



Národní monitorovací  
středisko pro drogy  
a závislosti

METODIKA

# Testování na HIV a VHC v nízkoprahových službách pro uživatele drog

Metodická příručka

>15



Národní monitorovací  
středisko pro drogy  
a závislosti

# Testování na HIV a VHC v nízkoprahových službách pro uživatele drog

Metodická příručka

Tato metodická příručka vznikla v rámci projektu / společné akce „677085 / HA-REACT“ financovaného z prostředků Programu Evropské unie v oblasti zdraví na období 2014–2020.

This training manual is part of the project / joint action '677085 / HA-REACT' which has received funding from the European Union's Health Programme (2014-2020).



Obsah této metodické příručky vyjadřuje čistě názory jejích autorů, kteří za něj současně nesou výhradní odpovědnost. Nelze jej považovat za projev názorů Evropské komise, resp. Výkonné agentury pro spotřebitele, zdraví, zemědělství a potravin y nebo jakéhokoliv dalšího orgánu Evropské unie. Evropská komise a CHAFEA se zřikají jakékoli odpovědnosti za případné důsledky plynoucí z použití informací obsažených v této publikaci.

Na zpracování tohoto materiálu se podíleli následující odborníci:

Henrikki Brummer-Korvenkontio, Národní ústav pro zdraví a sociální péči, Finsko  
Lella Cosmaro, Lila Milano, Itálie  
Giacomina Chiaradia, Národní institut infekčních nemocí, Itálie  
Kristel Kivimets, Národní ústav rozvoje zdraví, Estonsko  
Peter Wiessner, nezávislý konzultant, Německo  
Alexandra Gurinova, Deutsche AIDS-Hilfe, Německo.

Editor anglického originálu: Shona Schonning

Český překlad: Jiří Bareš

Editoři českého vydání: Daniel Randák, Tereza Černíková, Barbara Janíková, Viktor Mravčík

Redaktoři českého vydání: Zuzana Tion Leštinová, Lucie Grolmusová

Jazyková korektura českého vydání: Zuzana Tion Leštinová

Design českého vydání: Missing-Element

Ilustrace: Dasha Zorkina

Sazba: Vladimír Vašek

Původní publikace byla zpracována jako manuál pro lektory vzdělávající pracovníky služeb v problematice testování. Český překlad byl upraven tak, aby byla metodická příručka adresována přímo pracovníkům služeb. Součástí anglického originálu je i kapitola věnovaná testování HIV a VHC ve věznicích. Vzhledem k tomu, že je zpracována specificky pro německé prostředí, není součástí českého vydání.

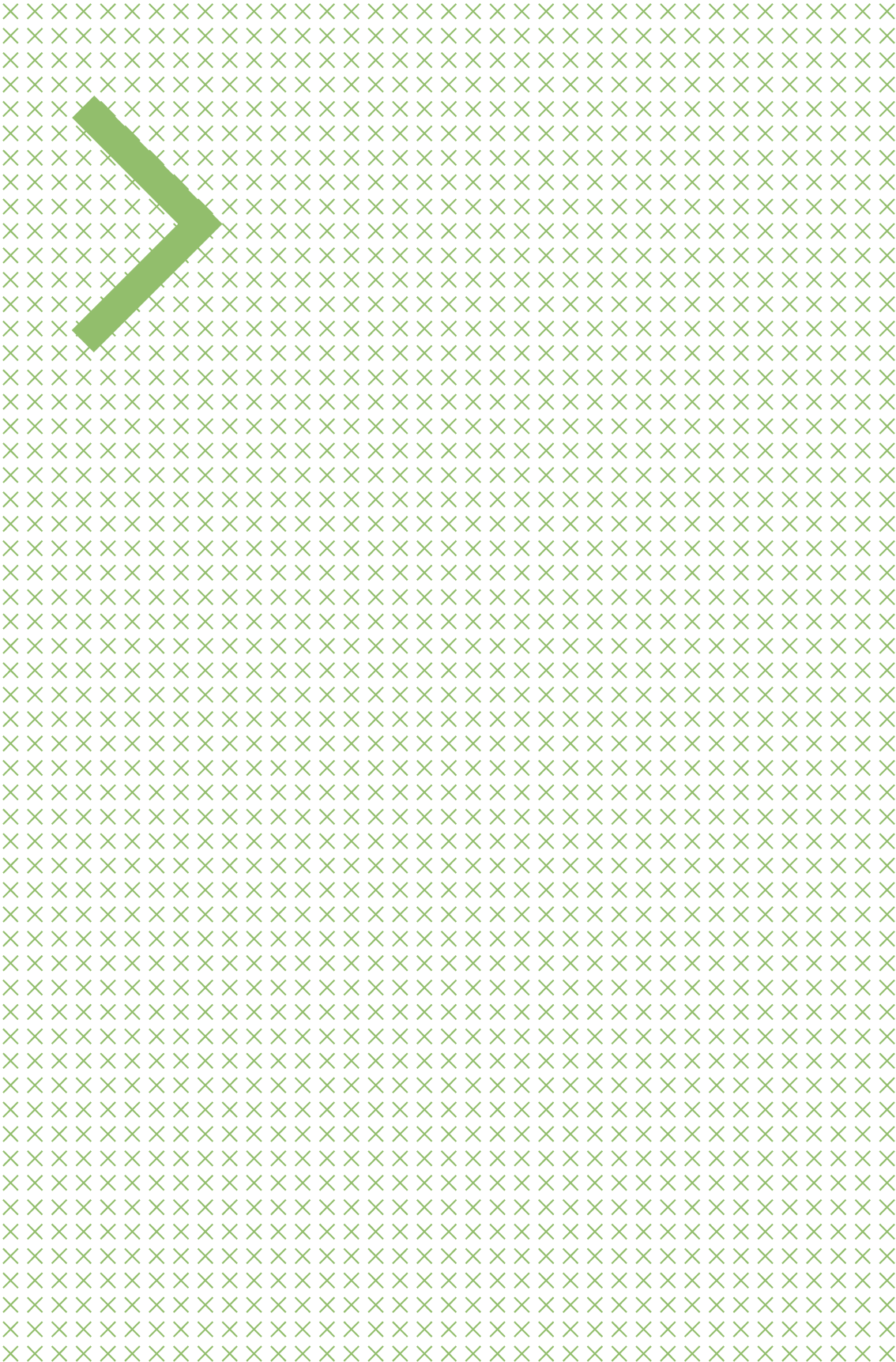
© Úřad vlády České republiky, 2019

Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti

ISBN 978-80-7440-221-0

# Obsah

Úvod	5
<b>Kapitola 1</b>	
<b>Základní informace o HIV, virové hepatitidě typu C a tuberkulóze</b>	<b>7</b>
1.1 HIV infekce: základní informace	7
1.2 Virová hepatitida typu C (VHC): základní informace	9
1.3 Přenos HIV	9
1.4 Přenos VHC	10
1.5 Orientační vyšetření a diagnostika HIV infekce	11
1.6 Orientační vyšetření a diagnostika VHC	12
1.7 Léčba HIV a užívání drog	13
1.8 Léčba VHC a užívání drog	14
1.9 Tuberkulóza	15
<b>Kapitola 2</b>	
<b>Různé typy testů</b>	<b>19</b>
2.1 Screeningový test na HIV protilátky	19
2.2 Rychlý test	21
2.3 Navazující diagnostické testování na HIV	22
2.4 Navazující diagnostické testování na VHC	24
2.5 Nové typy testů: domácí testy – sebetestování a samoodběrové testy	24
<b>Kapitola 3</b>	
<b>Předtestové a potestové poradenství</b>	<b>27</b>
3.1 Zásady předtestového a potestového poradenství	28
<b>Kapitola 4</b>	
<b>Jak podnítit zájem klientů</b>	<b>37</b>
4.1 Nízkoprahové služby	37
4.2 Přístup minimalizace rizik	39
4.3 Peerwork	42
<b>Kapitola 5</b>	
<b>Genderové aspekty</b>	<b>47</b>
5.1 Alkohol a jiné návykové látky, pohlavní a reprodukční zdraví, těhotenství	48
5.2 Antikoncepce u uživatelů drog	49
<b>Kapitola 6</b>	
<b>Návaznost další péče</b>	<b>63</b>
<b>Kapitola 7</b>	
<b>Zvyšování kvality</b>	<b>73</b>
V čem spočívá zvyšování kvality?	73
<b>Příloha</b>	
<b>Přehled úkonů před provedením testu a po provedení testu</b>	<b>77</b>
Před testem	77
Po testu při negativním výsledku	77
Po testu při pozitivním výsledku	78
<b>Jak motivovat klienty nízkoprahových služeb k testování infekčních chorob?</b>	<b>79</b>
<b>Doporučení NMS pro provádění testů na virovou hepatitidu typu B (VHB)</b>	<b>79</b>
<b>Seznam pracovišť navržených ČHS ČLS JEP a SIL ČLS JEP jako pracoviště pro léčbu VHC bezinterferonovými režimy</b>	<b>80</b>
<b>Infekční kliniky a oddělení (dle stránek SIL ČLS JEP, <a href="http://www.infekce.cz">www.infekce.cz</a>)</b>	<b>83</b>
<b>Centra pro léčbu infekce HIV</b>	<b>85</b>



# Úvod

Tato metodická příručka byla zpracována v rámci programu HA-REACT zaměřeného na řešení problematiky HIV, virových hepatitid a tuberkulózy u injekčních uživatelů drog v Evropě, který financuje EU. Příručka je zamýšlena jako ucelený nástroj, jenž má být pracovníkům nízkoprahových programů zdrojem vědomostí, dovedností a technik potřebných při testování uživatelů drog na HIV a VHC a zprostředkování další nutné péče pro tuto cílovou skupinu.



# Kapitola 1

## Základní informace o HIV, virové hepatitidě typu C a tuberkulóze

### 1.1 HIV infekce: základní informace

Zkratkou HIV (z anglického „human immunodeficiency virus“) se označuje virus lidské imunitní nedostatečnosti (imunodeficiency). Virus HIV způsobuje AIDS. Imunodeficiency se rozumí snížení nebo oslabení schopnosti organismu bránit se proti infekcím a nemocím. Infikování virem HIV vede k oslabení imunitního systému, čímž se člověk s HIV stává náchylnější ke skupině onemocnění, např. oportunním infekcím, které by člověka nenakaženého virem HIV tak snadno nepostihly. Zkratka AIDS (z anglického „acquired immune deficiency syndrome“) znamená syndrom získaného selhání imunity, jenž je posledním stadiem onemocnění vyvolaného virem HIV. AIDS je výsledkem přechodu nákazy virem HIV do pokročilého stadia, kdy dojde k narušení imunitního systému do té míry, že organismus již není schopen s onemocněním bojovat. AIDS se označuje jako syndrom, protože jej charakterizuje celá skupina onemocnění.

#### HIV vs. AIDS

- HIV JE VIRUS, JENŽ ZPŮSOBUJE AIDS.
- NE KAŽDÝ, KDO JE NAKAŽEN VIREM HIV, MÁ AIDS.
- KAŽDÝ, KDO MÁ AIDS, JE INFIKOVÁN VIREM HIV.
- AIDS JE DŮSLEDKEM ROZVOJE NÁKAZY VIREM HIV.
- LIDÉ INFIKOVANÍ HIV A SOUČASNĚ VYKAZUJÍCÍ DETEKOVATELNOU VIROVOU NÁLOŽ MOHOU VIRUS PŘENĚST NA JINOU OSOBU
- OSOBY BEZ DETEKOVATELNÉ VIROVÉ NÁLOŽE VIRUS PŘENĚST NEMOHOU.

Rozlišují se dva typy viru HIV: HIV-1 a HIV-2. Oba způsobují stejný klinický obraz onemocnění. V případě HIV-2 je progresse směrem k AIDS pomalejší než u HIV-1. Je důležité, aby se při testování detekovaly oba podtypy viru HIV. V opačném případě mohou výsledky vykazovat falešnou negativitu.

HIV napadá významnou skupinu buněk označovaných jako CD4 T-lymfocyty (buňky CD4), které koordinují imunitní (obraný) systém organismu. Buňky CD4 T produkují několik proteinů označovaných jako cytokiny, které hrají důležitou roli při imunitní reakci na patogeny. Jakmile začne virus HIV ničit buňky CD4, oslabí se tím schopnost organismu bojovat proti patogenům. Zdravý člověk má 800–1200 buněk CD4 na mikrolitr krve. Jakmile počet buněk CD4 klesne pod 200 anebo dojde k výskytu oportunního

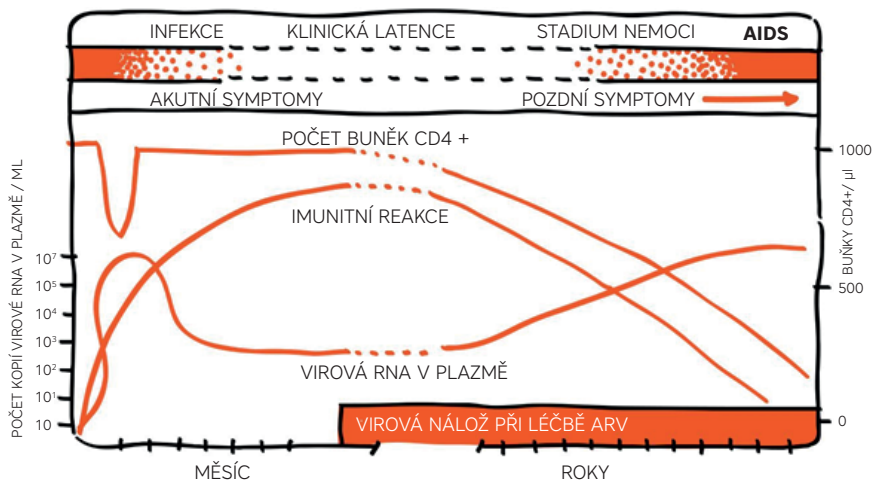


onemocnění, je u HIV pozitivní osoby diagnostikován AIDS. Virologii a imunologický průběh onemocnění HIV/AIDS znázorňuje obr. 1.

Po proniknutí viru do těla následuje fáze rychlé replikace (reprodukce) viru vedoucí k výraznému navýšení hladiny viru v periferní krvi. Během fáze primární infekce (stadium nákazy v období 2–6 týdnů po infikování) může hladina HIV dosahovat několik milionů částic viru na mililitr krve. V důsledku toho dochází k rychlému poklesu počtu buněk CD4. Množství CD4 opět naroste na normální hladinu, jakmile se spustí imunitní reakce organismu na HIV infekci. Avšak i když zvýšené množství buněk CD4 snižuje virovou nálož, imunitní odpověď nedokáže infekci eliminovat vzhledem k vysoké rychlosti mutace HIV. Čím vyšší je virová nálož u dané osoby, tím rychleji v jeho organismu budou ubývat buňky CD4 a bude se zvyšovat riziko rozvoje AIDS.

Postupem času HIV ničí stále více buněk CD4, až jich nakonec zlikviduje tolik, že propukne AIDS. Tím dojde k oslabení imunitního systému a postupnému projevu různých dalších, tzv. oportunních infekcí. Buňky CD4 mají z hlediska imunitní reakce zásadní roli. Bez nich tělo oportunním infekcím nedokáže vzdorovat. AIDS se typicky objevuje přibližně 10–12 let po prvním infikování. Při účinné léčbě pomocí antiretrovirálních léků (ARV) setrvává virová nálož pod úrovní 30 kopií viru v mililitru plazmy, a viry HIV tak již neničí buňky CD4. Díky tomu je obnovena funkce imunitního systému a nedochází k rozvoji oportunních infekcí. HIV pozitivní osoby, které se začnou včas léčit, mohou v kontextu dynamiky popsané ve schématu na obr. 1 dosáhnout průměru statistické střední délky života.

V západních zemích se u 10 % neléčených HIV pozitivních osob AIDS rozvine po třech letech od nákazy virem. Po deseti letech dojde k progresi infekce u cca 80 % nakažených, přičemž minimálně u 50 % se vyskytne AIDS. U 10 % HIV pozitivních lidí nedojde k rozvoji AIDS ani po 20 letech a u 5 % se onemocnění během 20 let nijak navenek neprojeví.



Obr. 1: Virologický a imunologický průběh onemocnění HIV/AIDS

## 1.2 Virová hepatitida typu C (VHC): základní informace

Virová hepatitida typu C je onemocnění jater způsobené virem hepatitidy typu C (VHC), který napadá jaterní buňky a reprodukuje se v nich, čímž v nich způsobuje změny a narušuje funkci orgánu. Virus může způsobovat jak akutní, tak chronickou hepatitidu (žloutenku), jejíž průběh se může pohybovat od lehčí formy onemocnění v trvání několika týdnů až po závažnou celoživotní chorobu.

U výrazného počtu osob s chronickou nákazou dochází k rozvoji cirhózy nebo karcinomu jater. Akutní VHC je obvykle asymptomatická a jen velmi vzácně (pokud vůbec) se pojí s život ohrožujícími stavy. U přibližně 15–45 % infikovaných se organismus působením imunitního systému viru spontánně zbaví během šesti měsíců od nakažení, aniž podstoupí nějakou léčbu. U zbylých 55–85 % se nákaza rozvine do chronické VHC. U osob s chronickou VHC existuje 15–30% riziko vzniku cirhózy jater v rozmezí 20 let.



Obr. 2: Riziko a doba rozvoje různých stupňů jaterního onemocnění u VHC pozitivních osob

## 1.3 Přenos HIV

HIV se přenáší krví při pohlavním styku (vaginálním, análním, orálním) s infikovaným partnerem (u něhož nebyla dosažena hladina nezjistitelné virové nálože na základě účinné léčby antiretrovirotiky) nebo kontaktem s infikovanou krví, nejčastěji při sdílení jehel, stříkaček nebo jiného aplikačního náčiní, které je virem kontaminováno. Lze se rovněž nakazit při transfuzi krve infikované HIV. Děti se mohou infikovat od HIV pozitivní matky během těhotenství, při porodu nebo kojení (obr. 3). Riziko přenosu nákazy při nechráněném análním sexu je několikanásobně vyšší než při vaginálním styku. Riziko přenosu je nejvyšší v akutní fázi infekce, kdy virová nálož dosahuje nejvyšších hodnot.

HIV se nešíří vzduchem ani vodou, nepřenášejí jej komáři, klíšťata ani žádný jiný hmyz a nelze se infikovat slinami, slzami nebo potem, pakliže nejsou smíchány s krví HIV



Obr. 3: Způsoby přenosu HIV



Obr. 4: Těmito cestami se HIV nepřenáší

## 1.4 Přenos VHC

Virus hepatitidy typu C se přenáší krví. K tomuto přenosu nejčastěji dochází kontaktem s malým množstvím krve při:

- sdílení injekčního náčiní u injekčních uživatelů drog,
- opakovaném užití nebo neadekvátní sterilizaci zdravotnického materiálu, zejména stříkaček a jehel ve zdravotnických zařízeních,
- transfuzi nevyšetřené krve nebo krevních produktů,
- tetování a piercingu prováděnými nedostatečně sterilními nástroji,
- při sdílení holicích potřeb, zubních kartáčků, kleštiček na nehty a dalších předmětů, které mohou být kontaminovány krví člověka s VHC žijícího ve stejné domácnosti.

VHC se rovněž přenáší při pohlavním styku a k přenosu nákazy může také dojít z infikované matky na dítě, byť tento způsob přenosu je mnohem méně častý (obr. 5).



Obr. 5: Způsoby přenosu virové hepatitidy typu C



Obr. 6: Těmito způsoby se virová hepatitida typu C nepřenáší

## 1.5 Orientační vyšetření a diagnostika HIV infekce

Existuje mnoho dobrých důvodů, aby se lidé nechávali testovat na HIV. Přístup k testování na HIV umožňuje všem, kteří to potřebují, začít s antiretrovirovou léčbou (ART). Přestože HIV prozatím zůstává nevléčitelným onemocněním, ART dává HIV pozitivním lidem možnost žít déle a zdravěji, aniž u nich propukne AIDS. Dalším důvodem k testování je jeho přínos v rámci prevence výskytu nových případů infekce. Lidé, kteří jsou si vědomi, že jsou nositeli viru, často mění své chování, aby nákazu nepřenášeli na další osoby.

Také dostupnost antiretrovirové léčby snižuje riziko přenosu infekce. HIV pozitivní osoby, u nichž díky účinné léčbě nelze detekovat virovou nálož, nemohou virus šířit mezi další osoby. Čím větší počet lidí má přístup k ART, tím méně je nově nakažených. Dalším důvodem pro testování na HIV je možnost předcházení přenosu infekce z matky na dítě, neboť matky, které se dozvědí, že jsou HIV pozitivní, mohou nastoupit antiretrovirovou léčbu. Existuje přibližně 20% pravděpodobnost, že HIV pozitivní matka, která nepodstoupí ART, přeneše virus v době těhotenství nebo při porodu na své dítě. Pokud HIV pozitivní matka podstoupí ART, pravděpodobnost přenosu viru na dítě se snižuje na 1%. V neposlední řadě platí, že čím dříve se s léčbou začne, tím je nákladově efektivnější, neboť se maximalizuje zdravotní přínos pro léčeného jedince i preventivní efekt z hlediska možnosti dalšího šíření viru.

Na základě příznaků, které se mohou začít objevovat 2–6 týdnů po přenosu nákazy a trvat po dobu 1–4 týdnů, nelze akutní primární infekci HIV diagnostikovat. Příznaky vykazuje pouze 30–50% infikovaných osob.

Mezi tyto příznaky patří zvýšená teplota, bolest v krku, únava, průjem, bolesti hlavy, kloubů a svalů a zduření lymfatických uzlin. Jakmile HIV pronikne do těla, napadne buňky CD4 a začne se replikovat. Během této akutní či primární fáze infekce je v krvi obsaženo množství částic viru, které se šíří dále do organismu a usazují se v různých orgánech, zejména lymfatických. Současně začne tělo vytvářet protilátky proti HIV. Přítomnost HIV-RNA (genom viru) a antigenů HIV, resp. protilátek proti HIV v krvi, indikuje nákazu virem HIV.

HIV se obvykle diagnostikuje spíše na základě prokázání protilátek proti HIV, případně antigenu HIV p24 než přímé detekce virového genomu. Na přítomnost HIV protilátek se zaměřují především testy na HIV. Jde o enzymové imunoanalýzy (EIA) používané v laboratořích nebo rychlé testy, které se často provádějí v rámci nízkoprahových služeb. Veškeré orientační testy na HIV s pozitivním výsledkem musejí být ještě ověřeny rozbořením druhého vzorku a následným laboratorním konfirmačním testem.

## 1.6 Orientační vyšetření a diagnostika VHC

Akutní fáze VHC probíhá často bez příznaků, proto je v této fázi diagnostikována jen výjimečně. Vzhledem k její asymptomatickosti je v akutní fázi infekce VHC diagnostikováno jen málo lidí. Infekce často zůstane nediodagnostikována i u lidí, u nichž následně dochází k rozvoji chronické infekce VHC, neboť ani v této fázi často nejsou patrné žádné příznaky. Ty se objeví až s nástupem závažného poškození, k němuž mnohdy dochází až desítky let po proniknutí viru do organismu.

### INKUBAČNÍ DOBA, PŘÍZNAKY A FAKTORY PŮSOBÍCÍ NA ROZVOJ ONEMOCNĚNÍ JATER

1. INKUBAČNÍ DOBA 2–24 TÝDNŮ
2. V 80 % NEJSOU PATRNÉ ŽÁDNÉ PŘÍZNAKY
3. PŘÍZNAKY: ZVÝŠENÁ TEPLOTA, ÚNAVA, SNÍŽENÁ CHUŤ K JÍDLU, NEVOLNOST, BOLESTI BŘICHA, TMAVŠÍ MOČ, BOLESTI KLOUBŮ A ŽLOUTNUTÍ KŮŽE A BĚLMA OČÍ
4. VIROVÁ NÁLOŽ PŘÍMO NESOUVISÍ S POŠKOZENÍM JATER
5. EXTERNÍ A HOSTITELSKÉ FAKTORY, JEŽ MOHOU URYCHLOVAT ROZVOJ JATERNÍHO ONEMOCNĚNÍ:
  - mužské pohlaví
  - nákaza ve věku nad 40 let
  - spotřeba alkoholu odpovídající 20 g denně (jeden půllitr piva)
  - kouření
  - souběžná nákaza HIV nebo virovou hepatitidou typu B

#### Diagnostika VHC se provádí ve dvou krocích:

1. Na základě orientačního vyšetření (screeningu) na protilátky proti viru VHC pomocí sérologického testu se zjistí možná přítomnost viru v organismu dané osoby. Protilátky proti viru VHC se vytvoří během šesti (obvykle do čtyř) měsíců. Protilátky lze detekovat pomocí rychlého testu z kapky krve, séra nebo ústního plaku (stěru sliznice ústní dutiny), případně standardním rozbořením krve odebrané ze žíly.

2. Pokud je test pozitivní na protilátky proti VHC, je následně zapotřebí provést test za účelem stanovení ribonukleové kyseliny (RNA) VHC, kterým se potvrdí chronická infekce (konfirmační test). U 15–45 % osob infikovaných VHC se totiž organismus této infekce spontánně zbaví na základě silné imunitní reakce, a tyto osoby tak již není nutné léčit. Ačkoli už nejsou nakaženy, těmto osobám bude stále vycházet pozitivně test na protilátky proti VHC. Znamená to, že člověk, který se vyléčil z VHC, bude mít po zbytek života v krvi protilátky proti VHC. Na pozitivní screening na protilátky proti VHC by měly navazovat konfirmační testy na přítomnost nukleové kyseliny VHC.

