

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



UNIVERZITA KARLOVA
1. lékařská fakulta

Martina Věžníková

Kontinuum péče v oblasti screeningu a léčby hepatitidy C: průzkum mezi klienty
nizkoprahových programů pro uživatele drog

Continuum of care in hepatitis C screening and treatment: a survey among clients of low-
threshold programs for people who use drugs

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Doc. MUDr. Viktor Mravčík, Ph.D.

Praha, 2023

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 26.04.2023

Martina VĚŽNÍKOVÁ

Poděkování:

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu bakalářské práce doc. MUDr. Viktoru Mravčíkovi, Ph.D. za odborné vedení, které přispělo ke konečné podobě práce. Vážím si podpory a času, kterého se mi značně dostalo a také vstřícného, trpělivého jednání. Dále bych své díky vyjádřila rodině za jejich stálou podporu a důvěru a také svým již bývalým kolegům a vedoucí zařízení Mgr. Anně Mištové.

Identifikační záznam:

VĚŽNÍKOVÁ, Martina. *Kontinuum péče v oblasti screeningu a léčby hepatitidy C: průzkum mezi klienty nízkoprahových programů pro uživatele drog.* [Continuum of care in hepatitis C screening and treatment: a survey among clients of low-threshold programs for people who use drugs]. Praha, 2022. 57 s., 1 příloha. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce Doc. MUDr. Mravčík, Viktor, Ph.D.

Abstrakt

Východiska: Polovinu osob s virem hepatitidy C v České republice představují injekční uživatelé drog. Nízkoprahové harm reduction programy tvoří významný pilíř prevence a eliminace VHC, pro kontinuitu péče je zásadní aktivní vyhledávání osob s nákazou (vysoká míra protestovanosti) a navázání na další diagnostiku a léčbu. Pro udržení návaznosti péče je zapotřebí rozpoznávat a reagovat na bariéry klientů.

Cíle: Cílem bakalářské práce bylo popsat kontinuum péče v oblasti virové hepatitidy typu C u klientů ambulantního a terénního programu pro uživatele návykových látek v nízkoprahovém centru v Jihlavě od screeningového vyšetření anti-HCV protilátek po vstup do léčby a její dokončení a popsat faktory, které kontinuum péče ovlivňují.

Metody: V měsících červen a červenec 2022 byla provedena kvantitativní analýza existujících dat u klientů nízkoprahového zařízení pro uživatele drog v Jihlavě. Za sledované období 2017 až 2021 bylo do výzkumu zapojeno 243 klientů ambulantního a 171 klientů terénního programu. Získaná data byla vyhodnocena v programu Microsoft Excel za použití deskriptivní statistiky.

Výsledky: Z výzkumu vyplývá protestovanost u 96 (40 %) klientů ambulantního a 115 (67 %) klientů terénního programu. Z celkového počtu testovaných na přítomnost anti-HCV protilátek byl reaktivní výsledek odhalen u 34 (16 %) osob (56 % u klientů ambulantního a 44 % u klientů terénního programu). Následné vyšetření na specializovaném pracovišti podstoupilo 18 (53 %) reaktivních klientů, z toho 72 % reaktivních klientů ambulantního a 28 % klientů terénního programu. V 16 případech byla diagnostikována chronická hepatitida C, 13 klientů do léčby nastoupilo a dokončilo ji 13, klientů, ve 46 % proběhla léčba ve vězení. Zjištěné faktory, které působily na kontinuitu péče, souvisely s nedostatkem motivace, dalšími povinnostmi klientů, návratem do vězení a strachu ze stigmatizace.

Závěry a doporučení: Výzkumná práce nabízí přehled poskytované péče v oblasti VHC u klientů nízkoprahových programů a svými výsledky poukazuje na zjištěné nedostatky. Vyšší protestovanost v terénu, ale lepší návaznost péče v KC. Získané poznatky mohou pomoci ke změnám v nastavení a spolupráci zainteresovaných osob a institucí, jež jsou součástí kontinua péče.

Klíčová slova: virová hepatitida C, nízkoprahové programy, uživatelé drog, kontinuum péče, bariéry péče.

Abstract

Background: Half of the people with hepatitis C virus infection in the Czech Republic are injecting drug users. Low-threshold harm reduction-based treatment programs are an important pillar in the prevention and elimination of hepatitis C virus (HCV); and for the continuity of care, it is essential to actively search for people with the infection (high rate of testing) and to follow up with further diagnosis and treatment. Identifying and responding to client barriers is necessary to maintain the continuum of care.

Objectives: The aim of the bachelor thesis was to describe the continuum of care in case of hepatitis C virus in clients of an outpatient and outreach programme for substance abusers in a low-threshold centre in Jihlava, from anti-HCV antibody screening to treatment entry and completion, and to describe the factors that influence the continuum of care.

Methods: In June and July 2022, a quantitative analysis of existing data was conducted among clients of a low-threshold facility for drug users in Jihlava. For the monitored period from 2017 to 2021, 243 clients of the outpatient program and 171 clients of the outreach program were included in the research. The obtained data were analysed in Microsoft Excel using descriptive statistics.

Results: The research shows that 96 (40%) clients of the outpatient program and 115 (67%) clients of the outreach program had been tested. Of those tested for anti-HCV antibodies, a reactive result was detected in 34 (16%) individuals (56% of outpatient clients and 44% of outreach program clients). Then 18 (53%) reactive clients underwent follow-up testing at a specialized clinic, 72% of reactive outpatient clients and 28% of outreach clients. Chronic hepatitis C was diagnosed in 16 cases, 13 clients entered and completed the treatment, whereas 46% completed treatment in prison. Identified factors that were found to affect continuity of care were related to the lack of motivation, additional client responsibilities, return to prison, and fear of stigma.

Conclusion and recommendations: The research paper offers an overview of the care provided in the area of hepatitis C virus to clients of low-threshold programmes. The results point to identified shortcomings. Higher testing rate in the field but better continuity of care in the centre (KC). The findings may help to bring about changes in set-up and collaboration of stakeholders and institutions that are involved in the continuum of care.

Keywords: hepatitis C virus, low-threshold programs, drug users, substance users, continuum of care, barriers to care

OBSAH

1	ÚVOD	8
2	TEORETICKÁ ČÁST	9
2.1	VIROVÁ HEPATITIDA C	9
2.1.1	Epidemiologie	9
2.1.2	Klinický průběh	10
2.1.3	Diagnostika	11
2.1.4	Léčba	11
2.1.5	Prevence	14
2.2	NÍZKOPRAHOVÉ PROGRAMY PRO UŽIVATELE DROG	14
2.2.1	Harm Reduction	16
2.2.2	Testování VHC v nízkoprahových programech	16
2.2.3	Předtestové a potestové poradenství	17
2.2.4	Motivace klientů	18
2.2.5	Návaznost další péče v oblasti VHC	19
2.3	ELIMINACE VHC MEZI UŽIVATELI DROG	20
2.3.1	Akční plán na období 2019-2021 s prodlouženou platností na období 2022-2024	22
2.3.2	Hlavní cíle akčního plánu	22
2.3.3	Bariéry diagnostiky a léčby VHC u uživatelů drog	23
3	PRAKTICKÁ ČÁST	25
3.1	CÍLE VÝZKUMU	25
3.1.1	Výzkumné otázky	25
3.2	ETICKÉ ASPEKTY VÝZKUMU	25
3.3	VÝZKUMNÝ SOUBOR	26
3.4	METODY TVORBY A ANALÝZY DAT	27
4	VÝSLEDKY	29
4.1	SOCIODEMOGRAFICKÉ ÚDAJE	29
4.1.1	Pohlaví a věk	29
4.1.2	Bydlení	30
4.1.3	Vzdělání	30
4.1.4	Zaměstnání	31
4.2	UŽIVATELSKÉ CHARAKTERISTIKY	31
4.2.1	Primární droga	31
4.2.2	Způsob aplikace a četnost užívání	32

4.2.3	Délka injekční aplikace	33
4.3	RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ.....	34
4.3.1	Injekční aplikace drog	34
4.3.2	Sdílení jehel nebo náčiní k přípravě drog	34
4.3.3	Nechráněný pohlavní styk.....	35
4.3.4	Výkon trestu odnětí svobody v minulosti	35
4.4	PROTESTOVANOST NA VHC	36
4.5	PROMOŘENOST A SÉROPREVALENCE VHC	38
4.6	VSTUP DO DALŠÍ PÉČE A PROLÉČENOST VHC.....	39
4.7	SHRNUTÍ KONTINUA PÉČE	40
5	DISKUZE.....	43
6	ZÁVĚR.....	48
7	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	50
8	SEZNAM ZKRATEK.....	54
9	SEZNAM TABULEK.....	55
10	SEZNAM GRAFŮ	56
11	SEZNAM OBRÁZKŮ	57
12	PŘÍLOHY	58

1 ÚVOD

Problémové užívání nelegálních drog je spojeno s mnoha zdravotně-sociálními komplikacemi, jejichž důsledky dopadají nejen na samotné uživatele drog, ale také na jejich okolí a v konečném důsledku na společnost jako takovou. Nejrizikovější formou užití drogy je intravenózní aplikace, tedy injekční stříkačkou přímo do žíly. Tímto způsobem aplikace je vpichem narušována integrita tělního povrchu a droga se okamžitě dostává do krevního oběhu. Jedním ze závažných rizik nitrožilní aplikace drog je zvýšené riziko nákazy infekční chorobou přenosnou krví. Jednou z těchto chorob je právě virová hepatitida typu C.

Bakalářská práce je věnována screeningovému testování hepatitidy typu C v nízkoprahových programech pro uživatele drog, protože právě injekční uživatelé drog jsou z hlediska přenosu hepatitidy typu C nejohroženější skupinou, a právě v nízkoprahových programech bývá jejich nákaza velmi často odhalena prostřednictvím orientačních testů. V rámci teoretické části bude věnována pozornost také prevenci přenosu hepatitidy typu C, klinickým příznakům, diagnostickým možnostem a léčbě hepatitidy typu C. Samostatná podkapitola se bude zabývat charakteristikou nízkoprahových programů pro uživatele drog, tedy kontaktními centry a terénními programy, jejichž cílem je minimalizace rizik a škod spojených s užíváním návykových látek. Na závěr se zaměřím na eliminaci virové hepatitidy C mezi uživateli drog a akční plán na období 2022-2024.

Cílem praktické části bude popsat kontinuum péče v oblasti virové hepatitidy C u klientů ambulantního a terénního nízkoprahového programu v Jihlavě. Průzkum je zaměřen na protestovanost programů s následným vstupem do další péče pro diagnostiku VHC a její případnou léčbu. Poslední výzkumnou otázkou jsou charakterizovány faktory, které ovlivňují kontinuitu mezi nízkoprahovými programy a specializovaným pracovištěm pro léčbu VHC.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Virová hepatitida C

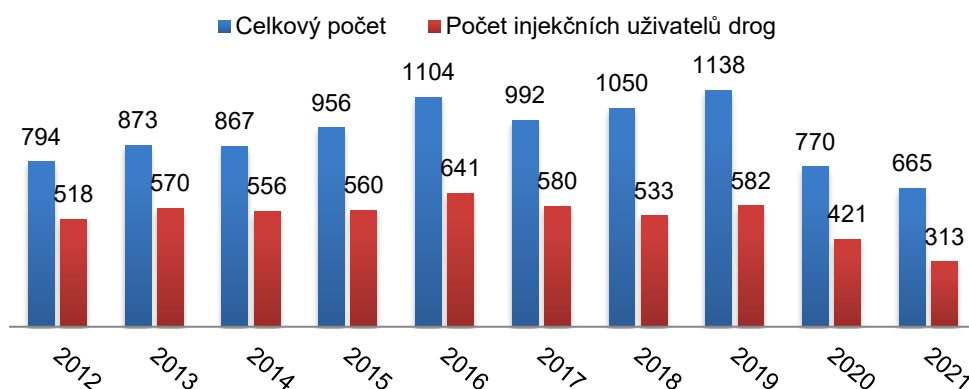
Virová hepatitida C byla identifikována v roce 1989. Její pojmenování se datuje až do roku 1919, kdy švédský občan použil název hepatitis a definoval epidemickou a sérovou formu, která byla později nahrazena za dnes používané rozdělení hepatitid podle písmen (A, B, C, D, E). Během 2. světové války docházelo k rozšíření hepatitidy a utvrzení příčiny nemoci, která je spojená s infekčním činitelem na místo dříve odhadovaného původu v dietní chybě (Hůlek a Urbánek, 2018). Virus hepatitidy C je geneticky velmi variabilní, zahraniční zdroje uvádí 7 genotypů a 67 podtypů (Smith a kol., 2014). Pro Evropu a Českou republiku je nejčastější subtyp 1b (Hůlek a Urbánek, 2018). Obecně typ 1b a 1a představuje zhruba 60 % celosvětových infekcí (SZÚ, 2023).

2.1.1 Epidemiologie

Z posledních údajů z roku 2017 se s infekcí viru hepatitidy C celosvětově potýká 71 milionů chronicky nemocných osob. Ve 23 % se přisuzuje záchyt nových infekcí HCV injekčním uživatelům drog. V souvislosti s onemocněním každoročně umírá zhruba 400 000 lidí, v posledních 15 letech je patrný nárůst počtu zemřelých, nejčastější komplikací je cirhóza jater a hepatocelulární karcinom (WHO, 2023).

Česká republika ročně hlásí výskyt virové hepatitidy C v 700-1000 případech. Vývoj hlášených případů onemocnění ukazuje níže přiložený graf 1. Jedná se pouze o hlášený počet infikovaných případů, dle odhadů většina nemocných osob o své nemoci neví. Incidence by tak byla podstatně vyšší (SZÚ, 2023). V roce 2021 bylo v ČR odhadnuto 40,5 tisíc osob užívající drogy injekčně a zaznamenán vyšší podíl pozitivně testovaných 29,3 %, oproti 12,5 % v roce 2020 (Chomynová a kol., 2022). Nicméně míra testovaných osob užívající drogy injekčně je v nízkoprahových programech stále nízká, každoročně přibližně 7 % (Mravčík a kol., 2021). Z původně dominujícího genotypu 1b, který byl typický pro období 1998-2000 dochází rozšířením infekce mezi injekční uživatele drog ke změně zastoupeného genotypu na novější subtyp 1a a 3a (Krekulová, 2021).

Graf 1: Celkový počet infikovaných osob s hepatitidou C a u injekčních uživatelů drog v ČR 2012-2021



Zdroj: Chomynová a kol., 2022

Infekce viru hepatitidy C se vyskytuje v krvi, v menším množství ve slinách, spermatu nebo vaginální tekutině. Největší koncentrace viru se ale vyskytuje právě v krvi (Nair a Peate, 2017). K přenosu viru dochází převážně krví, a mezi hlavní cesty nákazy patří krevní transfúze, injekční užívání drog, dialýza, riziko nákazy při výkonu povolání, iatrogenní a vertikální přenos, nechráněný sexuální kontakt s HCV pozitivní osobou, rodinný kontakt s HCV pozitivní osobou, tetování a piercing prováděný v nesterilních podmínkách (Hůlek a Urbánek, 2018). U těhotných matek je riziko přenosu na plod 5-15 %, přechod do chronicity je zaznamenán u 3-5 % novorozenců (Fraňková, 2020). Přelom v přenosu nákazy VHC bylo zavedení testování dárců krve a u injekčních uživatelů drog bezplatná distribuce injekčního materiálu pracovníky nízkoprahových služeb a lékáren (Navrátil, 2017). K rizikovým faktorům patří u uživatelů drog i sdílení dalších pomůcek nebo materiálu k přípravě drog (voda, lžičky, okyselovací činidla, filtry, alkoholové a suché tampony (NMS, 2012).

2.1.2 Klinický průběh

Inkubační doba virové hepatitidy C se pohybuje v rozmezí 15 až 160 dnů. S ohledem na tuto skutečnost lze konstatovat, že nakažený jedinec je zdrojem infekce pro své okolí prakticky od počátku své vlastní nákazy, tedy již v době, kdy sám ani neví, že se nakazil. Počáteční fáze nemoci je bezpříznaková nebo se projevuje velmi nespecificky a má podobu chřipkového onemocnění – zvýšená únava, slabost, ztráta výkonnosti, bolest kloubů a svalů, zvýšená teplota. Vzhledem k průběhu nemoci bez subjektivních příznaků nebo symptomů připomínající chřipku dochází u hepatitidy C zřídka k odhalení nákazy. Není výjimkou, že infikovaný zjišťuje svůj zdravotní stav až při náhodném preventivním vyšetření nebo jiných příčinách vyhledání lékařského zařízení. I proto je velmi vzácný záchyt akutní infekce HCV, za kterou lze považovat vznik nákazy v posledních 6 měsících. Virová hepatitida může spontánně vymizet, avšak přenos do chronického stavu nastává u

více než 60 % infikovaných osob (Krekulová, 2021). Onemocnění virem hepatitidy C snižuje funkční kapacitu jater a při nezačínání léčby vede až k jaterní cirhóze, u 5 % infikovaných se do 10 let objeví hepatocelulární karcinom (Navrátil, 2017). Mezi nejčastější příčiny jaterní cirhózy patří právě virová hepatitida C, následuje konzumace alkoholu. Cirhóza se vyznačuje poškozením původních jaterních lalůček, při kterém dochází k nekróze a zvýšené tvorbě vaziva, což vede ke ztvrdnutí jater. Hepatocelulární karcinom vzniká následkem jaterní cirhózy, jde o benigní nebo maligní nádor jater prorůstající do žil, nádorové buňky metastazují do plic (Bártová, 2021).*“Přesná epidemiologická statistika prevalence cirhózy v naší zemi však neexistuje, lze předpokládat, že v České republice žije 30 000-40 000 pacientů s jaterní cirhózou“* (Hůlek a Urbánek, 2018, s. 463). Pražský Institut klinické a experimentální medicíny (IKEM), který je největším pracovištěm na území České republiky pozoroval v letech 1995-2017 indikaci k transplantaci jater v důsledku HCV u 10 % pacientů (Trunečka, 2019).“

2.1.3 Diagnostika

Diagnostika hepatitidy C probíhá ve dvou fázích. U rizikových skupin se v první fázi uplatňují sérologické screeningové testy označované také jako rychlé testy. Odběr vzorku probíhá z kapilární krev či orální tekutiny a výsledek testu je znám do 30 minut. Výhodou je jejich nízká cena, možnost provedení testu mimo zdravotnické zařízení a jejich přístupnost pro terénní testování rizikových skupin (WHO, 2017). Testování protilátek anti-HCV má i svá omezení. Protilátky viru hepatitidy C se v těle tvoří až 6 měsíců, toto období mezi nákazou a dobou zjištění protilátek se nazývá sérologické okno. Při testování v tomto období může docházet k negativním výsledkům testu, které nejsou průkazné, protože osoba je již infikována, ale tělo zatím nestihlo vytvořit dostatečné množství protilátek, které by test odhalil. V takovém případě je žádoucí opakovat test po 6 měsících od rizikové události/ expozice viru (Brummer-Korvenkontio a kol., 2019). V případech detekce anti-HCV rychlým testem přichází na řadu případné laboratorní vyšetření protilátek, zejména vyšetření na přímý průkaz viru, které zjistí přítomnost ribonukleové kyseliny viru VHC a odhalí možnou aktivní infekci. U rychlých testů pozitivní výsledek testu nevyjadřuje aktuální stav, ale může mimo jiné znamenat prodělanou VHC v minulosti, jelikož protilátky anti-HCV v organismu přetrvávají. Pouze detekce RNA viru HCV v séru nebo plazmě diagnostikuje akutní či chronickou hepatitidu C, určí další vyšetření a léčebný postup (Krekulová, 2021).

