

Projekt KIK/35 „Zapobieganie zakażeniom HCV” PODSUMOWANIE POSZCZEGÓLNYCH PROJEKTÓW

Projekt 1 „Usprawnienie diagnostyki HCV, oszacowanie występowania HCV w populacji ogólnej oraz analiza czynników związanych z występowaniem HCV”

realizowany przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - PZH we współpracy od 2016 r. z Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego;

1. Jaki problem zdrowotny/społeczny stanowił podstawę do powstania kierowanego przez Państwo projektu i dlaczego należało taki projekt zrealizować?

Podstawą projektu 1 były dane wskazujące na szerokie rozpowszechnienie HCV w populacji polskiej oraz prawdopodobny wysoki odsetek osób zakażonych, które nic o tym nie wiedziały. Na etapie projektowania zadań nie istniały dokładne dane dotyczące liczby zakażonych w Polsce, a bardzo niewiele było wiadomo o liczbie zakażonych, którzy nie byli świadomi swego statusu. Tą ostatnią liczbę próbowano szacować na podstawie zarejestrowanej liczby przypadków w odniesieniu o dostępne oszacowania rozpowszechnienia otrzymując odsetek około 10%. Nie było też wiadomo, jakie są główne czynniki związane ze zwiększoną częstością zakażeń w populacji ogólnej. Z drugiej strony informacje epidemiologiczne od osób, u których rozpoznano zakażenie, wskazują wyraźnie na dużą rolę procedur medycznych w szerzeniu się wirusa. „Narażenia” takie są powszechne. Z jednej więc strony widać było wyraźnie potrzebę poprawy dostępności diagnostyki, a z drugiej - potrzebę lepszego określenia czynników ryzyka i znalezienia sposobu efektywnego rozpoznawania zakażeń wśród ludzi nie odczuwających w zasadzie żadnych typowych objawów. Potrzeby zdrowotne w zakresie badań profilaktycznych są dla przeważającej większości populacji realizowane przez Podstawową Opiekę Zdrowotną. Badanie w kierunku HCV nie znajdowało się jednak w koszyku świadczeń gwarantowanych i nie było jasne, w jaki sposób można by wdrożyć program badań na tym poziomie.

2. Jakie były najważniejsze cele projektu i jakie działania podjęto, aby je osiągnąć?

Celem ogólnym projektu było stworzenie bazy do usprawnienia diagnostyki zakażenia wirusem HCV w Podstawowej Opiece Zdrowotnej, a w konsekwencji zmniejszenie odsetka osób zakażonych wirusem HCV, którzy nie zostali dotąd zdiagnozowani. Założono, że elementem usprawnienia diagnostyki POZ będzie opracowanie wskazań do badania w kierunku HCV w oparciu o indywidualną ocenę ryzyka na poziomie Podstawowej Opieki Zdrowotnej.

Cele szczegółowe zostały sformułowane na dwóch poziomach. Na poziomie jednostek POZ uczestniczących w projekcie były to:

- wykrycie zakażenia wirusem HCV wśród osób tego nieświadomych na poziomie POZ i objęcie ich opieką medyczną;
- badania profilaktyczne w otoczeniu osób zakażonych (domownicy, partnerzy seksualni);
- edukacja pacjentów w zakresie zagrożeń zakażeniami krwiopochodnymi, dróg szerzenia się i profilaktyki tych zakażeń.



A na poziomie przygotowania bazy do szerszych zaleceń:

- analiza częstości występowania zakażeń HCV w populacji ogólnej
- analiza częstości występowania znanych czynników ryzyka zakażenia HCV oraz dróg przenoszenia zakażenia
- analiza szczególnie ryzykownych zachowań w warunkach domowych
- analiza gotowości lekarzy POZ do prowadzenia działań mających na celu poprawę diagnostyki HCV

Podjęto badania przesiewowe w kierunku HCV w wybranych jednostkach POZ na terenie 10 województw. Jednostki te zostały odpowiednio przeszkolone.

Z uwagi na cele badawcze prace prowadzono w oparciu o wcześniej przyjętą procedurę. Rekrutacja jednostek POZ odbywała się z losowo wybranej listy. Następnie, w każdej z jednostek pacjentów wybierano w sposób losowy spośród pacjentów zarejestrowanych w danej placówce. Pacjenci byli zapraszani najczęściej telefonicznie lub osobiście przez personel realizujący projekt. Każdy z nich wypełniał ankietę i oddawał krew na badania. Brał również udział w krótkiej rozmowie edukacyjnej dotyczącej HCV, dróg transmisji, ryzyka zakażenia. Badania laboratoryjne obejmowały badanie w kierunku przeciwciał - przeciwciała świadczą o kontakcie z wirusem - oraz badanie w kierunku HCV-RNA (obecność wirusa we krwi). Pacjenci, u których wykryto HCV byli kierowani do opieki specjalistycznej. Oferowano również możliwość zbadania osób z kontaktu domowego i partnerów seksualnych. Ogółem zbadano w projekcie w przybliżeniu 23 tysiące osób, w tym 240 osób z kontaktu domowego.

W dodatkowym telefonicznym badaniu ankietowym wśród 500 respondentów z całej Polski oceniono wiedzę, praktyki i postawy lekarzy POZ dotyczącą HCV.

3. Jakie najważniejsze wyniki uzyskano (proszę w miarę możliwości podać wartości wskaźników lub wymienić rodzaje opracowanych dokumentów/rekomendacji/zaleceń)?

- Rozpowszechnienie przeciwciał anti-HCV wyniosło 1,1%. Zwraca jednak uwagę, że spośród 244 osób, u których stwierdzono przeciwciała jedynie u 106 (43,3%) potwierdzono zakażenie poprzez wykrycie HCV-RNA.
- Częstość występowania nierozpoznanych zakażeń HCV wyniosła 0,4%, co odpowiada w skali kraju około 125 tysiącom osób dorosłych
- Częstość nierozpoznanych zakażeń wynika głównie ze zbyt małej liczby wykonywanych badań. Jedynie 5,5% respondentów miało kiedykolwiek wykonywane badanie w kierunku tego zakażenia, czyli o połowę mniej niż w kierunku zakażenia (znacznie rzadziej występującego) wirusem HIV.
- Częstość występowania zakażeń HCV-RNA jest wyższa wśród mężczyzn niż wśród kobiet (0,7% vs 0,35%), jednak odsetek nierozpoznanych zakażeń jest wyższy u kobiet (84% vs 71%). Może to wynikać z częstszego badania mężczyzn przy okazji oddawania krwi. W ostatnich latach (2013-2014) obserwuje się poprawę rozpoznawalności wśród kobiet, wskaźnik wykrywania zakażeń HCV u mężczyzn jest obecnie wyraźnie niższy niż u kobiet. Jedną z przyczyn tej zmiany jest najprawdopodobniej wdrożenie od 2011 r. programu badań przesiewowych kobiet w ciąży.
- Częstość występowania HCV wykazuje niewielką zmienność w populacji dorosłych. Jest to sytuacja odróżniająca Polskę od USA i niektórych krajów Europy Zachodniej, w



których większość zakażeń koncentruje się wśród niewielkiej liczby kohort urodzeniowych. Taka sytuacja umożliwiła w niektórych krajach wdrożenie badań przesiewowych w kohortach urodzeniowych. Nie jest to jednak efektywne podejście w Polsce, gdzie najefektywniejszym wydaje się aktywny skrining wg wybranych czynników ryzyka.