Osoba, u které byla diagnostikována chronická nákaza hepatitidou typu C, by měla podstoupit vyšetření zaměřené na zjištění míry případného poškození jater (fibrózy a cirhózy). To se provádí biopsií jater nebo různými neinvazivními metodami (např. Fibroscan). Těmto lidem by se dále mělo provést laboratorní vyšetření, při němž se určí genotyp kmene VHC, jímž jsou nakaženi. VHC má šest genotypů označovaných číslicemi od 1 do 6. Existují také podtypy označované písmeny, například genotypy 1a a 1b. Většina lidí se infikuje jediným dominantním genotypem, ale možný je také výskyt více než jednoho genotypu současně (v této souvislosti se hovoří o smíšené infekci).

Všechny osoby s chronickou VHC by měly podstoupit léčbu přímo působícími antivirotyky (DAA). Rozhodnutí týkající se léčby a jejího vedení se odvíjí od míry poškození jater a genotypu viru. S novými pangenotypickými DAA (tj. působícími napříč genotypy viru VHC) je možné léčit doposud neléčené osoby s chronickou hepatitidou typu C, aniž je nutné stanovit genotyp viru.

## 1.7 Léčba HIV a užívání drog

Metodický pokyn WHO doporučuje začít s antiretrovirovou léčbou (ART) bez ohledu na množství buněk CD4 u všech HIV pozitivních lidí, včetně uživatelů drog. ART je potřeba zahájit co možná nejdříve po stanovení diagnózy.

Celkově existuje více než 30 antiretrovirotik, které se dělí na 6 různých skupin. Některá léčiva na HIV jsou k dispozici v kombinované formě, což znamená, že dvě nebo více forem medikace proti HIV jsou obsaženy v jedné tabletě, přičemž u některých kombinací stačí denně užít jen jednu tabletu. Takové léky však ještě nejsou k dispozici ve všech zemích. Je důležité, aby se medikace užívala pravidelně každý den. Nedodržování správného režimu léčby HIV zvyšuje riziko rezistence na medikaci a neúspěšnosti léčby.

Antiretrovirotika (ARV) používaná k léčbě HIV se dělí podle toho, jakým způsobem zasahují do jednotlivých fází replikačního cyklu HIV. Inhibitory fúze blokuje navázání viru na cílovou buňku. Analogy nukleosidů zabráňují přepisu RNA viru na DNA. Inhibitory integrázy znemožňují sloučení DNA viru s genomem buňky a inhibitory proteázy znemožňují buňkám produkovat nové částice viru.

Léčba HIV pomocí ARV lidi nákazy nezabaví. Omezí sice replikaci viru na nedekovatelnou úroveň, ale nedokáže eliminovat viry, které se již zabudovaly do genomu buněk. Pokud se léčba přerušuje, infikované buňky začnou opět produkovat nové částice viru a hrozí také, že dojde k tvorbě virů rezistentních vůči užívaným ARV. Znamená to, že doposud

podávaná ARV již nemusí u dané osoby při léčbě HIV zabírat. Je velmi důležité, aby infikovaný člověk užíval ARV každý den po zbytek života.

Poskytovatelé léčby by měli vědět o dalších léčivech i „pouličních“ drogách, které HIV pozitivní osoby užívají v momentě zahájení léčby s podáváním ARV, jakož i o jakýchkoli nových přípravcích, které začne daná osoba během léčby brát.

Podle doporučení WHO mají antiretrovirotika potenciál buď snižovat, nebo zvyšovat biologickou dostupnost (účinnost) steroidních hormonů při hormonální antikoncepci. K dispozici jsou určitá data, z nichž lze usuzovat na možné interakce mezi antikoncepčními hormony a mnohými antiretroviroty, zejména některými nenukleosidovými inhibitory reverzní transkriptázy (NNRTI) a inhibitory proteázy posílenými ritonavirem (RTV). Tyto interakce mohou ovlivnit bezpečnost a účinnost hormonální antikoncepce i antiretrovirotika. V aktuálním metodickém pokynu WHO k problematice antikoncepce se však konstatuje, že žádná z lékových interakcí mezi aktuálně doporučovanými ARV k léčbě i preexpozici profylaxi na straně jedné a hormonální antikoncepcí na straně druhé není natolik významná, aby to bránilo jejich paralelnímu užívání. Pokud se ženy podstupující léčbu ART rozhodnou začít nebo dále užívat hormonální antikoncepci, doporučuje se současně důsledně používat kondomů, kterým se nejenom předejde dalšímu šíření HIV, ale eliminují se i možné důsledky snížené účinnosti hormonální antikoncepce.

Závislost na opioidech doporučuje WHO léčit metadonem a buprenorfinem. Současně podáváním efavirenzu (EFV) snižuje koncentrace metadonu. V důsledku toho se následně mohou vyskytnout abstinенční příznaky a zvyšuje se riziko recidivy užívání opioidů. Lidé užívající současně metadon a EFV by měli být pečlivě sledováni, přičemž u osob vykazujících abstinенční příznaky může vzniknout potřeba úpravy dávkování metadonu.

K dispozici jsou určitá data, z nichž vyplývají možné interakce mezi ARV a rekreačními drogami.

## 1.8 Léčba VHC a užívání drog

Antiviroty lze vyléčit více než 95 % osob nakažených hepatitidou typu C, čímž se snižuje riziko úmrtí na rakovinu a cirhózu jater. Proti hepatitidě typu C v současnosti neexistuje žádná vakcína.

Pokud infekce VHC nevymizí spontánně, je potřeba začít s její léčbou. Cílem léčby hepatitidy typu C je její vyléčení. Míra úspěšnosti léčby závisí na několika faktorech, mezi něž patří kmen viru a typ aplikované léčby. Standard péče o osoby s hepatitidou typu C se rychle mění. Podáváním přímo působících antivirotik (DAA) lze dosáhnout 95% úspěšnosti vyléčení. Tato medikace je mnohem účinnější, bezpečnější a lépe tolerovaná než starší typy léčiv. Terapií za použití DAA lze vyléčit většinu osob nakažených VHC a léčba je také kratší (obvykle 12 týdnů) než u dřívějších forem terapie. Přes nízké náklady na výrobu DAA zůstávají tato léčiva v mnoha vyspělých zemích velmi drahá. V některých méně vyspělých státech došlo k markantnímu poklesu ceny těchto preparátů v důsledku zavedení jejich generických verzí. Přístup k léčbě VHC se sice zlepšuje, ale stále je omezený.

## 1.9 Tuberkulóza

Tuberkulóza (TBC) je infekční onemocnění, které na rozdíl od HIV a hepatitidy nezpůsobují viry, ale bakterie. TBC postihuje na prvním místě osoby s oslabeným imunitním systémem. Někteří uživatelé drog mají významně vyšší náchylnost k TBC vzhledem k dalším rizikovým faktorům, jako jsou jiné infekční choroby, kouření, pití alkoholu, špatná výživa, chudoba, bezdomovectví a pobyt ve vězení.

Všechny osoby, u nichž existuje podezření na TBC, by měly co nejrychleji podstoupit lékařské vyšetření. Lidé, kteří jsou v úzkém kontaktu s pacienty s TBC, by také měli absolvovat screening na TBC. Diagnostikování TBC u uživatelů drog může být obtížnější z důvodu vysoké prevalence HIV a dalších onemocnění, která se v této populaci vyskytují. U HIV pozitivních osob se nejčastěji vyskytuje plicní TBC, kterou se však kvůli falešné negativitě při testech často nepodaří odhalit, což přispívá k její opožděné detekci, horším výsledkům léčby a rané mortalitě. Pozdní stanovení diagnózy je zejména běžné mezi uživateli drog a pacienty v opiátové substituční léčbě, neboť některé opiáty mohou potlačovat kašlací reflex. Někteří uživatelé drog se vyhýbají diagnostice TBC ze strachu z hospitalizace, která by jim znemožnila přístup k droze, kterou primárně užívají. Tento faktor hraje významnou roli zejména ve státech s nízkou mírou přístupu k substituční terapii nebo s represivní protidrogovou politikou.

### Koinfekce HIV a tuberkulózy

TBC je jednou z hlavních příčin úmrtí HIV pozitivních uživatelů drog. U osob s oslabenou imunitou v důsledku HIV se TBC rozvíjí snadněji, přičemž HIV se často rozvíjí rychleji u osob s TBC. U osob nakažených TBC je například riziko rozvoje aktivní formy onemocnění během života 5–10 %. U HIV pozitivních lidí pak existuje 5–10% riziko rozvoje aktivní formy onemocnění během jednoho roku. U osob infikovaných virem HIV je důležité provádět pravidelný screening, aby bylo na základě včas zahájené antiretrovirové léčby (ART) možné předejít přechodu z latentního do aktivního stadia TBC.

### Léčba tuberkulózy

Léčba TBC trvá dlouhou dobu (od 6–9 měsíců do 2 let u TBC rezistentní na medikaci) a je během ní nutné denně užívat příslušné léky. Ty mají často velmi nepříjemné vedlejší účinky, zejména při současné aplikaci ART. Každodenní přísné dodržování režimu léčby je však nezbytnou podmínkou úspěšného a úplného vyléčení TBC. V opačném případě nedojde ke zlepšení a vznikne velmi vysoké riziko rozvoje lékové rezistence.

Uživatelům drog je nutné poskytnout podporu, pokud mají úspěšně absolvovat protituberkulózní léčbu. Součástí takové podpory může být možnost opiátové substituční terapie (OST) a pomoc se zajištěním základních životních potřeb, jako je výživa nebo spánek.

Pokud se tuberkulóza včas odhalí a důsledně se dodržuje léčebný režim, lze ji vyléčit, a to i přes lékovou rezistenci a koinfekci s HIV a hepatitidou!



## ZÁKLADNÍ FAKTA O TUBERKULÓZE:

- TUBERKULÓZA JE CELOSVĚTOVĚ JEDNOU Z DESETI NEJČASTEJŠÍCH PŘÍČIN ÚMRTÍ.
- TBC JE HLAVNÍ PŘÍČINOU ÚMRTÍ U LIDÍ NAKAŽENÝCH VIREM HIV.
- TBC SE PŘENÁŠÍ VZDUCHEM. KDYŽ OSOBA S NAKAŽLIVOU FORMOU TBC V PLICÍCH NEBO HRTANU ZAKAŠLE, KÝCHNE, ZPÍVÁ, ZASMĚJE SE NEBO PROMLUVÍ, DO VZDUCHU SE DOSTÁVAJÍ ČÁSTICE OBSAHUJÍCÍ PŮVODCE TUBERKULÓZY (MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS). INFEKČNÍ ČÁSTICE MOHOU VE VZDUCHU ZŮSTAT PO MNOHO HODIN. KDYŽ JINÝ ČLOVĚK VDECHNE VZDUCH S NAKAŽENÝMI ČÁSTICEMI, MŮŽE SE NAKAZIT TBC.
- M. TUBERCULOSIS SE NEŠÍŘÍ PROSTŘEDNICTVÍM VĚCÍ DENNÍ POTŘEBY (NAPŘÍKLAD OBLEČENÍ, KNIH, TOALETNÍHO SEDÁTKA APOD.), JÍDLA, NÁPOJŮ NEBO PODÁNÍM RUKY ČLOVĚKU, KTERÝ JE INFIKOVÁN TBC.
- TUBERKULÓZA MŮŽE BÝT „LATENTNÍ“ A „AKTIVNÍ“. OSOBA NAKAŽENÁ M. TUBERCULOSIS V LATENTNÍ FORMĚ ONEMOCNĚNÍ MÁ INFEKCI V TĚLE, ALE NEMOC DÁLE NEPOSTUJUJE A NENÍ MOŽNÉ SE OD TĚTO OSOBY NAKAZIT.
- PŘÍZNAKY AKTIVNÍ FORMY TBC ZAHRNÚJÍ PŘETRVÁVAJÍCÍ KAŠEL (2–3 TÝDNY), ÚBYTEK HMOTNOSTI, MÍRNĚ ZVÝŠENOU TEPLOTU (CCA 37 °C), NECHUTENSTVÍ, ZVÝŠENOU ÚNAVU A NOČNÍ POCENÍ.
- EXISTUJÍ FORMY TBC REZISTENTNÍ NA MEDIKACI. ZNAMENÁ TO, ŽE LÉKY NA TBC JIŽ NEZABÍRAJÍ A NENÍČÍ M. TUBERCULOSIS.
- REZISTENCE NA LÉČIVA PROTI TUBERKULÓZE JE ČASTO ZAPŘÍČINĚNA JEJICH NESPRÁVNÝM, NEADEKVÁTNÍM UŽÍVÁNÍM, UŽÍVÁNÍM NEUČINÝCH LÉKŮ A PŘEDČASNÝM UKONČENÍM TERAPIE. JE ROVNĚŽ MOŽNÉ SE NAKAZIT TAKOVOU FORMOU TBC, KTERÁ JIŽ JE LÉKOVĚ REZISTENTNÍ.
- REZISTENTNÍ TBC SE ŠÍŘÍ STEJNÝM ZPŮSOBEM JAKO TBC, KTERÁ REAGUJE NA LÉČBU ANTIBIOTIKY. NEXISTUJÍ JEDNOZNAČNÉ DŮKAZY O TOM, ŽE BY LÉKOVĚ REZISTENTNÍ TBC BYLA NAKAŽLIVĚJŠÍ NEŽ TBC REAGUJÍCÍ NA LÉČBU ANTIBIOTIKY.

## DALŠÍ DOPORUČENÉ ZDROJE INFORMACÍ:

1. Consolidated guidelines on HIV testing services. WHO 2015.
2. HIV rapid testing: training package. WHO 2005.
3. European guidelines on HIV testing. Int. J. STD. AIDS 2014.
4. Consolidated guidelines HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. WHO 2016 update.
5. Guidelines on hepatitis B and C testing. WHO 2017.
6. EASL recommendations on treatment of hepatitis C. J. Hep. 2016.

7. Training outline for trainings based on TUBIDU. Handbook for community based organizations on tuberculosis services for people who inject drugs. The National Institute for Health Development, Estonia. 2014.
8. <https://www.cdc.gov/hiv/basics/testing.html>
9. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en/>
10. Interactions between recreational drugs and antiretroviral agents. Antoniou T, Tseng AL. HIV Program/Inner City Health, St. Michael's Hospital, Toronto, Ontario, Canada. *Ann Pharmacother* 2002 Oct;36(10):1598-613
11. United Nations Office on Drugs and Crime, International Network of People Who Use Drugs, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, United Nations Development Programme, United Nations Population Fund, World Health Organization, United States Agency for International Development. Implementing comprehensive HIV and HCV programmes with people who inject drugs: practical guidance for collaborative interventions. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2017.

## Zdroje informací v češtině

1. Infekční onemocnění spojená s užíváním drog v Evropě . Zaostřeno č. 3/2016. <https://www.drogy-info.cz/publikace/zaostreno-na-drogy/2016-zaostreno/03-16-zaostreno-na-drogy/>
2. HIV/AIDS: <http://www.prevencehiv.cz/>
3. Virové hepatitidy: <https://www.virova-hepatitida.cz/>



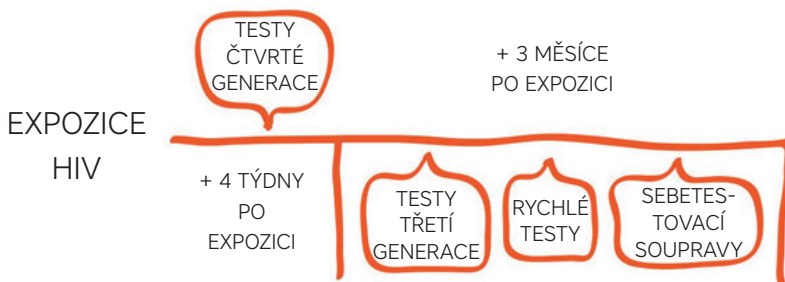
# Kapitola 2

## Různé typy testů

### 2.1 Screeningový test na HIV protilátky

Téměř všechny osoby s HIV a/nebo VHC mají protilátky na příslušné viry. Protilátky se většinou vytvářejí během prvního měsíce po nakažení, nicméně prostřednictvím testů je lze někdy detekovat až po delší době. Doba mezi nakažou a možností zjistit protilátky se označuje jako „sérologické okno“, které u HIV může trvat až tři měsíce a u VHC až šest měsíců. Testy na protilátky proti HIV a VHC tak mohou v tomto období vykazovat falešnou negativitu. Během „okna“ může infikovaná osoba virus přenášet na další lidi.

### SÉROLOGICKÉ OKNO – KDY LZE HIV ZJISTIT?

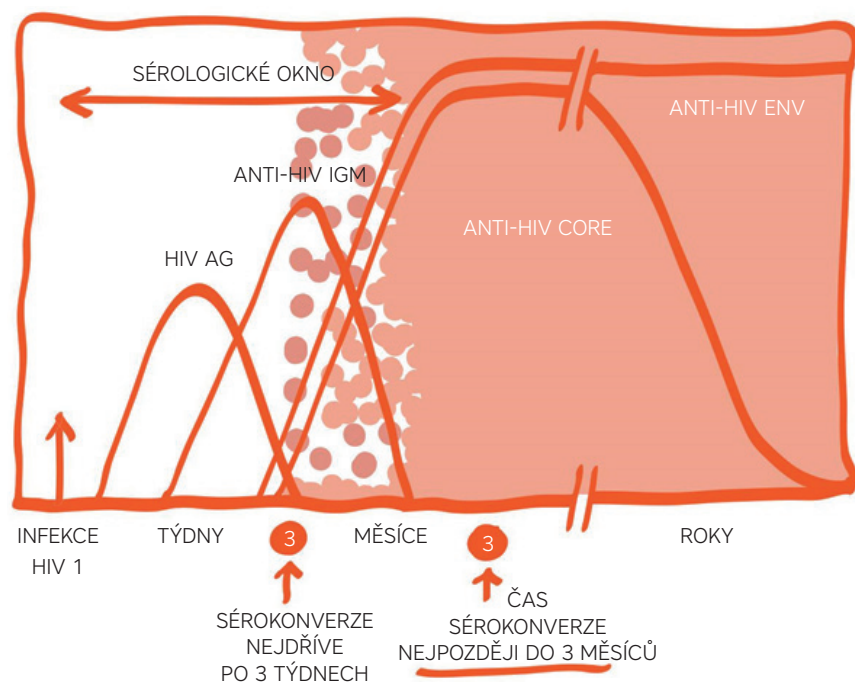


VYBERTE NEJVHODNĚJŠÍ TEST PODLE MOŽNOSTÍ A ZAMĚŘENÍ PROGRAMU

### SÉROLOGICKÉ OKNO

- DOBA MEZI NAKAŽENÍM A ZJISTITELNOSTÍ PROTILÁTEK
- OBVYKLE 3–8 TÝDNŮ PŘED ZJIŠTĚNÍM PROTILÁTEK
- AŽ 3 MĚSÍCE U HIV A AŽ 6 MĚSÍCŮ U VHC
- VÝSLEDKY TESTU MOHOU BĚHEM TOHOTO OBDOBÍ VYKAZOVAT FALEŠNOU NEGATIVITU NA PŘÍTOMNOST PROTILÁTEK
- VIRUS SE VŠAK BĚHEM TOHOTO OBDOBÍ MŮŽE PŘENĚST NA DALŠÍ OSOBY

Sérologickým oknem se rozumí stadium, kdy je osoba již nakažena virem HIV nebo VHC, ale její organismus zatím nevytvořil příslušné protilátky. Termínem „sérokonzervace“ se označuje stav, kdy je již v organismu přítomno dostatečné množství protilátek, aby se to projevilo v pozitivě testu na tyto protilátky. Jinými slovy, během krátké doby po infikování je krev při testech negativní na HIV, resp. VHC protilátky, ale po určité době, obvykle 3–8 týdnů po proniknutí nákazy do organismu, nejpozději pak do 3 měsíců, začne krev vykazovat pozitivitu na HIV protilátky (obr. 8). V případě negativního výsledku testu na HIV protilátky provedeného v rozmezí tří měsíců od expozice viru je nutno tento test opakovat, jakmile uplynou tři měsíce od daného momentu. V případě VHC by měl být test znovu proveden po uplynutí šesti měsíců od momentu expozice viru.



Obr. 8: Sérologické „okno“ u HIV protilátek a postupná tvorba těchto protilátek

## TESTOVÁNÍ V PRŮBĚHU SÉROLOGICKÉHO OKNA

### Polymerázová řetězová reakce

Prvním zjistitelným ukazatelem nákazy virem HIV je přítomnost genetického materiálu viru (HIV-RNA), který lze detekovat již 11 dnů po přenosu infekce. Ačkoli během sérologického okna mohou zjišťování infekce virem HIV pomoci testy na bázi polymerázové řetězové reakce (PCR), test PCR samotný není vhodný pro primární diagnostiku. Tato metoda je finančně náročná, pracná a vyžaduje speciální zařízení. Vzhledem k jeho senzitivě a specifitě musejí být před potvrzením nákazy všechny předběžně pozitivní výsledky testu PCR ověřeny prostřednictvím testů na protilátky. Testy PCR se užívají

hlavně k monitorování vývoje nákazy a výsledků léčby. Používá se také při diagnostice nákazy virem HIV u dětí narozených HIV pozitivním matkám.

### Kombinovaný („Combo“) test na protilátky a antigen p24

Tímto typem testu je možno zjistit přítomnost HIV protilátek a současně antigenů. Střední doba od infikování virem HIV po možnost detekce antigenu HIV p24 činí 16 dní. Jelikož antigen HIV p24 lze zjistit v plazmě jen přibližně u 50 % jedinců nakažených HIV, není možné pro účely primární diagnostiky používat pouze tyto testy samotné. Jako v případě PCR je všechny předběžné pozitivní výsledky na antigen p24 nutné za účelem prokázání nákazy ověřit prostřednictvím testu na HIV protilátky.

## 2.2 Rychlý test

Rychlé testy prováděné v místech poskytování péče (tzv. point-of-care tests, POCT) usnadňují lidem přístup k testování a zajišťují možnost okamžitých výsledků a následně reakce na tyto výsledky. Pokud mají lidé výsledky testů k dispozici okamžitě, mohou se rychleji dostat k adekvátní léčbě a další péči. Rychlotesty jsou rovněž dobrou příležitostí pro předtestové a potestové poradenství. Lidé, kteří vyhledávají testování a poradenství dobrovolně, jsou často připraveni na změnu v chování a informace o prevenci a možnostech léčby tak mohou mít větší efekt.

Doporučuje se, aby se realizátoři testování seznámili s funkčními charakteristikami používaného typu testu, neboť tyto charakteristiky určují jeho aplikaci i související poradenství. Poskytovatelé testu by měli mít na paměti, že rychlé testy na HIV/VHC jsou méně senzitivní než laboratorní testy, a jejich výsledky proto mohou v raném stadiu infekce vykazovat falešnou negativitu. Snížená senzitivita byla také zaznamenána u rozvinutého onemocnění (AIDS). Stejně jako u všech testů dále platí, že pozitivní prediktivní hodnota reaktivního testu klesá v prostředích s nižší prevalencí, což znamená, že falešně pozitivní výsledky se budou vyskytovat ve vyšší míře v populaci s nízkou prevalencí infekce.

POCT testy, u nichž se pracuje s jinými biologickými vzorky než s krví, např. ústním plakem, mohou vykazovat větší rozdíly v účinnosti a senzitivitě. U všech pacientů s reaktivními nebo neurčitými výsledky se proto doporučuje odběr vzorků krve pro laboratorní vyšetření, u pacientů s negativními výsledky pak v případě podezření na nedávnou nákazu. Pracoviště, kde se provádí rychlé testování, by měla podléhat dohledu místní laboratoře a mít zaveden propracovaný program zabezpečování kvality.

### CO SE MÍNÍ RYCHLÝM TESTOVÁNÍM?

- PROVEDENÍ TESTU TRVÁ KRÁTKOU DOBU: 10–30 MIN.
- K PROVEDENÍ TESTU NENÍ NUTNÉ ŽÁDNÉ SPECIÁLNÍ VYBAVENÍ
- PROVEDENÍ TESTU JE SNADNÉ
- NĚKTERÉ TESTY LZE PROVÉST Z KAPKY KRVE Z PRSTU NEBO ZE SLIN
- RYCHLÝMI TESTY SE INFEKCE NEZJISTÍ RYCHLEJI NEŽ LABORATORNÍMI TESTY

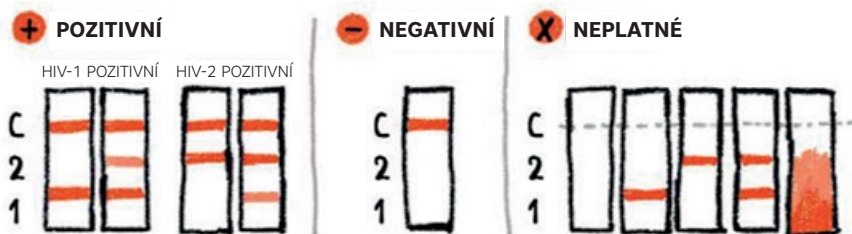
K testování lze použít jen testy označené CE. Označení CE je certifikační známka, jež vyjadřuje soulad se zdravotními, bezpečnostními a environmentálními normami pro výrobky prodávané v rámci Evropského hospodářského prostoru (EHP). Výrobce tím prohlašuje, že daný produkt splňuje podmínky příslušné směrnice CE. Tato certifikace znamená, že test prošel hodnocením příslušného oznámeného subjektu. Schválené označení CE sestává z loga CE a čtyřmístného identifikačního čísla (uvedeného pod logem CE) oznámeného subjektu provádějícího posouzení shody. Pokud test není oficiálně opatřen označením CE a řádně posouzen, jeho funkčnost není ověřena.

