology*, 1992, 128(6):829–839.
50. Raoult D, Foucault C, Brouqui P. Infections in the homeless. *The Lancet*, 2001, 1(2):77–84.
51. Monsuez JJ, et al. Cutaneous diphtheria in a homeless man. *The Lancet*, 1995, 346(8975):649–650.
52. Kern G, et al. [Hepatitis A outbreak in a shelter for the homeless in Vienna]. [German]. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 1986, 98(14):457–461.

53. Queiroz DA, et al. [Seroepidemiology of hepatitis A virus infection in street children of Goiania–Goias]. [Portuguese]. *Revista Da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 1995, 28(3):199–203.
54. Centers for Disease Control. Tetanus surveillance – United States, 1998–2000. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2003, 52(Supplement 3):1–12.
55. Chin J. *Control of Communicable Diseases Manual: An Official Report of the American Public Health Association*. 17th ed. Washington: American Public Health Association, 2000.
56. Rushdy AA, et al. Tetanus in England and Wales, 1984–2000. *Epidemiology and Infection*, 2003, 130(1):71–77.
57. Heffron WA, Skipper BJ, Lambert L. Health and lifestyle issues as risk factors for homelessness. *Journal of the American Board of Family Practice*, 1997, 10(1):6–12.
58. Segal SP, Gomory T, Silverman CJ. Health status of homeless and marginally housed users of mental health self-help agencies. *Health and Social Work*, 1998, 23(1):45–52.
59. Holohan TW. Health and homelessness in Dublin. *Irish Medical Journal*, 2000, 93(2):41–43.
60. Barnes PF, et al. Patterns of tuberculosis transmission in Central Los Angeles. *JAMA*, 1997, 278(14):1159–1163.
61. Fountain J, Howes S, National Addiction Centre. *Home and dry? Homelessness and Substance Use*. London: Crisis, 2002.
62. Lempens A, van de MD, Barendregt C. Homeless drug users in Rotterdam, the Netherlands: profile, way of life, and the need for assistance. *Substance Use and Misuse*, 2003, 38(3–6):339–375.
63. Darke S, et al. Heroin-related deaths in New South Wales, Australia, 1992–1996. *Drug and Alcohol Dependence*, 2000, 60(2):141–150.
64. O' Driscoll PT, et al. Predictors of accidental fatal drug overdose among a cohort of injection drug users. *American Journal of Public Health*, 2001, 91(6):984–987.
65. Meisels IS, Loke J. The pulmonary effects of free-base cocaine: a review. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 1993, 60(4):325–329.
66. Tashkin DP. Airway effects of marijuana, cocaine, and other inhaled illicit agents. *Current Opinion in Pulmonary Medicine*, 2001, 7(2):43–61.
67. Mirzayan R, Hanks SE, Weaver FA. Cocaine-induced thrombosis of common iliac and popliteal arteries. *Annals of Vascular Surgery*, 1998, 12(5):476–481.
68. Webber J, Kline RA, Lucas CE. Aortic thrombosis associated with cocaine use: report of two cases. *Annals of Vascular Surgery*, 1999, 13(3):302–304.
69. Shaffer HJ, Freed CR, Healea D. Gambling disorders among homeless persons with substance use disorders seeking treatment at a community center. *Psychiatric Services*, 2002, 53(9):1112–1117.

70. Kral AH, Lorvick J, Edin BR. Sex and drug-related risk among populations of younger and older injecting drug users in adjacent neighbourhoods in San Francisco. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 2000, 24(2):162–167.
71. Van Den Hoek A. STD control in drug users and street youth. *Genitourinary Medicine*, 1997, 73(4):240–244.
72. Power R, Hunter G. Developing a strategy for community-based health promotion targeting homeless populations. *Health Education Research*, 2001, 16(5):593–602.
73. Wright NM, Campbell TL, Tompkins CN. Comparison of conventional and accelerated hepatitis B immunization schedules for homeless drug users. *Communicable Disease and Public Health*, 2002, 5(4):324–326.
74. Goldberg D, Cameron S, McMenamin J. Hepatitis C virus antibody prevalence among injecting drug users in Glasgow has fallen but remains high. *Communicable Disease and Public Health*, 1998, 1(2):95–97.
75. Heimer R, et al. Needle exchange decreases the prevalence of HIV-1 proviral DNA in returned syringes in New Haven, Connecticut. *American Journal of Medicine*, 1993, 95(2):214–220.
76. Moss AR, Hahn JA. Syringe Exchange and Risk of Infection with Hepatitis B and C Viruses: Invited Commentary: Needle Exchange – No Help for Hepatitis? *American Journal of Epidemiology*, 1999, 149(3):214–216.
77. Broadhead RS, et al. Safer Injection Facilities in North America: Their Place in Public Policy and Health Initiatives. *Journal of Drug Issues*, 2002, 32(1):329–355.
78. Hagan H, et al. Sharing of drug preparation equipment as a risk factor for hepatitis C. *American Journal of Public Health*, 2001, 91(1):42–46.
79. Drug Policy Alliance. Syringe Availability: Part 1. <http://www.drugpolicy.org/library/research/syringe.cfm> . 2003. Accessed 12-02-2004.
80. Ferri M, Davoli M, Perucci CA. Heroin Maintenance for Chronic Heroin Dependents (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, 2004,(2).
81. Advisory Council on the Misuse of Drugs. *Reducing Drug-related Deaths: A Report by The Advisory Council on the Misuse of Drugs*. 2000. London, The Stationery Office.
82. Strang J, et al. Loss of tolerance and overdose mortality after inpatient opiate detoxification: follow up study. *BMJ*, 2003, 326(7396):959–960.
83. Oldham NS, Wright N. A United Kingdom policy on 'take home naloxone' for opiate users – Strategy or stalemate? *Drugs: Education Prevention and Policy* 2003, 10(2):105–119.
84. NMAC The New Mexico Department of Health; Public Health Division; Infectious Disease Prevention and Control Bureau. Title 7: Health, Chapter 32: Alcohol and Drug Abuse, Part 7: Authorization to Administer Opioid Antagonists. Santa Fe, Department of Health, 2001.
85. NMSA. Administration of Opioid Antagonists: 24-23-1. Authority to administer opioid antagonists; release from liability. 24-23-2. Health Care professionals; release from liability. Emergency clauses – Laws 2001, ch.228, §3 makes the act effective immediately. Approved April 3, 2001. Santa Fe, NMSA, 2001