2.1.4 Léčba

V České republice zajišťuje léčbu chronické hepatitidy C celkem 25 specializovaných pracovišť na území 13 krajů, pro Zlínský kraj není uvedeno žádné pracoviště (VZP ČR, 2023), viz tabulka 1. Podle údajů České hepatologické společnosti probíhá léčba za použití přímo působících antivirotik (DAA) ve 22 zařízeních (ČHS,

2023). Přesto se může pacient v praxi setkat s odložením léčebné terapie a zařazením na čekací listinu z důvodu finančních limitů pojišťoven pro úhradu léčby VHC (NMS, 2022). Jen náklady všeobecné zdravotní pojišťovny, která registruje 60 % občanů ČR, čítali za rok 2021 na léčbu chronické VHC 671,2 milionů Kč (léčba jednoho pacienta vyšla v přepočtu na 506 tisíc Kč). Ve srovnání s lety 2017 a 2018 zvýšila VZP v roce 2021 výdaje na léčbu chronické VHC o více než 100 tisíc Kč (Chomynová a kol., 2022). Navzdory vysoké ceně DAA jejich podávání snižuje náklady zdravotního a sociálního systému (Skoupá a Urbánek, 2018).

Tabulka 1: Seznam specializovaných pracovišť pro léčbu VHC v ČR

Název Kraje	Pracoviště
Hlavní město Praha	1. Fakultní nemocnice v Motole
	2. Institut klinické a experimentální medicíny v Praze
	3. Nemocnice Na Bulovce
	4. Remedis, s.r.o., Praha 4
	5. Ústřední vojenská nemocnice Praha
	6. Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
Jihočeský kraj	7. Nemocnice České Budějovice, a.s.
	8. Nemocnice Tábor, a.s.
Jihomoravský kraj	9. Centrum kardiovaskulární a transplantační chirurgie Brno
	10. Fakultní nemocnice Brno
Královéhradecký kraj	11. Fakultní nemocnice Hradec Králové
	12. Hepato-Gastroenterologie Hradec Králové s.r.o.
Moravskoslezský kraj	13. Fakultní nemocnice Ostrava
	14. Nemocnice s poliklinikou Havířov, p.o.
	15. Slezská nemocnice v Opavě, p.o.
Olomoucký kraj	16. AGEL Středomoravská nemocniční, a.s.
	17. Fakultní nemocnice Olomouc
Pardubický kraj	18. Nemocnice Pardubického kraje, a.s.
Píseňský kraj	19. Fakultní nemocnice Píseň
Ústecký kraj	20. Krajská zdravotní, a.s. – Masarykova nemocnice Ústí nad Labem, o.z.
	21. Hepato-Gastroenterologie Hradec Králové, s.r.o. - Most
Kraj Vysočina	22. Nemocnice Jihlava, p.o.
Karlovarský kraj	23. Karlovarská krajská nemocnice, a.s.
Liberecký kraj	24. Krajská nemocnice Liberec, a.s.
Středočeský kraj	25. Mělnická zdravotní, a.s.

Zdroj: VZP ČR, 2023

Pro léčbu je indikován každý pacient s chronickou hepatitidou C, pokud projeví zájem a není zjištěna kontraindikace. Z epidemiologického hlediska je podstatné, aby lékař neodkladně zahájil léčbu u injekčních uživatelů drog, mužů mající sex s muži, pacientů na dialýze a žen plánující těhotenství. Léčba interferonem a jaterní biopsie se stala minulostí, lékař předepisuje medikaci ve formě tablet na 8-12 týdnů u běžných pacientů. Lékové kombinace a samotná délka léčby závisí na zjištěném genotypu HCV, do procesu vstupují i hodnoty jaterních enzymů, které informují o pokročilosti jaterního onemocnění. Nejnovější fixní kombinace léků jsou dnes stejně účinné u všech genotypů a při jejich použití z amerických doporučení plyne, aby se u pacientů již neurčoval konkrétní genotyp HCV.

Aktuální léčebné postupy nabízí pacientům minimum nežádoucích účinků a úspěšnost léčby v poměrně krátké době. Již 12 týdnů po léčbě lze u pacienta stanovit setrvalou virologickou odpověď, která značí vyloučení viru z těla pacienta a dosažení primárního cíle léčby – úplného vyléčení infekce (Krekulová, 2021). Protivirová léčba bývá v akutním stádiu nemoci indikována nejdříve po 3 měsících, předchází se tak možné spontánní eliminace viru, ke které dochází zhruba v 15-45 % případech (Brummer-Korvenkontio a kol., 2019). Tabulka 2 předkládá souhrn dostupných lékových variant pro jednotlivé genotypy (GT) 1 až 6.

Tabulka 2: Dostupné varianty bezinterferonových režimů pro jednotlivé genotypy HCV

Kombinace	GT 1	GT 2	GT 3	GT 4	GT 5 a 6
sofosbuvir/ledipasvir ribavirin	ano	ne	ne	ano	ano
sofosbuvir/velpatasvir ribavirin	ano	ano	ano	ano	ano
ombitasvir/paritaprevir/ritonavir+dasabuvir ribavirin	ano	ne	ne	ne	ne
ombitasvir/paritaprevir/ritonavir ribavirin	ne	ne	ne	ano	ne
grazoprevir/elbasvir ribavirin	ano	ne	ne	ano	ne
sofosbuvir + daclatasvir ribavirin	ano	ano	ano	ano	ne
sofosbuvir + simeprevir ribavirin	Sub-optimální	ne	ne	ano	ne

Zdroj: Hůlek a Urbánek, 2018

Většina dnes dostupných a používaných léčebných režimů má účinnost (měřenou jako procento SVR) přesahující 96 % (Hůlek a Urbánek, 2018).

V zájmu eliminace virové hepatitidy C je podstatné do léčby zařazovat aktivní injekční uživatel drog bez diskriminace, ostatně se jedná o prioritu strategických cílů akčního plánu na období 2022-2024 (NMS, 2022). I přes doporučené pokyny ukládají lékaři pacientům před vstupem do léčby řadu omezení. Z provedeného průzkumu roku 2011 vyplývá, že většina center pro léčbu VHC vyžadovala před zahájením léčby abstinenci od nelegálních drog, ale i alkoholu, který byl nicméně posuzován individuálně. Z celkového počtu 76 center pouze 3 zařízení po svých pacientech nevyžadovali abstinenci. Polovina lékařů požadovala před nástupem do léčby abstinenci nebo účast pacienta v substitučním programu a doporučení do léčby odborným pracovníkem specializovaným na závislosti. „Léčba VHC je v průměru zahájena u 60 % IUD odeslaných k léčbě a v průměru byla hlášena relativně vysoká 80% míra adherence – většina lékařů neuvedla rozdíly mezi uživateli a neuživateli drog a ani mezi uživateli pervitinu a opiátů“ (Mravčík, 2013a, s. 53). I přes to všechno v České republice až 75 % specializovaných pracovišť pro léčbu VHC dává raději přednost k zahájení léčby osobám neužívajícím návykové látky. Jednou z příčin je obava lékařů z možné reinfekce v případech, kdy pacienti pokračují v injekčním užívání drog. Nicméně data poukazují na

opětovnou infekci VHC u pouhých 3-5 % injekčně aplikujících osob (Mravčík, 2013b). Je však potřeba vzít v úvahu, že tyto výsledky pochází z doby před zavedením bezinterferonových režimů.

2.1.5 Prevence

U virové hepatitidy C je velmi důležité dodržovat základní hygienická pravidla – nesdílet hygienické pomůcky (holení, zubní kartáček, nůžky na nehty atd.). Neméně důležitou součástí v prevenci přenosu je provozování chráněného pohlavního styku a stálost partnera. U uživatelů drog se opatření rozšiřují na používání sterilních injekčních setů a dalšího materiálu k přípravě a aplikaci drog (Halmo, 2014). Prevence je velmi důležitá především u osob injekčně aplikujících, kteří patří mezi nejohroženější skupinu infikovaných virem hepatitidy C. Nízkoprahová centra za tímto účelem poskytují nejen náčiní potřebné k aplikaci drog, ale také bezplatně prezervativy. Jedná se o aktuální možnosti prevence, nicméně nejedná se o prevenci prvotní. Primární prevence by měla být zejména ze strany státu osvětla týkající se rizik užívání drog, a měla by zahrnovat různá podpůrná opatření, včetně dostupné a efektivní institucionální péče. Působnost nízkoprahových center i národní strategie v této oblasti budou předmětem následujících podkapitol (NMS, 2012). Prevencí mohou být myšleny nízkoprahové programy zaměřené na detekci hepatitidy C, protože pokud je hepatitida léčena vhodně zvolenou kombinací antivirotik, pak dokáže vyléčit až 90 % osob (SZÚ, 2023).

Prevenci hepatitidy C u drogově závislých osob považuje národní i evropská politika za nejdůležitější skupinu lidí pro prevenci. Některé země proto pro tuto důležitou cílovou skupinu intenzivně vyvíjí nové modely péče a inovativní postupy. Konkrétně například projekt HepCare Europe realizovaný ve Velké Británii, v rámci kterého byly oslovovány rizikové skupiny takzvanými peer pracovníky. Model byl založen na integrované péči, tedy spolupráci lékařů v primární i speciální péči a nízkoprahových zařízení (EMCDDA, 2020).

Ochrana před nákazou má smysl i v případě osob, které jsou již infikovány virovou hepatitidou typu C, protože hepatitid je více typů a nákaza jedním typem hepatitidy nechrání člověka před nákazou jiným typem hepatitidy. Zároveň platí, že „výskyt více typů infekčních hepatitid najednou výrazně zvyšuje riziko selhání jater a úmrtí“ (NMS, 2012, s. 74).

2.2 Nízkoprahové programy pro uživatele drog

Nízkoprahovostí rozumíme zaměření na uživatele drog, kteří nemohou nebo nechtějí vyhledávat a využívat institucionalizovanou pomoc, protože jí nerozumí, nevěří, mají pocit, že všechny dostupné možnosti už vyčerpali, neumějí si představit, že by jim někdo mohl pomoci, mohou mít špatné zkušenosti, v důsledku čehož rezignovali. Klíma

uvádí, že nízkoprahové služby jsou poskytovány za odstranění psychologických, sociálních i technických bariér služby (2009). Jako nízkoprahové se označují sociální služby, jejichž cílem je „*usnadnit uživatelům drog přístup k sociální a zdravotní péči a jež typicky zahrnují terénní týmy a jednotky, místa, kde je možné si opatřit sterilní injekční náčiní*“ (Brummer-Korvenkontio a kol. 2019, s. 37).

Smyslem nízkoprahového přístupu k uživatelům drog je „*podchytit více osob vykazujících vzorce problémového užívání v co možná nejranější fázi a udržet s nimi kontakt, čímž je možné je chránit před zdravotními následky, aniž by od nich byla vyžadována abstinence*“ (NMS, 2012, s. 11). Jedním z nejdůležitějších principů nízkoprahového přístupu je tedy respekt k volbě klienta, čímž se rozumí, že „*přijatá intervenční a preventivní opatření musí striktně dodržovat zásadu respektování klientova úhlu pohledu*“ (NMS, 2012, s. 13). Mezi další principy nízkoprahového přístupu k problémovým uživatelům drog je dobrá dostupnost služeb, vytváření vstřícné atmosféry, zajištění ochrany soukromí, uplatňování praktického přístupu k poskytování služeb, vyvarování se ideologických a morálních soudů (NMS, 2012).

Nízkoprahovými programy pro uživatele drog rozumíme kontaktní centra a terénní programy. Tato zařízení realizují terciární indikovanou prevenci, kterou Nešpor vymezuje jako snahu předcházet dalším škodám u osob, které nemají diagnostikovanou závislost na návykových látkách, ale vykazují známky užívání těchto látek (Nešpor, 2018). Kontaktní centra jsou ambulantní sociálně preventivní službou, terénní programy představují poskytování sociálně preventivních služeb uživatelům drog v jejich přirozeném časoprostoru. Fungování kontaktních center i terénních programů je upraveno zákonem č. 108/2006, Sb. o sociálních službách. Terénní programy jsou terénní služby poskytované osobám, které vedou rizikový způsob života nebo jsou tímto způsobem života ohroženy. Služba je určena pro problémové skupiny osob, uživatele návykových látek nebo omamných a psychotropních látek, osoby bez přístřeší, osoby žijící v sociálně vyloučených komunitách a jiné sociálně ohrožené skupiny. Cílem služby je tyto osoby vyhledávat a minimalizovat rizika jejich způsobu života (§ 69 Zákona č. 108/2006, Sb.). Terénní práce vznikla na počátku 20. století v rámci hledání neotřelých způsobů práce s klienty (Bednářová a Pelech 2003). Terénní práce je považována za téměř bezprahovou odnož sociální práce (Průdková a Novotný, 2008) a velmi často stojí na pomyslném začátku v systému péče o uživatele drog, protože streetworker je vůbec prvním odborníkem, se kterým se uživatel drog potká (Hrdina in Kalina a kol. 2003).

Vedle kontaktních center a terénních programů jsou v České republice realizovány také specifické podprogramy představované výdejními či prodejními automaty na injekční stříkačky a zdravotní materiál, sběrnými kontejnery na injekční materiál, které jsou umístěny ve veřejném prostoru, málo rozšířený peerwork představující zapojení aktivních uživatelů drog do výměnného programu a diskutované zavedení tzv. aplikačních

místností, kde by si uživatelé drog mohli aplikovat drogu v bezpečných podmínkách (Janíková in Kalina a kol. 2015).

2.2.1 Harm Reduction

„Termínem „harm reduction“ se označují koncepce, programy a činnosti směřující k minimalizaci škod souvisejících s užíváním psychoaktivních látek u osob, které nejsou schopny nebo ochotny s užíváním přestat“ (IHRA, 2010). Přístup harm reduction je v programech snadno uplatnitelný a jeho praktikování není finančně zatěžující, vnímaná potřeba minimalizace rizik přichází přímo od daných osob a pracovník je v pozici zprostředkovatele. Pro funkčnost modelu je zásadní uživatele návykových látek za své jednání nesoudit a nestigmatizovat. Spolu s vstřícným a empatickým jednáním tak nedochází k vytváření překážek, které by bránily v poskytnuté péči. Teorie přístupu vychází z předpokladu uplatňování malých změn, které osloví a bude jich schopno větší množství lidí. V konečném důsledku tyto změny znamenají pro společnost daleko větší přínos než nárokování velkých změn, které by mohly dotyčné osoby v procesu změny zastavit (IHRA,2010). V České republice funguje na principu harm reduction 106 nízkoprahových programů (terénní programy, kontaktní a poradenské služby), které získali certifikací odbornou způsobilost poskytovat služby uživatelům drog. Za rok 2021 bylo v kontaktu s nízkoprahovými programy celkem 33,6 tisíc injekčních uživatelů drog a poskytnuto 294 213 úkonů distribuce injekčního materiálu (Chomynová a kol., 2022).

Z praxe vyplývá, že některé nízkoprahové programy poskytují své služby na principu výměny a podmiňují tak získání injekčních setů a materiálu k přípravě drog výměnou za použitý materiál. Pro dosažení úspěchu na úrovni prevence virových hepatitid se jeví tento přístup jako nevhodný. Uživatelům drog má být zajištěno dostatečné množství podle individuálních potřeb, tento jediný způsob se jeví jako nejlepší pro omezení šíření nákazy mezi injekčními uživateli drog, kteří stále patří celosvětově k nejohroženější skupině v souvislosti s nákazou virem hepatitidy C. (NMS, 2012).

2.2.2 Testování VHC v nízkoprahových programech

V nízkoprahových programech se v současné době ke screeningu infekce HCV používají metody třetí generace, které mají senzitivitu kolem 97 % a specificitu až 99 %. U osob, u kterých byla již jedinkrát prokázána reaktivita anti-HCV, již nikdy není indikace k opakování tohoto vyšetření. Průkaznost infekce virem hepatitidy C dochází následným sérovým vyšetřením HCV RNA ve zdravotnickém zařízení (Hůlek a Urbánek, 2018). K testování se používají testy s certifikovanou známkou, které nesou označení CE a vyjadřují tím soulad zdravotními, bezpečnostními a environmentálními normami pro výrobky prodávané v rámci Evropského hospodářského prostoru. Screeningové testy jsou pro své vlastnosti vhodné k uplatnění v nízkoprahových programech (Brummer-

Korvenkontio a kol., 2019). Způsoby testování jsou uvedeny v oddílu 2.1.3 s názvem diagnostika.