Používejte výhradně testy opatřené značkou CE na obalu testu:



Každý test by měl být prováděn důsledně podle pokynů výrobce. Rychlotesty na protilátky mohou vyjít třemi různými způsoby (obr. 9):

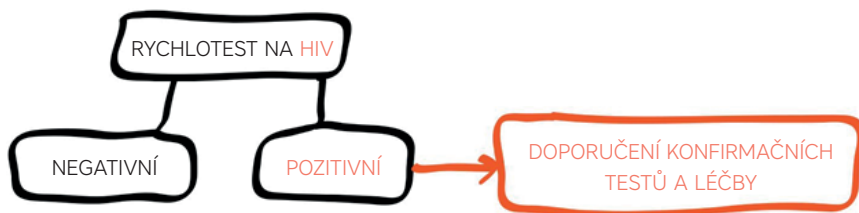
1. Výsledek je reaktivní, pokud se reakční čárka zobrazí v kontrolním (C) i testovacím okénku (označováno číslem nebo písmenem T).
2. Výsledek je negativní, pokud se reakční čárka zobrazí pouze v kontrolním okénku.
3. Test nemá žádný výsledek, pokud se v kontrolním okénku nezobrazí žádná reakční čárka.



Obr. 9: Interpretace výsledků rychlotestů (nemusí být stejné u všech typů testů)

## 2.3 Navazující diagnostické testování na HIV

Všechny reaktivní výsledky primárních testů na HIV (např. rychlotestů) je nutné potvrdit konfirmačním laboratorním testem (obr. 10). Testy na HIV protilátky mají typicky výjimečně vysokou senzitivitu i specifitu ve srovnání s testy na jiné infekční nemoci. V tomto případě byl přijat kompromis, že u primárních testů na HIV se obvykle upřednostňuje senzitivita před specificitou, aby se minimalizovala možnost nezachycení skutečně pozitivních vzorků. K odhalení případů falešné reaktivity (tzn. vyloučení falešné positivity) je nutné provést další testování k ověření reaktivity (tzn. potvrdit skutečnou pozitivitu).



Obr. 10. Schéma testování  
(\*negativní po tříměsíčním sérologickém oknu)

### Podle WHO se opakované testování doporučuje u těchto populací:

1. Osoby s negativním výsledkem testu na HIV:
  - u nichž existuje trvalé riziko nákazy virem HIV,
  - které jsou si vědomy konkrétní možnosti expozice HIV v předchozích čtyřech týdnech,
  - které jsou těhotné a pohybují se v prostředí s vysokou prevalencí HIV,
  - kterým vyšel negativní test na HIV v prvním trimestru, při porodu nebo krátce po něm.
2. Osoby, jejichž HIV pozitivita, resp. negativita není jednoznačná, bez ohledu na rizika.
3. Osoby diagnostikované jako HIV pozitivní by měly absolvovat opakovaný test, kterým by se jejich HIV diagnóza ověřila předtím, než u nich bude započato s léčbou.

**Opakování rychlých testů se nedoporučuje u osob v antiretrovirové léčbě.**

**U injekčních uživatelů drog se doporučuje opakovat test nejpozději do šesti měsíců.**

### O čem vypovídá negativní výsledek testu na HIV protilátky?

Negativní výsledek znamená, buď že testovaná osoba není nakažena virem HIV a nemůže jej šířit na další lidi, nebo že od vniknutí infekce do organismu uběhla příliš krátká doba a nedošlo ještě k vytvoření protilátek (méně než 3 měsíce). V druhém případě se infekce může přenášet na další lidi. Negativní výsledek na protilátky neznamená, že je daná osoba vůči infekci imunní.

### O čem vypovídá pozitivní výsledek testu na HIV protilátky?

Primární pozitivní výsledek na HIV protilátky znamená, že je nutno provést konfirmační vyšetření, kterým se potvrdí správnost výsledku screeningového testu. Pokud vyjde pozitivně i konfirmační test, znamená to, že daná osoba je infikována virem HIV a může tuto nákazu přenášet na další lidi. HIV pozitivním osobám hrozí, že u nich propukne AIDS nebo se vyskytnou jiné komplikace spojené s HIV pozitivitou, pokud nenastoupí antiretrovirovou léčbu.



## 2.4 Navazující diagnostické testování na VHC

Při pozitivním výsledku testu na VHC protilátky je zapotřebí potvrdit chronickou infekci provedením testu nukleových kyselin za účelem zjištění přítomnosti ribonukleové kyseliny (RNA) VHC. Tento postup se volí z toho důvodu, že cca 15–45 % osob nakažených VHC se infekce spontánně zbaví silnou reakcí imunitního systému, aniž je nutné přistoupit k léčbě, avšak nadále vykazují protilátky proti VHC, ačkoli virus již v organismu není přítomen. Nejsou již sice nakaženy, ale testy na VHC protilátky jim budou stále vycházet pozitivně.

## 2.5 Nové typy testů: domácí testy – sebetestování a samoodběrové testy

V evropských zemích roste obliba domácích testů a sebetestování (autotestů), jejichž záměrem je zvýšení počtu osob otestovaných na HIV a VHC.

### Domácí testy a sebetestování (autotest) na HIV

Domácí testy na HIV jsou od roku 2015 k dispozici ve Velké Británii, od roku 2016 ve Francii a od roku 2017 v Norsku. Testovací soupravy si lze ve většině případů opatřit prostřednictvím internetu anebo v lékárnách.

Autotest je rychlotest na HIV, který lze snadno provést v domácích podmínkách. Na testovací zařízení stačí nanést trochu krve z prstu nebo ústní plak. Po přibližně 15 minutách se zobrazí výsledek, který vypovídá o přítomnosti protilátek proti viru HIV. Je důležité mít na paměti, že protilátky se vytvoří až po nějaké době. Test by se proto měl provádět 12 týdnů po poslední možné expozici viru.

### Implementace samoodběrových testů

Při samoodběrovém testování si na rozdíl od testů na domácí použití daná osoba sama odebere vzorek ústního plaku nebo krve a doručí jej do laboratoře. Výsledky jsou následně dané osobě sděleny e-mailem nebo telefonicky. Uživatelé drog, jimž test vyjde negativně na HIV i VHC, by měli být opakovaně testováni každých šest měsíců, případně v souvislosti s konkrétní rizikovou situací.

## DALŠÍ DOPORUČENÉ ZDROJE INFORMACÍ:

1. Guidelines on HIV self-testing and partner notification. WHO 2016.
2. HIV rapid testing: training package. WHO 2005.
3. <http://www.aidsmap.com/Rapid-tests/page/1323371/>
4. <https://www.cdc.gov/hiv/basics/testing.html>

5. Guidelines for testing HIV, viral hepatitis and other infections in injecting drug users. EMCDDA, Lisbon, November 2010.

## Zdroje informací v češtině

1. Dolanská, P., Korčičová, B., Mravčík, V. (2004) Testování infekcí u uživatelů drog v nízkoprahových zařízeních. Praha: Úřad vlády České republiky. <https://www.drogy-info.cz/publikace/navykove-latky/metodika/testovani-infekci-u-uzivatelu-drog-v-nizkoprahovych-zarizenich/>
2. Prevence a kontrola infekčních nemocí u injekčních uživatelů drog. Metodický pokyn ECDC A EMCDDA. <https://www.drogy-info.cz/publikace/navykove-latky/metodika/prevence-a-kontrola-infekcnich-nemoci-u-injekcnich-uzivatelu-drog/>
3. Prevence a kontrola infekčních nemocí u injekčních uživatelů drog. Metodický pokyn ECDC A EMCDDA. Stručný souhrn. Zaostřeno 2/2012. <https://www.drogy-info.cz/publikace/zaostreno-na-drogy/2012-zaostreno-na-drogy/02-12-prevence-a-kontrola-infekcnich-nemoci-u-injekcnich-uzivatelu-drog/>
4. Mravčík, V., Nečas, V. (2010). Testování infekčních chorob jako součást prevence a snižování rizika infekcí mezi injekčními uživateli drog v ČR. Adiktologie, (10)2, 84–90.

3

# Kapitola 3

## Předtestové a potestové poradenství

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) by se mělo dobrovolné testování na HIV a související poradenství běžně nabízet všem exponovaným populacím, včetně injekčních uživatelů drog, a rozhodně se doporučuje provádět je jak v komunitním prostředí,<sup>1</sup> tak v klinickém prostředí. Vedle testování a poradenství iniciovaného ze strany poskytovatelů péče se doporučuje rovněž komunitní testování a poradenství s návazností na preventivní a léčebné služby. Je nutno zdůraznit, že testování na HIV/HCV a související poradenství musí probíhat na dobrovolné bázi a nesmí se pojit s žádným nátlakem a musí být součástí komplexního programu preventivní a léčebné péče. Je důležité, aby existovala jasná a fungující návaznost mezi testováním na HIV a příslušnou léčbou a další péčí pro osoby, jimž test vyjde pozitivně, a službami v oblasti prevence u těch, jejichž test bude negativní.

### MEZINÁRODNÍ STANDARDY PRO DOBROVOLNÉ TESTOVÁNÍ NA HIV A VHC A SOUVISEJÍCÍ PORADENSTVÍ UPOZORŇUJÍ NA PĚT HLAVNÍCH ZÁSAD/NOREM VE VZTAHU K TOMUTO TESTOVÁNÍ:<sup>2</sup>

- PORADENSTVÍ A POSKYTNUTÍ INFORMACÍ O PROBLEMATICE HIV/VHC PŘED A PO TESTOVÁNÍ
- INFORMOVANÝ SOUHLAS JEDNOZNAČNĚ A DOBROVOLNĚ POSKYTNUTÝ OSOBOU, JEŽ MÁ BÝT TESTOVÁNA
- V KAŽDÉ FÁZI PROCESU TESTOVÁNÍ JE NUTNÉ DODRŽOVAT ZÁSADY OCHRANY SOUKROMÍ (INFORMACE O TESTOVANÉ OSOBĚ, TESTOVÁNÍ JAKO TAKOVÉ, VÝSLEDKY TESTU)
- SPRÁVNOST VÝSLEDKŮ: POSKYTOVATELÉ TESTOVÁNÍ MUSEJÍ ZAJISTIT SPRÁVNOST VÝSLEDKŮ TESTOVÁNÍ, RESP. DIAGNÓZY
- ZPROSTŘEDKOVÁNÍ KONTAKTU NA PREVENTIVNÍ SLUŽBY, LÉČBU A DALŠÍ TYPY PÉČE

Poradenství musí nabízet výhradně proškolený pracovník.

Kvalitní pracovník v oblasti poradenství souvisejícího s testováním na HIV/VHC musí:

- být důkladně obeznámen s problematikou HIV, VHC a dalších pohlavně přenosných chorob,

1 Společenství lidí, resp. prostředí, kde lidé žijí. Komunitní práce je metoda řešení problémů v místech, kde vznikají, a prostřednictvím podpory komunit.

2 Podle počátečních písmen anglického znění těchto principů se označují také jako 5C (pozn. překl.)

- ovládat poradenské techniky,
- uplatňovat nediskriminační a vstřícný přístup.

## 3.1 Zásady předtestového a potestového poradenství

Podle WHO „se musí testování na HIV provádět vždy na základě informovaného souhlasu testované osoby a musí se pojit s poskytnutím adekvátních informací či poradenstvím před testem, potestovým poradenstvím, ochranou soukromí a zprostředkováním kontaktů na další péči“. Při testování uživatelů drog je poradce oprávněn upustit od provedení testu, pokud klient vlivem působení návykové látky není schopen poskytnout informovaný souhlas. Před provedením jakéhokoli testu je nutno v každém případě individuálně posoudit stav klienta a ověřit tak, že daná osoba chápe a uvědomuje si podstatu a smysl absolvování testů na VHC/HIV a že je schopna se zsvěčeně rozhodnout, zda takové testování podstoupí.

### SCHÉMA PROCESU TESTOVÁNÍ, VČETNĚ PŘEDTESTOVÉHO A POTESTOVÉHO PORADENSTVÍ:



**Poradenství** je podstatnou součástí testování.

Zde je několik zásadních bodů, kterým je nutné z hlediska poradenství věnovat pozornost:

- Aby se klient mohl zsvěčeně rozhodnout, musí mít k dispozici jasně, přesně a konkrétní informace.
- Poradenství není totéž jako edukace, byť edukace může být jeho důležitou součástí.
- Poradenství není určeno k tomu, aby vyřešilo klientovy problémy nebo jej navedlo k jejich vyřešení.

- Poradenství umožňuje klientovi lépe porozumět jeho problémům, vypořádat se se souvisejícími emocemi a strachem, hledat a zvažovat různé alternativy a činit rozhodnutí.
- Jde o interaktivní proces, jehož je klient aktivní součástí, kdy je podněcován k tomu, aby kladl otázky, dostává zpětnou vazbu a možnost diskutovat o různých problémech, místo toho, aby jen poslouchal, co se mu říká, nebo odpovídal na otázky.
- Dbá se na ochranu soukromí a důvěrnost informací.
- Uplatňuje se individuální přístup, neboť každý klient je jedinečnou lidskou bytostí a při poradenství by se tak mělo přihlížet ke specifickým potřebám daného jedince. Důraz je kladen na potřeby, touhy a reálnou situaci daného klienta.
- Je potřeba zajistit vhodné prostředí pro realizaci poradenství.

Výše nastíněné standardy formulované v rámci konceptu dobrovolného poradenství a testování jsou nezbytnou podmínkou nabízeného testování. Poradenství probíhá ve dvou fázích: konzultace před a po provedení testu (předtestové a potestové poradenství). Testování na HIV, resp. VHC by se mělo uskutečnit takovým způsobem, aby se současně testovaná osoba něco dozvěděla o HIV a VHC a o možnostech minimalizace souvisejících rizik.

Při konzultaci před testem se poskytují informace týkající se platnosti testu, významu jeho výsledků a vyjasnění individuálních rizik a jsou zodpovězeny případné dotazy. Stěžejním prvkem předtestového poradenství je důkladné posouzení rizika (částečně pomocí dotazníku), na jehož základě je možné vytvořit spojitost mezi možným rizikem přenosu a testovací procedurou, jež je pro klienta srozumitelná. Obsah poradenství se může lišit v závislosti na prostředí a potřebách klienta.

## Předtestové poradenství

Předtestové poradenství spočívá v důvěrném rozhovoru mezi klientem a poradcem, jehož cílem je poskytnout přesné informace o testu a důsledcích jeho pozitivního, resp. negativního výsledku, aby tak osoba, jež má být testována, měla možnost se zasvěceně a zodpovědně rozhodnout o testování a všem, co s ním souvisí. Na základě tohoto procesu si může klient lépe utřídit své pocity a vypořádat se se stresem.

Cílem poradenství před testováním na HIV/VHC je:

- posoudit, zda je klient schopen absolvovat test a porozumět jeho výsledkům,
- připravit klienta na provedení testu (včetně všech úkonů s tím spojených) a poskytnout informace o příslušných onemocněních,
- vysvětlit důsledky informace, že člověk je, resp. není infikován virem HIV nebo VHC,
- usnadnit diskusi o způsobech vypořádání se s informací, jak na tom člověk je ve vztahu k HIV a VHC,
- promluvit si o sexuální orientaci, vztazích a možném rizikovém chování souvisejícím se sexem a drogami a pomoci tak klientovi pochopit jeho vlastní rizikové chování a předcházet přenosu nákazy.

Z výše uvedeného plyne, že poradenství v oblasti HIV/VHC sestává ze dvou částí: poskytování informací a preventivně zaměřeného poradenství.

## Poskytnutí informací o testování

V zájmu navázání prvotního konstruktivního vztahu s klientem by mu poradce měl dát najevo vstřícnost, nepředstíraný zájem a empatii. Tato sounáležitost přispěje k vybudování důvěry. Je důležité vystupovat vůči klientovi profesionálně a s respektem a mít na paměti, že některé typy rizikového chování, např. užívání drog nebo komerční sex, mohou pro klienty představovat citlivé oblasti, o nichž se jim může obtížně mluvit.

S klientem je potřeba jednat tak, aby neměl z celého procesu testování špatný pocit, aby chápal roli poradce a byl srozuměn s obsahem a účelem sezení (*CDC – Guide to Comprehensive Hepatitis C Counseling and Testing*).

Ať už se testování provádí v jakémkoli prostředí, všichni klienti by měli být informováni o **základních pravidlech** testování: **důvěrnosti a anonymitě** informací, informovaném souhlasu, právu odmítnout test po předtestovém poradenství a potřebě posouzení rizik. Poskytovatelé musejí rovněž doporučit testované osobě, aby kontaktovala všechny, jimž hrozí riziko, pokud bude výsledek testu pozitivní.

Přestože většina lidí má povědomí o **základních informacích o HIV a VHC**, v závislosti na časových možnostech může být užitečné krátce zrekapitulovat, co je o těchto onemocněních známo. Lze rovněž poskytnout některé informace v písemné formě (informační letáček).

**Pokud jde o test samotný**, je nutno srozumitelně vysvětlit jednotlivé kroky testování a poradenství: celkový průběh a jednotlivé úkony v rámci testování, popis hlavních charakteristik rychlotestu, validitu testu a zdůraznit období tzv. „sérologického okna“, význam výsledků testu (včetně služeb, které jsou k dispozici, jak v případě negativního, tak pozitivního výsledku testu) a mlčenlivost a ochranu soukromí při nakládání s informacemi o výsledcích testu a následné kroky v případě pozitivního výsledku. Během této fáze by měl poradce s klientem rovněž otevřít téma očekávaného výsledku a možné reakce na něj a pohovořit o výhodách a nevýhodách absolvování testu.

Poradce by měl vysvětlit, že rychlotest má tutéž specifitu a senzitivitu jako testy 2./3. generace u plné krve (s výjimkou rané fáze infekce) a jako u jiných typů testů zde existuje možnost falešně pozitivního výsledku. Proto je potřeba zdůraznit, že pozitivní výsledek je nutné potvrdit dalšími specifitějšími vyšetřeními. Poradce by měl rovněž vysvětlit jednotlivé postupy související s konfirmačním testováním, pokud lze tuto variantu předpokládat. Je důležité, aby byly pro účely ověřování pozitivních výsledků testů a zprostředkovávání návazné léčby a další péče zavedeny jasně dané postupy, které odpovídají národním strategiím a algoritmům pro testování na HIV/VHC.

Je důležité zdůraznit, že HIV a VHC jsou chronická onemocnění, jež se dají léčit. (Informujte se o možnostech této léčby ve vaší zemi!)

## Preventivní poradenství

Preventivní poradenství je interaktivní proces, který sestává z:

- vyhodnocení rizikovosti dané osoby z hlediska možnosti získání nebo předání nákazy virem HIV, resp. VHC, na základě diskuse o rizikovém chování,
- vypracování individuálního plánu zaměřeného na minimalizaci tohoto rizikového chování.

Nabízíme-li poradenství ohledně HIV/VHC uživatelům drog, je důležité se zaměřit na rizikové chování související s drogami, snažit se klienty přimět k tomu, aby si uvědomili, jaké chování související s jejich užíváním drog je ve vztahu k možnosti nákazy virem HIV/VHC nejvíce ohrožuje, a aby se zamysleli nad důvody, které je vedou k tomu, že se nadále chovají rizikově, čímž bude možné dospět ke stanovení a plnění konkrétních, realistických cílů zaměřených na snižování rizik. Poradce by se měl také zajímat o předchozí pokusy o minimalizaci těchto rizik a podpořit klienty v jejich úsilí a ocenit dosavadní úspěchy. U klientů z řad uživatelů drog je také potřeba se věnovat možným způsobům minimalizace rizika přenosu nákazy pohlavním stykem.

## Informovaný souhlas

Informovaným souhlasem se rozumí pacientova autorizace podstoupení lékařského vyšetření poté, co měl možnost se seznámit se všemi informacemi o rizicích, výhodách a způsobech tohoto vyšetření. Klient musí být poučen o svém právu test odmítnout a o skutečnosti, že jeho nesouhlas s provedením testu na HIV nebude mít vliv na jeho přístup k péči, která nezávisí na informaci o HIV/VHC statusu klienta. Organizace působící na komunitní bázi musí mít k dispozici formulář, kde je důkladně a jasně vysvětlena (odpovídajícím jazykem) odpovědnost organizace a práva klientů. Účast klienta musí být vždy dobrovolná a organizace musí uchovávat doklad o udělení informovaného souhlasu. Klienti, jimž je test na HIV nabídnut mimo klinické prostředí, mohou být pod vlivem alkoholu nebo drog nebo mohou trpět chronickým duševním onemocněním, přičemž cokoli z toho může negativně ovlivnit jejich schopnost poskytnout informovaný souhlas s dobrovolným otestováním na HIV a uvědomit si dopad výsledků testu. Poradci by proto měli být schopni určit, kdy klienti nejsou způsobilí poskytnout souhlas s absolvováním testu a plně porozumět jeho výsledkům.

## Posouzení rizik

V rámci předtestového poradenství se tradičně klade důraz na posouzení rizik, aby daná osoba měla možnost uvědomit si rizika, jimž je vystavena a jež by se mohla eventuálně podepsat na pozitivním výsledku. Strategie zaměřené na minimalizaci rizik jsou předmětem potestového poradenství, kdy je klient seznamován s výsledky testu. Při rozhovoru o způsobech přenosu se poradce může pokusit zjistit, v jakých rizikových situacích se klient od posledního testu na HIV/VHC ocitl. Důležitým aspektem je také rizikové chování partnerek, resp. partnerů klientů, jež může mít vliv na míru rizika, kterému je klient ve vztahu k HIV/VHC vystaven.



## Potestové poradenství

Potestové poradenství by vždy mělo být nedílnou součástí procesu testování na HIV/VHC. Předmětem poradenské intervence by měl být každý, komu je sdělován výsledek rychlotestu, bez ohledu na jeho výsledek, protože cílem poradenství není jen pomoci klientovi porozumět výsledku testu a vyrovnat se s touto informací, ale rovněž podat klientovi další nutné informace a v případě potřeby mu doporučit další adekvátní péči.

V rámci potestového poradenství je nutné nabídnout mimo jiné podporu související se sdělením HIV/VHC statusu a současně je to i cenná příležitost, jak s ohledem na výsledek poskytnout testované osobě přesné a adresné informace o minimalizaci rizik a bezpečnějším sexu. Přínosem může být také poradenství zaměřené na změnu chování.

## Sdělování výsledků testu s ohledem na posouzení rizika

Při sdělování výsledků testu je vždy potřeba zohledňovat posouzená rizika u testované osoby, především pokud jde o pravděpodobnost falešné negativity výsledku v případě rizikového chování z poslední doby, a naopak pravděpodobnost falešně pozitivního výsledku u osoby, která uvádí nízkou nebo velmi nízkou míru rizikových faktorů. Pokud je to možné, poradce, který prováděl předtestové poradenství, by měl provádět taktéž potestové poradenství. Poradce už si totiž s klientem vybuodoval vztah, a může tak lépe vyhodnotit způsob sdělení výsledku a poskytnout v rámci potestového poradenství informace vycházející z vyhodnocení rizik uskutečněného během poradenství před testem.

## Sdělení negativního (nereaktivního) výsledku testu a poučení klienta o tzv. sérologickém okně

U osob, jimž vyjde test negativně (nereaktivně), je potestové poradenství významnou příležitostí, jak zprostředkovat jedincům ohroženým HIV/VHC kontakt s primární preventivními programy a jak na ně působit, aby se nechali s určitým časovým odstupem opět otestovat. U negativního testu není nutné provádět konfirmační vyšetření, pakliže daná osoba nebyla testována příliš brzy, tj., předtím, než se vytvořily protilátky. Proto je nesmírně důležité doporučit zopakování testu, pokud se klient rizikově choval během posledních **tří měsíců v případě HIV** a **šesti měsíců v případě VHC**, neboť protilátky proti HIV, resp. VHC se začínají tvořit v rozmezí tří, resp. šesti měsíců od proniknutí nákazy do organismu; toto období se označuje jako „sérologické okno“. Bezpečnější chování při užívání drog i při sexu je však potřeba zdůrazňovat vždy, bez ohledu na výsledek testu.