86. Meisler N, et al. Impact of assertive community treatment on homeless persons with co-occurring severe psychiatric and substance use disorders. *Community Mental Health Journal*, 1997, 33(2):113–122.
87. Conrad KJ, et al. Case managed residential care for homeless addicted veterans. Results of a true experiment. *Medical Care*, 1998, 36(1):40–53.
88. De Leon G, et al. Modified therapeutic community for homeless mentally ill chemical abusers: treatment outcomes. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 2000, 26(3):461–480.
89. Nuttbrock LA, Rahav M, Rivera JJ, Ng–Mak DS, Link BG. Outcomes of homeless mentally ill chemical abusers in community residences and a therapeutic community. *Psychiatric Services*, 1998, 49(1):68–76.
90. Frisman LK, Rosenheck R. The relationship of public support payments to substance abuse among homeless veterans with mental illness. *Psychiatric Services*, 1997, 48(6):792–795.
91. Milby JB, et al. Sufficient conditions for effective treatment of substance abusing homeless persons. *Drug and Alcohol Dependence*, 1996, 43(1–2):39–47.
92. Southwell M. More than a Pipe Dream – Reducing Crack's Harm. *Druglink* May, 8-9. 2003.
93. Department of Health, The Scottish Office Department of Health, Welsh Office, Department of Health and Social Services NI. *Drug Misuse and Dependence – Guidelines on Clinical Management*. London, The Stationery Office, 1999.
94. The National Treatment Agency for Substance Misuse. *Models of Care for Treatment of Adult Drug Misusers*. London, 2002.
95. Mattick RP, et al. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2003, (2):CD002207.
96. Ward J, Mattick R, Hall W. *Methadone Maintenance Treatment and other Opioid Replacement Therapies*. Amsterdam: Harwood Academic Press, 1997.
97. Yamey G. UN condemns Australian plans for "safe injecting rooms." *BMJ*, 2000, 320(7236):667.
98. Burris S, et al. State syringe and drug possession laws potentially influencing safe syringe disposal by injection drug users. *Journal of the American Pharmaceutical Association*, 2002, 42(6:Suppl 2):Suppl. 8.
99. King R, Mauer M. *Distorted Priorities: Drug Offenders in State Prison*. The Sentencing Project, Washington, 2002.
100. Saxe L, et al. The visibility of illicit drugs: implications for community-based drug control strategies. *American Journal of Public Health*, 2001, 91(12):1987–1994.
101. The Sentencing Project. U.S. Prison Populations – Trends and Implications. <http://www.sentencingproject.org/pdfs/1044.pdf> . 2002.
102. Jacob J, Rottman J, Stoeber H. Entstehung und Praxis eines Gesundheitsraumangebotes für Drogenkonsmierende. Abschlußbericht der einjährigen Evaluation des 'drop-in Fixpunkt,' Hannover. Oldenburg, Bibliotheks und Informationssystem der Universität Oldenburg, 1999.