- Najważniejszym czynnikiem związanym z występowaniem zakażeń HCV (ze względu na dużą liczbę osób narażonych w populacji), zarówno wśród mężczyzn jak i kobiet pozostają transfuzje wykonywane przed 1992 r. Narażenie na zakażenie HCV w związku z transfuzją krwi przed 1992 r dotyczy 7% kobiet i 2,5% mężczyzn, co stanowi ~1,5 mln osób; częstość występowania zakażeń (RNA) w tej grupie wynosi 1,5%. Czynnikiem ten pojawia się w wywiadzie u 17% zakażonych.
- Narażeniem związanym z najwyższym rozpowszechnieniem zakażenia HCV pozostają narkotyki stosowane w iniekcjach, co zostało potwierdzone w obecnym badaniu (rozpowszechnienie 8.1%), mimo małej liczby osób, których dotyczy ten problem wśród pacjentów POZ (61 osób; 0,3% populacji). Należy jednak podkreślić, że w tej grupie rozpowszechnienie było kilkukrotnie niższe niż w grupie problemowych użytkowników rekrutowanych przez placówki pomocowe dla osób uzależnionych.
- Drugim pod względem ryzyka czynnikiem związanym z występowaniem zakażeń HCV są kontakty seksualne z partnerem/partnerką zakażonym wirusem HCV (rozpowszechnienie odpowiednio wśród mężczyzn i kobiet podających ten czynnik ryzyka - 5.7% i 3.4%). Droga seksualna nie jest uważana za podstawowy sposób przenoszenia się wirusa, jednak niektóre praktyki seksualne mogą wiązać się ze zwiększonym ryzykiem infekcji.
- Poza w/w, czynniki ryzyka zakażenia HCV w badanej populacji różnią się w zależności od płci: u mężczyzn wyższe ryzyko zakażenia HCV jest związane z wykonywaniem biopsji, tatuaży i z piercingiem, a u kobiet - z wykonywanym cięciem cesarskim. Zróżnicowanie ryzyka zakażenia w zależności od płci powinno być uwzględnione w przyszłej strategii wykrywania i zwalczania zakażeń HCV.
- Czynniki związane z występowaniem HCV w populacji nie są koniecznie związane z obecną transmisją wirusa. Dotyczą raczej skumulowanych narażeń, z których część, jak np. transfuzje skażonej krwi, zostało już wyeliminowanych, niemniej nadal pozostają ważnymi wskazaniami do badania. Z drugiej strony, wraz z upływem czasu te czynniki mogą ulegać zmianie i stąd każdy program badań przesiewowych powinien być monitorowany pod kątem efektywności wykrywania zakażeń.
- W badaniu ankietowym lekarze POZ posiadali dobrą wiedzę na temat objawów klinicznych i sposobu transmisji wirusa. Pewne wątpliwości pojawiały się co do sposobu diagnostyki laboratoryjnej HCV, a najwięcej co do możliwości leczenia HCV. Jedynie 5,2% respondentów było świadomych, że obecne schematy terapeutyczne umożliwiają wyleczenie 90-100% osób zakażonych HCV.
- Zdecydowana większość respondentów (88,6%) postrzegą zakażenia HCV jako istotny problem zdrowia publicznego w Polsce. Zdecydowana większość uważała też, że lekarze POZ powinni być zaangażowani w działania na rzecz zwiększenia wykrywalności zakażeń HCV w Polsce (93%). Główną barierą dla możliwości zwiększenia dostępności badania w kierunku HCV na poziomie POZ, wskazaną przez 83,4% respondentów, była ograniczona pula pieniędzy na badania laboratoryjne, choć niektórzy wymieniali również brak czasu personelu POZ (20%) i brak odpowiedniego przygotowania lekarzy



POZ (17,6%).

- Trzy preferowane rozwiązania w zakresie diagnostyki HCV to: włączenie badania anty-HCV do listy badań oferowanych w ramach koszyka świadczeń gwarantowanych w POZ (47,8%), udostępnienie badania anty-HCV w programie profilaktycznym finansowanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia (41,8%) oraz wdrożenie szybkich testów diagnostycznych wykrywających przeciwciała anty-HCV do POZ (32,6%)

4. Jak Państwa zdaniem osiągnięte wyniki przełożą się na poprawę jakości życia społeczeństwa w Polsce. Czy uzyskane wyniki mogą stanowić podstawę do podjęcia konkretnych działań przez decydentów?

Uzyskane wyniki dają podstawę do opracowania programu badań przesiewowych opartego o konkretne liczby. Jest to o tyle ważne, że pozwala na precyzyjne oszacowanie kosztów i wpływu programu, daje możliwość oceny różnych wariantów i wyboru optymalnego w zależności od dostępności środków. Daje też wskazówki co do możliwości realizacyjnych - dobry odbiór przez pacjentów, skuteczne kierowanie do opieki specjalistycznej, a także zaangażowanie personelu i wyniki badania ankietowego wskazują, że POZ mógłby być odpowiednim miejscem realizacji takich programów. Wskazują też obszary, które powinny zostać uwzględnione przy planowaniu, np. konieczność szkoleń, konieczność dodatkowych środków.

5. Czy uważają Państwo, że zainicjowane w ramach Projektu zadania powinny być kontynuowane w przyszłości, a jeśli tak to, co za tym przemawia?

Kontynuację a właściwie zasadnicze poszerzenie działań w tym zakresie uzasadnia niski odsetek rozpoznanych przypadków, co w przypadku braku zmian będzie skutkowało zwiększającą się chorobowością i umieralnością z powodu marskości wątroby i raka wątrobowokomórkowego. Zmiany są potrzebne zarówno w obszarze diagnostyki, ale również zwiększenia dostępności do nowoczesnego leczenia. Wyjątkowością sytuacji zakażenia HCV jest fakt praktycznie całkowitej uleczalności tej choroby, a także wysokie koszty społeczne jej nieleczenia. Bariera jest wysoki koszt terapii oraz niewystarczająca liczba specjalistów, którzy są w tej chwili odpowiednio przygotowani prowadzić terapię.

Projekt 2 „Opracowanie i weryfikacja programu zapobiegania HCV wśród użytkowników narkotyków dożylnych (IDU) i ocena potrzeb w zakresie profilaktyki HCV w tej grupie” - realizowany przez Instytut Psychiatrii i Neurologii;

1. Jaki problem zdrowotny/społeczny stanowił podstawę do powstania kierowanego przez Państwo projektu i dlaczego należało taki projekt zrealizować?

Długofalowym celem programu jest zmniejszenie ryzyka zakażenia HCV w populacji problemowych użytkowników narkotyków, zwłaszcza używających ich w zastrzykach. Osiągnięciu tego celu ma służyć objęcie populacji problemowych użytkowników narkotyków profilaktyką HCV oraz zwiększenie możliwości instytucjonalnych reagowania na problem HCV wśród IDU. Te cele mają być osiągnięte w drodze dokonania oceny potrzeb związanych z



zapobieganiem i leczeniem HCV poprzez oszacowanie rozpowszechnienia HCV wśród IDU oraz określenie czynników ryzyka zakażenia, jak również opracowanie założeń do Narodowej Strategii Zapobiegania i Zwalczania HCV w odniesieniu do IDU oraz modelowego programu profilaktyki HCV adresowanego do tej grupy.

2. Jakie były najważniejsze cele projektu i jakie działania podjęto, aby je osiągnąć?

Celem głównym Projektu było zmniejszenie ryzyka zakażenia HCV w populacji iniekcyjnych użytkowników narkotyków (IDU).

Założono, że cel główny zostanie osiągnięty za pomocą celów pośrednich:

- 1) Objęcie populacji IDU profilaktyką HCV opartą na zweryfikowanym doświadczeniu;
- 2) Zwiększenie możliwości instytucjonalnych w zakresie reagowania na problem HCV wśród IDU.

W celu osiągnięcia celów projektu podjęto następujące działania:

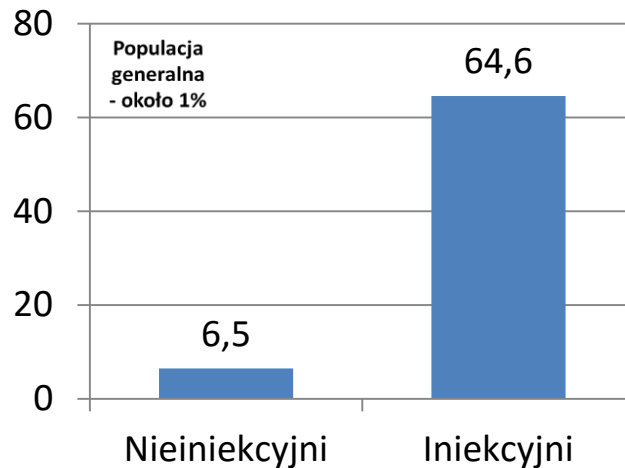
- 1) Dokonano oceny potrzeb związanych z zapobieganiem i leczeniem HCV poprzez oszacowanie rozpowszechnienia HCV wśród IDU oraz określenie czynników ryzyka zakażenia;
- 2) Opracowano Modelowy program zapobiegania adresowany do IDU;
- 3) Dokonano ewaluacji Modelowego programu zapobiegania HCV adresowanego do IDU;
- 4) Upowszechniano Modelowy program zapobiegania HCV adresowany do IDU.

3. Jakie najważniejsze wyniki uzyskano (proszę w miarę możliwości podać wartości wskaźników lub wymienić rodzaje opracowanych dokumentów/rekomendacji/zaleceń)?

Na badanie zrealizowane wśród 1219 problemowych użytkowników narkotyków, obok wywiadów ankietowych, składało się wykonanie testu ślinowego na przeciwciała anti-HCV. Potwierdziło ono bardzo wysokie rozpowszechnienie problemu HCV w tej grupie. Szacuje się, że w Polsce 65% iniekcyjnych użytkowników narkotyków ma przeciwciała anti-HCV, co oznacza, że miało kontakt z wirusem HCV (rycina 1). Wśród problemowych użytkowników narkotyków nie sięgających po strzykawki ten odsetek wynosi 6,5%. Warto dodać, że w całym społeczeństwie takich osób jest około 1%. W każdej z tych grup co najmniej połowa jest zakażona HCV, czyli posiada wirusa HCV w krwi.

JESTEM ŚWIADOM





Rycina 1: Rozpowszechnienie przeciwciał anti-HCV wśród iniekcyjnych i nieiniekcyjnych użytkowników narkotyków (odsetki badanych)

Wyniki zestawione na rycinie 1 potwierdzają z jednej strony wagę czynnika ryzyka jakim jest przyjmowanie substancji w iniekcjach, ale również wskazują, że grupą narażoną na posiadanie przeciwciał HCV, w znacznie większym stopniu aniżeli ma to miejsce w populacji generalnej, jest grupa użytkowników narkotyków, którzy nie mają w swym doświadczeniu iniekcji.