## Sdělení předběžně pozitivního (reaktivního) výsledku testu

Testování na HIV/VHC a související poradenství je nezbytným prvním krokem k tomu, aby lidé mohli získat informaci o svém sérologickém stavu a podle potřeby získat přístup k léčbě HIV/VHC a další péči. V případě positivity na HIV je nutné srozumitelně vysvětlit, že výsledek je nutno považovat za „předběžně pozitivní“ a že k prokázání diagnózy je

ještě nutné provést specifičtější laboratorní vyšetření (ze vzorku plné krve). Doporučuje se však, aby klienti, kteří se chovají značně rizikově, byli informováni o možnosti pozitivního výsledku konfirmačního testu a dostalo se jim podpory v takovém rozsahu, aby tuto informaci přijali a vyrovnali se s ní, neboť jde o velmi stresující moment. Z tohoto důvodu se dává přednost variantě, kdy jak předtestové, tak potestové poradenství zajišťuje tentýž poradce, který již navázal s klientem vztah a může na základě předchozího posouzení rizik lépe odhadnout pravděpodobnost reaktivního výsledku. Je navíc nutné vzít v potaz, že poskytování předtestového a potestového poradenství v rámci nízkoprahových služeb vyžaduje značné dovednosti a kompetence, aby byl zajištěn odpovídající standard takové intervence. Zejména pokud se poradenství a testování nabízí prostřednictvím mobilních pouličních jednotek, probíhá taková činnost na omezeném prostoru a většina klientů je ve spěchu. Je proto důležité, aby poradce disponoval adekvátními schopnostmi a zkušenostmi, a byl tak schopen vytvořit atmosféru důvěry, ujasnit si rychle specifické potřeby jednotlivých klientů a poskytnout jim nejvhodnější informace a podporu. Poradce musí být rovněž připraven si poradit s krizovou situací v případě pozitivního výsledku. Klienti musejí mít navíc možnost vystoupit z mobilní jednotky, aniž by bylo zjevné, jak test dopadl.

## Etické aspekty

Předtím, než poskytovatel začne s někým, kdo užívá drogy, probírat možnost testování na HIV a jiné infekce a padne rozhodnutí k provedení takového testu, měl by se ujistit, zda nejsou rozhodovací schopnosti takové osoby poznamenány intoxikací. Klienti by měli obdržet adekvátní informace, na jejichž základě budou moci bez nátlaku dospět k samostatnému a dobrovolnému rozhodnutí, zda podstoupí nebo odmítnou podstoupit jeden nebo všechny z navrhovaných testů.

Ve vztahu k výsledkům testů a informacím získaným během poradenství a testování je nutné zachovávat přísnou důvěrnost. Při zajišťování poradenství a testování týkajícího se HIV u sociálně marginalizovaných skupin, mezi něž patří uživatelé drog, je zásadní, aby testování neznamenalo pro danou osobu žádnou újmu či jakýkoli negativní dopad. Klienti by si měli být vědomi právních předpisů upravujících informace o HIV pozitivitě v jednotlivých zemích a potenciálních rizik vyplývajících z informací o vlastním HIV statusu (např. diskriminace, sociální izolace či násilí). V některých státech například stále platí povinnost poskytnout informace o HIV statusu zdravotnickým pracovníkům pro případ nevyhnutelného kontaktu s krví (například ve stomatologii, při chirurgických zákrocích apod.). V opačném případě se daná osoba vystavuje trestnímu stíhání. Sdělení HIV statusu pak velmi často končí odmítnutím příslušných služeb takové osobě.

## Důležitost odpovídajícího proškolení pracovníků ohledně testového poradenství

V rámci jakýchkoli služeb v oblasti dobrovolného testování a souvisejícího poradenství hrají poradci klíčovou úlohu, neboť mají zásadní vliv na efektivitu intervence. Výběr a hodnocení poradců by mělo vycházet z jejich kompetencí a dovedností. Hovoříme-li o dobrovolném testování a souvisejícím poradenství v souvislosti s HIV a VHC u uživatelů drog, pak mezi tyto kompetence musí patřit důkladná obeznámenost s problematikou infekcí, před- a potestového poradenství, metodologie testování (včetně metodologie

kontaktní práce a získávání klientů, jakož i návazné péče a zprostředkovávání kontaktů na zdravotní služby) a také s problematikou užívání drog a programů zaměřených na minimalizaci rizik u uživatelů drog.

Těmto tématům se nelze odpovídajícím způsobem věnovat, pokud poradci nemají dostatečné zkušenosti s prací v oblasti adiktologie a minimalizace rizik a nejsou adekvátně proškoleni.

Poradce by měl být:

- proškolen,
- empatický (vidět problém stejnými očima jako klient a současně zůstat objektivní),
- nezaujatý, respektující a citlivý (měl by respektovat kulturní a hodnotový systém klienta),
- schopen naslouchat.

## DALŠÍ DOPORUČENÉ ZDROJE INFORMACÍ:

1. World Health Organization. WHO | Consolidated guidelines on HIV testing services 2015.
2. RAPID HIV TESTING IN NONCLINICAL SETTINGS. Procedural Guide 8-09.pdf
3. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) 2010. Guidelines for testing HIV, viral hepatitis and other infections in injecting drug users

## Zdroje informací v češtině

1. Dolanská, P., Korčíšová, B., Mravčík, V. (2004) Testování infekcí u uživatelů drog v nízkoprahových zařízeních. Praha: Úřad vlády České republiky. <https://www.drogy-info.cz/publikace/navykove-latky/metodika/testovani-infekci-u-uzivatelu-drog-v-nizkoprahovych-zarizenich/>
2. Prevence a kontrola infekčních nemocí u injekčních uživatelů drog. Metodický pokyn ECDC A EMCDDA. <https://www.drogy-info.cz/publikace/navykove-latky/metodika/prevence-a-kontrola-infekcnich-nemoci-u-injekcnich-uzivatelu-drog/>
3. Prevence a kontrola infekčních nemocí u injekčních uživatelů drog. Metodický pokyn ECDC A EMCDDA. Stručný souhrn. Zaostřeno 2/2012. <https://www.drogy-info.cz/publikace/zaostreno-na-drogy/2012-zaostreno-na-drogy/02-12-prevence-a-kontrola-infekcnich-nemoci-u-injekcnich-uzivatelu-drog/>
4. Mravčík, V., Nečas, V. (2010). Testování infekčních chorob jako součást prevence a snižování rizika infekcí mezi injekčními uživateli drog v ČR. Adiktologie, (10)2, 84-90.





# Kapitola 4

## Jak podnítit zájem klientů

Při plánování jakýchkoli projektů či aktivit, na nichž se mají podílet místní komunity, by prvním krokem měla být analýza místní situace a místních potřeb založená jak na kvantitativních (incidence/prevalence, mortalita, dostupnost testování a léčby pro danou cílovou skupinu zjišťovaná z epidemiologických a demografických statistik, průzkumů nebo zpráv poskytovaných národními či regionálními institucemi i mezinárodními agenturami), tak kvalitativních datech (generovaných na základě ohniskových skupin nebo osobních rozhovorů). Tento postup je ještě důležitější v souvislosti se zdravotními a sociálními programy. Hovoříme-li o programech screeningového testování, nebo použití rychlých testů na HIV a VHC, pak by analýza místní situace měla rovněž zahrnovat sběr informací o předchozích a současných trendech týkajících se infekcí mezi konkrétními cílovými skupinami, dostupnosti testování, léčby a další péče, jakož i o potřebách a názorech vybraných cílových skupin na věci, které vnímají jako problém a překážky.

Před koncipováním metodiky testování na HIV a VHC, jakož i další infekční onemocnění, je zásadní shromáždit informace o platné národní legislativě vztahující se na testovací postupy, aby bylo možné naplánovat takové aktivity, které jsou v souladu s národní legislativou v oblasti veřejného zdraví.

### 4.1 Nízkoprahové služby

Jako „nízkoprahové“ se označují služby, jejichž cílem je usnadnit uživatelům drog přístup k sociální a zdravotní péči a jež typicky zahrnují terénní týmy a jednotky, místa, kde je možné si opatřit sterilní injekční náčiní, kontaktní centra, azylová zařízení nebo programy substituční léčby. Práh přístupu k těmto službám se snižuje tím, že si příslušná zařízení vybírají pro svou činnost specifické lokality nebo provozní dobu, eliminují zbytečnou administrativu, většinou nevyžadují žádné platby ani úřední dokumentaci a pomoc, kterou nabízejí, není podmíněna požadavkem na momentální nebo budoucí abstinenci. Jejich cílovou skupinou jsou aktuální uživatelé drog, „těžko dosažitelné“ a rizikové skupiny uživatelů drog a experimentální uživatelé drog. Realizace testování na HIV/VHC v nízkoprahovém kontextu tak může představovat důležitou strategii z hlediska navyšování počtu provedených testů na HIV/VHC u populací s obtížnějším přístupem k tradiční zdravotní péči.

Implementace testovacích programů v rámci nízkoprahových služeb vyžaduje zapojení pracovníků různého odborného zaměření, z nichž každý zastává svou specifickou roli: terénní/sociální pracovníci oslovují příslušnou cílovou skupinu, poskytují relevantní informace a motivují k podstoupení testu, psychologové / poradci / sociální pracovníci zajišťují předtestové a potestové poradenství a testování. Toto vymezení rolí je důležité z hlediska zajištění vysoké kvality poskytovaných služeb i dobré týmové spolupráce. Na realizaci těchto programů se mohou podílet také dobrovolníci, avšak je nutné, aby byli

adekvátně proškoleni v problematice užívání drog a infekčních onemocnění a měli tak celkový přehled o daném tématu, díky němuž budou moci lépe vykonávat svou práci.

Obzvláště důležitým prvkem v tomto kontextu je oslovení a vytipování klientů, na němž do značné míry záleží efektivita a význam práce těchto služeb. Vždy se v této souvislosti doporučuje flexibilita a připravenost přizpůsobit práci konkrétním potřebám, situaci a okolnostem tak, aby nedošlo k opomenutí nebo upozadění předtestového a postestového poradenství.

Z důvodu specifických charakteristik klientů tohoto typu služeb není ve skutečnosti vždy snadné absolvovat všechny kroky indikovaného postupu. Např. distribuce informačních letáků by měla být doprovázena nebo nahrazena ústním vysvětlením cíle a postupu testování, protože vysoké procento kontaktovaných klientů si letáček většinou nepřečte; u klientů, kteří spěchají nebo se nechtějí dlouho zdržet, může být nutné celou proceduru urychlit.

## Získávání klientů / cílových skupin pro testování

Je důležité mezi klienty co nejvíce šířit informace o možnostech testování v rámci nízkoprahových služeb, a to prostřednictvím různých sdělení nebo distribuovaných informačních letáků, aby se tak informace o této možnosti dostaly k co nejširšímu spektru uživatelů těchto služeb.

Během fáze kontaktování a získávání klientů pro testování hrají zásadní roli sociální pracovníci a tzv. peer pracovníci (tj. pracovníci pomáhajících programů, kteří jsou zároveň uživateli drog), kteří působí jako pojítko mezi cílovou skupinou a zdravotnickými službami, protože mohou efektivněji motivovat uživatele drog k absolvování testů (vysvětlením přínosu a výhod takové služby) a k dalším formám bezpečnějšího chování, neboť jejich vztah s klienty je založen na vzájemné důvěře a porozumění. Pracovníci mohou využívat techniky typické pro motivační rozhovory, v nichž se kombinují prvky empatie a vyjednávání s cílem zvýšit motivaci klienta k většímu zájmu o vlastní zdraví.

Je nutné jasně definovat modelový způsob kontaktování cílových skupin. Například pokud někdo řekne: „Už mě testovali a byl jsem negativní“, není to dostatečný důvod k vyřazení takové osoby z programu. Ověřte si, kdy byla daná osoba naposledy testována a zjistěte, zda se od té doby chovala rizikově.

Na druhou stranu u klientů, kteří se chtějí nechat otestovat, je nutné provést druhý důležitý selekční krok: ověřit jejich způsobilost k testování podle specifických charakteristik cílové skupiny a základních požadavků na validní testování na HIV a VHC. V rámci ověření nároku na otestování by měly být vytipovaným klientům položeny následující doplňkové otázky:

- Už jste byl(a) někdy testován(a) na HIV nebo VHC? Pokud ano, kdy?
- Užíval(a) jste v posledních 3/6 měsících pravidelně drogy (heroin, kokain, metamfetamin, amfetaminy, opioidní analgetika, buprenorfin), ať už injekčně, nebo neinjekčně?
- Jste ochoten/ochotna vyplnit dotazník sloužící k vyhodnocení rizik/sběru dat a souhlasíte s následným vyšetřením nebo eventuální návštěvou zdravotnického zařízení?

- Rozumíte zcela jasně účelu a postupu testování?

Pokud někdo není schopen porozumět cílům intervence a udělit informovaný souhlas, je nutné takovou osobu považovat za nezpůsobilou pro testování! Je rovněž nutné mít na paměti specifické charakteristiky cílové skupiny využívající nízkoprahové služby, zejména uživatele drog. Motivovat tyto klienty k podstoupení testů může být velmi obtížné, neboť mají jiné priority a potřeby, mají naspěch a nemají dost času, aby se nechali otestovat, mají strach se nechat otestovat, protože jsou si vědomi svého rizikového chování a nechtějí se dlouho zdržovat na ulici z obav před policií. Řešením může být využívání odměn a motivačních prvků, např. telefonní karty, jídlo nebo stravenky. K navázání kontaktu a motivování člověka k tomu, aby věnoval chvilku svému zdraví, často pomůže projev prosté empatie nebo nabídnutý šálek kávy/čaje a pár sušenek.

## Kritéria pro výběr místa testování

K navyšování počtu potenciálních zájemců o testování a zajišťování lepšího přístupu k testování pro rizikové skupiny uživatelů drog (např. lidí bez domova) přispívá spolupráce s jinými místními službami a zařízeními. Rozhodně se doporučuje vybírat místa, kde se testování doposud nikdy nenabízelo nebo se zde neposkytuje pravidelně, aby se tak služba přiblížila lidem, kteří pravděpodobně ještě nikdy nebyli testováni anebo se raději nechají otestovat v nezdravotnickém zařízení. Spolupráce s dalšími místními nízkoprahovými službami může být navíc přínosem i z dlouhodobého hlediska, neboť přispívá k budování sítě a systémů návazné péče, které uživatelům drog usnadňují přístup k nutné péči, podpoře a léčbě.

Tyto sítě jsou samozřejmě vysoce efektivní a přínosné, pokud taková spolupráce mezi místními aktéry dobře funguje a je podporována společnou ochotou taková partnerství rozvíjet. Není vždy jednoduché takového stavu dosáhnout, zejména hovoříme-li o spolupráci se státním zdravotnickým sektorem, kde mohou panovat ve vztahu k práci s uživateli drog jiné názory a metody.

## 4.2 Přístup minimalizace rizik

### Integrované služby zaměřené na minimalizaci rizik v oblasti HIV/VHC

**„Jako ‚minimalizace/snižování rizik/škod‘ (*harm reduction*) se označují politiky, programy a aktivity zaměřující se primárně na minimalizaci negativních zdravotních, sociálních a ekonomických důsledků užívání legálních i nelegálních psychoaktivních látek, aniž to nutně znamená snížení míry konzumace těchto látek. Aktivity v oblasti minimalizace rizik přinášejí prospěch uživatelům drog jako takovým, ale i jejich rodinám a společnosti jako celku“.** *Harm Reduction International* (HRI)

Uživatelé drog se často zdráhají využívat tradiční zdravotnické služby a více jim vyhovuje, když mohou vyhledat zdravotnickou pomoc, kterou poskytují služby zaměřené na minimalizaci rizik, programy opiatové substituční léčby nebo adiktologické služby. Z toho



důvodu může být poskytování testování na HIV/VHC a související péče v rámci služeb harm reduction nebo ve spolupráci s nimi přínosem jak z hlediska jejich dostupnosti, tak míry využití. Zakomponování testování na HIV a VHC do těchto programů může navýšit efektivitu diagnostiky u populací, které se jen stěží obrátí na klasická zdravotnická zařízení.

Světová zdravotnická organizace (WHO), Úřad OSN pro drogy a kriminalitu (UNODC) a Program OSN pro boj proti HIV/AIDS (UNAIDS) jednoznačně doporučují uplatňovat přístup harm reduction jako způsob prevence HIV a jeho léčby a další péče u injekčních uživatelů drog. Konkrétně se vyslovují pro komplexní soubor opatření, který mj. tvoří:

- programy výměny jehel a stříkaček (výměnné programy),
- opiátová substituční terapie (OST) a další formy léčby drogové závislosti,
- testování na HIV a související poradenství,
- antiretrovirová léčba (ART),
- prevence a léčba pohlavně přenosných onemocnění,
- programy distribuce kondomů mezi injekční uživatele drog a jejich sexuální partnery,
- cílené poskytování informací, edukace a osvěta určená injekčním uživatelům drog a jejich sexuálním partnerům ,
- očkování proti virové hepatitidě, její diagnostika a léčba,
- prevence, diagnostika a léčba tuberkulózy (TBC),
- osvěta v oblasti problematiky předávkování.

Kombinace intervencí (minimalizace rizik, testování na HIV/VHC a související léčba, sociální podpora, peer edukace) v rámci jedné služby, např. intervence zaměřené na minimalizaci rizik, může představovat důležitou preventivní strategii ve vztahu k uživatelům drog. Některé služby, které se již v rámci minimalizace rizik poskytují, např. rychlotestování, lze navíc rozšířit na další populace vystavené riziku v souvislosti se sexem nebo užíváním drog (osoby nabízející sexuální služby, muži mající sex s muži, některé komunity migrantů) i obecnou populaci, čímž se zvýší dostupnost těchto služeb, aniž se jednotlivá opatření a s tím související náklady dublují.

Aktivita v oblasti minimalizace rizik se celosvětově osvědčují. V zemích, kde se programy harm reduction začaly realizovat jako první, např. ve Švýcarsku, Spojeném království a Austrálii, došlo k výraznému snížení počtu nových případů nákazy virem HIV mezi injekčními uživateli drog. Příkladem spojení služeb v oblasti minimalizace rizik a testovacího programu je centrum IN-Mouraria, které v roce 2012 otevřela portugalská organizace GAT, zabývající se pomocí lidem nakaženým HIV/VHC. Středisko se nachází v části Lisabonu, která se vyznačuje současným výskytem jevů, jako je migrace, užívání drog, komerční sex a bezdomovectví. Cílem tohoto projektu je mj. zvýšit povědomí uživatelů drog o této problematice, jejich aktivizace a zapojení a uskutečňování aktivit v oblasti minimalizace rizik a rychlého testování na HIV/VHC.

Služby jsou klientům poskytovány bez předchozí domluvy, bezplatně a bez nutnosti prokázat totožnost. Testy provádějí a informace poskytují proškolení zdravotníci,

dobrovolníci a poradci z řad vrstevníků. Všem klientům, kteří již dříve byli nebo jsou nově diagnostikováni jako HIV/VHC pozitivní, je nabídnuto zprostředkování kontaktu na příslušné nemocniční zařízení, a to bez ohledu na jejich právní status z hlediska povolení k pobytu. Osobám, které o to požádají, je poskytnut vrstevnický doprovod do místa lékařského vyšetření. Testování a další služby (distribuce kondomů / lubrikačních gelů, informace) jsou rovněž k dispozici příslušníkům obecné populace. Středisko IN-Mouraria bylo zařazeno jako vzorový příklad do konsolidovaných směrnic pro testování na HIV vydaných v červenci 2015 Světovou zdravotnickou organizací (WHO).

## Překážky v realizaci opatření zaměřených na minimalizaci rizik ve vztahu k prevenci HIV

V mnoha zemích stále přetrvává přístup „války proti drogám“. Orgány činné v trestním řízení nadále kriminalizují držení jehel a stříkaček a tvrdě zakročují proti injekčním uživatelům drog, i pokud vyhledají léčbu nebo navštíví zdravotnická zařízení, aby si opatřili sterilní injekční náčiní nebo se obrátili na některou z dostupných služeb. Kriminalizace odvádí injekční uživatele drog od zdravotní péče a od služeb zaměřených na problematiku HIV a má negativní dopad na prevenci HIV a léčbu této nákazy. V článku podávajícím přehled o současném stavu v oblasti testování na HIV a souvisejícího poradenství určeného pro uživatele drog ve střední Asii se upozorňuje na skutečnost, že kriminalizace užívání drog a diskriminační praktiky státních poskytovatelů služeb omezují přístup injekčních uživatelů drog k výměnným programům a NNO, které testování na HIV zajišťují. Podle zprávy organizace Human Rights Watch (2007) vyplývá z rozhovorů provedených s uživateli drog v Kazachstánu, že policie klienty služeb poskytujících intervence zaměřené na minimalizaci rizik často zatýká, zabavuje jim drogy a stříkačky a vymáhá na nich úplatky za držení injekčního náčiní. Zdravotnický personál a státní poskytovatelé zdravotní péče také často injekční uživatele drog stigmatizují a diskriminují, což vede k negativním zkušenostem a snižuje důvěru k nabídce služeb. Dlouhá tradice využívání zdravotnických zařízení pro povinné testování na HIV bez zajištění důvěrnosti informací o výsledcích testů, jejíž počátky sahají ještě do dob Sovětského svazu, na atraktivitě těchto služeb pro injekční uživatele drog nijak nepřidává.

Sociální stigmatizace a diskriminace pojmí se s užíváním drog je navíc překážkou koncentrace služeb v jednom místě a má také neblahý vliv na implementaci testování v tomto kontextu. Množí se hlasy volající po destigmatizačních iniciativách, které by tvořily součást programů zaměřených na minimalizaci rizik. Jednu z nejvýznamnějších bariér, které stojí v cestě iniciativám v oblasti *harm reduction*, představuje nedostatek udržitelných zdrojů financování, v jehož důsledku jsou mnohé tyto služby nuceny snižovat stavy nebo podstatně omezovat svou činnost.

V zájmu zkvalitnění realizace testování na HIV jako preventivního programu je nutno odstranit překážky, jako jsou obavy lidí z diskriminace, obavy z pozitivního výsledku testu nebo obavy ze sociální stigmatizace.

## 4.3 Peerwork

Anglickým výrazem „peer“ se podle Websterova slovníku označuje „člověk, který má vůči druhému rovnocenné postavení, někdo, kdo patří do stejné společenské skupiny, zejména pokud jde o věk, vzdělání či sociální status“.

Stále větší soubor odborné literatury poukazuje na množství nepříznivých sociálních a behaviorálních dopadů celosvětového důrazu na protidrogovou represí. Strach z konfrontace s policií se například podepisuje na neochotě uživatelů drog vyhledávat základní služby zaměřující se na problematiku HIV. Izolace, kterou si často člověk v důsledku přetrvávající stigmatizace sám zvolí, pak také přispívá k obavám z odmítavé reakce rodiny, členů komunity či zaměstnavatele na jeho problém s návykovými látkami, pokud by se obrátil na příslušné odborné služby. Jako celek tyto bariéry stojící v cestě prevenci a léčbě HIV upozorňují na naléhavou potřebu zavádění nových způsobů poskytování zdravotní péče pro tento segment obyvatelstva.

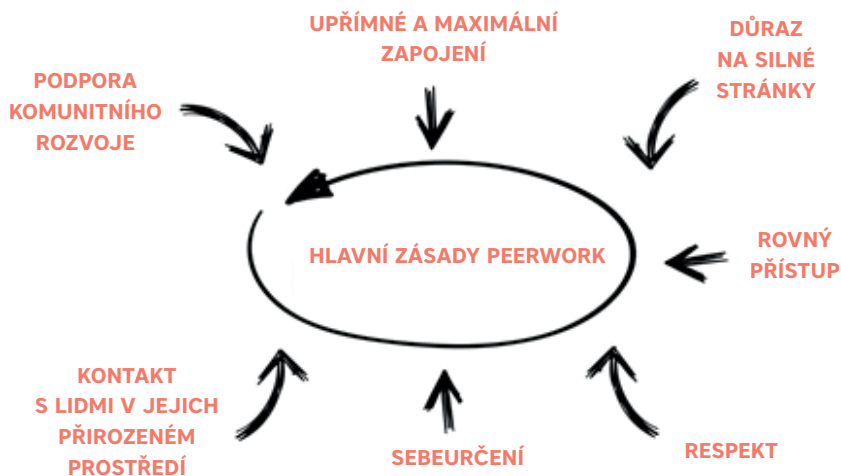
Ve světle přetrvávajících problémů se zajištěním přístupu k základní péči o uživatele drog v oblasti prevence a léčby HIV by mohlo klíčovou strategií k překonání sociálních a systémových bariér ve využívání služeb zaměřených na problematiku HIV představovat delegování úkolů (tzv. task shifting). K dispozici je řada důkazů, z nichž vyplývá, že záběr a efektivitu tradičních programů v oblasti veřejného zdraví je možné zvýšit prostřednictvím iniciativ na bázi peer programů, díky nimž se lze dostat k nejrizikovějším uživatelům drog. Nové možnosti navyšování zájmu o testování mezi uživateli drog jak v klinickém kontextu, tak na komunitní bázi nabízí rychlé testování na HIV typu POCT (point-of-care testing), jehož dostupnost v poslední době roste. Ukazuje se, že efektivním mechanismem z hlediska prevence HIV mezi uživateli drog je také zaškolení současných uživatelů drog, kteří následně edukují další uživatele drog o problematice HIV. S vysokou mírou spokojenosti a komfortu, pokud jde o diskrétnost, se u uživatelů drog pojí testování, které provádějí jiní proškolení uživatelé drog („peerworkeri“).

