

**Eliminace VHC mezi uživateli drog v ČR – cyklus seminářů podzim 2019**  
Zápisy z jednotlivých seminářů

**Obsah**

BRNO 24. 9. 2019 .....	2
PRAHA 26. 9. 2019.....	4
OSTRAVA 10. 10. 2019.....	6
HRADEC KRÁLOVÉ 24. 10. 2019.....	7
ČESKÉ BUDĚJOVICE 12. 11. 2019.....	8
PLZEŇ 20. 11. 2019.....	10

## BRNO 24. 9. 2019

Účast: cca 30 osob

Adiktologická centra: Společnost Podané ruce o.p.s., Charita Jihlava, Charita Kyjov, Kontaktní centrum DROM,

Klinická pracoviště: REMEDIS s.r.o., KICH FN Brno

Přednášející lékař: MUDr. Petr Husa ml.

- Nízkoprahové adiktologické služby - terénní programy a kontaktní centra (TP a KC) sdílely, jak mají nastaveno testování a následnou práci s klientem s reaktivním či pozitivním výsledkem v rámci svých služeb.

- Některé TP a KC identifikovaly jako slabé místo navázání klientů ke spolupráci s klinickým pracovištěm, klienti téměř nevyužívají možnosti asistence. Výhodu mají centra, která mají ambulanci v docházkové vzdálenosti. V některých TP a KC není klienty příliš využíváno testování nebo nebývá příliš pozitivních výsledků.

- Byla rozebírána charakteristika cílové skupiny TP a KC, léčba HCV nebývá mezi jejich prioritami.

- Jedno adiktologické centrum s odlišnou cílovou skupinou oproti nízkoprahovým službám má lepší zkušenosti s kontinuitou spolupráce a s pokrokem klientů v léčbě. Byl zhodnocen i potenciál služeb poskytujících substituční léčbu k motivaci svých klientů k testům i léčbě.

- Velkým tématem byla prioritizace testování a léčby HCV vzhledem k nastavení nízkoprahových služeb. Bývá těžké získat důvěru cílové skupiny a daří se to právě tím, že využívání služby není v podstatě ničím podmíněno. Motivace klientů bývá často křehká. Byla diskutována míra aktivity pracovníků, připomínání, zdůrazňování a opakování tématu a zároveň hranice tohoto a obavy z nátlaku na klienty.

- Padly nápady na různé aktivity, jak téma připomínat jak klientům, tak pracovníkům.

- Diskutován byl v tomto kontextu také zájem veřejného zdraví versus zájem konkrétního klienta/pacienta.

- Motivace k testování (incentivy) je využívána v různých adiktologických centrech různě a do jisté míry funguje. V té souvislosti uvažovali účastníci i nad podobnou motivací klientů k léčbě.

- Padly také připomínky k provázení klientů po dobu léčby. Byla zmíněna i konkrétní potřeba úschovy léků pro klienty.

- Adiktologická centra zdůrazňovala potřebu šíření dobrých zkušeností s léčbou. Mezi klienty přetrvávají mýty, lze využít spolupráci s peer pracovníky, klienty, kteří léčbou prošli apod.

- Některá centra popisovala jako jednu z překážek problematický přístup zdravotnického personálu a stigmatizaci. Pozitivní zkušenost je pro klienty zásadní.

- Byla zdůrazněna místní a časová dostupnost vzhledem k charakteristikám cílové skupiny problémových uživatelů drog.

- Klinická pracoviště zhodnotila současné nastavení spolupráce s pacienty (limit financí, tradiční přístupu k pacientům). Nastavenými podmínkami projdou například substituční klienti, už ne aktivní uživatelé. proplácení pojišťoven (i ty, které vyžadují posudek revizního lékaře).

- Ne všechna klinická pracoviště mají smlouvu se všemi pojišťovnami (např. Jihlava).

- Pro klinická pracoviště je náročná nespolehlivost pacientů. Na druhou stranu jsou některá velmi ochotná vyhovět nad rámec „tradiční“ ordinační doby, umožnit přímý kontakt rovnou s lékařem apod.