Wyższe odsetki zakażeń HCV odnotowywane w populacji osób przyjmujących narkotyki, które nie mają w swojej historii incydentu iniekcji w porównaniu do populacji osób, które w ogóle nie używają narkotyków, potwierdzają także inne badania^{1,2,3}.

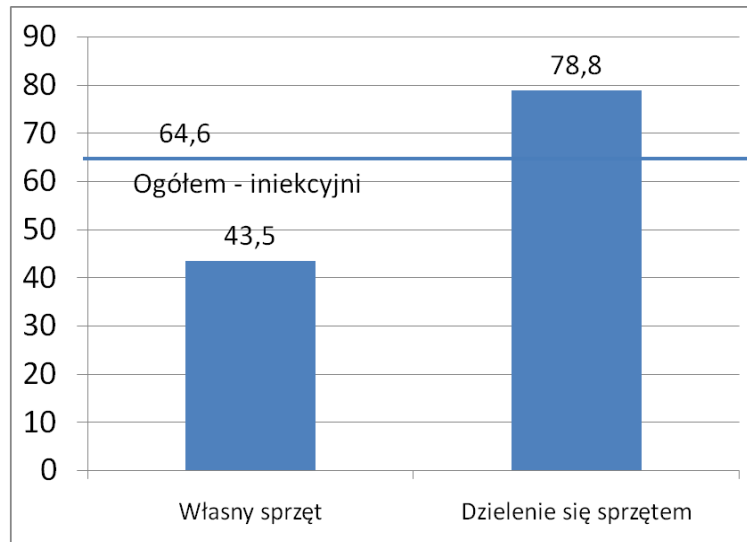
Ryzyko zakażenia jest szczególnie wysokie w grupie iniekcyjnych użytkowników narkotyków, którzy kiedykolwiek dzielili się igłami lub strzykawkami. Rozpowszechnienie to wynosi 79%.

JESTEM ŚWIADOM

¹ Ferreira RC, Rodrigues FP, Teles SA, Lopes CL, Motta-Castro AR, et al. (2009) Prevalence of hepatitis B virus and risk factors in Brazilian non-injecting drug users. *Journal of Medical Virology* 4:602-9.

² Vallejo F, Toro C, de la Fuente L, Brugal MT, Soriano V, et al. (2008) Prevalence of and risk factors for hepatitis B virus infection among street-recruited young injection and non-injection heroin users in Barcelona, Madrid and Seville. *European Addiction Research* 3:116-24

³ Rich JD, Anderson BJ, Schwartzapfel B, Stein MD (2006) Sexual risk for hepatitis B virus infection among hepatitis C virus-negative heroin and cocaine users. *Epidemiology & Infection* 3:478-484



Rycina 2. Rozpowszechnienie przeciwciał anti-HCV ze względu na dzielenie się sprzętem do iniekcji (odsetki badanych)

Dzielenie się sprzętem do iniekcji ponad czterokrotnie zwiększa prawdopodobieństwo znalezienia się w grupie z przeciwciałami anti-HCV w stosunku do iniekcyjnych użytkowników narkotyków, którzy używali zawsze, jedynie własnego sprzętu. Trzeba dodać, iż blisko 60% iniekcyjnych użytkowników narkotyków chociaż raz w życiu korzystało z igieł lub strzykawek używanych wcześniej przez innych. Doniosła rola dzielenia się igłami i strzykawkami jako czynnika ryzyka potwierdzana jest przez wyniki badań w innych krajach⁴.

Odsetek osób, które deklarowały dzielenie się sprzętem do iniekcji może być zaniżony. Respondenci nie lubią przyznawać się do dzielenia się igłami i strzykawkami, bo jest to związane z poczuciem wstydu i obawą przed potępieniem. Zdarza się też, że badani odpowiadając na pytanie o to, nie biorą pod uwagę nieregularnego lub nieintencjonalnego dzielenia się z innymi, dzielenia się z kimś zaufanym, czy innych wyjątkowych okoliczności⁵.

Osoby zakażone częściej spotykamy wśród tych iniekcyjnych użytkowników narkotyków, którzy przebywali w zakładach penitencjarnych, doświadczali bezdomności, dokonywali iniekcji w miejscach szczególnie ryzykownych, takich jak publiczne toalety, ulice, czy pustostany. Brak możliwości spełnienia podstawowych wymogów sanitarnych przy iniekcyjnym aplikowaniu sobie narkotyków w istotny sposób zwiększa ryzyko zakażenia.

Większość użytkowników narkotyków zakażonych HCV nie zdaje sobie z sprawy ze swojego zakażenia, bowiem praktyka poddawania się badaniu na obecność przeciwciał dla HCV należy do rzadkości. Wynika to zarówno z braku wiedzy o potrzebie testowania, jak i ograniczonej dostępności (trudności w dostaniu się do lekarza, konieczność płacenia za testy).

⁴ Giraudon I., Hedrich D., Duffell E., Kalamara E. Lucas Wiessing (2016) Hepatitis C virus infection among people who inject drugs: epidemiology and coverage of prevention measures in Europe. In Hepatitis C among drug users in Europe: epidemiology, treatment and prevention, EMCDDA Insights 23, Publications Office of the European Union, Luxembourg, pp. 17-30

⁵ Rhodes T, Davis M, Judd A (2004) Hepatitis C and its risk management among drug injectors in London: renewing harm reduction in the context of uncertainty. *Addiction*; 99:621-33

Problemowi użytkownicy narkotyków, a zwłaszcza osoby uzależnione, żyją na marginesie społeczeństwa podlegając procesom wykluczenia i deprywacji społecznej. Wielu z nich to osoby bezdomne, bezrobotne pozbawione jakiegokolwiek oparcia społecznego.

Problemowi użytkownicy narkotyków podlegają społecznej stygmatyzacji, u podstaw której leży postrzeganie uzależnienia w kategoriach dewiacji społecznej, a nie przewlekłej choroby. Nawet ci, którzy są skłonni zaakceptować definicję uzależnienia jako choroby, często postrzegają ją w kategoriach choroby zawinionej. Efektem stygmatyzacji społecznej są praktyki dyskryminacyjne ograniczające osobom uzależnionym dostęp do świadczeń społecznych i zdrowotnych, w tym do diagnostyki HCV oraz do leczenia. Możliwość podjęcia leczenia HCV bywa uzależniana od podjęcia leczenia uzależnienia w modelu abstynencyjnym. Użytkownicy narkotyków, którzy są już zakażeni HCV mogą stanowić źródło zakażenia dla innych, stąd w ograniczeniu wszelkich barier w dostępie do leczenia HCV tkwi ogromny potencjał profilaktyczny.

Programy redukcji szkód, w ramach których obok edukacji w zakresie unikania zachowań szczególnie ryzykownych prowadzi się wymianę igieł i strzykawek nie są wystarczająco rozwinięte. Brakuje nowoczesnych rozwiązań, takich jak pomieszczenia bezpiecznych iniekcji (injection rooms), stosowanych już w wielu krajach europejskich. Iniekcijni użytkownicy narkotyków zgłaszają trudności w dostępie do sterylnego sprzętu w aptekach, zdarza się, iż odmawia się im sprzedaży, gdy zostają zidentyfikowani jako „narkomani”.

4. Jak Państwa zdaniem osiągnięte wyniki przełożą się na poprawę jakości życia społeczeństwa w Polsce. Czy uzyskane wyniki mogą stanowić podstawę do podjęcia konkretnych działań przez decydentów?

W celu zmniejszenia rozpowszechnienia zakażeń HCV w grupie problemowych użytkowników narkotyków należy dążyć do:

- zintensyfikowania i rozszerzenia zakresu działań w obszarze redukcji szkód;
- zapewnienia problemowym użytkownikom narkotyków pełnego dostępu do diagnostyki i leczenia HCV;
- zmniejszenia poziomu deprywacji społecznej problemowych użytkowników narkotyków oraz zapewnienie opieki w zakresie zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych;
- ograniczenia stygmatyzacji poprzez ugruntowanie w społeczeństwie postrzegania uzależnienia w kategoriach choroby.

Ograniczenie rozpowszechnienia zakażeń HCV oraz zmniejszenie ryzyka zakażenia w populacji wymaga podjęcia działań we wszystkich wskazanych wyżej obszarach.