S výše uvedeným vyznívají shodně také doporučení WHO, UNODC a UNAIDS, které označují metody komunitní kontaktní práce za základ poskytování podobných služeb. Podíl uživatelů drog na poskytování služeb v oblasti HIV se však nemusí omezovat jen na aktivity, jejichž cílem je rozšířit záběr stávajících programů, ale může mít svůj význam také v jiných oblastech. Posun personálního zajištění služeb zaměřených na problematiku HIV od zdravotnických profesionálů k peerworkerům může rovněž přispět k řešení existující stigmatizace, s níž se uživatelé drog setkávají ve zdravotnických zařízeních, a tím usnadnit přístup k těmto službám. Budou-li vznikat pracoviště poskytující testování na HIV, kde budou působit také peerworkeri a týmy složené z lékařů a peerworkerů, zvýší se tím pravděpodobnost, že uživatelé drog budou tyto služby více využívat, protože se nebudou obávat diskriminace ze strany zdravotníků a nebudou mít strach, že budou figurovat jako uživatelé drog v oficiálních registrech. Dosavadní výzkumy skutečně potvrzují, že intervence vedené lidmi, kteří sami užívají drogy, jsou pro ostatní uživatele přijatelnější než standardní programy realizované v rámci veřejného zdravotnictví. Částečným důvodem je neodsuzující přístup, který k jejich návykovému chování tito „vrstevníci“ mají.

Posunem od zdravotnických profesionálů jako poskytovatelů péče směrem k peerworkerům nebo jejich zapojením do služeb vedených profesionály lze přispět ke snížení stig-

matizace a diskriminace v tomto kontextu poskytování péče. Tento typ posunu v poskytování služeb může současně rozptýlit některé obavy uživatelů drog ze sdílení informací mezi zdravotnickými databázemi a represivními složkami. Vzhledem k prokazatelně pozitivnímu přínosu peer intervencí pro uživatele drog, jakož i k úspěšnosti delegování úkolů v prostředí, které se potýká s nedostatkem odborného personálu, může být posun k zajišťování standardních programů a služeb zaměřených na problematiku HIV/AIDS ze strany samotných uživatelů drog řešením silné stigmatizace a diskriminace, jež je charakteristická pro stávající kontext zdravotní péče na mnoha místech, která se potýkají s epidemií HIV související právě s uživateli drog. Tento nový přístup k dělbě úkolů může znamenat novou éru v realizaci opatření zaměřených na problematiku HIV mezi uživateli drog.

Organizace, které využívají peer programy, by měly mít zavedeny kontrolní a supervizní mechanismy, jejichž prostřednictvím bude zajištěno, že poskytované informace jsou správné a aktuální. Peerworkeri by měli být za svou činnost odměňováni jako ostatní pracovníci. V některých zemích se finanční odměna omezuje na minimální míru, aby nedošlo k ohrožení nároku na sociální dávky.



## DALŠÍ DOPORUČENÉ ZDROJE INFORMACÍ:

1. Drobnik, A., Judd, C., Banach, D., Egger, J., Konty, K., & Rude, E. (2011). Public health implications of rapid hepatitis C screening with an oral swab for community-based organizations serving high-risk populations. *American Journal of Public Health*, 101(11), 2151-2155.
2. Fernández-Lopez, L., Rifà, B., Pujol, F., Becerra, J., Pérez, M., Meroño, Casabona, J. (2010). Impact of the introduction of rapid HIV testing in the voluntary counselling

and testing sites network of Catalonia, Spain. *International Journal of STD & AIDS*, 21(6), 388-391

3. Terlikbayeva A., Zhussupov B., Primbetova S., Gilbert L., Atabekov N., Giyasova G., Ruziev M., Soliev A., Saliev D., El-Bassel N. Access to HIV counseling and testing among people who inject drugs in Central Asia: strategies for improving access and linkages to treatment and care. *Drug Alcohol Depend.* 2013 Nov;132 Suppl 1:S61-4.
4. Ti L., Kerr T. Task shifting redefined: removing social and structural barriers to improve delivery of HIV services for people who inject drugs. *Harm Reduct J.* 2013; 10: 20.
5. Greater meaningful involvement of people who use drugs in 7 key principles and 13 examples of good practice. *Correlation Network.* 2013.

## Zdroje informací v češtině

1. Dolanská, P., Korčíšová, B., Mravčík, V. (2004) Testování infekcí u uživatelů drog v nízkoprahových zařízeních. Praha: Úřad vlády České republiky. <https://www.drogy-info.cz/publikace/navykove-latky/metodika/testovani-infekci-u-uzivatelu-drog-v-nizkoprahovych-zarizenich/>
2. Prevence a kontrola infekčních nemocí u injekčních uživatelů drog. Metodický pokyn ECDC A EMCDDA. <https://www.drogy-info.cz/publikace/navykove-latky/metodika/prevence-a-kontrola-infekcnich-nemoci-u-injekcnich-uzivatelu-drog/>
3. Prevence a kontrola infekčních nemocí u injekčních uživatelů drog. Metodický pokyn ECDC A EMCDDA. Stručný souhrn. Zaostřeno 2/2012. <https://www.drogy-info.cz/publikace/zaostreno-na-drogy/2012-zaostreno-na-drogy/02-12-prevence-a-kontrola-infekcnich-nemoci-u-injekcnich-uzivatelu-drog/>



5

# Kapitola 5

## Genderové aspekty

Téměř ve všech aspektech oblasti užívání drog existují výrazné rozdíly mezi muži a ženami. Mnohá seriózní doporučení ve vztahu ke zdravotní péči a lidským právům upozorňují na skutečnost, že služby zaměřené na minimalizaci rizik a další oblasti související s HIV by měly věnovat větší pozornost specifickým potřebám a preferencím uživatelék drog. Tyto důvody stojí na poznatcích ověřených výzkumem a podporují je i příslušné mezinárodní agentury a instituce. Programy poskytující intervence v oblasti minimalizace rizik se však obvykle primárně zaměřují na muže, přičemž ženy, které užívají drogy, mají často pocit, že k jejich specifickým potřebám se zde nepřihlíží a že služby, na které se obracejí, nejsou právě „women friendly“. V rámci programů a projektů zaměřujících se na intervence v oblasti minimalizace rizik se mnohdy nedaří zaručit pro ženy osobní bezpečnost a diskrétnost, poskytnout jim služby v oblasti pohlavního a reprodukčního zdraví a prevence přenosu nákazy z matky na dítě nebo zajistit péči o dítě. V mnoha případech není personál ani dostatečně proškolen, aby mohl nabídnout služby zohledňující genderová specifika, poskytnout podporu pro osoby zapojené do komerčního sexu nebo pro oběti genderově podmíněného násilí.

Neschopnost řešit potřeby uživatelék drog přispívá k šíření krví přenosných i jiných infekcí. V prvé řadě platí, že uživatelky drog jsou ve skutečnosti vystaveny vyššímu riziku, že se nakazí HIV, virovou hepatitidou nebo jinými pohlavně přenosnými infekcemi než jejich mužské protějšky. Mezi specifické rizikové faktory patří skutečnost, že ženy se častěji než muži dostanou k jehle až jako druhé – tzn. píchnou si drogu až jako druhé, resp. drogu jim často aplikuje jejich partner. Z dostupných genderově diferencovaných dat vyplývá, že ženy, které drogy užívají injekčně, jsou náchylnější k nákaze virem HIV a dalšími pohlavně přenosnými infekcemi než jejich mužské protějšky. Mezi pravděpodobné důvody takových rozdílů mezi pohlavími budou patřit jak sociální faktory, např. injekční uživatelky drog jsou mnohem častěji zapojeny do komerčního sexu než muži, tak biologické faktory, např. u žen existuje vyšší riziko pohlavní nákazy. Uživatelky drog jsou mnohem častěji ve zranitelnější pozici z hlediska možné ochrany proti infekci, ať jde o partnerské vztahy, nebo sociální systémy.

Zvýšené riziko nákazy HIV a dalšími pohlavně přenosnými infekcemi hrozí u žen zapojených do komerčního sexu. Pokud nabízejí sex za peníze, jsou často vystavovány fyzickému a sexuálnímu násilí ze strany klientů a dalších intimních partnerů, ale také ze strany policie; k násilí a špatnému zacházení může také docházet ve vazbě nebo ve vězení.

Genderově podmíněné násilí brání uživatelkám drog v přístupu k příslušným službám a kriminalizace komerčního sexu výrazně ovlivňuje jejich ochotu a možnost vyhledat služby zaměřené na problematiku HIV a domlouvat se na používání kondomu.

Dalším faktorem, který uživatelkám drog brání ve vyhledání zdravotních služeb, jsou politiky a zákony, na jejichž základě může být užívání drog důvodem pro odebrání dítěte z péče matky, nucená sterilizace nebo přerušování těhotenství. Takové praktiky



jsou příkladem genderově podmíněné stigmatizace a diskriminace, která je v některých zemích stále běžným jevem.

U uživatelů drog je HIV často diagnostikován v pokročilém stadiu těhotenství, nebo až když začnou rodit. Míra přenosu HIV z matky na dítě je u uživatelů drog výrazně vyšší než u jiných HIV pozitivních žen. Opiátovou substituční léčbu (OST) poskytují jen některé nemocnice, což je situace, která nutí drogově závislé ženy nebo ty, jež jsou na OST, aby se vzdaly adekvátní péče a snažily se obstarat si drogy nebo substituční medikaci.

Zde je výčet některých nejčastějších problémů, s nimiž se uživatelky drog setkávají:

- V mnoha zemích jsou zdravotnické systémy organizovány tak, že každou ze specializovaných služeb, např. pracoviště zaměřující se na HIV, TBC, virové hepatitidy, minimalizaci rizik či pohlavní a reprodukční zdraví, je nutné kontaktovat zvlášť. To uživatelkám drog komplikuje optimální péči o jejich zdravotní potřeby.
- Uživatelky drog často poukazují na mimořádnou důležitost služeb v oblasti péče o pohlavní a reprodukční zdraví, ale také zmiňují pocit stigmatizace, který při jejich vyhledání pociťují. Stigmatizace a diskriminace představuje obrovskou bariéru. Mezi negativní zkušenosti se zdravotními službami patří odsuzující postoje, resp. neaktivní zacházení ze strany zdravotnického personálu a pociťovaný nedostatek soukromí a diskrétnosti. Uživatelky drog se bojí vyhledat odbornou pomoc.
- Těhotné uživatelky drog se na služby v oblasti předporodní péče a prevence přenosu nákazy z matky na dítě obracejí méně často než jiné těhotné ženy, v důsledku čehož se vystavují vyššímu riziku, že virus HIV přenesou na své dítě.
- V některých státech komplikuje uživatelkám drog, zejména dívkám a mladým ženám, přístup k službám v oblasti péče o pohlavní a reprodukční zdraví konzervativní sociální klima.

## 5.1 Alkohol a jiné návykové látky, pohlavní a reprodukční zdraví, těhotenství

Užívání alkoholu a dalších návykových látek má mnoho různých dopadů na pohlavní a reprodukční zdraví, jež mohou být někdy závažného charakteru a mít těžké následky.

Problémové užívání alkoholu a drog může svým negativním vlivem na celkové zdraví a výživu uživatelů drog nepřímo snižovat jejich plodnost, zatímco heroin může plodnost postihovat přímo. Dopad heroínu na menstruaci a plodnost umocňuje neuspořádaný životní styl a špatná výživa. Užívání drog, zejména heroínu, může způsobovat amenoreu (vynechání menstruace) a anovulaci (cyklus bez ovulace), nikoli však nutně ve stejnou dobu. Mnohé ženy, a dokonce i někteří poskytovatelé služeb se nesprávně domnívají, že při absenci menstruace nemůže dojít k početí. Tato mylná představa může vést k neočekávanému a velmi často nechtěnému otěhotnění.

Předepisování metadonu zvyšuje plodnost uživatelék opiátů, kdy dochází k obnovení menstruačního cyklu, ale je důležité mít rovněž na paměti, že plodnost zvyšuje také jakákoli léčba, která vede k celkovému zlepšení zdravotního stavu a osvojení si správných stravovacích návyků. K tomu může dojít i před obnovením menstruace.

Uživatelky drog, které neplánují otěhotnět, by proto měly používat účinnou antikoncepci, neboť u nich často neprobíhá pravidelný menstruační cyklus, a je proto téměř nemožné určit dobu ovulace a plodné dny. Je nesmírně důležité, aby byli poskytovatelé služeb schopni nabídnout kvalifikované informace v oblasti plodnosti a účinné antikoncepce.

Pomocí antikoncepce lze zaručit, že u uživatelék drog nedojde k neplánovanému těhotenství, tedy že otěhotní pouze tehdy, pokud se rozhodnou, že chtějí mít dítě. Plánované těhotenství zvyšuje pravděpodobnost dobrých zdravotních a sociálních vyhlídek a optimalizuje účinnost léčby, neboť během tohoto mimořádného období mají uživatelky drog motivaci k tomu, aby zůstaly zdravé a zajistily dítěti dobrou péči.

Uživatelky drog mohou mít obavy o svou plodnost a vyhledat odbornou pomoc v zájmu obnovení svého menstruačního cyklu. Někdy k tomu stačí stabilizace chování ve vztahu k užívání alkoholu a jiných návykových látek a životního stylu celkově. Je však nutno poznamenat, že léčba neplodnosti u uživatelék drog je často ze strany konzervativních a předpojatých zdravotnických pracovišť vnímána jako nepatřičná, neboť zde panuje názor, že ženy užívající drogy by neměly mít děti a brát na sebe související rodičovské povinnosti. Právě v této oblasti existuje prostor pro speciální služby zaměřené na uživatelky drog, které jim mohou pomoci a poskytnout jim další podporu s početím a plánováním těhotenství tím, že jim nabídnou možnost řešit jejich užívání alkoholu a drog a další související zdravotní a sociální problémy.

Skutečnost, že uživatelky drog údajně včas nevyhledávají prenatální péči, se někdy přičítá nevědomosti o graviditě, neboť k obnovení ovulace a plodnosti nezřídka dochází i při absenci menstruace. Bezplatné provádění těhotenských testů, které nabízejí genderově uvědomělé služby v oblasti minimalizace rizik, zvyšuje pravděpodobnost včasného zjištění těhotenství a má i další pozitivní přínosy:

- zprostředkování možnosti přerušení těhotenství, pokud jde o nechtěnou graviditu,
- obstarání účinné antikoncepce, pokud uživatelka drog není těhotná ani otěhotnět nechce,
- zajištění předtěhotenské péče, včetně předepsání kyseliny listové v případě plánování gravidity.

## 5.2 Antikoncepce u uživatelék drog

Hlavním cílem antikoncepce u uživatelék drog, stejně jako u všech ostatních žen, je předejít nechtěnému těhotenství a nemuset podstupovat umělé přerušování těhotenství. Je důležité, aby uživatelky drog měly možnost zvolit si typ antikoncepce, která jim lépe vyhovuje a u níž jsou schopny si samy určovat způsob její aplikace.

Poskytovatelé služeb v oblasti harm reduction zohledňujících genderová specifika by se proto měli ujistit, že jsou schopni reagovat na různé potřeby z hlediska antikoncepce a poskytnout svým klientkám odpovídající informace. Antikoncepce by měla být k dispozici bezplatně, neboť její cena by pro uživatelky drog mohla představovat značnou bariéru.

Uživatelky drog je potřeba informovat, že kromě kondomů je žádná jiná antikoncepce neochrání před pohlavně přenosnými nemocemi. Jednoznačně by se tedy měly doporučovat pánské i dámské kondomy, obzvláště v těch případech, kdy uživatelky drog provozují sex za peníze. Ženám, které nevidí potřebu používat kondom jako ochranu před pohlavně přenosnými nemocemi (mají stálého pohlavního partnera, jsou alergické na latex apod.), je potřeba nabídnout jiné formy antikoncepce, aby nechtěně neotěhotněly.

Je důležité, aby pracovníci služeb, které zohledňují specifické potřeby žen, byli proškoleni o problematice antikoncepce a aby během poradenských sezení, které tyto služby nabízejí, byli schopni vést hovor o následujících tématech:

- potřeba předcházet otěhotnění,
- možnost výskytu trombózy a dalších vážných vedlejších účinků při užívání perorální antikoncepce,
- zdravotní kontraindikace některých antikoncepčních přípravků v případě kouření, vysokého krevního tlaku, nadváhy nebo výskytu trombózy v rodinné anamnéze,
- výhody/dostupnost antikoncepce s dlouhodobějším účinkem,
- viditelná vs. neviditelná antikoncepce,
- léky, jež mohou snižovat nebo neutralizovat účinek antikoncepce,
- dostupnost antikoncepce / přístup k antikoncepci,
- urgentní antikoncepce (tableta, kterou je nutné užít nejpozději do 72 hodin po nechráněném styku nebo pokud došlo k protržení kondomu).

## Umělé přerušení těhotenství

Zjistí-li uživatelka drog, že je těhotná, a dítě nechce, je potřeba, aby měla možnost umělého přerušení těhotenství, které by jí mělo být nabídnuto citlivě a bez odsuzujícího podtextu, aniž by však na ni byl v tomto ohledu vyvíjen nějaký nátlak. Zdravotníci nabízející umělé přerušení těhotenství, stejně jako by tomu mělo být u všech zdravotníků, musejí respektovat práva žen, které užívají drogy, zejména pokud jsou HIV pozitivní, tím, že jim umožní přístup k interrupčnímu zákroku, pokud si to žena bude přát, přičemž budou dbát na to, aby toto rozhodnutí žena učinila sama za sebe. Pokud konkrétní pracoviště nabízí pouze jeden typ interrupce (chemickou, nebo chirurgickou), uživatelka drog by měla mít k této možnosti přístup. Omezená možnost volby pro všechny ženy by neměla být překážkou v přístupu k výkonu pro ženy, které užívají drogy.

## Uživatelky drog a prevence přenosu infekce z matky na dítě

Všem těhotným ženám by mělo být nabídnuto orientační vyšetření na přítomnost krví přenosných virů a v případě pozitivního výsledku by jim měly být neprodleně nabídnuty intervence k zabránění přenosu nákazy z matky na dítě. V případě screeningu na krví přenosné infekce během těhotenství není potřeba provádět detailní předtestové poradenství, avšak v případě pozitivního nálezu je kvalitní potestové poradenství a podpora zásadní, neboť díky němu si ženy uvědomí svůj stav a jeho dopad na jejich další život a současně slouží ke zprostředkování další péče nutné k ochraně zdraví dané ženy a prevenci přenosu infekce z matky na plod.

## Hepatitisida a očkování

Hepatitisida typu C není nutně kontraindikací těhotenství. Riziko přenosu viru z matky na plod během těhotenství je relativně nízké. Je nutné poznamenat, že toto riziko se však prudce zvyšuje, pokud je matka současně infikována HIV. V případě hepatitidy typu B (VHB) se u většiny žen koinfikovaných virem HIV pohybuje míra vertikálního přenosu nákazy mezi cca 10–20 %. Infekčnost žen se zjišťuje screeninem na povrchový antigen hepatitidy typu B (VHB). Vertikálnímu přenosu infekce z matky na dítě lze u novorozenců předejít jejich imunizací.

Ženám užívajícím drogy by měla být nabídnuta kombinovaná imunizace proti VHB (hepatitidě typu B) a VHA (hepatitidě typu A), neboť během těhotenství je imunizace bezpečná. Doporučuje se zrychlené očkovací schéma – očkování v 0., 1. a 2. měsíci, nebo dokonce 0., 7. a 21. den. Při aplikaci zrychleného schématu je ještě nutné podat posilující dávku po 12 měsících od první dávky.

Očkování proti VHB je dobré pro všechna miminka, přičemž pokud je dítě imunizováno již při narození, nedochází ke kontraindikaci kojení. Přestože viry hepatitidy B a C se mohou vyskytovat v mateřském mléku, VHC se mateřským mlékem nepřenáší. Většina odborníků se shoduje v tom, že při dodržování specifických preventivních opatření je bezpečné, když ženy s hepatitidou typu C své děti kojí. Pokud má například matka popraskané, krvácející bradavky, měla by od kojení upustit, dokud se jí bradavky nezahojí a krvácení nepřestane.

Proti HIV a VHC zatím žádná vakcína neexistuje.

## HIV pozitivní uživatelky drog

HIV pozitivním uživatelkám drog by se mělo dostat zvláštní multidisciplinární péče, zejména pokud se o svém HIV statusu dozvedí během těhotenství. Je nutno zajistit následující služby:

- speciální poradenství a eventuální peer podpora v oblasti HIV, jejímž cílem je lepší přijetí a zvládnutí nové choulostivé situace v životě daného člověka,
- intervence zaměřené na minimalizaci rizika vertikálního přenosu infekce z matky na dítě,

- poradenství a podpora v oblasti dodržování režimu léčby, správné výživy, rodičovských dovedností, stabilizace užívání drog a opiatové substituční léčby,
- prenatalní a intrapartální (během porodu) léčba HIV antiretroviroviky, společně s anti-retrovirovou léčbou novorozence,
- ve vybraných případech porod císařským řezem.

## Sociální dopady užívání drog

Sociální dopad užívání alkoholu a dalších návykových látek v těhotenství není o nic méně závažný než dopad zdravotní, neboť i ten se do zdravotního stavu ženy promítá. Socio-ekonomická deprivace uživatelky drog tak vytváří poptávku po rozšíření porodnických služeb o další multidisciplinární péči.

Užívání alkoholu a drog, pojící se často s neuspořádaným životním stylem, může být příčinou socioekonomické deprivace, příp. prohlubovat její dopad na zdraví, a může negativně ovlivňovat kontakt s příslušnými službami. Intoxikace se často vylučuje s plněním rodičovských povinností a úkolů, na které neblaze působí také celkový životní styl spojovaný s užíváním alkoholu a drog. Pečovat o nemocné dítě je náročné pro jakoukoli matku. O to víc stresující úkol je to pro ženu, která musí řešit další problémy, např. je-li závislá na drogách.

Provázanost vztahu mezi zdravotními a sociálními faktory jen dokládá, proč těhotné uživatelky drog potřebují multidisciplinární péči, na niž se ve vzájemné spolupráci podílejí jak zdravotní, tak sociální služby. Faktum je, že uživatelky drog mívají rizikovější těhotenství a jeho průběh i výsledek je častěji horší. Stejně jako u jiných žen s rizikovým těhotenstvím (např. u rodiček s cukrovkou) by porodní péči měl zajišťovat multidisciplinární tým pod vedením porodníka. Příslušné služby a podpora by měly zahrnovat způsob péče o dítě po narození, informace o možnostech výživy dítěte, nutriční poradenství a podporu, informace o očkování a dalších preventivních opatřeních, poporodní vyšetření matky, léčbu HIV, zajištění péče o matku i dítě v případě potřeby a doporučení profylaxe a léčby zdravotních komplikací spojených s HIV a dalších souvisejících onemocnění (např. TBC) nebo poskytnutí podpory uživatelkám drog, které jsou vystavovány násilí.

Ženám, které užívají drogy, by měla být během porodu podávána analgetika, podle potřeby případně se zvýšenými dávkami opiátů; novorozenci by měli být umístěni na poporodním oddělení společně se svými matkami, pakliže jejich zdravotní stav nevyžaduje zvláštní péči. Užívání drog není nutně kontraindikací kojení, které by obecně mělo být podporováno. Kojící matky by měly být upozorněny, že užívání vysokých dávek drog, jako je kokain nebo benzodiazepiny, je se zdárným kojením neslučitelné a že děti by neměly být účinkům těchto drog vystavovány. Po porodu by užívání drog ze strany matky nemělo být samo o sobě považováno za téma z hlediska sociálně-právní ochrany dítěte. Pokud jsou zjištěny problémy tohoto typu, je potřeba je řešit odděleně. Během těhotenství je potřeba hovořit o plánování dalšího otěhotnění a před propuštěním z nemocnice po porodu v souladu s tím zvolit vhodnou antikoncepci.

## Minimalizace rizik během těhotenství

I pokud žena nemůže s užíváním drog přestat nebo není k dispozici metadon nebo buprenorfin, pro její zdraví a pro zdraví jejího dítěte lze učinit řadu opatření. Existuje mnoho možností, jak lze v rámci strategií zaměřených na minimalizaci rizik zlepšit její životní styl.

Především je důležité těmto ženám poradit a poskytnout jim podporu v oblasti lepší výživy: je zásadní, aby dbaly na vyváženost stravy a příjem vitaminů – zejména kyseliny listové.

Těhotné uživatelky drog by se měly stát co nejdříve příjemkyněmi pravidelné prenatalní péče, optimálně ihned jakmile se dozvědí, že jsou těhotné. Rozhodující je, aby se tyto ženy dostaly do péče nezaujatých gynekologů a porodníků, čímž nedojde k tomu, že by řádnou péči odmítaly nebo se rozhodly nedocházet na kontrolní vyšetření. Mělo by se jim dostat pomoci při hledání možností, jak snižovat stres, kterému jako uživatelky drog čelí, a jak si osvojit lepší spánkové návyky.

V rámci služeb v oblasti minimalizace rizik zohledňujících genderová specifika by měly být klientkám poskytovány správné informace týkající se dopadu užívání alkoholu a drog v těhotenství a mělo by se jim podle možností rovněž dostat podpory v oblasti omezování míry kouření a pití alkoholu. Uživatelky drog by měly být taktéž podporovány v tom, aby své užívání drog udržovaly na stabilní úrovni a minimalizovaly se tak cyklus odvykacích stavů, které mohou být rovněž velkou zátěží pro plod. V neposlední řadě by měly být poučeny o tom, že užití drog získaných „na ulici“ nebo prostřednictvím internetu může vzhledem k jejich neznámé síle a čistotě ohrozit jejich těhotenství i život.

Po porodu je potřeba v maximální míře usilovat o to, aby novorozenec zůstal s matkou. Ženám by měla být poskytnuta pomoc s osvojováním si rodičovských dovedností a řádnou péčí o jejich děti. S výjimkou případů, kdy by mohlo dojít k ohrožení miminka, je potřeba vždy podporovat kojení.