Na území České republiky za rok 2021 poskytovalo testování na virovou hepatitidu C 45 nízkoprahových programů. Vyšetření podstoupilo celkem 2 483 osob, z nich 726 (29,3 %) bylo pozitivních. Výsledky demonstrují pouze programy, které se aktivně účastnily Monitoringu testování infekcí Národním monitorovacím střediskem pro drogy a závislosti (Chomynová a kol., 2022).

V praxi se doporučuje pojmout testování jako dobrovolné a anonymní, zájemci jsou poučeni a vyjadřují souhlas. U injekčních uživatelů drog je vhodné nabízet testy 1-2 ročně. Případný včasný záchyt infekce umožní vyhledat lékařskou pomoc a zahájit léčbu. Testování vytváří příležitost k předávání informací o prevenci a přenosu infekce a může tak vést ke snížení rizikového chování. Zařízení poskytující testování by měla být připravena na záchyt reaktivních případů a navázat klienta na odborné pracoviště (NMS, 2012).

2.2.3 Předtestové a potestové poradenství

Poradenstvím se obecně rozumí důvěrný rozhovor mezi klientem a pracovníkem za účelem poskytnutí potřebných informací spojených s testováním. Rozlišujeme předtestové a potestové poradenství. Již z pojmenování je zřejmé, že předtestové poradenství probíhá před samotným testem a na začátku slouží k tomu, aby se klient prostřednictvím získaných informací rozhodl, zda test podstoupí či nikoliv. U uživatelů drog může být situace komplikována intoxikací a jedinec nemusí být schopen udělit souhlas k testu. V takových případech je rozhodnutí na pracovníkovi, aby posoudil, zda klient předávaným informacím porozuměl nebo ne, nabízí se možnost testování odložit.

Cílem předtestového poradenství je:

- posoudit schopnost absolvování testu a porozumění jeho výsledkům
- příprava na testovací proces a předání informací o příslušných onemocněních
- vysvětlit důsledky, pokud člověk není nebo je infikován virem VHC
- usnadnit diskusi, jak se vypořádat s informací ve vztahu k VHC
- mluvit o sexuální orientaci, vztazích a rizikovému chování v souvislosti sexu a drogami, pomoc pochopit vlastní rizikové chování a předcházet přenosu nákazy.

Po vykonání testu přichází na řadu potestové poradenství, které by mělo být součástí každého testování bez ohledu na výsledek. Klientovi pomáhá porozumět a vyrovnat se s výsledky testu.

Cílem potestového poradenství je:

- sdělit výsledky testu

- poučit klienta o sérologickém okně
- dodržet etické aspekty
- vykonat poradenství proškoleným pracovníkem (Brummer-Korvenkontio a kol., 2019).

2.2.4 Motivace klientů

Snaha o testování celé populace drogově závislých velmi úzce souvisí s jejich motivováním. Jak již bylo uvedeno, drogově závislí nejsou sami od sebe motivováni k testům na hepatitidu C už z toho důvodu, že její průběh není nijak silný a může být lehce zaměnitelný například s chřipkou. Současná klientela je velmi různá a jak ukazují různé výzkumy, není již jen v rukách samotného klienta vlastním přesvědčením a vlastní motivací jít na léčení nebo testovat na různá onemocnění. Velmi silně může motivaci klientovi dodat svým chováním a postoji právě sociální nebo terénní pracovník. Zdrojem motivace tak může být okolí (Kalina a kol., 2008).

Sociální pracovník kromě odborných znalostí a jistých osobnostních rysů musí také znát specifika místní komunity a místních potřeb, možnosti léčby a další důležité informace. V případě screeningových testování nebo využívání jiných testů na hepatitidu C je důležité, aby pracovník měl také informace o dřívějších i aktuálních trendech v infekci, léčby nebo názorech drogově závislých na tuto problematiku testování. Je důležité, aby pracovník věděl, zda v místních podmínkách drogově závislý s testováním souhlasí nebo jaké proti němu mají výhrady. Velmi důležité je mít tyto všechny znalosti, protože zásadním krokem je již vytipování klienta. Kromě sociálních pracovníků jsou důležitými osobami v získávání klientů k testování také takzvaní peer pracovníci (Brummer-Korvenkontio a kol., 2019).

Pozice peer pracovníka a jejich zavádění do služeb pro drogové uživatele se v českých podmínkách objevovaly už v 90. letech minulého století. Jednalo se o zkušené terénní pracovníky, kteří sami měli k drogové scéně blízko a mohli mít i drogovou minulost, a kteří se podíleli také na inovacích. Postupně je ale v této pozici začali nahrazovat profesionálové s příslušným vzděláním. V současnosti jsou peer pracovníci často zapojováni právě do nízkoprahových programů s cílením na uživatele drog. Zapojení peer pracovníků v praxi ale mnohdy nevychází z jejich principů participace, kdy by se měli nejen zapojit do celého kolektivu nízkoprahového zařízení i do služeb, ale také by měla mezi nimi existovat rovná redistribuce moci (Nepustil a Geregová, 2020). Ať už testování hepatitidy C mezi drogovými uživateli nabízí sociální pracovník nebo peer pracovník, důležitá je osvěta a šíření informací k co největšímu podílu cílové skupiny. Pracovníci často využívají nejen různých letáčků, ale hlavně motivačních rozhovorů. Jako efektivní se také jeví používání různých motivačních prvků, kterým může být jídlo nebo stravenky a podobně (Brummer-Korvenkontio a kol., 2019).

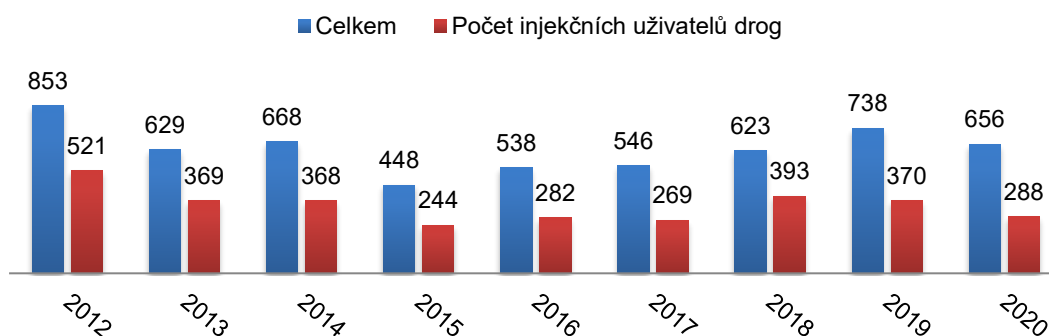
Vládní metodiky nabízí možnosti, jak konkrétně lze osoby závislé k testování hepatitidy C motivovat. Jedním ze zdrojů jsou také workshopy a výstupy z nich. Workshop z roku 2018 shrnuje, že je nezbytné, aby pracovník aktivně nabízel testování, rozhovor lze začít informací o výskytu hepatitidy v daném místě nebo otázkou na poslední testování. Současně probíhá výměna injekčního materiálu. Důležité je, aby měl klient dostatek informací, například věděl, že po bezbolestném vyšetření léčba spočívá „jen“ v užívání tablet (Brummer-Korvenkontio a kol., 2019).

2.2.5 Návaznost další péče v oblasti VHC

Odhalení reaktivního výsledku testu na VHC v nízkoprahových programech zavazuje služby příslušným lidem zprostředkovat další péči ve zdravotnickém zařízení. V tomto ohledu by bylo zapotřebí využít integrovaného přístupu, který mezi sebou propojí organizace a jejich odborné zástupce za účelem dosažení co nejlepších výsledků v celém kontinuu péče o klienta. V návaznosti dalšího ošetření se za nejučinnější jeví, pokud je veškerá péče poskytována bezplatně a na jednom místě, tj. od testování, léčbu až po následnou péči. Pro injekční uživatele drog se taková léčba stává atraktivní a na integrovaných pracovištích bylo zaznamenáno nejvíce úspěchu (Brummer-Korvenkontio a kol., 2019).

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR uvádí přehled počtu pacientů za období 2012-2020. Z posledních dostupných údajů v roce 2020 byla zahájena léčba VHC celkem u 656 osob, z nich injekční uživatelé drog tvořili necelou polovinu. Více prezentuje graf 2. Počet mužů v léčbě VHC se ročně pohyboval mezi 54 % až 62 % z celkového počtu léčených pacientů.

Graf 2: Absolutní počty pacientů se zahájenou léčbou VHC protivirovými preparáty celkem a u injekčních uživatelů drog v daném roce



Zdroj: ÚZIS ČR, 2020

Výsledky dotazníkového šetření z roku 2020 zaměřené na klienty nízkoprahových kontaktních center v Praze zaznamenaly návaznost další péče (vyšetření lékařem) v 88 %

případech. Zahájení léčby proběhlo u 65 % osob, kterým byla terapie nabídnuta. Trvalé virologické odpovědi bylo dosaženo u 78 % léčených pacientů. Při interpretaci výsledků je nutné brát v potaz velikost výzkumného souboru, který tvořilo 60 respondentů (Havlíková, 2020).

2.3 Eliminace VHC mezi uživateli drog

Světová zdravotnická organizace (WHO) po 75. světovém zdravotnickém shromáždění vydala konečný návrh globální strategie zdravotnického sektoru týkající se HIV, virové hepatitidy a sexuálně přenosných infekcí na období 2022-2030, členské státy vzaly na vědomí nové strategie dokumentu, které poskytují doporučená opatření pro jednotlivé země se zaměřením na konkrétní onemocnění. Ve srovnání s poslední globální strategií roku 2015 se 10krát zvýšil počet osob s chronickou VHC, kteří vstupovali do léčby, tím se podařilo snížit úmrtnost. Stále však zůstává 80 % nediodagnostikovaných lidí s virovou hepatitidou B a C a způsobují tak ročně 1,1 milionu úmrtí, tento podíl osob tvoří hlavní překážku v eliminaci viru hepatitidy C. WHO strategicky směřuje členské státy k definování rizikové populace a k učinění konkrétních kroků, které budou reagovat na místní epidemiologickou a zdravotní situaci. Globální cíle WHO k eliminaci virové hepatitidy C do roku 2030 představuje tabulka 3.

Tabulka 3: Cíle globální zdravotnické strategie k eliminaci virové hepatitidy C do roku 2030

Cíle WHO	do roku 2020	do roku 2030
Počet nově nakažených	Snížit o 30 %	Snížit o 90 %
Počet zemřelých	Snížit o 10 %	Snížit o 65 %
Počet diagnostikovaných	Zvýšit na 30 %	Zvýšit na 90 %
Léčba chronicky nemocných	Zvýšit na 3 miliony	Zvýšit na 80 %

Zdroj: WHO, 2022

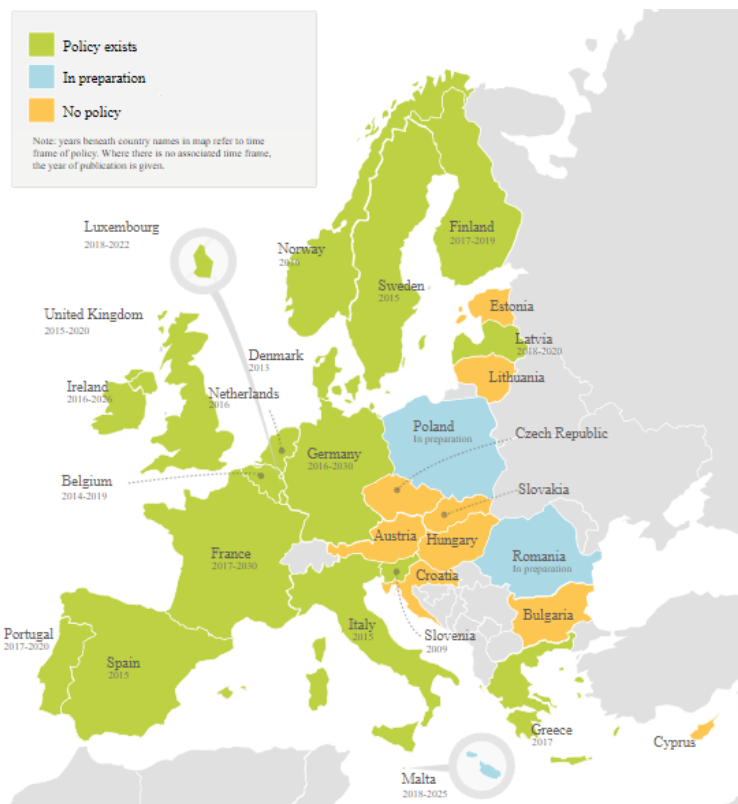
K dosažení cílů eliminace chronické virové hepatitidy bylo definováno 5 klíčových směrů:

1. Zajistit vysokou kvalitu poskytovaných služeb, zaměřit se na důkazy a lidi – každá země definuje intervence napříč kontinuem služeb, které přizpůsobí potřebám populace a zdravotnického zařízení. Odstraní vertikální přenos. Zvýší povědomí o potřebě testování a rozšíří jeho přístup. Poskytne léčbu všem osobám, které na ni mají nárok. Zaměření se na péči o osoby s chronickou hepatitidou a jejich kvalitu života. Také se zaměří na péči u dětí a dospívajících, zabrání u nich novým případům onemocnění. Posílí integrovaný přístup mezi prevencí, nákazou chronické hepatitidy a rakoviny jater.

2. Optimalizovat systémy, sektory a partnerství – poskytovat diferencovanou péči, která bude odpovídat lidem s různou úrovní potřeb a využívat zjednodušený přístup ke zdravotní službě vč. poskytování úkonů testování a ošetření ve službách s nižší úrovní, vykonávanou nelékařským odborníkem. Zvýšit financování pro oblast virových hepatitid. Zaměřit se na dostupnost a zajištění spravedlivého a spolehlivého přístupu k diagnostice a léčbě. Zdravotnické pracovníky vést ke zvýšení kompetencí a znalostí v oblasti VHC.
3. Zaznamenávat a používat data, která povedou k rozhodnutím v praxi – rozšířit zaměřené sledování na služby poskytující péči o osoby s hepatitidou. Investovat do informačních systémů a jejich přístup rozšířit mezi poskytovatele zdravotnických služeb.
4. Vyzvat komunity, organizace, právní zástupce a poskytované služby, aby se podílely na zlepšení služeb a řešení bariér-zapojení osob s nákazou virem hepatitidy za účelem dosažení eliminace, připojení odborníků podpoří informovanost o problematice a odstraní stigmatizující a diskriminující bariéry.
5. Podpořit inovace pro dopad – zlepšovat testovací a diagnostické metody, které povedou ke včasné a přesné diagnostice onemocnění. Potenciál mají jednoduché a cenově dostupné technologie. Podporovat výzkum zabývající se optimální dávkou, který může vést k dosažení lepších výsledků v léčbě. Spolupracovat s účastníky, kteří se podílejí na vytvoření nových vakcín (WHO, 2022).

Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA) analyzuje různé oblasti v tematice drogové závislosti, mimo jiné také spravedlivý přístup k léčbě hepatitidy u drogově závislých osob. Eliminace nebo alespoň snižování rizika hepatitidy C v souvislosti se spravedlivým přístupem k léčbě je důležitým ukazatelem pokroku v demokratické společnosti. K roku 2018 zveřejnilo EMCDDA přehled, jak se evropské země ve svých programech a strategiích soustředí na tuto problematiku. Z mapy vyplývá, že většina států měla v té době buď fungující nastavené programy (například Španělsko, Itálie nebo Dánsko), a to státy označené zelenou barvou. Modrou barvou byly označeny státy Polsko, Rumunsko a Malta, které aktuálně související programy připravovaly. Oranžovou barvou pak byly označeny státy, kterým řešení této problematiky chybělo, mezi nimi Bulharsko, Německo nebo právě Česká republika. V porovnání s jinými evropskými státy nejsou nízkoprahové programy zaměřené na snižování hepatitidy C v České republice méně efektivní (EMCDDA, 2018).

Obrázek 1: Programy pro eliminaci hepatitidy C u drogově závislých osob v EU



Zdroj: EMCDDA, 2018

2.3.1 Akční plán na období 2019-2021 s prodlouženou platností na období 2022-2024

Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti vydalo metodiku, ve které se věnuje přímo eliminaci virové hepatitidy C mezi uživateli drog. Dokument je platný do roku 2024. Dokument virovou hepatitidu C označuje za celosvětový problém, a přímo uvádí, že z evropského pohledu je rozšíření opatření harm reduction (tedy výměnné programy stříkaček, jehel i substituční léčba) mezi českými injekčními uživateli drog na nízké úrovni. Přestože dokument uvádí, že opatření vedoucí k eliminaci hepatitidy C mezi injekčně drogově závislými by mělo být jednou z hlavních priorit zdravotnictví, dosud není tato problematika dostatečně řešena (NMS, 2022).

2.3.2 Hlavní cíle akčního plánu

1. Screening – cílem je zvýšit míru protestovanosti a odstranit bariéry v testování, aby u každého uživatele drog mohlo docházet po 6měsíčním období k opakovanému testování.

2. Vstup do léčby, diagnostika a zahájení léčby – cílem je zajistit anti-HCV pozitivním osobám vyšetření PCR (HCV RNA) testem a v případě odhalení nákazy neprodleně do jednoho měsíce zahájit léčbu přímo působící antivirotiky.
3. Udržení uživatelů drog v léčbě – cílem je u pacientů se zahájenou léčbou jejich udržení v léčbě. S pomocí opatření, která poskytnou odborné adiktologické poradenství a psychosociální podporu pacientům v léčbě a při pravidelném užívání léků. Pro uživatele opioidů poskytnutí finančně dostupné substituční léčby. Vypracováním postupů, které zvýší adhezenci k léčbě u aktivních uživatelů drog.
4. Následná péče a prevence reinfekce – cílem je u pacientů s úspěšně ukončenou léčbou poskytnutí následné péče ve spolupráci mezi adiktologickými programy a specializovanými centry pro léčbu VHC.
5. Monitoring a vyhodnocení, edukace – cílem je monitorovat uskutečnění eliminačního plánu a zavést systém pro sledování v rámci kontinua péče VHC u uživatelů drog, posléze vyhodnotit naplnění akčního plánu (NMS, 2022).

