

**Univerzita Karlova v Praze**

**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie kombinovaná



*Hlona Šulcová*

Testování na infekční choroby u uživatelů drog v kontaktních centrech

*Infectious diseases diagnostics in drug users visiting low-threshold centers*

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: MUDr. Tomáš Zábranský, PhD.

Oponent: MUDr. Viktor Mravčík

Praha 2011

Autor práce: **Ilona Šulcová**

Vedoucí práce: **MUDr. Tomáš Zábranský, PhD.**

Oponent práce: **MUDr. Viktor Mravčík**

Datum obhajoby:

Hodnocení:

## IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

ŠULCOVÁ, Ilona. *Testování na infekční onemocnění u uživatelů drog v kontaktních centrech. [Infectious diseases diagnostics in drug users visiting low-threshold centers].* Praha, 2011. 63 s. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika. Vedoucí práce Zábanský, Tomáš.

## **PODĚKOVÁNÍ**

Na tomto místě bych ráda poděkovala MUDr. Tomášovi Zábranskému, PhD. za odborné vedení bakalářské práce. Děkuji Mgr. Vlastimilovi Nečasovi za cenné rady při zpracování praktické části práce, Národnímu monitorovacímu středisku pro drogy a drogové závislosti za odbornou spolupráci a také všem kolegům, kteří se na vytvoření práce podíleli.

## **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 dne

.....  
Ilona Šulcová

# OBSAH

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE.....	3
PODĚKOVÁNÍ.....	4
PROHLÁŠENÍ.....	5
ABSTRAKT.....	9
ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 INFEKČNÍ ONEMOCNĚNÍ.....	11
1.1 AIDS.....	11
1.1.1 Definice.....	11
1.1.2 Klinický obraz.....	11
1.1.3 Způsob přenosu.....	12
1.1.4 Prevence.....	12
1.1.5 Léčba.....	13
1.2 SYFILIS.....	13
1.2.1 Definice.....	13
1.2.2 Klinický obraz.....	14
1.2.3 Způsob přenosu.....	14
1.2.4 Prevence.....	14
1.2.5 Léčba.....	14
1.3 VIROVÁ HEPATITIDA B.....	15
1.3.1 Definice.....	15
1.3.2 Klinický obraz.....	15
1.3.3 Způsob přenosu.....	16
1.3.4 Prevence.....	16
1.3.5 Léčba.....	16
1.4 VIROVÁ HEPATITIDA C.....	17
1.4.1 Definice.....	17
1.4.2 Klinický obraz.....	17
1.4.3 Způsob přenosu.....	17
1.4.4 Prevence.....	18
1.4.5 Léčba.....	18

2	VÝSKYT INFEKČNÍCH CHOROB MEZI UŽIVATELI DROG V ČESKÉ REPUBLICE .....	19
3	TESTOVÁNÍ NA INFEKČNÍ CHOROBY.....	22
3.1	Testování v kontaktních centrech .....	22
3.2	Podmínky testování.....	23
3.3	Testy na infekční choroby.....	24
3.4	Personální zajištění.....	25
4	LEGISLATIVNÍ RÁMEC .....	26
4.1	Hlášení infekčních nemocí.....	27
4.2	Problematika anonymního testování na infekční choroby .....	27
4.2.1	HIV .....	28
4.2.2	Virová hepatitida B a C .....	28
4.2.3	Syfilis.....	30
5	PORADENSTVÍ.....	30
5.1	Poradenství obecně.....	31
5.2	Předtestové poradenství.....	32
5.3	Potestové poradenství .....	33
5.3.1	Negativní výsledek vyšetření .....	33
5.3.2	Reaktivní výsledek vyšetření .....	34
5.3.3	Pozitivní výsledek vyšetření.....	34
5.3.4	Cílem potestového poradenství je: .....	35
	PRAKTICKÁ ČÁST.....	36
6	CÍLE PRÁCE.....	36
7	VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	36
8	METODIKA PRÁCE.....	37
8.1	Charakteristika zkoumaného vzorku .....	37
8.2	Užité metody .....	37
8.3	Organizace šetření.....	37
8.4	Dotazníkové šetření.....	38
9	VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	38
9.1	Dostupnost testování na infekční choroby pro klienty kontaktních center v ČR.....	38
9.1.1	Testování na infekční choroby v kontaktních centrech v ČR.....	38
9.1.2	Důvody neposkytování testování na infekční choroby .....	39

9.1.3	Plánování testování do budoucna .....	39
9.1.4	Regionální dostupnost testování na infekční choroby .....	40
9.2	Historie nabídky testování v kontaktních centrech.....	41
9.3	Typy testů používaných v kontaktních centrech v České republice .....	43
9.4	Komplikace v poskytování testování na infekční choroby v nízkoprahových zařízeních .....	43
9.5	Zajištění péče o klienty kontaktních center v rámci testování na infekční choroby .....	46
9.6	Přínos testování pro kontaktní práci .....	46
9.7	Ideální praxe versus současné poskytování testování v kontaktních centrech .....	48
9.7.1	Personální zajištění.....	48
9.7.2	Používání formálních metodických pokynů/příruček.....	48
9.7.3	Délka testování.....	49
9.7.4	Anonymní testování .....	50
10	DISKUZE .....	54
	ZÁVĚR .....	59
	ODKAZY.....	60
	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK .....	63
	PŘÍLOHA .....	64



## ABSTRAKT

Práce vytváří souhrnný náhled do současného stavu testování na přítomnost infekčních chorob u uživatelů drog, v kontaktních centrech a snaží se identifikovat faktory, které brání poskytování této důležité preventivní aktivity v kvalitě odpovídající dobré praxi. Stručně nastiňuje právní problematiku, technické a personální požadavky, podmínky a zásady provádění screeningového testování infekčních chorob v nízkoprahových zařízeních pro uživatele drog v ČR. Porovnáním aktuálního stavu s vybranou vědeckou literaturou a s manuály mezinárodních a národních organizací dospívá k setu doporučení, jejichž implementace by zlepšila pokrytí cílové populace danou intervencí a její kvalitu. Nástroji pro sběr dat je anonymní dotazník (ve verzích pro zařízení, jež poskytují alespoň jeden druh testů, a pro netestující zařízení), použitými metodami je kvantitativní a kvalitativní analýza získaných dat, analýza textů a komparativní analýza.

### Klíčová slova

infekční nemoci, uživatelé drog, nízkoprahový přístup, včasná diagnostika, prevence

The work creates a general insight into the contemporary situation of testing infectious diseases of drug users, in contact centers and tries to identify factors which obstruct providing this essential prevention activity in quality corresponding with good practice. It briefly suggests legal issues, technical and personnel requirements, conditions and principals of screening testing of infectious diseases in low-threshold facilities for drug users in the Czech Republic. By comparing the current situation with selected specialized literature and with manuals of international and national organizations, the work concludes with a set of recommendations of which implementation would improve coverage of target population with given intervention and its proper quality. Instrument for data collection is an anonymous questionnaire (in versions for facilities providing at least one kind of tests and for non-testing institutions), methods used are quantitative and qualitative analysis of collected data, analysis of texts and comparative analysis.

### Key words

infectious diseases, drug users, low-threshold approach, early diagnosis, prevention

## ÚVOD

Téma bakalářské práce vychází z aktuální situace v poskytování služeb v nízkoprahových zařízeních pro problémové uživatele drog. Jelikož je testování a včasný záchyt infekčních nemocí důležitou součástí preventivních intervencí, jak je uvedeno také v řadě dokumentů (např. Akční plán protidrogové politiky 2010 – 2012, Standardy odborné způsobilosti RVKPP, Pokyny EMCDDA z roku 2010), byla práce zaměřena na tuto problematiku. Nabídka screeningového testování v kontaktních centrech je účinným nástrojem pro snížení incidence infekčních chorob u injekčních uživatelů drog. Míra protestovanosti problémových uživatelů drog, je také významným faktorem v rámci harm reduction a ochrany veřejného zdraví, což je častým tématem odborných diskuzí a konferencí.

Práce je rozdělena na dvě části teoretickou a praktickou. V teoretické části je stručně rozpracováno téma infekčních nemocí a poskytování screeningového testování v podmínkách nízkoprahových zařízeních pro uživatele drog, charakteristika poradenství poskytovaného při testování, právní problematika a v neposlední řadě také epidemiologické údaje o výskytu infekčních nemocí mezi problémovými uživateli drog v České republice. Hlavním zdrojem byly odborné publikace z oboru infektologie, hematologie a venerologie, dále pak publikace Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky ČR určené pro odbornou veřejnost, zprávy odborných institucí a právní dokumenty.

V praktické části práce byla provedena analýza dat získaných od pracovníků kontaktních center pomocí anonymního dotazníku.

Práce vytvořila stručný náhled do aktuální situace screeningového testování v nízkoprahových zařízeních pro uživatele drog.

## TEORETICKÁ ČÁST

### 1 INFEKČNÍ ONEMOCNĚNÍ

Somatická komorbidní onemocnění mohou představovat pro uživatele drog vážnější problém než závislost na psychotropních látkách. Tato onemocnění jsou často neléčitelnými poruchami, které je možné pouze stabilizovat (HIV/AIDS), jiné mají nepříznivou prognózu v kombinaci se závislostí jako primárním onemocněním. Infekční onemocnění přenášená krví patří mezi nejčastější a nejzávažnější zdravotní komplikace injekční aplikace drog (Minařík, Řehák, 2008).

#### 1.1 AIDS

AIDS (syndrom získané imunodeficiency) je smrtelné onemocnění, jehož podstatou je postupný rozvrat a vyčerpání imunitního systému (Dáňová, Göpfertová, Pazdiora, 2006).

##### 1.1.1 Definice

AIDS je onemocnění vyvolané virem HIV, který byl poprvé diagnostikován v roce 1983. Průměrně dochází k plně rozvinutému onemocnění AIDS u neléčeného jedince zhruba za 10 let. Pokročilý AIDS představuje těžkou poruchu imunity a postižení může být následně přítomno ve většině orgánových systémů (Minařík, Řehák, 2008).

##### 1.1.2 Klinický obraz

Několik týdnů po nákaze dochází téměř u poloviny infikovaných osob k výskytu příznaků chřipkového charakteru. Poté následuje dlouhé období latence, které může trvat 6 měsíců až 10 let, kdy je člověk zcela bez příznaků. Po této fázi se objevují trávicí potíže, rozvrat buněčné imunity, poškození CNS a tzv. „malé“ oportunní infekce (např. kandidóza, pásový opar). Může se objevit horečka, průjemy, hubnutí. V další fázi nastupují závažné

oportunní infekce virového, bakteriálního i parazitárního původu, jako je například toxoplazmová encefalitida, pneumocystová pneumonie, tuberkulóza, určité typy nádorů (Dáňová, Göpfertová, Pazdiora, 2006).

### **1.1.3 Způsob přenosu**

Rozsypal (1998) dále uvádí, že HIV infekce se přenáší sexuálně, parenterálně a vertikálně. Způsoby přenosu infekce jsou určeny přítomností viru v krvi, spermatu a vaginálním sekretu infikovaných jedinců. Virus se také vyskytuje v nepatrném množství v dalších tělních tekutinách (slzy, sliny), které se však v šíření viru neuplatňují. Hlavním způsobem přenosu je sexuální přenos, ke kterému může dojít při vaginálním i análním styku. Vstupní branou infekce je anální sliznice nebo sliznice pohlavního ústrojí. K parenterálnímu přenosu může dojít společným sdílením kontaminovaných injekčních jehel a stříkaček, nejčastěji u intravenózních uživatelů drog. Teoreticky k nákaze může dojít i tetovacími nebo nesterilními akupunkturními jehlami. K přenosu HIV infikovanými transfúzemi a krevními deriváty by v dnešní době docházet nemělo, jelikož přípravky z krve v ČR od 1. 6. 1987 podléhají povinnému testování. K vertikálnímu přenosu dochází v průběhu těhotenství a zejména během porodu, výjimečně pak kojením. Inkubační doba, tedy doba od expozice viru do prvních příznaků primoinfekce, se uvádí obvykle 2 až 6 týdnů, zřídka i několik měsíců (Rozsypal, 1998).

### **1.1.4 Prevence**

Hlavním a nejúčinnějším nástrojem prevence je široká zdravotní výchova ke zdraví, zaměřená na zásady bezpečnějšího pohlavního styku. Dále pak jsou důležité výměnné programy stříkaček a jehel (Dáňová, Göpfertová, Pazdiora, 2006).

### 1.1.5 Léčba

Základem léčby HIV infekce je antiretrovirová chemoterapie a profylaxe. Dále pak léčba oportunních infekcí a ostatních komplikujících stavů. Je nutné také věnovat pozornost péči o správnou životosprávu a výživu (Rozsypal, 1998).

MUDr. Ivo Procházka, předseda společnosti AIDS – pomoc, o. s. v emailovém dotazu, jaké jsou náklady na léčbu HIV pozitivních osob, odpověděl: „Cena základní měsíční protivirové terapie se pohybuje kolem 15-25 000 Kč, je plna hrazena zdravotními pojišťovnami. Samozřejmě k celkové ceně léků je třeba připočítat ještě cenu vlastní lékařské péče a laboratorní vyšetření (jen vyšetření virové nálože je přes 10 000 Kč, provádí se obvykle 2-4x ročně). V případě léčby pokročilé se mohou jen náklady za léky vyšplhat až na 50 000 Kč měsíčně. Léčbu užívá asi 80 % všech HIV pozitivních, přibližně čtyři pětiny, možná i více, jsou pak na léčbě základní. U lidí s pokročilejším defektem imunity je třeba připočítat přibližně roční profylaxi oportunních infekcí (ale to není tak mnoho osob). Protivirová léčba a samotná HIV infekce zvyšuje zejména u starších osob riziko jiných chronických chorob, což nezřídka znamená další ekonomické náklady.“

## 1.2 SYFILIS

Výskyt onemocnění syfilis je celosvětově zaznamenáván zejména u mladých sexuálně aktivních lidí, obzvláště pak u prostitutek a problémových uživatelů psychotropních látek. V České republice je ročně hlášeno několik set případů časně syfilis, a další stovky pozdní nebo neurčené syfilis (Dáňová, Göpfertová, Pazdiora, 2006).

### 1.2.1 Definice

Syfilis je sexuálně přenosnou chorobou způsobenou bakterií *Treponema pallidum*, která může mít neobvyklé projevy a akcelerovaný průběh (Rozsypal, 1998).

### 1.2.2 Klinický obraz

Onemocnění syfilis se dělí na získanou a vrozenou. Získaná syfilis se rozvíjí ve 3 stádiích. Primární léze se tvoří v místě průniku bakterie *Treponema pallidum* (zevní genitálie, cervix, perianální oblast nebo v ústech). Poté se vytvoří tvrdý vřed a lymfadenitida spádových uzlin. Sekundární stádium začíná obvykle za 2 až 8 týdnů po objevení vředu. V této fázi onemocnění se tvoří také exantém, lymfadenitida, může se objevit hepatitida či meningitida. K terciárnímu stádiu dochází léta po nákaze. Příznačná je zde tvorba gummat a progredující poškození cév, kostí a centrálního nervového systému. Vrozená syfilis se projevuje malformacemi plodu nebo jeho potracením (Dáňová, Göpfertová, Pazdiora, 2006).

### 1.2.3 Způsob přenosu

Nejčastějším způsobem přenosu je sexuální styk. Pravděpodobnost nákazy při nechráněném pohlavního styku s infikovanou osobou je odhadován na 50 %. Dalším způsobem nákazy je přenos z infikované matky na dítě (transplacentárně). Možnost nákazy existuje také při styku kontaminovanou krví (např. sdílením jehel a stříkaček). Inkubační doba je 10 dní až 3 měsíce. Nejčastěji se jedná o 3 týdny (Dáňová, Göpfertová, Pazdiora, 2006).

### 1.2.4 Prevence

Preventivní opatření jsou zaměřená především na uplatňování zásad bezpečnějšího sexu. Sekundárně preventivním opatřením pak jsou sérologická vyšetření krve (Dáňová, Göpfertová, Pazdiora, 2006).

### 1.2.5 Léčba

Onemocnění se léčí pomocí antibiotik. Používá se prokain-benzylpenicilin 1x2,4 mil. IU/d i. m. po dobu minimálně 14 dnů v případě časně syfilitidy a více než 3 týdny u pozdní syfilitidy v kombinaci s probenecidem (Rozsypal, 1998).