## Opiátová substituční terapie (OST)

Zdravotní i sociální prospěšnost opiátové substituční terapie (OST) u uživatelů opiátů, včetně těhotných žen, je prokazována množstvím vědeckých důkazů. Během těhotenství a kojení by při předepisování jakékoli medikace měla být přijata ochranná opatření nejen ve vztahu k dané ženě, ale i k dosud nenarozenému dítěti.

Nejčastěji předepisovaným preparátem v rámci substituční léčby je metadon. Na rozdíl od heroínu nezvyšuje riziko předčasného porodu a jeho podávání během těhotenství je prokazatelně bezpečné. Je důležité vědět, že stejně jako heroin může u novorozence způsobovat abstinenční příznaky. Vzhledem k jeho ochraně proti předčasnému porodu však z hlediska dlouhodobého zdraví dítěte hraje velmi důležitou roli. Předporodní detoxikace od opiátů je bezpečná; způsob detoxu by měl být podřízen vůli ženy k absolvování tohoto procesu a její schopnosti jej zvládnout.

Plod v těhotenství nepoškozuje ani buprenorfin. Jako v případě všech opiátů může odnětí látky vést u novorozence k výskytu abstinenčních příznaků, ačkoli intenzita

a délka stavu z odnětí může být příznivější než u substituce metadonem. Přechod na buprenorfin z pouličních drog nebo z metadonu může vést k abstinčním příznakům a během těhotenství by tak k němu mělo docházet v rámci lůžkové péče. V této přechodové fázi může dojít v důsledku příznaků z odnětí k nastartování kontrakcí.

Buprenorfin má sice slabý tlumicí účinek, ale nepůsobí sedativně. Výsledná „čistá hlava“ nemusí být pro pacientku žádoucím efektem!

OST lze těhotným uživatelkám drog doporučit z řady důvodů. Zlepšuje zdravotní prognózu pro těhotné ženy i jejich děti a má rovněž pozitivní dopad na sociální situaci těhotných žen a matek, jakož i na jejich somatické i duševní zdraví. Má pozitivní efekt z hlediska prevence předávkování a dalších úmrtí souvisejících s drogami. Zvyšuje individuální stabilitu a sociální fungování za současné redukce míry delikventního chování, páchání trestné činnosti a užívání nelegálních drog. To má zároveň příznivý dopad na zdraví a blaho komunit.

## Násilí proti uživatelkám drog

Násilí vůči ženám se vyskytuje na celém světě a přes veškeré snahy v oblasti aktivit zaměřených na minimalizaci rizik, kampaně a intervence na všech úrovních se nezdá, že by tento problém měl jednoduché řešení. Existují konkrétní skupiny žen, které jsou násilím mnohem ohroženější než jiné, avšak jejich potřeby jsou dlouhodobě ignorovány. Evidentní je to v případě násilí vůči uživatelkám drog. Ty se s násilím setkávají na mnoha různých úrovních. Stávají se navíc oběťmi systémového násilí, jež je důsledkem represivních přístupů k uživatelům drog, které ještě zhoršují negativní dopady užívání drog.

Navzdory jejich zranitelnosti mnoha formami násilí a zneužíváním je většině uživatelkám drog upírán přístup do azylových zařízení. Bránění uživatelkám drog v přístupu do azylových zařízení a k specifickému způsobu podpory je způsobováno různými formami systémové diskriminace, počínaje odmítavým přístupem vedení azylových zařízení a konče státními politikami, které potřeby žen užívajících drogy vědomě ignorují. Poskytovatelé služeb v oblasti harm reduction by měli navazovat těsné vztahy s azylovými zařízeními pro ženy a dalšími sociálními službami a zajišťovat tak uživatelkám drog přístup k potřebné podpoře a službám, které vůči nim budou vstřícné a nebudou je za jejich chování odsuzovat.

Je prokázáno, že uživatelky drog jsou také častěji než ženy v obecné populaci vystaveny násilí ze strany svých intimních partnerů. Mnohé uživatelky drog zažívají ve vztahu se svým partnerem násilí a zneužívání. Takové riziko zvyšuje nízký sociální status mnoha z těchto ohrožených žen. Špatnému zacházení je doma vystaveno více než 80 % žen, které užívají drogy.

Násilí na ženách může vést k užívání návykových látek a současně přispívat k rozvoji vzorců problémového užívání drog. Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA) uvádí, že problémové užívání drog může ženy přivést ke komerčnímu sexu jako zdroj příjmu, přičemž zapojení do komerčního sexu může zvýšit jejich zranitelnost vůči násilí.

Všeobecně panuje názor, že ženské oběti násilí potřebují specializované služby, avšak v mnoha zemích sociální služby či azylová zařízení obecně nejsou organizovány tak, aby mohly poskytnout podporu ženám, které jsou vystaveny násilí. Azylová zařízení navíc neposkytují specializované služby, jež adekvátním způsobem reagují na specifické zdravotní problémy. Uživatelky drog často narážejí na překážky v přístupu ke zdravotní péči, přičemž na tuto cílovou skupinu se konkrétně zaměřuje jen velmi málo pracovišť. Ve většině zemí tvoří ženy menší podíl uživatelů drog než muži a příslušné služby jsou tak často připraveny reagovat spíše na potřeby mužů.

Doporučenou praxí je poskytování poradenských sezení pro partnery žen, jejichž cílem je minimalizovat násilné projevy v domácím prostředí. Partneři mohou být součástí potestového poradenství. Poradenství pro partnera lze realizovat v poradenském centru, může pomoci technika „hraní rolí“.

## Násilí ze strany intimních a sexuálních partnerů

Problémové užívání drog u žen je často spojeno se sexuálním zneužíváním v minulosti, přičemž uživatelky drog jsou velmi často předmětem násilí ze strany svých intimních a sexuálních partnerů. Násilí má přímý dopad na možnost ženy praktikovat bezpečnější sex a bezpečnější užívání drog a podílí se na pokračujícím užívání drog.

Pokud je předchozí prodělané trauma původcem problémového užívání drog nebo rizikového chování, je důležité, aby byly programy minimalizace rizik a programy adiktologické léčby schopny tyto problémy odpovídajícím způsobem řešit.

## Genderově podmíněné násilí

Uživatelky drog jsou mnohem častěji předmětem genderově podmíněného násilí, tj. fyzických, psychických, citových a dalších forem zneužívání a nevhodného chování namířeného proti ženám. Programy zaměřené na intervence v oblasti minimalizace rizik a další služby související s problematikou HIV mohou téma genderově podmíněného násilí řešit poskytováním přímé podpory nebo zprostředkováním kontaktu na specializované organizace. Někdy je nutné přijetím zvláštních opatření a zajištěním náležité ochrany vytvořit uživatelkám drog takové podmínky, aby mohly špatné zacházení oznámit. V rámci řešení problematiky genderově podmíněného násilí by příslušné služby měly:

- zajistit, aby uživatelky drog znaly svá práva a věděly, kam a jakým způsobem hlásit nepatřičné jednání ze strany policie,
- poskytnout obětem sexuálního napadení klinickou péči ve formě postexpoziciční profylaxe a urgentní (postkoitální) antikoncepce, případně jim nabídnout doprovod do příslušného zařízení,
- nabídnout služby zaměřené na problematiku pohlavně přenosných infekcí a psychosociální podporu,
- podpořit vznik akcí zaměřených na prevenci násilí, které budou speciálně určeny ženám užívajícím drogy.



## Násilí ze strany policejních složek

Pokud jsou uživatelky drog HIV pozitivní a současně praktikují komerční sex, diskriminace a násilí vůči nim se zdvojnásobí a stávají se tím náchylnější i k násilí ze strany policie. V zemích, kde jsou užívání drog a komerční sex kriminalizovány, jsou možnosti přístupu k právní pomoci a základní zdravotní péči omezené a uživatelky drog jsou vůči policii bezmocné a bezbranné.

Z dostupných poznatků vyplývá, že v oblasti východní Evropy a střední Asie se uživatelky drog stávají oběťmi policejního násilí a jsou vystavovány fyzickému, psychickému a sexuálnímu násilí během nebo po zadržení. Časté je porušování lidských práv, včetně špatného zacházení a mučení, jako způsob vynucování přiznání nebo křivého svědectví. Existují pádné důkazy o neopodstatněném omezování na svobodě, odepírání práva na právní zastoupení a porušování osobní bezpečnosti uživatelky drog.

Policejní násilí dopadá na uživatelky drog mnoha způsoby, včetně závažných a často život ohrožujících fyzických i psychických zdravotních problémů. Zvyšují se tím stigmatizace a diskriminace žen a bariéry bránící jim v přístupu ke zdravotním službám, což se negativně podepisuje na epidemii HIV. Tyto praktiky rovněž diskreditují policii jako instituci a přispívají k prohlubování genderové nerovnosti a sociální nespravedlnosti.

Organizace Eurasian Harm Reduction Association (EHRA) (dříve Eurasian Harm Reduction Network) ve spolupráci s organizacemi sdružujícími injekční uživatelky drog a organizacemi zaměřenými na problematiku minimalizace rizik ze střední a východní Evropy a střední Asie spustily v roce 2014 kampaň, jejímž cílem je minimalizovat či eliminovat policejní násilí vůči ženám užívajícím drogy. Záměrem bylo vytvořit pro uživatelky drog lepší podmínky pro dokumentování a zveřejňování případů policejního násilí a zvýšit tak povědomí ostatních orgánů činných v trestním řízení o násilí, jehož se policie vůči nim dopouští.

Mezi prvotní aktivity patřilo:

- vytváření komunitních on-line nástrojů k dokumentování a hlášení případů policejního násilí,
- vytváření podmínek, díky nimž budou mít uživatelky drog lepší možnost hlásit násilí ze strany policie,
- využívání lidskoprávních nástrojů OSN k poukazování na policejní násilí proti uživatelkám drog,
- organizování setkání se zainteresovanými stranami, novináři a nositeli rozhodovacích pravomocí, na kterých budou prezentovány výsledky sběru dat a mapování situace.

Pozdější fáze kampaně přinesly mimo jiné tyto výstupy:

- zpracování národních a lokálních strategií a akčních plánů k řešení problematiky policejního násilí vůči uživatelkám drog,
- navázání dialogu mezi uživatelkami drog, nositeli rozhodovacích pravomocí a dalšími zainteresovanými stranami.

## Sexuální pracovnice užívající drogy

Další ohroženou skupinu, jež vyžaduje zvláštní pozornost a specifickou péči, představují uživatelky drog, které současně působí jako sexuální pracovnice. Existuje zde riziko nedůsledného dodržování zásad bezpečného sexu a porušování vlastních stanovených mezí; bezpečný sex není mnohdy v případě uživatelky drog zapojených do komerčního sexu prvořadou prioritou. Služby určené speciálně pro uživatelky drog působící v komerčním sexu by se měly lišit od služeb nabízených jinými organizacemi zaměřenými na pomoc sexuálním pracovnícům.

Většina organizací se zaměřuje na otázky spojené s drogami (např. minimalizace rizik), zatímco aspekty komerčního sexu se řeší až jako sekundární problém.

## Uživatelky drog v prostředí věznic

Úřad OSN pro drogy a kriminalitu (UNODC) formuloval ucelený soubor 15 klíčových intervencí a služeb v oblasti minimalizace rizik sloužících k ohraně zdraví a zajištění bezpečnosti všech uživatelů drog ve vězeňském prostředí, včetně uživatelky drog, které jsou během omezení na svobodě často předmětem špatného zacházení:

1. Poskytování informací, osvěta a komunikace.
2. Programy distribuce kondomů.
3. Prevence sexuálního násilí.
4. Léčba drogové závislosti, včetně opiátové substituční léčby.
5. Programy zaměřené na výměnu jehel a stříkaček.
6. Prevence přenosu infekce při lékařských a stomatologických zákrocích.
7. Prevence přenosu infekce při tetování, piercingu a dalších formách penetrace kůže.
8. Postexpoziční profylaxe.
9. Testování na HIV a související poradenství.
10. Léčba HIV a další související péče a podpora.
11. Prevence, diagnostika a léčba tuberkulózy.
12. Prevence přenosu HIV z matky na dítě.
13. Prevence a léčba pohlavně přenosných infekcí.
14. Očkování proti virové hepatitidě, její diagnostika a léčba.
15. Ochrana personálu před riziky vyplývajícími z výkonu jejich povolání.

Poskytovatelé služeb v oblasti minimalizace rizik by se měli zasazovat o uplatňování tohoto souboru doporučených opatření v co nejvyšší míře a pokud možno přímo spolupracovat s místními věznicemi na realizaci takových intervencí.

Uživatelky drog ve věznicích by měly mít stejný přístup k genderově citlivým zdravotním službám, včetně těch zaměřených na HIV, jako jejich protějšky na svobodě. Stejně

jako všichni ostatní odsouzení i uživatelky drog jsou schopny lepší sociální reintegrace, pokud se začnou na propuštění připravovat s dostatečným předstihem. Všechny služby provozované v rámci věznic, zejména vězeňská zdravotní služba, by měly vypracovávat individuální plány podpory klientů po propuštění z výkonu trestu. Individuální a genderově citlivý přístup představuje nejefektivnější strategii k zajištění kontinuity péče a dostupnosti zdravotních a jiných služeb po propuštění z vězení. Na potřeby uživatelky drog bude možné tímto způsobem reagovat nejlépe tehdy, pokud je celý proces realizován v součinnosti s konkrétní osobou a zajišťuje návaznost péče a mechanismy zprostředkování přístupu k dalším službám.

## Zpracování nabídky služeb pro uživatelky drog

Organizace Harm Reduction International zpracovala následující strukturovaný přehled, jenž čerpá z příkladů stávajících genderově uvědomělých služeb v oblasti minimalizace rizik a předkládá nabídku možností zkvalitňování a rozšiřování péče o ženy, které užívají drogy. Vzhledem k značným rozdílům v implementaci strategií a programů minimalizace rizik v jednotlivých zemích (včetně případů, kdy tyto aktivity zcela chybí) by měly být v ideálním případě příslušné služby přizpůsobeny specifickým potřebám žen v daném kontextu. Samy uživatelky drog by se vždy měly podílet na tvorbě a realizaci těchto programů, aby tak byla zajištěna jejich efektivita a vhodnost a nedocházelo k porušování lidských práv uživatelky drog.

## Úpravy a drobná doplnění stávajících služeb

Pro organizace, které si mohou dovolit pouze úpravy nebo drobná doplnění svých stávajících služeb/programů, jsou navrhována následující vylepšení:

- rozšíření základních souprav sloužících k minimalizaci rizik o specificky ženské potřeby (dámské hygienické pomůcky a dámské kondomy společně se stříkačkami, pánskými kondomy, hygienickými utěrkami nebo lubrikačními gely),
- další základní služby / materiální vybavení nabízené ženám v rámci programů zaměřených na intervence v oblasti minimalizace rizik (např. těhotenské testy, plenky a další vybavení pro děti, krátkodobé pohlídání dětí v době poskytovaného poradenství, informační materiály zohledňující genderová specifika, poučení o způsobu injekční aplikace s cílem odstranění závislosti na partnerech),
- proškolení personálu v oblasti genderově podmíněných specifík (poradenské techniky u žen, potřeby uživatelky drog apod.),
- vyvážené zastoupení mužů a žen mezi pracovníky služeb zaměřených na minimalizaci rizik, včetně aktivního zapojení uživatelky drog do poskytování příslušných služeb a jejich koncipování,
- doba vyhrazená pouze pro ženy („dámské večery“),
- podpůrné skupiny pouze pro ženy, poradenské programy určené speciálně ženám,
- navázání spolupráce se spolehlivými gynekology, porodníky a dalšími specialisty, na něž se lze obracet v případě nutnosti návazné péče,

- sekundární program výměny injekčního náčiní, jehož cílem bude rozšířit záběr dané intervence na ženy,
- proškolení poskytovatelů OST a porodníků/gynekologů ohledně problematiky užívání drog a adiktologické léčby v těhotenství (v případě programů OST a činitelů odpovědných za tvorbu příslušných politik): poskytování dávek „na doma“ nebo flexibilní provozní doba zařízení poskytujících OST,
- základní proškolení o problematice užívání drog určené poskytovatelům primární péče a zdravotní péče pro ženy, díky němuž bude možné v případě potřeby efektivně a urychleně zprostředkovat realizaci intervencí v oblasti minimalizace rizik nebo jiné související služby,
- návaznost mezi službami pro uživatele drog a pro osoby zapojené do komerčního sexu, včetně diskrétního poskytování služeb v oblasti minimalizace rizik pro sexuální pracovníce, které nejsou schopny otevřeně navštěvovat místo poskytování takových služeb během běžné provozní doby.

## Rozšíření nabídky stávajících organizací o nové služby

Následující výčet se týká nově doplněných kapacit či prostor/služeb (např. přijetí nových pracovníků, rozšíření stávajícího programu o nové typy služeb, trvalé vymezení určitého prostoru nebo vybavení pro ženy):

- odborník na práci s dětmi klientek a poskytování poradenství v oblasti rodičovských dovedností,
- poradenské služby zaměřené na téma sexuálního násilí, násilí ze strany intimních a sexuálních partnerů a jiných traumat a na řešení souvislostí mezi traumatem a rizikovým chováním,
- kontaktní centra pouze pro ženy anebo prostory v rámci nízkoprahových středisek určené zejména ženám ,
- možnost vyšetření gynekologem nebo jiným specialistou v rámci pracoviště poskytujícího služby v oblasti minimalizace rizik,
- multidisciplinární case management pro ženy a jejich děti, včetně těhotných žen,
- mobilní jednotky zajišťující intervence v oblasti minimalizace rizik, OST a základní lékařskou péči pro ženy, které nemají možnost navštěvovat „kamenná“ zařízení,
- právní pomoc ženám s vyřizováním dokumentace, přístupem k sociální podpoře, řešením problémů se zákonem apod.,
- bezplatné, nízkoprahové služby v oblasti péče o pohlavní a reprodukční zdraví, včetně prevence přenosu infekce z matky na dítě,
- zvyšování ekonomické nezávislosti žen prostřednictvím programů zaměřených na zvyšování jejich pracovní kvalifikace, uplatnitelnosti na trhu práce a finanční gramotnosti,
- sociální podpora pro ženy propuštěné z výkonu trestu odnětí svobody, včetně podpory související s jejich rodičovskou rolí.

## Nové samostatné služby

Tento poslední výčet se týká zbrusu nových služeb zohledňujících genderová specifika, jež by byly zcela určitě zásadním přínosem, avšak neobejdou se bez vynaložení nemalých finančních prostředků (např. vytvoření zcela nového střediska/pracoviště):

- otevření samostatných center péče pro ženy (pokud možno také s možností pobytu pro jejich děti),
- zajištění komplexní porodní a poporodní péče pro těhotné uživatelky drog,
- zajištění krátkodobého/přechodného ubytování pro ženy bez domova a jejich děti.

## Vytváření podpůrného a vstřícného prostředí

V neposlední řadě je důležité si uvědomit, že prvky vstřícného prostředí, jimž je potřeba na úrovni jednotlivce, vzájemných vztahů, komunity i celé společnosti věnovat pozornost v zájmu podpory pohlavního a reprodukčního zdraví a práv uživatelek drog, by měly vždy zahrnovat:

- psychosociální podporu,
- zdravou sexualitu v průběhu celého života,
- posílení ekonomického postavení (empowerment) a přístup ke zdrojům,
- integraci služeb v oblasti pohlavního a reprodukčního zdraví a práv a HIV,
- ochranu před násilím a zajištění bezpečnosti,
- sociální inkluzi a akceptaci,
- posilování komunit,
- vstřícnou legislativu a politiky a přístup ke spravedlnosti,
- intervence na úrovni vzájemných vztahů, jimiž by se zajistilo, že zdravotníci ve zdravotnických zařízeních se budou k uživatelkám drog chovat s respektem a vstřícně místo toho, aby je odsuzovali a stigmatizovali. Tím by uživatelky drog mohly mít snazší přístup k antikoncepci, resp. k péči v případě plánování těhotenství,
- intervence na komunitní úrovni usilující o změnu společenských norem ve vztahu k násilí a stigmatizaci, díky nimž mají uživatelky drog možnost vést zdravější sexuální život, neboť jsou v menší míře vystavovány násilím a zažívají pocit přijetí všech aspektů své sexuální identity,
- intervence na celospolečenské úrovni usilující o přijetí zákonných úprav a reformy příslušných politik,
- uživatelky drog se budou pravděpodobně schopny lépe uplatnit v každodenním životě, pokud budou mít možnost využívat systém zdravotní péče, díky níž budou mít přístup k různým formám antikoncepce a ke gynekologické péči.

Zdravotnický systém by měl zasahovat do věcí, které mají zdravotní dopad na všechny úrovně sociálně ekonomického rámce, a zamýšlet se nad způsobem jejich interakce ve vztahu k podpoře zdravé sexuality žen.

## DALŠÍ DOPORUČENÉ ZDROJE INFORMACÍ:

1. International Network of People who Use Drugs (2016), „Addressing the specific needs of women who inject drugs. Practical guide for service providers on gender-responsive HIV services“, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.
2. Pinkham, S., Myers, B., Stoicescu, C. (September 2012), „Developing effective harm reduction services for women who inject drugs“, Harm Reduction International.
3. EMCDDA (2006), „A gender perspective on drug use and responding to drug problems“, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
4. Gaffney, J., Velcevsky, P., Phoenix, J. and Schiffer, K. (2008), „Practical Guidelines for delivering health services to sex workers“, Foundation Regenboog AMOC - Correlation Network. Amsterdam.
5. EHRN Regional Policy Briefing (May 2015), „Law Enforcement and Women Who Use Drugs: Improving police relations and cooperation for better public health, community safety and human rights protection“, Eurasian Harm Reduction Network, Vilnius.

## Zdroje informací v češtině

1. Doležalová, P (2014). Uživatelky drog ohrožené stigmatizací. Zaostřeno 1/2014. <https://www.drogy-info.cz/publikace/zaostreno-na-drogy/2014-zaostreno-na-drogy/01-14-uzivatelky-drog-ohrozene-stigmatizaci/>

6

# Kapitola 6

## Návaznost další péče

Nízkoprahové služby hrají z hlediska testování na HIV/VHC a zprostředkovávání další péče zásadní roli. Injekční uživatelé drog jsou ohroženou skupinou s omezeným přístupem ke zdravotní péči. Péče v oblasti HIV a VHC typicky obnáší opakovaný pravidelný kontakt s různými službami, k nimž mohou mít injekční uživatelé drog horší přístup a mohou vykazovat nižší míru dodržování léčebného režimu než obecná populace. U většiny chronických onemocnění začíná úspěšné zapojení do kontinua péče testováním a diagnostikou a následným doporučením další péče, v níž daná osoba po určité časové období setrvává. Zprostředkování adekvátní péče ihned po provedeném testování je sice rozhodující fází v rámci kontinua péče, ale u mnohých osob tato návaznost není nikdy zajištěna a nikdy se k potřebné péči a podpoře nedostanou. Zajištění odpovídající péče pro uživatele drog má z hlediska prevence rozvoje různých chorob i prevence šíření HIV/HCV mezi další lidi rozhodující význam.

Časně zjištění infekce HIV/VHC se v současnosti považuje za klíčový prvek z hlediska kontroly šíření těchto typů nákaz. Při kohortových studiích (prospektivní studie sledující dlouhodobě skupinu osob) bylo prokázáno, že HIV pozitivní osoby mají tendenci omezovat chování, jež by mohlo vést k přenosu viru prostřednictvím pohlavního styku nebo sdílení jehel, jakmile se o své HIV pozitivitě dozvědí. Přístup k opiatové substituční terapii (OST) zlepšuje přístup k antiretrovirové léčbě a zvyšuje i míru jejího dodržování. Dostupnost OST rovněž zvyšuje úspěšnost léčby u injekčních uživatelů drog, kteří jsou HIV pozitivní a kteří jsou vedle HIV koinfikováni VHC. Z hlediska míry využití screeningu na HIV/VHC se rovněž osvědčuje realizace výměnných programů v místě provádění programů OST.

Modul věnovaný návaznosti další péče je zamýšlen jako zdroj dalších informací o nabídce testování v nízkoprahových zařízeních a má rovněž pomoci uživatelům drog při překonávání různých problémů, jimž často čelí při vyhledávání odborné péče. Je zde rovněž pojednáno o praktických krocích, které je možné učinit v zájmu lepší provázanosti péče a kontroly HIV/VHC u ohrožených a těžko dostupných populací.

Nízkoprahové programy se při plánování a implementaci integrovaných systémů testování na HIV/HCV nemají metodicky příliš čeho držet. Poskytovatelé se až příliš často zaměřují pouze na jednotlivé služby spíše než na celkové blaho klienta. Komplexnější pojetí představované integrovanou péčí nabízí pacientům kvalitnější a efektivnější služby, které lépe reagují na jejich potřeby.

**„Potřebujeme komplexní integrovaný přístup k poskytování služeb. Musíme bojovat s roztržitostí.“** Generální tajemník WHO, 2007





## Co se rozumí integrací?

Slovo „integrace“ pochází z latinského „integer“, což znamená „úplný“. Přídavné jméno „integrovaný“ označuje „organickou součást celku“ nebo „sjednocené části celku.“ Většinou se užívá k vyjádření procesu sdružení nebo sloučení prvků nebo složek, které předtím existovaly odděleně.