2.3.3 Bariéry diagnostiky a léčby VHC u uživatelů drog

Překážek na cestě k diagnostice a léčbě VHC stojí celá řada a bývají přisuzovány všem zúčastněným stranám – poskytovatelům péče, systému a uživatelům drog. Nejedná se tak pouze o nezáměr uživatelů drog učinit změnu, ale také nečinnost zdravotnických zařízení reagovat na potřeby specifické skupiny pacientů (Krekulová a Honzák, 2020). Významnou překážkou mezi uživateli drog a poskytovateli zdravotnické péče představuje vystupování personálu, které provází stigmatizace a negativní, necitlivé jednání. Pro navázání léčebného kontinua je u uživatelů drog zásadní získat důvěru ve zdravotní systém. Účinným způsobem ke zvládnutí bariér při vstupu do léčby a jejím průběhu se ukázal multidisciplinární přístup (NMS, 2022).

Na konci roku 2013 byla provedena dotazníková studie na souboru 240 problémových uživatelů drog, využívající nízkoprahové programy v Praze. Výsledky identifikovali 5 faktorů, které představovali bariéry při vstupu do léčby:

1. potíže s nástupem do léčby kvůli dalším povinnostem – uváděným důvodem byly zejména děti, rodina, práce a další
2. předchozí špatné zkušenosti s léčbou a přístupem zdravotnického personálu, strach a obava z léčby
3. nedostatek financí a formální bariéry – dluh na zdravotním pojištění, problémy se zákonem
4. zkreslená představa o vstupu do léčby – obava, že to bude příliš složité a obtížné
5. nedůvěra v léčebný proces, který by měl zlepšit život klienta (Mravčík a kol., 2020).

Česká republika je velmi dobře teoreticky připravena plnit požadavky globálního plánu eliminace HCV. Moderní diagnostika, neinvazivní vyšetřovací techniky a dostupnost

léčby HCV přímo působícími antiviroty dělájí léčbu účinnou a pohodlnou. Nicméně překážkou zůstává dostupnost a efektivní péče pro problémové pacienty. Přetrvávající postoj pracovníků ve zdravotnictví a neschopnost systému zdravotní péče reagovat na potřeby této specifické skupiny pacientů vytváří nevyhovující kontinuitu péče. Dostupnost péče a počty léčených injekčních uživatelů drog jsou velmi nízké. Zlepšení situace si žádá změnu přístupu zdravotnických pracovníků i injekčních uživatelů drog. Prostřednictvím zvládnuté komunikace a motivace k léčbě by mohlo docházet k úspěšné léčebné intervenci a celkové eliminaci infekce HCV (Krekulová a Honzák, 2020).

3 PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 Cíle výzkumu

Výzkumná práce si klade za cíl popsat kontinuum péče v oblasti virové hepatitidy typu C (VHC) u klientů ambulantního a terénního nízkoprahového programu, jehož cílovou skupinou jsou lidé užívající drogy zejména rizikově, respektive injekčně. Kontinuem péče je myšlena návaznost jednotlivých stupňů kaskády od screeningového vyšetření anti-HCV protilátek, přes následnou klinickou a laboratorní diagnostiku, zahájené léčby na specializovaných pracovištích pro léčbu virové hepatitidy C, až po samotné dokončení léčby. Dále se práce zaměřuje na faktory na straně klientů, které kontinuitu péče ovlivňují.

3.1.1 Výzkumné otázky

1. Jaká je protestovanost, respektive jaký podíl klientů ví o své nákaze VHC?
2. Jaká je míra vstupu do další péče, do léčby a míra dokončení léčby?
3. Jaké jsou faktory, které ovlivňují kontinuitu péče na straně klientů?

3.2 Etické aspekty výzkumu

Do výzkumu byly zařazeny osoby, které uzavřely ústní smlouvu o poskytování sociálních služeb v Centru U Větrníku. Součástí procesu je individuální plánování, při kterém zaměstnanec informuje klienta o způsobu vedení dokumentace a shromažďování konkrétních osobních údajů. Následně požádá klienta o vyslovení souhlasu či nesouhlasu se zpracováním těchto údajů pro statistické a výzkumné účely za předpokladu dodržení zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů a zákona č. 110/2019 Sb. o zpracování osobních údajů. Zaměstnanec rozhovorem zjišťuje porozumění předaných informací a posléze vytvoří v elektronické dokumentaci záznam o vyjádření klienta. Pokud klient vzhledem ke svému zdravotnímu stavu není schopen pochopit předávané sdělení zaměstnance, k situaci se přihlíží jako k neudělenému souhlasu. Klient je seznámen s tím, že neudělený souhlas se zpracováním osobních údajů nemá vliv na poskytování sociálních služeb. V opačném případě, kdy klient vyjádří svůj souhlas, nevzniká nárok na jakoukoliv odměnu nebo náhradu. Klient byl o použití osobních údajů do výzkumné části bakalářské práce informován písemným sdělením umístěným na nástěnce v budově Centra U Větrníku a pro terénní program v pracovním voze. Zaměstnanci při výkonu služby klienty na písemné sdělení odkazovali a vytvářeli prostor pro vyžití práva klienta odvolat svůj dříve udělený souhlas a nebýt tak zapojen do výzkumu. Obsah písemného sdělení je součástí příloh bakalářské práce a předává informace o:

- způsobu zpracování osobních údajů
- zpracovateli, osobě, která bude s osobními údaji nakládat
- účelu zpracování pro bakalářskou práci
- rozsahu použitých údajů
- právu klienta odvolat svůj dříve udělený souhlas a jeho postupu
- nenárokování odměny za účast ve výzkumu
- příjemci výzkumné práce
- zpřístupnění obsahu výzkumu jejich účastníkům

Data jsou ve výzkumu prezentována tak, aby nedošlo k odhalení identity zkoumaného souboru a předcházelo se tím možnému riziku poškození klienta. Odhalení identity zařízení v bakalářské práci a souhlas s uskutečněním výzkumu byl po předchozím rozhovoru schválen ředitelkou Oblastní charity Jihlava. Před zahájením výzkumu byla informována vedoucí služby a zaměstnanci zařízení, všichni souhlasili s použitím dat pro účely tohoto výzkumu.

3.3 Výzkumný soubor

Základní soubor tvoří klienti nízkoprahových programů pro uživatele drog v Jihlavě, rozdělených do dvou skupin dle poskytovaných služeb na ambulantní a terénní program. Klienti obou zmíněných programů jsou muži a ženy užívající návykové látky starší 15 let. Nízkoprahové zařízení poskytuje ambulantní program v Jihlavě a terénní program na Jihlavsku a Pelhřimovsku. Terénní program probíhá 4 dny v týdnu, každý den v jiné lokalitě. Dostupnost služby zajišťují vždy 2 pracovníci v ambulantním i terénním programu. Vyšetření na virovou hepatitidu C je poskytována bez předchozí domluvy v provozní době. Podle finanční situace zařízení a výsledku protestovanosti dochází v průběhu roku k drobnému odměňování klientů, kteří podstoupí screeningové testy na VHC. K vyšetření jsou používány screeningové testy anti-HCV z kapilární krve, samotnému testování předchází předtestové a potestové poradenství od proškoleného pracovníka. Zařízení je zapojeno do programu Evropského týdne testování a nabízí testy i veřejnosti. Každoročně probíhá dotazníkové šetření, které mapuje znalosti klientů o problematice VHC. Prostředí ambulantního programu tvoří tematické nástěnky, propagační materiál je určený i pro distribuci v terénním programu. Pracovníci zařízení jsou vzděláni v motivačních rozhovorech a zapojeni do obou nízkoprahových programů, Ovšem s rozdílem, že klienti ambulantní formy přijdou do kontaktu s celým týmem, oproti klientům v terénních lokalitách, kde je služba poskytována vždy dlouhodobě stejnou dvojicí. Maximální kapacita ambulantního programu v jeden okamžik je 8 klientů, v terénním programu 1 klient. Klientům je nabídnuto doprovázení ke spolupracujícímu lékaři pro léčbu VHC na infekční oddělení nemocnice Jihlava. K posílení bezpečnějšího užívání drog dochází k distribuci balíčků s harm reduction materiálem do vybraných

lékáren, kam se mohou uživatelé drog obrátit, zejména v době, kdy nejsou nízkoprahové programy dostupné.

Kritéria pro zařazení do výzkumu:

1. přímé využití služeb v ambulantním nebo terénním programu – osobní kontakt byl podstatnou podmínkou pro možné testování na infekční nemoci a získání informací, včetně souhlasu se zpracováním sdělovaných údajů
2. alespoň jeden kontakt za období od 02.01.2017 do 31.12.2021 – pro získání rozsáhlého výzkumného souboru bylo zvoleno pětileté období, které současně umožnilo statistické srovnání v jednotlivých letech
3. vyplněný záznam o klientovi v interním systému – existence elektronické dokumentace
4. vyjádřený souhlas se zpracováním sdělovaných údajů v elektronické dokumentaci klienta.

Základní soubor tvořilo 591 osob. Po vyloučení osob, které nesplňovaly požadavky pro zařazení do výzkumu, tvoří výzkumný soubor celkem 414 osob. Celková účast ve výzkumu byla 70%.

Klienti byli dále rozděleni do dvou skupin, na klienty ambulantního programu a terénního programu. Klienti, kteří v daném období využívali oba programy, byli zařazeni do jedné z obou uvedených skupin podle toho, ve kterém programu čerpali vyšší počet výkonů. Výběrový soubor tak tvoří 243 osob v ambulantním programu a 171 osob v terénním programu.

3.4 Metody tvorby a analýzy dat

Byla provedena kvantitativní analýza existujících dat o klientech a jim poskytnutých službách evidovaných prostřednictvím elektronického informačního systému pro sociální služby, který zařízení používá. Ze systému byly extrahovány následující údaje:

- využívaný program – ambulantní, terénní
- rok využití služeb – 2017-2021
- sociodemografické údaje – pohlaví, věk, rodinný stav, bydlení, vzdělání, zaměstnání
- uživatelské charakteristiky – primární droga, způsob aplikace, četnost užívání, délka injekční aplikace
- rizikové chování – injekční aplikace drog, sdílení jehel nebo náčiní k přípravě drog, nechráněný pohlavní styk, výkon trestu odnětí svobody v minulosti
- testování a výsledky anti-HCV protilátek

- prodělaná virová hepatitida C v minulosti
- podstoupená vyšetření u lékaře, zahájené a dokončené léčby
- příčiny odmítnutí vyšetření na VHC lékařem

Sběr dat probíhal v červnu a červenci 2022. Extrahovaná data vypovídají o situaci klienta za posledních 12 měsíců od vytvoření individuálního plánu. U klientů, kteří nebyli v kontaktu, byly použity poslední dostupné informace. Informace o prodělání VHC a výkonu trestu odnětí svobody v minulosti bylo zapotřebí extrahovat ze starších záznamů. Analýza byla provedena v programu Microsoft Excel za použití metod deskriptivní statistiky.

4 VÝSLEDKY

4.1 Sociodemografické údaje

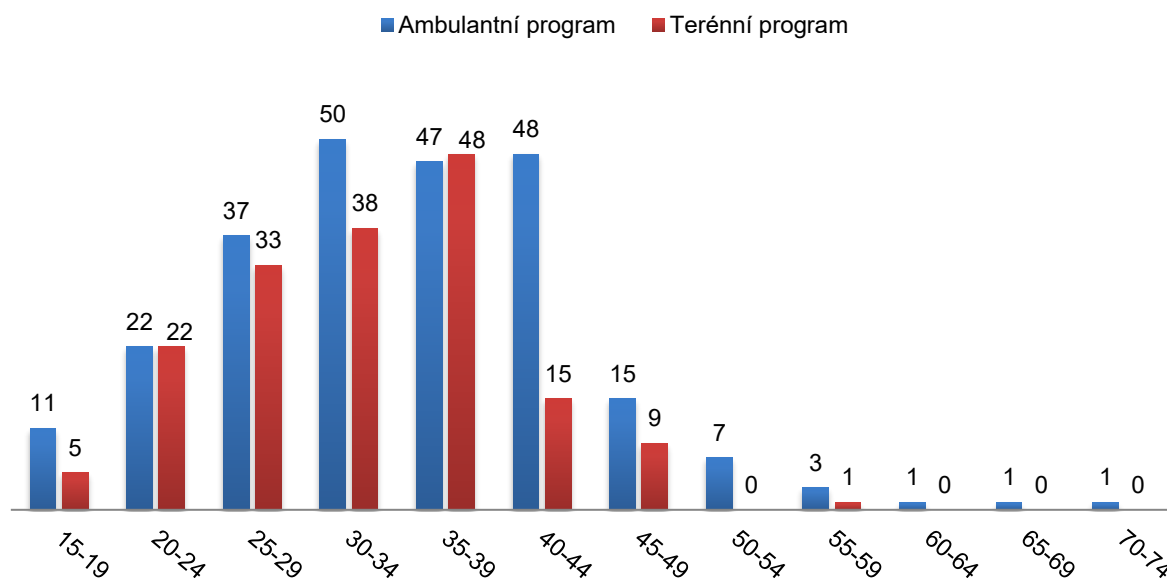
4.1.1 Pohlaví a věk

Ambulantní program tvořilo 243 osob, který byl složený ze 174 (72 %) mužů a 69 (28 %) žen. Věk nejmladšího muže a ženy byl identický, 16let. Nejstarší muž dosáhl věku 72 let a žena 68 let. Průměrný věk v ambulantním programu byl 35 let, přičemž muži byli v průměru o 5 % starší než ženy.

Terénní program reprezentovalo 171 osob, z nichž 99 (58 %) bylo mužů a 72 (42 %) žen. Nejmladší muž byl ve věku 20 let, nejmladší ženou, byla 16letá dívka. Nejstarším se stal muž ve věku 57 let a žena 47 let. Průměrný věk v terénním programu byl 33 let, muži byli v průměru o 1 % starší než ženy.

Věkové kategorie v nízkoprahových programech porovnává graf 3. V ambulantním programu bylo zastoupeno široké věkové rozpětí (15-72 let). S výjimkou 57letého muže tvořili věkové zastoupení terénního programu klienti od 15 do 49 let. V rámci věkových skupin zůstává nejpočetnější kategorie 35-39let, která tvořila 23 % výzkumného souboru.

Graf 3: Zastoupení výzkumného souboru podle věkové kategorie

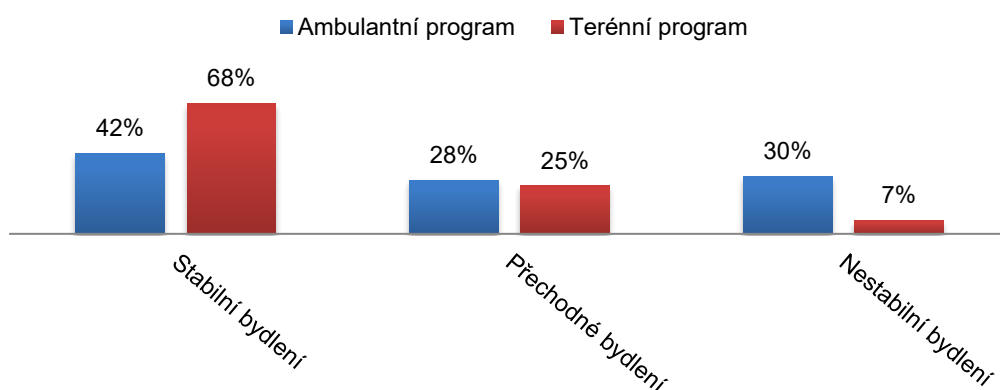


4.1.2 Bydlení

Stabilním bydlením je ve výzkumu míněno vlastní nebo pronajaté bydlení, či bydlení u rodiny. Za přechodné bydlení se považují ubytovny, azylové domy a zařízení, která poskytují zázemí pouze na dobu určitou. Nestabilní bydlení představuje život na ulici, usazení v neobydlených prostorech nebo náhodné přespávání u známých.

Zhruba třetinu osob v ambulantním programu tvoří osoby s nestabilním bydlením. Z grafu 4 je patrný nejvyšší podíl zastoupených osob se stabilním bydlením. Jen nepatrný rozdíl 2 % tvoří zastoupené osoby s přechodným a nestabilním bydlením v ambulantním programu.

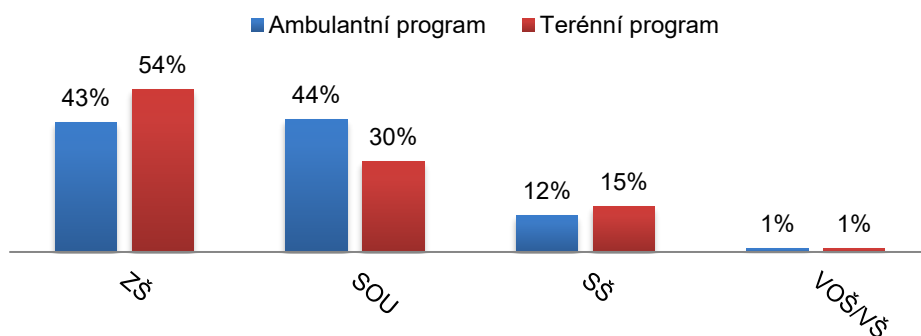
Graf 4: Zastoupení výzkumného souboru podle úrovně bydlení



4.1.3 Vzdělání

Kategorie dosaženého vzdělání tvořila v ambulantním programu nejvíce klientů 107 (44 %) se středním odborným učilištěm. V terénním programu byla nejpočetnější skupina se základním vzděláním, 92 (54 %). Jak je patrné z grafu číslo 5, výzkumný soubor byl zastoupen všemi úrovněmi vzdělávacího procesu.