W zapobieganiu zakażeniom HCV związanym z iniekcyjnym używaniem narkotyków szczególna rola przypada programom ograniczania szkód, w ramach których obok edukacji w zakresie unikania zachowań szczególnie ryzykownych prowadzi się wymianę igieł i strzykawek. Zapewnienie pełnej dostępności sterylnego jednorazowego sprzętu do iniekcji stanowi podstawowy warunek ograniczenia ryzyka. W niektórych krajach europejskich, takich jak Szwajcaria, Holandia, Niemcy, Hiszpania, Luksemburg, Norwegia, Dania, Grecja w ramach ograniczania szkód tworzy się tzw. pomieszczenia do bezpiecznych iniekcji (ang. injection room), w których osoby używające narkotyków mogą pod nadzorem odpowiednio



wykwalifikowanych osób zrobić sobie zastrzyk z posiadanej przez siebie substancji.⁶ Skuteczność takiego rozwiązania w zapobieganiu zakażeń, nie tylko HCV, ale również HIV, została potwierdzona badaniami i uznawana jest przez organizacje międzynarodowe takie jak Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization - WHO), Grupa Pompidou (Rada Europy), Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction - EMCDDA). Warto dodać, iż pozytywnym efektem ubocznym takiego rozwiązania jest także ograniczenie ryzyka zgonu z powodu przedawkowania narkotyku. Jak pokazują doświadczenia europejskich metropolii (Frankfurt, Zürich) pokoje bezpiecznych iniekcji przyczyniają się także do zmniejszenia uciążliwości wynikających z obecności iniekcyjnych użytkowników narkotyków w przestrzeni miejskiej. Pamiętać należy, że używane igły i strzykawki pozostawiane przez użytkowników narkotyków na ulicach miasta stanowią zagrożenie zakażeniem HCV także dla okolicznych mieszkańców, zwłaszcza dzieci. Pokoje bezpiecznych iniekcji zwykle oferują nie tylko możliwość wstrzyknięcia narkotyku w bezpiecznych warunkach, ale również szeroki wachlarz działań w zakresie redukcji szkód (edukacja, pomoc psychologiczna) oraz pomocy socjalnej. Realizacja strategii ograniczania zakażeń HCV u IDU wymaga następujących działań:

- zmian legislacyjnych tworzących podstawy prawne dla pomieszczeń bezpiecznych iniekcji;
- wprowadzenie odpowiednich zapisów do Narodowego Programu Zdrowia (NPZ);
- zaangażowania społeczeństwa obywatelskiego (organizacje pozarządowe);
- ścisłego współdziałania z lecznictwem uzależnień oraz programami redukcji szkód.

W realizacji strategii dużą rolę do odegrania będą miały społeczności lokalne oraz masmedia. Działania tych pierwszych są szczególnie istotne w zakresie zmniejszania poziomu wykluczenia społecznego i deprywacji życiowej osób uzależnionych, zaś bez udziału tych drugich trudno sobie wyobrazić edukację publiczną ukierunkowaną na ograniczenie stygmatyzacji użytkowników narkotyków.

5. Czy uważają Państwo, że zainicjowane w ramach Projektu zadania powinny być kontynuowane w przyszłości, a jeśli tak to, co za tym przemawia?

Ograniczenie rozpowszechnienia zakażeń HCV oraz zmniejszenie ryzyka zakażenia w populacji wymaga kontynuacji działań we wszystkich wskazanych wyżej obszarach. Wedle wyników badania problemowych użytkowników narkotyków rozpowszechnianie przeciwciał anti-HCV w tej populacji jest bardzo wysokie, zwłaszcza gdy w grę wchodzi osoba używająca narkotyków w zastrzykach. Czynniki ryzyka zakażeń HCV wśród iniekcyjnych użytkowników narkotyków są: epizody osadzenia w zakładach penitencjarnych, doświadczanie bezdomności, dokonywanie iniekcji w miejscach szczególnie ryzykownych, takich jak publiczne toalety, ulice, czy pustostany, niski poziom wiedzy o HCV. Czynniki te lokują się zarówno w sferze postaw i zachowań użytkowników narkotyków, jak i w uwarunkowaniach sytuacyjnych dokonywania iniekcji. Edukacyjny program profilaktyczny opracowany w ramach Projektu KIK/35 i pilotażowo zrealizowany w 14 lokalizacjach w całym kraju stanowi odpowiedź na czynniki ryzyka związane ze sferą świadomości adresatów. Propozycje działań skierowanych na tworzenie warunków dla bezpiecznych iniekcji stanowiące rekomendacje płynące z

⁶ Hedrich D. (2004) European report on drug consumption rooms. Lisbon: EMCDDA

projektu są próbą wyjścia na przeciw potrzebie tworzenia warunków dla zwiększenia bezpieczeństwa iniekcji. Nie wystarczy przekonać użytkowników narkotyków do stosowania się do podstawowych reguł ograniczania ryzyka zakażenia HCV, trzeba także pomóc im w ich stosowaniu, kształtując sprzyjające ku temu warunki.

Projekt 3 „Pilotażowy Program badania kobiet w ciąży w kierunku zakażeń HCV” - realizowany przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - PZH;

1. Jaki problem zdrowotny/społeczny stanowił podstawę do powstania kierowanego przez Państwo projektu i dlaczego należało taki projekt zrealizować?

Głównym celem „Pilotażowego Programu badania kobiet w ciąży w kierunku zakażenia wirusem HCV” było usprawnienie profilaktyki wertykalnej transmisji zakażeń HCV oraz profilaktyki niekorzystnych następstw klinicznych zakażeń HCV u dzieci wertykalnie zakażonych HCV.

2. Jakie były najważniejsze cele projektu i jakie działania podjęto, aby je osiągnąć?

Za cele szczegółowe Programu przyjęto:

- ocenę celowości i wykonalności rutynowych badań w kierunku HCV w grupie kobiet w ciąży,
- oszacowanie częstości występowania zakażeń HCV oraz wskazanie czynników ryzyka zakażenia tym wirusem na podstawie badań przeprowadzonych u kobiet w ciąży,
- zwiększenie wiedzy lekarzy ginekologów-położników oraz lekarzy rodzinnych na temat zapobiegania wertykalnej transmisji HCV oraz postępowania z dzieckiem matki zakażonej.

Aby zrealizować pierwsze 2 cele, do badania „Pilotażowy Program badania kobiet w ciąży w kierunku zakażeń HCV” włączono 8 006 kobiet w ciąży z 48 jednostek prowadzących działalność leczniczą wyłonionych w drodze otwartego konkursu. Program zrealizowano w 5 województwach:

- kujawsko-pomorskim,
- lubelskim,
- mazowieckim,
- małopolskim
- świętokrzyskim.

Udział w badaniu był proponowany kobietom w ciąży, będącym pod opieką jednostek włączonych w realizację Projektu - wszystkie pacjentki, które wyraziły zgodę na uczestnictwo zostały poddane bezpłatnym badaniom na obecność przeciwciał anti-HCV w próbce krwi. Próbki reaktywne badano na obecność HCV-RNA.

Wszystkie kobiety włączone do badania wypełniły anonimową ankietę dotyczącą czynników ryzyka zakażenia HCV, wcześniejszych badań HCV oraz wiedzy na temat zakażeń HCV. Od pacjentek - po uzyskaniu świadomej zgody na badanie, przetwarzanie danych osobowych w celu wydania wyniku oraz na anonimowe przechowanie resztki surowicy (załącznik nr 2 - zlecenie badania wraz ze świadomą zgodą) - pobierano ok 5 ml krwi w systemie zamkniętym.

Oznakowanie indywidualnym kodem ID umożliwiło powiązanie ankiety z wynikami badań krwi (przy zachowaniu pełnej anonimowości). Analizę statystyczną danych ankietowych przeprowadzono przy użyciu EpiInfo 3.5.3. W analizie jednoczynnikowej czynników ryzyka użyto testu Fishera, wartości $p < 0.05$ przyjęto za istotne statystycznie. Do analizy wieloczynnikowej zastosowano model regresji logistycznej, w której zmienną objaśnianą była obecność albo HCV-RNA albo anty-HCV. Do analizy wieloczynnikowej włączono czynniki związane z obecnością lub nieobecnością przeciwciał anty-HCV w badaniu przesiewowym lub materiału genetycznego wirusa HCV-RNA, na poziomie $p \leq 0.2$ w analizie jednoczynnikowej..

3. Jakie najważniejsze wyniki uzyskano (proszę w miarę możliwości podać wartości wskaźników lub wymienić rodzaje opracowanych dokumentów/rekomendacji/zaleceń)?

W sumie, zbadano ponad 8000 próbek surowic i przeanalizowano tyleż ankiet socjodemograficznych; co było dotąd przedsięwzięciem niespotykanym w Polsce i pozwoliło na pewne podsumowania. Ogółem, częstość występowania przeciwciał anty-HCV (świadczących o kontakcie z wirusem) wynosiła 0.95% (95% CI: 0,8-1,2) i wahała się w poszczególnych grupach wieku. Wynik ten jest zbliżony do częstości przeciwciał anty-HCV zaobserwowanej u kobiet badanych w Projekcie 1: 0.99%. Rozpowszechnienie HCV-RNA (test świadczący o obecności materiału genetycznego wirusa) było mniej zróżnicowane i ogółem wynosiło 0.31% (95% CI: 0,2-0,5). Wynik ten jest zbliżony do rozpowszechnienia HCV RNA u kobiet badanych w Projekcie 1: 0.35%. W najstarszej (najmniej licznej) grupie powyżej 40 r.ż. nie wykryto obecności HCV-RNA.