MUDr. Jiřina Hobstová, CSc. v emailovém dotazu uvedla: „*Ambulantní léčba je levná, řekněme, že se vejde do 3 000,-Kč, většinou ale uživatele drog chtějí hospitalizovat, neboť záruka, že budou chodit na ambulanci je malá, tím se vše prodražuje a může vyjít na 20 000,-Kč podle délky hospitalizace (průměr 7 dní).*“

### **1.3 VIROVÁ HEPATITIDA B**

Virová hepatitida typu B je řazena mezi nejzávažnější zdravotnické problémy současnosti, a to především v rozvojových zemích světa. Hepatitida typu B je devátou až desátou nejčastější infekční příčinou smrti. V celosvětovém měřítku umírá ročně na následky infekce virové hepatitidy typu B - zejména na jaterní cirhózu a rakovinu jater - půl až jeden milión osob. V současnosti je chronicky infikováno 350 - 400 miliónů lidí (Husa, 2005).

#### **1.3.1 Definice**

Virová hepatitida typu B je obvykle popisována jako klinicky závažné onemocnění s primárním postižením jater. Přestože se virus množí pouze v játrech, může na podkladě imunitních reakcí dojít k poškození i dalších tkání např. kloubů a kůže (Dohnal, Göpfertová, Janovská, 1999).

#### **1.3.2 Klinický obraz**

Virová hepatitida může probíhat pod obrazem akutní choroby, která vzniká z plného zdraví. V prodromální fázi dominují především chřipkové příznaky. Akutní fáze onemocnění trvá zpravidla 4 až 6 týdnů, intenzita ikteru a jaterního zánětu je úměrná imunitní odpovědi hostitele. Infekce virem hepatitidy B může ale probíhat také plíživě, bez manifestní akutní fáze. V takovém případě jsou příznaky často nespecifické. Může se objevit zvýšená únavnost, slabost, snížená chuť k jídlu, váhový úbytek. Přesto, že onemocnění probíhá jen s malou intenzitou, je i takový pacient velmi infekční (Krekulová, Řehák, 1998).

### 1.3.3 Způsob přenosu

Zdrojem nákazy je jedinec s akutní nebo chronickou infekcí způsobenou virem hepatitidy B, včetně bezpříznakového nosičství. K přenosu dochází především infikovanou krví. Velký epidemiologický význam má nozokomiální přenos při provádění parenterálních výkonů. K parenterálnímu přenosu může dojít také při intravenózní aplikaci drog. Další možnou cestou nákazy je pohlavní styk s infikovanou osobou. Virus hepatitidy B může obsahovat sperma i vaginální sekret. Další možností je vertikální přenos z infikované matky na dítě. Inkubační doba je uváděna 50 až 180 dní. Nejčastěji se jedná o období kolem 3 měsíců (Dohnal, Göpfertová, Janovská, 1999).

### 1.3.4 Prevence

Prevence hepatitid typu B spočívá především v ochraně před kontaktem s infikovanou krví a sekrety nemocných. Riziko představuje intimní kontakt s nemocným, nechráněný pohlavní styk, společné používání hygienických potřeb. Významnou součástí prevence je také aktivní imunizace proti hepatitidě A a B. Vakcinací proti virové hepatitidě B je možné zabránit také šíření virové hepatitidy typu D, která se vyskytuje pouze u osob infikovaných virem žloutenky B. Vakcíny proti hepatitidě B jsou II. generace a podávají se intramuskulárně (Krekulová, Řehák, 1998).

### 1.3.5 Léčba

Léčba akutních virových hepatitid probíhá převážně za hospitalizace na infekčních odděleních a klinikách. Důraz je kladen na fyzické a psychické zklidnění pacienta, dietě a podávání podpůrných léků. Pro léčbu chronické hepatitidy B jsou v současnosti k dispozici 4 účinné preparáty – pegylovaný interferon alfa-2a, konvenční interferon alfa, lamivudin a adenovir dipivoxil (Husa, 2005).

Primářka infekčního oddělení ve Fakultní nemocnici Motol MUDr. Jiřina Hobstová, CSc., uvedla: „Roční léčba interferonem stojí cca 250 000,-Kč a v případě, že není úspěšná, tak virostatika, při čemž dnes je to většinou tenofovir nebo entecavir, což



*je 9-12 000,/měsíc a délku léčby nelze dopředu odhadnout, někdy jsou to roky někdy doživotně.“*

## **1.4 VIROVÁ HEPATITIDA C**

Petr Husa (2009) ve svém článku uvádí, že podle kvalifikovaných odhadů je přibližně 3 % světové populace chronicky infikována virem žloutenky typu C. Celosvětově se tedy jedná o 180 až 200 milionů osob. V České republice je každoročně nově hlášeno 800 až 1000 případů akutních hepatitid typu C a nově poznaných chronických hepatitid C (Husa, 2009).

### **1.4.1 Definice**

Virus hepatitidy C byl identifikován v roce 1989. Jedná se o RNA virus řazený do čeledi Flaviviridae, rod Hepacivirus (Venerová, Zavoral a kol., 2007).

### **1.4.2 Klinický obraz**

Akutní virová hepatitida typu C probíhá převážně mírně nebo zcela bez příznaků. Inkubační doba je zpravidla 5 – 12 týdnů. Pravděpodobnost přechodu infekce do chronicity se pohybuje od 40 – 50 % až po 90 – 100 % v závislosti na věku, způsobu přenosu, velikosti infekční dávky, konfekci s virovou hepatitidou typu B nebo HIV. Chronická virová hepatitida typu C probíhá ve většině případů asymptomaticky, proto jsou diagnostikovány spíše náhodou při preventivních vyšetřeních. O chronickou virovou hepatitidu se jedná, pokud přetrvávají známky virové infekce déle než 6 měsíců (Husa, 2009).

### **1.4.3 Způsob přenosu**

Krekulová a Řehák (1998) popisují přenos virové hepatitidy C převážně parenterální cestou. Dále zmiňují možnost přenosu viru z infikované matky na dítě a přenos pohlavní cestou. U velké části infikovaných jedinců se zdroj nákazy nedaří identifikovat (zhruba 40

%). Inkubační doba choroby je 14 – 180 dní, nejčastěji kolem 45 dní (Krekulová, Řehák, 1998).

#### 1.4.4 Prevence

Preventivní epidemiologická opatření před virem hepatitidy C spočívají v dodržování protiepidemického režimu ve zdravotnických i nezdravotnických zařízeních, výběru a diagnostice dárců krve a výměnných programech jehel a injekčních stříkaček u uživatelů drog (Dáňová, Göpfertová, Pazdiora, 2006).

#### 1.4.5 Léčba

Virová hepatitida typu C není v akutní fázi diagnostikována příliš často. V naprosté většině případů jde o injekční uživatele drog a průběh onemocnění je většinou nekomplikovaný. Léčba v tomto stadiu je pouze symptomatická a nijak se neliší od léčby jiných akutních virových hepatitid (Husa, 2009).

Úspěšnost léčby onemocnění v chronickém stadiu se hodnotí podle trvalého vymizení viru z krve. Účinnost léčby vzrostla během uplynulého desetiletí z původních 5 % na současných 50 – 60 % u pacientů infikovaných typem 1 viru a 70 – 80 % u pacientů nakažených typem 2 nebo 3. Pro léčbu se používá kombinace pegylovaného interferonu, který se podává formou podkožní injekce jednou týdně a ribavirinu, který se užívá perorálně ve formě kapslí nebo tablet. Léčba se provádí ambulantně a je ve většině případů snášena uspokojivě, přestože se poměrně často objevují vedlejší nežádoucí účinky. Během léčby jsou nutné pravidelné kontroly u lékaře specializovaného na léčbu jaterních onemocnění (Husa, 2003).

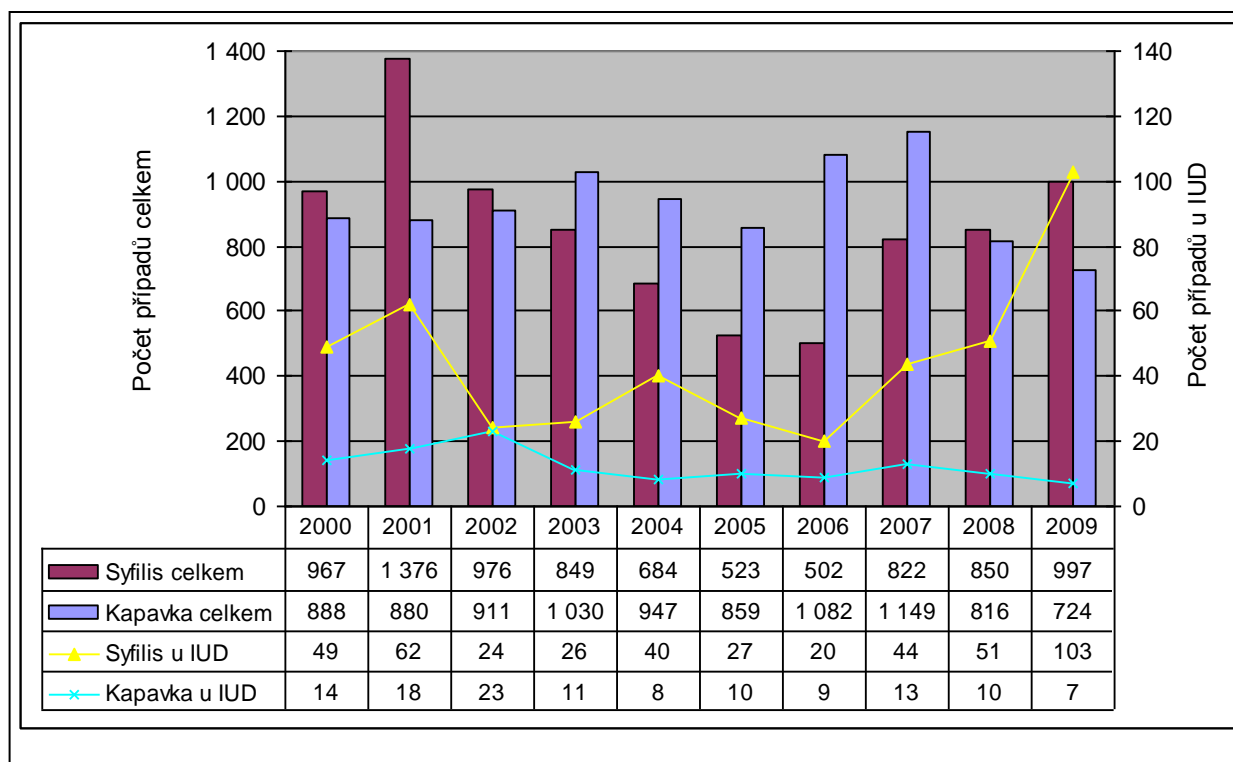
Podle MUDr. Jiřiny Hobstové, CSc. stojí léčba jednoho klienta na VHC ročně cca 500 000 Kč.

## 2 VÝSKYT INFEKČNÍCH CHOROB MEZI UŽIVATELI DROG V ČESKÉ REPUBLICE

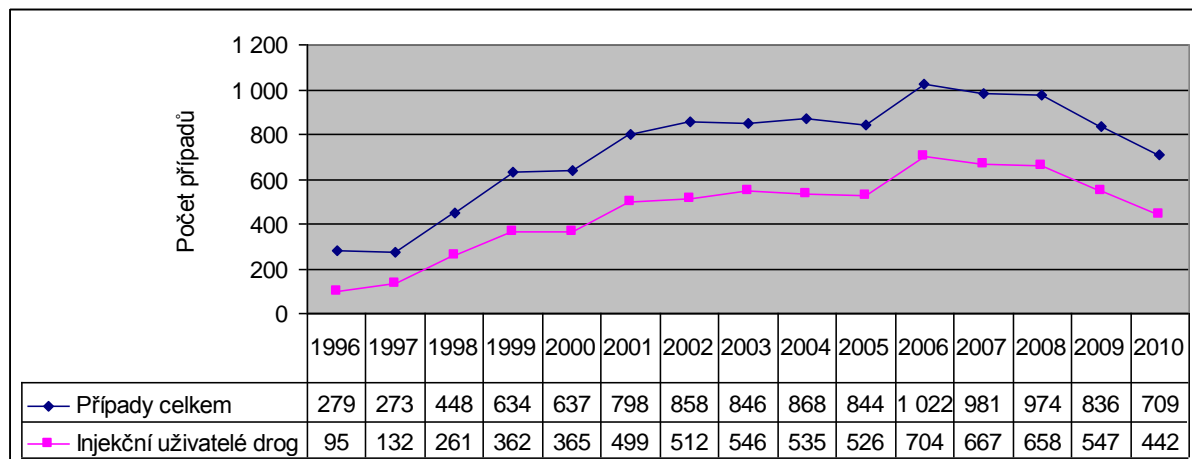
Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v roce 2009 uvádí, že střední (bodová) hodnota odhadovaného počtu problémových uživatelů drog v roce 2009 vzrostla na 37,4 tisíc.

V roce 2009 přetrvávala relativně příznivá situace ve výskytu infekčních onemocnění mezi injekčními uživateli drog. V roce 2009 bylo nově identifikováno 7 HIV pozitivních osob, u kterých mohlo dojít k nákaze injekčním užíváním drog, což je méně než v roce 2007 a 2008. Počet nově hlášených případů virové hepatitidy B a C u injekčních uživatelů drog také v posledních letech klesá. Poprvé v roce 2009 byly k dispozici údaje o nových případech pohlavně přenosných chorob u nitrožilních uživatelů drog. V posledních letech je patrný rostoucí trend výskytu syfilis u uživatelů drog. V roce 2009 bylo hlášeno 103 případů syfilis mezi injekčními uživateli drog, což je 10 % ze všech hlášených případů (Mravčík a kol., 2010).

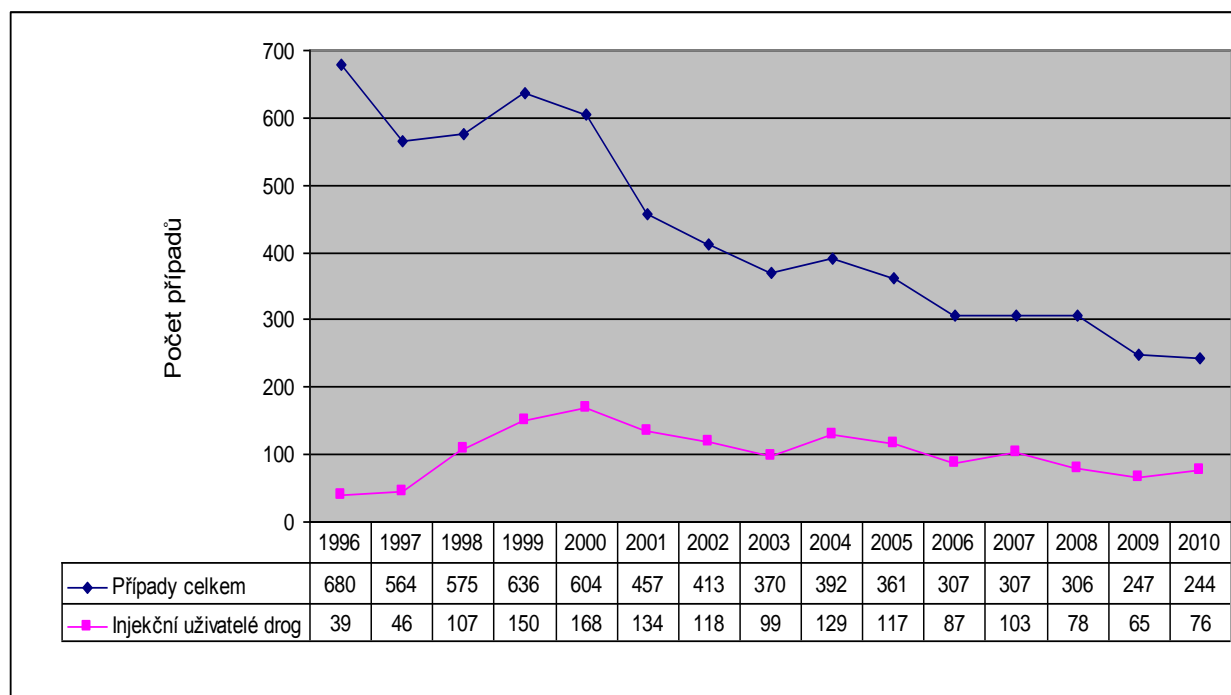
**Graf 1: Hlášená incidence syfilis a kapavky celkem a u injekčních uživatelů drog (IUD) v ČR v r. 2000–2009 (Mravčík a kol., 2010)**



**Graf 2 – Hlášená incidence akutní a chronické VHC celkem a u injekčních uživatelů drog v r. 2009 – 2010 (Mravčík a kol., 2011)**



**Graf 3 – Hlášená incidence akutní VHB celkem a u injekčních uživatelů drog v ČR v r. 1996 – 2010 (Mravčík a kol., 2011)**



**Tabulka 1 – Počet nově zjištěných případů HIV v ČR do r. 2010 podle jednotlivých let a způsobu přenosu (Mravčík a kol., 2011)**

Způsob přenosu (riziková skupina)	1985 - 2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Celkem	
								Počet	%
Homo/bisexuální styk	387	52	54	72	88	103	125	881	57,88
Heterosexuální styk	239	29	26	28	45	43	37	447	29,37
IUD	33	4	4	12	8	4	5	70	4,60
IUD a homo/bisexuální styk	11	1	1	5	4	3	2	27	1,77
Ostatní	37	0	0	0	0	0	0	37	2,43
Nezjištěno	29	4	6	4	3	3	11	60	3,94
<b>Celkem</b>	<b>736</b>	<b>90</b>	<b>91</b>	<b>121</b>	<b>148</b>	<b>156</b>	<b>180</b>	<b>1522</b>	<b>100,00</b>

Informace o vyšetřeních na infekční nemoci (HIV, VHC, VHB) každoročně sleduje také Hygienická stanice pomocí registru žadatelů o léčbu (TDI registr). Jedná se převážně o informace získané od samotných uživatelů, případně o údaje ze zdravotní dokumentace klienta (Mravčík, Nečas, 2010).