103. MSIC Evaluation Committee. *Final Report on the Evaluation Report of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre*. Sydney, 2003.
104. Robinson BB, et al. The Sexual Health Model: application of a sexological approach to HIV prevention. *Health Education Research*, 2002, 17(1):43–57.
105. Integrative Drogenhilfe. *Jahresbericht, 1996* [Annual Report 1996]. Frankfurt, Integrative Drogenhilfe, 1997.
106. Hunt N. *Safer Injecting Rooms: An overview of the evidence with consideration of some implementation issues for the United Kingdom*. York, Joseph Rowntree Foundation, 2003.
107. Wright NMJ, Tompkins CNE. Supervised Injecting Centres. *BMJ*, 2004, 328:100–102.
108. Valenciano M, Emmanuelli J, Lert F. Unsafe injecting practices among attendees of syringe exchange programmes in France. *Addiction*, 2001, 96(4):597–606.
109. Moatti JP, et al. Multiple access to sterile syringes for injection drug users: vending machines, needle exchange programs and legal pharmacy sales in Marseille, France. *European Addiction Research*, 2001, 7(1):40–45.
110. Glantz LH, Mariner WK. Needle exchange programs and the law – time for a change. *American Journal of Public Health*, 1996, 86(8:Pt 1):t–8.
111. Nyamathi A, et al. Effectiveness of a specialized vs. traditional AIDS education program attended by homeless and drug-addicted women alone or with supportive persons. *AIDS Education and Prevention*, 1998, 10(5):433–446.
112. Nyamathi AM, et al. Outcomes of specialized and traditional AIDS counseling programs for impoverished women of color. *Research in Nursing and Health*, 1993, 16(1):11–21.
113. Nyamathi AM, Stein JA. Assessing the impact of HIV risk reduction counseling in impoverished African American women: a structural equations approach. *AIDS Education and Prevention*, 1997, 9(3):253–273.
114. Stein JA, Nyamathi A, Kington R. Change in AIDS risk behaviors among impoverished minority women after a community-based cognitive-behavioral outreach program. *Journal of Community Psychology*, 1997, 25(6):519–533.
115. Susser E, et al. Human immunodeficiency virus sexual risk reduction in homeless men with mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 1998, 55(3):266–272.
116. Gelberg L, et al. Chronically homeless women's perceived deterrents to contraception. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2002, 34(6):278–285.
117. Salize HJ, et al. Alcoholism and somatic comorbidity among homeless people in Mannheim, Germany. *Addiction*, 2002, 97(12):1593–1600.
118. Dufeu P, Podschus J, Schmidt LG. [Alcohol dependence in homeless men. Incidence, development and determinants]. [German]. *Nervenarzt*, 1996, 67(11):930–934.
119. Fichter MM, Quadflieg N. Alcoholism in homeless in the mid-nineties: Results from the Bavarian Public Health Study on Homelessness. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 1999, 249(1):34–44.

120. Fichter MM, Quadflieg N. Course of alcoholism in homeless men in Munich, Germany: results from a prospective longitudinal study based on a representative sample. *Substance Use and Misuse*, 2003, 38(3–6):395–427.
121. Nyamathi AM, et al. Predicting positive attitudes about quitting drug and alcohol use among homeless women. *Psychology of Addictive Behaviors*, 2003, 17(1):32–41.
122. Coughy K, et al. Retention in an aftercare program for recovering women. *Substance Use and Misuse*, 1998, 33(4):917–933.
123. Lapham SC, Hall M, Skipper BJ. Homelessness and substance use among alcohol abusers following participation in project HandART. *Journal of Addictive Diseases*, 1995, 14(4):41–55.
124. Stahler GJ, et al. Evaluating alternative treatments for homeless substance-abusing men: outcomes and predictors of success. *Journal of Addictive Diseases*, 1995, 14(4):151–167.
125. North CS, et al. Correlates of early onset and chronicity of homelessness in a large urban homeless population. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1998, 186(7):393–400.
126. Scott J. Homelessness and mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 1993, 162:314–324.
127. Palmstierna T, et al. [Drug addicts with severe mental disorders can be helped by programs using moderate means. Good results when psychiatric, social and drug abuse services cooperate]. [Swedish]. *Lakartidningen*, 2000, 97(18):2205–2206.
128. Lehman AF, et al. A randomized trial of assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 1997, 54(11):1038–1043.
129. Lam JA, Rosenheck R. Street outreach for homeless persons with serious mental illness: is it effective? *Medical Care*, 1999, 37(9):894–907.
130. Buhrich N, Teesson M. Impact of a psychiatric outreach service for homeless persons with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 1996, 47(6):644–646.
131. Boyce WF. Disadvantaged persons' participation in health promotion projects: Some structural dimensions. *Social Science and Medicine*, 2001, 52(10):1551–1564.
132. Homelessness etc. (Scotland) Act, 2003. London, The Stationery Office, 2003.  
(<http://www.scotland-legislation.hmso.gov.uk/legislation/scotland/acts2003/20030010.htm> )
133. Tsemberis S, Eisenberg RF. Pathways to housing: supported housing for street-dwelling homeless individuals with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services*, 2000, 51(4):487–493.
134. Wright N. The health needs of the homeless. Presentation to the Third National Conference on Insights and Innovations on Drug Misuse. London, July 2003.
135. Tannahill M, Thomson L. Delivering healthcare, the rural perspective. Presentation to the Action Together: Health and Homelessness Conference. Dunblane, September 2002.