Częstość wykrycia obecności HCV-RNA u polskich kobiet ciężarnych jest prawie identyczna z wartością znaną u 2367 kobiet ciężarnych we Francji (0.30%) oraz u kobiet ciężarnych w 2 włoskich szpitalach, w Lombardii i Monzie (również 0.30%). W szpitalach włoskich zbadano odpowiednio 21516 i 16271 kobiet.

W Polsce dotychczas nie prowadzono badań pozwalających na oszacowanie częstości występowania zakażeń HCV wśród kobiet w ciąży, poza jednym badaniem z lat 2007-2008 o zasięgu ograniczonym do woj. mazowieckiego - w tym badaniu przeciwciała anty-HCV wykryto u 2% kobiet ciężarnych.

Czynniki ryzyka zakażenia HCV

- Przeciwciała anty-HCV występowały istotnie częściej u kobiet, które:
 - (1) otrzymały transfuzję krwi przed 1992 r.;
 - (2) są zatrudnione w służbach prewencyjno-porządkowych;
 - (3) cierpią na chorobę wymagającą częstych hospitalizacji (choroba psychiczna, padaczka);
 - (4) miały wykonane operacje chirurgiczne w przeszłości.

Trzy z tych czynników potwierdziły się także, jako związane z istotnie częstszym występowaniem materiału genetycznego wirusa, HCV-RNA (czynniki 1 - 3);

Oraz: (4) wykonanie u kobiety 3 lub więcej zabiegów okotoporodowych w przeszłości.

Działania edukacyjne

Realizację Projektu „Pilotażowy Program badania kobiet w ciąży w kierunku zakażeń HCV” poprzedziło 5 szkoleń w każdym z województw, w których Program miał być realizowany.



Szkolenia pod tytułem „Postępowanie z pacjentem z wirusowym zapaleniem wątroby typu c oraz epidemiologia i prewencja zakażeń HCV” realizowano od listopada 2012 roku do marca 2013 roku. Uczestniczyli w nich lekarze ginekolodzy, lekarze medycyny rodzinnej oraz pielęgniarki i położne. Szkolenia miały przybliżyć uczestnikom tematykę zakażeń HCV i wirusowego zapalenia wątroby typu C (epidemiologię, drogi zakażenia, brak szczepionki ochronnej, możliwości terapeutyczne), podkreślić rolę badań przesiewowych (szczególnie u kobiet w ciąży).

W 2015 roku przedstawiono doniesienie ustne na XXXII Kongresie Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego (Łódź, 2-5 września 2015) na podstawie badań Projektu. Celem wystąpienia było podkreślenie roli badań przesiewowych w kierunku zakażeń HCV wśród kobiet w ciąży, podniesienie wiedzy lekarzy ginekologów i położników na temat zakażeń HCV, ze szczególnym uwzględnieniem transmisji wertykalnej. Zaprezentowano również wstępne wyniki Projektu dotyczące rozpowszechnienia anty-HCV i HCV-RNA. Jednakże, największe zainteresowanie położników budzi asocjacja zakażeń HIV - HCV.

4. Jak Państwa zdaniem osiągnięte wyniki przełożą się na poprawę jakości życia społeczeństwa w Polsce. Czy uzyskane wyniki mogą stanowić podstawę do podjęcia konkretnych działań przez decydentów?

Badania skryningowe kobiet w ciąży w kierunku zakażeń HCV były zalecane w Polsce już od 2005 roku na podstawie rekomendacji Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie opieki przedporodowej w ciąży o prawidłowym przebiegu. Zalecenia te w formie rozporządzenia zostały zrealizowane od 2011 r. (p. niżej).

Poprzez takie badania, dołączamy do czołówki krajów europejskich. Badania anty-HCV w grupie kobiet ciężarnych są wykonywane tylko w trzech krajach europejskich: w Hiszpanii, na Malcie i w Norwegii, w pozostałych krajach badania anty-HCV nie są zalecane wszystkim ciężarnym, a jedynie kobietom ze zwiększonym ryzykiem zakażenia HCV, szczególnie kobietom z wykrytym zakażeniem HIV

5. Czy uważają Państwo, że zainicjowane w ramach Projektu zadania powinny być kontynuowane w przyszłości, a jeśli tak to, co za tym przemawia?

Tak, potrzebna jest wiedza o zakażeniu kobiety wirusem HCV, w celu prowadzenia jej ciąży. Od 2011 roku, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia, badania w kierunku HCV są proponowane wszystkim kobietom ciężarnym (do 10 tygodnia ciąży) i refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Budzi to nadzieję na kontynuowanie badań Projektu.

W badaniach tego Projektu w czasie ostatnich 4 lat (2012 - 2016), kobiety które wykazały materiał genetyczny wirusa HCV były kierowane pod opiekę specjalisty chorób zakaźnych. Aż 84% kobiet zakażonych HCV nie wiedziało o swoim zakażeniu.

Kobiety ciężarne, które wykazały obecność tylko przeciwciał anty-HCV również były pod opieką lekarza chorób zakaźnych i podlegały kontroli, czy nie pojawia się u nich materiał genetyczny wirusa. Kontynuowanie tych działań jest b. wskazane.

W chwili obecnej w Polsce nie ma terapii wirusowego zapalenia wątroby C w czasie ciąży z udziałem interferonu i ribawiryny. Jednakże, sytuacja to może się zmienić, za pomocą kuracji bezinterferonowej. Takie leki przeciwwirusowe, jak sofosbuvir i ledipasvir trafiły do



kategorii B kwalifikacji FDA - w badaniach na zwierzętach nie wykazywały uszkodzenia płodu. Pozwala to mieć nadzieję na ich zakwalifikowanie do terapii.

Projekt 4 „Jakościowa ocena ryzyka zakażenia HCV w świetle stosowanych procedur medycznych w wybranych zakładach opieki zdrowotnej” - realizowany przez Uniwersytet Medyczny w Lublinie;

1. Jaki problem zdrowotny/społeczny stanowił podstawę do powstania kierowanego przez Państwo projektu i dlaczego należało taki projekt zrealizować?

Pomimo istotnego postępu, zarówno w diagnostyce i terapii zakażeń krwiopochodnych, jak i metodach zapobiegania zakażeniom szpitalnym, stanowią one wciąż istotny problem w Polsce i na świecie. Omawiając problem zakażeń krwiopochodnych w zakładach opieki medycznej należy uwzględnić dwa aspekty tego zagadnienia. Po pierwsze jest to ryzyko przeniesienia infekcji na pacjenta, któremu udzielana jest pomoc medyczna. Drugi aspekt, to problem zakażeń zawodowych personelu medycznego i pozamedycznego zatrudnionego w placówce. W przypadku zakażeń o prawdopodobnym lub udowodnionym związku z przebywaniem lub korzystaniem z usług zakładów opieki zdrowotnej, dane dostępne w raportach instytucji nadzorujących (np. stacji sanitarno-epidemiologicznych) oraz w literaturze epidemiologicznej ograniczają się do bardzo ogólnych sformułowań, typu „hospitalizacja”, „korzystanie z usług stomatologicznych”. Z drugiej strony istnieją metody, które w sposób szczegółowy analizują mechanizmy odpowiedzialne za przeniesienie zakażenia. Ma to miejsce przede wszystkim w przypadku ognisk zakażeń szpitalnych lub u osób z ostrym zakażeniem HCV. Pozwalają one z bardzo dużym prawdopodobieństwem na podstawie danych epidemiologicznych, bez korzystania z rzadko dostępnych badań molekularnych (sekwencjonowania materiału genetycznego), wnioskować o związkach przyczynowo-skutkowych. Na podstawie danych literaturowych oraz doświadczeń własnych określono „punkty krytyczne”, które mogą odpowiadać za przeniesienie infekcji. Wiedza na ten temat pozwoliła na stworzenie w ramach Projektu 4 własnej analizy możliwych „punktów krytycznych” występujących współcześnie w warunkach polskich, co z kolei skutkowało sprecyzowaniem zaleceń profilaktycznych, które mają być jednym z głównych efektów Programu „Zapobieganie zakażeniom HCV”.

2. Jakie były najważniejsze cele projektu i jakie działania podjęto, aby je osiągnąć?

Celem Projektu 4. była analiza aktualnej sytuacji w zakresie ryzyka transmisji zakażenia HCV, a pośrednio również innych infekcji krwiopochodnych, w placówkach ochrony zdrowia, zarówno w obrębie szpitali, jak też podmiotów realizujących ambulatoryjną opiekę medyczną.