Výroční zpráva Hygienické stanice za rok 2009 uvádí, že v roce 2009 došlo k poklesu evidovaných případů akutní i chronické VHC oproti roku 2008. Nejvyšší počty onemocnění jsou evidovány v Praze, Ústeckém a Středočeském kraji. Oproti předchozímu roku došlo v roce 2009 také k poklesu případů akutní hepatitidy B (všech případů i onemocnění u injekčních uživatelů drog), podíl nitrožilních uživatelů drog se však mezi nemocnými zvýšil o 0,5 %. Výroční zpráva Hygienické stanice 2009 ve spolupráci s Národní referenční laboratoří pro HIV/AIDS se také zaměřuje na sledování incidence a prevalence HIV mezi injekčními uživateli drog. Ke dni 31. 12. 2009 bylo v ČR provedeno 16 328 485 vyšetření na HIV, z nichž bylo evidováno 1 344 HIV pozitivních osob, z toho se v 64 případech jednalo o nitrožilní uživatele drog (Hygienická stanice ČR, 2010).

Incidenci pohlavně přenosných chorob mezi injekčními uživateli drog sleduje ve své aktuální informaci Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, který uvádí, že výskyt

onemocnění syfilis mezi uživateli drog vzrostl ze 49 případů v roce 2000 na 62 případů v roce 2001 a následně klesl v roce 2002 o více než 60 % (na 24 případů). V následujících dvou letech počet onemocnění opět rostl. Od roku 2006, kdy byl počet onemocnění syfilis pouze 20 u uživatelů drog. Od té doby počet onemocnění pouze rostl. V roce 2009 bylo hlášeno 103 případů syfilis u uživatelů drog, což je pětkrát více než v roce 2006 (ÚZIS ČR, 2010).

### **3 TESTOVÁNÍ NA INFEKČNÍ CHOROBY**

Infekční nemoci patří mezi nejzávažnější zdravotní důsledky injekčního užívání drog a může vést k významným nákladům na zdravotní péči. Nitrožilní uživatelé drog jsou náchylní z důvodu svého rizikového chování (špatná hygiena, bezdomovectví apod.) k řadě infekčních onemocnění. Tato skutečnost vede k vyšší nemocnosti a úmrtnosti v této skupině ve srovnání s jedinci stejné věkové skupiny v populaci. Infekce injekčních uživatelů drog mohou představovat riziko pro všeobecnou populaci (Blystad, Wiessing a kol., 2010).

#### **3.1 Testování v kontaktních centrech**

Testování na infekční choroby v kontaktních a poradenských centrech pro problémové uživatele drog je velmi důležitou službou nejen pro klienty, ale také pro veřejnost v rámci ochrany veřejného zdraví. Důležitost této služby také uvádí Standardy odborné způsobilosti vydané Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky ČR (RVKPP, 2001). Tyto standardy jsou určeny pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách, jejichž cílem je stanovit kritéria péče o uživatele drog, která by měla být závazná pro všechny poskytovatele odborných služeb. Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky zahájila proces certifikací odborné způsobilosti služeb 1. 1. 2005. Proces certifikace by měl být posouzením a formálním uznáním toho, že daná služba odpovídá stanoveným kritériím kvality, odbornosti a komplexnosti. Speciální standardy pro kontaktní a poradenská centra uvádí, že nízkoprahové služby jsou přístupné všem přicházejícím klientům včetně anonymních a zahrnují kontaktní práci, výměnu injekčního materiálu, základní poradenství, základní zdravotní péči, zajišťují testování na HIV a hepatitidy, neodkladnou péči a doplňkové služby. Dokument dále zmiňuje, že zařízení by

pro získání certifikace mělo zajistit testování na HIV a hepatitidy, a to včetně před a potestového poradenství (RVKPP, 2001).

Podle těchto standardů by každé zařízení mělo mít písemně definované postupy v oblasti monitorování virových hepatitid a HIV, stejně jako v oblasti úklidu, dezinfekce a obecné prevence infekčních chorob podle požadavků hygienické stanice. Stanovení podmínek a zásad provádění testování na infekční nemoci v nízkoprahových zařízeních by mělo brát v úvahu nízkoprahovost zařízení, druh prováděných testů a konkrétní hygienické, provozní a personální podmínky v daném zařízení (Dolanská, Korčíšová, Mravčík, 2004).

Akční plán (schválený usnesením vlády ze dne 19. ledna 2011 č. 47) realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 až 2012 uvádí jako jeden z hlavních cílů aktivit „zvýšení protestovanosti uživatelů drog na infekční choroby.“ Dokument definuje několik aktivit spojených s touto oblastí – aktualizovat manuál testování v nízkoprahových zařízeních, vzdělávat pracovníky adiktologických služeb v problematice testování na infekční onemocnění, zavést možnosti nebo zprostředkování testování na HIV, žloutenku typu C a syfilis ve všech nízkoprahových adiktologických službách, zlepšit spolupráci zdravotnických zařízení s programy pro uživatele drog (Kolektiv autorů, 2011).

### **3.2 Podmínky testování**

Publikace vydaná Národním monitorovacím střediskem pro drogy a drogové závislosti definuje jako minimální standard poskytování testování na infekční choroby v nízkoprahových zařízeních následující podmínky:

- Vhodné prostory pro provádění odběrů a poradenství.
- Vnitřní směrnice (manuál), kterou má zařízení zpracovanou pro provádění testování, úklidu, likvidace odběrového materiálu a dezinfekce. Se směrnicí musí být seznámen personál zařízení.

- Zajištění možnosti potvrzení reaktivního testu ze slin nebo kapilární krve konfirmačním testem ze žilní krve (séra) ve standardní laboratoři (v případě HIV pozitivivity v Národní referenční laboratoři pro AIDS).
- Zajištění následné lékařské péče o klienty s prokázanou infekcí.
- Vedení řádné evidence v kartě klienta.
- Podávání hlášení o počtu provedených vyšetření HIV protilátek a další údaje na formuláři Hlášení NRL, AIDS, SZÚ (dvakrát ročně), stejně jako mají tuto povinnost zákonně dány laboratoře vyšetřující HIV.
- Dodržování mlčenlivosti v intencích lékařského tajemství všech pracovníků, kteří přicházejí do styku s výsledky a osobními daty klientů.
- V případě, že zařízení má statut zdravotnického zařízení, musí být provozní řád ordinace schválen orgány ochrany veřejného zdraví.
- V případě, že zařízení nemá statut zdravotnického zařízení, jsou odběry prováděny pouze ze slin nebo z kapilární krve, případně mají kontraktované zdravotnické zařízení, kde jsou odběry prováděny.
- Pracovníci, kteří poskytují testování, jsou řádně proškoleni ve způsobu provádění testů, jejich interpretaci a před a potestového poradenství.

Zařízení, které chce testování na infekční nemoci nabízet, by mělo zajistit podmínky i pro provádění anonymního testování. Pokud běžně neeviduje klienty pod anonymními kódy, mělo by zavést specifickou formu dokumentace (Dolanská, Korčíšová, Mravčík, 2004).

### **3.3 Testy na infekční choroby**

Všechny testy na HIV a virové hepatitidy používané v České republice by měly být řádně registrovány Ministerstvem zdravotnictví České republiky a posouzeny Národní referenční laboratoří. Tento požadavek se vztahuje také na rychlé testy z kapilární krve, které jsou vhodné pro použití v nízkoprahových zařízeních (Dolanská, Korčíšová, Mravčík, 2004).



Rychlé testy jsou podle Mravčíka a Nečase (2010) méně náročné na kvalifikaci personálu, odečtení výsledku testu je snadné a jsou k dispozici v řádu minut. Testy na přítomnost infekcí spočívají zejména ve vyšetření protilátek proti jejich původcům (Mravčík, Nečas, 2010).

Nařízení vlády č. 453/2004 Sb., kterým se stanoví technické požadavky na diagnostické zdravotnické prostředky in vitro. §5 definuje podmínky uvedení in vitro diagnostik na trh a do provozu (shoda v souladu s § 8, splňují základní požadavky a další ustanovení tohoto nařízení, která se na ně vztahují, bylo pro ně vydáno prohlášení o shodě podle tohoto nařízení a byla opatřena označením CE). Do provozu mohou být in vitro diagnostika uvedena pouze tehdy, jestliže splňují uvedené podmínky a byla dodána a instalována odpovídajícím způsobem v souladu s určeným účelem použití.

Mravčík a Nečas (2010) uvádí, že v důsledku této legislativy byly na začátku roku 2006 staženy rychlé testy a došlo k několikaměsíčnímu výpadku dostupnosti rychlých testů na HIV a VHC, který přetrval do začátku roku 2010, kdy byl na český trh uveden rychlý test na VHC z kapilární krve s certifikátem pro evropský trh (CE certifikát). V roce 2008 byla některým kontaktním centrům nabídnuta možnost rychlých testů z kapilární krve ze séra, spolu s příslušným vybavením a proškolením. Článek dále zmiňuje finanční problematiku testování, která je pro poskytování této služby limitující. Nejnižší cena jednoho vyšetření rychlým testem z kapilární krve se v současné době pohybuje kolem 60 Kč (Mravčík, Nečas, 2010).

### **3.4 Personální zajištění**

Mezi neoddělitelné podmínky pro provádění testování na infekční choroby ze strany zařízení patří i minimální dovednosti pracovníků. Mezi nezbytné dovednosti pracovníka patří vyškolení v přesném a správném postupu odběru vzorku a odečítání výsledků testu. Pracovník by měl mít maximum informací o HIV a virových hepatitidách, o způsobu přenosu, klinickém obrazu, možnostech diagnostiky a léčby onemocnění. Pracovník by měl ovládat poradenské dovednosti, jako je například schopnost naslouchání, empatie, akceptace klienta, znalost metod motivačního tréninku apod. V neposlední řadě by měl mít pracovník schopnost mluvit s klientem o intimních tématech (Dolanská, Korčišová, Mravčík, 2004).

Dolanská, Korčíšová, Mravčík (2004) v dokumentu uvádějí, že vzhledem k charakteru většiny testů, které jsou v nízkoprahových zařízeních využívány (z kapilární krve, slinné testy), není podmínkou odběru zdravotnický personál. Doporučené požadavky na personál definují takto: minimálně středoškolské vzdělání, kurz krizové intervence, kurz první pomoci, praxe v práci s uživateli drog nejméně 6 měsíců. (Dolanská, Korčíšová, Mravčík, 2004). Takto upravené podmínky jsou však v současné době v rozporu se Zákonem č. 55/2011 Sb.

Seznam výkonů v drogových službách popisují požadavky na odbornost samostatného personálu takto: odborný adiktologický pracovník, který má minimální délku praxe 6 měsíců. Invazivní zákrok (definován Vyhláškou 440/2000 Sb., kterou se stanovují hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a upravují podmínky, při nichž je porušována integrita kůže) může provádět pouze zdravotnický personál (Úřad vlády ČR, 2006).

Sbírka zákonů č. 55/2011 ve Vyhlášce o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků ze dne 1. března 2011 definuje v § 22 výkon činnosti adiktologa bez odborného dohledu. Dle vyhlášky může adiktolog s uznáním výkonu povolání bez odborného dohledu vykonávat mimo jiné neinvazivní odběry biologického materiálu pro vyšetření přítomnosti návykových látek a infekčních nemocí. Podle výše zmíněné vyhlášky může odběr biologického materiálu a provádění screeningových vyšetření provádět všeobecná sestra s uznáním kvalifikace bez odborného dohledu. V souvislosti s ochranou veřejného zdraví může také provádět odběr vzorků, odběry žilní a kapilární krve zdravotní laborant bez odborného dohledu. Odběr vzorků a biologického materiálu k laboratornímu vyšetření v rámci ochrany a podpory veřejného zdraví může provádět dále také asistent ochrany a podpory veřejného zdraví.

## **4 LEGISLATIVNÍ RÁMEC**

V souvislosti s poskytováním screeningového testování na infekční choroby je třeba postupovat dle zákonných předpisů ČR, které upravují podmínky provádění diagnostických či léčebných výkonů.

## 4.1 Hlášení infekčních nemocí

Vyhláška Ministerstva zdravotnictví 473/2008 Sb. o systému epidemiologické bdělosti pro vybrané infekce uvádí, že laboratoře provádějící screeningové vyšetření na HIV zasílají na příslušném formuláři do Národní referenční laboratoře pro AIDS měsíční hlášení o počtu provedených vyšetření včetně údajů o vyšetřované populaci a použitých testech. Dokument dále uvádí povinnost osoby poskytující péči, která diagnostikuje onemocnění virové hepatitidy typu B a C a syfilis, hlášení orgánu ochrany veřejného zdraví potvrzeného případu onemocnění a úmrtí na toto onemocnění.

U onemocnění syfilis I. a II. stadia musí být vždy nařízena izolace na venerologickém oddělení a osoby jsou povinny podrobit se léčení podle vyhlášky č. 195/2005 Sb., kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče.

## 4.2 Problematika anonymního testování na infekční choroby

Povinné nebo nepovinné testování na HIV z důvodu ochrany veřejného zdraví nepodporuje několik odborných institucí - Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (EMCDDA), stejně jako Úřad OSN pro drogy a zločin (UNODC), Světová zdravotnická organizace (WHO) a Společný program OSN pro AIDS (UNAIDS). Nejohroženější skupiny jedinců (např. injekční uživatelé drog) mohou být na základě informací o výskytu HIV, virových nebo bakteriálních infekcí vystaveni nátlaku a diskriminaci.

Podmínky, za kterých se injekční uživatelé podrobují testování na HIV a další infekce musí být proto zakotvena v oblasti lidských práv a etických zásad. Poskytovatelé zdravotní péče se musí řídit nejvyššími standardy s ohledem na důvěrnost a neoprávněné zveřejnění výsledků testu (Blystad, Wiessing a kol., 2010).

### 4.2.1 HIV

Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR z roku 1992 uvádí, že vyšetření na HIV je dobrovolné a anonymní, pokud si to vyšetřovaný nebo zákonný zástupce nezletilého přeje. Anonymní vyšetření se neprovádí u osoby, která vzhledem ke svému zdravotnímu stavu může ohrozit okolí (např. dárci krve, orgánů, spermatu). Výjimkou z principu dobrovolnosti jsou případy, kdy se jedná o osoby, které jsou v bezvědomí či jsou zbaveny způsobilosti k právním úkonům. Pokud si vyšetřovaná osoba přeje být vyšetřena anonymně, je jí přiděleno vhodné kódové označení. Vyšetřovaného může označit za pozitivního pouze laboratoř, která má oprávnění k provádění konfirmačního vyšetření. Ke všem údajům týkajícím se HIV a AIDS je nezbytné důsledně přistupovat tak, aby nedošlo k porušení povinné mlčenlivosti (Ministerstvo zdravotnictví, 1992).

### 4.2.2 Virová hepatitida B a C

Problematika anonymního testování na virové hepatitidy není nikde v legislativě přesně popsána, proto jsem emailem oslovila několik odborníků na infekční nemoci, s otázkou na jejich názor na toto téma.