- Klinická pracoviště vidí pozitivní dopad, když aktivně pacientovi připomínají návštěvy a aktivně ho léčbou provádí. Zároveň přímý kontakt lékaře s klienty adiktologických center – buď s konkrétním klientem nebo např. hromadně na besedě.

- Existuje různá míra navázání spolupráce adiktologických center a klinických pracovišť.

- Byl rozebrán příklad působení lékaře přímo v adiktologickém centru - Poradenské centrum v Brně + Klinika infekčních chorob (KICH) LF MÚ a FN Brno (terénní screening HCV). První dvě vyšetření probíhají přímo v adiktologickém centru (rozhovor o předchozí léčbě a motivaci + odběr

krve, za 3 týdny výsledky a objednání už na KICH). V KICH zjištění míry poškození jater (odběr krve a elastografie) a po 1-2 kontrolách na KICH zahájena léčba. Další kontrola následuje po 4 týdnech. 12 týdnů po léčbě poslední kontrola. Délka léčby většinou 8 týdnů, celý proces trvá několik měsíců. Někteří pacienti jsou na waiting listu.

- V různých lokalitách může být různá potřeba přiblížení. Pokud není mnoho pozitivních výsledků i přes vyšší protestovanost, stačila schůzka s klinickým pracovištěm a o další spolupráci zatím neuvažují (např. Jihlava).
- Na závěr všichni účastníci shrnuli, co ze semináře pro ně bylo cenné a co si umí představit jako reálný krok do budoucna.

## PRAHA 26. 9. 2019

Účast: cca 35 osob

Adiktologická centra: SANANIM, MAGDALÉNA o.p.s., PROSTOR PLUS, LAXUS, MOST K NADĚJI, PN Horní Beřkovice, A.N.O. sekce HR/Prevent 99, Dg. ústav & středisko vých. Péče, Drop In, Centrum pro rodinu

Klinická pracoviště: Adiktologická ambulance pro Ústecký kraj, Centrum pro rodinu PSS a klinické adiktologie, z.ú., IKEM Praha

Přednášející lékař: doc. MUDr. Jan Šperl, MUDr. Soňa Fraňková, Ph.D.

- Klinické pracoviště konstatuje, že většina skupin nakažených VHC je již vyléčena a je tedy prioritou zaměřit se na uživatele drog a bývalé uživatele drog. Z hlediska klinického pracoviště je proto současným úkolem co nejdříve snížit práh pro vstup do léčby.
  - Jako dobrou praxi vnímá klinické pracoviště také co největší míru komunikace s pacienty. Doptáváním se na partnery či další osoby z okolí, které mohou být VHC pozitivní, se daří referovat do léčby více pacientů.
  - Klinické pracoviště zjišťuje dále pouze informace o tom, jestli se bude pacient v průběhu léčby stěhovat a jestli je schopen dodržovat léčebný režim (1x denně brát lék).
    - Klinické pracoviště se snaží nasadit léčbu co nejdříve. Mají zkušenost, že pacient na několikátou naplánovanou schůzku již nemusí přijít, proto se snaží k první kontrole přistupovat jako „All-in-one“, tedy udělat odběr krve, fibroscan, vyšetření lékařem a zahájení léčby při znalosti HCV RNA. Konfirmaci považují pouze za zdržení procesu a zastaralý postup. Pracovníci adiktologických center potvrzují svou zkušeností konfirmaci jako vyšší práh vstupu do léčby, který mnoho uživatelů odradí.
      - Pacient má možnost objednat se a přijít cca na ploše jednoho týdne.
      - Klinické pracoviště uzavírá, že režim centra pro léčbu VHC se musí přizpůsobit charakteru léčených pacientů snížením prahu vstupu do léčby. V praxi to znamená kromě výše uvedeného:
        - nevyžadování doporučení, neděláním testů na přítomnost návykových látek.
        - možnost přijít kdykoli mezi 7:00 – 18:00 bez nutnosti objednání na konkrétní hodinu.
        - poskytnutí dobrého popisu cesty včetně mapky a fotek (přes adiktologická centra).
        - empatické a odběrově zdatné zdravotní sestry.
        - volba doby léčby a počtu tablet pacientem.
        - poskytnutí přehledného návodu k dodržení léčebného režimu (jak léky brát, ritualizace) a probrání lékových interakcí.
        - minimalizace počtu kontrol.
        - možnost kontaktu přes email a telefon. Spolupráce s adiktologickými centry i po nasazení léčby pro zvýšení adherence (pracovníci připomínají brání léků, mohou zprostředkovat další kontakt s klinickým pracovištěm).
  - Pracovníci z adiktologických center referují uživatele do regionálních center pro léčbu VHC. Pokud z nějakého důvodu (finanční rozpočet, dlouhá čekací doba) není léčba dostupná, lze se obrátit na IKEM.
    - Jako bariéru vnímají účastníci ne tak množství center pro léčbu VHC, ale spíše práh vstupu do léčby v těchto centrech a technickou vybavenost (např. pokud pracoviště nemá fibroscan a referuje jinde, snižuje se šance na úspěšné zahájení léčby).
      - Doporučení ze strany klinického pracoviště adiktologickým službám je naplánovat schůzky s regionálními centry pro léčbu VHC a domluvit se na konkrétních postupech s cílem minimalizovat bariéru místní dostupnosti léčby.
        - Pojišťovny hradí DAA jen pro prvoléčbu. V případě reinfekce je možné léčit se v současnou chvíli jen interferonem. Nutnost komunikace tohoto faktu klientům / pacientům.
        - Při léčbě je problém užívání alkoholu. Je nutné vzít daný počet tablet za daný počet dní. Vynechávání v první třetině či polovině léčby výrazně zvyšuje riziko neúspěšné léčby.