Graf 5: Zastoupení výzkumného souboru podle dokončeného vzdělání

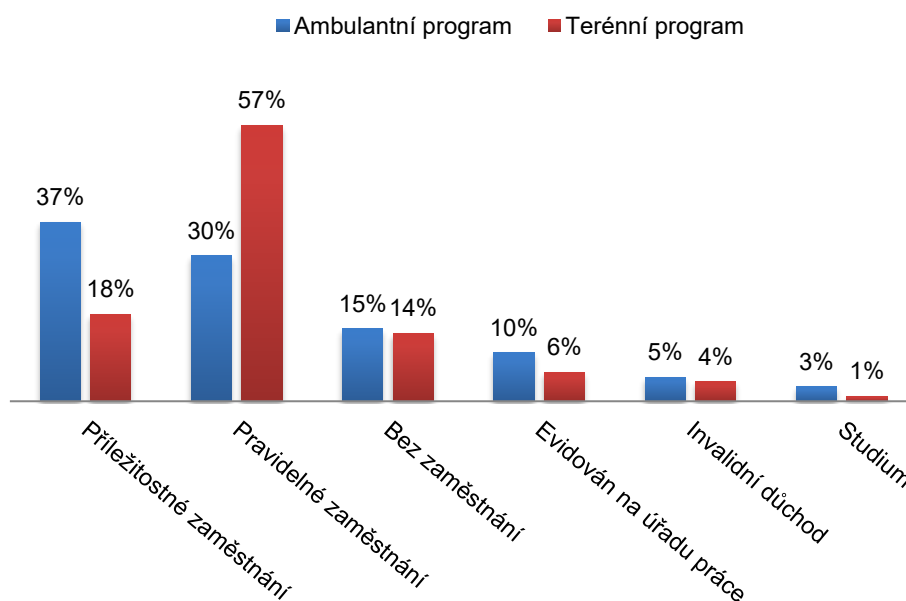


4.1.4 Zaměstnání

Vykonávaná práce klienty nízkoprahových programů byla rozdělena do šesti kategorií. Příležitostné zaměstnání bylo definováno jako jednorázová nebo nepravidelná pracovní činnost. Do pravidelného zaměstnání byl zařazen pracovní poměr, který vznikl uzavřením pracovní smlouvy nebo pravidelná práce na černo. Kategorie bez zaměstnání tvořila klienty, kteří nejsou pracovně aktivní. U klientů v evidenci úřadu práce současně docházelo k čerpání příspěvků na živobytí. Kategorii invalidní důchod tvořili klienti, kteří pobírají dávky, pokud invalidní důchodce neměl na dávku nárok, byl zařazen do jiné kategorie. Za studenty (studium) byli označeni klienti docházející do školy.

Podle grafu 6 byl mezi nízkoprahovými programy zaznamenán rozdíl v typu pracovní činnosti. Zatímco v terénním programu byl největší podíl klientů s pravidelným zaměstnáním (57 %), u ambulantního programu to byla kategorie příležitostného zaměstnání (37 %).

Graf 6: Zastoupení výzkumného souboru podle zaměstnanosti



4.2 Uživatelské charakteristiky

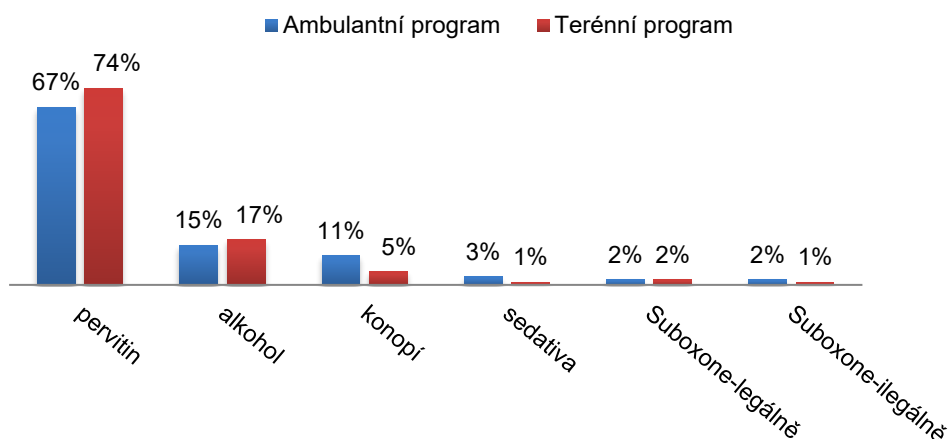
4.2.1 Primární droga

Za legální Suboxone je považováno získání na lékařský předpis, tedy zařazení klienta do substituční léčby. Klienti, kteří si opatřili přípravek na černém trhu, jsou

v kategorii Suboxone-ilegálně. Kategorie s označením sedativa zahrnovala klienty s primární drogou kodein, heroin, Tramadol a Lexaurin.

Jednoznačnou primární drogou, tedy hlavní návykovou látkou, kterou klient upřednostňuje, byl v nízkoprahových programech pervitin. Podle grafu 7 je situace s užíváním primární drogy v nízkoprahových programech přibližně stejná, až na konopné drogy, které tvoří vyšší podíl klientů ambulantního programu.

Graf 7: Primární droga užívaná výzkumným souborem



4.2.2 Způsob aplikace a četnost užívání

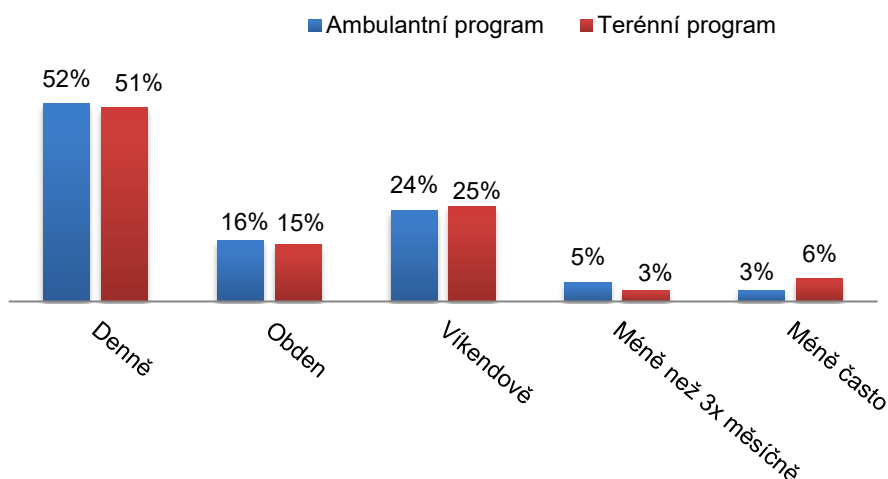
V ambulantním programu aplikuje primární drogu injekčně 144 (59 %) klientů, perorálně 46 (19 %), kouřením 30 (12 %) a šňupáním 23 (10 %) klientů.

Injekční aplikace je nejrozšířenějším způsobem užívání drog i v terénním programu, u 120 (70 %) klientů, kouřením užívá 29 (17 %), perorálně 12 (7 %) a šňupáním 10 (6 %).

U všech uživatelů Suboxonu v nízkoprahových programech bylo zaznamenáno nesprávné používání přípravku – injekčním vpravením látky do těla.

Četnost užívání primární drogy porovnává graf 8. V nízkoprahových programech převládá denní užívání primární drogy. Výsledky nepoukazují na významné rozdíly v jednotlivých programech.

Graf 8: Četnost užívání primární drogy ve výzkumném souboru

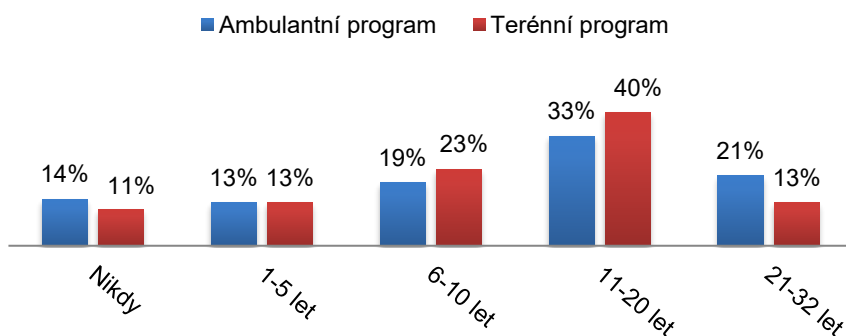


4.2.3 Délka injekční aplikace

V nízkoprahových programech bylo nejvíce klientů s délkou injekční aplikace 11 až 20 let. Nejdelší doba od první injekční aplikace byla zaznamenána u klienta ambulantního programu, činila 32 let. V terénním programu byla délka injekční aplikace 28 let.

Podle grafu 9 dochází k největšímu rozdílu mezi nízkoprahovými programy v kategorii 21-32 let. Graf 8 vykazuje totožný podíl klientů s délkou injekční aplikace 1-5 let u obou programů.

Graf 9: Délka injekční aplikace ve výzkumném souboru



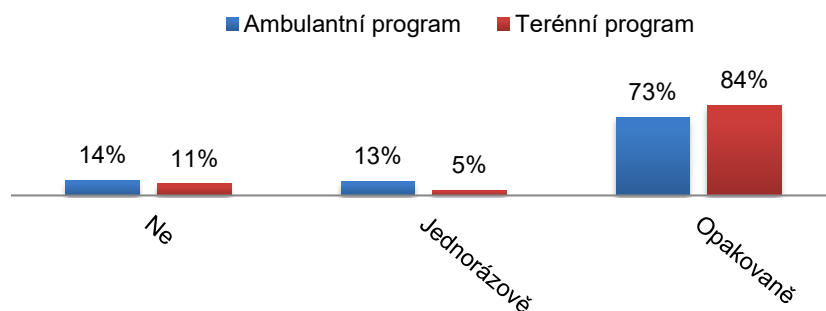
4.3 Rizikové chování

4.3.1 Injekční aplikace drog

V ambulantním programu injekčně aplikuje drogu celkem 177 (73 %) klientů, z nich u 144 se jedná o aplikaci primární drogy. Za posledních 12 měsíců uvedlo ojedinělou zkušenost s injekční aplikací 31 (13 %) klientů.

V terénním programu uvedlo injekční způsob aplikace drog 144 (84 %) klientů, z nich 120 má spojenou injekční aplikaci s primární drogou. Ojedinělou zkušenost s injekční aplikací za posledních 12 měsíců má 9 osob (5 %). Graf 10 porovnává injekční aplikaci drog v nízkoprahových programech.

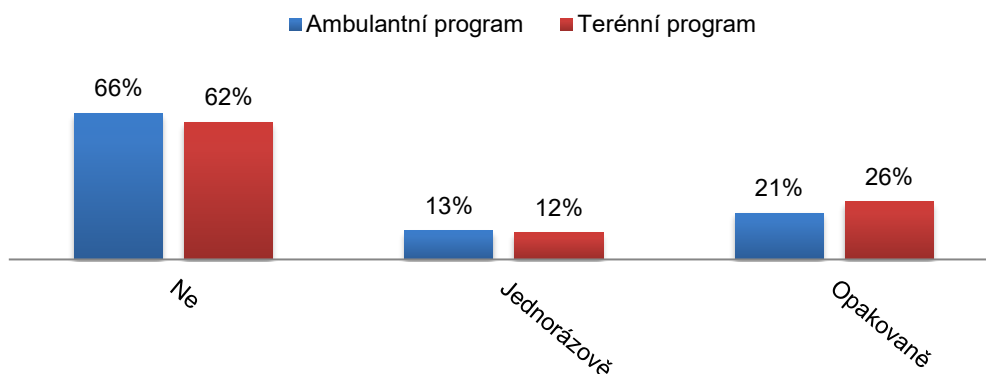
Graf 10: Injekční aplikace drog u výzkumného souboru za posledních 12 měsíců



4.3.2 Sdílení jehel nebo náčiní k přípravě drog

Nad dvacet procent klientů v nízkoprahových programech uvedlo opakované sdílení jehel nebo náčiní k přípravě drog. Přibližně u deseti procent bylo zaznamenáno jednorázové sdílení v posledních 12 měsících. Podrobněji popisuje graf 11.

Graf 11: Sdílení jehel nebo náčiní k přípravě drog u výzkumného souboru v posledních 12 měsících



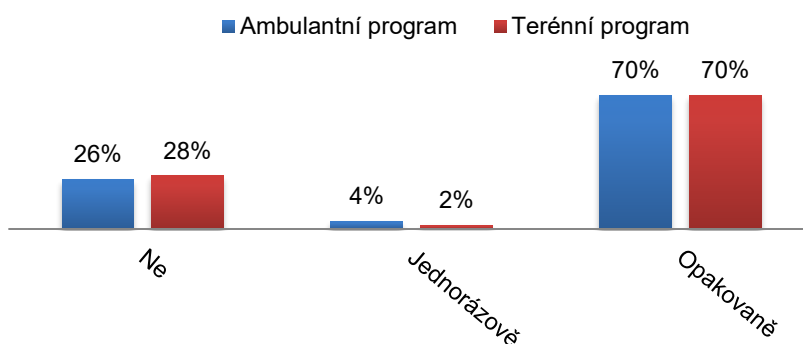
4.3.3 Nechráněný pohlavní styk

Nechráněný pohlavní styk mělo opakovaně 170 (70 %) osob ambulantního programu, 10 (4 %) osob uvádí jednorázovou situaci, kdy nedošlo k použití prezervativu.

V terénním programu má opakovanou zkušenost s nechráněným sexem 120 (70 %) osob, jednorázovou situaci uvedly 4 (2 %) osoby.

Podle grafu 12 je v obou programech výskyt nechráněného pohlavního styku mezi klienty obdobný.

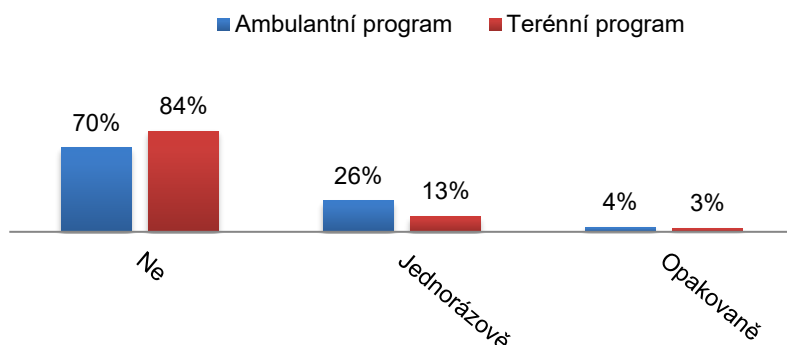
Graf 12: Nechráněný pohlavní styk



4.3.4 Výkon trestu odnětí svobody v minulosti

Zkušenost s pobytem ve vězení měli s větší měrou klienti ambulantního programu (30 %). Mezi nízkoprahovými programy byl podstatný rozdíl u klientů s jedním pobytem ve vězení (jednorázově). Podrobněji graf 13.

Graf 13: Výkon trestu odnětí svobody v minulosti u výzkumného souboru



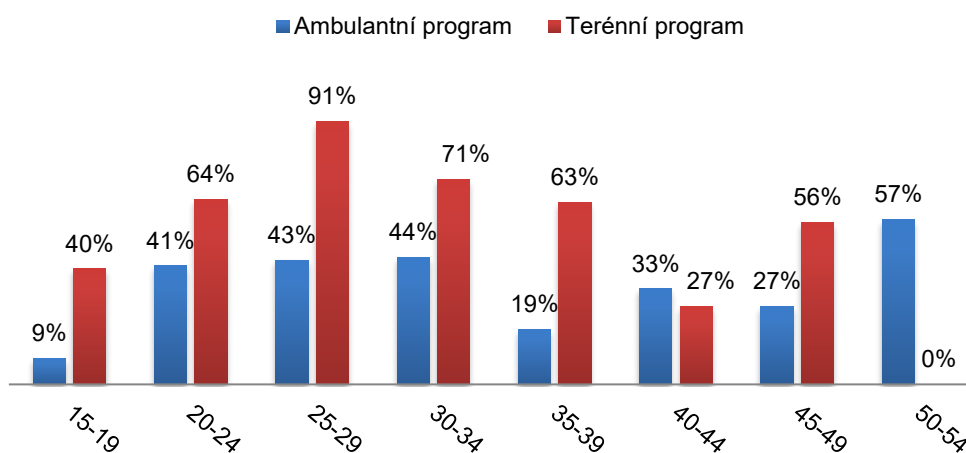
4.4 Protestovanost na VHC

Ve sledovaném období bylo v ambulantním programu provedeno 187 testů, celkem u 121 osob, z nich 40 bylo testováno opakovaně. Testování podstoupilo 30 % mužů a 42 % žen. Protestovanost ambulantního programu byla 33 %.

V terénním programu bylo ve sledovaném období provedeno 265 testů. Samotné testování podstoupilo 179 osob, z nich v 67 případech se jednalo o testování téže osoby. Screeningovému testování se podrobilo 66 % mužů a 65 % žen. Protestovanost terénního programu byla 65 %.