Profesor Petr Husa, přednosta Kliniky infekčních chorob Masarykovy univerzity a Fakultní nemocnice Brno uvedl: *„Virové hepatitidy B a C se povinně hlásí. Není ale stanoveno, zda se hlásí již pozitivita (reaktivita) anti-HCV, nebo až výsledek konfirmovaný pozitivitou HCV RNA v séru (u nás trvá až 3 týdny, než je výsledek HCV RNA). Na naší klinice postupujeme takto: 1. pokud je to jasná akutní hepatitida (anamnéza, dynamika ALT, AST, ikterus apod) a jsou negativní markéry VHA, B, E - nahlásíme jako akutní VHC hned při pozitivitě anti-HCV. 2. pokud jde zjevně o chronika (většina případů, prakticky všechny případy při screeningu IUD), hlásíme až HCV RNA pozitivní případy. Často jsou však přímo laboratoře napojeny na hygieny a hlásí jim hned každou novou anti-HCV pozitivitu.“*

Primář infekčního oddělení a vedoucí AIDS centra Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem Pavel Dlouhý vnímá problematiku anonymního testování takto: *„Jsem přesvědčen, že testování klientů na infekce přenášené krví by mělo patřit k základním úkolům kontaktních center. Pro řadu injekčních uživatelů drog jsou tato nízkoprahová zařízení jediným místem,*

*kteře jsou schopni navštívít. Včasné vyhledávání infikovaných osob je přitom zásadní ze dvou důvodů - omezí šíření infekce v komunitě (je tedy v souladu s cíli zákona o ochraně veřejného zdraví) a přispěje k včasnému zahájení léčby (s lepšími výsledky a bez rozvoje následných komplikací). Vyšetření na hepatitidy a HIV mnohá K centra provádějí, je to ovšem spojeno s nedořešenými problémy: odběr musí provádět kvalifikovaný zdravotník oprávněný k odběrům krve, K centrum musí mít na tuto aktivitu finanční prostředky (zařízení odběrového místa, spotřební materiál - jehly, stříkačky, odpadové nádoby apod., mzdové prostředky pro zdravotníka), někdo musí uhradit samotné laboratorní vyšetření, obvykle se řeší spoluprací s nějakým zdravotnickým zařízením, na jehož IČZ se zasílá do laboratoře a vykazuje pak zdravotním pojišťovně. Je to postup hraniční, protože odběr lze chápat také jako preventivní aktivitu. Velmi důležitá je spolupráce K centra s nějakým místním resp. regionálním infektologickým či hepatologickým pracovištěm, kam jsou klienti se zjištěnou infekcí odesíláni. Na tomto pracovišti, které musí být také relativně nízkoprahové, by měli pracovat zdravotníci znalí drogové problematiky a schopní a ochotní s touto klientelou dále pracovat. Odběry lze provádět také anonymně, ale tento postup známý z testování na HIV není ideální a měl by být vyhrazen pro situace spíše výjimečné, kdy podezření na infekci je vysoké a zájem klienta na zachování anonymity nepřekonatelný. Anonymní odběry nelze samozřejmě vykázat pojišťovně, mnohdy jsou potíže s dohledáním pozitivní osoby, která se nedostaví pro výsledek a v případě prokázané infekce nelze stejně další péči poskytovat anonymně.“*

Docent Petr Urbánek z interní kliniky 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Ústřední vojenské nemocnice v Praze má tento názor: „VHB a VHC lze nepochybně testovat, k příslušnému vyšetření není požadován žádný informovaný souhlas vyšetřované osoby. Opačná situace je u HIV, zde je při každém vyšetření požadován podepsaný souhlas s vyšetřením, takže bez vědomí pacienta to učinit nelze. Při neinformování a negativním výsledku to přirozeně problém není, mnohem větší problém, etický, právní i medicínský však nastává v okamžiku pozitivivity. Medicínskou logiku tento přístup přirozeně postrádá, nicméně je to skutečnost. U obou VH (ale i u HIV a dalších STD) je medicínská indikace odběru jasná.“

Primářka Jiřina Hobstová z infekčního oddělení Fakultní nemocnice Motol odpověděla na otázku takto: „Anonymně lze testovat vlastně pouze proti HIV. Můj názor na ostatní nemoci-tedy VHB a VHC je, že anonymní testování je možné, ale musí to klient

*zaplatit, zatímco když dá r. č., tak to má zadarmo. To je můj názor. A myslím si také, že co není explicitně třeba zákonem zakázáno, tak je povoleno.“*

MUDr. Jan Šperl z kliniky hepatogastroenterologie IKEM uvedl následující: *„Screening virových hepatitid můžete u aktivních či bývalých IDU dle standardních doporučených postupů provádět z medicínské indikace. Pak se ale jedná o běžné vyšetření na náklady ZP a nemůže být anonymní. Pozitivní výsledek by měl mít terapeutické konsekvence.“*

### 4.2.3 Syfilis

Sbírka zákonů č. 195/2005 stanovuje povinnost hlášení o pohlavní nemoci (syfilis/příjice), včetně podezření na takové onemocnění. Z tohoto zákona vyplývá, že klient, u kterého byl výsledek screeningového vyšetření na syfilis reaktivní, podléhá povinnosti podstoupit konfirmační vyšetření a případnou léčbu. Zařízení, které vyšetření provedlo, má povinnost nahlásit podezření na výskyt této choroby příslušnému orgánu ochrany veřejného zdraví, včetně osobních údajů klienta (jméno, příjmení, rodné číslo).

Povinné hlášení do Národního registru pohlavních nemocí se vyplňuje za všechny osoby, u kterých se zjistilo onemocnění, nebo nákaza pohlavní nemoci na území České republiky, včetně případů zjištěných u cizinců a bezdomovců. Povinnému hlášení podléhají tyto pohlavně přenosné nemoci – vrozená syfilis, časná syfilis, pozdní syfilis, jiná a neurčená syfilis. Zpravodajskou jednotkou je každé zdravotnické pracoviště bez ohledu na zřizovatele, které onemocnění diagnostikovalo. Hlášení o chorobách jsou vkládána do Národního registru pohlavních nemocí prostřednictvím krajské hygienické stanice (ÚZIS, 2010).

## 5 PORADENSTVÍ

Velmi důležitou a často časově nejnáročnější složkou procesu screeningového vyšetření klientů nízkoprahových zařízení je poradenství. Pracovník, který testy provádí, by měl velmi dobře ovládat poradenské intervence a metody krizové intervence. Z tohoto důvodu není vhodné, aby testování prováděli samostatně studenti, kteří jsou v zařízení na odborné stáži či noví pracovníci v zácviku. Nedílnou součástí poradenství je také poskytování

informací o infekčních chorobách (např. způsob přenosu, projevy onemocnění, možnosti diagnostiky a léčby, legislativní problematika a prevence onemocnění. Pracovník by měl být připraven na otázky, které klient může k tomuto tématu položit (Dolanská, Korčíšová, Mravčík, 2004).

## 5.1 Poradenství obecně

Pojem „poradenství“ má svůj původ v „poskytování rady.“ O profesionálním poradenství lze na obecné úrovni hovořit jako o činnosti, při které na jedné straně vystupuje vyškolený odborník, jinými slovy poradce, který nabízí a realizuje poradenské služby a na straně druhé uživatel – klient, který tyto služby více či méně dobrovolně využívá. V oblasti pomáhajících profesí je pojem poradenství definován jako forma psychické či sociální pomoci, nikoli kontroly (Broža, 2008).

Minařík ve své prezentaci (2010) uvádí, že samotný proces testování je pouhým nástrojem, který přivádí klienta k poradenství a je prostředkem k iniciaci rozhovoru. Po samotném procesu testování, kdy známe výsledek vyšetření, vedeme poradenství určitým směrem podle výsledku testu (Minařík, 2010).

Dle Broži (2008) se v případě poradenství pro uživatele návykových látek často setkáváme s představou, že poradenství je pouhým předáním návodu na dobrý způsob chování, podle kterého bychom se měli zařídit, když nechceme mít obtíže. Mělo by však jít v první řadě o snahu dodat klientovi dostatečnou kompetentnost, aby zvládl a uměl řešit své problémy vlastními silami. Na časově omezené období můžeme nabídnout klientovi svoji asistenci. V tomto případě je nutné nezapomínat na to, že ten, kdo má konečnou zodpovědnost za svůj život, za svá rozhodnutí a za svoje chování je sám klient (Broža, 2008).

V případě poradenství nesmíme také opomíjet důležitost vhodného a pro klienta bezpečného prostředí a zajištění ochrany osobních dat dle zákona 101/2000 Sb. O ochraně osobních údajů.

Doporučení EMCDDA doporučují, aby konzultace s klientem v rámci testování zahrnovaly anamnézu a fyzikální vyšetření, předtestové poradenství včetně informovaného

souhlasu, samotné testování infekčních chorob, potestové poradenství, prevenci infekčních onemocnění a očkování, četnost a pravidelnost testování, etickou problematiku a následnou péči (Blystad, Wiessing a kol., 2010).

## 5.2 Předtestové poradenství

V úvodní fázi testování je důležité věnovat dostatek času poradenské intervenci. Minařík (2010) uvádí, že informace, které klient dostane v průběhu vyšetření, budou mít pravděpodobně větší vliv (ve smyslu větší či menší rizikovosti dalšího chování klientů) než samotný výsledek testu (Minařík, 2010).

Předtestové (též pre-testové) poradenství označuje poradenskou intervenci, která předchází samotnému odebrání biologického materiálu a provedení testu. Výhodné je, pokud předtestové poradenství, odběr vzorku a provedení testu, sdělení výsledku a potestové poradenství provádí jedna osoba. (Dolanská, Korčíšová, Mravčík, 2004)

Smyslem pre-testového poradenství je podle Minaříka (2010) navázání kontaktu s klientem, zaznamenání demografických údajů, zmapování pravidelnosti testování (kdy proběhlo poslední vyšetření), zmapování důvodů, proč má klient o vyšetření zájem, monitorování rizikového chování a také zvážení indikace k vyšetření. Musíme být připraveni na možnost nutnosti odmítnutí provedení testu (klient byl testován nedávno, časový odstup od rizikového chování je příliš krátký nebo v případě, že aktuální stav klienta vyvolává pochybnosti o tom, zda je schopen vnímat, co mu říkáme) (Minařík, 2010).

Hlavními tématy předtestového poradenství tedy je klientova osobní anamnéza a riziko expozice viru v současnosti a minulosti, klientova obeznámenost s infekčními nemocemi, schopnost klienta vyrovnat se s krizí (v případě reaktivního, potažmo pozitivního výsledku vyšetření) a seznámení klienta se samotným postupem vyšetření (Dolanská., Korčíšová, Mravčík, 2004).

V této části testování je velmi důležité také sdělit klientovi informace o testu a jeho limitech. Pracovník by měl klientovi vysvětlit rozdíl mezi screeningovým a konfirmačním vyšetřením, tedy rozdíl mezi reaktivním a pozitivním výsledkem vyšetření. Důležité je také



poskytnout klientovi informace o inkubační době jednotlivých onemocnění (respektive o době od nákazy do serokonverze). Z tohoto důvodu je nutné, aby pracovník, který testy provádí, měl dostatečné znalosti o problematice infekčních chorob.

Pokyny EMCDDA uvádějí, že předtestové informace mohou být zjednodušeny a opatření k potlačení rizik se lze věnovat v průběhu potestového poradenství. V ideálním případě je předtestové poradenství poskytnuto klientovi individuálně. Pokud to však není možné, může být alternativou skupinové sdělení informací před testováním. Informovaný souhlas by však měl být poskytnut samostatně mezi klientem a poskytovatelem zdravotní péče a měl by být zaznamenán ve zdravotní dokumentaci klienta nebo zdokumentován jiným způsobem. Klient by měl mít vždy pocit, že má možnost nechat se vyšetřit bez obav a nátlaku nebo bez hrozby negativních důsledků. To je zvláště důležité v prostředí, kde mohou mít klienti pocit, že svoboda jejich rozhodování je omezena (např. ve věznici) (Blystad, Wiessing a kol., 2010).

### **5.3 Potestové poradenství**

Potestové (post-testové) poradenství je nedílnou a důležitou součástí procesu testování. Proces poradenské intervence se odvíjí především podle výsledku vyšetření. Poradenské intervence lze odlišit do tří kategorií podle výsledku testu (negativního, reaktivního a pozitivního).

#### **5.3.1 Negativní výsledek vyšetření**

V případě negativního výsledku prožívá velká část klientů pocit úlevy a euforie, i přesto je nutné neopomenout některé důležité okolnosti. Je žádoucí zaměřit se na základní zásady prevence další možné nákazy (případně nabídnout zprostředkování očkování). Dále by měl pracovník seznámit klienta s nutností opakování vyšetření v případě, mohlo dojít k nákaze v příliš krátkém časovém období před prováděním testu, který není schopen virus či protilátky prokázat (Dolanská, Korčíšová, Mravčík, 2004).

### 5.3.2 Reaktivní výsledek vyšetření

V případě screeningového vyšetření hovoříme o reaktivním, neboli nejasném výsledku vyšetření, kdy je nutné následné konfirmační vyšetření ze žilní krve v laboratoři.

Jestliže je výsledek testu reaktivní (nejasný) může tento fakt u klienta vyvolat napětí až akutní psychické potíže. Tomuto stavu může pracovník do jisté míry předejít, pokud klienta v rámci poradenské intervence před provedením testu jasně informuje o tom, že k této situaci může dojít a že to zdaleka neznamená pouze možnost pozitivního výsledku testu. Pokud klient nedostane tuto informaci před provedením testu, může získat dojem, že test je skutečně pozitivní a pracovník pouze oddaluje sdělení výsledku tím, že ho odesílá na další vyšetření. Vždy je nutné klientovi zajistit konfirmační vyšetření. Ve většině případů nestačí poskytnout klientovi informaci o tom, kde se může nechat vyšetřit. Je vhodné, aby pracovník s klientem domluvil termín vyšetření, případně ho do zdravotnického zařízení doprovodil. Termín dalšího testu by měl být co nejčasnější (Dolanská, Korčíšová, Mravčík, 2004).

### 5.3.3 Pozitivní výsledek vyšetření

Situace, kdy je klientovi sdělován pozitivní výsledek vyšetření, klade vysoké nároky na schopnosti pracovníka, který by měl být zdatný v poradenských intervencích a v péči o klienty v krizových situacích.

Pracovník by měl být připraven věnovat klientovi tolik času, kolik je potřeba. Péče, podpora a pomoc jsou nezbytnou součástí práce s klientem. Klientovi reakce na sdělení pozitivního výsledku vyšetření mohou mít různé formy.

V pokynech EMCDDA je uvedeno, že písemné informace o výsledcích testu by nikdy neměly být zaslány klientovi poštou a neměly by být předávány prostřednictvím třetí strany, (včetně příbuzných), pokud s tím klient předem výslovně nesouhlasí.

Mezi prvky, které by měly být zahrnuty do potestového poradenství pokyny EMCDDA řadí:

- Poskytnout informace o dalších zdravotních problémech souvisejících s výsledky vyšetření (např. dietní opatření).
- Podrobně popsat způsoby, jak zabránit přenosu infekčních onemocnění.
- Zmapovat klientovo okolí (sexuální partneři, rodinní příslušníci), případně doporučit i jim vyšetření.
- Poskytnout informace o možnosti post – expoziční profylaxi s ohledem na příslušné infekce (např. HIV a virová hepatitida B).
- Popsat služby, které klient může využít, se zvláštním důrazem na dostupnou léčbu a péči.
- Vytvořit plán následných kroků klienta - doporučení specializovaných zdravotnických služeb a v co nejkratší možné době zajistit návštěvu specializovaného zařízení.
- Stručně ověřit, zda klient porozuměl všem informacím (Blystad, Wiessing a kol., 2010).

#### **5.3.4 Cílem potestového poradenství je:**

- Sdělení výsledků vyšetření.
- Poskytnutí informací a podpory (informace o dalším postupu).
- Motivace klienta k opakování testu.
- Povzbuzení k méně rizikovému chování.
- V případě potřeby odeslání klienta do další odborné péče.  
(Dolanská, Korčíšová, Mravčík, 2004)

## PRAKTICKÁ ČÁST

### 6 CÍLE PRÁCE

- Popis stavu screeningového testování na infekční choroby v kontaktních centrech pro uživatele drog v ČR.
- Analýza míry, do níž je rozsah a kvalita této služby ve shodě s mezinárodními standardy a doporučeními.
- Analýza příčin, proč konkrétní typy testování některými zařízeními jsou či nejsou poskytovány.
- Vypracování doporučení pro zlepšení stavu co do zpracovávaného problému a krátký souhrn dobré praxe.

### 7 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

- Jaká je dostupnost testování na infekční choroby pro klienty kontaktních center v ČR?
- Jaké typy testů na infekční choroby jsou v kontaktních centrech používány?
- Jaké jsou nejčastější komplikace v poskytování této služby?
- Jakým způsobem je zajištěna péče o klienty kontaktních center v rámci testování na infekční choroby?
- Je testování poskytováno v kontaktních centrech podle toho, co bylo popsáno jako ideální praxe?