- Účastníci vnímají jako důležité, aby informace o léčbě měli nejen samotní pacienti, ale i všichni další zúčastnění odborníci (např. co dělat, když zapomene vzít lék atd.)
- Diskuze o motivaci uživatelů k testování. Některá centra zastávají pohled, že člověk musí být vnitřně motivovaný k testování. Spíše však převládá pohled, že ochrana veřejného zdraví je nedílnou součástí poskytování služeb a měla by být prioritou. V návaznosti na toto téma také probíráme možnosti incentiv v podobě nadstandardního zdravotnického či jiného materiálu (hygienické balíčky, „puk“, barevné stříkačky Nevershare, lubrikační gel, škrtidlo, vitamíny, potravinová banka).
  - Osvědčilo se motivovat k testování nejen uživatele, ale i pracovníky v aktivním nabízení testů, otvírání tématu.
  - Některá centra vnímají jako bariéru nedostatek testů. Komunikace možností, jak obdržet testy zdarma (přes NMS).
    - Centra někdy narážejí na technické problémy – nespolehlivost testů, nepříznivé vlivy počasí.
    - Diskuze nad metodickými postupy ohledně testování v centrech, většinou obdobné. Sdílení Metodiky pro testování NMS, která podrobně popisuje dobrou praxi a doporučení pro testování.
    - Dalším tématem je sledování protestovanosti cílové skupiny. Služby mají většinou kvalifikované odhady, ale neměří přesně.
  - Probíráme, jak centra postupují při reaktivním výsledku testu. Rozdíl v tom, jestli volá na klinické pracoviště uživatel či pracovník. V ideálním případě odchází z centra uživatel s domluveným termínem lékařského vyšetření.
    - Problém vnímají účastníci v nastupu do léčby. Osvědčilo se např. vozit uživatele autem z adiktologického centra přímo na vyšetření, případně dát peníze na lístek (mezi městy). Probíhá i pilotní spolupráce, v rámci které se odběry provádějí přímo v terénu.
    - Další bariérou jsou zastaralé informace o léčbě mezi uživateli nebo převládající mýty. Osvědčuje se sdílení dobrých zkušeností zejména samotnými uživateli mezi sebou, zapojení peer pracovníků. Dobrá zkušenost s léčbou a pracovištěm pro léčbu VHC se šíří v komunitě.
    - Diskuze nad personálním nastavením. Kdo doprovází klienta do léčby, provádí jej léčbou atd. Funguje systém klíčových pracovníků?
  - V průběhu léčby se osvědčuje, když je lékař v kontaktu s adiktologickým centrem. Odborníci společně připomínají brání léků, aktivně kontaktují uživatele/pacienty, mají podepsané souhlasy o sdílení informací. Diskuze nad možností pomocí incentiv motivovat nejen k testování, ale i k dokončení léčby (chození na kontroly atp.)
    - Nejstabilnější jsou uživatelé v substituci.
    - Funkční dohoda mezi lékaři a pacienty ohledně hygieny. Hygienické stanice hlásí výskyt nemoci laboratoř. Pacient nemusí s hygienou komunikovat, stačí, když odkáže na lékaře (když mu zavolají).
  - Závěrem se služby shodují, že je potřeba více testovat a motivovat uživatele i materiálně. Zároveň zaznívají obavy a rizika. Dilematem je také to, jestli spíše spolupracovat s pracovištěm, které je léčbě uživatelů drog nakloněno (IKEM) nebo se snažit vyjednávat s jinými pracovišti, která jsou lokálně dostupnější.