Przyjęta metodyka badań obejmowała przeprowadzenie w szpitalach, przychodniach, poradniach i gabinetach ankiet popartych obserwacją sytuacji w miejscu prowadzenia badania. W drugiej fazie w wytypowanych placówkach medycznych pracownicy Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie przeprowadzili badania eksperymentalne, których głównym założeniem było poszukiwanie przy pomocy metod laboratoryjnych śladów krwi w środowisku pracy personelu medycznego i miejscach pobytu pacjentów. Badaniem objęto niespotykaną dotychczas w badaniach epidemiologicznych w



Polsce liczbę 1580 podmiotów zarówno z obszaru zamkniętej opieki medycznej (w liczbie tej uwzględniono również oddzielne ankiety dla zespołów ds. zakażeń szpitalnych) oraz opieki ambulatoryjnej (lekarskiej podstawowej i specjalistycznej oraz stomatologicznej).

Badania były realizowane przez doświadczonych pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej, w pełni anonimowe, a uzyskane wyniki zakodowane, tak aby wyeliminować obawy respondentów przed ich wykorzystaniem poza badaniem.

Dodatkowym działaniem zespołu Projektu 4 była ocena wiedzy studentów wydziałów lekarskich i kierunków lekarsko-dentystycznych na temat zakażenia HCV, jak też możliwości transmisji HCV i innych patogenów krwiopochodnych oraz metod zapobiegania. Ankiety przeprowadzono wśród studentów pierwszego i ostatniego roku studiów uczelni zlokalizowanych w różnych regionach kraju. W badaniu uczestniczyło 11 uczelni medycznych, w których na pytania zawarte w ankietach odpowiedziało ogółem 4083 studentów wydziałów lekarskich i 1828 studentów wydziałów lekarsko-dentystycznych, co daje stopy zwrotów ankiet na poziomie odpowiednio 61% i 69%. Uczestnikom zapewniono pełną anonimowość i brak możliwości identyfikacji respondenta danej ankiety.

3. Jakie najważniejsze wyniki uzyskano (proszę w miarę możliwości podać wartości wskaźników lub wymienić rodzaje opracowanych dokumentów/rekomendacji/zaleceń)?

Dane z ankiet przeprowadzonych w placówkach zamkniętej opieki medycznej są bardzo obfite. Dotyczą one zarówno organizacji oddziałów, liczby wykonywanych zabiegów czy przyjmowanych do szpitala pacjentów, liczby zabiegów endoskopowych, posiadania urządzeń do sterylizacji jak też wyposażenia w umywalki, płyny do dezynfekcji i środki ochrony osobistej. W tym zakresie nie stwierdzono różnic pomiędzy poszczególnymi województwami oraz rodzajem oddziałów szpitalnych. Można bezsprzecznie stwierdzić, że czasy trudności w zaopatrzeniu czy też dostępności środków do dezynfekcji i środki ochrony osobistej odeszły w niepamięć.

Odrębne zagadnienie stanowi nadzór nad funkcjonowaniem placówek ambulatoryjnej opieki medycznej, gdzie z racji na niewielki skład osobowy i względy ekonomiczne nie są zatrudnione ani pielęgniarki epidemiologiczne, ani nie ma wewnętrznych zespołów kontrolujących przestrzeganie procedur. W świadomości zarówno pacjentów, jak i pracowników medycznych, wizyta w placówce otwartej opieki medycznej nie wiąże się ze szczególnym ryzykiem zakażenia nozokomialnego (termin zakażenia szpitalne wydaje się w tej sytuacji niezbyt odpowiedni). Taka możliwość ekspozycji powinna być brana pod uwagę w sytuacji, gdy według większości autorów 20 do 40% pacjentów zakażonych HCV nie ma ewidentnych zdefiniowanych potencjalnych czynników ryzyka. Uzyskane wyniki własnych badań środowiskowych, oceniających czynniki ryzyka przeniesienia zakażenia HCV i innymi patogenami krwiopochodnymi w lecznictwie otwartym wydają się w sposób reprezentatywny odzwierciedlać sytuację w ambulatoryjnej opiece medycznej w Polsce. Fakt, że nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic pomiędzy poszczególnymi województwami uzasadnia łączne analizowanie wyników badań.

W przypadku podmiotów otwartej opieki medycznej, zwłaszcza małych, posiadanie sterylizatora nie jest warunkiem koniecznym do prawidłowego funkcjonowania, a z punktu widzenia ekonomicznego może okazać się nieprzydatne. Dla takich podmiotów dobrym rozwiązaniem jest umowa z podmiotem zewnętrznym na sterylizację narzędzi. Niestety w



ocenianej próbie tylko około 20% badanych podmiotów nie posiadających własnego sterylizatora zadeklarowało istnienie umowy z firmą zewnętrzną na tego typu usługi. Natomiast aż 52,9% ogółu badanych podmiotów nie posiadało własnego sterylizatora oraz umowy z firmą zewnętrzną. Zapewne w części przypadków wystarczające jest stosowanie wyłącznie sprzętu jednorazowego użytku, ale takie deklaracje w wypełnianej ankiecie złożyły pojedyncze osoby. Rodzi się zatem pytanie, czy niedostatki sterylizacji w placówkach ambulatoryjnej opieki medycznej mogą stanowić istotny czynnik ryzyka transmisji HCV, ale również innych patogenów i to nie tylko krwiopochodnych. Niewątpliwie to zagadnienie wymaga bardzo uważnej analizy i kontroli ze strony służb sanitarno-epidemiologicznych. Nie można mieć natomiast zastrzeżeń do wyposażenia gabinetów zabiegowych. Obecność umywalk oraz dostępność środków do mycia i odkażania rąk jest standardem w praktycznie wszystkich placówkach.

Postępowanie ze użytym sprzętem medycznym wydaje się nie budzić żadnych zastrzeżeń. W przebadanej próbie 98% osób deklarowało umieszczanie zużytej igły w sztywnym pojemniku przeznaczonym na odpady medyczne. Ogółem 2% osób postępowało nieprawidłowo. Oczywiście dziwi i niepokoi fakt, że w ogóle badanych 10 osób nie zdawało sobie sprawy z niebezpieczeństwa takiego postępowania, ale wydaje się, że system szkolenia w tym zakresie działa prawidłowo. Niestety wyniki te nie współgrają z odpowiedzią na pytanie dotyczące postępowania po znalezieniu ostrego przedmiotu w worku na inne (nieostre) odpady medyczne. Aż 34% osób nie podejmuje czynności zmierzających do zabezpieczenia takiego „znaleziska”, chociaż tylko (a może aż) 2% uważa takie postępowanie za prawidłowe. Takie sytuacje wymagają szczególnie uważnego potraktowania i dokładnych i szczegółowych instrukcji postępowania. Oczywiście rodzi się pytanie skąd ostre przedmioty biorą się w workach nieprzeznaczonych do tego typu odpadów skoro prawie wszyscy deklarują właściwe postępowanie.

Niepokój budzi fakt, że 21% badanych nie przestrzega obowiązku dezynfekcji rąk przed i po każdym kontakcie z pacjentem. Ten wysoki odsetek potwierdza obserwacje wielu autorów w różnych krajach, że błędy popełniane przez personel medyczny przy myciu i dezynfekcji rąk należą do najczęstszych odstępstw od właściwego postępowania. Należy zauważyć, że o ile zasady właściwej dezynfekcji rąk są przedmiotem licznych szkoleń w szpitalach i kontroli przez odpowiednie służby i zespoły (przynajmniej w założeniu), o tyle w opiece ambulatoryjnej praktycznie nie podlegają żadnemu nadzorowi.

Podobne obserwacje dotyczą faktu braku dezynfekcji stolika zabiegowego po każdym wykonanym zabiegu. Takie nieprawidłowe postępowanie deklarowało 9% badanych. Jest to istotne niedociągnięcie, ponieważ szansa na kontaminację stolika zakaźnym materiałem biologicznym powszechnie jest uznawana za istotną i posiadającą znaczenie w transmisji zakażeń krwiopochodnych.

Zaskakująco marginalnym wydaje się problem stosowania opakowań wielodawkowych. W badanych placówkach ambulatoryjnej opieki medycznej jedynie 1% deklarowało stosowanie nabieranie do strzykawk z dużych opakowań z solą fizjologiczną wielokrotnie dla różnych pacjentów. W przeszłości takie praktyki były dość powszechne i cieszy fakt, że obecnie świadomość zagrożenia związanego z tym procederem jest duża.

Niestety nadal obserwuje się nieprawidłowe postępowanie poekspozycyjne. W przypadku zaktucia od pacjenta 7% osób nie zgłasza tego faktu i nie rozpoczyna procedury związanej z ryzykiem zakażenia wirusami HBV, HCV i HIV. Wprawdzie nie ma aktualnie możliwości profilaktyki poekspozycyjnej zakażenia HCV, ale w przypadku HBV i HIV możliwe jest



skuteczne przeciwdziałanie zakażeniu. Dla pracownika udowodnienie ekspozycji zawodowej ma także znaczenie pod kątem ewentualnego odszkodowania, co również należy brać pod uwagę.

Pracownicy otwartej opieki medycznej wymagają szczególnej uwagi w związku z brakiem instrumentów monitorujących w sposób bezpośredni i stały przestrzeganie zasad postępowania w zakresie profilaktyki transmisji czynników zakaźnych, tak jak to ma miejsce w większości placówek zamkniętej opieki medycznej.