## **8 METODIKA PRÁCE**

### **8.1 Charakteristika zkoumaného vzorku**

Práce je zaměřena na kontaktní centra pro uživatele drog v České republice s platným certifikátem odborné způsobilosti Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky České republiky (k 31. 3. 2010).

### **8.2 Užití metody**

K výzkumnému šetření byl použit elektronický standardizovaný dotazník vytvořený autorkou, který byl umístěn na internetových stránkách [www.drogy-info.cz](http://www.drogy-info.cz), zřízenými Národním monitorovacím střediskem pro drogy a drogové závislosti. Kontaktní centra byla oslovena emailem, který obsahoval prosbu o vyplnění, instrukce a odkaz na umístění on-line dotazníku.

Otázky byly několikastupňové, zveřejňovány podle typu odpovědi na předchozí položku. V některých případech měli respondenti možnost zvolit pouze jednu odpověď a napsat komentář, u některých otázek mohli respondenti označit více možných odpovědí a část dotazníku byla tvořena otevřenými otázkami, kde respondenti mohli uvést odpověď vlastními slovy (viz příloha č. 1).

### **8.3 Organizace šetření**

Dotazníkové šetření probíhalo ve dvou fázích. V pilotní fázi bylo osloveno 6 kontaktních center s cílem ověřit použitelnosti dotazníku a srozumitelnost otázek. V této části šetření jsem dosáhla 100 % návratnosti zaslanych dotazníků. Po vyhodnocení odpovědí byl dotazník upraven a o jeho vyplnění bylo požádáno 54 vtipovaných kontaktních center.

Respondenti byli vybráni ze seznamu certifikovaných služeb zveřejněném na [www.cekas.cz](http://www.cekas.cz), oslovena byla všechna kontaktní a poradenská centra s platným certifikátem odborné způsobilosti, a to k datu 31. 3. 2010

Dotazníků bylo vyplněno 42, což představuje 78 % respondentů. Zpracování dotazníků bylo tabelární, grafické a opatřeno komentářem.

## 8.4 Dotazníkové šetření

Dotazník byl rozdělen na pět částí. První čtyři se věnovaly aspektům testování na jednotlivá onemocnění – HIV, virová hepatitida typu B, virová hepatitida typu C a syfilis. V poslední části se dotazník zaměřil na obecné informace o poskytování testování v kontaktních centrech.

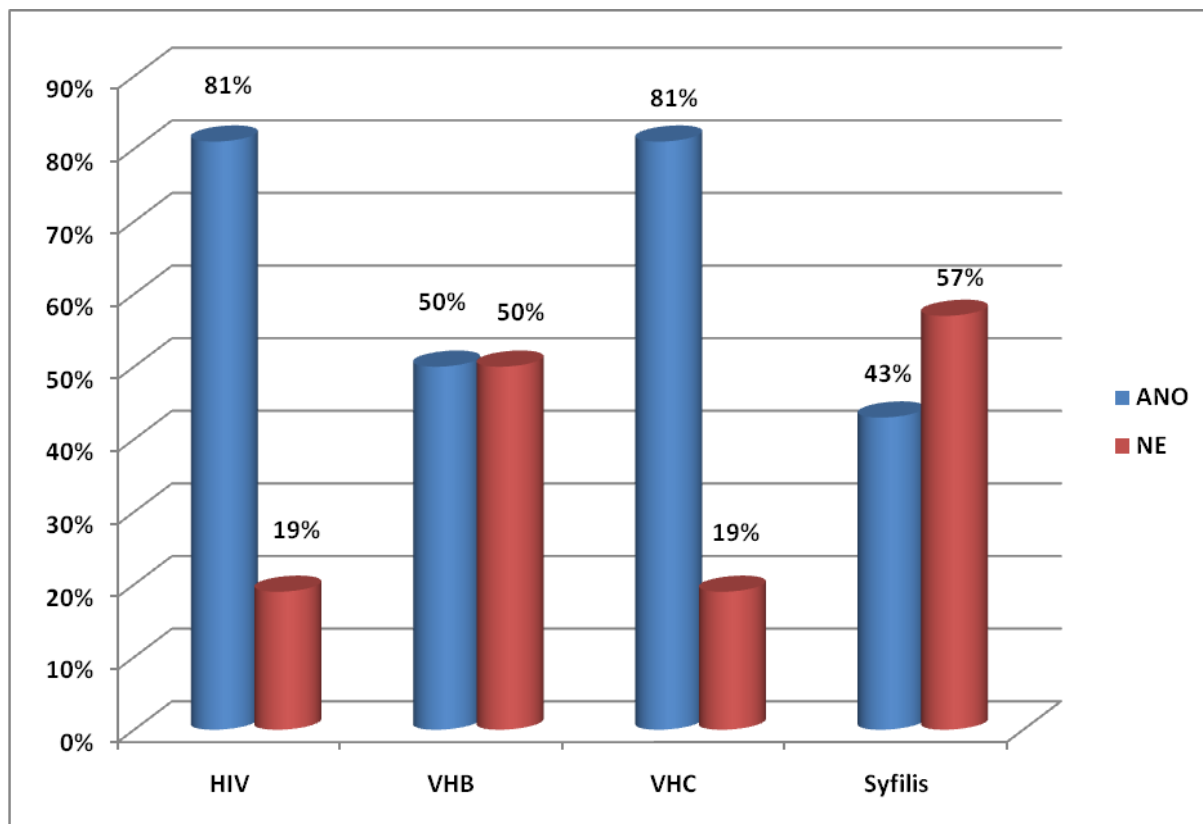
# 9 VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

## 9.1 Dostupnost testování na infekční choroby pro klienty kontaktních center v ČR

### 9.1.1 Testování na infekční choroby v kontaktních centrech v ČR

Z odpovědí respondentů vyplývá, že ze 42 kontaktních center, jež se zúčastnily studie, nabízí testování na infekční nemoci **34 zařízení, tedy 81 % ze všech odvídajících a 63 % ze všech oslovených center**. Na všechny choroby (HIV, syfilis, virovou hepatitidu B a C) testuje **10 kontaktních center**. Chorobami, pro něž kontaktní centra nabízejí klientům screeningové vyšetření nejčastěji, jsou HIV a žloutenka typu C. Na tyto choroby testuje stejný počet kontaktních center, a to 34 (i když se vždy nejedná o tatáž zařízení). Na žloutenku typu B testuje 21 center (50 % respondentů) a na syfilis 18 zařízení, což představuje 43 % ze všech respondentů. Na jiné choroby než HIV, žloutenku typu B a C a syfilis žádné kontaktní centrum netestuje.

Graf 4 – Testování na infekční choroby v kontaktních centrech v ČR (N = 42)



### 9.1.2 Důvody neposkytování testování na infekční choroby

V případě kontaktních center, která testování na infekční choroby nenabízejí byly zjišťovány hlavní důvody neposkytování této důležité služby. **Nejčastějším důvodem**, který respondenti uváděli byly u všech onemocnění, byly **finanční náklady na testy**.

### 9.1.3 Plánování testování do budoucna

Dále byli tito respondenti dotazováni, zda plánují v budoucnu testování nabízet. Nejvíce kontaktní centra uvažují o **zavedení screeningového testování na HIV**, kdy z 8 netestujících zařízení plánuje službu v budoucnu klientům poskytovat polovina, tedy **4 kontaktní centra**. I v případě všech dalších onemocnění plánuje podstatná část dosud

netestujících zařízení zavedení screeningového testování. V případě žloutenky typu B se jedná o 7 z 21 zařízení, která na VHB dosud netestují (33 %), u žloutenky typu C o 2 z 8 netestujících zařízení (12 %) a testování na syfilis by rádo v budoucnu nabízelo 9 ze 24 kontaktních center, jež na ně dosud netestují (38 %).

#### 9.1.4 Regionální dostupnost testování na infekční choroby

Tabulka 2 popisuje dostupnost testování na infekční choroby v jednotlivých krajích v ČR. Ze zjištěných dat vyplývá, že **testování na HIV a hepatitidy typu C poskytuje v každém kraji nejméně jedno kontaktní centrum s platným certifikátem odborné způsobilosti (k 31. 3. 2010)**. Na druhé straně testování na žloutenku typu B nemají možnost klienti využít v kontaktních centrech v hlavním městě Praze, na Vysočině a v Libereckém kraji a testování na syfilis nenabízí kontaktní centra v Jihočeském a Pardubickém kraji. V tabulce byly také uvedeny počty problémových uživatelů drog v jednotlivých regionech České republiky, které zveřejnilo Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti ve Výroční zprávě ve věcech drog v ČR v roce 2009. Tento údaj je do tabulky zařazen pro lepší posouzení pokrytí nabídky testování v porovnání výskytu problémových uživatelů drog na území ČR.



**Tabulka 2 – Regionální dostupnost testování na infekční choroby (N = 42)**

	<i>Celkový počet problémových uživatelů drog*</i>	<b>HIV</b>	<b>VHB</b>	<b>VHC</b>	<b>Syfilis</b>
<b>Praha</b>	<i>10 400</i>	3	0	2	2
<b>Ústecký</b>	<i>5 300</i>	6	3	7	6
<b>Jihomoravský</b>	<i>3 400</i>	4	3	4	1
<b>Vysočina</b>	<i>600</i>	2	0	2	1
<b>Zlínský</b>	<i>2 400</i>	3	2	3	1
<b>Liberecký</b>	<i>1 300</i>	1	0	1	1
<b>Jihočeský</b>	<i>1 500</i>	6	4	6	0
<b>Moravskoslezský</b>	<i>2 000</i>	1	1	1	1
<b>Plzeňský</b>	<i>2 400</i>	3	3	3	2
<b>Pardubický</b>	<i>500</i>	1	1	1	0
<b>Karlovarský</b>	<i>1 200</i>	1	1	1	1
<b>Středočeský</b>	<i>2 400</i>	1	1	1	1
<b>Olomoucký</b>	<i>3 000</i>	1	1	1	1

\*Počet PUD v roce 2009 uvedený ve Výroční zprávě o stavu ve věcech drog v ČR v roce 2009 (Úřad vlády ČR, 2010)

## **9.2 Historie nabídky testování v kontaktních centrech**

Největší část z repondujících testujících zařízení začala nabízet testování na HIV a žloutenku typu C v letech 2001 až 2002. Testování na syfilis a žloutenku typu B zařadila do nabídky většina testujících zařízení až od roku 2010. Nárůst zahájení nabídky testování může být ovlivněn mnoha faktory, například vyšší dostupností vhodných testů, finanční dotací na podporu projektů zaměřených na testování na infekční choroby, navázání spolupráce s léčebnými centry, zvýšená veřejná pozornost dané nemoci v cílové populaci apod.

**Tabulka 3 – Historie testování (N = 34)**

	<b>HIV</b>	<b>VHB</b>	<b>VHC</b>	<b>Syfilis</b>
<b>1993</b>	1*	0	0	0
<b>1994</b>	0	0	0	0
<b>1995</b>	1	1	1	1
<b>1996</b>	0	0	0	0
<b>1997</b>	2	0	2	0
<b>1998</b>	1	0	0	0
<b>1999</b>	1	0	0	0
<b>2000</b>	2	0	0	1
<b>2001</b>	5	1	5	1
<b>2002</b>	3	2	5	0
<b>2003</b>	0	0	1	0
<b>2004</b>	1	0	2	0
<b>2005</b>	3	2	3	1
<b>2006</b>	2	1	3	1
<b>2007</b>	3	0	0	0
<b>2008</b>	1	1	3	3
<b>2009</b>	0	3	3	2
<b>2010</b>	3	6	4	5
<b>2011</b>	1	0	2	3
<b>CELKEM</b>	<b>30</b>	<b>17</b>	<b>34</b>	<b>18</b>

\*Počet zařízení, které začalo v daný rok testovat.

### 9.3 Typy testů používaných v kontaktních centrech v ČR

Z odpovědí respondentů vyplývá, že nejčastějším způsobem screeningového **vyšetření u všech chorob je použití rychlotestů a testování z plné kapilární krve**, tedy bez použití centrifugy. Další nejvíce užívanou metodou je testování ze séra z kapilární krve s použitím centrifugy. 5 kontaktních center nabízí testování na infekční choroby ze žilní krve a 2 zařízení testují klienty na HIV pomocí testů ze slin.

*Tabulka 4 – Typy používaných testů (N = 34, možné uvést více odpovědí)*

	<b>HIV</b>	<b>VHB</b>	<b>VHC</b>	<b>Syfilis</b>
<b>Ze slin</b>	2*	0	0	0
<b>Z plné kapilární krve (bez centrifugy)</b>	22	14	18	11
<b>Ze séra z kapilární krve (s centrifugou)</b>	7	3	12	3
<b>Ze žilní krve</b>	5	5	5	5
<b>CELKEM</b>	<b>36</b>	<b>22</b>	<b>35</b>	<b>19</b>

\*Počet kontaktních center

### 9.4 Komplikace v poskytování testování na infekční choroby v nízkoprahových zařízeních

Komplikace, které respondenti uváděli v dotazníkovém šetření, lze rozdělit na několik oblastí - finanční komplikace, administrativní komplikace, technické komplikace, komplikace ze strany klientů a komplikace ze strany odborných institucí.

Kontaktní centra nejčastěji **uváděla finanční komplikace v poskytování testování**, a to u testování na všechny zkoumané druhy infekčních chorob (HIV, VHB, VHC a syfilis). Tato odpověď zahrnovala dvě oblasti, finanční náklady na testy a finanční náklady na

zdravotnický personál. Častější komplikací byly **finanční náklady na testy, která byla uvedena v 70 případech**. Komplikace ve finančním zajištění zdravotnického personálu byla uvedena ve 26 odpovědích respondentů.

Další skupinou komplikací, které respondenti vnímají, byly technické komplikace, kam byly zařazeny absence vhodných prostor a nedostupnost vhodných testů. Tyto komplikace respondenti uvedli v 70 odpovědích, absence vhodných prostor k provedení testování byla uvedena ve 35 odpovědích, stejně jako nedostupnost vhodných testů.

Problematickou oblast představují také komplikace ze strany odborných institucí. 26 respondentů uvedlo, že jako komplikaci vnímají získání povolení k testování od příslušných institucí, problematickou spolupráci s orgány ochrany veřejného zdraví uvedlo jako komplikaci 21 respondentů a špatnou spolupráci s léčebnými centry označilo za komplikující faktor 7 respondentů.

Nejčastější komplikací ze strany klientů byl nedostatečný zájem o testování, který uvedlo 31 respondentů. Dále pak ochrana osobních údajů, které byly označeny v 9 případech.

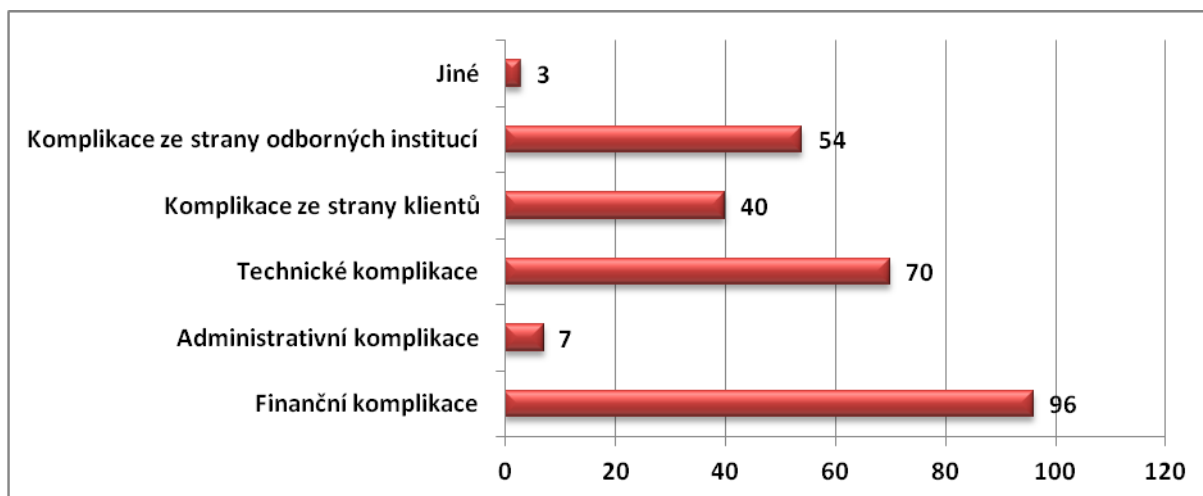
Nejméně komplikovanou složkou testování se z dotazníkového šetření jeví administrativní část. zápisy a zpracování dat vnímají jako komplikaci respondenti ve 2 případech a povinné hlášené systémy, vedení statistik jako komplikaci označili respondenti pouze v 5 případech.