Různí lidé označují pojmem „integrace“ různé věci. Neexistuje ani žádná jednotící definice nebo obecně přijaté pojmové ukotvení integrované péče. Koncept integrované péče je výrazně formován hledisky a očekáváními různých uživatelů v rámci systému, což možnost jednotné definice komplikuje. Za zmínku však stojí, že všechny definice shodně akcentují ústřední roli potřeb populace a jednotlivců.

Uplatňované přístupy lze rozdělit do tří obecnějších kategorií:

- jednotlivé modely integrované péče,
- modely podmíněné specificky cílové skupiny a konkrétního onemocnění,
- populačně podmíněné modely.

## Co se rozumí integrovanou péčí?

Koncept integrované péče v sobě spojuje vstupy, realizaci, vedení a organizaci služeb souvisejících s diagnostikou, léčbou, péčí, následnou péčí a podporou zdraví. Integrace je zde způsobem zlepšování služeb z hlediska jejich dostupnosti, kvality a efektivity i spokojenosti uživatelů s jejich poskytováním.

Integrovaná péče je koordinovaná péče, jejímž středobodem je klient. Aby bylo možné hovořit o koordinované péči, organizace a pracovníci, kteří ji poskytují, musejí spojit dohromady různé prvky této péče, které pacienti či uživatelé služeb potřebují. Týká se to péče poskytované současně i postupně v různých fázích procesu péče tak, aby bylo reagováno na potřeby pacientů či uživatelů služeb a aby byl zajištěn co nejlepší výsledek a optimalizována jejich zkušenost s péčí.

V rámci integrované péče dochází ke spolupráci různých skupin podílejících se na péči o pacienty, takže z pohledu pacienta jsou služby poskytovány jednotným a koordinova-

ným způsobem. Stává se, že péči o danou osobu zajišťuje několik různých zdravotníků nebo sociálních pracovníků působících u různých poskytovatelů. V důsledku toho se pacienti mohou setkávat se zdravotní a sociální péčí, které je roztržitěná, těžko dostupná a májí se s jejich potřebami, případně s potřebami lidí, kteří o ně pečují.

Vyšší účinnost integrované péče v mnoha případech také pomáhá kontrolovat náklady. Stále častější volání po efektivnějším a účinnějším využívání omezených zdrojů prostřednictvím integrovaných modelů péče je také mimo jiné důsledkem nedostatku personálu, pokračující nákladové inflace a poptávky po službách.

### Pozitiva integrované péče

- lepší zkušenosti pacientů,
- lepší výsledky,
- lepší dodržování režimu léčby,
- lepší kvalita života,
- lepší efektivita.

### Špatně integrovaná péče

- dublování a současně mezery v péči a infrastruktuře,
- nedostatečné a současně nadměrné využívání zdrojů,
- chyby v léčbě a nežádoucí účinky,
- problémy s dostupností a špatná návaznost péče,
- nedostatečná reakce na potřeby v oblasti zdravotní péče.

Z hlediska zlepšení situace osob využívajících služby nízkoprahových programů je realizace integrované péče zásadní. Pro pacienty z řad injekčních uživatelů drog je nejefektivnější a nejatraktivnější taková léčebná péče, která je snadno dostupná, dobrovolná, ničím nepodmíněná, bezplatná a nepojí se s žádnými právními důsledky, zaměřuje se na individuální potřeby a různé služby v oblasti minimalizace rizik a léčby jsou k dispozici na jednom místě (výměnné programy, opiátová substituční terapie, anti-retrovirová léčba, léčba VHC apod.). Nejvyšší úspěšnost z hlediska míry návaznosti další péče byla zaznamenána na pracovištích, kde se na jednom místě poskytuje testování, léčba a další péče.

Tento model kombinující provedení testu s následnou léčbou (test-and-treat) eliminuje potřebu poslat pacienta k externímu poskytovateli péče, pakliže to z různých důvodů není vhodné. Ve spolupráci se zdravotnickými orgány a dalšími poskytovateli služeb mají komunitní zdravotní střediska optimální postavení, aby mohla hrát stěžejní roli v rozšiřování přístupu k doporučenému testování, léčbě a další péči o uživatele drog.

## Klíčové informace

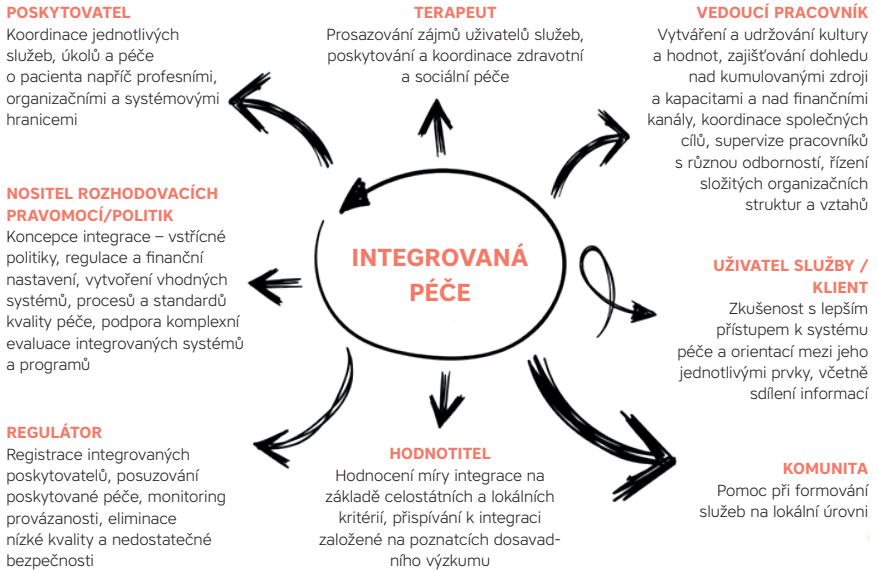
- TESTOVÁNÍ + DIAGNOSTIKA + LÉČBA + PÉČE + NÁSLEDNÁ PÉČE + PODPORA ZDRAVÍ = LEPŠÍ DOSTUPNOST, KVALITA, SPOKOJENOST UŽIVATELŮ A ÚČINNOST
- INTEGRACE ZNAMENÁ ZLEPŠENÍ SLUŽEB, VČETNĚ PŘÍSTUPU K NIM, JEJICH KVALITY, SPOKOJENOSTI UŽIVATELŮ S TĚMITO SLUŽBAMI A JEJICH ÚČINNOSTI
- NEEEXISTUJE JEDEN UNIVERZÁLNÍ „RECEPT“ – INTEGROVANÁ ZDRAVOTNÍ PÉČE KOMBINUJE RŮZNÉ TERAPEUTICKÉ PŘÍSTUPY ZAJIŠŤUJÍCÍ VĚTŠÍ ROZMANITOST A EFEKTIVITU POMOCI JEDNOTLIVCŮM I SPOLEČNOSTI JAKO CELKU

Uživatelé drog, včetně injekčních, bývají ve většině společností marginalizováni a stigmatizováni a často u nich hrozí vyšší riziko nákazy HIV, hepatitidou a dalšími krví přenosnými infekcemi i jejich dalšího přenosu. Tyto populace jsou těžko dostupné a často mají nejmenší možnost přístupu ke službám v oblasti prevence, léčby a další péče zaměřené na HIV a současně u nich existuje nejmenší pravděpodobnost, že budou tyto služby využívat. Programy prevence HIV je proto potřeba koncipovat či nastavovat tak, aby efektivně cílily a reagovaly na konkrétní potřeby uživatelů drog, resp. každého pacienta, pro něhož je z důvodu jeho socioekonomické situace nebo životního stylu obtížné, aby si zajistil přístup k zdravotní péči, sám si léčbu aplikoval a pravidelně docházel na kontroly.

Vedle typu integrace mohou jednotlivé strategie usilující o zkvalitnění provázanosti služeb obecněji spojovat rozmanité cíle: u některých strategií je jejich hlavním cílem hlavně snížení nákladů, zatímco jiné se navíc zaměřují na kvalitu, dostupnost a spokojenost uživatelů. Integrovanou péči lze považovat za úspěšnou v případě, že přispívá k lepší zkušenosti s poskytovanou péčí, zlepšuje výsledek péče nebo zvyšuje nákladovou efektivitu poskytovaných služeb. Bez integrace probíhající na různých úrovních mohou doznat újmu všechny aspekty zajišťování zdravotní péče. Pacienty se nepodaří podchytit, potřebné služby se nepodaří zajistit nebo jsou poskytnuty s prodlevou, snižuje se kvalita a klesá spokojenost pacientů a současně se snižuje potenciál z hlediska nákladové efektivity.

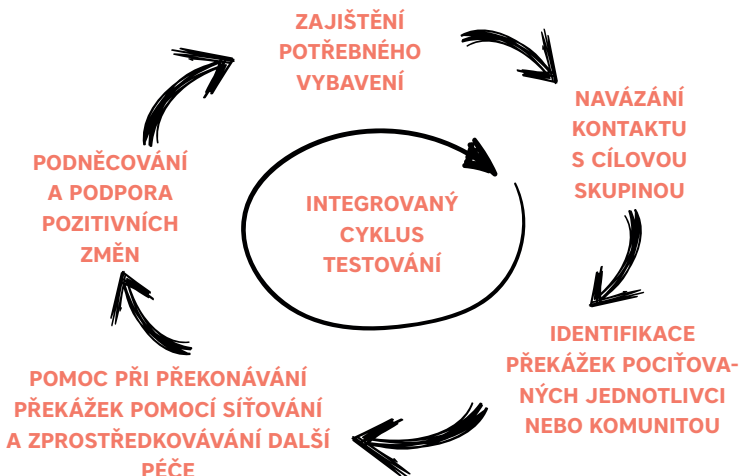
## Překážky provázanosti péče

1. Nízká kvalita potestového poradenství, včetně absence dostatku času na potestové poradenství.
2. Nedostatečná koordinace mezi testováním na HIV a další péčí.
3. Omezený přístup k zdravotnické péči.
4. Stigmatizace ze strany zdravotnických zařízení.
5. Neefektivní poskytování služeb.
6. Neadekvátní interakce mezi pacientem a poskytovatelem.
7. Neadekvátní podnětnost programů.



Úspěšné využívání testování s následným zprostředkováním další péče a prevence může být zhačeno množstvím faktorů. Patří sem faktory působící na úrovni pacienta (např. deprese, absence sociální a rodinné podpory a obavy z prozrazení problému), jakož i systémové nebo ekonomické faktory, např. stigma a diskriminace, geografická vzdálenost míst, která poskytují příslušnou péči, špatná dopravní obslužnost nebo cena dopravy a dlouhé čekací doby v zařízeních). Hepatitida typu C a HIV také neúměrně častěji postihují osoby s komorbidními psychiatrickými a adiktologickými problémy.

Služby zaměřené na hepatitidy a HIV, duševní zdraví a užívání návykových látek poskytují tradičně různí kliničtí pracovníci nebo jejich týmy, kteří často působí v odlišných zdravotnických zařízeních. Tato situace může přispívat k předčasnému ukončení léčby VHC/HIV, resp. k jejímu neúspěchu.



## Klíčové informace

- DŮSLEDNÉ PODCHYCENÍ PACIENTŮ S HIV/VHC SYSTÉMEM PÉČE IHLED PO PROVEDENÍ DIAGNOSTIKY I V DALŠÍ FÁZI MÁ ZÁSADNÍ VLIV Z HLEDISKA ÚSILÍ O ELIMINACI NOVÝCH PŘÍPADŮ NÁKAZY.
- HLAVNÍ PŘEKÁŽKY:
  - FINANČNÍ (ABSENCE POJIŠTĚNÍ NEBO NEDOSTATEČNÉ POJISTNÉ KRYTÍ, KOMPLIKUJÍCÍ EXISTENČNÍ PROBLÉMY, JÍDLO, BYDLENÍ),
  - SYSTÉMOVÉ (NEDOSTUPNOST NEBO NEVHODNÉ UMÍSTĚNÍ SLUŽEB, DLOUHÉ ČEKACÍ DOBY NA VYŠETŘENÍ, KONZULTACE APOD.),
  - ADMINISTRATIVNÍ, OSOBNÍ (STIGMA HIV, SEXUÁLNÍ IDENTITA, UŽÍVÁNÍ DROG, NEDOSTATEK DŮVĚRY KE ZDRAVOTNICKÉMU SYSTÉMU APOD.).

## Co lze udělat pro podporu integrované péče?

Integrovanou péči lze podpořit investováním do nástrojů potřebných k zajištění integrované péče a jejich uplatňováním. Existuje mnoho různých způsobů, jak mohou odborníci a poskytovatelé spolupracovat s komunitami, pacienty/klienty v zájmu podpory integrované péče. Tyto „nástroje“ integrované péče se zaměřují na způsob realizace klinické integrace a integrace služeb.

Při integraci péče se uplatňují různé přístupy, jimž je však společný jeden rys: všechny fáze poskytování péče jsou koncipovány s ohledem na nejlepší zájmy klienta. Hlavní strategií ke zlepšení přístupu je kumulace služeb na jednom místě a jejich bezplatné poskytování. Integrovaný model poskytování péče minimalizuje možnost stigmatizace na základě skutečnosti, že klient vyhledal určité služby.

V zájmu efektivní provázanosti péče je nutné vědět, kdo drogy užívá, jaké drogy to jsou, jaké formy rizikového chování s užíváním drog souvisejí (např. sdílení injekčního náčiní a zvýšená frekvence nechráněného sexu) a jaké kroky je nutné podniknout k tomu, aby se s uživateli drog podařilo navázat kontakt a zapojit je do aktivit zaměřených na prevenci HIV a do spolupráce s příslušnými službami.

Za touto obecnou definicí se zjevně „skrývá“ mnoho témat, a je proto užitečné nahlížet na „integraci“ z mnoha různých úhlů.

Pro uživatele znamená integrace bezproblémovou, hladkou a přehlednou zdravotní péči. Uživatelé chtějí koordinovanou službu, při níž je minimalizován jak počet různých fází v rámci jedné návštěvy, tak počet požadovaných jednotlivých návštěv zdravotnického zařízení. Chtějí, aby zdravotníci měli přehled o jejich celkovém zdravotním stavu (nikoli pouze o jednom klinickém aspektu) a aby zdravotničtí odborníci z různých úrovní systému mezi sebou dobře komunikovali. Stručně řečeno, klient chce kontinuitu péče.

Pro poskytovatele integrace znamená, že jednotlivé odborné služby (včetně systémů podpory jejich řízení) jsou zajišťovány, řízeny, financovány a evaluovány buď společně, nebo v těsné spolupráci.

Je rovněž důležité rozumět faktorům týkajícím se prevence, léčby a další péče v oblasti HIV, včetně aktuálně dostupných forem léčby, vědět, zda jsou služby uživatelsky vstřícné (tj. vhodné, akceptovatelné a finančně i prakticky dostupné pro uživatele drog), a znát politiky a regulační kontext, v němž dochází k užívání drog a přenosu HIV a v němž jsou realizovány jednotlivé intervence.

**NÁVAZNOST NA DALŠÍ PÉČI SE DOPORUČUJE ZAKOTVIT V DOHODĚ, KTEROU PODEPÍŠÍ VŠECHNY ZÚČASTNĚNÉ ORGANIZACE. TENTO DOKUMENT BY MĚL JEDNOZNAČNĚ STANOVIT, JAKÉ SLUŽBY JEDNOTLIVÉ ORGANIZACE POSKYTNOU KLIENTŮM, KTERÍ K NIM BUDOU POSLÁNI.**

**TOTO UJEDNÁNÍ MŮŽE ROVNĚŽ OBSAHOVAT INFORMACE O POŽADAVCÍCH NA MODERNIZACI SLUŽEB, O OSOBÁCH ZODPOVĚDNÝCH ZA ŘEŠENÍ PŘÍPADNÝCH PROBLÉMŮ A O PRŮMĚRNÉ ČEKACÍ DOBĚ, S NÍŽ MUSÍ KLIENT PO PŘÍJEZDU POČÍTAT (UŽIVATELÉ DROG MOC DLOUHO ČEKAT NEBUDOU, PROTO JE OPTIMÁLNÍ INFORMOVAT DANOU OSOBU O PŘEDPOKLÁDANÉ DOBĚ ČEKÁNÍ, ABY SE ZAŘÍDILA S OHLEDEM NA MOŽNÝ VÝSKYT ABSTINENČNÍCH PŘÍZNAKŮ).**

## 1. Komplexní služby v rámci kontinua péče

Emoční, sociální, fyzické a spirituální potřeby injekčních uživatelů drog a jejich rodinných příslušníků se časem mění. Často se musejí vypořádat s následky stigmatizace a diskriminace, chudoby, ztráty, zanedbanosti a opuštěnosti. Integrovanou péči lze vnímat jako reakci na fragmentovanou realizaci zdravotních a sociálních služeb. Tato roztržitost poskytované péče začíná být v mnoha zdravotnických systémech označována jako problém. Cílem kontinua péče je řešit užívání nelegálních drog jako chronické onemocnění a vybudovat systémy, které uživatelům drog a jejich rodinám poskytnou humánní, efektivní, kvalitní, komplexní a průběžnou péči. Při implementaci testovacího programu je zásadní vytvořit úzkou spolupráci a systém předávání pacientů/klientů mezi jednotlivými klinickými pracovišti poskytujícími diagnostiku, léčbu a další péči v oblasti HIV, VHC a TBC i jinými službami, kde se případně nabízí testování nebo poradenství.

## 2. Zaměření na pacienta/klienta

Systém integrovaného poskytování péče by měl spíše reagovat na potřeby pacientů než na potřeby poskytovatelů. Organizace, v nichž pacient není středobodem jejich integračních snah, budou jen stěží úspěšné. Poskytování zdravotní péče, sociálních služeb a související podpory (např. bydlení) těmto osobám ve správnou dobu a na správném místě může přinášet mnohé výzvy. Mezi nejčastější problémy patří komplikace při realizaci analýzy potřeb, sestavování komplexního balíku služeb, koordinaci většího množství poskytovatelů a služeb, zajišťování kontinuity, monitorování zdravotního a funkčního stavu, řešení krize, podpora pečovatele z řad rodinných příslušníků a provádění všech těchto zásadních aktivit v kontextu omezených finančních prostředků a dalších zdrojů.

## Proč se ptát pacienta/klienta?

- Pacienti/klienti jsou svědky a účastníci integrace.
- Pacienti/klienti jsou někdy jediným spojovacím článkem mezi poskytovateli / sektory / specializacemi.
- Pacienti/klienti jsou zdrojem informací, jejichž pomocí je možné stanovit výchozí hodnoty, na jejichž základě lze následně měřit dosahované změny.
- Zkušenosti pacientů/klientů se vztahují k mnohým, byť ne všem aspektům integrované péče.

Spolupráce s pacientem/klientem na přijímání rozhodnutí o poskytované péči a podpora umožňující pacientům/klientům pečovat o sebe sama – „žádné rozhodnutí o mně beze mě“.

## 3. Geografické pokrytí

Podobně skýtají integrované služby příležitost pro individuálně zaměřenou prevenci, léčbu a další péči určenou injekčním uživatelům drog s komplexními zdravotními a sociálními potřebami. Takové služby rovněž přispívají k lepší komunikaci a multidisciplinárnímu zaměření péče a častěji vedou k jejímu zefektivnění a větší rentabilitě. Kdykoli to tedy bude možné, programy by se měly ubírat cestou zajišťování integrované péče pro injekční uživatele drog, jež bude zohledňovat zpětnou vazbu ze strany této cílové skupiny a rozvíjet důvěru v prostředí, kde je taková péče poskytována, jakož i v její poskytovatele. Pokud to možné není, je potřeba vybudovat a udržovat silné vazby mezi zdravotními a sociálními službami, které s injekčními uživateli drog pracují.

## 4. Standardizované poskytování péče

U injekčních uživatelů drog se běžně vyskytují různé komorbidity, často v souvislosti s jejich marginalizací a deprivací. Vysoká je mezi injekčními uživateli drog míra výskytu TBC, HIV, virových hepatitid a dalších infekčních chorob, jakož i duševních poruch. Pokud klient není připraven na vyhledání lékařské péče, cílem z hlediska podchycení takového klienta se stává jeho „co největší přiblížení k lékařské péči“ na základě zprostředkování kontaktu na:

- case managera na pracovišti, které je součástí systémů zdravotní péče nebo
- case managera na pracovišti, které není součástí systémů zdravotní péče.

## 5. Informační systém

Informační technologie, které podporují provázanost, zejména pomocí elektronické zdravotní dokumentace a využívání systémů podpory klinických rozhodnutí, jakož i pomocí možnosti identifikovat a zaměřit se na „rizikové“ pacienty/klienty.

## 6. Vedení

Mohou rovněž existovat postupy, které HIV pozitivním uživatelům drog znemožňují přístup k péči. Pro osoby zodpovědné za plánování programů bude důležité, aby měly povědomí o stávající legislativě a o tom, které chování tyto zákony kriminalizují (např. přechovávání drog, užívání drog apod.). Na základě znalosti příslušné politiky a právního prostředí budou tyto osoby schopny lépe vnímat potenciální překážky stojící v cestě

implementaci a využití služeb. Efektivní vedení na všech úrovních zaměřené na trvalé zvyšování kvality je nezbytnou podmínkou.

## 7. Finanční řízení

Operativní zajištění léčby a další péče v návaznosti na pozitivní diagnózu HIV/VHC má zlepšit efektivitu programu, přispět k rychlejšímu zahájení léčby, resp. zkrácení intervalu mezi stanovením diagnózy a zahájením léčby, a potenciálně tak snížit náklady vynaložené na kontinuum péče.

Mezinárodní rámec pro vyhodnocování integrované péče umožňuje:

- lepší koordinaci v rámci týmů pracovníků zajišťujících péči,
- lepší koordinaci napříč jednotlivými týmy pracovníků zajišťujících péči,
- lepší koordinaci mezi jednotlivými týmy pracovníků zajišťujících péči a komunitními kapacitami,
- průběžnou obezránost se situací a stavem klienta,
- průběžnou realizaci proaktivních a operativní kroků mezi jednotlivými návštěvami.

## DALŠÍ DOPORUČENÉ ZDROJE INFORMACÍ:

1. Accessibility and integration of HIV, TB and harm reduction services for people who inject drugs in Portugal, World Health Organization 2012
2. Kodner D. L., Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *International Journal of Integrated Care*. 2002;2:e12
3. <https://www.gov.uk/guidance/enabling-integrated-care-in-the-nhs>

## Zdroje informací v češtině

1. Prevence a kontrola infekčních nemocí u injekčních uživatelů drog. Metodický pokyn ECDC A EMCDDA. <https://www.drogy-info.cz/publikace/navykove-latky/metodika/prevence-a-kontrola-infekcnich-nemoci-u-injekcnich-uzivatelu-drog/>
2. Prevence a kontrola infekčních nemocí u injekčních uživatelů drog. Metodický pokyn ECDC A EMCDDA. Stručný souhrn. Zaostřeno 2/2012. <https://www.drogy-info.cz/publikace/zaostreno-na-drogy/2012-zaostreno-na-drogy/02-12-prevence-a-kontrola-infekcnich-nemoci-u-injekcnich-uzivatelu-drog/>





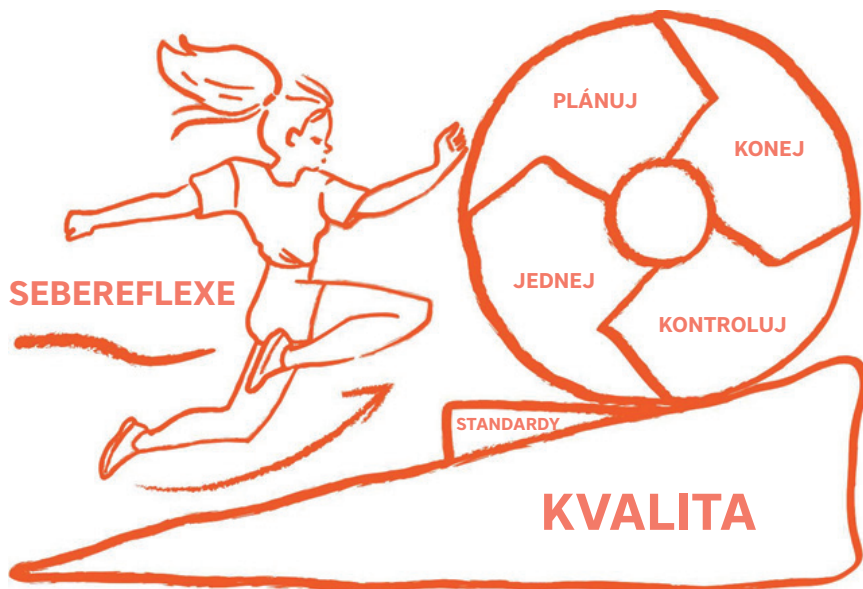
# Kapitola 7

## Zvyšování kvality

### V čem spočívá zvyšování kvality?

Zvyšování kvality je důležitou součástí práce každé organizace, zejména pak těch, které poskytují služby, jež mohou lidem zachránit život. Práce, kterou vykonáváme, a služby, které poskytujeme, musí nejen adekvátně odpovídat aktuální situaci, ale musí být také maximálně efektivní. Díky procesu zvyšování kvality máme možnost hlouběji nahlédnout do podstaty projektu, provést analýzu jeho silných i slabých stránek a zjišťovat, kde existuje prostor pro možná zlepšení. V rámci zvyšování kvality jsme schopni lépe rozpoznat a popsat, co dobře funguje a proč, a stavět tak na stávajících úspěších a dále je rozvíjet.