Jak sugerują opublikowane w ostatnich latach zbiorcze podsumowania czynników ryzyka transmisji HCV w zakładach opieki medycznej, w sposób istotny takie ryzyko jest zwiększone w przypadku zabiegów stomatologicznych. Charakterystyka grupy badanej wykazała, że rodzaj i wielkość placówek świadczących usługi dentystyczne była zbliżona we wszystkich województwach. Zdecydowaną większość stanowiły jednoosobowe gabinety prywatne. Co ciekawe w 46% przypadków nie ma zatrudnionych pielęgniarek, co prawdopodobnie wynika z faktu, że ich obowiązki przejmują asystentki stomatologiczne. Rodzi się pytanie, czy profil wykształcenia asystentki stomatologicznej w zakresie postępowania sanitarno-higienicznego i profilaktycznego odpowiada kwalifikacjom pielęgniarek. Z doświadczenia własnego należy zauważyć, że dotychczas nigdy specjaliści chorób zakaźnych nie uczestniczyli w szkoleniach tej grupy zawodowej, a ich edukacja prowadzona jest poza uczelniami medycznymi.

Zwraca uwagę porównywalna liczba pacjentów przyjmowanych w ciągu dnia - około 10, a także dość znaczny odsetek znieczuleń miejscowych - praktycznie co drugi pacjent ma wykonywaną iniekcję znieczulającą. Nie budzi większych zastrzeżeń stan wyposażenia gabinetów stomatologicznych. Ponad 96% posiada własny sterylizator (prawie zawsze parowy), a w pewnym odsetku dodatkowo umowę z firmą zewnętrzną. Nie ma praktycznie żadnych problemów z dostępnością środków do higieny rąk oraz preparatów odkażających.

Oceniając występowanie zachowań ryzykownych, związanych z nieprzestrzeganiem reguł sanitarnych, należy stwierdzić, że zdecydowana większość badanych wyrzuca zużyte igły do odpowiedniego, sztywnego pojemnika (98,5%). Nie potwierdziły się doniesienia literaturowe, że problemem podstawowym jest stosowanie wielokrotne, dla różnych pacjentów opakowań wielodawkowych. W badanej grupie takie praktyki deklarowało 6,2% osób.

Nieco inna sytuacja jest w przypadku pytań o dezynfekcję rąk. Wprowadzie zdecydowana większość respondentów przestrzega obowiązku dezynfekcji rąk przed i po każdym kontakcie z pacjentem - 81%. Jednak niemal dla 20% badanych, zdarzają się odstępstwa od tej zasady. Dezynfekuje ręce wyłącznie przed kontaktem z pacjentem 9,7% badanych, wyłącznie po kontakcie z pacjentem 4,1 %, natomiast 5,4 % dezynfekuje ręce kilka razy dziennie. Biorąc pod uwagę znaczenie higieny rąk wśród stomatologów, te odstępstwa od procedury propagowanej przez Światową Organizację Zdrowia u prawie 20% pracowników gabinetów stomatologicznych mogą mieć opłakane skutki.

Dziwi również niski odsetek osób deklarujących właściwe postępowanie po ekspozycji zawodowej (59%). Może to wynikać ze struktury zatrudnienia (działalność jednoosobowa) oraz braku podpisanych umów o postępowaniu poekspozycyjnym z ośrodkami chorób zakaźnych. Z drugiej strony może to świadczyć o braku świadomości ryzyka. Niewłaściwe postępowanie w przypadku ekspozycji pracownika może mieć również konsekwencje prawne, gdyż zgodnie z prawem to pracodawca odpowiada za bezpieczeństwo pracy.

Zaskakująco wysokie (wobec danych literaturowych) są odsetki osób zmieniających rękawice do każdego pacjenta, prawidłowo odkażających stolik zabiegowy i przeprowadzających po każdym pacjencie dezynfekcję unitu stomatologicznego (99%) oraz przeprowadzających



sterylizację użytego sprzętu. Inna sprawa, że tak zadane pytania nie pozwoliły na weryfikację przestrzegania tych procedur w praktyce.

Wiele do życzenia pozostawia uczestnictwo w szkoleniach na temat zapobiegania transmisji patogenów krwiopochodnych. Ogółem co piąta osoba nie pamięta takiego szkolenia. Średnio jedynie 40% badanych pracowników gabinetów dentystycznych ma poczucie wiedzy na ten temat.

Na podstawie przedstawionych wyników badań podjęto próbę sformułowania propozycji działań w celu zmniejszenia ryzyka transmisji patogenów krwiopochodnych i zakażenia zarówno pacjenta, jak i pracownika gabinetu stomatologicznego:

- 1) Weryfikacja treści z zakresu higieny i epidemiologii zakażeń krwiopochodnych przekazywanych podczas szkoleń i edukacji zawodowej pomocy stomatologicznych.
- 2) Konieczne wprowadzenie szkoleń oraz egzekwowania wiedzy teoretycznej i umiejętności praktycznych z zakresu higieny rąk i właściwego ich odkażania. Rozpowszechnianie filmu wyprodukowanego w ramach Projektu 4 przeznaczonego dla stomatologów - zwrócenie uwagi na możliwość kontaminacji rękawic ochronnych, otoczenia i przeniesienia różnych patogenów na innych pacjentów.
- 3) Konieczność propagowania obowiązku właściwego postępowania poekspozycyjnego, na przykład poprzez obowiązkowe posiadanie umowy z ośrodkiem prowadzącym tego typu postępowanie.
- 4) Ochrona pacjentów zakażonych HCV przed ostracyzmem i odmową udzielania świadczeń

Należy zwrócić uwagę na fakt, że procesy edukacji i wdrażania systemów ochronnych w tej grupie zawodowej są niezwykle trudne. Gabinety świadczące usługi dentystyczne są zlokalizowane w różnych miejscach o zróżnicowanych warunkach lokalowych pozwalających na właściwe postępowanie ze użytym sprzętem medycznym, nie zawsze odpowiednią ilością miejsca do przygotowywania i odbierania materiałów medycznych.

Badania ankietowe przeprowadzone wśród studentów wydziałów lekarskich oraz oddziałów/kierunków stomatologicznych polskich uczelni medycznych miały na celu ocenę wiedzy teoretycznej oraz potencjalnych zachowań w praktyce klinicznej w zakresie problematyki zakażenia wirusem zapalenia wątroby typu C, związanych z nim konsekwencji klinicznych i przede wszystkim, w jaki sposób może dochodzić do zakażenia, jakie zachowania stwarzają zagrożenie dla pacjenta i samego lekarza oraz w jaki sposób można zlikwidować lub przynajmniej ograniczyć ryzyko przeniesienia infekcji HCV, a w konsekwencji także innymi patogenami krwiopochodnymi.

Porównanie wiedzy studentów pierwszego roku, dopiero zaczynających swoją edukację medyczną, ze studentami lat ostatnich wykazało wzrost indeksu wiedzy i odsetka poprawnych odpowiedzi praktycznie na wszystkie pytania. Taka ewolucja wiedzy jest oczywiście wartością oczekiwaną i może świadczyć o wzroście poziomu zarówno samej wiedzy teoretycznej jak i świadomości niebezpiecznych zachowań i procedur.

Studenci wydziału lekarskiego praktycznie zawsze w większym odsetku niż studenci oddziałów stomatologii udzielali prawidłowych odpowiedzi, zatem można wnioskować, że ich wiedza na ten temat jest lepsza. Ponieważ pytania nie dotyczyły specjalistycznych kwestii klinicznych, a głównie epidemiologii i kwestii związanych z bezpieczeństwem pracy, specyfika kierunku dentystycznego nie powinna mieć znaczenia dla edukacji studentów. Można nawet zaryzykować stwierdzenie, że w praktyce klinicznej to właśnie stomatolodzy mogą mieć częściej praktyczny wpływ na możliwość przeniesienia infekcji krwiopochodnej, mając



częściej niż lekarze wielu specjalności kontakt z materiałem biologicznym potencjalnie zawierającym HCV i inne wirusy krwiopochodne. Różnica w edukacji może wynikać z niedoskonałości w szkoleniu specjalistycznym (przedmioty takie jak choroby zakaźne), ale również w zakresie przedmiotów podstawowych (np. higiena, epidemiologia, wirusologia, wprowadzenie do zajęć klinicznych).

4. Jak Państwa zdaniem osiągnięte wyniki przełożą się na poprawę jakości życia społeczeństwa w Polsce. Czy uzyskane wyniki mogą stanowić podstawę do podjęcia konkretnych działań przez decydentów?