## OSTRAVA 10. 10. 2019

Účast: cca 20 osob

Adiktologická centra: Renarkon, Agarta, Společnost Podané ruce o.p.s., KRYSTAL HELP, Krizové a K-centrum Pod slunečníkem

Klinická pracoviště: FN Ostrava

Přednášející lékař: doc. MUDr. Luděk Rožnovský

- Hned úvodem byl představen Národní akční plán, detailně popsány finální hodnoty, ke kterým je potřebné se vzájemnou spoluprací dostat. Rovněž se představili přítomné nízkoprahové adiktologické služby (TP a KC) a sdílely, jak mají nastaveno testování a následnou práci s klientem s reaktivním či pozitivním výsledkem v rámci svých služeb.
- Klinické pracoviště z Ostravy v zastoupení doc. Rožnovského představilo možnosti nové léčby. Následně se rozvinula debata ohledem současného nastavení spolupráce s pacienty (limit financí, tradiční přístupu k pacientům).
- V ostravském regionu se častěji vyskytuje problém se smlouvami se zdravotními pojišťovnami, které léčbu hradí.
- Některé TP a KC identifikovaly jako slabé místo navázání klientů ke spolupráci s klinickým pracovištěm, klienti téměř nevyužívají možnosti asistence. Přínosem semináře bylo osobní seznámení mezi zástupcem kliniky se sociálními pracovníky jednotlivých organizací. Zrealizovalo se předjednání spolupráce s klinickým pracovištěm. Předpokladem je tak snížení práh vstupu klienta do léčby.
- Bariérou pro klinická pracoviště je také náročná nespolehlivost pacientů. Na druhou stranu výsledkem diskuse byl navržen termín, kdy se služby mohou objednat se svými klienty na vyšetření a následně umožnit přímý kontakt rovnou s lékařem.
- Primář Rožnovský ocenil možnost, když zástupci adiktologických programů aktivně klientům připomínají návštěvy a aktivně je léčbou provádí. Zároveň přímý kontakt lékaře s klienty adiktologických center. Vyjmenoval taky pracoviště, kde je možné klienty nechat otestovat: Třinec: dr. Skalková; Havířov: dr. Mífek; Karviná : dr. Hrboczek; Nový Jičín : dr. Merenda; Frýdek Místek: dr. Chalupa; Vsetín: dr. Panovcová, dr. Fukalová; Přerov: dr. Panovcová; Zlín : dr. Macek
- Rovněž zazněla sdílená zkušenost o zastaralých informacích o léčbě v populaci uživatelů. Některá centra mají dobrou zkušenost s využitím pozitivní zkušenosti stávajících uživatelů s novou léčbou. Byla rozebírána charakteristika cílové skupiny TP a KC, léčba HCV nebývá mezi jejich prioritami.

## HRADEC KRÁLOVÉ 24. 10. 2019

Účast: cca20 osob

Adiktologická centra: Laxus, Riaps, DrugOut

Klinická pracoviště: Hepato-Gastroenterologie HK, s.r.o.