Za účelem zajišťování kvality projektů/programů a hledání řešení při jejím zvyšování bylo vytvořeno mnoho různých nástrojů. Podklady k aplikaci těchto nástrojů, která je obecně snadná, můžete najít na webu. Užití některého nebo i všech těchto nástrojů je zcela zdarma a přitom má značný přínos. Slouží k vyhodnocení a monitoringu práce, kterou vykonáváte, a podněcuje relevantní aktéry k aktivní účasti.



### Účel nástrojů ke zvyšování kvality

Účel nástrojů ke zvyšování kvality závisí na čase, který jste se této otázce rozhodli věnovat.

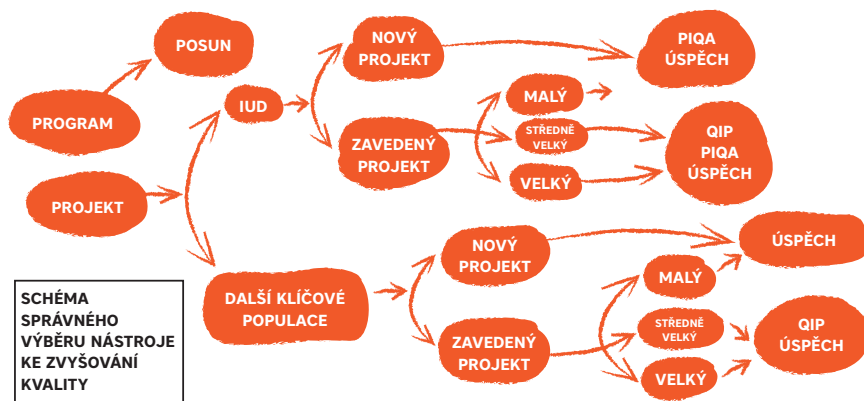
Nástroje ke zvyšování kvality lze využít v rámci plánování projektu nebo během jeho implementace. Na konci projektu může nástroj ke zvyšování kvality posloužit k monitoro-

vání a evaluaci, k posouzení oblastí, které se osvědčily, a identifikování těch, které bude dobré při realizaci budoucích projektů věci dále zlepšovat.

## Jaký nástroj použít?

Existuje množství nástrojů ke zvyšování kvality, z nichž některé se přímo vztahují k aktivitám v oblasti podpory zdraví. Výstupem projektu Quality Action realizovaného v rámci tzv. společných akcí EU je soubor pěti praktických nástrojů adaptovaných, resp. vytvořených pro účely prevence HIV tak, aby odpovídaly potřebám širokého spektra projektů a programů. Vycházejí z vědeckých poznatků, praktických zkušeností a rad odborníků. Všech pět nástrojů klade důraz na sebereflexi a aktivní účast jako nezbytné předpoklady vytváření kultury zvyšování kvality. Nástroje jako takové jsou doplněny o další metodické materiály určené ke správnému výběru vhodného nástroje (Tool Selection Guide) a vedení workshopů (Workshop Facilitation Guide) i o další informační a výukové materiály, včetně e-learningových alternativ.

Kritéria k výběru a tvorbě nástrojů v rámci projektu Quality Action:



Nástroj PIQA byl zpracován zejména pro účely aktivit v oblasti podpory zdraví cílených na uživatele drog a lze jej využít i v rámci projektů určených k prevenci HIV, pohlavně přenosných infekcí, hepatitid, TBC a dalších typů nálezů, které se u (injekčních) uživatelů drog často vyskytují. Lze jej také využít při realizaci jiných projektů zaměřených na podporu zdraví u (injekčních) uživatelů drog a při zajišťování kvality aspektů podpory zdraví u jiných projektů, jejichž cílovou skupinou jsou (injekční) uživatelé drog. Nástroj PIQA může také posloužit všem, kdo zodpovídají za implementaci projektu, koordinátorům projektu a zástupcům cílové skupiny, kteří jsou o projektu informováni.

PIQA je sebezposuzovací nástroj. Optimální využití skýtá v situacích, kdy se na vyhodnocovacím procesu podílí široké spektrum aktérů, včetně projektového týmu, cílové skupiny a dalších zainteresovaných stran projektu.

Nástroj obsahuje úvod se základními informacemi o způsobu jeho použití a soubory otázek týkajících se sedmi důležitých oblastí, jež jsou prokazatelně relevantní z hlediska úspěšnosti aktivit zaměřených na podporu zdraví. Respondenti hodnotí, do jaké míry

se v rámci projektu podařilo splnit požadavky související s těmito oblastmi. V závislosti na dosaženém skóre můžete výsledek projektu v konkrétní oblasti považovat za dobrý, průměrný nebo slabý a v návaznosti na to zvážit možná opatření k nápravě.

Tento nástroj byl vytvořen v těsné spolupráci s Evropským monitorovacím centrem pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA) se zvláštním zřetelem na podporu zdraví a prevenci u injekčních uživatelů drog.

## DALŠÍ DOPORUČENÉ ZDROJE INFORMACÍ:

<http://www.qualityaction.eu>

### 9 DŮVODŮ, PROČ SE ZAPOJIT DO PROJEKTU QUALITY ACTION:

1. ZJISTÍTE, CO DĚLÁTE DOBŘE.
2. DOZVÍTE SE KDY, JAK A PROČ SE VÁM DAŘÍ NEBO PŘÍPADNĚ NEDAŘÍ.
3. ZÍSKÁTE NOVÉ PODNĚTY, JAK ZLEPŠIT SVOU DOSAVADNÍ PRÁCI.
4. DOSÁHNETE AKTIVNĚJŠÍ ÚČASTI RELEVANTNÍCH AKTÉRŮ A LÉPE ZÚROČÍTE JEJICH PŘÍNOS.
5. ZÍSKÁTE PROSTOR A ČAS K ZAMYŠLENÍ NAD SVOU DOSAVADNÍ PRACÍ A K DALŠÍMU BUDOVÁNÍ SVÉHO TÝMU A SYSTÉMU VNITŘNÍ KOMUNIKACE.
6. ZVÝŠÍTE SPOKOJENOST SVÝCH KOLEGŮ/ZAMĚSTNANCŮ S PRACÍ, KTEROU VYKONÁVAJÍ.
7. SHROMÁŽDÍTE RŮZNÉ TYPY VÝZKUMEM OVĚŘENÝCH INFORMACÍ, O NĚŽ BUDETE MOCI OPŘÍT REALIZACI SVÝCH INTERVENCÍ V OBLASTI PREVENCE HIV.
8. ZJEDNODUŠÍTE A ZEFEKTIVNÍTE PLÁNOVÁNÍ, IMPLEMENTACI, MONITORING A EVALUACI SVÝCH PROJEKTŮ A PROGRAMŮ.
9. NAVÁŽETE KONTAKT S DALŠÍMI EVROPSKÝMI ORGANIZACEMI A PŘÍSPĚJETE K ZVÝŠENÍ EFEKTIVITY PREVENCE HIV.



# Příloha

## Přehled úkonů před provedením testu a po provedení testu

Cílem následujícího přehledu je připomenout pracovníkovi úkony, které je potřeba provést, a informace, které je potřeba sdělit.

### Před testem

- Byl(a) jste někdy testován(a) na HIV nebo VHC? (Pokud ANO, zeptejte se, kdy a s jakým výsledkem.)
- Klientky by měly být dotázány na možné těhotenství.
- Přínosy testování na HIV/VHC.
- Způsob provedení nabízeného (rychlo)testu.
- Význam pozitivního výsledku, negativního výsledku, validita výsledků.
- Sérologické okno (tři měsíce).
- Služby dostupné v případě pozitivního výsledku testu na HIV nebo VHC.
- Důvěrná povaha výsledků testu a jakýchkoli informací poskytnutých klientem.
- Právo klienta odmítnout test, aniž toto rozhodnutí nějak ovlivní jeho přístup k lékařské péči.
- Doporučení provedení testu také u partnerky/partnera.
- Možnost klást otázky.

### Po testu při negativním výsledku

- Informování klienta o výsledcích testu a jejich vysvětlení.
- Ověření možného vlivu sérologického okna a následné expozice (opakování testu k vyloučení sérologického okna se doporučuje pouze u osob uvádějících riziko expozice aktuálně nebo v nedávné minulosti).

Klientovi bylo doporučeno opakovat test:

- NE
- ANO – datum opakování testu: \_ / \_ / \_ \_
- Klientovi bylo doporučeno absolvovat další preventivní test po šesti měsících (*injekční uživatelé drog by se vzhledem ke své rizikovosti měli nechávat testovat každého půl roku*).
- Stručný popis možností prevence rizikového chování.

## Po testu při pozitivním výsledku

- Ověření výsledku před jeho sdělením klientovi.
- Pozor, reaktivní výsledek rychlého testu ještě neznamená, že klient byl infikován! Výsledky rychlého testu je potřeba ověřit. I v případě pozitivního laboratorního testu HIV je potřeba výsledek potvrdit.
- Proveďte úkony směřující k potvrzení výsledku spolu se spolupracujícím specialistou či laboratoří.

V případě potvrzeného pozitivního výsledku:

- Posouzení připravenosti klienta na seznámení se s výsledkem.
- Sdělení výsledku a vysvětlení jeho významu.
- Poskytnutí základních informací o dalším postupu a možnostech podpory.
- Posouzení schopností klienta vyrovnat se s výsledkem.
- Probrání způsobů, jak sdělit výsledek partnerce/partnerovi (komu, co, kdy a proč; *použit strukturovaný formulář určený k řešení problémů*).
- Dohlédnutí na klientův bezpečný návrat domů.
- Zprostředkování další péče:
  - NE
  - ANO

Pokud ANO, je potřeba získat podepsaný souhlas se zpřístupněním informací.

Specifikace zprostředkované péče: \_\_\_\_\_

- Popis možností prevence rizikového chování

# Jak motivovat klienty nízkoprahových služeb k testování infekčních chorob?

Výstupy z workshopu Národní seminář na téma testování a poradenství v oblasti infekčních onemocnění pořádaném NMS dne 8.10.2018 v Lichtenštejnském paláci v Praze.

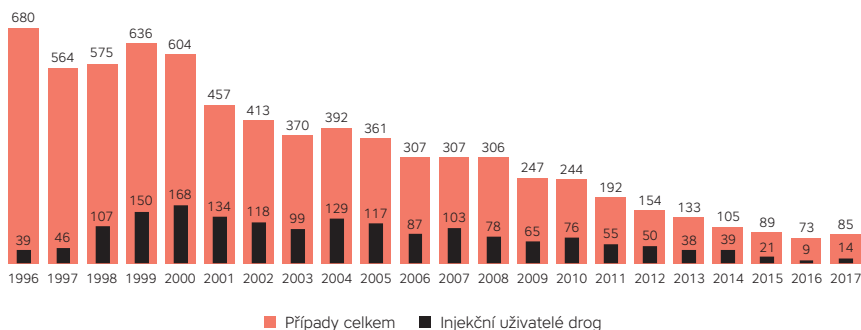
- Klienti sami projevují zájem o testování v případě proběhlého rizikového chování po události, kdy mohlo dojít k nákaze, nebo se domnívají, že mohlo dojít k nákaze.
- Je třeba, aby pracovník vyvinul dostatečnou aktivitu směrem ke klientům a testování nabízel.
- Rozhovor lze uvést otázkou na poslední absolvovaný test, výskyt infekcí v dané lokalitě či v ČR (zejména VHC). Nejčastěji k rozhovoru dochází při výměně injekčního materiálu, v rámci kontaktní místnosti či při zdravotním ošetření. Také je možné hovor navázat na distribuované tištěné materiály (letáky, komiks, časopis) a informační nástěnky.
- Při komunikaci lze využít prvky motivačních rozhovorů, je třeba zajistit klientovi soukromí, s klientem mluví jeden pracovník. Pracovník by se měl vyjadřovat srozumitelně, dodávat klientovi podporu.
- Klienti mohou mít strach z provedení testu (vpich do prstu), mohou potřebovat více času pro navázání důvěry ve službu. Může se objevovat také nedůvěra k výsledku testu, kdy klient podstupuje stejné testy ve více zařízeních, aby si výsledek ověřil.
- Zásadní pro rozhodnutí klienta je dostatek informací, pracovník by měl postupně klientovi vysvětlit: novou dostupnou léčbu VHC přímo působícími antiviroty (jedná se o tablety, odpadá léčba injekcemi do podkoží v oblasti břicha, léčba je nyní již krátkodobá, většinou 8-12 týdnů), neprovádí se jaterní biopsie (odběr jaterní tkáně jehlou), ale vyšetření jater je podobné ultrazvukovému vyšetření a je bezbolestné. Léčba je dostupná i pro aktivní uživatele drog, podmínkou pro zahájení léčby je dobrá spolupráce s lékařem.
- Nabídka služeb testování může být prezentována jako bonus nebo také jako naprostý standard pro daný program („*když bereš drogy, tak chodíš jednou za půl roku na testy*“).
- Motivaci lze zvýšit pobídkami (incentivy) za absolvování testu: potraviny, sladkosti, hygienické potřeby (např. zubní kartáček), jiný hůře dostupný harm reduction materiál nebo materiál navíc, stravenky, nocleženky, atd.

## Doporučení NMS pro provádění testů na virovou hepatitidu typu B (VHB)

V r. 2001 bylo zavedeno pravidelné (celoplošné povinné) očkování všech narozených a 12letých v ČR. Díky tomu počet nových případů VHB v obecné populaci i v populaci uživatelů drog každoročně klesá (viz. graf níže). Plošnou imunizací by měli být chráněni všichni občané ČR narození v r. 1989 a později. Z průzkumu o testování v nízkopraho-



vých programech (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2018) vyplývá, že v roce 2017 bylo u těchto osob provedeno 1113 testů.



#### Hlášená incidence akutní VHB celkem a u injekčních uživatelů drog v l. 1996–2017

Zdroj: Státní zdravotní ústav Praha (2018)

Vzhledem k zavedené imunizaci a nízké incidenci doporučujeme testování na VHB v programech pro uživatele drog nenabízet osobám narozeným v r. 1989 a později, pokud nejeví známky infekce VHB.

Provedení testu je účelné u osob věkově starších, u osob, které podle vlastního sdělení nepodstoupily imunizaci, u osob, které se nacházely ve zvýšeném riziku nákazy (např. sdílení jehly s osobou infikovanou VHB) a nejsou si jisté, zda byly očkovány, či u osob, které přicházejí do ČR ze zemí s vysokým výskytem VHB.

Každému uživateli drog by mělo být doporučeno (popř. zprostředkováno) očkování na VHB (a VHA) (Blystad and Wiessing, 2010).

BLYSTAD, H. & WIESSING, L. 2010. *Guidance on Provider-initiated Voluntary Medical Examination, Testing and Counselling for Infectious Diseases in Injecting Drug Users*, Lisbon, EMCDDA.

NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI 2018. Výsledky monitorování testování infekčních nemocí v nízkoprahových zařízeních v r. 2017. Nepublikováno.

STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV PRAHA 2018. Virové hepatitidy 1996-2017 (EPIDAT) – analýza pro účely VZ 2017. Nepublikováno.

## Seznam pracovišť navržených ČHS ČLS JEP a SIL ČLS JEP jako pracoviště pro léčbu VHC bezinterferonovými režimy

### 1. IKEM, Klinika hepatogastroenterologie

Vídeňská 1958/9, 14021 Praha 4

MUDr. J. Šperl, CSc.

jan.sperl@ikem.cz Telefon: 261364003

sona.frankova@ikem.cz Telefon: 261362624

jana.kovacova@ikem.cz Telefon: 261362696

## 2. ÚVN Praha, Interní klinika 1. LF a ÚVN Praha

U Vojenské Nemocnice 1200, 16902 Praha 2  
prof. MUDr. P. Urbánek, CSc.  
petr.urbaneck@uvn.cz  
Telefon do poradny: 973203128

## 3. IV. interní klinika 1. LF UK a VFN Praha

U nemocnice 2, 128 00 Praha 2  
doc. MUDr. R. Brůha, CSc.  
bruha@cesnet.cz  
Telefon do poradny: 224962465

## 4. REMEDIS s.r.o.

Vladimírova 10, 140 00 Praha 4  
MUDr. V. Řehák  
ordinace@remedis.cz Tel: 226 216 200 Fax: 226 216 203 Mobil: 724 260 023

## 5. FN Plzeň, 1. interní klinika

Alej Svobody 80, 304 60 Plzeň Lochotín  
MUDr. V. Hejda  
hejdav@fnplzen.cz Mobil: 724590481

## 6. FN Olomouc, 2. interní klinika gastro-enterologická a hepatologická

MUDr. K. Aiglová, CSc.  
aiglovi@volny.cz Tel: 588443280, 588445301

## 7. Hepato-gastroenterologie HK s.r.o.

Třída Edvarda Beneše 1549, 500 12 Hradec Králové  
MUDr. M. Volfová, CSc.  
miroslava.volfova@hepato-gastro.com  
Tel: 495 218 475

## 8. CKTCH, transplantační oddělení

Pekařská 53, 656 91 Brno  
MUDr. Libuše Husová, Ph.D.  
libuse.husova@cktch.cz Tel. 543182512  
vladimir.mejzlik@cktch.cz Tel. 543182544

## **9. Pardubická Krajská nemocnice, Infekční oddělení**

prim. MUDr. Pavel Němec  
Kyjevská 44, 532 03 Pardubice  
Tel: 466 014 605

## **10. Krajská nemocnice Liberec, a.s., infekční oddělení**

Vzdušná 1360/6, 460 01 Liberec 1  
Tel. ambulance:+420 485 312 293  
Tel. poradna pro virové hepatitidy (středa 8-15 hod.): +420 485 312 297

## **11. Sdružení lékařů pro interní a infekční nemoci (ambulance)**

MUDr. P. Dlouhý  
V Jirchářích 62/2, 400 01 Ústí nad Labem  
Tel: 475220838  
Krajská zdravotní, a.s. – Masarykova nemocnice Ústí nad Labem, o.z., Infekční oddělení  
Sociální péče 3316 /12A, 401 13 Ústí nad Labem  
MUDr. P. Dlouhý  
Tel: 477 112 621

## **12. Slezská nemocnice v Opavě, Infekční oddělení**

Olomoucká 86, Opava  
prim. MUDr. P. Kůmpel  
petr.kumpel@snopava.cz  
Tel. ambulance: 553 766 353

## **13. FN Brno-Bohunice, Klinika infekčních chorob**

Jihlavská 20, 602 00 Brno  
prof. MUDr. P. Husa, CSc.  
Tel. ambulance: 532 232 267

## **14. FN Motol Praha, Infekční oddělení**

V Úvalu 84, 150 06 Praha  
MUDr. Martin Tulach  
Tel. ambulance: 224 436 930

## 15. FN Hradec Králové, Klinika infekčních nemocí

Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové

doc. MUDr. Plíšek, Ph.D.

stanislav.plisek@fnhk.cz

Tel. hepatální poradna: 495 832 329

## 16. FN Ostrava, Klinika infekčního lékařství

17. listopadu 1790, 708 52 Ostrava-Poruba

doc. MUDr. Rožnovský, CSc.

Tel. hepatologická ambulance: 597 374 278

## 17. Nemocnice České Budějovice a.s., Infekční oddělení

B. Němcové 585/54, 370 01 České Budějovice

prim. MUDr. Chmelík

Tel. 387 874 601, e-mail: infekcni@nemcb.cz

## 18. Nemocnice na Bulovce, Infekční klinika

Budínova 2, Praha 8

MUDr. Hana Roháčová, Ph.D.

Tel: 266 08 2753 (2779)

## 19. Nemocnice Jihlava, infekční oddělení

Vrchlického 59, 586 33 Jihlava

prim. MUDr. Josef Škárek

Tel. ambulance: + 420 567 157 352

## Infekční kliniky a oddělení (dle stránek SIL ČLS JEP, [www.infekce.cz](http://www.infekce.cz))

- Brno-Bohunice:  
Klinika infekčních chorob Fakultní nemocnice Brno-Bohunice  
Klinika dětských infekčních nemocí Fakultní nemocnice Brno-Bohunice
- Břeclav: Infekční oddělení Nemocnice Břeclav
- České Budějovice: Infekční oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s.
- Havířov: Infekční oddělení Nemocnice s poliklinikou Havířov
- Havlíčkův Brod: Infekční oddělení Nemocnice Havlíčkův Brod
- Hradec Králové: Klinika infekčních nemocí Fakultní nemocnice Hradec Králové

- Hranice: Infekční oddělení Nemocnice Hranice a.s.
- Jihlava: Infekční oddělení Nemocnice Jihlava
- Karlovy Vary: Infekční oddělení Karlovarské krajské nemocnice a.s.
- Kyjov: Infekční oddělení Nemocnice Kyjov
- Liberec: Infekční oddělení Krajské nemocnice Liberec, a.s.
- Mělník: Infekční oddělení Nemocnice Mělník
- Náchod: Infekční ambulance Oblastní nemocnice Náchod
- Nové Město na Moravě: Infekční oddělení Nemocnice Nové Město na Moravě
- Opava: Infekční oddělení Slezské nemocnice v Opavě
- Ostrava: Klinika infekčního lékařství Fakultní nemocnice Ostrava
- Pardubice: Infekční oddělení Krajské pardubické nemocnice, a.s.
- Písek: Infekční ambulance Nemocnice Písek, a.s.
- Plzeň: Infekční klinika Fakultní nemocnice Plzeň
- Praha-Bulovka:  
Klinika infekčních, parazitárních a tropických nemocí Nemocnice Na Bulovce, Praha  
Klinika infekčních nemocí 2.LF UK a Nemocnice Na Bulovce, Praha  
Klinika infekčních, parazitárních a tropických nemocí 3. LF UK a Nemocnice Na Bulovce, Praha  
Klinika infekčních a tropických nemocí 1. LF UK a Nemocnice Na Bulovce, Praha
- Praha-Motol: Infekční oddělení Fakultní nemocnice Motol, Praha
- Praha-Krč: Infekční oddělení Thomayerovy nemocnice s poliklinikou, Praha
- Praha-Střešovice: Klinika infekčních nemocí 1. LF UK a Ústřední vojenské nemocnice - Vojenské fakultní nemocnice, Praha
- Prostějov: Infekční oddělení Nemocnice Prostějov
- Příbram: Infekční oddělení součástí Oddělení interních oborů Oblastní nemocnice Příbram, a.s.
- Tábor: Infekční oddělení Nemocnice Tábor, a.s.
- Třebíč: Infekční oddělení Nemocnice Třebíč
- Uherské Hradiště: Infekční oddělení Uherskohradištské nemocnice, a.s.
- Ústí nad Labem: Infekční oddělení Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem
- Vsetín: Izolační pokoje v rámci Interního spojeného lůžkového fondu Nemocnice Vsetín
- Zlín: Infekční ambulance Krajské nemocnice T. Bati a.s., Zlín
- Znojmo: Infekční oddělení Nemocnice Znojmo

## Centra pro léčbu infekce HIV

- AIDS centrum Nemocnice Na Bulovce, Infekční klinika, Budínova 2, Praha 8, 180 81, tel. 266082629, 266082628, 266082715
- AIDS centrum Ústřední vojenské nemocnice, Klinika infekčních nemocí, U Vojenské nemocnice 1200, Praha 6, 169 02, tel. 973208255
- AIDS centrum České Budějovice, infekční oddělení nemocnice, B. Němcové 54, České Budějovice, 370 01, tel. 387874642
- AIDS centrum Plzeň, Infekční klinika FN, Dr. Beneše 13, Plzeň, 305 99, tel. 377402546, 377402264
- AIDS centrum Ústí nad Labem, Infekční oddělení Masarykovy nemocnice, Ústí n/L, 401 13, tel. 472770270
- AIDS centrum Hradec Králové, Infekční klinika FN, H. Králové, 500 05, tel. 495832220, 495833773
- AIDS centrum Brno, Infekční klinika FN Bohunice, Jihlavská 20, Brno, 639 00, tel. 547192276, 547192265
- AIDS centrum Ostrava, Infekční klinika FN sP, 17. listopadu 1790, Ostrava-Poruba, 708 52, tel. 596984253, 596984254









# Testování na HIV a VHC v nízkoprahových službách pro uživatelé drog

## Metodická příručka

- › Tato metodická příručka byla zpracována v rámci programu HA-REACT zaměřeného na řešení problematiky HIV, virových hepatitid a tuberkulózy u injekčních uživatelů drog v Evropě, který financuje EU.
- › Příručka má být pracovním nízkoprahových programů zdrojem vědomostí, dovedností a technik potřebných při testování uživatelů drog na HIV a VHC a zprostředkování další nutné péče pro tuto cílovou skupinu.
- › Publikaci čtenářům přináší Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, které je pracovištěm Úřadu vlády České republiky. Plné znění této publikace, dříve vydané publikace a informace o připravovaných publikacích najdete na webových stránkách <http://www.drogy-info.cz> v sekci Publikace.
- › Distribuci zajišťuje vydavatel.

Vydal Úřad vlády České republiky  
nábřeží Edvarda Beneše 4, 118 01 Praha 1  
[www.vlada.cz](http://www.vlada.cz)

**Neprodejné**

ISBN 978-80-7440-221-0



9 788074 402210