Respondenti měli také možnost uvést další komplikace, které vnímají při testování. U HIV uvedl jeden z respondentů jako problematické provedení konfirmačního vyšetření. Další odpověď byla, že problematická je schopnost pracovníků sdělovat výsledky testů, tato odpověď byla uvedena také u testování na VHC.

**Tabulka 5 – Komplikace při poskytování testování (N = 34, možné uvést více odpovědí)**

	<b>HIV</b>	<b>VHB</b>	<b>VHC</b>	<b>SYFILIS</b>	<b>CELKEM</b>
<b>Komplikace ze strany odborných institucí</b>	<b>16</b>	<b>10</b>	<b>16</b>	<b>12</b>	<b>54</b>
<i>Spolupráce s orgány ochrany veřejného zdraví</i>	7	5	5	4	21
<i>Problematická spolupráce s léčebnými centry</i>	2	1	3	1	7
<i>Povolení k testování od příslušných institucí</i>	7	4	8	7	26
<b>Komplikace ze strany klientů</b>	<b>9</b>	<b>13</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>40</b>
<i>Nedostatečný zájem ze strany klientů</i>	7	11	8	5	31
<i>Ochrana soukromí a osobních údajů klienta</i>	2	2	2	3	9
<b>Technické komplikace</b>	<b>15</b>	<b>23</b>	<b>20</b>	<b>12</b>	<b>70</b>
<i>Absence vhodných prostor pro testování</i>	9	9	10	7	35
<i>Nedostupnost vhodných testů</i>	6	14	10	5	35
<b>Administrativní komplikace</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>7</b>
<i>Zpracování osobních dat a zápisy</i>	0	0	0	2	2
<i>Vedení statistik, povinné hlášené systémy</i>	2	0	0	3	5
<b>Finanční komplikace</b>	<b>26</b>	<b>23</b>	<b>26</b>	<b>21</b>	<b>96</b>
<i>Náklady na testy</i>	19	17	19	15	70
<i>Prostředky na zdravotnický personál</i>	7	6	7	6	26
<b>Jiné</b>	<b>1</b> – nutnost konfirmačního vyšetření  <b>1</b> – schopnost pracovníků sdělovat výsledky testů	<b>0</b>	<b>1</b> – sdělování výsledků testů	<b>0</b>	<b>3</b>

Graf 5 – Komplikace v poskytování testování na infekční choroby (N = 42, bylo možné uvést více odpovědí)



## 9.5 Zajištění péče o klienty kontaktních center v rámci testování na infekční choroby

Respondenti v dotazníkovém šetření uváděli, že zajišťují péči o klienty s reaktivním výsledkem screeningového vyšetření nejčastěji **odesláním do příslušného zdravotnického zařízení**. U vyšetření na HIV jsou klienti odkazováni do AIDS centra v regionu, Krajské hygienické stanice či na infekční oddělení. U reaktivních výsledků na hepatitidu typu B a C kontaktní centra nejčastěji odesílají klienty ke konfirmačnímu vyšetření do hepatologických poraden a na infekční oddělení zdravotnických zařízení. Konfirmační testy klientům s reaktivním výsledkem na syfilis provádějí ve většině případů ve venerologických ambulancích, na kožních odděleních či na pracovištích Hygienických stanic.

## 9.6 Přínos testování pro kontaktní práci

Respondenti byli také dotazováni na to, jaký vnímají přínos v poskytování testování na infekční nemoci pro kontaktní práci. Oblastí, kde vnímají respondenti významný přínos je **prevence infekčních chorob**. Respondent číslo 3 uvedl: „*Přínosem je samozřejmě obrovský z hlediska přenesu infekčních chorob v populaci.*“ Objevila se také tato odpověď, kterou napsal respondent číslo 22: „*Včasné zachycení infekčních onemocnění u uživatelů, prevence šíření*

*těchto onemocnění mezi uživateli a širokou veřejností, včetně monitoringu stavu výskytu infekčních onemocnění mezi uživateli. “*

Další často zmiňovanou oblastí **byla samotná individuální práce s klienty**. Respondent 23 uvádí: *„Máme protestovaných poměrně hodně klientů, víme tedy, jaká je asi situace, můžeme volit vhodné strategie pro práci s klienty, testy jsou také vhodným motivačním nástrojem k návštěvě KC pro osoby ze skryté (bytové) scény.“* Respondent 29 odpověděl, že vnímá přínos poskytování testování takto: *„Příležitost pro rozhovor s klientem a bližší poznání jeho situace; možnost motivačně působit na změnu klientova chování; prohloubení důvěry k pracovníkům a zařízení obecně; "atraktivnost" zařízení pro získání nových klientů; možnost navázání další spolupráce....“* Respondent 14 uvedl, že testování vnímá takto: *„Motivační prostředek pro další spolupráci, zvyšování povědomí a zájmu o sebe sama.“* A respondent 34 napsal tuto odpověď: *“Uživatel má možnost otestovat se v zařízení, kterému důvěřuje, přijetí pozitivního výsledku pro něj může být snazší a nemá takové obavy z testování jako ve zdravotnickém zařízení. V rámci kontaktní práce mohou být otestováni také uživatelé, kteří by díky svému sociálnímu postavení ani nedosáhli na testování v nemocnici.“*

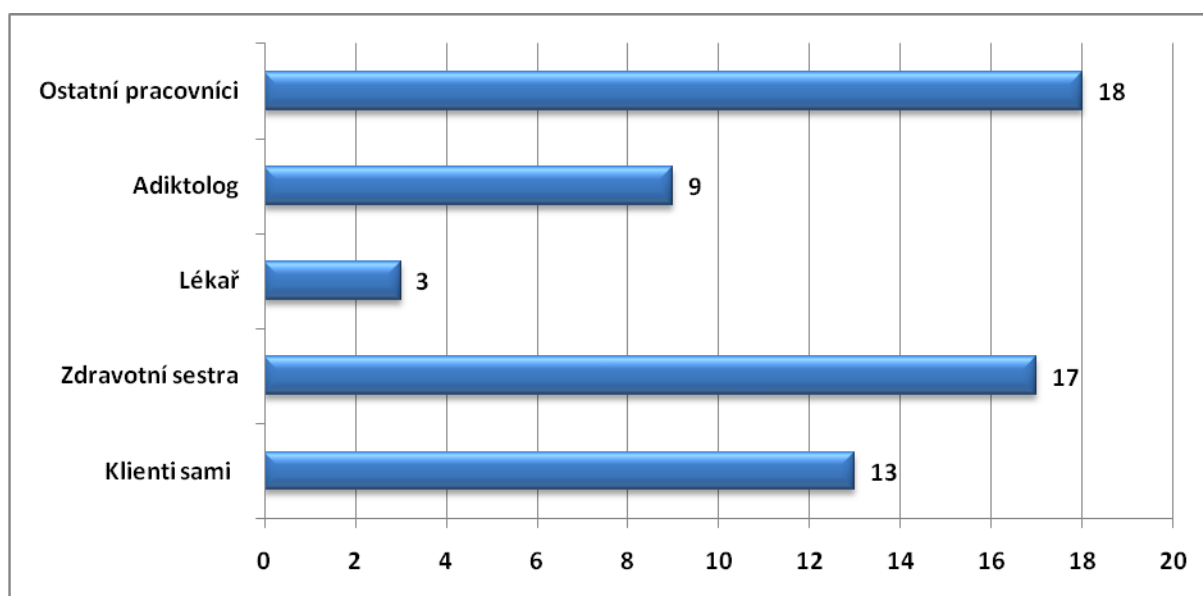
Testování je podle pracovníků kontaktních center přínosné také **pro rozšiřování prostoru pro intervence harm reduction (HR)**. Respondent 39 vnímá testování takto: *„Prostor pro HR s klienty, intimita během testu může být dobrým začátkem budování vztahu a práce s klientem.“* Dále se objevil v dotazníkovém šetření například tento přínos testování, který zmínil respondent 40: *„Prostor pro předávání informací souvisejících s riziky užívání drog, cesta, jak snížit rizika. Získání epidemiologických údajů o situaci ve výskytu HIV, hepatitid u uživatelů drog. Přes péči o zdraví člověka cesta ke kontaktu s klientem a další práci s ním.“*

## 9.7 Ideální praxe versus současné poskytování testování v kontaktních centrech

### 9.7.1 Personální zajištění

Mezi našimi respondenty provádí odběr biologického materiálu nejčastěji „**ostatní pracovníci zařízení,**“ **nejedná se tedy o specializovaný zdravotnický personál (lékař, sestra, adiktolog).** Tuto odpověď uvedlo 18 respondentů ze 34 (tzn. 51 %), kteří uvedli, že testování provádějí. Druhou nejčastější odpovědí bylo, že odběr vzorku provádí zdravotní sestra (17 respondentů, to je 50 % z testujících respondentů). Ve 13 případech si odběr biologického materiálu provádí sami klienti. Lékař provádí testování na infekční choroby ve 3 kontaktních centrech.

*Graf 6 – Personální zajištění provádění testování (N = 34, bylo možné uvést více odpovědí)*



### 9.7.2 Používání formálních metodických pokynů/příruček

Na používání některé z metodik screeningového testování se zaměřila další položka dotazníku. Kontaktní centra mají nejčastěji (14 případů ze 34 testujících center, tj. 41 %) **vypracovanou vlastní metodiku testování,** která vychází z informačních podkladů přímo od



výrobce testů. Pouze 6 respondentů (18 %) uvedlo, že používají metodiku testování vydanou Národním monitorovacím střediskem pro drogy a drogové závislosti v ČR. Tři kontaktní centra uvedla (9 %), že při testování nepoužívají žádnou formální metodiku.

### 9.7.3 Délka testování

Další část dotazníku byla zaměřena na samotný průběh testování, tedy na to, jaký čas věnují respondenti vyšetření na jednu z chorob, včetně pre-testového poradenství, provedení testu, sdělení výsledku a post-testového poradenství. U dvou chorob, **HIV a žloutenky typu C, respondenti uvedli nejčastěji, že se screeningovému vyšetření věnují déle než 30 minut.** U vyšetření na HIV se jedná o 13 respondentů ze 34, tedy o 38 %, u žloutenky typu C o 16 respondentů ze 34, což představuje 47 % . U testování na žloutenku typu B byly nejčastější odpovědi časové intervaly 10 až 20 minut, stejně jako 20 až 30 minut, které uvedlo 7 z 20 respondentů, tedy 35 % respondentů. U testování na syfilis uvedlo 7 z 18 testujících respondentů (39 %), že provedení testu trvá 10 – 20 minut.

*Tabulka 6 – Délka testování*

	<b>HIV</b>	<b>VHB</b>	<b>VHC</b>	<b>Syfilis</b>
<b>Méně než 10 minut</b>	1*	1	1	1
<b>10 až 20 minut</b>	9	7	6	7
<b>20 až 30 minut</b>	11	7	11	5
<b>Déle než 30 minut</b>	13	6	16	5
<b>CELKEM</b>	<b>34</b>	<b>21</b>	<b>34</b>	<b>18</b>

\*Počet zařízení

#### 9.7.4 Anonymní testování

Dále se dotazník zabýval otázkou anonymního testování na infekční choroby. Z odpovědí respondentů se ukazuje, že se **nejčastěji v kontaktních centrech nabízí klientům testování na infekční nemoci částečně anonymně, pouze s identifikačním kódem**, tedy po vyplnění in-come dotazníku a sběru základních anamnestických dat, ale bez uvedení osobních údajů (jméno, příjmení, rodné číslo, pojišťovna).

*Tabulka 7 – Anonymní testování na infekční choroby*

	<b>HIV</b>	<b>VHB</b>	<b>VHC</b>	<b>Syfilis</b>
<b>Ano, zcela anonymní</b>	18	8	16	4
<b>Částečně anonymní – s identifikačním kódem</b>	22	14	23	9
<b>Ne, pouze s rodným číslem</b>	5	4	3	8
<b>CELKEM</b>	<b>45</b>	<b>26</b>	<b>42</b>	<b>21</b>

Jedním z hlavních cílů této bakalářské práce bylo popsat stav screeningového testování na infekční choroby v kontaktních centrech pro drogově závislé v České republice.

Elektronický online dotazník byl rozdělen na čtyři části věnované jednotlivým infekčním chorobám (HIV, VHB, VHC a syfilis) a poslední část dotazníku byla zaměřená na obecnou problematiku poskytování testování. Vyhodnocení dotazníkového šetření bylo zpracováno do pěti oblastí podle výzkumných otázek.

První oblast se zaměřila na samotné poskytování testování na infekční choroby v nízkoprahových zařízeních pro drogově závislé. Ze 42 respondentů, kteří se dotazníkového šetření zúčastnili, poskytuje testování 34 kontaktních center. Nejčastěji je klientům nabízeno testování na HIV a žloutenku typu C, kterou nabízí 34 kontaktních center v České republice s platným certifikátem odborné způsobilosti (ke dni 31. 3. 2010), což je 81 % z celkového počtu respondentů, kteří se šetření zúčastnili. Testování na žloutenku typu B poskytuje 21

center, jedná se tedy o 50 % zařízení. Vyšetřit na syfilis se mohou klienti nechat v 18 kontaktních centrech, což představuje 43 % z respondujících.

Do budoucna plánuje začít nabízet nejvíce kontaktních center testování na HIV a nejčastějším důvodem, proč zařízení nenabízejí testování, jsou finanční náklady.

Dalším bodem této oblasti bylo regionální poskytování testování v kontaktních centrech. Z dotazníkového šetření vyplývá, že testování na HIV a virovou hepatitidu typu C je nabízeno ve všech krajích České republiky. Testování na virovou hepatitidu B není poskytováno v hlavním městě Praze, na Vysočině a v Libereckém kraji a na syfilis v Jihočeském a Pardubickém kraji.

Z dotazníkového šetření také vyplynulo, že největší nárůst poskytování testování na HIV a žloutenku typu C proběhl v roce 2001 a 2002. Testování na žloutenku typu B a syfilis začalo nabízet nejvíce kontaktních center v roce 2010.

Další výzkumnou otázkou bylo „Jaké typy testů na infekční choroby jsou v kontaktních centrech používány?“ Šetření ukázalo, že nejčastějším typem testů jsou u testování na všechny choroby tzv. rychlotesty z kapilární plné krve, tedy bez nutnosti použití centrifugy k získání séra. Často se také používají rychlotesty z kapilární krve ze séra, kdy je potřeba použít centrifugu. V několika případech testují zařízení na infekční choroby ze žilní krve a ze slin, kdy je nutné zpracování v laboratoři a výsledek klienti získají v průběhu několika dnů.

Následující výzkumná otázka se zabývala komplikacemi spojenými s testováním v nízkoprahových zařízeních pro uživatele drog. Respondenti nejčastěji vnímají finanční komplikace, a to převážně finanční náklady na testy. Další oblastí, která je pro poskytovatele služeb vnímána, jako velmi komplikovaná je technická složka, kdy byla v dotaznících nejčastěji uvedena jako komplikace absence vhodných prostor a nedostupnost vhodných testů na trhu. Jako komplikovanou dále vnímají respondenti spolupráci s odbornými institucemi, a to zejména s orgány ochrany veřejného zdraví. Nejméně komplikovanou je pro respondenty administrativní část testování, kterou představuje zpracování dat, vedení statistik a povinné hlášené systémy. Respondenti měli také možnost napsat jiné komplikace, které sami vnímají jako důležité. Překvapující bylo, že žádný z respondentů nevedl jako problematické vyzvedávání výsledků klientem s odstupem několika dnů, při zpracování odebraných vzorků

žilní krve nebo slin v laboratoři, přesto, že tímto způsobem testuje významná část respondentů.

Výzkum se také zaměřil na zajištění péče o klienty kontaktních center v rámci testování na infekční choroby. Tato část byla rozdělena do dvou oblastí. První z nich byla věnována péči o klienty s reaktivním výsledkem vyšetření. Nejčastěji respondenti uváděli, že jsou klienti odesíláni do příslušných zdravotnických zařízení, případně na Hygienickou stanici.

Druhá část se zaměřila na to, jaký poskytovatelé vnímají přínos testování pro kontaktní práci. Respondenti vnímají velký význam v prevenci infekčních chorob, jak ze strany klientů, tak ze strany široké veřejnosti. Dále pak popisují testování na infekční nemoci jako účinný motivační prvek a prostor pro další spolupráci s klientem. Významné je také testování v rámci harm reduction a snížení rizikového chování uživatelů drog.