Přednášející lékař: MUDr. Miroslava Volfová, CSc.

- Diskuze o akčním plánu eliminace VHC mezi uživateli drog. Účastníci se zajímali o to, kdo je za realizaci plánu zodpovědný, jak se budou jednotlivé aktivity financovat. Padaly názory, že nelze realizovat aktivity akčního plánu, když se snižují výdaje na HR služby.

- Naproti tomu jiná centra deklarují, že si stanovila testování jako prioritu a již se jim podařilo na ploše roku zdvojnásobit počet provedených testů. Pomohlo nastavení co nejnižšího prahu, aktivní připomínání a otvírání tématu pracovníky, až direktivní přístup. Daří se uživatele testovat i opakovaně.

- Některá centra prezentují názor, že by v jejich případech nebyl problém zvýšit počet testů, případně i doprovodů, ale nevidí v tom velký smysl, když se problém neřeší na systémové úrovni – léčba je nákladná, pojišťovny mají limity, jsou dlouhé čekací doby.

- Na předchozí bod reagují další účastníci s tím, že limity pojišťoven nejsou vyčerpány, mají zkušenost s dobrou dostupností léčby. MUDr. Miroslava Volfová, CSc. nabízí adiktologickým centrům termín v horizontu týdne až dvou, tuto čekací dobu centra potvrzují jako realistickou. Diskuze o jednotlivých klinických pracovištích a podmínkách vstupu do léčby, přístupu zdravotnického personálu. Shoda, že to je zásadní faktor ovlivňující, jestli se uživatel léčí. Např. když je čekací doba několik měsíců, je minimální šance, že uživatel na vyšetření přijde.

- Dobrá praxe je předjednat spolupráci s klinickým pracovištěm, aby snížilo pro uživatele práh vstupu do služby. Např. když volá pracovník konkrétní služby, zdravotní sestra hledá termín vyšetření, který není brzy ráno apod.

- Diskuze o motivaci uživatelů k testování a následné léčbě pomocí incentív. Bavíme se o tom, jaká materiální pobídka již je pro cílovou skupinu motivací. Zkušenosti se různí.

- Bavíme se o tom, jak postupovat po reaktivním výsledku testu. Po objednání nabízejí centra doprovod, připomínají termíny. Setkáváme se s různou mírou asertivity ze strany pracovníků. Sdílená zkušenost, že na doprovod spousta uživatelů nedorazí. Funguje, když mají centra možnost vozit uživatele služebním vozem, jsou ochotni kvůli asistenci změnit plánovaný program služby (např. u TP) či když je lékař ve stejné lokalitě jako centrum. Dobrá zkušenost také s poskytnutím mapky, popisky cesty.

- Jako výhodné (někteří až nezbytné) vnímají účastníci mít v adiktologických centrech zdravotnický personál, který může oficiálně provádět odběry.

- Sdílená zkušenost o přetrvávajících mýtech a zastaralých informacích o léčbě v populaci uživatelů. Některá centra mají dobrou zkušenost s využitím pozitivní zkušenosti stávajících uživatelů s novou léčbou.

- Diskuze nad tématem, jak by se dal snížit práh vstupu do léčby. Možné nápady:

- Lékař by mohl docházet do centra

- Pořízení terénní sanitky s FibroScanem

- Možnost projít v jeden den všemi vyšetřeními a na druhé schůzce s lékařem nasadit léčbu

- Rozšíření sítě specializovaných klinických pracovišť, případně dovybavení stávajících (např. ne všechna mají FibroScan na oddělení)

- Možnost přijít bez objednání

- V diskuzi převládá názor, že do zařízení, která stále používají interferonovou léčbu by se již neměli uživatelé referovat a místo toho posílat na pracoviště, která léčí za pomoci DAA. Interferonovou léčbu je nutné podstoupit v případě reinfekce, jelikož v tomto případě již novou léčbu nehradí pojišťovny.