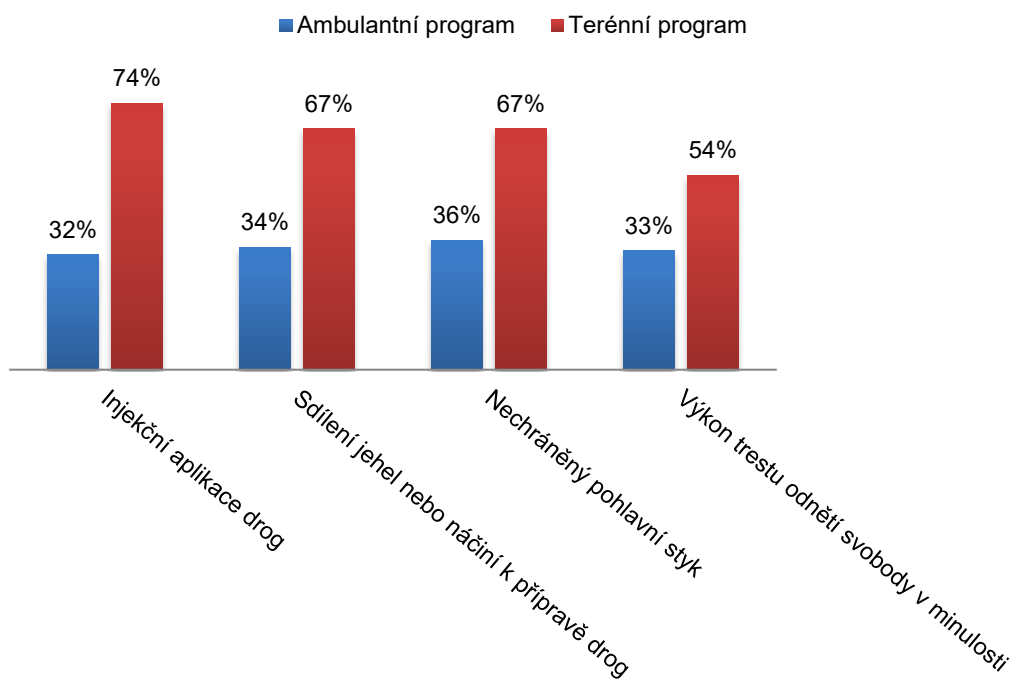
Podle grafu 13 byla protestovanost v jednotlivých věkových kategoriích vyšší u terénního programu, kromě kategorie 40-44 let. V kategorii 50-54 let, nebyli klienti ambulantního programu zastoupeni (graf 1). V ambulantním programu byla nejvyšší protestovanost v kategorii 50-54 let, v terénním pak v kategorii 25-29 let. Věková kategorie 20-24 let byla zastoupena shodně počtem 22 klientů, z grafu 13 je u této věkové kategorie patrný rozdíl v protestovanosti. Podrobněji graf 14.

Graf 14: Protestovanost podle věkových kategorií



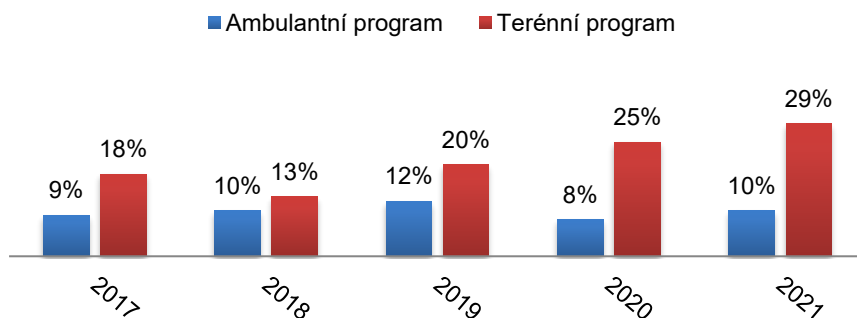
Podle grafu 14 byla v terénním programu nejvyšší protestovanost klientů s injekční aplikací drogy (74 %), nejméně u osob se zkušeností s vězením (54 %). V ambulantním programu byla protestovanost injekčních uživatelů nejnižší (32 %) ze všech rizikových faktorů, největší protestovanosti bylo dosaženo u osob s nechráněným pohlavním stykem (36 %). Podrobněji graf 15.

Graf 15: Protestovanost podle rizikového chování



Podle grafu 16 docházelo v terénním programu v letech 2019-2021 k růstu protestovanosti, vrcholu dosáhl rok 2021. V ambulantním programu naopak přibývala protestovanost do roku 2019, ve kterém zároveň dosáhla nejvyšší protestovanosti.

Graf 16: Protestovanost v jednotlivých letech



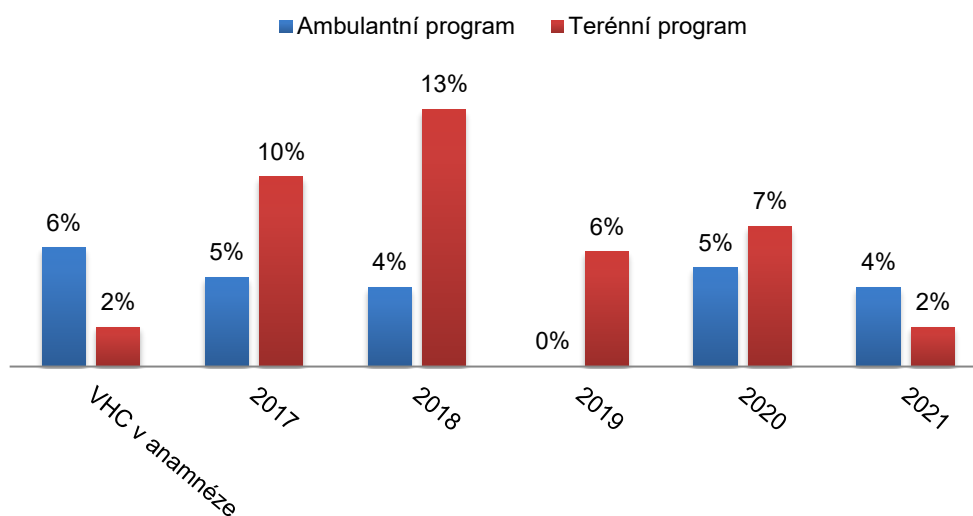
4.5 Promořenost a séroprevalence VHC

Ve výzkumném souboru byl v ambulantním programu zaznamenán reaktivní výsledek testu VHC celkem u 19 klientů (svůj serostatus znalo 40 %), z nich 15 osob mělo pozitivní protilátky anti-HCV uvedeno v anamnéze. Zastoupené pohlaví bylo v poměru 3 (16 %) ženy a 16 (84 %) mužů. Průměrný věk klientů byl 40 let. Skupinu 17 (89 %) klientů tvořili uživatelé s primární drogou pervitin, každodenní užívání bylo rozpoznáno v 79 %. Do vězení se minimálně jednou dostalo 13 (68 %) klientů. Opakované sdílení injekčních setů nebo materiálu k přípravě drog bylo zjištěno u 12 (63 %) klientů. Průměrná doba od první injekční aplikace byla 20 let.

V terénním programu svůj serostatus znalo 65 %, celkem 15 klientů se setkala s reaktivním výsledkem testu (11 % testovaných a 2 % s anamnézou VHC). Zastoupenost pohlaví byla přibližně stejná, 8 (53 %) žen a 7 (47 %) mužů, s průměrným věkem 33 let. Každodenní užívání návykových látek uvedlo 8 (53 %) klientů. S vězením mají zkušenost 4 (27 %) klienti. Injekční sety nebo materiál k přípravě drog opakovaně sdílelo 7 (47 %) klientů. V průměru před 12 lety klienti poprvé injekčně aplikovali drogu.

Graf 17 zaznamenává séroprevalenci VHC v anamnéze a ve sledovaném období. V ambulantním programu se pohybovala do 6 %, kromě roku 2019, kde z testovaných klientů nebyl žádný s reaktivním výsledkem na anti-HCV. Terénní program vykazoval v jednotlivých letech rozdílnou séroprevalenci, nejvyšší byla v roce 2018 (13 %). Ve sledovaném období byl rok 2021 jediný, kde došlo k vyššímu výskytu reaktivních výsledků v ambulantním programu, terénní program měl v tomto roce nejnižší séroprevalenci za celé sledované období (2 %). Podrobněji graf 15.

Graf 17: Séroprevalence VHC v anamnéze a ve sledovaném období



4.6 Vstup do další péče a proléčenost VHC

Z celkového počtu 19 reaktivních klientů (zjištěných testováním ve sledovaném období a anamnesticky) v ambulantním programu, jich 13 (68 %) podstoupilo vyšetření na specializovaném pracovišti. Systém zdravotní péče využili pouze muži. U 12 (63 %) klientů byla potvrzena chronická VHC a nabídnuta léčba, kterou zahájilo všech 12 indikovaných klientů. Trvalé virologické odpovědi dosáhlo 12 (100 %) klientů s diagnózou chronické hepatitidy C. U klientů se zahájenou léčbou bylo zjištěno, že v 5 (42 %) případech proběhla léčba současně při výkonu trestu odnětí svobody. Bližší informace o vstupu do další péče a proléčenosti se nepodařilo zjistit u 4 (21 %) reaktivních klientů. Zprostředkování zdravotní péče odmítli 2 (11 %) osoby s reaktivním výsledkem testu (žena a muž). Uváděným důvodem pro odmítnutí lékařského vyšetření byl návrat do vězení a neochota snížit denní dávky alkoholu, které klientovi znemožňovali dostavit se do zařízení pro léčbu VHC.

V terénním programu mělo zjištěno reaktivní výsledek VHC 15 klientů (12 klientů testováním a 3 klienti anamnesticky), z nich 5 (33 %) se dostavilo na vyšetření k lékaři. Potvrzení chronické hepatitidy C získali 4 (27 %) klienti, ve všech případech se jednalo o ženy. Zahájení léčby s následným vyléčením proběhlo u 1 (7 %) ženy s chronickou VHC při pobytu ve vězení. U zbývajících žen s diagnózou VHC k zahájení léčby nedošlo i přes doporučení lékaře.

Pro nepodstoupení léčby nebyl v dokumentaci klientek zaznamenán důvod, podle sdělených osobních údajů byly 2 ženy matkami. Argumenty klientů odmítající lékařské vyšetření byly rozmanité. Ve 30 % se jednalo o nedostatek motivace a plnění dalších

povinností (návštěva domácího prostředí orgánem sociálně-právní ochrany dětí, změna práce a bydlení, pracovní vytíženost). Nástup do vězení byl faktorem pro 20 % klientů a stejným procentem byla vyjádřena obava klientů ze stigmatizace (předešlé zkušenosti nepřijemného chování ze strany zdravotního personálu ovlivnili neochotu klientů nechat se vyšetřit).

4.7 Shrnutí kontinua péče

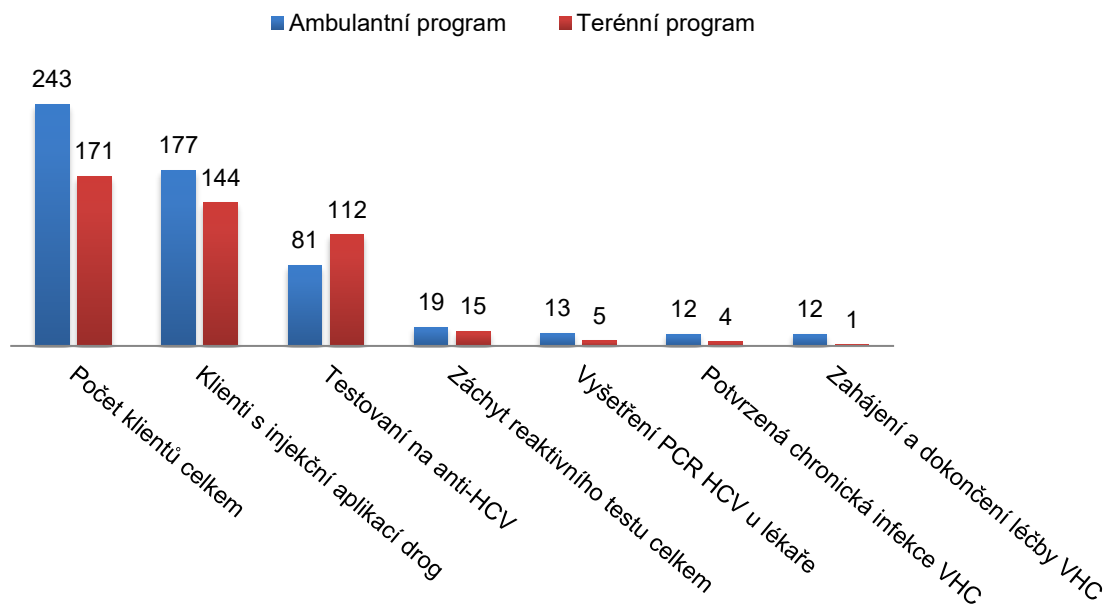
Z celkového počtu 414 osob bylo v nízkoprahových programech testováno na přítomnost protilátek anti-HCV 193 (47 %) klientů. Protestovanost lidí užívajících drogy injekčně byla 32 % v ambulantním a 74 % v terénním programu.

Ve sledovaném období byl reaktivní výsledek screeningového testu zaznamenán u 16 (8 %) testovaných (tři čtvrtiny tvořili klienti terénního programu). Svůj stav znalo dalších 18 (4 %) klientů výzkumného souboru, kteří měli pozitivní vyšetření anti-HCV protilátek v anamnéze. Celkem se tedy jednalo o 34 klientů s reaktivním výsledkem orientačního testu na VHC (12 % všech klientů nízkoprahových programů).

Následné vyšetření specialistou proběhlo v 18 (53 %) případech reaktivních osob. Přítomnost (aktivní) infekce virem hepatitidy C byla potvrzena u 16 klientů (47 % reaktivních). Z celkového výzkumného souboru proběhlo zahájení léčby u 13 klientů (81 % z těch, u kterých byla diagnostikována aktivní VHC) a ve 13 případech z nich (100 %) byla léčba dokončena. Z 34 klientů, u kterých byl prvotní výsledek testu reaktivní, byla léčba zahájena a dokončena u 13 (38 %) osob.

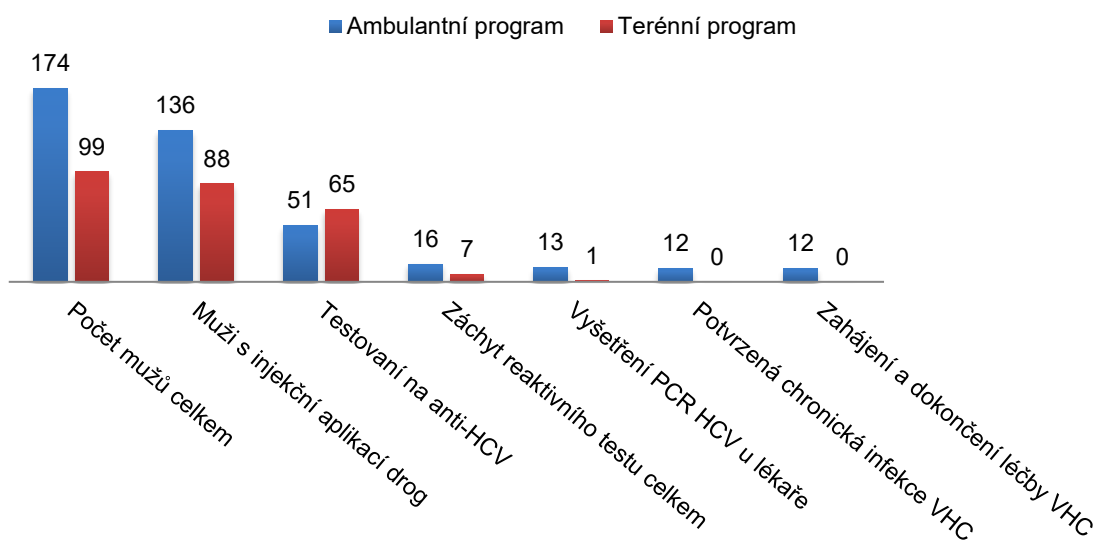
Léčba VHC proběhla současně při výkonu trestu odnětí svobody v 6 (38 %) případech diagnostikované chronické VHC. V terénním programu byla více než polovina (65 %) klientů protestována. V ambulantní formě podstoupilo orientační testování o něco méně klientů (33 %). Svůj zdravotní stav znalo celkem 51 % výzkumného souboru (testovaných a s výsledky VHC v anamnéze). Séroprevalence byla větší měrou ovlivněna ambulantním programem (56 % reaktivních osob). Stejný program dosáhl lepších výsledků při vstupu do další péče, lékařské vyšetření podstoupilo 68 % reaktivních klientů ambulantního programu (v terénním programu 33 %). Z původního počtu 34 reaktivních osob, léčbu zahájilo a dokončilo 63 % klientů ambulantního a 7 % klientů terénního programu. Souhrnné údaje kontinua péče udává graf 18.

Graf 18: Shmutí kontinua péče, v absolutních číslech



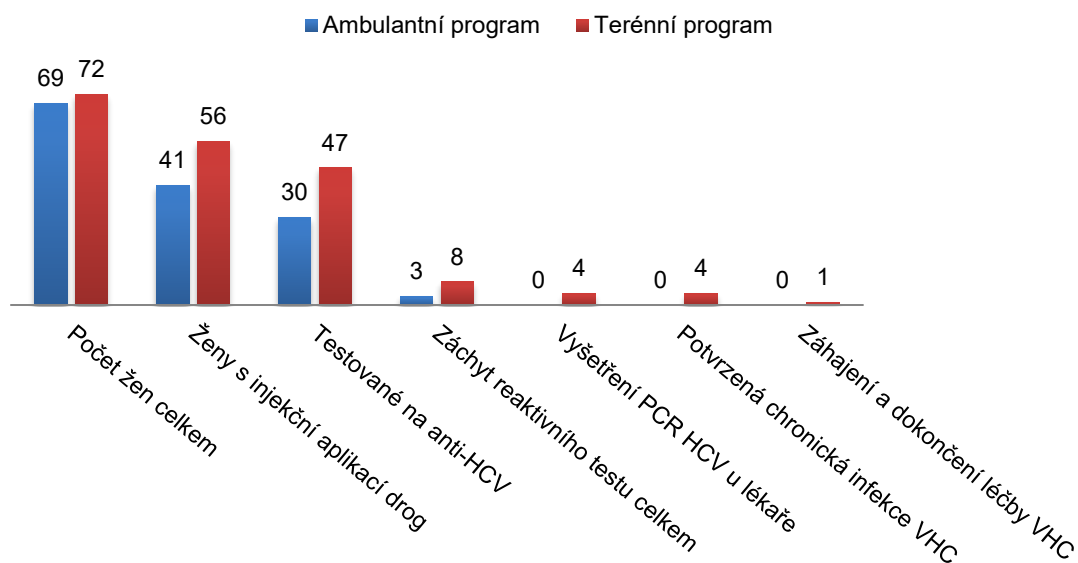
Výzkumný soubor tvořil celkem 273 (66 %) mužů, z nich u 224 (82 %) bylo zjištěno v posledních 12 měsících injekční užívání drog. Testování na anti-HCV v nízkoprahových programech podstoupilo 116 (42 %) mužů, s reaktivním výsledkem testu se setkala 23 (20 %) klientů. Více než polovina reaktivních mužů (61 %) se dostavila na vyšetření k lékaři. Chronická VHC byla potvrzena u 12 (86 %) klientů, kteří podstoupili lékařskou prohlídku, u všech diagnostikovaných se podařilo udržet v léčbě a úspěšně ji dokončit (52 % reaktivních klientů dokončilo léčbu). Kontinuitu péče u mužského pohlaví shrnuje graf 19.