Poslední částí výzkumu, rozhodně ne však nejméně významnou, je srovnání toho, jak je testování v kontaktních centrech v současné době poskytováno s tím, co bylo v teoretické části práce popsáno jako „ideální“ praxe. Dotazníkové šetření se věnovalo personálnímu zajištění poskytování testování. Z odpovědí respondentů vyplývá, že nejčastěji v kontaktních centrech v České republice provádějí odběry biologického materiálu kontaktní pracovníci, nejedná se tedy o zdravotnický personál. Další nejčastější odpovědí bylo, že odběry provádějí zdravotní sestry. Třetí nejčastěji se opakující odpovědí bylo, že si klienti odebírají biologický materiál sami. Další, v pořadí čtvrtou nejčastější odpovědí bylo, že odběry jsou prováděny adiktologem. A nejméně často provádí v kontaktních centrech lékaři. V porovnání s tím, co bylo popsáno v praktické části, se z dotazníkového šetření ukazuje, že pouze 20 respondentů uvedlo, že odběry provádí pracovníci, kteří jsou k tomu podle Vyhlášky o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků ve sbírce zákonů 55/2011 oprávněni. Seznam a definice výkonů drogových služeb uvádí, že invazivní zákrok (odběr krve) smí provádět pouze zdravotnický pracovník, není zde však přesně definovaná odbornost. V ostatních případech provádí testování odborný adiktologický pracovník, s minimální délkou praxe 6 měsíců, který absolvoval odborné školení v zacházení s biologickým materiálem (Úřad vlády ČR, 2006).

Dalším bodem, na který se dotazníkové šetření zaměřilo, bylo používání metodik při poskytování testování v nízkoprahových zařízeních. Přestože existuje několik metodik

vydaných například EMCDDA či z nich odvozené a rozšířené instrukce Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti, používá tyto dokumenty pouze 6 respondentů. Největší část odpovědí zněla takto: „*Máme v operačním manuálu zpracovaný postup a máme návody k používání centrifugy, pipety a testů.*“ Většina respondentů tedy uvedla, že mají vypracovanou vlastní metodiku na základě podkladů od výrobců testů. Tři respondenti uvedli, že žádnou metodiku nepoužívají a nemají informace o jejich existenci.

Důležitou částí dotazníku byla také položka zaměřená na průměrnou délku provedení jednoho testu, včetně předtestového poradenství, odběru vzorku, provedení testu, sdělení výsledku a potestového poradenství. Seznam a definice výkonů drogových služeb, vydaný v roce 2006 Úřadem vlády ČR, uvádí, že testování na infekční nemoci mají vymezený rozsah 30 minut (Úřad vlády ČR, 2006). Respondenti, kteří testují déle než 30 minut, tvoří podle výsledků dotazníkového šetření největší část. Tato doba se objevila ve 41 odpovědích. Dalším časovým intervalem, který pracovníci kontaktních center uvádějí je, že se testování věnují 20 až 30 minut. Tato odpověď byla uvedena 34 krát. Odpověď, která již není shodná s tím, co bylo popsáno Úřadem vlády ČR, bylo, že pracovníci provedou testování na infekční choroby za 10 až 20 minut. Tato odpověď byla respondenty uvedena ve 28 případech a ve 4 odpovědích se objevilo, že provedení testu se pracovníci věnují méně než 10 minut.

Posledním okruhem, kterému se výzkumná část věnovala, byla problematika anonymního testování. Legislativa ČR jasně definuje, že anonymně lze testovat na HIV. Problematika anonymního testování na žloutenku typu B a C není v legislativě takto definována, přesný postup není jednotný ani mezi odbornými zdravotnickými pracovníky. Postup povinného hlášení výskytu syfilis, včetně podezření, je jasně definován sbírkou zákonů 195/2005. Z toho důvodu není podle platné legislativy možné anonymně testování na syfilis poskytovat. Výzkumné šetření ukázalo, že nejčastěji je v kontaktních centrech poskytováno testování na infekční choroby částečně anonymně, pouze s identifikačním kódem, který klient získá po vyplnění in – come dotazníku a sběru základních anamnestických dat, ne však s uvedením osobních údajů jako je jméno, příjmení a rodné číslo. Na syfilis nabízí testování s povinností uvedení rodného čísla pouze 4 kontaktní centra, dalších 17 zařízení testuje klienty plně nebo částečně anonymně, bez uvedení osobních údajů.

## 10 DISKUZE

Při tvorbě práce se ukázala jako sporná a dosud v rámci nízkoprahových služeb pro uživatele drog (a jiné vysoce rizikové a těžko dostupné subpopulace) explicitně neřešená otázka, zda je možné provádět screeningové vyšetření na infekční nemoci v kontaktních centrech, která nemají **statut zdravotnického zařízení**. Požadavky, které pro tento typ vyšetření uvádí Sbírka zákonů 221/2010, zahrnují mj. přítomnost lékaře a zdravotnického personálu v zařízení, technické požadavky, povolení Hygienické stanice apod. Pokud by tyto zákonné podmínky byly dále posíleny podzákonnou normou a důsledně vynucovány, mohly by v současnosti screeningové testy provádět pouze 3 kontaktní centra v ČR, což by představovalo faktický konec účinné prevence, diagnostice a léčbě infekčních chorob v zemi.

Především by ale takový stav byl v rozporu s doporučeními Evropského monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti (EMCDDA) a s příklady dobré praxe Světové zdravotnické organizace (WHO) – a to by byl nepřijatelný stav pro členskou zemi EU, jež se chce počítat k zemím rozvinutým, hájícím základní lidské právo na zdraví.

Z výše uvedeného pak vyplývá, že v rozporu s ústavními principy je především legislativa z roku 2010, jež vychází z téměř padesát let starých předpisů a nebere v úvahu ani zcela změněnou společenskou realitu a změnu jak v prioritách ochrany veřejného zdraví, tak v distribuci souvisejících rizik, ani existenci „tolerovaných“ skupin obyvatel s minoritním chováním a nulovou afinitou k institucionalizaci (uživatelé drog, poskytovatelé a poskytovatelky komerčního sexu, bezdomovci, atd.).

S tímto problémem přímo souvisí možnost **anonymního testování na předmětné infekční nemoci**. Pro syfilis legislativa ČR jasně stanovuje, že onemocnění patří do skupiny chorob, pro něž platí ohlašovací povinnost instituce, která onemocnění diagnostikuje. Z toho důvodu nelze provádět testování anonymně. Vyšetření na HIV dle legislativy naopak provádět anonymně lze. U virových hepatitid problematika anonymního testování v zákonech určena není a, jak se ukázalo při tvorbě práce, jednotný názor nemají ani lékaři a experti v oboru veřejného zdraví. Je možné řídit se v tomto případě tím, že co není jasně zakázáno, je povoleno? A pokud ano, lze eticky obhájit stav, kdy se na virové infekce bude testovat

anonymně a přitom se z důvodu možného prolomení anonymity nebude provádět vyšetření na syfilis, a to bez ohledu na epidemiologická data o pokračující koncentraci syfilidy do subpopulace problémových uživatelů drog?

Při tvorbě práce byla zmapována nejednotná situace co do **personálního zajištění testování** na předmětné infekce. Legislativa definuje činnosti, které adiktolog provádět může, neurčuje ale činnosti, které provádět nesmí. Pokud by odběry materiálu pro testování mohly provádět pouze zdravotní sestry nebo lékař, znamenalo by to opět velký problém v nabídce testování a prevenci infekčních chorob, tedy v ohrožení veřejného zdraví. Otázkou je, zda řešením je to, že si klienti budou provádět odběr krve sami, což se z výzkumného šetření ukazuje jako běžná praxe.

Dalším důležitým problémem je otázka **finančního zajištění testování** coby mimořádně významné zdravotně-preventivní činnosti, jež je jednou ze základních funkcí státu. Nulové nebo nedostatečné financování byla v dotazníkovém šetření nejčastěji uváděna jako důvod neposkytování testování respondenty zařízeními, které tuto službu neposkytují. Vysoké finanční náklady byly uvedeny jako nejčastější komplikace pro nabídku testování u zařízení, které klienty testují. Řešením by mohl být smluvní vztah nízkoprahových zařízení se zdravotními pojišťovnami a z nich nejlogičtější s největší Všeobecnou zdravotní pojišťovnou. To je ale provázáno s předchozími tématy, konkrétně s problematickou možností anonymního testování a personálního zabezpečení zdravotnickými pracovníky a nejasností postavení adiktologů v této oblasti.

Výsledkem výše popsaných nejasností a nedostatečností jsou pak značné výkyvy ve kvalitě resp. zajišťování kvality **samotného provádění screeningového vyšetření**. Výsledky dotazníkové studie ukazují nejednotnost jak v používání metodik, délce provedení předtestového a potestového poradenství, tak ve spolupráci s orgány ochrany veřejného zdraví (např. vypracování, oponentura nebo schválení provozního řádu). Jednou z možností, jak tyto skutečnosti ucelit, by mohlo být zavedení jednotného vzdělávání pro pracovníky, kteří testování provádějí a publikace příručky s jasně stanovenými podmínkami pro testování, které

by byly významně pragmatičtější než přes 40 let starý a zcela změněné situaci<sup>1</sup> nevyhovující princip „jen lékaři mohou testovat cokoliv, co souvisí s nemocemi“ jež často zastávají úředníci Ministerstva zdravotnictví.

Souhrnem řečeno: přestože je testování na infekční nemoci pro uživatele drog jednou z nejpřitažlivějších služeb v nízkoprahových zařízeních a zároveň jde o extrémně důležitou preventivní aktivitu co do šíření infekčních nemocí ve vysoce rizikových populacích a z nich do populace obecné, je v současnosti nesourodou službou s mnoha otázkami a velmi konkrétními problémy co do zajištění kvality a především co do legislativního zakotvení, které trpí dvojznačností a neodpovídá aktuálním potřebám ochrany veřejného zdraví a lidských práv, ani doporučením relevantních nadnárodních a mezinárodních organizací. Střetávají se zde pohledy a názory adiktologů, právníků, lékařů, epidemiologů, donátorů apod. a jejich sjednocení se zdá v nedohlednu. Pokud by mělo být testování na infekční nemoci poskytováno kvalitně, profesionálně a v dostatečné míře, jak stanovují pokyny EMCDDA, je problémové oblasti, jež identifikovala tato práce, nutno diskutovat v prostředí, kde zúčastnění hráči napříč resorty a oblastmi budou prioritizovat nikoliv úzce profesní stanovisko, ale ochranu veřejného zdraví, tak, aby bylo možné zavést jednotný systém poskytování testování na infekční nemoci v nízkoprahových zařízeních, jenž by mimo ochrany veřejného zdraví a zdraví testovaných zaručil kvalitu testování a ochranu práv testovaných, zaručených mezinárodními úmluvami a Ústavou ČR.

Práce ukazuje, že testování na infekční nemoci v kontaktních centrech pro uživatele drog se v současné chvíli nachází v jakési „šedé zóně“ a nikde není jasně definováno, jak by tato služba měla komplexně vypadat.

Pokud by diagnostika infekčních chorob v nízkoprahových zařízeních byla považována za specializovaný zdravotnický výkon, který může provádět pouze zdravotní sestra nebo lékař ve zdravotnickém zařízení a nelze jej provádět anonymně (s výjimkou diagnostiky HIV) a poskytovatelé by se následně striktně řídili platnou legislativou a, znamenalo by to, že by byla kontaktní centra nucena testování na infekční nemoci neprovádět a klienty případně odesílat

---

<sup>1</sup> jak co do typů a kvality (senzitivity a specifity) testů, tak co do nejdůležitějších veřejnozdravotních rizik v oblasti infekčních nemocí v rozvinutých zemích



do specializovaných zdravotnických zařízení. V tomto případě je velmi nízká pravděpodobnost, že by k vyšetření dorazili. Situace, kdy nemůže odborný nezdravotnický pracovník poskytnout provést klientovi nízkoprahového zařízení screeningový test, jenž si tento klient může zakoupit v lékárně koupit a sám si jím provést diagnostiku na HIV bez ohledu na to v jakých podmínkách a s jakou odborností ho provádí, je nelogická a pro veřejné zdraví škodlivá. Pokud by situace dospěla do tohoto bodu, neposkytování testování v nízkoprahových podmínkách by znamenalo velkou hrozbu, že propukne epidemie infekčních nemocí, jak v subpopulaci uživatelů psychoaktivních látek, tak v běžné populaci. Náklady na léčbu by poté byly pro stát mnohem vyšší nežli náklady na prevenci.

Na druhé straně, pokud by poskytovatelé služeb pro uživatele drog nedodržovali žádné předpisy, nařízení ani metodiky, hrozí, že testování nebude poskytováno efektivně a kvalitně. Klientům nebude poskytnut dostatek informací a nebude zajištěna následná péče. Je zde hrozba rapidního zhoršení harm reduction intervencí vzhledem k nedostatečnému apelu na prevenci, diagnostiku a léčbu infekčních chorob ze strany pracovníků směrem ke klientům. Pokud klienti nebudou dostatečně informováni o problematice infekčních chorob a somatických komplikací, nebudou jim věnovat dostatečnou pozornost a váhu, hrozí, že budou dále infikovat jedince, se kterými přijdou do styku (nemusí se však jednat výlučně o uživatele drog, např. velká část klientů kontaktních center žijí ve vztahu s partnery, kteří psychoaktivní látky neužívají, mnohdy nemají o partnerově užívání ani tušení a provozují nechráněný pohlavní styk).

Ideálním řešením by bylo společné usnesení, kde by byly respektovány požadavky ze strany poskytovatelů služeb pro uživatele drog, adiktologů, infektologů, Ministerstva zdravotnictví, Hygienické stanice, zákonodárců a donátorů. Pokud by došlo ke sjednocení postupů a požadavků na testování v nízkoprahových zařízeních, které by byly zakotvené v metodice podporované Ministerstvem zdravotnictví, došlo by ke změně současné legislativy (např. o výkonu povolání adiktologa), problematika poskytování této služby by následně byla jasně čitelná a uchopitelná.

Vhodné by bylo také publikovat sjednocenou příručku, na níž by všechny zúčastněné / zodpovědné subjekty spolupracovaly – vzhledem k mezioborovosti celého problému – za moderace sekretariátem Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Takový

konsensuální dokument by měl sjednotit a závazným učinit stanovisko Ministerstva zdravotnictví ČR, Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti, odborných společností, pokrývajících příslušné infekce, a vlastních nestátních poskytovatelů nízkoprahových služeb pro uživatele drog., a to v souladu s doporučeními EMCDDA z roku 2010 (Blystad, Wiessing a kol., 2010). Tento krok vnímám jako nutný vzhledem k tomu, že dotazníkové šetření ukázalo stav, kdy si poskytovatelé služeb tvoří vlastní metodiky pouze na základě příbalových letáků výrobců testů nebo leckdy ani netuší, že nějaké mezinárodní dokumenty o diagnostice infekčních onemocnění existují. I v tomto případě hrozí, že služba nebude poskytována dostatečně kvalifikovaně a efektivně.

Za nezbytné považuji následně zavést povinný akreditovaný vzdělávací program, který by umožňoval pracovníkům screeningovou diagnostiku provádět a zajišťoval kvalitu poskytování testování.

**Reorganizace současného stavu je naprosto nutná a urgentní. Problémoví uživatelé psychoaktivních látek jsou jednou z nejrizikovějších skupin v šíření infekčních chorob a je nezbytné učinit kroky, aby testování bylo poskytováno kvalitně, efektivně a v dostatečné míře.**

## ZÁVĚR

Práce představila problematiku screeningového testování na infekční choroby v nízkoprahových zařízeních pro problémové uživatele drog. Souhrnný náhled do současného stavu testování pomohl identifikovat nejvíce problémové oblasti, které brání v poskytování této služby nebo snižují kvalitu a efektivitu v jejím poskytování.

Problémoví uživatelé psychoaktivních látek jsou jednou z nejrizikovějších skupin co do přenosu infekčních chorob, které patří mezi nejzávažnější zdravotní důsledky injekční aplikace návykových látek. Testování a včasná diagnostika infekčních nemocí je důležitým preventivním prvkem v poskytování harm reduction služeb pro aktivní uživatele drog a je také součástí standardů odborné způsobilosti Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky.

Práce ukazuje, že ačkoli je prevence infekčních chorob velmi důležitou službou, nachází se testování na infekce v kontaktních centrech pro uživatele drog v současnosti v jakési šedé zóně. Je zde řada významných otázek, a to jak ze strany zákonodárců, donátorů, odborníků na veřejné zdraví, tak adiktologů. Výsledkem je, že stav této služby vypadá jako nejednotné seskupení požadavků, ve kterém se téměř nikdo nevyzná a nelze jasně říci, jak by to mělo skutečně vypadat. Z tohoto důvodu je testování poskytováno v různých podmínkách, odlišné kvalitě a řízeno různými metodikami. Neexistuje jednotný systém ani názor na tuto problematiku.