- Z hlediska adiktologických center není problém s testováním, ani s motivací uživatelů. Jako zásadní úskalí popisují to, že je léčba nedostupná.
- Klinické pracoviště vnímá nutnou vstřícnost všech zúčastněných stran, včetně farmaceutických firem ohledně ceny preparátů. Jako zásadní však vnímá motivaci pacientů, aby léčbu absolvovali. Také nicméně označuje mnohdy práh vstupu do léčby za vysoký a nastavení podmínek, které budou splnitelné pro specifickou skupinu léčených, jako důležité.

## ČESKÉ BUDĚJOVICE 12. 11. 2019

Účast: cca 25 osob

Adiktologická centra: Prevent 99, AURITUS Tábor, Rozkoš bez rizika, Magdaléna, o.p.s., Arkáda, Klinická pracoviště: Inf. odd. nemocnice České Budějovice, Inf. odd. nemocnice Tábor, Nemocnice Prachatice, Centrum pro rodinu, ambulance zdravotní prevence, adiktologie a epidemiologie, Centrum pro pomoc dětem a mládeži Český Krumlov

Jiné: Jihočeský kraj - OSOV

Přednášející lékař: prim. MUDr. Aleš Chrdle

- Byla popsána situace Infekčního oddělení (Nemocnice České Budějovice) a okolních klinických pracovišť. Momentálně mají lokální pracoviště jednotnou čekací listinu (formulář) od Infekčního oddělení ČB s danou přednostní léčbou. Waiting list je nyní cca 3 měsíce. Hodně řeší také vyjednávání s pojišťovnami o úhradách. Někde se čeká déle na revizního lékaře. Na PCR se čeká týden. Poté na první návštěvě při zahájení léčby proběhne elastografie (pokud už neproběhla v odesílajícím pracovišti) a rovnou vydání léků.
- Klinická pracoviště vidí jako zásadní komunitní podporu užívání léků a harm reduction. Pacient kvůli tomu nemusí do nemocnice. Je důležitá spolupráce s nízkoprahovými službami. A následně prevence reinfekce.
- Za poslední rok se Infekční oddělení ČB snažilo celý proces zjednodušit, začalo nastavovat spolupráci s adiktologickými centry.
- Padlo přání, aby bezinterferonová léčba byla dostupná i na pracovištích v okresních městech (Prachatice, Jindřichův Hradec, Písek, Tábor).
- Za současného stavu by ideálně okresní pracoviště měla dělat všechna potřebná vyšetření a na Infekčních oddělení ČB by se pouze nasadila léčba.
- Na to padla připomínka adiktologických center, že více mezikroků a více kontaktů s různými pracovníky a pracovišti může znamenat větší riziko setrvání pacientů ve spolupráci (kvůli křehčí motivaci a také různým zkušenostem s přístupem zdravotnického personálu).

## PLZEŇ 20. 11. 2019

Účast: cca 45 osob

Adiktologická centra: Ulice, Point 14, CPPT, Kotec, Network East-West, Drug-Out Ústí nad Labem, Terénní programy Plzeň, SKP-Plzeň, KHS PK