Graf 19: Kontinuum péče u mužského pohlaví, v absolutních číslech



Z výzkumného souboru byly ženy zastoupeny celkovým počtem 141 (34 %) osob, z nich 77 (55 %) se nechalo v nízkoprahových programech otestovat na VHC. S injekční aplikací drog mělo v posledních 12 měsících zkušenost 97 (69 %) žen. Záchyt reaktivních výsledků testu byl zjištěn u 11 (14 %) testovaných žen, lékaře následně vyhledaly 4 (36 %) klientky. Všem ženám, které podstoupily lékařskou prohlídku, bylo doporučeno zahájení léčby, jelikož byla potvrzena chronická VHC. Léčbu započala a dokončila 1 (9 %) žena s původně reaktivním výsledkem testu anti-HCV. Jednotlivé úrovně kontinua péče u žen zaznamenává graf 20.

Graf 20: Kontinuum péče u žen, v absolutních číslech



5 DISKUZE

Předmětem bakalářské práce byla kontinuita péče v oblasti screeningu a léčby hepatitidy C u klientů nízkoprahových programů pro uživatele drog. Ve výzkumné části se na souboru klientů dvou nízkoprahových programů podařilo popsat kontinuum péče od vyšetření na anti-HCV protilátky přes následné vstupy do další péče, léčby a jejího dokončení na specializovaných pracovištích pro virovou hepatitidu C. Práce popsala faktory, které kontinuum léčby virové hepatitidy C ovlivnily.

Výzkumná práce byla koncipována jako kvantitativní sekundární analýza pre-existujících dat z elektronického systému zaznamenávajícího informace o klientech a poskytnutých službách dvou nízkoprahových programů Centra U Větrníku. Do výzkumného souboru byli zařazeni všichni klienti, kteří byli s nízkoprahovými programy ve sledovaném období 2017-2021 v kontaktu a splnili vstupní kritéria. Při zpracování elektronické dokumentace byly zjištěny nedostatky v podobě chybějících údajů o klientech, nezbytných pro zařazení do výzkumu. Ze základního souboru, který čítal 591 osob, neprošlo přes požadovaná kritéria výzkumu 177 osob, velikost výzkumného souboru tak dosáhla 414 osob. Výzkumný soubor byl rozdělen podle využívané formy na ambulantní a terénní program, analýza tak nabídla srovnání nízkoprahových programů mezi sebou.

Výsledky výzkumu podle sociodemografických údajů, uživatelských charakteristik a rizikového chování odpovídají výsledkům studií ze souhrnné zprávy o závislostech v České republice za rok 2021 (Chomynová a kol., 2021). Rozdíl byl zaznamenán u *uživatelů alkoholu*, kteří tvořili ve výzkumu výrazně vyšší podíl, primární návykovou látku alkohol uvedlo v ambulantním 16 % a terénním programu 18 % klientů. Vyšší zastoupení uživatelů alkoholu by mohla ovlivňovat nedostupnost dalších sociálních služeb pro tuto cílovou skupinu na Jihlavsku a Pelhřimovsku, kde nízkoprahové programy působí. Druhý rozdíl byl u pobytu *ve vězení*, 41,4 % klientů nízkoprahových programů v České republice bylo ve výkonu trestu odnětí svobody. V 80 % jde o trestnou činnost nedovolené výroby a jiného nakládání s omamnými a psychotropními látkami. Podle výsledku výzkumu má zkušenost s pobytem ve vězení v ambulantním programu 30 % klientů, v terénním 16 % klientů. Rozdíl oproti celorepublikovým datům by mohl být vysvětlen nižším zastoupením dealerů a výrobců drog, kteří využívají nízkoprahové programy v Jihlavě. Nicméně nízká míra uvěznění ve výzkumném souboru může mít vliv na zjištěnou míru protestovanosti a proléčenosti na VHC, neboť vězení je místem, kde je v posledních letech na VHC testován a léčen poměrně vysoký počet osob včetně těch užívajících drogy (Mravčík a kol., 2021).

První výzkumná otázka se zaměřila na zjištění protestovanosti, kolik klientů z nízkoprahových programů ví o své nákaze. Z celkového počtu 243 klientů v *ambulantním programu* podstoupilo testování ve sledovaném období 81 klientů. Svůj

stav (za předpokladu, že netestovaní klienti neznají svůj sérostatus) zná celkem 96 (40 %) klientů (15 osob započteno s VHC v anamnéze). Reaktivní výsledek testu vyšel celkem u 19 klientů (testovaných a zjištěných anamnesticky). *Terénní program* tvořilo celkem 171 klientů, z nich u 112 byl proveden test na virovou hepatitidu C. Reaktivní výsledek testu byl zjištěn u 15 klientů (včetně těch, kteří měli záznam v anamnéze) svůj stav zná tedy 67 %. V rutinní dokumentaci nejsou uvedeny důvody pro nepodstoupení screeningového testu na VHC v nízkoprahových programech, netestovaní klienti mohli podstoupit testování v jiném zařízení a znát tak svůj status VHC. Celková protestovanost byla o 27 procentních bodů vyšší v *terénním programu*. Na výsledky protestovanosti mohlo mít vliv nastavení poskytovaných služeb. V *ambulantním programu* 2 pracovníci poskytují službu až 8 klientům najednou, zatímco v *terénním programu* je kontakt zajišťován stejným počtem pracovníků, ale v jednom okamžiku poskytují službu 1 klientovi. Situace v *terénním programu* tak může vytvářet lepší podmínky při vyjednávání s klientem o podstoupení testování. U injekčních uživatelů drog bylo ve stejném programu dosaženo výrazně vyšší protestovanosti (74 %) než v ambulantní formě (32 %). Pro eliminaci virové hepatitidy C je zásadní testování osob užívající drogy injekčně, neboť v České republice mají na šíření HCV největší podíl. Navíc dvě třetiny osob o své nákaze neví a dochází tak k dalšímu šíření infekce. V rizikové populaci se setkáváme s lidmi, které vykazují nezájem o testování a nedostatek motivace k další péči, klíčová je komunikace zainteresovaných osob a rozpoznávání překážek, které brání poskytnutí efektivní péče (Krekulová a Honzák, 2020).

Protestovanost výzkumného souboru podle pohlaví byla v *terénním programu* přibližně stejná, testování v *ambulantním programu* podstoupilo více žen (43 %) než mužů (29 %). Vyšší protestovanost u žen by mohla souviset s obavou z nákazy. Ženy jsou vystaveny obecně vyššímu riziku infekce než muži, a to v přenosu pohlavním stykem i přenosu krví. U žen dochází častěji k provozování sexu za peníze a sexuálnímu násilí. Nerovné postavení mezi ženami a muži může způsobovat i situaci, kdy se k aplikaci jehlou dostanou až jako druhé v pořadí (Brummer-Korvenkontio a kol., 2019). Tabulka 4 poukazuje na rozsah protestovanosti a záchytu reaktivních případů ve zkoumaném souboru podle pohlaví a poskytnutého programu služby.

Tabulka 4: Protestovanost a reaktivita VHC podle pohlaví

	Ambulantní program		Terénní program	
	Ženy	Muži	Ženy	Muži
Pohlaví				
Protestovanost	43 %	29 %	65 %	66 %
Reaktivita výsledku testu	10 %	31 %	17 %	11 %

Druhou výzkumnou otázkou bylo navázáno na míru vstupu do další péče, do léčby a míra dokončení léčby na virovou hepatitidu C. Výsledky screeningového testování na

VHC v nízkoprahových programech odhalily 34 reaktivních osob, z nich bylo 11 (32 %) žen a 23 (68 %) mužů s průměrným věkem 36 let u obou pohlaví. U všech reaktivních případů bylo prokázáno injekční užívání drog a v 56 % reaktivních výsledků VHC bylo zjištěno opakované sdílení injekčních setů nebo náčiní k přípravě drog v posledních 12 měsících. V *ambulantním programu* z 19 reaktivních případů podstoupilo vyšetření u specializovaného lékaře 13 (69 %) klientů. U 12 osob byla potvrzena chronická hepatitida C a zahájena léčba s úspěšným dokončením. Z původního počtu 15 reaktivních případů v *terénním programu* přistoupilo k následnému vyšetření lékařem pouze 5 (33 %) klientů, z nich 4 měli indikovanou léčbu VHC, kterou následně zahájila a dokončila 1 (25 %) osoba. Z celkového počtu 13 klientů, kteří započali léčbu a dosáhli setrvalé virologické odpovědi, bylo zjištěno, že u 38 % proběhla léčba ve vězení. *Ambulantní program* vykazoval u klientů na úrovni návaznosti a udržení v lékařské péči jednoznačně lepší výsledky, které by mohly být vysvětleny místní dostupností pracoviště pro léčbu VHC (infekční oddělení nemocnice Jihlava). Zatímco terénní forma poskytuje své služby převážně klientům z jiných lokalit v okolí Pelhřimova, Kamenice nad Lipou, Humpolce, Pacova, Třeště a Telče. Nejúčinnější strategií pro dosažení návaznosti další péče se jeví poskytování nízkoprahových programů a center pro VHC na jednom místě. Přístup ke zdravotní péči, jeho snadná dostupnost a bezplatnost zvyšuje u injekčních uživatelů drog zájem o využití služby (Brummer-Korvenkontio a kol., 2019). U klientů nebyla zkoumána četnost využívaných služeb, která by mohla poukázat na faktor budování důvěry v pracovníky nízkoprahových programů a jejich ovlivnění vztahu. Klienti *ambulantního programu* mohou přijít do kontaktu s pracovníky zařízení každý všední den. Ve srovnání s terénním programem je klient s pracovníkem ve spojení 1x týdně, což by mohlo omezovat navázání důvěrného vztahu a vstup klienta do další péče (Vejrostová, 2014). Tabulka 5 znázorňuje výsledky kontinua péče VHC za ambulantní a terénní program podle pohlaví. S ohledem na nízký počet výpovědí žen, nebylo prokázáno, že ke svému zdraví zaujímají zodpovědnější přístup (Mravčík a kol., 2020). Ve výzkumném souboru se do lékařské péče dostaly 4 (36 %) ženy s reaktivním testem, následná terapie VHC proběhla v 1 (25 %) případě, a to ve vězení. U zbývajících žen, které byly doporučeny k léčbě, nebyly v dokumentaci zaznamenány důvody pro její nepodstoupení. Ze sdělených osobních údajů je však patrné, že ve 2 případech reaktivního screeningového testu se jednalo o matky. Metodická příručka pro testování na HIV a VHC v nízkoprahových službách pro uživatele drog zmiňuje genderové rozdíly, které by měly poskytované služby brát u svých klientů v potaz a věnovat specifickým potřebám žen větší pozornost (Brummer-Korvenkontio a kol., 2019).

Tabulka 5: Kontinuum péče VHC podle nízkoprahového programu a pohlaví, v absolutních číslech

	Ambulantní program			Terénní program		
	Ženy	Muži	Celkem	Ženy	Muži	Celkem
Kontinuum péče						
Reaktivní výsledek VHC	3	16	19	8	7	15
Vyšetření specialistou	0	13	13	4	1	5
Diagnostikována chronická VHC	0	12	12	4	0	4
Zahájení léčby	0	12	12	1	0	1
Dokončení léčby	0	12	12	1	0	1

Poslední výzkumná otázka byla věnována faktorům, které ovlivňují kontinuitu péče u klientů nízkoprahových zařízení. V 16 případech (47 %) nedošlo u osob s reaktivním výsledkem testu k předání do další péče. Z elektronického systému se podařilo v 75 % získat informace, které vedly klienty k odmítnutí lékařského vyšetření na VHC. Argumenty tvoří kategorie: 1. nedostatek motivace (25 %), 2. další povinnosti (19 %), 3. nástup do vězení (19 %), 4. Strach ze stigmatizace (12 %). Pod kategorií 2. se skrývají důvody změny práce a bydlení, pracovní vytíženost a návštěva domácnosti orgánem sociálně-právní ochrany dětí. Jednoznačný strach ze stigmatizace byl udáván ženami. Nejnovější zpráva Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost potvrzuje náchylnost žen ke stigmatizaci a znevýhodnění plynoucí ze zodpovědnosti za péči o dítě. Čtvrtinový podíl žen ze všech osob s problémovým užíváním drog v Evropě si žádá rozšíření služeb, které bude zohledňovat jejich potřeby. V současnosti je nutné zaměření poskytovaných služeb neomezovat pouze na muže, ale vzít v úvahu specifikum žen (EMCDDA, 2023). Zjištěné faktory klientů k odmítnutí lékařského vyšetření nepochybně souvisí s vytvořenými překážkami poskytovatelů péče. Studie poukazují na obtížnou dostupnost zdravotní péče pro osoby užívající drogy. Stigmatizace a diskriminace těchto osob nevytváří vhodné podmínky pro léčbu, i přestože bylo prokázáno, že v léčbě dosahují srovnatelných výsledků jako neuživatelé drog. Obavy a nedůvěra lékařského personálu z chování uživatelů drog vedou k situaci, kdy jsou v léčbě upřednostňováni neuživající pacienti (Mravčík a kol., 2013b). U zbývajících 4 (25 %) osob se nepodařilo informace získat. Z osobních údajů je patrné, že jde o stejný počet žen a mužů. Ženské pohlaví lze charakterizovat pravidelným zaměstnáním a jedna z žen má v péči 2 vlastní děti. Osoby bez přístřeší, zaměstnání a osobních dokladů lze popsat muže, kteří z neznámých důvodů odmítli dostupnou péči. Nejvíce udávaným faktorem pro nepodstoupení vyšetření u lékaře byl nedostatek motivace, kterému příliš nepomáhá skutečnost, že onemocnění virové hepatitidy C je často bezpříznakové a akutní fáze nemoci může probíhat nepozorovaně bez potřeby vyhledat pomoc (Bártová, 2021). U 16 (94 %) klientů vyšetřených specialistou byla prokázána chronická VHC, z nich 19 % se rozhodlo doporučenou léčbu nepodstoupit. Odmítnutí léčby bylo zaznamenáno výhradně u

žen, vzhledem k přerušení využívaných služeb nízkoprahových programů se nepodařilo zjistit, jaké důvody k rozhodnutí vedly, z dokumentace je patrné, že tři čtvrtiny žen pečovaly o dítě. V 83 % žen s reaktivním screeningovým testem byl zjištěn sociální status matky, který by mohl souviset s přerušením kontinuity péče. U matek dochází ke zvýšené obavě z možného odhalení užívání drog, které by mohlo být důvodem pro odebrání dítěte z péče (Brummer-Korvenkontio a kol., 2019). V České republice je podle zákona č. 359/1999 Sb. o sociálně-právní ochraně dětí požívání alkoholu nebo návykových látek rodičů jednou ze situací, kdy by mohlo dojít k opatření odebrání dítěte z rodiny. Výsledky bakalářské práce odpovídají zjištěným bariérám ze studie v Praze, kde byli do souboru zařazeni taktéž klienti nízkoprahových programů (Mravčík a kol., 2020). U klientů se zahájenou antivirovou terapií nedošlo k přerušení léčebné péče a bylo dosaženo úspěšného dokončení léčby. Podle center pro léčbu virových hepatitid C v České republice nebyl pozorován rozdíl v dokončení léčby u osob užívajících a neužívajících drogy, 93 % pacientů úspěšně léčbu dokončí. Tři čtvrtiny osob (bývalý nebo aktivní uživatelé drog) vstupující do zařízení jsou muži, podobné výsledky vykazují klienti bakalářské práce (Mravčík a kol., 2014).

6 ZÁVĚR

Práce ukázala na nedostatky v celém kontinuu péče v oblasti VHC v souboru klientů dvou nízkoprahových programů na Jihlavsku v letech 2017-2021. Na anti-HCV protilátky bylo testováno celkem 47 % klientů, v *ambulantním programu* byla protestovanost klientů nižší (33 %) než v *terénní formě* (65 %). Závažným zjištěním je, že v *ambulantním programu* bylo na anti-HCV testováno pouze 32 % injekčních uživatelů, v *terénním programu* dosáhla protestovanost mezi injekčními uživateli drog 74 %. Tento rozdíl je způsoben pravděpodobně menším prostorem pro individuální práci s klienty ve stacionárním programu. Vyšší protestovanost mezi ženami – klientkami *terénního programu* (65 %) může naznačovat rozdílný přístup ke zdraví a vyšší obavy z nákazy u žen. *Terénní program* vykazuje vyšší míru reaktivity výsledků než *ambulantní program* (9 % vs. 8 %), což pravděpodobně souvisí s rozdílnou mírou rizikového uživatelského chování v obou skupinách.