Na základě získaných informací práce identifikuje oblasti, které je potřeba změnit a reorganizovat, aby testování na infekční nemoci v kontaktních centrech bylo službou, která bude standardně poskytována za jasně daných podmínek s podporou odborných institucí, stejně jako je tomu u ostatních harm reduction služeb (jako např. výměna injekčního materiálu).

## ODKAZY

- Broža J. (2008). *Poradenství v terénní a kontaktní práci*. In: Kalina, K. a kol.: Základy klinické adiktologie. Kapitola 8. Praha: Grada Publishing
- Brůčková M., Březovská M., Hampl K., Kubátová A., Malinová H., Petrošová B. a kol. (2007). *Příručka HIV poradenství*. 2. vydání. Praha: Státní zdravotní ústav
- Dáňová J., Göpfertová D., Pazdiora P. (2006). *Epidemiologie (obecná a speciální epidemiologie infekčních nemocí)*. 1. vydání. Praha: Karolinum
- Dohnal K., Göpfertová D., Janovská D. (1999). *Mikrobiologie, imunologie, epidemiologie a hygiena*. 2. vydání. Praha: Triton
- Dolanská, P., Korčíšová B., Mravčík V. (2004). *Testování infekcí u uživatelů drog v nízkoprahových zařízeních*. Praha: Úřad vlády ČR
- ECDC (2010). *HIV testing: increasing uptake and effectiveness in the European Union*. Stockholm: ECDC
- Husa P. (2005). *Současné možnosti léčby virových hepatitid*. Interní medicína, roč. 7, č. 7, s. 342 – 345
- Husa P. (2009). *Virová hepatitida C*. Klinická farmakologie, roč. 23, č. 1, s. 30 – 34
- Kolektiv autorů (2010). *Akční plán realizace národní strategie protidrogové politiky na období 2010 – 2012*. Praha: Úřad vlády ČR
- Krekulová L., Řehák V. (1998). *Virové hepatitidy – prevence, diagnostika a léčba virových hepatitid v první linii*. Praha: Triton
- Minařík J. (2010). *Poradenství při testování infekčních onemocnění u injekčních uživatelů drog v nízkoprahových zařízeních*. Internetové stránky: <http://www.drogy-info.cz> [10. 3. 2011]
- Minařík J., Řehák V. (2008). *Somatické komplikace a komorbidita*. In Kalina K. a kol.: Základy klinické adiktologie. Kapitola 6. Praha: Grada Publishing.
- Ministerstvo zdravotnictví (1992). *Věstník MZ ČR*, roč. 1992. Č. 3. Praha: MZ ČR
- Miovská L. a kol. (2006). *Seznam a definice výkonů drogových služeb*. Praha: Úřad vlády ČR

- Mravčík V. a kol. (2010). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2009*. Praha: Úřad vlády ČR
- Mravčík V. a kol. (2011). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010*. Praha: Úřad vlády ČR, In Press
- Mravčík V., Nečas V. (2010). *Testování infekčních chorob jako součást prevence a snižování rizika infekcí mezi injekčními uživateli drog v ČR*. *Adiktologie*, roč. 10, č. 2, s. 84 – 90
- Nařízení vlády 453/2004 Sb., ze dne 7. 7. 2004, kterým se stanoví technické požadavky na diagnostické zdravotnické prostředky in vitro.
- Petrášová, B., Studničková, B., (2009). *Výroční zpráva ČR 2009 (Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog)*. Praha: Hygienická stanice hl. m. Prahy, centrální pracoviště drogové epidemiologie
- Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky ČR (2001). *Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách*. Praha: Úřad vlády ČR
- Rozsypal H. (1998). *AIDS – klinický obraz a léčba*. Praha: Maxdorf
- Stránský J. (2001). *Virová hepatitida B a její klinický význam*. Praha: Grada Publishing
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (2010). *Výskyt pohlavních nemocí u injekčních uživatelů drog v ČR v letech 2000 – 2009*. Aktuální informace č. 54/2010 Praha: ÚZIS
- Venerová J., Zavoral M. a kol. (2007). *Gastrolenterologie a hepatologie*. Praha: Triton
- Vyhláška Ministerstva zdravotnictví 195/2005 Sb. ze dne 18. 5. 2005, kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče.
- Vyhláška Ministerstva zdravotnictví 473/2008 Sb., ze dne 17. 2. 2008, o systému epidemiologické bdělosti pro vybrané infekce.
- Vyhláška Ministerstva zdravotnictví 55/2011 Sb., ze dne 1. 3. 2011, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

- WHO/UNODC/UNAIDS (2009). *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*. WHO: Ženeva
- Zákon 101/2000 Sb., ze dne 1. 6. 2000, o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

**AIDS** – Acquired immune deficiency syndrome (syndrom získaného selhání imunity)

**ALT** – alaninaminotransferáza (enzym lokalizovaný v jaterní buňce)

**AST** – aspartátaminotransferáza (enzym stanovovaný při jaterních testech)

**CNS** – centrální nervový systém

**ČR** – Česká republika

**ECDC** – European Centre for Disease Prevention and Control (Evropské středisko pro prevenci a kontrolu nemocí)

**EMCDDA** – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti)

**HIV** – human immunodeficiency virus (virus lidské imunitní nedostatečnosti)

**HR** – harm reduction (postupy snižování či minimalizace poškození drogami)

**MZ ČR** – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

**NRL** – Národní referenční laboratoř

**PUD** – problémoví uživatelé drog

**RNA** – ribonukleová kyselina

**RVKPP** – Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky

**SZÚ** – Státní zdravotní ústav

**UNAIDS** – Společný program OSN pro HIV/AIDS

**UNOCD** – United Nations Office on Drugs and Crime (Úřad OSN pro drogy a kriminalitu)

**ÚZIS** - Ústav zdravotnických informací a statistiky

**VHB** – virová hepatitidy typu B

**VHC** – virová hepatitida typu C

**WHO** – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

## **PŘÍLOHA 1**

### **DOTAZNÍK**

#### **Testuje Vaše zařízení na HIV?**

- Ano, ze slin
- Ano, ze žilní krve
- Ano, z kapilární krve – ze séra (testy s centrifugou)
- Ano, z kapilární krve – z plné krve (testy bez centrifugy)
- Ano, pomocí jiného testu – uveďte prosím jakého
- Ne

#### **Netestující zařízení**

#### **Nabízeli jste v minulosti testování na HIV?**

- Ano
- Ne

#### **Z jakého důvodu aktuálně nenabízíte testování na HIV?**

- Administrativa: zpracování osobních dat, zápisy
- Administrativa: vedení statistik, povinné hlásné systémy
- Finance: náklady na testy
- Finance: prostředky na zdravotnický personál
- Spolupráce s orgány ochrany veřejného zdraví
- Problematická spolupráce s léčebnými centry
- Absence vhodných prostor pro testování
- Nedostupnost vhodných testů
- Povolení k testování od příslušných institucí
- Ochrana soukromí a osobních údajů klienta
- Nedostatečný zájem o testování ze strany klientů



- Jiné důvody, jaké?

**Plánujete v budoucnu nabízet testování na HIV?**

- Ano
- Ne

**Jakým způsobem zajišťujete péči o klienty se zájmem o otestování na HIV?**

### **Testující zařízení**

**Testujete klienty na HIV anonymně?**

- Ano, plně anonymně
- Částečně, pouze s identifikačním kódem
- Ne, pouze s rodným číslem

**Od kterého roku nabízíte testování na HIV?**

**Jak dlouho vám průměrně trvá otestování (včetně pre- a post-testového poradenství, odběru vzorku a provedení testu) jednoho klienta na HIV?**

- déle než 30 minut
- 20 - 30 minut
- 10 - 20 minut
- méně než 10 minut

### **Vnímáte v poskytování testování na HIV nějaké komplikace?**

- Administrativa: zpracování osobních dat, zápisy
- Administrativa: vedení statistik, povinné hlášené systémy
- Finance: náklady na testy
- Finance: prostředky na zdravotnický personál
- Spolupráce s orgány ochrany veřejného zdraví
- Problematická spolupráce s léčebnými centry
- Absence vhodných prostor pro testování
- Nedostupnost vhodných testů
- Povolení k testování od příslušných institucí
- Ochrana soukromí a osobních údajů klienta
- Nedostatečný zájem o testování ze strany klientů
- Jiné komplikace, jaké?

### **Testuje Vaše zařízení na VHB?**

- Ano, ze slin
- Ano, ze žilní krve
- Ano, z kapilární krve – ze séra (testy s centrifugou)
- Ano, z kapilární krve – z plné krve (testy bez centrifugy)
- Ano, pomocí jiného testu – uveďte prosím jakého
- Ne

### **Netestující zařízení**

#### **Nabízeli jste v minulosti testování na VHB?**

- Ano
- Ne

### **Z jakého důvodu aktuálně nenabízíte testování na VHB?**

- Administrativa: zpracování osobních dat, zápisy
- Administrativa: vedení statistik, povinné hlášené systémy
- Finance: náklady na testy
- Finance: prostředky na zdravotnický personál
- Spolupráce s orgány ochrany veřejného zdraví
- Problematická spolupráce s léčebnými centry
- Absence vhodných prostor pro testování
- Nedostupnost vhodných testů
- Povolení k testování od příslušných institucí
- Ochrana soukromí a osobních údajů klienta
- Nedostatečný zájem o testování ze strany klientů
- Jiné důvody, jaké?

### **Plánujete v budoucnu nabízet testování na VHB?**

- Ano
- Ne

### **Jakým způsobem zajišťujete péči o klienty se zájmem o otestování na VHB?**

#### **Testující zařízení**

#### **Testujete klienty na VHB anonymně?**

- Ano, plně anonymně
- Částečně, pouze s identifikačním kódem
- Ne, pouze s rodným číslem

**Od kterého roku nabízíte testování na VHB?**

**Jak dlouho vám průměrně trvá otestování (včetně pre- a post-testového poradenství, odběru vzorku a provedení testu) jednoho klienta na VHB?**

- déle než 30 minut
- 20 - 30 minut
- 10 - 20 minut
- méně než 10 minut

**Vnímáte v poskytování testování na VHB nějaké komplikace?**

- Administrativa: zpracování osobních dat, zápisy
- Administrativa: vedení statistik, povinné hlášené systémy
- Finance: náklady na testy
- Finance: prostředky na zdravotnický personál
- Spolupráce s orgány ochrany veřejného zdraví
- Problematická spolupráce s léčebnými centry
- Absence vhodných prostor pro testování
- Nedostupnost vhodných testů
- Povolení k testování od příslušných institucí
- Ochrana soukromí a osobních údajů klienta
- Nedostatečný zájem o testování ze strany klientů
- Jiné komplikace, jaké?

### **Testuje Vaše zařízení na VHC?**

- Ano, ze slin
- Ano, ze žilní krve
- Ano, z kapilární krve – ze séra (testy s centrifugou)
- Ano, z kapilární krve – z plné krve (testy bez centrifugy)
- Ano, pomocí jiného testu – uveďte prosím jakého
- Ne

### **Netestující zařízení**

#### **Nabízeli jste v minulosti testování na VHC?**

- Ano
- Ne

#### **Z jakého důvodu aktuálně nenabízíte testování na VHC?**

- Administrativa: zpracování osobních dat, zápisy
- Administrativa: vedení statistik, povinné hlášené systémy
- Finance: náklady na testy
- Finance: prostředky na zdravotnický personál
- Spolupráce s orgány ochrany veřejného zdraví
- Problematická spolupráce s léčebnými centry
- Absence vhodných prostor pro testování
- Nedostupnost vhodných testů
- Povolení k testování od příslušných institucí
- Ochrana soukromí a osobních údajů klienta
- Nedostatečný zájem o testování ze strany klientů
- Jiné důvody, jaké?

**Plánujete v budoucnu nabízet testování na VHC?**

- Ano
- Ne

**Jakým způsobem zajišťujete péči o klienty se zájmem o otestování na VHC?**

**Testující zařízení**

**Testujete klienty na VHC anonymně?**

- Ano, plně anonymně
- Částečně, pouze s identifikačním kódem
- Ne, pouze s rodným číslem

**Od kterého roku nabízíte testování na VHC?**

**Jak dlouho vám průměrně trvá otestování (včetně pre- a post-testového poradenství, odběru vzorku a provedení testu) jednoho klienta na VHC?**

- déle než 30 minut
- 20 - 30 minut
- 10 - 20 minut
- méně než 10 minut

### **Vnímáte v poskytování testování na VHC nějaké komplikace?**

- Administrativa: zpracování osobních dat, zápisy
- Administrativa: vedení statistik, povinné hlášené systémy
- Finance: náklady na testy
- Finance: prostředky na zdravotnický personál
- Spolupráce s orgány ochrany veřejného zdraví
- Problematická spolupráce s léčebnými centry
- Absence vhodných prostor pro testování
- Nedostupnost vhodných testů
- Povolení k testování od příslušných institucí
- Ochrana soukromí a osobních údajů klienta
- Nedostatečný zájem o testování ze strany klientů
- Jiné komplikace, jaké?

### **Testuje Vaše zařízení na syfilis?**

- Ano, ze slin
- Ano, ze žilní krve
- Ano, z kapilární krve – ze séra (testy s centrifugou)
- Ano, z kapilární krve – z plné krve (testy bez centrifugy)
- Ano, pomocí jiného testu – uveďte prosím jakého
- Ne

### **Netestující zařízení**

#### **Nabízeli jste v minulosti testování na syfilis?**

- Ano
- Ne

#### **Z jakého důvodu aktuálně nenabízíte testování na syfilis?**

- Administrativa: zpracování osobních dat, zápisy
- Administrativa: vedení statistik, povinné hlášené systémy
- Finance: náklady na testy
- Finance: prostředky na zdravotnický personál
- Spolupráce s orgány ochrany veřejného zdraví
- Problematická spolupráce s léčebnými centry
- Absence vhodných prostor pro testování
- Nedostupnost vhodných testů
- Povolení k testování od příslušných institucí
- Ochrana soukromí a osobních údajů klienta
- Nedostatečný zájem o testování ze strany klientů
- Jiné důvody, jaké?

**Plánujete v budoucnu nabízet testování na syfilis?**

- Ano
- Ne

**Jakým způsobem zajišťujete péči o klienty se zájmem o otestování na syfilis?**

**Testující zařízení**

**Testujete klienty na syfilis anonymně?**

- Ano, plně anonymně
- Částečně, pouze s identifikačním kódem
- Ne, pouze s rodným číslem



**Od kterého roku nabízíte testování na syfilis?**

**Jak dlouho vám průměrně trvá otestování (včetně pre- a post-testového poradenství, odběru vzorku a provedení testu) jednoho klienta na syfilis?**

- déle než 30 minut
- 20 - 30 minut
- 10 - 20 minut
- méně než 10 minut

**Vnímáte v poskytování testování na syfilis nějaké komplikace?**

- Administrativa: zpracování osobních dat, zápisy
- Administrativa: vedení statistik, povinné hlášené systémy
- Finance: náklady na testy
- Finance: prostředky na zdravotnický personál
- Spolupráce s orgány ochrany veřejného zdraví
- Problematická spolupráce s léčebnými centry
- Absence vhodných prostor pro testování
- Nedostupnost vhodných testů
- Povolení k testování od příslušných institucí
- Ochrana soukromí a osobních údajů klienta
- Nedostatečný zájem o testování ze strany klientů
- Jiné komplikace, jaké?

**Jaký statut má Vaše zařízení?**

- Registrovaná sociální služba
- Nestátní zdravotnické zařízení
- Charita
- Jiný, jaký?

**Ve kterém kraji působí vaše zařízení?**

**Ve kterém městě působí vaše zařízení?**

**Kdo provádí odběr biologického materiálu?**

- Klienti sami
- Zdravotní sestra
- Lékař
- Adiktolog
- Ostatní pracovníci

**Jakým způsobem máte zajištěnou následnou péči o klienty s reaktivním (pozitivním) výsledkem testu u jednotlivých chorob?**

**Jaký přínos pro kontaktní práci má podle vás testování na infekční choroby?**

**Vlastní vaše zařízení povolení k testování od orgánů ochrany veřejného zdraví?**

**Jak hodnotíte spolupráci se SZÚ, venerologiemi, Hygienickými stanicemi při referování klientů?**

**Používáte některou z metodik testování? Kterou?**

**Testuje v současnosti vaše zařízení na nemoci mimo HIV, žloutenky (A,B,C) a syfilis?**