Klinická pracoviště: Zdravotní ústav se sídlem v Ústí n.L., FN Plzeň

Přednášející lékař: MUDr. Václav Hejda

- Adiktologická centra sdílela, své zkušenosti s testováním. Většina zapojených center testuje (testy na protilátky z kapilární krve).
- Některá centra popisují nezájem o testování a léčbu ze strany uživatelů. VHC je v komunitě vnímána jako norma a nezávažné onemocnění. Pracovníci mají zkušenost, že když téma otvírají příliš často a aktivně, uživatelé se jim začínají vyhýbat a přestávají služeb využívat úplně.
- Popisována dobrá praxe motivovat uživatele k testování incentivy (např. větší množství injekčního materiálu, propagační zapalovače či jiný „nadstandardní“ materiál).
- Terénní programy uvažují o slinných testech na protilátky, které se lépe hodí pro práci v terénu. Jako bariéru vnímají finanční nákladnost.
- Diskutovali jsme o materiálním zabezpečení, zejména množství testů, které mají centra k dispozici. Zaznívalo, že je v centrech testů dostatek a technicky vzato není problém testovat více, i pravidelně uživatele v intervalu 6 měsíců, za účelem sledování reinfekcí.
- Adiktologická centra často zmiňují lokální vzdálenost klinického pracoviště pro léčbu jako bariéru v nástupu do léčby. Uživatele se daří testovat, nicméně i s reaktivními výsledky se nedaří je nedostat do léčby. Uživatelé často nemají peníze na jízdné, nechtějí se vypravit do cizího prostředí a města.
- Centra nemají možnost poskytovat asistenci do jiného města.
- Centra dále popisují rozdílnou zkušenost s uživateli nízkoprahových služeb a substitučních center. Zatímco u první zmíněné skupiny je potřeba využít momentální, krátkodobě trvající motivaci, druhou skupinu se daří do léčby referovat snadněji.
- Sdílení dobré praxe podpory při vstupu uživatele do léčby. Funguje dávat vytištěnou mapku s popisky, včetně cesty uvnitř budovy atp.
- Dále sdílení dobré praxe testování v adiktologickém centru s žilní krve a rovnou doprovod k lékaři, který je ve stejné lokalitě.
- Sdílení zkušeností s mýty, které přetrvávají v populaci uživatelů drog ohledně léčby. Mnohdy mají lidé zkušenost s léčbou interferonem, nutností provedení biopsie jater atd. Dopad bývá různý, od nedůvěry až po motivaci k nové „záračné“ léčbě.
- Z diskuze vyplývá další psychologická bariéra pro vstup do léčby. Jedná se o situaci, kdy uživatel nepřijde na smlouvanou schůzku s lékařem, neomluví se a již se stydí objednat znovu a obává se reakce zdravotnického personálu. Ujištění ze strany klinického pracoviště, že se nejedná o nijak zásadní problém.
- Na klinické pracoviště pro léčbu VHC se mnohdy telefonicky nedaří dovolat. Uživatel ztrácí motivaci situaci po několika neúspěšných pokusech řešit. Klinické pracoviště v reakci na to zavádí možnost komunikace e-mailem.
- Z hlediska klinického pracoviště jsou bariéry takřka výhradně na straně pacientů. Hodnotí, že z nízkoprahových center přijde minimum pacientů, případně nepočkají na vyšetření a odejdou nebo si již nepřijdou pro výsledky.
- Pokud má lékař volnou kapacitu, může vztít pacienta ihned, bez objednání. Potřebuje nicméně zprávu od adiktologického centra. S některými centry spolupráce nastavená formou žádanek. Po diskuzi dohoda, že klinické pracoviště vytvoří formulář, který bude dostupný pro

adiktologická centra v regionu. Pro zdravotnický personál bude sloužit jako informace, když přijde „náhodný člověk z ulice“. Dále dohoda, že tento dokument lze poslat i e-mailem.

- Není možné hned při vstupní kontrole nasadit léčbu, ani v případě, že by uživatel přišel se všemi potřebnými vyšetřeními z jiného pracoviště. Je nutné počkat na schválení pojišťovny. Nasazení léčby po 6-8 týdnech po vyšetření.
- Dohoda, že uživatelé mohou přijít bez objednání každou středu mezi 8:00 a 12:00.
- Vyjasnění, že uživatel nemusí mít průkaz pojištěnce (pokud je účasten na pojištění, lze to dohledat online), je nicméně nezbytný OP.
- V případě písemného souhlasu uživatele se sdílením osobních údajů jsou adiktologická centra i klinické pracoviště pro léčbu VHC ochotny nadále spolupracovat i v průběhu léčby.
- Diskuze o laboratorním nastavení, jakožto možném faktoru, který ovlivňuje práh vstupu do léčby. Zejména v případě nutnosti konfirmace může dojít k prodloužení doby mezi vyšetřením a potenciálním nasazením léčby. Zkušenosti účastníků semináře se v tomto ohledu značně lišily.
- Diskuze o možnosti realizace workshopu testování od místní lékařky. Zástupci adiktologických center by měli zájem se zúčastnit.