Wyniki badań przeprowadzonych w ramach projektu 4 dostarczyły bardzo wielu cennych informacji. Szczegółowe dane zawarte zostały w odpowiednich raportach. Przedstawione powyżej najważniejsze problemy wskazują na pilną potrzebę działań na różnych poziomach i o różnym charakterze. Można zaryzykować stwierdzenie, że obecnie najbardziej ryzykownym ogniwem w transmisji zakażenia HCV i innymi patogenami krwiopochodnymi nie jest brak sprzętu i niedociągnięcia wynikające z problemów finansowania opieki medycznej, ale człowiek, i to wykonujący różne zawody medyczne, który ma kontakt z pacjentem, odpowiada za procesy sterylizacji, utylizacji odpadów, dezynfekcję i przygotowanie środowiska pracy. Zaniedbania najczęściej są efektem braku wiedzy lub świadomości jak ważne są drobne, codziennie wykonywane procedury. Ocena wiedzy studentów pokazała, że ten niedostatek wiedzy wynika w równym stopniu z niedoskonałości szkolenia podyplomowego i nabywania umiejętności praktycznych, jak i szkolenia studentów.

5. Czy uważają Państwo, że zainicjowane w ramach Projektu zadania powinny być kontynuowane w przyszłości, a jeśli tak to, co za tym przemawia?

Uzyskane w ramach Projektu 4 wyniki badań jednoznacznie wskazują na konieczność kontynuacji działań w obszarach, o których mowa powyżej. Dużą rolę wydaje się mieć prowadzenie w sposób odpowiedni kontroli i nadzoru służb epidemiologicznych, ze zwróceniem szczególnej uwagi na możliwości szkoleń. Na Rycinie 1 przedstawiono w sposób sumaryczny rekomendacje działań w zakresie zapobiegania transmisji zakażeń HCV i innych krwiopochodnych czynników infekcyjnych.

JESTEM ŚWIADOM





Rycina 1. Rekomendowane działania będące wynikiem badań w Projekcie 4

Projekt 5 „Edukacja pracowników wybranych zawodów zwiększonego ryzyka transmisji zakażeń krwiopochodnych i ogółu społeczeństwa w zakresie prewencji (HCV, HBV, HIV)” - realizowany przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-PZH we współpracy z Głównym Inspektoratem Sanitarnym.

1. Jaki problem zdrowotny/społeczny stanowił podstawę do powstania kierowanego przez Państwo projektu i dlaczego należało taki projekt zrealizować?

Niewiedza budzi lęk, a ten jest początkiem odrzucenia i stygmatyzacji. Oswojenie tematu nie oznacza akceptacji problemu, ale zmierzenie się z nim w sposób racjonalny. „Jestem świadom” to myśl przewodnia działań edukacyjnych i szerszej informacji na temat zakażeń krwiopochodnych. Pomimo, że wiele wiemy na temat zakażeń i coraz częściej możemy poszczycić się sukcesami terapeutycznym to nadal czynnik ludzki jest odpowiedzialny za utrzymywanie się ryzyka w epidemiologii zakażeń. Wiedzieć to pierwszy etap by zrozumieć i podjąć stosowne działania.

2. Jakie były najważniejsze cele projektu i jakie działania podjęto, aby je osiągnąć?

Cele projektu były pragmatycznie określone poprzez liczbę przeprowadzonych szkoleń. Wiedza ma zaowocować zmianą postaw i zachowań... na te oczekiwane - zdrowsze i bezpieczniejsze - zarówno dla wykonujących zabiegi, potencjalnie obciążone ryzykiem zakażeń, jak i dla klientów i pacjentów. Dlatego w szkoleniu położono nacisk na łączenie klasycznej formy wykładu w połączeniu z dyskusją, omówieniem przykładów, praktycznych. Ważna jest również ciągła aktualizacja wiedzy, czemu ma służyć dostęp do platformy e-learningowej. Nie zastąpi to jednak praktyki i weryfikacji poprawności jej stosowania. Jest to proces i wymaga czasu, koniecznego dla powtarzania i utrzymania wiedzy, również poprzez odpowiedni system wzmocnień (np. motywacje, programy kształcenia etc.).

Dla urozmaicenia formy kształcenia - zespół specjalistów, praktyków i ekspertów opracował bogaty program edukacyjny o szerszym spojrzeniu na problematykę zakażeń



krwiopochodnych. Adresatami programów edukacyjnych projektu byli pracownicy sektora ochrony zdrowia np.: lekarze, pielęgniarki, diagnosty laboratoryjni, ratownicy medyczni i inni pracownicy medyczni, mający kontakt z krwią. A także pracownicy sektora usług pozamedycznych, wykonujący zabiegi z naruszeniem ciągłości tkanek, które stanowią ryzyko transmisji zakażeń tj. pracownicy: studiów tatuażu, salonów kosmetycznych, salonów fryzjerskich.

3. Jakie najważniejsze wyniki uzyskano (proszę w miarę możliwości podać wartości wskaźników lub wymienić rodzaje opracowanych dokumentów/rekomendacji/zaleceń)?

Realizacja wskaźników szkoleń stacjonarnych 2015 r

	założenie	realizacja
• Liczba województw	11	11
• Liczba szkoleń		
- razem	77	77
- dla pracowników zawodów medycznych	22	22
- dla pracowników zawodów niemedycznych	55	55
• Liczba przeszkolonych osób		
- razem	4180	4327
- kluczowy personel (sektor medyczny)	880	891
- inni pracownicy (sektor pozamedyczny)	3300	3436

W ramach przedłużenia projektu, bazując na wypracowanych i zaktualizowanych materiałach, przeprowadzono również szkolenia w 2016 r. wg następujących założeń:

Wskaźniki	Docelowe
Liczba województw, do których adresowany jest Projekt 5	16
Liczba osób	1858
Liczba szkoleń ogółem	57
Liczba szkoleń dla pracowników zawodów medycznych	31
Liczba szkoleń dla pracowników zawodów niemedycznych	26

W ramach poszerzonej informacji dokonano propozycji nowelizacji programu kształcenia dla pielęgniarek i położnych.

Przygotowano bogate w wiedzę oraz o różnorodnej formie materiały dydaktyczne np. Przygotowano **trzy filmy animowane** o charakterze edukacyjno-informacyjno-instruktażowym, które wykorzystano w czasie przerw szkoleniowych oraz kampanii społecznej. Koncepcja materiałów filmowych zakłada przedstawienie podstawowych informacji o HCV, z wykorzystaniem animowanej postaci o imieniu Marta, która opowiada widzom m.in. czym jest HCV, jakie są drogi zakażenia, jakie sytuacje mogą

być źródłem zakażenia podczas wykonywania zabiegów związanych z przerwaniem ciągłości tkanek (medycznych i niemedycznych). Część instruktażowa filmów traktuje o procedurach jakie powinny być stosowane w salonach świadczących usługi pozamedyczne (kosmetyczne, fryzjerskie, tatuażu) w celu uniknięcia zakażenia wirusem HCV.

Przygotowano **trzy spoty ze znanymi Osobami** - celebrytami i ekspertami, zachęcające do wejścia na stronę internetową Projektu (platformę e-learningową) w celu poszerzenia wiedzy.

Nagrano **cykl wykładów** z udziałem prof. dr hab. med. Janusza Cianciary w formie rozmowy z pacjentami na temat diagnozy, leczenia, zaleceń dot. stylu życia, prognozy oraz wykłady Prof. Zbigniewa Izdebskiego.

4. Jak Państwa zdaniem osiągnięte wyniki przełożą się na poprawę jakości życia społeczeństwa w Polsce. Czy uzyskane wyniki mogą stanowić podstawę do podjęcia konkretnych działań przez decydentów?

W czasie szkoleń stacjonarnych zanotowaliśmy fakt wzrostu odsetka poprawnych odpowiedzi w testach wiedzy przed - i po programie. Jest to jednak bardzo duże uproszczenie i naiwność sądzić, że są to wystarczające działania by osiągnąć poprawę wskaźników zakażeń krwiopochodnych w Polsce. Efekt ten możliwy jest do osiągnięcia przez utrzymywanie tego „stanu wzbudzenia” dłużej. Jest to dobry początek i wysiłek, który nie może zostać zmarnowany. W kolejnej turze szkoleń obserwowaliśmy większe zainteresowanie szkoleniami pracowników usług pozamedycznych, podczas gdy początki były trudne. Jest to przykład, że wraz ze wzrostem świadomości i wiedzy - narastają oczekiwania by założenia teoretyczne zostały wdrożone w życie. Jeżeli progresja wiedzy dotyczy również klientów/pacjentów należy spodziewać się, że bezpieczeństwo np. sanitarne będzie tak samo oceniane, jak efekt (wizualny) podejmowanych działań. Decyzje polityków kierowane są argumentami pragmatyzmu i ekonomii, a od specjalistów zdrowia publicznego oczekuje się na ile wybrane argumenty do podjęcia decyzji są przekonywujące.

5. Czy uważają Państwo, że zainicjowane w ramach Projektu zadania powinny być kontynuowane w przyszłości, a jeśli tak to, co za tym przemawia?

Wypracowane narzędzia dydaktyczne powinny być aktualizowane i stanowić punkt wyjścia oraz powrotu do zdobywania wiedzy teoretycznej. Powinny być zsynchronizowane z praktycznym elementem weryfikacji. Utrzymanie tych elementów razem nie powinno wynikać wyłącznie z imperatywu prawnego-etycznego, jednak powinien być on wiodący.