Na základě výsledků výzkumu bylo zjištěno, že do další péče na specializovaném pracovišti vstoupilo 53 % reaktivních klientů. Z hlediska podstoupených vyšetření HCV RNA bylo dosaženo vyšší úspěšnosti v *ambulantním programu* (68 % vyšetřeno specialistou), v *terénním programu* byla návaznost na péči u specialisty jen v 33 %. Předpokladem úspěchu může být dostupnost odborného zařízení pro VHC v místě poskytovaného programu. V nízkoprahových programech necelá polovina (38 %) diagnostikovaných s VHC zahájila a dokončila léčbu ve věznicích. Stabilita léčených osob byla prokázána v obou programech, tj. klienti, kteří léčbu započali, ji taktéž řádně dokončili, bez ohledu na to, zda léčba probíhala na svobodě nebo ve výkonu trestu odnětí svobody. Zjištěné faktory ovlivňující kontinuitu péče, potvrdily již dříve známé bariéry publikovaných výzkumů, mezi které patří nedostatek motivace, další povinnosti, nástup do vězení a obavy ze stigmatizace.

Výzkumná práce zaznamenala genderová specifika v jednotlivých úrovních poskytované péče. Ve srovnání protestovanosti mužů (42 %) byl patrný rozdíl u testovaných žen (55 %), přesto se v takovém rozsahu neprojevil na záchytu reaktivity testu. V 68 % reaktivního výsledku testu na protilátky HCV se jednalo o muže. I další návaznost na specializovaném pracovišti byla evidentní u mužského pohlaví (61 % vyšetřených specialistou, 52 % dokončené léčby z původně reaktivních klientů). Provedený výzkum potvrdil nedostatky v celé kaskádě péče v oblasti VHC mezi klienty nízkoprahových programů, závažným problémem je zejména nízká protestovanost injekčních uživatelů drog v *ambulantním programu*, tedy nízká výkonnost již na prvním stupni kaskády. Z výsledků výzkumu vyplývá rovněž neuspokojivá návaznost reaktivních klientů *terénního programu* na další diagnostiku a léčbu VHC. Tyto výsledky ukazují na potřebu zintenzivnit práci s klienty v oblasti informovanosti a motivace, ale také na potřebu změn v nastavení

služeb nízkoprahových programů a multidisciplinární spolupráce při zajištění návaznosti péče.

7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BÁRTOVÁ, Jarmila. *Přehled patologie*. Vydání druhé. V Praze: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2021. ISBN 978-80-246-4775-3.
2. BEDNÁŘOVÁ, Zdena Zuzana a Lubomír PELECH. *Slabikář sociální práce na ulici: supervize, streetwork, financování*. Brno: Doplněk, 2003. Co, jak, proč? ISBN 80-7239-148-8.
3. BRUMMER-KORVENKONTIO, H., COSMARO, L., CHIARADIA, G., KIVIMETS, K., WIESSNER, P., GURINOVA, A. *Testování na HIV a VHC v nízkoprahových službách pro uživatele drog: metodická příručka*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2019. ISBN 978-80-7440-221-0.
4. Česka hepatologická společnost. *Seznam pracovišť pro léčbu*. In: ces-hep.cz [online]. ČHS: ©2023 [cit. 2023-04-07]. Dostupné z: <https://www.ces-hep.cz/seznam-pracovist-pro-lecbu>
5. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. *Viral hepatitis policies in Europe*. In: emcdda.europa.eu [online]. Lisbon: EMCDDA, 2018 [cit. 2023-04-10]. Dostupné z: https://www.emcdda.europa.eu/publications/topic-overviews/hepatitis-policy_en
6. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction . *Women and drugs — need to scale up gender-sensitive services in Europe*. In: emcdda.europa.eu [online]. Lisbon: EMCDDA, 2023 [cit. 2023-04-10]. Dostupné z: https://www.emcdda.europa.eu/news/2023/1/women-and-drugs-need-scale-gender-sensitive-services-europe_en
7. FRAŇKOVÁ, Soňa. *Hepatitida C v těhotenství*. Adiktol. prevent. léčeb. Praxi [online]. 2020, 3(2), 100–105 [cit. 2023-04-10]. Dostupné z: <https://www.aplp.cz/wp-content/uploads/2020/07/Frankova-1.pdf>
8. HALMO, Renata. *Sebepéče v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4811-5.
9. HAVLÍKOVÁ, Petra. *Kontinuum léčby virové hepatitidy typu C mezi klienty nízkoprahových programů pro uživatele drog v Praze*. Praha: 2020. Diplomová práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí závěrečné práce: doc. MUDr. Viktor Mravčík, Ph.D.
10. HRDINA, Petr a Blanka KORČÍŠOVÁ. *Terénní programy*. In Kalina, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 2*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
11. HŮLEK, Petr a Petr URBÁNEK. *Hepatologie*. 3. vydání. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 978-80-271-0394-2.
12. CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., JANÍKOVÁ, B., ROUS, Z., ČERNÍKOVÁ, T., CIBULKA, J., MRAVČÍK, V. *Souhrnná zpráva o závislostech v České republice 2021* [online]. Praha: Úřad vlády České republiky, 2021 [cit. 2023-

- 04-05]. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/33592/1131/Souhrnna_zprava_o_zavislostech_2021_fin.pdf
13. CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., DVOŘÁKOVÁ, Z., ČERNÍKOVÁ, T., ORLÍKOVÁ, B., ROUS, Z., JAROŠÍKOVÁ, H., FRANKOVÁ, E., DÉKÁNY, L., FIDESOVÁ, H., VOPRAVIL, J. *Zpráva o nelegálních drogách v České republice 2022* [online]. Praha: Úřad vlády České republiky, 2022 [cit. 2023-04-05]. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/33774/1171/Zprava_o_nelegalnich_drogach_2022_fin03_rev20230209.pdf
 14. International Harm Reduction Association. *What is Harm Reduction?* [online]. London: 2010 [cit. 2023-04-09]. Dostupné z: https://www.hri.global/files/2010/08/10/Briefing_What_is_HR_English.pdf
 15. JANÍKOVÁ, Barbara. Harm reduction. In Kalina, Kamil a kol. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4331-8.
 16. KALINA, Kamil a kolektiv. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, 2008. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1411-0.
 17. KLÍMA, Petr, ed. *Kontaktní práce: antologie textů České asociace streetwork*. 2. vyd. Praha: Česká asociace streetwork, 2009. ISBN: 978-80-254-4001-8.
 18. KREKULOVÁ, Laura. *Epidemie virové hepatitidy C v rizikových populacích: diagnostika, léčba a eliminační strategie*. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton, 2021. ISBN 978-80-7553-931-1.
 19. KREKULOVÁ, Laura a Radkin HONZÁK. *Úskalí a překážky globální eliminace virové hepatitidy C* [online]. Čas. Lék. čes. 2020, **159**(6), 213-216 [cit. 2023-04-05]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2020-6-6/uskali-a-prekazky-globalni-eliminace-virove-hepatitidy-c-125122>
 20. MRAVČÍK, V., KOŽENÝ, J., NEČAS, V., TIŠANSKÁ, L. *Barriers to treatment of infectious and other somatic comorbidity in drug users* [online]. Epidemiol. Mikrobiol. Imunol. 2020, **69**(2), 73-80 [cit. 2023-04-05]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/en/journals/epidemiology-microbiology-immunology/2020-2-22/barriers-to-treatment-of-infectious-and-other-somatic-comorbidity-in-drug-users-123372>
 21. MRAVČÍK, V., STRADA, L., STOLFA, J., BENCKO V., GROSHKOVA, T., REIMER, J., SCHULTE, B. *Factors associated with uptake, adherence, and efficacy of hepatitis C treatment in people who inject drugs: a literature review*. *Patient Preference Adherence* [online]. 2013b, 7, 1067-1075 [cit. 2023-04-10]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3804540/>

22. MRAVČÍK, V., STRADA, L., REIMER, J., SCHULTE, B. *Hepatitis C treatment uptake and adherence among injecting drug users in the Czech Republic* [online]. *Epidemiol Mikrobiol Imunol.*, 2014, **63**(4), 265-9 [cit. 2023-04-05]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/en/journals/epidemiology-microbiology-immunology/2014-4-9/hepatitis-c-treatment-uptake-and-adherence-among-injecting-drug-users-in-the-czech-republic-50669?hl=cs>
23. MRAVČÍK, Viktor. *Prevence virové hepatitidy typu C u injekčních uživatelů drog – proléčenost virové hepatitidy typu C mezi injekčními uživateli drog, účinnost léčby a související faktory na straně systému péče*. Praha: 2013a. Dizertační práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Ústav hygieny a epidemiologie 1. LF UK a VFN. Vedoucí práce Bencko, Vladimír.
24. MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., JANÍKOVÁ, B., ČERNÍKOVÁ, T., ROUS, Z., CIBULKA, J., FRANKOVÁ, E., NECHANSKÁ, B., FIDESOVÁ, H., VOPRAVIL, J. *Zpráva o nelegálních drogách v České republice 2021* [online]. Praha: Úřad vlády České republiky, 2021 [cit. 2023-04-05]. Dostupné z: [Zprava_o_nelegalnich_drogach_v_CR_2021_fin.pdf](#) (drogy-info.cz)
25. NAIR, Muralitharan a Ian PEATE. *Patofyziologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0229-7.
26. NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI. *Eliminace virové hepatitidy typu C mezi uživateli drog v ČR: východiska a akční plán na období 2019–2021 s prodlouženou platností na období 2022–2024*. 2., upravené vydání. MRAVČÍK, V., JANÍKOVÁ, B., DLOUHÝ, P. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky, 2022. ISBN 978-80-7440-299-9
27. NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. *Prevence a kontrola infekčních nemocí u injekčních uživatelů drog. Metodický pokyn ECDC a MCDDA* [online]. Praha: Úřad vlády České republiky, 2012 [cit. 2023-04-10]. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/1651/348/Prevence_a_kontrola_infekcnich_nemoci_metodika_ECDC_a_MCDDA.pdf
28. NAVRÁTIL, Leoš. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. 2., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0210-5.
29. NEPUŠTIL, Pavel a Markéta GEREGOVÁ, ed. *Bez podmínek: metody psychosociální podpory pro lidi užívající drogy*. Brno: Masarykova univerzita, 2020. ISBN 978-80-210-9667-7.
30. NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. 5., rozšířené vydání. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1357-4.
31. PRŮDKOVÁ, Táňa a Přemysl NOVOTNÝ. *Bezdomovectví*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-100-0.

32. SKOUPÁ, Jana a Petr URBÁNEK. *Porovnání nákladové efektivity okamžitě zahájené léčby oproti odložené terapii chronické hepatitidy C v České republice* [online]. Gastroent Hepatol 2018, **72**(1), 58-65 [cit. 2023-04-05]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-slovenska-gastro/2018-1-10/porovnani-nakladove-efektivita-okamzite-zahajene-lecby-oproti-odlozene-terapii-chronicke-hepatitidy-c-v-ceske-republice-63101>
33. SMITH, D., B., BUKH, J., KUIKEN, C., MUERHOFF, A. S., RICE, C. M., STAPLETON, J. T., & SIMMONDS, P. *Expanded classification of hepatitis C virus into 7 genotypes and 67 subtypes: updated criteria and genotype assignment web resource*. Hepatology [online]. Hepatology 2014, **59**(1), 318–327 [cit. 2023-04-10]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/hep.26744>
34. Státní zdravotní ústav. *Základní informace onemocnění, hepatitida C*. In: szu.cz [online]. Praha: SZÚ, ©2023 [cit. 2023-04-07]. Dostupné z: <https://szu.cz/tema/a-z-infekce/h/virove-hepatitidy-infekcni/hepatitida-c/zakladni-informace/>
35. TRUNEČKA, Pavel. *Transplantace jater – vývoj indikací v poslední dekádě* [online]. Vnitř. Lék 2019, **65**(9), 588-591 [cit. 2023-04-08]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/vnitri-lekarstvi/2019-9-1/transplantace-jater-vyvoj-indikaci-v-posledni-dekade-115581>
36. VEJROSTOVÁ, Gabriela. *"Jak klienti terénního programu pro uživatele návykových látek vnímají pracovníky programu"*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2014, 60 s. Dostupné z: <https://digilib.k.utb.cz/handle/10563/29426>
37. Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky. *Specializovaná pracoviště pro léčbu chronické hepatitidy C* [online]. Praha: VZP ČR, ©2023 [cit. 2023-04-08]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/pojistenci/zdravotnicka-zarizeni-a-specializovana-centra/specializovana-pracoviste/specializovana-pracoviste-pro-lecibu-chronicke-hepatitidy-c>
38. World Health Organization. *Global health sector strategies on, respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections for the period 2022-2030*. WHO, 2022. ISBN 978-92-4-005377-9
39. World health organization. *Hepatitis C* [online]. WHO, ©2023 [cit. 2023-04-08]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>
40. Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů (zákon o ochraně osobních údajů).
41. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (zákon o sociálních službách).
42. Zákon č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů (zákon o zpracování osobních údajů).
43. Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí (zákon o sociálně-právní ochraně dětí).

8 SEZNAM ZKRATEK

a. s.	akciová společnost
ANTI-HCV	Sérologická diagnostika hepatitidy C
atd.	a tak dále
č.	číslo
ČHS	Česká hepatologická společnost
ČR	Česká republika
DAA	Directly acting antivirals
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
GT	genotyp
HCV	hepatitis C virus
IHRA	International Harm Reduction Association
KC	kontaktní centrum
NMS	Národní monitorovací středisko
p.o.	příspěvková organizace
RNA	ribonukleová kyselina
s.	strana
s.r.o.	společnost s ručením omezeným
SVR	systémová vaskulární rezistence
SZÚ	Státní zdravotní ústav
ÚZIS ČR	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
VHC	virová hepatitida typu C
VZP ČR	Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky
WHO	World Health Organization

9 SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Seznam specializovaných pracovišť pro léčbu VHC v ČR	12
Tabulka 2: Dostupné varianty bezinterferonových režimů pro jednotlivé genotypy HCV.....	13
Tabulka 3: Cíle globální zdravotnické strategie k eliminaci virové hepatitidy C do roku 2030.....	20
Tabulka 4: Prevalence a reaktivita VHC podle pohlaví	44
Tabulka 5: Kontinuum péče VHC podle nízkoprahového programu a pohlaví, v absolutních číslech	46

10 SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Celkový počet infikovaných osob s hepatitidou C a u injekčních uživatelů drog v ČR 2012-2021	10
Graf 2: Absolutní počty pacientů se zahájenou léčbou VHC protivirovými preparáty celkem a u injekčních uživatelů drog v daném roce	19
Graf 3: Zastoupení výzkumného souboru podle věkové kategorie	29
Graf 4: Zastoupení výzkumného souboru podle úrovně bydlení.....	30
Graf 5: Zastoupení výzkumného souboru podle dokončeného vzdělání.....	30
Graf 6: Zastoupení výzkumného souboru podle zaměstnanosti	31
Graf 7: Primární droga užívaná výzkumným souborem.....	32
Graf 8: Četnost užívání primární drogy ve výzkumném souboru	33
Graf 9: Délka injekční aplikace ve výzkumném souboru.....	33
Graf 10: Injekční aplikace drog u výzkumného souboru za posledních 12 měsíců.....	34
Graf 11: Sdílení jehel nebo náčiní k přípravě drog u výzkumného souboru v posledních 12 měsících	35
Graf 12: Nechráněný pohlavní styk	35
Graf 13: Výkon trestu odnětí svobody v minulosti u výzkumného souboru	36
Graf 14: Protestovanost podle věkových kategorií.....	37
Graf 15: Protestovanost podle rizikového chování.....	37
Graf 16: Protestovanost v jednotlivých letech.....	38
Graf 17: Séroprevalence VHC v anamnéze a ve sledovaném období	39
Graf 18: Shrnutí kontinua péče, v absolutních číslech	41
Graf 19: Kontinuum péče u mužského pohlaví, v absolutních číslech.....	42
Graf 20: Kontinuum péče u žen, v absolutních číslech	42

11 SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Programy pro eliminaci hepatitidy C u drogově závislých osob v EU 22

12 PŘÍLOHY

Průzkum kontinua péče v oblasti screeningu a léčby hepatitidy C

Zdravím všechny,

chtěla bych Vás informovat o průzkumu, který uskutečním v červnu a červenci 2022. Získaná data budou sloužit výhradně k bakalářské práci, která je součástí zakončení studia v oboru adiktologie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy. Údaje do výzkumu budu zpracovávat sama z interní dokumentace, není tedy vyžadováno Vaše přímé zapojení. Výsledky bakalářské práce budou veřejně přístupné na webových stránkách www.adiktologie.cz, a dále na www.theses.cz po vykonání státních závěrečných zkoušek, které je stanoveno na 19.-22. června 2023. Po tomto termínu bude bakalářská práce dostupná i v tištěné podobě v terénních a ambulantních programech, stačí požádat pracovníky zařízení o náhled. Zapojeným klientům do průzkumu nenáleží žádná odměna.

Kdo bude do průzkum zařazen?

- klient, který při ústním uzavírání smlouvy o poskytování služby vyjádřil svůj souhlas s použitím údajů z jeho dokumentace pro statistické a výzkumné účely
- klient, který využil služeb Centra U Větrníku alespoň jednou v období od 2017 až 2021

Do průzkumu použiji následující údaje:

- jaký program jste využili, ambulantní nebo terénní
- pohlaví, věk, rodinný stav, bydlení, vzdělání, zaměstnání
- primární droga, způsob aplikace, četnost užívání, délka injekční aplikace
- sdílení jehel nebo náčiní k přípravě drog, nechráněný pohlavní styk, výkon trestu odnětí svobody
- testování a výsledky anti-HCV protilátek
- záznam virové hepatitidy C v dokumentaci
- podstoupená vyšetření u lékaře, zahájené a dokončené léčby
- příčiny odmítnutí vyšetření na VHC lékařem

Chceš se dozvědět více informací? Nevíš, jestli budeš do průzkumu zapojen nebo bys chtěl odvolat svůj dříve udělený souhlas?

V jakémkoliv případě se můžeš obrátit na pracovníka se kterým budeš zrovna v kontaktu nebo požádat o kontakt se mnou.

S pozdravem

Martina Věžníková
kontaktní a terénní pracovnice